Nervenarzt 2006 · 77:S130–S526
DOI 10.1007/s00115-006-2216-6
© Springer Medizin Verlag 2006

T01 Schizophrenie / Psychosen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Dachgarten

S-006 Symposium

Soziale Kognition und ihre neuronalen Mechanismen: Grundlagen und klinische Forschung

Vorsitz: H. Walter (Bonn), K. Mathiak (Aachen)

0023

Neuronale Mechanismen virtueller sozialer Interaktion

Klaus Mathiak (Uniklinik Aachen, Klinik für Psychiatrie)
R. Weber

Einleitung: Die neuen interaktiven Medien wie Computer- und Videospiele sind als Unterhaltungsmedium extrem weit verbreitet. In Deutschland spielen fast 20 Millionen Deutsche mindestens gelegentlich Videospiele. Nach der Nutzung des Internets ist „Spielen“ für Jugendliche die häufigste Tätigkeit am Computer. Bisher gibt es kaum Daten dazu wie diese virtuellen sozialen Interaktionen das Sozialverhalten bei Gesunden und psychisch Kranken beeinflussen.

Methode: Übersichtsarbeiten zeigen kleine aber signifikante Zusammenhänge zwischen der Nutzung von Gewaltcomputerspielen und aggressiven Verhaltensstörungen. Wir untersuchten die neuronalen Korrelate von virtuellen Gewaltverhalten in 13 gesunden Probanden mithilfe von fMRI. Dazu kam ein neuartiges Design zum Einsatz, das zeitlich hoch aufgelöste, inhaltsanalytische Verhaltensmuster mit lokalisierter Hirnaktivität korreliert. Eine weitere Untersuchung an 31 Patienten mit Persönlichkeitsstörung erfasste Medien- und Computerspielnutzung und psychophysische Korrelate affektiv-kognitiver Interaktionen in Abhängigkeit von den Störungsachsen nach DSM-IV.

Diskussion/Ergebnisse: Das Hauptkorrelat virtueller Gewalthandlungen war die Herabregulation affektive Areale (rostrales anteriores Zingulum (rACC), Amygdala und orbitofrontaler Kortex) durch kognitive Strukturen (dorsaler ACC). Die inhaltsanalytische Beschreibung der virtuellen Interaktionen erklärten in >70% des Hirnvolumens Varianz in zu einen signifikanten Niveau (korrigiertes $p < .05$). In den affektiven Arealen wurden hohe Effektstärken und Korrelationen mit den Gewaltvariablen beobachtet. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auch mit dissozialen nutzten signifikant weniger Computerspiele als repräsentative Bevölkerungsquerschnitte in derselben Altersgruppe angeben. Narzistische Störungskomponenten waren mit intensiven und idealisierenden Beziehungen zu Mediencharakteren korreliert ($p < .001$). Emotional-kognitive Interaktionen unterschieden sich nicht signifikant von Kontrollen, aber störungsabhängige Muster konnten beobachtet werden. Computerspiel- und Mediennutzung ist ein zentrales Element der gegenwärtigen Sozialgestaltung. Deswegen können Charakter- und Persönlichkeitsentwicklung davon beeinflusst werden. Umgekehrt ist die Mediennutzung von Persönlichkeitsstruktur und -störung geken-

zeichnet. Die funktionelle Bildgebung kann die neuronalen Korrelate dieser Prozesse erfassen, um Mechanismen und klinische Bedeutung von virtuellen Sozialbeziehungen zu erfassen.

0024

Neuronale Korrelate des Perspektivwechsels und der Agentenschaft

Kai Vogeley (Universität zu Köln, Klinikum Psychiatrie und Psychotherapie)

Ein wichtiges Forschungsfeld innerhalb der sogenannten sozialen Neurowissenschaft (social neuroscience) betrifft die Fähigkeit zur Selbst-Fremd-Differenzierung, die es uns erlaubt, zwischen den mentalen Zuständen von sich selbst und anderen zu unterscheiden. Zur Charakterisierung der neuronalen Korrelate der Selbst-Fremd-Differenzierung sind adäquate empirische Indikatoren wichtig, die einen operationalisierten Zugang zulassen. Hierzu gehören die Leistungen des Perspektivwechsels im Raum. Üblicherweise nehmen wir den multimodalen Erfahrungsraum als zentriert um unsere eigene Körperachse wahr im Sinne einer Ersten-Person-Perspektive. Daneben sind wir aber auch in der Lage, uns den Raum um uns herum von einer anderen Raumstelle vorzustellen im Sinne einer Dritten-Person-Perspektive. Darauf bezieht sich das Phänomen des Perspektivwechsels, das uns erlaubt, die Welt um uns herum einmal aus unserer eigenen Perspektive, einmal aus der Perspektive einer anderen Person zu erleben. Ein weiterer Zugang zur Selbst-Fremd-Differenzierung ist die Untersuchung von Agentenschaft, also dem Erleben, Urheber einer bestimmten Handlung zu sein und nicht etwa Beobachter von Handlungen, die von anderen ausgeführt werden. Unter Anwendung geeigneter experimenteller Anordnungen und unter Zuhilfenahme von funktioneller Bildgebung lassen sich die neuronalen Korrelate dieser Leistungen ausmachen. Dabei stellt sich interessanterweise heraus, dass das Erleben einer Ersten-Person-Perspektive und das Erleben von Agentenschaft überlappende neurale Korrelate insbesondere im Bereich des anterior medial präfrontal gelegenen Kortex aufweist. Dies kann als Hinweis dafür genommen werden, dass selbstreferentielle Informationen ähnliche neurale Korrelate haben und daher eine Art neurale Signatur des Selbstbezugs bezeichnen.

0025

Soziale Interaktion und ihre neuronalen Korrelate bei schizophrenen Psychosen

Henrik Walter (Universitätsklinikum Bonn, Medizinische Psychologie)

Einleitung: Theory-of-Mind (TOM) refers to the ability to understand and represent the mental states of others. TOM is essential for successful normal social interaction. TOM deficits are prominent in autism [1] but have also been found to be impaired in patients with schizophrenia depending on their psychopathology [2]. Whereas patients with autism can be described as 'hypointentional', i.e. as treating persons like objects, patients with schizophrenia often are 'hyperintentional', i.e. attributing intentionality also to physical objects or events. Therefore, it should be useful to investigate not only behavioral performance, but also the neural circuit subserving TOM [3].

Methode: We used a previously validated TOM task with three different TOM conditions and one control condition in which the degree of social interaction was varied parametrically [4]. Patients with schizophrenia ($n=12$) and a healthy control group was studied with fMRI (1.5 Tesla). Data were analysed with SPM99.

Diskussion/Ergebnisse: In the control group there was an increasing activation of the TOM network with the degree of social interaction (left and right STS, medial prefrontal cortex, posterior cingulate cortex). In the patient group there was no medial prefrontal activation in neither condition. Comparing groups directly significant differences in activation patterns were found in the right STS region and in the region of the anterior paracingulate cortex. These effects however, were partly driven by the fact that in the control condition patients showed an increased signal compared to baseline. Our results can be interpreted as

a functional signature of a 'hyperintentional stance' towards physical objects in patients with schizophrenia. More detailed analysis and interpretation will have to take into account performance, signal time courses and psychopathology. Furthermore, it would be desirable to compare patients with schizophrenia and patients with autism with the same task. [1] Frith U *Neuron*, 2001, 32: 969–79. [2] Pickup GJ, Frith CD (2001) *Psychological Medicine* 31: 207–220. [3] Gallagher HL et al. (2003) *Trends Cog Sci* 7: 77–83. [4] Walter H et al. *J Cog Neuroscience*, 2004, 16: 1854–1863.

0026

Ist Emotionserkennung trainierbar? Eine fMRT-Längsschnitt-Studie bei Autismus-Spektrum Störungen

Sven Bölte (Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Einleitung: Einer der am besten replizierten Befunde der Neurobiologie des Autismus ist Hypoaktivierung des Gyrus fusiformis (GF) bei der Verarbeitung fazialen Affekts. Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob ein erfolgreiches behaviorales Training des Erkennens basaler affektiver Zustände von vermehrter Aktivierung des GF begleitet wird.

Methode: Die Wirksamkeit eines computerunterstützten Programms zur Förderung des fazialen Affekterkennens (FEFA) wurde in einer Stichprobe von 10 Probanden mit High-Functioning-Autismus geprüft. BOLD-fMRT Signalveränderungen im GF und anderen Regionen von Interesse sowie Verhaltensmessungen zur Affektidentifikation wurden prä-post erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Es konnten keine signifikanten Aktivierungsveränderungen des GF beobachtet werden. Deutliche Verbesserungen der Affekterkennung in Folge der Intervention auf Verhaltensebene waren mit höheren BOLD-fMRT Signalen im rechten Gyrus okzipitalis media und Lobus parietalis superior assoziiert.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.2

S-008 Symposium

Doppeldiagnose – Therapieoptionen bei Psychose und Sucht

Vorsitz: T. Wobrock (Homburg), M. Soyka (Meiringen)

0034

Aktuelles zur Differentialdiagnose und Therapie der Alkoholhalluzinose

Michael Soyka (Privatklinik Meiringen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0035

Leitlinienkonforme Pharmakotherapie bei Schizophrenie mit komorbider Substanzstörung, was ist evidenzbasiert?

Thomas Wobrock (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Ein begleitender Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit ist die häufigste psychiatrische Komorbidität bei schizophrenen Patienten mit Prävalenzraten bis ca. 65%. Die Empfehlungen zur Pharmakotherapie der Schizophrenie basieren jedoch weit überwiegend auf Untersuchungen, in denen Patienten mit Doppeldiagnose ausgeschlossen waren.

Methode: In einer systematischen Literaturrecherche wurden die vorliegenden pharmakotherapeutischen Studien bei dieser speziellen Patientengruppe identifiziert und hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet.

Dieser Bewertung wurden die Evidenzebenen der US-amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) zu Grunde gelegt, welche auch bei der Erstellung der aktuellen S3-Praxisleitlinie Schizophrenie der DGPPN verwendet wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Randomisierte kontrollierte Studien (Evidenzgrad I) konnten nur vereinzelt gefunden werden, zumeist handelte es sich um nicht randomisierte Verlaufsuntersuchungen ohne Kontrollgruppe (Evidenzgrad III). Auf dem Boden dieser Evidenz ergaben sich zusammenfassend Hinweise für eine bessere Wirksamkeit atypischer Antipsychotika (Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon) gegenüber konventionellen oralen Antipsychotika auf die Psychopathologie, auf die Reduktion des Drogenverlangens und die Verminderung des tatsächlichen Drogenkonsums. Auch trizyklische Antidepressiva zusätzlich zur neuroleptischen Erhaltungstherapie zeigten eine Wirksamkeit im Hinblick auf eine Reduktion des Substanzkonsums und des Drogenverlangens (Craving). Die Gabe von Anti-Craving Substanzen (Naltrexon, Disulfiram) führte zu einer reduzierten Substanzannahme, für Acamprosat bei schizophrenen Patienten mit komorbider Alkoholabhängigkeit liegen keine Erfahrungen vor. Zusammenfassend sind bei schizophrenen Patienten mit komorbider Substanzstörung atypische Antipsychotika zu präferieren und der frühzeitige Einsatz von Antidepressiva in Abhängigkeit vom psychopathologischen Befund sowie Anti-Craving Substanzen zu erwägen.

0036

Psychoedukative Therapieansätze Das GOAL-Behandlungsprogramm für Patienten mit der Doppeldiagnose schizophrene Psychose und Sucht

Roberto D'Amelio (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

GOAL („Gesund und Ohne Abhängigkeit Leben“) ist ein Behandlungsprogramm für Patienten mit der Doppeldiagnose schizophrener Psychose und Substanzkonsum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum des Saarlandes. Die Ziele des GOAL-Behandlungsprogramms lassen sich folgendermaßen umschreiben: Der Patient soll über die kurz- und langfristigen negativen Auswirkungen des Drogenkonsums auf den Verlauf der schizophrenen Erkrankung informiert werden. Darüber hinaus sollen Fertigkeiten zur Rückfallprävention und zum Rückfallmanagement vermittelt werden. Des Weiteren soll bei Patienten Behandlungs-Compliance und Abstinenz-Motivation gefestigt werden. Das GOAL-Behandlungsprogramm besteht aus folgenden Modulen: - GOAL-Wissen: ist eine psychoedukative, kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppe mit Schwerpunkt auf Vermittlung von Wissen zum Zusammenhang von Suchtmittelabusus und Exacerbation einer schizophrenen Psychose und von Kompetenzen zur Rückfallverhütung und Rückfallmanagement – GOAL-Praxis: Im Rollenspiel werden Fertigkeiten, Strategien und Verhaltensweisen geübt, die zur Rückfallprävention bzw. Schadensbegrenzung bei erneutem Substanzmissbrauch und zur Gestaltung von sozialen Kontakten dienlich sind. - GOAL-Kreativ: Bearbeitung des Drogenkonsums und dessen Auswirkung auf den Verlauf der schizophrenen Psychose mit kreativen, gestalterischen und künstlerischen Mitteln. - GOAL-Sport: Durch sportliche Betätigung soll eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, der sensomotorischen Koordination und der physischen und psychischen „Durchhaltefähigkeit“ erreicht werden. Der Patient durchläuft sämtliche GOAL-Behandlungsmodule als „Gesamtpaket“ und damit in einer geschlossenen Gruppe mit nur einem konstanten therapeutischen Team. Dies hat den Vorteil, dass sich in der verhältnismäßig kurzen und intensiven Zeit von „nur“ 5 Wochen eine gute Gruppenkohäsion und therapeutische Allianz zwischen den Patienten und dem Behandlungsteam ausbilden kann. Auch nach Abschluss des 5-wöchigen GOAL-Behandlungsprogramms werden die Patienten auf der niedrigeren Intensitätsstufe von 1x pro Woche weiter betreut (→ GOAL-Nachsorge). Neben der inhaltlichen Darstellung des GOAL-Behandlungsprogramms und der Diskussion der Ergebnis-

se, werden grundlegende Fragen der Behandlung von Patienten mit der Doppeldiagnose Sucht und schizophrener Psychose erörtert. Lit: D'Amelio R, Behrendt B, Wobrock T (2006): Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München: Urban & Fischer

0037

Schizophrenie und Cannabis: Neurobiologische Veränderungen und deren Therapieimplikationen

Maria Jockers-Scherübl (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Einleitung: Schizophrene Erkrankungen und Cannabiskonsum treten häufig zusammen auf und langjähriger Cannabiskonsum kann zu früherer Ersterkrankung führen als bei Nichtkonsumenten. Es kann neurobiologisch zu Veränderungen der Neurotrophine, die für die Hirnentwicklung- reifung wichtig sind, und zu veränderter kognitiver Leistungsfähigkeit kommen. Spezifische Behandlungsstrategien sind hier erforderlich.

