



Antidepressiva – State of the Art aus verschiedenen Perspektiven

Dr.med. Thomas Ihde-Scholl

Chefarzt Psychiatrie spitäler fmi ag, Interlaken

Vorstandsmitglied Berner Bündnis gegen Depression

Stiftungsrat Pro Mente Sana

www.berner-buendnis-depression.ch



Antidepressive Pharmakotherapie Wo stehen wir heute?

- 1984-2001 Das „goldene“ Zeitalter...

12 neue Antidepressiva

SSRIs	6
S/N/DRI	4
NASAs	1
SARIs	1
Phytotherapeutikum	1

- Seither 1 neues Antidepressivum
und eine eher leere Pipeline...



Antidepressive Pharmakotherapie: Wo stehen wir heute?

- Zulassungsstudien
- Marketingstudien
- Evidenzbasierte Medizin
- Kirsch-Studie
- STAR*D
- Leitfäden (USA, Kanada, GB, Australien, Deutschland u.a.)





Wo stehen wir heute?

- Zulassungsstudien
- Marketingstudien
- Evidenzbasierte Medizin
- Kirsch-Studie
- STAR*D
- Leitfäden (USA, Kanada, GB, Australien, Deutschland u.a.)



Der „andere“ Blickwinkel: Was sagen Betroffene zu Antidepressiva?

„All you need to know?“ (2004)

Scottish survey on people's experience of psychiatric drugs

What's the script? (2012)

SAMH research report

Simon Bradstreet, Richard Norris

Scottish association for mental health



Rahmenbedingungen

Befragung von 1012 Betroffenen im Jahr 2004 bzw. **271** im Jahr **2012** in Schottland

47.4% bzw. **31.1%** Diagnose im Depressionsspektrum

49% bzw. **71%** der verordneten Medikamente waren Antidepressiva

Diagnosespektrum, Alter und ethnischer Hintergrund entspricht schottischem Durchschnitt



Rahmenbedingungen

Verordner:	Psychiater/Psychiaterin:	72.5% 2004	53.0% 2012
	Hausarzt/Hausärztin:	26.4%	46.7%



„Choice“/Wahlmöglichkeiten

Wurden verschiedene Medikamente angeboten?

Depression: 23.3 % **31.1%**

Gesamt: 22.8 % 2004 **33.2% 2012**

Paradoxerweise wurde schizophrenen Patienten (32.7%) und bipolaren Patienten (30.0%) mehr Wahlmöglichkeiten gegeben.

Wurden andere Behandlungsmodalitäten angeboten?:

Gesamt: 26.4% 2004 **52.2% 2012**



Informed consent

Fand eine Information rund ums Medikament statt?

ja 63.2%

Männer 60%, Frauen 67%

diskutiert wurden v.a. Nebenwirkungen, Einnahmedauer

Getrauten Sie sich Fragen zu stellen?

Depression 59.7%

Gesamt 62.7% **80%**



Informed consent:

War es eine gemeinsame Entscheidung und waren sie zufrieden damit?

Zufrieden oder sehr zufrieden	49.9%
Neutral	24.5%
Unzufrieden	20.5%

Fühlten Sie sich adäquat in den Entscheidungsprozess miteinbezogen?

Ja	46.3%
----	-------



Informationsquellen:

Wo holten Sie sich zusätzliche Informationen?

