Depression

Die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle Seite 14

Psychotherapie mit Geflüchteten Seite 2

Am Ende der Hoffnung Seite 10

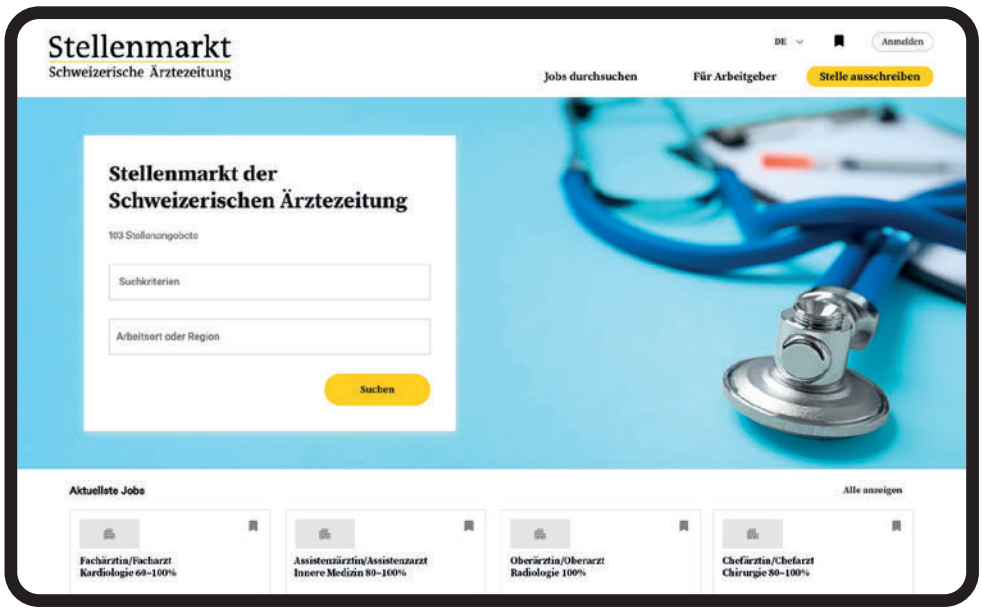
Neues zur Lichttherapie Seite 22

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Stellen schreibt man dort aus, wo sie auch gefunden werden – im Stellenmarkt der Schweizerischen Ärztezeitung.

Besuchen Sie die neue digitale Karriere-Plattform der SÄZ:

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen bei neuen Stellen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung direkt im Portal
- Benutzerfreundlich auf allen Endgeräten



jobs.saez.ch

Stellenmarkt
Schweizerische Ärztezeitung

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Flüchtlinge brauchen auch psychotherapeutische Unterstützung. Diese muss eingebunden sein in umfassende Hilfsprogramme.

Therapieresistenz muss keine Sackgasse sein. Es gibt verschiedene Lösungsansätze.

Im Gespräch mit der Spezialistin für Lichttherapie Anna Wirz-Justice.

AKTUELL

Herausforderndes Spannungsfeld
2 Psychotherapie mit Geflüchteten

PRAXIS

Behandlungsoptionen
6 Was tun bei schwer behandelbarer Depression und Therapieresistenz?

First-Person Account
10 Am Ende der Hoffnung

DIAGNOSTIK

Diagnostik und Psychopharmakotherapie
14 Depression in der hausärztlichen Praxis

INTERVIEW

Lichttherapie
22 «Wir sind am Anfang einer neuen Welle der Tageslichtforschung»

Verlag

Projektmanagement: George Sarpong, Leitender Chefredaktor, EMH
Die Inhalte der Expertenberichte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der jeweiligen Autorinnen und Autoren.
Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.
Anzeigen: Markus Will, Leiter Sales, Tel. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, info@emh.ch, www.emh.ch

PR-Beiträge

Raymed Imaging AG, 8304 Wallisellen
digiralCray AG, 6300 Zug

Copyright

Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig. Alle weiteren Informationen finden Sie unter: www.emh.ch/emh/rechte-und-lizenzen

Auflage

Das EMH-Special ist eine Beilage zur *Schweizerischen Ärztezeitung: und zum Swiss Medical Forum*. Deutsch: 27 000

Bilder

Adobe Stock

Druck

Stämpfli Kommunikation, staempfli.com

Gedruckt in der Schweiz

Herausforderndes Spannungsfeld

Psychotherapie mit Geflüchteten

Nicht zuletzt der Krieg in der Ukraine hat gezeigt, wie schnell Menschen zu Geflüchteten werden können. Im Gastland angekommen, benötigen sie Unterstützung und Hilfe, auch auf psychotherapeutischer Ebene. Hierbei gilt es Besonderheiten zu berücksichtigen. Von Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff

VORBEMERKUNGEN

Flüchtlinge sind keine besondere, durch Persönlichkeitsmerkmale oder Krankheiten gekennzeichnete Gruppe. Jeder von uns kann jederzeit zum Flüchtling werden; die aktuelle politische Situation zeigt, dass diese Aussage keineswegs abstrakt ist.

Flüchtlinge brauchen Hilfe. Sie brauchen auch psychotherapeutische Hilfe. Diese muss eingebunden sein in umfassende Hilfsprogramme. Was überall in der Psychiatrie gilt, gilt auch hier: Soziale Therapie und Psychotherapie schliessen einander nicht aus, sondern ergänzen sich.

Flüchtende sind belastet, aber nicht zwingend krank. Zwar ist ein hoher Prozentsatz traumatisiert, aber nicht alle wollen und brauchen Therapie. Vielleicht helfen Beratungsgespräche und Informationen mehr als ein psychotherapeutisches Gespräch im engeren Sinn.

BELASTUNGEN UND THEMENSCHWERPUNKTE IN DER PSYCHOTHERAPIE

Am Anfang aller Leiden stehen die Katastrophen im Herkunftsland. Die oft verheerenden Umstände der Flucht kommen hinzu, so kann zusammen mit Anfeindungen im Gastland ein kumulatives Trauma entstehen.

In der Anfangsphase nach der Ankunft, nach den ersten Wochen und Monaten im Aufnahmezentrum etwa, muss die Existenz gesichert werden. Es ist nicht einfach für die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten [1], sozial aktiv zu werden. Sie sind unter Umständen gewohnt, neutral zu bleiben und sich auf die innere Wirklichkeit der Patienten einzustellen. Geflüchtete aber brauchen jemanden, der für sie Partei ergreift, sich an ihre Seite stellt und mit ihnen solidarisch ist. Die Länge des Asylverfahrens kann unzumutbar werden; das Risiko einer psychiatrischen Störung steigt mit der Dauer des Verfahrens drastisch an [2]. Soziale Hilfe sichert Psychotherapie allererst ab. Wer heute noch nicht weiss, ob er morgen schon ausgewiesen wird, wird es schwer haben, sich den seelischen Belastungen zu stellen [3, 4].

SPRACHLICHE UND KULTURELLE VERMITTLUNG

Sprachliche Verständigung ist eine Vorbedingung für die therapeutische Arbeit. Sie setzt nicht nur ein Verstehen von Worten voraus, sondern auch der kulturel-

len, gesellschaftlichen und politischen Kontexte. Daher sind die Psychotherapeuten auf Dolmetscher und Dolmetscherinnen angewiesen, die zugleich Kulturvermittelnde sind. Das Zweiergespräch weitet sich zu einem Dreiergespräch aus. Jeder kann vom anderen lernen und neue und ungewohnte Verständigungswege suchen [5].

THERAPEUTISCHE HALTUNG

Psychotherapie muss kultursensibel sein [6]. An die Stelle einer hegemonialen, sich überlegen wähnenden Haltung tritt das wertschätzende Interesse, das mit Neugier verbunden sein kann und zugleich das eigene Unwissen einbekennt [7]. Die Therapeutin kann die Schilderungen eines Flüchtlings unter einer dreifachen Perspektive betrachten. Perspektive 1 ist die in jeder Psychotherapie gewohnte: Das therapeutische Gespräch versucht, der Persönlichkeit des Kranken, seiner Subjektivität und Individualität gerecht zu werden. Die zweite und dritte Perspektive folgen einem «double reframing» [8, 9]. Kulturspezifische Arten und Weisen, Wissen zu konzeptualisieren, zu organisieren und zu klassifizieren (Perspektive 2) werden auf der Grundlage von universalen und kulturunabhängigen Belastungsfaktoren (Perspektive 3) bewertet.

Verwirklichen lässt sich dieser Anspruch, wenn der Therapeut bereit ist, sich auf Geflüchtete in einem «transkulturellen Übergangsraum» [10] einzulassen, der dazu dient, das Eigene und das Fremde neu zu verorten. Die Begegnung mit Fremden schafft ein Spannungsfeld, das herausfordert – und gefährdet ist, wenn es zu schnell vereinseitigt wird, wenn aus Fremdheit vorschnelle Nähe, aus Andersheit unüberbrückbare Kluft wird [11]. Fremd ist freilich nicht nur der Andere, sondern auch die Therapeuten sich selbst. In der Arbeit mit Flüchtenden müssen sie sich hinterfragen, die eigenen Vorbehalte dem Fremden gegenüber und eigene kulturelle Beschränktheiten klären [12]. Eine solche «kulturelle Emanzipation» [13] erlaubt es allen Beteiligten, sich in der eigenen kulturellen Prägung besser zu verstehen, aber auch zu sehen, dass die Fremdheit nicht gegeben ist, sondern erzeugt wird, zum Beispiel wenn Verhalten als scheinbar «typisch» für nationale oder konfessionelle Werte gilt, anstatt es als individuelle Erfahrung zu würdigen.

Flucht und Vertreibung sind immer mit Trennung, oft auch mit traumatisierenden Zerstörungen von Bindungen verknüpft. Die Therapeutin muss allererst auf den Geflüchteten zugehen und ein stabiles Beziehungsangebot machen, das es diesem ermöglicht, Ängste, Vorbehalte, innere Bilder zu äussern und eventuell auch unbewusst auf die Therapeuten zu übertragen. Solche Übertragungen müssen zweitens erkannt, durchgearbeitet und entschärft werden, damit negative Übertragungen, zum Beispiel von Gefühlen der Angst und des Misstrauens, die therapeutische Beziehung nicht gefährden. So kann der für die Arbeit an Traumatisierungen so wichtige «sichere Ort» allmählich entstehen. Dann ist es drittens möglich, körperliche und seelische Sicherheit zurückzugewinnen und mit den Traumafolgen besser umgehen zu lernen, Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge zu verbessern. Erst wenn eine ausreichende Stabilität erreicht ist, können traumabezogene Affekte durchgearbeitet, Worte für die sprachlos machenden Erfahrungen gefunden werden, die nicht ausreichend im Denken vergegenwärtigt werden können, sondern sich nur in Symptomen, körperlichen Beschwerden, Erlebensstörungen etc. äussern [14]. Schliesslich müssen die oft viel zu hoch angesetzten Erwartungen an das Gastland revidiert, dessen Realitäten anerkannt werden. Die Therapeutin selbst aber sollte sich nicht mit den Bedingungen im eigenen Land vorschnell zufriedengeben, sondern sich an einem öffentlichen Diskurs beteiligen, der die Menschenrechte der Geflüchteten bestätigt und klarstellt, dass es zum Kern des eigenen Selbstverständnisses des Gastlandes gehört, Geflüchtete zu unterstützen. Dieses Zeugnis brauchen Geflüchtete, um sich ihre eigene Geschichte aneignen zu können.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Joachim Küchenhoff,
Praxis Küchenhoff,
Baslerstrasse 35,
4102 Binningen,
joachim.kuechenhoff[at]
unibas.ch

Literatur

(1) Liedl A, Abdallah-Steinkopff B.: Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. In: Liedl A, Steinkopff B (Hrsg.) Psychotherapie mit Flüchtlingen. Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Schattauer Stuttgart, 2017.
(2) Laban CJ, Gernaat H, Komproe I, Schreuders B, de Jong J.: Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. J Nerv Ment Dis 192: 843–851, 2004.
(3) Freeman, G.: Conceptual and Methodological Developments in the Study of International Migration, International Migration Review, 38: 945 969, 2004.
(4) Sardadvar S.: How Migrant Status Affects Health Beyond Socioeconomic Status: Evidence from Austria. International Migration Review Volume 49: 843–877, 2015.
(5) Kluge U, Romero-Llanes B, Hodzic S.: Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung geflüchteter Menschen mit Sprach- und Kulturmittlern. Swiss Arch Neurol Psychiatr. Psychother. 168(05):133–139, 2017.
(6) Kahraman B. Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Psychosozial-Verlag Giessen, 2008.
(7) Von Lersner U, Kizilhan J.: Kultursensitive Psychotherapie. Hogrefe Göttingen, 2017.
(8) Harris M.: History and Significance of the Emic/Etic Distinction. Annual Review of Anthropology, 5: 329–350, 1976.
(9) Kleinman A.: Patients and healers in the context of culture. University of California Press, Berkeley, 1980.
(10) Oezbek T, Wohlfart E.: Der transkulturelle Übergangsraum – ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie am ZIPP. In: Oezbek, Wohlfart (Hrsg) Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Springer Berlin, 169–176, 2006.
(11) Bedorf T.: Verkennende Anerkennung. Frankfurt: Suhrkamp, 2010.
(12) Küchenhoff J.: Interkulturelle Gewalt und interkulturelle Übergangsräume. Konstruktion und Dekonstruktion des Fremden. In: Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse, Bd. 34. Interkulturalität. Konstruktionen des Anderen (Hrsg) Gutjahr Ortrud. S. 21–40. Königshausen & Neumann Würzburg, 2015.
(13) Van Keuk E, Ghaderi C, Joksimovic L, David D.: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer Stuttgart, 2011.
(14) Vervin S.: Psychoanalytische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Leuzinger-Bohleber M et al (Hrsg) Flucht, Migration und Trauma: Die Folgen für die nächste Generation. Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen, S. 153–174, 2017.

