

Therapie der Depression

Lehrziel:

Ziel des Beitrags ist ein sicherer Umgang in der medikamentösen Therapie der Depression, ebenso die Auswahl und Organisation begleitender Maßnahmen wie Aufklärungsgespräch, Vermittlung von Psychotherapie oder Beratung über alternative Methoden bei unzureichendem Ansprechen (Frage nach Therapieresistenz).



ao. Univ.-Prof. Dr.
Christian Simhandl

Untersuchungen zeigen, dass bei vielen depressiven Patienten aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten beim Erkennen der Depression bestehen (DEPRES Lecrubier, WHO, Wittchen). Es kommt zu einer Verzögerung zwischen dem ersten Besuch beim Hausarzt und den ersten Schritten einer Behandlung einer Depression. Manchmal wird erst an eine Depression gedacht, wenn „sonst nichts zu finden ist“.

Wurde einmal die Diagnose einer Depression gestellt, wird bei der Therapie der Depression immer an die Auswahl eines Antidepressivums (AD) gedacht. Dies ist auch richtig. Zu einer Therapie nach den Regeln der Kunst gehört jedoch nicht nur

1. die medikamentöse Behandlung, sondern auch
2. die psychotherapeutische Behandlung (siehe Beitrag Prof. G. Lenz) und
3. die soziale Ebene, der Umgang mit der Erkrankung im Alltag, am Arbeitsplatz und mit der Familie dazu.

Am Anfang steht neben der klaren Diagnose und dem Umgang mit dem Leidensdruck der betroffenen Person die Information über die verschiedenen Möglichkeiten der Therapie. Heutzutage wird nicht mehr die eine oder andere Vorgangsweise bevorzugt, sondern immer auf allen drei genannten Ebenen gleichzeitig, jedoch mit unterschiedlicher Intensität, gearbeitet.

Als erster Schritt sollten die Vorerfahrung mit Medikamenten, aber auch pflanzliche (inkl. Johanniskraut) und homöopathische Erfahrungen bzw. mit Nahrungsergänzungen abgefragt werden. Die früheren Erfahrungen sind oftmals sehr hilfreich, um Vorurteile, aber auch Erwartungshaltungen frühzeitig zu erkennen.

Die Auswahl des AD wird üblicherweise von verschiedenen Leitsymptomen wie Agitation, Unruhe bzw. Hemmung oder Schlafstörungen gelenkt. Meist hat jedoch die Auswahl eines AD mit der Vorerfahrung des behandelnden Arztes zu tun. Es ist für jeden Einzelfall notwendig, sich die klare Indikationsstellung – d.h. ist die Störung so stark, dass weitere

Maßnahmen notwendig sind, handelt es sich um eine unipolare oder eine bipolare Depression, vorhandene Zusatzmedikamente, Alter und Geschlecht – vor Augen zu führen (**Tab. 1**). Bei Erfahrung des Patienten aus früheren Behandlungsabschnitten fließen natürlich auch Verträglichkeit, Erfahrung mit Dosis, Ansprechgeschwindigkeit und Kombinationsmöglichkeit mit ein.

Im Falle von Suizidalität sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass ein in Überdosis möglichst unproblematisches und kein altes trizyklisches AD verordnet wird. Im Falle von großer Agitation oder Unruhe ist es oft notwendig, vorübergehend zusätzlich einen Tranquilizer zu verordnen. Falls keine Suchtproblematik

- Klare Indikationsstellung, erstmals bzw. unipolare/bipolare Verlaufsform
- Minimal effektive Dosis für Beschwerdefreiheit
- Wirkungen eines AD:
 - Wirkung auf die Symptome der Depression
 - Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder pflanzlichen Stoffen
 - Unerwünschte Wirkungen = Nebenwirkungen
- Metabolismus: Gibt es andere Erkrankungen?
- Population: Alter, Geschlecht, Dauermedikamente, Pille
- Überdosistoxizität bei Suizidalität

(Quelle: Simhandl & Mitterwachauer: Depression & Manie – erkennen und erfolgreich behandeln)