Internet: 25% **78.6%**

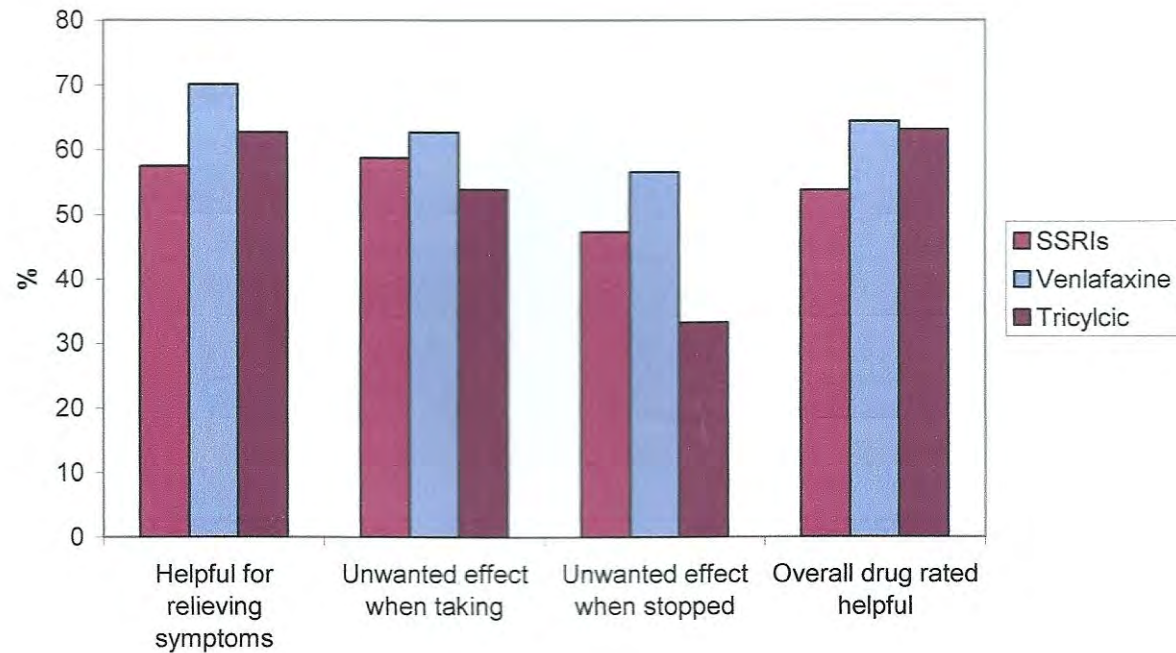


Antidepressiva – der Vergleich

Verordnungen:

50.7%	SSRIs
28.0%	SNDRI, NASAs, SARIs
19.4%	TZA (inkl. Trazodon)
1.8%	MAO-Inhibitoren

Entspricht in etwa Verordnungen in der CH



Beurteilung Wirksamkeit

Antidepressant	Type	Number	Symptom Relief %	
			Rated helpful	Rated unhelpful
Trazodon	Tricyclic	40	75.0	15.0
Venlafaxine	Other	117	70.1	15.4
Citalopram	SSRI	88	63.7	17.0
Clomipramine	Tricyclic	22	63.7	18.2
Alle TZAs	-	142	62.7	21.2
Alle Anderen	-	203	61.1	19.2
Dothiepin	Tricyclic	18	61.1	11.1
Sertraline	SSRI	50	58.0	30.0
Alle SSRIs	-	360	57.5	26.3
Fluoxetine	SSRI	113	55.7	31.8
Paroxetine	SSRI	105	54.3	25.7
Amitriptyline	Tricyclic	18	50.0	38.9
Mirtazapine	Other	46	52.2	26.1
Alle Antidepressiva	-	718	59.4	23.3

Beurteilung Nebenwirkungen

Antidepressiva	Type	Unwanted effect			
		When taking		When stopped	
		Number	%	Number	%
Paroxetine	SSRI	108	75.0	96	57.3
Clomipramine	Tricyclic	22	63.6	18	44.4
Venlafaxine	Other	118	62.7	83	56.6
Amitriptyline	Tricyclic	18	61.1	14	42.9
Alle Anderen	-	204	58.8	136	49.3
Alle SSRIs	-	361	58.7	268	47.3
Trazodone	Tricyclic	40	57.5	22	36.4
Sertraline	SSRI	50	56.0	37	48.6
Fluoxetine	SSRI	113	54.0	78	37.2
Alle TZAs	-	141	53.9	99	33.3
Dothiepin	Tricyclic	17	47.1	12	25.0
Mirtazapine	Other	45	46.7	25	28.0
Citalopram	SSRI	87	46.0	54	42.6
Alle Antidepressiva	-	719	57.9	515	45.0

Gesamtbeurteilung

Antidepressiva	Type	Number	Overall rating %	
			Rated helpful	Rated unhelpful
Trazodone	Tricyclic	40	72.5	17.5
Dothiepin	Tricyclic	18	70.5	11.8
Clomipramine	Tricyclic	21	71.4	14.3
Venlafaxine	Other	118	64.4	18.7
Alle TZAs	-	141	63.1	21.3
Citalopram	SSRI	86	61.7	16.3
Alle Anderen	-	204	55.9	22.6
Sertraline	SSRI	50	56.0	32.0
Fluoxetine	SSRI	112	54.4	26.8
Alle SSRIs	-	355	53.8	28.5
Amitriptyline	Tricyclic	18	50.0	38.9
Mirtazapine	Other	46	47.8	28.3
Paroxetine	SSRI	103	45.7	37.9
All antidepressants	-	658	56.2	25.2



