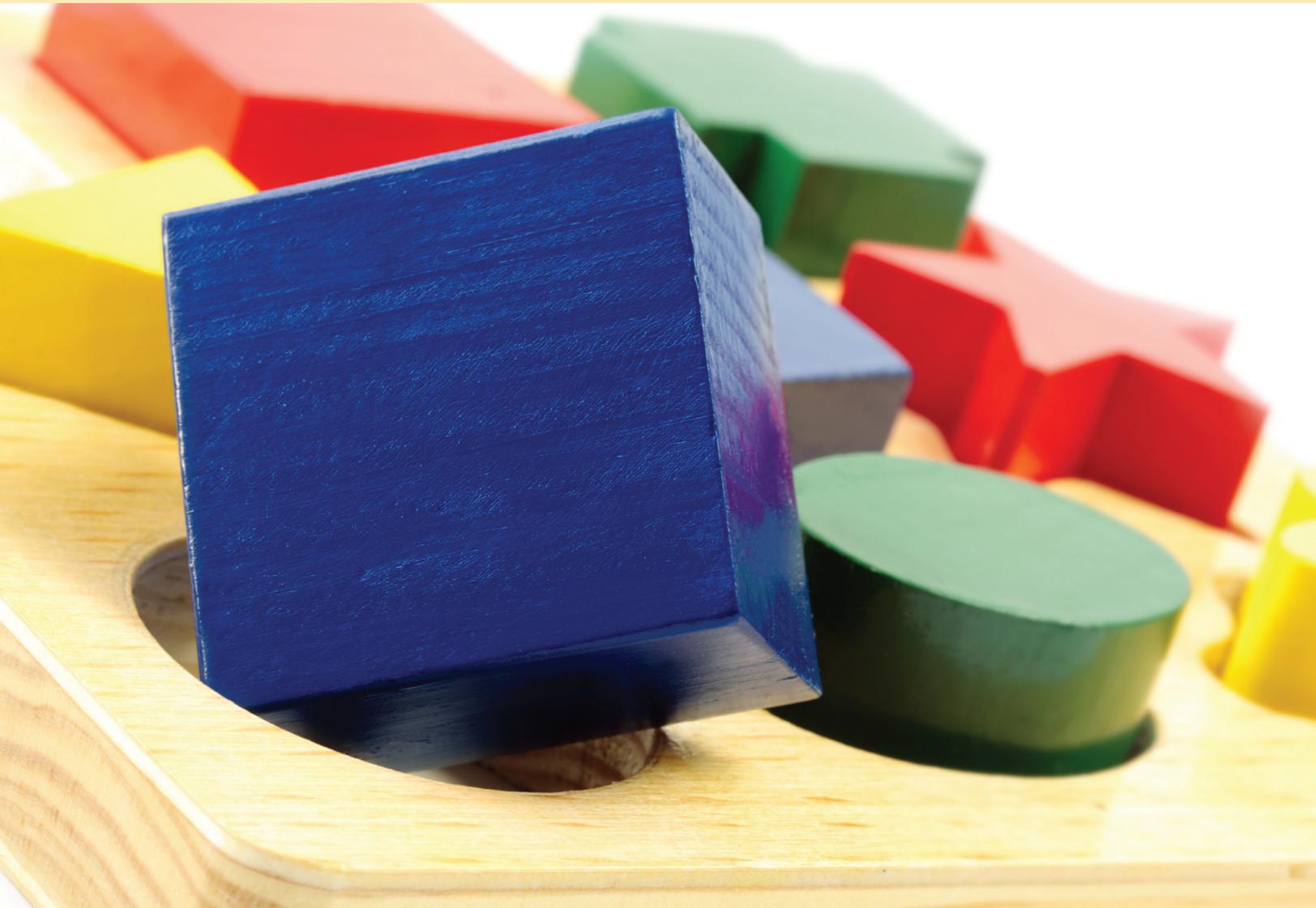


Allgemeinmediziner, Psychiater, Psychologe, Patient. Quadratur des Kreises? Kognitive Funktionsstörungen bei einer Major Depressive Disorder (MDD)

Diese Fortbildungsmaßnahme wird durch einen unabhängigen Fortbildungszuschuss von Lundbeck Inc. gefördert.



<http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Diese Schulung ist für ein internationales Publikum von nicht-US-amerikanischen medizinischen Fachkräften gedacht. Sie richtet sich insbesondere an Psychiater, Neurologen und Allgemeinmediziner, die Patienten mit Major Depressive Disorder (MDD) betreuen.

Ziel dieser Schulung ist, das Bewusstsein für interdisziplinäre Ansätze zur Behandlung von MDD und der kognitiven Beeinträchtigung durch eine fallbasierte Diskussion zu erhöhen.

In der Schulung werden die folgenden Inhalte vermittelt:

- Untersuchung der klinischen Herausforderungen bei der Behandlung der kognitiven Dysfunktion bei Patienten mit MDD aus der Perspektive des Allgemeinmediziners und des Facharztes
- Identifizierung der besten Vorgehensweise bei der Diagnose, Überweisung und Nachbeobachtung von Patienten mit kognitiver Dysfunktion und MDD zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt
- Erkennung der Unterschiede zwischen den Ansätzen bei der Primär- und der Facharztversorgung

Informationen über Autoren/Fakultätsmitglieder und Offenlegungserklärungen

WebMD Global verlangt von jeder Person, die an Fortbildungsangeboten beteiligt ist und deren Inhalt beeinflussen kann, alle finanziellen Beziehungen der vergangenen 12 Monate, die einen Interessenkonflikt darstellen könnten, offenzulegen.

Gesprächsleiter

Roger S. McIntyre, Dr. med., FRCPC

Professor für Psychiatrie und Pharmakologie, University of Toronto; Leiter des Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, Ontario, Kanada

Offenlegung: Roger S. McIntyre, Dr. med., hat folgende relevanten finanziellen Beziehungen offengelegt:

Hat als Berater oder Gutachter agiert für: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Organon Pharmaceuticals USA Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Hat als Referent oder Mitglied eines Referenten-Büros agiert für: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Pfizer Inc.

Hat finanzielle Mittel für klinische Forschung erhalten von: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Diskussionsteilnehmer

Bernhard T. Baune, Dr. med., PhD, MPH

Professor und Abteilungsleiter der Psychiatrie; Leiter, Discipline of Psychiatry, School of Medicine, Royal Adelaide Hospital, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australien

Offenlegung: Bernhard T. Baune, Dr. med., PhD, hat folgende relevanten finanziellen Beziehungen offengelegt:

Hat als Berater oder Gutachter agiert für: Lundbeck, Inc.

Hat als Referent oder Mitglied eines Referenten-Büros agiert für: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; SERVIER; Wyeth Pharmaceuticals Inc.

Hat finanzielle Mittel für klinische Forschung erhalten von: National Health and Medical Research Council, Australien

Larry Culpepper, Dr. med., MPH

Professor für Allgemeinmedizin, Boston University School of Medicine; Arzt, Boston Medical Center, Boston, Massachusetts, USA

Offenlegung: Larry Culpepper, Dr. med., MPH, hat folgende relevanten finanziellen Beziehungen offengelegt:

Hat als Berater oder Gutachter agiert für: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Elsevier Press; Forest Laboratories, Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Shire; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.

Besitzt Aktien, Aktienoptionen oder Wertpapiere von: M3 (My Mood Monitor)

Hat Honorare erhalten von: UpToDate, Oxford University Press; hat Zahlungen für die Arbeit als Chefredakteur des *Primary Care Companion for CNS Diseases* erhalten

Judith Jaeger, PhD, MPA

Clinical Professor of Clinical Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University, New York, New York, USA

Offenlegung: Judith Jaeger, PhD, MPA, hat folgende relevanten finanziellen Beziehungen offengelegt:

Hat als Berater oder Gutachter agiert für: Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

Dienstverhältnis hat ein kommerzielles Interesse: CognitionMetrics, LLC

Redakteur

Leanne Fairley, BJ Hon, Wissenschaftliche Direktorin, WebMD Global, LLC

Offenlegung: Leanne Fairley, BJ Hon, hat keine Angaben zu Interessenskonflikten vorgelegt.

Inhaltliche Prüfung

Robert Morris, PharmD

CME Associate Clinical Director

Offenlegung: Robert Morris, PharmD, hat keine Angaben zu Interessenskonflikten vorgelegt.



PCP, PSYCHIATER, PSYCHOLOGE, PATIENT. QUADRATUR DES KREISES? KOGNITIVE FUNKTIONSTÖRUNGEN BEI EINER MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Moderator

Roger S. McIntyre, Dr. med., FRCPC

Professor für Psychiatrie und

Pharmakologie

University of Toronto;

Leiter, Mood Disorders

Psychopharmacology Unit

University Health Network

Toronto, Kanada

Roger S. McIntyre, Dr. med., FRCPC: Hallo! Ich bin Roger McIntyre, Professor für Psychiatrie und Pharmakologie an der University of Toronto in Toronto, Ontario, Kanada. Ich möchte Sie zu diesem Programm mit dem Titel „PCP, Psychiater, Psychologe, Patient. Quadratur des Kreises? Kognitive Funktionsstörungen bei einer Major Depressive Disorder“ begrüßen.