Tab. 1: Auswahlkriterien für ein Antidepressivum

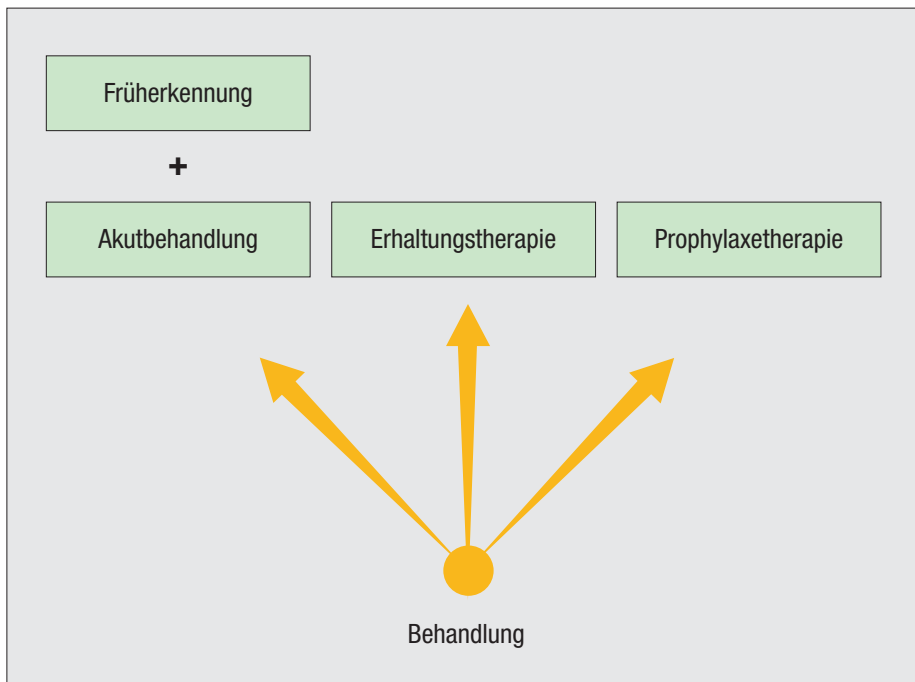


Abb.: Depressionsbehandlung

vorliegt, ist dies für einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen meist völlig unproblematisch.

Vorgangsweise

Nach dem diagnostischen Gespräch, der sorgfältigen Krankheits- und Medikamentenanamnese sowie einer somatisch-neurologischen Untersuchung kann die medikamentöse Behandlung sofort begonnen werden. Parallel dazu sollten eine Blutuntersuchung mit komplettem Blutbild, Differentialblutbild, Leberwerten, S-Kreatinin, EGFR, BUN, Elektrolyten, Eisenstoffwechsel, basalem TSH sowie Harn und ein EKG durchgeführt werden. Das diagnostische Gespräch konzentriert sich nach einer Einleitungsphase auf die psychopathologischen Phänomene und vegetativen Beschwerden. Eine voreilige Ursachenzuteilung wird in dieser frühen Phase vermieden. Die Startdosis ist üblicherweise in der Packungsbeilage der Medikamente gut beschrieben. Bei beschriebener Überreaktion, körperlichen Erkrankungen oder bei älteren Menschen ist es manchmal sinnvoll, mit der halben Dosis zu beginnen. Am 8.–12. Behandlungstag sollte der Patient wiederbestellt werden, um die Verträglichkeit und Dosisanpassung zu besprechen. Hat sich in diesem ersten Zeitraum nichts im Sinne einer Verbesserung

geändert, so sollte in jedem Fall eine Dosissteigerung überlegt werden.

Zwischen dem 14. und 21. Behandlungstag sollte für die betroffene Person spürbar sein, ob das Medikament eine positive Wirkung zeigt, d.h., dass es in die richtige Richtung – im Sinne einer Verbesserung der Beschwerden – geht. Falls es eine subjektive Besserung gibt, jedoch die Depression noch vorliegt, so ist zu diesem Zeitpunkt nicht sofort eine Dosissteigerung notwendig. Dies kann sehr gut im direkten Vergleich mit dem Erstbesuch und den damals geschilderten Beschwerden, v.a. auch der Intensität der Beschwerden, verglichen und somit beurteilt werden.

