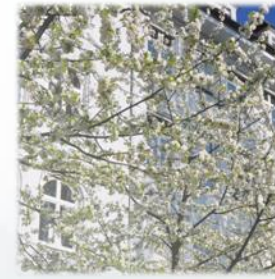




MAX-PLANCK-GESELLSCHAFT

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NEUROLOGIE
ZENTRUM FÜR NERVENHEILKUNDE
MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE



Medikamentöse Behandlung der Depression: Zeit für Ihre Fragen!

Prof. Dr. Dr. Susanne Lucae
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberärztin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Gesundheitsforum
21. Juli 2020





- Was ist eine Depression?
- Wie kann eine Depression behandelt werden?
- Welche Medikamente werden in der Behandlung eingesetzt?
- Ihre Fragen?
- Ein Fallbeispiel aus unserer Ambulanz



Was ist eine Depression?



Max-Planck-Institut für Psychiatrie



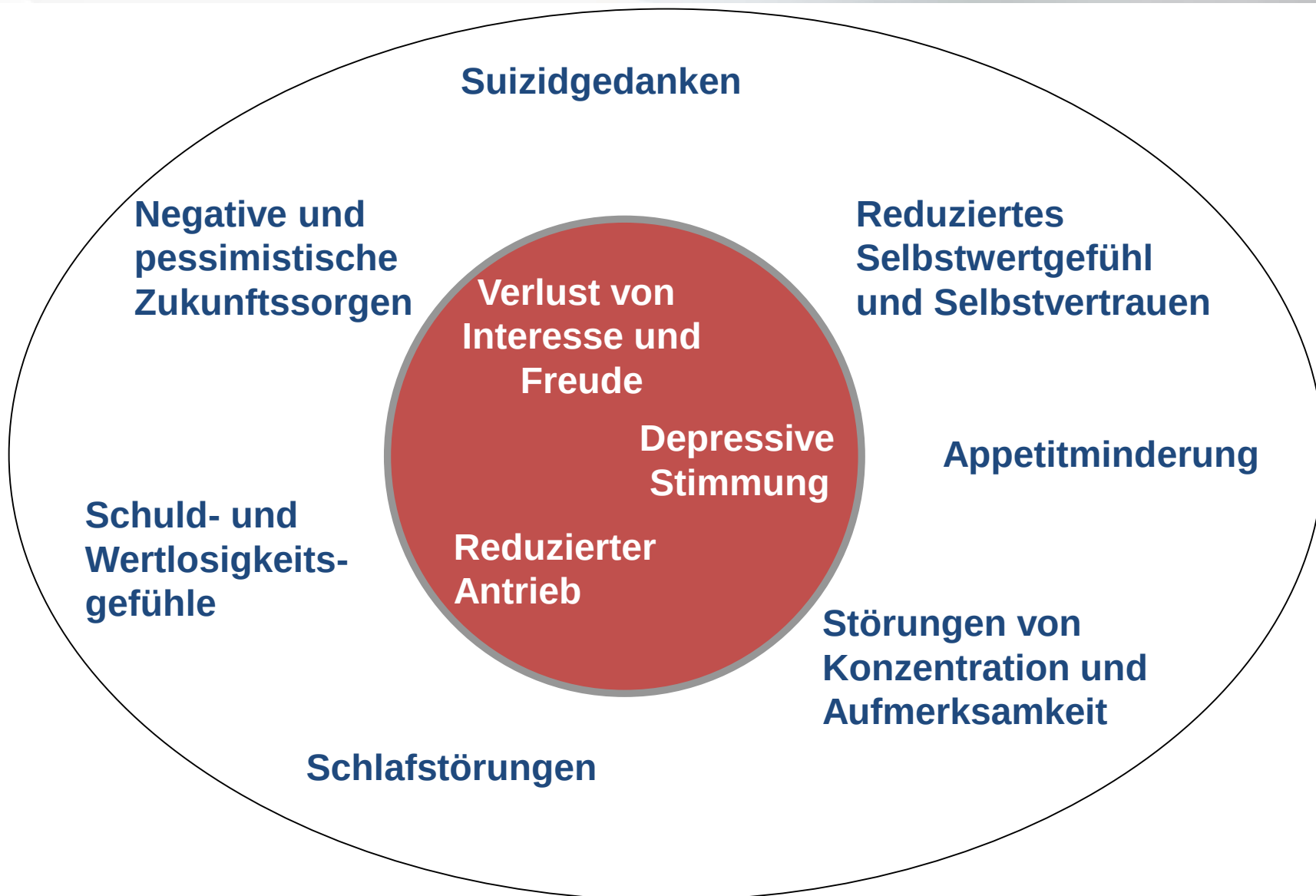
Ferdinand Hodler: Die Lebensmüden (1892)