«Ich konnte enorm von der stationären Behandlung profitieren»

Aufgrund eines Burnouts mit Angst- und depressiven Symptomen war Tina G.* knapp drei Monate lang in der Privatklinik Aadorf in stationärer Behandlung. Im Vorfeld war der Gedanke an einen Klinikaufenthalt für sie mit grossen Vorbehalten behaftet. Rückblickend ist Tina G. aber sehr froh darüber, dass sie diesen Schritt getan hat.

Wann haben Sie gemerkt, dass Sie professionelle Unterstützung benötigen?

Seit einem ersten Zusammenbruch Ende 2018 war ich in ambulanter Behandlung. Meine Situation hatte sich zwischenzeitlich stabilisiert. Im Frühling 2020 wurde die Belastung aber erneut zu gross, gleichzeitig fiel meine ambulante Therapie durch den Corona-Lockdown teilweise weg und konnte ansonsten nur stark reduziert durchgeführt werden. Daraufhin habe ich mich für einen Klinikaufenthalt entschieden.

Ist Ihnen dieser Entschluss schwergefallen?

Ja, für mich war ein Klinikaufenthalt zu Beginn eine sehr schwierige Vorstellung. Im Laufe des Aufenthaltes hat sich meine Sichtweise aber geändert. Rückblickend bin ich sehr froh, dass ich eine stationäre Behandlung absolviert habe. Ich konnte enorm davon profitieren. Wichtig ist aber, dass man eine Klinik findet, in der man sich gut aufgehoben fühlt.

In der Privatklinik Aadorf war dies der Fall?

Für mich war die Atmosphäre in der Privatklinik Aadorf sehr angenehm. Dazu beigetragen hat zweifellos, dass es sich nicht um ein grosses und separiertes Klinikareal handelt. Vielmehr ist die Klinik in überschaubarer Grösse in ein offenes Wohnquartier integriert. Dadurch fühlt man sich nicht so sehr von der Alltagswelt getrennt. Für mich von grosser Bedeutung waren insbesondere der familiäre Führungsstil, die grosse Bewegungsfreiheit und die nahe gelegene Natur.

Zentral war auch, dass sämtliche Fachpersonen, mit denen ich während meines Aufenthaltes zu tun hatte, fachlich und menschlich sehr kompetent waren und zudem eine grosse Ruhe, Reife und Wärme ausstrahlten. Im therapeutischen Alltag war Aktivität, aber kaum je Hektik zu spüren, was auf mich eine sehr positive Wirkung hatte. Auch das übrige Klinikpersonal war sehr freundlich, empathisch, flexibel und hilfsbereit.

Wie wichtig war es für Ihre Genesung, dass man so viel Wert auf einen geschützten und familiären Rahmen legt?
Dies war für mich absolut zentral. Hätte ich mich nicht geschützt und gut aufgehoben gefühlt, wäre es mir nicht möglich gewesen, mich dem therapeutischen Prozess wirklich zu öffnen. In einem geschäftigen «Klinik-Grossbetrieb» hätte ich mich ganz und gar nicht wohlgefühlt.

Haben Sie während Ihres Klinikaufenthaltes nie den Drang verspürt, die Behandlung abzubrechen und einfach wieder in den gewohnten Alltag zurückzukehren?
Nein, nie. Mir war auch in den schwierigsten Momenten jederzeit klar, dass mich die Behandlung weiterbringt und mir Chancen und die nötige Handhabe gibt, mein Leben positiv zu verändern. Dieses Ziel hatte ich immer vor Augen und war und bin bereit, den Weg dahin zu gehen, mit all seinen Herausforderungen.

Haben Sie den Eindruck, nach dem Aufenthalt in der Privatklinik Aadorf dem Auftreten einer Depression oder eines Burnouts nun besser vorbeugen zu können?
Während meines Aufenthalts in der Klinik wurde ich hervorragend und mit viel Einsatz durch die Fachkräfte unterstützt und konnte sehr viel lernen. Ich verstehe meine eigenen Verhaltensmuster besser, konnte vieles verarbeiten, bin viel achtsamer mir selbst gegenüber geworden und habe viele Skills für den Umgang mit mir in verschiedenen Situationen erlernt. Nun geht es darum, das Gelernte im praktischen Alltag umzusetzen und das eigene Leben neu zu gestalten, damit die Genesung und Erholung weiter voranschreiten und ein künftiges Burnout vermieden werden kann. Dies gelingt mir bis jetzt – mit allen Herausforderungen – ganz gut und ich bin zuversichtlich. Eine Garantie gibt es nicht – die gibt es nie, denn man weiss nie, was das Leben bringt. Man kann nur stets sein Bestes versuchen und offen sein, dazuzulernen.

Zu guter Letzt: Welchen Rat geben Sie Menschen auf den Weg, bei welchen eine Depression oder ein Burnout wahrscheinlich ist oder sogar schon diagnostiziert wurde?
Ich finde es schwierig, einen allgemeinen Rat zu geben – jeder Mensch ist individuell und hat seine eigene Geschichte, die zu bestimmten Symptomen führt. Wichtig finde ich, dass man keine Scheu davor hat, Unterstützung anzunehmen. Dass man auf sich selbst vertraut und weitersucht, wenn eine bestimmte Art von Unterstützung nicht passt; es gibt viele Möglichkeiten. Und dass man den Mut und die Geduld aufbringt, sich mit seinen eigenen, auch schwierigen Themen auseinanderzusetzen. Auch wenn dies zuweilen sehr herausfordernd sein kann – es lohnt sich und ist die Chance auf ein erfüllteres, freudvolleres Leben.

*Name geändert

Spezialisiertes, methodenübergreifendes Therapieangebot

Als ärztlich geleitete Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie hat sich die Privatklinik Aadorf auf vier zentrale Fachgebiete fokussiert. Neben den Bereichen Essstörungen und Adipositas sowie der Psychotherapie für die Generation 50+ ist die Klinik auf die Behandlung von Menschen mit Depressionen, Angststörungen und Burnout spezialisiert. Die hohe fachliche Qualität der Angebote verbindet sich mit einer familiären, privaten Atmosphäre, zu der auch die harmonische Einbettung in ein Einfamilienhausquartier in Aadorf beiträgt.

Die Privatklinik Aadorf verfügt über 60 Betten im stationären Bereich und über zwei Ambulatorien in Aadorf und in der Stadt Zürich. Bei der Erarbeitung von Behandlungskonzepten kommt ein breites Spektrum an Methoden und Therapien zur Anwendung. Der Blick richtet sich dabei stets auf die spezifische Situation der Patientin oder des Patienten. Gerade bei Depressionen können bestimmte Spezialtherapien eine starke Wirkung entfalten. Auch die Nähe der Natur und das behagliche Umfeld tragen dazu bei, dass Patientinnen und Patienten an der Privatklinik Aadorf einen ebenso ganzheitlichen wie individuellen Weg aus der Krise finden.

Kontakt:
Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstrasse 23
8355 Aadorf
Tel. +41 52 368 88 88
Fax +41 52 368 88 99
info@klinik-aadorf.ch

Behandlungsoptionen

Was tun bei schwer behandelbarer Depression und Therapieresistenz?

Schwer behandelbare Depressionen oder behandlungsresistente Depressionen stellen eine komplexe klinische Herausforderung mit hoher sozioökonomischer Relevanz dar. Eine angemessene Behandlung und Betreuung erfordert einen multidimensionalen Ansatz und ein breites Spektrum an therapeutischen Optionen.

Von Maxim Zavorotnyy[a, b], Annette Brühl[c], Wolfram Kawohl[d, e], Erich Seifritz[d]

[a] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Dienste Aargau, Lehrspital der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Windisch;
[b] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg, Marburg (Deutschland);
[c] Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Universität Basel, Basel;
[d] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich;
[e] Clienia Schlössli, Lehrspital der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Oetwil am See.

Gemäss der schweizerischen Behandlungsempfehlung wird bei schwer behandelbaren Depressionen (DTD) oder behandlungsresistenten Depressionen (TRD) als Standardtherapie die Kombination von konventioneller antidepressiver Medikation und Psychotherapie vorgeschlagen. Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Standardtherapie stehen pharmakologische Optimierungen sowie weitere Behandlungsverfahren wie Elektrokonvulsionstherapie (EKT), repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) und Behandlung mit glutamatergen Substanzen wie Ketamin und Esketamin zur Auswahl.

ELEKTROKONVULSIONSTHERAPIE

Die EKT ist eine der ältesten psychiatrischen Therapieformen und ist aufgrund ihrer hervorragenden Wirksamkeit immer noch von grosser Bedeutung in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Seit dem ersten Einsatz elektrischer Stimulation zur Anfallsprovokation wurde die EKT kontinuierlich modifiziert und optimiert [33]. Essenziell sind heutzutage eine präzise klinische Indikationsstellung und die umfassende Aufklärung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Die technische und medizinische Optimierung der Therapie führte zu einer deutlichen Reduktion von Nebenwirkungen, einer erheblichen Steigerung ihrer Sicherheit und dadurch zu einer besseren Akzeptanz auch in der Gesellschaft [34].

In der aktuellen Form ist das Risiko für lebensbedrohliche Komplikationen bei einer EKT vergleichbar mit demjenigen bei einer üblichen Kurznarkose [34, 35]. An unerwünschten Wirkungen sind neben medikamentös gut kontrollierbaren Kopfschmerzen, Myalgien und Übelkeit (akut innert 48 Stunden nach einer Behandlung) vergleichsweise häufige kognitive Einschränkungen zu nennen (bis zu 40 Prozent) [36]. Diese sind vorübergehend und bilden sich in der Regel innert weniger Wochen nach der Beendigung der EKT-Serie zurück [37]. Im Längsschnitt kommt es sogar zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, bedingt durch den Rückgang der depressionsbedingten kognitiven Defizite. Gemäss der schweizerischen Behandlungsempfehlung soll die EKT zu jedem Zeitpunkt

erwogen werden [15]. Die Anwenderinnen und Anwender der EKT können einerseits auf jahrzehntelange Erfahrung und andererseits auf eine breite wissenschaftliche Basis betreffend deren hervorragende Wirksamkeit, Sicherheit und neurobiologische Grundlagen zurückgreifen. Leider ist die tarifliche Abbildung und Entschädigung der EKT in der Schweiz nicht adäquat und kostendeckend geregelt.

REPETITIVE TRANSKRANIELLE MAGNETSTIMULATION

Die Entwicklung der rTMS begann Anfang des 19. Jahrhunderts mit Versuchen zur Erforschung der Neurophysiologie mithilfe von elektrischen und magnetischen Stimulationen. Mitte der 1980er-Jahre gelang es der Arbeitsgruppe um Anthony Barker, ein Gerät zur kontaktlosen magnetischen Stimulation des Kortex zu entwickeln. In den Folgejahren wurde diese Technik verbessert und breit in der Forschung sowie zur neurologischen Diagnostik eingesetzt. Inzwischen wurde die rTMS in diverse Leitlinien weltweit aufgenommen, darunter in die letzte Fassung der DGPPN-S3-Leitline Unipolare Depression, aber auch in die schweizerischen Behandlungsempfehlungen [16, 41].

Generell gilt die rTMS als sichere und gut verträgliche Therapiemethode [57]. Zu ihren häufigen Nebenwirkungen zählen Missempfindungen/Schmerzen lokal an der Stelle der Stimulation. Weniger häufig werden Kopfschmerzen nach der Behandlung beobachtet, die aber gut kontrollierbar sind. Prioritär könnte die rTMS für die Patienten angeboten werden, die keine Medikation wünschen oder diese nicht vertragen. Oft wird die rTMS auch als Ergänzung zur bereits bestehenden optimierten Standardtherapie angeboten.

Zusammengefasst ist die rTMS eine Behandlungsform mit grossem technischem Entwicklungspotential. Sie eignet sich eher für Patient:innen mit leichteren bis mittelgradigen depressiven Störungen ohne psychotische Symptome und akute Suizidalität. Limitierend für eine breitere Anwendung der rTMS ist aktuell, dass die Behandlungskosten durch die Krankenversicherungen nicht übernommen werden und dass die Methode noch nicht genügend bekannt und verfügbar ist. Sie ist jedoch einfach anwendbar, sicher und nebenwirkungsarm und dadurch gut akzeptiert bei den Patient:innen.

KETAMIN UND ESKETAMIN

Ketamin ist in der Anästhesie seit 1970 zugelassen [65] und wirkt vor allem durch eine Blockade des NMDA-Glutamat--Rezeptors. Ein antidepressiver Effekt wurde erstmals im Jahr 2000 beschrieben, wobei die Dosierung subanästhetisch war [66]. Auffallend war die rasche Wirkung innerhalb weniger Stunden mit einem Wirkmaximum circa 24 Stunden nach intravenöser Gabe bei Patient:innen mit TRD oder DTD. Dieser Effekt wurde seither in vielen Studien bestätigt [67–71]. Die antidepressive Wirkung zeigt sich bei ungefähr 66 Prozent der Patientinnen und Patienten und hält nach einmaliger Infusion für etwa eine Woche, nach mehrfachen Infusionen für vier Wochen oder auch länger an [72, 73]. Intravenöses Ketamin ist für die Therapie der TRD oder DTD bisher nicht zugelassen und wird nur als individueller Heilversuch in spezialisierten Zentren angeboten.

In der Anästhesie wird seit 1997 auch das S-Enantiomer Esketamin eingesetzt mit rund doppelt so starker Wirksamkeit wie das razemische Ketamin und drei- bis vierfach höherer Affinität zum NMDA-Rezeptor als das R-Enantiomer. Das Wirkspektrum ist vergleichbar, wobei nur etwa die Hälfte der Substanzmenge benötigt wird. Esketamin als Nasenspray zur Behandlung von TRD wurde im April 2020 durch Swissmedic in der Schweiz zugelassen. In einer Evaluationsstudie zur Esketamin-Wirkung traten fast alle Nebenwirkungen in der Esketamin-Gruppe innerhalb der ersten 40 Minuten nach der Applikation auf und waren in der Regel nach einer bis anderthalb Stunden wieder verschwunden, sodass die Patienten nach zwei Stunden entlassbereit waren.

