

Sollten leichte Depressionen ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden? Pro

Die evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien sehen bei leichten depressiven Episoden unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eine antidepressive Medikation nicht mehr als primäre Behandlungsstrategie vor [2]. Stattdessen soll auf psychosoziale Interventionen zentriert werden. Einzelne Autoren, die allerdings am Konsensprozess der Leitlinie nicht beteiligt waren, stellen diese Evidenz infrage. Deshalb sollen die ausschlaggebenden Befunde noch einmal zusammengefasst werden.

Antidepressiva sind keine „unbedenklichen“ Medikamente. Bei den ambulant am häufigsten verordneten selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRIs) finden sich z. B. eine Hemmung des Serotonintransporters auch an den Thrombozyten, was (insbesondere in Kombination mit Acetylsalicylsäure) zu einer Zunahme gastrointestinaler Blutungen führt sowie relativ häufig zu Hyponatriämien. Zuletzt fand sich bei dem häufig verordneten Citalopram eine dosisabhängige QT-Zeit-Verlängerung [1]. Bei jungen (erwachsenen) Patienten ist zudem eine Zunahme des Suizidrisikos durch SSRIs wahrscheinlich [8]. Weiter wird vermutet, dass der Beginn einer Antidepressivamedikation den Langzeitverlauf einer depressiven Erkrankung verschlechtern kann [4]. Es wird außerdem befürchtet, dass die pharmakologisch induzierten Veränderungen des zentralnervösen Stoffwechsels zu einer Zunahme der Vulnerabilität für erneute depressive Episoden führen, was das Absetzen von Antidepressiva zu einem problematischen Schritt macht und u. U. als solches

bereits die gefundene rückfallprophylaktische Wirkung erklärt.

Dies alles wird von Zweifeln an der Wirksamkeit begleitet. Zwei große Studien haben gezeigt, dass bei leichten bis mittelschweren Depressionen praktisch kein Wirksamkeitsunterschied zwischen Antidepressiva und Placebo besteht. Erst bei sehr schweren Depressionen kann von einer klinisch relevanten Differenz gesprochen werden (z. B. [5]). Zuletzt konnte dies für den Einsatz bei Palliativpatienten repliziert werden [10].

Der geringe Unterschied verwundert nicht, wenn man den generell hohen Placeboeffekt unter einer Antidepressivabehandlung betrachtet, der zwischen 68% [7] und 75% [6] ausmacht. Möglicherweise unterschätzen diese Zahlen sogar den tatsächlichen Anteil, da Studien mit aktivem (d. h. typische Nebenwirkungen imitierendem) Placebo nicht mehr erlaubt sind und negative Studien, d. h. solche in denen sich Antidepressivum und Placebo nicht unterschieden, systematisch seltener publiziert werden [9]. Zu bedenken ist hier auch noch, dass „positiv“ im Sinne einer signifikanten Überlegenheit des Verumpräparates dabei nicht mit einer klinischen Relevanz des Unterschieds gleichzusetzen ist, da bei hinreichend großen Studien auch Unterschiede von lediglich 1 oder 2 Punkten auf der Hamilton-Depressionsskala für das Erreichen des Signifikanzniveaus ausreichen, während Patienten diesen Unterschied vermutlich nicht bemerken.

Die Ablehnung von Antidepressiva in der Behandlung der leichten Depression sollte also nicht unter Verweis auf die Gegebenheiten des Praxisalltags ignoriert

werden. Dies auch deshalb, weil zur Therapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen gute Evidenzen für Psychotherapie, Gruppentherapie und auch niedrigschwellige psychologische Interventionen existieren [2]. Neben einer deutlich besseren Compliance haben psychotherapeutische Interventionen eine höhere Nachhaltigkeit im Sinne der kompensatorischen Verbesserung von Bewältigungsstrategien (s. unten; [3]).

» Psychotherapeutische Interventionen haben eine höhere Nachhaltigkeit

Depressive Erkrankungen entstehen primär aus Beeinträchtigungen relevanter Beziehungen bzw. auf dem Boden einer lebenslangen Vulnerabilität wegen eines Mangels an Halt gebenden Beziehungserfahrungen; rein biologische oder pharmakologische Ursachen sind selten. Dies erklärt die besondere Bedeutung des Placeboeffektes bei diesen Störungen. Eine Rolle spielen hier also Erwartungshaltungen, die Zuwendung, das Ernstnehmen, die Vermittlung von Hoffnung u. a. durch ein erklärbares Krankheits- und Behandlungskonzept, das Stellen einer Diagnose und die Entlastung durch eine klare Definition der Symptomatik als Erkrankung. Dies sind potente und weitgehend nebenwirkungsfreie Wirkfaktoren, die Heilungskräfte mobilisieren. Es kommt darauf an, diese Faktoren zusammen mit einer gezielten psychotherapeutischen Klärung und Beeinflussung maladaptiver Interaktionsmuster und Bewältigungsstrategien zu nutzen. So entsteht

der für Psychotherapie (im Gegensatz zur Pharmakotherapie) nachgewiesene „Carry-over“-Effekt, der es Patienten erlaubt, auch nach Abschluss einer Therapie von deren Ergebnissen zu profitieren [3].

Insgesamt sollten wir also weniger auf den Erfolg der, ungeachtet aller Zweifel, stetig zunehmenden Verordnung von Antidepressiva hoffen, als vielmehr die weitere Verbesserung, Flexibilisierung und steigende Zugänglichkeit von Psychotherapien befördern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Schauenburg

Klinik für Allgemeine Innere
Medizin und Psychosomatik,
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg
Henning.Schauenburg@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. T. Bschor

Abteilung für Psychiatrie, Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2, 14059 Berlin
bschor@schlosspark-klinik.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Cooke MJ, Waring WS (2012) Citalopram and cardiac toxicity. *Eur J Clin Pharmacol* (Epub ahead of print)
2. DGPPN B, KBV, AWMF et al (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. DGPPN, ÄZQ, AWMF Berlin, Düsseldorf
3. DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD (2008) Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 9:788–796
4. Fava GA (2003) Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry* 64:123–133
5. Kirsch I, Deacon JJ, Huedo-Medina TB et al (2008) Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5:e45
6. Rapaport MH, Nierenberg AA, Howland R et al (2011) The treatment of minor depression with St. John's Wort or citalopram: failure to show benefit over placebo. *J Psychiatr Res* 45:931–941
7. Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S et al (2009) Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *J Affect Disord* 118:1–8
8. Stone M, Laughren T, Jones MI et al (2009) Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ* 339:b2880
9. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 358:252–260
10. Ujeyl M, Müller-Oerlinghausen B (2012) Antidepressiva zur Behandlung der Depression bei Palliativpatienten: Eine systematische Literaturübersicht. *Schmerz* 26:523–536

Pro und Kontra

In der Rubrik „Pro und Kontra“ werden offene oder strittige Fragen aus den Bereichen Diagnostik, Therapie oder Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen kontrovers diskutiert. In einem Pro- und einem Kontra-Beitrag beziehen zwei Experten Position zur Fragestellung.