Autor/Fakultätsmitglied

**Bernhard Baune, Dr. med.,
PhD, MPH**

Professor und Chair of Psychiatry;
Leiter, Discipline of Psychiatry
School of Medicine
Royal Adelaide Hospital
University of Adelaide
Adelaide, Australien

Judith Jaeger, PhD, MPA

Clinical Professor of Psychiatry and
Behavioral Sciences
Albert Einstein College of Medicine
Yeshiva University
New York, USA

**Larry Culpepper, Dr. med.,
MPH**

Professor für Allgemeinmedizin
Boston University School of Medicine;
Arzt
Boston Medical Center
Boston, USA

Unser Gremium besteht heute aus 2 Psychiatern, einem Psychologen und einem Allgemeinmediziner (PCP). Ich möchte zunächst Larry Culpepper vorstellen, Professor für Allgemeinmedizin an der Boston University School of Medicine in Boston, Massachusetts, USA. Willkommen.

Larry Culpepper, Dr. med.: Danke, Roger. Schön, dass wir uns hier zusammengefunden haben.

Dr. McIntyre: Ich möchte außerdem Bernhard Baune begrüßen. Dr. Baune ist Professor und Chair of Psychiatry und Leiter der Abteilung für Psychiatrie an der School of Medicine des Royal Adelaide Hospital, an der University of Adelaide, Australien. Willkommen, Dr. Baune.

Bernhard T. Baune, Dr. med., PhD, MPH: Vielen Dank, Roger.

Dr. McIntyre: Als drittes Mitglied möchte ich Judith Jaeger vorstellen. Dr. Jaeger ist Clinical Professor of Clinical Psychiatry and Behavioral Sciences am Albert Einstein College of Medicine der Yeshiva University in New York City, New York, USA. Willkommen, Judy.

Judith Jaeger, Dr. med., MPA: Danke, Roger.

Programmübersicht

- Besprechung interdisziplinärer Ansätze für die Behandlung einer MDD und der kognitiven Beeinträchtigung unter Verwendung von 3 Patientenfällen als Grundlage der Diskussion

Dr. McIntyre: In diesem Programm werden wir interdisziplinäre Ansätze für die Behandlung einer Major Depressive Disorder (MDD) und der kognitiven Beeinträchtigung besprechen. Außerdem verwenden wir als unsere heutige Diskussionsgrundlage 3 Patientenfälle.

Patientenfall 1

Frau Bremen, eine 30-jährige Restaurantbesitzerin, klagt seit 3 Monaten über Schlaflosigkeit. Sie stand unter Stress bezüglich der Nachhaltigkeit ihres Unternehmens und macht sich deswegen Sorgen:

- Fehlender Schlaf
- Schwierigkeit, sich zu konzentrieren
- Vergesslichkeit
- Neue Schwierigkeiten mit der Buchhaltung
- Reizbarkeit

Professor Culpepper, Sie möchten uns einen Fall schildern?

Dr. Culpepper: Ja, ich möchte Frau Bremen vorstellen. Sie ist eine 30-jährige Restaurantbesitzerin, die seit ca. 3 Monaten über Schlaflosigkeit klagt. Sie stand unter enormen Stress, insbesondere wegen ihres Unternehmens. Sie ist sehr besorgt darüber, dass ihr Geschäft eingehen könnte. Sie hat Schwierigkeiten zu schlafen und sich zu konzentrieren. Sie vergisst Dinge und hat neue Schwierigkeiten mit einfachen Buchhaltungsaufgaben. Sie ist außerdem von den Personen um sie herum sehr schnell gereizt und befürchtet, dass dies das Ende für ihr Geschäft bedeuten könnte.

Ergebnisse des PHQ-9: Beeinträchtigung bei Konzentration und Schlaf

Wie häufig haben Sie in den letzten 2 Wochen eines der folgenden Probleme gehabt? (Verwenden Sie „✓“, um Ihre Antwort anzuzeigen)	Überhaupt nicht	Mehrere Tage	Mehr als die Hälfte der Tage	Fast jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude daran, Dinge zu tun	0	1	2	3 ✓
2. Gefühl der Niedergeschlagenheit, Depression oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2 ✓	3
3. Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen, oder Sie schlafen zu viel	0	1	2	3 ✓
4. Gefühl der Müdigkeit oder Antriebslosigkeit	0	1	2	3 ✓
5. Appetitlosigkeit oder übermäßiges Essen	0	1	2 ✓	3
6. Geringes Selbstwertgefühl – oder dass Sie nichts zustandebringen, sich selbst oder Ihre Familie enttäuscht haben	0	1	2 ✓	3
7. Schwierigkeiten, sich auf Dinge zu konzentrieren, wie zum Beispiel das Lesen einer Zeitung oder Fernsehen	0	1	2	3 ✓
8. Bewegen oder sprechen Sie so langsam, dass es anderen Menschen aufgefallen sein könnte? Oder im Gegenteil: Sie sind so zappelig oder unruhig, dass Sie sich viel mehr als gewöhnlich bewegen	0	1	2	3 ✓
9. Sie denken, dass es für Sie besser wäre, tot zu sein, oder dass Sie sich in irgendeiner Weise selbst verletzen würden	0 ✓	1	2	3

Gesamtpunktzahl = 21

Website für Auswahlverfahren für Fragebogen zur Patientengesundheit (PHQ).

Ich habe ihr den Fragebogen zur Patientengesundheit mit 9 Elementen gegeben, der mit einer kurzen Skala das Ausmaß der Kriterien des *Handbuchs zur Diagnose und statistischen Erfassung psychischer Störungen* für eine MDD bewertet. Frau Bremen erreichte eine Punktzahl von 21, was auf eine schwere Depression hinweist. Insbesondere hat sie angegeben, dass die täglich Schwierigkeiten hat, sich zu konzentrieren und zu schlafen. Eine weitere Frage erforscht, wie die Symptome die Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Sie gab „außerordentlich schwierig“ an, was der extremsten Antwort entspricht.

Arbeitsdiagnose und weitere Bewertung

- Arbeitsdiagnose: MDD
- Andere Berücksichtigungen: Schlaflosigkeit, kognitive Bedenken, mangelhafte Anpassungsfähigkeit
- Keine Historie:
 - Vorherige MDD-Episode
 - Selbstmordgedanken
 - (Hypo)-manie
 - ADHD
 - Schmerzen
 - Chronische Medikationen mit Ausnahme von Verhütungsmitteln
- 1-3 Gläser Wein, 2 bis 3-mal pro Woche, jedoch nicht problematisch
- Schilddrüsenfunktion normal
- Ehemann „kalt“ und nicht sehr unterstützend
- Wenige Freunde außerhalb des Geschäfts

Meine Arbeitsdiagnose lautete zu Beginn MDD, jedoch zog ich auch andere in Betracht. Die Schlaflosigkeit ist genauso ein Problem wie ihre kognitiven Schwierigkeiten, und beides macht ihr sehr zu schaffen. Dies waren meine ersten Bedenken bezüglich dieses Patienten. Ich habe mir weiter ihre Historie angeschaut und konnte keine früheren psychiatrischen Probleme erkennen. Sie hatte keine vorherige depressive Episode. Derzeit hegt sie keine Selbstmordgedanken und hat auch keine Historie einer manischen oder einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität.

Sie ist eine relativ junge Frau. Sie ist nicht übergewichtig. Sie hat keine Schmerzen. Sie nimmt nur Verhütungsmittel und macht sich Sorgen, dass sie diese hin und wieder vergessen könnte, was für sie sehr ungewöhnlich ist. Alkoholkonsum ist für sie kein Problem, da sie nur 2- bis 3-mal pro Woche etwas trinkt. Tatsächlich gibt sie an, dass sie den Konsum etwas gedrosselt hätte, aus Sorge, er könnte ihre Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Insbesondere am späten Abend, wenn sie das Restaurant schließen möchte, achtet sie darauf.

Wenn wir uns ihre Tabelle anschauen, erkennen wir, dass wir sie in der Vergangenheit auf die Schilddrüsenfunktion getestet haben. Die ist normal. Sie erfährt nicht viel Unterstützung in ihrem Leben. Sie beschreibt ihren Ehemann als „kalt“ und nicht sehr unterstützend; sie gibt an, dass sich das in den letzten Monaten noch verstärkt habe. Sie hat nicht viele Freunde außerhalb ihres Geschäfts. Sie leidet derzeit.

Erstbehandlung

- Aufklärung über Depression:
 - Sie ist biologisch bedingt, unabhängig vom Charakter/einer moralischen Schwäche
 - Sie kann die Ursache aller ihrer Symptome sein
 - Sie beeinträchtigt häufig Funktionsfähigkeit und Kognition
- Bestimmung ihrer bevorzugten Behandlungsart:
Medikation
- Festlegung gemeinsamer Behandlungsziele:
 - Fähigkeit, zu schlafen
 - Fähigkeit, sich zu konzentrieren und sich „um das Geschäft zu kümmern“
 - Fähigkeit, mit ihren Kunden und ihrem Ehemann auf eine freundlichere Art zu interagieren

Bezüglich der Erstbehandlungsansätze habe ich sie über Depression und ihre biologische Grundlage aufgeklärt, und ich habe ihr erläutert, dass sie die kognitiven Probleme verursachen kann, die gerade bei ihr auftreten. Wir haben über Behandlungsoptionen gesprochen und sie möchte Medikamente probieren, da sie der Ansicht ist, dass ihr für etwas anderes die Zeit fehlt. Ich habe versucht, gemeinsame Behandlungsziele festzulegen: Schlaf ist ein großes Thema; ihre Fähigkeit, sich zu konzentrieren und sich „um das Geschäft zu kümmern“ sind weitere Themen; und sie möchte mit ihren Kunden und ihrem Ehemann auf eine freundlichere Art interagieren können.