Methode: Patienten mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Cannabismissbrauch wurden klinisch untersucht und mit Schizophrenen ohne Substanzmissbrauch verglichen. Die Neurotrophine Nervenwachstumsfaktor (NGF) und Brain derived neurotrophic factor (BDNF) wurden im Serum gemessen in unterschiedlichen Behandlungsstadien. Ebenso wurde die kognitive Leistungsfähigkeit untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Schizophrene Patienten mit und ohne Cannabisabusus unterschieden sich hinsichtlich einiger klinischer Parameter. Zusätzlicher Cannabismissbrauch-/abhängigkeit führte zu höheren Neurotrophinwerten im unbehandelten Zustand und zu veränderten kognitiven Leistungen. Ein spezifisch entwickeltes Psychoedukationsprogramm berücksichtigte die Aspekte der Schizophrenie und des Cannabismissbrauchs.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 43

FV-008 Freie Vorträge

Diagnostik und nichtmedikamentöse Therapie bei schizophrenen Erkrankungen

Vorsitz: R. Lencer (Lübeck)

0035

Prädiktion des funktionalen Outcomes bei Schizophrenie eine Analyse kognitiver, klinischer und soziodemographischer Variablen

Andreas Wittorf (Psychiatr. Universitätsklinik, Tübingen)

G. Wiedemann, S. Klingberg

Einleitung: Schizophrene Störungen sind oftmals mit erheblichen negativen Konsequenzen für den funktionalen Outcome, insbesondere im beruflichen und sozialen Bereich, verbunden. Neben den kognitiven Defiziten scheinen auch die Psychopathologie und soziodemografische Merkmale diesen funktionalen Outcome prädisziplinieren zu können. Nach Green et al. (2000) sind die bisherigen Studien durch eine relativ enge Auswahl von Prädiktoren bzw. eine zu geringe statistische Power gekennzeichnet. Unsere Studie hat die Identifikation von Prädiktoren für den funktionalen Outcome aus einem weiter gefassten Bereich von neuropsychologischen, klinisch-psychopathologischen und soziodemographischen Variablen zum Ziel.

Methode: Im Rahmen einer DFG-geförderten Psychotherapiestudie wurden n=96 schizophrene Patienten (DSM-IV/SCID-I) in der beginnenden Stabilisierungsphase während der stationären

Behandlung (Baseline) und 12 Monate nach Entlassung (Follow-up) untersucht. Bei Baseline wurde neben der Erhebung soziodemographischer und klinisch-psychopathologischer Variablen (u.a. PANSS) eine umfangreiche neuropsychologische Untersuchung durchgeführt. Der funktionale Outcome wurde anhand der Global-skalen der Social-Adjustment-Scale II (Schooler et al., 1979) und der Global Assessment of Functioning Scale (Sass et al., 1996) beim Follow-up erfasst. Die Datenanalyse erfolgte explorativ mittels schrittweiser multipler linearer Regressionen.

Diskussion/Ergebnisse: In den multiplen linearen Regressionsanalysen wurden drei der fünf funktionalen Outcomemasse sowohl von der Negativ-Symptomatik als auch Massen des kognitiven Funktionsniveaus prädiszipiert. Für die Vorhersage der beruflichen Anpassung war die kognitive Gesamtleistungsfähigkeit der beste Prädiktor. Für die Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten besaßen die Negativ- bzw. Positiv-Symptomatik und das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung prädiktiven Wert, die kognitive Leistungsfähigkeit hingegen nicht. Die beiden Masse der generellen funktionalen Anpassung wurden primär durch die Negativ-Symptomatik vorhergesagt. Insgesamt erklärten die Prädiktoren zwischen 23% und 35% der korrigierten Varianz der verschiedenen funktionalen Outcomemasse. Im Gegensatz zu den meisten Befunden der Literatur erwies sich auch die Positiv-Symptomatik als prädiktiv für drei der fünf untersuchten Outcomemasse.

0036

Kognitive Modifizierbarkeit und Rehabilitationserfolg bei schizophrenen Erkrankten

Stefan Watzke (MLU Halle-Wittenberg, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formkreis benötigen besondere Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, um einer Ausgliederung aus der Gesellschaft entgegenzuwirken. Der Erfolg derartiger Bemühungen kann bislang nur in eingeschränktem Umfang vorhergesagt werden. Neuere Studien zeigen, dass kognitiven Defiziten der Erkrankung eine hohe prognostische Bedeutung für den Verlauf funktionaler Ergebnisparameter zukommt. Zur weiteren Verbesserung der Vorhersagbarkeit des Rehabilitationsergebnisses wird der Einsatz der Dynamischen Testdiagnostik vorgeschlagen. Dieser neue Untersuchungsansatz erlaubt zusätzlich zur Erfassung basaler kognitiver Performanz die Identifikation von Personengruppen mit differentieller kognitiver Modifizierbarkeit und kann inkrementelle Beiträge zur Vorhersage funktionaler Entwicklung liefern. Es wird die longitudinale prognostische Validität von Indikatoren kognitiver Modifizierbarkeit bei der Vorhersage verschiedener Facetten des Erfolges beruflicher Rehabilitation schizophrener Patienten überprüft. Es stellt sich zudem die Frage, ob sich der Rehabilitationserfolg durch Parameter kognitiver Leistung und Modifizierbarkeit besser vorhersagen lässt als durch soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen.

Methode: N=41 Rehabilitanden mit Schizophrenie oder schizoaffectiven Erkrankungen wurden hinsichtlich ihrer kognitiven Leistung und Modifizierbarkeit sowie bezüglich soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen untersucht. Die Entwicklung basaler Arbeitsfähigkeiten, des Funktionsniveaus und des psychischen Wohlbefindens wurde zu Beginn der Rehabilitation, nach sechs Monaten Verbleib in der Maßnahme, bei Austritt nach ca. 12 Monaten Rehabilitationsdauer sowie nach einem Katamneseintervall von drei Monate nach Abschluss der Maßnahme erhoben. Zu diesem Katamnesezeitpunkt erfolgte zudem eine Erfassung der erzielten beruflichen Integration.

Diskussion/Ergebnisse: Indikatoren kognitiver Modifizierbarkeit zeigten prognostische Validität für die Ausprägung und Entwicklung der arbeitsbezogenen Lernfähigkeit während der Rehabilitation, für die Entwicklung des Funktionsniveaus über die Maßnahme hinaus sowie

das Ausmaß der beruflichen Wiedereingliederung. Maße kognitiver Performanz waren soziodemographischen und krankheitsbezogenen Prädiktorvariablen bei der Vorhersage von Outcome-Maßen überlegen, die einen Aspekt arbeitsrelevanter Leistung beinhalteten. Es werden die Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung des dynamischen Testansatzes und Konsequenzen für eine zukünftige Gestaltung beruflicher Rehabilitation diskutiert.

0037

Integrative Neurokognitive Therapie schizophrener Erkrankter: Effektivität eines neuen Behandlungsansatzes in der neuro- und sozialkognitiven Remediation

Marc Lächler (Psych. Universitätsklinik, Psychotherapieforschung, Bern)
V. Roder, J. Emmerich, D. Müller

Einleitung: Aufgrund umfangreicher empirischer Befunde wird die Verbesserung neurokognitiver Funktionseinbußen bei schizophren Erkrankten heute allgemein als ein relevantes therapeutisches Behandlungsziel betrachtet. Dies insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer pervasiven Beeinflussung neurokognitiver Einbußen auf das Rehabilitationspotential und die soziale (Wieder-)Eingliederung der Patienten. Soziale Kognitionen, wie z.B. Emotionswahrnehmung, soziale Perspektive-nübernahme und kausale Attribution tragen nach neueren Erkenntnissen einen bedeutenden Anteil zur Varianzaufklärung dieses pervasiven Einflusses bei (NIMH MATRICS Initiative, Nuechterlein et al. 2004, Green et al. 2005). Vor diesem Hintergrund erscheint eine integrative Behandlung neurokognitiver und sozialkognitiver Funktionseinbußen notwendig und erfolgversprechend.

Methode: Vor diesem Hintergrund entwickelten wir einen kognitiv-behavioralen Therapieansatz, welcher die Restitution und Kompensation verschiedener neurokognitiver und sozialkognitiver Funktionen eingebettet in den Lebensalltag der Patienten umfasst (Integrierte Neurokognitive Therapie, INT). Sämtliche therapeutischen Interventionen, auch die computergestützten Übungen, werden in Gruppen von 5–8 Patienten durchgeführt. Die INT wird in einer randomisierten, kontrollierten Multizenterstudie hinsichtlich Therapieergebnis und Therapieprozess untersucht. Einbezogen werden 70 ambulante oder teilstationäre Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung nach ICD-10. Die Messbatterie umfasst die primären Zielbereiche Neurokognition und soziale Kognition und die sekundären Zielbereiche Psychopathologie, psychosoziales Funktion-niveau, subjektive Lebensqualität sowie Selbstwirksamkeitserwartung und Therapiemotivation. Die INT wird dabei mit der Standardbehandlung verglichen (TAU).

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse liegen zu 28 Patienten vor. Die statistischen Analysen weisen auf eine Überlegenheit der INT gegenüber TAU sowohl im subjektiven Erleben kognitiver Einbußen, als auch in objektiven neuropsychologischen Variablen hin. Ebenso zeigt sich eine Überlegenheit der INT in Bezug auf eine verbesserte Emotionswahrnehmung. Diese erste Zwischenbilanz unterstützt unsere Annahme, dass mit der INT ein Therapieansatz für die klinische Praxis zu Verfügung gestellt werden könnte, der kognitive Funktionseinbußen im Alltag unter Berücksichtigung sozialer Kognition zu reduzieren vermag. Wir gehen davon aus, dass durch die Verbesserungen in den genannten Zielbereichen letztlich das Rehabilitationspotential und der Behandlungsprozess der Patienten positiv beeinflusst werden kann.

0038

Psychoedukation bei schizophren Erkrankten: Neuropsychologisches Leistungsniveau und kognitives Training als Determinanten des Therapieerfolges. Design und erste Ergebnisse der COGPIP-Studie

Gabi Pitschel-Walz (Technische Universität München, Psychiatrische Klinik)
J. Bäuml, S. Kraemer, T. Froböse, A. Gsottschneider, C. Pohl, T. Jahn

Einleitung: Durch Psychoedukation bekommen Patienten die Chance, ihre Erkrankung besser zu verstehen und über ihre ei-

gene Behandlung kompetenter mitentscheiden zu können. In der klinischen Praxis stellt sich oft die Frage, ob sich bei Patienten, die krankheitsbedingt kognitiv eingeschränkt sind, überhaupt diese positiven Effekte der Psychoedukation einstellen können. Zur Verbesserung kognitiver Beeinträchtigungen bei schizophren erkrankten Patienten wurde u.a. das computergestützte Trainingsprogramm COGPack entwickelt, das schon bei vielen Patienten mit Erfolg verwendet wurde.

Methode: Ziel der DFG-geförderten COGPiP-Studie ist es zu untersuchen, ob die Wirksamkeit von Psychoedukation bei schizophren Erkrankten tatsächlich vom kognitiven Leistungsniveau abhängt und welche Leistungen für den Therapieerfolg bedeutsam sind. Zudem wird geprüft, ob ein der Psychoedukation vorgeschaltetes kognitives Training zu einer Verbesserung kognitiver Fähigkeiten führt und ob sich dies zusätzlich positiv auf die Wirksamkeit von Psychoedukation auswirkt. Nach dem schriftlichen Einverständnis erfolgt die randomisierte Zuordnung zu einer der beiden Behandlungsgruppen mit standardisiertem kognitivem Training (10 Sitzungen, verteilt über 2 Wochen) bzw. üblicher Ergotherapie. Alle Studienpatienten sowie deren Angehörige erhalten daran anschließend ein psychoedukatives Gruppenprogramm (8 Sitzungen, verteilt über 4 Wochen). Die Effekte des kognitiven Trainings und der Psychoedukation werden direkt nach Beendigung und in einer 9-Monats-Katamnese untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die COGPiP-Studie wurde am 15.2.2006 gestartet. Bis zum 15.6.2006 wurden 56 Patienten mit einer F2-Diagnose gescreent und 25 Studienpatienten rekrutiert. Im Vortrag werden erste pre-post Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

0039

Theory of mind (ToM) Fähigkeiten bei Patienten mit einer schizophrenen Psychose: Performanz in der „Moving shapes“ Aufgabe im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden

Katja Kölkebeck (Uniklinikum Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)
A. Pedersen, P. Ohmann

Einleitung: Theory-of-Mind (ToM)-Fähigkeit bezeichnet die Fertigkeit von Menschen, Gedanken und Gefühle des Gegenübers nachzuvollziehen bzw. diese zu verstehen. Wiederholt konnten Defizite in diesem Bereich bei Patienten, die an einer schizophrenen Psychose leiden, aber auch vor allem bei Patienten mit einem Asperger-/Autismus nachgewiesen werden. Psychotische Symptome könnten u.a. durch Fehlinterpretation des Verhaltens anderer entstehen und auch aufrechterhalten werden. Das „moving shapes“ Paradigma von Frith et al. (2000) ermöglicht eine PC-gestützte semiquantitative Bewertung der ToM-Fähigkeiten: es werden animierte Dreiecke dargestellt, deren Bewegungsmustern spezifische Aktivitäten zugeordnet werden können (z.B. kämpfen, necken), und wurde bisher größtenteils im Autismusbereich angewandt.

