

Psychopharmakologie bei depressiver Störung Teil 2

Prof. Dr. med. Florian Junne, M.Sc. IHP (LSE)
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin Magdeburg

www.med.uni-magdeburg.de



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MAGDEBURG

Teaser

Magdeburger UPDATE

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

für Allgemeinärz:innen und somatische Fachärzte in Niederlassung

21. Mai 2025, 13:30 Uhr bis 18:00 Uhr

auf dem Campus der Universitätsmedizin Magdeburg, im Hörsaalgebäude (Hs 7)



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MAGDEBURG

Ort: Campus Leipziger Str. 44, Hörsaalgebäude, Haus 7

Ab 13:00 Uhr

Anmeldung (Begrüßungssnack und Getränke stehen für Sie bereit)

13:30-13:45 Uhr

Begrüßung

Referent: Prof. Florian Junne

13:45-14:30 Uhr

Impulsvortrag und Dialog

Perspektive Psychosomatik in der Allgemeinarztpraxis

Dr. med. Robin John im Dialog mit Prof. Florian Junne

14:30-15:00 Uhr

Pause

15:00-15:30 Uhr

Fachvortrag:

Betreuung von PatientInnen mit funktionellen und somatoformen Störungen:

Leitliniengerechte Gesprächsführung und Interventionen für die (Hausarzt) Praxis.

Referent: Dr. med. Marius Binneböse

15:30-15:45 Uhr

Pause

15:45-16:45 Uhr

Workshops Session 1

1. **Funktionelle und somatoforme Störungen:** Leitliniengerechte Gesprächsführung und Interventionen für die (Hausarzt) Praxis.

Referentin: Dr. Sarah Lison, Dr. Eckehardt Röpke

ODER

2. **Resilienz:** Ressourcenorientierung und Selbstfürsorge für ÄrztInnen in eigener Praxis

Referent: Prof. Dr. Florian Junne

17:00-18:00 Uhr

Workshops Session 1

3. **Motivation stärken, Stigma, Widerstand und Barrieren verringern:** Motivation zur psychosomatischen Diagnostik und Behandlung bei Betroffenen stärken
Referenten: Dr. Julia Krüger, Kerstin Golinsky, M.Sc. Psych.

ODER

4. **Fallarbeit in der Gruppe** nach M. Balint

Referentin: Fr. Dr. F. Körner

Um Anmeldung wird gebeten

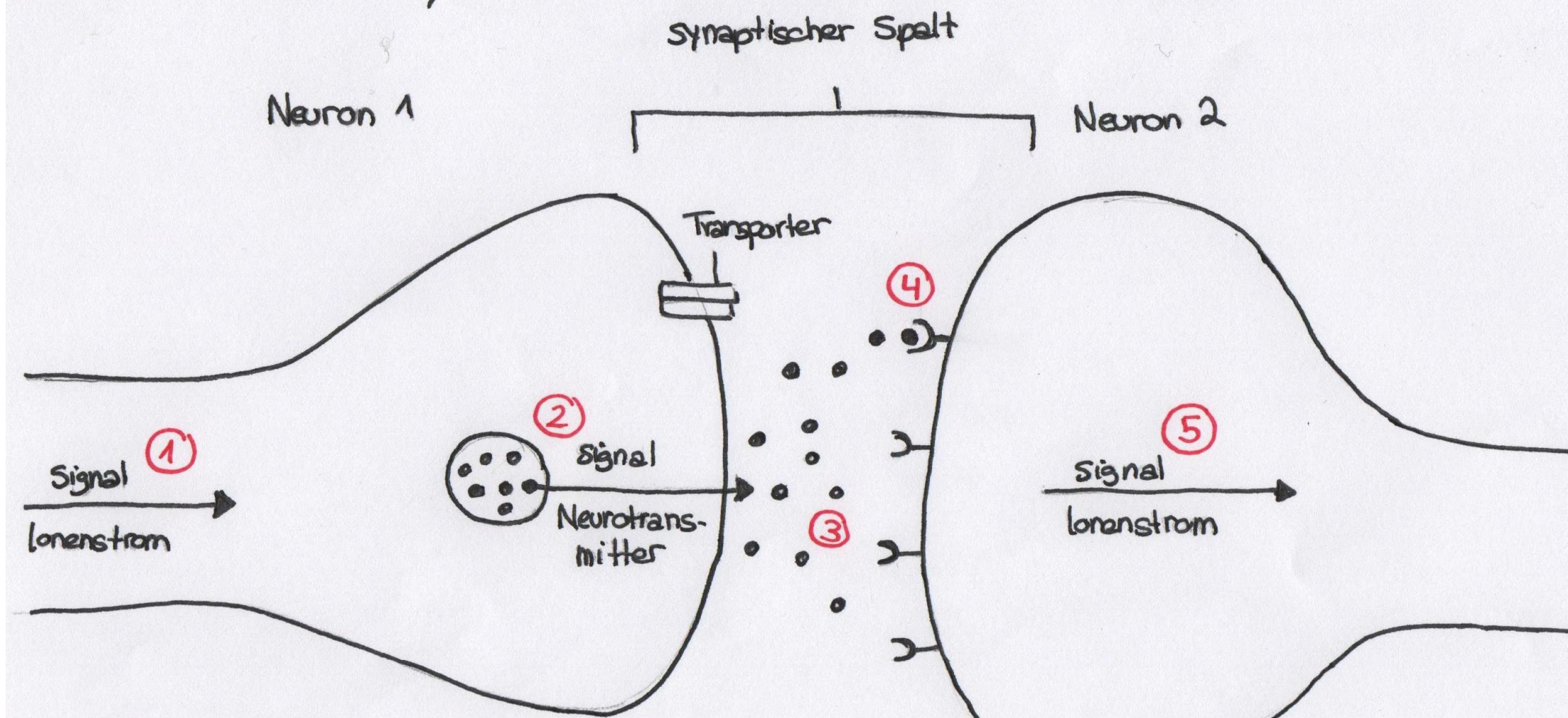
per Mail an kpsm@med.ovgu.de

oder telefonisch unter Tel.: 0391/67-14200

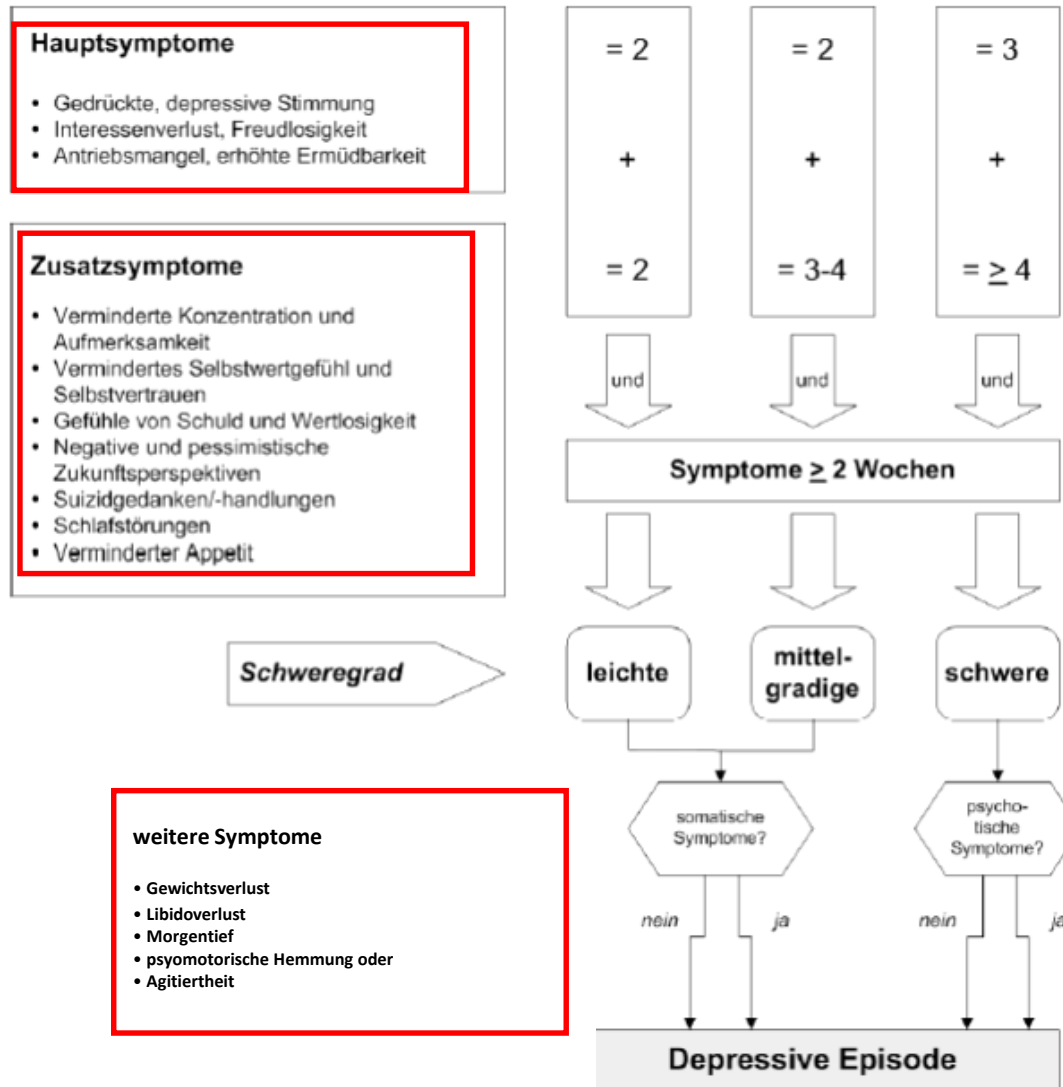
bzw. Fax: 0391/67-14202

bitte mit Angabe von Namen, Kontaktdaten, Fachrichtung/Tätigkeit

Evidenzbasierte psychopharmakologische Strategien bei unipolarer Depression



Depressive Störungen



Somatisches Syndrom bei depressiven Störungen nach ICD-10

- Frühmorgendliches Erwachen
- Morgentief
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- Appetitverlust
- Gewichtsverlust
- Deutlicher Libidoverlust

Tabelle 8: Definition von Symptomveränderungen

Ansprechen („Response“)	Reduzierung der depressiven Symptomatik in einschlägigen Skalen (z. B. BDI, PHQ-D, HDRS) um 50 % des Ausgangswertes zu Behandlungsbeginn.
Remission	Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes oder ein weitgehend symptomfreier Zustand nach der Akuttherapie.
Rückfall („Relapse“)	Wiederauftreten einer depressiven Episode während der Erhaltungstherapie.
Vollständige Genesung	Symptomfreie Zeit für ca. 6 Monate nach Remission.
Rezidiv	Wiederauftreten einer depressiven Episode nach vollständiger Genesung.

Tabelle 9: Einstufung des Therapieerfolgs

Symptomreduktion	< 20 %	=	kein Effekt bzw. Wirkung
Symptomreduktion	20-50 %	=	minimaler Effekt bzw. geringe Wirkung
Symptomreduktion	> 50 %	=	Teilremission
Symptomreduktion	= 100 %	=	Vollständige Remission*

* Eine Symptomreduktion um 100 % ist bezogen auf das Unterschreiten des Cut-off-Werts für eine Depression des jeweiligen Testverfahrens zu verstehen.