Erstbehandlung (Fortsetz.)

- Behandlung mit Antidepressivum und eine kurzfristige Behandlung der Schlaflosigkeit initiieren
- Über eine Psychotherapie sprechen und die Grundlagen für eine künftige Überweisung legen
- Compliance bewerten
- Unterstützung kontinuierlicher Anstrengungen zur Bewältigung: Kurz beim Setzen von Prioritäten helfen
- Eine frühzeitige Nachbeobachtung planen, inklusive per Telefon

Mein Plan bestand darin, eine Behandlung mit Antidepressivum und zu initiieren und ihr eine zeitlich beschränkte Medikation zur Behandlung ihrer Schlaflosigkeit zu verschreiben. Ich habe außerdem mit ihr besprochen, dass wir zu einem späteren Zeitpunkt eventuell eine Psychotherapie beginnen müssen. Wir haben die weiteren Schritte besprochen. Ich habe herausgefunden, dass sie einen Steuerberater hat, der ihr bei der Buchhaltung helfen kann, wenn sie das möchte. Das war eine sehr kurze Intervention zum Thema Bewältigung. Wir haben außerdem eine Nachbeobachtung von der Praxis aus vereinbart, um sicherzustellen, dass sie ihre Medikamente abgeholt hat und regelmäßig nimmt. Das war die erste Vorstellung und Behandlung dieses Patienten.

Dr. McIntyre: Dieser Fall und ihre klinische Präsentation berühren viele unterschiedliche Aspekte, die klinisch von Belang sind. Vielen Dank also, dass Sie uns diesen Fall geschildert haben. Vielleicht kann ich das Gespräch mit Bernhard fortsetzen. Dieser Patient ist offenbar von der Depression sehr beeinträchtigt. Wie hätten Sie als Psychiater den Fall aus der Perspektive der Kognition behandelt?

Kognitive Beeinträchtigung entwickelt sich häufig während oder vor der ersten Episode von MDD

- Kognitive Defizite während der ersten Episode:
 - Psychomotorische Geschwindigkeit
 - Aufmerksamkeit
 - Visuelles Lernen und Gedächtnis
 - Alle Aspekte der ausführenden Funktionsfähigkeit

Rolle der Kognition bei der funktionellen Verschlechterung von Patienten?

Lee RC, et al. *J Affect Disorders*. 2012;140:113-124.

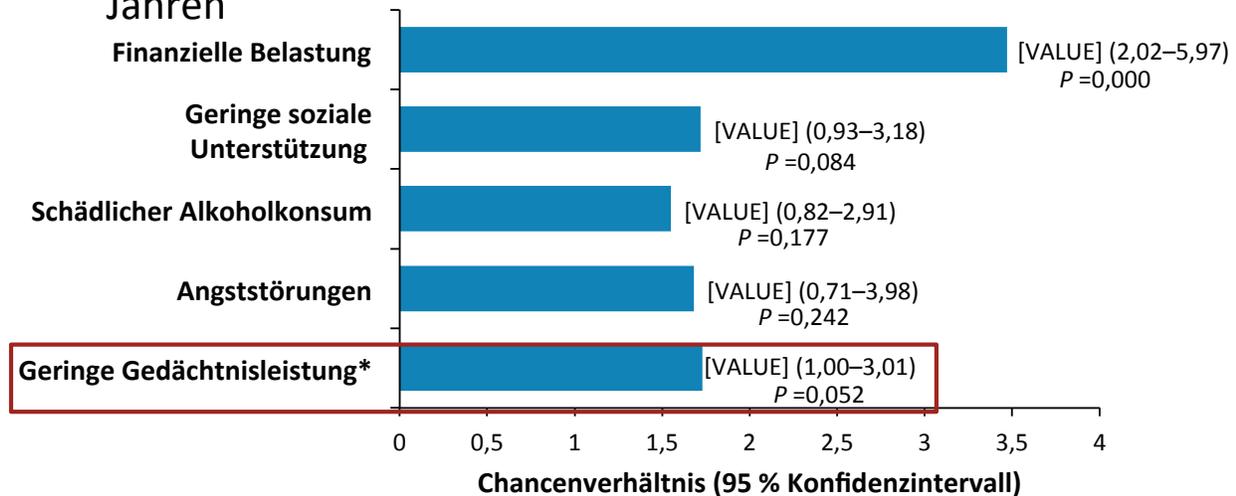
Dr. Baune: Dies war ein sehr interessanter Fall. Die kognitive Komponente steht hier ziemlich im Vordergrund, und wir müssen uns etwas detaillierter anschauen, wie sich die Symptomentwicklung bei kognitiven Problemen darstellt, ob sie vor den Symptomen der Depression aufgetreten sind, oder ob sich die Symptome der Depression zuerst manifestiert haben. Es besteht offensichtlich eine Verschlechterung des alltäglichen Funktionierens, und Kognition kann eine große Rolle dabei spielen, wie es ihr immer schwerer fällt, sich um ihr Geschäft zu kümmern.

Dr. Culpepper: Das habe ich nicht durchgeführt. Es klingt, als wären die Probleme mit ihrem Ehemann und den Kunden bereits vorher aufgetreten, da sie angibt, sie wären vor 4 bis 6 Monaten zu erkennen gewesen. Das ist ein gutes Argument.

Dr. McIntyre: In diesem Fall, Judy, erinnert dies uns an den temporären Zusammenhang zwischen Kognition und Depression. Was wissen wir über kognitive Schwierigkeiten, die vor der Diagnose einer Depression auftreten? Oder etwa gleichzeitig? Sind sie eine Folge der Depression?

Geringe episodische Gedächtnisleistung als ein Prädiktor für Depression

- Die hierarchische Logistikkregression untersuchenden Prädiktoren von Depression bei der Nachbeobachtung nach 3 Jahren



*Gedächtnisleistung ist definiert als Summe der Erinnerungen mit und ohne Hinweis.

Airaksinen E, et al. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115:458-465.

Dr. Jaeger: Sie sind recht charakteristisch für eine Depression. Eine Depression kann sich auf verschiedene Weise entwickeln. Der verschlechterte Gemütszustand, die kognitiven Defizite und sogar die fehlende Motivation/Willenskraft können sich alle als erstes entwickeln. Der Ablauf kann zu Beginn variieren. Eine Verknüpfung der Veränderungen bzgl. der Funktionsfähigkeit mit den Beschwerden bzgl. der Kognition ist in einer Allgemeinmedizinischen Versorgungssituation wahrscheinlich die beste Vorgehensweise, um zu etablieren, dass die Kognition im vorliegenden Fall wirklich beeinträchtigt ist.

Dr. McIntyre: Ich fand es beeindruckend und in Übereinstimmung mit meiner klinischen Erfahrung und den neuen Daten, dass es bei Patienten identifizierbare, messbare kognitive Defizite bereits vor der Depression gegeben hat. Damit stellten sich Hunderte grundlegender Fragen zu den Mechanismen, aber es bringt uns auch dazu, unsere Vorstellungen zur Vorgehensweise in dieser Situation, beginnend mit einer Diagnose, zu reflektieren. Wird diese kognitive Beeinträchtigung durch die Depression erklärt und/oder gibt es weitere Faktoren, die dazu beitragen? Sie haben den Schlaf erwähnt: Was denken Sie darüber? Weitere Faktoren?

Weitere mögliche Faktoren, die zur kognitiven Beeinträchtigung des Patienten beitragen

- Frau Bremen hat Probleme mit der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis, der Entscheidungsfindung und der Prioritätensetzung, und sie spürt eine Verlangsamung ihrer kognitiven Leistung
 - Fehlender Schlaf?
 - Klassische Symptome einer Depression?
 - Beruflicher Stress?

Dr. Culpepper: Schlaf kann sich sicherlich auf die Fähigkeit, sein Leben zu bewältigen, auswirken, und er kann einige Dimensionen der kognitiven Funktion beeinflussen. Aber ich glaube, dass ihre Beeinträchtigung über das hinausgeht, was man gewöhnlich auf Schlaflosigkeit zurückführen kann.

Dr. McIntyre: Das ist auch mein Eindruck. Was bei diesem Fall wirklich ins Schwarze trifft, ist die Verbindung zwischen ihren kognitiven Fähigkeiten, ihrer täglichen Arbeit und ihrer Fähigkeit, sich um ihr Geschäft zu kümmern.

Dr. Culpepper: Ihre kognitiven Beschwerden sind ein recht klassisches Beispiel für MDD. Sie gibt an, sie habe Schwierigkeiten mit ihrer Aufmerksamkeit, mit ihrem Gedächtnis, mit der Entscheidungsfindung und der Setzung von Prioritäten. Sie gab mir gegenüber an, sie spüre die meiste Zeit eine Verlangsamung ihrer kognitiven Leistung. Für mich sind dies die klassischen und häufigen Symptome einer Depression.

Dr. Baune: Ein weitere Faktor könnte die mit ihrer Arbeit verbundene Belastung sein. Zum Beispiel: Alle liegengebliebenen Dinge lösten bei ihr zusätzlichen Stress aus.