Methode: Anhand des „moving shapes“-Paradigmas wurden in der aktuellen Studie erstmals 20 Patienten mit einer schizophrenen Psychose (DSM IV) im Vergleich zu 20 gesunden Kontrollpersonen untersucht, um differentielle Zusammenhänge zwischen Psychopathologie, Neurokognition und sozialer Kognition aufzudecken. Die psychopathologischen Befunde wurden mit Hilfe der PANSS, CDSS, CGI und GAF erhoben. Die neuropsychologische Testung prüfte die verbale Intelligenz (MWT-B), das induktive Denken (LPS-3), die verbale Lern- und Merkfähigkeit (VLMT), die selektive Aufmerksamkeit (FAIR) sowie die psychomotorische Geschwindigkeit und kognitive Flexibilität (TMT-A, TMT-B). Autistische Züge, Diplomatie-Fähigkeit und Alexithymie wurden anhand spezifischer Fragebögen evaluiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie werden vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur diskutiert.

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–13.15 Uhr, Saal 03

PL-002 Plenarvortrag

Mind-Body-Concept

Vorsitz: T. Schläpfer (Bonn)

0002

Schizophrenia – Dopamine, Glutamate and beyond – the path to discovery and into the future

Arvid Carlsson (University of Göteborg, Department of Physiology)

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-004 Postersitzung

Schizophrenie – Aspekte von Behandlung und Rehabilitation

Vorsitz: R. Lencer (Lübeck)

0033

Lebensqualität von Patienten mit Schizophrenie: Wie unterscheidet sich die Sichtweise von Arzt und Patient?

Peter Wehmeier (Lilly Deutschland GmbH, Medizin – Neurologie/Psych., Bad Homburg)

E. Schneider, A. Schacht, T. Wagner, W. Schreiber

Einleitung: In der Schizophreniebehandlung spielt die Lebensqualität (QoL) des Patienten sowohl aus Sicht des Arztes als auch aus der des Patienten eine wichtige Rolle. Wir haben untersucht, wie sich die beiden Perspektiven gemessen anhand der QLS (Quality of Life Scale) und der SWN (Subjektives Wohlbefinden unter Neuroleptika) unter einer neuroleptischen Behandlung unterscheiden. Von besonderem Interesse waren Faktoren, die den Grad der Übereinstimmung (Konkordanz) beider Perspektiven beeinflussen.

Methodik: Die Daten wurden in einer prospektiven, nicht-randomisierten, offenen Beobachtungsstudie (EASE) bei ambulanten Patienten mit Schizophrenie erhoben. Ausgewertet wurden Daten von 1462 Patienten, die zur Baseline entweder neu auf ein Neuroleptikum eingestellt oder auf ein anderes Neuroleptikum umgestellt wurden. QLS und SWN wurden zur Baseline, nach 3, 6, 9 und 12 Monaten erfasst. Je nach Konkordanz zwischen QLS- und SWN-Ratings wurden 4 Patientengruppen definiert: Konsistent hohe Konkordanz (QLS und SWN stets übereinstimmend, QLS~SWN; n=601, 41,1%), geringe Konkordanz mit QLS>>SWN (n=336, 23,0%), geringe Konkordanz mit SWN>>QLS (n=340, 23,3%) und inkonsistente Konkordanz (über die Zeit wechselnd, n=185, 12,7%). Der Einfluss von Faktoren auf die Konkordanz wurde als adjustierte Odds Ratio (OR) berechnet (jeweils mit QLS~SWN als Referenzgruppe).

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse/Diskussion: Folgende Faktoren hatten einen Einfluß auf die Konkordanz der QoL-Ratings. Eine bessere Bewertung der QoL durch den Arzt (QLS>>SWN) war bei Frauen weniger wahrscheinlich als bei Männern (OR=0,73), bei jüngeren Patienten (≤ 30 Jahre) weniger wahrscheinlich als bei älteren (OR=0,58), dagegen wahrscheinlicher bei hohem CGI-Schweregrad (>mäßig) an Baseline (OR=1,58) oder nach Vorbehandlung mit oralen Typika (OR=1,88). Die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die QoL besser bewertete als der Arzt (SWN>>QLS), war mit begleitender Psychotherapie höher als ohne Psychotherapie (OR=1,84), sowie bei unverträglicher Vorbehandlung (OR=1,89), Behandlungsumstellung auf Patientenwunsch (OR=1,57) oder Vorbehandlung mit oralen Typika (OR=1,77) ebenfalls höher. Die Wahrscheinlichkeit inkonsistenter QoL-Bewertungen war erhöht bei unverträglicher Vorbehandlung (OR=1,69) oder bei Behandlungsumstellung auf Patientenwunsch (OR=1,84).

0034

Beobachtete Symptomverbesserung und subjektive Verbesserung nach akuten psychotischen Episoden

Zeno Kupper (Uniklinik für Psychiatrie, Abt. für Psychotherapie, Bern 10)
W. Tschacher

Einleitung: Das Ausmaß der subjektiven Verbesserung, das Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis nach behandelten psychotischen Episoden wahrnehmen, wurde bisher nur selten systematisch untersucht. Es ist u.a. nicht klar, in welchem Verhältnis die subjektive Verbesserung zur beobachteten Symptomverbesserung steht. Der Mangel an Studien zu diesem Thema ist erstaunlich, da die nach der Behandlung subjektiv wahrgenommene Verbesserung eine bedeutende Rolle im weiteren Verlauf spielen könnte, so z.B. für die individuelle Akzeptanz aktueller und zukünftiger Behandlungsangebote.

Methode: In dieser Untersuchung wurde die Übereinstimmung zwischen beobachteter Symptomverbesserung und subjektiver Verbesserung nach stationär behandelten psychotischen Episoden bei 43 jüngeren Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht. Das Alter bei Eintritt betrug durchschnittlich 25,3 Jahre (SD 6,7) Jahre. Die Mehrzahl der Patienten (58%) wurde erstmals hospitalisiert. Die Beobachtungszeit betrug im Mittel 101 Tage. Die beobachtete Symptomverbesserung wurde sowohl als Differenzwert von initialen und finalen Einschätzungen als auch mittels der Trajektorien von täglich erfassten Symptomen individuell bestimmt. Die subjektive Verbesserung wurde mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den beobachteten Symptomverbesserungen und der subjektiven Verbesserung nach der psychotischen Episode. Auch die finalen Ausprägungen der Symptome korrelierten nicht mit der subjektiven Verbesserung. Stärkere Ausprägungen der Symptome zu Beginn der Behandlung und höhere Ausprägungen über den gesamten Verlauf sagten dagegen eine geringere subjektiv wahrgenommene Verbesserung vorher. Im Weiteren hingen die Symptomtrajektorien mit der subjektiven Verbesserung zusammen: eine kürzere initiale Phase deutlicher Symptomverbesserung korrelierte positiv mit dem Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Verbesserung. Die Ergebnisse zeigen, dass die beobachteten und die subjektiven Verbesserungen nach psychotischen Episoden nicht nur divergieren, sondern negativ korreliert sein können. Dabei könnte der Schweregrad der Erkrankung eine wichtige Rolle zu spielen.

0035

Das Dilemma mit der Krankheitseinsicht – Einfluss auf die Lebensqualität schizophrener Patienten

Anne Karow (UKE Hamburg)

J. Reimer, S. Moritz, D. Naber

Einleitung: Die Einsichtsfähigkeit in das Vorhandensein einer schizophrenen Erkrankung wird seit langem als eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Kooperation und Ansprechen der Behandlung und damit eine gute kurz- und langfristige Prognose angesehen. Gleichzeitig zeigten jedoch neuere Studien, dass Patienten mit guter Krankheitseinsicht möglicherweise stärkere depressive Symptome und eine schlechtere Lebensqualität aufweisen. Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung von selbst- und fremdbeurteilter Einsichtsfähigkeit, Psychopathologie und Lebensqualität bei Patienten mit akuter schizophrener Symptomatik.

Methode: Es wurden 59 Patienten mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung wurden während ihres stationären Aufenthaltes untersucht. Die Krankheitseinsicht wurde mit der Insight Scale und der SUMD, Psychopathologie durch die PANSS und Lebensqualität mittels SWN und MSLQ gemessen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl selbst- und als auch

fremdbeurteilte gute Krankheitseinsicht bereits zu Beginn einer stationären Behandlung mit schlechter Lebensqualität assoziiert waren. Patienten mit hoher Krankheitseinsicht berichteten eine signifikant schlechtere Vitalität ($p < .001$), psychosoziale ($p < .001$) und globale Lebensqualität ($p < .05$) im Vergleich zu Patienten mit geringer Krankheitseinsicht. Zusätzlich ließen sich signifikante Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht und Psychopathologie nachweisen. Diskussion: Patienten mit guter Krankheitseinsicht realisieren eher ihre Defizite in Alltagsfunktionen und sozialen Beziehungen, sowie die Stigmatisierung durch das Vorhandensein der psychischen Erkrankung, und berichten daher bereits zu Beginn der Behandlung eine schlechtere Lebensqualität und Alltagsfunktionen. Eine verstärkte Sensibilität der Behandler für die zugrundeliegenden psychologischen Prozesse und ihre frühzeitige Integration in die Therapie, könnte einer weiteren Zunahme depressiver Symptome im Verlauf entgegenwirken und damit die Lebensqualität der betroffenen Patienten verbessern.

0036

Psychosoziale Nachsorge nach stationärer psychiatrischer Behandlung bei schizophren Erkrankten

Norbert Krischke (Universität Oldenburg, Gesundh.- u. Klin. Psychologie)

Einleitung: Psychosoziale Nachsorge in Form offener psychoedukativer Gruppen nach Beendigung der stationären Therapie für schizophrene Erkrankte kann zur Stabilisierung der Symptomatik, zur Verbesserung der Medikamentencompliance und zur Reduktion der Re-Hospitalisierungsrate beitragen. Studien im Rahmen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung liegen bislang nur in geringer Zahl vor.

Methode: Im Rahmen einer kontrollierten Studie mit Messwiederholungsdesign (Beginn der Schulung, Ende u. 6-Monats-Katamnese) wurde einer konsekutiv anfallenden Treatmentgruppe ($N=17$) zu entlassener Patienten aus dem Sektor Bremen-Mitte des Zentralkrankenhauses Bremen Ost eine psychoedukative Maßnahme in Anlehnung an Kieserg & Hornung zur Stabilisierung des Therapieerfolgs angeboten. Als Vergleichsgruppe diente eine parallelisierte Stichprobe ($N=14$) aus dem Sektor Bremen-West, die ohne weitere Nachsorge entlassen wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Abweichend von den in der Literatur häufig berichteten Ergebnissen zeigten sich zwischen den Patienten der Treatment- und der Vergleichsgruppe keine sig. Unterschiede in der Lebensqualität (WHOQOL-BREF), im Wissenszuwachs und in der Symptomatik (BPTS)(BBF). Die Treatmentgruppe nahm nach 6 Monaten sig. mehr Neuroleptika, weniger sonstige Medikamente und häufiger atypische Neuroleptika ein. Geschulte Pat. hatten weniger Klinikaufenthalte und insgesamt weniger Krankenhaustage.

0037

Prädiktoren für Rehospitalisierung bei Patienten mit Schizophrenie

Ariane Höer (IGES, Versorgungsforschung, Berlin)
H. Gothe, C. Seidlitz, K. Wittrup-Jensen, G. Glaeske

Einleitung: Rehospitalisierungen sind charakteristisch für den Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen. Es fehlen jedoch Untersuchungen dazu, welche Faktoren eine Rehospitalisierung beeinflussen. Um solche Prädiktoren zu identifizieren, wurden die Krankheitsverläufe von Schizophreniepatienten analysiert.

Methode: Auf der Basis von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse wurde die Abfolge von stationären Maßnahmen von Patienten mit einem Index-Krankhausfall wegen Schizophrenie (ICD-10: F20, F25) untersucht. Diese Versicherten mussten ab Beginn des Falls mindestens 360 Tage beobachtbar sein. Als Index-Fall galt der erste stationäre Fall im Untersuchungszeitraum 2000 bis 2003. Mit einer Cox-Regressionsanalyse wurden mögliche Einflussfaktoren für eine erneute Hospitalisierung ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: Von 2.023 Schizophreniepatienten mit Index-Fall hatten 1.095 (54,1%) Versicherte einen zweiten stationären Fall. Die

mediane Dauer bis zum zweiten Fall betrug 635 Tage, bis zum dritten 400 Tage, bis zum vierten 287 Tage und bis zum fünften 160 Tage. Im Vergleich zu Versicherten mit Kur- oder Rehamaßnahmen als Index-Fall zeigte sich ein signifikant erhöhtes Risiko einer Rehospitalisierung für Patienten mit stationären (Relatives Risiko (RR) 3,25 95%KI 1,91–5,51; $p < 0,001$) und teilstationären (RR 3,41 95%KI 1,93–6,02; $p < 0,001$) Index-Fällen. Für Patienten, deren Index-Fall über 30 Tage dauerte, erhöhte sich das Risiko für eine wiederholte stationäre Aufnahme ebenso wie für Versicherte mit einem zusätzlichen Klinikaufenthalt wegen Substanzmissbrauch (RR 1,87 95%KI 1,39–2,51; $p < 0,001$). Das Risiko für eine Rehospitalisierung war niedriger für Versicherte mit schizoaffektiven Psychosen (ICD-10: F25) (RR 0,58 0,46–0,74; $p < 0,001$) verglichen mit Versicherten mit Schizophrenie im engeren Sinn (ICD-10: F20) sowie für Schizophreniepatienten über 60 Jahre (RR 0,50 95%KI 0,33–0,75; $p < 0,001$). Die Untersuchung zeigt, dass eine Hospitalisierung wegen Schizophrenie sowie jüngeres Alter als Risikofaktoren für einen erneuten stationären Fall gelten können. Weitere mögliche Prädiktoren sind die Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie stationäre Maßnahmen wegen Substanzmissbrauch. Je mehr Krankenhauseinweisungen zu beobachten waren, desto kürzer waren die Intervalle zwischen den stationären Maßnahmen.