Diagnostik der depressiven Störung nach ICD-10

Tabelle 12: Beispielfragen zur Symptomerfassung (n. [213])

Hauptsymptome	
Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“

Diagnostik der depressiven Störung nach ICD-10

Zusatzsymptome	
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“

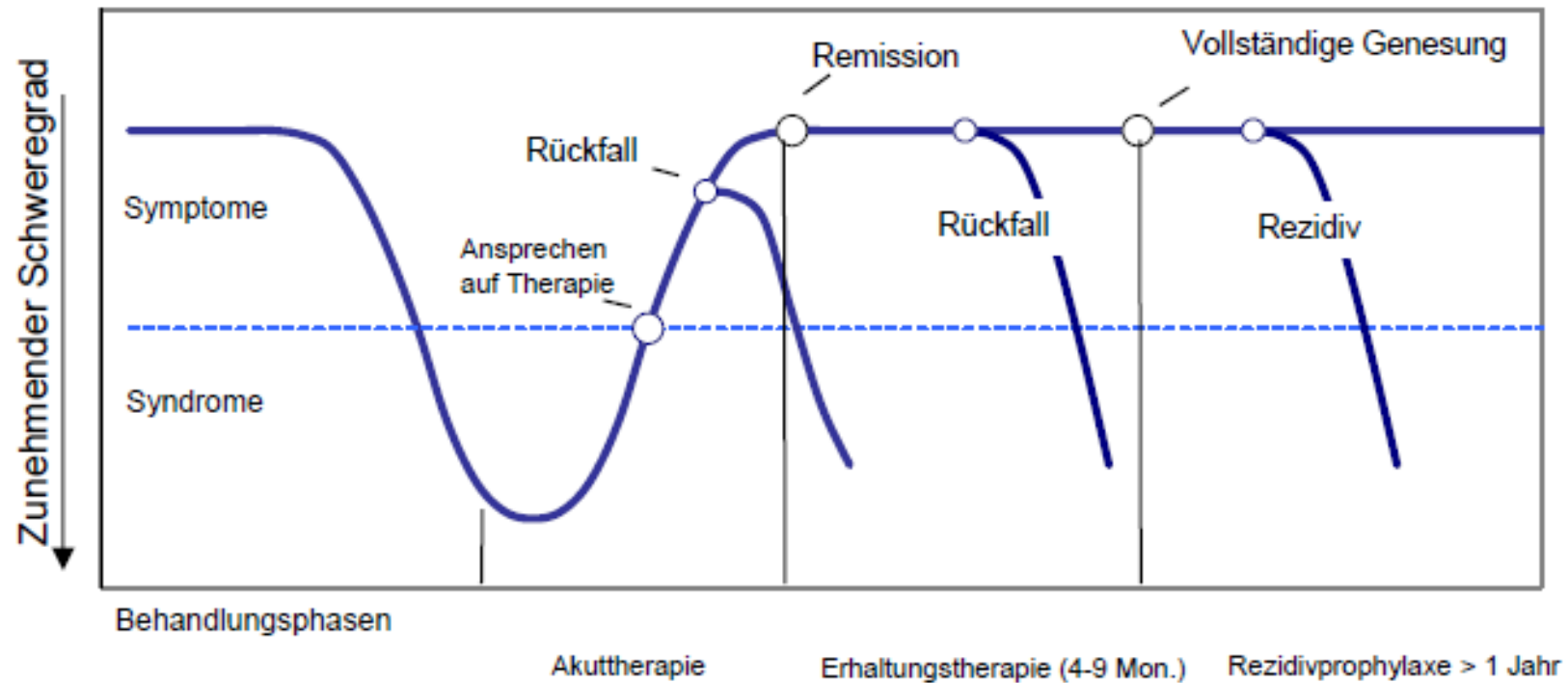
Differentialdiagnostische Beispielfragen (Screening)

Panikstörung	„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich von starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“
Generalisierte Angststörung	„Haben Sie sich schon einmal über mindestens einen Monat oder länger ängstlich, angespannt und voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“
Soziale Phobie	„Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“
Agoraphobie	„Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“
Posttraumatische Belastungsreaktion	„Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis erlebt, unter dessen Nachwirkungen Sie monatelang litten?“
Spezifische Phobie	„Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“
Zwangsstörung	„Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“
Manische oder hypomanische Episoden	„Waren Sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“
Essstörung	„Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen, zu dick zu sein oder zuzunehmen?“
Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	„Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag getrunken haben?“
Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie schon mehrmals Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung oder in höherer Dosierung eingenommen?“
Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z. B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?“

Verlaufsformen der Depressiven Störung

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression
Kurzfassung
2. Auflage, Version 1

Abbildung 4: Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte (nach [23])



Praxisstempel

Signatur des Arztes: _____



Patientenfragebogen (PHQ-9)

PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum
------	---------	--------------	-------

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☐	☐	☐
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐	☐	☐	☐
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	☐	☐	☐	☐
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	☐	☐	☐	☐
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐	☐	☐	☐
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐	☐	☐	☐
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	☐	☐	☐	☐
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐	☐	☐	☐
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐	☐	☐	☐



AUSWERTUNG:

Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen (PHQ-9):

Antworten:	Punkte:
Oberhaupt nicht	= 0
An einzelnen Tagen	= 1
An mehr als der Hälfte der Tage	= 2
Beinahe jeden Tag	= 3

< 5	gesund
< 10	unauffällig
10–14	„leichtgradige“ Depression
15–19	„mittelgradige“ Depression
20–27	„schwergradige“ Depression

DIAGNOSESTELLUNG

Da sich der Fragebogen ausschließlich auf Selbstauskünfte des Patienten bezieht, müssen die endgültigen Diagnosen durch den behandelnden Arzt überprüft werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie gut der Patient den Fragebogen verstanden hat. Zusätzlich sind weitere anamnestische Informationen des Patienten, seiner Familienangehörigen bzw. Informationen aus anderen Quellen heranzuziehen.

Verlaufsdiagnostik

Es gibt viele bewährte Skalen, um das Ansprechen auf die Therapie und die Besserung der depressiven Symptomatik zu ermitteln [234]. Dazu gehören:

zur **Selbstbeurteilung** (z. B.):

- der Gesundheitsfragebogen für Patienten, *Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ-D*, siehe H 2.6 „Verlaufsdiagnostik“);
- das *Beck-Depressionsinventar (BDI* [235; 236]; BDI-II¹¹: [237]; deutsch: [238]);
- die *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS* [239]);
- *Geriatrische Depressionsskala (GDS* [240]; deutsch: [241]);
- *Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD* [242]).

zur **Fremdbeurteilung** (z. B.):

- *Hamilton-Depression-Rating-Skala (HDRS* [243]);
- *Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS* [244]; deutsch: [245]);
- *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS* [246; 247]).

Psychischer Befund. (In Anlehnung an das AMDP-System 2007)					
Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Bewusstseinsstörungen					
Verminderung					
Trübung					
Einengung					
Verschiebung					
Orientierungsstörungen					
Zeitlich					
Örtlich					
Situativ					
Zur eigenen Person					
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen					
Auffassungsstörungen					
Konzentrationsstörungen					
Merkfähigkeitsstörungen					
Gedächtnisstörungen					
Konfabulationen					
Paramnesien					
Formale Denkstörungen					
Denkverlangsamung					
Denkhemmung					
Eingeengtes Denken					
Perseveration					
Grübeln					
Ideenflucht					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Gesperrt/Gedankenabreißen					
Befürchtungen und Zwänge					
Hypochondrie					
Phobien					
Zwangsdenken					
Zwangsimpulse					
Zwangshandlungen					
Wahn					
Wahnwahrnehmung					
Wahnstimmung					
Wahndynamik					
Beziehungswahn					
Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn					
Eifersuchtswahn					
Schuldwahn					
Verarmungswahn					
Hypochondrischer Wahn					

Sinnestäuschungen

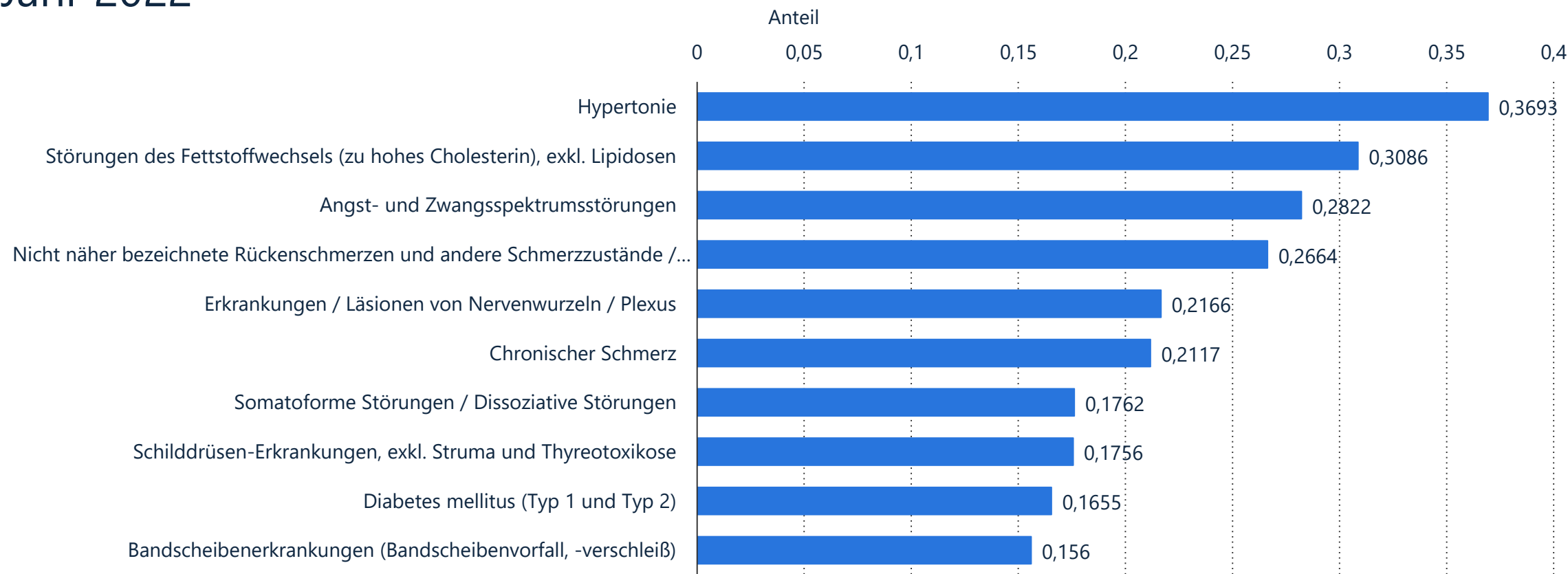
Illusionen					
Stimmenhören					
Andere akustische Halluzinationen					
Optische Halluzinationen					
Körperhalluzinationen					
Pseudohalluzinationen					
Ich-Störungen					
Derealisation					
Depersonalisation					
Gedankenausbreitung					
Gedankenentzug					
Gedankeneingebung					
Andere Fremdbeeinflussungs- erlebnisse					

Merkmalsbereich	Ausprägung				
	Nicht vorhanden	Leicht	Mittel	Schwer	Keine Aussage
Störungen der Affektivität					
Ratlos					
Eindruck der Gefühllosigkeit					
Affektarm					
Störung der Vitalgefühle					
Deprimiert/depressiv					
Hoffnungslos					
Insuffizienzgefühle					
Schuldgefühle					
Ambivalent					
Affektstarr					
Störungen des Antriebs und der Psychomotorik					
Antriebsarm					
Antriebsgehemmt					
Antriebsgesteigert					
Motorisch unruhig					
Maniert, bizarr					
Mutistisch					
Logorrhöisch					

Zirkadiane Besonderheiten					
Morgens schlechter					
Abends schlechter					
Abends besser					
Andere Störungen					
Aggressivität					
Selbstbeschädigung					
Suizidalität					
Mangel an Krankheitseinsicht					
Mangel an Krankheitsgefühl					
Ablehnung der Behandlung					
Sozialer Rückzug					
Soziale Umtriebigkeit					