Nach dem 28. Behandlungstag sollte noch einmal eine Dosisanpassung überlegt werden. Auch wenn Beschwerdefreiheit vorliegt, sollte die Behandlung unbedingt weiter fortgeführt werden! Im Falle einer klaren Verbesserung des Zustandes des Patienten sollte an dieser Stelle nochmals überlegt werden, ob psychotherapeutische Maßnahmen auch im Sinne einer Bearbeitung der Situation, einer Stabilisierung und Vorsorge zu empfehlen und zu organisieren sind. Nach heutigem Wissensstand sollte die Behandlung bis zur Symptomfreiheit weitergeführt werden, da bekanntermaßen Restsymptome die Rückfallwahrscheinlichkeit deutlich erhöhen.

Für den Allgemeinmediziner ist Folgendes im Rahmen einer Depressionserkrankung zu beachten:

1. Mehrmals während der ersten zwei bis drei Wochen kurz mit dem Patienten sprechen (keine Medikationsänderung, in der Vorgangsweise bestärken).
2. Falls unerwünschte Wirkungen nicht innerhalb von zwei bis vier Tagen wieder abklingen, ist eine Umstellung erforderlich.
3. Mit dem Patienten konkrete Besuchszeiten vereinbaren und ihn nicht im Wartezimmer sitzen lassen.
4. Mit dem Patienten telefonisch in Kontakt bleiben.
5. Wenn möglich, Einbeziehung eines Familienmitglieds in den Behandlungsplan.
6. Fortsetzung der antidepressiven Medikation über Monate.

Wann sollte an eine Überweisung an den Facharzt für Psychiatrie gedacht werden?

1. Beständige Suizidgedanken oder tatsächliche Suizidpläne
2. Entwicklung eines schlechten Urteilsvermögens (Im-Kreis-Denken, kann keinen Entschluss fassen)
3. Erschwerende Krankheit oder Nebenmedikation
4. Entwicklung von psychotischen oder manischen Symptomen
5. Bei ungenügendem Ansprechen trotz ausreichender Dosis und Dauer der antidepressiven Behandlung
6. Unklare Unverträglichkeit der Medikamente

Dauer der Behandlung

Wenn es sich um eine klassisch depressive Episode handelt, sollte die Behandlung nach Stabilisierung in der Dosierung weitergeführt werden, die zur Beendigung der Depression geführt hat. Die Behandlung sollte nach Empfehlung der WHO, wenn es sich um die erste Episode handelt, sechs bis zwölf Monate weitergeführt werden; erst dann sollte ein langsames Absetzen mit dem Patienten besprochen werden. Abruptes Absetzen erhöht nicht nur die Rückfallgefahr, sondern kann auch, wie mittlerweile bekannt ist, zu Absetzphänomenen bei SSRI und auch bei dual (Serotonin

und Noradrenalin) wirkenden AD führen. Die Patienten sind darüber zu informieren. Wenn es sich um einen Patienten handelt, bei dem innerhalb der letzten fünf Jahre die zumindest dritte Episode aufgetreten ist, sollte unbedingt eine Langzeittherapie besprochen werden. Für die Rückfallverhütung sind jedoch nicht die AD selbst das Mittel der 1. Wahl, dazu gibt es eigentlich – mit Ausnahme von Amitriptylin über fünf Jahre – keine Studien. Auch hier haben die Stimmungsstabilisierer ihren Stellenwert. Handelt es sich um einen Patienten, der erst zwei depressive Episoden durchgemacht hat, so ist eine Langzeitbehandlung sehr wohl zu überlegen, wenn es eine positive Familienanamnese mit wiederkehrender (rezidivierender) Depression oder einem bipolaren Krankheitsverlauf gibt.

Handelt es sich eventuell um eine „bipolare“ Depression, d.h. eine Depression im Rahmen eines bipolaren Gesamtverlaufes?

