

«Antidepressiva müssen eingesetzt werden»

Fragen an Ulrich Preuss zur Therapie mit Antidepressiva bei depressiven Kindern und Jugendlichen

Dr. Ulrich Preuss von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bern hält Zulassungsrestriktionen für Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen für richtig; im folgenden Interview

spricht er sich allerdings eindeutig für den Einsatz der Medikamente aus. Die Therapie müsse aber primär in der Hand von Fachärzten liegen.

ARS MEDICI: In der Schweiz sind Antidepressiva nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen. Bei welchen Patienten setzen Sie die Substanzen dennoch ein?

Preuss: Bei Patienten mit Zwangsstörungen und Depressionen, aber auch bei Patienten mit sozialer Phobie und psychischen Belastungen. Der Einsatz von Antidepressiva ist jedoch abhängig von bestimmten Patienteneigenschaften, der Einschätzung durch die Kliniker, dem Krankheitsbild und -zustand und der Möglichkeit, gerade während der Anfangsphase der Therapie die Patienten eng kontrollieren zu können. In der Regel ist es bei Kindern so, dass wir primär im kurzen Intervall überwachend psychotherapeutisch (in erster Linie und so weit qua-



Dr. Ulrich Preuss

lifizierte Therapeuten vorhanden sind verhaltenstherapeutisch) intervenieren und auf eine Medikation vollständig verzichten.

ARS MEDICI: Welche Antidepressiva kommen bei Ihnen zum Einsatz?

Preuss: Es sind in erster Linie Fluctine®, Zoloft®, Seropram® und Cipralex®. Trizyklika und MAO-Hemmer setzen wir nur in seltenen Ausnahmefällen ein, Deroxat® und Remeron® überhaupt nicht.

ARS MEDICI: Wie sind Ihre Erfahrungen mit den Substanzen?

Preuss: Meistens sind die Antidepressiva hinreichend wirksam, wobei wir aufgrund unseres umfassenden Behandlungsangebots nicht angemessen zwischen den Effekten der verschiedenen Behandlungsansätze differenzieren können – das heisst, wenn wir gute Ergebnisse erzielen, gehen wir davon aus, dass diese durch die multimodale Behandlung erreicht werden.

ARS MEDICI: Mit welchen Nebenwirkungen ist bei den jungen Patienten zu rechnen?

Preuss: Meist sind es die typischen Nebenwirkungen nach Einnahme wie Übelkeit, Kopfschmerz, selten Erbrechen,

manchmal Schlafstörungen, Appetitverlust, Durchfälle; eher selten tritt Unruhe auf, ganz selten sind Schwierigkeiten beim Harnhalten. Beinahe nie trat emotionale Labilität neu auf, sie war bei den Betroffenen schon vor der Behandlung vorhanden. Suizidverhalten ist immer eine Indikation zur stationären Behandlung und bedingt initial ein anderes therapeutisches Regime. Nach etwa drei Wochen Behandlung spielen in den meisten Fällen die Nebenwirkungen keine Rolle mehr.

ARS MEDICI: Haben Sie Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko unter der Medikation?

Preuss: Nein, zumindest an unserer Einrichtung haben wir keine entsprechenden Hinweise erhalten.

«An unserer Klinik haben wir keine Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko erhalten.»

ARS MEDICI: Wie nehmen die Patienten und ihre Eltern die Therapie auf?

Preuss: Aufgrund eines psychoedukativen Ansatzes, einer umfangreichen Aufklärung mit schriftlichem Einverständnis, dem intensiven, über die Medikation hinaus gehenden Betreuungsangebot und der laufenden Verfügbarkeit eines Dienstarztes sind die Eltern auch gegenüber einem medikamentösen Angebot sehr positiv eingestellt. Es gibt jedoch einige junge Patienten und Eltern, die mit grossen Ängsten und geringen Kenntnissen über die psychopharmakologische Behandlung zu uns kommen. Hier muss im Vorfeld etwas geschehen. Allgemeinärzte brau-

«Antidepressiva müssen eingesetzt werden»

chen ein besseres Wissen über Psychopharmaka, und in den Medien sollte eine realistische Darstellung der psychotropen Medikamente erfolgen. Wir versuchen, die Patienten umfassend zu informieren, auf zu erwartende Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubereiten und ändern nötigenfalls die Medikation in Zusammenarbeit mit den Patienten und ihren Eltern.

ARS MEDICI: Erhalten alle Patienten zusätzlich auch eine Psychotherapie?

Preuss: Fast alle erhalten ein differenziertes Psychotherapieangebot, wenn sie dieser Behandlung zustimmen. Wenn die Eltern und die jungen Patienten nicht bereit sind, dieses Angebot anzunehmen, versuchen wir eine Einstellungsänderung zu bewirken. Sie nur einfach mit «Pillen» ziehen zu lassen, erlauben uns Ethik und Professionalität nicht.

ARS MEDICI: In der TADS-Studie war die alleinige kognitive Verhaltenstherapie, anders als in früheren Studien, bei weniger als jedem zweiten Patienten wirksam. Was halten Sie von dieser Therapieform? Wäre allenfalls die interpersonelle Psychotherapie ein noch besserer Therapieansatz?