Stress, Kognition und Depression

- Chronische, stressbasierte Modelle der Depression beinhalten ein depressionsähnliches Verhalten und eine verminderte Neubildung von Nervenzellen
- Strukturelle und funktionelle Veränderungen des Gehirns treten bei einer stressbezogenen Depression auf
- Zwischen Entzündungen und dem depressionsähnlichen Verhalten wird eine kausale Verbindung nahegelegt

Eyre H, et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.

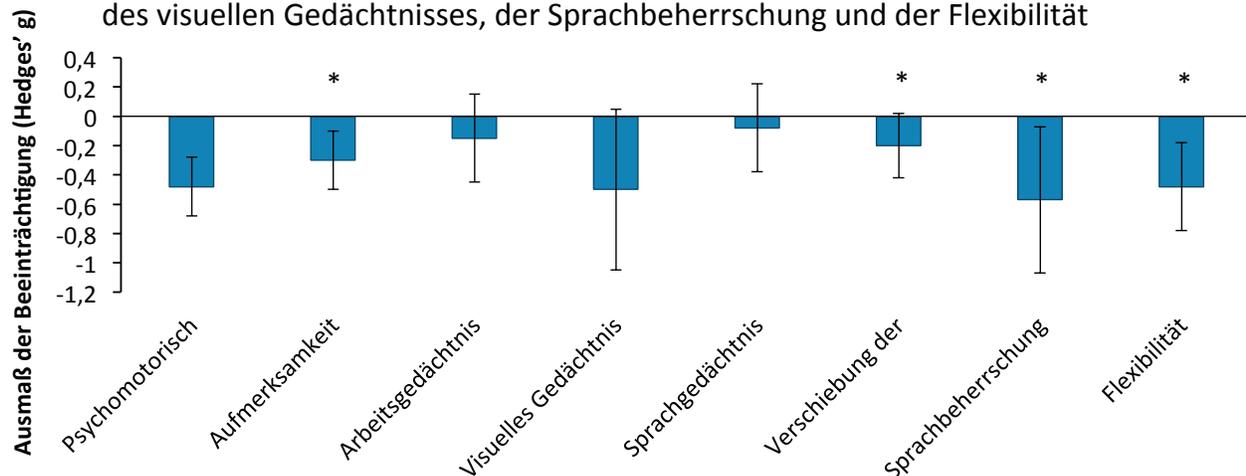
Wir wissen, dass Stress – beispielsweise psychologischer Stress und der damit verbundene physische Stress mit dem erhöhten Kortisonspiegel – umgekehrt eine Auswirkung auf die kognitive und allgemeine Funktionsfähigkeit haben kann, wobei in all diesen Bereichen, die Sie in Ihrem Fall erwähnt haben, eine Verschlechterung eingetreten ist. Ich glaube, dass biologischer Stress und die Interaktion zwischen biologisch–psychologisch–biologisch auf Stress ein wichtiger Bereich ist, den es sich lohnt, näher zu betrachten. Sie haben die Bewältigung und die Umsetzung kognitiver Strategien als wichtigen Aspekt der Behandlung erwähnt, und wir werden dies uns wahrscheinlich noch näher damit beschäftigen.

Dr. Culpepper: Tatsächlich ist die Besserung eher eine kognitive Besserung bezüglich der beruflichen Funktionsfähigkeit. Sie bezieht sich mehr auf die Kognition, als auf die Schwere der Symptome ihrer Depression.

Dr. McIntyre: Das ist ein gut begründetes Argument. Judy, bezüglich des Verhältnisses zum Arbeitsplatz – und bei dieser Person kommt es eindeutig auf die Funktionsfähigkeit des Gehirns an – gibt es hier eine prognostische Relevanz? Kann eine zu Beginn auftretende kognitive Beeinträchtigung bei einer Person mit einer Depression für uns Ärzte prognostischen Nutzen haben?

Moderates Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung bei MDD

- Metaanalyse von 15 unabhängigen Proben (N = 644) der ersten Episode von MDD
- Die robustesten Effekte zeigten sich bei Tests der Psychomotorik, Aufmerksamkeit, des visuellen Gedächtnisses, der Sprachbeherrschung und der Flexibilität



*Statistisch signifikant und nicht berücksichtigt von der Gesamtschwere (Zustand von Gelassenheit, Ungeduld)

- Das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung ist moderat und kleiner als die bei Schizophrenie beobachtete Beeinträchtigung, und sie hat etwa das gleiche Ausmaß wie beim gesetzlichen Alkohollimit (0,05 % BAC)

Lee RS, et al. *J Affect Disord.* 2012;140:113-124.

Dr. Jaeger: Potenziell, aber das kann sich natürlich bessern. Deutlich ist, dass ein Bestehen einer kognitiven Dysfunktion – wenn die Symptome des Gemütszustands verbessert sind – auf eine funktionell schlechtere Prognose hinweist. Die kognitive Dysfunktion wird ihre Fähigkeit, offensichtliche Bewältigungsstrategien umzusetzen, wie etwa die Hinzuziehung des Steuerberaters, beeinträchtigen oder weiter herausfordern. Dies sind offensichtliche Bewältigungsstrategien, aber sie erfordern bestimmte kognitive Fähigkeiten wie Konzentration, um überhaupt darüber nachzudenken und diese umsetzen zu können. Das ist eines der Dinge, die deutlich sind, und das ist die Abfolge der Ereignisse, auf die wir auf andere Weise bereits hingewiesen haben.

Dr. McIntyre: Das ist ein sehr guter Fall. Ein guter Start. Bernhard, Sie haben ebenfalls einen Fall, den Sie uns vorstellen möchten.

Patientenfall 2

- Überweisung eines 45-jährigen Mannes, bei dem in der Vergangenheit Depressionen und eine Schilddrüsendysfunktion aufgetreten sind
- Überweisung zur Bewertung und Behandlung eines erhöhten Schweregrads der Depression, die nicht durch Antidepressiva kontrolliert werden kann (derzeit auf einem SSRI)
- Vom PCP seit 12 Jahren bzgl. der Schilddrüsendysfunktion behandelt (korrigierte Funktion)
- Historie sich wiederholender depressiver Episoden, die in den vergangenen 8 Jahren teilweise durch Antidepressiva, versucht wurden verschiedene SSRI und SNRI, kontrolliert werden konnten; es wurden nur kurze Perioden einer Remission erreicht

Dr. Baune: Ich möchte einen Fall vorstellen, der von einem PCP überwiesen wurde. Er ist ein 45-jähriger Mann kaukasischer Herkunft, bei dem in der Vergangenheit Depressionen und eine Schilddrüsendysfunktion aufgetreten sind. Dieser Patient wurde zur Bewertung und Behandlung einer Depression mit sich erhöhendem Schweregrad überwiesen; durch die Gabe von Antidepressiva in der Vergangenheit konnte die Erkrankung nicht sehr gut kontrolliert werden. Der Patient wird aktuell mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) behandelt. Der Behandlungszeitraum ist bezüglich der Schilddrüsendysfunktion von großer Bedeutung. Dies erfolgte während der vergangenen 12 Jahre durch den PCP, und die Schilddrüse konnte sehr gut korrigiert werden. Beim Patienten traten in den vergangenen 8 Jahren wiederholt depressive Episoden auf, die teilweise mit einer Antidepressiva-Behandlung kontrolliert wurden. Er hat bereits einen relativ langen Verlauf und nur kurzfristige Perioden einer Remission mit SSRI sowie Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI).

Patientenfall 2 (Fortsetz.)

- Mehrfache Arbeitsplatzwechsel in den vergangenen 5 Jahren; immer größere Unfähigkeit, den beruflichen Anforderungen zu entsprechen, und größere funktionelle Verschlechterung am Arbeitsplatz, was alle 8 bis 12 Monate zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes führt
- Verschlechterung bei der allgemeinen Lebensqualität, im Beruf, bei den sozialen Aktivitäten, Interessen, Hobbys; vor 4 Monaten Scheidung
- Während der vergangenen 5 Jahre Entwicklung signifikanter Probleme mit dem Lebensstil, darunter fehlende körperliche Aktivität, mangelhafte Ernährung und Gewichtszunahme bis hin zur Fettleibigkeit

Ein wichtiger Aspekt dieses Falles ist, dass der Patient eine funktionelle Verschlechterung am Arbeitsplatz zeigte. In den vergangenen 5 Jahren konnte er keine Stelle länger als 8 bis 12 Monate halten. Das zeigt eine immer größere Unfähigkeit, den beruflichen Anforderungen zu entsprechen, und auch eine größere funktionelle Verschlechterung am Arbeitsplatz, was zu diesen Arbeitsplatzwechseln führt. Aus einer kausalen Perspektive waren die beruflichen und funktionellen Probleme zuerst da, bevor sich weitere Probleme der Lebensqualität dazugesellten. Die sozialen Aktivitäten gingen zurück, ebenso seine Interessen und allgemeine Aktivitäten wie Hobbys. Leider führte dies auch vor 4 Jahren zu einer Scheidung, was auf eine weitere Verschlechterung dieses speziellen Patienten deutete.

Dazu entwickelte der Patient im Verlauf der vergangenen 5 Jahre signifikante, auf den Lebensstil bezogene Probleme, darunter fehlende körperliche Aktivität, mangelhafte Ernährung und Gewichtszunahme bis hin zur Fettleibigkeit.