Was ist eine Depression?



Max-Planck-Institut für Psychiatrie





Oder bin ich nur schlecht drauf?



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Diagnose einer depressiven Episode:

- 2 oder 3 Hauptbeschwerden und
- mindestens 2 weitere häufige Beschwerden
- über mindestens zwei Wochen



Es gibt auch andere Ursachen !



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

„Symptomatische“ Depression als Begleiterscheinung bei:

- Hormonstörungen oder -veränderungen (Schilddrüse, Hypophyse, Schwangerschaft, Menopause)
- Medikamente (Betablocker, Interferon, Malaria-Prophylaxe)
- Blutzuckerschwankungen bei Diabetes
- Gehirntumore
- entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- u.v.a.!

→ Ausschlussdiagnostik!



Wie kann eine solche Störung behandelt werden?

- **Psychopharmakotherapie (medikamentöse Behandlung)**
- **Psychotherapie**
- Hirnstimulationsverfahren
(Elektrokonvulsionstherapie, Tiefenhirnstimulation, Transkranielle Magnetstimulation, Vagusnervstimulation etc.)
- Schlafentzug / Wachtherapie
- Lichttherapie
- Akupunktur
- Phytotherapie
- Soziotherapie / Ergotherapie
- Bewegungs-/Sporttherapie / Physiotherapie
- Musik-/Kunsttherapie
- Ernährungstherapie
- etc.

→ Welche Behandlung ist für welchen Patienten am besten geeignet ???



Was hilft besser: Medikamente oder Psychotherapie?

