Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

DFP/CME: Syndromorientierte medikamentöse Therapie der Depression // Syndrome-based antidepressant therapy

Praschak-Rieder N

Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie

2020; 21 (2), 74-79

Homepage:

www.kup.at/ JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

e-Abo kostenlos

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✔ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✔ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✔ ist jederzeit abrufbar
- ✔ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✔ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✔ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✔ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

DFP LITERATUR

Syndromorientierte medikamentöse Therapie der Depression

N. Praschak-Rieder

Kurzfassung: Seit dem Eingang der Evidence-based Medicine (EBM) als Maßstab für die Wissenschaftlichkeit einer medizinischen Aussage werden die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) und Metaanalysen zur Grundlage der Pharmakotherapie der Depression gemacht. Obwohl RCTs behauptete Heilerfolge messbar machen, sind die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen durchaus kritisch zu hinterfragen. Studien zur Depression beruhen auf standardisierten Fragebögen, bei denen einzelne Symptome abgefragt und danach statistisch ausgewertet werden. Die Depression wird hier als einheitliche Krankheit gesehen, für die es folgerichtig nur eine – nämlich die statistisch gesehen erfolgreichste – Behandlung gibt. Dabei beschreiben sowohl das DSM-5 als auch das ICD-11 (gültig voraussichtlich ab 01.01.2022) zahlreiche Depressions-Subtypen, die mitunter eine unterschiedliche Herangehensweise erfordern. Hier ist es für die Behandler besonders wichtig, eine „wirklichkeitsnahe" Vorstellung einer Patientin oder eines Patienten zu entwickeln. Der Frage nach dem Kernproblem, welches die Patientin oder den Patienten am meisten belastet, kommt hier eine große Bedeutung zu.

Bei der Auswahl der Pharmakotherapie sollte man dann darauf aufbauen und nicht einfach ein Standardmedikament verordnen, auch wenn es sich schon vielfach bewährt hat. So sollte man selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) vor allem bei dominierender Ängstlichkeit, Nervosität oder Gereiztheit in Erwägung ziehen, während Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) und Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer beim anergen Depressionscluster wie Motivations- und Energiemangel, motorische Verlangsamung und Tagesmüdigkeit ihre Vorteile haben.

Schlüsselwörter: Depression, Depressions-Subtypen, RCT, SSRI, SNRI, Bupropion, Antidepressiva

Abstract: Syndrome-based antidepressant therapy. Since the introduction of evidence-based medicine (EBM) as the basis for the scientific nature of a medical statement it has become common practice to base recommendations for the pharmacotherapy of depression on the results of systematic reviews or meta-analyses of randomized controlled trials (RCTs) and high-quality single RCTs. Although RCTs aim at making therapeutic success measurable, some conclusions derived from RCTs have to be critically questioned, as results of studies on depression are based on standardized questionnaires where selected symptoms are assessed and then statistically evaluated. Depression is thus seen as a uniform disorder which should only be treated with the statistically most successful antidepressants. But both DSM-5 and ICD-11 describe numerous subtypes of depression that would require a different approach. It is thus particularly important to develop a more „realistic" concept of antidepressant therapy and to look for the individual core problem which puts the most strain on a patient.

The selection of antidepressants should then build on these core problems and not simply on a standard drug that has proven successful in RCTs and metaanalyses. For example, SSRIs should be considered first line in patients with predominant anxiety, nervousness and irritability while SNRIs and other dual or multimodal acting antidepressants have advantages in the treatment of anergic depression with lack of motivation and energy, motor retardation, and fatigue. J **Neurol Neurochir Psychiatrie 2020; 21 (2): 74–9.**

Keywords: depression, depression subtypes, RCTs, syndrome clusters, antidepressants

Lehrziel

Vermittlung von Grundlagen für eine patientenorientierte Therapie der Depression. Diskutiert wird, wie man auf Basis individueller Symptomkonstellationen einer Patientin oder eines Patienten die passende Pharmakotherapie findet.

Einleitung

„Klinische Beobachtungen sind, wie alle anderen Beobachtungen, Interpretationen im Licht der Theorien. Schon aus diesem Grund haben sie eine gewisse Tendenz, die Theorien zu unterstützen, in deren Licht sie interpretiert wurden. Aber für eine echte Stützung von Theorien brauchen wir Beobachtungen, die eigens zu ihrer Prüfung angestellt wurden, also Widerlegungsversuche." [1]. Diese Kritik Karl Poppers an der Psychoanalyse gilt wohl in gewissem Maße für die gesamte Medizin, deren Behandlungsrichtlinien ja zumeist auf den Erfahrungswerten großer Ärzte und Wissenschaftler beruhten. Um dieser berechtigten Kritik zu begegnen und Heilerfolge messbar und damit auch widerlegbar zu machen, wurde in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts das Konzept der Evidence-based Medicine (EBM) als Grundlage der Wissenschaftlichkeit medizinischer Aussagen entwickelt. Obwohl die EBM den Anspruch auf eine „patientenzentrierte Wissenschaftlichkeit" erhebt [2], beruhen ihre Evidenzen doch großteils auf der statistischen Auswertung von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Dazu sollte man aber wissen, dass die meisten RCTs die Aufgabe haben, anhand weniger, gut messbarer Parameter die Überlegenheit eines Wirkstoffes über Placebo oder eine Referenzsubstanz zu „beweisen".

