

EMH-Special Depression

Beitrag von Adrian Ritter

Helfende in Not Seite 2



EMHMedia

SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Raus aus der Depression

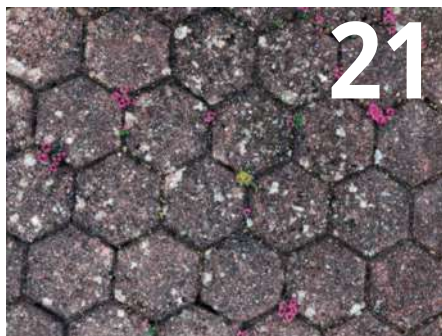


1 Tablette am Abend vor dem Schlafengehen

VALDOXAN® 25 mg Z: Agomelatine 25 mg, Hilfsstoffe u. a. Laktose, Natrium. **I:** Behandlung von depressiven Episoden Erwachsener gemäss ICD-10 (bzw. „Major Depression“ gemäss DSM IV) und anschliessende Erhaltungstherapie über 6-12 Monate bei den Patienten, deren depressive Symptomatik auf Agomelatine in der Akutbehandlung gut angesprochen hat. **P:** 25 mg 1x täglich am Abend. Möglichkeit, die Dosis auf 50 mg einmal täglich am Abend nach zweiwöchiger Behandlung zu erhöhen. Bei allen Patienten sollen Leberfunktionstests durchgeführt werden: eine Referenzblutentnahme vor der ersten Einnahme und Kontrollen in 14-tägigen bis monatlichen Intervallen in den ersten 6 Monaten nach Therapiebeginn sowie danach, wenn klinisch indiziert. Die Behandlung darf nicht begonnen werden, wenn die Transaminasenwerte das 3-Fache des oberen Normbereichs überschreiten und soll abgebrochen werden, wenn der Anstieg der Transaminasen das 3-Fache des oberen Normbereichs überschreitet. Nach einer Dosissteigerung sollten Leberfunktionstests erneut in derselben Häufigkeit wie zu Beginn der Behandlung durchgeführt werden. Eine Entscheidung für eine Dosissteigerung muss gegen das höhere Risiko eines Anstiegs der Transaminasenwerte abgewogen werden. Jede Dosissteigerung auf 50 mg sollte auf einer individuellen Nutzen/Risiko-Abwägung für den Patienten beruhen und die Vorgaben zur Kontrolle der Leberfunktion sollten strikt gefolgt werden. **KI:** Überempfindlichkeit gegen Agomelatine oder einen der sonstigen Bestandteile. Eingeschränkte Leberfunktion (d.h. Leberzirrhose oder aktive Lebererkrankung) oder Transaminasenerhöhung um mehr als das 3-fache der oberen Normgrenze, gleichzeitige Anwendung von starken CYP1A2-Inhibitoren (z.B. Fluvoxamin, Ciprofloxacin). **VM:** Fälle von Leberschädigung sind bei Patienten, die mit Valdoxan behandelt wurden, einschliesslich Leberinsuffizienz (bei Patienten mit Risikofaktoren für eine Leberschädigung in wenigen Ausnahmefällen mit tödlichem Ausgang oder Lebertransplantation), erhöhte Leberenzymwerte um mehr als das 10-fache des oberen Normbereichs, Hepatitis und Ikterus berichtet worden. **Kontrolle der Leberfunktion:** Vor Beginn der Behandlung: Valdoxan soll bei Patienten mit Risikofaktoren für eine Leberschädigung, wie z.B. Fettleibigkeit, Übergewicht, nicht-alkoholisch bedingte Fettleber, Diabetes, Alkoholmissbrauch und/oder Konsum beträchtlicher Mengen an Alkohol oder gleichzeitige Behandlung mit Arzneimitteln, die zu einer Leberschädigung führen können, nur nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiko angewendet werden. Vor Behandlungsbeginn sollen bei allen Patienten Transaminasenkontrollen durchgeführt werden. Die Behandlung darf bei Ausgangswerten von ALT und/oder AST > 3-fach höher als der obere Normbereich nicht initiiert werden. Vorsicht ist geboten bei der Anwendung von Valdoxan bei Patienten, die bereits vor der Behandlung erhöhte Transaminasenwerte aufweisen (>als der obere Normbereich und ≤ 3-fach höher als der obere Normbereich). Häufigkeit der Leberfunktionstests: Leberfunktionstests sollen bei allen Patienten durchgeführt werden. Bei jedem Patienten, bei dem erhöhte Transaminasenwerte auftreten, sollten diese Leberwertkontrollen innerhalb von 48 Stunden wiederholt werden. Während der Behandlung: Valdoxan ist sofort abzusetzen, wenn Symptome oder Anzeichen einer möglichen Leberschädigung auftreten oder wenn Transaminasenwerte über das 3-Fache des oberen Normbereichs ansteigen. Nach dem Absetzen von Valdoxan sollten Leberfunktionstests so lange wiederholt werden, bis die Transaminasenwerte wieder den Normbereich erreicht haben. **Patienten unter 18 Jahren:** soll nicht eingesetzt werden. **Ältere Patienten ≥ 75 Jahre:** sollte nicht angewendet werden. **Ältere Patienten mit Demenz:** soll nicht eingesetzt werden. **Bipolare Störung/Manie/Hypomanie:** mit Vorsicht einsetzen und abbrechen beim Auftreten manischer Symptome. **Suizid/Suizidgedanken:** Patienten besonders engmaschig überwachen. **Gleichzeitige Anwendung mit starken CYP1A2-Inhibitoren:** kontraindiziert. **Hilfsstoffe:** enthält Laktose, Natrium. **IA:** Kontraindiziert: starker CYP1A2-Inhibitor. **Nicht empfohlen:** moderater CYP1A2-Inhibitor, Alkohol. **Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit:** Eine Anwendung in der Schwangerschaft wird nicht empfohlen. Wenn eine Behandlung mit Agomelatine als notwendig angesehen wird, sollte abgeklärt werden. **Fahrtüchtigkeit und Bedienen von Maschinen:** Hinweis auf mögliches Auftreten von Schwindelgefühl und Schläfrigkeit. **UAW: Sehr häufig:** Kopfschmerzen. **Häufig:** Angst, ungewöhnliche Träume, Schwindel, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Bauchschmerzen, Erbrechen, erhöhte AST und/oder ALT, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Gewichtszunahme. **Gelegentlich:** Suizidgedanken oder suizidales Verhalten, Agitiertheit und damit verbundene Symptome (wie Gereiztheit und Unruhe), Aggression, Alpträume, Verwirrtheit, Manie/Hypomanie, Migräne, Parästhesie, Restless leg Syndrom, verschwommenes Sehen, Tinnitus, erhöhte γ -GT, vermehrte Schwitzen, Ekzem, Pruritus, Urtikaria, Gewichtsabnahme. **Selten:** Halluzinationen, Akathisie, Hepatitis, erhöhte alkalische Phosphatase, Leberinsuffizienz, Ikterus, erythematöser Ausschlag, Gesichtsbödem, Angioödem, Hamretention. **Eigenschaften/Wirkungen:** Agomelatine ist ein melatoninerg (MT₁- und MT₂-Rezeptoren) Agonist und 5-HT_{2A}-Antagonist. Agomelatine resynchronisiert circadiane Rhythmen in Tiermodellen. Agomelatine erhöht die Freisetzung von Noradrenalin und Dopamin speziell im frontalen Cortex und hat keinen Einfluss auf den extrazellulären Serotoninspiegel. **P:** Packung mit 28 und 98 Tab., kassenzulässig, [B]. Stand der Information: Oktober 2020. Die vollständige Fachinformation ist auf www.swissmedinfo.ch publiziert. Servier (Suisse) S.A., Chemin de la Voie-Creuse 16, 1202 Genève.



Europa, COVID-19 und die psychische Gesundheit



Erkrankungen ergründen, entschlüsseln, erforschen, durchschauen



Die Schweiz während COVID-19

AKTUELL

Beitrag von Adrian Ritter
2 Helfende in Not

Privatklinik Hoheneegg
6 Die Pandemie betrifft uns alle

PRAXIS

OM Pharma Suisse SA
8 Depressionen mit Schlafstörungen wirksam behandeln

Beitrag von Dr. med. Martina Frei
11 Europa, COVID-19 und die psychische Gesundheit

Klinik Aadorf AG
14 Das Coronavirus in der psychotherapeutischen Behandlung

EINBLICK

Beitrag von Dr. med. Nadja Pecinska
18 Der steinige Weg von Franco zu Luisa

Clinic Les Alpes
20 Die unsichtbare Last des geistigen Schmerzes

Beitrag von Bettina Pelosi
21 Erkrankungen ergründen, entschlüsseln, erforschen, durchschauen

FORSCHUNG

Zeller Medical AG
24 Induktion von Cytochrom-P450-Enzymen vermeiden durch geringen Hyperforingehalt

Interview mit Prof. Dr. med. Dominique de Quervain
26 Die Schweiz während COVID-19

Lundbeck (Schweiz) AG
30 Welche Therapie bei emotionaler Abflachung und psychischen Traumata?

Verlag

Redaktion: Tanja Mettauer, MA, Verantwortliche Kommerzielle Redaktion; Dr. med. Nadja Pecinska, Redaktion und Lektorat
Anzeigen: Philipp Lutzer, Key Account Manager, Tel. +41 (0)61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, info@emh.ch, www.emh.ch

PR-Beiträge

Privatklinik Hoheneegg, 8706 Meilen | OM Pharma Suisse SA, 1752 Villars-sur-Glâne | Klinik Aadorf AG, 8355 Aadorf | Novo Nordisk Pharma AG, 8058 Zürich | Clinic Les Alpes, Les Avants/Montreux | Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn | Lundbeck (Schweiz) AG, 8058 Zürich

Copyright

Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig. Alle weiteren Informationen finden Sie unter: www.emh.ch/emh/rechte-und-lizenzen

Auflage

Das EMH-Special ist eine Beilage zur *Schweizerischen Ärztezeitung*. Deutsch: 27 400

Titelbild

© Andrey Zhuravlev | Dreamstime.com

Druck

AVD GOLDDACH AG
www.avd.ch





© Scaliger | Dreamstime.com

Auswirkungen von COVID-19 auf das Gesundheitspersonal

Helfende in Not

Erst war es ein Sprint, dann wurde es zum Marathon: COVID-19 zehrt an den Kräften des Gesundheitspersonals. Zur Arbeitsbelastung kommen pandemiespezifische Sorgen. Allerdings war die Situation schon vor der Pandemie schwierig. von Adrian Ritter, freischaffender Journalist

Sind Leben in Gefahr, erbringen Gesundheitsfachpersonen Höchstleistungen. So hat die Corona-Pandemie die Arbeitsmotivation der Pflegefachkräfte sogar noch erhöht, wie der «Spitalpflegereport 2020» feststellt [1]. Für den zum zweiten Mal erschienenen Report hat das Institut für Unternehmensrechnung und Controlling der Universität Bern mehr als 4100 Pflegefachkräfte aus Schweizer Spitälern befragt.

Die Resultate beziehen sich auf die Zeit der ersten Pandemiewelle (Sommer und Herbst 2020) und zeigen: Die Stressbelastung hat sich im Vergleich zu 2019 erhöht. So hat insbesondere in den Not- und Intensivabteilungen die Arbeitsbelastung deutlich zugenommen – um 31%, wie die Befragten angaben. Hinzu kamen COVID-19-spezifische Stressfaktoren, insbesondere das Social Distancing von den Familienangehörigen und die Angst, diese anzustecken.

Diese Situation wirkte sich auf das Befinden aus. So gaben rund 31% der Befragten an, unter beträchtlichen Schlafstörungen zu leiden. Gleichzeitig hat die Pandemie offensichtlich alle Kräfte mobilisiert und die Motivation sogar noch erhöht – auch dank der öffentlichen Wertschätzung für die Arbeit des Gesundheitspersonals, vermuten die Autoren des Reports. Aber wie lange kann eine solche Kräftemobilisation gutgehen, zumal der Sprint zum Marathon wurde?

SPEZIFISCHE RISIKOGRUPPE

Ein verlässliches Bild über das psychische Befinden des Gesundheitspersonals in der Pandemie zu erhalten ist nicht einfach. Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS hat im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit im November 2020 einen Bericht über den Einfluss der Pandemie auf die psychische Gesundheit vorgelegt [2]. Das Gesundheitspersonal wird dabei als spezifische Risikogruppe für psychische Folgen eingestuft. Die Autoren des Berichts verweisen auf frühere Erfahrungen mit SARS und erste Ergebnisse zu COVID-19, die unter anderem erhöhte Werte für Angststörungen, Depressivität, emotionale Erschöpfung und Alkoholmissbrauch zeigen.

Für die Schweiz bezieht sich der BASS-Bericht insbesondere auf zwei Forschungsprojekte am Universitätsspital Zürich (USZ). Dort ist die Psychologin Dr. phil. Sonja Weilenmann an der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik auf das Thema spezialisiert. «In den letzten zehn Jahren ist der Gesundheitszustand der Beschäftigten im Gesundheitswesen weltweit immer stärker in den Fokus gerückt», sagt sie.

Ausgelöst wurde das Forschungsinteresse durch die steigenden Burnout-Raten von Ärztinnen und Ärzten in den USA. Studien zeigten dort: Rund 40% der Befragten weisen erhöhte Burnout-Werte auf. Wobei gemäss

Weilenmann ein grosses methodisches Problem besteht, da Burnout ein vielschichtiges Konstrukt und bisher nicht als spezifische Krankheit anerkannt ist. «In der Fachwelt ist man sich nicht einig, wie Burnout und Depression zu unterscheiden sind. Zudem wird Burnout in den Studien weltweit nicht einheitlich erfasst. So wurde kürzlich sogar der Versuch einer Metaanalyse wegen der fehlenden Vergleichbarkeit aufgegeben», so Weilenmann.

ERHÖHTE DEPRESSIVITÄT

In der Corona-Pandemie ist das psychische Befinden des Gesundheitspersonals noch verstärkt in den Fokus gerückt. Die aktuellsten verfügbaren Daten für die Schweiz stammen von Weilenmann und ihren Forschungskollegen selber. Dazu hatten die Forschenden das Gesundheitspersonal in der ersten Welle der Pandemie im März (Lockdown) und im Mai 2020 (Beginn der Lockerungen) zweimal befragt. Das Resultat: Fast 26% zeigten zu beiden Zeitpunkten Symptome von Angstzuständen und fast 21% solche von Depression.

Im Mai 2020 wurden die Resultate zusätzlich mit einer Stichprobe der arbeitstätigen Bevölkerung verglichen, wobei sich die vermutete höhere Belastung des Gesundheitspersonals allerdings nicht bestätigte. Unklar bleibt, warum dem so ist. Der BASS-Bericht wirft die Frage auf, ob es mit einem Selektionseffekt zusammenhängt (wer stark belastet ist, nimmt eher nicht an Befragungen teil) oder mit der Situation im Schweizer Gesundheitswesen, die im Vergleich etwa zu Italien weniger prekär war.

UNGLEICH VERTEILTE BELASTUNG

Klar ist, dass die Belastung innerhalb des Gesundheitspersonals ungleich verteilt ist. Ein Drittel der Befragten hat gemäss der USZ-Studie während der Corona-Pandemie deutlich mehr gearbeitet als zuvor, ein Drittel ungefähr gleich viel und ein Drittel weniger. Dabei zeigt sich: Je mehr jemand arbeitete, desto ausgeprägter waren Symptome eines Burnouts. Und je weniger sich jemand in der Pandemie von seinem Arbeitgeber unterstützt fühlte, desto eher gab die Person Symptome psychischer Belastung an.

Allerdings betont Sonja Weilenmann gleichzeitig: «Das Gesundheitspersonal hat schon vor Corona unter mehreren Stressfaktoren gelitten.» Drei Aspekte seien dabei gemäss früheren Studien besonders belastend: Die langen und intensiven Arbeitszeiten, damit einhergehend die eingeschränkte Work-Life-Balance und der grosse administrative Aufwand. «Die Pandemie hat die Belastung für einen Teil des Gesundheitsperso-

nals verschärft, aber das Grundproblem bestand schon vorher», so Weilenmann.

Gestützt wird diese Sicht hinsichtlich der Ärztinnen und Ärzte durch den «Medscape Physician Burnout and Suicide Report 2021» [3]. Für diesen Bericht wurden im Herbst 2020 – also mitten in der Pandemie – mehr als 12 000 Ärztinnen und Ärzte in den USA befragt. Bei 42% von ihnen fand die Studie ein Burnout – definiert als langfristiger, mit der Arbeit verbundener Stresszustand, der unter anderem zu Erschöpfung, Zynismus und einer Entfremdung von der Arbeit führt. Rund 80% der Betroffenen gaben allerdings an, dass sie sich bereits vor der Pandemie entsprechend gefühlt hatten. Auch in dieser Studie zeigten rund 20% der Befragten depressive Symptome – ein Fünftel davon klinisch relevant.

STRUKTURELLE PROBLEME

Dass Ärztinnen und Ärzte schon vor Corona belastet waren, zeigen auch die Erfahrungen bei ReMed, dem Unterstützungsnetzwerk der FMH. ReMed hatte seine 24-Stunden-Helpline wegen der Pandemie vorsorglich personell verstärkt. Schlussendlich fanden 2020 aber nur 5% mehr Beratungen statt als im Vorjahr. «Corona wurde als Trigger von bestehenden Problemen genannt, aber nicht als spezifischer Grund einer Beratung», sagt Esther Kraft, Co-Programmleiterin von ReMed. Im Zentrum der Gespräche standen wie vor der Pandemie strukturelle Probleme des Gesundheitswesens – etwa die Belastung am Arbeitsplatz und administrative Überbelastung.

