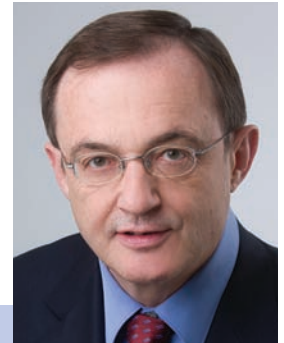


# Chronische Depression



Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz (Foto), Dr. Petra Hofbauer, Petra Hulle-Wegl

Depressive Störungen gehören neben Angststörungen und alkoholbedingten Störungen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Die Diagnose wird nach ICD-10 dann gestellt, wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen zumindest zwei von drei Kernsymptomen (depressive Verstimmung, Interessensverlust, Antriebsverminderung) gemeinsam mit weiteren Zusatzsymptomen (Verlust des Selbstvertrauens, unangemessene Schuldgefühle, Suizidgedanken, vermindertes Konzentrationsvermögen, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust oder gesteigerter Appetit) – zusammen insgesamt mindestens vier Symptome – vorhanden sind.

Wenn das Vollbild einer Depression nicht erreicht wird („subdepressives Syndrom“), aber der Zustand länger als zwei Jahre andauert, spricht man von einer Dysthymie.

Nicht nur durch unterschiedliche mögliche Symptomkonstellationen, sondern auch durch verschiedene Ursachenkonstellationen und unterschiedliche Verlaufsformen ist die Depression als eine sehr inhomogene Erkrankung anzusehen, was von großer Relevanz für die Planung geeigneter pharmakotherapeutischer und psychosozialer Therapiestrategien ist.

Die wichtigste Unterscheidung nach dem Verlauf ist die Unterteilung in unipolar depressive Verläufe (nur depressive Episoden) und bipolare Verlaufsformen (hier kommen neben den depressiven auch hypomanische oder manische Episoden vor).

Unipolar depressive Erkrankungen verlaufen in ca. 20–30 % der Fälle chronisch. Von einem chronischen Verlauf

spricht man ab einer Krankheitsdauer von zwei Jahren, wobei hier wiederum verschiedene Formen zu unterscheiden sind (Abb. 1):

- chronische typische Depression;
- Dysthymie (subdepressive Symptomatik über mindestens zwei Jahre);
- doppelte Depression (typische depressive Episode bei einer bestehenden Dysthymie);
- typische depressive Episoden mit unvollständiger Remission.

Chronische Depression ist beeinträchtigender als eine einzelne depressive Episode, Suizidversuche sind häufiger und auch das Gesundheitssystem wird stärker in Anspruch genommen, u.a. durch mehr stationäre Aufenthalte. Mindestens 60% der chronisch depressiven Patienten haben Traumata oder schwere Belastungen in der Kindheit erleben müssen. Auch bestehen mehr Komorbiditäten als bei akuten depressiven Episoden: Angst- und Panikstörungen (46%), Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (30%), Persönlichkeitsstörung (> 50%). Die Therapieansprechbarkeit ist sowohl auf Pharmakotherapie als auch auf Psychotherapie schlechter als in der akuten Depression,

ebenso sind die Spontanremissionsrate (< 10%) und die Placeboresponse (12–15%) deutlich geringer als bei der akuten depressiven Episode.

Vom Begriff der chronischen Depression zu unterscheiden ist der Begriff „therapieresistente Depression“, der aus der Pharmakotherapie kommt und bedeutet, dass zwei Behandlungsversuche mit chemisch unterschiedlichen Antidepressiva in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer keine adäquate Besserung erbrachten. Dies betrifft ca. 20% aller Depressionen und am häufigsten Patienten im mittleren Lebensalter. Als ausreichende Dauer eines Behandlungsversuches werden vier bis sechs Wochen betrachtet, eine adäquate Dosierung variiert je nach Substanzklasse (siehe auch Tabelle 1). Es gibt eine große Überschneidung zwischen chronischer und therapieresistenter Depression, aber nicht alle therapieresistenten Depressionen sind auch schon chronisch und nicht alle chronischen sind auch therapieresistent (oft noch keine adäquaten Behandlungsversuche!).