Das Wort „beweisen" steht deshalb in Anführungszeichen, da ein Beweis in der Natur- oder empirischen Wissenschaft gar nicht möglich ist. Die Ergebnisse einer Arbeit stützen oder widerlegen lediglich eine Arbeitshypothese, die auf Basis älterer Hypothesen erstellt wurde. Irgendwann ist eine Hypothese schlüssig und mit vielen Experimenten erhärtet, so dass sie das Fundament für weitere Arbeiten wird. Sie wird Teil einer Theorie. Damit sieht man sich als behandelnde Ärztin oder Arzt, die/der seinen Patienten eine wissenschaftlich fundierte Therapie anbieten will, vor folgende Probleme gestellt:

– Auch die Resultate der RCTs sind nur so gut, wie die Fragen, die in der Studienhypothese verpackt wurden. Hartnäckige systematische Fehler in den RCTs, auch Bias genannt, können die Studienergebnisse und die darauf basierenden Leitlinien auf Jahrzehnte hinaus negativ beeinflussen.

Eingelangt am 20.12.2019, angenommen nach Überarbeitung am 12.05.2020
Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Nicole Praschak-Rieder, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20,
e-mail: nicole.praschak-rieder@meduniwien.ac.at

– Die EBM und die Leitlinien, die auf ihnen beruhen, bilden nur ein statistisches Mittel einer ausgewählten Patientengruppe ab und können nicht 1 : 1 auf die individuelle Patientin und den individuellen Patienten übertragen werden, die oder den es gerade zu behandeln gilt.

Symptomorientierte Therapie der Depression

Heute gilt es, zumindest in RCTs, als Standard, das Vorhandensein und den Grad einer unipolaren Depression nach ICD-10 der WHO oder dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V und den darauf basierenden Fragebögen zu beurteilen. Das setzt einmal die Hypothese voraus, dass die Patientin/der Patient an einer unipolaren Depression und keinesfalls an einer bipolaren Störung leidet. Zeigt der Patient im Laufe der Behandlung manische Symptome, wird das als Switch in die Manie interpretiert und nicht als mögliche Fehldiagnose beim Einschluss in die Studie.

Es werden verschiedene Symptome abgefragt, von denen postuliert wird, dass deren Vorhandensein oder Verschwinden das Bestehen oder die Besserung des Krankheitsbildes abbildet. Der Gesamtscore vor Beginn und am Ende der Behandlung entscheidet über den Erfolg oder Nichterfolg einer Behandlung. Dabei werden die Beschwerden der Patientin oder des Patienten auf eine definierte Anzahl von Symptomen reduziert, ohne Beachtung des Gesamtbildes. Auch wird die Depression als einheitliche Krankheit gesehen, für die es folgerichtig nur eine – nämlich die statistisch gesehen erfolgreichste – Behandlung gibt. Wie vermutlich jede Ärztin und jeder Arzt weiß, widerspricht diese Sichtweise der täglichen Praxis und Erfahrung bei der Behandlung depressiver Menschen.

Vom Symptom zum Syndrom

Die Grundlagen des heutigen Systems der Klassifizierung psychischer Störungen gehen auf Emil Kraepelin (1856–1926) zurück, der auch als Begründer der empirisch orientierten Psychopathologie gilt. Er war der erste, der nicht nur einfach zu beobachtende Symptome zu einem Krankheitsbild zusammenfasste, sondern darüber hinaus auch deren zeitlichen Verlauf berücksichtigte.

So definierte er das „manisch-depressive Irresein“ aus den Symptomen Denkstörung, Verstimmung und Willensstörung sowie deren typischen zeitlichen Verlauf (Abb. 1) [3]. Darüber hinaus berücksichtigte Kraepelin, was heute überaus modern anmutet, auch somatische Faktoren wie das Alter seiner Patientinnen und Patienten und unterschied zum Beispiel das „manisch-depressive Irresein“ vom „Irresein des Rückbildungsalters“. Dieser Ansatz Kraepelins wirkt deshalb so modern, weil man heute immer mehr erkennt, dass psychische und somatische Faktoren, etwa über die HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) [4] (Abb. 2), in vielfältiger und komplexer Wechselwirkung zueinander stehen. So setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass Krankheiten wie das Metabolische Syndrom nicht nur somatische Ursachen haben, sondern vielmehr ein psychosomatisches Syndrom darstellen und einen entsprechenden Behandlungsansatz brauchen.