Die vorliegende klinische und wissenschaftliche Evidenz legt nahe, dass künftige Aktualisierungen der Behandlungsempfehlungen und -leitlinien für Depressionen, insbesondere diejenigen für TRD und DTD, dem (zugelassenen) intranasalen Esketamin den Stellenwert einer Augmentationsbehandlung zusprechen [17, 32]. In der derzeitigen klinischen Praxis ist die Anwendung von Esketamin deutlich limitiert, dies aufgrund der Tatsache, dass die Esketamin-Behandlung als Leistung der obligatorischen Krankenversicherung häufig nicht entschädigt wird, was zu aufwendigen und nicht einheitlich geregelten Kostengutspracheverfahren führt.

FAZIT

Die breitere Anwendung der hier beschriebenen Therapiemethoden wird momentan durch eine unzureichende Deckung der Behandlungskosten durch die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz deutlich limitiert. Diese Situation sollte aus unserer Sicht durch Überwindung bürokratischer Hürden verbessert werden. Es ist zu hoffen, dass diese Schwierigkeiten nicht einer diskriminierenden Betrachtung psychischer Erkrankungen entspringen.

Dieser Beitrag ist die gekürzte Fassung eines in «Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy» erschienenen Artikels. Die ausführliche Version inklusive Literatur und Referenzen gibt es unter: sanp.ch/article/doi/sanp.2022.w10075

ZUR PERSON

Dr. med. Maxim Zavorotnyy MHBA
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Dienste Aargau, Königsfelderstr. 1, 5210 Windisch, maxim.zavorotnyy[at]pdag.ch

15 Tage kostenlos testen
Jetzt auf www.mediq.ch

Medikamenten-Interaktionsdatenbank

Ihre Vorteile

- **Intuitiv** und **übersichtlich** - farbige Risikoklassifizierung klinisch relevanter Interaktionen. Schematische Übersicht der CYP-Interaktionen.
- **Präzise** und **mehrdimensional** - Interaktionen werden auf Wirkstoffebene (kinetisch und dynamisch) von einem hochqualifizierten Expertenteam beurteilt, inkl. möglicher Klasseneffekte
- **Flexibel** und **kundennah** - zusätzliche Interaktionen können jederzeit angefragt werden und das mediQ Team berät gerne bei komplexen Fragestellungen

Umfassende Datenbank mit regelmässiger Aktualisierung

✓ 53'000 Arzneimittelkombinationen
✓ 2'500 Wirkstoffen
✓ 6'500 Medikamenten

Berücksichtigung von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von genetischen Polymorphismen

	clopidogrel	mesalazin	L metoprolol	N L Q paroxetin
mesalazin	■			
L metoprolol	■	⚠		
N L Q paroxetin	■■	■	■■■	
N L Q K tramadol	■■	⚠	■	■■■■

Einzelne Kommentare können mit einem Klick aufgerufen werden

Noch nicht beschriebene Interaktionen können beim Expertenteam angefragt werden

Informationen und Anmeldung

Gerne unterbreiten wir Ihnen auch ein individuelles Angebot.
mediq@pdag.ch · www.mediq.ch
Tel. +41 56 462 27 69

mediQ
Qualitätszentrum für Medikamentensicherheit
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Königsfelderstrasse 1
5210 Windisch

2022

Beurteilung des Interaktionsrisikos bei Polypharmazie

Mit der Datenbank mediQ lassen sich Arzneimittelinteraktionen einfach und schnell beurteilen, was eine rasche Einschätzung eventueller Risiken von Kombinationstherapien ermöglicht. Dabei werden nicht nur Interaktionen zwischen Arzneimitteln, sondern auch der Einfluss von Nahrungs- und Genussmitteln sowie von genetischen Polymorphismen berücksichtigt.

Kontakt:
mediQ
Qualitätszentrum für Medikamentensicherheit
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Königsfelderstrasse 1
5210 Windisch
www.mediq.ch
mediq@pdag.ch
Tel. +41 56 462 27 69

Verfasst von:
Dr. med. Nadja Pecinska

Medikamentöse Kombinationsbehandlungen sind heutzutage im klinischen Alltag eher die Regel als die Ausnahme. Dabei werden die Risiken von Arzneimittelinteraktionen oft unterschätzt, oder aber nicht als solche erkannt, sondern als Ausdruck der Grunderkrankung oder als eine unerwünschte Wirkung eines der verschriebenen Medikamente gewertet.

Eine rasche, unkomplizierte und übersichtliche Hilfestellung bietet dabei die Datenbank mediQ (Abb. 1). Sie besteht aus mehr als 52 000 Arzneimittelkombinationen aus dem psychiatrischen und somatischen Bereich, 2500 Wirkstoffen und 6000 Medikamenten (inkl. Phytopharmaka). Und die Datenbank wächst stetig weiter, denn noch nicht erfasste Arzneimittelkombinationen können den Expertinnen und Experten von mediQ gemeldet werden, die zeitnah die Ergänzung vornehmen. Um eine hohe Spezifizität zu erreichen, wird jede mögliche Interaktion einzeln beurteilt. Dabei werden sowohl sämtliche Abbau- und Transportwege als auch relevante pharmakokinetische und pharmakodynamische Faktoren beschrieben und eingeordnet. Ebenso werden Wirkungen auf das Neurotransmittersystem aufgezeigt. Als weiterführende Dienstleistung wird eine individuelle Beratung bei Polymedikationen und komplexen Fragestellungen angeboten. Es besteht die Möglichkeit, Empfehlungen bezüglich einer Optimierung der Pharmakotherapie zu erhalten. Zudem können auf Wunsch Blutspiegelbefunde (Therapeutic Drug Monitoring, TDM) interpretiert werden.

mediQ ist ein zertifiziertes Medizinprodukt, das sich an medizinisches Fachpersonal richtet und auch im universitären Umfeld genutzt wird. Technisch wurde 2020 eine Neuprogrammierung zur Verbesserung der Geschwindigkeit, Sicherheit und Ausbaufähigkeit (z.B. Anbindung an ein Klinikinformationssystem KIS) realisiert.

mediQ kann unter **www.mediq.ch** 15 Tage lang kostenlos getestet werden. Bei Interesse wird Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot unterbreitet.

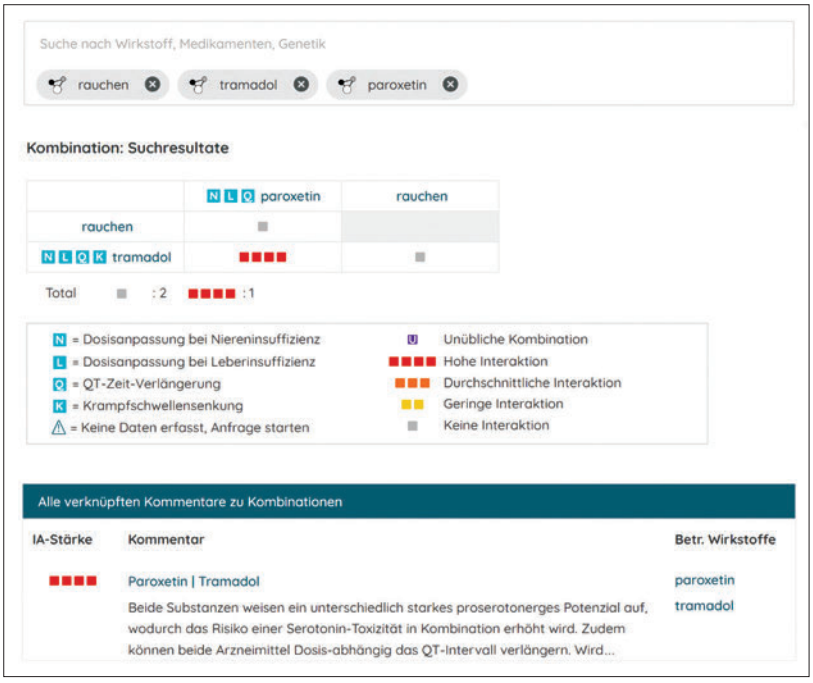


Abbildung 1: Die Datenbank mediQ gibt unkompliziert und schnell Auskunft zu Interaktionen von Arzneimitteln.

WAS BIETET IHNEN MEDIQ?

- Eine rasche Beurteilung von Arzneimittelinteraktionen zur Einschätzung eventueller Risiken von Kombinationstherapien.
- Schnelle und unkomplizierte Bearbeitung Ihrer in der Datenbank noch nicht erfassten Interaktionsanfrage. Dadurch wird mediQ laufend erweitert.
- Beurteilung durch ein hochqualifiziertes Expertenteam aus Fachleuten der Medizin, Pharmazie und Pharmakologie.
- Interpretation von Blutspiegelbefunden.
- Individuelle Beurteilung von Polymedikationen.

First-Person Account

Am Ende der Hoffnung

Narrative Beiträge von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten werden seit Ende der 70er-Jahre in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht und erhalten in Forschung, Lehre oder Management psychosozialer Dienste einen höheren Stellenwert. Sie öffnen der Leserschaft einen intimen Blick auf das innerpsychische Erleben der Betroffenen, und verhelfen letzteren, soziale und persönliche Geltung zurückzugewinnen.

24 STUNDEN NACH DEM ERSTEN SELBSTMORDVERSUCH:

80 Lithium-Tabletten, leidlich aufgelöst in heissem Wasser. Dazu drei Flaschen Wein. Es hätte klappen müssen – wenn die Magenschleimhaut nicht rebelliert hätte.

«Sehen Sie es so», meint der Notfallpsychiater. «Sie haben nochmals eine Chance gekriegt! Warum gehen Sie nicht Base-Jumpen oder Tiefseetauchen, fordern Ihr Schicksal echt heraus? Sicher ist: Sterben tun wir sowieso alle einmal.»

Ich: «Ich will aber jetzt sterben!»

Er: «Warum?» Er schaut mich im schummrigen Licht des Isolationszimmers an. «Haben Sie Pickel?»

Ich: «Nein».

Er: «Haben Sie schiefe Zähne?»

Ich: «Nein, aber ich habe alle Zähne überkront, als Folge von 20 Jahren schwerer Bulimie.»

Er. «Haben Sie eine sichtbare Behinderung?»

Ich: «Nein, aber der rechte Unterschenkel ist gefühlslos, seit mir bei einem Unfall alle Weichteile abgerissen worden sind.»

Er: «Sind Sie sonderlich dick oder dünn?»

Ich: «Ich war mit 13 Jahren magersüchtig, bin monatelang in einer Klinik zwangsernährt worden.»

Er. «Und trotzdem wollen Sie sich das Leben nehmen?»

Ich: «Ist das alles noch nicht genug?»

Er: «Warum gehen Sie nicht an die frische Luft, joggen oder so?»

Ich: «Weil ich aufgrund einer fortgeschrittenen Osteoporose beide Fersen gebrochen habe.»

Er: «Warum wollten Sie sich ausgerechnet mit Tabletten umbringen?»

Ich: «Womit sonst?»

Er: «Sie sind eine intelligente Frau, waren Moderatorin beim Fernsehen, haben Romane geschrieben, Luxushotels getestet, sehen gut aus. Warum geniessen Sie nicht einfach Ihr Leben?»

Ich: «Weil ich mich nicht ertrage. Dieses Drehen im Kopf. Ich denke mich blutig.»

Er klatscht in die Hände: «Das ist genau Ihr Problem! Sie denken zu viel und können dieses Denken nicht abschalten. Warum gehen Sie nicht Motorrad-

fahren, legen sich so richtig in die Kurven rein und geniessen die Freiheit?»

Ich: «Weil es mir beim Motorradfahren besagten Unterschenkel abgerissen hat. Es hat dutzende Operationen gebraucht, um ihn wieder zusammenzuflicken.»

Er: «Ihnen ist tatsächlich nur schwer zu helfen.»

VIER ELEKTROSCHOCK-ZYKLEN UND DREI SUIZIDVERSUCHE SPÄTER: TAGEBUCHEINTRAG

Erstarrung. Festgefahren sein. Sich nicht rühren können. Gebunden im Schmerz, der kaum das Atmen zulässt. Erstarrung schliesst den Schmerz nicht aus. Erstarrung ist der leibhaftige Schmerz. Es ist Gefangenschaft im offenen Vollzug. Ausser, dass ich die Zähne zusammenbeisse, sieht man mir die Qual nicht an. Äusserlich integriert in diese Gesellschaft, bin ich gedanklich längst nicht mehr Teil davon. Die

Erstarrung hält mich gefangen in einer scheinbaren Welt des Wahnsinns, die sich durchaus auch so anfühlt. Es ist ein Zustand, den zu beschreiben mir die treffenden Worte fehlen. Wie nennt man die Potenzierung von Nicht-aushalten-können? Höllenritt? Bei einem Ritt durch die vermeintliche Hölle bewegt sich wenigstens noch etwas. Bei mir herrscht nur noch Eiszeit, die Gefühlswelt zu einem Gletscher erstarrt. Es ist ein verdammtes Aushalten, die Hoffnung verblichen wie blondes Haar, das zu lange der prallen Sonne ausgesetzt war. Ja, ich sehe die Sonne, aber ich nehme sie nicht wahr. Nichts dringt mehr an mich heran, nicht berührt mich ehrlich. Für wen es nicht kennt, mag der

> Äusserlich intergriert in diese Gesellschaft bin ich gedanklich längst nicht mehr Teil davon. Die Erstarrung hält mich gefangen.

