



## Aktuelle Studien – kurz gefasst

### Tranlycypromin zu wenig beachtet

Der irreversible MAO-Hemmer Tranlycypromin hat nach wie vor einen wichtigen Platz in der Therapie behandlungsresistenter depressiver Episoden. Leider ist er in der Schweiz nicht zugelassen, kann jedoch über Deutschland bezogen werden (gemäss Swissmedic-Reglement ist keine «named patient»-Bewilligung mehr notwendig; jedoch ist möglicherweise die Finanzierung problematisch, da nicht auf Spezialitätenliste).

Pharmakologisch erhöht Tranlycypromin die Konzentration von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin (Anm.: Dopamin ist aktuell im Zentrum der pharmakotherapeutischen Forschung). Damit liegt eine eigenständige Klasse von Antidepressiva vor. Zu beachten ist die Wechselwirkung mit Nahrungsmitteln, weshalb heute Tranlycypromin auch im benachbarten Ausland nicht das Antidepressivum erster Wahl ist. Indikation sind somit therapieresistente Depressionen. Die Dosierung beträgt 20 bis 60 mg. Nebenwirkungen sind orthostatische Hypotension, Agitiertheit und Schlafstörungen, hypertensive Krisen in Folge erhöhter Tyraminkonzentration (vor allem bei Konsumation von gereiftem Käse und Rotwein, sogenannter Cheese-Effekt). Es besteht die Gefahr der serotonergen Überstimulation, weshalb serotonerge Ersatzmedikation kontraindiziert ist. Die Kombination von nicht serotonerger Begleitmedikation (Amitriptylin, Nortriptylin, Reboxetin, Trazodon, Mianserin, Mirtazapin) ist ebenso möglich wie Lithium (!), Neuroleptika und Benzodiazepine.

**Kommentar:** Tramincypromin wird in der Behandlung von therapieresistenten Depressionen in der Schweiz leider viel zu wenig beachtet. Hierbei

könnten die Nahrungsmittelinteraktionen (krisenhafte Erhöhung des Blutdrucks, allenfalls bis hin zu Hirnblutungen) gut beherrscht werden. Unter Beachtung derselben (in erster Linie in Verbindung mit Rotwein und reifem Käse) ist jedoch eine Behandlung im Sinne einer Nutzen-Risiko-Abwägung verantwortlich. Jedoch ist die Compliance bei den Diätrichtlinien entscheidend für die Indikationsstellung.

*Quelle: Laux G, Ulrich S (2006) Tranlycypromin. Psychopharmakotherapie 13. Jg., Heft 4, 130–141.*



### Antidepressiva: Vorsicht bei schwer depressiven Kindern und Jugendlichen

Bei Erwachsenen war eine antidepressive Behandlung in der vorliegenden Studie nicht assoziiert mit einer erhöhten Rate von Suiziden oder Suizidversuchen. Anders sieht es jedoch bei den Kindern aus: eine antidepressive Medikation war signifikant verbunden mit Suizidversuchen und Suiziden. Bei Hochrisikopatienten scheint also die Gabe von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen (im Gegensatz zu Erwachsenen) einen ernst zu nehmenden Risikofaktor darzustellen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass gerade während einer antidepressiven Behandlung – vor allem am Anfang – schwer depressive junge Menschen besonders überwacht werden müssen.

*Quelle: Olfson M, Marcus SC, Shaffer D (2006) Antidepressant Drug Therapy and Suicide in Severely Depressed Children and Adults. A Case-Control Study. Archives of General Psychiatry, 63: 865–872.*



### Zur Validität der Suizid-Risikofaktoren in prospektiven Studien

Die Prädiktoren mit der höchsten Gültigkeit für die Voraussage eines Suizids oder Suizidversuches waren eine positive Anamnese suizidalen Verhaltens und das Vorliegen von therapieresistenten und rezidivierenden Depressionen. Für die Gültigkeit weiterer Risikofaktoren gab es keine genügende Datengrundlage, oder die Befunde waren zu widersprüchlich für stichhaltige Aussagen.

*Quelle: Oquendo MA, Currier D, Mann JJ (2006) Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatrica Scandinavica, 114: 151–158.*



### Depressionen vor allem im Alter unterdiagnostiziert

In einer australischen Studie wurden ältere Bewohner (zwischen 65 und 99 Jahren) mit kognitiven Einschränkungen auf Depressionen hin untersucht. Bei rund 40 Prozent dieser Personen wurde eine Depression festgestellt, wobei nur bei der Hälfte derselben diese bereits früher diagnostiziert worden war.