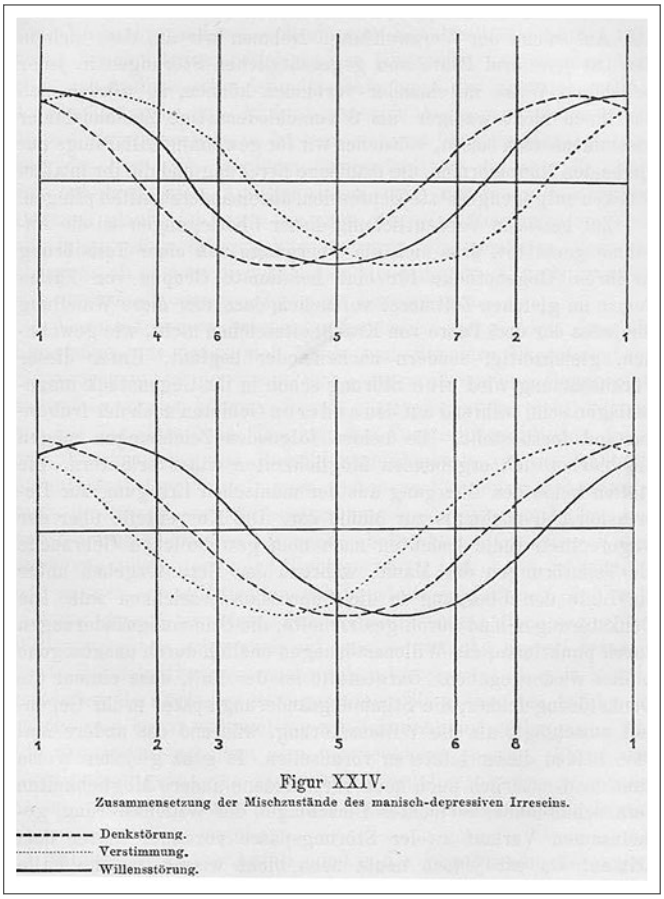


Abbildung 1: Zusammensetzung der „Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins“ (aus [3])

Auf Karl Jaspers (1883–1967) schließlich geht die noch heute gültige Definition des Syndroms als „Komplex von Symptomen, die häufig zusammen beobachtet werden und irgendwie ihrem Wesen nach zusammen gehören“, zurück [5]. Syndrome bedeuten in der Psychiatrie dasselbe wie klinische Bilder, da sie als anschauliches Ganzes erfasst werden können. Psychopathologische Syndrome werden zunächst auf klinisch-intuitivem Weg konzipiert und dann mit mathematisch-statistischen Verfahren konstituiert.

Das Ergebnis sind dann psychiatrische Ratingskalen, die beanspruchen, das depressive Syndrom erfassen zu können [5]. Vorteile dieser Ratingskalen sind, dass sie dem behandelnden Arzt einen raschen Blick auf den Schweregrad der Depression der Patienten gestatten und natürlich, dass sie sich wunderbar zur statistischen Auswertung eignen. Der Nachteil ist, dass sie von der Prämisse ausgehen, dass es nur die eine Depression gäbe, die immer gleich zu diagnostizieren und behandeln sei. So gehen etliche Ratingskalen davon aus, dass eine Gewichtsabnahme ein somatisches Symptom der Depression sei, was im Umkehrschluss bedeutet, dass eine Gewichtszunahme immer auf eine Besserung der depressiven Symptomatik hindeutet. Hat also eine Patientin oder ein Patient während der Antidepressiva-Therapie keine Gewichtszunahme, verschlechtert das immer das Ergebnis, unabhängig davon, ob eine Gewichtszunahme zum Wohlbefinden des Patienten beiträgt oder nicht, da die Ratingskalen Gewichtsabnahme im Vergleich zurzeit vor der depressiven Episode abfragen.

