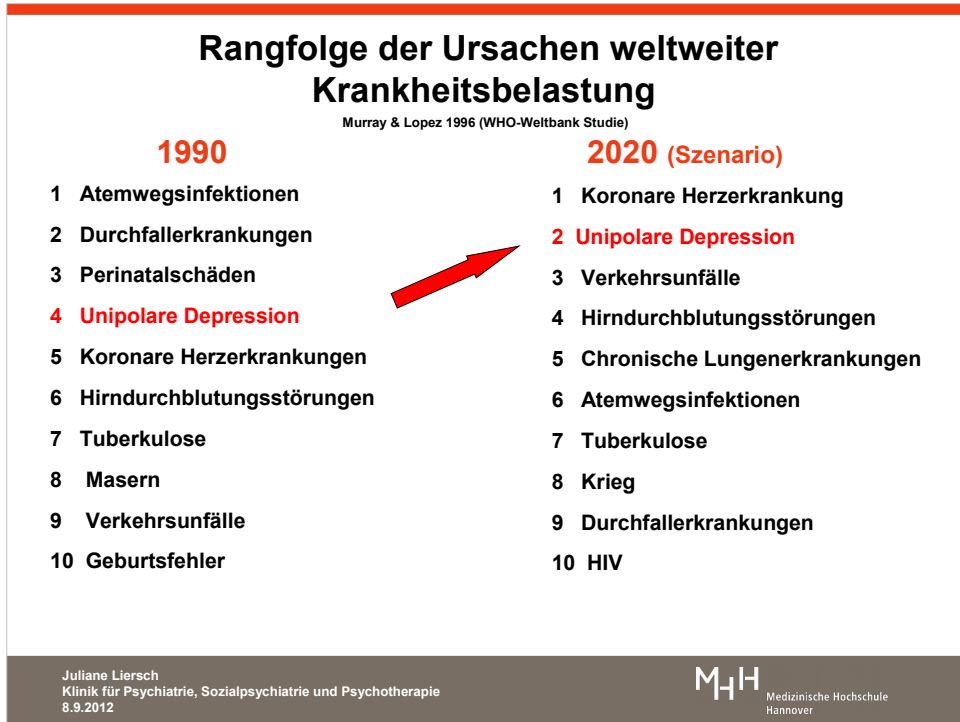
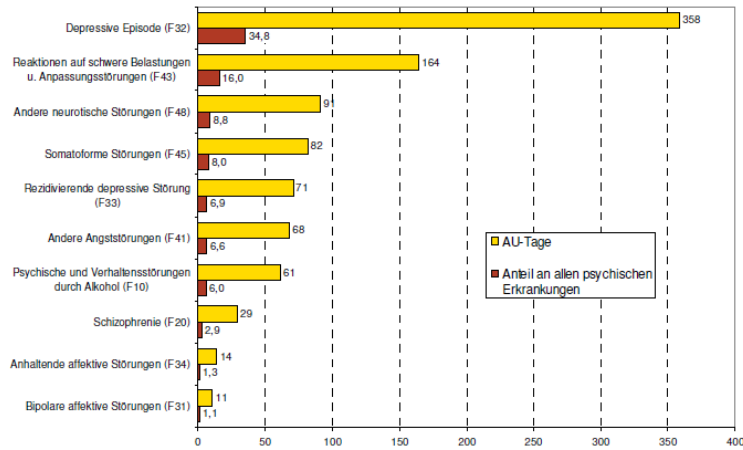


Wie kann eine Depression behandelt werden?

(Grundlage der Dokumentation ist eine zur Verfügung gestellte Power-Point-Präsentation)



