

# Was gibt es Neues in der Pharmakotherapie der Depression?

**Prof. Dr. med. Tom Bschor**  
bschor@schlosspark-klinik.de



Angaben über Beziehungen  
zur Industrie

*Disclosure  
Information*

keine finanziellen Beziehungen zu pharmazeutischen  
Industrieunternehmen

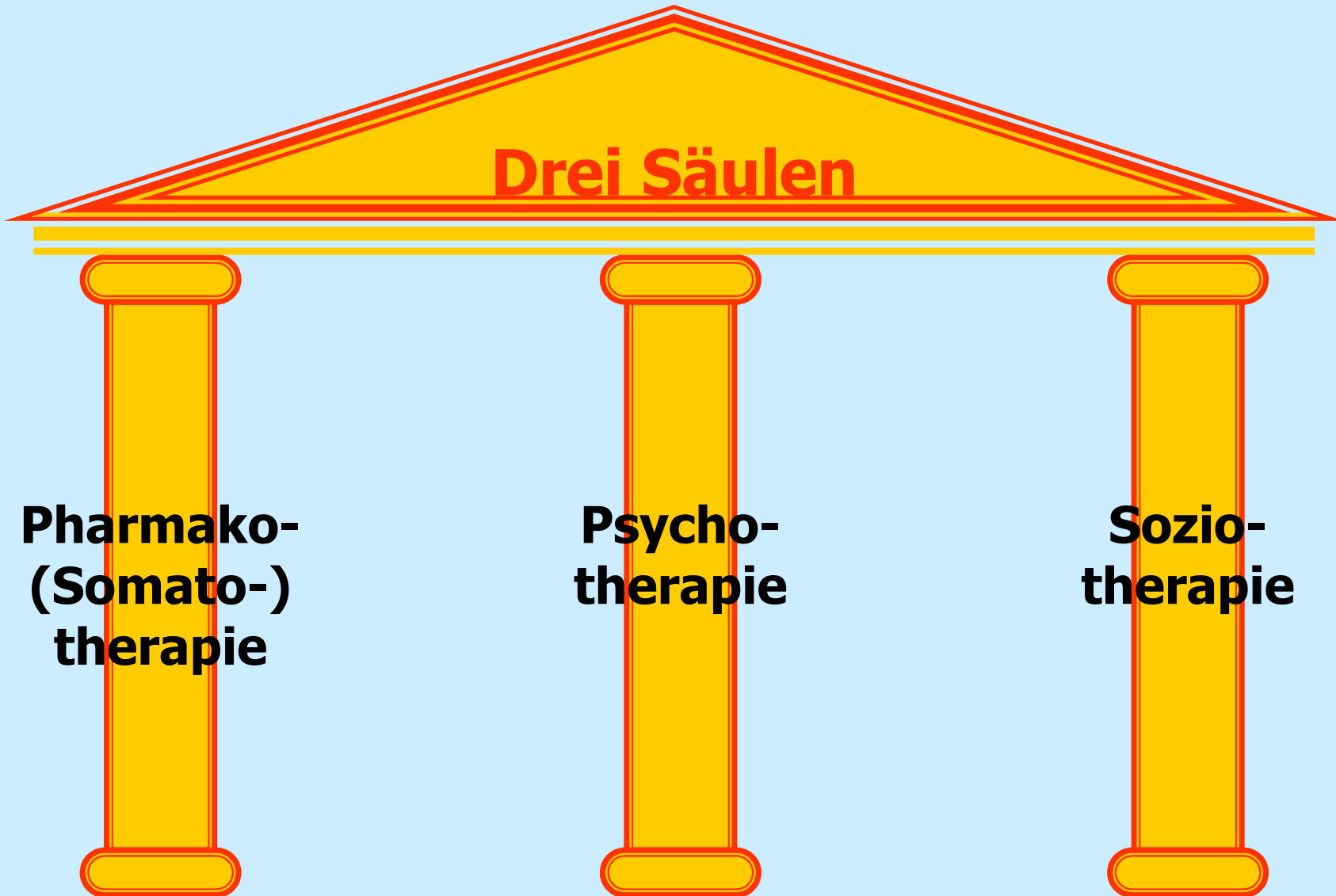
# Psychiatrische Therapie

## Drei Säulen

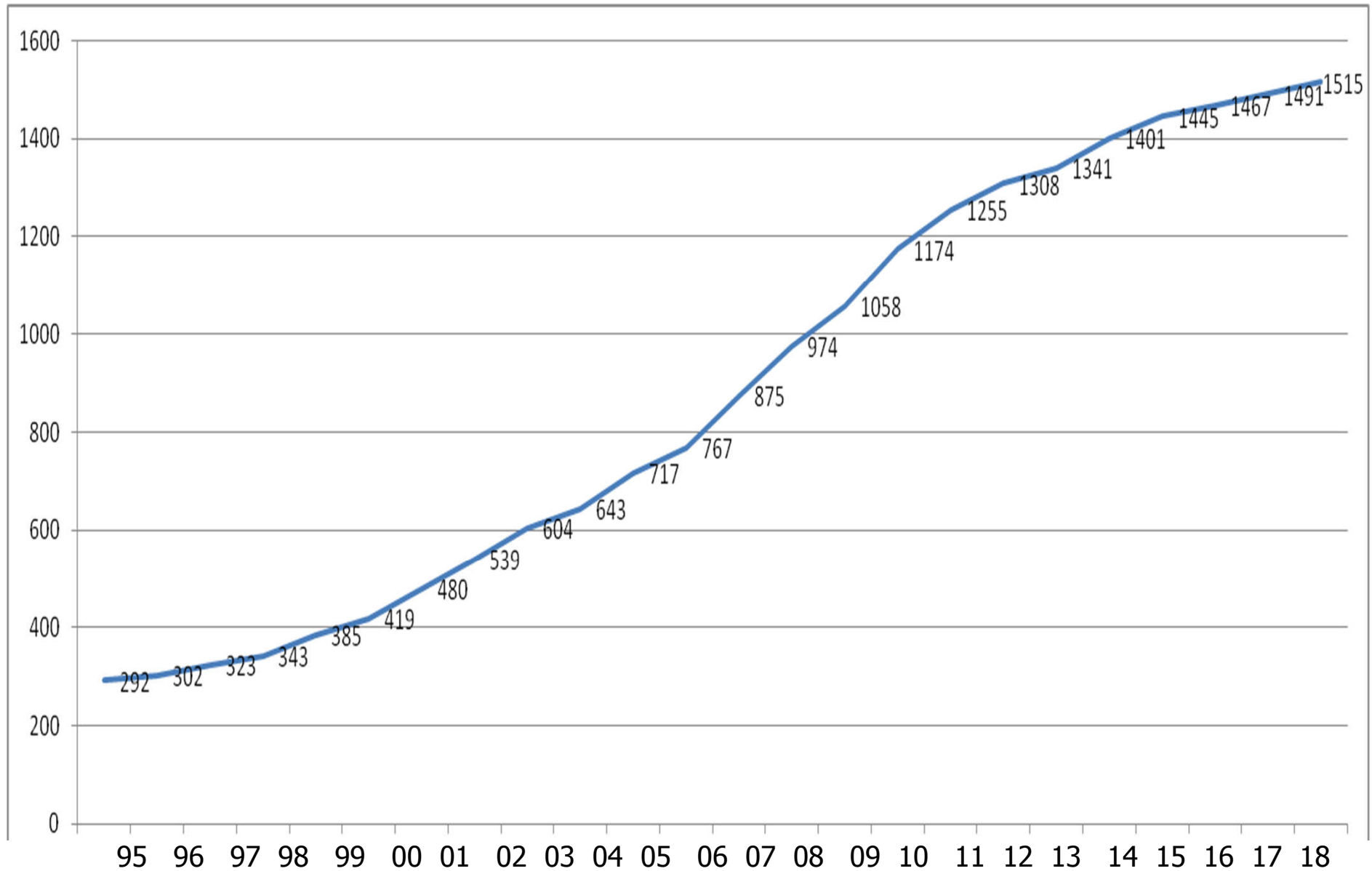
**Pharmako-  
(Somato-)  
therapie**

**Psycho-  
therapie**

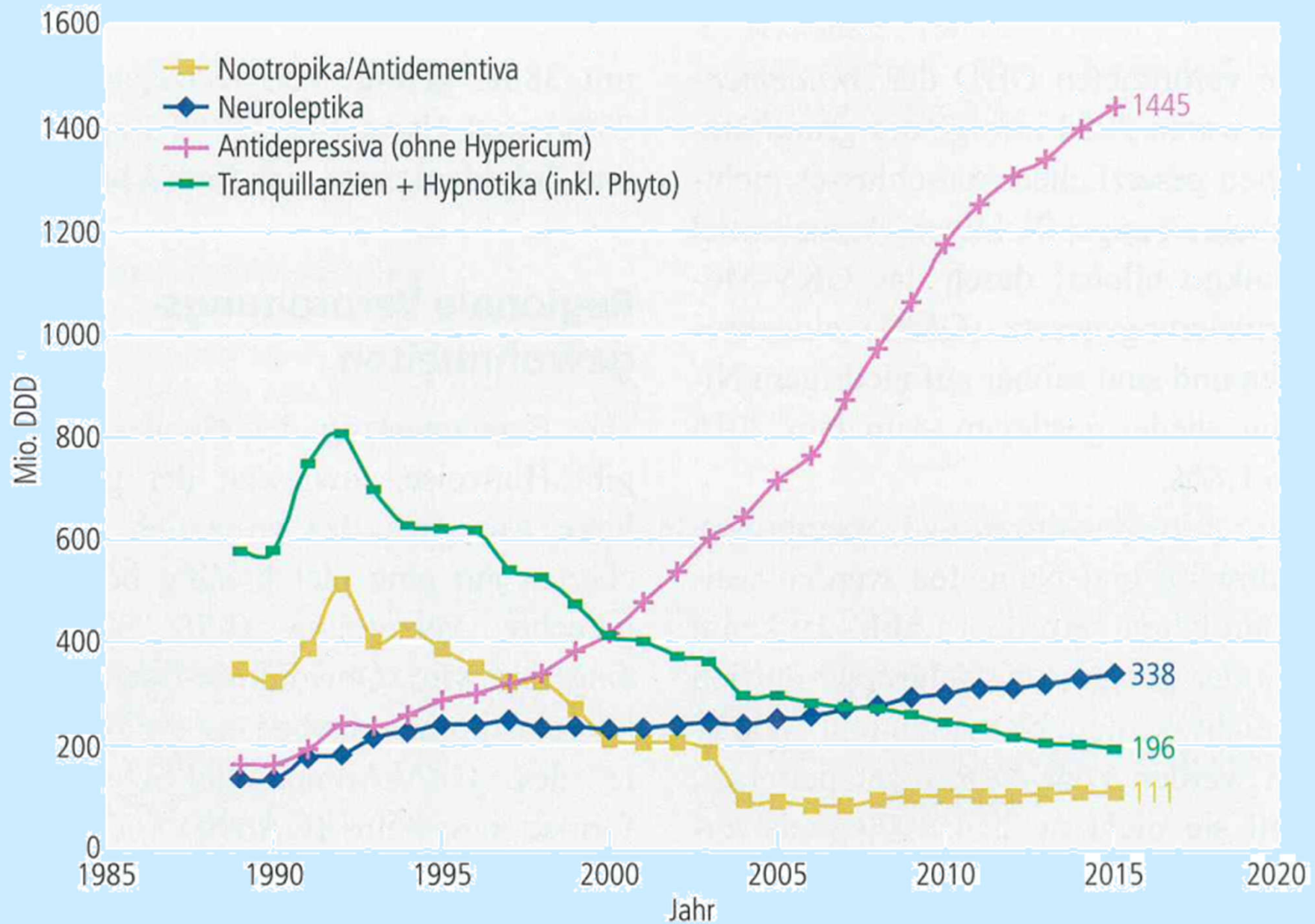
**Sozio-  
therapie**



# Antidepressiva-Verordnungen in DtInd. in Mio DDD



**Schwabe, Paffrath, Ludwig, Klauber (Hg.), Arzneiverordnungs-Report 2019**



**Abb. 1. Verordnungen (DDD) von Psychopharmaka zulasten der GKV**

[Arzneiverordnungsreport 1995–2016]

Schwabe und Paffrath (Hg.), nach Fritze, PPT 2017 (3):119-121

DGPPN  
 BÄK, KBV, AWMF  
 AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW

## S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung

2. Auflage, Version 1  
 November 2015  
 AWMF-Register-Nr.: nvl-005

### Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“



Deutsche Gesellschaft  
 für Psychiatrie,  
 Psychotherapie und  
 Nervenheilkunde



Bundesärztekammer



Kassenärztliche  
 Bundesvereinigung



Arbeitsgemeinschaft  
 der Wissenschaftlichen  
 Medizinischen  
 Fachgesellschaften



Arzneimittelkommission  
 der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)



Bundesverband der Angehörigen  
 psychisch Kranker (BAPK)



Bundespsychotherapeuten-  
 kammer (beratend) (BpTK)



Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
 Selbsthilfegruppen (DAGSHG)



Deutsche Gesellschaft für  
 Allgemeinmedizin und  
 Familienmedizin (DEGAM)



Deutsche Gesellschaft für  
 Psychosomatische Medizin und  
 Ärztliche Psychotherapie (DGPM)



Deutsche Gesellschaft für  
 Psychologie (DGPs)



Deutsche Gesellschaft für  
 Rehabilitationswissenschaften  
 (DGRW)

### Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von



Bundesdirektorenkonferenz  
 psychiatrischer Krankenhäuser  
 (und Arbeitskreis  
 Depressionsstationen) (BDK)



Berufsverband Deutscher  
 Psychologinnen und Psychologen  
 (BDP)



Berufsverband der Fachärzte für  
 Psychosomatische Medizin und  
 Psychotherapie Deutschlands  
 (BPM)



Berufsverband Deutscher  
 Nervenärzte (BVN)



Berufsverband Deutscher  
 Psychiater (BVDP)



Bundesverband der  
 Vertragspsychotherapeuten  
 (BVVP)



Chefarzt-Konferenz  
 psychosomatisch-  
 psychotherapeutischer  
 Krankenhäuser und Abteilungen



Deutsche Ärztliche Gesellschaft  
 für Verhaltenstherapie (DÄVT)



Deutsche Fachgesellschaft für  
 tiefenpsychologisch fundierte  
 Psychotherapie (DFT)



Deutsche Gesellschaft für  
 Gerontopsychiatrie und  
 -psychotherapie (DGGPP)



Deutsche Gesellschaft für  
 Psychoanalyse, Psychotherapie,  
 Psychosomatik und  
 Tiefenpsychologie (DGPT)



Deutsche Gesellschaft für  
 Verhaltenstherapie (DGVT)



Deutsche Psychoanalytische  
 Gesellschaft (DPG)



Deutsche Psychoanalytische  
 Vereinigung (DPV)



Deutsche Psychotherapeuten-  
 vereinigung (DPTV)



Deutscher Fachverband für  
 Verhaltenstherapie (DVT)



Deutscher Hausärzteverband



Gesellschaft für wissenschaftliche  
 Gesprächspsychotherapie (GwG)



Kompetenznetz Depression,  
 Suizidalität (KND)

## Unipolare Depression

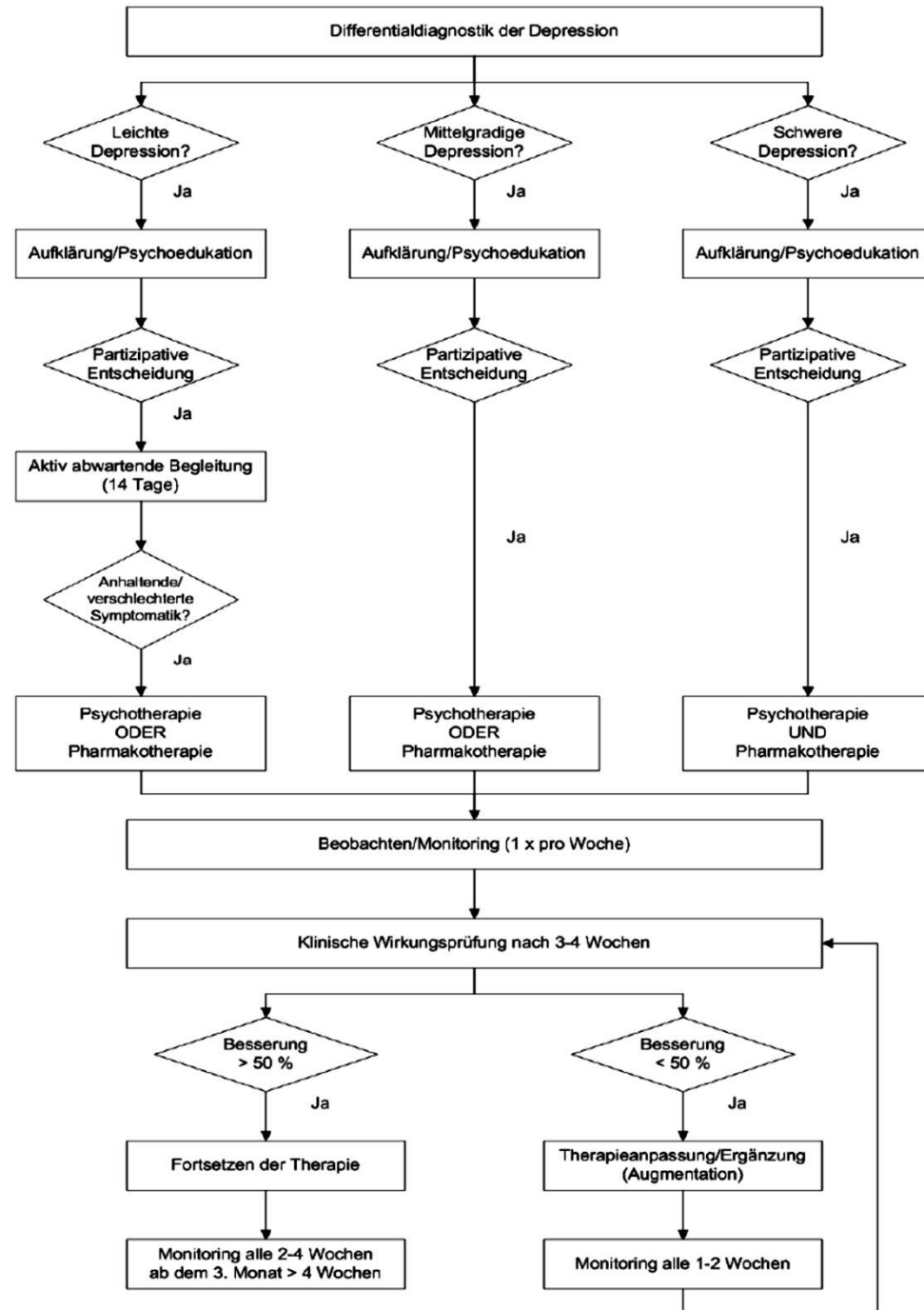
**3-8**

Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.

LoE: mehrere Metaanalysen

**B**

# Unipolare Depression



Algorithmus 3: Therapie depressiver Störungen





**Welches?**

## Antidepressiva

Substanz	Handelsname (Bsp.)	Start-dosis (mg/d)	Standard-dosis (mg/d)	Hoch-dosis <sup>1</sup> (mg/d)	Sedierung, Gewichts-zunahme	anticholinerg <sup>2</sup>	Übelkeit	Schlafstörungen	Dysorthostase	pharmakologische Mechanismen
<b>Trizyklika</b>										
Amitriptylin	Saroten				+++	+++	0	0	+++	NA- und 5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Clomipramin	Anafranil				+	+++	0	(+)	+++	
Desipramin	Pertofran				(+)	+	0	(+)	++	auch:
Doxepin	Aponal, Sinquan	25-50	150	300	+++	++	0	0	+++	
Imipramin	Tofranil, Pryleugan				+	++	0	(+)	+++	Blockade von:
Lofepramin	Gamonil				+	++	0	(+)	++	muskarinergen ACh-Rez., Histamin <sub>1</sub> -Rez.,
Nortriptylin	Nortrilen				+	+	0	0	++	$\alpha_1$ - adrenergen Rez., (Dopamin <sub>2</sub> -Rez.)
Trimipramin	Stangyl, Herphonal				+++	++	0	0	+++	
Dibenzepin	Noveril	120-240	240-480	720	+	+	0	0	++	
Opipramol	Insidon	25-50	150	300	++	++	+	0	+	Sigma <sub>1+2</sub> -Rez.-Ligand, H <sub>1</sub> -Rez.-Blockade
<b>Tetrazyklikum</b>										
Maprotilin	Ludiomil, Deprilept	25-50	150	300	++	++	0	0	++	wie Trizyklika
<b>MAO-Hemmer</b>										
irreversibel:										
Tranlycypromin	Jatrosom	10	30	80	(+)	(+)	(+)	+	+	irreversible Hemmung von MAO A- und B
<small>Tyraminarme Diät erforderlich; Gefahr eines Serotoninsyndroms bei Kombination mit oder unzureichendem Sicherheitsabstand zu serotonergen Pharmaka</small>										
reversibel:										
Moclobemid	Aurorix	150	300-600	900	(+)	(+)	(+)	+	0	reversible MAO A- Hemmung
<b>SSRI</b>										
Citalopram	Cipramil, Sepram									5-HT- Wiederaufnahmehemmung
Fluoxetin	Fluctin	20	20-40							(z. T. auch Blockade von m-ACh-Rez.)
Paroxetin	Seroxat, Tagonis				(+)	(+)	+	+	0	
Escitalopram	Cipralext	10	10-20							
Fluvoxamin	Fevarin	50	50-150							
Sertralin	Zoloft, Gladem									
<b>SNRI</b>										
Venlafaxin	Trevilor	75	150-225	375	(+)		+	+	0	NA- und 5-HT-WA-Hemmung
Milnacipran	Milnaneurax	50	100				+			
Duloxetin	Cymbalta	60	60	120	(+)		+	(+)		
<b>Autorezeptor-Blocker</b>										
Mianserin	Tolvin	30	60-120	180	+++	(+)	0	0	+	$\alpha_2$ -Autorez.-Blockade + 5-HT <sub>2+3</sub> -Rez.-
Mirtazapin	Remergil	15	15-45	80	+++	+	0	0	(+)	Blockade (H <sub>1</sub> - u. $\alpha_1$ -Rez.-Blockade)
<b>andere</b>										
Trazodon	Thombran	50-100	200-400	600	+++	0	+	0	+++	5-HT <sub>2</sub> -Rez.-Blockade, $\alpha_1$ - und $\alpha_2$ -Rez.-
										Blockade, mäßige 5-HT-WA-Hemmung
Bupropion	Elontril	150	150-300	450	0	0	(+)	+++	0	NA- und Dopamin-WA-Hemmung
Agomelatin	Valdoxan	25	25-50		(+)		+			5-HT <sub>2C(+2B)</sub> -Rez.-Blockade, MT <sub>-1+2</sub> -Rez.-
										Agonismus
Tianeptin	Tianeurax	37,5	37,5					++		5-HT-WA-Verstärkung
Reboxetin	Edronax, Solvex	8	8	10		+	(+)	++		NA-WA-Hemmung

<sup>1</sup> Hochdosis erfordert engmaschigere und gegebenenfalls stationäre Überwachung; mit einer Zunahme der unerwünschten Wirkungen muss gerechnet werden.