0038

Möglichkeiten und Chancen der Rehabilitation bei psychisch kranken Jugendlichen

Susanne Goering (Nieders. Landeskrankenhaus, Psychiatrie, Hildesheim)

Einleitung: Die Ersterkrankung an einer psychischen Störung, besonders einer Psychose, trifft junge Menschen in der Phase der Verselbstständigung und Berufswahl. Lebenspläne werden durchkreuzt, die Ressourcen der Familien überfordert

Methode: Eine Einrichtung zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation besonders junger Menschen stellt sich vor. Das teilstationäre und vollstationär angebotene Programm wird von Arbeitsagentur, Krankenkassen und Sozialamt getragen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Wiedereingliederungszahlen werden vorgestellt, Schwierigkeiten diskutiert.

0039

Auswirkungen der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) auf das Behandlungsergebnis einer epidemiologischen Kohorte von 668 Patienten mit psychotischer Ersterkrankung

Christian G. Huber (UKE Hamburg-Eppendorf, NeuroImage Nord)
M. Lambert, P. O. Conus, D. Naber, P. D. McGorry, B. G. Schimmelmann

Einleitung: Dass eine lange Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) mit einem schlechten Behandlungsergebnis einhergeht, ist eine oft diskutierte Hypothese. Da es Hinweise darauf gibt, dass Patienten, die eine Teilnahme an Studien ablehnen, eine signifikant höhere DUP aufweisen als Studienteilnehmer, müssen die Aussagen bisher durchgeführter Studien aufgrund eines möglichen Selektions-Bias in Frage gestellt werden. In der vorliegenden Arbeit soll daher die Rolle der DUP an einer epidemiologischen Kohorte untersucht werden, die keinem Bias durch Erfordernis eines „informed consent“ unterlag.

Methode: Im Zeitraum von 1998 bis 2000 wurden 786 Patienten mit einer psychotischen Ersterkrankung im Rahmen des EPPIC-Projektes behandelt. 668 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien; ihre Behandlungsakten wurden für die vorliegende Studie standardisiert ausgewertet. Die DUP wurde als kategoriale Variable erhoben (≤ 4 Wochen, 5–12 Wochen, 13–52 Wochen und > 52 Wochen). Zur Vorhersage der Remission und des Beschäftigungs-Status (VS) bei Entlassung wurden Cox-Regressionen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die DUP betrug im Median 11,8 (0–732) Wochen. Eine DUP > 3 Monate war mit verzögerter Remission (Hazard Ratio (HR) = 0,54; CI = 0,40–0,72) und schlechterem VS (HR = 0,54;

CI = 0,39–0,75) verbunden, wenn statistisch für Geschlecht, Alter bei Ersterkrankung und prämorbidem Funktionsniveau kontrolliert wurde. Die HR für die Remissions-Prädiktion blieb unverändert, wenn zusätzlich CGI bei Baseline und Aufnahmediagnose kontrolliert wurden. Für die Prädiktion des VS betrug die HR 0,64 (CI = 0,45–0,90), wenn für VS bei Baseline und Aufnahmediagnose kontrolliert wurde. Außer durch die DUP wurde die Remission durch besseres prämorbidem Funktionsniveau (HR = 1,01), spätere Ersterkrankung (HR = 1,04) und niedrigeren CGI-S bei Baseline (HR = 0,81), ein besserer VS durch besseres prämorbidem Funktionsniveau (HR = 1,02) und positiven VS bei Baseline (HR = 1,61) prädiziert. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der DUP als eines unabhängigen Faktors, der geeignet ist, die Zeit bis zur Remission und den Beschäftigungs-Status bei Patienten mit psychotischer Ersterkrankung vorherzusagen.

0040

Spätschizophrenie bei Holocaust-Überlebenden

Udo Reulbach (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Erlangen)

S. Bleich, T. Biermann, K. Markovic, W. Sperling

Einleitung: Die Wahrscheinlichkeit an einer Schizophrenie zu erkranken ist dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zufolge bei bestimmten Risikogruppen erhöht. Ein Beispiel hierfür könnten Holocaust-Überlebende sein. Unsere Studie hatte zum Ziel, langfristige Auswirkungen der Traumatisierung während des Holocaust zu untersuchen, wobei eine mögliche Assoziation zwischen dem Beginn einer Schizophrenie und dem Ausmaß traumatischer Erlebnisse von vorrangigem Interesse war.

Methode: 93 Akten von Holocaust-Überlebenden wurden uns vom Amt für Wiedergutmachung in Trier zur Verfügung gestellt. Das Auftreten einer Schizophrenie wurde in einer kategorialen Regression als abhängige Variable verwendet.

Diskussion/Ergebnisse: Von allen Schizophrenieformen konnten in unserem Kollektiv ausschließlich Spätschizophrenien diagnostiziert werden. Die Erkrankung trat bei Personen, die in hohem Maße Verfolgung und Bedrohung ausgesetzt waren, signifikant häufiger auf (Exakter Test nach Fisher, $p < 0,001$). In der kategorialen Regression war der „Grad der Verfolgung“ der einzige signifikante Koeffizient ($F = 23,9$, $p < 0,001$). Der deutliche Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung und dem Auftreten von Spätschizophrenien stärkt das in ähnlichem Zusammenhang bereits etablierte Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-005 Postersitzung

Schizophrenie – Neuropsychologie

Vorsitz: H. Förstl (München)

0041

Neuropsychologische Defizite bei Risikopersonen mit und ohne Entwicklung einer Psychose und Ersterkrankten an Schizophrenie

Marlon O. Pflueger (Universitätsklinik Basel, Psychiatrische Poliklinik)
U. Gschwandtner, R. D. Stieglitz, A. Riecher-Rössler

Einleitung: Patienten mit Schizophrenie zeigen in vielen Bereichen eine schlechtere neuropsychologische Leistung als Gesunde. Im Rahmen der Basler FEPSY-Studie (Früherkennung von Psychosen) wurde geprüft, ob dies auch schon für Ersterkrankte und Risikopatienten für Psychose zutrifft. Zu diesem Zweck wurden die neuropsychologischen

Testprofile von Risikopersonen für Schizophrenie (RP), Ersterkrankten an Schizophrenie (EE) und gesunden Kontrollpersonen (GK) verglichen.

Methode: Methodik: 60 RP (wovon 18 inzwischen tatsächlich eine Psychose entwickelten (RPpsychot)), 39 EE sowie 51 GK wurden mit Hilfe von 5 neuropsychologischen Tests und zwei Subtests der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) bezüglich Intelligenz (Leistungstestsystem Subskala 3 [LPS3], Mehrfachwahlwortschatztest A [MWT-A]), Exekutivfunktionen (Turm von Hanoi [TvH], Wisconsin Card Sorting Test [WCST], TAP-Go/NoGo), Arbeitsgedächtnis [TAP-AG] und Aufmerksamkeit (Continuous Performance Test [CPT]) untersucht. Berechnet wurden Globalmaße aus Reaktionszeiten und Fehlermaßen mit Korrektur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung, Medikation und Cannabis.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: 1. Die RP zeigten im Vergleich zu GK hoch signifikante Defizite v.a. im Bereich des verbalen IQs [MWT-A], der Exekutivfunktionen, [WCST, TAP-Go/NoGo] und des Arbeitsgedächtnisses [TAP-AG]. 2. Die RPpsychot, zeigten ähnliche Beeinträchtigungen, wobei die Unterschiede zu GK nur im Bereich des Arbeitsgedächtnisses [TAP-AG] hochsignifikant waren. 3. Die EE waren hoch signifikant beeinträchtigt bezüglich des nonverbalen [LPS3] und verbalen IQ [MWT-A], der Exekutivfunktionen [ToH, WCST, TAP-Go/NoGo] und des Arbeitsgedächtnisses [TAP-AG]. Bei allen 3 Patientengruppen fanden sich relativ wenig signifikante Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsleistung, gemessen mit dem CPT. Die neuropsychologischen Defizite bei den Risikopersonen könnten Ausdruck einer erhöhten Vulnerabilität für Psychosen oder einer bereits beginnenden Prodromalphase sein, da sie sich in ähnlicher Form bei den EE wiederfinden. Die verminderte Leistung des Arbeitsgedächtnisses zeigte sich bei den Risikopersonen, die inzwischen tatsächlich eine Psychose entwickelt haben, als stärkster Effekt. Möglicherweise ist also das Arbeitsgedächtnis als Prädiktor besonders geeignet.

0042

Die Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) - ein Instrument zur Erfassung der kognitiven Voraussetzungen von Krankheitseinsicht

Reinhard Maß (Zentrum für Seel. Gesundheit, Klinik Marienheide)

C. Haasen, K. Wolf, M. Splittgerber

Einleitung: Eine adäquate Krankheitseinsicht hat für Diagnose und Therapie psychotischer Störungen erhebliche Bedeutung. Fehlende Krankheitseinsicht gilt als ein wichtiges Symptom der Schizophrenie und ist bedeutsam für Compliance und Prognose. Üblicherweise wird unter fehlender Krankheitseinsicht der Mangel an Wissen um und Bewußtsein über die Tatsache der eigenen psychischen Erkrankung verstanden. Aaron T. Beck und Mitarbeiter (2004) unterscheiden diese klinische Krankheitseinsicht von der sogenannten „kognitiven Krankheitseinsicht“ (cognitive insight); damit ist die grundsätzliche kognitive Befähigung eines Patienten gemeint, Krankheitseinsicht zu erlangen.

Methode: Die Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) ist eine psychometrische Neuentwicklung, mit der diese Befähigung bei schizophrenen Patienten erfaßt werden soll. Sie zielt auf die Bereitschaft, eigene Ansichten in Frage zu stellen, Irrtümer und Fehlschlüsse in Betracht zu ziehen und abweichende Standpunkte anderer Personen als korrekt zu akzeptieren. Dies wären wichtige Voraussetzungen dafür, psychotische Überzeugungen und Wahrnehmungen als solche erkennen und sich davon distanzieren zu können. In Kooperation mit Prof. Beck wurde eine autorisierte deutsche Übersetzung der BCIS entwickelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die BCIS-Übersetzung wird in einer Evaluationsstudie untersucht, die bei Beitragsanmeldung noch nicht abgeschlossen ist. Dazu wird die Skala bei Patienten mit psychotischen, affektiven und anderen Störungen in akutpsychiatrischer stationärer Behandlung sowie bei einer Kontrollgruppe eingesetzt. Es sollen die psychometrischen Eigenschaften der BCIS (Itemkennwerte, Reliabilität, Spezifität) anhand der Daten von Schizophrenen, Depressiven und Gesunden überprüft werden.

0043

Prämobider IQ bei Schizophrenien: Sind Wortschatztests ein valides Maß?

Andreas Wittorf (Psychiatr. Universitätsklinik, Tübingen)
S. Klingberg

Einleitung: Wortschatztests, sog. Intelligenzspurentests, werden als weitgehend störungsinsensitive Verfahren zur Messung des prämobiden Intelligenzniveaus betrachtet und werden häufig auch zur Beschreibung von Stichproben schizophrener Patienten herangezogen. Aktuelle Befunde (z.B. Rund et al., 2006) zeigen aber Korrelationen zwischen Intelligenzmassen und den kognitiven Beeinträchtigungen bzw. der klinischen Symptomatik bei schizophrenen Patienten. Unsere Analysen sollen überprüfen, inwiefern auch Wortschatztests durch kognitive Beeinträchtigungen und die Psychopathologie konfundiert sind.

Methode: Im Rahmen einer DFG-geförderten Psychotherapiestudie wurden n=81 schizophrene Patienten (DSM-IV/SCID-I) in der beginnenden Stabilisierungsphase während der stationären Behandlung (Baseline) und 6 Monate nach Entlassung in stabiler Remission (Follow-up) untersucht (Intervall: 267 Tage, SD = 58 Tage). Rückfällige Patienten wurden in den Analysen nicht berücksichtigt. Bei Baseline wurde neben dem Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT-B; Lehl, 1995) zur Bestimmung der prämobiden Intelligenz eine umfangreiche neuropsychologische Testbatterie (Klingberg et al., 2006) sowie eine Einschätzung der Psychopathologie anhand der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay et al., 1987) durchgeführt. Bei Baseline betrug der MWT-B IQ 106,4 (SD = 15,8). Zum Follow-up erfolgte die Testwiederholung mit dem MWT-B. Eine nach Alter, Geschlecht und Bildung vergleichbare gesunde Kontrollgruppe (Klingberg et al., 2006) wurde ebenfalls zu zwei Messzeitpunkten (Intervall: 418 Tage, SD= 53 Tage) mit dem MWT-B untersucht (n=27; Baseline: MWT-B IQ= 117,5, SD= 17,5; Follow-up: MWT-B IQ= 118,4, SD= 17,4). Die Datenanalysen erfolgten explorativ mittels Pearson Korrelationen, t-Tests für abhängige Stichproben, sowie einer schrittweisen multiplen linearen Regression.

