

Depressionen

Perspektiven der Behandlung



Zusammenfassung des Symposiums vom 9. März 2017

Dr. Gabriella Hänggi

Programm

- 14.00–14.15** **Begrüssung und Einführung**
Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg AG
- 14.15–15.00** **Die aktuellen S3-Leitlinien zur Psychotherapie von Depressionen –
Was ist neu? Was bedeutet dies für die Praxis?**
Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff, Direktor Erwachsenenpsychiatrie,
Chefarzt Privatlinik, Psychiatrie Baselland
- 15.00–15.45** **Psychotherapie bei Depressionen – Neue Entwicklungen und differentielle
Indikationen**
Dr. med. Christine Poppe, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich
- 15.45–16.15** **Kaffeepause**
- 16.15–17.00** **Die differenzierte Behandlung verschiedener Depressionsformen unter
besonderer Berücksichtigung biologischer Therapieverfahren**
Prof. Dr. med. Katja Cattapan, Chefarztin Psychosomatik und Privat,
Sanatorium Kilchberg AG
- 17.00–17.30** **SymBalance – Erste Ergebnisse einer Behandlungsstudie von Burnout-
Patienten am Sanatorium Kilchberg**
Christian Seeher, Leitender Arzt, Sanatorium Kilchberg AG
- Ab 17.30** **Apéro mit allen Teilnehmenden**

Im Rahmen eines Symposiums, das am 9. März 2017 im Sanatorium Kilchberg stattfand, wurden die aktuellen S3-Leitlinien zur Psychotherapie von Depressionen vorgestellt. Darüber hinaus wurde auf die Wirksamkeit und Verträglichkeit von verschiedenen medikamentösen Therapien mit Antidepressiva und biologischen Verfahren eingegangen und auf neue Psychotherapieansätze hingewiesen, welche eine differentielle Behandlung der verschiedenen Depressionsformen erlauben.

Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor am Sanatorium Kilchberg, wies in seiner Einführung darauf hin, dass laut dem Obsan Bericht Nummer 72 «Psychische Gesundheit in der Schweiz» anlässlich der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 nahezu 30 Prozent der befragten Personen über Depressionssymptome berichteten. Wie überdies dem Obsan Bericht Nummer 56 «Depressionen in der Schweizer Bevölkerung» zu entnehmen ist, bilden affektive Störungen mit einem Anteil von 25.3 Prozent die nach der Substanzabhängigkeit zweithäufigste psychiatrische Hauptdiagnose in der stationären Behandlung. Ein weiteres interessantes Resultat liefert der Obsan Bericht hinsichtlich der Behandlungspraxis in der Schweiz, wonach Allgemeinpraktiker bei leichten Depressionen in 60.5 Prozent der Fälle eine alleinige Behandlung mit Antidepressiva wählen, während eine Monotherapie mit Antidepressiva bei mittelschweren Depressionen in 50.9 Prozent und bei schweren Depressionen lediglich in 37.2 Prozent der Fälle zur Anwendung kommt.

Die Daten des «Schweizerischen Diagnose Index (SDI)» lassen bezüglich der Behandlung affektiver Störungen deutliche Unterschiede erkennen, indem Allgemeinpraktiker bei manischen Episoden und bei bipolaren affektiven Störungen in 57.7 Prozent der Fälle nicht-medikamentöse Ansätze heranziehen, wogegen Psychiater nur in 33.3 Prozent der Fälle auf nicht-medikamentöse Verfahren zurückgreifen. Anhaltende affektive Störungen, vor allem die Dysthymie, behandeln Allgemeinpraktiker in zwei Dritteln der Fälle mit einer medikamentösen Therapie, während Psychiater genau umgekehrt bei zwei Dritteln der Dysthymie-Patienten eine nicht-medikamentöse Intervention wählen. Eine den aktuellen Empfehlungen entsprechende Behandlung ergab eine Befragung der niedergelassenen Psychiater im Kanton Bern, gemäss welcher die Psychiater im Gegensatz zu den Allgemeinärzten bei leichteren affektiven Störungen lediglich in 20 Prozent der Fälle Antidepressiva anwenden. Mit zunehmendem Schweregrad der affektiven Störungen stieg jedoch der Anteil der medikamentös behandelten Patienten deutlich an und betrug bei den mässig Kranken bereits 51.9 Prozent und bei den deutlich und schwer Kranken sogar 83.5 beziehungsweise 82.1 Prozent.

