Depression im Kindes- und Jugendalter

Kein klarer Vorteil von Antidepressiva gegenüber Placebo

Fragestellung: Die Metaanalyse verglich die Wirksamkeit verschiedener Antidepressiva und Placebo bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Hintergrund: Die majore Depression ist die häufigste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen. Nutzen und Risiken von Antidepressiva in dieser Altersgruppe werden kontrovers diskutiert.

Patienten und Methodik: Bei der hier vorliegenden Studie handelt es sich um eine Netzwerkmetaanalyse zur Identifizierung direkter und indirekter Evidenz aus den relevanten Studien. Eingeschlossen wurden alle publizierten und nicht publizierten doppelblinden, randomisierten, kontrollierten Studien, die bis 31. Mai 2015 für die Akutbehandlung einer Major Depressive Disorder bei Kindern und Jugendlichen registriert waren. Folgende Medikamente kamen in den Studien zum Einsatz:

Cipriani A, Zhou X, del Giovane C et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 881–90

Amitriptylin, Citalopram, Clomipramin, Desipramin, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Imipramin, Mirazapin, Nefazodon, Nortriptylin, Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin. Die primären Outcome-Parameter

waren Wirksamkeit und Verträglichkeit (Abbruch aufgrund von Nebenwirkungen). Studien mit therapieresistenten Patienten, einer Behandlungsdauer von weniger als vier Wochen sowie Studien mit weniger als zehn Teilnehmern wurden nicht in die Metaanalyse aufgenommen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 34 Studien mit zusammen 5.260 Teilnehmern und 14 antidepressiven Behandlungen in die Metaanalyse eingeschlossen. Die Kinder waren im Mittel 13,6 Jahre alt.

Die Qualität der Evidenz wurde bei den meisten Vergleichen als sehr niedrig eingestuft. Im Hinblick auf Wirksamkeit zeigte sich lediglich für Fluoxetin eine statistisch signifikante Wirksamkeit im Vergleich mit Placebo (standardisierte Mittelwertdifferenz 0,51). Fluoxetin war auch besser verträglich als Duloxetin und Imipramin. In Studien mit Imipramin, Venlafaxin und Duloxetin waren mehr Therapieabbrüche als in den jeweiligen Placeboarmen.

Schlussfolgerungen: Im Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Profil von Antidepressiva in der Akutbehandlung von schweren depressiven Episoden im Kindes- und Jugendalter scheinen Antidepressiva keinen klaren Vorteil gegenüber Placebo zu haben. Fluoxetin ist vermutlich die beste Option, wenn eine pharmakologische Behandlung indiziert ist.

– **Kommentar** von Ulrich Voderholzer, Prien am Chiemsee

Psychotherapie bleibt im Kindes- und Jugendalter die erste Option

Da bei Kindern und Jugendlichen bei weitem weniger Studien zur Wirksamkeit von Antidepressiva bei Depression vorliegen als bei Erwachsenen, ist die vorliegende Metaanalyse sehr wertvoll. Hervorzuheben ist auch, dass nicht nur publizierte, sondern auch unpublizierte Studien eingeschlossen wurden und somit ein möglicher Publikationsbias mit berücksichtigt ist.

Die Evidenz für die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen mit Depression ist bisher sehr gering, so dass die Schlussfolgerungen der Autoren, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis für die Einnahme von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen sehr ungünstig ausfällt, gut nachvollziehbar ist. Zudem ist bislang noch zu wenig bekannt, welche Auswirkungen Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen auf das ZNS haben (Adaptationsvorgänge etc.), was ebenfalls für Zurückhaltung spricht. Psychotherapie sollte daher immer die erste Option bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter sein. Einschränkend sollte aber gesagt werden, dass depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungsstadi-

en sehr heterogen sind, und dass insbesondere auch bei Jugendlichen Überlappungen mit emotional instabilen Persönlichkeiten und Angststörungen bestehen, weshalb die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie eventuell auch schwerer darstellbar sein dürfte. Darüber hinaus könnten die Studien auch durch mangelnde Compliance der Einnahme gebast sein, falls nicht regelmäßig Spiegelkontrollen durchgeführt wurden.

Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer, Prien am Chiemsee

Ärztlicher Direktor
Schön Klinik Roseneck, Psychosomatik
E-Mail: uvoderholzer@schoen-kliniken.de