



Aktuelle Studien – kurz gefasst

Depressionen nach einem Schlaganfall

Die von Organon unterstützte Studie zeigte, dass Mirtazapin die Rate der Depressionen nach einem Schlaganfall deutlich reduzierte. Ferner war dieses Medikament auch wirksam in der Behandlung der Depression nach einem Schlaganfall. Ein früher Einsatz des Medikaments wird empfohlen.

Die Studie ist – auch wenn sie pharmasponsort ist – von Bedeutung, weil ein hoher Prozentsatz von Schlaganfallpatienten (zwischen 30 und 50 Prozent) Depressionen entwickelt. Patienten und deren Angehörige sollten demnach unbedingt auf diesen Umstand aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen werden, dass eine Behandlung mit einem geeigneten, nebenwirkungsarmen Antidepressivum für diese Patientengruppe ausserordentlich wichtig ist.

Quelle: Niedermaier N et al.: *Prevention and Treatment of Poststroke Depression With Mirtazapine in Patients With Acute Stroke. The Journal of Clinical Psychiatry (2004) 65: 1619–1623.*

Schlechter Gesundheitszustand von Langzeitpatienten

Ein weit überdurchschnittlich hoher Prozentsatz von psychiatrischen Langzeitpatienten hat Übergewicht; ferner leiden sie vermehrt an Nikotinabhängigkeit (mehr als 70 Prozent), Gastroenteritiden, neurologischen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Gelenkschmerzen sowie an kardiovaskulären Erkrankungen. Gerade bei Langzeitpatienten in psychiatrischen Institutionen sollten die Kliniken das Gesundheitsbewusstsein der Patienten fördern und unbedingt präventiv wirksam sein.

Quelle: Cormac I et al.: *Physical health and health risk factors in a population of long-stay psychiatric patients. Psychiatric Bulletin (2005) 29: 18–20.*

Stürze bei Demenzpatienten

Patienten mit Demenzerkrankungen haben ein hohes Risiko für Stürze, bei denen sie sich verletzen. Eine diesbezügliche Prävention scheint bei älteren Menschen allerdings sehr schwierig zu sein, da ein hoher Anteil der Stürze mit den kognitiven Störungen selbst zu tun hat. Gründe sind beispielsweise Störungen des Gedächtnisses, Veränderungen des Bewegungsmusters, Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens oder vorhandene andere psychiatrische Störungen. Vorbeugende Massnahmen umfassen die Behandlung der psychiatrischen und der Verhaltensstörungen, Verbesserungen des Gangbildes und der Balance, Anpassung der Pharmakotherapie und Schulung des Personals zur besseren Überwachung der alten Menschen.

Quelle: Kallin K, Gustafson Y et al.: *Factors Associated With Falls Among Older, Cognitively Impaired People in Geriatric Care Settings. A Population-Based Study. The American Journal of Geriatric Psychiatry (2005) Vol. 13, No. 6: 501–509.*

Warum rauchen Schizophreniepatienten?

Der Artikel liefert Hinweise dafür, dass bei Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung kognitive Funktionen durch Nikotin verbessert werden. Ferner wirkt Nikotin extrapyramidalen Nebenwirkungen entgegen und beschleunigt die Metabolisierung einiger Neuroleptika. Somit dürfte es sich beim Rauchen um eine Art «Selbstmedikation» handeln, so die Schlussfolgerung, um «Defizite im Bereich Aufmerksamkeit, Kognition und Informationsverarbeitung zu verbessern und um die Nebenwirkungen von Antipsychotika zu reduzieren».

Quelle: Cattapan-Ludewig K, Ludewig S et al.: *Warum rauchen Schizophreniepatienten?. Nervenarzt (2005) 76: 287–294.*

Neues zur Epidemiologie der Schizophrenie

Die Vorstellung, dass die Erkrankungsrate von Schizophrenien unabhängig von Wohnort, Geschlecht und anderen Faktoren ist, ist gemäss der vorliegenden Übersichtsarbeit nicht mehr haltbar. Mit allen Einschränkungen wird in der Arbeit postuliert, dass eine fünffache Varianz der Inzidenz der Schizophrenie bedeutsam ist. Insgesamt scheint eine Varianz zwischen Wohnorten, dem Geschlecht (Männer haben eine deutlich höhere Erkrankungsrate als Frauen), dem Stadt-Land-Gefälle, dem Migrationsstatus und der Jahreszeit zu bestehen.