Bewertung

- Historie – Verlauf der Symptomentwicklung
 - Erste depressive Episode im Alter von 35 Jahren; erste Behandlung 2 Jahre später durch PCP mit Antidepressivum
 - Schilddrüsendysfunktion korrigiert seit dem 33. Lebensjahr
 - Behandlung von Depression mit unvollständiger Remission und steigende Anzahl depressiver Episoden und kürzere Perioden der Remission zwischen den Episoden

Bezüglich der Bewertung war es sehr wichtig, die Ursache dieser Symptomentwicklung zu entwirren. Es ergab sich, dass die erste depressive Episode im Alter von 35 Jahren auftrat und 2 Jahre später behandelt wurde. Es ist nicht ungewöhnlich, erst eine Episode zu haben und eine Behandlung erst später. Zu dieser Zeit verschrieb der PCP ein Antidepressivum und korrigierte die Schilddrüsendysfunktion ab dem 33. Lebensjahr. Das ist ein wichtiger Punkt, weil die Schilddrüsendysfunktion ebenfalls eine Depression und kognitive Symptome verursachen kann.^[1] Die Behandlung war, wie ich erwähnte, relativ unvollständig und eine Remission konnte nur für jeweils kurze Phasen erreicht werden.

Bewertung (Fortsetz.)

- Bewertungen der Stimmung, Kognition und Funktionsfähigkeit
 - Psychiatrisches Gespräch
 - Instrument zum kognitiven Screening
 - Klinische Bewertung der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit, der Beziehungen und des Freizeitverhaltens
 - Verwendung der Skala zur Selbsteinschätzung bzgl. der Kognition und Funktionsfähigkeit
- Bewertung des medizinischen Zustands/Lebensstils
 - Wiederholung des Blutttests für Stoffwechszustand, Funktion der Schilddrüse
 - Körperliche Aktivität
 - Ernährungsweise

Hinsichtlich der Bewertungen wurde ein ausgedehnteres psychiatrisches Gespräch durchgeführt. Da der Patient angab, eine signifikante funktionelle Verschlechterung in seiner beruflichen Situation erfahren zu haben, wurde ein Instrument zum kognitiven Screening eingesetzt. Wir können eventuell diskutieren, was solch ein Screening-Instrument hinsichtlich einer psychiatrischen Behandlung bewirken könnte. Zusätzlich setzen wir einige Skalen zur Selbsteinschätzung bzgl. der Kognition und Funktionsfähigkeit ein, um die persönlichen und die wahrgenommenen Defizite des Patienten zu erfassen. Dies sind zwei zentrale Merkmale dieses Falles.

Außerdem möchte ich hervorheben, dass die hier die medizinische Komorbidität von großer Bedeutung ist. Zuerst wurde die Schilddrüsendysfunktion korrigiert, der Patient entwickelte jedoch auch Fettleibigkeit und wurde physisch inaktiv. Seine Ernährungsweise war zum Ende hin, als ich ihn zum ersten Mal sah, sehr mangelhaft. All diese Faktoren können nicht nur zu einer Depression beitragen, sondern auch zur funktionellen Verschlechterung und insbesondere zur kognitiven Verschlechterung.

Ansätze für eine Behandlung

- Antidepressivum wechseln, wenn Remission bei derzeitigem Antidepressivum nach einer adäquaten Dosierung und Behandlungsdauer unvollständig ist
- Eine andere Klasse von Antidepressiva in Betracht ziehen, die gut verträglich ist und ein gegen Null tendierendes Risiko einer Gewichtszunahme in sich birgt
- Kognitive Symptome und Funktionsfähigkeit durch Besprechung der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Behandlungsoptionen ansprechen
- Ein Lebensstil-Programm festlegen, das zu einer Verbesserung der Ernährung, der körperlichen Aktivität und zu einer Gewichtsabnahme führt
- Eine Überweisung zu einem Programm zur kognitiven Wiederherstellung in Betracht ziehen

Hinsichtlich der Behandlungsstrategie in einem solchen Fall unvollständiger Remissionen und wiederholt auftretender Depressionen, ist der erste Schritt ein Wechsel des Antidepressivums. Solch ein Antidepressivum sollte nicht nur gut verträglich sein, sondern bei diesem Patienten auch ein gegen Null tendierendes Risiko einer Gewichtszunahme haben, wenn man seine Fettleibigkeit berücksichtigt, und es sollte zusätzliche Auswirkungen auf Kognition und Funktionsfähigkeit haben. Idealerweise würde ich mir diese pharmakologischen Behandlungen anschauen sowie nicht-pharmakologische Interventionen besprechen. Aufgrund der Komplexität dieses Falles benötigen wir auch eine komplexe Interventionsart, was bedeutet, ein Lebensstil-Programm festzulegen, das zu einer Besserung seiner Ernährung, körperlichen Aktivität und auch zu einer Gewichtsabnahme führt. Man könnte möglicherweise ein kognitives Training oder ein sogenanntes Programm zur kognitiven Wiederherstellung in Betracht ziehen, um bei diesem Patienten eine Besserung der Kognition und Funktionsfähigkeit zu erreichen.

Dr. McIntyre: Das ist sehr komplex, und ich glaube, dass viele Ärzte mit Patienten zu tun haben, die weitere Komorbiditäten, wie etwa Drogen- und Alkoholmissbrauch, haben, die potentiell und auch tatsächlich zu kognitiven Dysfunktionen beitragen. Sie haben etwas hervorgehoben, das oft wenig Aufmerksamkeit erhält. Das sind die medizinische Komorbidität und die negativen Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Wir wissen aus anderen Nachweisen, beispielsweise aus der Literatur zu Fettleibigkeit und Diabetes, dass es bei dem Vorliegen einer dieser Stoffwechselerkrankungen eine starke Verknüpfung mit der Verschlechterung der allgemeinen kognitiven Funktionsfähigkeit gibt.^[2,3] Wo beginnen Sie aus der Perspektive eines Allgemeinmediziners?

Auswirkungen sportlicher Betätigung auf Depression und Kognition

Auswirkungen sportlicher Betätigung

Ergebnisse

Verbessert Kognition

- Sportliche Betätigung verbessert die Kognition bei Patienten mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung sowie bei dementen Patienten

Fördert Neuroplastizität

- Erhöht das hippocampale Volumen
- Verbessert die Neurogenese
- Steigert den Neurotrophinlevel
- Unterstützt die synaptische Plastizität
- Erhöht die dendritische Verzweigung

Moduliert das Immunsystem

- Senkt das hippocampale Level des proinflammatorischen TNF- α und IL- β mit dem Hippokampus, während es die Produktion des antiinflammatorischen IL-6 unterstützt

Eyre H, et al. *Brain Behav Immun.* 2012;26:251-266.

Dr. Culpepper: Wir haben recht häufig mit solchen Fällen zu tun. Mein erster Gedanke zu diesem Fall war, dass ich mit einem Psychiater *zusammenarbeiten* sollte. Nicht unbedingt dahin *überweisen*, denn dieser Patient würde davon profitieren, wenn wir beide uns mit diesem Fall auseinandersetzen würden. Was kann ich als PCP tun? Ich kann mit sehr genau seinen physischen Zustand anschauen. Ist er Prädiabetiker? Er hat einen Verlauf, der eine Insulinresistenz nahe legt, aber würde ich bei ihm mit Metformin beginnen? Da ich nun die Geschichte bezüglich der Kognition von Bernhards Fall kenne, wäre es für mich sehr hilfreich, die körperlichen und sportlichen Aktivitäten genau anzupassen, und mit meinem psychiatrischen Kollegen zusammenzuarbeiten, damit dieser Mann wieder reaktiviert wird, denn er kämpft um sein Leben. Diesem Mann ist es sehr schlecht gegangen und es wird ihm noch schlechter gehen, bis wir anfangen, dies umzukehren.

Ich möchte daran beteiligt sein und ich möchte auch, dass sich mein psychiatrischer Kollege um die Behandlung kümmert. Es gibt eindeutig die Möglichkeit für mich, zu kollaborieren, weil das Wissen um die kognitiven Auswirkungen sehr hilfreich für mich wäre.

Kollaborative Ansätze für eine Behandlung

- Der PCP überwacht den allgemeinen Gesundheitszustand
- Aufgrund der Komorbiditäten des Patienten wird ein koordinierter Ansatz für die Behandlung empfohlen
- Der PCP kontrolliert den Stoffwechsellzustand und überwacht die Umsetzung der Veränderungen des Lebensstils
- Der Psychiater betreut die Behandlung der Depression
- Kollaboration bei den Medikationen: Überwachung bzgl. möglicher Interaktionen oder Nebenwirkungen

Dr. Baune: Dieser von Ihnen erwähnte kollaborative Aspekt ist sehr wichtig. Das Gesundheitssystem, in dem ich tätig bin, würde einen ähnlichen Ansatz wählen. Der Psychiater würde die Expertise des PCP in Anspruch nehmen, um den Stoffwechsellzustand des Falles zu kontrollieren. Bei diesem Patienten haben wir verschiedene Veränderungen des Stoffwechsels, aber wir müssen außerdem die Interventionen in den Lebensstil auf der Primärversorgungsebene umsetzen, und dies zu überwachen, wäre ebenfalls sehr wichtig für uns.