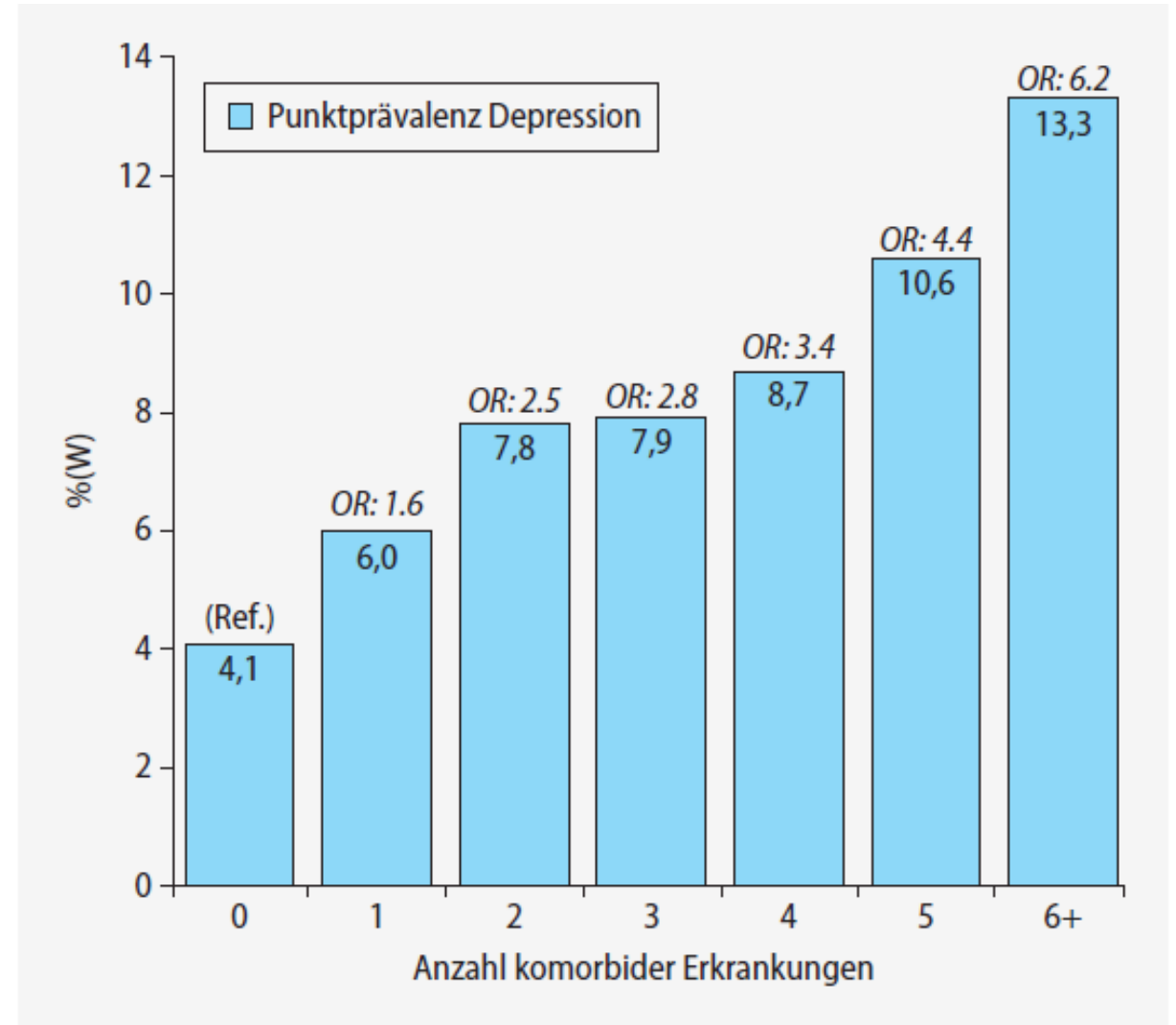
Depressionen sind sehr häufig mit somatischen Komorbiditäten verbunden:
→ Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie arbeiten gemeinsam mit Hausärzt:innen an der Verbindungsstelle

Top 10 der häufigsten Komorbiditäten bei Depressionen in Deutschland im Jahr 2022

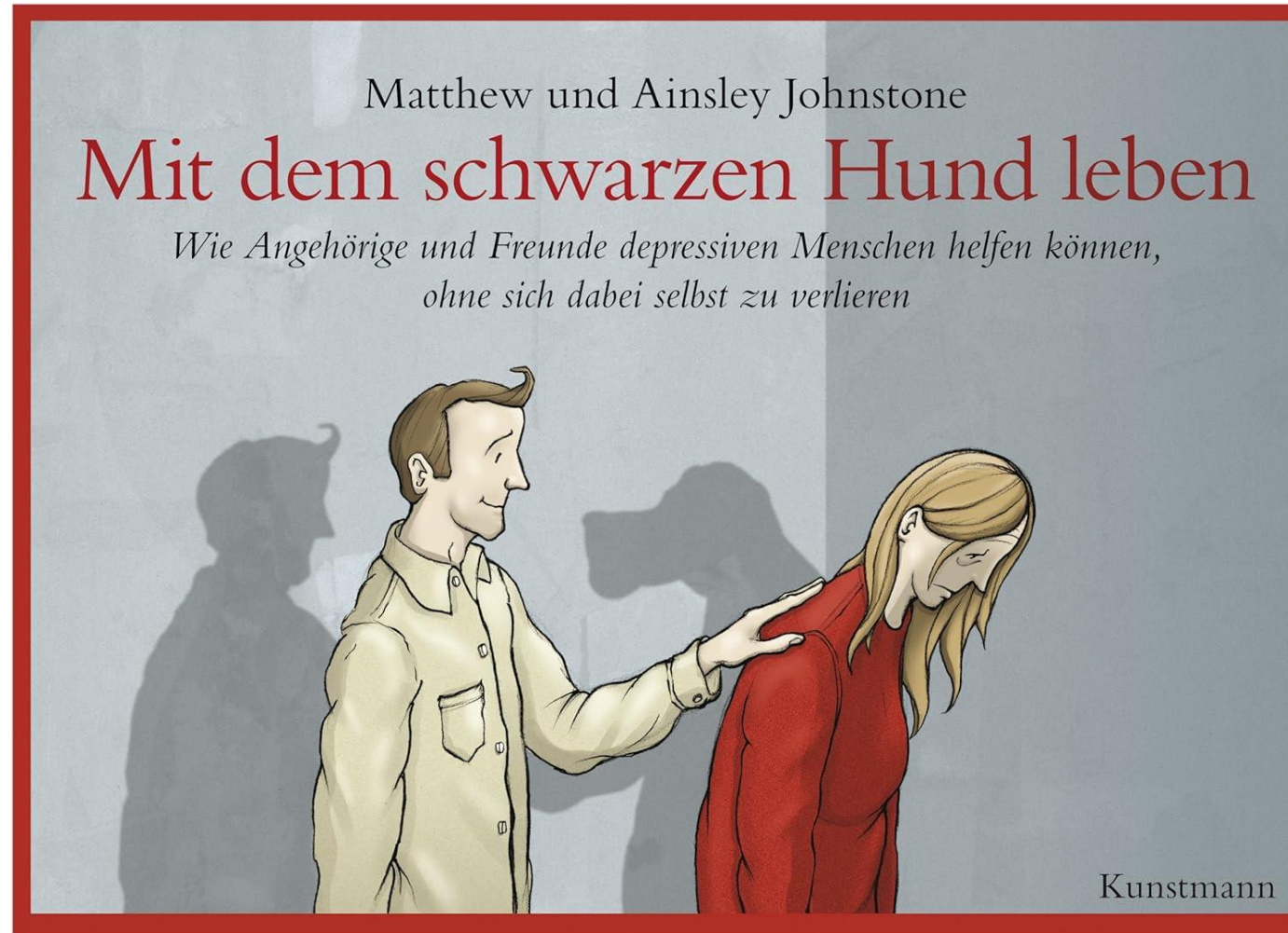


Depression assoziiert mit Anzahl Komorbiditäten

Abb.1 ► Prävalenz einer Depression in Abhängigkeit von der Zahl komorbider Erkrankungen. % (W) Patienten mit DSQ-Fragebogen, gewichtet an die Alters- und Geschlechtsverteilung der Gesamtstichprobe. OR adjustiert nach Alter und Geschlecht (signifikante Ergebnisse kursiv hervorgehoben)



Psychoedukations- Materialien



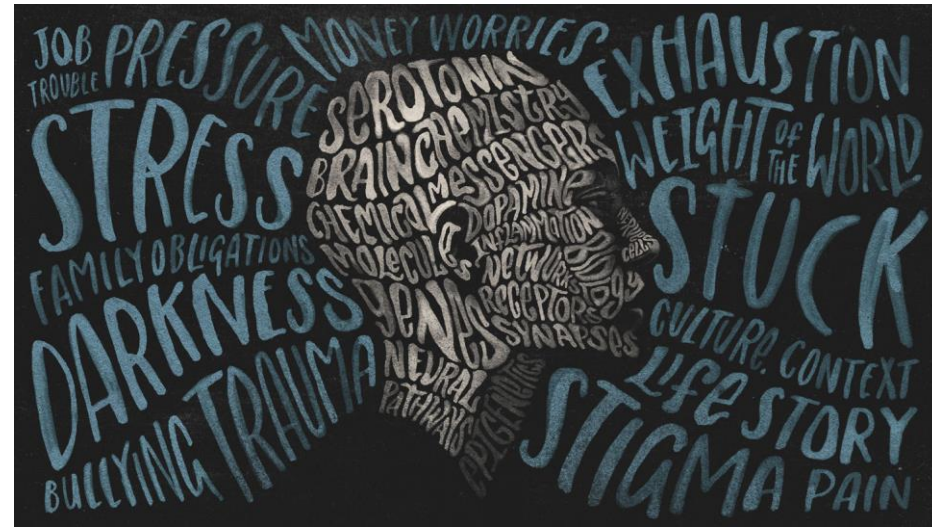
z.B. Broschüre und Video: „Der schwarze Hund“:
<https://www.youtube.com/watch?v=1UiA32Qv4yE>

Welches pharmakologische Vorgehen verspricht Erfolg?



Leitfragen

- Welches Vorgehen zeigt welche Evidenz?
 - Initial des bestmöglichen AD?
 - Wechsel des AD?
 - Dosiserhöhung des AD?
 - Kombination mehrerer ADs?
 - Augmentation? Wenn ja, mit welchem Pharmakon?
- Welchen Nutzen zeigen Stufenpläne der Behandlung?
- Welches Vorgehen ist Leitliniengerecht?



Initial Wahl des bestmöglichen Antidepressivas?

Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis

Andrea Cipriani, Toshiaki A Furukawa, Georgia Salanti, John R Geddes, Julian P T Higgins, Rachel Churchill, Norio Watanabe, Atsuo Nakagawa, Ichiro M Omori, Hugh McGuire, Michele Tansella, Corrado Barbui

Summary

Lancet 2009; 373: 746–58

Published Online

January 29, 2009

DOI:10.1016/S0140-

6736(09)60046-5

See [Comment](#) page 700

Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy (A Cipriani PhD, C Barbui MD, Prof M Tansella MD); Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan (Prof T A Furukawa MD, NWatanabe PhD, I M Omori PhD); Department of Hygiene and Epidemiology, University of Ioannina School of Medicine, Greece (G Salanti PhD); Department of Psychiatry, University of Oxford, UK (A Cipriani, Prof J R Geddes MD); MRC Biostatistics Unit Institute

Background Conventional meta-analyses have shown inconsistent results for efficacy of second-generation antidepressants. We therefore did a multiple-treatments meta-analysis, which accounts for both direct and indirect comparisons, to assess the effects of 12 new-generation antidepressants on major depression.

