

oder Lithiumsalze (z.B. Quilonum®) eingesetzt. Doch in früheren Studien konnte bei widersprüchlichen Ergebnissen keine überzeugende Wirksamkeit dokumentiert werden.

In den letzten Jahren ist das Interesse neu erwacht, die Wirksamkeit von *Antiepileptika* bzw. so genannten *Mood-Stabilizern* (Stimmungsstabilisierern) in kontrollierten Therapiestudien bei Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen. Dieses Studiendesign ist unverzichtbar, da die Symptomatik bei diesen Störungen sehr schwankend ist und deshalb unkontrollierte Studien zu Fehleinschätzungen führen können.

Randomisierte kontrollierte Therapiestudien wurden mit Carbamazepin, Valproinsäure (z.B. Orfiril®), Lamotrigin (z.B. Lamictal®) und Topiram (Topamax®) durchgeführt:

- Für Carbamazepin konnte in zwei kontrollierten Therapiestudien kein signifikanter Effekt auf das Zielsyndrom „Verhaltensstörungen“ nachgewiesen werden.

- Für Valproinsäure konnte jedoch in zwei Studien eine günstige Wirkung auf globale Maße des Schweregrads der Erkrankung und auf Impulsivität, Aggressivität und Wut/Ärger dokumentiert werden.

- Auch für Lamotrigin und Topiram liegen entsprechende Studienergebnisse über günstige Effekte auf Wut und Ärger bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen vor.

- Unter Topiram konnte außerdem eine Gewichtsreduktion dokumentiert werden.

Diese Ergebnisse sind zwar *vielleicht*, müssen jedoch in Studien mit größeren Patientenzahlen bestätigt werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt empfiehlt es sich, bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eine medikamentöse Therapie mit einem Stimmungsstabilisierer im Rahmen eines *Gesamtbehandlungsplans*, das heißt in Kombination mit einer Psychotherapie, einzuleiten. Gerade in der Anfangsphase ist eine

solche Medikation sinnvoll. Sie sollte jedoch wieder abgesetzt werden, sobald der Patient durch psychotherapeutische Interventionen mehr Kontrolle über sich erlangt. Besonders empfehlenswert sind solche Substanzen bei komorbider bipolarer Störung oder wenn die Impulsivität, Aggressivität und Affektinkontinenz im Vordergrund steht. Dabei sollte immer an Hand der Zielsymptome die Wirksamkeit der Behandlung beurteilt werden. Ergibt sich dabei kein Nutzen, sollte die Therapie wieder beendet werden, wobei jedoch ein Therapieversuch von mindestens drei Monaten empfehlenswert ist. Grundsätzlich sollte eine Monotherapie einer Kombinationstherapie vorgezogen werden.

Quelle

Prof. Dr. Klaus Lieb, Freiburg. Vortrag „Antiepileptika bei Persönlichkeitsstörungen“, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin, 24. November 2005.

Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Hachenburg

Pathologische Trauer

Gezielte Intervention ist interpersoneller Psychotherapie überlegen

Pathologische Trauer nach dem Tod eines geliebten Menschen kann zu starken Beeinträchtigungen führen. In einer prospektiven Interventionsstudie erwies sich eine speziell auf dieses Symptomenbild zugeschnittene psychologisch-psychiatrische Behandlung einer interpersonellen Psychotherapie als überlegen.

Trauer nach dem Tod von nahen Angehörigen oder Freunden ist normal. Jeder Arzt ist aber mit Trauernden konfrontiert, die auch noch Monate nach dem Ereignis unter pathologischer Trauer leiden und offensichtlich Hilfe oder eine Behandlung benötigen. Die pathologische Trauer erinnert in ihrer Symptomatik an eine Major Depression und/oder eine posttraumatische Belastungsstörung, sollte aber von diesen Erkrankungsbildern unterschieden werden. Zwar ist die pathologische Trauer nicht als Diagnose im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Forth

Edition“ (DSM-IV) aufgeführt. Dennoch kann dieser Zustand als Krankheit gewertet werden, da die Betroffenen stark beeinträchtigt und gesundheitlich gefährdet sind. Die Prävalenz wird mit 10 bis 20% aller Hinterbliebenen angegeben. Zur Diagnose der pathologischen Trauer hat sich das „Inventory of Complicated Grief“ (ICG) als brauchbar erwiesen. Es sollte bei dem Trauernden frühestens sechs Monate nach dem Tod eines geliebten Menschen eingesetzt werden. Als wichtige Merkmale der pathologischen Trauer gelten diesem Test zufolge

- ein Nicht-Wahrhabenwollen des Todes,
- Wut und Verbitterung über den Tod,
- wiederkehrende Anfälle von schmerzvoll erlebten Emotionen mit einer intensiven Sehnsucht nach dem Verstorbenen,
- eine übermäßige gedankliche Beschäftigung mit seiner Person sowie intrusive Gedanken, die mit seinem Tod in Verbindung stehen.

Häufig werden auch alle Situationen und Aktivitäten gemieden, die an den schmerzvollen Verlust erinnern könnten.

Die Eigenständigkeit und Abgrenzbarkeit dieses Krankheitsbilds beispielsweise gegenüber einer Major Depression zeigt sich unter anderem auch daran, dass die Patienten auf *antidepressive Standardmaßnahmen* nicht oder nur wenig *ansprechen*. Deshalb entwickelten US-amerikanische Psychiater ein spezifisch für die Behandlung der pathologischen Trauer nach dem Tod von Nahestehenden konzipiertes *Therapieprotokoll* (Complicated Grief

Treatment, CGT). Dieser neue Therapieansatz wurde mit dem Einsatz einer interpersonellen Psychotherapie (IPT) verglichen.

