

Psychosen früh erkennen vermeidet Probleme

Bitte nicht verpassen!

MÜNCHEN – Eine Erfolg versprechende Therapie der Psychose beginnt bei der Früherkennung. Je länger die Schizophrenie unentdeckt bleibt, desto schlechter wird sie therapierbar. Die Bevölkerung sensibilisieren und die unentdeckten Psychosepatienten aufspüren, heisst deshalb die Devise. Welche Probleme sich dann mit den Neuentdeckungen stellen können, berichtet Dr. Martin Lambert, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, am Satellitensymposium von AstraZeneca anlässlich des 13. Jahreskongresses der Association of European Psychiatrists.

Nur bei einem von zehn Psychosepatienten bemerkt die nähere Umwelt, was dem Mitmenschen fehlt. Das hat Folgen. Je länger eine beginnende Psychose unentdeckt oder unbehandelt bleibt, desto ausgeprägter werden die Symptome. Die positiven sowie die negativen Symptome können sich verstärken, die Fähigkeit Hilfe aufzusuchen nimmt ab, was weitere Konsequenzen bis hin zur Verwahrlosung nach sich ziehen kann (siehe Kasten). So lautet die aktuelle Hypothese. Dieser Theorie zufolge müsste eine frühzeitige Entdeckung den Verlauf demnach abmildern können. Würden demzufolge Bevölkerungs-Aufklärungsprogramme etwas bringen und die sonst in der Masse untergehenden Erst-Episoden-Psychosepatienten ans Tageslicht befördern? Eine Studie¹ untersuchte diese Fragestellung. Zwei unterschiedliche schwedische Regionen mit Einzugsgebieten von 300 000 bis 400 000 Einwohnern wurden dabei verglichen. In der einen Region wurde intensiv Aufklärung zur Früherkennung in Zeitungen, Schulen, Kino und Fernsehen betrieben. In der anderen Region geschah nichts dergleichen.

Die Schlussresultate stehen zwar noch aus, doch vorläufige Daten zeigen ein klares Bild: In beiden Regionen wurden etwa gleich viele Erst-Episoden-Psychosepatienten entdeckt, doch waren jene der unaufgeklärten Region in einem wesentlich weiteren Stadium. Jene der aufgeklärten Gegend erreichten im Vergleich zu den später entdeckten bei der ersten Präsentation niedrigere positive sowie negative Werte auf der PANSS²-Skala. Ihr allgemei-

nes Funktionieren sowie die Sprachfähigkeit waren ebenfalls besser, zitierte Dr. Lambert die Studie.

Patienten immer jünger?

Das Aufspüren ist das eine, die Behandlung der frisch entdeckten aber nochmals ein Problem für sich. Eine der grossen Herausforderungen dabei ist das Alter. Beim ersten Auftreten einer psychotischen Episode sind gut ein Fünftel der Psychosepatienten noch keine achtzehn, zitiert Dr. Lambert Daten des Early Psychosis Prevention and Intervention Centre in Melbourne. Das erweckt zwar den Eindruck, dass die Patienten immer jünger würden, hängt aber mit der langen Prodromalzeit der Erkrankung zusammen. „Dieser Umstand macht eine enge Zusammenarbeit mit den Kinderärzten auch mit Fokus auf Kindsmisbrauch notwendig“, betont der Referent.

Ein zweite Klippe ist der verbreitete Substanzmissbrauch. „70 % der Erst-Episoden-Psychosepatienten kamen damit schon einmal in Berührung. 60 % der Patienten konsumieren von Anfang an kreuz und quer. Damit verringert sich natürlich die Chance auf eine Remission. Psychose-therapie heisst deshalb fast immer auch Entwöhnungsprogramm von irgendwelchen Mitteln“, betont Dr. Lambert.

Wer erreicht die Remission?

Ein weiteres grosses Problem mit den frisch entdeckten Psychosepatienten ist das ungenügende Therapieansprechen und die Therapieresistenz. „Nur ein Drittel unserer 344 Studienteilnehmer erreichte eine Vollremission vom Typ I (siehe Kasten) in der 18 Monate dauernden Studie“, berichtet der Psychiater. Ganze 20 % hatten in den eineinhalb

Was heisst Remission?