In der Psychotherapie existiert keine Definition für eine „therapieresistente

Abbildung 1

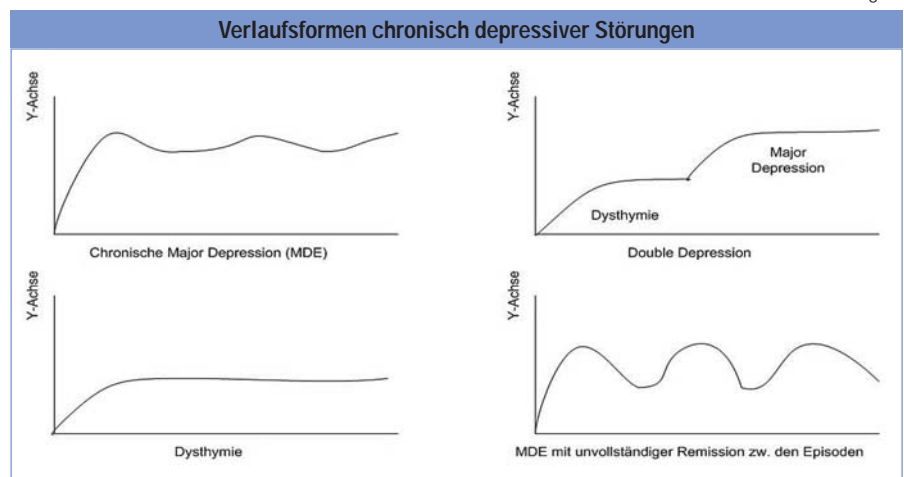


Tabelle 1

Depression“, da es keine Übereinstimmung gibt, was eine ausreichende „Dosis“ und Dauer einer adäquaten Psychotherapie ist.

### Pharmakotherapie bei chronischer Depression

Gerade Patienten mit chronisch depressiven Störungen werden oft nicht oder nicht adäquat medikamentös behandelt, obwohl dies durchaus angezeigt und erfolgversprechend ist. Eine Kombination aus Psychopharmakotherapie und Psychotherapie ist dabei allerdings einer alleinigen Pharmako- oder Psychotherapie überlegen.

Antidepressiva sind sowohl bei Dys-thymie als auch bei chronischer typischer Depression bzw. doppelter Depression wirksam, empfohlen wird eine Pharmakotherapie über zwei bis drei Jahre in der gleichen Dosis, wie auch bei akuten depressiven Erkrankungen. In der Wirksamkeit gibt es hier keine Unterschiede zwischen den Antidepressiva-klassen, wohl aber in der Verträglichkeit und dem Auftreten von Nebenwirkungen, weswegen „neuere“ Antidepressiva (wie SSRI oder SNRI) den „älteren“ (wie Trizyklika) vorzuziehen sind.

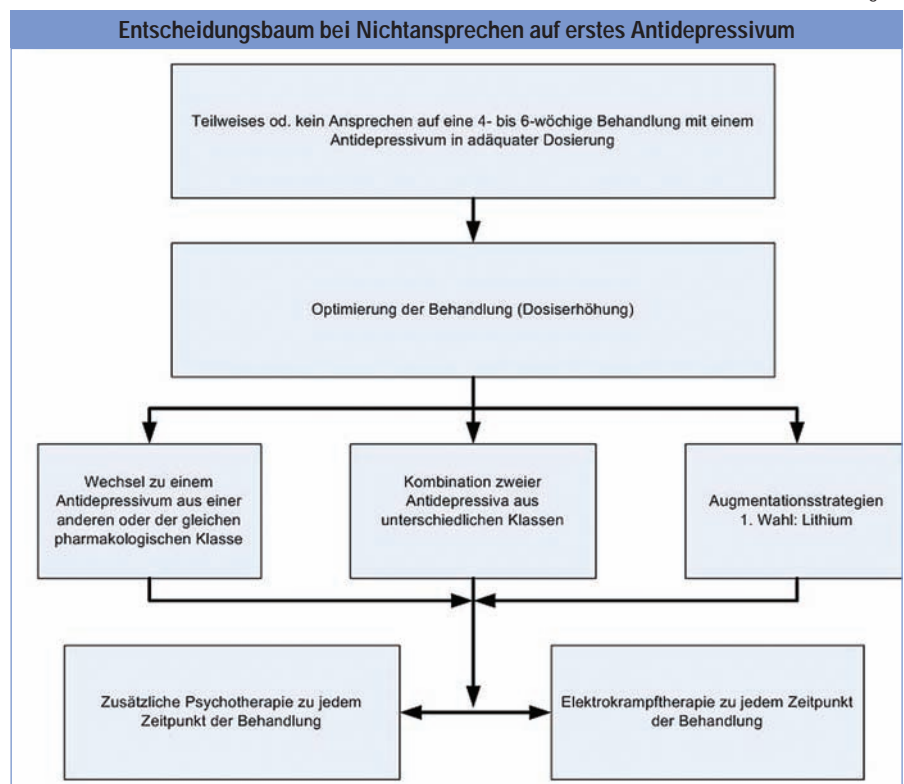
Bei mangelndem Therapieansprechen sollten die häufigsten Gründe für eine Pseudotherapieresistenz beachtet werden, die da sind:

- inadäquate Diagnose, übersehene Komorbidität (z.B. Abhängigkeitserkrankungen);
- übersehene somatische Diagnose (z.B. Schilddrüsenerkrankungen);
- gravierende psychosoziale Belastungen ohne entsprechende psychosoziale Behandlung;
- zu kurze medikamentöse Behandlung;
- zu niedrige Dosierung;
- zu niedriger Plasmaspiegel;
- mangelnde Compliance.

Vor einer Umstellung der antidepressiven Therapie sollte die Diagnose überprüft und Komorbiditäten, sowohl psychiatrischer als auch somatischer Natur, ausgeschlossen bzw. behandelt werden. Auch psychosoziale Stressoren sollten als mögliche Ursache einer Nonresponse Beachtung finden. Häufig werden Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol-, Benzodiazepinabhängigkeit) oder Angst-erkrankungen übersehen bzw. nicht behandelt. Weiters sollte auf somatische

Dosierungsrichtlinien für Antidepressiva			
Wirkstoff	Handelsnamen	Startdosis (mg/Tag)	Angestrebte Tagesdosis (mg)
<b>Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer</b>			
Citalopram	Citalopram, Citalostad, Pram, Seropram	10–20	20–60
Escitalopram	Cipralax	5–10	10–30
Fluoxetin	Feliciium, Fluctine, Flux, Mutan, Positivum	10–20	20–60
Fluvoxamin	Floxyfral	50	100–300
Paroxetin	Paroxat, Seroxat	10–20	20–60
Sertralin	Adjuvin, Gladem, Sertralin, Tresleen	25–50	50–200
<b>Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer</b>			
Reboxetin	Edronax	4	4–10
<b>Selektive Serotonin- u. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer</b>			
Duloxetin	Cymbalta	30–60	60–120
Milnacipran	Dalcipran, Ixel	50	100
Venlafaxin	Efectin, Venlafab	37,5–75	75–375
<b>Selektive Noradrenalin- u. Dopamin-Wiederaufnahmehemmer</b>			
Bupropion	Elontril ret, Wellbutrin XR ret	150	300
<b>Andere Wirkmechanismen</b>			
Mirtazapin	Mirtabene, Mirtaron, Mirtazapin, Remeron	15–30	30–45
Trazodon	Trittico ret	50	75–600
Agomelatin	Valdoxan	25	25–50
Moclobemid	Aurorix	300	300–600
Tianeptin	Stablon	37,5	75–112,5

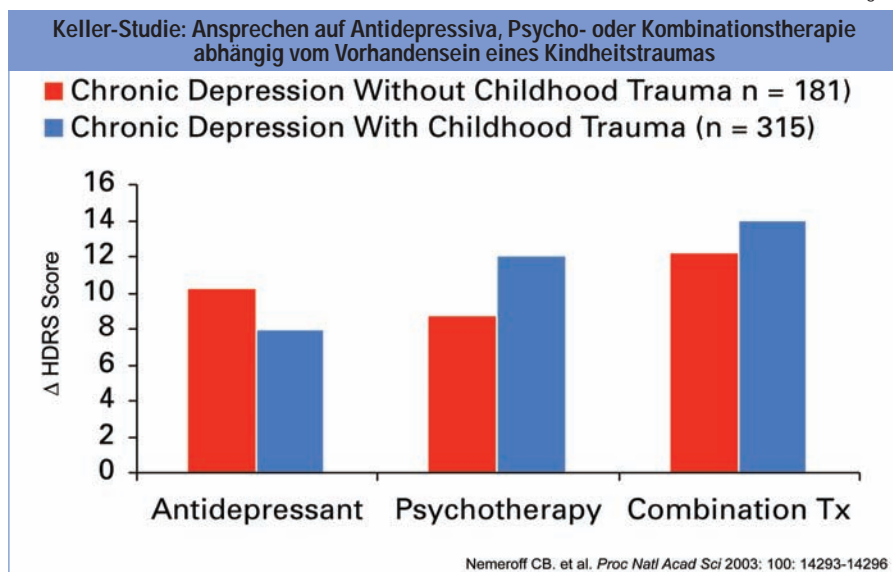
Abbildung 2



Faktoren wie Schilddrüsenerkrankungen oder depressionsfördernde Medikamente geachtet werden. Bei niedrigen Plasmaspiegeln der Antidepressiva sollte die