Tod keine Alternative darstellen. Für mich ist die Aussicht auf mein Ende die einzige Möglichkeit, weiterzuleben. Aber wer oder was bin ich schon? Ein Blatt im Wind, bald verwelkt, vom Sturm davongetragen. Bräunlich verfärbt, unschön anzuschauen, seiner jugendlichen Elastizität beraubt. Ein Blatt, das froh sein kann, wenn es dort endet, wo es hergekommen ist: in der Unendlichkeit. Im Nichts? Aber von wo kam dann der initiale Impuls? Wer entscheidet über das Ende des Blattes? Wer über sein Fortbestehen? Ist es eventuell gar nicht lebendig, nur scheinbar mit Leben erfüllt? Was ist Leben?

31. OKTOBER 2017, 07.00 UHR, OPERATIONSSAAL IM INSELSPITAL BERN

Anwesend sind neben einem Team bestehend aus Neurochirurgen, Neurologen, Psychiatern und Anästhesisten auch ein Film- und eine Foto-Team. Letztere wollen die erste «Tiefe Hirnstimulation» dokumentieren, die an der Insel an einer depressiven Patientin vorgenommen wird. Bei der rund siebenstündigen Wachoperation werden der chronisch suizidalen Patientin zwei Elektroden ins Hirn eingesetzt, die über diverse Kabel mit einem über der linken Brust implantierten Stimulator verbunden sind. Bei Parkinsonpatienten hat die THS bereits gute Erfolgen erzielt.

GRAUE HAARE

Die ersten Monate nach der Hirnoperation verbringe ich auf der Station Wernicke, einer neu geschaffenen psychiatrischen Spezialstation der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern. Ich nähere mich dem neuen Zustand an – zu allererst der Tatsache, dass die Stimulation erst zwei Wochen nach erfolgreichem Eingriff eingeschaltet wird, weil das Hirn erst zur Ruhe kommen muss. Wie konnte bloss diese für mich so wichtige Information im Vorfeld verloren gehen? Ich weine,

Wenn das Denken gesiegt hat, ist es kein Sterben, sondern eine Erlösung.

tobe, fordere ein, mit dem Resultat, dass mir vom Professor hoch dosiertes Valium nun auch noch fix verordnet wird. Man müsste die Zeit abschaffen können, dann gäbe es auch kein Leiden.

Die Glatze ist nicht lange Thema, schnell bildet sich ein feiner Flaum über die Narben. Je mehr auf meinem Kopf spriesst, umso sichtbarer wird die gänzliche Verwandlung: waren meine Haare vor der OP glatt und blond, so sind sie nun gelockt. Gelockt und grau.

SPRECHSTUNDE BEI DER NEUROLOGIN

Mehrmals pro Woche spreche ich im Neurozentrum des Inselspitals Bern vor, geht es doch darum, die für mich optimale Einstellung des Stimulators herauszukristallisieren. Beim allerersten Einschalten verspüre ich ein feines Kribbeln am ganzen Körper und eine Art Leere im Kopf, die sich aber in Minutenfrist verflüchtigt.

In aufwändiger Recherchearbeit werden alle verfügbaren Stromeinstellungen durchprobiert, wobei ich Zeichen gebe, wenn sich für mich merklich etwas verändert. Schon nach wenigen Wochen steht fest: ich brauche definitiv mehr Stimulation als dies eine Parkinsonpatientin benötigt. Ich möchte sofort hochfahren, damit es mir endlich besser geht, die Neurologin winkt ab. Es braucht Geduld von allen Beteiligten.

KLEINSTE SCHRITTE

Nach vier Monaten auf Station finde ich es allmählich an der Zeit, Bilanz zu ziehen – nicht wissend, dass ich noch ein weiteres halbes Jahr bleiben muss und danach immer wieder stationär zurückkehren werde, mal für zwei Monate, mal für vier Wochen.

Der Auslöser ist stets der Gleiche, die mir innewohnende Suizidalität, die über die Jahre chronisch geworden ist. Ich hatte so sehr gehofft, dass mich der Stimulator davon wegbringen wird.

Aber diese durchschlagende Kraft hat der Strom nicht. Wohl aber vermittelt er mir eine gewisse Stabilität auf tiefem Niveau, die in Kombination mit den verordneten Psychopharmaka auch hin und wieder zu leichteren Momenten führen kann.

GENUG

Drei Jahre nach der Operation habe ich noch immer das starke Gefühl, vor Ort zu treten, schaffe es nach wie vor nicht zu arbeiten, bin sozial zurückgezogen und wohne – wenn nicht in der Klinik – im Haus meiner Eltern. Ich lehne dieses dahinvegetierende Leben abgrundtief ab, entschliesse mich, auf sicher mit

«Exit» von dieser Welt zu gehen, verfasse meine eigene Todesanzeige, schreibe die Trauerrede, bin durch und durch bereit zu gehen, nachdem mir zwei unabhängige Experten ihr Einverständnis gegeben haben.

HEUTE

Dass ich mich in letzter Minute umentschieden habe, hat vor allem damit zu tun, dass ich übermässige Angst vor einem langen Abschied hatte. Diese intensive Auseinandersetzung mit dem engsten Umfeld fällt bei einem Suizid weg, es wird nicht über Tage oder Wochen hinweg Adieu gesagt, Bilanz gezogen, sich umarmt und geweint.

Die Tatsache, noch am Leben zu sein, habe ich zum Anlass genommen, bewusst – und auch gegen innere Widerstände – weiterzugehen. Zum Beispiel habe ich mittlerweile eine eigene Wohnung, was – bezogen auf die latent vorhandene Essstörung – nicht immer optimal ist, aber sicher der richtige Schritt war. Und ich habe mir einen Hund zugelegt, einen Gefährten, der mich auch zu den Terminen bei der Psychologin begleitet.

Ich habe mir einen Hund zugelegt, einen Gefährten, der mich auch zu den Terminen bei der Psychologin begleitet.

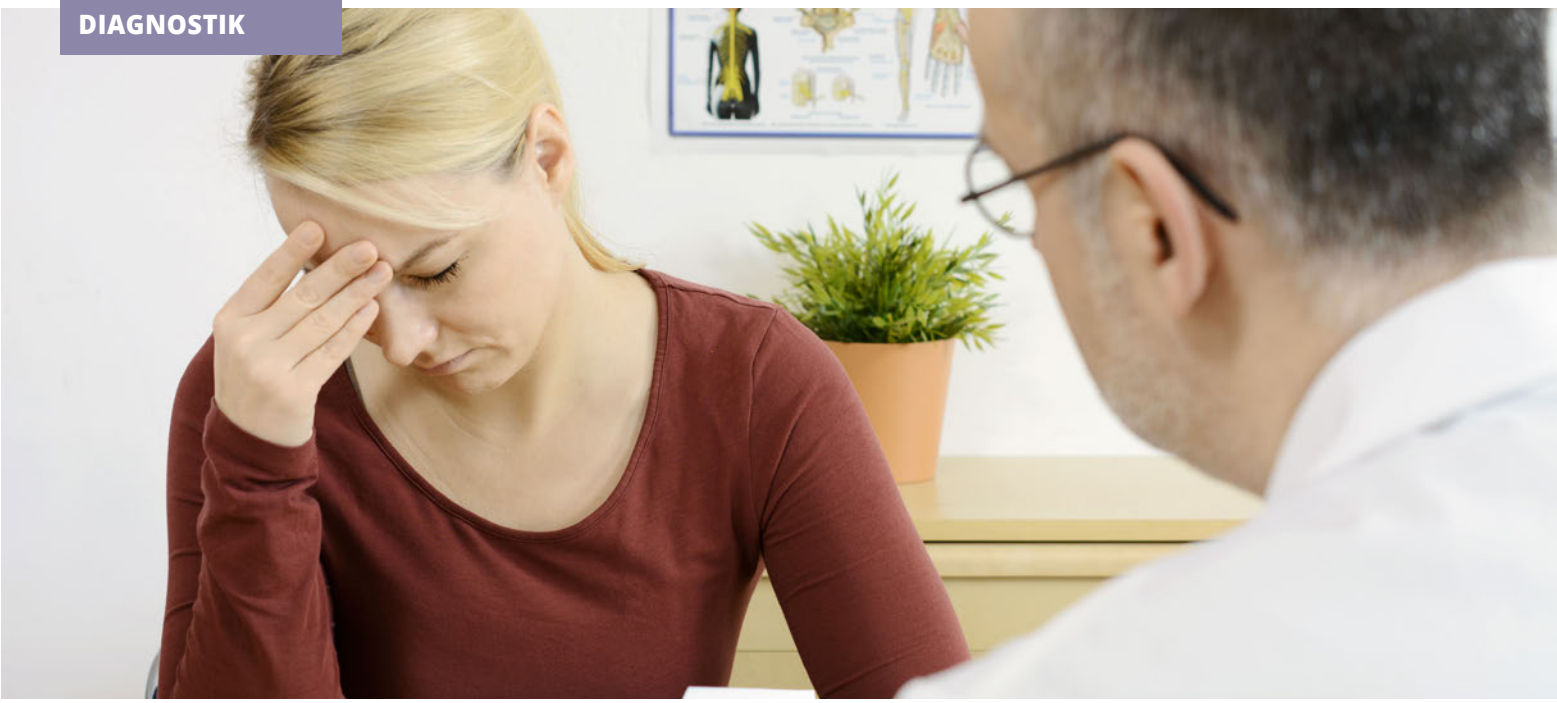
Ich habe mich in letzter Minute umentschieden, weil ich übermässig Angst vor einem langen Abschied hatte.

Die Psychologin habe ich über das von ihr mitentwickelte Programm ASSIP kennengelernt. Es richtet sich an Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben und dadurch stark gefährdet sind, es wieder zu tun. Hier setzt das Kurzinterventionsprogramm ein, reduziert die Zahl der Wiederholer merklich.

Zudem sehe ich regelmässig die Psychiaterin, primär um über die Medikation zu sprechen, denn ohne Psychopharmaka geht es nicht. Bei der Stimulationsstärke bin ich am oberen Limit angekommen. Es gibt kaum noch Umstellungen. Trotzdem habe ich mit der Installation täglich zu tun, muss rund 45 Minuten lang die Batterie aufladen, damit mir nicht plötzlich der Strom ausgeht.

Dieser Beitrag ist erstmals erschienen in «Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy» erschienenen 2022;173:w10083. https://doi.org/10.4414/sanp.2022.w10083.

Name der Autorin ist der Redaktion bekannt.



Diagnostik und Psychopharmakotherapie

Depression in der hausärztlichen Praxis

Aufgrund der oft langjährigen und umfassenden Arzt-Patienten-Beziehung verfügen Hausärztinnen und Hausärzte über einen besonderen Zugang zum psychischen Befinden ihrer Patientinnen und Patienten. Sie sind häufig die ersten Ansprechpartner, und folglich beginnt die Behandlung der Depression oft in der Hausarztpraxis oder findet sogar gänzlich dort statt. Dies erfordert von der Allgemeinmedizinerin dediziertes Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung, insbesondere bezüglich der diagnostischen Kriterien und der medikamentösen Therapie. Vor diesem Hintergrund fasst die vorliegende Übersicht wesentliche allgemeinärztlich relevante Zusammenhänge zu Diagnostik, Einschätzung des Schweregrades und Psychopharmakotherapie der Depression in der Hausarztpraxis zusammen.

Von Razvan Stativa [a], Fabian Kraxner [b, c], Golo Kronenberg [a], Hanife Olbrich [d], Erich Seifritz [a, c], Sebastian Olbrich [a]

[a] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich;
[b] Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Spital Affoltern;
[c] Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Bern;
[d] Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich.

EINLEITUNG

Hausärztinnen und Hausärzte spielen bei der Behandlung depressiver Störungen eine zentrale Rolle. Sie sind für die Patienten mit Depression häufig die erste und in etwa 40 Prozent der Fälle sogar die einzige Anlaufstelle [1]. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken, liegt global bei 10 bis 15 Prozent [2]. Auswertungen der Weltgesundheitsorganisation WHO zeigen, dass 9 bis 23 Prozent der Menschen mit chronifizierten Erkrankungen eine Depression als Begleiterkrankung aufweisen. Eine epidemiologische Querschnittsstudie in Deutschland zeigte, dass in der allgemeinmedizinischen Versorgung 60 Prozent der Patienten nicht leitliniengerecht mit Antidepressiva und/oder Psychotherapie behandelt wurden [3]. In der Schweiz wird aktuell etwa die Hälfte der Antidepressiva durch Hausärztinnen verschrieben [4]. Ziel dieses Artikels ist, den basisdiagnostischen Prozess für die Hausarztpraxis zu beschreiben, Hinweise zu Indikationsstellung und Durchführung psychopharmakologischer Interventionen darzustellen sowie auf mögliche Gefahrenaspekte hinzuweisen. Unsere Ausführungen beruhen im Wesentlichen auf den Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) beziehungsweise der Schweizer Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) [5] sowie der deutschen S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) [6].

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD UND DIAGNOSTIK

Neben der Schilderung klassischer depressiver Kernsymptome mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und Mangel an Energie präsentieren sich häufig Patientinnen und Patienten, deren primäres Anliegen nicht direkt auf eine depressive Störung schliessen lässt. Bei vielen somatischen Störungen zeigt sich eine stark erhöhte Prävalenz depressiver Störungen, so zum Beispiel bei hypertensiven Erkrankungen, nach Myokardinfarkten, beim metabolischen Syndrom [7], verschiedenen Demenzformen sowie chronischen Schmerzsyndromen und vielen neurologischen Störungen [8] wie der multiplen Sklerose, der Parkinson-Erkrankung und der Epilepsie. Häufig ist die Beziehung bidirektional, das heisst, diese Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, depressive Symptome zu entwickeln. Andererseits erhöht Depression das Risiko weiterer somatischer Erkrankungen oder verschlechtert den Krankheitsverlauf deutlich [9]. Ein Screening hinsichtlich depressiver Symptome ist daher sowohl bei Präsentation mit depressiver Symptomatik als auch bei den genannten internistischen beziehungsweise neurologischen Erkrankungen ratsam. Zu beachten sind auch iatrogene Ursachen der Depression, etwa die Behandlung mit systemischen Glukokortikoiden, einigen Antibiotika (Chinolone wie Ciprofloxacin und Penicilline) [10] und Immunmodulatoren wie zum Beispiel Cyclosporin [11]. Tabelle 1 zeigt weitere für die Allgemeinmedizin relevante Risikofaktoren.