<sup>2</sup> Anticholinerge Wirkungen: z. B. Mundtrockenheit, Obstipation, Akkommodationsstörung, Harnverhalt, Delir

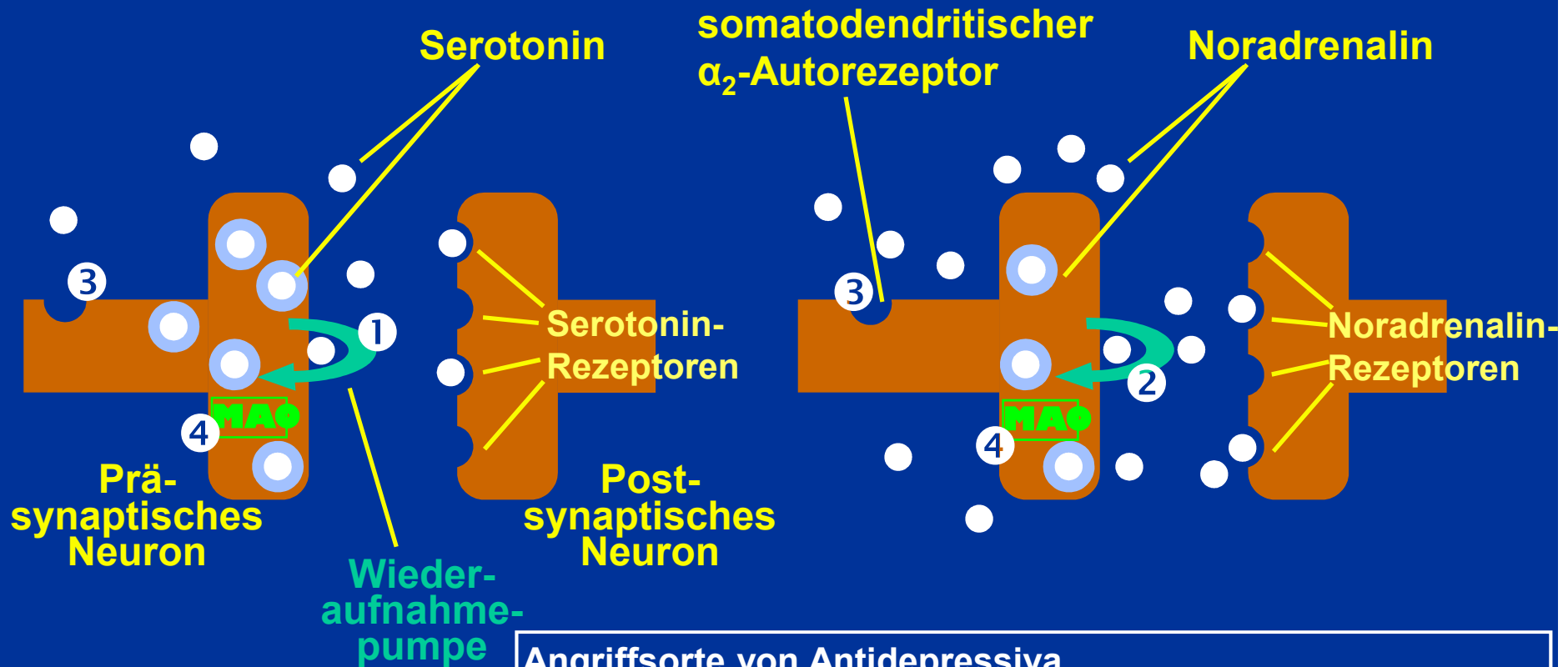
5-HT = Serotonin; NA = Noradrenalin; m-Ach = muskarinerg Acetylcholinrezeptor; H<sub>1</sub>-Rez. = Histamin<sub>1</sub>-Rezeptor;  $\alpha_1$ -Rez. =  $\alpha_1$ -adrenerger Rezeptor; MT = Melatonin

MAO = Monoaminoxidase; WA = Wiederaufnahme

# Antidepressiva: Wirkmechanismen

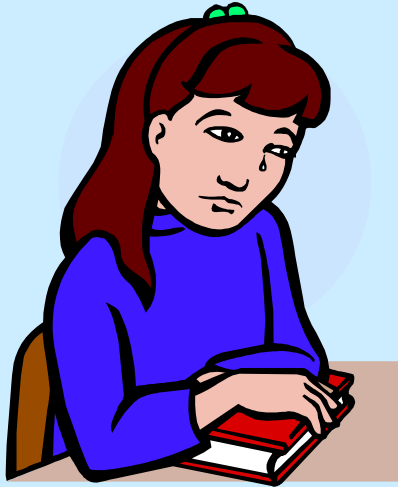
## Serotonerge Synapse

## Noradrenerge Synapse



### Angriffsorte von Antidepressiva

- tri- und tetrazyklische Antidepressiva, SNRI: ①, ②
- SSRI: ①
- Autorezeptor-Blocker (Mirtazapin, Mianserin, Trazodon): ③
- MAO-Hemmer: ④



# Antidepressiva

## typische Eigenschaften



- **verstärken Serotonin- u./o. Noradrenalin-Wirkung im Gehirn**
- **verzögerter Wirkungseintritt (3-4 Wo.)**
- **Ansprechrate ca. 50%**
- **unterschiedliche Nebenwirkungen, bei modernen Medikamenten zumeist wenige**
- **keine Abhängigkeit**
- **nach erfolgreicher Behandlung mindestens sechs Monate weiter nehmen**

# 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

**THE LANCET**  
Published online February 21, 2018

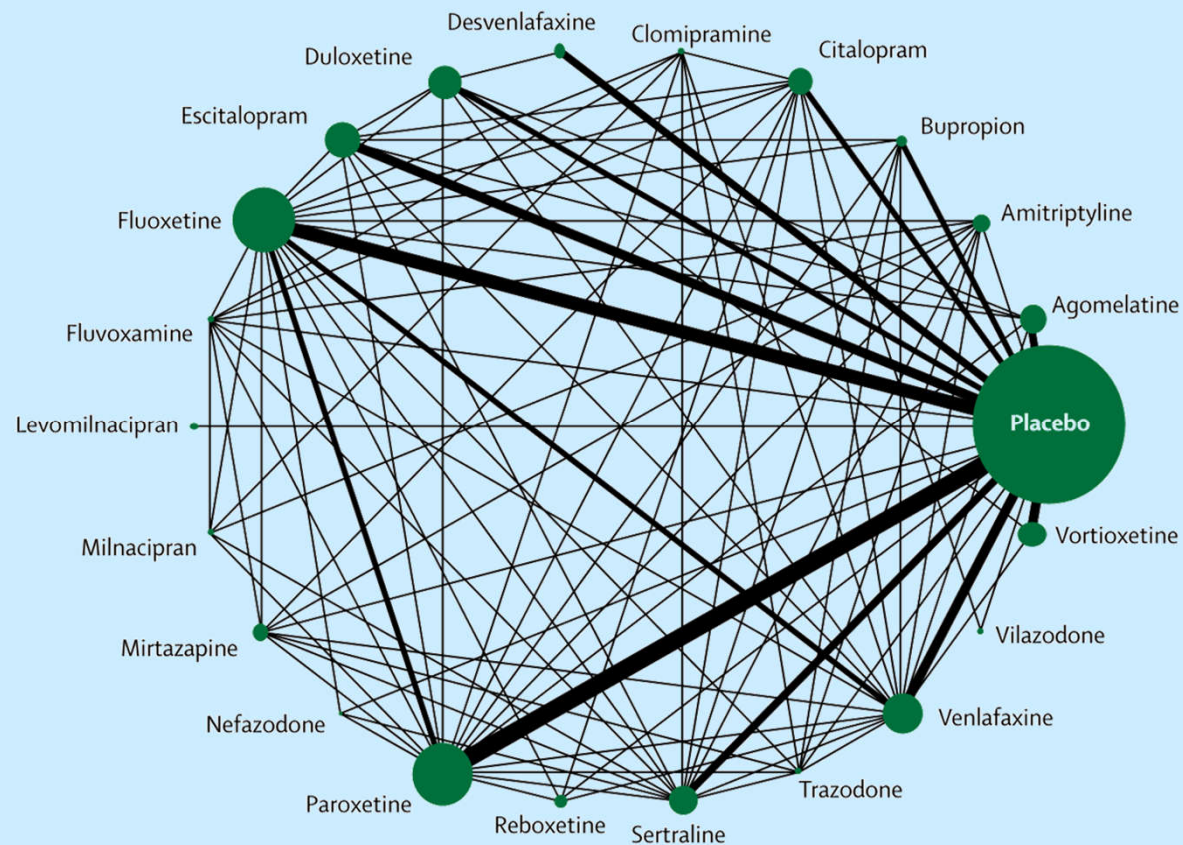
*Andrea Cipriani, Toshi A Furukawa\*, Georgia Salanti\*, Anna Chaimani, Lauren Z Atkinson, Yusuke Ogawa, Stefan Leucht, Henricus G Ruhe, Erick H Turner, Julian P T Higgins, Matthias Egger, Nozomi Takeshima, Yu Hayasaka, Hissei Imai, Kiyomi Shinohara, Aran Tajika, John P A Ioannidis, John R Geddes*

522 trials comprising 116 477 participants

placebo-controlled and head-to-head trials

Primary outcomes were

efficacy (response rate) and acceptability (treatment discontinuations due to any cause)