Die seit zehn Jahren kontrovers diskutierte Frage der Wirksamkeit von Antidepressiva bei der Akutbehandlung von depressiven Episoden bleibt weiterhin bestehen und lässt sich derzeit so zusammenfassen, dass die Wirksamkeit der Antidepressiva umso weniger nachgewiesen ist, je leichter die Erkrankung ist. Da in den klinischen Studien zumeist die Wirksamkeit einer einzelnen Substanz im Vergleich zu Plazebo untersucht wird, welches seinerseits einen nicht zu unterschätzenden Effekt ausübt, können Antidepressiva als wirksam angesehen werden obwohl sie gegenüber Plazebo nicht unbedingt einen deutlichen Wirkungsvorteil aufweisen. Eine zweite, nach wie vor umstrittene Frage betrifft die Wirksamkeit von Antidepressiva in der Langzeitbehandlung, deren Beurteilung jedoch schwierig ist, weil einerseits die aus randomisierten kontrollierten Studien gewonnenen Daten nicht den Versorgungsbedingungen in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis entsprechen und andererseits keine ausreichend langen Behandlungs- und Katamnesezeiträume eingehalten werden. Zu der ebenfalls kritischen Frage nach einer Übermedikalisierung mit Antidepressiva kann festgehalten werden, dass bei den Serotonin-Wiederaufnahmehemmern der vierten Generation – vermutlich bedingt durch die umfangreiche Propaganda – eine Übermedikation besteht, wogegen bei einem beträchtlichen Anteil von Patienten mit einer schweren Depression oder bipolaren Störung, welche oftmals nicht erkannt wird, eher eine Unterversorgungssituation vorliegt.

Die aktuellen S3-Leitlinien zur Psychotherapie von Depressionen – Was ist neu? Was bedeutet dies für die Praxis?

Wie Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff, Direktor Erwachsenenpsychiatrie, Chefarzt Privatklinik, Psychiatrie Baselland einleitend erklärte, werden die evidenzbasierten Therapiestrategien der im Jahr 2009 erstmals veröffentlichten und im Jahr 2015 revidierten S3-Leitlinien zur Psychotherapie von Depressionen nach den vier Empfehlungsgraden «A für soll», «B für sollte», «0 für kann» und «KKP für klinischer Konsensuspunkt ohne wissenschaftlicher Ausweis» klassiert.

Angesichts der entscheidenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung der Depression hält eine erste Empfehlung der Leitlinien fest, dass die Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein sollte. Nach den Empfehlungen der Leitlinien zur psychotherapeutischen Akutbehandlung kann bei einer leichten depressiven Episode, deren Symptomatik voraussichtlich auch ohne aktive Therapie abklingen wird, im Sinne einer aktiv abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Falls jedoch eine Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch anhaltende Symptome oder sogar eine Verschlechterung zeigt, soll mit dem Patienten gemäss Expertenkonsens über eine Intensivierung der Therapie gesprochen werden, für welche eine Beratung, psychoedukativ-supportive Gespräche, die qualifizierte angeleitete Selbsthilfe, beispielsweise mit Selbsthilfebüchern oder Online-Programmen, Problemlöseansätze oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Basisbehandlung beziehungsweise die psychosomatische Grundversorgung in Frage kommen.

Eine Aufwertung der Psychotherapie findet sich in den revidierten Leitlinien bezüglich der Empfehlung zur Behandlung von akuten leichten bis mittelschweren depressiven Episoden, für die eine Psychotherapie angeboten werden soll. Der zunehmende Stellenwert der Psychotherapie zeigt sich auch bei der Behandlung von akuten schweren Depressionen, für die nach den Leitlinien eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie vorgeschlagen werden soll. Falls dennoch eine Monotherapie in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten gemäss Expertenkonsens in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten, während bei der Double Depression und der chronischen Depression die Patienten über die gegenüber einer Monotherapie verbesserte Wirksamkeit einer Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva informiert werden sollten. Das Weiteren wurden die revidierten Leitlinien dahingehend ergänzt, dass bei Dysthymie eine Psychotherapie vorgeschlagen werden sollte.

Als wesentliche Neuerung wurde in die revidierten Leitlinien aufgenommen, dass bei Depressionen im Alter über 65 Jahren den Betroffenen eine Psychotherapie angeboten werden soll. Darüber hinaus sollte im höheren Lebensalter bei schweren Depressionsformen eine Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie vorgeschlagen werden, während bei leichten kognitiven Einschränkungen und einer Depression eine bevorzugt als Einzeltherapie durchgeführte Psychotherapie angeboten werden sollte.

Nach den revidierten Leitlinien sollte bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen wie auch bei der Double Depression die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Phar-

makotherapie geprüft werden. Diese Empfehlung stehen im Einklang mit Hinweisen aus Studien, wonach die Compliance beziehungsweise Adhärenz bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie durchgeführt wird.