Preuss: Die TADS-Studie gibt wichtige Informationen zur Behandlung jugendlicher Depressionen. Wesentliche Aussage der Studie ist nicht, dass die Psychotherapie der pharmakologischen Behandlung unterlegen sei, sondern, dass die Kombinationsbehandlung von kognitiver Verhaltenstherapie (VT) und Fluctine® Plazebo bei Major Depressive Disorder (MDD) überlegen ist und somit als erste Wahl der Behandlung von MDD gelten kann. Weiterhin ist diese Kombinations-therapie der Behandlung mit Fluctine oder Verhaltenstherapie jeweils allein überlegen. In dieser Studie war die Behandlung mit Fluctine allein zwar der VT überlegen, aber auch die VT allein zeigte noch eine höhere Ansprechrates als Plazebo. Wesentlich ist auch, dass in allen vier Behandlungsarmen der Studie sich die Neigung zu Suizidgedanken deutlich verringerte. Das heisst vielleicht auch,

dass durch die Veränderung der Situation das Wissen der Jugendlichen, eine Depression zu haben, ihnen ermöglichte, mit der Störung angemessener umzugehen. Zum Vergleich der kognitiven Thera-

«*Wir brauchen mehr kontrollierte Studien bei Kindern und Jugendlichen.*»

pie und der interpersonalen Therapie bleibt festzustellen, dass es einige Untersuchungen gibt, die gute Effekte dieser Behandlungsform zeigen. Jedoch darf nicht behauptet werden, dass sie effektiver als die VT sei.

ARS MEDICI: Wie beurteilen Sie die Tatsache, dass beispielsweise die britische Regulierungsbehörde alle Antidepressiva (mit Ausnahme von Fluoxetin) bei den jungen Patienten angesichts von Sicherheitsbedenken für kontraindiziert erklärt hat und die FDA-Expertenkommission deutliche Warnhinweise verlangt?

Preuss: Grundsätzlich ist die Behandlung von Depressionen bei jungen Menschen anspruchsvoll und herausfordernd. Sie sollte deshalb dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie-Psychotherapie überlassen bleiben. Es spricht aber nichts dagegen, dass die Weiterbehandlung in stabilem Zustand auch bei nicht auf Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisierten Ärzten stattfindet. Allerdings sollte die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung abgeschlossen sein. Die Massnahme der britischen Regulierungsbehörde ist insoweit zu begrüßen, als dadurch dem Einsatz solcher Medikamente bei nicht entsprechend qualifizierten Ärzten ein Riegel geschoben wird. Sie setzt ein Warnzeichen. Wir sehen oft Kinder mit nicht abgesicherter Diagnose und nicht angemessener Medikation. Es wäre zu wünschen und zu fordern, dass alle Kinder mit behandlungspflichtigen depressiven Symptomen eine fachlich qualifizierte und vor allen Dingen umfassende Behandlung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie-Psychotherapie erhalten.

Die Massnahme der britischen Behörde darf jedoch nicht dazu führen, dass für den Bereich der medikamentösen Behandlung ein Nihilismus entsteht, da bestimmte vorhandene Wirkstoffe eine wichtige Hilfe bei der Behandlung sind und in vielen Fällen unbedingt eingesetzt werden müssen.

Ein wesentliches Problem stellt die schlechte Informationslage auf der Basis von

randomisierten und kontrollierten Studien dar. Leider werden, anders als bei Erwachsenen, zu wenig Studien mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt, und zum Teil scheint es auch so zu sein, dass entsprechende Studienergebnisse nicht veröffentlicht wurden. Hier ist zu fordern, dass mehr Studien in dieser Altersgruppe durchgeführt werden und dass gegebenenfalls staatliche Organisationen die Förderung und Koordination übernehmen, wie dies zum Beispiel in den USA das National Institute of Mental Health macht. Auch unsere Erfahrung hat gezeigt, dass Studien bei Kindern und Jugendlichen besonders schwierig und aufwändig durchzuführen sind, dass die Kosten vermutlich höher als bei erwachsenen Patienten liegen, dass weniger Patienten in gleicher Zeit eingeschlossen werden können und anderes mehr. Dieser besonderen Lage muss durch vermehrte Anstrengungen abgeholfen werden, und diese wichtige Behandlungsoption darf nicht durch unüberlegt voreilige enge Reglementierung gänzlich ausgebremst werden.

Wegen der Relevanz der Thematik bereiten wir an unserer Klinik einen Fortbildungsnachmittag zum Thema Depression bei Jugendlichen vor. Ein Termin ist noch nicht festgelegt, Interessenten können per Tagungs-E-Mail kjpforschung@free-surf.ch oder über Fax 031-633 41 91 zu Händen Frau Niederhäusern genauere Informationen abfragen. ●

Das Interview führte Uwe Beise.

Interessenlage: Ulrich Preuss ist Advisor für Eli Lilly Europe im Rahmen einer nicht klinischen und nicht pharmakologischen Studie.