Wenn im früheren Verlauf zu irgendeinem Zeitpunkt hypomanische oder manische Phasen aufgetreten sind, so spricht man von einer bipolaren Depression. Hier sind sowohl die akute Medikation als auch eine längerfristige Schutzmedikation (Prophylaxe) genauer zu überlegen. Neuere Studien stellen den Wert von AD alleine in der Behandlung der bipolaren Depression sehr in Frage. Es sollte zumindest ein Stimmungsstabilisierer zusätzlich verabreicht werden. Von den atypischen Antipsychotika ist Quetiapin bislang das einzige, das die Zulassung für die Akutbehandlung der bipolaren Depression hat.

Weitere Argumente für eine frühzeitige Langzeittherapie:

1. Positive Familienanamnese affektiver Erkrankungen
2. Schweregrad der Erkrankung
3. Rasche Entwicklung des depressiven Syndroms
4. Kippen in die Depression (plötzliches Aufwachen frühmorgens mit depressiver Stimmungslage – spricht sehr für bipolaren Krankheitsverlauf)
5. Wenn Suizidalität eine Rolle gespielt hat
6. Komorbidität psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen

7. Frühere schwer behandelbare depressive Episoden

Langzeittherapie

Es muss gesagt werden, dass die Langzeitbehandlung depressiver Erkrankungen mit Medikamenten trotz ihrer hohen praktischen Bedeutung im Grunde relativ unbefriedigend, weil unzureichend untersucht, ist. Der Großteil der AD ist nur über einen Zeitraum von zwölf Monaten untersucht.

Die Arbeiten aus der Pittsburgh-Gruppe um D. KUPFER und E. FRANK zeigten bei trizyklischen AD, dass eine Dosisreduktion des Medikaments auch nach langer Zeit (5 Jahre) das Rückfallrisiko enorm erhöht. Auch wenn die Patientengruppen nach fünf Jahren sehr klein waren, so stellt dies doch einen wichtigen Hinweis für die Sinnhaftigkeit der Beibehaltung der Dosis dar. Wenn man sich zu einer länger andauernden AD-Gabe entschließt, sollten auch Elektrolyte und Gerinnung vor allem bei den AD, welche über das Serotoninsystem wirken, beobachtet werden.

Die Langzeitbehandlung wiederkehrender unipolar depressiver Zustandsbilder wird kontroversiell diskutiert. Einige Arbeiten zeigen eine durchaus positive Wirkung einiger Stimmungsstabilisierer. Lithiumcarbonat 0,6–0,8 mmol/l bei unipolarer wiederkehrender Depression ist das einzige Medikament, das gezielt in der Rückfallverhütung depressiver Episoden über zwei Jahre untersucht

worden ist (M. SCHOU, 1954; J. GEDDES, 2009; R. LICHT, 2009). Andere Arbeiten widersprechen diesen Ergebnissen.

Lamotrigin ist für die Behandlung der bipolaren Depression im Rahmen einer bipolaren Erkrankung untersucht und zugelassen (J. GEDDES, 2009). Die Akutbehandlung der bipolaren Depression mit Quetiapin ist in Österreich seit einiger Zeit zugelassen. Für die Langzeitbehandlung und somit Rückfallverhütung der bipolaren Depression läuft derzeit das Zulassungsverfahren in Österreich.

Therapieresistenz

Bei Therapieresistenz im praktischen Sinne (Patient und/oder Arzt unzufrieden über den Behandlungserfolg) sind mehrere Fragen zu stellen (*s. Tab. 2*). Da es verschiedene Sichtweisen und Definitionen von Therapieresistenz bei der Depressionsbehandlung gibt, haben wir einen sehr pragmatischen, für die Praxis relevanten Ansatz gewählt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass der zeitliche Ablauf der Depressionsbehandlung genau dokumentiert und monitorisiert werden soll, weil nur so der Behandler den Überblick behält, welche Stufe oder Vorgangsweise indiziert ist und an den Patienten herangetragen werden sollte.

Spätestens nach dem 28. Behandlungstag sollte, wenn alle anderen möglichen Einflussfaktoren ausgeschlossen worden

- Hat der Patient das Medikament regelmäßig eingenommen?
- Ist der Beobachtungszeitraum noch zu kurz?
- Ist die Dosis ausreichend?