UNBEKANNTE LANGZEITFOLGEN

Wie geht es dem Gesundheitspersonal heute, nach mehr als einem Jahr Pandemie? Daten aus der Zeit nach der ersten Pandemiewelle liegen noch nicht vor. Eine Befragung der Fachhochschule Haute Ecole de la Santé La Source wurde Ende Mai 2021 abgeschlossen und wird derzeit ausgewertet. Auch die Autoren des Spitalpflege-reports sind mit der Auswertung einer Umfrage während der zweiten Pandemiewelle beschäftigt.

Es wird interessant sein zu sehen, ob der Pandemie-Marathon die psychische Verfassung weiter beeinflusst hat – und inwiefern sich gewisse Auswirkungen erst am Ende der Pandemie zeigen werden, wenn die Belastung nachlässt. Wann dies der Fall sein wird, ist allerdings schwierig abzuschätzen. Einerseits wegen des Verlaufs der Pandemie, andererseits weil die Arbeitsbelastung wegen nachzuholender medizinischer Eingriffe wohl für einen Teil des Gesundheitspersonals weiterhin hoch bleiben wird.



www.recharge-usz.ch



www.remed.fmh.ch

STUDIENDEILNEHMER GESUCHT

Die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des USZ führt aktuell eine Burnout-Studie durch. Diese soll aufzeigen, wie sich die kardiovaskuläre Gesundheit von Ärzten (nur Männer) mit Burnout-Symptomen von derjenigen von gesunden Ärzten unterscheidet. Es werden noch Studienteilnehmer gesucht. Kontakt: Dr. phil. Mary Princip, 044 255 52 52, burnoutstudie@usz.ch, www.burnoutstudie.ch

ARBEITSBEDINGUNGEN VERBESSERN

Wie kann die Gesundheit der Betroffenen geschützt werden? Diese Frage beschäftigt auch die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des USZ. Für Sonja Weilenmann sind zwei Ansätze nötig. Einerseits geht es darum, strukturell die Arbeitsbedingungen zu verbessern – etwa im Hinblick auf Arbeitszeit, Arbeitsvolumen und möglichst viel Gestaltungsmöglichkeiten im Job. Andererseits brauche es individuelle Angebote wie Stressmanagement und Coaching. «Strukturelle wie individuelle Ansätze erweisen sich in Studien als wirksam», so Weilenmann.

Ihr Arbeitskollege Dr. phil. Naser Morina entwickelt an der USZ-Klinik ein entsprechendes Angebot zum Stressmanagement. Der Psychologe erarbeitet zusammen mit der WHO und der University of New South Wales ein Instrument für eine Online-Kurzzeitberatung. Damit sollen Gesundheitsfachpersonen unterstützt werden im Umgang mit Stress und Problemen. Zurzeit wird das Angebot mit dem Namen «RECHARGE»

evaluiert. «Bewährt es sich, können wir es schweizweit und über die WHO auch weltweit zur Verfügung stellen», so Morina. Es soll dort zum Einsatz kommen, wo die Corona-Situation noch immer eine Belastung ist – aber auch im Falle einer nächsten Epidemie oder Pandemie. In einer angepassten Version soll das Instrument auch der allgemeinen Bevölkerung zugänglich gemacht werden.

BANALISIERUNG VERHINDERN

«Wichtig ist, dass unterstützende Angebote für das Gesundheitspersonal niederschwellig sind», betont Naser Morina. Denn das Gesundheitspersonal und insbesondere Ärztinnen und Ärzte würden seltener als andere Berufsgruppen Hilfe aufsuchen, wenn sie unter Problemen leiden. Dabei spielen gemäss Sonja Weilenmann drei Aspekte mit: Angst vor Stigmatisierung, die Banalisierung von Symptomen und Zeitmangel. Angebote für Beratung und Coaching müssten zwingend auf diese Aspekte Rücksicht nehmen, betont Weilenmann. «Und es braucht einen Kulturwandel. Ich würde mir wünschen, dass es für Gesundheitsfachpersonen selbstverständlicher wird, über psychische Belastungen zu sprechen und wenn nötig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sei es wegen einer Pandemie oder aus anderen Gründen.»

Literatur

- 1 https://www.iuc.unibe.ch/forschung/spitalpflereport_schweiz/index_ger.html
- 2 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-20-11-2020.html>
- 3 <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456>

Korrespondenz:

Adrian Ritter
adrianritter[at]gmx.ch



Hyperforinarm = Interaktionsarm²

rebalance® – einziger Johanniskrautextrakt
in der Schweiz ohne bekannte CYP450
bedingte pharmakokinetische Interaktionen*
dank niedrigem Hyperforingehalt.³

HYPERFORINARM.

NACHWEISLICH WIRKSAM.^{4,5,6}

KASSENZULÄSSIG.

*Keine klinisch relevanten pharmakokinetischen Interaktionen
über CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9, CYP1A2, CYP2B6,
CYP2C19 und p-gp.^{2,3}

www.zellerag.ch/medical

zeller  **medical**

rebalance® Rx: Z: Johanniskraut-Trockenextrakt Ze 117, 500 mg, max. 1 mg Hyperforin/Tagesdosis I: Kurzzeitige Behandlung von Symptomen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (F32.0 und F32.1 gemäss ICD-10) D: Ab 18 Jahren: 1x 1 Filmtablette täglich KI/IA: Überempfindlichkeit gegen Johanniskraut oder verwendete Inhaltsstoffe, bekannte Lichtüberempfindlichkeit, Patienten < 18 Jahren, schwere Depression, Antidepressiva und andere serotoninerge Substanzen UW: Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Unruhe, Asthenie, Ermüdung, gastrointestinale Störungen, Hyperhidrosis, allergische Hautreaktionen, Lichtempfindlichkeitsreaktion AK: B, kassenzulässig ZI: Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn **Detaillierte Arzneimittelinformationen:** www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: Mai 2020)

rebalance® 250/500 mg: Z: Johanniskraut-Trockenextrakt Ze 117, max. 1 mg Hyperforin/Tagesdosis I: Bei gedrückter Stimmung, Stimmungslabilität, innerer Unruhe, Ängstlichkeit, Spannungszuständen und damit einhergehenden Ein- und Durchschlafstörungen D: **rebalance® 250:** Ab 12 Jahren: je 1 Filmtablette morgens und abends; **rebalance® 500:** Ab 12 Jahren: 1x 1 Filmtablette täglich; Kinder ab 6 Jahren: Nur nach ausdrücklicher Anweisung eines Arztes KI: Überempfindlichkeit gegen Johanniskraut oder verwendete Inhaltsstoffe, bekannte Lichtüberempfindlichkeit, Kinder < 6 Jahren IA: Antidepressiva und andere serotoninerge Substanzen UW: Kopfschmerzen, Schwitzen, Asthenie, Schwindel, Ermüdung, Unruhe, gastrointestinale Beschwerden, allergische oder lichtempfindliche Reaktionen AK: D, kassenzulässig ZI: Zeller Medical AG, 8590 Romanshorn **Detaillierte Arzneimittelinformationen:** www.swissmedicinfo.ch (Stand der Information: September 2019)

¹ CU MAT 03/2021; sell-in APO/SDA/DR0 aus N06A2; iQpharma National Sales Data Basis. ² Zahner C. et al., No Clinically Relevant Interactions of St. John's Wort Extract Ze 117 Low in Hyperforin With Cytochrome P450 Enzymes and P-glycoprotein. Clin Pharmacol Ther. 2019;106(2):432-440. ³ Fachinformation rebalance® Rx/500/250, www.swissmedicinfo.ch. ⁴ Woelk H., Comparison of St John's wort and Imipramine for treating depression. British Medical Journal 2000, Vol 321:536-539. ⁵ Schrader E., Equivalence of St. John's wort Extract (Ze117) and fluoxetine. Clinical Psychopharmacology 2000, Vol 15:61-68. ⁶ Schrader E et al., Hypericum treatment of Mild-Moderate Depression in a Placebo-Controlled Trial. A Prospective, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Multi-Centre Study. Hum Psychopharmacol.,13:163-169 (1998).

2105/1687

Welche Auswirkungen hat Covid auf unsere psychische Gesundheit?

Die Pandemie betrifft uns alle



**Dr. phil.
Cosima Locher**
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin, Privatklinik
Hohenegg Meilen

Die aktuelle Pandemie Situation belastet uns alle: Jugendliche können nicht mehr in den Ausgang gehen, Pensionierte fühlen sich sozial isoliert, Eltern sind Mehrfachbelastungen ausgesetzt und auch das medizinische Fachpersonal stösst an seine Grenzen. In einer Krisensituation, wie wir sie derzeit mit Covid erleben, gelten viele etablierte Gewohnheiten nicht mehr und wir sind gezwungen, ein neues Gleichgewicht herzustellen. In diesem Artikel soll es folglich nicht primär um Personen gehen, welche sich mit dem Virus infiziert haben, sondern um uns alle, welche in diesem Ausnahmezustand leben.

Die Pandemie geht mit belastenden gesellschaftlichen und sozialen Faktoren einher wie Arbeitslosigkeit, finanziellen Sorgen, Einsamkeit oder familiären Konflikten. Zugleich sind ausgleichende Strategien zur Stressbewältigung eingeschränkt [1]. Gemäss aktueller Evidenz gibt es mindestens vier Hauptkomponenten, welche sich negativ auf unser psychisches Wohlbefinden auswirken können [2]:

1. Viele Menschen leiden an unkontrollierbaren Ängsten. Sind wir dem Risiko vor einer Infektion ausgesetzt, fürchten wir um unsere eigene Gesundheit



**Prof. Dr. med.
Stefan Büchi**
Ärztlicher Direktor,
Privatklinik Hohenegg
Meilen



Abbildung 1
Hohenegg
Privatklinik am Zürichsee

und haben Angst, dass wir unser soziales Umfeld anstecken könnten. Zudem erlebt auch ein beachtlicher Teil der Bevölkerung Existenzängste.

2. Covid ist auch eine ökonomische Krise [3], welche für die betroffenen Menschen mit enormen finanziellen Sorgen und Unsicherheiten verbunden ist [4].
3. Zudem kann es zu einem grundlegenden Gefühl von Frustration und Langeweile kommen. Langeweile steht häufig in direktem Zusammenhang mit reduzierten sozialen Kontakten. Zudem erleben einige Menschen die staatlichen Vorgaben als frustrierend und als eine Form von Autonomieverlust [5].
4. Belastend ist ebenfalls das Gefühl der Einsamkeit, ein Zustand, welcher sich negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden auswirkt. So gibt es den mehrfach bestätigten Befund, dass soziale Isolation und Einsamkeit ein Risikofaktor sind für eine erhöhte Mortalität [6].

All diese Faktoren wirken nicht linear, das heisst staatliche Restriktionen im Zuge einer Pandemie führen nicht per se zu negativen Zuständen, sondern stehen in Wechselwirkung zum entsprechenden Kontext. So spielt es eine wesentliche Rolle, ob eine Person schon vor Covid belastet war oder eine Disposition für eine psychische Erkrankung bestand. Es stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, welche Auswirkung die Pandemie auf die Suizidrate hat. Aus der Kriegsforschung wissen wir, dass es in Kriegszeiten einen Rückgang von Suiziden gibt, welcher durch ein verstärktes soziales Kohärenz-Gefühl erklärt werden kann, wie Durkheim bereits 1897 postulierte [7]. Andererseits ist aber auch bekannt, dass ökonomische Krisen und Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten Suizidrate einhergehen [8]. Bisher ist noch weitgehend unklar, wie sich Covid auf die Suizidrate in der Schweiz auswirken wird [9]. Es gibt aber klare Hinweise, dass es einen Anstieg an Suizidgedanken im Zusammenhang mit der Covid-Krise gibt [1] und dass es zu deutlich mehr Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2020 [10] kam.

Zu erwähnen sind bezüglich psychischer Folgen der Krise natürlich auch Personen, welche an Covid erkrankt sind. Aus einer Studie unter der Leitung von Milo Puhon der Universität Zürich geht hervor, dass 26 Prozent der Covid-infizierten Probanden depressive Symptome entwickeln, 55 Prozent leiden unter einer

klinisch relevanten Erschöpfung [11]. Auch Personen, welche im Gesundheitswesen tätig sind, leiden an psychisch beeinträchtigenden Folgen durch die Pandemie. Problematisch werden auch die unklaren Perspektiven der Situation erlebt. Das medizinische Fachpersonal berichtet von Erschöpfungszuständen durch die hohe Arbeitsbelastung, der Angst, sich zu infizieren, sowie dem Gefühl, dem Zustand der Patientinnen nicht gewachsen zu sein [12]. Als Folge kann es gar zu Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung kommen, welche sowohl kurz- wie auch mittelfristig auftreten können [13].

Die Liste der psychologischen Konsequenzen durch Covid wäre unvollständig, würde man nicht auch über Schutzfaktoren und positive Auswirkungen sprechen. Schutzfaktoren sind gemäss dem BAG körperliche Betätigungen, positives Denken, das Erleben von Selbstwirksamkeit, Autonomie, psychologische Flexibilität, die empfundene soziale Unterstützung, das Verfolgen von Hobbies und die Realisierung eigener Projekte [1]. Sozialpsychologisch betrachtet können Pandemien das Gefühl von Zusammenhalt, Verbundenheit und Solidarität verstärken [14]. All diese Aspekte sind eng verknüpft mit dem Prinzip der Resilienz, welches auch im Zuge der Covid-Krise eingehend untersucht worden ist. So konnte gezeigt werden, dass ein positives Bewertungssystem, welches sich durch eine nicht-katastrophisierende und optimistische Haltung auszeichnet, förderlich ist. Dabei geht es nicht darum, einem blinden Optimismus zu folgen, sondern vielmehr um eine Situations-adäquate Einschätzung, welche zu zeitlich umschriebenen, d.h. nicht unnötig prolongierten Stressreaktionen führt [15]. So ist es in Bezug auf anstehende nächste Lockerungsschritte beispielsweise förderlich, eine realistisch-flexible Haltung einzunehmen. Fixiert man sich beispielsweise zu stark auf ein bestimmtes Datum, oder fest erwartete, klar umschriebene Lockerungsschritte, kann es beim Nicht-Eintreffen des Ereignisses zu grosser Enttäuschung kommen. Für Beschäftigte im Gesundheitswesen wiederum zeigt die Resilienz-Forschung, dass eine Tendenz zur Widerstandsfähigkeit, welche sich durch hohes Engagement, eine ausgeprägte eigene Kontrollüberzeugung, sowie der Neigung, Veränderungen als Herausforderungen einzustufen, auszeichnet, förderlich ist [13]. Darüber hinaus hat sich auch gezeigt, dass im medizinischen Kontext gerade die Unterstützung durch Peers von grösstem Wert ist [13].

Zu guter Letzt kann Covid uns allen auch etwas Positives auf den Weg geben. Die Krise hat beispielsweise die kreative Ader vieler Menschen gefördert, welche sich selber bisher nicht als kreativ erlebt haben [16]. Zudem berichten viele davon, dass sie verstärkte Dankbarkeit und Zufriedenheit verspüren seit der Pandemie. Manche erleben auch die Beziehungen mit Familie und Freunden enger und haben ein allgemein verstärktes Zugehörigkeitsgefühl [1]. Die psychischen Konsequenzen durch Covid sind also vielschichtig und es gibt kein einheitliches psychisches Reaktionsmuster auf die Krise. Dabei sind neben der konkreten existentiellen Situation oftmals die psychischen Vorbelastungen und Ressourcen der Person ausschlaggebend, um zu verstehen, wie sie die momentane Krisensituation erlebt.

Literatur

- 1 BAG B für G. Einfluss von Covid-19 auf die psychische Gesundheit [Internet]. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-20-11-2020.html>
- 2 Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020 Aug 1;113(8):531–7.
- 3 Almost 25 million jobs could be lost worldwide as a result of COVID-19, says ILO [Internet]. 2020 [cited 2021 May 1]. Available from: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_738742/lang-en/index.htm
- 4 Wolfe MT, Patel PC. Everybody hurts: Self-employment, financial concerns, mental distress, and well-being during COVID-19. *Journal of Business Venturing Insights*. 2021 Jun 1;15:e00231.
- 5 Mari J de J, Oquendo MA, Mari J de J, Oquendo MA. Mental health consequences of COVID-19: the next global pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2020 Sep;42(3):219–20.
- 6 Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*. 2015 Mar 1;10(2):227–37.
- 7 Durkheim É. *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan; 1897. 520 p.
- 8 Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*. 2015 Mar 1;2(3):239–45.
- 9 Schäfer F. Corona: Zahlen zu Langzeitfolgen und Suiziden erst 2022 [Internet]. *Neue Zürcher Zeitung*. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.nzz.ch/schweiz/corona-zahlen-zu-langzeitfolgen-und-suiziden-erst-2022-ld.1600283>
- 10 «Corona-Jahr» 2020 – Deutlich mehr Suizidversuche bei Jugendlichen [Internet]. *Schweizer Radio und Fernsehen (SRF)*. 2021 [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.srf.ch/news/schweiz/corona-jahr-2020-deutlich-mehr-suizidversuche-bei-jugendlichen>
- 11 Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A, Aschmann HE, Domenghino A, Fehr JS, et al. Estimating the burden of post-COVID-19 syndrome in a population-based cohort study of SARS-CoV-2 infected individuals: Implications for healthcare service planning. *medRxiv*. 2021 Mar 1;2021.02.27.21252572.
- 12 Xiong Y, Peng L. Focusing on health-care providers' experiences in the COVID-19 crisis. *The Lancet Global Health*. 2020 Jun 1;8(6):e740–1.
- 13 Mulfinger N, Lampl J, Dinkel A, Weidner K, Beutel ME, Jarczok MN, et al. Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2020 Sep 2;66(3):220–42.
- 14 Hartman TK, Stocks TVA, McKay R, Gibson-Miller J, Levita L, Martinez AP, et al. The Authoritarian Dynamic During the COVID-19 Pandemic: Effects on Nationalism and Anti-Immigrant Sentiment. *Social Psychological and Personality Science*. 2021 Jan 11;1948550620978023.
- 15 Veer IM, Riepenhausen A, Zerban M, Wackerhagen C, Puhlmann LMC, Engen H, et al. Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational Psychiatry*. 2021 Jan 21;11(1):1–11.
- 16 Mercier M, Vinchon F, Pichot N, Bonetto E, Bonnardel N, Girandola F, et al. COVID-19: A Boon or a Bane for Creativity? *Front Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 30];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.601150/full>

Kontakt:

Privatklinik Hoheneegg
Tobias Kube
Hoheneegg 1
8706 Meilen
Tel. 044 925 18 31
tobias.kube@
hoheneegg.ch

Depressionen mit Schlafstörungen wirksam behandeln

Schlafstörungen gehören zu den hartnäckigen Begleiterscheinungen einer Depression. Psychopharmaka wie der Serotonin-Antagonist und -Wiederaufnahmehemmer Trazodon haben auf die Depression einen vergleichbaren Effekt wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Zusätzlich wirken sie schlafanstossend und schlafregulierend.