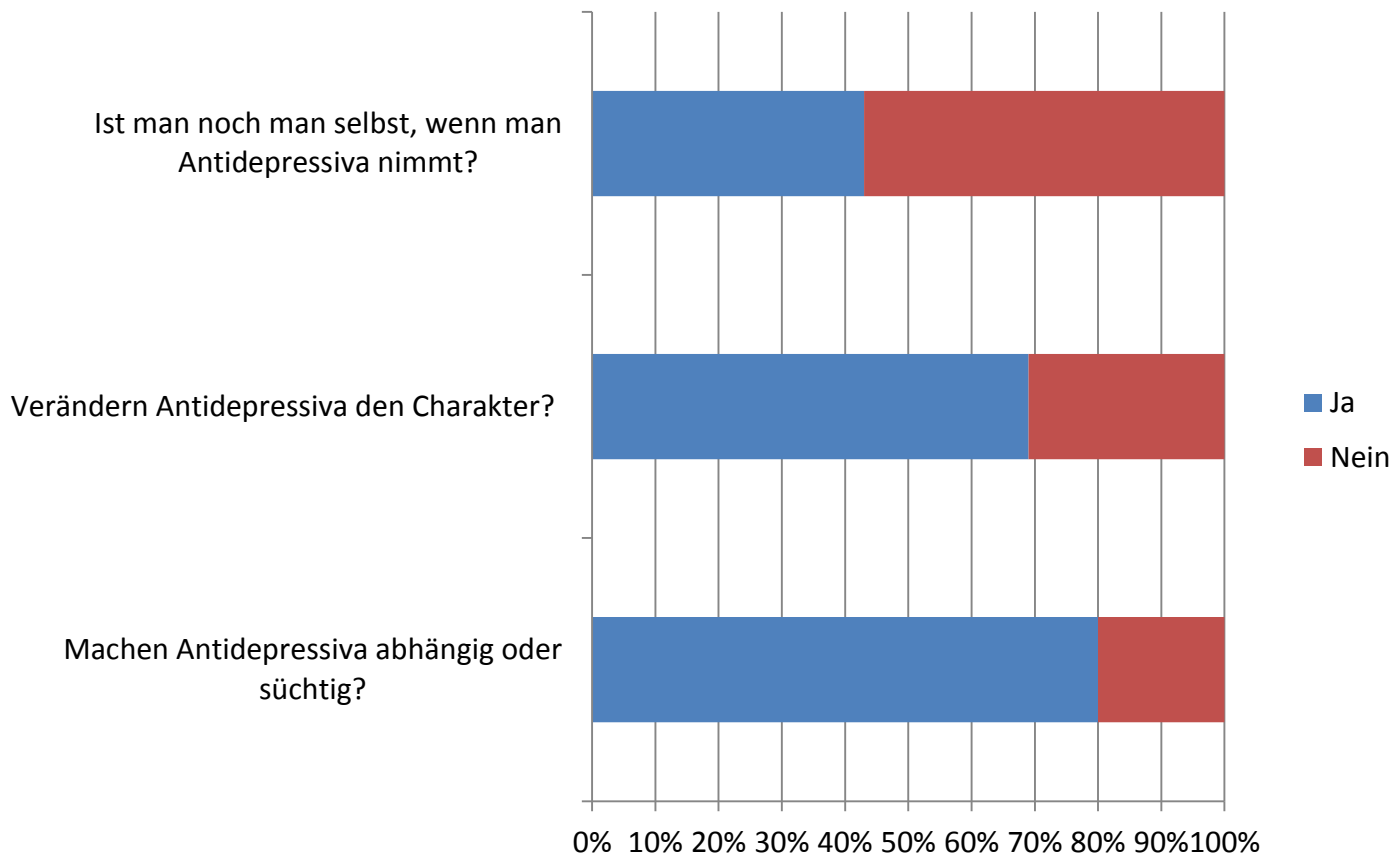


Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Cuijpers et al., 2020: Zusammenfassung vieler Studien mit hoher Qualität

- Wirksamkeit
 - Kombination aus Psychotherapie und Psychotherapie wirkt am besten
 - kein Unterschied zwischen beiden Verfahren allein
- Akzeptanz
 - Kombination wird am besten akzeptiert
 - falls nur ein Verfahren: Psychotherapie > Pharmakotherapie
- Langzeiteffekte
 - Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie am besten
 - falls nur ein Verfahren: Psychotherapie > Pharmakotherapie

Vorsicht bei schwerer depressiver Episode!



Althaus et al, Nervenarzt 2002: Befragung von 1426 Personen in Bayern



- Antidepressiva
 - Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und Prophylaxe
- Stimmungsstabilisierende Medikamente (Mood stabilizer)
 - Prophylaxe, Reduktion von Stimmungsschwankungen, Akuttherapie
- Neuroleptika
 - Akuttherapie, Erhaltungstherapie, Prophylaxe, wahnhafte Symptome
- Medikamente zur Beruhigung / Angstlösung (z.B. Benzodiazepine)
 - Nur in der Akuttherapie unter ärztlicher Anleitung

Auswahl der passenden Medikation ?

- Wirkprofil
- Nebenwirkungsprofil
- Interaktionen / Wechselwirkungen



- selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (Escitalopram)
- selektive Serotonin-/Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (Venlafaxin)
- trizyklische und tetrazyklische Antidepressiva (Amitriptylin)
- selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (Reboxetin)
- Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)
- Monoaminoxidasehemmer (Moclobemid, Tranylcypromin)
- andere Antidepressiva