Psychische Erkrankungen nach Einzeldiagnosen-Männer



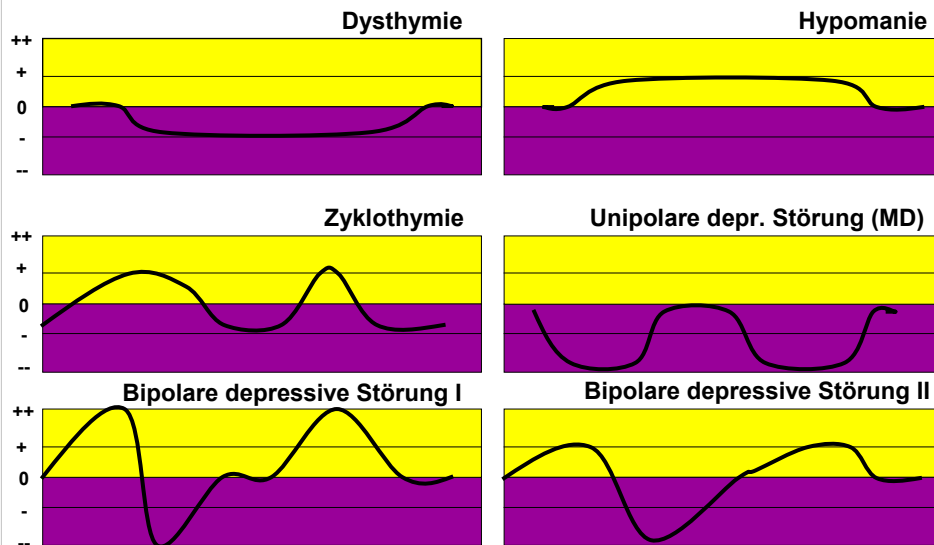
AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2008



Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012



Verlaufsformen affektiver Störungen



Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012



Diagnostik: Hauptsymptome

Depressive Episode
F3x

ICD-10-Kriterien:

Hauptsymptome

- 1: Depressive Stimmung
- 2: Anhedonie
Interessenverlust
Freudlosigkeit
- 3: Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit

Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012

M_HH
Medizinische Hochschule
Hannover

S3- Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie

Evidenzbasierte Leitlinie zur unipolaren Depression

Erarbeitet von 28 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften und Organisationen

Langfassung und Kurzfassung
2009

Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“



www.depression.versorgungsleitlinien.de

Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012

M_HH
Medizinische Hochschule
Hannover

Zentrales Behandlungsziel

Vollständige Symptomremission und Rückfallprophylaxe

Das Behandlungskonzept sollte einer partizipativen Entscheidungsfindung folgen

Therapie

Es wird unterschieden zwischen:

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzugstherapie
- Körpertherapie
- Elektrokrampftherapie
- Andere Therapien

Von der Versorgungsleitlinie zum klinischen Alltag

Entwicklung der Antidepressiva

1950er	1960er	1970er	1980er	1990er	2000er
Phenelzin	Imipramin	Maprotilin	Fluoxetin	Nefazodon	Escitalopram
Isocarboxazid	Clomipramin	Amoxapin	Sertralin	Mirtazapin	Duloxetin
Tranlylcypromin	Nortriptylin		Paroxetin	Venlafaxin	
	Amitriptylin		Fluvoxamin		
	Desipramin		Citalopram		
			Bupropion		

Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Erste Möglichkeiten einer psychopharmakologischen Therapie begannen in den 40-er Jahren des 19-ten Jahrhunderts mit der Entdeckung des Lithiums. 1957 Schweizer Kuhn Imipramin. Antidepressive Eigenschaft des in der Tuberkulose-Behandlung eingesetzten MAO-Hemmers Iproniazid

In den 50-er Jahren bestand erstmalig die Möglichkeit der Behandlung der Depression mit Monoaminoxidase inhibitoren (MAOIs). Kurze Zeit darauf wurde die erste antipsychotisch wirksame Substanz synthetisiert, das Chlorpromazin. Desweiteren 1957 mit Imipramin das erste Trizyklische Antidepressivum (TCA).

1988 folgte das erste SSRI (Serotoninwiederaufnahmehemmer): Fluoxetin.

Durch die Einführung der SSRIs konnten häufige Komplikationen durch Stoffwechselinteraktionen, wie sie MAOIs verursachten, vermindert werden. SSRI zeigten ein deutlich besseres Sicherheitsprofil als die alten trizyklischen und heterozyklischen Substanzen.

SSRIs: Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Fluvoxamin, Citalopram.

Die Bedeutung der kombinierten Wirkung von zwei Wirkmechanismen zur Behandlung der Depression wurde bereit früher postuliert. Dies ist bei Venlafaxin der Fall. Venlafaxin hemmt die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin und hat ein günstiges Nebenwirkungsprofil, vergleichbar mit den SSRIs.

Antidepressiva im Jahr 2005: 39 Substanzen !!

Amineptin
Amitriptylin
Amitriptylin-Oxid

Lofepramin
Maprotilin
Mianserin

Am
Bu
Cit
Clo
De
Dib
Do
Do
Do
Dul
Esc
Flu
Flu

Trotz der Vielzahl der Antidepressiva:
Seit 50 Jahren kein nennenswerter Fortschritt
bezüglich

- Response-Raten
- Remissions-Raten
- Wirklatenz

sondern vorwiegend bei Nebenwirkungen

Imipramin
Isocarboxazid
Johanniskraut (Hyperforin ?)