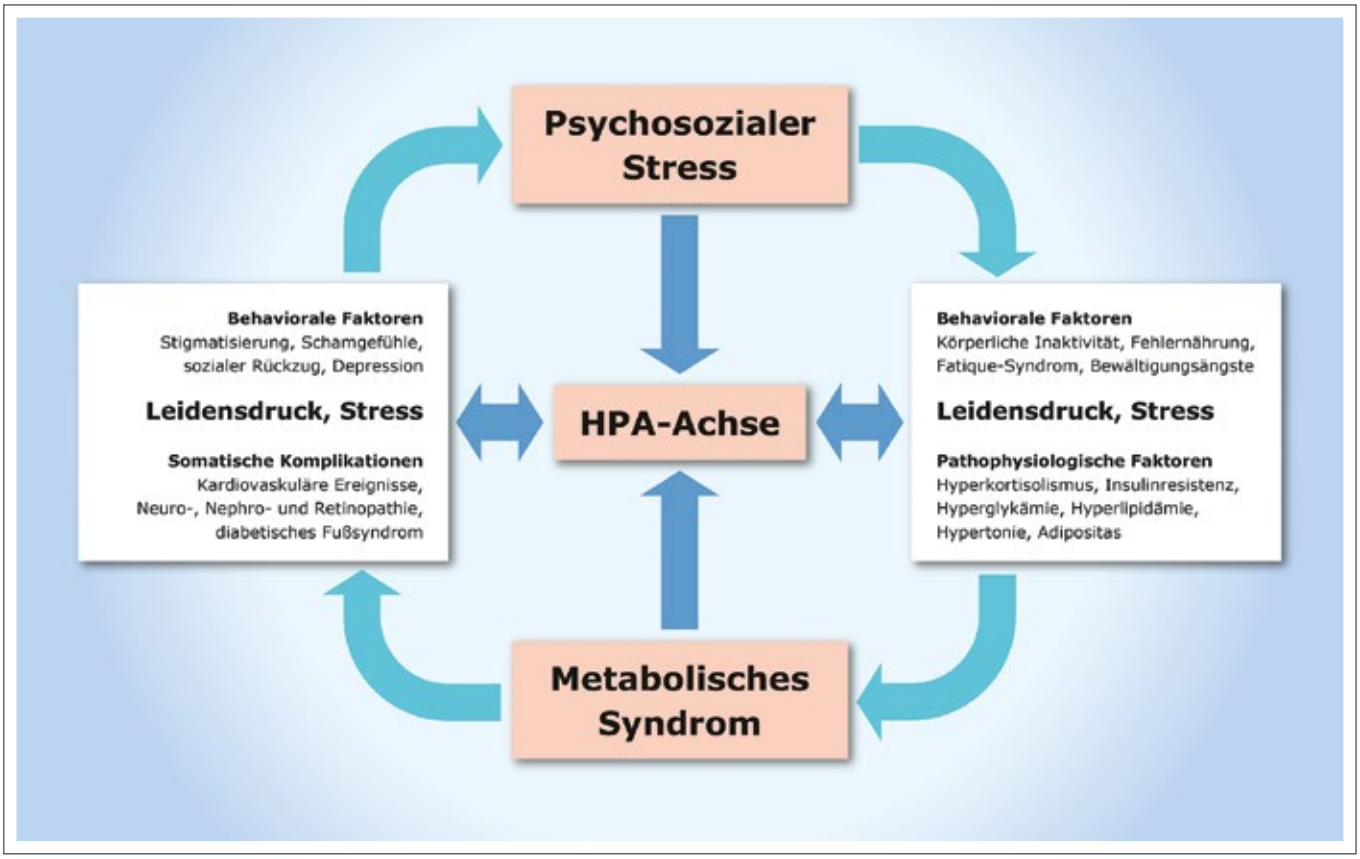


Abbildung 2: Psychosomatische Wechselwirkungen über die HPA-Achsen (modifiziert nach [4])

Das Amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 (erschienen im Mai 2013) beschreibt zahlreiche Subtypen einer depressiven Episode, die eine unterschiedliche therapeutische Herangehensweise verlangen: Depressionen mit ängstlichen Symptomen (anxious distress), mit gemischten Merkmalen (mixed features), mit melancholischen Merkmalen (melancholic features), mit atypischen Merkmalen (atypical features), mit psychotischen Merkmalen (with psychotic features), mit peripartalem Beginn (peripartum onset) sowie mit saisonalem Verlaufsmuster (seasonal pattern). Diese Subtypen haben auch in das neue ICD-11 der WHO Eingang gefunden, das im Mai 2019 verabschiedet wurde und ab Jänner 2022 in Kraft treten soll [6]. Neben den im DSM-5 aufgeführten Subtypen haben sich verschiedene weitere Konzepte in der Diskussion gehalten: die Altersdepression, die therapieresistente Depression, die agitierte Depression, die larvierte Depression, die männliche Depression und die anergische Depression.