Resultate

- 56% erlebten ihr Antidepressivum gesamthaft gesehen als hilfreich
- Längerfristige Nebenwirkungen, die stören, sind häufig (60%)
- Absatzphänomene sind ebenfalls recht häufig (45%)
(also nicht nur bei Venlafaxin und Paroxetin)
- Die neueren Antidepressiva wurden von Betroffenen weder als hilfreicher noch als besser im Bereich Nebenwirkungen erlebt im Vergleich zu den trizyklischen Antidepressiva
- Die Unterschiede zwischen einzelnen Antidepressiva auch in derselben Klasse scheinen erheblich zu sein



Folgerungen

- Betroffenen (und Angehörige) wünschen einen Miteinbezug in den Entscheidungsprozess
- Sie akzeptieren, dass ihre Krankheit dies in der akuten Phase erschwert
- Sie wünschen eine umfassende Information
- Sie brauchen Rat, wo sie sich auf dem Netz informieren können
- Sie müssen begleitet werden in der Behandlung in Bezug auf Nebenwirkungen, diese sind häufig und störend



Folgerungen

- Häufige störende Nebenwirkungen:
 - Sedation/Schläfrigkeit
 - Gewichtszunahme
 - Sexualität
 - Schwitzen
 - Wahrnehmungsänderungen/Einschränkung der Gefühlsbandbreite
 - Erschwerte Gefühlsregulation



Folgerungen

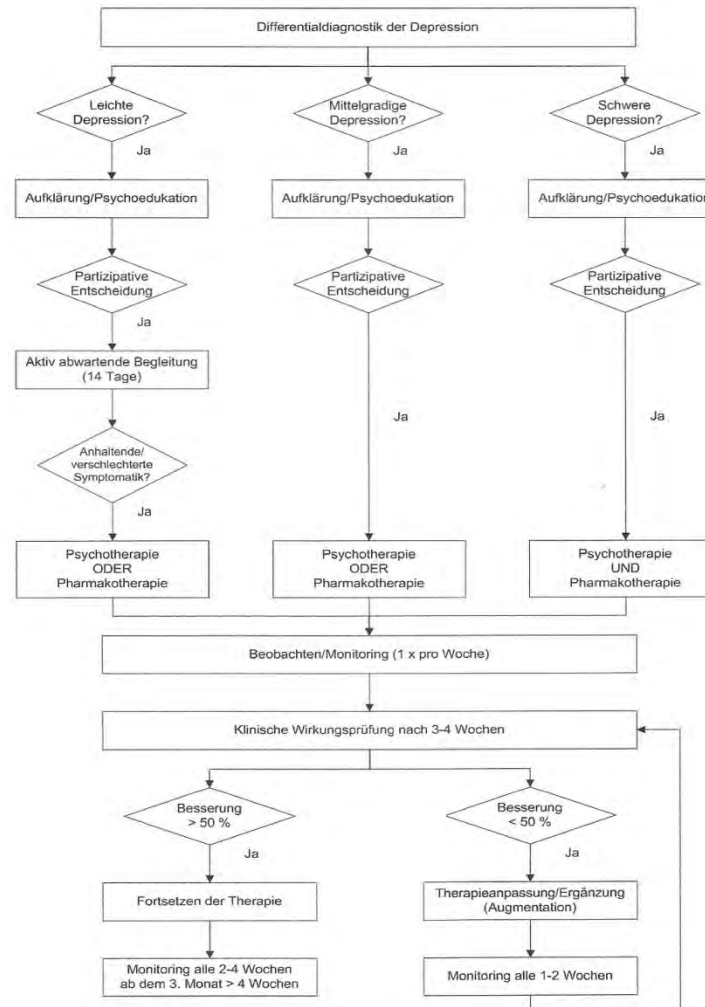
- Absetzphänomene werden unterschätzt. Medikation sollte sehr langsam ausgeschlichen werden. Patienteninformation ist hier sehr wichtig
- Die ganze Palette der Antidepressiva sollte ausgenutzt werden, nicht nur die „Neuen“. Auch an Lithium sollte gedacht werden
- Sind eventuell doch nicht alle Antidepressiva gleich „gut“?



