

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI Neurochir Psychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Steckbrief seltener
Krankheitsbilder: Die leichte
Depression und ihre
Behandlungsmöglichkeiten**

Friedrich ME, Kasper S

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2013; 14 (3), 126-128

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI Neurochir Psychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



österreichische gesellschaft für epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Swiss League Against Epilepsy

Die leichte Depression und ihre Behandlungsmöglichkeiten

M. E. Friedrich, S. Kasper

Aus der Klinischen Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

■ Einleitung

Laut einer Untersuchung des deutschen Kompetenznetzwerkes „Depression“ wurde gezeigt, dass oftmals nur 60–70 % behandlungsbedürftiger Depressionen in hausärztlicher Behandlung waren und von diesen etwa nur 30–35 % als solche diagnostiziert wurden [1]. Nur ca. 1/3 der in Behandlung Stehenden wurde den heutigen Standards entsprechend ausreichend therapiert. Rezente epidemiologische Daten zeigen, dass bei der leichten Depression von hohen Prävalenzzahlen auszugehen ist, zum Beispiel bis zu 28,5 % im allgemeinmedizinischen Setting [2]. Aber auch in anderen Bereichen rückt die affektive Erkrankung in den Mittelpunkt. So publizierte die OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) rezent einen Bericht über psychische Gesundheit und Arbeitsmarkt [3]. Die Autoren halten in diesem Bericht fest, dass psychische Gesundheit in Zukunft ein Kernthema am Arbeitsmarkt sein wird, wobei die Autoren explizit darauf hinweisen, dass für diesen Bereich neben den schweren psychiatrischen Erkrankungen vor allem die milderen Verlaufsformen (Common Mental Disorders [CMD]), und hier auch explizit der Bereich affektive Störungen, ein Kernthema werden würden. Die Autoren führen an, dass unter Patienten mit CMD bis zu 80 % keine Behandlung erfahren. Mit ein Grund könnte laut den Autoren sein, dass das Gesundheitssystem vor allem auf schwer Kranke fokussiert und die spezifischen Bedürfnisse für Menschen mit CMD nicht ausreichend gedeckt werden können [3].

Aufgrund der hohen Prävalenz und der gesundheitspolitischen Folgen basierend auf den aktuellen Behandlungsempfehlungen stellt die Therapie der leichtgradigen Depression ein brisantes Thema dar und es besteht demnach dringender Handlungsbedarf, die Diagnostik und Therapie dieser Patientengruppe zu optimieren.

■ Definition der leichten Depression

Erste Schwierigkeiten beim Vergleich von Studienergebnissen treten bereits bei der genauen Definition einer leichtgradigen Depression auf [4]. Einerseits klassifiziert das ICD-10 (Tab. 1) wie auch das amerikanische Pendant DSM-5 die leichtgradige Depression in der Form, dass weniger Symptome als bei der mittelgradigen oder schweren Depression auftreten. Eine weitere Möglichkeit für die Definition der leichtgradigen Depression bieten validierte Rating-Skalen, wie die Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) oder validierte Erhebungsinstrumente. Die Cut-off-Werte, ab denen von einer leichtgradigen Depression gesprochen wird, variieren jedoch. Zum Beispiel empfehlen die NICE- (National Institute for Health and Clinical Excellence-) Guidelines [6] einen

Tabelle 1a: Definition der Depression nach ICD-10 (F32.0). Mod. nach [5].

Hauptsymptome	Zusatzsymptome
Gedrückte Grundstimmung Interessenverlust (Anhedonie) Verminderung des Antriebs/ Energielosigkeit	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit Mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen Gefühle von Schuld und Wert- losigkeit Negative und pessimistische Zukunftsperspektive Suizidgedanken oder -handlungen Schlafstörungen Verminderter Appetit

Tabelle 1b: Symptome ≥ 2 Wochen

2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome ↓	2 Hauptsymptome + 3–4 Zusatzsymptome ↓	3 Hauptsymptome + ≥ 4 Zusatzsymptome ↓
Leichte depressive Episode	Mittelgradige depressive Episode	Schwere depressive Episode

Score von 8–18 für die „grenzwertige bzw. milde“ Depression, während die American Psychiatric Association (APA) für die „milde“ Depression einen Score von 8–13 vorgibt, sowie einen Score von 14–18 Punkten für die so genannte „moderate“ Depression (HAM-D). Letzteres führt unweigerlich zu der Problematik, dass Studien oftmals schwer miteinander zu vergleichen sind bzw. Metaanalysen aufgrund des uneinheitlichen Studiendesigns beziehungsweise der abweichenden Methodik nur erschwert oder erst gar nicht erstellt werden können.