Diskussion/Ergebnisse: Querschnittlich korrelierte der MWT-B IQ zur Baseline signifikant mit den neuropsychologischen Faktor-Scores (Klingberg et al., 2006) „Gedächtnis“ ($r = .310$, $p = .005$) und „Aufmerksamkeit“ ($r = .358$, $p = .001$), sowie dem „Globalen Kognitiven Funktionsniveau“ ($r = .365$, $p = .001$). Zur Negativ-Symptomatik wies der MWT-B IQ eine tendenziell signifikante Korrelation ($r = -.216$, $p = .052$) auf. Im längsschnittlichen Verlauf verbesserte sich der MWT-B IQ signifikant um 4,4 IQ-Punkte ($t(80) = -4.990$, $p < .001$) auf 110,8 (SD = 15,7). In der multiplen linearen Regression resultierte der neuropsychologische Faktor-Score „Gedächtnis“ als signifikanter Prädiktor (standardisierter Beta-Koeffizient = 0,299, $t = 2,732$, $p = .008$) für den MWT-B IQ zum Follow-up. Das „Gedächtnis“ erklärte dabei 8% der korrigierten Varianz des MWT-B IQ zum Follow-up. Der MWT-B IQ der gesunden Kontrollen zeigte über die Zeit hinweg keine Veränderungen ($t(26) = -0.661$, $p = .515$). Übungseffekte scheinen demnach beim MWT-B vernachlässigbar zu sein. Die Retest-Reliabilität wurde anhand der Verlaufsuntersuchung der gesunden Kontrollen bestimmt und ist mit $r = .93$ als exzellent zu bewerten. Bei Schizophrenien eignen sich Wortschatztests wie der MWT-B demnach nur bedingt zur Abschätzung des prämobiden IQ. Der MWT-B IQ war in unserer Untersuchung konfundiert durch schizophrenietypische Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, in geringerem Ausmaß auch durch die Negativ-Symptomatik, und zeigte im Verlauf der Stabilisierungsphase signifikante psychophysische Erholungseffekte. Wortschatztests können bei Schizophrenien auch noch in der beginnenden Stabilisierungsphase – zu einer systematischen Unterschätzung des prämobiden IQ führen und können nicht als störungsinsensitiv gelten.

0044

Neuropsychologische Auffälligkeiten bei Patienten mit Morbus Fabry*

Matthias J. Müller (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)
A. Fritsch, I. Schermuly-Sammer, A. Scheurich, A. Fellgiebel, M. Beck, K.-M. Müller

Einleitung: Bei Patienten mit M. Fabry (FD), einem genetisch bedingten Mangel an alpha-Galaktosidase A, kommt es im Laufe der Erkrankung durch Sphingolipidablagerungen zu multiplen Organmanifestationen, die auch das ZNS betreffen können. Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden erstmals Patienten mit FD im Vergleich zu gesunden Probanden systematisch neuro-psychologisch untersucht.

Methode: 32 Patienten mit FD (17 Frauen, Alter 19–49 J.) und 22 gesunde Kontrollen (9 Frauen, Alter 21–49 J.) wurden untersucht. Neben ausführlichen neuropsychiatrischen und psychopathometrischen Untersuchungen wurden EEG und MRT sowie eine umfangreiche neuropsychologische Testbatterie durchgeführt. Folgende Testergebnisse werden hier berichtet: Globale und verbale/fluide Intelligenz (SPM-IQ, LPS-IQ), Figural-konstruktives Gedächtnis (WMS); Aufmerksamkeitsleistung (TAP, Reaktionen mit/ohne Warnton, geteilte Aufmerksamkeit), Wortflüssigkeit (LPS-5/6) und frontal-exekutive Leistung (WCST-Perseverationen, Fehler). Es wurden Daten von Patienten und Kontrollen unter 50 Jahren analysiert. Verfügbare alters- und geschlechts-normierte Prozentränge [PR] werden berichtet; Gruppenvergleiche (Kontrollen vs. Patienten) und Geschlechtsunterschiede innerhalb der Patientengruppe wurden mit Mann-Whitney-U-Tests untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt fanden sich im Mittel keine schweren neuropsychologischen Defizite bei Patienten mit FD unter 50 Jahren (PR>30). Im Vergleich zu Kontrollen war bei Patienten mit FD lediglich in Bereichen der Aufmerksamkeit (Reaktion ohne/mit Warnton: $P=0.003/P=0.001$; geteilte Aufmerksamkeit $P=0.012$) und der Wortflüssigkeit ($P=0.04$) eine signifikant geringere Leistung zu finden. In den übrigen Testbereichen (globale, verbale/fluide Intelligenz, Gedächtnis, frontal-exekutive Funktionen) ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Aufmerksamkeitsdefizite waren im Vergleich zu männlichen Patienten nur bei Frauen mit FD ausgeprägt (Reaktion ohne/mit Warnton: Männer PR=61/55, Frauen PR=34/32, $P=0.013/P=0.023$). Die Ergebnisse zeigen allenfalls subtile neuropsychologische Defizite insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeit v.a. bei Frauen mit FD. Ob es sich dabei um FD-spezifische Symptome handelt, ist derzeit unklar und muss im Zusammenhang mit hirnfunktionellen und -strukturellen Parametern untersucht werden. Im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen wird derzeit der Verlauf der neuropsychiatrischen Parameter unter Enzymersatztherapie untersucht*. * Die Untersuchung wird von der Fa. Shire Pharmaceuticals unterstützt.

0045

Bedürfnisaufschub bei schizophrenen Patienten in Zusammenhang mit dem exekutiven Funktionsniveau

Verena Huth (Inst. f. Psychologie CAU Kiel, Klinische Psychologie)
S. Knolle-Veentjer, R. Ferstl, J. B. Aldenhoff, D. Hinze-Selch

Einleitung: Defizite in exekutiven Funktionsbereichen wurden bei schizophrenen Patienten bereits zahlreich nachgewiesen (Evans et al., 1997; Velligan & Bow-Thomas, 1999). Exekutive Funktionsanteile wie Antizipation, Strategiebildung und Handlungsinhibition sind auch für die Fähigkeit, Belohnung zu verzögern, von Bedeutung. Eine Verzögerung von Belohnung findet statt, wenn auf einen unmittelbaren, aber geringeren Verstärker zugunsten eines verzögerten, aber größeren Verstärkers verzichtet wird (Peake et al., 2002). Da schizophrene Patienten Beeinträchtigungen der exekutiven Funktionsleistung aufweisen, ist anzunehmen, dass auch ihre Fähigkeit, Belohnung zu verzögern, defizitär ist.

Methode: Es wurden 29 Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie

nie nach ICD-10 und 23 gesunde Kontrollpersonen, die bezüglich Alter, Geschlecht, Schulbildung und Einkommen zur Patientengruppe gematcht waren, untersucht. Die Fähigkeit, Belohnung zu verzögern, wurde anhand eines Brettspiels in Anlehnung an Studien von Mischel und Ebbsen (1970) und Shybut (1968) erfasst. Auf bestimmten Spielfeldern durften die Probanden wählen, ob sie entweder sofort zwei Verstärkereinheiten in Form von Süßigkeiten erhalten wollten, oder im Ziel des Spiels vier. Die Anzahl der Entscheidungen für den verzögerten Verstärker wurde zur Anzahl aller möglichen Entscheidungen in Beziehung gesetzt und lieferte so ein Maß für den Bedürfnisaufschub. Das exekutive Funktionsniveau wurde anhand des Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS; Wilson et al., 1996) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Schizophrene Patienten erzielten geringere Verzögerungswerte als die Kontrollpersonen ($p \leq .05$). Es fand sich eine positive Korrelation zwischen dem exekutiven Funktionsniveau und dem Ausmaß der Belohnungsverzögerung ($\rho = 0.271$; $p < .05$). Die Patientengruppe zeigte schlechtere Leistungen in der BADS im Vergleich zu Gesunden ($p < .01$). Schizophrene Patienten weisen im Vergleich zu Gesunden Beeinträchtigungen in der Belohnungsverzögerung auf. Da exekutive Funktionen mit der Belohnungsverzögerung in Zusammenhang stehen, kann dieser Befund mit der schlechten exekutiven Funktionsleistung der schizophrenen Patienten erklärt werden. Je geringer die exekutive Leistungsfähigkeit, desto weniger ausgeprägt ist die Fähigkeit, Belohnung aufzuschieben.

0046

Störungen von Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen: Ein experimentell-neuropsychologischer Vergleich zwischen schizophrenen und bipolaren Patienten

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

S. Burkhardt, E. Gruber, P. Falkai

Einleitung: In neueren fMRT-Studien konnten neuronale Systeme identifiziert werden, die spezifischen Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen (mentale Aufgabenvorbereitung, Hintergrundüberwachung) bei gesunden Probanden zugrunde liegen. Ziel der vorliegenden Studie war, die Funktion dieser Netzwerke bei schizophrenen und bipolaren Patienten zu untersuchen und etwaige Dysfunktionen aufzudecken.

Methode: Aus einem größeren Sample von mittels eines kombinierten Oddball- und Aufgabenwechselparadigmas untersuchten Patienten und Probanden wurden jeweils 14 Schizophrene, Bipolare und Gesunde nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand gematcht. In beiden Varianten des Experiments waren geometrische Figuren nach ihrer Form bzw. Farbe zu beurteilen. Im ersten Telexperiment wurden zur Erzeugung von Antwortkonflikten inkongruente Stimuli in der augenblicklich irrelevanten Dimension und zur Auslösung sensorischer Orientierungsreaktionen Oddball-Reize ebenfalls in der irrelevanten Dimension dargeboten. Im zweiten Telexperiment wurde zur Überprüfung der Fähigkeit der Probanden zur mentalen Vorbereitung auf eine neue Aufgabe das Cue-Stimulus-Intervall systematisch variiert.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Telexperimenten zeigten die schizophrenen Patienten in sämtlichen Aufgabentypen signifikant verlängerte Reaktionszeiten. Auch die bipolaren Patienten wiesen gegenüber den gesunden Kontrollen erhöhte Reaktionszeiten auf, allerdings in geringerem Ausmaß und signifikant lediglich in Aufgaben ohne Möglichkeit zur mentalen Vorbereitung. Ferner fanden sich ausschließlich bei den schizophrenen Patienten signifikant erhöhte Fehlerraten in Aufgaben mit langer Vorbereitungszeit, die mit der erhöhten Ablenkbarkeit dieser Patienten in Zusammenhang stehen dürften. Zusammengefasst sprechen diese Ergebnisse dafür, dass bei schizophrenen im Vergleich zu bipolaren Patienten eine ausgeprägtere Störung neuronaler Mechanismen exekutiver Kontrolle vorliegt.

0047

Substitutionsleistung in Sprichwörtern und verbale Fluenz bei schizophrenen Patienten

Ralf Kozian (Asklepios-Klinik, Stadtroda)

Einleitung: Es wurde der empirische Zusammenhang zwischen der Substitutionsleistung in Sprichwörtern, die eine notwendige Bedingung für die (nicht-konkretistische) Deutung von Sprichwörtern ist, und der verbalen Fluenz bei schizophrenen Patienten untersucht.

Methode: Patientensample 24 Patienten (9 Frauen, 15 Männer) Alter: 41.79 ($s = 12.86$) ICD-10 Diagnosen: F 20.x Medikation: Atypika, keine Anticholinergika IQ lt. MWT-A: $>90-1$. Die entsprechend der o.g. Kriterien eingeschlossenen Patienten deuteten zunächst 7 deutsche Sprichwörter möglichst ohne zuvor definierte bedeutungstragende Wörter erneut zu verwenden. Beispiel: Viele KÖCHE VERDERBEN den BREI (großgeschrieben: bedeutungstragende Wörter) Insgesamt konnten 27 bedeutungstragende Wörter in den 7 Sprichwörtern substituiert werden. 2. Bestimmung der lexikographischen verbalen Fluenz für die Buchstaben: N, S, K, E (pro Buchstabe 1 min Zeit)

Diskussion/Ergebnisse: Durchschnitts-IQ im sample: 112.5 ($s = 7.07$) durchschnittliche Substitutionsleistung: 24.88 ($s = 3.03$) durchschnittliche verbale Fluenz: 35.04 ($s = 10.68$) Statistisch signifikanter positiver monotoner Zusammenhang zwischen der verbalen Fluenzleistung und der Substitutionsleistung (Spearman's $\rho = 0.562$, $\alpha = 0.01$) Fazit Schizophrene Patienten mit einer geringen verbalen Fluenzleistung bieten eine geringe Substitutionsleistung für bedeutungstragende Wörter in Sprichwörtern und werden dadurch klinisch mit einem Konkretismus auffällig. Es wird vermutet, daß eine mangelhafte verbale Fluenz das Auftreten des Konkretismus mitbedingt und somit ein Faktor in der Genese des Konkretismus ist, der vom Verstehen der Sprichwörter unabhängig ist.

0048

Perzeptiver Humor bei Patienten mit schizophrener Störung und gesunden Kontrollprobanden: eine experimentelle Pilotstudie

Matthias J. Müller (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)

A. Baitz, L. Klimaschewski, A. Scheurich

Einleitung: Humor als komplexe kognitiv-affektive Leistung umfasst perzeptive und expressive Komponenten, die bei Schizophrenen gestört sein können. In einem Experiment wurden stabilisierte schizophrene Patienten und Kontrollprobanden mit humorvollem und neutralem visuellen Material konfrontiert und perzeptive sowie expressive Aspekte erfasst.

