

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe, hält den Einsatz von Antipsychotika unter sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken weiterhin für sinnvoll und auch effektiv. Mehreren Untersuchungen zufolge kommt es bei ersterkrankten Menschen mit einer schizophrenen Störung bei 52% bis 74% unter Pharmakotherapie innerhalb von etwa drei Monaten zu einer mehr als 50%igen Rückbildung der Symptomatik – insbesondere der Wahnvorstellungen, der Halluzinationen und Denkstörungen. Jedoch nur bei 23% bleibt dieses Ausmaß der Remission über sechs Monate erhalten. Es ist nicht auszuschließen, dass nach fünf Jahren bei über 50% der Patienten noch eine ausgeprägte Restsymptomatik erhalten bleibt. Zu den klinisch bedeutsamen unerwünschten Wirkungen der Antipsycho-

tika zählen vor allem Bewegungsstörungen, die Einschränkung kognitiver Funktionen, sowie hormonelle, kardiale und metabolische Veränderungen. Daher kommt es darauf an, beim Einsatz der Arzneimittel sorgfältig auf psychische und körperliche Nebenwirkungen zu achten und sie insgesamt so kurz wie möglich zu verabreichen.

Das Recovery-Konzept

Eine wichtige Rolle bei der Behandlung von psychotischen Patienten spielt das Recovery-Konzept. Es handelt sich dabei um ein Modell mit einer weniger Defizit-orientierten Sichtweise auf psychotische Erkrankungen. Die Aufmerksamkeit gilt stärker der Nutzung der individuellen Ressourcen der Patienten. Dabei geht es weniger um Heilung im Sinne von Symptombfreiheit;

stattdessen sollen sie in die Lage versetzt werden, trotz ihrer psychischen Probleme ein zufriedenes Leben führen zu können.

Quelle

Johannes G. Bischoff, Kirrweiler; Gudrun Schliebener, Herford; Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe; Gabriele Brenner, Stuttgart; Dialog-Forum „Psychopharmaka – Fluch oder Segen – am Beispiel der psychotischen Störung“ veranstaltet im Rahmen der Jahrestagung 2013 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 28. November 2013.

Literatur

S3-Leitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Stand: 01.11.2005 (in Überarbeitung), gültig bis 01.11.2010.

Dr. Claudia Bruhn,
Schmölln

Psychopharmaka und Verkehrssicherheit

Antidepressive Behandlung verbessert Fahrleistung depressiver Patienten signifikant

Schließt eine Behandlung mit Antidepressiva die Teilnahme am Straßenverkehr aus? Wie stark beeinflusst eine Therapie mit Neuroleptika die Fahrsicherheit? Antworten auf diese Fragen gaben Experten bei einem Symposium auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin.

Die Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva hat in den vergangenen zehn Jahren deutlich zugenommen. Gleichzeitig bedingt der demographische Wandel einen zunehmenden Anteil älterer Führerscheininhaber. Studien zufolge gilt, dass eine Depression das Risiko für Verkehrsunfälle fast verdoppelt und dass vor allem ältere Patienten ein erhöhtes Unfallrisiko insbesondere unter sedierenden Antidepressiva haben. Das unterstreicht die Relevanz des Themas „antidepressive Behandlung und Verkehrssicherheit“ und die Notwendigkeit, sich mit der Problematik systematisch auseinanderzusetzen. Insgesamt ist die Datenlage jedoch dünn und entsprechende Studien zeigen methodische Schwächen, etwa weil überwie-

gend junge, gesunde Probanden eingeschlossen und häufig nur Akuteffekte unter Einmaldosen untersucht wurden. Einige in Deutschland durchgeführte Studien belegen, dass sich die Fahrtüchtigkeit depressiver Patienten unter einer Behandlung deutlich bessert.

Signifikant bessere Fahrleistung schon nach kurzer Behandlungsdauer

In einer naturalistischen Studie wurde die Fahrtüchtigkeit von 100 depressiven Patienten gemäß den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung untersucht. Alle Patienten standen unter pharmakologischen Steady-State-Bedingungen kurz vor der stationären Entlassung. Insgesamt waren 16% von ihnen in verkehrsrelevanten Leis-

tungsbereichen deutlich eingeschränkt, knapp über 20% erfüllten die Kriterien uneingeschränkt. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und noradrenerge spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) zeigten hier tendenzielle Vorteile gegenüber Trizyklika und Venlafaxin. Eine randomisierte Studie mit 40 Patienten zeigte, dass vor Behandlungsbeginn zwei Drittel die gesetzlichen Mindestanforderungen zur Kraftfahrereignung nicht erfüllten. Bereits nach 14 Tagen medikamentöser Behandlung (Mirtazapin und Reboxetin) stellte das Autorenteam signifikante Verbesserungen in den Leistungsparametern und der Fahrsimulation fest. Dieses Ergebnis bestätigte sich in einer weiteren randomisierten Studie, wiederum mit 40 depressiven Patienten: Auch hier ergaben sich 14 Tage nach Behandlungsbeginn bereits signifikante Verbesserungen gegenüber vor der Behandlung. Nach vier Wochen stuften staatlich geprüfte Fahrlehrer nach einer praktischen Fahrprobe 72,5% der Patienten als „zumindest gute Fahrer“ ein – gegenüber 85% in der gesunden Kontrollgruppe. Lediglich 5% wurden leichte Bedenken hinsichtlich der Fahrkompetenz bescheinigt. Ei-

ne Querschnittsstudie zur Polypsycho-pharmakotherapie zeigte bezüglich der Fahrtüchtigkeit keine statistisch signifikanten Nachteile im Vergleich zu einer antidepressiven Monotherapie. Als besonders gefährlich hat sich die Kombination mit Alkohol erwiesen: Schon geringe Mengen verschlechterten die Fahrleistung und erhöhten insbesondere bei sedierenden Substanzen das Unfallrisiko deutlich. Neben Alkohol stellen Aufdosierung und Umstellung der Therapie sowie ein höheres Lebensalter besondere Risiken dar.