Weitere wichtige Fragen:

- Gibt es andere Medikamente, die das depressive Zustandsbild aufrechterhalten?
- Gibt es andere Erkrankungen, die das depressive Zustandsbild aufrechterhalten?
- Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?
- Ist eine komorbide psychische Erkrankung wichtig für das Fortbestehen der Depression (Angst, Schlafstörung)?
- Baut der Patient die Medikamente schneller ab? (Plasmaspiegel)
- Gibt es einen subjektiven Krankheitsgewinn?

Tab. 2: Fragen im Falle einer Therapieresistenz

Wirkstoff	Handelsname	Startdosis (mg/Tag)	Bereich für Ausdosierung
Serotonin			
Citalopram	Seropram®, div. Generika	20	20–60
Fluoxetin	Fluctine®, div. Generika	20	20–80
Fluvoxamin	Floxyfral®	50	100–300
Paroxetin	Seroxat®, div. Generika	20	20–50
Sertralin	Gladem®, Tresleen®, div. Generika	50	50–200
Escitalopram	Cipralext®	10	10–30
Trazodon	Trittico®	50	75–600
Noradrenalin			
Reboxetin	Edronax®	4	4–10
Mianserin	Tolvon®	30	30–90
Serotonin + Noradrenalin			
Milnacipran	Ixel®	50	100
Venlafaxin	Efectin®	50	75–375
Duloxetin	Cymbalta®	60	60–120
div. Trizyklika	z.B. Amitriptylin, Clomipramin	25	75–250
Mirtazapin	Remeron®, div. Generika	30	15–45
Opipramol	Insidon®	50	300
Andere Wirkmechanismen			
Tianeptin	Stablon®	37,5	2–3 x 37,5
Moclobemid	Aurorix®	300	300–600

Tab. 3: Einteilung der Antidepressiva nach hauptsächlichem Transmittersystem

sind, eine schrittweise Ausdosierung erfolgen. Manche Autoren empfehlen diese Vorgangsweise schon nach dem 14. Behandlungstag, da das lange Zuwarten, wie es früher empfohlen wurde, wahrscheinlich überhaupt keinen Sinn macht (H. STASSEN, E. FRANK, A. CONCA).

Die Kombination von AD mit unterschiedlichem Wirkungsansatz (Serotonin und Noradrenalin gleichzeitig; Einteilung

s. Tab. 3) ist für viele Ärzte der nächste sinnvolle Schritt. Nach der Ausdosierung und dem Kombinieren stellt die Augmentation als weiterer Schritt eine sehr gut untersuchte Vorgangsweise dar. Diese kann mit Lithiumsalz in niedriger Dosierung (0,4–0,6 mmol/l) oder Schilddrüsenhormonen (Trijodthyronin 25–50 µg/d) als zusätzliche Medikation durchgeführt werden.

Bei Schlafstörungen, Agitation und

inhaltlicher Einengung (nihilistische Idee, Wahn) ist sicher ein atypisches Antipsychotikum zusätzlich zur antidepressiven Medikation indiziert.

Die Kombination von zwei antidepressiven Medikamenten mit dem gleichen Wirkungsansatz wird in der Literatur nicht empfohlen. Mit Ausnahme von MAO-Hemmern können die vorhandenen AD relativ gut und problemlos kombiniert werden. Eine Kombination von zwei Medikamenten, die über das Serotoninsystem wirken, erhöht die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen wie v.a. Unruhe. Eine Serumspiegelbestimmung der AD wird im österreichischen Konsensuspapier „Depression: Medikamentöse Therapie 2007“ und in vielen Ländern empfohlen. Diese Vorgangsweise wird auch an einigen Spitälern praktiziert. Im niedergelassenen Bereich in Österreich hat sich diese einfache Methode der Überprüfung der Therapie-treue und der zu erwartenden Wirkung bei entsprechendem Spiegel allerdings nicht durchgesetzt.