Trazodon
Trimipramin
Venlafaxin
Viloxazin

Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012

MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Depressive Störungen- Leitliniengerechte Therapie

- | | | |
|--------------------------------------|------------------|----------------|
| 1. Monotherapie | + Intensivierung | + Augmentation |
| 2. Monotherapie* | + Intensivierung | + Augmentation |
| 3. Kombination | + Intensivierung | + Augmentation |
| 4. Andere Pharmakotherapien | | |
| 5. Elektrokrampftherapie | | |
| 6. Neue Therapieverfahren (TMS, VNS) | | |

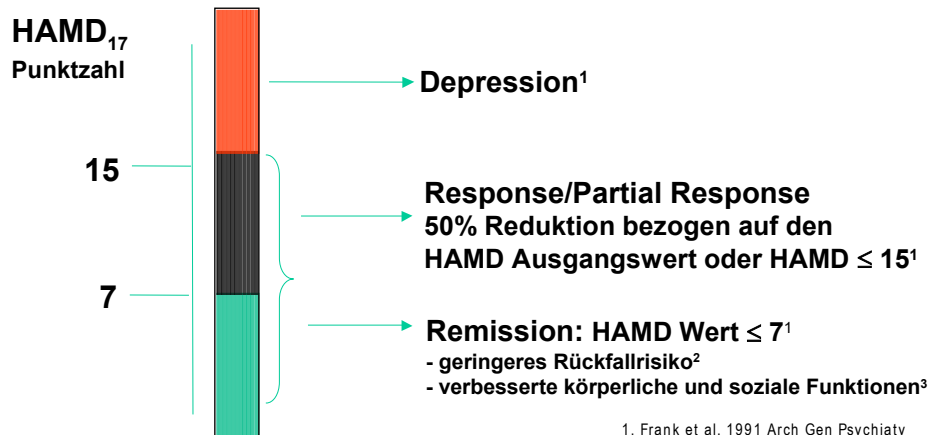
* AD mit anderem Wirkmechanismus

Adli et al., Pharmacopsychiatry 2003; DGPPN-Praxisleitlinien, Steinkopf 2003

Schema der 5 „R“ während der 3 Behandlungsphasen einer Depression (nach Kupfer 1991)

1. response = initialer therapeutischer Effekt eines Antidepressivums
2. remission = Symptomfreiheit
3. relapse = Auftreten von Krankheitssymptomen während der akuten Behandlungsphase bzw. der Erhaltungstherapie (continuation therapy)
4. recurrence = Auftreten von Krankheitssymptomen in einer neuen Phase der Erkrankung (z. B. während der Rezidivprophylaxe = maintenance therapy)
5. refractory = Therapieresistenz

Depression – Remission als Behandlungsziel



1. Frank et al. 1991 Arch Gen Psychiatry 48:851-855
 2. Judd et al. 1998;50:97-108 JAffect Disord.
 3. Paykel et al. Psychol Med. 1995;25:1171-1180
- MHH
Medizinische Hochschule
Hannover

Juliane Liersch
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
8.9.2012

Die HAMD17 hat 17 Items (max. 52 Punkte).

Der typische depressive Langzeitpatient mit einer nicht zufriedenstellenden Remission hat einen HAMD zwischen 15 und 19

Der "typische" nicht stationäre Patient hat einen HAMD-17 zwischen 20 –30 Punkten

Responderraten im Vergleich mit Placebo

Response: mindestens 50 % Besserung nach 4 – 6 Wochen:

Antidepressiva: ca. 50 – 70 %

Placebo: ca. 30 – 40 %

Kritik an der Beurteilung der Response

Nur die Remission ist das optimale Ergebnis !!

Ohne Remission erhöhtes Rückfallrisiko !!