Bei Verdacht auf eine depressive Symptomatik sollten folgende, von internationalen Leitlinien empfohlene Screening-Fragen gestellt werden:

- «Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos gefühlt?»
- «Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Dingen gehabt?»

Im Falle der positiven Beantwortung einer der Fragen sollten die Symptome (siehe Tabelle 2) systematisch abgefragt werden, um eine Diagnose stellen zu können [12]. Dies erfolgt immer klinisch entsprechend den erwähnten Kriterien – mindestens 2 Hauptsymptome beziehungweise 3 bei schwerer Episode für zwei Wochen plus 2 (leichte), 3–4 (mittelgradige) oder >4 (schwere Episode) Nebenkriterien.

Zum Ausschluss anderer somatischer Ursachen einer Depression sollten eine internistische und einer neurologische Untersuchung sowie folgende Untersuchungen durchgeführt werden: EKG (QTc-Zeit), Body Mass Index, Bauchumfang, Labor mit Blutbild sowie mit Entzündungsparametern (CRP), Elektrolyten (Na, K, Cl, Mg), TSH, Krea, eGFR und Leberwerten [13]. Weiterführende Untersuchungen, einschliesslich kranialer Bildgebung, EEG und Screening nach infektiösen Ursachen, werden nur bei atypischer Präsentation oder bei Therapieresistenz empfohlen.

NOTFALLSITUATIONEN UND SUIZIDALITÄT

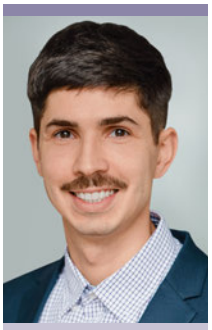
Das Suizidrisiko depressiver Patientinnen und Patienten ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, und die Lebenszeitsuizidmortalität für alle depressiven Patienten beträgt 4 Prozent [14]. In der Schweiz ist Suizid eine der häufigsten Todesursachen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren [15]. Eine retrospek-

Tabelle 1: Risikofaktoren für das Auftreten einer depressiven Störung [50]

Biologisch	• Genetische Vulnerabilität (positive Familienanamnese) • Adipositas, wenn von metabolischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, niedrigem HDL-Cholesterin, hohem CRP und hohem glykosiliertem Hämoglobin begleitet [37] • Hormonell (z. B. Hypothyreose, Umstellungen während Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett und Perimenopause) • Medikamente (z. B. Steroide, Opiate, Benzodiazepine, Interferon, einige Antiepileptika und Antihypertensiva – Betablocker, Clonidin)
Soziodemografisch	• In der Schweiz sind Frauen (9 %) und junge Menschen (13 %) häufiger betroffen als Männer (8 %) und Personen ab 65 Jahren (4 %) [38] • Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit [39] • Armut oder ein niedriger sozioökonomischer Status [40]
Psychosozial	• Verwitwung [41], Vereinsamung [42], soziale Isolation [43] • Aktuell belastende Lebensereignisse wie Beziehungskrisen, Trennungen, Todesfälle
Psychisch	• Traumatisierung, wie z. B. körperliche Misshandlung in der Kindheit [41] • Psychische Komorbiditäten wie Angst-, Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankungen
Lebensstil	• Ernährung [44], Rauchen (wobei kein sicherer kausaler Zusammenhang belegt [45]), Bewegungsmangel [46]
Gemischt	• Sexuelle Funktionsstörungen [41]

Tabelle 2: ICD-10-Kriterien depressiver Episoden [51]

Hauptsatzsymptome
• Depressive, gedrückte Stimmung
• Interessenverlust und Freudlosigkeit
• Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung
Zusatzsymptome
• Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
• Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
• Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
• Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
• Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung
• Schlafstörungen
• Verminderter Appetit



ZUR PERSON

Razvan Stativa
Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstr. 31, Postfach, 8032 Zürich, razvan.stativa[at]pukzh.ch

ZUR PERSON

Fabian Kraxner
Oberarzt Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Spital Affoltern, Sonnenbergstr. 27, 8910 Affoltern a. Albis, fabian.kraxner[at]spitalaffoltern.ch

tive Studie zeigte, dass zwei Drittel der Patienten, die einen Suizidversuch unternahmen, im Monat davor noch bei ihren Hausärztinnen vorstellig wurden, wobei aber nur rund 13 Prozent Suizidgedanken angaben [16]. Es ist aus diesem Grunde essenziell, Suizidalität aktiv abzufragen (Screening: «Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?») und anamnestische Suizidversuche zu erfassen. An dieser Stelle ist es wichtig, festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs bei Nachfragen nicht erhöht, sondern gesenkt wird [17]. Nachfragen eröffnet auch die Möglichkeit, darüber zu sprechen.

Bei Feststellung akuter Suizidalität, schwerwiegender psychosozialer Belastungen oder psychotischer Symptome sollte die Indikation für eine fachärztliche Behandlung oder eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik [6], gegebenenfalls mit fürsorglicher Unterbringung [18] erwogen werden. Psychotische Symptome, die typischerweise in der Depression auftreten, sind Verarmungs-, Versündigungs-, hypochondrischer, Schuld- und nihilistischer Wahn. Weitere Warnsignale, die auf eine schwere Symptomatik hindeuten, sind Mutismus oder der sogenannte depressive Stupor. Für die kurzfristige Kupierung von Notfallsituationen wie Suizidalität und katatonen Symptomen eignen sich Benzodiazepine. Hier sollten Präparate mit eher kurzer Halbwertszeit bevorzugt und nur kurzfristig angewendet werden (z. B. Lorazepam).

BEHANDLUNG DURCH DIE HAUSÄRZTE

Bei einer leichten depressiven Episode kann zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung erfolgen, zum Beispiel mit wöchentlichen/zweiwöchentlichen Einbestellungen. Wenn die Symptomatik nach 14 Tagen noch persistiert, sind psychoedukative und supportive Gespräche, qualifiziert angeleitete Selbsthilfe oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung beziehungweise psychosomatische Grundversorgung empfohlen [19]. Eine pharmakologische Therapie soll bei leichtgradigen Episoden nicht generell zur Erstbehandlung eingesetzt werden, sondern unter kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses [20]. Sie könnte bei Präferenz beziehungsweise positiver Erfahrung der Patientinnen mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit bei rezidivierender Störung, Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen oder Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte erfolgen [6]. Bei mittelgradigen Episoden soll den Patienten eine psychotherapeutische Behandlung und/oder eine Psychopharmakotherapie empfohlen werden [21]. Bei schweren Episoden soll immer die Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie erfolgen.

Die Psychopharmakotherapie der depressiven Störung ist eine effektive und evidenzbasierte Behandlungsmethode [22]. Als First-Line-Medikation eignen sich im allgemeinärztlichen Umfeld – aufgrund des günstigen Nutzen-Risiko-Profils – vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI). Weitere Optionen sind Vortioxetin (gut bei kognitiven Symptomen), Agomelatin (schlafanstossend, Achtung: Anstieg Leberenzyme), Trazodon

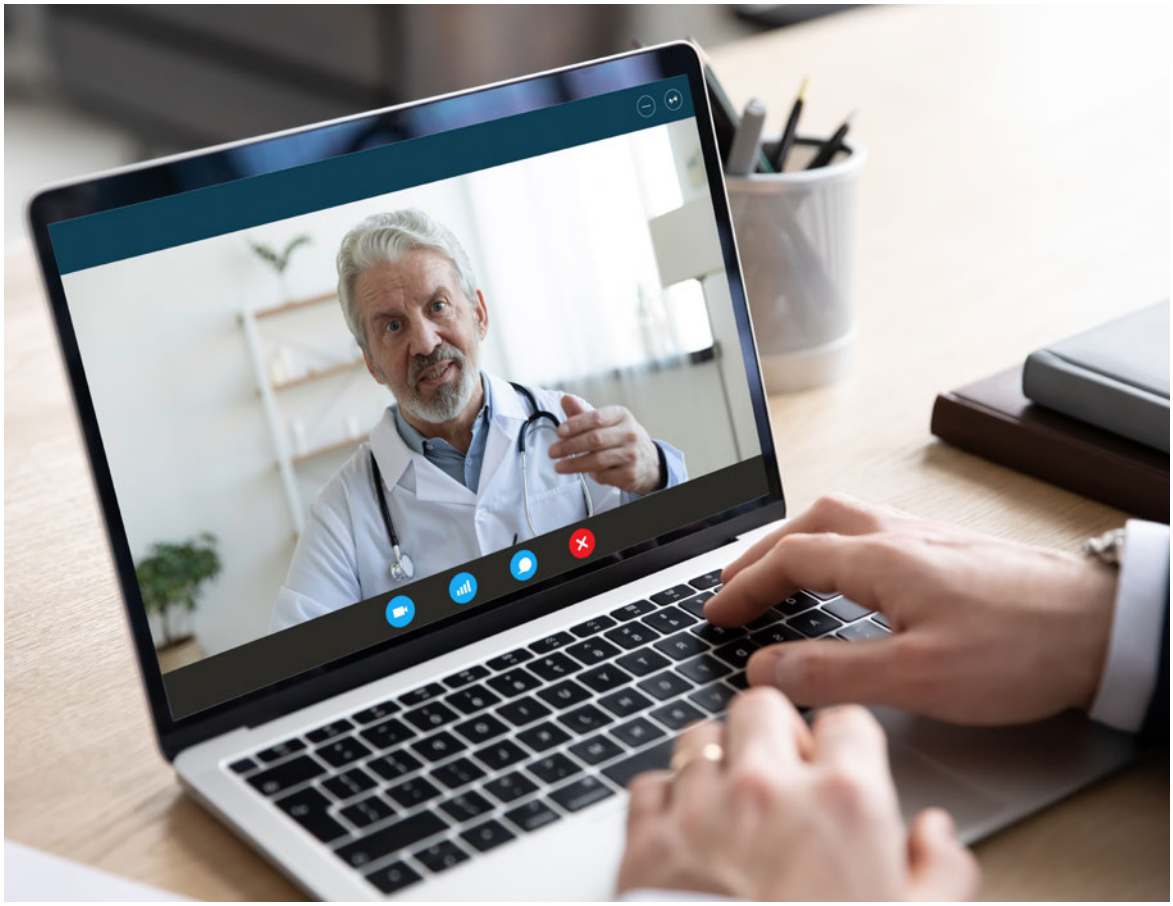
Besonders zu Beginn der Therapie sollte auf Nebenwirkungen wie Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhö und eine mögliche Zunahme motorischer Unruhe, Angst oder Agitiertheit geachtet werden.

(schlafanstossend und nicht libidoreduzierend), Mirtazapin [23] (schlafanstossend, Achtung: Gewichtszunahme) und Bupropion (weniger Libidoverlust, Achtung: Tachykardien möglich). Eine Liste der häufigsten Antidepressiva findet sich in Tabelle 3.

Besonders zu Beginn der Therapie sollte auf Nebenwirkungen wie Schwitzen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhö und eine mögliche Zunahme motorischer Unruhe, Angst oder Agitiertheit geachtet werden [24]. Vor allem bei älteren Patienten und Patientinnen können