Möglicherweise sind die teilweise überraschend niedrigen Remissionsraten in den RCTs darauf zurückzuführen, dass all diese Subtypen nicht berücksichtigt werden. Es liegt nun einmal im Interesse der Hersteller, die in den erforderlichen multizentrischen Studien einen großen Aufwand unternehmen müssen, für Antidepressiva einen statistisch signifikanten Unterschied zu Placebo ohne wesentliche Einschränkung der Indikation nachweisen zu können, um eine Zulassung als Arzneimittel mit der Indikation „Behandlung von Depressionen" zu erreichen. Die Einschränkung auf einen Depressions-Subtyp würde darüber hinaus die geschäftlichen Möglichkeiten deutlich einschränken. Es ist davon auszugehen, dass RCTs, die sich auf bestimmte Subtypen beschränken, deutlich bessere oder schlechtere Ergebnisse liefern würden, je nachdem ob die Pharmakologie des Antidepressivums zur Psychopathologie passt oder nicht. Da sich derartige Studien zumeist auf nichtinterventionelle Studien (NIS mit EBM Level II) beschränken, liegt es an der behandelnden Ärztin und dem behandelnden Arzt, ein auf den jeweiligen Patienten abgestimmtes individuelles Therapiekonzept zu entwickeln.

Syndromorientierte Therapie der Depression

Um sich in der verwirrenden Vielfalt der Subtypen zurecht zu finden, ist es sinnvoll, im Rahmen des psychopathologischen Aufnahmebefundes eine „wirklichkeitsnahe Vorstellung einer Patientin oder eines Patienten" zu erhalten [5]. Neben den klassischen Depressionssymptomen sind auch Alter, äußerliche Auffälligkeiten (z. B. Verwahrlosung), Ernährungszustand und Komorbiditäten (z. B. Diabetes, KHK, onkologische Erkrankungen) von Bedeutung. Vor allem ist es aber wichtig, danach zu fragen, was eigentlich das Kernproblem ist, an dem die Patientin oder der Patient am meisten leidet (z. B. gedrückte Stimmung, Antriebsmangel, Angst, kognitive Beeinträchtigungen oder Libidoverlust).

Bei der Auswahl der Pharmakotherapie sollte man dann darauf aufbauen und nicht einfach ein Standardmedikament verordnen, auch wenn es sich schon vielfach bewährt hat. So ist es zum Beispiel zu hinterfragen, einer Patientin, die an Libidominderung oder einem Patienten, der an einer erektilen Dysfunktion leidet, ein SSRI zu verordnen oder Patientinnen und Patienten mit Übergewicht Mirtazapin. Einen Hinweis auf eine adäquatere Auswahl des passenden Antidepressivums bietet eine Studie von Homan et al. [7]: Dabei wurde bei voll

remittierten Patientinnen und Patienten durch Tryptophandepletion oder Katecholamindepletion ein kurzfristiger artifizieller Serotonin- oder Dopamin/Noradrenalin-Mangel hervorgerufen und die dadurch aufgetretenen Symptome festgehalten [7] (Abb. 3).

Diese Arbeit bestätigt recht eindrucksvoll die gängige Rezeptortheorie der Depression, wonach die vorherrschenden Symptome bei Serotoninmangel dem Bereich Stimmung zuzuordnen sind, bei Katecholamin- (Noradrenalin und Dopamin-) Mangel hingegen dem Bereich Antrieb, Arbeits- und Konzentrationsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund scheint es wenig nachvollziehbar, warum SSRIs in Österreich wesentlich häufiger als duale Antidepressiva, z. B. die Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin, Duloxetin und Milnacipran oder der Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer Bupropion, verschrieben werden [8] (siehe aber auch die in diesem Report beschriebene limitierte Aussagekräftigkeit von Verschreibungszahlen). Mittlerweile gibt es Hinweise aus mehreren Studien, dass SSRIs die Symptome Angst und gedrückte Stimmung gut, die Symptome Antriebs- und Energielosigkeit eher nicht so überzeugend bessern können.

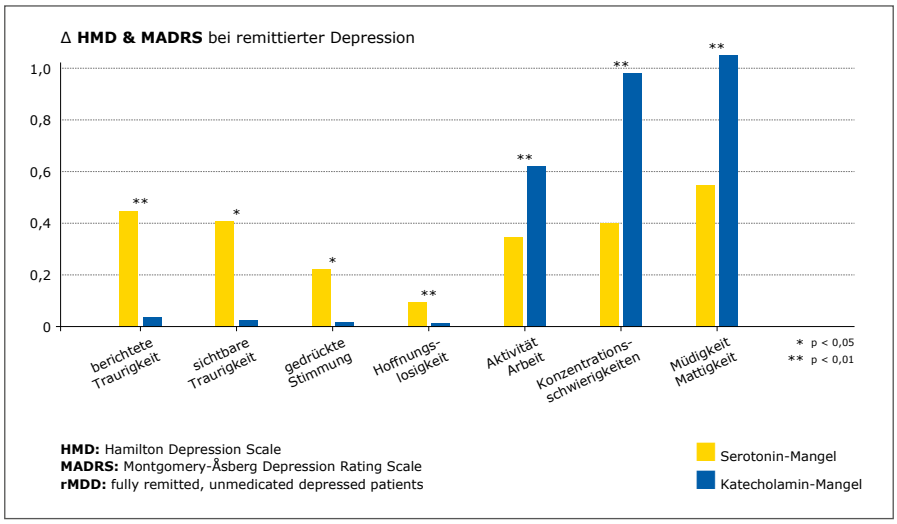


Abbildung 3: Vorübergehendes Wiederauftreten depressiver Symptome bei voll remittierten, medikationsfreien Patienten unter Tryptophandepletion (gelb) und Katecholamindepletion (blau) (modifiziert nach [7])