Arzt-Patienten-Gespräch

Am Beginn der Behandlung ist es ratsam, mit dem Patienten zu besprechen, welche Symptome sich als Erstes verbessern sollen. Zum Beispiel kann bei vorhandenem Etappenschlaf und frühzeitigem Erwachen die Schlafstörung als erstes „Leitsymptom“ ausgewählt und besprochen werden. Dieses Symptom kann relativ rasch mit schlaffördernden AD und vor allem am Beginn der Behandlung mit einer vorübergehenden Verordnung von Hypnotika beseitigt werden. Bei manchen depressiven Patienten sind die Konzentrationsstörungen, die Entscheidungslosigkeit und das Kreisdenken fast erdrückend, sodass man möglicherweise einen längeren Zeitraum von sieben bis zehn Tagen andenken sollte, ehe man von einer auch für den Patienten deutlich spürbaren Verbesserung sprechen kann. Die Erwartungshaltung des depressiven Patienten sollte damit auch erfasst und bearbeitet werden.

Neben der Zielsetzung, wann sich welche Symptome der Depression durch die medikamentöse Behandlung verbessern sollten, ist auch die Besprechung möglicher Nebenwirkungen – vor allem auch für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient – wichtig. Für den

Patienten ist es beruhigend zu wissen, dass er den Arzt jederzeit anrufen kann, um etwaige Nebenwirkungen zu besprechen. Eine vorübergehende Verstärkung der inneren Unruhe, anhaltende Schlafstörungen und Lebensüberdross gehören zu den wichtigsten Symptomen bzw. Nebenwirkungen – auch das ist dem Betroffenen näherzubringen. Wichtig ist es, dem Patienten anzubieten, dass man als Vertrauensperson zur Verfügung steht. Nur wenige Patienten nehmen diese Einladung auch in Anspruch, aber es beruhigt!

Entscheidungsfindung für die Vorgangsweise:*

- Habe ich die richtigen Fragen gestellt, ... damit sich der Patient verstanden fühlt?
... damit ich genügend Informationen habe?
- Sind weitere Untersuchungen notwendig?
- Liegt eine Depression vor?
ja/nein
→ Medikation, z.B. SSRI
- Liegt ein Konflikt vor? Nur derzeit?
→ Gespräch, evtl. Therapie anbieten
- Wozu ist dieser Patient bereit?
... „nur“ Medikamente?
→ „Geben Sie mir was, ich will das loswerden!“
... „nur“ Gespräch?
→ „Ich weiß, woher das kommt!“
... Scham bzw. der „Harte“?
→ „Ich muss das selber in den Griff bekommen!“

Nebenwirkungen

Medikamente mit serotonergem Wirkmechanismus zeichnen sich eher durch Nebenwirkungen im Magen-Darm-Trakt wie Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe, aber auch vor allem am Anfang durch Unruhe aus. Regelmäßige Kontrollen der Elektrolyte können eine mögliche Hyponatriämie ausschließen. Die thrombozytenaggregationshemmende Wirkung der SSRI sollte mehr Beachtung finden, da diese unerwünschte Wirkung bei Herzinfarktpatienten womöglich von Vorteil sein kann. Einige der AD können zur Gewichtszunahme führen. Es wird immer wieder vergessen, dass dies auch bei Medikamenten, die über das Serotoninsystem wirken, bei längerer Einnahme über Monate zutreffen

kann. Ebenso können bei dieser Art von Medikamenten in der längerfristigen Therapie sexuelle Funktionsstörungen eine Rolle spielen. EKG-Veränderungen sind bei allen neueren AD nicht zu erwarten. Trizyklische AD sollten eher selten und, falls notwendig, dann unbedingt mit EKG-Kontrollen, v.a. beim älteren Menschen, verabreicht werden. Patienten, die mehrere Medikamente einnehmen bzw. diese wegen anderer Erkrankungen brauchen, erfordern pharmakokinetische Überlegungen (d.h. was macht der Körper mit dem Medikament, wie wird es abgebaut, metabolisiert und ausgeschieden). Betreffend die Cytochrom-p450-Isoenzyme gibt es zahlreiche Tabellen, was insbesondere bei älteren Menschen sehr wichtig werden kann.