Auch sollte in Erinnerung bleiben, dass der Terminus „leichtgradige“ oder „leichte Depression“ keineswegs eine milde Erkrankung beschreibt, da zum Beispiel erhebliche Einbußen im Bereich Lebensqualität [7], ein erhöhtes Suizidrisiko [8] und eine erhöhte Mortalität im Vergleich zu Menschen ohne Depressionen [9] gefunden werden können.

■ Pharmakotherapeutische Ansätze

Aufgrund der aktuellen Datenlage herrscht Konsens, dass sowohl die Psychopharmakotherapie sowie die Psychotherapie neben fundierten alternativen Therapieformen (Lichttherapie, Schlafentzug etc.) eine bedeutende Rolle in der effektiven Behandlung der mittelgradigen sowie schweren Depression spielen. Bezüglich der leichten Depression teilen sich jedoch die Meinungen deutlich, vor allem in Bezug auf den Einsatz von Antidepressiva. In den vergangenen Jahren wird aufgrund einiger Studien vermehrt postuliert, dass die Gabe von Psychopharmaka bei der milden Depression im Vergleich zu Placebo keine signifikante Besserung bringen würde. Ein Bei-

spiel stellt die 2010 publizierte Metaanalyse von Fournier [10] dar. Interessanterweise findet ein Teil der in dieser Metaanalyse beschriebenen Antidepressiva (z. B. Imipramin) in der Praxis keine Verwendung mehr. Dem von Zeitmangel geplagten Kliniker mag die Tatsache entgehen, dass aus einer Fülle von > 2000 Studien zu diesem Thema nur 6 in die Datenauswertung eingingen, wovon in 3 Studien noch trizyklische Antidepressiva mit ihren bekannten Nebenwirkungen eingesetzt wurden. Inwieweit die Studieneinschlusskriterien hier optimal definiert wurden, sodass nur diese wenigen Arbeiten mit kaum mehr eingesetzten Psychopharmaka Einschluss fanden, ist diskussionswürdig. Metaanalysen stellen zwar ohne Frage ein potenziell effektives Mittel zur Erhebung und Zusammenfassung evidenzbasierter Medizin dar, aber auch diese bleiben nicht von unterschiedlichsten Mängeln im Studiendesign sowie manchmal nur schwer nachvollziehbaren Resümées von Autoren verschont. Basierend auf diesen Forschungsergebnissen empfehlen nun nationale sowie internationale Leitlinien wie die NICE-Guidelines aus England bzw. die deutschen S3-Richtlinien (von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN]) [11], Psychopharmaka bei einer milden Depression nicht als Therapeutikum der Wahl einzusetzen beziehungsweise routinemäßig zu verabreichen, da das Risiko-Nutzen-Verhältnis kein ausbalanciertes wäre [6]. Antidepressiva wären nur dann auch vorrangig indiziert, wenn Patienten mit einer leichten Depression anamnestisch Episoden von schweren Verlaufsformen einer Depression aufzeigen [12] oder niederschwellige Angebote keine klinische Besserung erzielt haben. Im Gegensatz dazu empfehlen die Richtlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) bei speziellen Konstellationen auch bei leichten Depressionen von Beginn an eine Psychopharmakotherapie [13].

Bei der Beurteilung der Effektivität einer antidepressiven Pharmakotherapie spielt neben der statistischen Signifikanz auch die klinische Signifikanz gerade bei der leichten Depression eine wesentliche Rolle [4]. So präsentieren Kirsch et al. [14] in ihrer Studie Daten, die unterstreichen, dass die Vorteile einer antidepressiven Therapie im Vergleich zu Placebo mit der Intensität der depressiven Symptomatik einhergehen würden. Eine Re-Evaluierung dieser Daten durch u. a. Fountoulakis et al. [15] widerlegt jedoch diesen Ansatz und zeigt, dass die Wirksamkeit der Antidepressiva immer vorhanden ist. Die Arbeit von Huf et al. [16] weist darüber hinaus auf methodische Probleme der Metaanalyse von Kirsch et al. [14] hin.

Auch die Methodik randomisierter kontrollierter Studien spielt bei leichtgradigen Depressionen eine wesentliche Rolle. Die Praxis zeigt, dass ein hoher Prozentsatz an Studienpatienten bereits eine Vorbehandlung erfahren hat. In der Folge könnten Non-Responder in diesen Samples überproportioniert vertreten sein. Demyttenaere et al. [17] berichten in ihrer Studie von einer höheren Responserate auf selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bei Patienten mit erstmaliger depressiver Episode im Vergleich zu Patienten mit rezidivierenden Formen und bereits durchgeführten Behandlungen mit Antidepressiva. Hegerl et al. [18] berichten von einem weniger stark ausgeprägten Unterschied zwischen Placebo und Sertralin-Therapie bei Patienten mit Vorbehandlung durch Antidepressiva als bei jenen, die noch keine solche Vor-

behandlung hatten. Es könnte also der Vorteil unterschätzt werden, den Patienten bei einer erstmaligen antidepressiven Pharmakotherapie erfahren, wenn Metaanalysen auf Daten von „klassisch“ randomisiert-kontrollierten Studien zurückgreifen.

