

zierten Studien eine wesentlich niedrigere durchschnittliche Effektstärke hatten und wohl größtenteils Studien mit negativem Ergebnis waren.

### Maßnahmen gegen Underreporting

Driessen et al. kommen zu dem Schluss, dass Underreporting in der Psychotherapie-Forschung zur Depressionsbehandlung numerisch ein ähnliches Ausmaß hat wie in der Antidepressiva-Forschung und zu einer vergleichbaren Überschätzung der Wirksamkeit führt. Da im Falle der Psychotherapie-Forschung die pharmazeutische Industrie nicht angeschuldigt werden kann, wird deutlich, dass eine Reihe von anderen Faktoren (wie zum Teil möglicherweise auch in der Psychopharmakotherapie-Forschung!) dafür verantwortlich ist, so

unter anderem persönliches Interesse, Karrieredruck, Psychotherapieschulbedingter Bias, Schwierigkeit der Publikation von Negativstudien.

Die Autoren fordern, durch Einrichtung von verpflichtenden Studienregistern für Psychotherapiestudien die Problematik des Underreporting in den Griff zu bekommen. Dem kann man nur zustimmen. Obendrein sollte diese Problematik im Rahmen der Erstellung von Leitlinien, unter anderem der Revision der deutschen S3-Leitlinie zur Depressionsbehandlung, berücksichtigt werden!

### Quelle

Driessen E, et al. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US National Institutes

of Health-funded trials. PLOS One published online September 30, 2015; doi:10.1371/journal.pone.0137864.

### Literatur

1. Cuijpers P, et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. Br J Psychiatry 2010;196:173–8.
2. Flint J, et al. Is there an excess of significant findings in published studies of psychotherapy for depression? Psychol Med 2015;45:439–46. Epub 2014 Jul 25.
3. Kirsch I, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008;5:e45.
4. Turner EH, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med 2008;358:252–60.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller,  
München

## Zerebrale Blutungen

### Die Kombination von Antidepressiva und nichtsteroidalen Antirheumatika erhöht das Risiko intrakranieller Blutungen

**Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Einige Antidepressiva, insbesondere selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, sind gleichzeitig Thrombozytenfunktionshemmer und können per se das Blutungsrisiko erhöhen. Das erhöhte Blutungsrisiko von nichtsteroidalen Antirheumatika bezüglich gastrointestinaler sowie intrakranieller Blutungen ist seit Langem bekannt. Gute Studien zur Häufigkeit intrakranieller Blutungen in der Kombinationstherapie versus Monotherapie gibt es allerdings bisher nicht.**

 Mit einem Kommentar von Prof. Dr. Hans-Christoph Diener, Essen

Die Autoren griffen auf das nationale Krankenkassenregister aus Korea im Zeitraum zwischen 2009 und 2013 zurück. Zunächst wurden Patienten identifiziert, die innerhalb des letzten Jahres neu mit einem Antidepressivum behandelt worden waren. Ausgeschlossen wurden Patienten, die innerhalb eines Jahres vor Therapiebeginn die Erst- oder Zweitdiagnose für eine zerebrovaskuläre Erkrankung erhalten hatten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Patienten mit intrakraniellen Blutungen zum Zeitpunkt des Therapiebe-

ginnns sowie Patienten älter als 99 Jahre. Die Gesamtpopulation dieser retrospektiven Kohortenstudie betrug 5 168 833 Personen. Von diesen Patienten nahmen 2404054 die Kombination eines Antidepressivums mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum und 2764779 ein Antidepressivum als Monotherapie. Anschließend wurden die beiden Populationen bezüglich der wichtigsten Prädiktoren für Blutungen gematcht, darunter Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und andere Medikamente. Somit standen für den Vergleich je

2072613 Patienten in der Kombinationstherapie und in der antidepressiven Monotherapie zur Verfügung. Primärer Endpunkt war die Krankenhausaufnahme wegen intrakranieller Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach Beginn der Therapie.

Die Patienten waren im Mittel 52 Jahre alt, und 39% der Patienten waren männlich.

In der Gruppe, die nur Antidepressiva erhielt, traten 169 intrakranielle Blutungen auf und in der Gruppe, die Antidepressiva und nichtsteroidale Antirheumatika erhielt, 573 Blutungen. Dies entspricht einem adjustierten Hazard-Ratio von 1,6, das signifikant war (95%-Konfidenzintervall 1,32–1,85,  $p < 0,001$ ). Das erhöhte Risiko bestand sowohl bei der Einnahme von trizyklischen Antidepressiva als auch von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. Bei Einnahme selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer war das Risiko intrakranieller Blutungen nicht erhöht. Diese Gruppe umfasste allerdings in beiden Kohorten mit jeweils rund 3000 Patientenjahren nur etwa 3% der beobachteten Expositionszeit. Im statistischen Vergleich zeigten sich zwischen den Antidepressiva-Gruppen keine Unter-