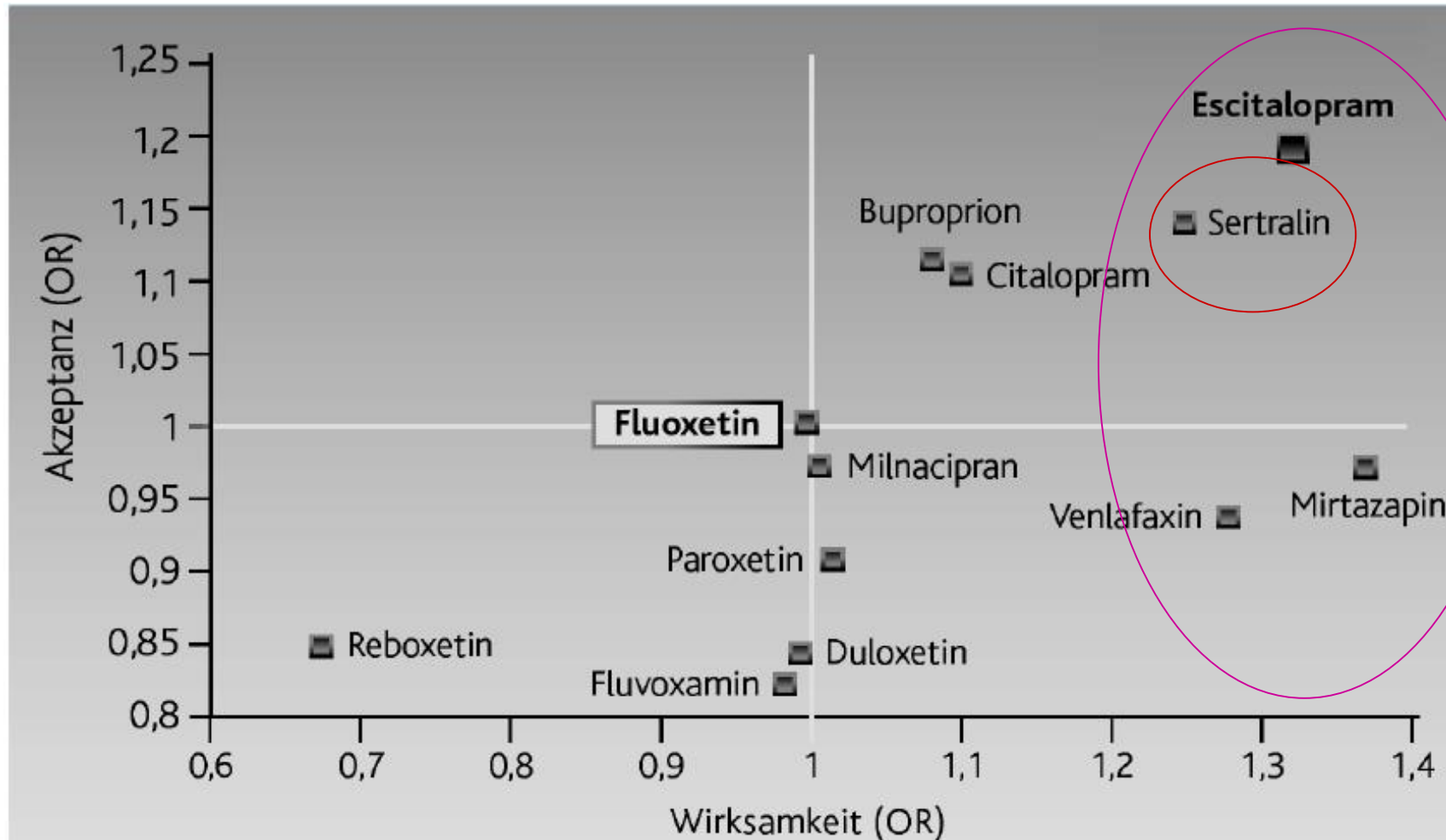
Methods We systematically reviewed 117 randomised controlled trials (25 928 participants) from 1991 up to Nov 30, 2007, which compared any of the following antidepressants at therapeutic dose range for the acute treatment of unipolar major depression in adults: bupropion, citalopram, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, milnacipran, mirtazapine, paroxetine, reboxetine, sertraline, and venlafaxine. The main outcomes were the proportion of patients who responded to or dropped out of the allocated treatment. Analysis was done on an intention-to-treat basis.

Findings Mirtazapine, escitalopram, venlafaxine, and sertraline were significantly more efficacious than duloxetine (odds ratios [OR] 1·39, 1·33, 1·30 and 1·27, respectively), fluoxetine (1·37, 1·32, 1·28, and 1·25, respectively), fluvoxamine (1·41, 1·35, 1·30, and 1·27, respectively), paroxetine (1·35, 1·30, 1·27, and 1·22, respectively), and reboxetine (2·03, 1·95, 1·89, and 1·85, respectively). Reboxetine was significantly less efficacious than all the other antidepressants tested. Escitalopram and sertraline showed the best profile of acceptability, leading to significantly fewer discontinuations than did duloxetine, fluvoxamine, paroxetine, reboxetine, and venlafaxine.

Interpretation Clinically important differences exist between commonly prescribed antidepressants for both efficacy and acceptability in favour of escitalopram and sertraline. Sertraline might be the best choice when starting treatment for moderate to severe major depression in adults because it has the most favourable balance between benefits, acceptability, and acquisition cost.

Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis

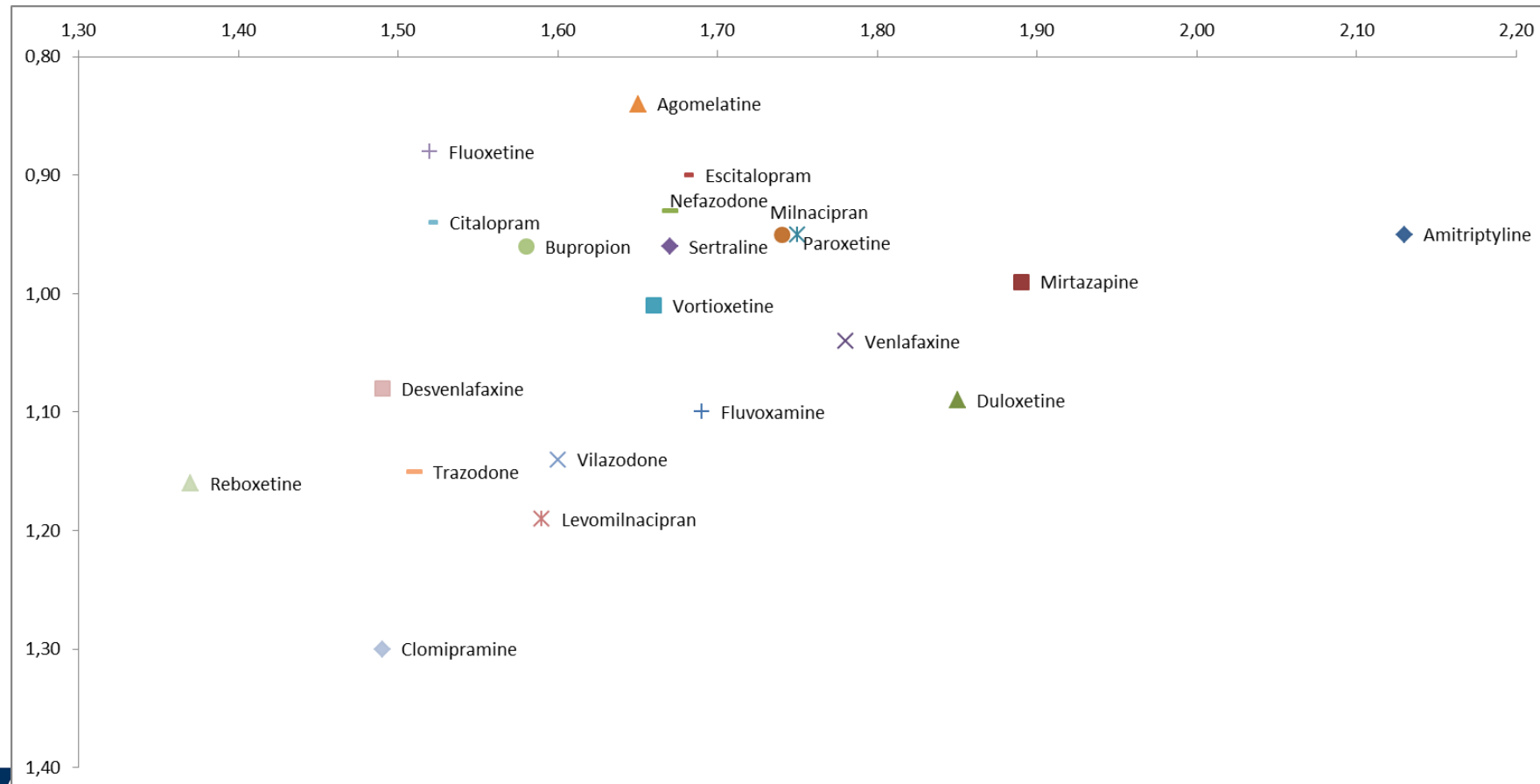
Andrea Cipriani, Toshiaki A Furukawa, Georgia Salanti, John R Geddes, Julian P T Higgins, Rachel Churchill, Norio Watanabe, Atsuo Nakagawa, Ichiro M Otori, Hugh McGuire, Michele Tansella, Corrado Barbui



Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis



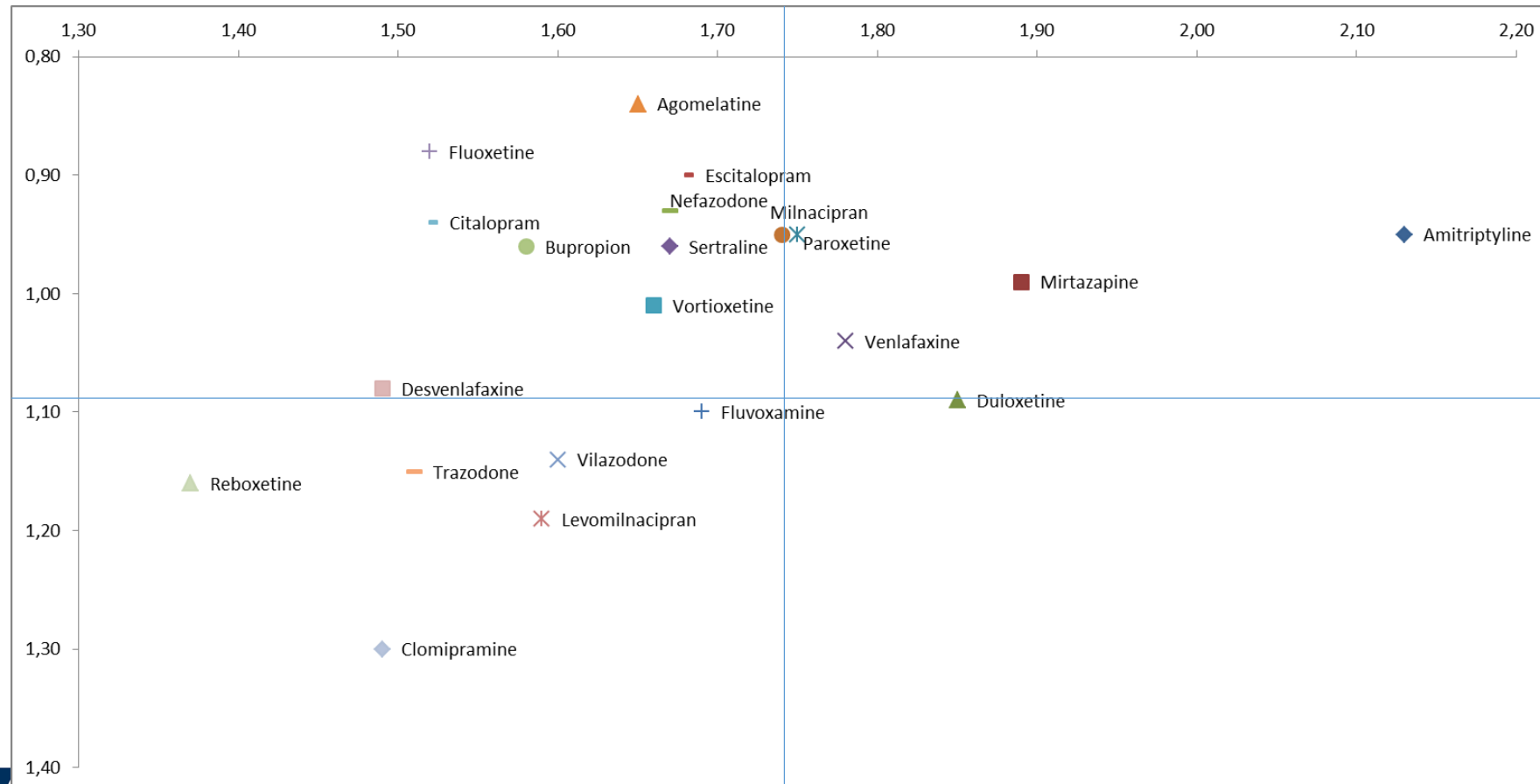
Andrea Cipriani, Toshi A Furukawa*, Georgia Salanti*, Anna Chaimani, Lauren Z Atkinson, Yusuke Ogawa, Stefan Leucht, Henricus G Ruhe, Erick H Turner, Julian P T Higgins, Matthias Egger, Nozomi Takeshima, Yu Hayasaka, Hissei Imai, Kiyomi Shinohara, Aran Tajika, John P A Ioannidis, John R Geddes



Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis



Andrea Cipriani, Toshi A Furukawa*, Georgia Salanti*, Anna Chaimani, Lauren Z Atkinson, Yusuke Ogawa, Stefan Leucht, Henricus G Ruhe, Erick H Turner, Julian P T Higgins, Matthias Egger, Nozomi Takeshima, Yu Hayasaka, Hissei Imai, Kiyomi Shinohara, Aran Tajika, John P A Ioannidis, John R Geddes



Ausschluss „Pseudotherapieresistenz“

Mögliche Ursachen von Pseudotherapieresistenz:

1. Diagnostische Probleme
 - 1.1 Fehldiagnose einer anderen psychiatrischen Erkrankung als Depression
 - 1.2 Unerkannte psychiatrische Komorbidität, die die Depression aufrechterhält
 - 1.3 Fehldiagnose einer somatischen Erkrankung als Depression
 - 1.4 Unerkannte somatische Komorbidität, die die Depression aufrechterhält
 - 1.5 Pharmakogen verursachte Depression
2. Inadäquat durchgeführte antidepressive Behandlung (z. B. zu kurz, ungeeignete Dosis, ungeeignetes Therapieverfahren)
3. Non-Compliance des Patienten
4. (Unerkannte) psychosoziale Faktoren, die die Depression verursachen oder aufrechterhalten
5. Hoher sekundärer Krankheitsgewinn des Patienten

Serumspiegelkontrolle

1. Durch Blutspiegelbestimmung aufzuklären:
 - Non-Compliance
 - unzureichende Dosis
 - genetisch bedingter beschleunigter Metabolismus (ultra rapid metabolizer, UM) (s. Kap. 3.1.4)
 - genetisch bedingter verlangsamter Metabolismus (poor metabolizer, PM) (s. Kap. 3.1.4)
 - verlangsamter Metabolismus durch Arzneimittelwechselwirkung
 - beschleunigter Metabolismus durch Rauchen oder Begleitmedikamente
 - Absorptionsstörung

Bschor T, Behandlungsmanual therapieresistente Depression

Serumspiegelkontrolle

Maßnahmen bei Nichtansprechen

Serumspiegelbestimmung und Therapeutisches Drug-Monitoring

3-23

Spricht ein Patient nach 3-4 Wochen nicht auf eine Antidepressivamonotherapie an, sollten zunächst Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören gegebenenfalls die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel.

0

Zwischenfazit

Definition therapieresistente Depression

- Keine Response (z.B. < 50% Red. HDRS)
- bei ausreichender Dosis und Dauer (ca. 4 Wochen)
- Komplizierende Faktoren geprüft (und ggf. adressiert)
- wenn sinnvoll TDM (Serumspiegel) durchgeführt und im therapeutischen Bereich

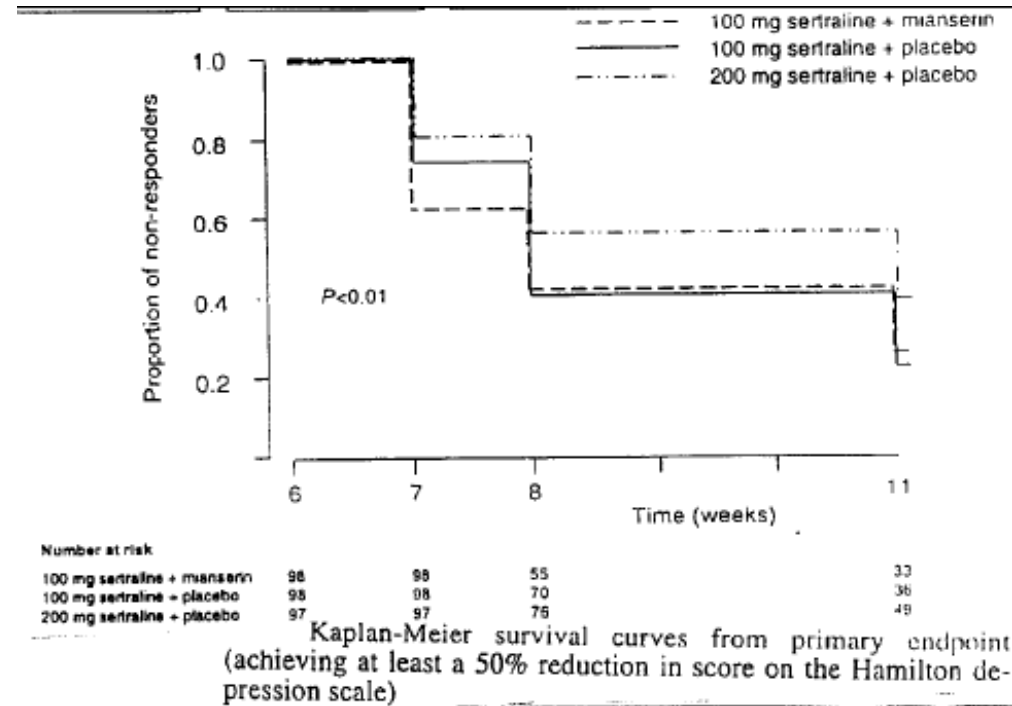
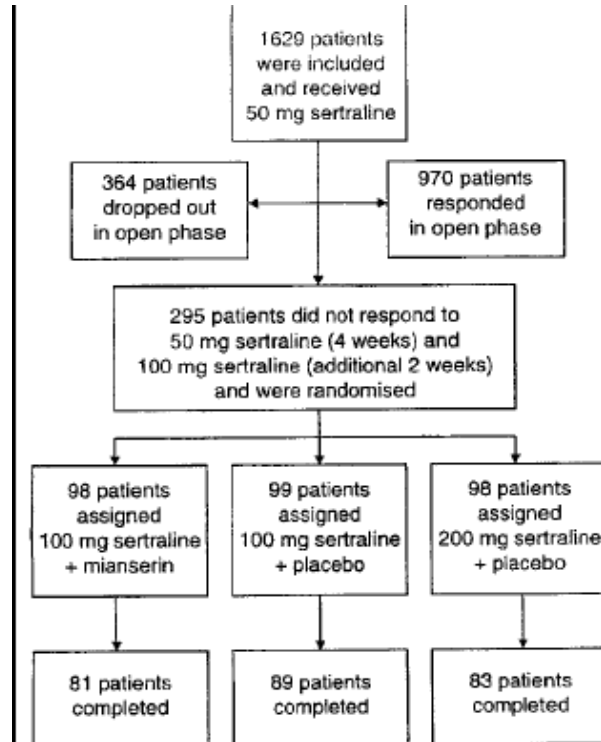
= (initial) therapieresistente Depression

Empfehlung/Statement	Empfehlungs- grad
2-11 Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden.	0

Strategien bei Therapieresistenz

Dosiserhöhung des initial
verabreichten AD?

Hochdosisbehandlung



Licht und Qvitzau: *Psychopharmacology* (2002) 161:143-151

ORIGINAL PAPER

Mazda Adli · Christopher Baethge · Andreas Heinz · Nicolas Langlitz · Michael Bauer

Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review

Received: 22 April 2004 / Accepted: 8 February 2005 / Published online: 29 April 2005

■ **Abstract** *Background* Maximizing the dose of antidepressants is widely recommended in cases of non-response to medium-dose treatment. However, scientific evidence supporting high-dose treatment is scarce. Systematic studies comparing dose escalation with alternative strategies for refractory depression (i. e. augmentation or change of compound) are lacking. The aim of this publication is to review available direct and indirect evidence concerning dose increase of antidepressants after a medium-dose trial has failed. *Method* We performed a systematic literature search of Medline

ing other selective compounds are insufficient to allow any definitive conclusion on the benefit of high-dose treatment. *Conclusions* Based on available data high-dose antidepressant treatment of patients refractory to medium-dose treatment is recommended for tricyclic compounds but not for SSRI. Some data suggest beneficial efficacy of ultra-high doses of the irreversible MAO-I tranylcypromine. Research on other substance groups is limited and inconclusive. Prospective studies comparing dose escalation with alternative strategies for treatment of non-responding patients are needed

ORIGINAL PAPER

Mazda Adli · Christopher Baethge · Andreas Heinz · Nicolas Lang

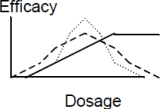
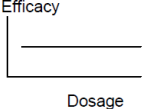
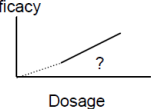
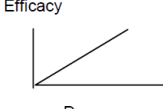
Is dose escalation of antidepressants a
after a medium-dose treatment has failed?

A systematic review

Received: 22 April 2004 / Accepted: 8 February 2005 / Published online: 29 April 2005

Abstract *Background* Maximizing the dose of antidepressants is widely recommended in cases of non-response to medium-dose treatment. However, scientific evidence supporting high-dose treatment is scarce. Systematic studies comparing dose escalation with alternative strategies for refractory depression (i. e. augmentation or change of compound) are lacking. The aim of this publication is to review available direct and indirect evidence concerning dose increase of antidepressants after a medium-dose trial has failed. *Method* We performed a systematic literature search of Medline

including of any dose treatment dose a medium compo special ef I tran is limit ing do ment

	Tri-/Tetracyclic Antidepressants	SSRI	MAO Inhibitors	Other
Dose-efficacy relationships				
Comments	Evidence for the effectiveness of high-dose treatment mainly from comparative dose studies and therapeutic drug monitoring (TDM) studies.	High dose treatment => more side effects without increase of efficacy TDM => reduction of dosage without loss of efficacy [59]	Ultra-high dose treatment of <i>tranylcypromine</i> => sympathomimetic (amphetaminergic) effect compensates sympatholytic side effects	Positive dose-response relationship suggested for <i>venlafaxine</i> mainly from comparative dose studies

Dosiserhöhung	
3-24	
Bei zahlreichen Antidepressiva (z. B. TZA, Venlafaxin, Tranylcypromin) kann eine sinnvolle Maßnahme bei Non-Response im Aufdosieren der Substanz im Einklang mit den Anwendungsempfehlungen des Herstellers bestehen. Dies gilt nicht für SSRI.	0

Strategien bei Therapieresistenz

Wechsel des Medikamentes - Switching?

Switching

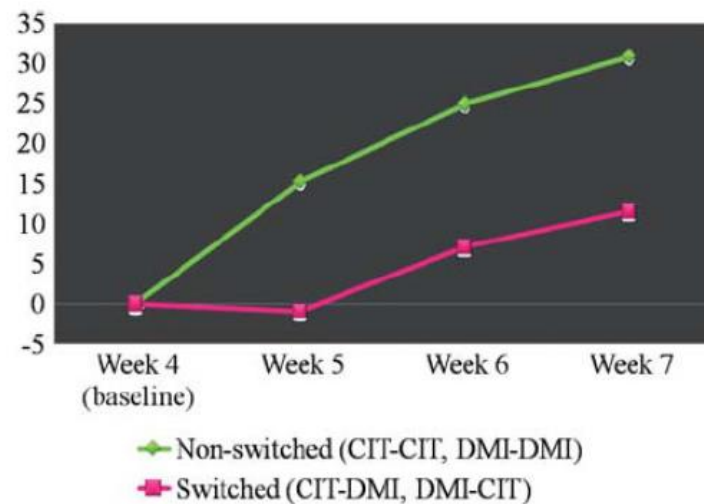


Figure 3. Percentage of decrease in HRSD scores during the second phase of the trial in treatment continuation versus switched patients (baseline without LOCF) (CIT, citalopram; DMI, desipramine).