Bedenkt man die Auswirkungen auf die Lebensqualität, auf die Suizidgefahr sowie auch auf die Pflege der betroffenen Personengruppe, so ist einmal mehr von Bedeutung – wie dies bereits andere Untersuchungen belegt haben –, dass Depressionen generell, aber gerade auch im Alter noch immer zu wenig erkannt werden.

*Quelle: McCabe MP, Davison T et al. (2006) Depression among older people with cognitive*

## «Weniger Schmerzen durch bessere Qualifikation der Ärzte»

Schmerzen wirksam zu lindern, bleibt für die Medizin der Zukunft eine noch zu bewältigende Aufgabe. Dies geht aus einer aktuellen Umfrage (Survey of Chronic Pain in Europe) hervor, die anlässlich der 6. Österreichischen Schmerzwochen von Fachärzten in Klagenfurt präsentiert wurde. Neben der Analyse neuester Zahlen zur Verbreitung und Dauer chronischer Schmerzen wurden auch neue Verfahren der Therapieerkennung und Behandlungsmethoden diskutiert. Dabei steht vor allem die multimodale, interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlichster medizinischer Fachrichtungen im Vordergrund.

In Österreich leiden derzeit rund 21 Prozent unter chronischen Schmerzen in der durchschnittlichen Dauer von 5,8 Jahren. Auf Europa bezogen, dauern chronische Schmerzen sogar etwa 7 Jahre. Die Studie skaliert das Ausmass von Schmerzen von 1 bis 10. 22 Prozent der Befragten litten demnach 2 bis 5 Jahre an chronischen Schmerzen, wobei der Schmerz dabei über dem Wert von 5 eingestuft wurde. 20 Prozent gaben sogar 5 bis 10 Jahre Schmerzdauer an, während 21 Prozent 20 Jahre Schmerz und mehr verzeichneten. Die Zahlen sind alarmierend, da von den insgesamt 4785 Befragten ganze 31 Prozent angaben, nicht noch mehr Schmerzen ertragen zu können. Bei 47 Prozent ist das Mass für zu ertragende Schmerzen noch offen. Mit Auswirkungen auf das alltägliche Leben gaben 22 beziehungsweise 23 Prozent an, weniger oder nicht mehr wie zuvor in der Lage zu sein, die Beziehungen zur Familie und Freunden aufrechtzuerhalten. 24 Prozent können schmerzbedingt weniger gut Auto fahren als vorher. Bei der Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten gaben 34 Prozent an, dies weniger gut als zuvor wahrzunehmen.

Hauptproblem bei chronischen Schmerzen ist, dass der behandelnde Arzt oft nicht weiss, dass diese ein Problem

darstellen, so die Angaben von 20 Prozent. 22 Prozent der Patienten bemängeln dabei, dass der Arzt nicht detailliert nach der Art der Schmerzen fragt. Interessant ist, dass eine wirkungsvolle Kontrolle der Schmerzen durch den Spezialisten von 72 Prozent der Betroffenen angezweifelt wird. Hierbei konstatieren 43 Prozent, dass der Arzt eher die Krankheit als die eigentlichen Schmerzen behandelt. Vor allem ältere Menschen sind angesichts der steigenden Lebenserwartung weiter steigend von Schmerzen betroffen. Die Hälfte aller Menschen im Alter über 65 Jahren gab in einer weiteren Studie (International Association for the Study of Pain) an, häufig unter Schmerzen zu leiden. Dabei leidet ein Grossteil der Patienten an muskuloskelettalen Schmerzsyndromen aufgrund altersbedingter degenerativer Veränderungen. 19 Prozent der älteren Spitalpatienten haben demzufolge mittelschwere bis schwere Schmerzen.

Obwohl die Behandlungspalette bei chronischen Schmerzen gross ist, liegt laut Rudolf Likar, Präsident der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), eines der grossen Probleme in der patientenbezogenen Sicherstellung individuell abgestimmter passender Therapien. Umso mehr wird in diesem Rahmen eine stärkere multimodale, interdisziplinäre und somit fächerübergreifende Optimierung der Schmerzbehandlung gefordert. Likar betonte, dass «es für Schmerzgepeinigte nicht vorrangig ist, welche medizinische Fachrichtung für sie zuständig ist, sondern dass die jeweils für ihr Leiden angemessene Therapie zu einem möglichst frühen Zeitpunkt angewendet wird.» Eine spezielle schmerztherapeutische Qualifikation, die in der medizinischen Grundausbildung stärker betont werden soll, bildet einen wesentlichen Punkt in der Verbesserung von richtig angewandten Schmerztherapien.