Angesichts des hohen Rezidivrisikos bei Depressionen empfehlen die Leitlinien, dass zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Erhaltungstherapie angeboten werden soll. Bemerkenswert vor der heutigen Tendenz zur Verkürzung von Psychotherapien ist die Empfehlung, wonach Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie als Rezidivprophylaxe vorgeschlagen werden soll. Bei der therapieresistenten Depression empfehlen die Leitlinien, dass den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden sollte.

Als weitere Neuerung werden in den revidierten Leitlinien kulturspezifische Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung einbezogen, welche die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Adhärenz erleichtert. Dabei sollen die kultur- und migrationspezifischen Faktoren gemäss Expertenkonsens im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen berücksichtigt werden.

Psychotherapie bei Depressionen – Neue Entwicklungen und differentielle Indikationen

Dr. med. Christine Poppe, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich, wies darauf hin, dass der Psychotherapie bei der Behandlung von Depressionen mit ihren komplexen klinischen Bildern und den häufig chronischen und rezidivierenden Verläufen sowie den psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten eine wichtige Bedeutung zukommt. In den vergangenen Jahren wurde die Verhaltenstherapie aufgrund der Fortschritte der psychologischen Forschung und durch den Einbezug von Bindungsaspekten sowie von psychodynamischen und humanistischen Psychotherapiemodellen, aber auch durch Aufgreifen spiritueller und philosophischer Traditionen, durch Berücksichtigung eines kontextualistischen beziehungsweise konstruktivistischen Ansatzes sowie von neuen Technologien weiterentwickelt und in verschiedene Methoden ausdifferenziert.

Eine spezifische Psychotherapie zur Behandlung von chronischen Depressionen ist das «Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)», das in den frühen Siebzigerjahren von James P. McCullough entwickelt wurde. Das «CBASP» beruht auf der Erkenntnis, dass chronisch depressive Patienten oftmals in einer frühen Entwicklungsstufe seelische oder körperliche Traumatisierungen erlitten, infolge derer die Betroffenen einen Stillstand der normalen kognitiv-emotionalen Entwicklung erfahren und ein interpersonelles Vermeidungsverhalten sowie häufig auch ein präoperatorisches Denken entwickelt haben. Beim «CBASP» werden diese Entwicklungsrückstände angegangen, indem die Patienten anhand von Situationsanalysen lernen, die Zusammenhänge und Konsequenzen des eigenen Verhaltens und der zugrundeliegenden dysfunktionalen Denkweise zu erkennen. Kennzeichnend für das «CBASP» sind die interpersonellen Strategien, mit denen der Therapeut in kontrollierter Art und Weise persönliche Gefühlsreaktionen als direkte Konsequenz des Verhaltens des Patienten einbringt und ihm dadurch hilft, zwischen altvertrauten dysfunktionalen und aktuellen Beziehungserfahrungen zu unterscheiden und die eigene destruktive Entwicklungsgeschichte zu revidieren. Bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Akutbehandlungen der persistierenden Depression ergab eine Metaanalyse von 15 randomisierten kontrollierten Studien mit 2'657 Patienten, dass die «CBASP» in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung effektiver ist als eine interpersonelle Therapie, wobei aber die teilweise uneinheitlichen Erfolgsraten der «CBASP» auf die unterschiedlichen Studiendesigns zurückzuführen sind.

Bei der «Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)» handelt es sich um ein achtwöchiges Gruppenprogramm, welches das «Mindfulness Based Stress Reduction Program (MBSR)» von Jon Kabat-Zinn mit klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien kombiniert und spezifisch zur Rückfallprophylaxe bei remittierten Patienten mit einer rezidivierenden Depression konzipiert wurde. Die «MBCT» leitet sich direkt aus wissenschaftlichen Erkenntnissen über das Rückfallgeschehen ab, wonach depressive Denkmuster während einer depressiven Episode verfestigt werden und damit deren Verfügbarkeit und Reaktivierbarkeit auch in den Remissionsphasen erhöht wird. Aus diesem Grund können bei Personen mit mehreren erlittenen depressiven Episoden die negativen depressionstypischen Denk- und Handlungsweisen bereits durch leichte Stimmungsveränderungen und weitgehend automatisch und vom Patienten häufig unbemerkt ausgelöst werden. Mit Hilfe des «MBCT»-Programms lernen die Patienten, die Aktivierung depressionsfördernder Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen rechtzeitig zu erkennen und – anstatt in Grübeleien und niedergedrückte Stimmung zu versinken – bewusst mit spezifischen Massnahmen dem sich anbahnenden depressiven Rückfall entgegenzuwirken. Der Nutzen dieses Therapieprogrammes geht aus den Resultaten einer Metaanalyse hervor, welche für die «MBCT» als zusätzliches Behandlungselement bei der Rückfallprophylaxe von Patienten mit mindestens drei vorgängigen depressiven Episoden gegenüber der üblichen Behandlung eine signifikant stärkere Reduktion der Rückfallrate ergab. Des Weiteren wurde gemäss dieser Metaanalyse durch die Erhaltungstherapie mit «MBCT» mit graduellem Absetzen der Antidepressiva nach einer Zeitdauer von einem Jahr eine ähnliche Rückfallrate verzeichnet wie bei der Fortsetzung der antidepressiven Medikation, während sich bei Patienten mit einer schweren Depression mit unvollständiger Remission durch die «MBCT» eine Besserung der depressiven Symptome vermuten lässt.

