

Wenns brennt

Was tun in der akuten psychotischen Krise?

LISSABON – Wenn alles schnell gehen muss, entscheiden Diagnosequalität, Wahl und Dosierung der Medikamente mit über die Langzeitprognose. Dabei ist es entscheidend, in der Akutphase zunächst Aggression und Agitation, dann die Positivsymptomatik zu lindern.

Hinter einer akuten psychotischen Krise kann vieles stecken. Von der Schizophrenie bis zur Bipolaren Störung ist die ganze Palette möglich. Trotz der sich meist überstürzenden Ereignisse muss möglichst schnell eine akkurate Diagnose gestellt und fürs Erste mit einer schnellen Intervention die „brennenden“ Symptome Agitation und Aggression gelindert werden. Nachdem

muss möglichst schnell eine akkurate Diagnose gestellt und fürs Erste mit einer schnellen Intervention die „brennenden“ Symptome Agitation und Aggression gelindert werden. Nachdem

das Feuer der ersten 24 Stunden bis drei Tage gelöscht ist, die akuten Symptome, das Verletzungsrisiko, Agitation sowie Eigen- und Fremdaggression im Griff sind, geht es in den nächsten vier bis 14 Tagen um die Linderung der eigentlichen Positivsymptomatik wie Wahn und Halluzination und – bei manischen Patienten – um die floride manische Symptomatik.

Die Behandlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)¹ raten als Firstline Medikation bei Schizophrenie zu atypischen Antipsychotika aufgrund der geringeren Rate an extrapyramidal-motorischen Störungen bei vergleichbarer Wirksamkeit gegenüber typischen Antipsychotika. Dabei ist laut DGPPN bei krankhafter Erregung, Angst und innerer Unruhe die zeitlich befristete Kombination mit einem Benzodiazepin (z. B. Lorazepam) empfehlenswert.

Bei der Auswahl der Darreichungsform in der Akutbehandlung bevorzugen laut neuer Untersuchungen sowohl Arzt als auch Patient – wenn immer möglich – die orale Form.²⁻⁵ Auch die DGPPN-Guideline empfiehlt in der Akutbehandlung die orale

Applikationsform als am wenigsten invasive Massnahme zu wählen.¹ So wird bei guter Wirksamkeit die Patientenautonomie am besten gewährleistet – was wiederum den ersten wichtigen Schritt in eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und die Basis für die Compliance in der Langzeittherapie darstellen kann.

Was die Wahl des atypischen Antipsychotikums betrifft, so sind die verfügbaren Medikamente ähnlich gut und ähnlich schnell wirksam. Dies spiegelt sich auch in einer aktuellen retrospektiven Studie bei 137 akut psychotischen Patienten in der Hospitalisationsdauer wider:⁶ Den Patienten wurde als Atypikum Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon verabreicht. Alle Patienten konnten nach ca. 16 Tagen aus der Akutstation entlassen werden. In der mit Quetiapin behandelten Gruppe waren allerdings signifikant weniger Benzodiazepine im Vergleich zu den mit Olanzapin und Risperidon behandelten nötig.

Bezüglich der Dosierung der Atypika zeigt diese Studie die Notwendigkeit einer individuellen Vorgehensweise im Klinikalltag: während die Durchschnittsdosen bei der Entlassung für Risperidon 4,1 mg/d, für Olanzapin 22,5 mg/d und für Quetiapin 576 mg/d betragen, lag das Dosispektrum im Fall von Quetiapin bei 50 bis 1800 mg/d⁺, bei Risperidon bei 0,5 bis 12 mg/d⁺ und für Olanzapin bei 5 bis 40 mg/d⁺.

Nach Abklingen der Positivsymptomatik rückt ab etwa der dritten Behandlungswoche die Langzeittherapie in den Fokus der Behandlung. „Nun muss Ausschau nach negativen und kognitiven Symptomen gehalten werden, die viel massgebender für die Prognose sind als die alles übertönenden Positivsymptome“, rät Dr. Celso Arango, Servicio de Psiquiatria, Hospital Gregorio Marañón Hospital, Madrid, am AstraZeneca Neurosciencekongress.

Referenzen:

- 1 Praxisleitlinien der DGPPN in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Steinkopf Darmstadt, 2006
- 2 Allen MH et al., Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies, J Postgrad Med 2001; 1–88
- 3 Allen MH et al., Treatment of behavioral emergencies 2005, J Psychiatr Pract 2005; 11 (Suppl 1): 5–25
- 4 Allen MH et al., What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency?, J Psychiatr Pract 2003; 9: 39–58
- 5 Currier GW, Medori R, Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies, J Psychiatr Pract 2006; 12: 30–40
- 6 Keks N et al., Clinical experience with atypical antipsychotics in an acute inpatient unit: Focus on quetiapine, Int J Psychiatry Clin Pract 2006; 10: 138–141

Therapie des akuten psychotischen Schubes

Schnell und zukunftsgerichtet handeln

LISSABON – Bei Patienten in der akut psychotischen Phase sind rasche Taten gefragt. Einerseits müssen Agitation, Feindseligkeit und Angst rasch gelindert werden und andererseits muss bereits an die Langzeitprognose gedacht werden. Der spätere Krankheitsverlauf kann nämlich während der akuten Behandlung durchaus beeinflusst werden, betont Dr. Celso Arango, Servicio de Psiquiatria, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, in einem Interview mit Medical Tribune anlässlich des internationalen AstraZeneca Neurosciencekongresses. Worauf bei atypischen Antipsychotika zu achten ist, verrät der spanische Psychiater im Gespräch.