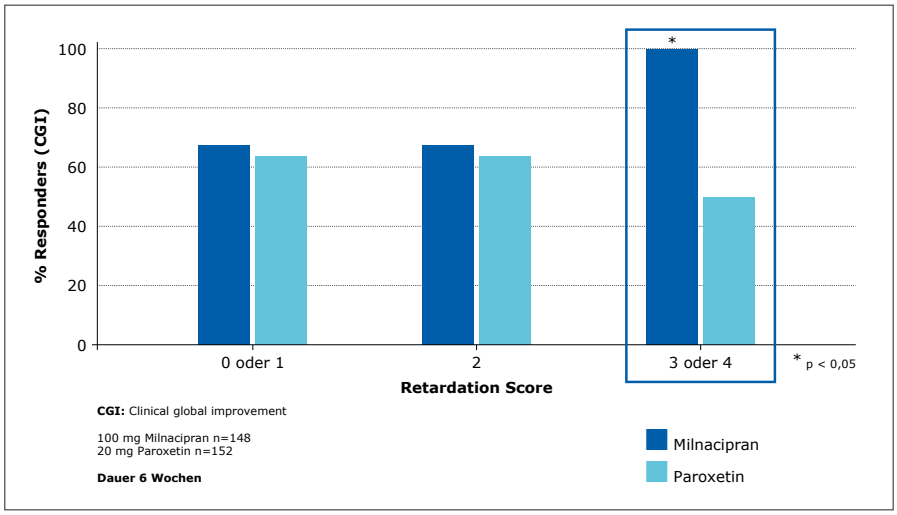


Abbildung 4: Antidepressive Wirkung in Abhängigkeit vom Ausmaß der psychomotorischen Verlangsamung vor Behandlung (modifiziert nach [11, 12])

Verbesserung der sozialen Dysfunktion

Der Frage, welche dieser Symptome die Patienten am meisten belasten und bei ihrer Arbeit einschränken, sind Lam et al. [10] nachgegangen, mit durchaus überraschenden Ergebnissen. Der anerge Symptomcluster (Motivations- und Energiemangel, gefühlte körperliche Verlangsamung, Tagesmüdigkeit) stand mit 66 % im Vordergrund, gefolgt vom Spannungscluster (Ängstlichkeit, Nervosität, Gereiztheit) mit 54 % und kognitiven Einschränkungen (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen) mit 52 %. Gefragt wurde dabei, ob die Beeinträchtigung „sehr stark" sei oder „so stark, dass die Arbeit beendet werden muss". Andere häufige Symptome, wie etwa suizidale Gedanken, die immerhin bei 66 % der Patienten auftraten, hatten nur bei 19 % einen Einfluss auf deren Arbeitsfähigkeit.

Daraus ergibt sich die Forderung, dass einer „wirklichkeitsnahen Vorstellung der Patientin oder des Patienten" eine „wirklichkeitsorientierte Therapie" folgen sollte. Einen guten Parameter dafür bietet die Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). Ein Vergleich des SSRIs Fluoxetin mit dem Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI) Reboxetin zeigte in etwa dieselbe Wirkung in der Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), aber signifikant bessere Wirkung des Reboxetin in Bezug auf die SASS [10].

Auf der anderen Seite kann ein stark ausgeprägter anerger Symptomcluster ein Prädiktor für die vorteilhafte Wirkung eines dual wirkenden Antidepressivums sein. Eine Vergleichsstudie des SNRI Milnacipran mit dem SSRI Paroxetin zeigte, über die gesamte Studienpopulation betrachtet, in etwa die gleiche Wirkung und Verträglichkeit, bei Patienten mit einer ausgeprägten psychomotorischen Verlangsamung hingegen war Milnacipran deutlich besser wirksam [11, 12]. Dazu muss aber gesagt werden, dass Paroxetin dasjenige SSRI ist, das am ehesten mit einer müde machenden Wirkung verbunden ist, ein Umstand, der bei manchen depressiven Patientinnen und Patienten ja auch von Vorteil sein kann.