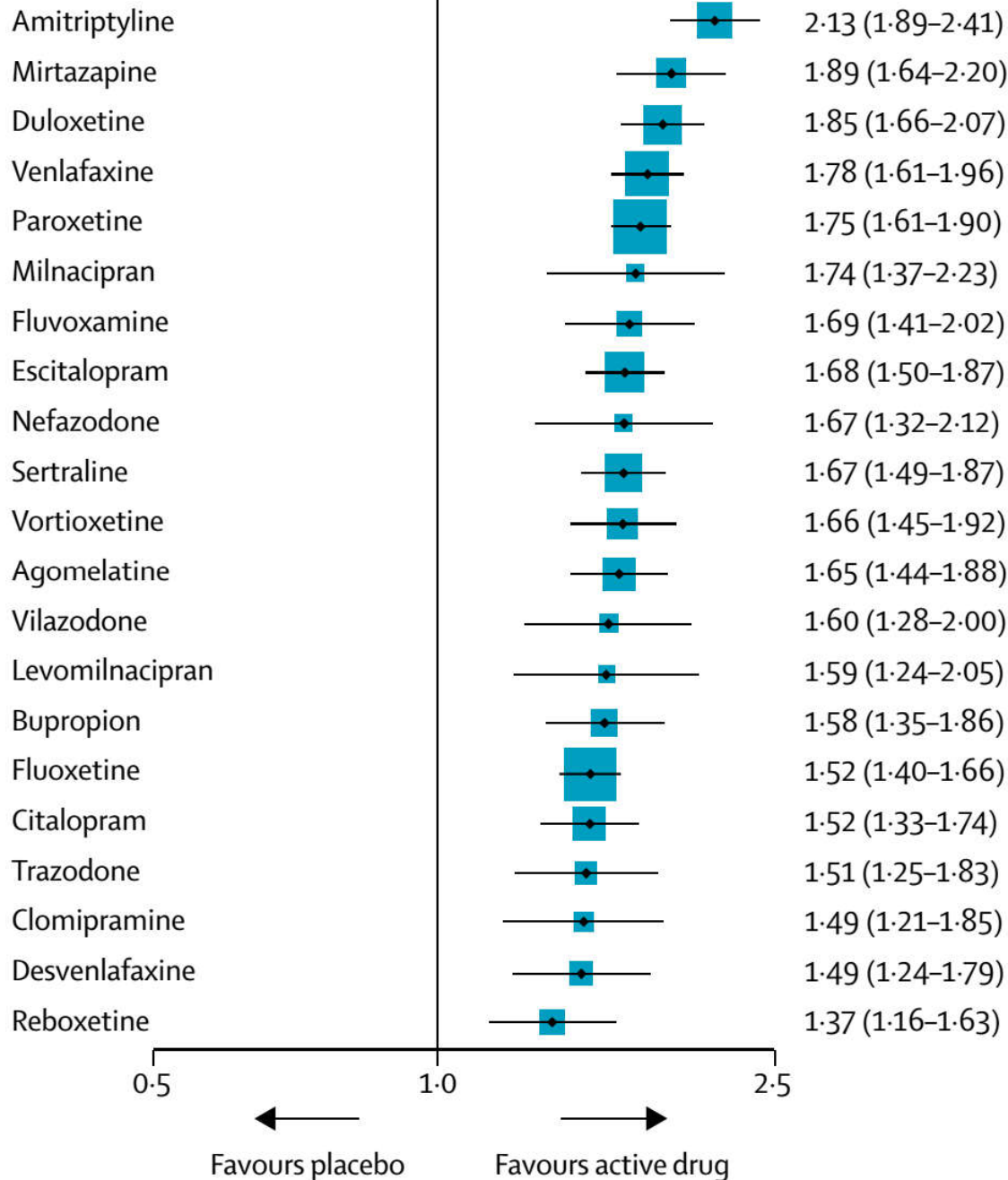




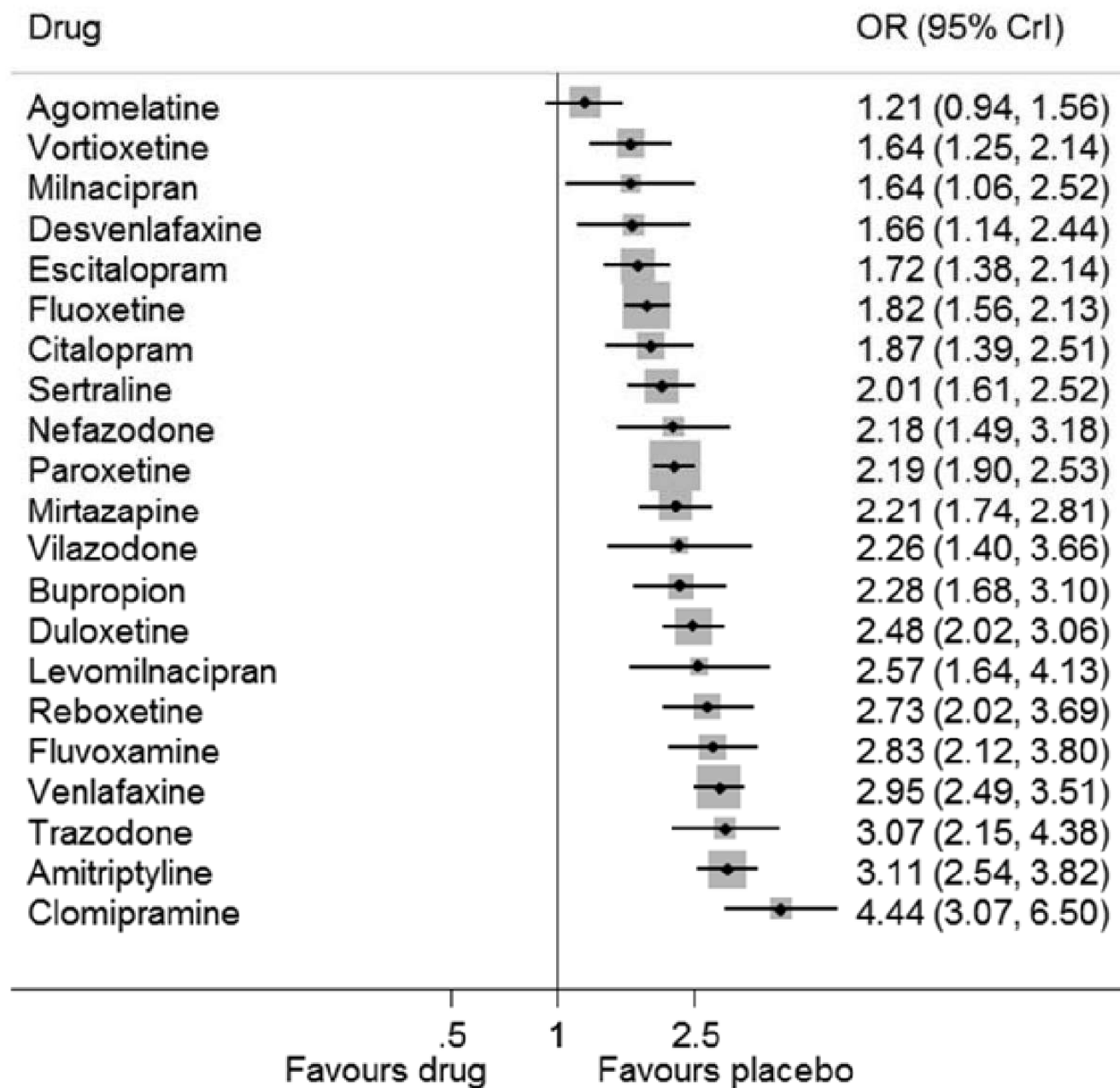
The random-effects summary SMD for all antidepressants was 0.30 (95% CrI 0.26–0.34;  $p < 0.0001$ ).

**d = 0.2, small effect**  
**d = 0.5, medium effect**  
**d = 0.8, large effect**

**Efficacy (response rate)**



## Drop-outs due to side effects





**Wie?**

# Zeitlicher Ablauf einer antidepressiven Pharmakotherapie (1. Behandlungsstufe [Akuttherapie])

## Chronische und therapieresistente Depression

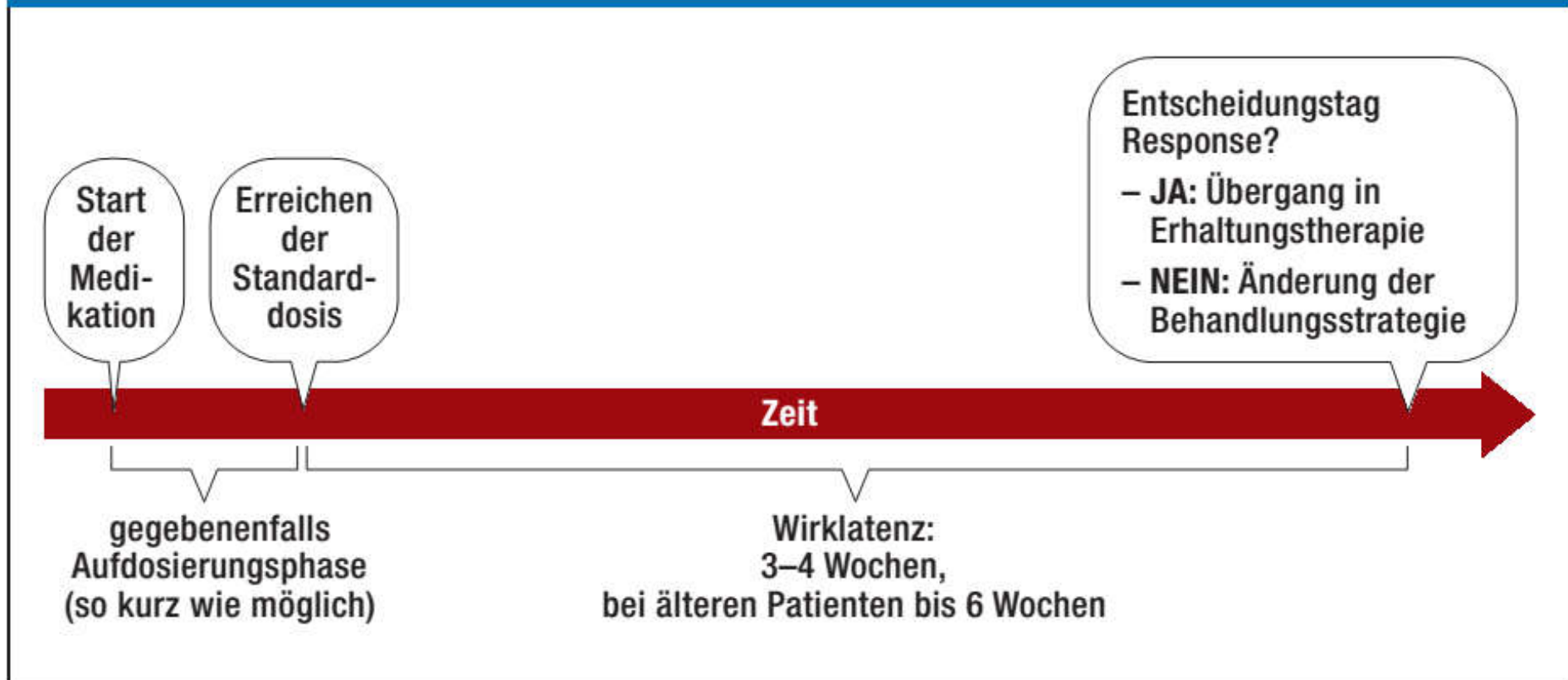
Diagnostik und Stufentherapie

Tom Bschor, Michael Bauer, Mazda Adli

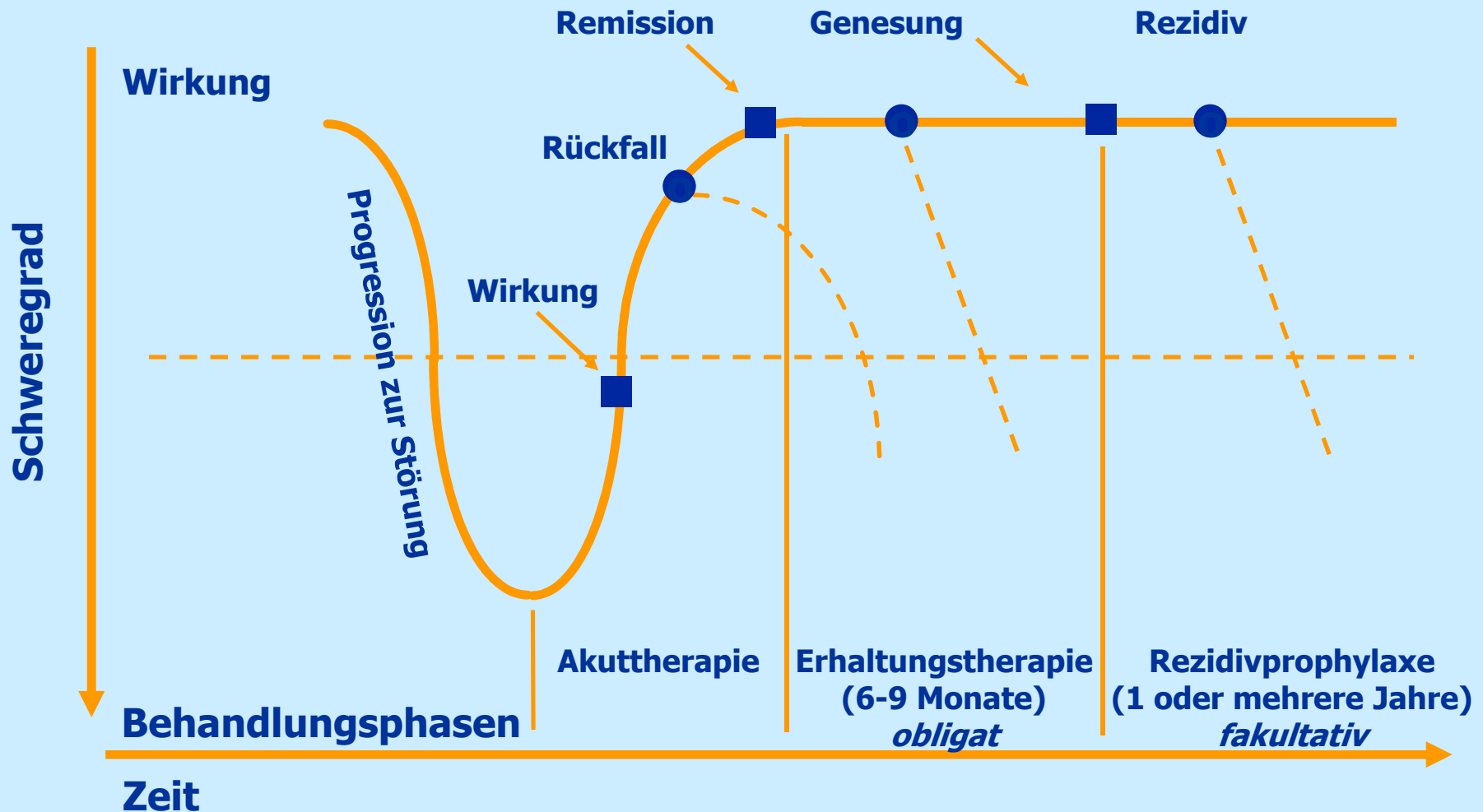
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 111 | Heft 45 | 7. November 2014

Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 766–76.