Dr. Culpepper: Wir würden auch bei Medikationen zusammenarbeiten. Natürlich möchte ich keine Medikationen beginnen, die sich negativ auf die Depression und Kognition des Patienten auswirken würden. Ich möchte auch keine Medikationen hinzufügen, die sich negativ auf das Gewicht auswirken.

Dr. McIntyre: Judy, wie können wir hier Ursache und Wirkung – hinsichtlich der Ursachen für die kognitiven Schwierigkeiten in diesem Fall – entwirren?

Bedeutung der Messung der Funktionsfähigkeit

- Notwendigkeit des Messens des Grades der Beeinträchtigung und der betroffenen Bereiche
 - Zum Messen einer Verbesserung
 - Damit der Patient eine Verbesserung erkennen kann
- Eine kognitive Dysfunktion kann die Fähigkeit eines Patienten, die erforderlichen Veränderungen des Lebensstils umzusetzen, beeinträchtigen

Dr. Jaeger: Ich weiß nicht, wie bedeutsam es ist, diese zu entwirren. Ich glaube, dass es wichtig ist, diese zu messen. Wir möchten messen, wie schwer diese Person beeinträchtigt ist und welche Bereiche betroffen sind. Und das aus 2 Gründen: (1) Wir möchten es erneut messen und eine Besserung anzeigen, und (2) wir möchten, dass der Patient eine Besserung erkennen kann. Wenn Sie sich z. B. die Skala anschauen, erkennen Sie eine Besserung beim Gewicht; Sie erhalten gute Betreuung, Sie erkennen eine Besserung bei der Kognition. Dafür gibt es bestimmte Methoden. Das ist das eine, was ich hervorheben möchte. Das andere wichtige Element ist, dass die kognitive Dysfunktion bei dieser Person deren Fähigkeit beeinträchtigen wird, die erforderlichen Veränderungen zu einem gesünderen Lebensstil hin nach besten Kräften umzusetzen. Es ist sehr kompliziert und schwierig, eine hohe Gewichtsabnahme zu erreichen. Dazu ist ein Maßnahmenplan erforderlich. Dieser umfasst Veränderungen bezüglich des Kaufverhaltens, der Essenszubereitung, der Nahrungsaufnahme und der körperlichen Bewegung. Diese Änderungen stellen kognitiv eine Herausforderung dar.

Dr. McIntyre: Wir wissen nun, dass die meisten Gehirnerkrankungen – und eine MDD ist an dieser Stelle sicherlich ein Beispiel – Entwicklungs- und Degenerationsprozesse sind. Ich mache mir speziell über die degenerativen Aspekte dieses Falles und eine Progressivität der kognitiven Funktion Sorgen, die offenbar in einer Abwärtsspirale enden, wie Larry erwähnt hat. Bernhard, was glauben Sie, sind die zentralen Botschaften, die Ärzte aus diesem Fall für sich verwenden können?

Fall 2: Zentrale Botschaften

- Eine funktionelle Verschlechterung kann mit einer Depression und kognitiven Dysfunktion in Beziehung stehen
- Verschiedene medizinische Komorbiditäten können zu dieser funktionellen und kognitiven Verschlechterung als Teil einer Depression beitragen
- Notwendigkeit einer genauen und kollaborativen Überwachung der medizinischen Komorbiditäten

Dr. Baune: Ich glaube, die zentrale Botschaft lautet, dass die funktionelle Verschlechterung sich nicht nur auf eine Depression bezieht, sondern sich auch auf die kognitive Dysfunktion beziehen kann. Verschiedene medizinische Komorbiditäten können zu dieser funktionellen und kognitiven Verschlechterung als Teil einer Depression beitragen. Wir müssen auf eine kollaborative Art und Weise die damit verbundenen medizinischen Komorbiditäten genau überwachen. Wir müssen diese außerdem aktiv behandeln, weil die dahinterstehenden biologischen Prozesse anzeigen, dass ein höheres Entzündungsrisiko besteht – eine neurale Degeneration – und diese alle mit Diabetes, Fettleibigkeit und allen anderen Risikofaktoren verbunden sind.^[4] Das bezieht sich wirklich auf einen langen Zeitraum. Es ist sehr wichtig, auf all diesen Ebenen wirksame Interventionen zur Hand zu haben.

Dr. McIntyre: Das ist eine hilfreiche Zusammenfassung, und wir erinnern uns alle daran, dass diese Arten komplexer, interdisziplinärer Fälle am Ende häufig zu einem Fall von Polypharmazie werden. Wir sind häufig besorgt über durch ärztliche Behandlung ausgelöste Ursachen, oder über den Beitrag einer Medikation zu einer kognitiven Beeinträchtigung – etwas, was wir häufig vergessen. Vielen Dank für die Schilderung des Falles und die hilfreiche Zusammenfassung. Judy, ich möchte die Diskussion auf das zurücklenken, wo Sie gesagt haben, Sie würden uns gerne einen Fall schildern?

Patientenfall 3

- 45-jährige Frau, die vor 8 Wochen ihre vierte MDD-Episode hatte, die einen kurzen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatte
- Ihre Depression befindet sich nun in einer relativ guten Remission; behandelt mit einem Antidepressivum und einer wöchentlichen kognitiven Verhaltenstherapie
- Beschwerden über eine subjektive kognitive Dysfunktion, die auch bei einer Remission der depressiven Symptome bleibt:
 - Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren
 - Kann sich nicht auf ihre Arbeit als Buchhalter und ihre persönlichen finanziellen Verantwortlichkeiten konzentrieren
- Leichte traumatische Gehirnschädigung aufgrund eines Unfalls ein Jahr zuvor, dabei kurzzeitige Bewusstlosigkeit (< 10 Min.), die zu dem Zeitpunkt vollständig aufgearbeitet wurde; in den Folgewochen wurden keine kognitiven Spätschäden berichtet

Dr. Jaeger: Dies ist der Fall einer 45-jährigen Frau, die vor 2 Monaten ihre vierte MDD-Episode hatte, die einen kurzen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatte. Ihre Depression befindet sich nun in einer relativ guten Remission. Sie wird mit einem Antidepressivum behandelt und erhält wöchentlich eine kognitive Verhaltenstherapie (CTB). Sie beschwert sich über eine subjektive kognitive Dysfunktion, obwohl sich ihre depressiven Symptome in einer relativ guten Remission befinden. Sie beschwert sich über funktionelle Folgeschäden, die sich hauptsächlich als Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, äußern, indem sie sich nicht auf ihre Arbeit als Buchhalter und ihre persönlichen finanziellen Verantwortlichkeiten konzentrieren kann. Sie ist auf eine leichte traumatische Gehirnschädigung aufgrund eines Unfalls mit dem Fahrrad fokussiert. Sie erlitt dabei eine weniger als 10 Minuten andauernde Bewusstlosigkeit und wurde von Freunden, die mit ihr Fahrrad gefahren sind, in ein Krankenhaus gebracht. Sie wurde abschließend behandelt, und in den Folgewochen wurden keine Spätschäden ihrer leichten Gehirnerschütterung festgestellt.

Patientenfall 3 (Fortsetz.)

- Sie befürchtet nun, dass sie die verzögerten Auswirkungen des Traumas erlebt
- Sie hat das Gefühl, dass es ihr die Konzentrationsstörungen zu schwer machen, die von den CBT-Sitzungen aufgegebenen Hausaufgaben effektiv zu erledigen
- Der behandelnde Psychiater überweist sie für eine neuropsychologische Evaluierung, die helfen soll, die neu aufgetretenen kognitiven Defizite zu erklären

Die Patientin hatte für das Jahr der Intervention keine funktionellen Folgeschäden. Sie ist nun jedoch besorgt darüber, dass die Störung, die sie nun erlebt, größer sei als frühere Störungen, die mit vorherigen depressiven Episoden im Zusammenhang standen. Dies beeinträchtigt nun sogar ihre Fähigkeit, aktiv an den CBT-Sitzungen teilzunehmen, und sie hat das Gefühl, das noch etwas anderes mit ihr nicht stimmen könnte. Der Psychiater überweist sie für eine neuropsychologische Evaluierung, die helfen soll, die neu aufgetretenen kognitiven Defizite zu erklären.

Neuropsychologische Bewertung

- Differenzialdiagnose
 - Missbrauch von Alkohol/Drogen/Medikamenten
 - Schlafstörung
 - Weitere neurologische Störungen, z. B. Demenz (unwahrscheinlich)
 - Weitere auftretende Krankheitszustände
- Weitere Abklärungen
 - Es ist wichtig, vom Patientengespräch und idealerweise von anderen Informanten, das Ausmaß der früheren Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit zwischen den Episoden zu dokumentieren
 - Ziel ist es, sicherzustellen, dass die Wahrnehmung der „Andersartigkeit“ dieser Episode den Tatsachen entspricht und keine Reflexion einer verbleibenden Dysphorie ist

Der Neuropsychologe schaut sich die Krankengeschichte ganz genau an und möchte Medikamentenmissbrauch, Schlafstörungen weitere potenzielle neurologische Erkrankungen oder weitere auftretende medizinische Erklärungen ausschließen. Das Wichtige an dieser Stelle ist das Wort „auftretend“. Dies wird auf der Grundlage des Patientengesprächs und anderer Informanten bestimmt. Neuropsychologen werden diese Informationen zusammen mit funktionellen Beschreibungen aus. Die Funktionsfähigkeit der Patientin wurde nach dem Fahrradunfall wiederhergestellt. Damit können wir uns selbst rückversichern, um dann ggf. der Patientin zu bestätigen, dass ihr derzeitiger Zustand nicht im Widerspruch zu einer MDD-Episode steht.