? MT: Wie sind Ihre Erfahrungen mit der raschen Aufdosierung des atypischen Antipsychotikums Quetiapin?

Dr. Arango: Wir haben seit vier Jahren in der Tat eine grosse Erfahrung mit Quetiapin im akuten psychotischen Setting. Wir dosieren sehr rasch auf. Am ersten Tag beginnen wir mit 200 mg und steigern pro Tag um weitere 200 mg.* Zwischen 600 und 800 mg unterscheiden sich die Nebenwirkungen praktisch nicht und sie sind vorübergehend. Ein Nachteil des Antipsychotikums, der aber zumindest zu Beginn, wenn die Patienten noch sehr agitiert und ängstlich sind, als Vorteil angesehen werden kann, ist seine sedierende Nebenwirkung.

? Gibt es Probleme mit Müdigkeit oder Orthostase?

Dr. Arango: Die Müdigkeit tritt infolge rascher Aufdosierung nicht stärker auf als bei normaler Verabreichung. Die orthostatische Hypotonie dagegen kann in den ersten Tagen auftreten. Bei hohen



Dr. Celso Arango

Dosen muss man dafür sorgen, dass der Patient nicht zu schnell aufsteht. Wir instruieren das Pflegepersonal in unserer Klinik entsprechend.

? Welche Quetiapindosis sollte Ziel der Aufdosierung sein?

Dr. Arango: Das ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Die meisten sprechen bei einer Dosis von 400 bis 600 mg auf Quetiapin an. Sieht man auf diesem Niveau aber noch keine Wirkung und lassen es die Nebenwirkungen zu, würde ich erst 800 oder sogar 1000 mg ausprobieren, bevor ich denke, dass der Patient nicht auf Quetiapin anspricht.⁺ Denn es gibt durchaus solche, die erst bei solch hohen Dosen ansprechen.

? Unterscheiden sich Manie und Schizophrenie im Akutfall in punkto rascher Aufdosierung?

Dr. Arango: In der Langzeiterhaltungstherapie unterscheiden sich die Therapiestrategien durchaus. In der akuten Phase meiner Meinung nach aber nicht. Auch für die akute Manie erachte ich eine rasche Steigerung auf 800 mg Quetiapin als gerechtfertigt.

? Welche Komedikation würden Sie im akuten Fall empfehlen?

Dr. Arango: Wenn es bei grosser Agitation und Angst nötig ist, bevorzugen wir Benzodiazepine als Komedikation zum Antipsychotikum und beginnen auch mit dieser Kombination. Denn bis das Antipsychotikum seine volle Wirkung entfaltet, kann es ein bis drei Wochen dauern. Angstzustände als Teil der positiven Symptomatik einer Psychose erzeugen aber einen hohen Leidensdruck. Dagegen können Benzos kurzzeitig sehr effektiv eingesetzt werden. Weil eine nützliche Nebenwirkung von Quetiapin aber Sedierung ist, braucht es nicht immer den Zusatz von Benzos oder nur in reduzierter Menge.

? Was sollte ein Arzt Ihrer Meinung nach tun, wenn der Patient die Akuttherapie verweigert?

Dr. Arango: Wir können einen Patienten nicht zur Therapie zwingen. Wenn er jedoch eine Gefahr für sich selbst oder für andere darstellt, sieht die Sachlage anders aus. Dann, denke ich, sollte man den

Patienten gegen seinen Willen behandeln. Wenn er dann nach der Akutphase wieder urteilsfähig ist, sollte man ihn entscheiden lassen, ob die Therapie weitergeführt werden soll.

? Worauf ist bei der akuten Therapie noch zu achten?

Dr. Arango: Fragen Sie den Patienten in dieser Phase unbedingt, wie er sich fühlt. Sprechen Sie mit ihm während der Hospitalisierung, während der Medikamenteneinnahme. Denn nach der akuten Phase wird er Erinnerungen daran haben. Je weniger schlecht diese sind, desto besser können sie verarbeitet werden und desto weniger abgeneigt wird der Patient gegenüber medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen in Zukunft sein. Auch wenn Sie gegen den Willen des Patienten behandeln müssen – sprechen Sie mit ihm, hören Sie ihm zu, auch wenn er Ihnen Unzusammenhängendes erzählt. Erklären Sie ihm deutlich, warum Sie das machen müssen, auch wenn Sie damit im Moment auf Unverständnis stossen. Mit der Zeit wird er in der Lage sein, das verstehen und schätzen zu können.

*Diese Aufdosierung entspricht nicht dem aktuellen Aufdosierungsschema in der Fachinformation von Seroquel®

⁺ Aktuelle in der CH registrierte Höchstdosen: Seroquel®: Bis 750 mg/Tag bei Schizophrenie, bis 800 mg/Tag bei Manie Olanzapin: Bis 20 mg/Tag bei Schizophrenie und bipolarer Erkrankung Risperidon: Bis 6 mg/Tag bei Schizophrenie und Manie