- Typ I:** Vollremission (< 3 Mte.)
 - Typ II:** Verzögerte Remission (> 3 Mte.), kein Rückfall
 - Typ III:** Remission (< 3 Mte.), Rückfall, Remission (< 3Mte.)
 - Typ IV:** Verzögerte Remission (> 3 Mte.), Rückfall, Remission
 - Typ V:** Remission (< 3 Mte.), Rückfall, keine Vollremission
 - Typ VI:** Keine Vollremission innerhalb 18 Mte.
- Nach Dr. Martin Lambert, AEP 2005

Jahren nie eine Remission (Typ VI). Lässt sich vielleicht voraussagen, wer welchen Verlauf vor sich hat? In der Untersuchung zeigte sich, dass wer nur bis und mit dritten Monat Positivsymptome zeigte, die grösste Chance auf eine Vollremission hatte. Wessen Positivsymptome noch bis zum sechsten Monat auftraten, dessen Chance verringerte sich bereits. Am wenigsten Aussicht auf Vollremission hatten jene, die noch ein ganzes Jahr durch eine Positivsymptomatik auffielen.

¹ Melle et al., Arch Gen Psychiatry 2004; 61:143-150
² Positive and Negative Symptom Score

Therapie der Bipolaren Depression

Moderne Antipsychotika eignen sich besser

MÜNCHEN – Manisch-Depressive sind nicht, wie der Name suggeriert, zur Hälfte manisch und zur Hälfte depressiv. „Fast die halbe Zeit ihres Lebens sind sie symptomatisch und dies zu einem grossen Teil auf der depressiven Seite“, erklärt Dr. Matthias Dobmeier, Psychiatrische Tagesklinik Cham der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychiatrie der Universität Regensburg.

Womit lässt sich diesen Patienten am besten helfen? Einer Therapieüberwachungsstudie zufolge, die die Pharmakotherapie der bipolaren Störung in verschiedenen Kliniken verfolgt, hat ermittelt, dass bei quasi allen manisch-depressiven Patienten mit Antipsychotika behandelt wird. Welche eignen sich dafür besonders? „Die atypischen Antipsychotika Olanzapin, Risperidon und Quetiapin haben ihre Wirkung sowohl bei der Manie als auch bei der

Depression in Doppelblindstudien unter Beweis gestellt. Für Ziprasidon, Aripiprazol und das konventionelle Neuroleptikum Haloperidol gibt es nur in der Manie doppelblinde Evidenz“, erklärt der Experte am Satellitensymposium von AstraZeneca anlässlich des 13. Jahreskongresses der Association of European Psychiatrists. Manisch-depressive Patienten erleiden mehr extrapyramidale unerwünschte Wirkungen (EPS) als Schizophrenie, führt der Referent aus. Ein

guter Grund also, bei bipolaren Patienten von vorneherein moderne Antipsychotika einzusetzen, die weniger EPS provozieren.

Depression ausgebremst

„Ein viel wichtigerer Pluspunkt ist aber die gleichzeitige Wirkung auf die Depression“, findet Dr. Dobmeier. Das zeigte eindrücklich die BOLDER¹-Studie mit Quetiapin (Seroquel®) vs. Plazebo, in der nicht nur Patienten mit der bipolaren Störung vom Typ I eingeschlossen wurden, sondern auch solche vom Typ II (siehe Kasten). „Diese Studie ist realitätsbezogen, denn von den schwieriger zu behandelnden Typ-II-Patienten gibt es mehr als vom Typ I“, merkt der Experte an. Von den 542 eingeschlossenen bipolar depressiven Patienten erhielten während acht Wochen 180 Patienten Quetiapin 600 mg/d, 181 von ihnen bekamen die halbe Dosis (300 mg/d) und 180 Patienten fielen in die Plazebo-gruppe. Hauptendpunkt der Studie war die Veränderung auf der MADRS²-Skala. Und hier geschah Eindrückliches. In acht von zehn Kriterien schnitt das atypische Antipsychotikum in beiden Dosierungen signifikant besser ab als Plazebo (siehe Grafik), wobei die Reduktion der vor allem typisch affektiven Symptome wie Traurigkeit, pessimistische und suizidale Gedanken fast am wichtigsten ist. „Die Verbesserung der einzelnen Kriterien unter

Zwei Sorten Bipolare

- Typ I:** mindestens eine manische oder gemischte Episode. Die Prävalenz beträgt 1 bis 2 %. Bei Männern und Frauen gleich häufig.
- Typ II:** mindestens eine depressive und eine hypomane Episode. Die Prävalenz beträgt > 3 %. Bei Frauen häufiger als bei Männern.