Methode: 10 Patienten mit schizophrener Störung (SCH) (DSM-IV, ohne dominante Positivsymptome, keine Benzodiazepine, stabile Atypika-Medikation) und 10 bzgl. Alter (18–45 J.), Geschlecht und Bildung gematchte Kontrollprobanden (KON) wurden neuropsychologisch und psychopathometrisch untersucht und mit jeweils 16 humorvollen und 16 neutralen Dias am PC (jeweils 8 verbale und 8 non-verbale Darstellungen, 20sek) konfrontiert. Reaktionen wurden mit standardisierten Selbst- und Fremdbeurteilungen erfasst. Gruppenunterschiede wurden mit Mann-Whitney U-Tests analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Während sich beide Gruppen bezüglich Alter (30 ± 8 J.), Schulbildung (12 ± 1 J.) und verbaler sowie frontal-exekutiver Testleistungen (WIT) nicht signifikant unterschieden, waren Aufmerksamkeitsleistung (d2-Gesamt: SCH 341 ± 90 ; KON 456 ± 101 ; $P = 0.03$) und globale Intelligenztestleistung bei Patienten geringer (LPS-IQ: SCH 99 ± 9 ; KON 108 ± 6 ; $P = 0.03$). Die beobachtete Expressivität (z.B. erkennbares Lachen) war unter humorvollen ($P = 0.007$) und neutralen ($P = 0.04$) Bedingungen bei Patienten geringer als bei Kontrollen. In der Selbstbewertung gaben Patienten sowohl unter humorvollen ($P = 0.003$) als auch unter neutralen Bedingungen ($P = 0.007$) ein signifikant geringeres Verständnis der gezeigten Situationen an, während sich Bewertungen („lustig“) und Stimmung („gute Laune“) nach den Stimulusserien nur geringfügig unterschieden (bessere Stimmung bei

KON als bei SCH nach humorvollen Dias, $P=0.02$). Subjektives Verständnis und Expressivität korrelierten bei SCH signifikant negativ mit der PANSS-Negativsymptomatik ($P<0.05$), während die situative Stimmung mit der Depressivität (CDSS) vor Beginn der Experimente korreliert war. Diese Pilotstudie ergab bei Patienten mit Schizophrenie im Vergleich zu Gesunden neben einer bereits aus Voruntersuchungen bekannten geringeren nonverbalen Expressivität, die mit der Negativsymptomatik korreliert, auch Hinweise auf kognitiv-affektive Defizite bei der Erkennung und Differenzierung humorvoller und neutraler Situationen sowie auf den Einfluß depressiver Affektstörungen. Die Ergebnisse bedürfen weiterer Überprüfung und sollten vor dem Hintergrund bestehender Theory-of-Mind-Konzepte diskutiert werden.

0049

Wahrnehmung und Expression von Emotionen durch Mimik: Eine Untersuchung über Emotionale Ansteckung bei Gesunden und Patienten mit Schizophrenie

Irina Falkenberg (UK Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Emotionale Ansteckung ist ein häufiges Phänomen innerhalb der verbalen und nonverbalen Kommunikation zwischen Individuen. Besondere Bedeutung besitzt hierbei der mimische Ausdruck. Patienten mit Schizophrenie weisen oftmals Schwierigkeiten beim Erkennen von und angemessenen Reagieren auf emotionale Stimuli auf. Jeweils 17 Schizophreniepatienten und gesunde Kontrollen bekamen eine digitalisierte Version der „Pictures of facial affect“ (Ekman & Friesen, 1976) präsentiert und wurden mittels gleichzeitig dargebotener Pfeile dazu aufgefordert, ihre Mundwinkel nach oben bzw. unten zu ziehen (einem fröhlichen oder traurigen Gesichtsausdruck entsprechend). Bei Gesunden erfolgt hierbei eine Bahnung kongruenter Bewegungen (z.B. Mundwinkel nach oben ziehen bei Wahrnehmung eines freudigen Gesichtes). Diese verwendeten wir als Maß für emotionale Ansteckung, da sie mit positiven Gefühlen und einer Aktivierung limbischer Strukturen im fMRT korreliert (Wild et al., 2001). Die Reaktionszeiten wurden mittels Videoaufnahmen gemessen. Zusätzlich wurden der Aufmerksamkeitsbelastungstest d2 und Tests zum Erkennen und Benennen von Emotionen, zur Emotionalen Ansteckbarkeit und momentanen Affektivität (PANAS) durchgeführt. Im Gegensatz zu den Gesunden wurde bei den Patienten das Heraufziehen der Mundwinkel durch die Wahrnehmung eines traurigen Gesichtsausdrucks nicht gehemmt, und das Herunterziehen der Mundwinkel bei Darbietung eines traurigen Gesichtes nicht gebahnt. Diese Effekte waren umso ausgeprägter, je höher die Werte für Allgemeine Psychopathologie in der PANSS, je kränker also die Patienten waren. In der Selbst einschätzung der emotionalen Ansteckbarkeit und im PANAS unterschieden sich Patienten und Kontrollen nicht. Die Tendenz der Patienten zu positiven Reaktionen selbst bei negativen Stimuli kann als eine Art Strategie angesehen werden, um sich durch das sozial erwünschte und günstige Lächeln vor unangenehmen oder zu starken emotionalen Reizen zu schützen (Walker et al., 1980). Die in der Selbstbeurteilung gegenüber den Gesunden unveränderte Affektivität und emotionale Ansteckbarkeit zeigt dabei, dass nicht von mangelndem emotionalem Erleben ausgegangen werden kann.

0050

Neuronale Korrelate freier, verbaler Assoziation bei Gesunden und Patienten mit Schizophrenie

Carin Klaeding (Psychiatrie und Psychotherapie, Forschung, Aachen)
S. Weis, T. Kircher

Einleitung: Positive formale Denkstörungen äußern sich in assoziativ gelockerter Sprache, Denkerfahrenheit, Gedankenabreißen, Neologismen und Begriffszerfall, was ein fundamentales Kommunikationsproblem bei Patienten mit Schizophrenie darstellt. Die Ursache für diese Denk-/Sprachstörung ist nicht vollständig aufgeklärt und erstreckt sich

von allgemeinen Defiziten des Arbeitsgedächtnisses und der Verarbeitung linguistischer Informationen (Kontextverarbeitung, Wortabruf und selektion) bis zu spezifischen, strukturellen Veränderungen im semantischen System. Neuronal scheint u.a. eine Dysfunktion des fronto-temporalen Netzwerkes bei Patienten mit Schizophrenie vorzuliegen. Es ist davon auszugehen, dass diese Störung zu Sprachproduktionsdefiziten führt, da frontale und temporale Areale und deren Interaktion die Grundlage für ungestörte Sprachfunktionen bilden. Traditionell werden Assoziationsstörungen mit Wortproduktionsparadigmen untersucht, die wir auch in der vorliegenden Studie angewandt haben. Ziel der laufenden Studie ist es, die neuronalen Korrelate von freien Assoziationsprozessen und deren Störungen bei Schizophrenie zu identifizieren.

Methode: Zu diesem Zweck haben gesunde Probanden und Patienten mit DSM IV diagnostischer Schizophrenie eine Assoziationsaufgabe und eine Aufgabe zum semantischen Wortflüssigkeitstest im Kernspintomographen durchgeführt. Als Stimuli dienten deutsche Substantive, die zugleich einen Obergriff bezeichnen (z.B. PFLANZE, TIER). Zu jedem Obergriff sollte in der semantischen Wortflüssigkeitsaufgabe jeweils ein Unterbegriff (z.B. ROSE, HUND) generiert werden bzw. in der Assoziationsaufgabe jenes Wort, welches dem Probanden als erstes eingefallen war (z.B. BLATT, MENSCH). Während die Assoziationsaufgabe auf freien Sprachproduktionsprozessen beruht, sind die Antwortmöglichkeiten bei dem Wortflüssigkeitstest begrenzt. Durch diese Manipulation ist es möglich, Inhibitionsmechanismen bei der Wortgeneration aufzudecken.

Diskussion/Ergebnisse: Die Verhaltensdaten bestätigen, dass Patienten mit Schizophrenie Schwierigkeiten mit semantischen Aufgaben haben. Die Analysen der funktionellen Daten weisen Gruppenunterschiede in präfrontalen und medial-frontalen Arealen auf. Dabei zeichnet sich bei den Patienten eine Hypoaktivierung des anterioren Cingulums ab. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass fehlende Inhibition in fronto-temporalen Verbindungen der psychopathologisch bedingten Denk- und Sprachstörungen zu Grunde liegen könnte.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-017 Postersitzung

Schizophrenie – Pharmakotherapie I

Vorsitz: T. Messer (Augsburg)

0178

Pharmakologische Entwicklung der Akutbehandlung schizophrener Psychosen

Dandy Grünler (Wuppertal)

T. Wessels, M. Specka, C. Bunk, M. Gastpar, E. Davids

Einleitung: Im letzten Jahrzehnt sind die neueren, atypischen Neuroleptika in der Akutbehandlung schizophrener Psychosen zugelassen worden. In dieser Studie wurde untersucht, ob sich die Akutbehandlung schizophrener Psychosen tatsächlich verändert hat. Oder ob Patienten mit schweren Akutbildern schizophrener Psychosen weiterhin in der ersten Behandlungsphase die älteren, typischen Neuroleptika erhalten.

Methode: Die vorliegende Untersuchung wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen, Rheinische Kliniken Essen, durchgeführt. Erhebungszeiträume waren 1998, 2001 und 2004. Eingeschlossen wurden in die Untersuchung sämtliche Patienten mit der führenden Entlassungsdiagnose einer schizophrenen Psychose (nach ICD-10; F20.x), die auf eine geschlossene Station aufgenommen wurden. Die Aufnahme auf eine geschlossene Akutstation galt als Kriterium vor das Vorliegen einer schweren Episode. Es wurden Patienten mit nur maximal zwei Aufenthalten pro Jahr eingeschlossen. Bei zweimaligen stationären Aufenthalt pro Jahr wurde per Zufall ein Aufenthalt

ausgewählt. Für jeden gewerteten Aufenthalt wurde anhand der jeweiligen Krankenakte sämtliche psychiatrische Medikation für den jeweiligen Aufenthalt von Tag 1 bis 42 gelistet.

Diskussion/Ergebnisse: Es wurden die Daten von 294 Patienten erhoben verteilt auf $n=108$ (37%) aus 1998, $n=92$ (31%) aus 2001 und $n=94$ (32%) aus 2004. In den dokumentierten ersten 6 Behandlungswochen kommt es in den Jahren 2001 und 2004 am ersten Behandlungstag (1998: 44%, 2001: 61%, 2004: 70% $p<0.001$) und im Behandlungsverlauf (1998: 77%, 2001: 84%, 2004: 90% $p=0.003$) zu einer deutlich häufigeren Verordnung von atypischen Antipsychotika als noch 1998. Bei allen drei Beobachtungszeiträumen sinkt der Anteil der älteren, hochpotenten Neuroleptika während der sechswöchigen Akutbehandlungsphase. Der Wechsel von einem typischen zu einem atypischen NL erfolgte über die Jahre signifikant früher: 1998 wurde ein atypisches NL nach $7,6 \pm 7$ Tage nach der Aufnahme gegeben, 2001 nach $3,5 \pm 5$ Tage und 2004 nach $2,3 \pm 5$ Tage ($p<0.002$).

0179

Frühe Prädiktion der klinischen Wirkung unter antipsychotischer Pharmakotherapie bei atypischen Antipsychotika

Aleksandra Dragicevic (Klinikum der Universität Mainz, Psychiatrie)
Y. Nazirizadeh, F. Vogel, C. Hiemke

Einleitung: Aus der Analyse von klinischen Wirksamkeitsstudien wurde gezeigt, dass bei den meisten Patienten das Ansprechen auf ein Antipsychotikum innerhalb von ein bis zwei Wochen erkennbar ist und das die prädiktiv für das Therapieziel einer Remission ist. Diese laufende prospektive Untersuchung prüft, ob auch unter naturalistischen Bedingungen ein rasches Therapieansprechen erkennbar ist und ob dies für die Therapiesteuerung nützlich ist.

Methode: Es werden stationäre Patienten der Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz mit der Diagnose einer Schizophrenie eingeschlossen. Wöchentlich wurden BPRS und CGI Ratings durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Blutentnahme zur Bestimmung der Serumkonzentrationen der verabreichten Antipsychotika. Insgesamt wird die Untersuchung von 100 Patienten angestrebt.

Diskussion/Ergebnisse: In den ersten 4 Monaten wurden 25 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, 12 Männer und 13 Frauen sind zwischen 20 und 48 Jahre alt ($M:33,7$). 14 Patienten erhielten eine antipsychotische Monotherapie, 11 Patienten bekamen bis zu 3 verschiedene atypische Antipsychotika. Eingesetzt wurden Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon. Bei der Baseline-Untersuchung in den ersten 3 Tagen nach Aufnahme lag der Mittelwert für die BPRS-Skala bei 57,4 ($SD:10,05$), der CGI für den Schweregrad der Erkrankung zwischen 5 und 7 ($M:6;SD:0,86$). Die Abnahme der BPRS-Scores von der Baseline Untersuchung zu Woche 1 und Woche 2 sind hochsignifikant (Aufnahme: BPRS 57,4; Woche 1 BPRS 46; $p=0,00$; Woche 2 BPRS 40,4; $p=0,00$). Die Serumkonzentrationen der atypischen Antipsychotika lagen in der ersten und zweiten Woche zu 53% bzw. 48% nicht im therapeutischen Bereich. In der frühen Phase der Therapie fand sich keine Korrelation zwischen Therapieeffekt und Serumkonzentrationen (Woche 1 Spearman $-0,298$, $p=0,17$; Woche 2 Spearman $-0,130$, $p=0,55$). Diese Daten bestätigen, dass auch unter naturalistischen Bedingungen bei den antipsychotisch behandelten Patienten eine Besserung bereits zu einem frühen Zeitpunkt eintritt. Weitere Analysen müssen zeigen, ob aus einer Besserung in einer frühen Phase der klinisch relevante Therapieerfolg vorhergesagt werden kann. (gefördert durch das MAIFOR Programm 2005).