GRAFIK 2



# Die drei Phasen der Depressionsbehandlung



**Antidepressivum**  
**adäquate Dauer, adäquate Dosis**

**Non-Response**

**?**



# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- **Augmentation**  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

# Serumspiegelempfehlungen für Antidepressiva

Drugs and active metabolites	Therapeutic reference range	Level of recommendation to use TDM
<b>Antidepressant drugs</b>		
Agomelatine	7–300 ng/mL (1–2 h after 50 mg)	4
Amitriptyline plus nortriptyline	80–200 ng/mL	1
Amitriptyline oxide amitriptyline plus nortriptyline	80–200 ng/mL	1
Bupropion hydroxybupropion	10–100 ng/mL 850–1 500 ng/mL	2
Citalopram	50–110 ng/mL	1
Clomipramine plus N-desmethyl-clomipramine	230–450 ng/mL	1
Desipramine	100–300 ng/mL	2
Desvenlafaxine	100–400 ng/mL	3
Dosulepin = Dothiepin	45–100 ng/mL	2
Doxepin plus N-desmethyldoxepin	50–150 ng/mL	2
Duloxetine	30–120 ng/mL	2
Escitalopram	15–80 ng/mL	2
Fluoxetine plus N-desmethyl-fluoxetine	120–500 ng/mL	3
Fluvoxamine	60–230 ng/mL	2
Imipramine plus desipramine	175–300 ng/mL	1

Levomilnacipran	80–120 ng/mL	3
Maprotiline	75–130 ng/mL	2
Mianserine	15–70 ng/mL	3
Milnacipran	100–150 ng/mL	2
Mirtazapine	30–80 ng/mL	2
Moclobemide	300–1 000 ng/mL	3
Nortriptyline	70–170 ng/mL	1
Paroxetine	20–65 ng/mL	3
Reboxetine	60–350 ng/mL	3
Sertraline	10–150 ng/mL	2
Tianeptine	30–80 ng/mL	3
Tranlycypromin	≤ 50 ng/mL	4
Trazodone	700–1 000 ng/mL	2
Trimipramine	150–300 ng/mL	2
Venlafaxine plus O-desmethyl-venlafaxine	100–400 ng/mL	2
Vilazodone	30–70 ng/mL	3
Vortioxetine	10–40 ng/mL	2

## Levels of recommendation

- 1 = Strongly recommended
- 2 = Recommended
- 3 = Useful
- 4 = Potentially useful

## TDM-Gruppe der



*Hiemke et al.:*  
*Pharmacopsychiatry 2018;*  
*51: 9–62*

[www.t1p.de/siza](http://www.t1p.de/siza)

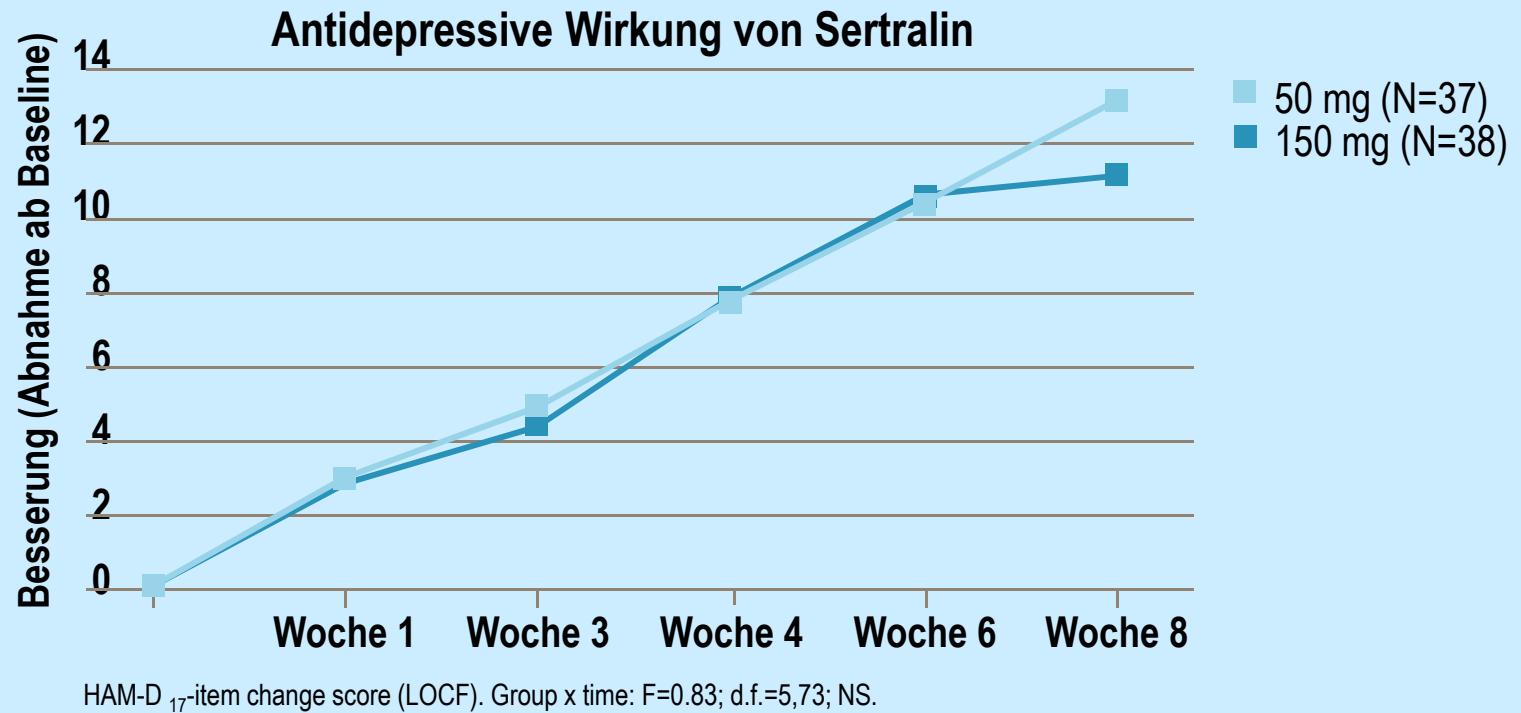


# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

99 depressive Patienten ( $HAMD_{17} \geq 18$ ) wurden über 3 Wochen ambulant mit 50 mg/Tag Sertralin behandelt. 11 Patienten remittierten ( $HAMD_{17} \leq 8$ ). Die übrigen ( $N=75$ ) wurden blind randomisiert und erhielten 50 oder 150 mg/Tag über 8 Wochen. Am Ende dieser Zeitspanne waren 40% dieser Patienten in Remission. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.<sup>1</sup>



1. Schweizer E et al. *Int Clin Psychopharm* 2001;16:137-143

It is illegal to post this copyrighted PDF on any website.

**Dose Increase Versus Unchanged Continuation of Antidepressants After Initial Antidepressant Treatment Failure in Patients With Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Double-Blind Trials**

Lena Rink<sup>a,‡</sup>; Cora Braun<sup>a,‡</sup>; Tom Bschor, MD<sup>b,c</sup>; Jonathan Henssler, MD<sup>d</sup>; Jeremy Franklin, PhD<sup>e</sup>; and Christopher Baethge, MD<sup>a,\*</sup>

**Method:**

- Cochrane Handbook for Systematic Reviews
- Prospero Registration
- Search in CENTRAL, PsycINFO, PubMed, and Embase
- Calculation of Standardized Mean Differences (SMD)

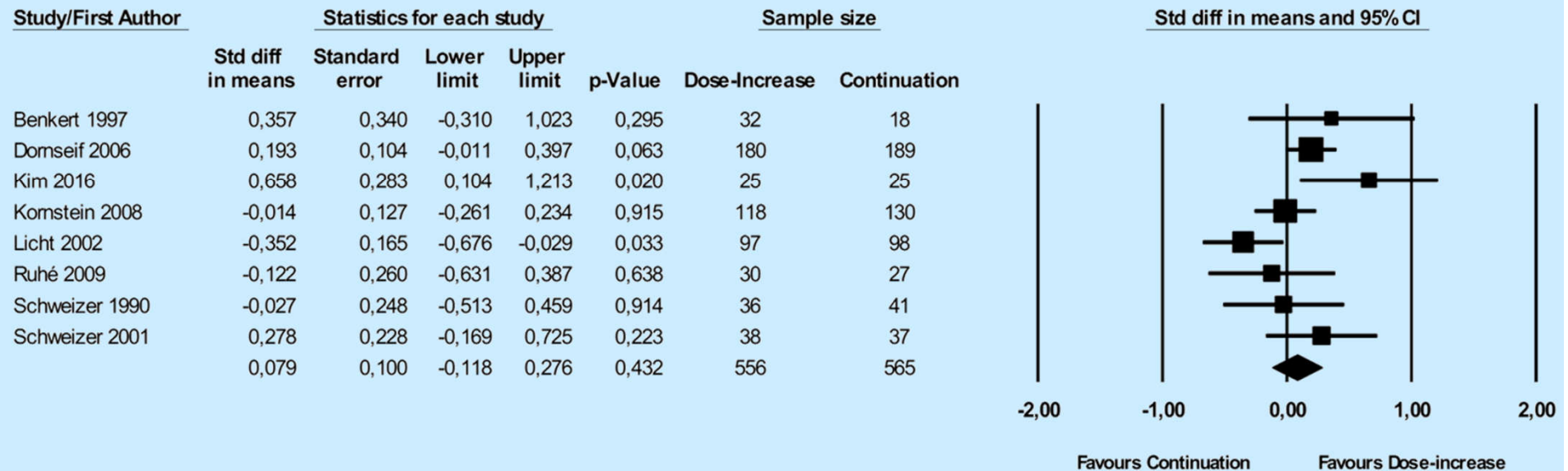
Non-Response



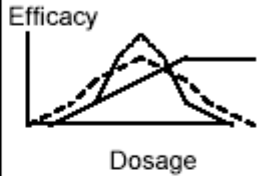
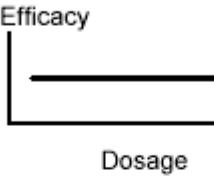
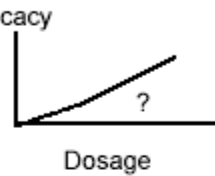
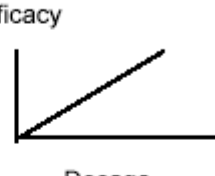
# Antidepressiva: Hochdosisbehandlung nach erfolgloser Standarddosis

Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C  
J Clin Psychiatr 2018; 79(3):17r11693

## B. Adults, major depression, SSRI



# Therapieresistente Depression: Hochdosisbehandlung

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

## Unipolare Depression

<b>Dosiserhöhung</b>	
<b>3-24</b> 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.	<b>0</b>

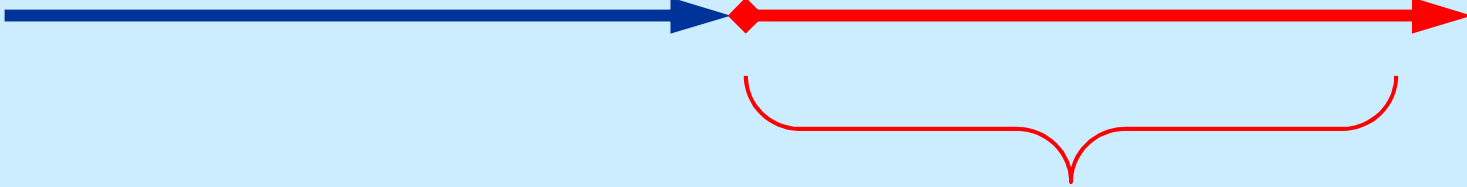
# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

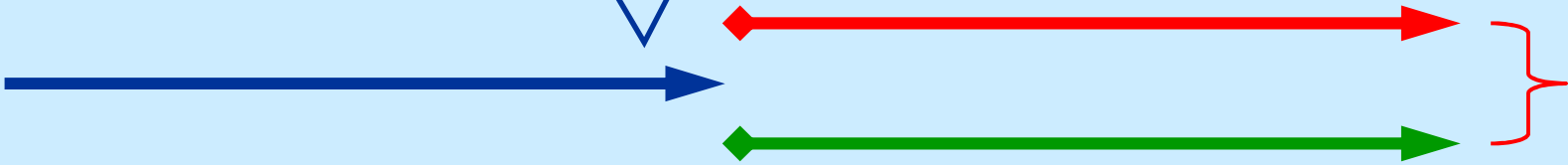
- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)