Eine neue Form der Psychotherapie ist die von Steven Hayes entwickelte «Acceptance and Commitment Therapy (ACT)», bei der klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien und mit Interventionen zur Werteklä rung kombiniert werden. Das Ziel der «ACT» liegt darin, die psychische Flexibilität zugunsten eines wertebasierten Lebens zu erhöhen. Zu diesem Zweck sollen die Patienten mittels sechs für die psychologische Flexibilität konstitutiven Prozessen befähigt werden, sich ihren emotionalen Regungen gegenüber zu öffnen und sie zu akzeptieren, sich aus der Verstrickung mit den eigenen Gedanken zu lösen, im gegenwärtigen Moment präsent zu sein, sich von konstruierten Bildern von sich selbst zu befreien und sich bessere Klarheit über die eigenen Werte zu verschaffen und sich durch engagiertes Handeln auf diese Werte hin auszurichten. Die zur Wirksamkeit dieses psychotherapeutischen Ansatzes durchgeführte Metaanalyse von 60 randomisierten kontrollierten Studien mit 4'234 Patienten mit einer somatischen oder psychiatrischen Erkrankung oder Stress bei der Arbeit ergab, dass die «ACT» bei chronischen Schmerzen und Tinnitus wahrscheinlich wirksam und bei Depressionen, psychotischen Symptomen, Zwangs- und Angststörungen, Drogenabusus und Stress bei der Arbeit möglicherweise wirksam ist.

Einen interessanten Ansatz zur Behandlung von Depressionen stellt die Verhaltensaktivierung dar, die auf der Erkenntnis beruht, dass bei Depressionen ein Mangel an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung besteht. Die Verhaltensaktivierung unterstützt die Patienten mit Hilfe von handlungs- und problemlösungsorientierten Methoden darin, sich auf bedeutende, durch ihre eigenen persönlichen Werte angetriebene Aktivitäten zu fokussieren, die sie positive Erfahrung erleben lassen oder ihre Lebenssituation verbessern. Die Verhaltensaktivierung erwies sich in einer Metaanalyse von zehn Studien über einen Zeitraum von 24 Monaten bei depressiven Patienten als ebenso wirksam wie die kognitive Verhaltenstherapie, während eine kontrollierte klinische Studie bei Patienten mit einer schweren Depression für den verhaltensaktivierenden Ansatz eine höhere Effektivität ergab als für die kognitive Verhaltenstherapie.

Die modernen Informationstechnologien finden zunehmend auch Anwendung in der Psychotherapie, wobei internetbasierte Selbsthilfeprogramme bei Depressionen mittlerweile gut akzeptiert sind und deren Wirksamkeit – insbesondere bei einem gleichzeitig vorhandenen Kontakt mit einem Therapeuten – als nachgewiesen gilt. Der therapeutische Nutzen von internetbasierten Elementen, die in traditionelle Psychotherapieverfahren integriert sind, wird zurzeit im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Projektes «E-COMPARED» bei depressiven Patienten in elf Nationen untersucht. Die ersten Resultate des «E-COMPARED»-Projektes scheinen zu zeigen, dass eine über 18 Wochen durchgeführte Kombinationsbehandlung im Vergleich zur alleinigen Psychotherapie als komplementär wahrgenommen wird und dass die Selbstwirksamkeit der Patienten gefördert wird. Als Nachteile dieses Selbsthilfeprogrammes gaben die Studienteilnehmer Motivationsprobleme und den Druck an, das Online-Modul bearbeiten zu müssen.

Die Ergebnisse der gegenwärtig verfügbaren Studien zeigen für die neueren Psychotherapieverfahren bei der Akutbehandlung von Depressionen eine ähnliche Wirksamkeit wie für die klassische kognitive Verhaltenstherapie und die anderen üblichen Behandlungen, was aber auch auf methodische Mängel beziehungsweise auf eine ungenügende Qualität der Studien zurückzuführen sein könnte. Trotz dieser etwas ernüchternden Ergebnisse ist die differentielle Indikation von psychotherapeutischen Interventionen angebracht, da die mittlerweile verfügbaren psychotherapeutischen Verfahren unterschiedliche pathogenetische Ansätze berücksichtigen und damit eine individuelle Behandlung erlauben.