Conclusio

Bei der Therapie der Depression geht es nicht vor allem darum, die Symptome, die in den diversen Rating Scales angeführt werden, zu minimieren, sondern es sollte vielmehr die Lebensqualität des Patienten verbessert werden. Dazu ist es notwendig, sich ein wirklichkeitsnahes Bild seines Patienten zu machen, wobei es vor allem darum geht, welcher Symptomcluster/welches Syndrom ihn am meisten im täglichen Leben belas-

tet. Und hier zeigt sich, dass die Mehrzahl der Patienten am anergen Symptomcluster (Motivations- und Energiemangel, Müdigkeit sowie kognitive Einschränkungen) leidet. Gerade bei diesen Patienten kann die Verordnung von SSRIs hilfreich, aber nicht optimal sein, weil nach Besserung der depressiven Stimmung noch deutliche Antriebslosigkeit und Anhedonie bestehen bleiben können. SSRIs sollte man vor allem beim Spannungscluster (Ängstlichkeit, Nervosität, Gereiztheit) in Erwägung ziehen. Steht allerdings der anerge Depressionscluster im Vordergrund, haben Patienten, die mit einem dual wirkenden Antidepressivum ohne sedierende Eigenschaften behandelt werden, womöglich die bessere Prognose.

Prof. Dr. Nicole Praschak-Rieder

Oberärztin an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören Diagnose, Therapie und Brain Imaging bei depressiven Störungen und Schizophrenie. Sie ist, gemeinsam mit Prof. Matthäus Willeit, Researcher of the Month Oktober 2009 der Medizinischen Universität Wien.

Literatur:

1. Popper K. Gesammelte Werke: Band 10: Vermutungen und Widerlegungen. Das Wachstum der wissenschaftlichen Erkenntnis. Mohr-Siebeck, Tübingen, 2009.

2. Guyatt G, Cairns J, Churchill D et al, Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. J Am Med Assoc 1992; 268: 2420–5.

3. Kraepelin E. Psychiatrie. 7. Auflage, II. Band. Barth, Leipzig, 1904.

4. Golden SH. A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. Curr Diabetes Rev 2007; 3: 252–9.

5. Stieglitz R-D et al. Praxisbuch AMDP. Psychopathologische Befunderhebung – Grundlagen und Anwendungsbeispiele. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2018.

6. Reed GM et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry 2019; 18: 3–19.

7. Homan P et al. Serotonin versus catecholamine deficiency: behavioral and neural effects of experimental depletion in remitted depression. Transl Psychiatry 2015; 5: e532.

8. Nowotny M et al. (Hg.) Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, 2019.

9. Lam RW et al. Which depressive symptoms and medication side effects are perceived by patients as interfering most with occupational functioning? Depress Res Treat 2012; 2012: 630206.

10. Massana J et al. Reboxetine: a double-blind comparison with fluoxetine in major depressive disorder. Int Clin Psychopharmacol 1999; 14: 73–80.

11. Kasper S et al. Improvement of the noradrenergic symptom cluster following treatment with milnacipran. Neuropsychiatric Dis Treatm 2011; 7 (Suppl 1): 21–7.