Compliance überprüft werden bzw. durch psychoedukative Maßnahmen verbessert werden oder eine Testung des genetischen Polymorphismus durchgeführt werden.

Abbildung 3



Vor Wechsel des Antidepressivums sollte eine Erhöhung der Dosis in Betracht gezogen werden, v.a. dann, wenn bisher nur eine mittlere Dosierung gegeben wurde.

Nach vier Wochen Behandlung in adäquater Dosierung ohne Besserung sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Ansprechens auf dieses Antidepressivum. Bei partieller Response und deutlichen psychosozialen Stressoren wird eine Verlängerung des Behandlungsversuchs um weitere zwei bis vier Wochen empfohlen. Auch bei älteren Patienten kann die Ansprechzeit bis zu 12 Wochen betragen. Spätestens dann muss eine alternative Behandlung erwogen und das Behandlungsregime geändert werden. Dafür gibt es wiederum mehrere Strategien:

- Wechsel zu einem anderen Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Klasse;
- Wechsel zu einem anderen Antidepressivum aus derselben Klasse;
- Kombination zweier Antidepressiva aus verschiedenen Klassen;
- Augmentation des Antidepressivums mit anderen Wirkstoffen;
- Kombination des Antidepressivums mit Psychotherapie.

**Wechsel zu einem neuen AD aus einer anderen Klasse**

Bei ca. 50% der Patienten kann durch einen Wechsel der Substanzklasse (SSRI und TZA) eine Response erzielt werden. Ein langsames Ausschleichen des ersten Antidepressivums wird empfohlen, um Absetzphänomene vorzubeugen. Durch diese Behandlungsstrategie wird einer

Polypharmazie entgegengewirkt, was Neben- und Wechselwirkungen verhindert und insgesamt die Compliance verbessert. Nachteile wären ein partieller Wirkverlust der ersten Substanz sowie die Wirklatenz der neuen Substanz.

**Wechsel zu einem neuen AD aus derselben Klasse**

40–70% der Patienten respondieren bei einem Wechsel von einem SSRI zu einem anderen. Bei TZA scheint dies weniger zuzutreffen (nur 9–27 % Responderaten).

**Kombination von zwei AD unterschiedlicher Klassen**

Diese Strategie ist weit verbreitet, aber die Wirksamkeit ist eigentlich schlecht untersucht. Vorteile sind die Aufrechterhaltung einer Teilresponse bzw. das Hintanhalten von Verschlechterung beim Absetzen des alten AD und die Wirklatenz des neuen AD. Nachteile einer Polypharmazie sind mögliche Wechsel- und vermehrte Nebenwirkungen, verminderte Compliance und auch vermehrte Kosten. Die Kombination verschiedener SSRI mit Mirtazapin erwies sich in offenen Studien als günstig. Die Kombination von SSRI mit TZA kann zu vermehrten Nebenwirkungen und erhöhtem Toxizitätsrisiko des TZA führen.

**Augmentation eines AD**

Vorteile dieser Strategie sind wiederum die Aufrechterhaltung einer Teilresponse und die fehlende Wirklatenz bei einer Umstellung.

**Augmentation mit Lithium**

Aufgrund der Studienlage (Evidenzlevel A) erste Wahl einer Augmentationsstrategie. Die Beurteilung des Ansprechens sollte erst nach zwei bis vier Wochen erfolgen, der angestrebte Lithium-Serumspiegel liegt wie in der Phasenprophylaxe bei 0,6–0,8 mmol/l.

**Augmentation mit Schilddrüsenhormonen**

Studien bzgl. dieser Augmentationsstrategie beziehen sich überwiegend auf Trijodthyronin, zumeist wurden 25–37,5 µg T3/Tag verabreicht.