0180

Monitoring von Antipsychotika Verschreibungen in einem Londoner Versorgungs Bezirk (Woolwich Arsenal)

Robert Fisher (Oxleas NHS Trust, General Adult Psychiatry, London)

Einleitung: Eine Vielzahl von Richtlinien zur Überwachung von unerwünschten Langzeit-Wirkungen von Antipsychotika propagiert

regelmäßige Routine-Bluttests zur Identifizierung potentiell behandelbarer Krankheiten wie Diabetes und Lipidstoffwechsel-Störungen. Wir untersuchten die Durchführung dieser Tests an unseren Patienten in London, orientiert an den in England üblichen Maudsley Verschreibungsrichtlinien.

Methode: Retrospektive Untersuchung von 25% ($n=867$) aller Patientengeschichten des Versorgungsgebietes der Arsenal Locality ($n=3659$). Von diesen 25% erhielten im Untersuchungszeitraum von Mai 2004 und April 2005 127 Patienten ein Antipsychotikum in einer festen Dosis und nicht als Bedarfsmedikation. Ausgeschlossen waren Clozapin Patienten, da diese einer festen Routine Blutkontrolle unterliegen.

Diskussion/Ergebnisse: Von den 127 eingeschlossenen Patienten wurden 2 (2,5%) richtliniengerecht bezüglich der Bluttests untersucht. Es wurden bei den neueren Antipsychotika häufiger Baseline Untersuchungen (bis zu 50%), aber meist keine Nachuntersuchungen durchgeführt. EKG-Untersuchungen, Gewichtsdocumentationen oder körperliche Befunde wurden in keiner der untersuchten Krankengeschichten gefunden. Folgerungen: Es besteht ein hoher Bedarf an Aufklärung, ueber die Notwendigkeit von Routineuntersuchungen bei psychiatrischen Patienten. Literatur: Connolly M & Kelly C (2005) Lifestyle and physical Health in Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 125–132. Goldman LS (1999) Medical illness in Patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 [Suppl 21] 10–15. Harrington M, Lelliott P, Paton C, Okocha C, Duffett R, Sensky T (2002) The results of a multi centre audit of the prescribing of antipsychotic drugs for in-patients in the UK. *Psychiatric Bulletin* 26, 414–418. Taylor D, Paton C, Kerwin R (2003) *The Maudsely Prescribing Guidelines* 2003, 7th Edition, Taylor & Francis, London.

0181

Einfluss von Antipsychotika auf Behandlungszufriedenheit, Befindlichkeit unter Medikation und Lebensqualität von schizophrenen Patienten

Rita Schmid (Klinik für Psychiatrie, Klinische Sozialpsychiatrie, Regensburg)
T. Neuner, C. Cording, H. Spießl

Einleitung: Atypische Antipsychotika sollen entsprechend der bisherigen Studienlage konventionellen Antipsychotika hinsichtlich des Outcomes schizophrener Patienten überlegen sein.

Methode: In die Studie wurden alle schizophrenen Patienten (ICD-10: F20) einer psychiatrischen Klinik mit Vollversorgungsauftrag eingeschlossen. Von 302 Patienten stimmten 162 (52,6%) einer Teilnahme an der Studie zu, 117 (38,7%) füllten die Fragebögen zur Behandlungszufriedenheit (ZUF-8), subjektivem Wohlbefinden unter Neuroleptika (SWN-K), Lebensqualität (WHOQOL-BREF), Kontrollüberzeugungen (KKG) und Coping (FKV-LIS) aus. Die Daten wurden durch die soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen der DGPPN-BADO und Angaben zur Medikation ergänzt. Die Datenauswertung erfolgte anhand von (non-)parametrischen Tests (Mann-Whitney-, T-Tests, ANOVA) sowie multiplen linearen Regressionsanalysen.

Diskussion/Ergebnisse: 85 Patienten (72,6%) erhielten ausschließlich atypische, 14 (12,0%) ausschließlich typische Antipsychotika und 13 (11,1%) eine Kombination von typischen und atypischen Antipsychotika. Jeweils 15 Patienten (12,8%) erhielten eine Monotherapie mit Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin und 13 Patienten (11,1%) eine Monotherapie mit typischen Antipsychotika (Haldoperidol, Fluphenazin oder Flupentixol). Es fanden sich keine Unterschiede zwischen typischen und atypischen Antipsychotika bezüglich der Behandlungszufriedenheit ($T=-0,293$; $p=0,770$), dem Wohlbefinden unter Medikation ($T=0,764$; $p=0,447$) und der globalen Lebensqualität ($U=436,00$; $p=0,560$). Ebenfalls zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Monotherapie mit Quetiapin, Risperidon, Olanzapin und typischen Antipsychotika hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit ($F=2,602$; $p=0,061$), dem Wohlbefinden unter Medikation ($F=0,984$; $p=0,407$) und der globalen Lebensqualität ($F=0,704$; $p=0,554$). Keine der untersuchten Antipsychotika erwiesen sich in den

Regressionsanalysen als signifikanter Prädiktor der Behandlungszufriedenheit, dem Wohlbefinden unter Medikation und der Lebensqualität, vielmehr waren die jeweils miteinbezogenen subjektiven Konzepte von signifikanter Relevanz. Schlussfolgerung: Entgegen bisherigen Studien fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich des subjektiven Outcomes zwischen konventionellen und atypischen Antipsychotika.

0182

Wirksamkeit und Verträglichkeit von Aripiprazol in einer naturalistischen europäischen Studie (EU BETA-Studie)

Marcel Ebrecht (Bristol-Myers Squibb GmbH, Medizin Neuroscience, München)

M. Kungel, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, J.-N. Beuzen, W. Carson

Einleitung: Die Studie diente der Untersuchung der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Aripiprazol in der Behandlung der Schizophrenie in einem naturalistischen Setting in 14 europäischen Ländern.

Methode: In diese multizentrische offenen Studie wurden ambulante Schizophreniepatienten eingeschlossen, bei denen der Wechsel der antipsychotischen Medikation indiziert war. Insgesamt wurden 833 Patienten 4:1 entweder auf Aripiprazolbehandlung (n=680), oder in eine Sicherheitskontrollgruppe (n=153) randomisiert. In der Kontrollgruppe erhielten die Patienten ein anderes Antipsychotikum nach Arztwahl (hauptsächlich Amisulprid, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon oder Ziprasidon). Aripiprazol wurde zu Studienbeginn mit 15 mg dosiert, während der 8-wöchigen Behandlungsphase waren Dosisanpassungen zwischen 10 mg und 30 mg erlaubt. Die Wirksamkeit wurde mittels der Clinical Global Impression Improvement (CGI-I) Skala gemessen und die Medikamentenpräferenz der Patienten bzw. Betreuer wurde mittels der Preference of Medication (POM) Skala evaluiert.

Diskussion/Ergebnisse: Zum Studienende betrug die mittlere Aripiprazoldosis 19,1 mg, wobei 49,8% der Patienten 15 mg erhielten. Die Wirksamkeit von Aripiprazol wurde in dieser Studie bereits in der 1. Woche nachgewiesen. 52% der Patienten, die die Studie abschlossen, sprachen auf die jeweilige Behandlung an (Ansprechen war definiert als ein CGI-I Wert von 1 oder 2), wobei der mittlere CGI-I Wert 2,71 betrug. 68% der Aripiprazolpatienten sowie 66% der Betreuer dieser Patienten bewerteten Aripiprazol als „etwas besser“ oder „viel besser“ als die vorherige antipsychotische Medikation (POMS-Wert von 1 oder 2). Als unerwünschte Nebenwirkungen mit einer Häufigkeit >10% traten in der Aripiprazolgruppe Übelkeit (10,2%) und Schlaflosigkeit (16%) auf. Die Behandlung mit Aripiprazol erwies sich in dieser naturalistischen Studie insgesamt als effektiv.

0183

Aripiprazole and Dehydroaripiprazole Serum Levels, Clinical Response and Side Effects

Katrin M. Kirschbaum (Psychiatr. Klinik Univ. Mainz, Neurochemisches Labor)

M. J. Müller, A. Mobascher, J. Malevani, M. Piel, C. Hiemke

Einleitung: Aripiprazole, a third generation antipsychotic drug, is supposed to be more efficient in the reduction of negative symptoms and to cause fewer side effects, especially extrapyramidal symptoms. It is metabolized by CYP450-Enzymes CYP3A4 and CYP2D6 forming mainly its active metabolite dehydroaripiprazole. In this study serum levels of schizophrenic patients treated with aripiprazole were measured and related to clinical effects including therapeutic and side effects.

Methode: Aripiprazole and dehydroaripiprazole trough serum levels were analysed in 293 blood samples of 164 schizophrenic patients (34% women, age 33.8±10.8 years) using an automated HPLC method. Clinical information concerning patient outcome and severity of side effects were registered using the Clinical Global Impressions (CGI) scale and the Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU) scale. Moreover, dosing and co-medication were registered.

Diskussion/Ergebnisse: Patients were treated with mean doses of 20±8 mg/d (median 15, range 10 to 60 mg/d) of aripiprazole. Of all patients 73% received co-medication consisting of a second antipsychotic (54%), antidepressants (18%), benzodiazepines (21%), and/or mood stabilizers (8%). The mean serum level of aripiprazole was 214±140 ng/ml (median 179 ng/ml, 25th to 75th percentile range 124 to 286 ng/ml, r=0.506; P<0.01). The active metabolite dehydroaripiprazole was formed to a mean value of 44% of the mother compound. Improvement was best (CGI-I 1–2) in patients with a serum level between 129 and 267 ng/ml. No or only mild side effects (UKU scale 0–1) were detected in patients with aripiprazole plasma concentrations between 114 and 249 ng/ml. Of the patients who received no other antipsychotic drug beside aripiprazole 32% reported side effects, tension was the most frequent one. Since serum levels of aripiprazole were highly variable between individuals and distinct ranges could be attributed to therapeutic response with minimal side effects it seemed likely that therapeutic drug monitoring can be helpful to improve the antipsychotic drug therapy.

0184

Langzeiteffekte von Aripiprazol auf die Serumlipide von Patienten mit Schizophrenie und Bipolar I Störung

Marcel Ebrecht (Bristol-Myers Squibb GmbH, Medizin Neuroscience, München)

M. Kungel, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, F. Grossman, A. Pikalov

Einleitung: Diese Studie erfasste die Langzeitveränderungen der Blutfettspiegel bei Patienten mit Schizophrenie und Bipolar I Störung unter Aripiprazolbehandlung.

Methode: Das Auftreten abnorm veränderter Serumlipidspiegel unter 15 mg Aripiprazol (n=153) oder Placebo (n=153) wurde bei den Schizophreniepatienten in Woche 6, 18 und 26, und bei den bipolaren Patienten unter 15–30 mg Aripiprazol (n=77) oder Placebo (n=83) in den Wochen 8, 16, 26, 38, 52, 76 und 100 untersucht. Hierbei waren abnorme Lipidspiegel wie folgt definiert: Gesamtcholesterin (GC) ≥240 mg/dL, low-density Lipoprotein (LDL) ≥160 mg/dL, high-density Lipoprotein (HDL) <40 mg/dL, oder Triglyceride ≥200 mg/dL.

Diskussion/Ergebnisse: In der Gesamtauswertung unterschied sich die Häufigkeit abnormer Lipidwerte sowohl unter Nüchternbedingungen als auch im nicht-nüchternen Zustand in beiden Patientenpopulationen nicht signifikant zwischen den Patienten auf Aripiprazol und den Placebopatienten. Die Häufigkeiten abnormer Werte betrugen bei den Schizophreniepatienten beim GC 14,1% (Aripiprazol) vs. 7,2% (Placebo), beim LDL 8,6% (Aripiprazol) vs. 7,3% (Placebo), beim HDL 33,1% vs. 38,4% (Placebo) und bei den Triglyceriden 23,2% (Aripiprazol) vs. 23,2% (Placebo). Bei den bipolaren Patienten betrugen die Häufigkeiten beim GC 14,9% (Aripiprazol) vs. 15,1% (Placebo), beim LDL 13,5% (Aripiprazol) vs. 12,3% (Placebo), beim HDL 44,6% (Aripiprazol) vs. 32,9% (Placebo) und bei den Triglyceriden 35,1% (Aripiprazol) vs. 34,2% (Placebo). Die Lipidspiegel von Schizophreniepatienten und Patienten mit Bipolar I Störung unter Langzeitbehandlung mit Aripiprazol waren mit denen unter Placebothherapie vergleichbar.

0185

Metaanalyse von metabolischen Risikofaktoren für Diabetes Mellitus und von Hyperglykämie bei Patienten unter Aripiprazolbehandlung

Marcel Ebrecht (Bristol-Myers Squibb GmbH, Medizin Neuroscience, München)

M. Kungel, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, C. Breder, R. Whitehead

Einleitung: Die Studie diente der Untersuchung von Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes mellitus in einer gepoolten Sicherheitsstichprobe von 13 randomisierten Doppelblindstudien bei Patienten mit Schizophrenie (vier 4-wöchige, eine 6-wöchige und eine

26-wöchige), bipolare Manie (fünf 3-wöchige) und Psychose bei Alzheimer Demenz (zwei 10-wöchige).

Methode: Die Daten für die gemeinsame Auswertung wurden für diejenigen Studien zusammengefasst, in denen die jeweiligen Laborparameter erhoben wurden. Cholesterinspiegel wurden in allen Studien gemessen, Lipidspiegel nur in den 6- und 26-wöchigen Schizophreniestudien. Bei den Patienten aus allen Studien wurden ebenfalls die Hyperglykämie-assoziierten unerwünschten Nebenwirkungen (H-AEs) zwischen Aripiprazolbehandlung (2–30 mg; n=1911) und Placebo (n=1225) verglichen. Als H-AEs wurden identifiziert: Diabetes mellitus (DM), hyperosmolares Koma, Ketose, diabetische Ketose, Hyperglykämie, Glykosurie und verminderte Glukosetoleranz. Statistische Testungen erfolgten mittels Kovarianzanalysen.