Substanzklasse oder Wirkweise	Wirkstoff	Tagesdosis	Besonderheiten	Wichtige Nebenwirkungen
SSRI	Escitalopram	10 – 20 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, aktivierend, auch bei Angststörungen und Zwängen	Appetitveränderungen, Unruhe, Schwitzen, Übelkeit, Schlaflosigkeit, sexuelle Dysfunktion
	Citalopram	20 – 40 mg, im Alter nur 20 mg		
	Sertralin	50 – 200 mg		
	Fluoxetin	20 – 80 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, auch bei Zwangsstörungen, sehr lange Halbwertszeit [49]	Siehe oben, jedoch weniger sexuelle Funktionsstörungen als andere SSRI
	Fluvoxamin	50 – 300 mg	Wie Fluoxetin, jedoch kürzere Halbwertszeit	
	Paroxetin	20 – 40 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, aktivierend, auch bei Angststörungen und Zwängen	Siehe oben, jedoch weniger Übelkeit sowie Unruhe als andere SSRI
NaSSA	Mirtazapin	15 – 45 mg	Sedierend, wenig anticholinerg, nicht bei schweren Leber- oder Nierenschäden	Schläfrigkeit, Mundtrockenheit, Appetit- und Gewichtszunahme, Kopfschmerzen
	Mianserin	30 – 90 mg		Gewichtszunahme, Ödeme, Schläfrigkeit, erhöhte Leberenzyme
SNRI	Reboxetin	8 – 10 mg, im Alter 4 – 6 mg	einzig zugelassen für schwere depressive Episoden	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Schwitzen, Verstopfung, Schwindel, Übelkeit
SSNRI	Venlafaxin	75 – 225 mg	Gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis, auch bei Angststörungen, aktivierend, auch bei neuropathischen Schmerzen	Unruhe, Agitiertheit sowie Blutdruckanstieg
	Duloxetin	20 – 90 mg		
Trizyklika	Amitriptylin	50 – 150 mg	Sedierend, auch bei neuropathischen Schmerzen, chronischen Spannungskopfschmerzen sowie zur Migräneprophylaxe	Anticholinerg, Hypotension, Gewichtszunahme, QTc-Zeit-Verlängerungen, hohes Risikoprofil, nicht Mittel der ersten Wahl
	Clomipramin	50 – 75 mg	Sedierend, auch bei Panik, Zwängen und chronischen Schmerzzuständen	
Serotonin-modulatoren	Vortioxetin	5 – 20 mg	Geeignet bei kognitiven Symptomen im Rahmen der Depression, wirkt auch über noradrenerge/dopaminerge/glutamaterge Transmitter	Übelkeit, Juckreiz, Haarausfall
	Trazodon	Schlafanstossend 50 – 100 mg, antidepressiv 300 mg	Antihistaminerge Effekte mit schlafanstossender Wirkung, Retardpräparat vorhanden, keine Gewichtszunahme, weniger sexuelle Funktionsstörungen	Sedation, orthostatische Hypotonie, Schwindel
Melatonerge AD	Agomelatin	25 – 50 mg	Schlafanstossend, KI bei Demenz und eingeschränkter Leberfunktion	Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Transaminasenerhöhung
Dopaminerge AD	Bupropion	150 – 300 mg	Aktivierend, auch für Nikotinentzug zugelassen, KI bei Anfallserkrankungen und Leberzirrhose	Kopfschmerzen, Herabsetzen der Krampfschwelle, Tachykardien
Monoaminoxidase-Hemmer Typ A	Moclobemid	300 – 600 mg	Keine Kombination mit serotonergen Substanzen, Einsatz bei schwerer Depression	Serotonerges Syndrom, insbesondere bei Tranylcypromin und tyraminhaltiger Diät
Pflanzliche AD	Johanniskraut	900 mg	Nur für leichte und mittelgradige Episoden	Wechselwirkungen durch Induktion Cyp450 und p-Glykoprotein
	Silexan	80 – 160 mg	Leichtere gemischt ängstlich-depressive Zustände, subsyndromal	Dyspepsie, Aufstossen, allergische Hautreaktionen
Neue Entwicklungen	Esketamin	Nasenspray, Dosierung nach Plan des Herstellers	Zur adjuvanten Behandlung von TRD in der CH zugelassen, Durchführung speziell ausgerüsteten Ambulatorien und Praxen vorbehalten	Schwindel, Dissoziation, Übelkeit, Kopfschmerzen, erhöhter Blutdruck
	Zuranolon	30 mg	Klinische Studie in Phase III für schwere und postpartale Depression [50] (in CH nicht zugelassen)	Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schläfrigkeit
	Psylocibin	20 – 30 mg	Klinische Studie in Phase II für Behandlung von Angst und Depression in Kombination mit Psychotherapie [51] (in CH nicht zugel.)	Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Panikattacken
	Dextrometorphan-Bupoprion-Kombination		Fast-Track-Zulassung in USA 2022 (in CH nicht zugelassen)	

Tabelle 3: Häufig verwendete Antidepressiva mit Dosierung, Besonderheiten und häufigen Nebenwirkungen; AD = Antidepressivum, KI = Kontraindikation, TRD = therapieresistente Depression. Details bitte den entsprechenden Fachinformationen entnehmen [55]



neu teils relevante Elektrolytstörungen, vor allem eine Hyponatriämie (SIADH-Syndrom), auftreten.

Das Serotoninsyndrom ist eine sehr seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Komplikation, die sich durch Delir, Verwirrtheit, Hyperreflexie und Myoklonien sowie vegetative Symptome auszeichnet, wobei die Interaktion zwischen Opioiden und SSRI das Risiko erhöht [25].

Weitere häufige Nebenwirkungen der SSRI und SNRI sind Libidostörung, QTc-Zeit-Verlängerung (EKG vor Beginn), Blutdruckanstieg (v. a. SNRI) und Kopfschmerzen. Insbesondere bei älteren Patienten und Patientinnen sollten anticholinerge Substanzen (v. a. trizyklische Antidepressiva: erhöhtes Delirrisiko, Harnverhalt) vermieden werden.

Unter etablierter antidepressiver Therapie sollten halbjährlich klinische, Labor- (Blutbild, Elektrolyte, Leber- und Nierenwerte) und EKG-Kontrollen erfolgen. Bei internistischer Komedikation muss auf pharmakokinetische Interaktionen geachtet werden [26]. Im Falle einer Schwangerschaft muss immer eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Sowohl eine antidepressive Medikation als auch die unbehandelte Depression stellen ein Risiko für die regelrechte fötale Entwicklung dar [27]. SSRI sind nach dem 1. Trimenon Mittel der Wahl (z. B. Sertralin). Eine Psychotherapie muss die medikamentöse Behandlung ergänzen.

Mittlerweile gibt es digitale Plattformen und Therapieangebote, die das Spektrum der Behandlung der Depression sinnvoll erweitern.

Häufig ist eine Aufdosierung der Antidepressiva angebracht, auch zur Reduktion der Nebenwirkungen. Der antidepressive Effekt tritt in der Regel verzögert ein, und eine signifikante Besserung der Stimmung ist nicht vor 2 Wochen zu erwarten. Die volle Wirksamkeit kann teilweise erst nach bis zu 6 Wochen eintreten. Wichtig ist aber, dass leichte Anzeichen eines Ansprechens häufig bereits nach wenigen Tagen zu erkennen sind [28].

Zu Beginn der Behandlung kann es besonders bei SSRI zu vermehrtem Auftreten suizidaler Gedanken kommen. Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, und die Gabe eines Benzodiazepins (z. B. Lorazepam) in der Einstellungsphase soll erwogen werden.

Es empfiehlt sich, mit einer tiefen bis mittleren Dosis zu beginnen und frühestens nach 2 Wochen die Dosis zu steigern. Andernfalls spüren die Patientinnen lediglich Nebenwirkungen und verweigern die Weiterführung der gleichen Medikation. So gehen häufig geeignete Substanzen «verloren». Bei fehlender Besserung der Symptome unter Zieldosierung sollte nach durchschnittlich 4 Wochen ein Wechsel des Antidepressivums auf ein Präparat einer anderen Wirkstoffklasse erwogen werden. Die Medikation sollte für mindestens 6 bis 12 Monate nach Abklingen der Symptome fortgesetzt werden, das Ausschleichen erfolgt optimalerweise über mehrere Wochen, um Absetzphänomene zu vermeiden. Langjährige antidepressive Behandlungen sollten nur in Absprache mit psychiatrischen Fachkolleginnen und -kollegen sistiert werden. Mittlerweile gibt es digitale Plattformen und Therapieangebote, die das Spektrum der Behandlung der Depression sinnvoll erweitern.

Eine pflanzliche Alternative bei leichten bis mittelgradigen Episoden ist Johanniskraut (Dosisempfehlung 900 mg/d), das ebenfalls eine gute antidepressive

Wirksamkeit zeigt [29]. Frauen im gebärfähigen Alter sollten bei gleichzeitiger Einnahme einer oralen Kontrazeption auf die reduzierte Wirksamkeit der Verhütungsmethode hingewiesen werden (Cyp450-Induktion, Achtung: Spiegelreduktion auch für andere Medikamente wie Phenprocoumon und Proteaseinhibitoren). Besonders bei leichteren subsyndromalen gemischten ängstlichen und depressiven Syndromen, die man in der Hausarztpraxis oft sieht, kann der Lavendelölextrakt Silexan hilfreich sein.

KURZFRISTIGE BEHANDLUNG BEI SCHLAFSTÖRUNGEN

Etwa drei Viertel der Patienten und Patientinnen mit einer Depression leiden unter einer Schlafstörung [30]. In diesem Fall eignen sich das noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressivum Mirtazapin oder das melatonerge Antidepressivum Agomelatin, die beide eine leicht sedierende Wirkung zeigen. Des Weiteren kann auch eine Komedikation mit Trazodon (Serotonin-Antagonist und -Wiederaufnahmehemmer) zur Nacht erfolgen. Pflanzliche Alternativen sind Silexan, Trockenextrakte aus Baldrian oder aus Pestwurz.

In schwerwiegenden Fällen kann auf eine kurzfristige Komedikation mit sogenannten Z-Substanzen wie Zopiclon und Zolpidem zurückgegriffen werden. Die Dauer einer solchen Behandlung soll jedoch nicht länger als 1 bis 3 Wochen betragen, um einer Abhängigkeitsentwicklung [31] vorzubeugen. Benzodiazepine können zurückhaltend (wegen des hohen Abhängigkeitspotenzials) zur Schlafinduktion und zur Kupierung von Agitiertheit und Suizidalität in der akuten Notfallsituation eingesetzt werden. Benzodiazepine haben keine antidepressiven Eigenschaften [32], sie haben aber, wie oben ausgeführt, in der akuten Behandlung von agitierten depressiven Zustandsbildern eine klinische Bedeutung. Sie können auch zu Beginn einer SSRI-Behandlung eingesetzt werden, zur Kontrolle von initialen Nebenwirkungen.

WEITERLEITUNG IN DIE FACHÄRZTLICHE PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

Neben den oben geschilderten Notfallsituationen bestehen weitere Indikationen für eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Bei Non- oder Teil-Response, das heisst fehlendem Ansprechen auf ein bis zwei adäquat dosierte Präparate aus unterschiedlichen Wirkstoffklassen oder Psychotherapie oder bei Unverträglichkeit und bei Verschlechterung trotz Therapie soll die Weiterleitung zu Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Auch bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode, einer Augmentationsbehandlung, zum Beispiel mittels Lithium oder Neuroleptika, oder bei Behandlung mit Ketamin oder neuromodulatorischen Interventionen wie transkranieller Magnetstimulation und Elektrokonvulsionstherapie sollte psychiatrisch-psychotherapeutischer fachärztlicher Rat gesucht werden.

Weitere komplizierende Faktoren in der Behandlung einer Depression, die eine Weiterleitung nötig machen können, sind komorbide Suchterkrankungen oder der längere Gebrauch von Benzodiazepinen oder

Interessenkonflikte
Razvan Stativa, keine;
Fabian Kraxner, keine;
Golo Kronenberg, keine;
Hanife Olbrich, keine;
Erich Seifritz diente in den letzten fünf Jahren in Advisory Boards und erhielt Weiter- und Fortbildungshonorare von Janssen, Lundbeck, Schwabe, Otsuka, Recordati, Mepha, Takeda, Sunovion, OM Pharma und Angelini;
Sebastian Olbrich, keine.

Opiaten. Die Einnahme von Benzodiazepinen über eine längere Zeit kann zu kognitiven Beeinträchtigungen führen [33], die die depressive Symptomatik verstärken können. Das Sturzrisiko bei älteren Patienten ist bei Benzodiazepinen erhöht. Die Langzeiteinnahme von Opiaten geht mit einem höheren Depressionsrisiko einher [34]. Im Falle des Verdachts auf eine Abhängigkeit ist zunächst die Weiterverordnung möglich, um Entzugssymptomen vorzubeugen. Die Patientinnen sollen allerdings über die Nebenwirkungen aufgeklärt und für die Reduktion im ambulanten oder stationären Setting motiviert werden.

MITBEHANDLUNG PSYCHIATRISCHER PATIENTEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Eine weitere Herausforderung für Hausärztinnen ist, auf Interaktionen mit der Psychopharmakotherapie zu achten. Lithiumsalze werden zur Monotherapie bei schweren Episoden oder zur Augmentationstherapie eingesetzt, haben ein erhöhtes Interaktionspotenzial (z. B. mit Diuretika und nicht steroidalen Antirheumatika) und können nephrotoxisch wirken.

Die therapeutische Breite von Lithium ist gering, und schon relativ kleine Spiegelschwankungen können Intoxikationen hervorrufen [35]. Dies erfordert regelmässige (zu Beginn wöchentlich, später 3- bis 4-mal/Jahr) Spiegelkontrollen (therapeutisches Fenster: 0,6 – 1,0 mmol/l) [36]. Ab einer eGFR <60 ml/min sollten nephrologischer und psychiatrischer Rat hinzugezogen und therapeutische Alternativen erwogen werden. Ab einer GFR <30 ml/min ist eine Lithiumtherapie absolut kontraindiziert. Ein besonderes Interaktionsrisiko besteht auch bei der Gabe von Monoaminoxidase-Hemmern (z. B. Moclobemid, Tranylcypromid) zusammen mit serotonergen Substanzen (SSRI, SNRI) und Opioiden. Die Kombination ist aufgrund der Gefahr eines serotonergen Syndroms kontraindiziert.

Andere psychopharmakologische Substanzen weisen ein erhöhtes Risiko eines metabolischen Syndroms auf, zum Beispiel tri- und tetrazyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Mirtazapin) und atypische Neuroleptika (z. B. Olanzapin, Quetiapin). Ernährungsberatung, Motivation zu sportlichen Aktivitäten und regelmässige Kontrollen des Glukose- und des Fettstoffwechsels können die Risiken mindern.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Fachärztinnen und Fachärzte für allgemeine innere Medizin haben eine zentrale Rolle in der Erkennung und der Behandlung depressiver Syndrome. Der Ausschluss somatischer Ursachen kann mittels körperlicher Untersuchung, Labor und EKG/EEG/Bildgebung erfolgen. Leichte und mittelgradige depressive Episoden lassen sich durch Psychoedukation, Beratung und Medikation (an)behandeln, bei leichter Symptomatik kann eine alleinige psychosoziale Unterstützung beziehungsweise eine Psychotherapie erwogen werden. Bei Feststellung akuter Suizidalität oder psychotischer Symptome soll die notfallmässige Einweisung in eine psychiatrische Klinik geprüft werden. Das Vorhandensein weiterer psychiatrischer Komorbiditäten, bei Therapieresistenz oder bei einer komplexen psychiatrischen Medikation machen die Angliederung an ambulante Fachärzte nötig. Metabolische und kardiovaskuläre Nebenwirkungen und Interaktionen zwischen der psychopharmakologischen und internistischen Medikation müssen beachtet werden.