Anmerkung des Referenten: Das alte Paradigma, dass Schizophrenie unabhängig von Geschlecht, Land und Kultur vorkommt, scheint ins Wanken zu geraten. Dies erstaunt insofern nicht, da das bio-psychoziale Konzept ja nicht zuletzt anhand der Ätiologie/Pathogenese der Schizophrenie entstanden ist. Dass der Verlauf abhängig von psychosozialen Variablen ist, ist schon seit längerem bekannt (WHO-Studien beispielsweise zeigen, dass gerade in Entwicklungsländern der Verlauf der Schizophrenie günstiger zu sein scheint).

Quelle: McGrath JJ: *Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology – the NAPE lecture 2004. Acta Psychiatrica Scandinavica (2005) 111: 4–11.*

Infertilität beim Mann durch Antiepileptika

Eine Carbamazepin-Therapie scheint mit einer herabgesetzten Beweglichkeit der Spermien einherzugehen. Dies zeigt ein Fallbericht eines seit 13 Jahren mit diversen Antiepileptika und zuletzt bei guter Anfallskontrolle mit einer Carbamazepin-Monotherapie behandelten 29-Jährigen, der zusammen mit seiner Frau

wegen Kinderlosigkeit in Behandlung war. Keine Hinweise auf Infertilität lagen bei der Frau vor, beim Mann wurde jedoch bei unauffälligen Hormonwerten und normaler Spermienzahl eine Asthenozoospermie diagnostiziert. Einen Monat nach Umstellung auf Phenytoin waren bereits wieder 65 Prozent der Spermien beweglich, und weitere fünf Monate später wurde die unbehandelte Ehefrau schwanger.

Hayashi T et al.: Asthenozoospermia:

Possible association with long-term exposure to an anti-epileptic drug of carbamazepine. Int J Urol (2005) 12:113–114.

Auch depressive Väter schaden den Kindern

Depressionen nach der Geburt kommen nicht nur bei Müttern, sondern auch bei Vätern häufig vor. Die Depression der Mutter, welche die mütterliche Fürsorge beeinflussen und damit zu Störungen der kindlichen Entwicklung führen kann, ist allgemein bekannt. Neu zeigt nun eine prospektive Studie, dass auch Depressionen der Väter in der postnatalen Zeit vermehrt zu Entwicklungsproblemen bei Kindern führen.

Quelle: Ramchandani P, Stein A et al.: Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. The Lancet (2005) Vol. 365, No. 9478: 2201–2205.

Zwangsstörungen bei Schizophrenien

Zwangsstörungen scheinen bei Schizophrenien häufiger vorzukommen, wobei es Hinweise dafür gibt, dass sie unter der Therapie mit «atypischen» Neuroleptika einen ungünstigeren Verlauf nehmen. Hierbei scheint Clozapin eine besondere Bedeutung zu haben. Sollten Zwangsstörungen in der Behandlung auftreten, sollten – sofern möglich – die «Atypika» reduziert und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zusätzlich gegeben werden.

Quelle: Faucher S, Dardennes R et al.:

Le traitement des symptômes obsessionnels-compulsifs dans la schizophrénie. The Canadian Journal of Psychiatry (2005) Vol. 50, No. 7: 423–428.

Elektrokrampftherapie – wirksam, aber kaum eingesetzt

Die bereits im Jahre 1958 eingeführte Elektrokrampftherapie scheint eine der wirksamsten Behandlungsmethoden in der Psychiatrie zu sein, bei insgesamt (verglichen man sie mit anderen biologischen Behandlungen) guter Sicherheit.