Quetiapin alleine ist gleich gut wie mit Olanzapin und Fluoxetin zusammen“, streicht der Referent die Bedeutung der Resultate heraus. Eine Remission erreichten unter beiden Dosierungen 53 % nach acht Wochen, unter Plazebo trat dies lediglich in 28 % der Fälle auf. Das gefürchtete Ausschwingen auf die andere Seite, nämlich der Manie, trat unter Quetiapin gleich selten ein (2 % unter 600 mg/d bzw. 3 % unter 300 mg/d) wie unter Plazebo (4 %). Die häufigsten unerwünschten Wirkungen waren wie zu erwarten ein trockener Mund, Sedierung, Somnolenz, Verwirrung und Verstopfung.

Die Indikation bipolare Depression ist für Seroquel® von Swissmedic nicht zugelassen.

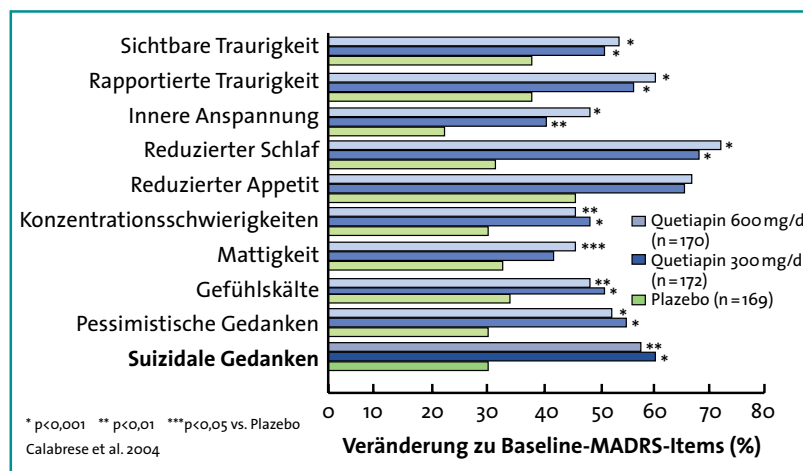
¹ Calabrese J et al., Presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association 2004, New York

² MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

Prodromalphase verpasst

Konsequenzen eines langdauernden Schattendaseins:

- Stärkere Positiv- oder Negativsymptomatik bei Diagnosestellung
 - Langsamere und unvollständige Remission
 - Höhere Rückfallrate
 - Niedrigere Therapieansprechraten
 - Höhere Therapieresistenzrate
 - Stärkere neuropsychologische Defizite
 - Verlust des sozialen Netzwerks, Verlust der Arbeitsstelle, sozialer Abstieg
 - Höhere Suizidrate
 - Mehr Substanzmissbrauchsstörungen
 - Verlust des Selbstwertgefühls
 - Tiefe Lebensqualität
- Nach Dr. Martin Lambert, AEP 2005



Quetiapin 300–600 mg/d verbesserte signifikant acht, resp. neun von zehn MADRS-Symptomen.

Seroquel® Zusammensetzung: Quetiapinum; Filmtabl. zu 25 mg, 100 mg, 200 mg und 300 mg sowie Starterpackung für die Indikation Schizophrenie für 4 Tage; Liste B. **Indikation:** Schizophrenie, manische Episoden bei bipolaren Störungen als Monotherapie oder in Kombination mit Lithium bzw. Valproat. **Dosierung:** Schizophrenie: Titrationsschema beginnend mit 50 mg/Tag bis zur Erhaltungsdosis von 300–450 mg/Tag; Dosisbreite: 150–750 mg/Tag aufgeteilt in 2 Tagesdosen. Manische Episoden bei bipolaren Störungen: Titrationsschema beginnend mit 100 mg/Tag bis zur Erhaltungsdosis von 400–800 mg/Tag; aufgeteilt in 2 Tagesdosen. **Kontraindikation:** Überempfindlichkeit, Stillzeit. **Vorsichtsmassnahmen:** Hypotonie, erniedrigte Krampfschwelle. Schwangerschaft. **Unerwünschte Wirkungen:** Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schwindel, orthostatische Hypotonie, Gewichtszunahme. **Interaktionen:** Alkohol, potente CYP3A4-Inhibitoren/-Induktoren, Carbamazepin, Grapefruitsaft. Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompodium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug, www.astrazeneca.ch