Dr. McIntyre: Ein sehr hilfreicher Fall. Ich muss auf einige von Ihnen angesprochenen Punkte eingehen; einer davon ist die Messung. Subjektive Messung, objektive Messung – geben Sie einer dieser Messung den Vorrang vor der jeweils anderen?

Subjektive und objektive Bewertungen der Funktionsfähigkeit

- Sowohl die subjektive als auch die objektive Messung der Defizite ist zu berücksichtigen
- Subjektive Bewertungen
 - Können von einer Stimmungsepisode beeinflusst sein
- Objektive Bewertungen
 - Hier ist ein vorheriger Test beim Patienten für Vergleichszwecke erforderlich

Dr. Jaeger: Nein, das tue ich nicht. Ich schätze aus einer Reihe von Gründen subjektive Beobachtungen. Mit objektiven Tests vergleichen Sie, sofern die Person nicht bereits zuvor getestet worden ist, eine Person mit der in einer Population üblichen Norm. Sofern er keine Extremwerte hervorbringt, ist es sehr schwierig, absolut sicher zu sein, ob Sie ein Defizit erkennen und eine Verschlechterung gegenüber der vorherigen Funktionsfähigkeit sehen. Außerdem müssen mit einer objektiven Messung festgestellte Defizite in einen Kontext eingeordnet werden, wie dies auch mit der subjektiven Messung geschieht. Sicherlich wird inmitten einer Verstimmungsepisode subjektiv häufig ein größeres Defizit gesehen, als dies objektiv der Fall wäre.

Dr. McIntyre: Was mir wirklich aufgefallen ist, und ich werde meine Kollegen um ihre Meinung bitten, ist die große Verbreitung und Häufigkeit dieser von Patienten vorgetragenen Beschwerden. Mit diesen verbleibenden Schwierigkeiten, auch wenn sie nicht übermäßig an einer Depression leiden, ist mir aufgefallen, wie häufig Patienten dieses kognitive Defizit der Medikation anlasten. Darüber bestehen keine Zweifel: Medikationen können in einigen Fällen die kognitive Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.^[5] Ich habe aber oft erlebt, dass mit dem Finger auf die Medikation gezeigt wurde, wenn das Defizit tatsächlich Ausdruck der Aktivität eines kontinuierlichen Krankheitsprozesses oder ein Folgeschaden eines kontinuierlichen Krankheitsprozesses sein kann. Was denken Sie dazu?

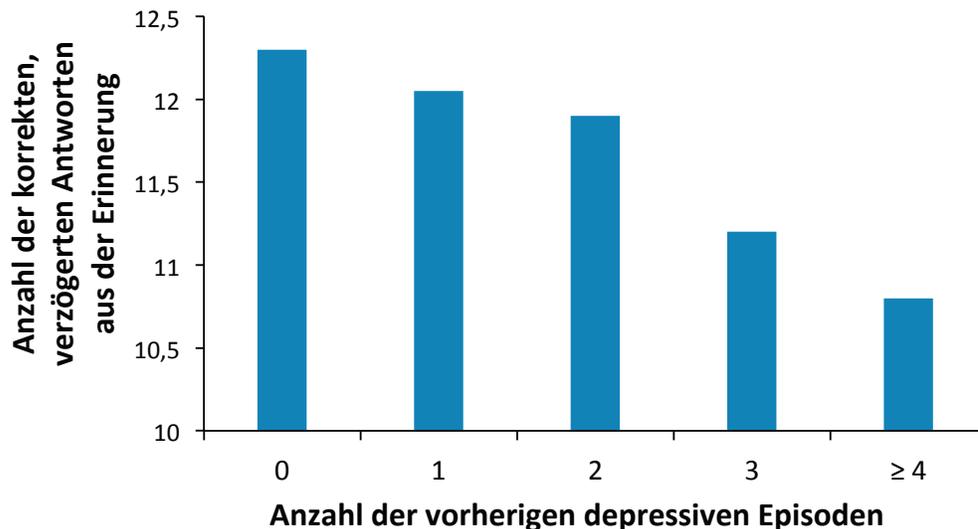
Dr. Culpepper: Wir sehen diese Fälle so, dass sie immer dann auftreten, wenn der Patient die Behandlung ein oder zwei Monate zuvor gestoppt hat und sich nun in einem Rezidiv befindet. Ja, das ist ganz eindeutig das Verhalten von Patienten, die zu uns zurückkommen.

Dr. Baune: Es ist sehr bedeutsam, diesen Punkt anzusprechen. Bei einer sogenannten „Remission“, also wenn sich der Gesamtzustand der Depression verbessert hat, kann dennoch eine kognitive Dysfunktion vorhanden sein, die einer Medikation zugeschrieben wird. Auch, wenn es einer Medikation zugeschrieben wird, würden Sie dennoch eine weitere Intervention in Betracht ziehen, sowohl pharmakologisch als auch nicht-pharmakologisch – um diese Intervention, die entweder als Nebenwirkung eine kognitive Dysfunktion zur Folge hat oder die kognitive Dysfunktion bei der Remission nicht behandelt, zu

ersetzen. Wie es auch sei, ist es, glaube ich, wichtig, die Behandlungsstrategie zu ändern und hier in diesem besonderen Fall eine Behandlungsstrategie hinzuzufügen. Ich würde eher eine pharmakologische Intervention in Betracht ziehen, die in der Lage ist, eine Verzerrung sowie Nebenwirkungen auf die Kognition zu vermeiden, anstatt diese zu behandeln. Und ich würde außerdem weitere nicht-pharmakologische Interventionen hinzufügen.

Dr. McIntyre: Ich habe häufig eine klinische Position eingenommen. In dieser Hinsicht hätte ich meinen Patienten, der sich ansonsten in einer Remission zu befinden scheint und dennoch noch nicht auf dem gleichen Niveau funktioniert, auf den er gerne funktionieren möchte (d. h., es gibt noch Belege für eine Abnahme), wohl als Stellvertreter, als einen Aufruf zum Handeln gesehen, um auf fortwährende kognitive Probleme zu testen. Judy, was ist Ihre Antwort darauf?

Verringerung der Gedächtnisleistung während der Remission als Funktion einer Depression



Gorwood P, et al. *Am J Psychiatry*. 2008;165:731-739.

Dr. Jaeger: Absolut! Ich glaube, das ist angemessen. Insbesondere bei wiederkehrender MDD gibt es gute Belege dafür, dass bei wiederkehrenden Episoden von Episode zu Episode eine weitere Verschlechterung der kognitiven Dysfunktion oder eine weitere Verschlechterung der Kognition zu erkennen ist. Es ist außerdem wichtig zu verstehen, dass bei Personen mit einer Depression, oder sogar bei Personen, bei denen sich die Verstimmungssymptome in einer Remission befinden, bereits eine leichte Herausforderung ihres normalen Kognitionsniveaus, eine Verschlechterung des normalen Kognitionsniveaus, eine funktionelle Herausforderung darstellen kann. Ich würde mir nicht wünschen, dass jemand mir die Hälfte einer Standardabweichung wegnimmt. Das würde wirklich mein Leben beeinträchtigen.

Kognitive Beeinträchtigung bei MDD und funktionelle Beeinträchtigung

- Konzentrations-, Aufmerksamkeitsprobleme und Schamgefühle regulierten etwa 1/2 der Verbindung zwischen MDD und der Beeinträchtigung^[a]
- Die Leistung am Arbeitsplatz wurde in einem größeren Ausmaß durch die kognitive Dysfunktion und nicht so sehr durch den Schweregrad der Depressionssymptome erklärt, obwohl der letztere Punkt für die globale Messung der Behinderung von Bedeutung war^[b]

a. Buist-Bouwman MA, et al. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:451-458.

b. Lam EW, et al. *Can J Psychiatry.* 2014;59:649-654.

Dr. Culpepper: Ich sehe auch, dass diese Patienten häufig mit Bedenken und Beschwerden hinsichtlich ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit zu uns kommen. Wenn Sie etwas tiefer bohren, erkennen Sie, dass sie die gleichen Probleme bezüglich des familiären und sozialen Lebens haben, mit Scheidung usw. Aber sie sehen das einfach als Teil ihres Lebens, wohingegen es mit dem Beruf angeblich eine ganz andere Sache sei, und hier wird ihnen ihr Vorgesetzter wohl zustimmen. Für mich ist das der Hinweis, dass sich kognitiv etwas verändert.

Dr. McIntyre: Ich arbeite mit Angestellten des öffentlichen und privaten Sektors in kleinen, mittelständigen oder großen Unternehmen. Diese sind, häufig aufrichtig erstaunt darüber, dass ich eine Rückkehr zur Arbeit ausschließe, auch wenn sich die Symptome ihrer Depression gebessert haben. Ich glaube, dass es unsere Pflicht ist, die Kognition zu testen und ihre Relevanz für das Leben dieser Personen zu erläutern, so wie sie es sich auch für ihre Mitarbeiter wünschen würden.