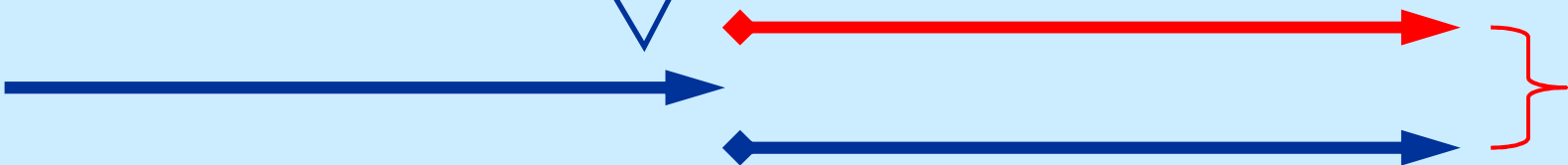
Non-Response



Non-Response

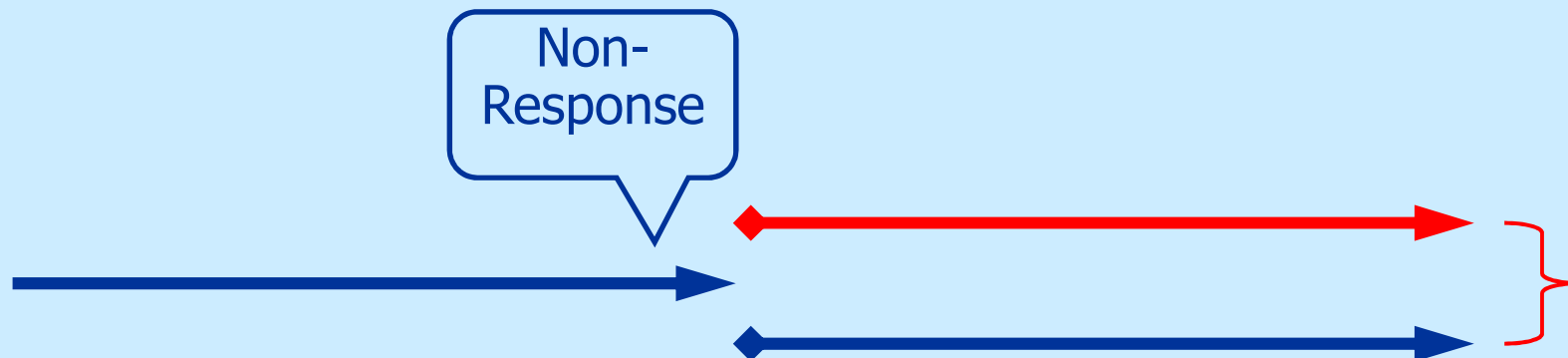


Non-Response



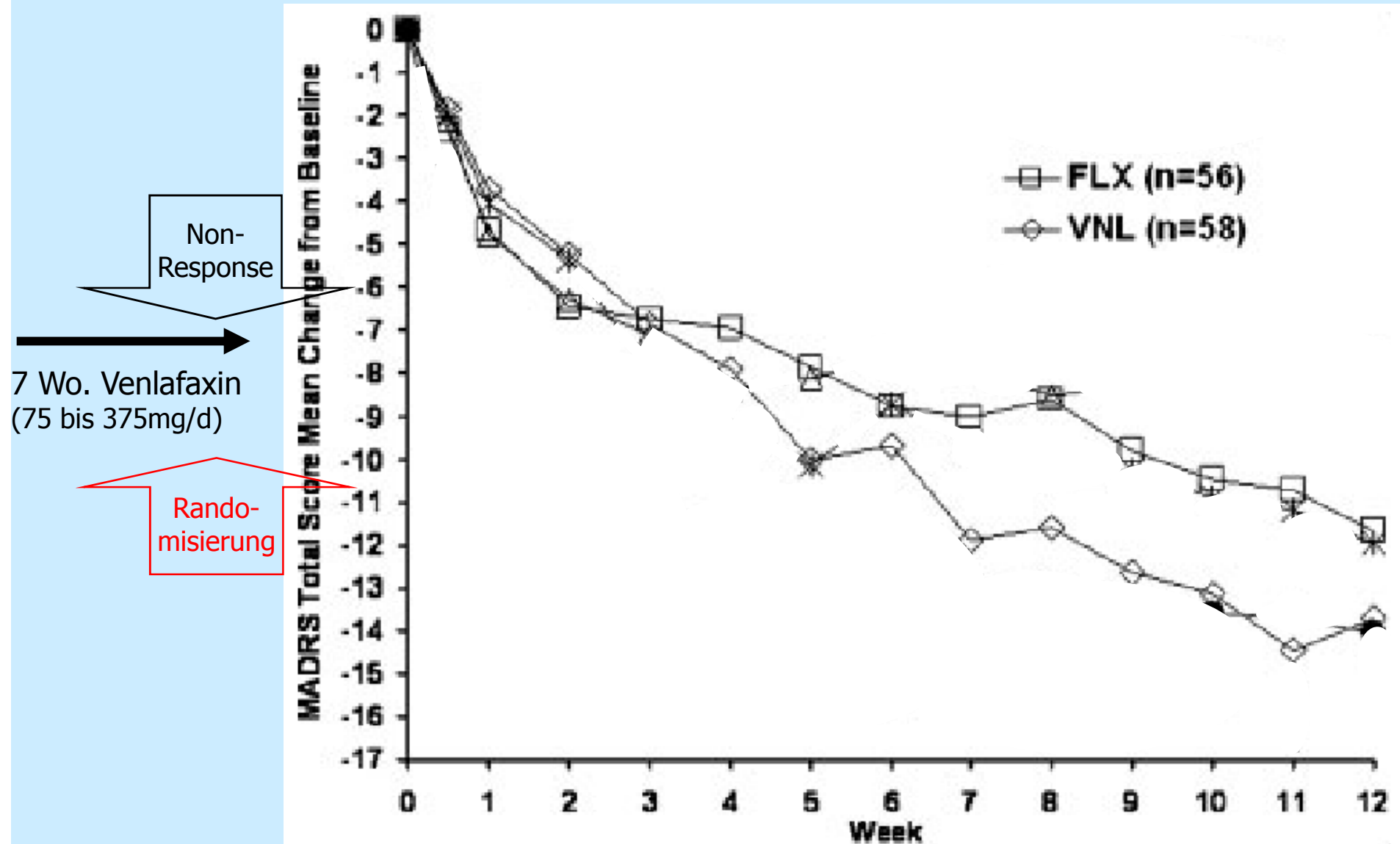
(depress\* or dysthymi\* or adjustment disorder\* or mood disorder\* or affective disorder or affective symptoms)  
AND  
(agomelatin\* or amineptin\* or amitriptylin\* or amoxapin\* or bupropion\* or butriptylin\* or chlorimipramin\* or citalopram\* or clomipramin\* or desipramin\* or desvenlafaxin\* or dibenzepin\* or dosulepin\* or dothiepin\* or doxepin\* or duloxetine\* or escitalopram\* or fluoxetine\* or fluvoxamin\* or imipramin\* or isocarboxazid\* or lofepramin\* or maprotilin\* or mianserin\* or milnacipran\* or mirtazapin\* or moclobemid\* or nefazodon\* or nortriptylin\* or paroxetine\* or phenelzin\* or protriptylin\* or reboxetin\* or selegilin\* or sertraline\* or setiptilin\* or tianeptin\* or tranlycypromin\* or trazodon\* or trimipramin\* or venlafaxin\* or viloxazin\*)  
AND  
(switch\* or crossover or cross-over or crossed-over or change\* or changing or remain\* or stay\* or continu\*)  
AND  
(respond\* or remiss\* or remit\* or resistant\* or improv\*)

## MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL): **3047 Treffer** → **4 Studien**

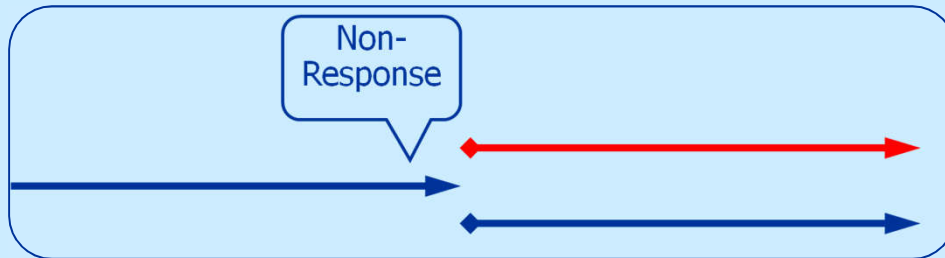


# Fluoxetin vs. Venlafaxin bei Venlafaxin-Non-Respondern

Corya et al. *Depres & Anxiety* 2006



# nach Non-Response auf ein Antidepressivum: Fortsetzen des bisherigen Antidepressivums versus Wechsel



## Meta Analysis

Study name	Statistics for each study						Sample size		Std diff in means and 95% CI	
	Std diff in means	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	Switch		Continuation
Ferri 2001	0,245	0,239	0,057	-0,223	0,713	1,025	0,305	33	38	
Shelton 2005	0,127	0,148	0,022	-0,162	0,416	0,862	0,389	142	68	
Corya 2006	-0,229	0,184	0,034	-0,589	0,132	-1,244	0,213	60	59	
Souery 2011	-0,948	0,289	0,083	-1,513	-0,382	-3,285	0,001	20	39	
	-0,165	0,219	0,048	-0,594	0,264	-0,756	0,450			

Favours A Continuing      Favours B Switching

## Unipolare Depression

**3-30**

Der Wechsel des Antidepressivums ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft werden.

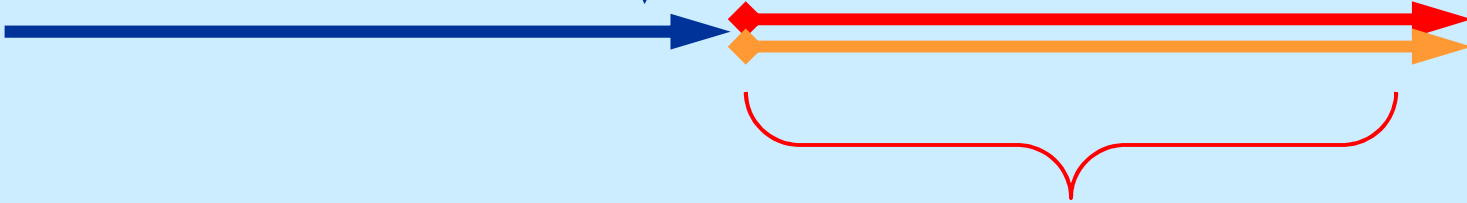
**B**

# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

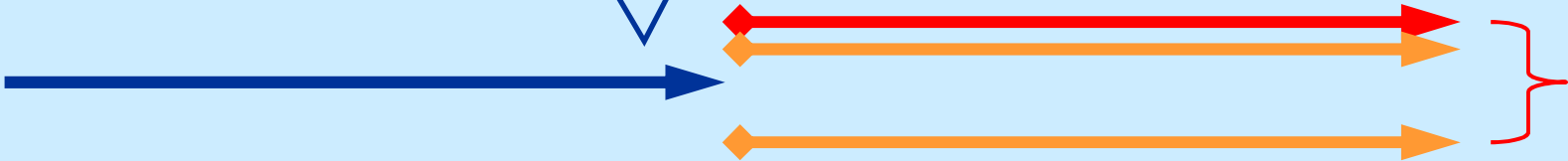
pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- Augmentation  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