Dr. med. Bruno Kägi
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychiatrische Praxisgemeinschaft Zürich, PPZ
Beckenhofstrasse 6, 8006 Zürich
bruno.kaegi@hin.ch
© Daniel Ammann

SCHLAFSTÖRUNGEN SIND BEI DEPRESSION HÄUFIG

Angst- und Schlafstörungen sind eine häufige Begleiterscheinung der Depression. Etwa 75 % aller Patienten mit einer Depression leiden an Angststörungen. Umgekehrt erfüllen mehr als drei Viertel aller Patienten, die von einer Angststörung betroffen sind, die Kriterien für eine Depression [1]. Dass zwischen Angst und Depression sowohl auf Symptom- wie auch auf Störungsebene ein enger Zusammenhang existiert, wurde auch in einer Metaanalyse von 66 prospektiven Langzeitstudien mit beinahe 90 000 Patienten gezeigt. Den Resultaten zufolge waren das Auftreten von Angstsymptomen oder die Diagnose einer Angststörung jeglichen Typs ein wichtiger Prädiktor für das spätere Auftreten von depressiven Symptomen oder einer depressiven Störung und umgekehrt [2].

Schlafstörungen treten häufig schon früh im Krankheitsverlauf und oftmals noch vor typischen Depressionssymptomen, wie beispielsweise einer Stimmungsverschlechterung und Antriebsminderung, auf. Etwa

70–90 % der Patienten mit mittelschweren bis schweren Depressionen leiden an Schlafstörungen [3, 4]. «Die Behandlung erweist sich nicht selten als Knacknuss», sagte Dr. med. Bruno Kägi von der Psychiatrischen Praxisgemeinschaft Zürich an dem von OM Pharma unterstützten Satellitensymposium im Rahmen des Update Refreshers Allgemeine Innere Medizin in Zürich. Oft halten die Schlafstörungen über die Remission hinaus an. «Während die Schlafstörungen zu Beginn mit der Depression in Zusammenhang stehen, können sie im Verlauf eine Folge der Psychopharmakotherapie sein», erklärte der Spezialist [5].

SCHLAFSTÖRUNGEN KÖNNEN VIELE URSACHEN HABEN

Erschwerend für die Diagnose der Schlafstörung ist die Frage, wie viel Schlaf eigentlich normal ist. Wie sich anhand der durchschnittlichen Schlafdauer von 5–9 Stunden zeigt, ist das individuelle Schlafbedürfnis sehr verschieden. Hinzu kommt, dass die Schlafdauer bei etwa

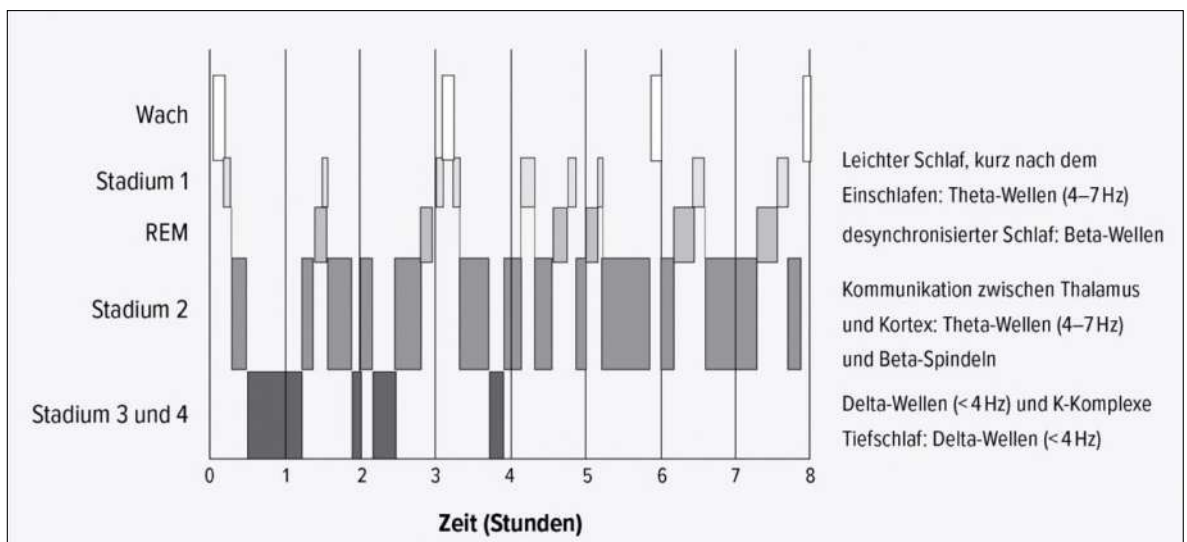


Abbildung 1
Die natürliche Schlafstruktur ist in verschiedene Stadien unterteilt [6].

einem Viertel der Bevölkerung erheblich von diesen Werten abweicht [3, 4].

Eine wichtige Region für die Schlafregulation ist die im Hypothalamus gelegene Region des ventrolateralen präoptischen Nukleus (VLPO). Diese ist in der Lage, die verschiedenen Arousal-Systeme zu blockieren und damit Schlaf auszulösen. Umgekehrt bewirken die Arousal-Systeme die Blockade des VLPO während der Wachheitsphase. Dieser als «Flip-Flop-Switch» bezeichnete Mechanismus wird durch verschiedene Botenstoffe wie u. a. Melatonin und Orexin moduliert [6, 7].

Neben verschiedenen psychiatrischen Störungen kommen als Ursache von Schlafstörungen auch somatische Erkrankungen wie kardiovaskuläre, pulmonale, metabolische oder degenerative Krankheiten infrage. Häufig von Schlafstörungen betroffen sind zudem Schichtarbeiter und Personen mit einem ungesunden Lifestyle. «In diesen Fällen ist die Einnahme von Schlafmitteln oft nur überbrückend notwendig», sagte Dr. Kägi. Die eigentliche Therapie bestünde darin, den Auslöser zu eliminieren.

TZA UND SARI FÖRDERN DEN SCHLAF

Für die Behandlung von Personen mit Depressionen empfahl der Experte, sich generell an den Guidelines zu orientieren. Er selbst ziehe die Empfehlungen des Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) zurate [8]. Diese empfehlen als First-Line-Therapie bei Depressionen unter anderem verschiedene selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) und Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI). «Bei der Wahl des Medikamentes lasse ich mich oft davon leiten, welches Antidepressivum der Patient zuvor eingenommen hat und welche unerwünschten Wirkungen vermieden werden sollen», sagte Dr. Kägi.

Zu den Substanzklassen, die auch als Schlafmittel eingesetzt werden können, gehören neben dem Melatonin-Agonisten Agomelatin und dem noradrenergen, spezifisch serotonergen Antidepressivum (NaSSA) Mir tazepin vor allem trizyklische Antidepressiva (TZA) sowie Serotonin-Antagonisten und -Wiederaufnahmehemmer (SARI).

TZA werden rasch absorbiert und erreichen ihre maximale Plasmakonzentration nach 2–6 Stunden. Ihre Einnahme wirkt schlafanstossend und reduziert die Wachphasen. Abhängig von der eingesetzten Substanz kann es zu einer Reduktion der REM-Schlaf tiefe kommen. Die Tiefschlafphasen werden dagegen durch die Einnahme von TZA kaum beeinflusst. Unter der Behandlung mit TZA können unerwünschte anticho-

linerge, neurologische, metabolische und kardiovaskuläre Begleiterscheinungen auftreten.

Eine interessante Substanz für die Behandlung von Patienten mit Depressionen und Schlafstörungen ist der SARI Trazodon (Trittico®) [9]. Der Wirkstoff entfaltet eine dosisabhängige Aktivität an den Rezeptoren: In einer niedrigen Dosierung wirkt Trazodon durch eine Blockade von 5-HT_{2A}-, H₁-Histamin- und α -adrenergen Rezeptoren angstlösend, schlafanstossend und schlafregulierend. Die antidepressive Wirkung tritt bevorzugt in höherer Dosierung auf und basiert auf der Wiederaufnahmehemmung von Serotonin aus dem synaptischen Spalt [10]. Verschiedene Studien zeigen, dass die antidepressive Wirkung von Trazodon mit jener von SSRI vergleichbar ist [11, 12]. Häufige Nebenwirkungen von Psychopharmaka wie Gewichtszunahme und Libidoverlust wurden unter Trazodon nicht beobachtet [13, 14].

Von der Behandlung mit Trazodon scheinen insbesondere auch ältere Menschen zu profitieren. Aufgrund der verfügbaren Evidenz wird der Wirkstoff in den aktuellen Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Depression im Alter mit einer Evidenzkategorie A und einem Empfehlungsgrad 1 bewertet [15]. Trazodon steht in den Formulierungen Trittico® und Trittico® retard zur Verfügung.

Die Kurzfachinformation zu Trittico® finden Sie auf der nächsten Seite.

Quelle: Satellitensymposium «Angst und Schlafstörung – Komorbiditäten der Depression», unterstützt von der Firma OM Pharma Suisse AG. FomF – Update Refresher Allgemeine Innere Medizin, 21. August 2020, Zürich.

Literatur:

- Lamers F et al.: Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry*. 2011;72:341–8.
- Jacobson NC, Newman MG: Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2017;143:1155–200.
- Nutt D et al.: Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10:329–36.
- Byrne EM et al.: Sleep disorders and risk of incident depression: A population case-control study. *Twin Res Hum Genet* 2019; 22: 140–6.
- Wichniak A et al.: Effects of antidepressants on sleep. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:63.
- Saper CB et al.: Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature*. 2005;437:1257–63.
- Cajochen C: Schlafregulation. *Somnologie*. 2009;13:64–71.
- Kennedy SH et al.: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry*. 2016;61:540–60.
- Fachinformation Trittico® (Stand 2012), www.swissme-dicinfo.ch.
- Fagiolini A et al.: Rediscovering trazodone for the treatment of major depressive disorder. *CNS Drugs*. 2012;26:1033–49.
- Munizza C et al.: A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and sertraline in the treatment of major depressive disorder. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:1703–13.
- Kasper S et al.: A comparative, randomised, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of patients with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin*. 2005;21:1139–46.
- Khazaie H et al.: Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37:40–5.
- Serretti A, Mandelli L: Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1259–72.
- Hatzinger M et al.: Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. *Praxis*. 2018;107:127–44.

Verfasst von:

Regina Scharf, MPH
Medizinjournalistin

Kontakt:

OM Pharma Suisse SA
Route de Moncor 12
1752 Villars-sur-Glâne



Für mehr Energie im Leben

Sorglos durch die Nacht, aktiv durch den Tag^{a,1,2,3}

TRITTICO[®] retard

Bei Depression



Bessere Verträglichkeit mit der richtigen Galenik^{b,4}

✓ Gewichtsneutral⁵ ✓ Erhalt der Libido⁶ ✓ Schlafregulierend³

a Trittico[®] retard ist wirksam bei Depression mit oder ohne Angst- und Schlafstörungen. **b** Im Vergleich zu Trittico[®] **c** Die retardierte Form von Trazodon ist nur bei OM Pharma Schweiz erhältlich. **1** Fachinformation Trittico[®] retard, www.swissmedinfo.ch **2** Miljevic CD, Dusica L & Trazodone Study Group Serbia. Efficacy and tolerability of trazodone retard monotherapy: results of the Serbian non-interventional study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2016;20:3:133-140 **3** Saletu-Zyhlarz GM et al. Insomnia in depression: differences in objective and subjective sleep and awakening quality to normal controls and acute effects of trazodone. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2002;26(2):249-260 **4** Monteleone et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of a controlled-released formulation of trazodone versus the conventional formulation in healthy volunteers. Ital J Neurol Sci. 1993;14:443-449 **5** Serretti A et al. Antidepressants and Body Weight: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. J Clin Psychiatry. 2010;71(10):1259-1272 **6** Khazaie H et al. Antidepressant induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone: a randomized controlled trial. General Hospital Psychiatry. 2015;(37):40-45

Trittico[®] retard: Z: Trazodonhydrochlorid Tablette mit verzögerter Freisetzung zu 150 mg. I: Depressionen mit oder ohne Angststörungen. D: Dosis progressiv erhöhen, Initialdosis: 50–100 mg tgl. Nach Bedarf bis 300 mg tgl. (bei hospitalisierten Patienten bis 600 mg tgl.). KI: Überempfindlichkeit gegenüber Trazodon oder Hilfsstoffe, Kinder und Jugendliche < 18 Jahre, Vergiftung durch Alkohol oder Hypnotika und akuter Myokardinfarkt, seltene hereditäre Fructose-Intoleranz, Glukose- und Galaktose-Malabsorptionssyndrom, Sucrase-Isomaltase-Mangel. VM: brüskes Erhöhen/Reduzieren bei epileptischen Patienten vermeiden, Leber- oder Nierendysfunktion, Herzbeschwerden, Hyperthyreose, Miktionsstörungen, Engwinkelglaukom. UW: Sehr häufig: Mundtrockenheit. Häufig: Schläfrigkeit (meist vorübergehend), Miktionsstörungen. Gelegentlich: Gliederschmerzen, Rückenschmerzen, Myalgie, Arthralgie, endokrine Störungen, Gewichtsverlust, Hyponatriämie, Appetitstörungen, psychiatrische Störungen, serotonerges Syndrom, Sehstörungen, orthostatische Hypotonie, Hypertonie, Synkope, Dyspnoe, Gastrointestinale Störungen, grippale Symptome. Sehr selten: Priapismus (in solchen Fällen die Behandlung sofort abbrechen). IA: CYP3A4-Hemmer, Antihypertonika, Alkohol und ZNS-hemmende Substanzen, MAO-Hemmer. SS: keine systematischen Untersuchungen vorhanden, Anwendung nur nach Abwägen des Nutzen/Risiko-Verhältnisses. P: 20* und 60* Tabl. 150 mg. *Kassenzulässig. Liste B. Detaillierte Informationen: www.swissmedinfo.ch. Vifor SA • CH - 1752 Villars-sur-Glâne. Stand: September 2019.



© Thomaspicture | Dreamstime.com

Wie ergeht es einzelnen Ländern in der Pandemie?

Europa, COVID-19 und die psychische Gesundheit

Am Kongress der *European Psychiatric Association* (EPA) berichteten Wissenschaftler aus verschiedenen europäischen Ländern, welche psychischen Folgen die Pandemie in ihrem Land hatte. Gefährdet sind vor allem psychisch kranke Menschen, das Gesundheitspersonal «an der Front» und die unmittelbar von der Pandemie Betroffenen. von Dr. med. Martina Frei, Wissenschaftsjournalistin und Hausärztin

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat verschiedene Regionen Europas sehr unterschiedlich getroffen. In Island beispielsweise starben pro 100 000 Einwohner etwa acht Personen, in der Schweiz 117, in Spanien 167 und in Italien 201 [1].

SPANIEN: STARK GETROFFEN

Professor Dr. med. Celso Arango, Präsident der spanischen Gesellschaft für Psychiatrie, beschrieb in einem Fachartikel die Situation in seiner Klinik im April 2020: «In normalen Zeiten hatte mein Spital 20 Intensivbetten, heute sind es 116. Neue Intensivbetten wurden in der Bibliothek, der Reha-Gymnastikhalle, den Operationssälen und den Aufwächerräumen aufgestellt. Die Klinik hat sich in weniger als zwei Wochen komplett verändert[...] Wir hatten bis zu 400 Patienten in der Notaufnahme, die auf ein Bett (oder eine Couch) gewartet haben.»

Die Pflegekräfte und Ärzte hätten ein akutes Trauma erlebt, das sich chronisch Tag für Tag wiederholte, so Arango: «Das Personal ist überwältigt von der Kombination aus Angst, Schuldgefühlen, [...] der

Frustration darüber, dass es keine richtige Behandlung hat und man nicht vorhersagen kann, wem es schlecht gehen wird, und mehr» [2].

900 PFLEGENDE UND ÄRZTE BEKAMEN PSYCHISCHE PROBLEME

Allein im März und April 2020 wurden Professor Arango zufolge 900 Mitarbeitende aus 16 Spitälern in Madrid – vor allem solche, die «an der Front» arbeiten – wegen psychischer Probleme einer Behandlung zugewiesen. Gemäss einer Review waren die häufigsten Probleme Sorgen um die eigene Gesundheit, Ängste, Schlafstörungen und Symptome eines Burnouts [3]. Das berichtete Arango am 29. Europäischen Kongress für Psychiatrie, der im April 2021 virtuell stattfand und von der *European Psychiatric Association* (EPA) organisiert wurde.

In einem Live-Symposium beschrieb der international bekannte Psychiater die Folgen von COVID-19 auf die psychische Gesundheit. Zu den diesbezüglich besonders vulnerablen Personen zählt er nebst dem

Gesundheitspersonal auch die Angehörigen von Patientinnen und Patienten, die – meist in Isolation – an COVID-19 verstarben. Etwa 25% dieser Angehörigen ersten Grades hätten eine anhaltende Trauerstörung entwickelt. «Das ist rund zehnmals mehr als erwartet», sagte Arango.