Die Auswahl der therapeutischen Verfahren sollte abgeleitet aus dem individuellen Fallkonzept erfolgen, wobei spezifische Prädiktoren für das Therapieansprechen wie auch die Patientenpräferenz, der Bindungsstil und die Persönlichkeit zu berücksichtigen sind. Die Psychotherapie sollte neben der Psychoedukation und der Verhaltensaktivierung auch Strategien umfassen, welche die Patienten durch Vermittlung von Kompetenzen, Stärkung von Ressourcen und Fokussierung auf Entwicklungsaufgaben bei der Überwindung akuter Lebensereignisse unterstützen. Zur Behandlung von Patienten mit chronischen Verläufen mit interpersonellen Traumatisierungen sind die «CBASP» und schemaorientierte Ansätze geeignet, während bei der Neuorientierung und Prophylaxe von Rückfällen und Rezidiven die Achtsamkeit, die «MBCT», «ACT» und die Stärkung von Bewältigungsstrategien und Resilienz herangezogen werden sollte. Bezüglich der therapeutischen Beziehung zeigte sich, dass bei depressiven Patienten mit einer selbstkritisch-perfektionistischen Persönlichkeit ein schemaorientiertes Vorgehen mit der Stärkung der Selbstfürsorge und bei Patienten mit einem unsicheren abhängigen Bindungsstil ein interpersonelles Vorgehen unter Beachtung lebensgeschichtlicher Prägung zu empfehlen ist.

Die differenzierte Behandlung verschiedener Depressionsformen unter besonderer Berücksichtigung biologischer Therapieverfahren

Gemäss *Prof. Dr. med. Katja Cattapan, Chefärztin am Sanatorium Kilchberg*, steht heute zur Behandlung von Depressionen eine ganze Reihe von Antidepressiva zur Verfügung, deren Wirksamkeit in den Leitlinien mit dem höchsten Evidenzgrad klassifiziert ist. Zur differenziellen Indikation liegen hingegen keine ausreichenden Studiendaten vor, weshalb die Auswahl des Antidepressivums aufgrund der individuellen Erfahrung des Arztes, der Behandlungsvorgeschichte und der persönlichen Präferenzen des Patienten sowie den Leitfragen betreffend Schlafstörungen, psychomotorischer Erregung, Angst und Grad der Suizidalität erfolgen sollte. Bedeutsam bei der Auswahl des Antidepressivums ist überdies das Nebenwirkungsprofil, wobei die tri- und tetrazyklischen Antidepressiva wegen ihrer anticholinergen Nebenwirkungen und der Toxizität bei Überdosierung sowie der vorübergehend erhöhten Suizidgefahr sicherlich die risikoreichsten Substanzen sind, während die se-

lektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit einem vornehmlich durch Übelkeit, Unruhe, sexuelle Dysfunktionen und Hyponatriämien geprägten Nebenwirkungsprofil eine bessere Verträglichkeit besitzen. Als problematisch bei der Langzeitbehandlung mit Antidepressiva erweist sich aber auch die Gewichtszunahme, die beim selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Paroxetin und beim Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer Mirtazapin besonders ausgeprägt ist.

Trotz der Verträglichkeitsproblematik kann im klinischen Alltag bei schweren depressiven Episoden auf den Einsatz von trizyklischen Antidepressiva nicht verzichtet werden, wobei sich diese Substanzen insbesondere auf Anhedonie, Appetit- und Gewichtsverlust, psychomotorische Gehemmtheit und das frühmorgendliche Erwachen günstig auswirken. Nach den Resultaten von zwei Studien der Danish University Antidepressant Group «DUAG» aus den Jahren 1986 und 1990 besitzt das trizyklische Antidepressivum Clomipramin bei stationär behandelten depressiven Patienten eine höhere Wirksamkeit als der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Citalopram, während Metaanalysen unterschiedliche Ergebnisse bezüglich des Nutzens der älteren Antidepressiva im Vergleich zu den neueren Antidepressiva zeigen. Die bei der Behandlung von mittelschweren und schweren Depressionen in Metaanalysen festgestellte bessere Wirksamkeit von Venlafaxin, Duloxetin, Escitalopram, Mirtazapin und Agomelatin gegenüber den übrigen Antidepressiva der neuen Generation ist eher zurückhaltend zu beurteilen, da die Vergleichbarkeit der Studien deutlich eingeschränkt ist. Das immer wieder erwähnte Johanniskraut zeigt signifikante Effekte bei der Behandlung von leichten Depressionen, wogegen die Datenlage bei mittelschweren und schweren Depressionen widersprüchlich ist.

