

Angststörung mit und ohne Depression

Die Therapie mit SNRI hat sich bewährt

Bei Patienten mit verschiedenen Angsterkrankungen hat sich der Einsatz des Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmers Venlafaxin bewährt. Der SNRI ist auch für die Behandlung der häufig komorbiden depressiven Symptome einschließlich der Rezidivprophylaxe zugelassen.

In der Pharmakotherapie der generalisierten Angststörung (GAS) wird Venlafaxin erfolgreich eingesetzt. Bei guter Response auf eine acht- bis zehnwöchige Initialtherapie wird die Behandlung mit dem SNRI über weitere drei bis

zehn Monate fortgesetzt, berichtete Priv.-Doz. H.-P. Volz, Werneck. Doch

nicht nur bei der GAS, auch bei Panikstörung und sozialer Phobie werden mit Venlafaxin (Zieldosis zumeist 75 bis 150 mg/d) sehr gute Erfolge erzielt. Für alle drei Indikationen und die Depressionsbehandlung ist der SNRI auch zugelassen - ein großer Vorteil für die vielen Fälle, in denen sich die verschiedenen Symptombereiche überlappen.

Patienten mit Depressionen sind nach Tylee et al. (1999) 19 Tage im Jahr arbeitsunfähig. Bei einer Komorbidität von Angststörung und Depression erhöht sich der Zeitraum auf 39 Tage pro Jahr. Auch auf die

Response wirkt sich die Komorbidität von Angst und Depression negativ aus, so Volz in Stuttgart. In einer Studie waren die Werte der Hamilton-Depressionsskala nach dreiwöchiger Behandlung und zum Zeitpunkt der Entlassung bei Patienten mit Komorbidität deutlich höher als bei jenen, die nur unter einer Depression litten.

Eine Metaanalyse von acht Doppelblindstudien an depressiven Patienten ergab gegenüber den gepoolten SSRI-Daten einen signifikanten Vorteil für Venlafaxin: Unter dem SNRI erreichten eine Remission (HAMD-Score ≤ 7) 45% der 851 Patienten, in der SSRI-Gruppe dagegen nur 35% der 748 Patienten (Plazebo: 25% von 446). Die möglichst vollständige Remission hat sich mittlerweile als primäres Behandlungsziel etabliert.

Venlafaxin: Trevilor®

Volz H.-P.: „Depression und Angst-erkrankungen – Komorbidität, Differentialdiagnose und -therapie“, Fortbildungskolleg der Neuro-Depesche, Stuttgart, 4.10.2006



Neuropathie des N. phrenicus	Neurology	20
Distale sensorische Polyneuropathie bei Diabetes	J Neurol Neurosurg Psychiatry	20

Restless Legs Syndrom

CME: Aktuelle Daten zur RLS-Prävalenz	Sleep Med Rev	21
STN-DBS besserte auch RLS	Mov Disord	21

Schizophrenie

CBT bei Schizophrenie in Gruppen?	Br J Psychiatry	22
Schizophrenie-Diagnose per VBM	Neuroimage	22
Weniger Suizidversuche durch Früherkennungsprogramm	Am J Psychiatry	24
Erfolgreiche Behandlung mit Sertindol		24
Gewaltverbrechen durch psychisch Kranke	Am J Psychiatry	25
Bei der Antipsychotika-Wahl die Sicherheit beachten		22

Schlaf

CME: Gemeinsame genetische Basis für Insomnie und Übergewicht?	Sleep	26
Was geschieht bei Abbruch der CPAP?	Sleep	26

Sucht

Risikofaktoren für tödliche Heroinüberdosis unter Konsumenten unbekannt	J Urban Health Bull NY Acad Med	27
Neue Kombination kann Missbrauch verhindern		27

Vaskuläre Erkrankungen

Verschlimmern späte Krampfanfälle die Insultfolgen?	Eur J Neurol	28
Lichttherapie bei SSRI-behandelter Post-stroke-Depression	BMJ	28

Varia

Kopfschmerz und andere klinische Hinweise auf Hirnmetastasen	Eur J Cancer Care	29
KHK-Risiko bei affektiven und psychotischen Störungen erhöht	Acta Psychiatr Scand	29

Med-Infos	29
FORSCHUNG & ENTWICKLUNG	22
@ SITE-SEEING PARKINSON-SYNDROM im Internet	18
IM FOKUS: Ausgewählte Studien für ausgewählte Leser	10
Impressum	20

WAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE?

- | | |
|--------------------------------|--|
| A Anwendungsbeobachtung | M Metaanalyse |
| C Fall-Kontroll-Studie | R Randomisiert-kontrollierte Studie |
| F Fallbericht | S Sonstige Studienarten |
| K Kohortenstudie | Ü Übersicht |