Die dritte Risikogruppe bildeten Menschen mit (schon vor der Pandemie bestehenden) psychiatrischen Erkrankungen. Sie infizierten sich nicht nur mit grösserer Wahrscheinlichkeit mit SARS-CoV-2, sondern hatten auch ein grösseres Risiko für einen schweren Verlauf und ein höheres Sterberisiko.

ISLAND: ZU KEINER ZEIT ÜBERLASTET

Ganz anders als Spanien erlebte Island die Pandemie. «Das Gesundheitssystem war zu keiner Zeit überlastet», sagte die Epidemiologie-Professorin Unnur A. Valdimarsdóttir von der Universität von Island am Kongress der EPA. Es habe nur milde Massnahmen gegeben und keine Lockdowns; aber viele Betriebe in der Tourismusbranche seien bankrottgegangen.

Unnur Valdimarsdóttir und ihre Kollegen griffen auf eine Erhebung an jeweils 800 repräsentativ ausgewählten Erwachsenen zurück, die das isländische Gesundheitsdirektorat im Monatsrhythmus durchführt. Die Beteiligung betrage etwa 50%. «Die Ergebnisse waren nicht ganz so, wie wir das erwartet hätten», sagte Valdimarsdóttir. Demnach sank in Island im April 2020, auf dem Höhepunkt der ersten Welle, die Anzahl der Personen mit schlechter psychischer Gesundheit. Auch der subjektiv empfundene Stresspegel sei gefallen, so Professor Valdimarsdóttir.

MEHR SCHLAF UND WENIGER ALKOHOLEXZESSE

Während der zweiten Welle im Herbst 2020 verringerte sich die Zahl der Personen mit kurzer Schlafdauer, verglichen mit den Vorjahren. Ausserdem nahm das *binge-drinking* Verhalten während des Zeitraums ab, als sich die Isländer in Gruppen von maximal 10 oder 20 Personen treffen durften.

Valdimarsdóttir und ihre Kollegen befürchteten, dass Einsamkeit, insbesondere für ältere Menschen, ein Problem werden könnte. «Tatsächlich haben wir aber keine Veränderungen gesehen, mit Ausnahme vielleicht der jüngeren Erwachsenen von 18 bis etwa 30 Jahren.» Bis jetzt gebe es keine starken Hinweise dafür, dass sich die Pandemie auf die psychische Gesundheit der isländischen Allgemeinbevölkerung ausgewirkt habe, mit der fraglichen Ausnahme von Teenagern und jüngeren Erwachsenen, so ihr Fazit.

DIE BESONDERS BETROFFENEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

Bei den Hochrisikogruppen hatte COVID-19 gemäss Valdimarsdóttir allerdings «definitiv Auswirkungen», wie die National Resilience Cohort zeigte. Diese longitudinale Kohortenstudie soll protektive und krankheitsfördernde Faktoren ermitteln.

Die höchste Prävalenz depressiver Symptome hatten Personen mit starken finanziellen Einbussen.

Nach der ersten Pandemiewelle lagen die Antworten von 23000 Teilnehmenden vor (zwei Drittel davon Frauen; Durchschnittsalter aller Teilnehmenden 55 Jahre). Personen über 40 Jahre, die selbst an COVID-19 erkrankt waren, hatten demnach ein erhöhtes Risiko für eine Depression und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Das Risiko korrelierte mit der Schwere der Erkrankung: Ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die sieben Tage oder länger bettlägerig gewesen seien, litt an depressiven Symptomen, so Valdimarsdóttir.

Bei der nächsten Befragung sechs bis acht Monate später erreichte die Prävalenz depressiver Symptome in dieser Personengruppe mit 16% jedoch fast wieder dieselben Werte wie bei denjenigen, die nicht an COVID-19 erkrankt waren (15,8%).

Familienmitglieder von COVID-19-Patienten und Personen, die sich in Quarantäne begeben mussten, hatten ebenfalls ein höheres Risiko für depressive Symptome. Die höchste Prävalenz wiesen mit 29,1% diejenigen auf, die starke finanzielle Einbussen verkraften mussten.

DÄNEMARK: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN PSYCHE UND «PANDEMIEDRUCK»

«Es scheint eine Ko-Variation zwischen dem 'Pandemiedruck' und dem psychischen Wohlbefinden zu geben», resümierte der Psychiatrie-Professor Dr. med. Søren Dinesen Østergaard vom Universitätsspital im dänischen Aarhus am Kongress der EPA.

Das zeigten drei Umfragen in der dänischen Bevölkerung: Die erste fand im Frühling 2020 statt (n=2458), als sich die COVID-19-Todesfälle häuften, die zweite (n=2149) gegen Ende April 2020, als die Restriktionen gelockert wurden, und die dritte Ende November/Anfang Dezember 2020 während der zweiten Pandemiewelle. Insgesamt 1554 Personen nahmen an allen drei Runden teil.

Jedes Mal wurden (dieselben) Teilnehmer gebeten, den WHO-5 Well Being Index auszufüllen. Je höher der Score (von 0 bis 100), desto grösser das psychische Wohlbefinden. Um möglichst repräsentative Aussagen zu erhalten, gewichteten Østergaard et al. die Resultate nach Gender, Alter, Schulbildung, Region und Wahlverhalten bei der letzten politischen Wahl [4].

Rund 51% schätzen ihre psychische Gesundheit während der Pandemie schlechter ein als zuvor.

Sowohl im Frühling 2020 als auch im Herbst 2020 lag der Score bei 62,5. Als die restriktiven Massnahmen im Sommer gelockert wurden, stieg er auf 65,5 Punkte. Nicht auszuschliessen sei dabei jedoch auch ein Einfluss saisonaler Effekte, schreiben Østergaard et al. in einem Fachartikel, denn Depressionen nehmen in Dänemark üblicherweise im Herbst zu [5].

BESSERE COMPLIANCE BEI DER MEDIKAMENTENEINNAHME

Eine andere Umfrage richteten er und seine Kollegen an Patientinnen und Patienten, die in der Region Zentralsdänemark schon vor der Pandemie psychiatrisch erkrankt waren. 21,6% der angefragten Personen (n = 992) beteiligten sich im Sommer 2020 an der Studie. Diese Stichprobe war nicht repräsentativ, Menschen mit einer Depression waren beispielsweise übervertreten.

Der WHO-5 Well Being Score betrug in dieser Gruppe durchschnittlich 36,7 Punkte und war also deutlich tiefer als in der Allgemeinbevölkerung. Rund 51% der Teilnehmenden schätzten ihre psychische Gesundheit während der Pandemie schlechter ein als zuvor. «Das hatten wir erwartet», sagte der Psychiater.

Appetitstörungen, Ängste und depressive Symptome beispielsweise verschlechterten sich. Besser wurde hingegen die Compliance bei der Medikamenteneinnahme; wahrscheinlich, weil es den Betroffenen «psychisch ziemlich schlecht ging und ihnen bewusst war, dass sie ihre Medikamente benötigen», so Professor Østergaard.

MEHR PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNGEN NACH DER PANDEMIE

Über 60% der Befragten vermuteten, dass die Gründe für die Verschlechterung eine Unterbrechung der gewohnten Routine und die Einsamkeit waren. Weitere, häufig genannte mutmassliche Ursachen waren Sorgen um nahestehende Personen, die sich mit SARS-CoV-2 infiziert hatten, sowie weniger Kontakte mit Freunden und der Familie.

Trotz der bekannten Schwachstellen solcher Umfragen, wie etwa dem *recall bias* (Erinnerungseffekt), «legen diese Resultate stark nahe, dass die COVID-19-Pandemie sowohl die allgemeine Bevölkerung als auch Menschen mit psychischen Erkrankungen schwer negativ getroffen hat», bilanziert Professor Søren Østergaard. «Wir müssen damit rechnen, dass die Nachfrage nach psychiatrischen Behandlungen in der Zeit nach der Pandemie steigen wird.»

Literatur

- 1 <https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html#global-overview-tab>
- 2 Arango C. Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. *Biol Psychiatry*. 2020 Oct 1;88(7):33–4. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.04.003.
- 3 De Pablo GS et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Oct 1;275:48–57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022.
- 4 Sønderskov KM et al. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr*. 2020 Aug;32(4):226–8. doi: 10.1017/neu.2020.15.
- 5 Sønderskov KM et al. Variation in psychological well-being and symptoms of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: results from a three-wave panel survey. *Acta Neuropsychiatr*. 2021 Jun; 33(3):156–9. doi: 10.1017/neu.2020.47.

Korrespondenz:

Dr. med. Martina Frei
freitextvideo[at]
gmail.com

Psychische Folgen von COVID-19

Das Coronavirus in der psychotherapeutischen Behandlung

Das Coronavirus wirkt sich auch auf die Psyche aus. Zahlreiche Menschen erleiden im Zusammenhang mit COVID-19 eine psychische Erkrankung oder erleben eine verstärkte Symptomatik. Um Betroffene gezielt unterstützen zu können, hat die Privatklinik Aadorf spezifische Therapiegruppen entwickelt.



Dr. med. Beatrice Geml
Leitende Ärztin und
Bereichsleitung Station
Landhaus

Das Coronavirus ist nicht nur eine Gefahr für die körperliche Gesundheit, sondern auch für die psychische. Eine britische Studie, die im Fachjournal «The Lancet Psychiatry» publiziert wurde, zeigte bei Personen, die vom Coronavirus betroffen waren, ein um 44 Prozent höheres Risiko für Angsterkrankungen oder Stimmungsschwankungen als nach einer Grippe. Doch nicht nur Menschen, die an COVID-19 erkrankt sind, leiden unter psychischen Folgen. Die Furcht vor einer Ansteckung, aber auch Existenz- und Zukunftsängste oder Zwänge können Depressionen, Angststörungen oder andere psychische Krankheiten auslösen oder intensivieren.

Abbildung 1

Eine stationäre Behandlung kann psychische Leiden lindern.
Quelle: Privatklinik Aadorf



SPEZIFISCHE BEHANDLUNGSANGEBOTE

Um gezielt auf die Situation von Betroffenen eingehen zu können, hat die Privatklinik Aadorf neue Angebote ausgearbeitet. Es wurden drei verschiedene Behandlungsgruppen etabliert. Eine Gruppe steht im Zeichen der Psychoedukation. Über die Wissensvermittlung erhalten Betroffene Grundlagen für einen selbstverantwortlichen Umgang mit ihren Beschwerden und lernen, die Symptome besser einschätzen zu können und mögliche Selbsthilfestrategien zu entwickeln.

In einer zweiten Therapiegruppe folgt die Behandlung einem ressourcenorientierten Ansatz. Bereits bestehende Ressourcen werden aktiviert sowie neue etabliert und für die Erreichung der Therapieziele genutzt. Die Betroffenen erleben in den therapeutischen Sitzungen positive Emotionen, zudem werden Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl gestärkt sowie die Kompetenz zur Problemlösung gefördert.

Bei der dritten Therapiegruppe finden Betroffene unter der Leitung eines Gartentherapeuten über die Arbeit im Grünen einen Zugang zur Erkrankung. Sie legen Hand an, bauen Hemmnisse ab und gelangen buchstäblich zurück zu den Wurzeln. Auf diese Weise lernen sie, innere Blockaden zu überwinden, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen und Selbstwirksamkeit zu spüren.

ANDEREN UMGANG FÖRDERN

Dr. med. Beatrice Geml, Leitende Ärztin und Bereichsleitung der Station Landhaus, hat die genannten Gruppenprogramme gemeinsam mit den zuständigen Therapeuten entwickelt. «Die Gruppenbehandlungen sollen dazu beitragen, dass Betroffene anders mit ihrer Situation umgehen können. Die Informationsvermittlung in Form von Psychoedukation ist diesbezüglich ein wichtiger Aspekt, um das Bewusstsein zu erweitern. Auf diese Weise lassen sich heilsame Impulse setzen.»

Kontakt:

Klinik Aadorf AG
Fohrenbergstrasse 23
8355 Aadorf
Tel +41 52 368 88 88
Fax +41 52 368 88 99
info@klinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch

RYBELSUS® und Ozempic® ab sofort auch bei nachgewiesener Metformin-Unverträglichkeit oder -

Kontraindikation als Monotherapie kassenzulässig

Das GLP-1 Analogon Semaglutide zeigt bei unkontrolliertem Typ 2 Diabetes nicht nur eine überlegene glykämische Kontrolle [1, 2]*. Neu ist Semaglutide als orales RYBELSUS® und subkutanes Ozempic® auch als Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit für Metformin kassenpflichtig [3]. RYBELSUS® zeigt bei hohem kardiovaskulären Risiko und Typ 2 Diabetes eine numerische Reduktion des kardiovaskulären Risikos [1, 5]**.

Als weltweit erstes und einziges GLP-1 Analogon kann bei Semaglutide zwischen einer einmal täglichen Tablette (RYBELSUS®) und einem einmal wöchentlichen Pen (Ozempic®) gewählt werden [1, 2]. Das überlegen wirksame Semaglutide ist nun für eine noch grössere Patientengruppe verfügbar: Bei nachweislicher Kontraindikation oder Unverträglichkeit für Metformin kann Semaglutide als Monotherapie eingesetzt werden [1–3]*. Dies hilft bei der Umsetzung der Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED), die einen möglichst frühen Einsatz von GLP-1-RA bei unkontrolliertem Typ 2 Diabetes empfiehlt [4].

Semaglutide ist dem natürlichen Peptidhormon GLP-1 nachempfunden, wodurch es glukoseabhängig den Blutzucker normalisiert (nüchtern und postprandial) und den Langzeitblutzuckerwert HbA_{1c} reduziert [1, 2]. Zudem reguliert es zentral den Heisshunger und

das Sättigungsgefühl, was die Gewichtsreduktion unterstützen kann [1, 2]**. Die HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion war in klinischen Studien zu RYBELSUS® den meistverschriebenen Antidiabetika Sitagliptin, Empagliflozin sowie Liraglutide überlegen [1]*. Bis zu 7 von 10 Patienten können mit RYBELSUS® einen HbA_{1c}-Zielwert von unter 7% erreichen [1]. Ein entscheidender Zusatznutzen von RYBELSUS® und Ozempic® ist der positive kardiovaskuläre Effekt bei Patienten mit vorbestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung und Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren [1, 2, 5, 6]**.

SEMAGLUTIDE MIT KARDIOVASKULÄREM BENEFIT

Die Reduktion der kardiovaskulären Last ist in der Diabetes-Therapie von zentraler Bedeutung [4]. Die dop-

Limitatio³ RYBELSUS® und Ozempic® ab 1. April 2021

Für Patienten mit unzureichend kontrolliertem DMT2 und einem **BMI ≥ 28**, ergänzend zur Diät und Bewegung:

Monotherapie: Bei nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin

In Kombination mit folgenden Antidiabetika, wenn durch diese keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:

Zweifachkombinationen: Semaglutide + Metformin
ODER

Semaglutide + Sulfonylharnstoff

Dreifachkombination: Semaglutide + Metformin + Sulfonylharnstoff

Insulin-Kombinationen: Semaglutide + Basalinsulin

ODER

Semaglutide + Basalinsulin + Metformin

Abbildung 1

pelblinden, placebokontrollierten, kardiovaskulären Langzeitstudien (CVOT) SUSTAIN 6 und PIONEER 6 zeigten bei insgesamt 6480 Patienten eine positive Auswirkung von Semaglutide und Standardtherapie auf die kardiovaskulären Endpunkte bei Patienten mit Typ 2 Diabetes und hohem kardiovaskulärem Risiko [1, 2, 5, 6]**. Patienten unter einmal wöchentlich subkutanem Ozempic® hatten im Vergleich zur Placebo-Gruppe innerhalb von zwei Jahren 26% weniger schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) [2, 6]. Unter einmal täglich oralem RYBELSUS® ist das kardiovaskuläre Risiko numerisch reduziert (mediane Behandlungsdauer: 16 Monate) [1, 5]. Dieser Effekt beruht primär auf einer Abnahme der kardiovaskulären Mortalität [1, 5].

- * Klinische Studien zeigten für Semaglutide eine signifikant bessere glykämische Kontrolle (HbA_{1c} Ausgangswert während der Studiendauer) und Gewichtsreduktion (Veränderung des Körpergewichts während der Studiendauer) vs. Placebo, vs. Empagliflozin, vs. Sitagliptin und vs. Liraglutide [1, 2].
- ** RYBELSUS® und Ozempic® sind indiziert für die Behandlung von unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 ergänzend zur Diät und Bewegung, sind aber nicht indiziert für die Gewichtsreduktion oder Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen.
- *** Die Standardtherapie umfasste orale antidiabetische Medikation, Insulin, Antihypertensiva, Diuretika und Lipidsenker [7].

Abkürzungen: CVOT: Cardiovascular Outcome Trial; DMT2: Typ 2 Diabetes; GLP-1: Glucagon-like Peptide 1; SGED: Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie. MACE: Schwerwiegendes

Neu ist RYBELSUS® mit seiner überzeugenden Wirksamkeit und den positiven kardiovaskulären Effekten in der Schweiz der günstigste GLP-1-Rezeptoragonist [3]. Patienten mit einer nachgewiesenen Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin können nun von einer RYBELSUS®- oder Ozempic®-Monotherapie profitieren [1–3]**,***.

kardiovaskuläres Ereignis, hier definiert als erstmaliges Auftreten einer kardiovaskulär bedingten Fatalität, eines nicht-tödlichen Schlaganfalls oder eines nicht-tödlichen Herzinfarkts.

Die Kurzfachinformation zu Rybelsus® finden Sie auf der nächsten Seite.