Und nun zum Profiblick...

- Die Diagnose stellen?
- Wann behandeln?
- Mit was behandeln?
- Mit welchem Antidepressivum?
- Wann Effekt messen?
- Switch? Augmentation?
- Wie lange behandeln?

Behandlungspfad





Wahl des Antidepressivums

- Sicherheit
- Vorerfahrung
- Nebenwirkungsprofil
- Komorbide Störung
- Komorbide körperliche Erkrankung
- Alter
- Geschlecht
- Depressionstyp
- Patientenwahl
- Kosten
- Darreichungsform



Depressionstyp/Nebenwirkungsprofil

Atypische Depression	SSRI
Agitierte Depression	SSRI plus Mirtazapin
Ängstliche Depression	SSRI, Venlafaxin
Melancholische Depression	Venlafaxin
	Venlafaxin plus Mirtazapin
Larvierte Depression	Duloxetin, Venlafaxin
Gereizte Depression	Bupropion
Saisonale Depression	Bupropion, SSRIs, Lichttherapie
Wahnhaftige Depression	Venlafaxin plus Antipsychotikum
	Fluvoxamin plus Antipsychotikum



Depressionstyp/Nebenwirkungsprofil

Dysthymie

SSRI, Venlafaxin

Bipolare Störung Typ I

Mood Stabilizer

Typ II

Lamotrigin

plus Bupropion (?)



Komorbidie Störung

ADHS	Bupropion, Nortriptylin, Venlafaxin
GAD	Venlafaxin, SSRI
Panikstörung	SSRI
Soziophobie	SSRI
Zwang	SSRI, Clomipramin
PTBS	Achtung auf REM-Rebound
Sucht	Bupropion
Bulimie	Fluoxetin
Anorexie	Kalorien



Komorbide körperliche Erkrankung

Epilepsie	kein Bupropion, keine TCAs
HIV	kein Johanniskraut, kein Floxyfral
Onkologie	Sertralin, Escitalopram Mirtazapin (Nausea, Inappetenz)
Herzinfarkt	Sertralin, Escitalopram
Hypertonie	kein Venlafaxin
Dialyse	Sertralin
Leberinsuffizienz, Lebererkrankungen	Escitalopram, kein Mirtazapin



Komorbide körperliche Erkrankung

Hypothyreoidismus	Schilddrüsensubstitution, kein Antidepressivum!
Schmerz	Duloxetin, Venlafaxin, Amitryptilin
Adipositas	kein Mirtazapin
Parkinson	Pramipexol
Schlafapnoe, Schlaferkrankungen	Agomelatin
Hyponatriämie	Mirtazapin, Trazodon



Alter

- Jugendliche: Cave: sexuelle Nebenwirkungen
Suizidalität
Fluoxetin, Bupropion
- Schwangerschaft: Risiko-Nutzen Analyse
Fluoxetin, Citalopram
Stillen?
www.swisstis.ch
- Alter: SSRIs (Citalopram/Sertralin)
Cave: Sturzrisiko, Hyponatriämie,
Interaktionen, Chinineffekt
Differentialdiagnose: Demenz



Wann den Effekt kontrollieren?

Chance auf Besserung:

Zwei Wochen ohne Effekt: 15%

Drei Wochen ohne Effekt: 10%

Der Wirkeintritt bei zeigt sich bei 70% innerhalb der ersten 2 Wochen

Was tun bei Nicht-Ansprechen?



Was tun bei Nicht-Ansprechen?

- Diagnose überprüfen (z.B. Typ II bipolare Störung?)
- Medizinische Diagnosen überprüfen (SAS, Hypothyreoidismus etc.)
- Dosisanpassung (ev. mit Spiegelbestimmung)
- Augmentation mit Lithium (T3)
- Antidepressivumswitch
- Kombinationstherapie (mit Mirtazapin)



Wie lange Behandeln?

- Erste Episode: 4-9 Monate
- Zweite Episode: 2 Jahre

50% aller Betroffenen haben nur eine Episode, 25% zwei, 15% mehr als zwei, bei 10% findet sich ein chronischer Verlauf.



Sie wollen noch mehr wissen?

- BBgD: Workshop für Hausärzte – Lernen an Fallbeispielen
- Premiere: Interlaken, Mittwoch 12.12., 13:30