Weiters spielen die bei Wirksamkeitsstudien typischerweise angewendeten Methoden wie „last observation carried forward“ (LOCF) und „Intention-to-treat“- (ITT-) Analysen eine Rolle im Bezug auf die Einschätzung der klinischen Signifikanz. Letztere werden angewendet, um ein falsch-positives Ergebnis zu vermeiden. Die mögliche Wirksamkeit eines Antidepressivums wird jedoch unterschätzt, wenn auch Patienten in die Auswertung aufgenommen werden, welche die Einnahme vorzeitig beendet haben und weiters in keine adäquate andere Therapieform eingebunden werden konnten. Auch spielt es eine Rolle, dass diese Studien oft in Ländern durchgeführt werden, in welchen viele Patienten über keine Krankenversicherung verfügen beziehungsweise hohe Kosten für Arztbesuche und Verschreibungen auf sich nehmen müssen. Da die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien mit Vorteilen wie kostenfreier Begutachtung und Therapie einhergeht, wäre es nicht verwunderlich, wenn depressive Symptome aggregiert dargestellt werden und dieser Selektionsbias zu einer späteren Nivellierung der Verum-Placebo-Differenz führt [19].

Weiters haben Antidepressiva Vorteile für Patienten in Bezug auf die Rückfallwahrscheinlichkeit. Studien belegen mehrfach [20, 21], dass Antidepressiva einen ausgeprägten Effekt in Bezug auf Prävention von Rückfällen aufweisen, je nach Studie fast bis zu 70 % im Vergleich zu einem medikamentösen Therapieabbruch. Das Fokussieren auf die akute Wirkung von Antidepressiva ist daher nicht immer ausreichend.

■ Psychotherapie der leichtgradigen Depression

Interessanterweise wird in manchen aktuellen Leitlinien die Psychotherapie zur Behandlung einer leichten Depression gegenüber dem medikamentösen Ansatz bevorzugt, da angenommen wird, dass Antidepressiva nicht zu helfen scheinen (z. B. NICE 2009) [6]. Als einer der Gründe für diese Empfehlung werden die Nebenwirkungen von Antidepressiva angeführt. Nebenwirkungen von Antidepressiva werden in der Tat einerseits im Zulassungsprozess selbst und in der Folge auch mehrfach in Studien mit großen Patientensamples untersucht, analysiert und publiziert. Über die Nebenwirkungen einer Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen sind jedoch kaum relevante vergleichbare Daten verfügbar. Zum Beispiel ist der Einfluss der Psychotherapie auf das Suizidrisiko im Rahmen der Depressionsbehandlung nicht systematisch erfasst, obwohl die Annahme naheliegt, dass es zu erheblichen Risiken kommen könnte. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Nebenwirkungen von Psychotherapie beträchtlich sein können, sie sind jedoch bis dato weitgehend nicht untersucht. Auch gibt es vom Gesetzgeber her kein Meldesystem, über das man Nebenwirkungen der Psychotherapie erfassen könnte, wie es z. B. Standard bei der medikamentösen Therapie ist. Daher ist streng genommen ein relativer Vergleich von Nebenwirkungen der Pharmako- und Psychotherapie nicht zulässig.

Der Faktor „Hoffnung“ spielt eine zentrale Rolle bei der Genesung von somatischen wie auch psychischen Erkrankungen [22]. Bei Psychotherapiestudien ist bekanntlich eine Verblindung nicht möglich, daher spielt Hoffnung für Patienten in der Placebogruppe keine unterstützende Rolle. Bei Patienten in Medikamenstudien mag die Hoffnungsvermittlung dennoch durchaus zum Tragen kommen, sowohl im Verum- als auch im Placeboarm.

Ein weiterer, für Österreich relevanter Punkt sei an dieser Stelle nochmals hervorgehoben: Während es in Deutschland zum Beispiel lediglich 3 anerkannte Psychotherapierichtungen gibt, so sind es in Österreich 25. Eine Umsetzung der in internationalen Leitlinien empfohlenen Psychotherapie für die Behandlung leichter Depressionen bringt die Frage mit sich, ob alle Psychotherapierichtungen als gleichwertig in der Behandlungseffizienz zu betrachten sind oder ob es spezifische therapeutische Ansätze gibt, die bei der Behandlung leichtgradiger affektiver Störungen gegenüber anderen Ansätzen zu bevorzugen sind. Das intendierte Gesetz für klinische Psychologen trägt zur weiteren Verwirrung auf diesem Sachgebiet bei.