Referenzen

- 1 Rybelsus® Fachinformation, www.swissmedicinfo.ch.
- 2 Ozempic® Fachinformation, www.swissmedicinfo.ch.
- 3 Bundesamt für Gesundheit. Spezialitätenliste. www.spezialitätenliste.ch.
- 4 Arbeitsgruppe der SGED/SSED. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (2020). Stand: 23. Januar 2020. Verfügbar unter: https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/-2020_Swiss_Recomm_Medis_DE_def.pdf, zuletzt abgerufen: 04/2020.
- 5 Husain et al. Oral Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2019;381(9):841–51.
- 6 Marso et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(19):1834–44.
- 7 Pratley et al. Oral semaglutide versus subcutaneous liraglutide and placebo in type 2 diabetes (PIONEER 4): a randomised, double-blind, phase 3a trial. *Lancet.* 2019;394(10192):39–50.

CH21RYB00177_04/2021

Ozempic® Z: Semaglutide 1,34 mg/ml. **I:** Ozempic® wird zur Behandlung Erwachsener mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 ergänzend zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit für Metformin; in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln. **D:** Die Anfangsdosis von Ozempic® beträgt 0,25 mg einmal wöchentlich. Nach 4 Wochen sollte die Dosis auf 0,5 mg einmal wöchentlich erhöht werden. Um die Einstellung des Blutzuckerspiegels zu verbessern, kann, nach mindestens 4 weiteren Wochen mit einer Dosis von 0,5 mg einmal pro Woche, die Dosis auf 1 mg einmal pro Woche erhöht werden. Eine Dosisanpassung ist bei älteren Menschen, bei Patienten mit eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion nicht erforderlich. Ozempic® wird einmal pro Woche zu einem beliebigen Zeitpunkt und unabhängig von den Mahlzeiten angewendet. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe gemäss «Zusammensetzung». **VM:** Ozempic® sollte nicht bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder zur Behandlung der diabetischen Ketoazidose angewendet werden. Die Anwendung von GLP-1-Rezeptor-Agonisten kann mit unerwünschten gastrointestinalen Wirkungen assoziiert sein. Wird eine Pankreatitis vermutet, ist Ozempic® abzusetzen. Patienten, die Ozempic® in Kombination mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin erhalten, können ein erhöhtes Risiko für eine Hypoglykämie haben. Ozempic® sollte bei Patienten mit diabetischer Retinopathie nur unter engmaschiger, ophthalmologischer Kontrolle eingesetzt werden. **IA:** Die durch Semaglutide verzögerte Magenentleerung kann die Resorption gleichzeitig oral angewendeter Arzneimittel beeinflussen. **UW:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie bei Anwendung mit Insulin oder Sulfonylharnstoff, Übelkeit, Durchfall. *Häufig:* Hypoglykämie bei Anwendung mit anderen OAD's, verminderter Appetit, Schwindel, Komplikationen der diabetischen Retinopathie, Erbrechen, Bauchschmerzen, abdominelles Spannungsgefühl, Obstipation, Dyspepsie, Gastritis, gastroösophagealer Reflux, Aufstossen, Flatulenz, Cholelithiasis, erhöhte Lipase, erhöhte Amylase, Gewichtsabnahme, Erschöpfung. *Gelegentlich:* Dysgeusie, erhöhte Herzfrequenz, Reaktionen an der Injektionsstelle, akute Pankreatitis, Überempfindlichkeit. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion. **P:** Ozempic® DualDose 0,25 mg oder 0,5 mg: 1 Fertipgen zu 1,5 ml; Ozempic® FixDose 1 mg: 2 Fertipgens zu 1,5 ml, 1 Fertipgen zu 3 ml (B). V5.0. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch.

Kontakt:

Novo Nordisk
Pharma AG
The Circle 32/38
8058 Zürich

WELTWEIT ERSTER UND
EINZIGER ORALER GLP-1-RA

Wenn Sie mehr über die Vorteile
von RYBELSUS® erfahren wollen,
besuchen Sie bitte www.rybelsus.ch

AUFBRUCH ZU NEUEN UFFERN

Für Erwachsene mit Typ 2 Diabetes



Signifikant bessere HbA_{1c}- und
Gewichtsreduktion vs. Januvia®,
Jardiance® und Victoza®¹⁵



Bis zu 7 von 10 RYBELSUS®-
Patienten erreichten einen
HbA_{1c}-Zielwert von < 7%¹

NEWS

**FRÜH EINSETZBAR -
Jetzt auch als Mono-
therapie kassenzulässig!***

* In Monotherapie bei Typ 2 Diabetes
mellitus Patienten mit nachgewiesener
Kontraindikation oder nachgewiesener
Unverträglichkeit für
Metformin

RYBELSUS®
semaglutide tablets

GLP-1-RA = Glucagon-like Peptide-1-Rezeptoragonist

Referenz: 1. RYBELSUS® Fachinformation. www.swissmedicinfo.ch

Limitatio: Zur Behandlung von Patienten mit einem unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes mellitus ergänzend zu Diät und Bewegung:

• In Monotherapie bei Patienten mit nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin.

Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird:

- Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff
- Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff
- In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin.

Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

Kurzfachinformation Rybelsus® Z: Semaglutide 3 mg, 7 mg, 14 mg pro Tablette. I: Rybelsus® wird zur Behandlung Erwachsener mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 ergänzend zu Diät und Bewegung angewendet: - als Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit für Metformin; - in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln. Siehe Abschnitt «Klinische Wirksamkeit» für Ergebnisse zu den in klinischen Studien untersuchten Kombinationen und zur kardiovaskulären Sicherheit. D: Anfangsdosis von Rybelsus® beträgt 3 mg einmal täglich. Nach 1 Monat Dosis auf 7 mg einmal täglich (Erhaltungsdosis) erhöhen. Falls blutzuckersenkende Wirkung nach einmonatiger Behandlung ungenügend, Erhaltungsdosis auf 14 mg einmal täglich erhöhen. Dosisanpassung bei älteren Menschen und Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion nicht erforderlich. Rybelsus® ist eine Tablette zur einmal täglichen oralen Anwendung. Rybelsus® auf nüchternen Magen ganz mit bis zu einem halben Glas Wasser (120 ml) schlucken. Mindestens 30 Minuten warten vor Einnahme der ersten Mahlzeit, erstem Getränk oder anderer oralen Arzneimittel. KI: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe gemäss «Zusammensetzung». VM: Rybelsus® bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder zur Behandlung diabetischer Ketoazidose nicht anwenden. Anwendung von GLP-1-Rezeptor-Agonisten kann mit unerwünschten gastrointestinalen Wirkungen assoziiert sein. Bei vermuteter Pankreatitis Rybelsus® absetzen. Erhöhtes Hypoglykämierisiko bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin. Patienten mit diabetischer Retinopathie in der Vorgeschichte überwachen. IA: Semaglutide verzögert die Magenentleerung. Dies kann die Resorption anderer gleichzeitig angewendeter Arzneimittel beeinflussen. UW: *Sehr häufig:* Hypoglykämie bei Anwendung mit Insulin oder SU, Übelkeit, Diarrhö; *Häufig:* Hypoglykämie bei Anwendung mit anderen OAD, vermindertes Appetit, Komplikationen der diabetischen Retinopathie, Erbrechen, Bauchschmerzen, abdominales Spannungsgefühl, Obstipation, Dyspepsie, Gastritis, gastroösophagealer Reflux, Flatulenz, erhöhte Lipase, erhöhte Amylase, Erschöpfung. *Gelegentlich:* erhöhte Herzfrequenz, Aufstossen, Cholelithiasis, Gewichtsabnahme. *Selten:* anaphylaktische Reaktionen, akute Pankreatitis. P: 3 mg: Packungen zu 30 Tabletten. 7 mg: Packungen zu 30 und 90 Tabletten, 14 mg: Packungen zu 30 und 90 Tabletten (B). Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch.

⚠ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen, siehe Fachinformation Rybelsus® auf www.swissmedicinfo.ch.

§ RYBELSUS® ist nicht indiziert zur Gewichtsreduktion.

CH21RYB00135_03/2021



Novo Nordisk Pharma AG
The Circle 32/38
8058 Zürich

Tel.: 044 914 11 11
Fax: 044 914 11 00
www.novonordisk.ch

RYBELSUS®
semaglutide tablets



© Nito100 | Dreamstime.com

Geschlechtsdysphorie und Depression

Der steinige Weg von Franco zu Luisa

Die Prävalenz von Depression und Angststörungen sind bei Transgender-Personen höher als in der Allgemeinbevölkerung, deshalb gilt es bei ihrer Betreuung, sich nicht allein auf den Körper zu fokussieren, sondern auch die Psyche ins Lot zu bringen. Dabei müssen viele unterschiedliche Faktoren beachtet werden.

von Dr. med. Nadja Pecinska, Redakteurin EMH und Medizinjaournalistin

Das Thema der Geschlechtsidentität (*Gender Identity*) dringt immer mehr in das Bewusstsein ein, nicht nur im Bereich der Medizin oder Psychologie, sondern auch in der Anthropologie, Philosophie, in Rechtsfragen und in der Ethik. In der Medizin wird seit 2013 der Begriff der Geschlechtsidentitätsstörung (*Gender Identity Disorder*) nicht mehr verwendet. Er wurde im DSM-5 durch den Begriff der Geschlechtsdysphorie (*Gender Dysphoria*) ersetzt [1]. Nun findet im ICD-11 eine weitere Destigmatisierung und Depathologisierung statt, indem der Begriff der Geschlechtsdysphorie durch den der Geschlechtsinkongruenz (*Gender Incongruence*) ersetzt wird [2].

«Der anatomisch gegebene Körper ist nicht der einzige Grund für das Leiden von Transgender-Personen. Viele andere Faktoren wie die Akzeptanz in der Familie, der Umgang in der Schule und die Toleranz in der Gesellschaft beeinflussen die Psychopathologie dieser Personen», erklärt Dr. med. Giovanni Castellini, Universität Florenz, Italien, am virtuellen Kongress der *European Psychiatric Association (EPA)* 2021. Die bei Transpersonen am häufigsten auftretenden psychiatrischen Probleme sind Depression und Angststörungen [3]. Es sei jedoch wichtig zu wissen, dass es viele

«In der Schule nannten sie mich Clown, ich war Franco, das Zirkusphänomen, und ich wurde ständig schikaniert. Erst, wenn ich total Luisa bin, suche ich mir einen Job und eine Partnerschaft. Total Luisa bin ich dann, wenn keine Zeichen meiner Transsexualität oder Maskulinität mehr sichtbar sind. Ich ertrage meinen Körper nicht, er steht zwischen mir und meinem Leben. Mein Traum ist es, eines Tages aufzuwachen und eine Frau zu sein.»

Luisa

Transmenschen gibt, die überhaupt keine psychiatrischen Störungen aufweisen, fügt Dr. med. Roy van Vlerken von der Gender-Klinik am Universitätsspital Amsterdam an [4].

20 JAHRE LANG IM STICH GELASSEN

Der Weg, seine Geschlechtsidentität zu finden, ist für viele Transmenschen ein sehr steiniger. Geschlechtsdysphorie beginnt meist im Alter der frühen Adoleszenz [5]. Der erste Kontakt mit einem auf Geschlechterfragen spezialisierten Zentrum kommt durchschnittlich erst im Alter von über 30 Jahren zustande. «Während

20 Jahren kümmert sich also niemand um diese Personen», so Dr. Castellini. Während dieser Zeit sei eine hohe Zahl an Selbstverletzungen und Suizid(-Gedanken) feststellbar. Auch sei die Prävalenz von Depression und Angststörungen bei Transgender-Adoleszenten bis fünfmal höher, weiss Dr. van Vlerken. Diese Schwierigkeiten im psychischen Bereich können durch das *Minority Stress Model* erklärt werden, berichtet der Experte. Die spezifischen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Gesundheitsproblemen bei Transgender-Kindern und -Jugendlichen sind als Erstes mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen (*peer relations*). «Dies ist der am besten dokumentierte Risikofaktor», so Dr. van Vlerken am virtuellen EPA-Kongress. Hinzu kommen soziale Isolation, Schikanierungen, Diskriminierung, Missbrauch und ein geringes Selbstwertgefühl, vor allem auf den Körper bezogen. Diese Risikofaktoren sind alle mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Depressionen, Suizidalität, posttraumatische Belastungsstörung und Selbstverletzungen assoziiert. Im Gegensatz dazu gibt es Faktoren, die protektiv wirken können. Unterstützung von den Eltern und Akzeptanz unter Gleichaltrigen sind assoziiert mit einer besseren psychischen Gesundheit und schützen vor negativen psychischen Auswirkungen wie Suizidalität und Depression. «Die Möglichkeit, einen von sich gewählten Namen verwenden zu können, war mit besserer psychischer Gesundheit assoziiert», weiss Dr. van Vlerken. Auch ein sicheres und tolerantes Schulumfeld ist von grosser Bedeutung.

GESCHLECHTSUMWANDLUNG SENKT PSYCHISCHE PROBLEME

Bei erwachsenen Transgender-Personen zeigen Studien, dass die Psychopathologie sich nach geschlechtsaffirmierenden medizinischen Eingriffen verbessert [3]. Nach der Behandlung mit Pubertätsblockern verbesserten sich bei Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie Verhaltens- und Emotionsstörungen sowie depressive Symptome signifikant [6]. Nach der folgenden Hor-

monbehandlung und operativen Geschlechtsumwandlung verbesserte sich die psychische Gesundheit weiter, und klinische Probleme sanken auf das Niveau der Allgemeinbevölkerung [7].

«Wichtig bei der Betreuung von Transgender-Personen ist, dass auf die Heterogenität der Bedürfnisse eingegangen wird. Es braucht eine absolut individualisierte Behandlung», fügt Dr. Castellini an [8]. Es müssten verschiedenste Faktoren angegangen werden, nicht nur das Unwohlsein im eigenen Körper, nicht nur die objektiven Effekte der Hormonbehandlung, sondern auch Stigmata wie Transphobie. «Denn unsere westliche anatomische Perspektive auf die Geschlechter, die Heterogenität, Fluidität und Unsicherheiten kaum verinnerlichen und akzeptieren lässt, kann das Gefühl der Nichtzugehörigkeit von Transgender-Personen verstärken», konkludiert Dr. Castellini [9]. Da sind wir alle dazu aufgerufen, dies zu ändern.

Literatur

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), American Psychiatric Association. 2013.
- 2 International Statistical Classification of Diseases (ICD) and Related Health Problems. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 3 Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44–57. doi:10.3109/09540261.2015.1115753.
- 4 de Vries AL, Doreleijers TA, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Nov;52(11):1195–202. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x.
- 5 Fisher AD, Ristori J, Bandini E, Giordano S, Mosconi M, Jannini EA, Greggio NA, Godano A, Manieri C, Merigliola C, Ricca V; Italian GnRH analogs study ONIG group, Dettore D, Maggi M. Medical treatment in gender dysphoric adolescents endorsed by SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG. *J Endocrinol Invest*. 2014 Jul;37(7):675–87. doi:10.1007/s40618-014-0077-6.
- 6 de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011 Aug;8(8):2276–83. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.
- 7 de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar EC, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014 Oct;134(4):696–704. doi:10.1542/peds.2013–2958.
- 8 Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ, Monstrey S, Adler RK, Brown GR, Devor AH, Ehrbar R, Ettner R, Eyster E, Garofalo R, Karasic DH, Lev AI, Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP, Pfaefflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS, Tangpricha V, van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR et Zucker K. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 2012;13(4):165–232, doi: 10.1080/15532739.2011.700873.
- 9 Fisher AD, Castellini G, Ristori J, Casale H, Giovanardi G, Carone N, Fanni E, Mosconi M, Ciocca G, Jannini EA, Ricca V, Lingiardi V, Maggi M. Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *J Endocrinol Invest*. 2017 Mar;40(3):263–73. doi: 10.1007/s40618-016-0552-3.

Korrespondenz:

EMH Schweizerischer
 Ärzteverlag AG
 Dr. med. Nadja Pecinska
 Farnsburgerstrasse 8
 4132 Muttenz
 nadja.pecinska[at]emh.ch

Die unsichtbare Last des geistigen Schmerzes

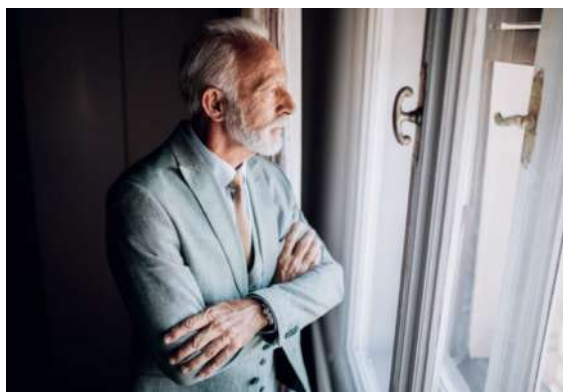
Die globale Verunsicherung durch COVID-19 macht vor niemandem halt. Soziale Isolation, die Flut an negativen News und Zukunftsängste können zu einem Gefühl des Kontrollverlustes führen. Es ist eine Herausforderung, sich bei Depressionen seine Verletzlichkeit einzugestehen. Scham und die Angst vor Stigmatisierung erschweren es, Hilfe anzunehmen. Eine Therapie basierend auf Vertrauen sowie das Verständnis für die persönliche Lebensgeschichte helfen den Betroffenen.

DEPRESSION HAT VIELE GESICHTER

Es gibt nicht immer erkennbare Gründe für eine depressive Erkrankung. Oft fällt die Frage: Warum bist du nicht glücklich? Das fehlende Verständnis der Umgebung erhöht die Hürde, eine professionelle Therapie zu beginnen. Die COVID-19-Pandemie bringt Depressionen vermehrt zum Vorschein und trotz weltweiter demografischer Unterschiede, zeigt sich das Krankheitsbild gleich: Der Rückzug auf geistiger und sozialer Ebene gepaart mit körperlichen Symptomen.

DEPRESSION UND SUCHT

Eine Sucht führt oft zu psychischen Problemen. Umgekehrt kann die Ursache einer Suchterkrankung an einer psychischen Störung liegen. Sowohl Substanzabhängigkeit als auch Verhaltenssuchte können depressiv machen. Die Hilfesuchenden erkennen die mögliche Doppeldiagnose (Sucht + psychische Erkrankung) meist nicht selbst. Der Therapeut muss gezielt fragen und beide Problematiken behandeln. Nur so können sich Betroffene aus dem Teufelskreis zwischen Sucht und Depression befreien.



