

## Therapieresistente unipolare Depression

# So gelingt die Augmentation

Ein Kommentar von Dr. Josef Hättenschwiler, Zürich

**Wir haben den Psychiater Dr. Josef Hättenschwiler gebeten, einige Aspekte rund um die unipolare depressive Störung unter der Berücksichtigung der Fragen, die seine Kollegen beantwortet haben, zu kommentieren.**

Depressionen sind sehr häufige Erkrankungen mit umfassenden Folgen sowohl für die betroffene Person als auch für ihr Umfeld.

Depressionen sind potenziell lebensbedrohlich. Bis zu 15 % der schwer depressiven Menschen sterben durch Suizid. Obwohl heute zahlreiche und wirksame Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, ist das Behandlungsergebnis im einzelnen Fall oft ungenügend. Gemäss Schätzungen der WHO dürften Depressionen weltweit bis 2030 der häufigste Grund für Invaliderität und Erwerbsunfähigkeit sein. Das muss uns alarmieren.

Die aktuelle Situation bezüglich Depressionen lässt sich wie folgt zusammenfassen: Depressionen sind sehr häufig, sie werden meist nicht oder erst nach Jahren diagnostiziert. Wenn sie diagnostiziert sind, werden sie oft nicht behandelt und wenn behandelt, dann oft nicht adäquat und nicht genügend lang. Um diesen Umständen Rechnung zu tragen, hat die Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) die Entwicklung von Behandlungsempfehlungen angeregt, welche schliess-

lich 2010 in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP) realisiert werden konnten.

Ungeachtet unserer modernen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Möglichkeiten sprechen 30 bis 50 % der unipolar Depressiven nicht oder ungenügend auf eine erste adäquat durchgeführte Behandlung an. Selbst nach mehreren Behandlungsversuchen erreichen 30 % der Betroffenen keine Remission, welche definiert ist als eine mehrmonatige Symptombefreiheit und das Wiedererreichen des psychosozialen und beruflichen Ausgangsniveaus.

### Bei Therapieresistenz Plasmaspiegel prüfen

Nun, was ist zu tun, wenn die erste Behandlung nicht greift? Wenn ein Patient auf eine antidepressive Monotherapie nicht anspricht, sollten nicht nur die Compliance, sondern auch die Dosis und allenfalls der Plasmaspiegel überprüft werden. Danach bieten sich folgende Möglichkeiten: Dosiserhöhung, Wechsel des Antidepressivums, Kombination mit einem anderen Antidepressivum oder einer spezifischen Psychotherapie, eine Augmentationstherapie oder eine nicht pharmakologische biologische Therapie wie Schlafentzug, Lichttherapie oder Elektrokrampftherapie (EKT).

Bei Scheitern einer ersten adäquat durchgeführten antidepressiven Therapie sprechen viele Studien für eine Augmentation als zweiten Schritt. Unter Augmentation versteht man die Zugabe einer zweiten Substanz mit dem Ziel, die Wirkung des Antidepressivums zu verstärken und damit die Behandlung zu optimieren. Am besten belegt als Augmentativa bei unipolaren Depressionen sind Lithium, Schilddrüsenhormone und atypische Antipsychotika. Aber auch hier gilt: Es gibt kein «one fits all». In Abhängigkeit der Vorgeschichte, des Phänotyps der depressiven Störung, deren Langzeitverlauf und der Erfahrung des Behandlers kommt eher der eine oder andere Ansatz zur Anwendung. Bestand lange Zeit die beste Evidenz für Lithium und Schilddrüsenhormone, so haben sich in den letzten Jahren die atypischen Antipsychotika langsam, aber sicher zu ebenbürtigen Optionen entwickelt.

Besonders zu erwähnen ist hierbei, dass Quetiapin XR nicht nur auf eine hervorragende Studienlage verweisen kann, sondern auch als bislang einziges atypisches Antipsychotikum in der Schweiz in dieser Indikation zugelassen ist. Schon länger setzen wir diese Substanz an unserem Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ) ein, wo wir sehr viele Menschen mit therapieresistenten Depressionen behandeln. Wir verwenden mit grossem Erfolg Queti-

pin XR in Dosen von 150 bis 300 mg, wobei die Patienten neben der antidepressiven und stimmungsstabilisierenden Wirkung auch von einer raschen entspannenden, schlafverbessernden, angst- und spannungsmildernden Wirkung profitieren. Auch wenn das Monitoring unter den atypischen Antipsychotika einfacher als bei Lithium scheint, darf nicht vergessen werden, dass deren Anwendung einer regelmässigen Kontrolle von Gewicht und metabolischen Laborparametern bedarf. Denn es kann zu Gewichtszunahme kommen und bei einigen Patienten bleibt die initial oft erwünschte Tagessedation bestehen.

### Differenzialdiagnose: Bipolare Störung

Differenzialdiagnostisch muss beim Vorliegen einer depressiven Episode immer auch an die Möglichkeit einer Bipolarität gedacht werden. Oft beginnt eine bipolare Störung mit einer oder mehreren depressiven Episoden. Gemäss einer Untersuchung von Angst et al.<sup>1</sup> wandeln sich jährlich 1,5 % der primär unipolaren Depressionen zu Bipolaren Störungen. Hypomanische Symptome werden, auch wenn schon früher vorhanden, oftmals übersehen und nur ein konkretes Nachfragen, allenfalls unter Beizug von Angehörigen, kann hier den Weg weisen. Ein hilfreiches, einfach durchzuführendes, aber noch zu wenig verbreitetes

### Kommentar



Dr. Josef Hättenschwiler

FMH Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Angst- und  
Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ) Foto: MT-Archiv

Instrument ist die Hypomanie-Checkliste (HCL-32-R2) nach Jules Angst. Damit lassen sich die meisten pseudounipolaren Depressionen als bipolare Störung diagnostizieren, was natürlich erhebliche therapeutische Konsequenzen hat. Denn spätestens jetzt sollten stimmungsstabilisierende Psychopharmaka wie z. B. Lithium, Antiepileptika (Lamotrigin) sowie atypische Antipsychotika zum Einsatz kommen.

Das Antipsychotikum Quetiapin XR verfügt hierbei über ausgezeichnete antidepressive, antipsychotische, antimanische und stimmungsstabilisierende Eigenschaften und erweist sich in der klinischen Anwendung als relativ einfach.

Dr. Josef Hättenschwiler

1. Angst J et al. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Dis* 2005; 84 (2-3): 149-157.

Die Behandlungsempfehlungen können auf den Webseiten [www.zadz.ch](http://www.zadz.ch) und [www.sgad.ch](http://www.sgad.ch) heruntergeladen werden.

Hirnforscher liefern den Beweis im MRT

Gedichte klingen wie Musik

EXETER – Was viele schon immer

Münchener Dysphagie-Test als valides Screening-Instrument nutzen

## M. Parkinson: Schluckstörungen früh erkennen

DRESDEN – Bisher gab es kein ausreichend evaluiertes Verfahren, um Schluckstörungen bei Parkinson-

gelegt bekommt und nur noch sein Kreuzchen machen muss. Die Auswertung des Fragebogens kann

Parkinson-Syndrom. Sie erhielten nach Ausfüllen des MDT-PD sowohl klinische Schluckuntersu-

Zwischen dem mittels dieser Skalen ermittelten Score und dem MDT-PD-Summenscore ergab sich eine