Nicht-medikamentöse Depressionsbehandlungen

Schlafentzug: Der Schlafentzug ist eine sehr alte, relativ erfolgreiche antidepressive Methode. Neben anderen, in Forschungs- oder Schlaflabors durchgeführten Methoden ist zu Hause eventuell ein totaler Schlafentzug, d.h. vom Morgen bis zum Abend des nächsten Tages, oder ein partieller Schlafentzug, d.h. es wird der Schlaf ab ca. 2 Uhr morgens bis zum Abend dieses Tages unterbrochen, möglich. Es sollten zwei Schlafentzüge pro Woche durchgeführt werden. Beim Schlafentzug kann man relativ rasch ein schnelles Ansprechen erkennen (schon nach einer Woche). Zusätzlich sollte jedoch immer eine antidepressive Medikation besprochen werden, da die längerfristige Wirkung des Schlafentzuges allein nicht ausreichend ist.

Lichttherapie: Die Lichttherapie, die ursprünglich nur bei der Herbst-Winter-Depression eingesetzt wurde, kann durchaus bei allen Depressionsformen angewendet werden. Auch hier ist innerhalb einer Woche zu erkennen, ob jemand davon profitiert oder nicht. Bei der Lichttherapie verwendet man Lichtlampen mit einer Lichtstärke von 10.000 Lux, bei einer Entfernung von ca. 60–70 cm. Die Empfehlungen schwanken zwischen 30 Minuten und einer Stunde morgens als Impulsgeber bis zu zweimal am Tag. Bei einer niedrigeren Luxzahl oder einem

geringeren Abstand muss man entsprechend länger vor der Lampe verweilen. Während man vor der Lampe sitzt, muss man zumindest einmal pro Minute direkt in die Lampe schauen, da der Effekt über die Netzhaut geht.

Sowohl beim Schlafentzug als auch bei der Lichttherapie kann es auch zu unerwünschten Wirkungen wie Gereiztheit, Unruhe, entzündeten Augen und Kippen in die Manie (selten) kommen.

Elektroheilkampf-Therapie (EKT):

Dies ist noch immer eine durchaus empfehlenswerte Vorgangsweise. In Österreich wird die EKT meist erst bei therapieresistenten Depressionen und vor allem bei älteren Menschen sowie bei Depressionen mit Wahnhinhalten eingesetzt. Ein großer Vorteil liegt im raschen Einsetzen der Wirkung und in der relativ niedrigen Rate an Nebenwirkungen, weshalb die EKT bei schwer depressiven Schwangeren sogar empfohlen wird. Die Elektroheilkampf-Therapie wird heutzutage immer im Rahmen einer Kurznarkose und daher meist in einem stationären Setting durchgeführt.

In Studien wird über die folgenden Behandlungsmöglichkeiten mit unterschiedlich großen Erfolgen berichtet: Nach derzeitigem Stand sind transkranielle Magnetstimulation, Vagusnervstimulation, tiefe Hirnstimulation und transkranielle direkte Gleichstromstimulation durch Spezialisten in Forschungsabteilungen zu empfehlen.

Depression und Schwangerschaft

Wenn eine Schwangerschaft während laufender antidepressiver Therapie eintritt, so sind in den ersten drei Wochen in aller Ruhe Nutzen/Risiko mit der betroffenen Frau und, falls erwünscht, mit der Familie zu besprechen. In weiterer Folge wird man die Medikation nach Berücksichtigung des bisherigen Verlaufes und Schweregrades versuchen zu reduzieren. Bei Reduktion oder Absetzen während der Schwangerschaft ist mit einem deutlich erhöhten Rückfallrisiko (bis zu 70%) zu rechnen. Da sich während der Schwangerschaft der Wasser- und Elektrolythaushalt verändert, ist eine Serumspiegelbestimmung zur Dosisanpassung zu empfehlen. Trotz einem geringen

Risiko von peripartalen Problemen sollte die Geburt in einem Schwerpunktkrankenhaus geplant werden.