Die Literatur beinhaltet eine Vielfalt von kontrollierten, aber auch naturalistischen Studien, gerade auch im alterspsychiatrischen Bereich. Am meisten wird die Elektrokrampftherapie (EKT) bei schweren depressiven Störungen, auch bei älteren Menschen, eingesetzt. Weitere Indikationsbereiche sind bipolare Störungen, schizophreiforme Störungen, schizoaffektive Störungen und andere psychotische Störungen. Auch bei Morbus Parkinson sowie dem malignen Neuroleptikasyndrom wurde diese Methode mit Erfolg eingesetzt. Bei der perniziösen Katatonie gilt sie als dringend indiziert zur Lebenserhaltung.

Generell zeigen sich bei Depressionen Ansprechraten von 80 bis 90 Prozent, bei therapieresistenten Depressionen sinkt diese Rate auf 50 bis 60 Prozent. Aber auch hier liegt die Rate noch deutlich höher als bei einer wirksamen (wenn auch nebenwirkungsreichen) medikamentösen Behandlung wie zum Beispiel Trizyklika (bei älteren Menschen Nortriptylin) plus Lithium. Die Wirkung tritt ausserdem bereits nach wenigen Behandlungen ein, also deutlich früher als bei der medikamentösen Therapie.

Die Ansprechrate einer EKT scheint bei chronischen Erkrankungen eher erniedrigt zu sein; dagegen zeigten in vielen Studien ältere Menschen generell ein besseres Ansprechen. Unterschiedlich sind die Ergebnisse bei Senioren mit zerebrovaskulären Erkrankungen und Depressionen, obwohl auch hier eine Wirksamkeit erwiesen zu sein scheint. Dies gilt auch für Patienten mit Schlaganfällen, bei denen 19 bis 23 Prozent eine schwere depressive Episode durchmachen.

Die Nebenwirkungen einer EKT sind mit grosser Wahrscheinlichkeit abhän-

gig von der Art der Verabreichung (unilaterale versus bilaterale Elektrodenanordnung). In erster Linie ist bei den unerwünschten Wirkungen die retrograde Amnesie zu nennen. Inwiefern bei depressiven Patienten mit beginnender Demenz diese Therapieform auch eine generelle kognitive Verschlechterung bedeuten könnte, ist offen. Insgesamt scheint die Elektrokrampftherapie, besonders bei älteren Menschen, mit einer geringen Nebenwirkungsrate und einer äusserst geringen Mortalität (0,002 Prozent) vergesellschaftet zu sein, tiefer als bei jeder medikamentösen Behandlung (ganz zu schweigen von der Mortalität und Morbidität bei affektiven Störungen gerade auch in der Alterspsychiatrie). Rückfallraten scheinen bei Patienten mit therapieresistenten Störungen höher zu sein. Bei depressiven Störungen hat sich die Prophylaxe mit Antidepressiva und Lithium (in der Alterspsychiatrie z.B. Nortriptylin und Lithiumcarbonat) bewährt und senkt die Rückfallraten deutlich (von 84 Prozent in der Placebogruppe auf 39 Prozent in der Gruppe mit Nortriptylin plus Lithiumprophylaxe).

Kommentar: Elektrokrampftherapie ist zu Unrecht verpönt; in der Schweiz wird sie nur an wenigen Zentren praktiziert. Dies hängt wohl unter anderem immer noch mit dem Stigma dieser Behandlung zusammen. Auch wenn sie als Ultima Ratio eingesetzt werden sollte (vor allem ausserhalb affektiver Störungen), so ist kaum verständlich, warum unter Informed Consent unter Einwilligung der Betroffenen und deren Angehörigen es in der Schweiz immer noch derart schwierig ist, eine so wirksame und nebenwirkungsarme Methode, mit besonders im alterspsychiatrischen Bereich konkurrenzlos tiefen Mortalitätsraten, einzusetzen. Dies lässt sich nur mit irrationalen Motiven erklären und ist nicht evidenzbasiert.

Quelle: Greenberg RM, Kellner CH: Electroconvulsive Therapy A Selected Review. The American Journal of Geriatric Psychiatry (2005) Vol. 13, No. 4: 268–281.