DANKSAGUNG

Für die kritische Durchsicht des Artikels und die Ergänzungen bedanken sich die Autorin und Autoren bei Dr. med. Tobias Burkhardt, Hausarzt in eigener Praxis in Männedorf, und PD Dr. med. Silvana K. Rampini-Speck, Leitende Ärztin an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich.

Literaturverzeichnis

(1) Øystein H., Garre-Fivelsdal G, Bjorvatn B, Hjørleifsson S, Ruths S, Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: an observational study in general practice, Family Practice, Volume 36, Issue 6, December 2019, Pages 771–777. https://doi.org/10.1093/fampra/cmz026

(2) Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011;7(Suppl 1):3-7. doi: 10.2147/NDT.S19617. Epub 2011 May 31. PMID: 21750622; PMCID: PMC3131101. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/

(3) Trautmann S, Beesdo-Baum K, Knappe S, Einsle F, Knothe L, Wieder G, Venz J, Rummel-Kluge C, Heinz I, Koburger N, Schouler-Ocak M, Wilbertz T, Unger H-P, Walter U, Hein J, Hegerl U, Lieb R, Pfennig A, Schmitt J, Hoyer J, Wittchen H-U, Bergmann A: The treatment of depression in primary care—a cross-sectional epidemiological study. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 721–8. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0721. https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=194099

(4) Schuler, D., Roth, S. & Peter, C. (2022). Psychopharmaka in der Schweiz. Mengen, Kosten, wer sie bezieht und wer sie verschreibt. (Obsan Bulletin 01/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

(5) Holsboer-Trachsler E et al, Die Akutbehandlung depressiver Episoden, Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 2016;16(35):716–724; Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe unipolarer depressiver Störungen, SWISS MEDICAL FORUM – SCHWEIZERISCHES MEDIZIN-FORUM 2016;16(36):739–743.

(6) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-10-17]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression. Internet: www.leitlinien.de, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html

(7) Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major Depressive Disorder in Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. Psychosom Med. 2019;81(3):246-255. doi:10.1097/PSY.0000000000000678

(8) Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, et al. Comorbid depression in medical diseases. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):69. Published 2020 Aug 20. doi:10.1038/s41572-020-0200-2

(9) Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. Eur Heart J. 2014;35(21):1365-1372. doi:10.1093/eurheartj/eht462

(10) Lurie I, Yang Y-X, Haynes K, Mamtani R, Boursi B (2015): Antibiotic exposure and the risk for depression, anxiety, or psychosis: a nested case-control study. J Clin Psychiatry 76: 1522–1528.

(11) Wijdicks EF (2001): Neurotoxicity of immunosuppressive drugs. Liver Transpl 7: 937–942.

(12) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-445. doi:10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x

(13) Benkert O, Hippius H (Hrsg). Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 13. Auflage, ISBN 978-3-662-61752-6.

(14) Wolfersdorf M. Depression und Suizid [Depression and suicide]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2008;51(4):443-450. doi:10.1007/s00103-008-0513-xgen, S. 153–174, 2017.

(15) Bundesamt für Statistik (BFS), Öffentliche Statistiken zu Todesfällen, Übersterblichkeit, Todesursachen und meldepflichtigen Erkrankungen, fünfte, überarbeitete Version vom 16. Mai 2022, Neuchâtel.

(16) Houston K, Haw C, Townsend E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. Br J Gen Pract. 2003;53(490):365-370.

(17) Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? Psychol Med. 2014 Dec;44(16):3361-3. doi: 10.1017/S0033291714001299. Epub 2014 Jul 7. PMID: 24998511.

(18) Berger M, Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, in Zusammenarbeit mit der Cochrane Deutschland Stiftung. Herausgegeben von Berger M. unter Mitarbeit von Hecht H. 6. Auflage, Edinburgh: Elsevier; 2019, p. 281.

(19) NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults (Updated Edition). Leicester: British Psychological Society; 2010.

20) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS medicine 2008;5(2):e45.

21) Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, et al. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Ann Fam Med 2005;3(5):449-56.

22) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. (2018): Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet 391: 1357–1366.

23) Honig A, Kuyper AM, Schene AH, et al. Treatment of post-myocardial infarction depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial with mirtazapine. Psychosom Med. 2007;69(7):606-613. doi:10.1097/PSY.0b013e31814b260d

24) Williams JW, Jr., Mulrow CD, Chiquette E, et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med 2000;132(9):743-56.

25) Baldo BA. Opioid analgesic drugs and serotonin toxicity (syndrome): mechanisms, animal models, and links to clinical effects. Arch Toxicol. 2018;92(8):2457-2473. doi:10.1007/s00204-018-2244-6

(26) Woroń J, Siwek M, Gorostowicz A. Adverse effects of interactions between antidepressants and medications used in treatment of cardiovascular disorders. Psychiatr Pol. 2019 Oct 30;53(5):977-995. English, Polish. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/96286. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31955180.

(27) Pedersen LH. The safety of antidepressants in pregnancy. BMJ. 2017;357:j2544. Published 2017 May 31. doi:10.1136/bmj.j2544

(28) Adić A, Helmreich I, Mergl R, et al. Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. J Affect Disord. 2010;120(1-3):86-93. doi:10.1016/j.jad.2009.04.014

(29) Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CY. Clinical use of Hypericum perforatum (St John's wort) in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017;210:211-221. doi:10.1016/j.jad.2016.12.048

(30) Nutt D, Wilson S, Paterson L. Sleep disorders as core symptoms of depression. Dialogues Clin Neurosci. 2008;10(3):329-36. doi: 10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt. PMID: 18979946; PMCID: PMC3181883.

(31) Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. Addiction. 2003;98(10):1371-1378. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00491.x

(32) van Marwijk H, Allick G, Wegman F, Bax A, Riphagen II. Alprazolam for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2012(7):CD007139. Published 2012 Jul 11. doi:10.1002/14651858.CD007139.pub2

(33) Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. Arch Clin Neuropsychol. 2018;33(7):901-911. doi:10.1093/arclin/acx120

(34) Scherrer JF, Svrakic DM, Freedland KE, et al. Prescription opioid analgesics increase the risk of depression. J Gen Intern Med. 2014;29(3):491-499. doi:10.1007/s11606-013-2648-1

(35) Finley PR. Drug Interactions with Lithium: An Update. Clin Pharmacokinet. 2016;55(8):925-941. doi:10.1007/s40262-016-0370-y

(36) AWMF: Detail (n.d.): Retrieved March 31, 2020, from https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html

(37) Jokela M, Hamer M, Singh-Manoux A, Batty GD, Kivimäki M. Association of metabolically healthy obesity with depressive symptoms: pooled analysis of eight studies. Mol Psychiatry. 2014 Aug;19(8):910-4. doi: 10.1038/mp.2013.162. Epub 2013 Dec 3. PMID: 24296976; PMCID: PMC4921125.

(38) Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) BFS 2019. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html

(39) Budhwani H, Hearld KR, Chavez-Yenter D. Depression in Racial and Ethnic Minorities: the Impact of Nativity and Discrimination. J Racial Ethn Health Disparities. 2015 Mar;2(1):34-42. doi: 10.1007/s40615-014-0045-z. Epub 2014 Sep 11. PMID: 26863239..

(40) Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndetei D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. Lancet. 2017;389(10072):951-963. doi:10.1016/S0140-6736(17)30402-6

(41) Köhler CA, Evangelou E, Stubbs B, Solmi M, Veronese N, Belbasis L, Bortolato B, Melo MCA, Coelho CA, Fernandes BS, Olfson M, Ioannidis JPA, Carvalho AF. Mapping risk factors for depression across the lifespan: An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. J Psychiatr Res. 2018 Aug;103:189-207. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.020. Epub 2018 May 25. PMID: 29886003.

(42) Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health. 2018 Feb;30(2):229-246. doi: 10.1177/0898264316673511. Epub 2016 Oct 17. PMID: 28553785; PMCID: PMC5449253.

(43) Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. J Adolesc Health. 2020 Nov;67(5):714-717. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.009. PMID: 33099414; PMCID: PMC7576375.

(44) Molendijk M, Molero P, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Van der Does W, Angel Martínez-González M. Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. J Affect Disord. 2018 Jan 15;226:346-354. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.022. Epub 2017 Sep 23. PMID: 29031185.

45) Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2017 Jan;19(1):3-13. doi: 10.1093/ntr/ntw140. Epub 2016 May 19. PMID: 27199385; PMCID: PMC5157710.

46) Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. Compr Physiol. 2012 Apr;2(2):1143-211. doi: 10.1002/cphy.c110025. PMID: 23798298; PMCID: PMC4241367.

47) Gliederung richtet sich nach Ref.18, p.276.

48) WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.

49) Altamura AC, Moro AR, Percudani M. Clinical pharmacokinetics of fluoxetine. Clin Pharmacokinet. 1994;26(3):201-214. doi:10.2165/00003088-199426030-00004

50) Deligiannidis KM, Meltzer-Brody S, Gunduz-Bruce H, et al. Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial [published correction appears in JAMA Psychiatry. 2022 Jul 1;79(7):740]. JAMA Psychiatry. 2021;78(9):951-959. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1559

51) Goldberg SB, Pace BT, Nicholas CR, Raison CL, Hutson PR. The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. Psychiatry Res. 2020;284:112749. doi:10.1016/j.psychres.2020.112749

Lichttherapie

«Wir sind am Anfang einer neuen Welle der Tageslichtforschung»

Anna Wirz-Justice ist eine Pionierin in der Erforschung und dem Einsatz von Licht für die Gesundheit. Für ihre Leistungen ist die Biologin mit dem Daylight Award ausgezeichnet worden. Im Interview erklärt Wirz-Justice, was ihr die Auszeichnung bedeutet und was sie sich für ihr Forschungsfeld wünscht. Von George Sarpong

Die dunkle Jahreszeit hat begonnen. Welche Tipps haben Sie gegen Herbst- und Winterblues?
Der beste und einfachste Rat, den ich Ihnen geben kann, lautet: Gehen Sie mehr ans Licht! Es hilft bereits, wenn man morgens eine halbe Stunde draussen spazieren geht oder im Wintergarten sitzt. Man kann auch spezielle Lampen verwenden, um genügend Licht aufzunehmen. Das gilt auch für den Sommer, etwa wenn man in einem dunklen Zimmer viel vor dem Computer sitzt. Auch Hunde tun einem gut, da man mit ihnen regelmässig rausgeht. Auf diese Weise bekommt man neben dem Licht noch Bewegung, was sich ebenfalls positiv auf das Befinden auswirkt.

Bei welchen Arten von Depressionen hilft die Lichttherapie besonders gut? Und welche Vorteile hat sie im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten?
Bei der Winterdepression wirkt sie gut, die meisten Patientinnen und Patienten sind innerhalb von zwei Wochen praktisch im Sommermodus. Bei anderen Depressionen dauert die Therapie länger. Man muss bei der Anwendung klar Augenkrankheiten berücksichtigen. Ansonsten bietet Licht den Vorteil, dass es wenig Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gibt. So lässt sich Licht beispielsweise gut bei antepartaler oder postpartaler Depression einsetzen, da sich keine toxischen Auswirkungen für den Fetus bzw. das Neugeborene ergeben. An den Universitären Psychiatrische Kliniken Basel führen wir derzeit eine Studie diesbezüglich durch. Zudem ist die Therapietreue gut. Patientinnen akzeptieren die Lichttherapie, da sie diese als natürliches und nicht als pharmazeutisches Heilmittel wahrnehmen.

Wo liegen die Grenzen der Lichttherapie und in welchen Bereichen verorten Sie noch Potenziale?
Wir haben die Grenzen der Therapieform noch nicht erreicht. Wenn man sich mit bildgebenden Verfahren die Effekte ansieht, wird deutlich, wie stark Licht als Droge wirkt. Neben der Winterdepression ergeben sich

auch Potenziale in den Bereichen Schlaf, bipolare Störungen, Parkinson und Alzheimer. Unsere frühen Forschungen zur Wirkung von Licht führten wiederum zu konzeptionellen Überlegungen bezüglich Tageslicht in der Architektur.

Für Ihre Leistungen wurden Sie dieses Jahr mit dem Daylight Award des Gebäudespezialisten Velux ausgezeichnet. Waren Sie überrascht?
Die Auszeichnung hat mich sehr berührt und bedeutet mir sehr viel. Es ist eine grosse Anerkennung, die die Bedeutung von Licht als Therapieform unterstreicht. Ich erforsche seit 40 Jahren die Möglichkeiten der Lichttherapie.

Wichtig hierbei sind kontrollierte Bedingungen wie beispielsweise die richtigen Wellenlängen im elektromagnetischen Spektrum. Lichtqualität zu untersuchen, war damals nicht einfach. Heute gibt es Geräte, die konstant und genau Licht messen. Auf diese Weise kann man genauere Daten sammeln. Das eröffnet neue Wege. Wir stehen am Anfang einer neuen Welle der Tageslichtforschung.

Sie haben in den 1980er-Jahren mit Ihrer Forschung begonnen. Wie muss man sich diese Zeit vorstellen, inwieweit stiessen Sie mit Ihrer Forschung damals auf Skepsis bei Berufskolleginnen und -kollegen?
Man hatte entdeckt, wie Licht auf den Melatoninhaushalt des Menschen wirkt und dass Lichttherapie mehr ist als nur eine verrückte Idee aus Amerika *(lacht)*. Der Schweizerische Nationalfonds unterstützte unsere Forschung massiv. Unsere Arbeit hat nicht nur die Depressionsbehandlung verändert, sondern auch die Architektur und die Beleuchtungsindustrie beeinflusst. Es entstanden etwa neue Normen für die Illuminationstechnik.