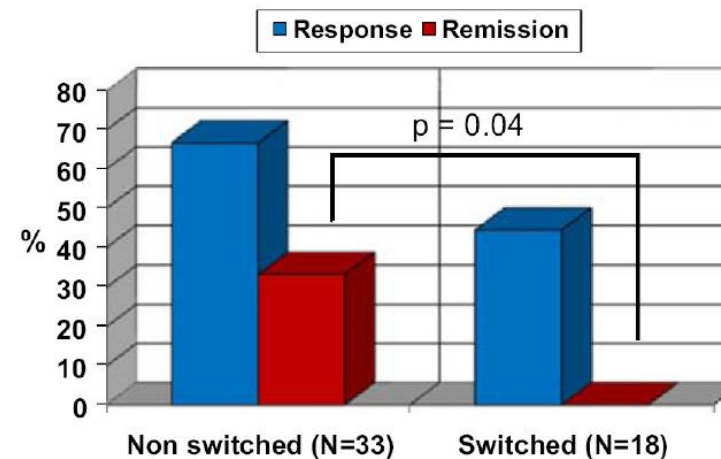


Figure 2. Treatment continuation versus switch and response/remission rate. Continuation with the same treatment was associated with a higher remission rate ($P = 0.04$).

Review

No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy

Bschor T, Baethge C. No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy.

Objective: Switching antidepressants is a common strategy for managing treatment-resistant depressed patients. However, no systematic reviews have been conducted to date.

Method: We systematically searched MEDLINE/EMBASE/Cochrane Central Register of Controlled Trials and additional sources. We included double-blind studies of patients with depressive symptomatology who were not responding to initial antidepressant monotherapy and were subsequently randomized to another antidepressant or to continue the same antidepressant. Results were pooled for meta-analysis of response + remission rates using a fixed-effects model.

Results: A total of three studies were included. Switching to another antidepressant was not superior to continuing the initial antidepressant in any of these studies. Our meta-analysis showed no significant advantages to either strategy and no significant heterogeneity of results [OR for response rates: 0.85 (95% CI: 0.55–1.30) favoring continuing].

Conclusion: There is a discrepancy between the published evidence and the frequent decision to switch antidepressants, indicating an urgent need for more controlled studies. Pending such studies we recommend that physicians rely on more thoroughly evaluated strategies.

T. Bschor^{1,2}, C. Baethge³

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Jewish Hospital of Berlin, Berlin, ²Department of Psychiatry, University Hospital, Technical University of Dresden, Dresden and ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne Medical School, Cologne, Germany

Key words: antidepressant; changing; depression; switching; treatment-resistant depression

Tom Bschor, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Jewish Hospital of Berlin, Heinz-Galinski-Str. 1, D-13347 Berlin, Germany.

E-mail: bschor@mailbox.tu-dresden.de

Accepted for publication July 14, 2009

Review

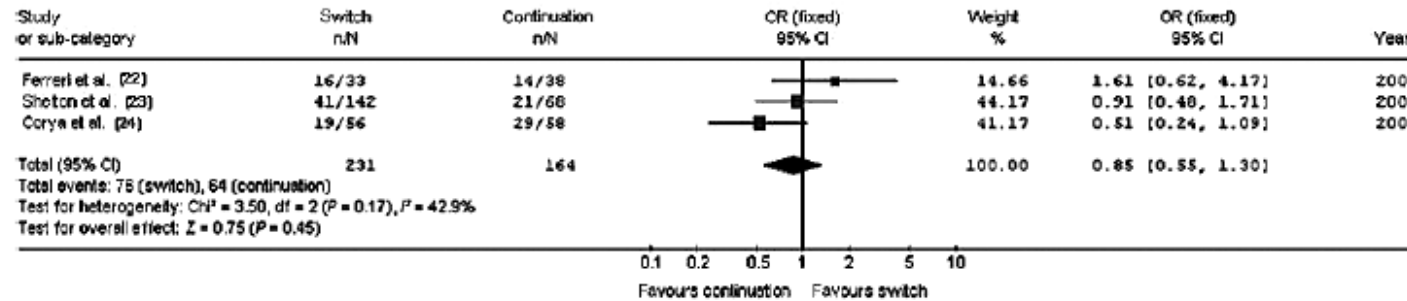
No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic

Response rate

Switching the antidepressant

(a)

Comparison: 01 switch versus continuation
 Outcome: 01 response rates, Fixed effects model



Wechsel des Antidepressivums („Switching“)	
3-29 Beim Wechsel zwischen Antidepressiva sollten wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.	B
3-30 Der Wechsel des Antidepressivums ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden.	B
3-31 Bei der Umstellung von SSRIs, SNRI und Clomipramin auf MAO-Hemmer ist ein ausreichender Sicherheitsabstand von 2 Wochen, bei Fluoxetin von 5 Wochen zu berücksichtigen. Eine Kombination der MAO-Hemmer mit diesen Antidepressiva ist kontraindiziert.	Statement

Strategien bei Therapieresistenz

Kombination zweier Antidepressiva?

AD Kombination

Theoretische Überlegungen:

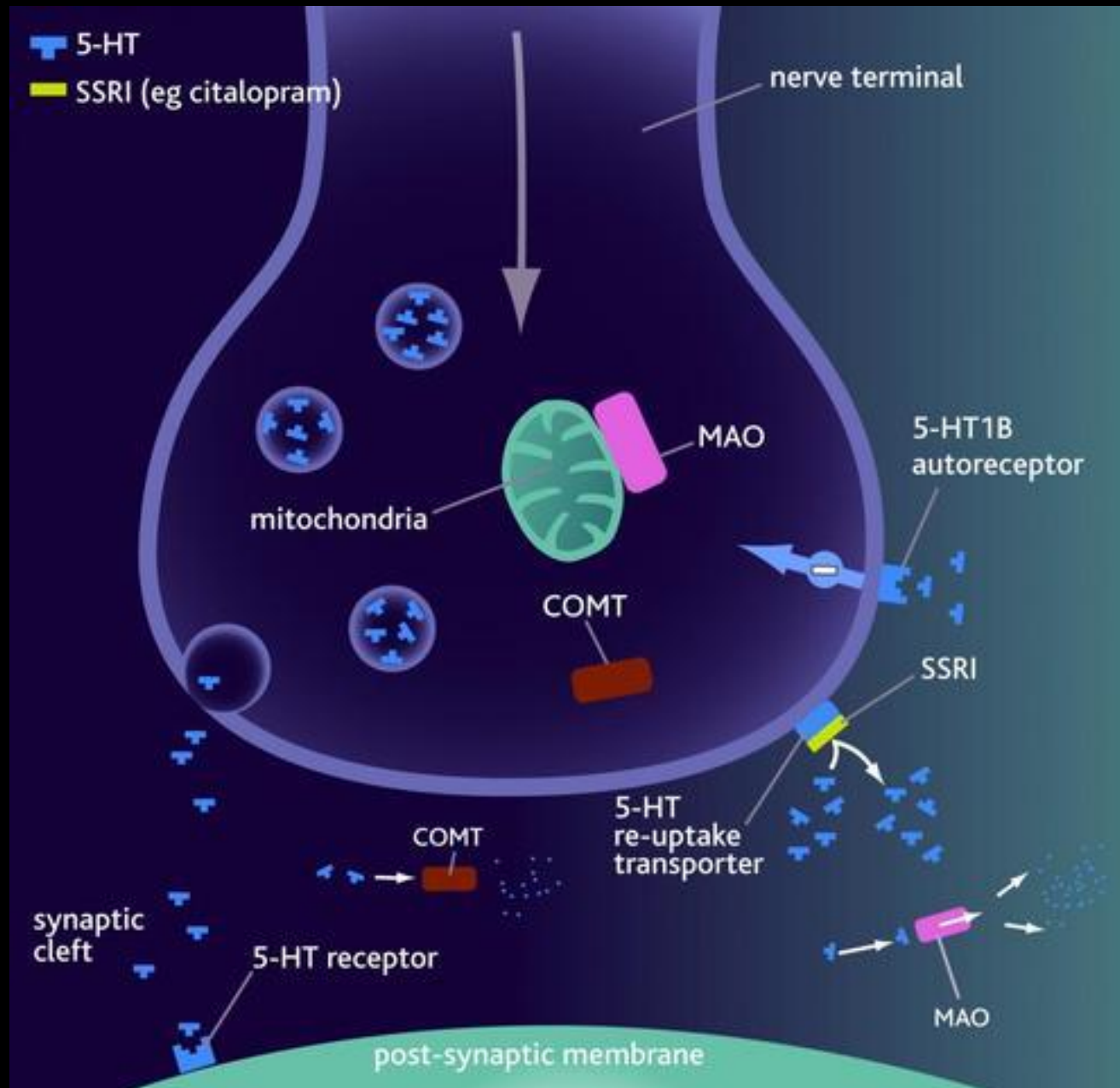
- Wenn Kombination dann ADs mit unterschiedlichen Wirkmechanismen
 - 1. Unterschiedliche Wirkungen Serotonerg / Noradrenerg
 - 2. Unterschiedliche Ansatzpunkte / Wirkorte an der Synapse
- Gleiche Wirkmechanismen eher Hochdosisbehandlung

Vorteile:

- Initiales AD nicht >
- Partialeffekte nicht verloren
- Keine Absetzeffekte
- mehr Zeit für Wirkeintritt

Nachteile:

- Erhöhte NW-Rate
- Interaktionen
- Reduktion Compliance



A Double-blind, Placebo-controlled Study of Antidepressant Augmentation with Mirtazapine

Linda L. Carpenter, Sarah Yasmin, and Lawrence H. Price

Background: A previous pilot study of open-label mirtazapine augmentation conducted by the authors in 20 depressed patients yielded a 55% response rate at week 4. A double-blind controlled trial was undertaken to further

ment of central noradrenergic and 5-HT₁ serotonergic neurotransmission via blockade of α_2 -adrenergic auto- and heteroreceptors, without activity at the serotonin trans-

Beste Evidenz (Anzahl Studien) für TZA oder SSRI plus Mianserin oder Mirtazapin

evaluation of mirtazapine augmentation in patients with persistent major depression despite adequate antidepressant monotherapy were randomized to receive 4 weeks of mirtazapine or placebo augmentation. Mirtazapine was begun at 15 mg at bedtime, with possible titration to 30 mg at bedtime per physician's discretion after week 1.

nor release of norepinephrine. Norepinephrine subsequently stimulates excitatory α_1 -adrenergic receptors on serotonergic cell bodies in the raphe nuclei, potentiating serotonin release. With long-term administration, mirtazapine is thought to increase serotonergic neurotransmission

Antidepressiva-Kombination

3-32

Bei einem Patienten, der auf eine Antidepressivamonotherapie nicht respondiert hat, kann als einzige Antidepressivakombination die Kombination von Mianserin (unter Berücksichtigung des Agranulozytoserisikos) oder Mirtazapin einerseits mit einem SSRI oder einem TZA andererseits empfohlen werden. Nur für diese Kombination wurde in mehreren randomisierten und doppelblinden Studien gezeigt, dass sie wirksamer ist als die Monotherapie mit nur einem der Wirkstoffe.