In die kontrollierte, prospektive Studie waren 83 Frauen und 12 Männer im Alter zwischen 18 bis 85 Jahren eingeschlossen, die den ICG-Kriterien für pathologische Trauer entsprachen: Sie wurden randomisiert der IPT oder dem neuen Therapieprotokoll – der gezielten Intervention – zugewiesen. Die spezifische Behandlung sah unter anderem eine Aufklärung über normale und verstärkte Trauerarbeit vor und hatte wechselnde Themen wie die Verarbeitung des Verlusts und die Etablierung eines wieder als zufriedenstellend eingeschätzten Lebens zum Inhalt. Dabei wurde auch auf persönliche Lebensziele fokussiert. Als wichtiges Zusatzelement gegenüber der IPT sollten auch die Trauma-ähnlichen Symptome angesprochen werden, indem z. B. der Tod des nahestehenden Menschen (häufiger) wiedererzählt und die Konfrontation mit gemiedenen Situationen gesucht wurde. Zusätzlich wurden kognitive Techniken wie eine imaginierte Konversation mit dem Verstorbenen implementiert.

Die Interventionen fanden durch erfahrene und geschulte Kliniker sowohl an einer psychiatrischen Forschungsklinik als auch an einer angeschlossenen Klinik in einer Gemeinde von Afroamerikanern der unteren Einkommenschichten statt. Die Randomisierung wurde stratifiziert nach der Interventionsklinik und der Art des Todes (gewaltsam – Unfall, Suizid, Mord – oder nicht-gewaltsam) vorgenommen. Vorgesehen waren 16 Sitzungen über einen 16- bis 20-wöchigen Zeitraum. Die Probanden durften gleichzeitig antidepressiv wirksame Medikamente einnehmen.

Beide Behandlungen führten zu einer Verbesserung der Symptome der pathologischen Trauer, gemessen anhand der ICG-Skala und der Verbesserung des „Clinical Global Improvement-Scores“. Die Ansprechrates waren unter der gezielten Intervention höher als unter der IPT (51 vs. 28 %, $p=0,02$). Auch war die Zeit bis zum Eintreten eines Therapieeffekts unter der gezielten Intervention kürzer ($p=0,02$). Die „number needed to treat“ für die gezielte Intervention betrug 4,3. Patienten, die zu Behandlungsbeginn ein Antidepressivum nahmen, zeigten ein marginal besseres

Therapieergebnis als Probanden ohne Medikation.

Die Autoren werten ihre Ergebnisse als ermutigend, aber sicher noch verbesserungsfähig. Zwar wurden die Aufnahmekriterien für die Studie bewusst sehr weit gefasst – und damit der Nachweis einer weiten Verbreitung der pathologischen Trauer über alle Bevölkerungsschichten hin erbracht –, doch limitiert die Heterogenität auch die Aussagekraft der Studie. Die Anzahl der Studienteilnehmer – also die Stichprobe (statistische Power) – ist nicht groß genug, um Subgruppen zu identifizieren, die von der gezielten Intervention besonders profitieren. Auch konnte in dieser Studie nicht geklärt werden, inwieweit die Einnahme antidepressiv wirksamer Medikamente (diese betraf 55 % der Studienteilnehmer) das Therapieresultat beeinflusst hat.

Quelle

Shear K, et al. Treatment of complicated grief. JAMA 2005;293:2601–8.

Dr. Barbara Kreutzkamp,
München

Geriatric

Auch klassische Neuroleptika mit erhöhter Sterblichkeit assoziiert

Atypische Neuroleptika verdoppeln die Sterblichkeit älterer Demenz-Patienten annähernd, so warnte die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA.

Die Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie, in der klassische mit atypischen Neuroleptika verglichen wurden, bescheinigten klassischen Neuroleptika nun sogar ein noch höheres Gefährdungspotenzial.

Neuroleptika werden älteren Menschen, vor allem Pflegeheim-Bewohnern, unverhältnismäßig häufig verordnet. Die Substanzen werden oft außerhalb der zugelassenen Indikationen eingesetzt (z. B. Demenz, Delir, Agitation).

In ihrer Verordnungshäufigkeit haben sich atypische gegenüber klassischen Neuroleptika rasch durchgesetzt. Die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA warnte allerdings im April 2005

davor, atypische Neuroleptika bei älteren Demenz-Patienten anzuwenden. In 17 kurzen, randomisierten, kontrollierten Studien war das Sterberisiko gegenüber Placebo fast verdoppelt. Zur Frage, ob auch klassische Neuroleptika die Sterblichkeit bei Senioren erhöhen, fehlen klinische Studien. Deshalb wurden in einer retrospektiven Kohortenstudie bei älteren Menschen klassische mit atypischen Neuroleptika verglichen.

Tab. 1. Atypische Neuroleptika

Arzneistoff	Handelspräparat® (Beispiel)
Aripiprazol	Abilify
Clozapin	Leponex
Olanzapin	Zyprexa
Quetiapin	Seroquel
Risperidon	Risperdal
Ziprasidon	Zeldox

Die Studie erfasste 22 890 Personen aus einem Unterstützungsprogramm für Ärmere im US-Bundesstaat Pennsylvania. Sie waren mindestens 65 Jahre alt und hatten zwischen 1994 und 2003 erstmals ein Rezept über ein oral einzunehmendes Neuroleptikum eingelöst. Als atypische Neuroleptika galten in **Tabelle 1** aufgelistete Arzneistoffe, als klassische alle übrigen Neuroleptika. 9 142 Patienten bekamen ein klassisches, 13 748 ein atypisches Neuroleptikum verordnet.

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de