Die gute Nachricht: Insgesamt sind AD während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht kontraindiziert und weniger problematisch als bislang angenommen. Eine klare Indikationsstellung durch den Facharzt sowie eine Abwägung von Kosten-Nutzen-Risiko bei hoher Rückfallwahrscheinlichkeit sollen besprochen und dokumentiert werden. Regelmäßige Kontrollen sind zu organisieren.

Beendigung einer Depressionsbehandlung

Über diesen Punkt wird leider sehr oft nicht gesprochen – weder von Seiten des Arztes noch von Seiten des Patienten. Lediglich am Anfang der Therapie kommt immer wieder die Frage auf: Muss ich das jetzt für immer nehmen? Auch in der Langzeitbehandlung sollten klare Termine abgesprochen werden. Falls die Stimmungslage und das Befinden über einen längeren Zeitraum von zwei bis vier Monaten stabil sind, kann ein Absetzen angedacht werden. Bei wiederholtem Auftreten von Depressionen sollte, wie bereits erwähnt, eine Langzeittherapie besprochen werden. Falls der Patient doch ein Absetzen wünscht, sind folgende Punkte zu klären:

- Gibt es empfindliche Zeiten im Jahreszyklus? (Herbst/Winter, Urlaub, Schulbeginn der Kinder, Jahresabschluss, Todestage, ...)
- Besteht der Konflikt oder die Belastungssituation noch immer?
- Habe ich gelernt, mit Stress umzugehen?
- Was sind meine ersten Anzeichen einer Depression?
- Was habe ich zu tun?
- Ab wann reagiere ich?
- Wen rufe ich an?
- Wer weiß Bescheid und wird mir helfen?

Die Vorgangsweise im Falle einer Verschlechterung oder eines Rückfalls auch Monate oder Jahre später sollte gemeinsam mit der betroffenen Person wenn möglich schriftlich festgelegt werden. Empfohlen wird immer eine graduelle Reduktion der Medikamente und kein abruptes Absetzen, außer bei Auftreten einer manischen Episode oder einer dringlichen medizinischen Notwendigkeit – dann kann auch abrupt abgesetzt werden. Die Absetzphänomene insbesondere der SSRI können je nach Halbwertszeit der Medikamente innerhalb weniger Tage auftreten und sind den ursprünglichen Symptomen, auch Angstsymptomen, manchmal sehr ähn-

lich. Üblicherweise sind sie von sehr kurzer Dauer und hören auch ohne Intervention wieder auf. Manchmal bewährt sich nochmals eine einmalige Gabe des AD. ■

* Quelle: Simhandl & Mitterwachauer: Depression & Manie – erkennen und erfolgreich behandeln

Lecture Board:

Prim. Univ.-Prof.
DDr. Michael Lehofer
Prim. Univ.-Prof.
Dr. Christoph Stuppäck
Dr. Moritz Mühlbacher

Korrespondenzadresse:

**ao. Univ.-Prof.
Dr. Christian Simhandl**
BIPOLAR Zentrum
Bahngasse 43
2700 Wiener Neustadt

Tel.: +43/664/10 35 351
Fax: +43/664/74 119 6228

E-Mail:
simhandl56@a1.net

Akkreditierter Herausgeber:
Anton Proksch Institut (API)

die PUNKTE NEUROLOGIE 1/09



**Demenz:
Diagnostik und Therapie**

die PUNKTE NEUROLOGIE 1/10



**Diagnose und
Therapie der Epilepsie**



**Karpaltunnelsyndrom und
andere Engpasssyndrome
des Nervus medianus**

Geschätzte Leserinnen und Leser!

Das DFP-Medium „die PUNKTE“ bietet zudem qualitätsgesicherte Fortbildung in vielen weiteren Fachbereichen, wie z.B. Neurologie.

Nutzen Sie die Fortbildungsmöglichkeit auf www.meindfp.at (Literaturstudium – alle Fachartikel – Magazin – die PUNKTE).

Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, „die PUNKTE“ über die Homepage von MedMedia unter www.medmedia.at/leserservice zu abonnieren.