© istock.com/FluxFactory

So lässt sich auch beurteilen, ob es sich bei einer Depression um ein bestehendes Problem oder um ein koexistierendes Symptom eines Suchtverhaltens handelt.

«Ein stationärer Aufenthalt gibt dem Patienten die Sicherheit und Stabilität, in den gesamten Prozess einzutauchen – rund um die Uhr.»

Dr. Fiona McKinney, Doctorate in Counselling Psychology and Psychotherapy, Leiterin der Therapien Clinic Les Alpes

INDIVIDUELLER ANSATZ DER DEPRESSIONSTHERAPIE

Biologische, genetische und psychosoziale Faktoren beeinflussen eine Depression. Die Sensibilität für die individuellen Bedürfnisse und das Erfassen der Ursachen sind wichtig. Jede Depression hat ihren eigenen Charakter: Sei es Verlust, Trauer, Stresserfahrungen oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Um die Last von der Seele zu nehmen, braucht es die richtige Kombination aus Psychotherapie, Austausch mit anderen Betroffenen, aktivierende Massnahmen und bei Bedarf den Einsatz von Medikamenten.

Kontakt:

Clinic Les Alpes
CH – Les Avants /
Montreux
+41 58 360 55 00
info@clinalesalpes.com
www.clinalesalpes.com

VORTEILE EINER STATIONÄREN THERAPIE

Der unmittelbare Zugang zu psychotherapeutischen Interventionen ist vor allem in der Anfangsphase einer Therapie von Vorteil.

CLINIC LES ALPES

Privatklinik zur Behandlung von psychischen Störungen mit oder ohne Suchtverhalten. Die exklusive Privatklinik ist ein international anerkanntes Kompetenzzentrum. Das ausgewiesene Fachteam aus spezialisierten Ärzten, Psychologen und Therapeuten spricht Englisch und Französisch. Die stationäre Sucht- und Entzugsklinik bietet eine geschützte und diskrete Umgebung für Patienten.



© Monika Brunner

Individuelle Ressourcen entdecken

Erkrankungen ergründen, entschlüsseln, erforschen, durchschauen

Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen und Antriebslosigkeit sind in der Sprechstunde häufig anzutreffen. Ist es nur eine stressbedingte Schlaflosigkeit, eine Form von Depression, oder liegt ein Zusammenhang mit einem erhöhten Alkoholkonsum vor und gäbe es eine mögliche Medikation? Die Suchthilfe ags gibt einen Einblick in die Arbeit mit Menschen, die auch in Ihrem Sprechzimmer anzutreffen sein könnten.

von Bettina Pelosi, Fachmitarbeiterin Suchtprävention Aargau

GRUNDBEDÜRFNISSE UND INTEGRITÄT ALS BASIS FÜR WOHLBEFINDEN ODER ANFÄLLIGKEIT

Suchtprävention soll verhindern, dass Menschen abhängig werden, und diejenigen früh erkennen, die gefährdet sind. Entscheidend ist, dass der Mensch ins Zentrum rückt und mit ihm die Frage nach den Motiven für die Funktion des Substanzkonsums.

Dabei steht in vielen Fällen eine Verletzung der Grundbedürfnisse im Hintergrund. Neben körperlichen Bedürfnissen wie Schlaf, Nahrung, Sexualität und dem Bedürfnis nach Sicherheit, etwa ein Dach über dem Kopf, Schutz vor Gefahren sowie Arbeit, hat der Mensch zwei weitere Grundbedürfnisse, die für sein psychisches Wohlbefinden ausschlaggebend sind:

- Der Wunsch nach Bindung wird als das Gefühl bezeichnet, einer anderen Person oder einer Gruppe zugehörig zu sein und in einer gegenseitig vertrauensvollen Beziehung zu stehen. Verletzungen des Bindungsbedürfnisses in der Kindheit, Unbe-

rechenbarkeit oder Missbrauch prägen uns meist ein Leben lang.

- Der Wunsch nach Wachstum bezeichnet das Bedürfnis, zu lernen, mitzugestalten und zu einem gelingenden Leben beizutragen.

Ein weiterer Aspekt, der eine gesunde Entwicklung beeinflusst, ist die Würde des Menschen. Alle Menschen haben ein eigenes Wesen, das sie als Individuum erkennbar macht. Jeder Mensch fühlt und merkt, wenn seine Würde oder Integrität verletzt oder wenn er nicht ernst genommen wird.

Eine wertschätzende Umgebung unterstützt und ermöglicht persönliche Entwicklung und die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse. Dauerhafte Verletzungen oder Nichtbefriedigung verursachen dagegen Stress und fördern Ersatzbefriedigungen, die über längere Zeit negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben [1]. Ersatzlösungen wie etwa Mobbing, Radikalisierung, Essstörungen, Selbstverletzungen oder Suchtmittelkonsum können ein Notfallprogramm sein. Oft-

mals wird dann der Konsum von Substanzen vom eigenen Belohnungszentrum als angenehm referenziert und mit dem Wunsch nach mehr gekoppelt. Da diese Strategie meist nur kurzfristig funktioniert, können unerfüllte Grundbedürfnisse und andauernde Verletzung der persönlichen Integrität zu vielfältigem Fehlverhalten und zu Suchterkrankungen und Depressionen führen.

SUCHTERKRANKUNGEN UND DEPRESSIONEN

Depressionen und Suchtmittel stehen in einer wechselseitigen Beziehung (Komorbidität). Depressionen können sowohl eine Suchterkrankung begünstigen als auch umgekehrt. Ein langjähriger, überhöhter Konsum wird mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Depression initiieren.

Menschen mit bestimmten Erkrankungen haben ein grösseres Risiko für Suchtprobleme. Eine mögliche Erklärung ist die «Selbstmedikation»: Sie greifen zu Substanzen – vorwiegend zu Alkohol –, um psychische oder körperliche Leiden zu lindern. Damit steigt das Suchtrisiko, und die Symptome der Grunderkrankung können stärker werden. Studien belegen, dass Menschen mit bestimmten psychiatrischen Erkrankungen stärker gefährdet sind für Abhängigkeitserkrankungen. Bei Depressionen etwa ist das Risiko zwei Mal so hoch und bei bipolaren Störungen gar sechs Mal so hoch [2].

CORONA KANN EIN LABILES GLEICHGEWICHT AUS DEN FUGEN HEBEN

Psychische Gesundheit entsteht durch die Interaktion zwischen Ressourcen und Belastungen. In einer Krisensituation, wie wir sie mit der COVID-19-Pandemie derzeit erleben, kann dieses Gleichgewicht aus den Fugen geraten. Besonders belastend sind Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Einsamkeit oder

familiäre Konflikte, die während der Pandemie verstärkt auftreten können. Gleichzeitig schränkt die Pandemie bewährte Strategien zur Stressbewältigung, wie etwa den Austausch im Freundeskreis und Kontakte mit der Familie, ein. In dieser ungewissen Zeit werden möglicherweise Grundbedürfnisse nicht oder zu wenig erfüllt.

ES GIBT NICHT DIE EINE BEHANDLUNGSMETHODE – ABER BRÜCKEN HIN ZU EIGENER HANDLUNGSFÄHIGKEIT

Menschen, die Selbstmedikation betreiben, sind ebenso unterschiedlich wie ihre Geschichten und die ursächlichen Entwicklungen. Oftmals entstehen die Muster aus der Wechselwirkung von körperlichen, psychologischen und sozialen Aspekten. Daher ist die reine Symptombefragung wenig zielführend. Aber gerade hier ist die Beziehung zum Arzt/zur Ärztin sehr wertvoll, denn sie besteht oft über viele Jahre. Deshalb ist die Sprechstunde prädestiniert für ein Gespräch in gegenseitigem Vertrauen. Die Betroffenen müssen sich nicht an einen fremden Zuhörenden wenden. Mit einfühlsamem Zuhören ist der Arzt/die Ärztin berufen, hinter die Symptome zu schauen, mit *Motivational Interviewing* die Ambivalenz des Betroffenen aufzulösen und seine Motivation für eine selbstbestimmte Verhaltensänderung zu aktivieren. Sie können den Menschen im Kontext seiner Lebensgeschichte begreifen und dadurch die passende Behandlung ermöglichen. Für ein Assessment, Empfehlungen zum Vorgehen und zur Gesprächsführung, aber auch für weitergehende Strategien zur Selbstermächtigung von Betroffenen ist die Suchtberatung eine geeignete Anlaufstelle.

Literatur

- 1 Remo H Largo: Das passende Leben. FISCHER Taschenbuch; 24.7.2019. ISBN: 978-3-596-52240-8.
- 2 <https://www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/wenn-alkohol-zum-medikament-wird/>



ZUR PERSON

Jürg Kehrl
Suchtberatung ags,
Bereichsleiter Nord

INTERVIEW MIT JÜRIG KEHRLI

Interview von Bettina Pelosi

Wie erkennen Sie eine mögliche Depression bei einem Klienten, der Sie wegen eines Suchtproblems aufsucht?

Zuerst frage ich nach dem Leiden des Betreffenden und nach dem Grund, weshalb er die Suchtberatung aufsucht. Die Ursache und systemischen Bedingungen für die Erkrankung erfahre ich durch eine ausführliche Anamnese: Das ist die Grundlage, um psychiatrische und diagnostische Aspekte zu erkennen und herauszufinden, wie diese mit dem Suchtmittelkonsum und

Suchtverhalten im Zusammenhang stehen. Dabei ist Depression ein häufiges Thema, da ein Zustand der Hoffnungslosigkeit die Menschen teilweise über viele Jahre begleitet.

Welche Fragestellungen sind ausschlaggebend, um die Ursache des Leidens zu ergründen?

Wenn der Klient von den vielen gescheiterten Ausstiegsversuchen erzählt, die immer schiefgegangen sind und bei denen niemand geholfen hat, dann sind das Hinweise, die zum Störungsbild einer Depression gehören. Menschen werden nicht mit einer Sucht geboren. Irgendwann in ihrem Leben hat ein Ereignis statt-

gefunden, bei welchem ein Suchtmittel hilfreich war. Mit Fragen zur Kindheit, zur Adoleszenz oder zum Berufseinstieg wird erkennbar, welche Lösungsversuche im Umgang mit Stimmungen jemand seit der Kindheit eingeübt hat, die immer wieder abgerufen werden.

Durch extreme Erlebnisse und einschneidende Erfahrungen wie Traumata und Schicksalsschläge kann sich ein Verhalten entwickeln, das zu einer Depression durch Erschöpfung des Nervensystems führt. Wenn das Dopaminsystem dauernd stimuliert wird, werden bei Absetzen der Substanz depressive Stimmungen ausgelöst. Da ist es notwendig, die Behandlung mit Medikamenten zu unterstützen und physische Aspekte einzubeziehen. Ratschläge, wie Veränderungen im Alltag vorzunehmen, bleiben unzureichend. Mit standardisierten Behandlungskonzepten werden wir den Menschen nicht gerecht.

Wie gelingt Ihnen diese massgeschneiderte Behandlung?

Eine Grundlage ist die sorgfältige Erfassung der Krankheitsvorgeschichte. Das reicht jedoch nicht. Beim Klienten muss zuerst ein Gefühl der Hoffnung keimen: Es muss nicht so bleiben, wie es ist, es gibt Möglichkeiten, die Situation zu meistern, und es lohnt sich, diese Behandlungsmassnahme anzunehmen. Für alle Massnahmen brauche ich die Kooperation des Klienten. Je zuverlässiger und vertrauensvoller das Hilfesystem erlebt wird, desto besser wirken die Massnahmen. Der Aufbau einer guten Beziehung ist die wichtigste Phase im Behandlungsverlauf. Dies gelingt durch die Botschaft des Beratenden: «Er versteht, wie es mir geht, wer ich bin und an was ich leide.» Dadurch entsteht Hoffnung und Vertrauen, dass eine Veränderung gelingen kann.

Korrespondenz:

Suchtprävention Aargau
Bettina Pelosi
Rain 41
5000 Aarau
Tel. 062 832 40 90
bettina.pelosi[at]
suchtpraevention-
aargau.ch
www.suchtpraevention-
aargau.ch



Depressionen können alle treffen.

Sie machen keine Unterschiede. Aber sie sind gut behandelbar. Wir sind für Betroffene da – mit fokussierten und individuellen Behandlungsangeboten.

**Privat
Klinik
Aadorf**

*Persönlich
und diskret.*

Depressionen,
Angst, Burnout

Psychotherapie
Generation 50+

Essstörungen
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Privatklinik Aadorf
Fehrenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf

Tel. +41 (0)52 368 88 88
info@klinik-aadorf.ch
www.klinik-aadorf.ch

Psychotherapie
Psychosomatik
Psychiatrie

Johanniskraut

Induktion von Cytochrom-P450-Enzymen vermeiden durch geringen Hyperforingehalt

Schon Hildegard von Bingen beschrieb Johanniskraut als ein «tauglich Kraut wider die schwarze Melancholie». Heute ist die klinische Wirksamkeit von Johanniskraut als Phytotherapeutikum bei leichten bis mittelschweren Depressionen gut belegt: So zeigte ein Cochrane-Review auf der Basis von 29 Studien mit insgesamt 5 489 Patienten, dass Johanniskrautpräparate in ihrer Wirkung vergleichbar sind mit synthetischen Antidepressiva [1]. Am Beispiel des Johanniskrautes wird allerdings deutlich, dass es gerade bei den oft als harmlos geltenden Phytopharmaka durchaus zu schwerwiegenden Arzneimittelinteraktionen kommen kann. Verantwortlich dafür ist der Inhaltsstoff Hyperforin.

Vor etwa 20 Jahren war erstmals in Fallberichten zu lesen, dass es nach Hypericum-Exposition zu akuten Organabstossungen [2] aufgrund einer Abnahme des Ciclosporinspiegels oder ungewollten Schwangerschaften in Verbindung mit hormonaler Kontrazeption [3] kam. Heute weiss man, dass diese Wechselwirkungen auf das Phloroglucinol Derivat Hyperforin zurückzuführen sind [4, 5]. Hyperforin aktiviert den Transkriptionsfaktor PXR, welcher wiederum die Expression von Cytochrom P450 (CYP)-Enzymen und des P-Glykoprotein-Transporters (P-gp) induziert.

Um das Risiko für klinisch relevante pharmakokinetische Interaktionen zu minimieren, empfiehlt die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) daher, eine

tägliche Hyperforin-Dosis von maximal 1 mg nicht zu überschreiten [6]. Dieser Grenzwert wird bei der Einnahme von rebalance® mit dem hyperforinarmen Johanniskrautextraktes Ze 117 nicht überschritten. Pharmakokinetische Interaktionen, die auf einer Induktion von CYP-Enzymen oder P-gp beruhen, sind somit nicht zu erwarten.

Dies konnte klinisch bestätigt werden. In einer Studie untersuchte man die Pharmakokinetik von verschiedenen CYP-Substraten nach vorheriger 10-tägiger Einnahme von Ze 117 an 20 Probanden. Es wurden die AUCs der Blutkonzentrationszeitkurven vor und nach mehrtägiger Ze 117-Exposition miteinander verglichen. Dabei konnten keine relevanten Unterschiede



Abbildung 1

Ein mit Johanniskraut bestelltes Versuchsfeld der Zeller Vitaplant AG in Uttwil am Bodensee.
Quelle: Zeller Medical AG

KEINE ARZNEIMITTELINTERAKTIONEN DURCH ZE 117-BEHANDLUNG

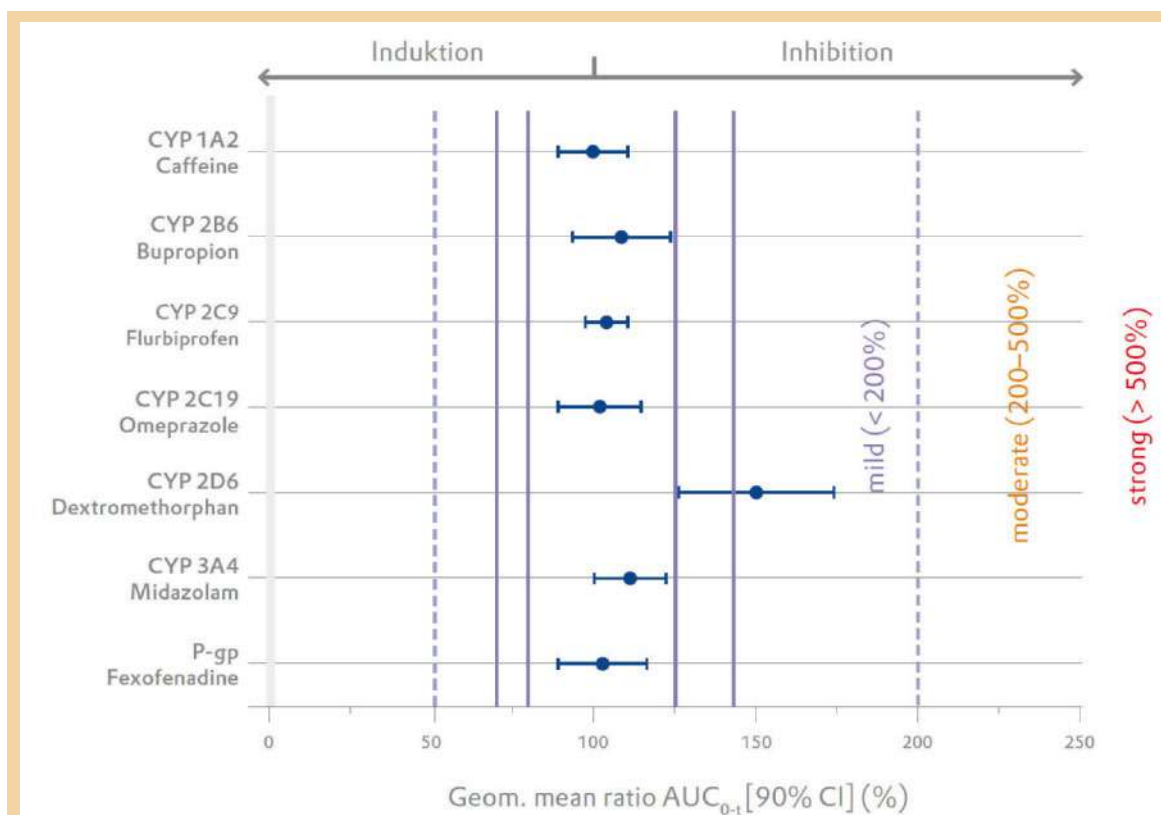


Abbildung 2

Keine Induktion von sechs Cytochrom P450-Varianten und dem P-Glycoprotein Transporter bei gleichzeitiger Behandlung mit dem Hypericum-Extrakt Ze 117.