Dr. Baune: Ich möchte ebenfalls eine Komponente zur Behandlung hinzufügen. Ich würde sagen, dass eine CBT, was eine sehr häufige Behandlung für Patienten mit einer Depression ist, eine gute kognitive Funktionsfähigkeit, die Fähigkeit, korrekt zu funktionieren und die Informationen zu verstehen, erfordert, um Informationen verarbeiten zu können und dann gute kognitive Ergebnisse sowie gute Ergebnisse hinsichtlich der Depression zu erzielen. Das ist ein weiterer, sehr wichtiger Punkt, der für eine wirksame CBT angesprochen werden sollte.

Dr. Culpepper: Beim ersten Fall ist mein Patient immer noch zur Arbeit gegangen, also habe ich alles unternommen, dass sie diese Arbeit *behalten* konnte.

Dr. Jaeger: Sie möchten diese Arbeit nicht verlieren.

Dr. Culpepper: Bei einem Patienten, der bereits nicht mehr im Arbeitsleben steht, möchte ich sicherstellen, dass dieser Patient in der Lage ist zu funktionieren, wenn er oder sie wieder eine Arbeit aufnimmt. Es ist ein etwas anderer Ansatz, sicherzustellen, dass Patienten kognitiv soweit wiederhergestellt sind, dass sie bei einer erneuten Arbeitsaufnahme fit genug sind.

Dr. McIntyre: Davon ausgehend, dass wir in unterschiedlichen Gesundheitssystemen tätig sind: Können Sie uns Ihre Meinung zu diesen Systemen mitteilen, und wie Sie es realistischerweise angehen würden?

Dr. Culpepper: Ich glaube, unsere Fälle zeigen, dass wir alle unsere Rollen eingenommen haben, gleich, ob wir PCP, Psychiater oder Neuropsychologe sind. Ganz bestimmt verfüge ich nicht über die Zeit – und das Fachwissen – um mich mit schwierigeren Fällen mehr zu beschäftigen. Dennoch können wir eine Rolle einnehmen, die für eine Kollaboration geeignet ist.

Dr. Baune: Mein Standpunkt ist der, dass ich mich dem von Ihnen Gesagten definitiv anschließen würde, würde aber hinzufügen, dass wir ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Modelle für die Behandlung der Depression in diesem speziellen Fall haben. Das ist hinsichtlich einer Zusammenarbeit ein wichtiger Punkt. Außerdem müssen wir uns gegenseitig aufklären. Das ist, meiner Meinung nach, von zentraler Bedeutung.

Dr. Jaeger: Dem stimme ich zu. Neuropsychologen sind beratende Experten. Sie übergeben uns die schwierigen Fälle, wo man bzgl. der Diagnose rätselt. Ich hoffe, dass sich die Anzahl der Fälle erhöht, bei denen das Messen und Überwachen einen höheren Stellenwert genießt, und wo die Rückmeldung bezüglich der vom Patienten wahrgenommenen Dysfunktion zu Ihrer Aufklärung des Patienten beitragen wird. Es erscheint mir, dass ein großer Teil der Fälle, die wir aus der Perspektive eines PCP präsentieren, zu dieser Aufklärung beitragen wird. Das stimmt sicher beim Fall, der von Bernhard vorgestellt wurde.

Dr. Culpepper: Der kognitive Aspekt ist sehr häufig anzutreffen, und das ist ein Umstand, dem ich meine Aufmerksamkeit schenken muss.

Dr. Jaeger: Neuropsychologen müssen Sie dabei unterstützen, indem sie für eine gute Evaluierung und Messung im Zeitverlauf sorgen.

Dr. McIntyre: Alles hervorragende Kommentare. Ich darf noch erwähnen, dass beim Gespräch mit den Patienten berücksichtigt werden sollte, dass diese von einer Behandlung ihrer Depression eine Rückkehr der Lebensqualität, der Verbesserung der Funktionsfähigkeit und ein Gefühl des Bewusstseins erwarten. Da wir sie in dieser Hinsicht nicht aufgeklärt haben, sind Patienten dann häufig demoralisiert, denn sie verstehen nicht, warum sie nicht wieder zu ihrem normalen Leben zurückfinden können. Die Menschen wieder in die richtige Bahn zu bringen, ist von sehr großer Bedeutung.

Schlussfolgerungen

- Kognition ist eine transdiagnostische Dimension und eine häufig auftretende Störung bei Erwachsenen mit MDD, wenn diese erkrankt sind, sowie während der sogenannten Phasen der Remission
- Kognitive Probleme sind sehr stark mit einer beeinträchtigten Funktionsfähigkeit, und dies bereichsübergreifend, und mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzungen durch den Patienten verbunden (z. B. Lebensqualität)
- Die kognitive Funktion muss sequenziell im Zeitverlauf gemessen werden
- Wiederholt auftretende Zustände, die zur gesamten kognitiven Beeinträchtigung beitragen können, sind zu berücksichtigen und, sofern möglich, zu ändern, damit der Patient in die bestmögliche Position für das Erreichen einer mehrdimensionalen Remission gebracht wird

Ich möchte mich bei Ihnen allen bedanken, dass Sie heute teilgenommen und uns Ihre Fälle geschildert haben. Aus diesen Präsentationen und aus der Diskussion konnten wir mehrere Botschaften ableiten. Zunächst wurden wir daran erinnert, dass die Kognition nicht nur eine transdiagnostische Dimension ist, sondern auch eine häufig auftretende Störung bei Erwachsenen mit einer Depression – nicht nur, wenn diese erkrankt sind, sondern auch während der sogenannten Phasen der Remission. Der Punkt, den wir versucht haben markant hervorzuheben, ist einer, der von den Ärzten, den Patienten und den Familien angesprochen wurde: kognitive Probleme sind sehr stark mit einer beeinträchtigten Funktionsfähigkeit, und zwar bereichsübergreifend, sowie mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzungen durch den Patienten verbunden, wie z. B. Lebensqualität und Rückkehr zum gewünschten Leben. Wenn wir dies zusammenfassend betrachten, stellt dies m. E. die Definition eines primären therapeutischen Zieles dar. Ich stimme meiner Kollegin Judy zu, dass es mit der Messung und der sequenziellen Messung im Zeitverlauf beginnt. Ich glaube, dass wir auch die wiederholt auftretenden Zustände ansprechen müssen, die zur gesamten kognitiven Beeinträchtigung beitragen können, und ändern müssen, was wir ändern können, um unsere Patienten in die bestmögliche Position nicht nur für das Erreichen einer Remission, sondern einer mehrdimensionalen Remission, einschließlich einer verbesserten Kognition, bringen zu können.

Es beginnt mit Prävention. Sobald Patienten mit Problemen zu uns kommen, entscheiden wir uns für pharmakologische und nicht-pharmakologische Ansätze, um unseren Patienten die besten Chancen für optimale Behandlungsergebnisse zu sichern.

Abkürzungen

ADHD	=	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität
BAC	=	Alkoholspiegel im Blut
CBT	=	kognitive Verhaltenstherapie
IL	=	Interleukin
MDD	=	Major Depressive Disorder
PHQ-9	=	Fragebogen zur Patientengesundheit mit 9 Elementen
PCP	=	Allgemeinmediziner
SNRI	=	Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	=	selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TNF	=	Tumor-Nekrose-Faktor

Referenzen

1. Samuels MH. Thyroid disease and cognition. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2014;43:529-543.
2. Prickett C, Brennan L, Stolwyk R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9:93-113.
3. Umegaki H. Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1011-1019.
4. Eyre H, Baune BT. Neuroplastic changes in depression: a role for the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.
5. Popovic D, Vieta E, Fornaro M, Perugi G. Cognitive tolerability following successful long term treatment of major depression and anxiety disorders with SSRI antidepressants. *J Affect Disord*. 2015;173:211-215.

Haftungsausschluss

Dieses Dokument ist ausschließlich zu Schulungszwecken bestimmt. Für das reine Lesen dieses Dokuments werden keine Continuing Medical Education (CME) Credits vergeben. Wenn Sie an dieser Schulung teilnehmen möchten, gehen Sie bitte zu <http://www.medscape.org/collection/mdd08>

Bei Fragen zum Inhalt dieses Schulungsangebots kontaktieren Sie bitte den Schulungsträger für diese CME-Schulung unter CME@webmd.net.

Wenn Sie technische Hilfe brauchen, kontaktieren Sie CME@medscape.net

Die angebotene Schulung kann nachgestellte fallbasierte Szenarien beinhalten. Die in den Szenarien beschriebenen Patienten sind erfunden und Ähnlichkeiten mit lebenden Personen sind nicht beabsichtigt und sollten nicht abgeleitet werden.

Die hier angebotenen Inhalte reflektieren nicht zwangsläufig die Ansichten von WebMD Global, LLC, oder von Unternehmen, die dieses Fortbildungsprogramm auf [medscape.org](http://www.medscape.org) fördern. Es werden womöglich therapeutische Produkte, die nicht von der Europäischen Arzneimittel-Agentur für den Gebrauch in Europa zugelassen sind, oder der nicht-zugelassene Gebrauch von zugelassenen Produkten besprochen. Vor dem Gebrauch eines jeglichen hier diskutierten therapeutischen Produkts sollte ein Arzt konsultiert werden. Die Leserin und der Leser werden aufgefordert, alle Informationen und Daten vor der Behandlung von Patienten oder vor der Anwendung einer der in diesem Fortbildungsangebot beschriebenen Therapien zu überprüfen.

Medscape Education © 2015 WebMD Global, LLC