Non-Response

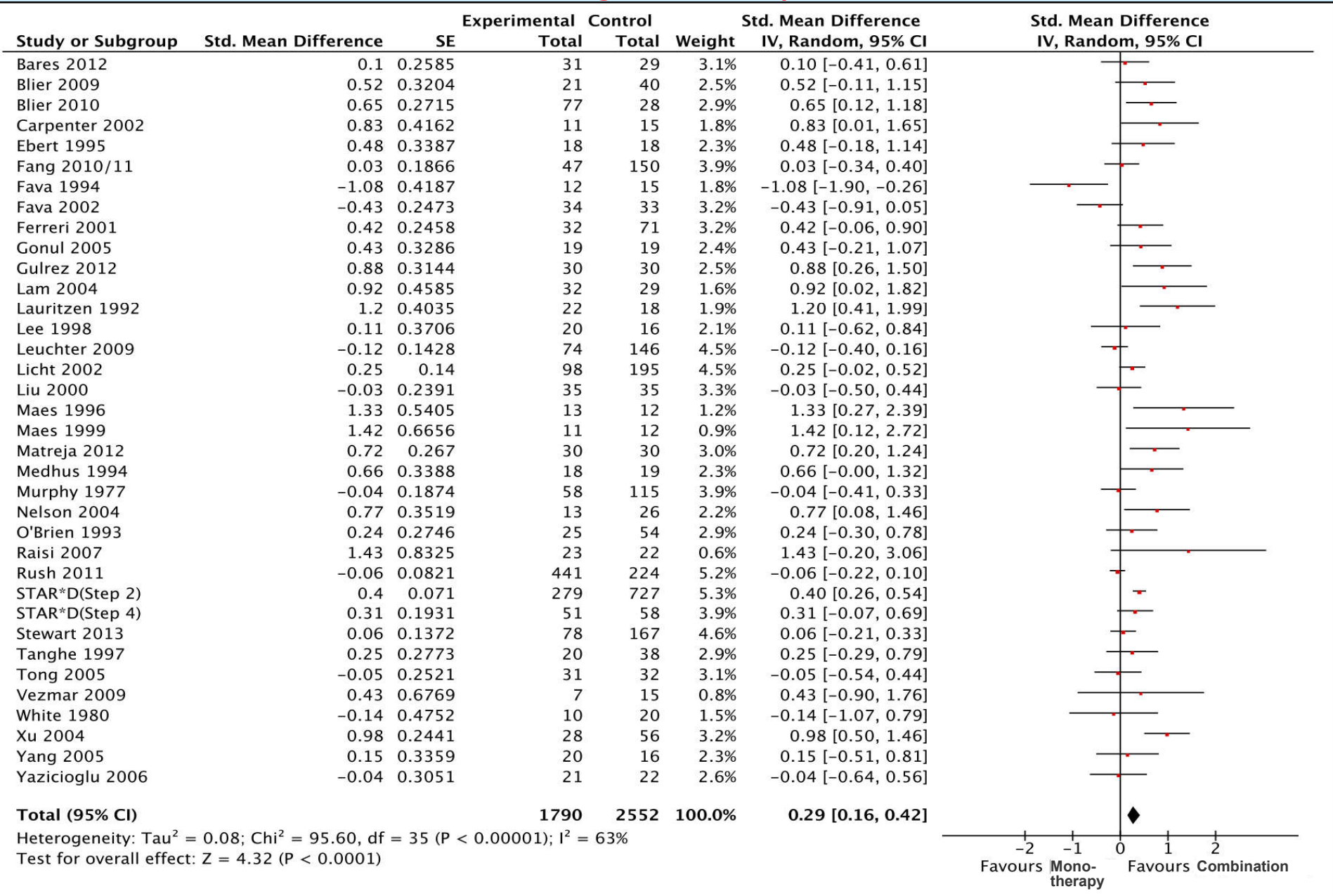


Non-Response



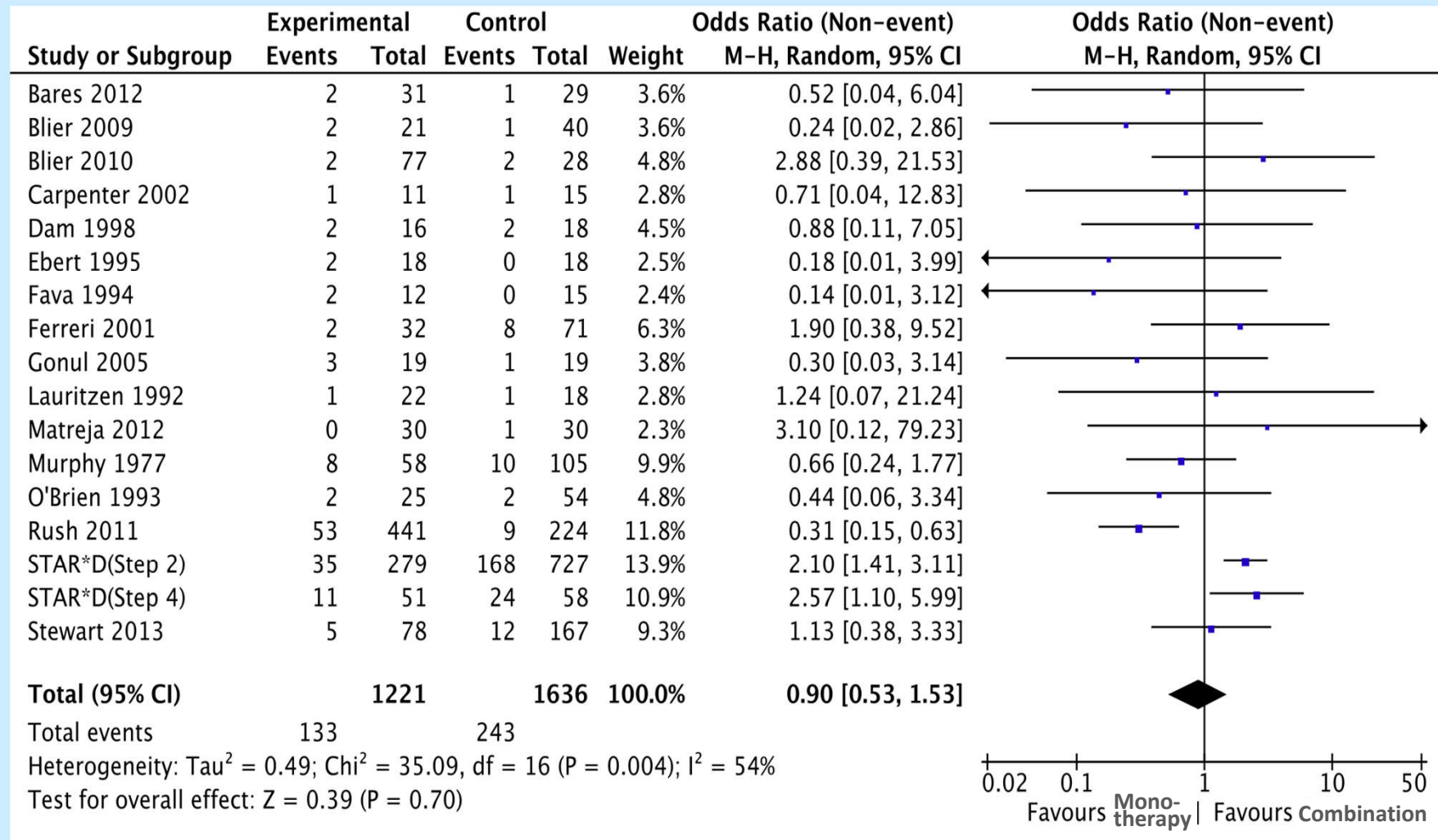
# Antidepressiva-Kombination versus Monotherapie

*Henssler\*, Bschor,\* Baethge, Can J Psychiatr 2016;61:29-43*





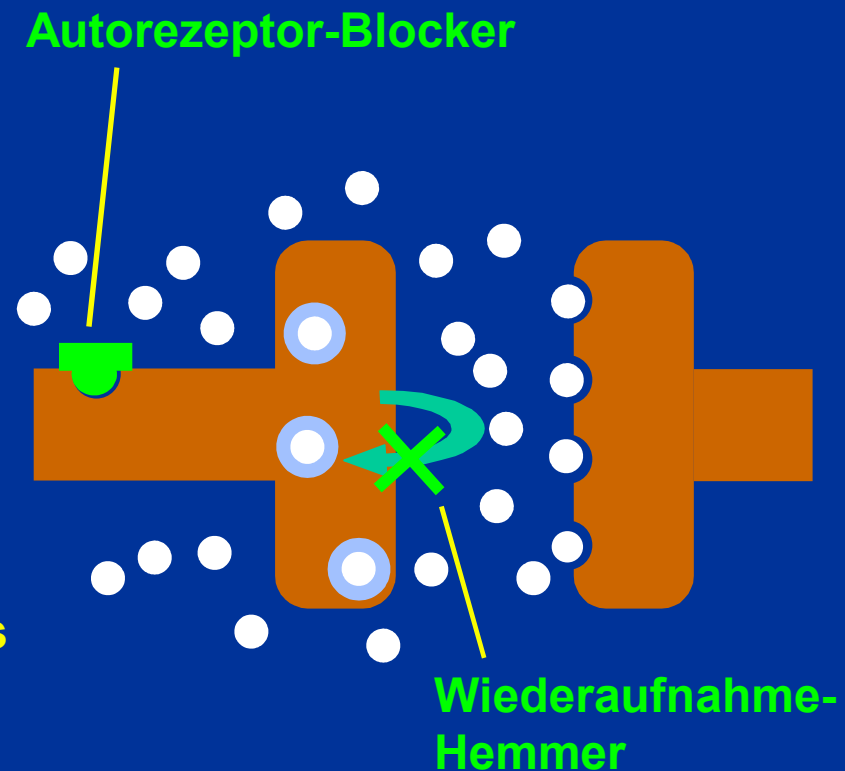
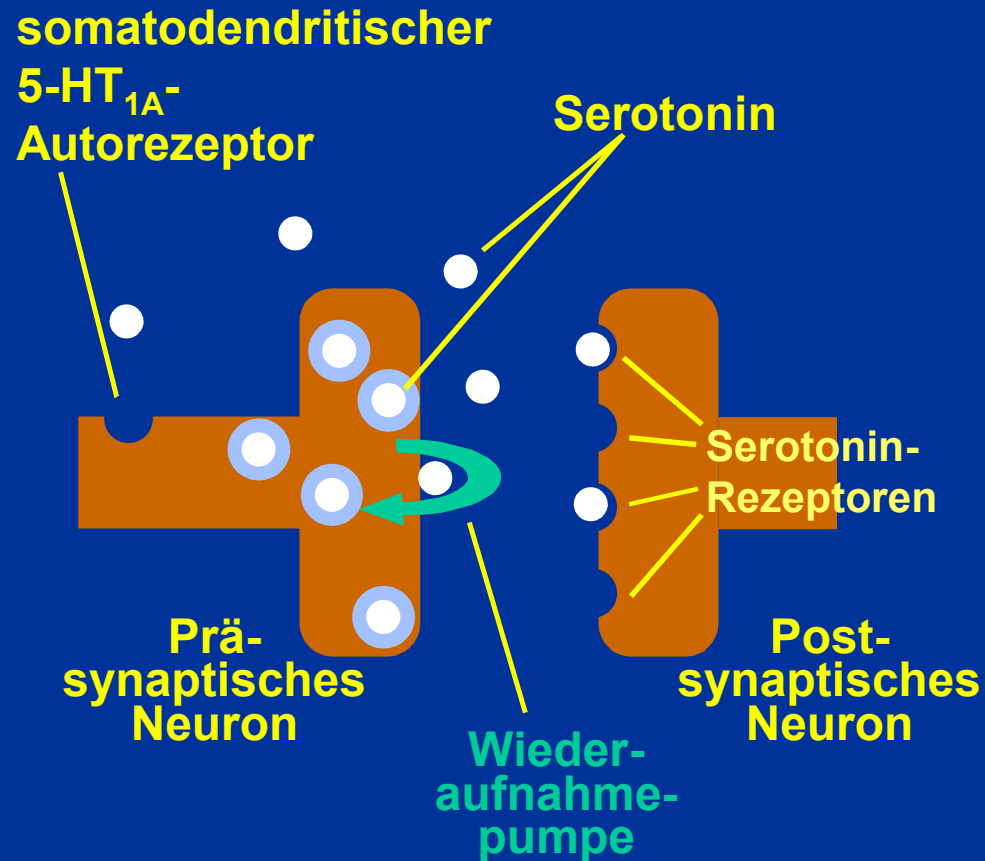
# Dropouts durch UAW



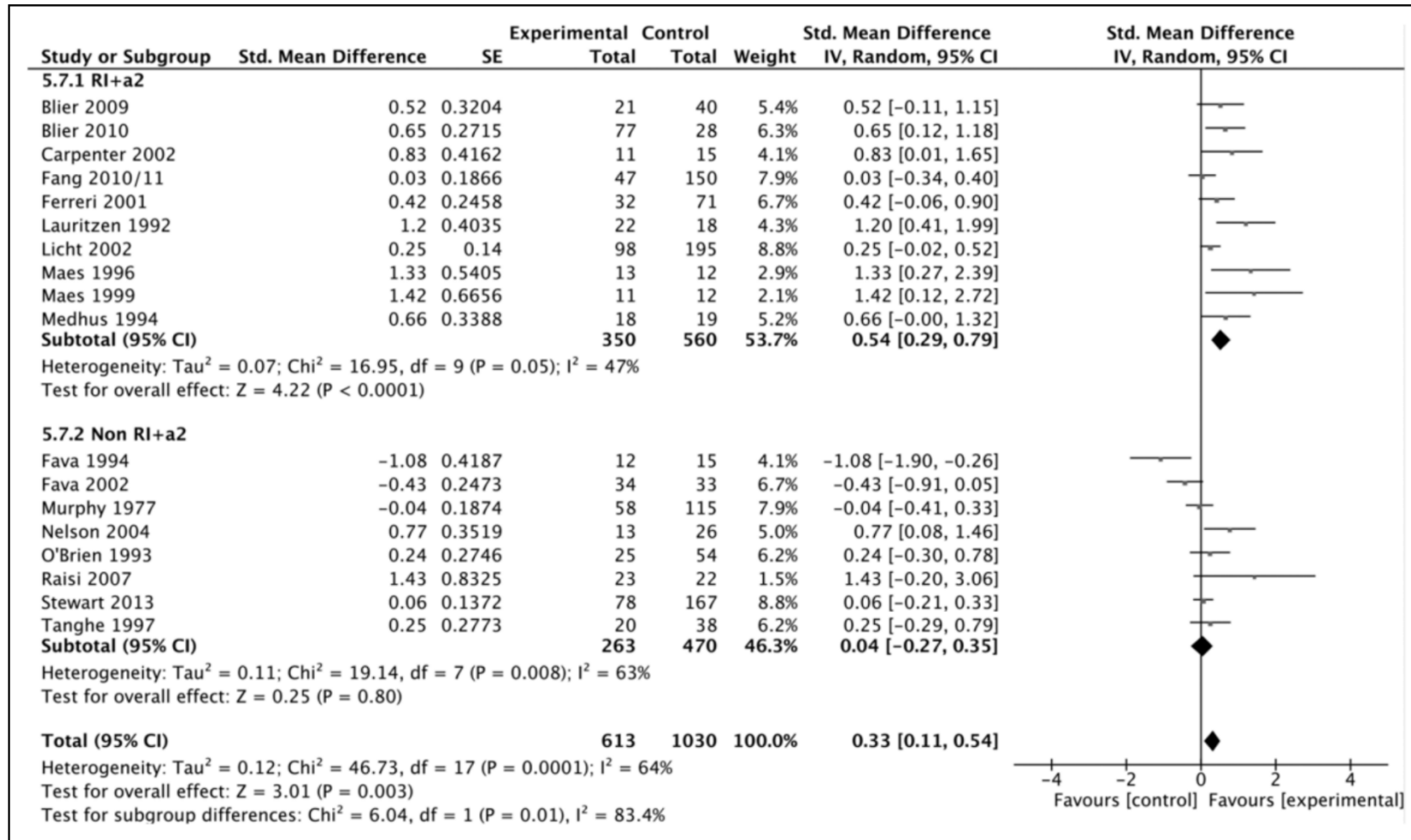
# Antidepressiva-Kombination: Vermutetes Wirkprinzip

