

ko-Profil gegenüber anderen Behandlungsoptionen hervor.

**Kommentar**

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die untersuchte Depot-Formulierung von Aripiprazol für die Erhaltungstherapie, insbesondere wegen der relativ guten Verträglichkeit, eine Option sein kann.

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit ist allerdings zu bedenken, dass die vorliegenden Ergebnisse mit ausgesuchten Patienten (nur mit Respondern) erzielt wurden – eine bei Erhaltungsstudien übliche Vorgehensweise. Mehr Aufschlüsse würden Vergleichsstudien mit aktiven Substanzen als Depot oder auch in oraler Darreichungsform geben.

**Quelle**

Kane JM, et al. Aripiprazol intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: A 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2012;73:617–24.

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

**Bipolare Störung**

**Was ist bei der Auswahl von Antipsychotika zu beachten?**

**Patienten mit Bipolar-I-Störung benötigen eine wirksame und möglichst nebenwirkungsarme Pharmakotherapie. Welche Aspekte aus Patienten- und Arztsicht bei der initialen Therapieentscheidung im Vordergrund stehen, zeigen die Ergebnisse der Online-Befragung BITS (Bipolare Therapie-Sichtweisen). Dabei zeigt sich, dass die Behandler Nebenwirkungen von Antipsychotika wie beispielsweise Gewichtszunahmen stärker berücksichtigen sollten, wie bei einer Pressekonferenz der Firma Lundbeck herausgearbeitet wurde.**

Die Zahl der Patienten mit Bipolar-I-Störung in Deutschland wird auf 1,2 Millionen geschätzt. Bei der Bipolar-I-Störung wechseln manische und depressive Phasen miteinander ab, während bei Patienten mit Bipolar-II-Störung vor allem depressive Phasen und nur leichtgradige Manien auftreten. Während die Betroffenen in einer depressiven Phase oftmals einen hohen Leidensdruck haben, kann eine Manie – gerade zu Krankheitsbeginn – von den Patienten sogar als positiver Zustand erlebt werden. Aus Sicht der Betroffenen ist eine Depression (47%) das häufigste initiale Symptom, während 26% zuerst eine Manie als krankhaft erleben, wieder andere Stimmungsschwankungen (11%), Reizbarkeit (8%) oder Wahn/Paranoia (8%). Die Erkrankung manifestiert sich im frühen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Die richtige Diagnose wird im Schnitt erst nach zehn Jahren gestellt. In den meisten Fällen ist eine Pharmakotherapie indiziert, die durch regelmäßige Kontrollen und Gespräche unterstützt werden kann.

**Online-Befragung: Patientenwünsche im Fokus**

Die BITS-Befragung untersuchte, welche Aspekte der Therapie bipolarer Störungen aus Patienten- und Arztsicht wichtig sind. Dazu wurden 420 Patienten und 795 Psychiater in Deutschland per Fragebogen und anonym befragt. Die Patienten litten nach eigenen Angaben (Mehrfachnennung möglich) unter einer bipolaren Störung (n=205), einer Manie (n=145) und/oder affektiven Störung (n=153). Für die befragten Patienten stehen bezüglich Arzneimitteltherapie die gute Verträglichkeit, die Stimmungsstabilisierung und der Erhalt der Alltagsfähigkeit und der sozialen Kontakte im Vordergrund (**Tab. 1**). Ein Vergleich mit den Antworten der Ärzte zeigt, dass die meisten befragten Psychiater die Patientenwünsche recht gut einschätzen können. So bestehen hinsichtlich des Erhalts der Arbeitsfähigkeit, der Berufstauglichkeit und der sozialen Kontakte keine Unterschiede. Allerdings überschätzten die Ärzte die Bedeutung der Wirksamkeit

und unterschätzten die Relevanz der Verträglichkeit der Medikation sowie der Stimmungsstabilisierung für die Patienten.

**Einfluss von Adipositas**

Die Adipositas stellt nicht nur eine wichtige Komorbidität bipolarer Störung dar, sondern gehört auch zu den Nebenwirkungen, die unter einer antipsychotischen Therapie besonders berücksichtigt werden müssen. Adipöse Patienten mit einer Bipolar-I-Störung haben ein schlechteres Outcome mit mehr Rückfällen als nicht adipöse Betroffene. Gerade in der medikamentösen Behandlung der akuten Manie können als Nebenwirkung dramatische Gewichtszunahmen in relativ kurzer Zeit auftreten. Als Spitzenwert aus seiner eigenen klinischen Erfahrung gab

**Tab. 1. Anforderungen an Antipsychotika (aus Sicht der Patienten) [nach Leweke]**

Als sehr wichtig für eine gute Arzneimitteltherapie bewerteter Aspekt	Patienten [%]
Gute Verträglichkeit des Medikaments	68
Vermeidung von extremen Stimmungsschwankungen	61
Erhalt der Alltagsfähigkeit	58
Erhalt der sozialen Kontakte (Freunde, Familie, ...)	57
Schnelle, gute und anhaltende Wirksamkeit	57
Vertrauen zum behandelnden Arzt	55
Erhalt der Arbeitsfähigkeit	52
Besserung von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen	49
Einfache Handhabung, einfache Einnahme des Medikaments	42
Begleitende Psychotherapie	41
Studienergebnisse zu der Therapie	26

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

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

Prof. Dr. F. Markus Leweke, Mannheim, die Gewichtszunahme einer Patientin um 21 kg innerhalb von 21 Tagen an. Solche extremen Gewichtszunahmen können dann zustande kommen, wenn Medikamente kombiniert eingesetzt werden, da sich in diesen Fällen die Gewichtszunahmen unter Umständen „über-addieren“. Auf Gewichtszunahmen muss insbesondere bei Patienten geachtet werden, die bereits bei Erstdiagnose einer bipolaren Störung adipös sind.