Zur Wirksamkeit von Antidepressiva bei der Behandlung von leichten Depressionen konnten in klinischen Studien bislang keine statistisch signifikanten Effekte gegenüber Placebo nachgewiesen werden, weshalb bei leichten Depressionen in erster Linie nicht-medikamentöse Interventionen angewendet werden sollten. Da die Monotherapie von schweren depressiven Episoden mit einem psychotischen Syndrom zu Ansprechraten von lediglich 32 Prozent führt, ist in diesen Fällen oftmals eine Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum oder einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer in Kombination mit einem atypischen Antipsychotikum erforderlich. Bei der atypischen Depression und der hysteroiden Dysphorie, die durch histrionisches Verhalten, hohe Kränkbarkeit im interpersonalem Kontakt, auslenkbarer Stimmung, starken Stimmungseinbrüchen, Rückzugsverhalten, Hyperphagie und Hypersomnie charakterisiert sind, gelten die Monoaminoxidaseinhibitoren als Mittel der ersten Wahl. Zur Behandlung der Dysthymie ist ebenfalls eine Pharmakotherapie angezeigt, die vorzugsweise mit den Antidepressiva Sertralin, aber auch mit Fluoxetin, Paroxetin, Moclobemid oder Imipramin über eine Dauer von mindestens zwei bis drei Jahren erfolgen sollte, während bei der chronischen Depression die Pharmakotherapie in Kombination mit der Psychotherapie «Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)» zur Anwendung kommt.

Die Indikation von Antidepressiva bei depressiven Episoden einer bipolaren Störung, deren Grundmedikation sowohl in den manischen als auch in den depressiven Erkrankungsphasen in der Verabreichung eines Stimmungsstabilisierers oder von Quetiapin besteht, wird wegen des nicht unerheblichen Risikos des Umschlagens von der depressiven Phase in eine manische Phase kontrovers diskutiert. Bei Patienten, für die dennoch eine antidepressive Medikation erforderlich scheint, sollte ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit kurzer Halbwertszeit wie Bupropion eingesetzt werden.

Falls nach der für eine Behandlung mit Antidepressiva üblichen zwei- bis vierwöchigen Wirkungslatenz keine Symptomverbesserung verzeichnet wird, bestehen die Optionen einer Dosiserhöhung des

verabreichten Präparates, einer Umstellung auf ein Antidepressivum derselben oder einer anderen Wirkstoffklasse, einer Kombination von Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen oder einer Augmentation mit Lithium oder einem atypischen Antipsychotikum wie Quetiapin, Aripiprazol und Olanzapin oder aber einer Kombination mit einer Psychotherapie. Bei einem ungenügendem Therapieansprechen wie auch bei Fragen bezüglich der Toxizität kann die Bestimmung der therapeutischen Plasmaspiegel zur Unterscheidung von Patienten mit langsamer beziehungsweise schneller Metabolisierung eine sinnvolle Massnahme darstellen, wobei aber die Dosis-Wirkungs-Beziehung nur für die trizyklischen Antidepressiva, für Venlafaxin und für einige andere, nicht zur Wirkstoffklasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gehörenden Antidepressiva nachgewiesen ist.

Ein eher zu wenig genutztes Verfahren ist die Wachtherapie mit partiellem Schlafentzug, die in Kombination mit einer Behandlung mit Antidepressiva oder einer Psychotherapie durchgeführt werden kann und in der Regel den Wirkungseintritt der Antidepressiva beschleunigt. Mit Hilfe der Lichttherapie lassen sich bei saisonal abhängigen Stimmungsstörungen Ansprechraten von 60 bis 90 Prozent erzielen, während bei anderen Formen der Depression mit diesem chronobiologischen Verfahren immerhin ein Zusatzeffekt erreicht werden kann. Bei einer schweren, therapieresistenten Depression steht mit der Elektrokrampftherapie eine weitere therapeutische Möglichkeit zur Verfügung, die der Behandlung mit Antidepressiva überlegen ist und zu Remissionsraten von 80 Prozent führt und gleichzeitig mit einer Senkung des Suizidrisikos einhergeht.

Nach Abklingen der depressiven Symptomatik sollte das zur Akuttherapie erfolgreich eingesetzte Antidepressivum in unveränderter Dosierung während sechs bis neun Monaten als Erhaltungstherapie weiterverabreicht werden und anschliessend eine schrittweise Reduktion vorgenommen werden, während bei depressiven Patienten mit einem psychotischen Syndrom die Erhaltungstherapie über eine noch längere Zeitdauer aufrechterhalten werden sollte.

