

tungen in früheren Studien darauf hin, dass die Fortführung einer antidepressiven Monotherapie eine wirksame Prophylaxe gegen ein Depressionsrezidiv bei einer Bipolar-II-Störung ist und ein geringes Risiko für eine Switch in eine Hypomanie aufweist. Die Beobachtungen in dieser Studie benötigen wegen der geringen Kohortenstärke eine Bestätigung durch weitere Untersuchungen.



Kommentar

Die Aussagefähigkeit der Studie wird durch die geringe Teilnehmerzahl in der Lithium-Gruppe erheblich geschwächt. Weiterhin lässt sich wegen des Fehlens einer Placebo-Kontrolle schwer

abschätzen, wie groß die prophylaktische Wirksamkeit der Behandlung in dieser Studie wirklich war. Die Ergebnisse bestätigen den Eindruck aus der Akutstudie, dass der Stimmungsstabilisierer eine relativ geringe antidepressive Wirksamkeit hat. In diesem Zusammenhang muss auch das „enriched design“ der Studie erwähnt werden, das heißt, nur die Responder aus der jeweiligen akuten Behandlung erhielten eine weiterführende Therapie. Die Ergebnisse hätten ungünstiger ausfallen können, wenn Patienten, die sich unter anderen Behandlungen stabilisiert hatten, in die Studie eingeschlossen worden wären.

Quelle

Amsterdam JD, et al. Safety and effectiveness of continuation antidepressant versus mood stabilizer monotherapy for relapse prevention of bipolar II depression: A randomized, double-blind, parallel-group, prospective study. *J Affect Disord* 2015;185:31–7.

Literatur

1. Amsterdam JD, et al. Short-term venlafaxine vs. lithium monotherapy for bipolar type II major depressive episodes: effectiveness and mood conversion rate. *Br J Psychiatry* 2016;208:359–65.
2. DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0, Mai 2012.

*Priv.-Doz. Dr. Dieter Angersbach,
Wolfratshausen*

Notfälle bei bipolaren Störungen

Expertenkonsensus zum Assessment und Management der Agitation

Psychomotorische Agitation als Notfallsituation im Rahmen einer bipolaren Störung erfordert eine differenzierte, schweregradgeleitete Behandlung. Orientierung bietet ein unlängst publizierter Expertenkonsensus zum Management von Agitation in der Psychiatrie, der bei einem Symposium der Firma Trommsdorff im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) vorgestellt wurde.

Nehmen Patienten einen ärztlichen Notdienst in Anspruch, dann in 12 bis 25 % der Fälle aufgrund eines psychiatrischen Notfalls. Im Rahmen der Erstversorgung werden psychische Störungen in primär nicht psychiatrisch ausgerichteten Institutionen und Kliniken häufig nicht richtig erkannt und nicht angemessen behandelt. Dabei erfordert nicht jede Krise eine Unterstützung, so zum Beispiel eine situative, vom Betroffenen in der Regel selbst zu bewältigende Belastungssituation. Pathologische Krisen, in denen die individuellen Bewältigungsstrategien zusammenbrechen, bedürfen hingegen psychotherapeutischer Maßnahmen, wenn auch ohne Zeitdruck. Sofortiges Handeln im Rahmen einer ärztlichen Notfallbehandlung ist nötig in Belastungssituationen, die mit einer Gefährdung von Leben und

Gesundheit einhergehen. Zu den wichtigsten Notfallsituationen gehören Delir (Alkoholentzugssyndrom), akute Erregtheit (Psychose), schwere Intoxikation und ein beabsichtigter oder erfolgter Suizidversuch.

Bei psychiatrischen Notfällen aufgrund von bipolaren Störungen ist auch an Risikofaktoren wie organische Erkrankungen, psychiatrische Komorbiditäten und psychosoziale Belastungen zu denken. In der Häufigkeitsskala psychosozialer Probleme vor der korrekten Diagnosestellung stehen Beziehungs-, Arbeits-/schulbezogene Probleme und Substanzmissbrauch an erster Stelle, gefolgt von finanziellen Schwierigkeiten und gesundheitlichen Problemen. Die aktuelle S3-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen der DGBS und DGPPN, Lang-

version 1.4 von 2012, listet unter den Risikofaktoren für schwere Verläufe mit häufig wiederkehrenden Episoden auf: junges Erkrankungsalter, weibliches Geschlecht, gemischte Episoden, schwerwiegende Lebensereignisse, psychotische Symptome, insuffizientes Ansprechen auf die phasenprophylaktische Therapie und Rapid Cycling.

Expertenkonsensus zur Behandlung der psychomotorischen Agitation

Mit einer Prävalenz von über 10 % gehören Agitation und Aggression zu den häufigsten medizinischen Notfallsituationen in der Psychiatrie. Etwa 30 % dieser Patienten leiden an einer bipolaren Störung. Jetzt publizierten 24 international ausgewiesene Experten aus 13 Ländern erstmals ein 22 Punkte umfassendes Konsensuspapier zum Assessment und Management von psychomotorischer Agitation [1]. Demnach stehen im Management der psychomotorischen Agitation Maßnahmen der verbalen Deeskalation und Reizreduktion bei leichten Formen im Vordergrund vor medikamentösen Interventionen bei mittelschweren und Zwangsmaßnahmen als Ultima Ratio bei schweren Ausprägungen. Eine ideale pharmakologische Behandlung sollte nach Expertenkonsensus beruhigend wirken, ohne übermäßig zu sedieren. Die orale oder inhalative Applikations-

form von Antipsychotika sei einer i. m. Verabreichung vorzuziehen und die i. v. Injektion zu vermeiden.