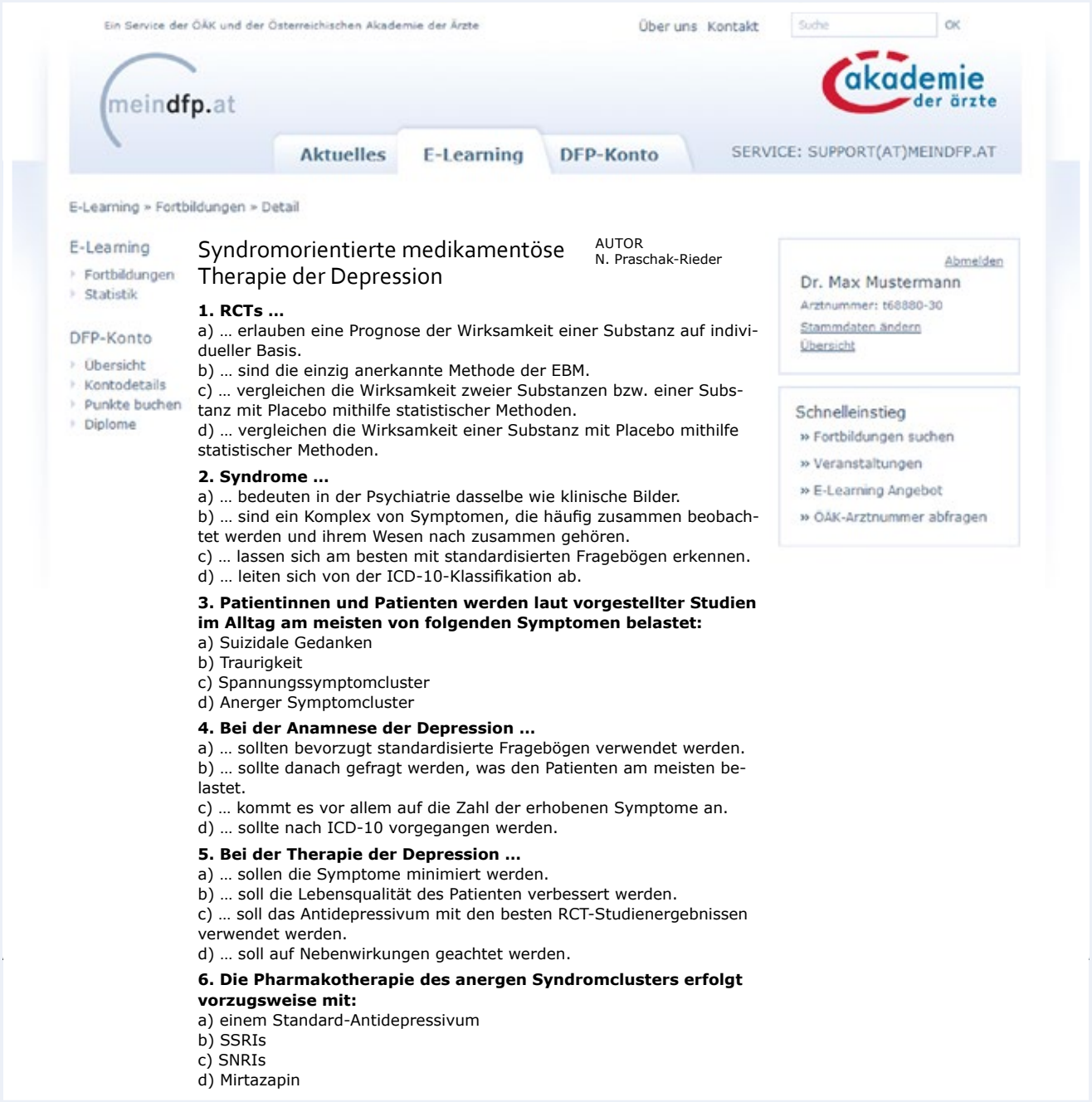
12. Sechter D et al. A comparative study of milnacipran and paroxetine in outpatients with major depression. J Affect Disord 2004; 83: 233–6.

Akkreditierter ärztlicher Herausgeber:
Universitätsklinik für Psychiatrie Wien

Lecture Board:
Prof. Dr. Richard Frey, Wien
Prof. Dr. Siegfried Kasper, Wien

DFP online Literaturstudium

Entsprechend dem Fortbildungsgedanken des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie werden approbierte Fachartikel zur Erlangung von DFP- (Diplom-Fortbildungs-Programm-) Punkten (Österreich) der „Akademie der Ärzte" publiziert.



1. RCTs ...
a) ... erlauben eine Prognose der Wirksamkeit einer Substanz auf individueller Basis.
b) ... sind die einzig anerkannte Methode der EBM.
c) ... vergleichen die Wirksamkeit zweier Substanzen bzw. einer Substanz mit Placebo mithilfe statistischer Methoden.
d) ... vergleichen die Wirksamkeit einer Substanz mit Placebo mithilfe statistischer Methoden.

2. Syndrome ...
a) ... bedeuten in der Psychiatrie dasselbe wie klinische Bilder.
b) ... sind ein Komplex von Symptomen, die häufig zusammen beobachtet werden und ihrem Wesen nach zusammen gehören.
c) ... lassen sich am besten mit standardisierten Fragebögen erkennen.
d) ... leiten sich von der ICD-10-Klassifikation ab.

3. Patientinnen und Patienten werden laut vorgestellter Studien im Alltag am meisten von folgenden Symptomen belastet:
a) Suizidale Gedanken
b) Traurigkeit
c) Spannungssymptomcluster
d) Anerger Symptomcluster

4. Bei der Anamnese der Depression ...
a) ... sollten bevorzugt standardisierte Fragebögen verwendet werden.
b) ... sollte danach gefragt werden, was den Patienten am meisten belastet.
c) ... kommt es vor allem auf die Zahl der erhobenen Symptome an.
d) ... sollte nach ICD-10 vorgegangen werden.

5. Bei der Therapie der Depression ...
a) ... sollen die Symptome minimiert werden.
b) ... soll die Lebensqualität des Patienten verbessert werden.
c) ... soll das Antidepressivum mit den besten RCT-Studienergebnissen verwendet werden.
d) ... soll auf Nebenwirkungen geachtet werden.

6. Die Pharmakotherapie des anergen Syndromclusters erfolgt vorzugsweise mit:
a) einem Standard-Antidepressivum
b) SSRIs
c) SNRIs
d) Mirtazapin

Den Test zur Erlangung von DFP-Punkte finden Sie unter

http://www.meindfp.at

Bitte halten Sie Ihr „meindfp"-Passwort bereit.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**