Statement

Key Words: Mirtazapine, refractory depression, treatment, augmentation, antidepressants, resistant

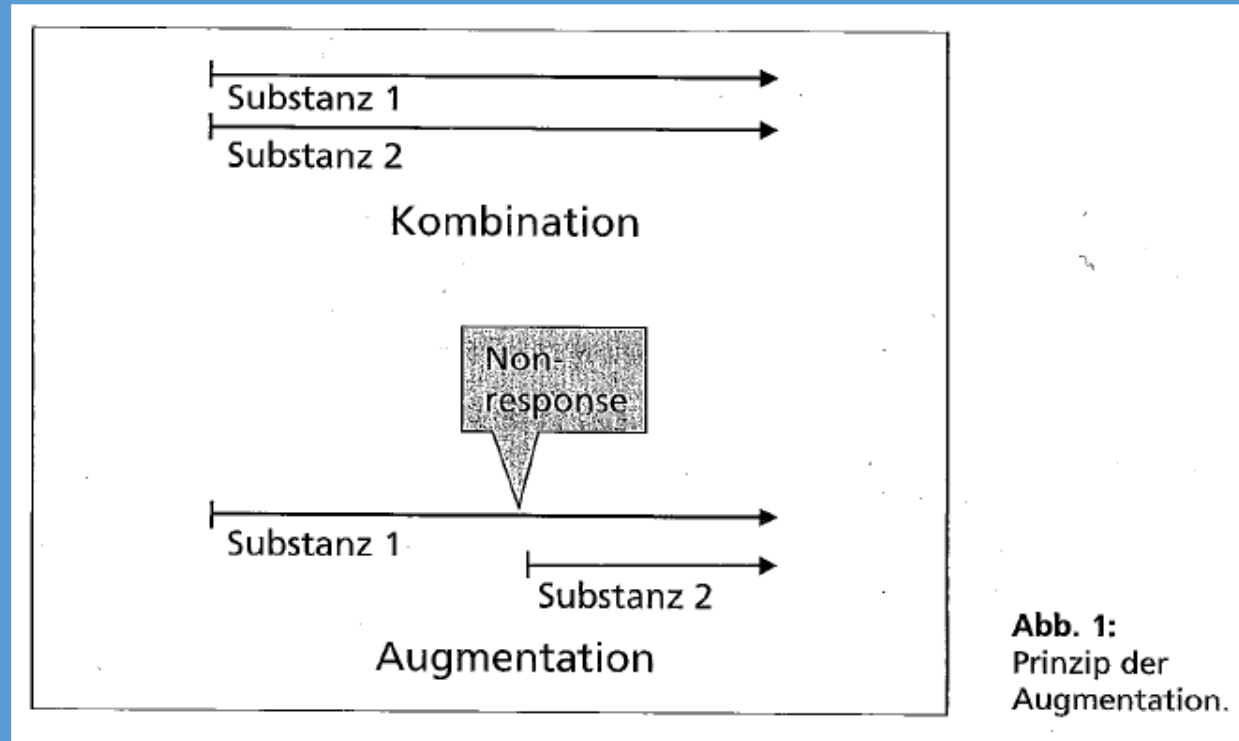
(MD) despite adequate antidepressant monotherapy yielded a 55% response rate at week 4 (Carpenter et al 1999a). Based on these results, a controlled trial was undertaken to further evaluate the efficacy and safety of mirtazapine augmentation.

Strategien bei Therapieresistenz

Augmentation?

Definition Augmentation

Die zur Augmentation (lat. augmen = Vermehrung) hinzugefügte Substanz 2 soll durch eine spezifische Interaktion / Zusammenwirkung mit Substanz 1 ein therapeutisches Ansprechen erreichen, das mit der Monotherapie nicht erzielt wurde.



Lithium-Augmentation

Tab. 1: Evidenzgrade der verschiedenen antidepressiven Augmentationsverfahren
(World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP; Bauer et al. 2002)

• Lithium	A
• Trijodthyronin (T3)	B
• Thyroxin	C
• Bupropion	C
• Pindolol	C
• Antikonvulsiva	C
• Östrogen	C
• Dopaminagonisten/Psychostimulanzien	C
• atypische Neuroleptika	C

Lithium-Augmentation

Augmentation	
3-25 Ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium sollte vom erfahrenen Arzt bei Patienten erwogen werden, deren Depression auf Antidepressiva nicht angesprochen hat.	B
3-26 Wenn bei einem Patienten 2-4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden.	KKP
3-27 Patienten, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprechen, sollten unter diesem Regime für mindestens 6 Monate bleiben.	B

Abstract

Seroquel Prolong® as add-on treatment for major depressive episodes: results from clinical studies

Stuart Montgomery MD

Emeritus Professor of Psychiatry of Imperial College,
University of London, UK

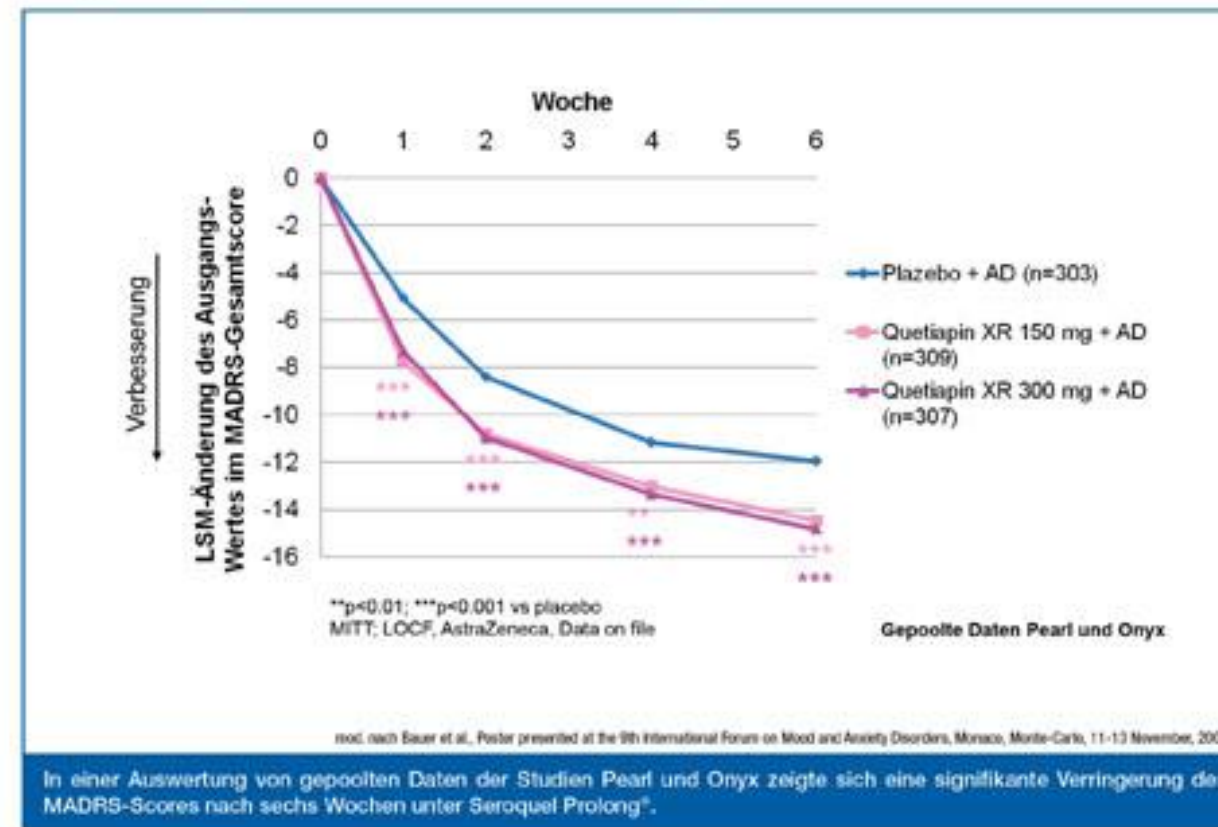
There has been a variety of algorithms. The studies, defining different anti-depressive classes of anti-

Following a controlled EU as add-on double-blind antidepressant treating depressive from one week and for response

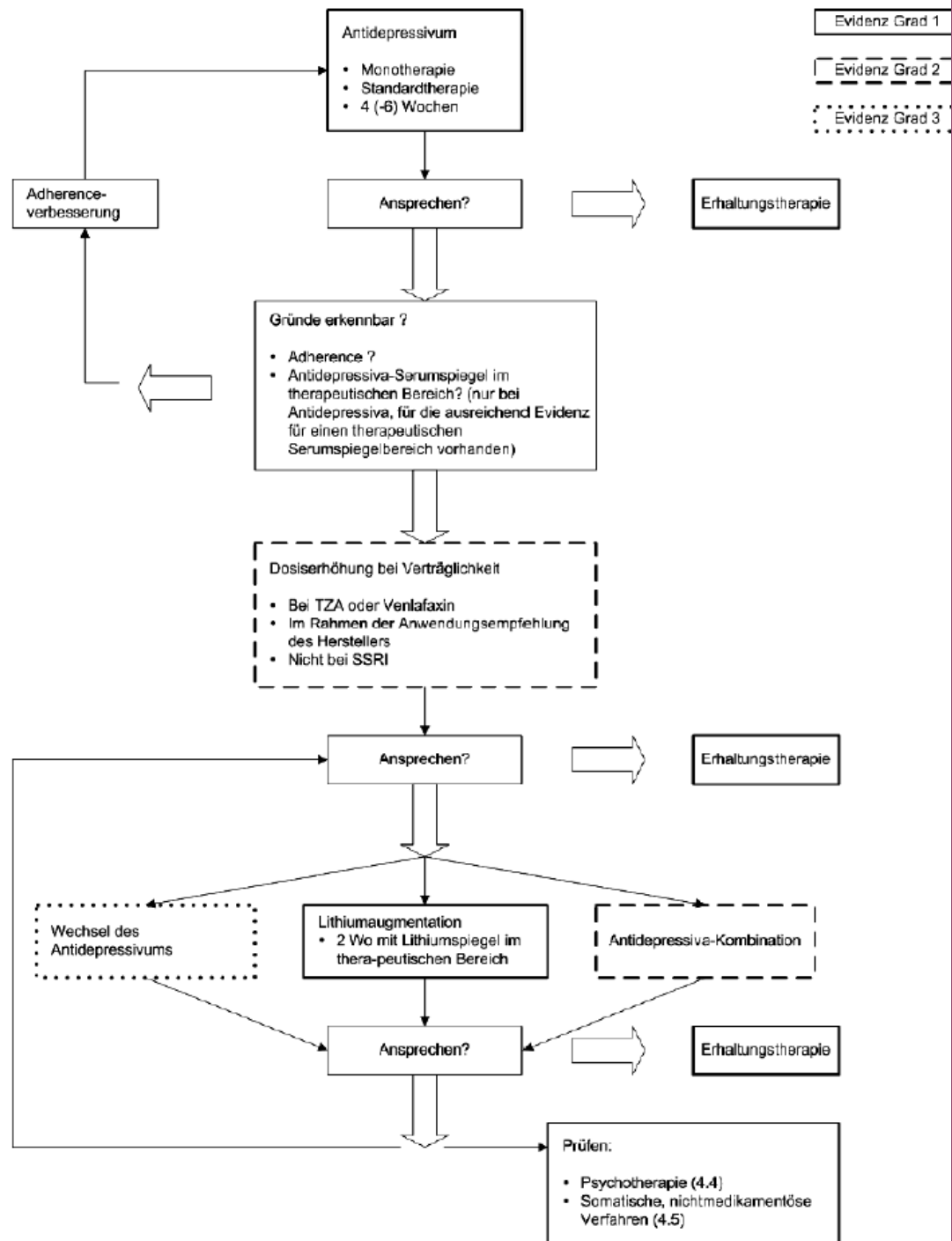
In a recent controlled more effective demonstrated resistant MDD

Quetiapine XR response to depressive disorder.