Neuroleptika: Vorteil für Atypika

Ein Großteil der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht die gesetzlichen Mindestanforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs nicht – trotz Behandlung mit Neuroleptika in antipsychotisch wirksamer Dosierung, pharmakologischer Steady-State-Bedingungen und gebesserter Klinik. Studien zur Fahrtüchtigkeit unter neuroleptischer Therapie – immer mit stabil eingestellten Patienten mit Schizophrenie oder schizoauffektiven Störungen kurz vor der stationären Entlassung – zeigen aber immerhin bessere Ergebnisse für Atypika als für Typika. Einer Studie mit 40 Patienten zufolge war unter dem klassischen Neuroleptikum Haloperidol nur einer von 20 Patienten uneinge-

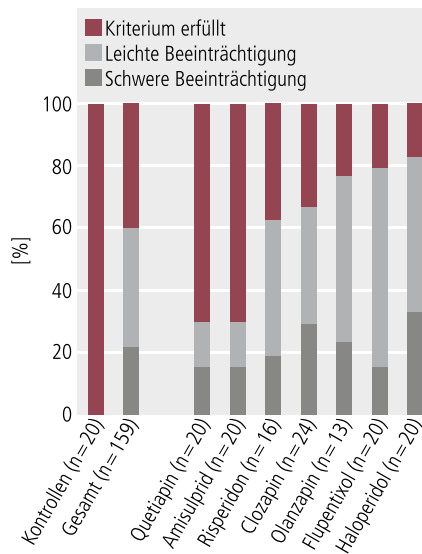


Abb. 1. Antipsychotika und Verkehrssicherheit [Segmiller und Brunnauer]

schränkt fahrtüchtig gegenüber sieben von 20 unter Risperidon. In der gesunden Kontrollgruppe waren es 16 von 19. In einer Studie mit 120 Patienten erfüllten 40% die Mindestanforderungen für Fahrtauglichkeit unter neuroleptischer Monotherapie mit Atypika, unter Typika waren es nicht einmal 20%. Auch in einer Untersuchung mit 80 Patienten am Fahrsimulator schnitten Patienten unter Haloperidol am schlechtesten ab: 40% blieben schwer beeinträchtigt, unter Quetiapin beziehungsweise Amisulprid waren es 20% beziehungsweise 16%. Eine aktuelle, noch in Auswer-

tung befindliche Studie von Segmiller und Brunnauer mit 159 Patienten zeigte auch unter den Atypika deutliche Unterschiede (Abb. 1): Insgesamt 40% erfüllten unter Therapie die Anforderungen vollständig; differenziert betrachtet waren es unter Quetiapin und Amisulprid jeweils 70%, unter Risperidon und Clozapin weniger als 40% und unter Olanzapin nur knapp über 20%. Die mit Haloperidol behandelten Patienten erreichten in weniger als 20% eine uneingeschränkte Fahrtüchtigkeit, in der gesunden Kontrollgruppe alle 20 Probanden.

Fazit

Bei Depressionspatienten geht eine wirksame antidepressive Behandlung im Allgemeinen mit einer Verbesserung der Fahrleistung einher.

Bei schizophrenen Patienten ist unbedingt eine Testung auf Fahrtüchtigkeit anzuraten, bevor sie wieder ans Steuer gelassen werden.

Quelle

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Alexander Brunnauer, Wasserburg am Inn; Dr. med. Felix Segmiller, München; Symposium „Verkehrsmedizin – Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit“, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 28. November 2013.

Michael Koczonek,
Bremen

Major Depression

Agomelatin vergleichbar wirksam wie klassische Antidepressiva

Agomelatin ist ein Antidepressivum mit einem neuartigen, melatonergen Wirkungsmechanismus. In einer Metaanalyse von publizierten und nichtpublizierten klinischen Studien ergab sich eine antidepressive Effektgröße von 0,24. Die Wirksamkeit ist damit vergleichbar mit anderen Antidepressiva. Die Verträglichkeit ist vergleichsweise besser, sodass die Substanz bei Unverträglichkeiten gegenüber anderen Antidepressiva eingesetzt werden kann.

Antidepressiva sind Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit einer Major Depression und Dysthymie. Derzeit wird diskutiert, ob die Wirksamkeit zumin-

dest einiger Antidepressiva möglicherweise aufgrund eines Publikationsbias überbewertet wurde – Studien mit positivem Ergebnis werden eher zur Pub-

likation eingereicht oder angenommen als Studien mit negativem Ergebnis. Daher sollten Metaanalysen zur Wirksamkeit von Antidepressiva grundsätzlich mit publizierten und nichtpublizierten Studien durchgeführt werden [1, 2]. Eine solche Metaanalyse liegt jetzt zu dem vergleichsweise neuen Antidepressivum Agomelatin (Valdoxan®) vor [1]. Agomelatin wirkt als 5-HT_{2C}-Rezeptorantagonist und gleichzeitig – als bisher einziges Antidepressivum – als Agonist der melatonergen MT₁/MT₂-Rezeptoren. In einer Metaanalyse mit publizierten Studien ergab sich im Vergleich zu Placebo eine Effektstärke bei Major Depression von 0,26.