Eine besondere Herausforderung stellt die Pharmakotherapie der Depression bei Komorbiditäten wie nach einem Schlaganfall oder bei der koronaren Herzkrankheit dar, wofür die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als Antidepressiva der ersten Wahl gelten. Im Fall von Patienten mit einem Parkinson-Syndrom, bei denen die Depression wegen des Risikos einer Verstärkung der Parkinson-Symptomatik schwierig zu behandeln ist, sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer, Moclobemid oder trizyklische Antidepressiva indiziert. Die medikamentösen Strategien beim Burnout zielen auf die Aktivierung und die Stimmungsverbesserung durch die Verabreichung von selektiven Serotonin- oder Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmern oder Johanniskraut, während beim Burnout mit Schlafstörungen sedierende Antidepressiva und melatonerge Substanzen und beim Burnout mit Schlafstörungen in Kombination mit Grübelneigung und Denkstörungen sedierende atypische Antipsychotika eingesetzt werden können. Neben der Psychopharmakotherapie kommen bei Burnout-Patienten, die in der Regel eher kritisch gegenüber Psychopharmaka eingestellt sind, intensive nicht-medikamentöse Programme, die vor allem Bewegung und Entspannung umfassen, zur Anwendung.

Zur Optimierung der antidepressiven Behandlung stellt die Genotypisierung zwecks Vorhersage des individuellen Ansprechens auf Antidepressiva eine vielversprechende Massnahme dar, für die mit dem ABCB1-Test ein neues molekulargenetisches Diagnostikverfahren zur Verfügung steht. Bei diesem Test werden aufgrund von je zwei möglichen Allelen von zwei relevanten Einzelnukleotid-Polymorphismen im ABCB1-Gen, welches das am Transport bestimmter Substanzen durch die Blut-Hirn-Schranke beteiligte P-Glykoprotein kodiert, vier verschiedene Genotypen unterschieden. Perso-

nen mit einer Genvariante für eine erleichterte Blut-Hirn-Passage zeigen bei der Anwendung von Antidepressiva, welche als Substrate für das P-Glykoprotein wirken, eine hohe Ansprechwahrscheinlichkeit, sodass diese Antidepressiva in Normaldosis verabreicht werden können. Demgegenüber kann bei Personen mit einer Genvariante für einen verminderten Transport durch die Blut-Hirnschranke bei der Anwendung von Antidepressiva vom P-Glykoprotein-Substrat-Typ eine nur geringere Ansprechwahrscheinlichkeit erwartet werden, weshalb bei diesen Patienten als therapeutische Konsequenz die Verordnung eines nicht durch das P-Glykoprotein transportierten Antidepressivums in Standarddosierung oder aber der Einsatz eines Antidepressivums vom P-Glykoprotein-Substrat-Typ unter frühzeitiger Anwendung von Eskalationsstrategien erfolgen sollte.

SymBalance – Erste Ergebnisse einer Behandlungsstudie von Burnout-Patienten am Sanatorium Kilchberg

Wie *Christian Seeher, Leitender Arzt am Sanatorium Kilchberg*, erwähnte, wurde am Sanatorium Kilchberg zur Behandlung von Burnout das neue Therapiekonzept «SymBalance» entwickelt, welches auf der Annahme beruht, dass sich Burnout aus einem persistierenden Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Anforderungen im Leistungskontext ergibt. Dieses Ungleichgewicht ist auf drei unterschiedliche Dimensionen lokalisierbar, wobei der dimensionale Schwerpunkt je nach Genese und konkretem Ausprägungsgrad individuell verschieden ist. Die objektive Dimension befasst sich mit dem realen Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen und Ressourcen, während die subjektive Dimension die individuelle Einschätzung des Ungleichgewichtes beschreibt. Die existentielle Dimension betrifft schliesslich die Konsequenzen des Ungleichgewichtes bezüglich anderer nicht leistungsbezogener Lebensbereiche, der eigenen Identität, der grundlegenden Bedürfnisse und des Selbstvertrauens und des Sinns.