Monoaktive Substanzen			Dual wirksame Substanzen			
MAO-Hemmer	SSRI	NRI	TZA/NSMRI	NaSSA	SNRI	NDRI
- Tranylcypromin - Moclobemid	- Citalopram - Escitalopram - Fluoxetin - Fluvoxamin - Paroxetin - Sertralin	- Reboxetin - Maprotilin	- Amitriptylin - Clomipramin - Imipramin - Doxepin	Mirtazapin	- Venlafaxin - Duloxetin - Milnacipran	Bupropion
→ Monoaminoxidasehemmung	→ 5-HT-Wiederaufnahme- hemmung	→ NA-Wiederaufnahme- hemmung	→ NA- und 5-HT-Wiederaufnahme- hemmung	→ NA- und spezifische 5-HT-Rezeptorblockade	→ NA- und 5-HT-Wiederaufnahme- hemmung	→ DA- und NA-Wiederaufnahme- hemmung
MAO Monoaminoxidase; NRI (selektive) Noradrenalinwiederaufnahme- hemmer; TZA trizyklische Antidepressiva; NSMRI nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahme- hemmer; NaSSA noradrenerges und spezifisches serotonerges Antidepressivum (selektiver Noradrenalin-Serotonin-Antagonist); SNRI selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme- hemmer; NDRI (selektive) Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme- hemmer ^a Weitere Substanzklasse: Melatoninagonist und 5-HT_{2C}-Antagonist: Agomelatin.						



- Mirtazapin
- Tianeptin
- Trazodon
- Agomelatin
- Trimipramin
- Phytopharmaka (Johanniskraut)
- Experimentell: Ketamin



- Antidepressiva – Monotherapie
- Therapieziel
 - Vollständige Remission → verbessert die Prognose
- Ansprechen auf psychopharmakologische Therapie
 - 50-70% innerhalb von 6-12 Wochen bei mittelgradiger und schwerer depressiver Episode
- nach 1. depressiver Episode: Risiko 50-70% für 2. depressive Episode

Aber: durch konsequente psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung → Risikoreduktion von 50-70% für das Auftreten einer weiteren depressiven Episode möglich



Erfolg ➔ Erhaltungstherapie !



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- **4-9 Monate** mit der gleichen Dosis, die zur Besserung geführt hat
- Risiko für Rückfall kann um 70% gesenkt werden
- dann schrittweise Reduktion über 4 Wochen



Wenn das Antidepressivum nicht hilft...



Max-Planck-Institut für Psychiatrie

- Plasmaspiegelkontrolle empfehlenswert
- Dosiserhöhung erwägen
- Augmentation
- Umstellen auf ein anderes Antidepressivum
- Kombination mit einem weiteren Antidepressivum
- Kombination mit oder Wechsel zu Psychotherapie



- **Lithium:** Effektivität am besten belegt
 - Lithium bei mangelnder Wirksamkeit nach 2-4 Wochen wieder absetzen, ansonsten 6 Monate weiterführen
 - zusätzliche Untersuchungen:
 - Kreatinin
 - Kreatinin-Clearance
 - Elektrolyte (inkl. Calcium)
 - Schilddrüsengröße (Sonographie)
 - TSH
- **Quetiapin**
- Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon (jeweils off-label) in niedriger Dosierung



- ambulante Behandlung
- teilstationäre Behandlung
- stationäre Behandlung
 - Wann muss man ins Krankenhaus?





Gründe für eine Krankenhausbehandlung:

- Suizidalität
- mittelschwere bis schwere depressive Episode
- Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet
- schwere Nebenwirkungen von Medikamenten in der Vorgeschichte
- intensive Behandlung bei schlechtem ambulantem Verlauf
- körperliche Begleiterkrankungen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Haben Sie Fragen?

Biologische Klassifikation stressbedingter Erkrankungen

Wer kann teilnehmen?

Alter: zwischen 25 und 65 Jahre alt

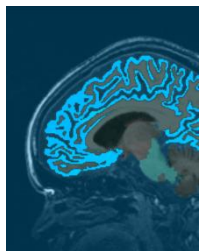
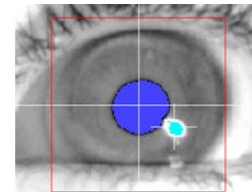
Psychische Beschwerden: **Depression, Burnout, Angst**

keine medikamentöse Therapie

Was wird gemacht?

Untersuchungen über **2 Tage** mit Blutabnahmen,
Bildgebung,

Angst- und stressbezogene Messungen



**BEI INTERESSE MELDEN SIE SICH BEI UNS,
WIR BEANTWORTEN GERNE WEITERE
FRAGEN!**

become@psych.mpg.de

www.psych.mpg.de/become