**Ohne Pharmakon**

**Wiederaufnahme-Hemmer  
+ Autorezeptor-Blocker**



# Wiederaufnahmehemmer + $\alpha$ 2-Blocker im Vergleich zu anderen Kombinationen



**Figure 3.** Primary outcome: treatment effect as measured in standardized mean difference (SMD) subgroup analysis: RI+ $\alpha$ 2 versus other pharmacologic combinations. Randomized, double-blind trials only weighted according to random effects analysis.

*Henssler\*, Bschor,\* Baethge, Can J Psychiatr 2016;61:29-43*

# Unipolare Depression

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
<p><b>3-35_mod_2015</b></p> <p>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 Wirkstoff.</p>	<p><b>KKP</b></p>

# nach Non-Response auf Antidepressiva-Monotherapie...

pharmakologische Strategien des 2. Schritts:

- Antidepressivum absetzen
- Blutspiegel des Antidepressivum kontrollieren
- Antidepressivum aufdosieren
- Antidepressivum wechseln
- zwei Antidepressiva kombinieren
- **Augmentation**  
(mit Lithium oder atypischem Neuroleptikum)

**Non-Response**



**Substanz 1**

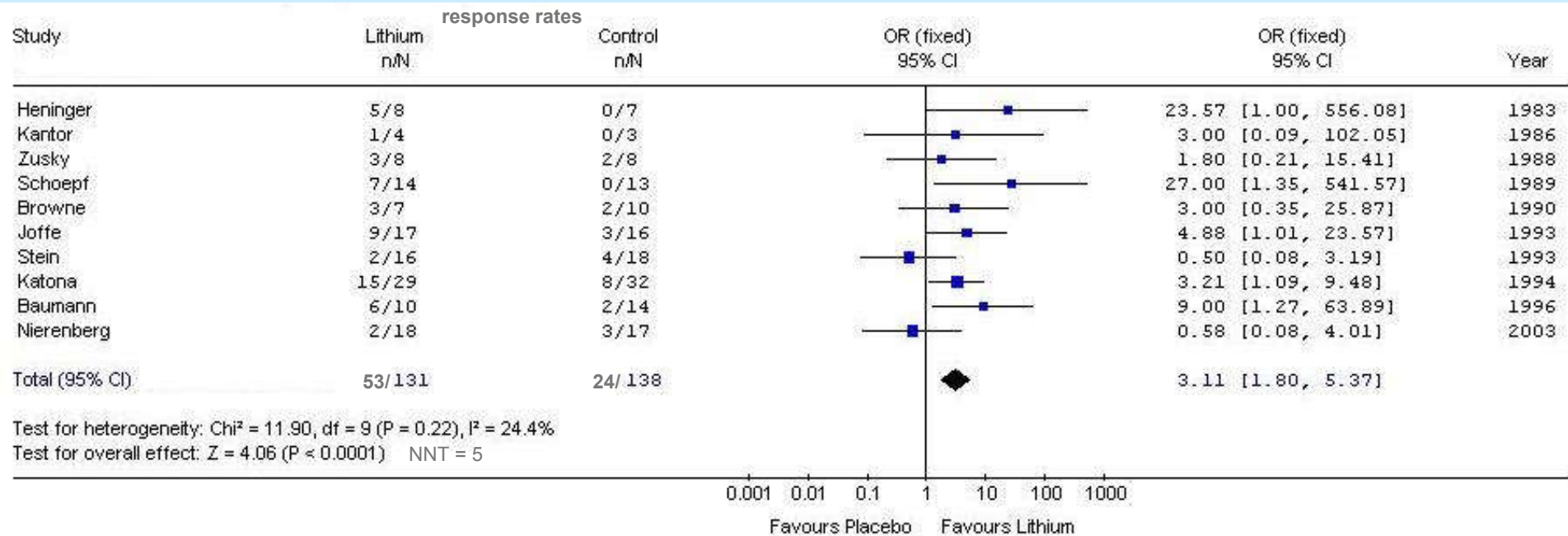


**Substanz 2**

**Augmentation**

# Metaanalyse doppelblinder, plazebokontrollierter Studien zur Wirksamkeit einer Lithiumaugmentation (N = 10 Studien)

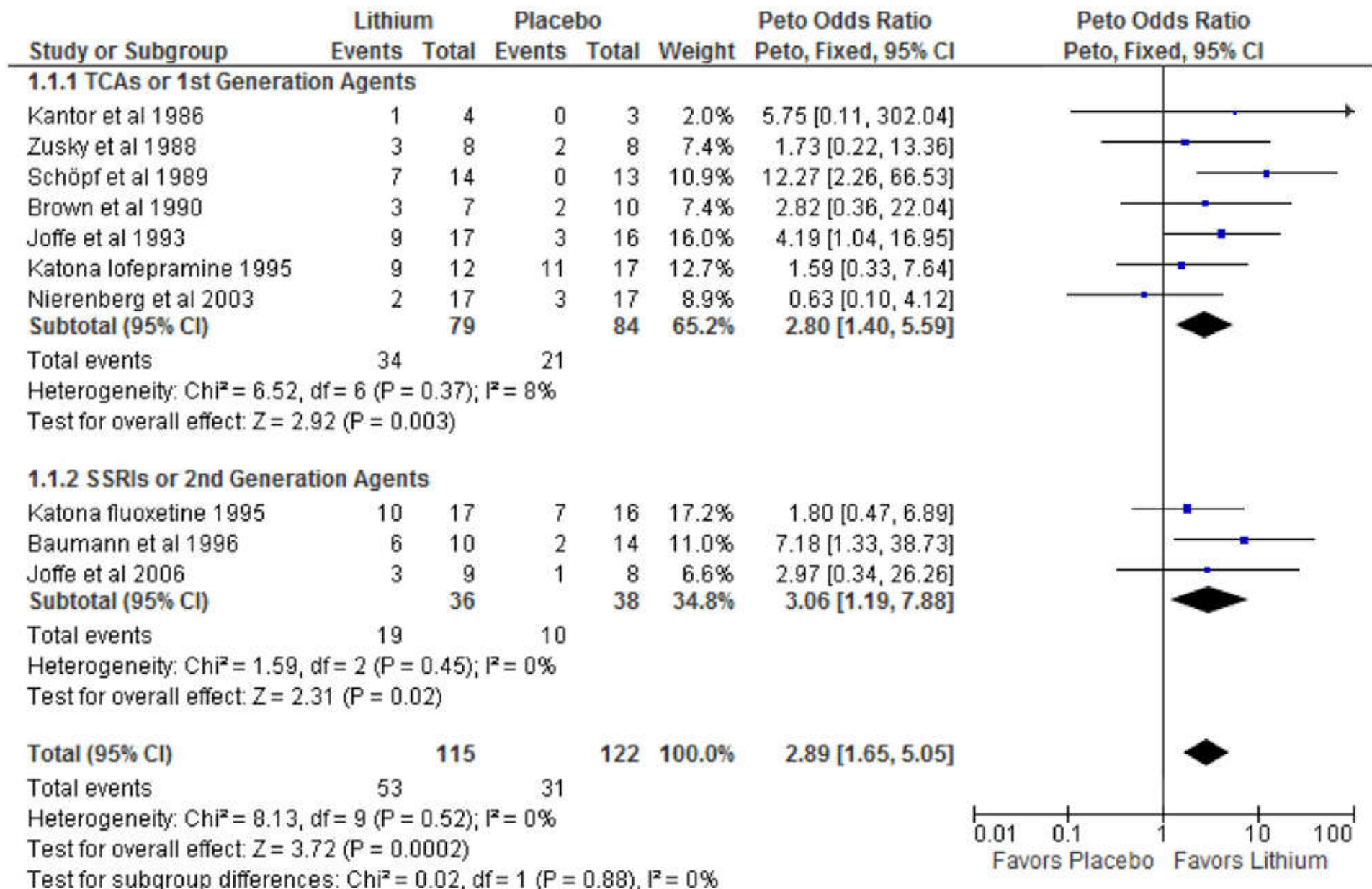
(Bauer M, Crossley NA, Gerber S, Bschor T 2006)





# Lithium augmentation: Metaanalyse doppelblinder, plazebokontrollierter Studien

J.C. Nelson et al. / Journal of Affective Disorders 168 (2014) 269–275







100 %



19:16



zul. online heute um 19:15



Meine dauerdepressive suizidale Patientin der ich nach unserem Gespräch dann doch Lithium gab, ist damit übrigens quasi nach zwei Wochen wundergeheilt.....

13:46



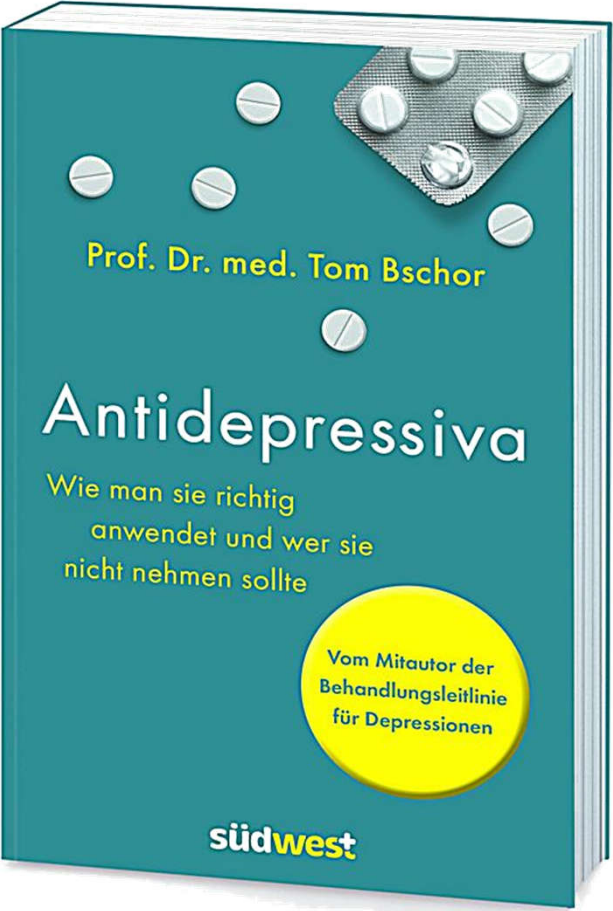
Nachricht schreib...



# Lithiumaugmentation: Durchführung



- additiv in der Akutbehandlung depressiver Syndrome, wenn mit Antidepressiva-Monotherapie keine Response erzielt werden konnte
- eher rasche Aufdosierung
- anzustrebende Serumspiegel: wie bei prophylaktischer Behandlung: 0,6 - 0,9mmol/l
- Mindestdauer: 2 Wochen
- bei Response: Lithium und Antidepressivum für mindestens 6 Monate fortführen



Prof. Dr. med. Tom Bschor

# Antidepressiva

Wie man sie richtig  
anwendet und wer sie  
nicht nehmen sollte

Vom Mitautor der  
Behandlungsleitlinie  
für Depressionen

südwest