Das integrative Therapiekonzept «SymBalance» ermöglicht eine individuell abgestimmte Therapie des Burnouts, bei der mit spezifischen therapeutischen Interventionen alle drei Dimensionen des Syndroms entsprechend ihrer Ausprägung angegangen werden. Bei Patienten mit einer vornehmlich objektiven Burnout-Dimension liegen die Therapieziele bei der körperlichen und psychischen Regeneration sowie der Angleichung von objektiven Anforderungen und individuellen Ressourcen, wobei sich primär der Einsatz von gruppentherapeutischen Trainingsprogrammen und organisationspsychologischen Massnahmen empfiehlt. Die bei Burnout-Patienten mit einer stark ausgeprägten subjektiven Dimension angewendeten therapeutischen Massnahmen zielen auf eine realistische Einschätzung der eigenen Kompetenzen und der externen Leistungserwartungen sowie auf die Überprüfung von tätigkeitsbezogenen Einstellungen und die Ermöglichung korrekativer Erfahrungen, wofür vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zur Modifikation der mentalen Schemata herangezogen werden. Bei der existentiellen Dimension von Burnout ist die therapeutische Intervention darauf ausgerichtet, die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper, den individuellen Bedürfnissen und Empfindungen zu stärken, die ausgeblendeten Facetten der Identität in das Selbstkonzept zu reintegrieren und die Verwirklichung der persönlichen Werte und Ziele zu fördern. Als Methode der Wahl erweist sich eine burnoutspezifische Anwendung des Psychotherapiekonzepts von Grawe, das eine angemessene Befriedigung der vier Grundbedürfnisse Bindung, Lustgewinn, Kontrolle und Selbstwerterhaltung anstrebt. Das Angebot von «SymBalance» wird durch die Teilnahmemöglichkeit in der Philo-Gruppe abgerundet, in welcher eine fundierte Reflexion der individuellen Lebensführung vorgenommen wird.

Die Wirksamkeit von «SymBalance» wurde in einer in den Jahren 2013 bis 2015 im Sanatorium Kilchberg durchgeführten prospektiven Langzeitstudie bei 74 Patienten untersucht, die infolge eines Burnout-Prozesses eine psychische Störung mit einer F3- und F4-Hauptdiagnose nach ICD-10 und

der Zusatzkodierung Z73.0 entwickelt hatten. Die Studienteilnehmer, bei denen es sich um 49 Prozent Frauen und 51 Prozent Männer handelte, waren während einer durchschnittlichen Dauer von 45.7 Tagen hospitalisiert. Eine Mehrheit von 39 Prozent der Studienteilnehmer hatte einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und weitere 37 Prozent einen Abschluss einer höheren Fach- oder Berufsschule beziehungsweise der Maturitätsstufe, während 21 Prozent der Studienteilnehmer eine Berufslehre oder Vollzeitberufsschule absolviert hatten. Mit 78 Prozent war der grösste Anteil der Studienteilnehmer in einem Anstellungsverhältnis und davon knapp die Hälfte in einer Kaderposition tätig, wogegen 13 Prozent der Studienteilnehmer selbständig erwerbend waren.

Nach Abschluss des «SymBalance»-Programms hatte die anhand der «Brief Symptom Checklist (BSCL)» bewertete subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Studienteilnehmer im Vergleich zum Anfangswert von 74 Punkten um 33 Punkte abgenommen, während die anhand der «Global Assessment of Functioning Scale (GAF)» bestimmte Einschränkung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche im Verlauf der Behandlung ausgehend von 48 Punkten um 15 Punkte erhöht wurde. Die Studienteilnehmer empfanden bei der Spitalentlassung eine deutliche Besserung ihres Zustandes und beurteilten die Qualität der Behandlung in 68 Prozent der Fälle als ausgezeichnet und in weiteren 14 Prozent der Fälle als gut, wobei ein grosser Anteil der Patienten mit dem Gruppentherapieangebot – vor allem mit dem Philosophie-Angebot – sehr zufrieden war. So gaben rund zwei Drittel der Studienteilnehmer an, dass philosophische Themen grundsätzlich ein Bestandteil der Psychotherapie sein sollten, und mehr als die Hälfte der Patienten vertrat die Meinung, die Inhalte des Gruppenangebotes hätten dazu beigetragen, sich selbst und die eigene Lebenssituation besser zu verstehen.

Im Verlauf des «SymBalance»-Programms nahm der Wert des zur Selbstbeurteilung des Schweregrads der depressiven Symptome herangezogenen «Beck-Depressions-Inventar (BDI)» stark ab und blieb nach Beendigung des Programms während der folgenden zwei und sechs Monate konstant auf den niedrigen Werten. Der Wert auf der MBI-Subskala «emotionale Erschöpfung» zeigte eine signifikante und kontinuierliche Reduktion ab Behandlungsbeginn bis sechs Monate nach Abschluss der Behandlung, und der Wert auf der MBI-Subskala «Depersonalisation» nahm im Verlauf des «SymBalance»-Therapieprogrammes wie auch in den sechs Monaten nach Beendigung des Programms deutlich ab, während umgekehrt der Wert auf der MBI-Subskala «persönliche Leistungsfähigkeit» im Verlauf der Behandlung wie auch in der Zeitperiode zwischen zwei und sechs Monaten nach Abschluss der Behandlung signifikant anstieg.

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Prof. Dr. med. Katja Cattapan
Stv. Ärztliche Direktorin

Telefon 044 716 42 42
aerztlichedirektion@sanatorium-kilchberg.ch