Seit 2013 steht in Deutschland Loxapin (Adasuve®) als inhalatives Aerosol zur Verfügung, das eine rasche, nicht übersedierende Wirkung und gute Verträglichkeit aufweist. Nach Empfehlung der Experten bieten sich inhalative An-

tipsychotika an, wenn eine möglichst schnelle Wirkung erzielt werden muss.

Quelle

Prof. Dr. med. Martin Schäfer, Essen, Priv.-Doz. Dr. Thomas Messer, Pfaffenhofen, Symposium „Notfälle bei bipolaren Störungen“, veranstaltet von Trommsdorff im Rahmen der 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS), Chemnitz, 16. September 2016.

Literatur

1. Garriga M, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 2016;17:86–128.

Wolfgang Zimmermann,
München

Palliativ-Patienten

Antipsychotika verschlechtern die Symptome eines Delirs

Palliativmedizinisch betreute Delirium-Patienten sollten keine Antipsychotika erhalten, so das Ergebnis einer kontrollierten Studie. Im Vergleich zu Placebo verschlechterten Haloperidol und Risperidon die Symptome und erhöhten die Rate extrapyramidaler Störungen. Unter Haloperidol verkürzte sich im Vergleich zu Placebo auch die Überlebenszeit.

Symptome von psychischem Stress bei Delirium-Patienten werden häufig mit Antipsychotika behandelt. Randomisierte Studien unterstützen dieses Vorgehen – allerdings auf methodisch nicht besonders hohem Niveau. Klinische Leitlinien empfehlen Antipsychotika lediglich für die Behandlung von starkem Distress und Verhaltensstörungen, die auf andere Maßnahmen nicht ansprechen. Eine große Placebo-kontrollierte Studie sollte nun die Stress-reduzierenden Effekte von Risperidon und Haloperidol bei Delirium-Patienten in der Palliativ-Situation untersuchen [1].

Studiendesign

Einbezogen in die Doppelblindstudie waren 247 Palliativ-Patienten mit einem Durchschnittsalter von 74,9 Jahren (SD 9,8), die in elf australischen Krankenhäusern oder Hospizen stationär behandelt wurden. Zusätzlich zu einer supportiven Standardpflege erhielten sie in alters- und symptomangepasster Dosis entweder Risperidon, Haloperidol oder Placebo (Dosierung: initial 1,0 mg, dann 0,5 mg alle 12 Stunden, bei Bedarf schrittweise Anpassung auf max. 4 mg/Tag; bei Patienten > 65 Jahre jeweils die Hälfte). Die orale Medikation erfolgte für bis zu 72 Stunden.

Als primäres Zielkriterium diente die durchschnittliche Gruppendifferenz des Delirium-Symptomscores, berechnet als Summe der Verhaltens-, Kommunikations- und Wahrnehmungs-Items der Nursing Delirium Screening Scale (siehe **Kasten**), zu Studienbeginn und an Tag 3. Der Symptomscore betrug bei allen Patienten mindestens 1 und war in allen drei Gruppen zu Behandlungsbeginn statistisch vergleichbar.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Patienten (88,3%) hatte Krebs. In der Intention-to-treat-Analyse ergab sich für die Patienten im Risperidon-Arm am Studienende ein signifikant höherer Delirium-Symptomscore als für die Patienten des Placebo-Arms (durchschnittlich 0,48 Einheiten höher; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,09–0,86; $p=0,02$). Auch die Haloperidol-Gruppe schnitt am Studienende schlechter als die Placebo-Gruppe ab (durchschnittlich 0,24 Einheiten höher; 95%-KI 0,06–0,42; $p=0,009$). Der zusätzliche Midazolam-Verbrauch war in allen Gruppen vergleichbar. Im Vergleich zu Placebo traten unter den beiden Antipsychotika signifikant mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auf. Die Überlebenszeit unter Haloperidol

Nursing Delirium Screening Scale

Einfacher Fragebogen zum Screening auf ein Delir. In der Vollversion werden die Symptome Desorientierung, unangemessenes Verhalten, unangemessene Kommunikation, Illusionen/Halluzinationen und psychomotorische Retardierung je nach Intensität mit 0 bis 2 Punkten bewertet. Ein Ergebnis von mindestens 2 Punkten spricht für ein Delir.

Für die vorliegende Studie wurden nur die Symptome unangemessenes Verhalten, unangemessene Kommunikation und Illusionen/Halluzinationen herangezogen, es konnten also maximal 6 Punkte erzielt werden. Ein Wert von mindestens 1 Punkt zog eine Dosisanpassung nach sich.

war im Vergleich zu Placebo signifikant geringer.

Diskussion

Bei Palliativ-Patienten mit deliriumsbedingtem psychischem Distress verschlechterten Risperidon und Haloperidol im Vergleich zu Placebo die Symptome und erhöhten die Rate extrapyramidaler Störungen. Haloperidol verkürzte darüber hinaus die Überlebenszeiten der durchschnittlich 75 Jahre alten Patienten.

Delirium-Patienten im palliativmedizinischen Setting sollten daher nicht mit Antipsychotika, sondern mit alternativen Maßnahmen behandelt werden, fordern die Studienautoren. Die Realität wird aber vermutlich anders aussehen, bemerken die Kommentatoren [2]. Denn nichtmedikamentöse Therapie-