**Augmentation mit atypischen Antipsychotika**

Auch Antipsychotika können zur Augmentation der antidepressiven Therapie nicht psychotischer Patienten verwendet werden, positive Ergebnisse gibt es hier für Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon.

**Elektrokrampftherapie (EKT)**

Auch die EKT kann bei chronischer bzw. therapieresistenter Depression in Betracht gezogen werden.

**Psychotherapie bei chronischer Depression**

Patienten mit chronischer Depression berichten häufiger über ungünstige Entwicklungsbedingungen in der Kindheit wie Gewalterlebnisse, Vernachlässigung, übertriebene Einengung oder auch Verwöhnung. Die dadurch oft blockierte Differenzierung der psychischen Entwicklung in der Kindheit kann im interpersonellen Bereich das Erreichen der operatorischen Entwicklungsstufe im Sinne Piagets erschweren. Die betroffenen Personen sind nicht in der Lage, Konsequenzen ihres Verhaltens zu antizipieren und in ihre Verhaltensplanung einzubeziehen, sie denken deshalb egozentrisch und können nur schwer Empathie entwickeln. Weiters ist bei diesen Patienten häufig auch die soziale Kompetenz gestört, sie haben problematischere Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis und berichten über mehr belastende Lebensereignisse durch interpersonelle Konflikte. Die besondere kognitive Vulnerabilität äußert sich in einer niedrigschwelligen Auslösung depressiver Schemata, die dann zu endlosem Grübeln führen kön-

Abbildung 4

**Wochenplan für Patienten mit Schwerpunkt Depression**

Uhrzeit	Montag Team A		Dienstag Team A		Mittwoch Team A		Donnerstag Team A		Freitag Team A	
	Team A 1	Team A 2	Team A 1	Team A 2	Team A 1	Team A 2	Team A 1	Team A 2	Team A 1	Team A 2
8:00-8:30	Morgenrunde (GR 1)		Morgenrunde (GR 1)		Morgenrunde (GR 1)		Morgenrunde (GR 1)		Morgenrunde (GR 1)	
8:30-9:00	Morgenaktivierung (BewTh)				Morgenaktivierung (BewTh)					
9:00-9:30		Depressionsgruppe	Angstgruppe	Ergo (Ergo 2)	Ergo (Ergo 1)	Visite Arztzimmer		Depressionsgruppe	Angstgruppe	Bewegungs therapie (BewTh)
10:00-10:30										
10:30-11:00										
11:00-11:30	Bewegungs therapie (BewTh)							Bewegungs therapie (BewTh)		Visite Arztzimmer
11:30-12:00										Entspannung PMR (GR 1)
12:00-13:00	Pause		Pause		Pause		Pause		Pause	
13:00-13:30	Entspannung PMR (GR 1)				Team (BR)					
13:30-14:00		Ergo (Ergo1)					Ergo (Ergo2)			
14:00-14:30	MGT (GR 5)		Genusstraining (GR 1)		Soziales Kompetenztraining (GR 1)			MGT (GR 5)		Therapeutische Übungen
15:00-15:30										
15:30-16:00										
16:00-16:30		Bewegungs therapie (BewTh)			Vortrag I (Speisesaal)		Vortrag II (Speisesaal)			
16:30-17:00										
17:00-17:30										
17:30-18:00										

**Legende:**  
 ERGO Ergotherapie  
 MGT Mal- und Gestaltungstherapie  
 PMR Progressive Muskelentspannung nach Jacobson

nen. An sozialen Vulnerabilitätsfaktoren spielen häufig Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme eine Rolle.

Für eine spezifische Psychotherapie bei chronischer Depression gibt es Wirknachweise für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und deren Modifikation, das Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) sowie die Interpersonelle Therapie (IPT).

Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) ist das einzige Psychotherapieverfahren, das spezifisch zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. CBASP beruht auf einem biopsychosozialen Modell. Der Ansatz integriert behaviorale, kognitive, psychodynamische, sowie interpersonelle Strategien. Die Therapie setzt direkt an der Psychopathologie an. Dabei bezieht sich McCullough auf Piagets Entwicklungstheorie und vergleicht chronisch Depressive mit Kindern vor ihrem siebenten Lebensjahr, in deren präoperatorischer Phase. Spezielle Techniken, die einerseits ein zu schnelles Vorgehen verhindern, andererseits aber doch konfrontierend zu Veränderungen anleiten, zielen auf sozial-interpersonelles Lernen ab.