Konsequenz: sich nicht zufrieden geben mit „nur Response“

Remissionsraten im Vergleich mit Placebo

Remission: Hamilton-Depressionswert

< 7 Punkte nach 6 – 8 Wochen:

Antidepressiva: 35 – 45 %

Placebo: 15 – 25 %

Gruppen von Antidepressiva

Monoaminoxidase-Hemmer (Tranylcypromin / Moclobemid):

Indikation: gehemmte Depression, bei Therapieresistenz, Depression mit atypischer Symptomatik
UAW: orthostatische Dysregulation, Schwindel und Kopfschmerz., Unruhe. Cave Tranylcypromin: hypertone Blutdruckkrisen bei tyraminhaltiger Nahrung (Rotwein, Schokolade, fermentierter Käse).
Kontraindikation: Therapiefreies Intervall von mindestens 2 Wochen

Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva (TZAs)

Trizyklische Antidepressiva (Imipramin, Amitriptylin, Nortriptylin, Doxepin)
Tetrazyklische Antidepressiva (Maprotilin)
UAW: viele NW. Sedation und Gewichtszunahme, anticholinerge NW (Mundtrockenheit, Obstipation, Miktionsbeschwerden, Akkomodationsstörungen), Hypotonie, Orthostase, Arrhythmien, Schwitzen, Überleitungsstörungen am Herzen.
Selten aber ernst: Krampfanfälle, Delirien, SIADH, Leukopenien, Ileus, Kardiomyopathie.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)

UAW: Initial recht häufig, Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen
Fluoxetin - lange HWZ, Interaktionen, Pause bei Umsetzen
Paroxetin + Indikationen, - sex. Funktionsstörungen, - Interaktionen
Fluvoxamin - Interaktionen
Citalopram + gute Wirksamkeit, + keine Interaktionen,
S-Citalopram + mutmaßlich schneller wirksam als Citalopram
Sertralin + gute Wirksamkeit, kaum Interaktionen

Symptome des serotonergen Syndrom

Trias aus Fieber, neuromuskuläre Symptome und psychopathologischen Auffälligkeiten.
Gastrointestinale Symptome: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe
Vital bedrohliche Komplikationen: Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen, Koma, Multiorganversagen

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs)

Reboxetin
UAW: Initial orthostatische Dysregulation, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Verstopfung, Miktionsstörungen und Tachykardien.
Seit April 2011 nicht mehr von den GKV erstattet.

Duale Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSNRI)

UAW: wie SSRIs
Venlafaxin: hohe Dosierung - art. Hypertonie
Duloxetin : + Schmerz

Andere Antidepressiva

Mirtazapin UAW: +/- sedierende Komponente, schlafanstoßend, Gewichtszunahme
Bupropion (NDRI). Keine Gewichtszunahme, weniger sex. Funktionsstörungen.
Interaktionspotential hoch, Senkung der Krampfschwelle.

Trazodon wirken als SSRIs, blockieren Serotonin-Typ-2-Rezeptoren. Hohes UAW und Interaktionspotential
Trimipramin TZA mit stark sedierenden Eigenschaften. UAW anticholinerge NW. Primär bei Schlafstörungen

Agomelatin

Erstes melatonerges Antidepressivum

Studien zeigen:

- Eine gute antidepressive Wirksamkeit
- Einen raschen antidepressiven Wirkeintritt
- Eine anhaltende antidepressive Wirksamkeit
- Eine frühzeitige Verbesserung von Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und Funktionsfähigkeit am Tag
- Eine gute Verträglichkeit

Augmentations-Strategien

Lithium 0.6 – 0.8 mmol/L

Schilddrüsenhormon-Substitution Thybon (T3) 50 – 100 µg/d (bis zu 400µg/d)

Atypische Neuroleptika

Olanzapin (5-10 mg/d)

Risperidon (1-3 mg/d)

Quetiapin (300-450 mg/d)

Kombination von Antidepressiva

Nach Mavrogiorgou et al 1997 scheint unter theoretischen Gesichtspunkten die Kombination von Antidepressiva dann sinnvoll, wenn diese

- unterschiedliche Neurotransmittersysteme wie das serotonerge und noradrenerge System beeinflussen (z. B. SSRI und Maprotilin)
- ein unterschiedliches klinisches Wirkprofil zeigen, um additiv möglichst viele Zielsymptome beeinflussen zu können (z.B. antriebsgehemmte Depressionen mit Schlafstörungen: Fluoxetin morgens, Amitriptylin abends)
- Nebenwirkungen einer Antidepressiva-Behandlung kupieren können (z.B. Trazodon bei Mao-Hemmern induzierten Schlafstörungen)

Psychotherapie

Wirksamkeit von Psychotherapie

- 40% - 70% der Patienten profitieren von Psychotherapie.
- Klinisch bedeutsame Verbesserungen.
- Nicht nur Symptomabnahme, sondern insgesamt ein besseres Zurechtkommen mit Problemen und Anforderungen.