Major Depression: Veränderung MADRS-Gesamtscore



AZIB-SER-9510/10



Zusammenfassung

- Evidenz-basierte Auswahl (Wirkstärke / Akzeptanz) AD ist möglich
- Serumspiegel wo etabliert hilfreich und leitliniengerecht
- Monitoring des Verlaufs (Skalen) sehr hilfreich und wegweisend
- ausreichende Dauer AD vor Beurteilung Therapieresistenz
- Dosisescalation Evidenz nur für TZA u. Venlafaxin (MAO-H)
 - Nicht bei SSRIs!
- Evidenz für Kombination nur SSRI / TZA mit Mirtazapin (Mianserin)
- Augmentation: Beste Evidenz für Lithium - leitliniengerecht
- Augmentation mit Quetiapin (Seroquel prolong)) Zulassung gegeben
- planvolles stufiges Vorgehen ist TAU überlegen



Traumafolgestörungen

Magdeburg nach dem Attentat

- **Psychosoziale Akuthilfe (PSAH)** als Teil des MANV-Konzeptes der UMMD
→ in den letzten 3 Jahren schrittweise aufgebaut
- ab ca. 20h einsatzbereit - mit bis zu 25 Kräften in der Nacht aktiv
- Einrichtung Spezialambulanz an der Psychosomatischen Medizin der UMMD
- bis heute insgesamt > 600 Betroffene an UMMD unterstützt, beraten, behandelt
- aufgrund Art des Traumas hoher Bedarf an Therapie für PTBS und andere Traumafolgestörungen zu erwarten

Psychosoziale Notfallhilfe der Universitätsmedizin Magdeburg

Für Angehörige und Betroffene haben wir in Haus 8, Ebene 4 eine psychologische Betreuung eingerichtet.

Die psychosoziale Notfallhilfe der Universitätsmedizin Magdeburg ist aktuell zwischen 8h und 21h über die ☎️ 0391/67 25380 erreichbar.

Zwischen 21h und 8h erfolgt die Vermittlung an die Psychosoziale Notfallversorgung über unsere Zentrale Notaufnahme des Universitätsklinikums.

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MAGDEBURG



Relevanteste ▾

**Karsten Geibel-Heeb** • 3.+

Safety Engineer/-Advisor in the area of energy, (security of) su...

1 Monat ...

Nicht nur die Krise professionell abgearbeitet und kommuniziert, auch die Nachsorge professionell organisiert...! Ein gutes Vorbild für alles weitere was so kommen mag....?!

Gefällt mir • 6 | Antworten

**Jörg Franke** • 2.

Chefarzt bei KLINIKUM Magdeburg gGmbH

1 Monat ...

Sehr gut initiative danke

Gefällt mir • 6 | Antworten

**Katharina Halbrucker** • 2.

Medizinpädagogin M. Ed., Gesundheits- und Kinderkrankenpfll...

1 Monat ...

Professionell ❤️ Beispiellos ❤️ Menschlich

Gefällt mir • 3 | Antworten

**Marianne H.** • 3.+

mag die Arbeit am & mit Menschen

1 Monat ...

Solche Angebote sollten verpflichtend sein für jedes Helferpersonal!
Schon zu oft habe ich da Emotionsabsplattung wahrgenommen.

Gefällt mir | Antworten

**Kirstin Ruttmann** • 2.

Transforming Healthcare: Where Compassion Meets Excellence!

1 Monat ...

Innovative Initiative die Betreuung rund um Krisensituationen in Form einer Ambulanz anzubieten. Professionell und mit Chance auf Nachhaltigkeit und wachsender Erfahrung/Lerneffekten.

Gefällt mir • 1 | Antworten

**Florentine Arndt** • 3.+

Beschäftigte im allgemeinen Verwaltungsdienst

1 Monat ...

Gibt es sowas auch in Hannover?

Gefällt mir | Antworten

**Annett Tolzmann** • 3.+

Führungskraft mit Leidenschaft für Menschen

1 Monat ...



#UMMD #TeamUMMD #Hilfsangebot #psychischeBelastung

Spezialambulanz der Universitätsmedizin Magdeburg für Betroffene, Angehörige, Rettungs- und Einsatzkräfte mit psychischer Belastung

Wo?

Psychosomatische Ambulanz
Haus 8, Ebene 4
Universitätsklinikum Magdeburg

Erreichbarkeit:

Bis zum 07.01.25

Telefon: 0391/67-25380

Sprechzeiten: täglich auch an den Feiertagen 8:00 – 21:00

Ab dem 07.01.25

Telefon: 0391/67-14251

Sprechzeiten: arbeitstäglich 8:00 – 16:00

UNIVERSITÄTSMEDIZIN

MAGDEBURG

426

9 Kommentare • 61 direkt geteilte Beiträge

Gefällt mir

Kommentar

Teilen

Senden

**Prof. Dr. med. Florian Junne, M.Sc. IHP (LSE)** • Sie

Chair & Director University Clinic for Psychosomatic Medicine and P...

1 Monat • 1

...

Viel positive Reaktionen und
Anerkennung auch aus der Stadt
und dem Bundesgebiet

www.kpsm.ovgu.de

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie

- Ambulante Beratung, Diagnostik, Therapie
- Tagesklinische Behandlung
- Stationäre Behandlung
- Psychoonkologie (Krebszentren der UMMD)
- Krebsberatungsstelle



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A. Ö. R.



Suchbegriff



UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

FÜR PATIENTEN | TEAM | ZUWEISER | LEHRE | FORSCHUNG | KARRIERE | AKTUELLES

DIREKTLINKS ▾

Home > Für Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen auf den Seiten der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Magdeburg!

Wenn Sie eine **erste Beratung** oder **spezialisierte Diagnostik** bei uns in Anspruch nehmen wollen, wenn Sie **ambulante Therapie**, **tagesklinische** oder **stationäre Behandlung** suchen, kontaktieren Sie uns gerne auch vorab telefonisch unter:

Chefsekretariat

Tel.: >0391-67-14200

Wir stehen für Ihre Fragen sehr gerne zur Verfügung!

Erste Informationen finden Sie in unseren Flyern:

[>Download Ambulanzflyer](#)

[>Download Klinikflyer](#)

In den nachstehenden Rubriken finden Sie Informationen zu unseren verschiedenen Klinikbereichen.

Ihr Team der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



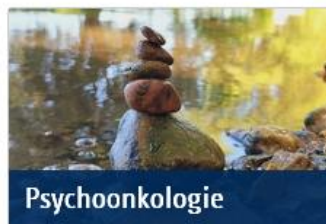
Ambulanz



Station



Tagesklinik



Psychoonkologie



Krebsberatung



Patientenstimmen

Kontakt ▾

**Universitätsklinikum
Magdeburg A.ö.R.**
Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Florian Junne, M. Sc.
IHP (LSE)

Chefsekretariat
Kathlen Scholz
Tel.: >0391-67-14200
Fax: 0391-67-14202
kpsm@med.ovgu.de

Anmeldung ▶

Ambulanz ▶

Station ▶

Tagesklinik ▶



C-I-R-C

Was ist ein Trauma das psychische Folgen haben kann?

- Plötzlichkeit
- Heftigkeit (“existentielle Bedrohlichkeit”)
- Überforderung der Bewältigungsmechanismen
- Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle



Trauma ist nicht gleich Trauma

unterschiedliche Kontextfaktoren
haben Auswirkungen auf
Verarbeitung und psychische Folgen



Einteilung von Traumata

Nach

- Typ
- Schwere
- Zeitkriterium



Einteilung von Traumata: Schwere

“Big T”- Trauma:

Trauma ist existentiell und bedrohlich:

- Naturkatastrophen
- Flugzeugabsturz
- Folter
- Massive / existentielle Gewalt

“Small T”- Trauma:

Trauma mit

- Erschrecken
- Demütigung
- Peinlichkeit
- Scham

Einteilung von Traumata: Typen und Zeit (Big- T)

	“schicksalhaft”	“durch Menschen”
Typ- I Trauma (kurzdauernd)	-Verkehrsunfälle -Berufsbedingte Traumata (z.B. Feuerwehr)	- Vergewaltigung - Überfälle - Körperliche Gewalt
Typ- II Trauma (langdauernd, wiederholt)	-langanhaltende Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben)	- wiederholte körperliche Gewalt in der Kindheit - Folter, politische Gewalt - Krieg



höhere Prävalenz von Folgestörungen
Teils > 50%

Erstreaktionen: Akute Belastungsreaktion: F43.0

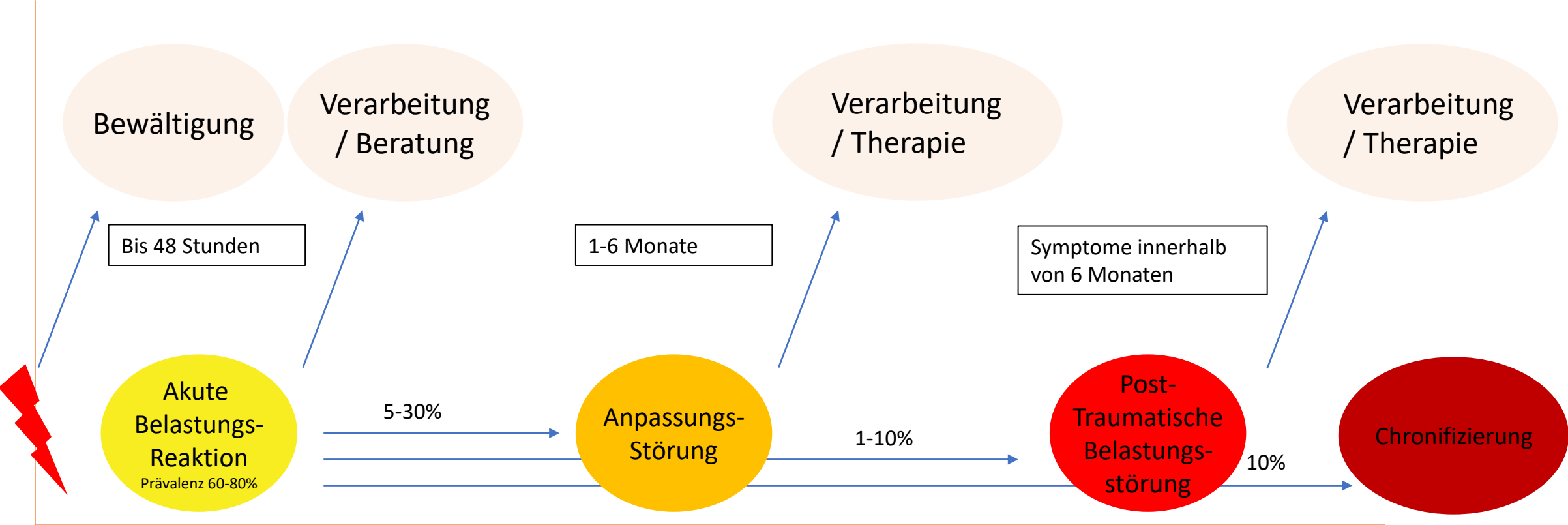
- **Erleben einer außergewöhnlichen psychischen / physischen Belastung**
- Beginn der Symptome unmittelbar nach der Belastung
- 2 Symptomkomplexe, die die Schwere definieren
 - **Vegetative Symptome / psychische Symptome / allgemeine Symptome**
 - **Rückzug/ Einengung/ Desorientierung /Ärger/ Verzweiflung/ Überaktivität/ Trauer**
- Wenn die Belastung vorübergehend ist, gehen die Symptome 8 Stunden nach dem Ereignis zurück, bei anhaltender Belastung nach 48 Stunden

Symptomatisches Mischbild:
“alles ist möglich”

Folgestörungen: Posttraumatische Belastungsstörung: F43.1

- **Belastendes Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung und im katastrophalen Ausmaß, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde**
- **Symptome:**
 1. **Intrusionen** (Nachhallerinnerungen, Albträume, “flash backs”)
 2. **Vermeidung** von reizauslösenden Erlebnissen
 3. Entweder: Amnesie oder **Hyperarousel**
- Hyperarousal: Reizbarkeit, Impulsdurchbrüche, Affektlabilität, Konzentrationsstörungen
Unruhe, Anspannung, Schlafstörungen u.a.
- Symptomentwicklung innerhalb von sechs Monaten oder protrahiert
- Zusätzlich häufig: emotionale Abgestupftheit, Scham und Schuld, Entfremdung

Einteilung von Traumafolgestörungen



Vielen DANK für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr med. Florian Junne, M.Sc. IHP (LSE)
und das Team der Psychosomatischen Medizin

Kontakt

Tel.: 0391-67-14200

Fax: 0391-67-14202

E-Mail: kpsm@med.ovgu.de

www.kpsm.ovgu.de



www.med.uni-magdeburg.de



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
MAGDEBURG