Behandlungsziele in der Therapie sind die schrittweise Heranführung der Patienten, operative Denkweisen zur Lösung sozialer Probleme einzusetzen, um eigene Verhaltensmuster zu erkennen und sich in sozialen Beziehungen empathisch zu verhalten. Speziell eingesetzte Techniken zielen auf das interpersonelle Lernen ab. Durch die „Person x Umwelt“-Perspektive soll der Patient erkennen, was er bei anderen auslöst. Einen besonderen Stellenwert hat die therapeutische Beziehung, die genützt wird, um spezifische interpersonelle Techniken, so genannte interpersonelle Diskriminationsübungen zum Einsatz zu bringen. Dabei werden dysfunktionale Beziehungsmuster und negative Interaktionsmuster verändert.

Eine der Haupttechniken im CBASP ist die Situationsanalyse. Sie gliedert sich in eine Explorationsphase und eine Lösungsphase und hat zum Ziel, präoperatorische Funktionsweisen zu überwinden und zu erkennen, dass Verhalten Konsequenzen hat. Patienten lernen fehlangepasste Interpretationen zu erkennen und zu verändern. Mit der Situationsanalyse werden in der Regel auch

Verhaltensdefizite der Patienten erkennbar, die nach der Situationsanalyse bearbeitet werden.

Das CBASP ist auf die Bedürfnisse ambulanter chronisch depressiver Patienten zugeschnitten und dessen Wirksamkeit wurde in einer kontrollierten Studie (Keller et al. 2000) überprüft. In dieser Studie wurde erstmals an einer großen Zahl von Patienten nachgewiesen, dass in der Behandlung der chronischen Depression die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie wirksamer ist als Pharmakotherapie oder Psychotherapie allein.

### Rehabilitation bei depressiven Störungen

Mit insgesamt 29% sind psychiatrische Erkrankungen die häufigste Ursache für die Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension, fast die Hälfte davon betrifft die Affektiven Störungen. Die wesentlichen Ziele der psychiatrischen Rehabilitation sind die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Berufsfähigkeit und die Sicherung der sozialen Integration.

Pensionsversicherung und Hauptverband der Sozialversicherungsträger haben die psychiatrische Reha in das Regelangebot für alle Versicherten aufgenommen. Maßnahmen werden dann gewährt, wenn bereits Invalidität oder Berufsunfähigkeit vorliegen oder wenn ohne diese Maßnahmen eine solche in absehbarer Zeit eintreten würde.

Neben den Möglichkeiten der stationären psychiatrischen Rehabilitation (in Bad Hall, Klagenfurt, St. Radegund, St. Veit/Pongau, Rust, Lans in Tirol, Otten-

schlag) gibt es seit Herbst 2010 in Wien auch eine ambulante psychiatrische Reha-Klinik (Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau [www.bbrz-med.at](http://www.bbrz-med.at)).

Hier werden 80 Patienten in einem störungsspezifischen Reha-Programm über sechs Wochen jeweils Montag bis Freitag von 8-16 Uhr (bzw. bis 17 Uhr) intensiv behandelt. Die Rehabilitation besteht aus pharmakotherapeutischen (Optimierung der Medikation durch Fachärzte für Psychiatrie), psychotherapeutischen (störungsspezifische und störungsübergreifende Einzel- und Gruppentherapien mit Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie sowie Psychoedukation durch Psychotherapeuten und Klinische Psychologen) und soziotherapeutischen Maßnahmen (durch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, psychiatrische Pflege). Ein Beispiel für einen Wochenplan für Patienten mit Schwerpunkt Depression zeigt die Abb. 4.

Die Zuweisung zur ambulanten Reha kann durch alle Ärzte (niedergelassen oder in ambulanten oder stationären Einrichtungen) durch Antrag an die Pensionsversicherungsanstalt erfolgen (Antragsformular auf der Homepage des Zentrums oder der PVA herunterladbar).

*Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz, Dr. Petra Hofbauer, Petra Hulle-Wegl  
 Zentrum für Seelische Gesundheit Leopoldau, BBRZ-MED  
 Schererstraße 30, A-1210 Wien  
 Tel.: +43/1/257 19 48 \_  
 Fax: +43/1/257 19 48-35 45  
[gerhard.lenz@meduniwien.ac.at](mailto:gerhard.lenz@meduniwien.ac.at)*