Wie anerkannt ist die Lichttherapie heute?
Es ist eine widersprüchliche Situation: Am Anfang waren alle enthusiastisch, und es herrschte ein grosses Interesse an dem Thema. Man erkannte, dass die Lichttherapie wirkt, obwohl wir Studien mit kleinen Gruppen durchgeführt hatten. Trotz dieser Akzeptanz gab es keine Fördergelder für gross angelegte Doppelblindstudien mit umfangreichen belastbaren Datensätzen,

Depressionen können alle treffen.

Sie machen keine Unterschiede.
Aber sie sind gut behandelbar.
Wir sind für Betroffene da – mit fokussierten und individuellen Behandlungsangeboten.

Privat Klinik Aadorf

Persönlich und diskret.

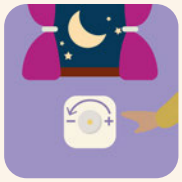
Depressionen, Angst, Burnout | Psychotherapie Generation 50+ | Essstörungen (ab 16 Jahren) | Adipositas

Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf

Tel. +41 (0)52 368 88 88
info@klinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch

Psychotherapie
Psychosomatik
Psychiatrie

Verbessern Sie Ihre Lichtexposition



Helle Tage und dunkle Nächte sind wichtig
Helles Licht am Tag ist für die körperliche und die geistige Gesundheit von entscheidender Bedeutung. Es fördert die Wahrnehmung, die Stimmung, die Wachsamkeit und die Produktivität. Sonnenlicht ist dafür am besten geeignet und zudem wichtig für gesunde Augen und die Vitamin-D-Synthese (gesunde Zähne und Knochen).
Helles Licht am Tag schützt auch vor Schäden durch abendliche Lichtexposition, die den biologischen und den Schlaf-Wach-Rhythmus stören kann. Diese Störungen werden mit Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Angstzuständen und Depressionen in Verbindung gebracht. Daher sollte man die abendliche Lichtexposition reduzieren, indem man Lampen nach Einbruch der Dunkelheit dimmt. Es ist wichtig, dass der Wechsel zwischen hellen Tagen und dunklen Nächten konstant ist.

Natürliches Licht im Freien
Täglich 30 Minuten Licht im Freien.
- Eine Pause mit einem Spaziergang im Freien einlegen.
- Das Tragen von dunklen Brillengläsern sollte vermieden werden, sofern es nicht notwendig ist.
- Training sollte im Freien oder in Innenräumen in der Nähe eines Fensters stattfinden.
- Im Freien arbeiten, nicht im Schatten.

Natürliches Licht in Innenräumen
Räume von 6 Uhr morgens bis 20 Uhr hell halten.
- Mit Blick auf ein Fenster oder neben einem Fenster arbeiten.
- Einen nach Süden ausgerichteten Raum nutzen oder Räume wechseln, wenn die Sonne weiterwandert.
- Vorhänge, Jalousien und Sichtschutznetze öffnen.
- In Räumen mit grossen Fenstern bzw. mit Fenstern, die in viele Richtungen zeigen, arbeiten.

Künstliches Licht
Räume von 6 Uhr morgens bis 20 Uhr hell halten.
- Licht einschalten, besonders an dunklen Tagen.
- Eine Schreibtischlampe während der Arbeit benutzen.
- Tagsüber eher kühleres Licht als wärmere Beleuchtung verwenden.
- Die Helligkeit der Beleuchtung intensivieren.

Quelle: Grewal, J, Spitschan, M (2022, January 09): Improve your light exposure: Advice for individuals working during the day. doi.org/10.17605/OSF.IO/DTUEW

ZUR PERSON

Anna Wirz-Justice ist emeritierte Professorin für psychiatrische Neurobiologie an der Universität Basel und ehemalige Leiterin des Zentrums für Chronobiologie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel. Wirz-Justice hat mehr als 450 Forschungsarbeiten und Übersichtsartikel veröffentlicht. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Lichttherapie bei Winterdepression und Schlafstörungen.
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Zentrum für Chronobiologie, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel, anna.wirz-justice[at] unibas.ch, www.cet.org

Quelle: Daylight Award

wie man sie eigentlich bräuchte, um die Cochrane-Kriterien zu erfüllen und beispielsweise Guidelines zu etablieren. Nur dann wird die Therapie etabliert als Teil einer standardisierten Behandlung. Das ist für mich ein Paradoxon. Interessanterweise wurden unsere Forschungsergebnisse von der Beleuchtungsmittelindustrie schneller aufgegriffen als von der Pharmaindustrie. Denn im Vergleich zu Psychopharmaka lässt sich Licht schwieriger vermarkten oder gar patentieren. Eine weitere Entwicklung ist, dass sich viele Leute selbst mit Licht behandeln, auch ohne ärztliche Begleitung.

Wie erklären Sie sich das?

Viele Ärztinnen und Ärzte wissen nicht, wie man Lichttherapielampen gezielt benutzt. Man muss den Einsatz gut begleiten. Es gilt etwa, die richtige Tageszeit zu beachten, die Nähe zur Lichtquelle und deren Intensität. Licht wirkt wie ein Medikament. Es kommt also auf die richtige Zeit der Einnahme und die Dosis an. Wenn man etwa 20 Zentimeter zu weit von der Lampe weg sitzt, sinkt die Intensität exponentiell und somit die Dosis.

Was würden Sie sich wünschen und welche Entwicklungen erwarten Sie in den nächsten Jahren?

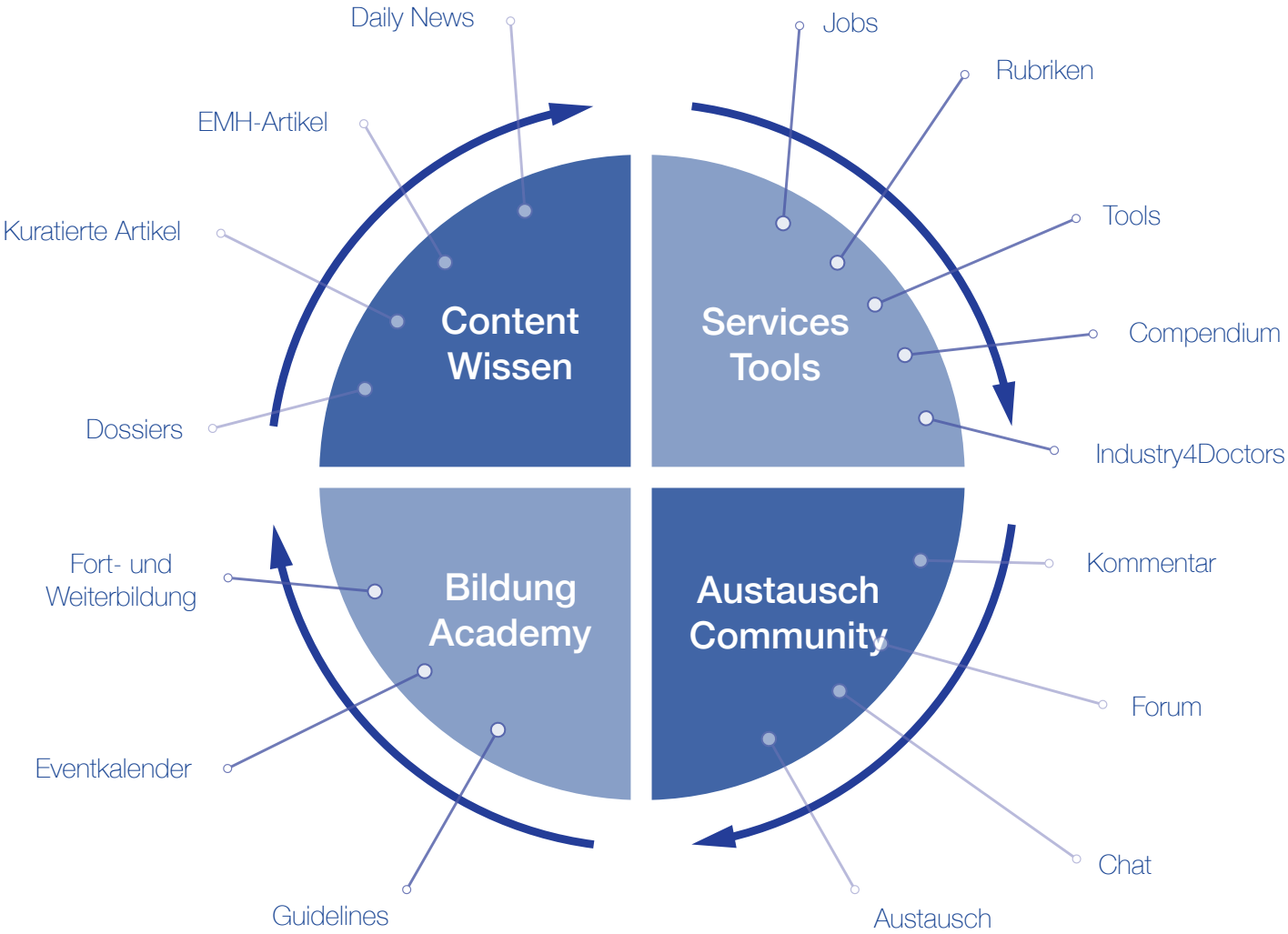
Es braucht wie in anderen Fachbereichen kontinuierliche Fortbildung. Deshalb schreibe ich heute noch Fachliteratur zum Thema. Ich würde mir aber auch wünschen, dass es mehr Kurse für Allgemeinmediziner und -medizinerinnen gäbe in Chronobiologie, zur Wirkungsweise von Licht und wie man Patientinnen und Patienten in der Therapie begleitet und überwacht. Es braucht zudem mehr breit angelegte Studien und eine bessere Integration des Fachwissens in die Guidelines für die Behandlung von «minor depression» und «major depression». Für die allgemeine Gesundheit wäre eine Verhaltensänderung wichtig, sodass Menschen ein Bewusstsein dafür entwickeln, ob sie auch genügend Licht im Alltag aufnehmen. Jeder und jede sollte Licht als Antidepressivum nutzen!

Literatur
Wirz-Justice, A, Terman, M: CME: Light Therapy: Why, What, for Whom, How, and When (And a Postscript about Darkness); doi.org/10.1024/1661-8157/a003821

Es bleibt spannend!

SWISS HEALTH WEB

Die umfangreichste Ärzteplattform in der Schweiz



Auf Anfang 2023 lanciert der schweizerische Ärzteverlag EMH Media in Zusammenarbeit mit der FMH die Plattform Swiss Health Web für Content und Dienstleistungen. Ein 360-Grad-Versorgungspaket für Ärzt:innen, personalisiert, verzahnt und konsequent von den Bedürfnissen der Mediziner:innen aus gedacht. Ein Angebot, das Zeitersparnis und Effizienzsteigerung in einem intensiven Arbeitsalltag bietet.

swisshealthweb.ch

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Den Unterricht im Griff trotz Depression.

Brintellix®

Verbessert Stimmung, Konzentration sowie **Antrieb** und kann helfen, im **Alltag** wieder zurechtzukommen.[1]

Brintellix® (Vortioxetin). **I:** Behandlung von depressiven Episoden bei Erwachsenen (‚Major Depressive Episodes') sowie anschliessende Erhaltungstherapie bei Patienten, deren depressive Symptomatik in der Akutbehandlung gut auf Brintellix angesprochen hat. **D:** Die empfohlene Dosierung ist 10 mg pro Tag für Erwachsene < 65 Jahren, mit oder ohne Nahrung eingenommen. Die Dosis kann auf max. 20 mg pro Tag oder auf min. 5 mg pro Tag eingestellt werden. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Gleichzeitige Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminoxidase-Hemmern (MAO) oder selektiven MAO-A Hemmern. **VM:** KKinder und Jugendliche, Suizidversuche/Suizidgedanken, Krampfanfälle, Serotonin-Syndrom oder Malignes Neuroleptisches Syndrom, Manie/Hypomanie, Aggression/Agitation, Hämorrhagie, Hyponatriämie, Glaukom, ältere Patienten, Patienten mit Nieren- oder Lebererkrankungen. **IA:** irreversible, nicht-selektive MAO-Hemmer, reversible, selektive MAO-A Hemmer (Moclobemid), reversible, nicht-selektive MAO-Hemmer (Linezolid), irreversible, selektive MAO-B Hemmer (Selegilin, Rasagilin), serotonerge Arzneimittel, Johanniskraut, Krampfschwellen-senkende Arzneimittel, Elektrokrampf-Therapie, Cytochrom P-450 Hemmer (starke CYP2D6-Hemmer (z.B. Bupropion, Chinidin, Fluoxetin, Paroxetin)), Cytochrom P-450 Induktoren (z.B. Rifampicin, Carbamazepin, Phenytoin), Antikoagulantien und Thrombozytenhemmer, Lithium, Tryptophan, Einfluss auf Urin-Drogenscreens. **SS/S:** nicht empfohlen, erhöhtes Risiko einer postpartalen Hämorrhagie. **UAW:** *sehr häufig:* Nausea; *häufig:* abnormale Träume, Schwindel, Durchfall, Obstipation, Erbrechen, (generalisierter) Pruritus, Hyperhidrose. **P:** Filmtabletten zu 5 mg: 28 [B], 10 mg und 20 mg: 28, 98 [B]. Tropfen zum Einnehmen, Lösung 20 mg/ml (10.1% V/V Alkohol): 15 ml [B]. Zurzeit nicht im Handel: Tabletten 15 mg: 28, 98. **Kassenzulässig**. Die vollständige Fachinformation ist unter www.swissmedicinfo.ch publiziert. **Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, www.lundbeck.ch** 17082022FI **Ref. 1.** Fachinformation Brintellix®: www.swissmedicinfo.ch **Lundbeck (Schweiz) AG**, Balz-Zimmermann-Strasse 7, CH-8152 Glattbrugg, Tel. 058 269 81 81, Fax 058 269 81 82, www.lundbeck.ch

CH-BRIN-1178 09/22

Lundbeck

Brintellix® vortioxetin

Treat more than mood[1]