AUC = area under the curve; KI = Konfidenzintervall

Quelle: Zeller Medical AG

der Plasmaspiegel der Testsubstanzen nach Ze 117 Gabe beobachtet werden [7]. Somit war klar, dass die Expression der Zielenzyme CYP1A2, CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4 und P-gp durch den hyperforinaren Johanniskrautextrakt Ze 117 nicht in einem kli-

nach sechswöchiger Behandlung mit Ze 117 um 56%, im Vergleich zu 15% in der Placebogruppe [8]. In weiteren Doppelblindstudien konnte eine gleichwertige Wirksamkeit gegenüber Fluxetin und Imipramin beobachtet werden [9, 10].

Hyperforinarter Extrakt ohne pharmakokinetische Interaktionen

nisch relevanten Ausmass beeinflusst wurde. Auf Basis der Studienlage hat Swissmedic daher entschieden, die Warnhinweise zu pharmakokinetischen Interaktionen aus der Fachinformation des hyperforinaren Johanniskraut-Extraktes Ze 117 (enthalten in rebalance® Rx, rebalance® 500/250) zu streichen.

DIE WIRKUNG BLEIBT AUCH BEI NIEDRIGEM HYPERFORIN-GEHALT ERHALTEN

Für die antidepressiven Effekte von Johanniskraut ist der Hyperforingehalt nicht ausschlaggebend. In einer Placebo-kontrollierten Multicenter-Studie mit 136 Patienten verbesserte sich die Depressionssymptomatik (gemessen mit der Hamilton Depression Scale [HAMD])

Die Kurzfachinformation zu rebalance® finden Sie auf Seite 5.

Literatur

- Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008. 5(4): p. 144.
- Ruschitzka F, et al. Acute heart transplant rejection due to Saint John's wort. The Lancet, 2000. 355(9203): p. 548-9.
- Schwarz UJ. Failure of oral Contraceptives Because Of St. John's Wort. The Lancet, 2000.
- Moore LB, et al. St. John's wort induces hepatic drug metabolism through activation of the pregnane X receptor. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2000. 97(13): p. 7500-2.
- Schäfer AM, et al. Hyperforin-Induced Activation of the Pregnane X Receptor Is Influenced by the Organic Anion-Transporting Polypeptide 2B1. Mol Pharmacol, 2019. 95(3): p. 313-23.
- EMA/PRAC, PRAC PSUR assessment report – hypericum perforatum L., herba. 2018, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC).
- Zahner C, et al. No clinically relevant interactions of St. John's wort extract Ze 117 low in hyperforin with cytochrome P450 enzymes and P-glycoprotein. Clin Pharmacol Ther, 2019.
- Schrader E, Meier B, Brattström A. Hypericum treatment of mild-moderate depression in a placebo-controlled study. A prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre study. Human Psychopharmacology, 1998. 13(3): p. 163-9.
- Schrader E. Equivalence of St John's wort extract (Ze 117) and fluoxetine: a randomized, controlled study in mild/moderate depression. International Clinical Psychopharmacology, 2000. 15(2): p. 61-8.
- Woelk H. Comparison of St John's wort and imipramine for treating depression: Randomised controlled trial. British Medical Journal, 2000. 321(7260): p. 536-9.

Freigabenummer: 0521/1688

Kontakt:

Zeller Medical AG
Seeblickstrasse 4
CH-8590 Romanshorn
www.zellerag.ch/
medical
Tel. 071 466 05 00



© Chernetskaya | Dreamstime.com

Schwere depressive Symptome nehmen zu

Die Schweiz während COVID-19

Die Zahl der Menschen mit schweren depressiven Symptomen ist in der Schweiz im Verlauf der Coronakrise stark angestiegen. Daten dazu haben Professor Dr. med. Dominique de Quervain und sein Team von der Universität Basel in der Swiss Corona Stress Study erhoben. Besonders betroffen sind junge Menschen und Personen in Kantonen mit hohen Fallzahlen. Doch nicht allen ging es schlechter. Interview: Maja Schaffner, Wissenschaftsjournalistin



ZUR PERSON

Dominique de Quervain ist Professor für kognitive Neurowissenschaften an der Universität Basel und Co-Leiter der transkulturellen Forschungsplattform «Molekulare und Kognitive Neurowissenschaften». Bis April 2021 war er Mitglied in der Expertengruppe Public Health der nationalen COVID-19 Science Task Force. Er leitet die Swiss Corona Stress Study: www.coronastress.ch

Herr de Quervain, durch die Coronakrise sind in der Schweiz viele Menschen gestresster als vorher. Was sind die Stressfaktoren?

Da gibt es zwei Kategorien: Einerseits die Angst vor einer Erkrankung, also, dass man selbst oder jemand aus dem näheren Umfeld schwer erkranken oder sterben könnte. Und auf der anderen Seite Stressfaktoren, die mit den Massnahmen zusammenhängen: Zum Beispiel finanzielle Sorgen, weil der Betrieb, in dem man arbeitet, betroffen ist. Oder weil die sozialen Kontakte eingeschränkt sind. In der ersten Phase war auch die Kinderbetreuung ein wichtiger Stressfaktor. Was genau Stress auslöst, ist sehr stark von der individuellen Situation abhängig.

Ihre Umfragen haben gezeigt, dass der Anteil von Menschen mit schweren depressiven Symptomen im Lauf der Pandemie stark angestiegen ist: von drei Prozent vor der Pandemie auf neun Prozent im April 2020 während des Lockdowns. Dann auf zwölf Prozent, im Mai 2020, als gelockert wurde, und schliesslich auf 18 Prozent im November 2020, während der zweiten Welle. Wie erklären Sie diesen starken Anstieg?

Stress und depressive Symptome korrelieren stark. Und der Stress hat zugenommen: unter anderem die finanzielle Belastung und diejenige im beruflichen und schulischen Bereich. Kinder und Jugendliche mussten, nachdem die Schulen länger geschlossen waren, beispielsweise Stoff aufholen. Dazu kommt, dass die Krise im November 2020 schon viele Monate andauerte. Der Mensch ist relativ gut dafür ausgerüstet, kurze Stresssituationen zu meistern, aber wenn der Stress chronisch wird, kann das zu Problemen führen; Betroffene können eine Depression entwickeln.

Was sind denn Symptome einer Depression?

Typisch sind etwa Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit, Antriebsmangel, Schlaf- oder Konzentrationsprobleme. In unseren Umfragen haben wir depressive Symptome nach dem validierten Fragebogen PHQ-9 erhoben. Wie gesagt, nur Symptome. Eine Depression kann nur nach einem ausführlichen ärztlichen Gespräch diagnostiziert werden. Unsere Ergebnisse lassen sich auch nicht einfach auf die gesamte Bevölkerung hochrechnen. Denn an Umfragen nehmen generell vorwiegend Leute teil, die sich für das Thema interessieren. Am aussagekräftigsten sind daher Veränderungen zwischen den Erhebungen.

Die Swiss Corona Stress Study hat deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen gezeigt. Wie erklären Sie das?

Im Lockdown im April 2020 haben wir keine wesentlichen Unterschiede gesehen. In der Befragung im November 2020 schon: Im Tessin gaben zu diesem Zeitpunkt 16 Prozent und in der Deutschschweiz 17 Prozent der Befragten schwere depressive Symptome an. In der Romandie, die von der zweiten Welle besonders stark betroffen war, waren es 22 Prozent. Wir konnten zeigen: Je stärker ein Kanton von der zweiten Welle betroffen war, desto höher war auch die psychische Belastung der Bevölkerung.

Sie konnten auch zeigen, dass das Alter eine grosse Rolle dabei spielt, ob jemand im Verlauf der Coronakrise depressive Symptome entwickelt. Was haben Sie herausgefunden?

Wir haben sehr deutliche Unterschiede nach Altersklassen gefunden, die sich über den Befragungszeitraum weiter verstärkt haben. Im November 2020 zeigten sechs Prozent der über 65-jährigen und ganze 29 Prozent der 14- bis 24-jährigen Befragten schwere depressive Symptome.

Wie erklären Sie sich denn, dass Ältere weniger Symptome entwickelten?

Ich denke, das kann einerseits damit zusammenhängen, dass Leute über 65 durch die Altersvorsorge finanziell besser abgesichert sind und ihr Alltag von den Massnahmen weniger stark betroffen ist als jener der Jüngeren. Eine andere mögliche Erklärung ist, dass ältere Leute schon mehr erlebt haben und das Ganze anders einordnen als die Jungen, bei denen die Pandemie vielleicht die erste grosse Krise ist.

Was stresst denn die Jungen besonders?

In der Swiss Corona Stress Study hatten die Jungen bei allen Belastungsfaktoren höhere Werte als die Älteren. Nachdem wir gesehen haben, dass das Alter eine so grosse Rolle spielt, haben wir im März 2021 noch eine zusätzliche Erhebung mit rund 400 Jugendlichen an Deutschschweizer Gymnasien durchgeführt. Wir konnten zeigen, dass Schuldruck der gewichtigste Stressfaktor ist, gefolgt von Sorgen um eine Corona-bedingte schlechtere Ausbildung, geringere berufliche Chancen und Verkleinerung des Freundeskreises.

Welche Möglichkeiten gibt es denn, den Stress der Jugendlichen zu lindern und damit Depressionen vorzubeugen?

Da die Schule der Hauptstressfaktor ist, gäbe es dort auch den grössten Spielraum, dem Stress entgegenzu-

wirken. Zum Beispiel indem man darauf verzichtet, den Lehrplan auf Biegen und Brechen durchzuboxen. Oder indem man von Schülerinnen und Schülern, die eine Woche in Quarantäne waren, nicht verlangt, dass sie den Stoff sofort nachholen. Sinnvoll wäre sicher auch, die psychologische Unterstützung in den Schulen zu verstärken, also den Stress lieber zu thematisieren, bevor daraus tatsächlich eine Depression entsteht.

Wo müssen Hausärzte und Hausärztinnen aufmerksam werden?

Hausärzte und Hausärztinnen spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, psychische Belastungssituationen zu erkennen. Oft haben Patienten grosses Vertrauen zu ihnen und berichten von sich aus, dass sie etwas belastet. Wenn nicht, sollte nachgefragt werden. Insbesondere auch bei Personen, die sich aus einem medizinischen Grund nicht impfen lassen können und deshalb sehr besorgt sein können. Das Virus zirkuliert ja weiter. Auch wenn es keine unmittelbaren Lösungen gibt, ist es wichtig, dass sich Patientinnen und Patienten ernst genommen fühlen.

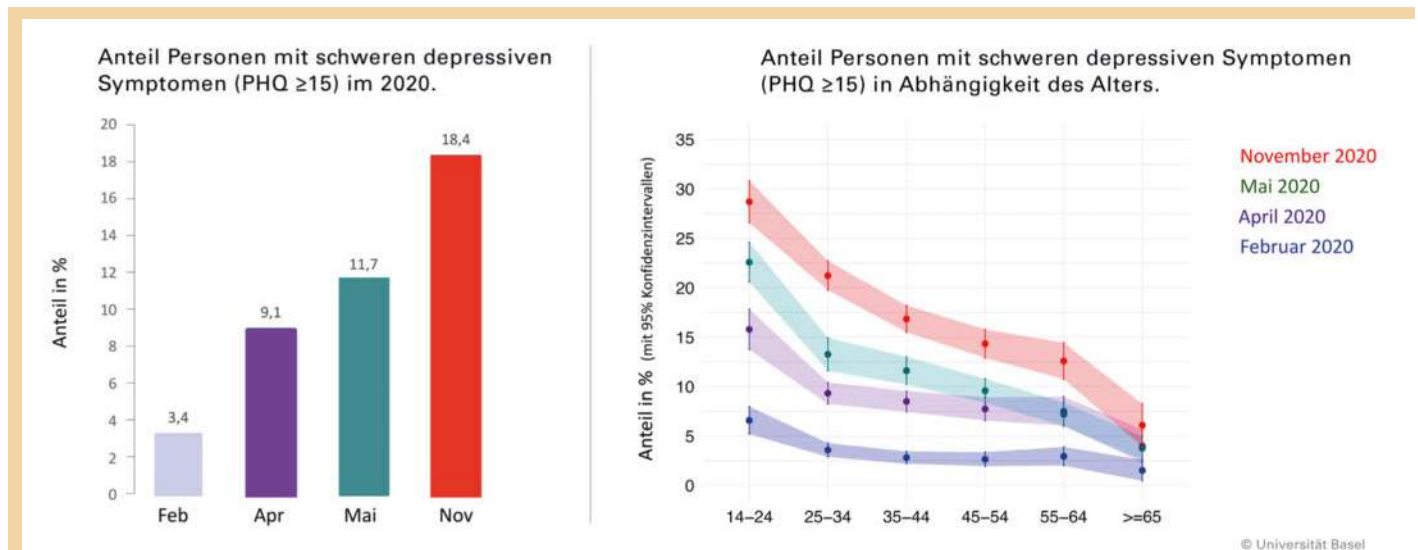
Gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Long COVID und Depression?

Es zeigt sich in der Tat, dass Long COVID nicht nur ein körperliches Problem ist. Betroffene können auch Symptome einer Depression und anderer neuropsychiatrischer Erkrankungen zeigen. Eine in «Lancet Psychiatry» veröffentlichte Studie zeigt, dass rund zwölf Prozent der nicht hospitalisierten, nicht vorerkrankten COVID-Positiven über alle Altersklassen sechs Monate nach der Infektion eine psychiatrische oder neurologische Diagnose haben. Depression und Angst sind prominent vertreten. Ob diese direkt durch die Infektion ausgelöst werden oder indirekt – also, wenn jemand zum Beispiel arbeiten möchte und das etwa wegen Brainfog oder Erschöpfung nicht kann –, ist unklar.

Nicht allen geht es in der Krise schlechter. Im Gegenteil: Sie haben herausgefunden, dass recht viele Menschen sich weniger gestresst fühlen. Wie das?

Das war die grösste Überraschung! Wir haben dieses Phänomen vor allem in der ersten Umfrage, also im ersten Lockdown, gesehen: Rund ein Viertel der Befragten war während des Lockdowns weniger gestresst als davor. Das sind natürlich vorwiegend Leute, die vor der Pandemie im Berufsalltag sehr gestresst waren und vielleicht an einem Burnout gelitten haben. Im Lockdown wurden dann plötzlich Deadlines nach hinten verschoben, man musste nicht mehr ins Büro,

ANTEIL PERSONEN MIT SCHWEREN DEPRESSIVEN SYMPTOMEN 2020



konnte im Homeoffice arbeiten. Das hat offenbar zu einer sofortigen Entlastung geführt. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, der auch jenseits der Pandemie nicht vergessen werden sollte. Denn chronischer Stress am Arbeitsplatz ist ein grosses Problem. Und offenbar gibt es hier grosses Potenzial für eine Stressreduktion.

Und was hilft gegen Stress und Depression in der Pandemie?

Körperliche Betätigung und Achtsamkeits-Meditation reduzieren nachweislich Stress. Die Effekte sind zwar relativ klein – aber besser als nichts. Allerdings sind natürlich die Sorgen eines Restaurantbesitzers, dessen Existenz auf dem Spiel steht, nicht gelöst, wenn er drei Mal pro Woche joggen geht. Hier wäre es wichtig, dass die Politik massnahmenbedingte finanzielle Verluste konsequenter entschädigt. Bei den Jungen sehe ich wie gesagt in der Schule verschiedene Möglichkeiten. Am nachhaltigsten lässt sich der Stress allerdings reduzieren, indem man die Pandemie möglichst stark zurückdrängt – und hierfür ist die Impfung zentral.

Das heisst, es müssten auch in Hinblick auf die Psyche der Menschen möglichst schnell möglichst viele geimpft werden?

Absolut. Ich halte es generell für das Wichtigste zu schauen, dass die Zahlen niedrig gehalten und weitere Pandemiewellen verhindert werden. Das ist letztendlich auch für die Psyche am besten.

Die Zahl der Menschen mit schweren depressiven Symptomen ist von Erhebung zu Erhebung

gestiegen. Wie wird sie sich in Zukunft weiterentwickeln?

Das ist eine gute Frage. Ich weiss es schlicht nicht. Um das herauszufinden, werden wir weitere Erhebungen durchführen. Fest steht, dass sich seit November 2020 einiges verändert hat: Vor allem ist klar geworden, dass wir eine sehr wirksame Impfung zur Verfügung haben. Uns interessiert nun natürlich sehr, ob es einen Unterschied gibt zwischen dem Befinden von Leuten, die sich schon impfen lassen konnten, und solchen, die noch nicht geimpft sind.

Nehmen wir einmal an, das Schlimmste wäre ausgestanden und wir hätten das Virus weitgehend im Griff. Wird dann die Normalität zurückkehren oder werden wir Langzeitfolgen sehen wie eine längerfristig erhöhte Rate von depressiven Menschen?

