

lichen Behandlung (n=37) oder der Kontrollgruppe mit der üblichen Therapie ohne weitere psychotherapeutische Maßnahmen (n=37) zugewiesen. Primäres Zielkriterium war der Gesamtscore auf der PANSS-Skala (Positive and negative syndrome scale), der zu Studienbeginn sowie nach 3, 6, 9, 12, 15 und 18 Monaten erfasst wurde. Den Auswertern war nicht bekannt, zu welcher Gruppe die Studienteilnehmer gehörten.

### Ergebnisse

Die durchschnittlichen PANSS-Gesamtscores waren in der Gruppe mit der kognitiven Verhaltenstherapie konsistent niedriger als in der Vergleichsgruppe, die Effektgröße zwischen beiden Gruppen lag bei  $-6,52$  (95%-Konfidenzintervall [95%-KI]  $-10,79$  bis  $-2,25$ ;  $p=0,003$ ). Acht schwere unerwünschte Ereignisse wurden dokumentiert: Zwei in der Interventionsgruppe (ein Teilnehmer nahm eine Überdosis, ein Teilnehmer bedrohte andere, beide Vorfälle ereigneten sich nach der Behandlung) und sechs in der Kontrollgruppe (zwei vermutlich nicht mit der Studie bzw. psychischen Stö-

rungen zusammenhängende Todesfälle, drei Zwangseinweisungen und eine Überdosierung).

### Diskussion

In einer Pilotstudie mit Schizophrenie-Patienten, die keine Medikamente einnehmen wollten, verbesserte eine kognitive Verhaltenstherapie die Symptomatik über 18 Monate im Vergleich zu Patienten, die lediglich die übliche Versorgung erhielten. Zusätzlich verbesserten sich persönliche und soziale Funktionen sowie einige Aspekte bezüglich Wahnvorstellungen und Stimmenhören. Allerdings verminderte die kognitive Therapie nicht den Distress, der mit den Wahnvorstellungen und dem Stimmenhören verbunden war, ebenso wenig das Ausmaß der Depressionen sowie der sozialen Ängste. Insgesamt verschlechterte sich keine der beiden Patientengruppen in ihrer Verfassung, im Einzelfall gab es allerdings Rückfälle, die beispielsweise in Zwangseinweisungen endeten. Prinzipiell ist die kognitive Therapie damit auch bei Schizophrenie-Patienten ohne Antipsychotika-Einnahme durchführbar – auch wenn die Sitzun-

gen für die Therapeuten oftmals sehr herausfordernd waren und einige Teilnehmer auch ausgeschlossen wurden. In einer adäquat gepowerten, multizentrischen Studie sollten diese Ergebnisse überprüft werden. Dann könnte vielen Schizophrenie-Patienten, die keine Medikamente einnehmen wollen, besser geholfen werden. Ein solches Vorgehen ist in den jüngsten NICE-Richtlinien zum Management von Psychosen und Schizophrenie vorgesehen. Danach können schon jetzt, ohne Evidenz, psychosoziale Interventionen auch ohne Medikamenteneinnahme eingeleitet werden.

### Literatur

1. Correll CU, et al. Antipsychotics for acute schizophrenia making choices. *Lancet* 2013; 382:919–20.
2. Lepping P, et al. Clinical relevance of findings in trails of antipsychotics: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011;198:341–5.
3. Morrison APW, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395–403.

Dr. Barbara Kreutzkamp,  
Hamburg

## Psychopharmaka

### Trialog mit Betroffenen und ihren Angehörigen

**Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) legt großen Wert auf den aktiven Austausch zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und den Therapeuten. Daher haben sich die Trialog-Foren – gemeinsam mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden veranstaltete Podiumsdiskussionen – zu einem festen Bestandteil der DGPPN-Jahrestagungen entwickelt.**

Die Notwendigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka bei psychotischen Erkrankungen wird unter Betroffenen und ihren Angehörigen häufig kontrovers diskutiert. So wird beispielsweise beklagt, dass es unter medikamentöser Therapie zu einer gewissen „Abstumpfung“ oder „Gefühlsleere“ kommt und dass Nebenwirkungen wie Angstzustände, Depression bis hin zu Suizidgedanken, Muskelverkrampfungen (z. B.

Zungenschlundkrämpfe) oder Bewegungsstörungen (Dyskinesien) auftreten, die genauso belastend sein können wie die behandelte Erkrankung. Gelegentlich wird auch der Begriff der „pharmakogenen Gewalt“ verwendet, die es zu erkennen und zu beenden gilt.

### Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung

Die von der DGPPN herausgegebene S3-Leitlinie Schizophrenie, die derzeit

### Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) unterstützt Patienten und ihre Familien durch kostenlose Beratung und Information, Vermittlung von Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen. Er fördert den Erfahrungsaustausch, vor allem im Rahmen von Selbsthilfegruppen, organisiert Tagungen und Seminare.  
Website: [www.psychiatrie.de/bapk](http://www.psychiatrie.de/bapk).

überarbeitet wird, enthält die Aussage, dass eine Subgruppe von Patienten existiert, die nach einer ersten psychotischen Episode ohne Antipsychotika remittieren. Da jedoch eine klare Identifikation dieser Patienten derzeit nicht möglich ist, kann auch keine generelle Empfehlung zur Therapie ohne Antipsychotika gegeben werden.

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 Fahr-tüchtigkeit 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-