■ Schlussfolgerung

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Wirkung von Psychotherapie und Psychopharmakologie im Rahmen der Behandlung affektiver Störungen unbestritten ist, wenngleich die vorhandene Evidenz für Psychotherapie aufgrund der dabei bestehenden Problematik signifikant geringer ist. Beide Interventionsmöglichkeiten bilden wichtige Säulen in den Behandlungsschemata depressiver Störungen.

Fokussiert man auf die leichtgradige Depression, wäre es anhand der angeführten Punkte wohl undifferenziert und es wäre davon abzuraten, die leichte Depression ausschließlich mit Psychotherapie sowie die schwere Depression einseitig mit Psychopharmaka zu behandeln. Hier ist kein „Entweder-oder“ sondern ein „Sowohl-als-auch“ gefragt. Vor allem spielt ein phänomenologischer Zugang beziehungsweise auf den einzelnen Patienten abgestimmter, d. h. stratifizierter Therapievorgang eine wesentliche Rolle für den Behandlungserfolg. Nach genauer Erhebung der Anamnese bezüglich der psychiatrischen/somatischen Vorerkrankungen (inklusive vorangegangener Psychopharmakotherapie wie auch schon stattgefundener Psychotherapien) sowie anderer bio-psycho-sozialer Komponenten sollen Arzt und Patient zu einem gemeinsamen adhärenenten Behandlungskonsens finden. Die Gabe von Psychopharmaka sollte dabei auch bei mildereren Depressionsformen ebenso in Erwägung gezogen werden wie geeignete Psychotherapieformen.

■ Relevanz für die Praxis

Die Ermittlung des Depressionsgrades mittels Skalen und die darauffolgende Einteilung in leichte, mittelgradige sowie schwere Depression alleine bzw. die darauf basierende Therapie finden sich zwar in aktuellen Leitlinien (leichte Depression nur mit Psychotherapie/schwere Depression nur mit Psychopharmaka), wird jedoch oftmals dem klinischen Alltag nicht gerecht. Eine umfangreiche Anamneseerhebung ist unumgänglich, eine differenzierte Vorgehensweise vonnöten. Auch leichtere Formen sollten gegebenenfalls mit Antidepressiva bzw. geeigneten Psychotherapieformen behandelt werden, um eine Progredienz der Erkrankung zu verhindern.

Literatur:

1. Hegerl U, Mergl R. The clinical significance of antidepressant treatment effects cannot be derived from placebo-verum response differences. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 445–8.
2. Vuorilehto M, Melaratin T, Isometsa E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med* 2005; 35: 673–82.
3. OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. *Mental Health and Work*, OECD Publishing, 2012.
4. Hegerl U, Schönknecht P, Mergel R. Are antidepressants useful in the treatment of minor depression: a critical update of the current literature. *Curr Opin Psych* 2012; 2: 1–6.
5. Härter M, Bermejo I, Niebling W (Hrsg). *Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. 1. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007.
6. NICE. Depression: the treatment and management of depression in adults (NICE clinical guideline 90). 2009. <http://guidance.nice.org.uk/CG90>
7. Nierenberg AA, Rapaport MH, Schettler PJ, et al. Deficits in psychological well-being and quality of life in minor depression: implications for DSM-V. *CNS Neurosci Ther* 2010; 16: 208–16.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, et al. Subthreshold depression in adoles-

9. Cuijpers P, Smith F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* 2002; 72: 227–36.
10. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 47–53.
11. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Langfassung, Version 1.1, Dezember 2009. http://www.bptk.de/uploads/media/20091202_depression_lang.pdf [gesehen 09.07.2013].
12. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (Suppl E1): e04.
13. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al.; on behalf of the Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* 2013; 14: 334–85.
14. 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 Med* 2008; 5: e45.

15. Fountoulakis KN, Möller HJ. Efficacy of antidepressants: a re-analysis and re-interpretation of the Kirsch data. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14: 405–12.
16. Huf W, Kalcher K, Pail G, et al. Meta-analysis: fact or fiction? How to interpret metaanalyses. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12: 188–200.
17. Demyttenaere K, Adelin A, Patrick M, et al. Six-month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23: 36–42.
18. Hegerl U, Hautzinger M, Mergl R, et al. Effects of psychopharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: a randomized, controlled trial includ-

19. Hegerl U, Allgaier AK, Henkel V, et al. Can effects of antidepressants in patients with mild depression be considered as clinically significant? *J Affect Disord* 2012; 138: 183–91.
20. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 361: 653–61.
21. Kornstein SG. Maintenance therapy to prevent recurrence of depression: summary and implications of the PREVENT study. *Exp Rev Neurother* 2008; 8: 737–42.
22. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 421–3.

Korrespondenzadresse:

O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. Dr. med. Siegfried Kasper
 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien
 Währinger Gürtel 18–20
 E-Mail: sci-biolpsy@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)