Therapieschulenvergleich

1. Keine oder allenfalls sehr kleine Wirksamkeitsunterschiede zwischen „echten“ Therapieverfahren.
2. Ebenfalls keine klaren Wirksamkeitsunterschiede in Hinblick auf spezifische Störungen.
3. Unterschiede verschwinden gänzlich bei Kontrolle der theoretischen Ausrichtung der Forscher.
4. Unterschiede in den Erfolgsraten einzelner Therapeuten sind größer als die Unterschiede zwischen den Erfolgsraten der verschiedenen Therapieverfahren.

Quellen des Therapieerfolgs:

- Spezifische Faktoren wie Therapietechnik: höchsten 8 %
- Gemeinsame Faktoren wie therapeutische Beziehung: mindestens 70 %

Empfehlungen für die Praxis

Für den Therapeuten:

- Auseinandersetzung mit den Erwartungen des Patienten.
- Passung von Patientencharakteristika und Behandlungskonzept.
- Rückmeldung darüber, wie Therapie vom Patienten erlebt wird.

Für den Patienten:

- „Richtiger“ Therapeut statt richtiges Therapieverfahren.

Für die Therapeutenausbildung:

- Praktisches Training zentraler therapeutischer Fertigkeiten.

Für die Krankenversorgung:

- Zulassung von „empirisch validierten“ Therapeuten statt Therapieverfahren.

Für die Forschung:

- Verstärkte Beschäftigung mit den vom kontextuellen Modell hervorgehobenen Aspekten.

Lichttherapie

Empfehlungsgrad A

Lichttherapie soll als Behandlungsform bei Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen, erwogen werden.

Wachtherapie (Schlafentzugstherapie)

Wachtherapie sollte in der Behandlung depressiver Episoden als Behandlungsform erwogen werden, wenn eine rasche, wenn auch kurz anhaltende, Response therapeutisch gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll.

Körpertherapien

Empfehlungsgrad KKP

Körperliches Training kann aus klinischer Erfahrung heraus empfohlen werden, um das Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern.

Elektrokrampftherapie (EKT)

Empfehlungsgrad A

EKT als Erhaltungstherapie

- EKT soll bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden.
- EKT kann auch zur Erhaltungstherapie eingesetzt werden bei Patienten, die während einer Krankheitsepisode auf EKT angesprochen haben;
- nicht angesprochen haben auf eine andere leitliniengerechte antidepressive Therapie; psychotische Merkmale aufweisen oder eine entsprechende Präferenz haben.

Angehörige

Hilfen durch Angehörige

Hilfreich für den Betroffenen ist es, wenn sie:

- verständnisvoll einfühlend sind
- ihn in der Erkrankung ernst nehmen, ohne zu dramatisieren und gleichzeitig versuchen, ihm zu vermitteln, dass Hilfe möglich ist und dass es ihm in Zukunft wieder besser gehen wird.
- ihn in seiner Entscheidung unterstützen, sich professionelle Hilfe zu suchen und ihn in den Dingen unterstützen, die ihm guttun – z. B. einen Spaziergang machen oder Musik hören

- wenn Sie die Ausführung der Therapie im Blick behalten, also etwa eine regelmäßige Einnahme der eventuell verschriebenen Medikamente oder den Besuch beim Psychotherapeuten – ohne ihm jedoch ein Gefühl von Kontrolle zu vermitteln.
- echt bleiben, eigene Enttäuschungen zulassen und Aggressionen auf den Kranken erkennen, sie diese jedoch nicht ausleben oder sich nicht gekränkt zurückziehen

Und was ist in kritischen Situationen?

Fast alle depressiven Menschen beschäftigen sich im Rahmen ihrer Erkrankung mit dem Gedanken aus dem Leben zu scheiden. 60% aller Betroffenen unternehmen mind. einen Selbstmordversuch, deshalb

Suizidalität offen ansprechen.

- zuhören und die Situation ernst nehmen
- das Gespräch in Gang halten
- einen Notarzt und/oder die Polizei rufen
- den Angehörigen nicht allein lassen, bis Hilfe eintrifft
- gefährliche Gegenstände beseitigen
- Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Einweisung ins Krankenhaus auch gegen den Willen des Betroffenen nötig sein.

Hilfemöglichkeiten:

- Sozialpsychiatrische Dienste Niedersachsen
- Regionale psychiatrische Kliniken
- Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige
- Telefonseelsorge
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) Internet: www.bapk.de
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) Internet: www.nakos.de

„Tiefe Wunden schlägt das Schicksal, aber oft heilbare.“

Johann Wolfgang von Goethe