#### Geringe Gewichtszunahme unter Asenapin

Asenapin (Sycrest®) weist im Vergleich mit anderen Medikamenten Verträglichkeitsvorteile auf. So ergaben die gepoolten Daten des Asenapin Phase-II- und Phase-III-Studienprogramms zur Schizophrenie und zu manischen Phasen, dass die mittlere Gewichtsveränderung nach 12-monatiger Behandlung unter Asenapin durchschnittlich bei lediglich +0,8 kg lag und nur 12,6% der Studienpatienten eine Gewichtszunahme

um  $\geq 7\%$  aufwiesen (Werte unter Olanzapin: +3,5 kg und 31,7%). Asenapin ist zugelassen für die Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden einer Bipolar-I-Störung bei Erwachsenen.

#### Quelle

Prof. Dr. F. Markus Leweke, Mannheim; Dr. Florian Seemüller, München; Pressegespräch „Erkannt – was nun? Therapie bipolarer Störungen“, Hannover, 28. September 2012, veranstaltet von Lundbeck GmbH.

Sabine Stürmer, Bendestorf

## Bipolare Störungen

### Lithium in der Suizidprävention nicht wirksamer als Valproinsäure

**In einer randomisierten Studie erhielten 98 Patienten mit einer bipolaren Störung, die kürzlich einen Suizidversuch unternommen hatten, über 2,5 Jahre doppelblind ein Lithiumsalz oder Valproinsäure. Primäres Studienziel war die Untersuchung der Zeit bis zu einem Suizidversuch und der Zeit bis zu einem damit zusammenhängenden Ereignis (Suizidversuch oder Krankenhauseinweisung bzw. Medikamentenwechsel wegen suizidaler Absichten). Es gab 45 Suizidereignisse bei 35 Teilnehmern, darunter 18 Suizidversuche von 14 Teilnehmern. Sechs von ihnen gehörten zur Lithium- und acht zur Valproinsäure-Gruppe. Die gefundenen Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.**

Daten aus randomisierten Studien, naturalistischen Untersuchungen und Studien mit einer offenen Behandlung sprechen dafür, dass Lithium einen antisuizidalen Effekt hat. Die Autoren der vorliegenden Studie weisen allerdings darauf hin, dass die Daten aus einigen dieser Studien mit Vorsicht betrachtet werden sollten. So könnten Ärzte Lithiumsalze wegen der Toxizität höherer Dosen bei suizidgefährdeten Patienten besonders zurückhaltend eingesetzt haben. Wegen der Toxizität von Lithium erfolgten außerdem häufige Kontrollen, die eine Intervention bei Non-Compliance ermöglichten. Schließlich könnten die Daten insbesondere von Patienten stammen, die ihre Erkrankung und die Notwendigkeit der Behandlung akzeptieren und deshalb eventuell eine bessere Compliance aufweisen. Die vor-

liegende Untersuchung ist nun die erste doppelblinde, randomisierte Parallelgruppenstudie mit suizidgefährdeten bipolaren Patienten, die zeigen sollte, ob die Lithium-Therapie einer Behandlung mit Valproinsäure in der Prävention suizidaler Ereignisse überlegen ist. Die Studie wurde von 2000 bis 2007 an der Columbia Universität, New York, durchgeführt.

#### Studiendesign

Eingeschlossen wurden Patienten im Alter von 18 bis 75 Jahren mit der Diagnose einer bipolaren Störung (Bipolar I oder Bipolar II) nach DSM-IV, die an einer depressiven oder gemischten Episode litten und wenigstens einen Suizidversuch unternommen hatten. Ausschlusskriterien waren unter anderen: unbehandelte Begleiterkrankungen,

Kontraindikation für Lithium oder Valproinsäure, Kontraindikation für die begleitend gegebenen Antidepressiva (Paroxetin, Bupropion und Venlafaxin) oder Antipsychotika (Olanzapin, Perphenazin und Haloperidol) sowie bekannte Non-Response auf Lithium oder Valproinsäure. Die Patienten wurden randomisiert einer Behandlung mit Lithium (Serumspiegel: 0,6–1,0 mmol/l) oder Valproinsäure (Serumspiegel: 45–125 µg/ml) zugeteilt. Nach Kontrolle der Serumspiegel informierte ein nicht unmittelbar an der Studie beteiligter Arzt die Apotheke über notwendige Dosisanpassungen. Der doppelblinde Charakter der Studie blieb gewahrt.

Depressive Patienten wurden randomisiert einer Behandlung mit Lithium plus Paroxetin (bis 60 mg/Tag) oder Valproinsäure plus Paroxetin zugeteilt. Bei Non-Response war die Gabe von Bupropion (bis 400 mg/Tag) oder Venlafaxin (bis 375 mg/Tag) möglich. Depressive psychotische Patienten erhielten zusätzlich Olanzapin (bis 25 mg/Tag). Patienten mit einer gemischten Episode wurden randomisiert entweder mit Lithium plus Olanzapin oder Valproinsäure plus Olanzapin behandelt. Nonresponder von Olanzapin erhielten entweder Perphenazin (bis 64 mg/Tag) oder Haloperidol (bis 20 mg/Tag).

Die Studie verlief in drei Behandlungsphasen: Akutbehandlung, Fortführungsbehandlung und Erhaltungsbehandlung. Die Akutbehandlung wurde bis zum Erreichen eines Depressions-Scores unter