Ich gehe davon aus, dass es nicht zu einer unmittelbaren Normalisierung kommen wird. Im Mai 2020 haben sich die Lockerungen ja gemäss unseren Umfragen auch nicht sofort auf die Häufigkeit depressiver Symptome ausgewirkt. Auch psychische Belastungen, die in Zusammenhang mit Long COVID häufig auftreten, werden über das Pandemie-Ende hinaus anhalten. Ich befürchte, dass uns das Ganze noch länger beschäftigen wird.

Literatur

- <https://www.coronastress.ch/>
- Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 2021 May;8(5):416–427. doi:10.1016/S2215-0366(21)00084-5.

Korrespondenz:

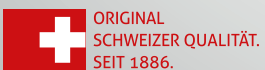
Universität Basel
Medizinische Fakultät
Prof. Dr. med.
Dominique de Quervain
Birmannsgasse 8
4055 Basel
dominique.dequervain
[at]unibas.ch



Vertrauen auch Sie unserer über 130-jährigen
Expertise, wenn Sie Ihren nächsten Patienten
mit psychiatrischen und neurologischen
Erkrankungen behandeln.

VERTRAUEN VERBINDET.
VERTRAUEN VERPFLICHTET.

CH210217982.02/2021



SANDOZ A Novartis
Division

Major Depression

Welche Therapie bei emotionaler Abflachung und psychischen Traumata?

Am diesjährigen europäischen Psychiatrie-Kongress lag der Fokus eines Satelliten-Symposiums der Firma Lundbeck auf der Depressionstherapie bei Patientinnen und Patienten nach einem psychischen Trauma oder mit Anhedonie und emotionaler Abflachung. Diese Symptome werden im klinischen Alltag oft wenig beachtet, sie können aber sehr belastend sein und die Funktionalität stark einschränken. Internationale Expertinnen und Experten informierten über aktuelle Studien und Therapie-Leitlinien.

Prof. Andrea Fagiolini, Vorsitzender Departement für mentale Gesundheit, Universität Siena, Italien, informierte über die Abgrenzung von Anhedonie und emotionaler Abflachung («emotional blunting»), zwei wichtigen Symptomen einer Major Depression (MDD) [1].

Anhedonie ist definiert als eingeschränkte Fähigkeit, Freude zu erleben oder zu antizipieren. Typischerweise verlieren die Betroffenen das Interesse und die Freude an Tätigkeiten, die sie vor der MDD als angenehm empfunden haben. Rund 75% aller Personen mit MDD leiden unter Anhedonie.

Emotionale Abflachung äußert sich durch den Verlust der Fähigkeit, Emotionen zu empfinden, und zwar sowohl positive als auch negative. Die Betroffenen fühlen sich betäubt, gleichgültig, unfähig zu lachen oder zu weinen, weniger empathisch als früher und insgesamt «nicht mehr sich selbst» [2]. Der Zustand der emotionalen Abflachung kann als Symptom der Depression, aber auch als Nebenwirkung der antidepressiven medikamentösen Behandlung auftreten.

Für Menschen mit einer Depression sind sowohl Anhedonie als auch emotionale Abflachung oft stark belastend [3]. Diese Symptome können zu Schwierigkeiten im Alltag und im Umgang mit anderen Menschen führen und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigen [4]. Nicht selten ist emotionale Abflachung der Grund dafür, dass Patientinnen und Patienten die Einnahme von Antidepressiva vorzeitig abbrechen [3].

BESSERE EMOTIONSREGULATION UNTER VORTIOXETIN

Unterschiedliche Antidepressiva haben auch unterschiedliche Auswirkungen auf Anhedonie und emotio-

nale Abflachung. Um die Symptomlast zu mindern, gibt es verschiedene Ansätze. Dazu gehören unter anderem Dosisreduktion, Wechsel auf ein anderes Antidepressivum, Zugabe eines weiteren Medikaments oder eine intensivere Behandlung. Ziel ist eine möglichst volle Rückbildung der belastenden Symptome.

Das multimodal wirkende Antidepressivum Vortioxetin (Brintellix®) beeinflusst den Serotonin-Stoffwechsel nicht nur über die Inhibition des Serotonin-

Multimodaler Wirkmechanismus in präklinischen Modellen

Transporters, sondern auch über direkte Wirkungen auf Serotoninrezeptoren, unter anderem als Agonist des 5-HT_{1A}-Rezeptors und Antagonist des 5-HT₃-Rezeptors. «Vortioxetin hat keinen negativen Effekt auf den Dopamin-Stoffwechsel und scheint deshalb weniger emotionale Abflachung zu verursachen als andere Antidepressiva», sagte Prof. Fagiolini [5].

In der COMPLETE-Studie wurde die Wirksamkeit von Vortioxetin auf die emotionale Abflachung untersucht [5]. An der Studie nahmen Personen mit MDD teil, die nach einer mindestens sechs Wochen dauernden Monotherapie mit einem SSRI/SNRI eine partielle Response sowie emotionale Abflachung zeigten. Die Patientinnen und Patienten wurden auf Vortioxetin in einer Dosierung von 10–20 mg/d umgestellt. Nach acht Wochen Behandlung war bei 50% keine emotionale Abflachung mehr nachzuweisen, gemessen mit dem Oxford Depression Questionnaire (ODQ). Zudem verbesserte die Therapie die kognitive Funktion und die Alltags-Funktionalität (Arbeit, Familienleben, soziale Aktivitäten) sowie Motivation und Energie (mental,

sozial, physisch). Bezüglich depressiver Symptome sprachen 61,8% der Teilnehmenden auf die Therapie an ($\geq 50\%$ Reduktion der Symptome), bei 46,6% kam es zu einer Remission (MADRS-Score ≤ 10).

Die Auswirkungen einer Vortioxetin-Behandlung auf die Anhedonie werden momentan in der VIVRE-Studie untersucht.

EMOTIONALE ABFLACHUNG: SYMPTOM ODER NEBENWIRKUNG?

«Wie können wir herausfinden, ob die emotionale Abflachung bei einem Patienten Folge der Depression oder der Antidepressiva-Behandlung ist?», fragte Prof. em. Guy Goodwin, Departement of Psychiatry, University of Oxford, UK. Mittels Anamnese lässt sich herausfinden, ob Symptome einer emotionalen Abflachung schon vor der Einnahme eines Antidepressivums vorlagen [2]. Mit dem ODQ kann emotionale Abflachung umfassend abgeklärt werden; der Fragebogen enthält 26 Items, welche die befragte Person differenziert beantworten sollte. In einer Studie des Referenten erlebten rund 46% aller Teilnehmenden, die mit Antidepressiva behandelt wurden, eine emotionale Abflachung; Männer waren etwas häufiger betroffen als Frauen (52% vs. 44%) [6]. Die Schwere der Abflachung korrelierte mit der Schwere der Depression, und Personen mit einer stärkeren Beeinträchtigung der Emotionen erreichten seltener eine Remission. «Emotionale Abflachung ist also sowohl ein Symptom einer depres-

siven Erkrankung als auch eine häufige Nebenwirkung von Antidepressiva», schlussfolgerte Prof. Goodwin.

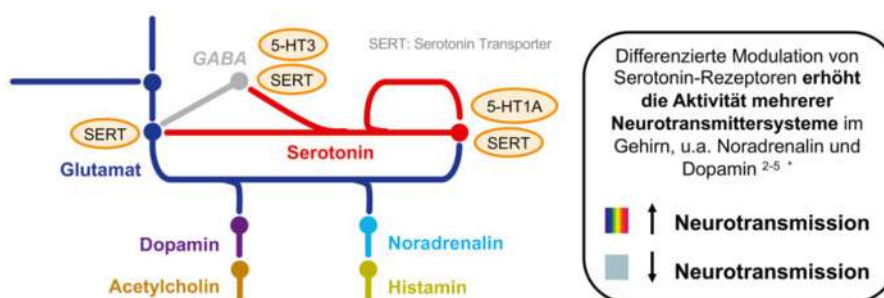
PSYCHISCHE TRAUMATA IN ZUSAMMENHANG MIT COVID-19

«In den USA ist die Prävalenz von Depressionen während der COVID-19-Pandemie von 8,5% auf 27,8% angestiegen», berichtete Prof. Katherine Shear, Columbia University, New York, USA [7]. Die Pandemie hat zahlreiche Risikofaktoren für Depressionen mit sich gebracht, etwa soziale Isolation, das Fehlen von Tagesstrukturen, Arbeitslosigkeit oder den Verlust von Angehörigen. «Wir müssen uns darauf einstellen, dass es auch in der Zeit nach der Pandemie mehr Menschen mit psychischen Krankheiten geben wird», sagte die Referentin. «Das gilt auch für Hinterbliebene, die mit Trauer oder sogar mit einer anhaltenden Trauerstörung zu kämpfen haben.» Typische Reaktionen von Menschen mit einer Trauerstörung sind Schuldgefühle, Wut, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, und eine emotionale Abflachung [8]. Diese «Taubheit» für Gefühle wird von den behandelnden Personen nur selten angesprochen, ist aber mit einem schwereren Krankheitsverlauf, stärkeren funktionellen Einschränkungen und einer höheren Suizidrate assoziiert [9]. Für die Behandlung einer anhaltenden Trauerstörung gibt es keine evidenzbasierte Pharmakotherapie, der beste Ansatz scheint eine Psychotherapie zu sein mit Fokus auf eine verbesserte Anpassung an die neuen Lebensumstände [9].

Abbildung 1

Quelle: Lundbeck (Schweiz) AG

Antidepressiva, die noradrenerge und dopaminerge Neurotransmission erhöhen, könnten vorteilhaft sein bei der Behandlung von Symptomen, die mit reduziertem **positiven Affekt** und **Anhedonie** einhergehen.¹



Möglicher Wirkmechanismus von Vortioxetin auf der Basis präklinischer Daten als Modellvorstellung

* Der genaue Beitrag der einzelnen Ziele zum beobachteten pharmakodynamischen Profil bleibt unklar und es ist Vorsicht geboten, wenn Tierdaten direkt auf den Menschen extrapoliert werden.

DEPRESSION UND PSYCHISCHES TRAUMA

Traumen in der Kindheit wie beispielsweise Scheidung der Eltern, Gewalt, sexueller Missbrauch oder psychische Erkrankungen der Eltern sind ein Risikofaktor für Depressionen [10]. Bei Erwachsenen mit MDD ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie in der Kindheit ein Trauma erlebt haben, deutlich höher als in einer Kontrollpopulation¹¹. Erwachsene, die bei der Traumaerfahrung jünger waren als sieben Jahre, haben häufiger einen schlechten Verlauf der Depression (mehr Rückfälle, häufiger Chronifizierung) und sprechen schlechter auf eine antidepressive Therapie an als andere Personen mit MDD [11]. Dies weist darauf hin, dass bei Menschen mit Kindheitstrauma eine andere biologische Form von Depression vorliegen könnte als bei anderen Patientinnen und Patienten mit MDD. «Da Vortioxetin multimodal wirkt und andere Signalwege beeinflusst als bisher verfügbare Antidepressiva, könnte es sein, dass Vortioxetin bei depressiven Personen mit einem Kindheitstrauma besser wirkt», sagte Prof. Fagiolini.

In einer Metaanalyse wurde untersucht, wie sich die Gabe von Vortioxetin bei MDD-Patientinnen und -Patienten auswirkt, die in der Kindheit oder später ein Trauma erlitten hatten [12]. In die Analyse wurden vier Wirksamkeitsstudien und eine Studie zur Rezidivprophylaxe eingeschlossen. Es zeigte sich, dass eine Therapie mit Vortioxetin die Symptome der MDD (inkl. Ängstlichkeit) sowie die Funktionalität der Patientinnen und Patienten kurz- und langfristig signifikant verbesserte. Unter Vortioxetin war in dieser Patientenpopulation zudem das Risiko für einen Rückfall signifikant reduziert. Die beste Wirksamkeit wurde mit einer Dosierung von 20 mg/d erreicht.

Die Kurzfachinformation zu Brintellix® finden Sie auf der vierten Umschlagseite.

Dieser Beitrag entstand mit finanzieller Unterstützung der Lundbeck GmbH.

Erstpublikation erschienen in: *BrainMag*. 2021;3:60–1.

Quelle: Satelliten-Symposium «Tailoring treatment for depression: a focus on patients with emotional blunting or trauma», European Congress of Psychiatry, virtuell, 11. April 2021. Veranstalter: Lundbeck GmbH.

Freigabenummer CH-BRIN-0649 06-2021

Literatur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 2013.
- 2 Read J, et al.: Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Res* 2014; 216(1): 67-73.
- 3 Rosenblat JD, et al.: Treatment effectiveness and tolerability outcomes that are most important to individuals with bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*. 2019;243:116–20.
- 4 Price J, et al.: Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(3):211–7.
- 5 Fagiolini A, et al.: Effectiveness of Vortioxetine on Emotional Blunting in Patients with Major Depressive Disorder with inadequate response to SSRI/SNRI treatment. *J Affect Disord*. 2021;283:472–9.
- 6 Goodwin G, et al.: Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *J Affect Disord*. 2017;221:31–5.
- 7 Ettman CK, et al.: Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686.
- 8 Prigerson HG, et al.: Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 2021; 20: 96-106.
- 9 Shear K, et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(21):2601–8.
- 10 Green JG, et al.: Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):113–23.
- 11 Williams LM, et al.: Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry*. 2016;6(5):e799.
- 12 Cronquist Christensen M, et al.: Efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder reporting childhood or recent trauma. *J Affect Disord*. 2020;263:258–66.

Literatur Abbildung 1

- 1 Nutt D, et al. The other face of depression, reduced positive affect: the role of catecholamines in causation and cure. *J Psychopharmacol*. 2007;21:461–71.
- 2 Guilloux JP et al. Antidepressant and anxiolytic potential of the multimodal antidepressant vortioxetine (Lu AA21004) assessed by behavioural and neurogenesis outcomes in mice. *Neuropharmacology*. 2013;73:147–59.
- 3 Pehrson AL et al. Lu AA21004, a novel multimodal antidepressant, produces regionally selective increases of multiple neurotransmitters – a rat microdialysis and electrophysiology study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23(2):133–145.
- 4 Mørk A et al. Vortioxetine (Lu AA21004), a novel multimodal antidepressant, enhances memory in rats. *Pharmacol Biochem Behav*. 2013;105:41–50.
- 5 Pehrson AL, Sanchez C. Serotonergic modulation of glutamate neurotransmissions as a strategy for treating depression and cognitive dysfunction. *CNS Spectr* 2014;19(2):121–133.

Verfasst von:

Dr. med. Eva Ebnöther

Kontakt:

Lundbeck (Schweiz) AG
Balz-Zimmermann-
Strasse 7
8058 Zürich

PSY & ASD **SGPP**
SSPP
SSPP

SGPP Jahreskongress

25. bis 27. August 2021 - VIRTUELL
on demand bis 31. Dezember 2021

Kongresseröffnung
Mittwoch 25. August
Anne Lévy & Fulvia Rota

www.psy-congress.ch



- Kaum Energie
- Wenig Motivation
- Schlechte Konzentration
- Gedrückte Stimmung
- Ohne Freude

Brintellix® kann ein Plan zur Lösung der Depression sein.

Brintellix®

Verbessert Stimmung, Konzentration sowie Antrieb und kann helfen, im Alltag wieder zurechtzukommen.¹

Brintellix® (Vortioxetin). I: Behandlung von depressiven Episoden bei Erwachsenen ('Major Depressive Episodes') sowie anschließende Erhaltungstherapie bei Patienten, deren depressive Symptomatik in der Akutbehandlung gut auf Brintellix angesprochen hat. D: Die empfohlene Dosierung ist 10 mg pro Tag für Erwachsene < 65 Jahren, mit oder ohne Nahrung eingenommen. Die Dosis kann auf max. 20 mg pro Tag oder auf min. 5mg pro Tag eingestellt werden. KI: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Gleichzeitige Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminoxidase-Hemmern (MAO) oder selektiven MAO-A Hemmern. VM: Kinder und Jugendliche, Suizidversuche/Suizidgedanken, Krampfanfälle, Serotonin-Syndrom oder Malignes Neuroleptisches Syndrom, Manie/Hypomanie, Hämorrhagie, Hyponatriämie, ältere Patienten, Patienten mit Nieren- oder Lebererkrankungen. IA: irreversible, nicht-selektive MAO-Hemmer, reversible, selektive MAO-A Hemmer (Moclobemid), reversible, nicht-selektive MAO-Hemmer (Linezolid), irreversible, selektive MAO-B Hemmer (Selegilin, Rasagilin), serotonerge Arzneimittel, Johanniskraut, Krampfschwellen-senkende Arzneimittel, Elektrokrampf-Therapie, Cytochrom P-450 Hemmer (starke CYP2D6-Hemmer (z.B. Bupropion, Chinidin, Fluoxetin, Paroxetin)), Cytochrom P-450 Induktoren (z.B. Rifampicin, Carbamazepin, Phenytoin), Antikoagulantien und Thrombozytenhemmer, Lithium, Tryptophan. SS/S: nicht empfohlen. UAW: *sehr häufig*: Nausea; *häufig*: abnormale Träume, Schwindel, Durchfall, Obstipation, Erbrechen, (generalisierter) Pruritus. P: Filmtabletten zu 5 mg; 28 [B], 10 mg und 20 mg; 28, 98 und Klinikpackung zu 9x7 [B], Tropfen zum Einnehmen 20mg/ml (10.1% V/V Alkohol): 15 ml [B]. Zur Zeit nicht im Handel: Tabletten 15 mg; 28, 98. Kassenzulässig. Die vollständige Fachinformation ist unter www.swissmedinfo.ch publiziert. Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, www.lundbeck.ch 20022020FI Ref. 1. Fachinformation Brintellix®: www.swissmedinfo.ch Lundbeck (Schweiz) AG, Balz-Zimmermann-Strasse 7, Postfach 5, CH-8058 Zürich-Flughafen, Tel. 058 269 81 81, Fax 058 269 81 82, www.lundbeck.ch



Brintellix®
vortioxetin

Take care of **more than mood®**