Quelle: [www.journalmed.de](http://www.journalmed.de)

*impairment: prevalence and detection. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21: 633-644.*



### Suizidrate bei Ärzten besonders hoch

Einer Auswertung der Uniklinik Gießen zufolge sind die Suizidraten bei Medizinern 1,5- bis 3,4-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, bei Ärz-

tinnen betragen sie sogar das 2,5- bis 5,7-Fache. Innerhalb der Fachrichtungen findet man die meisten Selbsttötungsfälle bei Psychiatern und Anästhesisten. Laut einer deutschen Studie hat fast jeder zweite Arzt bereits einmal Suizidgedanken gehabt. Als Ursachen angegeben werden häufigere Depressionen bei Medizinern, eine erhöhte Suchtgefährdung, chronischer Stress sowie Burnout. Annehmbarere Arbeitszeiten sowie psychologische Unterstützung könnten

Präventivmassnahmen sein, um einem Burnout entgegenzuwirken.

Quelle: Reimer C et al. (2005) Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatr Prax* 32: 381-385.



### Einmal mehr: Löst Cannabis Psychosen aus?

Eine Übersichtsarbeit bestätigt frühere Ergebnisse, dass es konsistente «evidence» gibt, dass Cannabis ein

Cofaktor bei der Auslösung von Psychosen ist und dass es geeignet ist, die Entwicklung einer Schizophrenie zu beschleunigen. Dies wurde auch in einer grossen prospektiven Studie in Schweden nun bestätigt. Gemäss dieser Übersichtsarbeit gibt es kaum Hinweise oder Gründe, die bei beginnenden Psychosen Cannabis als Selbstmedikation rechtfertigen würden. Die Ergebnisse stehen auch im Einklang mit den bekannten biologischen Gegebenheiten (Interaktion zwischen Dopamintransmitter- und Cannabinoidsystem).

In einem weiteren Artikel (Hall et al.) schlägt man vor, alle psychotischen Personen, die Cannabis konsumieren, zu erfassen und sie zum Aufhören zu ermutigen. Ferner sollten Risikogruppen vor dem Konsum von Cannabis gewarnt werden. Auch die Frage der Prohibition wird hier diskutiert, wobei betont wird, dass dies alleine nicht ausreicht.

Quellen: Degenhardt L, Hall W (2006) Is Cannabis use a Contributory Cause of Psychosis? *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 51, No. 9: 556–565.

Hall W, Degenhardt L (2006) What Are the Policy Implications of the Evidence on Cannabis and Psychosis? *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 51, No. 9: 566–574.



### **Psychoedukation senkt Rehospitalisierungsrate**

Die vorliegende Studie bestätigt, dass Psychoedukation auf die Compliance bei Patienten mit einer Schizophrenie und damit auch auf die Rehospitalisierungsrate Einfluss hat; hierbei wurde auch eine Familientherapie vorgenommen. Die Ergebnisse decken sich mit vielfältigen Untersuchungen und wurden auch auf dem diesjährigen European Congress of Psycho-Neuropharmacology (ECNP) in Paris so bestätigt. Der Miteinbezug der Familie wurde jeweils als wichtig und wirksam betont.

Quelle: Pitschel-Walz G, Bäuml J et al. (2006) Psychoeducation and compliance in the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 67: 443–452.



### **Chronischer Kopfschmerz häufiger bei Dicken**

Anhand von Telefoninterviews mit mehr als 30 000 Personen wurden diese in 5 BMI-Klassen eingeteilt. Die Migräneprävalenz war zwar nirgends erhöht, jedoch stieg bei Betroffenen die Anfallshäufigkeit mit dem BMI an. Auch die Ausprägung der Symptomatik und die Schmerzstärke waren grösser, je höher der BMI war. Als Grund vermutet wird das CGRP (calcitonin gene-related peptide), das bei Übergewicht und nach fettem Essen ansteigt und auch bei der vaskulären Entzündungsreaktion eine Rolle spielt. Ob Abnehmen hier Abhilfe schafft, ist derzeit noch nicht untersucht.

Quelle: Bigal ME et al. (2006) Obesity and migraine – a population study. *Neurology* 66: 545–550.