Diskussion/Ergebnisse: Über alle Studien hinweg war Aripiprazolbehandlung mit einer minimalen durchschnittlichen Gewichtszunahme von 0.2 ± 0.1 kg versus Placebo (0.1 ± 1.1 kg; $P=0.024$) assoziiert. Es gab keine signifikanten Unterschiede bei Gesamtcholesterin, Triglyzeriden und low-density Lipoprotein (LDL) zwischen den Gruppen. Bei den Plasmaspiegeln des high-density Lipoproteins gab es einen leichten Vorteil der Aripiprazolpatienten gegenüber der Placebogruppe (Unterschied: 2,5 mg/dL; $p<0.05$). In allen Studien kam es bei 0,37% der Aripiprazolpatienten und in 0,49% der Placebopatienten zu H-AEs (hazard ratio [HR] = 0.65 zugunsten von Aripiprazol; 95% CI=0.22–1.98). Insgesamt wurden keine schwerwiegenden H-AEs beobachtet. Die zusammengefasste Häufigkeit von DM war 0.16% für aripiprazol-behandelte versus 0.24% für placebobehandelte Patienten (HR=0.49 in zugunsten von Aripiprazol; 95% CI=0.10–2.44). Alle gemeldeten Fälle von DM traten bei Patienten mit DM in der Vorgeschichte auf. Ein erhöhter Glukosewert (≥ 126 mg/dL) und glykosiliertes Hämoglobin im Blut trat bei Aripiprazolpatienten signifikant seltener auf als in der Placebogruppe (10.5% versus 15.5% bzw. 9.1% versus 12.8%, $p \leq 0.05$ für beide Testungen). Die zusammengefasste Analyse multipler placebokontrollierter Doppelblindstudien ergab, dass Aripiprazol lediglich minimale Gewichtsveränderungen verursacht, die Spiegel der Blutfette nicht negativ beeinflusst, und nicht mit Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes mellitus assoziiert ist.

0186

Häufigkeit des metabolischen Syndroms und Veränderung der nicht-HDL Cholesterinwerte bei Schizophreniepatienten unter Aripiprazol- vs. Olanzapinbehandlung

Marcel Ebrecht (Bristol-Myers Squibb GmbH, Medizin Neuroscience, München)

M. Kungel, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, R. Marcus, R. McQuade

Einleitung: Patienten mit Schizophrenie weisen eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Rate des metabolischen Syndroms (METS; definiert nach den ATP III Kriterien) auf. Weiterhin hat sich der Spiegel des nicht-HDL-Cholesterin als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen erwiesen. Diese Studie erfasste die Häufigkeit des METS sowie Veränderungen des nicht-HDL-C bei Schizophreniepatienten unter Aripiprazol- bzw. Olanzapinbehandlung.

Methode: Die Stichprobe umfasste Patienten aus 4 zusammengefassten klinischen Studien zu Aripiprazol vs. Placebo bzw. vs. Olanzapin. Die Raten des METS wurden in Woche 26 mittels eines Mantel-Haenzel Chi Quadrat Tests (LOCF) zwischen den Gruppen verglichen. Veränderungen im Mittelwert der nicht-HDL-C-Spiegels gegenüber dem Ausgangswert wurden in 2 der 4 klinischen Studien ebenfalls nach 26 Wochen Behandlung mittels Kovarianzanalyse zwischen Olanzapin- und Aripiprazolpatienten verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Nach 26 Wochen betrugen die Häufigkeiten für das METS in den placebokontrollierten Studien 41% für Aripiprazol (n=141) versus 43% für Placebo (n=73) ($p=.843$). In den Vergleichsstudien betrugen die Raten 35% für Aripiprazol (n=158) versus 67% für Olanzapin (n=141) ($p=.0002$). Die mittlere Veränderung des nicht-

HDL-C war mit einer Erhöhung von 6,4 (+/- 2,4) mg/dL unter Olanzapinbehandlung (n=155) gegenüber einer Erniedrigung um 12,7(+/- 2,6) mg/dL in der Aripiprazolgruppe (n=135) zwischen den Gruppen signifikant unterschiedlich ($p<0.001$). Während sich unter Aripiprazolbehandlung die Spiegel des nicht-HDL-Cholesterins signifikant verbesserte, konnte dieser Effekt nicht unter Olanzapintherapie beobachtet werden.

0187

Aripiprazol bei einer Patientin mit paranoid-halluzinatorischer Psychose und Prolactinom

Abigail Sheldrick (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

G. Gründer

Einleitung: Eine Hyperprolaktinämie stellt bei der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen sowohl mit klassischen als auch atypischen Antipsychotika eine häufige unerwünschte Wirkung dar. Aufgrund seiner partiell D2-Rezeptor-agonistischen Eigenschaften führt Aripiprazol demgegenüber eher zu einer Senkung der Serum-Prolaktinkonzentration. Hier berichten wir einen Fall einer Patientin, bei der wegen eines bekannten Prolactinoms die Therapie mit einem D2-Antagonisten kontraindiziert war und die deshalb mit Aripiprazol behandelt wurde.

Methode: Frau K., eine 39-jährige ledige Frau aus Kasachstan, wurde wegen einer akuten psychotischen Symptomatik mit akustischen Halluzinationen, paranoiden Wahnvorstellungen, psychomotorischer Erregung, Schlaflosigkeit und gedanklicher Zerfahrenheit stationär aufgenommen. Drei Jahre zuvor war bei Frau K. ein Tumor des Hypophysenvorderlappens (Prolactinom) diagnostiziert worden. Unter der Behandlung mit 2,5 mg Bromocriptin hatte sich die Serum-Prolaktinkonzentration vollständig normalisiert, Frau K. hatte die Medikation allerdings zwei Monate vor Aufnahme selbständig abgesetzt. Bei der Aufnahme betrug die Prolaktinkonzentration 39160 mU/l. Eine zusätzliche MR des Kopfes zeigte keine Tumorprogression. Frau K. hatte weder eine Galaktorrhoe noch eine Mastopathie, beklagte aber ein Aussetzen ihrer Regelblutung seit einigen Wochen. Bei Aufnahme wurde Bromocriptin wieder eingeführt. Zusätzlich erhielt die Patientin eine Woche lang 2 mg Risperidon. Unter dieser Behandlung lag die Serumprolaktinkonzentration noch bei 9400 mU/l. Daher erfolgte die Umstellung der antipsychotischen Medikation auf Aripiprazol. Die Behandlung mit 15 mg Aripiprazol und 2,5 mg Bromocriptin täglich führte zu einer vollständigen Remission der psychotischen Symptomatik und einer Normalisierung des Schlafes. Bei der Entlassung vier Wochen später hatte sich die Prolaktinkonzentration auf 159 mU/l normalisiert.

Diskussion/Ergebnisse: Obwohl dieser Fall wegen der gleichzeitigen Gabe von Bromocriptin keine eindeutigen Schlüsse zulässt, legt er doch nahe, dass Aripiprazol für die Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen, die besonders sensibel gegenüber prolaktinsteigernden Pharmaka sind oder bei denen eine Prolaktinerhöhung unbedingt vermieden werden muss, besonders geeignet ist.

0188

Augmentation von Clozapin mit Aripiprazol bei therapieresistenter Schizophrenie

Marc Ziegenbein (Med. Hochschule Hannover, Sozialpsych. / Psychotherapie)

S. Kropp, G. Wittmann

Einleitung: Die Behandlungsoptionen für Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie sind sehr begrenzt. Eine mögliche Strategie bei der Psychopharmakotherapie dieser problematischen Fälle, bildet die Kombination von atypischen Antipsychotika. Wir haben diesen Ansatz aufgegriffen und Patienten mit einer thera-

pieresistenten Schizophrenie mit einer Kombination aus Clozapin und Aripiprazol behandelt.

Methode: 11 Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie wurden in diese offene Fallbeobachtung eingeschlossen und erhielten Clozapin und Aripiprazol in Kombination. Alle Patienten mussten im Vorfeld bereits über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit Clozapin behandelt worden sein und die Bestimmung der Serumspiegel während dieser Zeit, durfte keine Auffälligkeiten aufweisen. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Patienten über einen ausreichenden Zeitraum behandelt wurden, indem eine adäquate Remission auf die Clozapin Monotherapie zu erwarten gewesen wäre. Der klinische Status wurde vor Beginn der Kombinationstherapie und nach 3 Monaten erhoben, wobei die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) verwendet wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Alle 11 Patienten wurden über den Zeitraum von 3 Monaten mit der Kombination aus Clozapin und Aripiprazol behandelt. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des BPRS Score bei 7 Patienten (63,6%) über den Zeitraum von 3 Monaten. Die Augmentation mit Aripiprazol führte nicht zu einem korrespondierenden Anstieg der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die etablierte tägliche Clozapin Dosis konnte in der beobachteten Patientengruppe signifikant reduziert werden. Die Kombination von Clozapin und Aripiprazol hat sich bei Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie als wirksam erwiesen, ohne dass es zu einem Anstieg von unerwünschten relevanten Effekten kam. Die Behandlung erscheint unter neurobiologischen Gesichtspunkten sinnvoll, wobei weiterführende prospektive Studien notwendig sind, um Nutzen und Risiken dieser Kombinationstherapien aufzeigen zu können.

0189

Die Kombination von Clozapin und Ziprasidon bei therapieresistenter Schizophrenie

Marc Ziegenbein (Med. Hochschule Hannover, Sozialpsych. / Psychotherapie)

S. Kropp, H. E. Künzel

Einleitung: Die Behandlungsoptionen für Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie sind sehr begrenzt. Eine im klinischen Alltag häufig zur Anwendung kommende Strategie, bildet die Kombination von atypischen Antipsychotika. Wir haben diesen Ansatz aufgegriffen und Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie mit einer Kombination aus Clozapin und Ziprasidon behandelt.

Methode: 9 Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie wurden in diese offene Fallbeobachtung eingeschlossen und erhielten Clozapin und Ziprasidon in Kombination. Alle Patienten mussten im Vorfeld bereits über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit Clozapin behandelt worden sein und die Bestimmung der Serumspiegel während dieser Zeit, durfte keine Auffälligkeiten aufweisen. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Patienten über einen ausreichenden Zeitraum behandelt wurden, indem eine adäquate Remission auf die Clozapin Monotherapie zu erwarten gewesen wäre. Der klinische Status wurde vor Beginn der Kombinationstherapie und nach 3 sowie nach 6 Monaten erhoben, wobei die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) verwendet wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Alle 9 Patienten wurden über den Zeitraum von 6 Monaten mit der Kombination aus Clozapin und Ziprasidon behandelt. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des BPRS Score bei 7 Patienten (77,8%) über den Zeitraum von 6 Monaten. Die Augmentation mit Ziprasidon führte nicht zu einem korrespondierenden Anstieg der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Die etablierte tägliche Clozapin Dosis konnte in der beobachteten Patientengruppe um durchschnittlich 18% reduziert werden. Die Kombination von Clozapin und Ziprasidon hat sich bei Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie als wirksam erwiesen, ohne dass es zu einem Anstieg von unerwünschten relevanten Effekten kam. Die Behandlung erscheint unter neurobiologischen Gesichtspunkten sinnvoll, wobei

weiterführende prospektive Studien notwendig sind, um Nutzen und Risiken dieser Kombinationstherapien aufzeigen zu können.

0190

Duloxetine zur Therapie depressiver Syndrome bei komorbider Psychose

Mathias Zink (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrische Klinik, Mannheim)

U. Knopf, A. Kuwilsky, M. Deuschle

Einleitung: Im Verlauf schizophrener Psychosen treten sehr oft auch behandlungspflichtige depressive Episoden auf. Im klinischen Alltag werden antidepressive Substanzen eingesetzt, bei deren Zulassungsstudien in der Regel komorbide Störungen wie Psychosen ausgeschlossen wurden. Um die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Duloxetine in dieser Indikation zu prüfen, führten wir eine prospektive Anwendungsbeobachtung durch.

Methode: 10 Patienten mit Grunderkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wurden eingeschlossen, da sie an einer behandlungspflichtigen mittelschweren depressiven Episode mit einem Score ≥ 8 in der Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) oder ≥ 15 in der Hamilton Depression Scale-Wert (HAMD) litten. Die psychotische Symptomatik musste weitgehend remittiert sein, so dass der Subscore für psychotische Positivsymptome in der PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ≤ 15 war. Die Behandlung erfolgte über sechs Wochen unter sorgfältiger Evaluation von Psychopathologie, pharmakologischer Interaktionen mit Antipsychotika und Prolaktin-Werten.

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlung mit Duloxetine erwies sich als wirksam, so dass sich sowohl die CDSS-, als auch die HAMD-Werte im Zeitverlauf signifikant verbesserten. Es kam nicht zu psychotischen Exazerbationen, vielmehr blieb der PANSS+ stabil, der PANSS- und Globalpsychopathologie verbesserten sich. Eine Patientin musste wegen einer neu aufgetretenen Dystonie ausgeschlossen werden, einige Patienten unter Clozapin-Therapie zeigten einen Anstieg der Clozapin-Serumspiegel. Die Prolaktin-Werte änderten sich nicht. Diese Untersuchung unterstreicht die Notwendigkeit, neuere antidepressive Substanzen in ihrer Anwendung bei Subpopulationen, die in den Zulassungsstudien ausgeschlossen waren, zu überprüfen. Duloxetine erwies sich in der Anwendung als wirksam und weitgehend gut verträglich. Besonders auf pharmakokinetische Interaktionen jedoch sollte sorgfältig geachtet werden.

0191

Einfluss von Topiramat bei durch Olanzapine bedingter Gewichtszunahme bei Frauen: a randomisierte, placebo-kontrollierte Doppelblindstudie

Marius Nickel (Psychosomatische Klinik, Bad Aussee)

C. Egger, C. Nickel, M. Mühlbacher, W. Rother

Einleitung: Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von Topiramat gegenüber einem Placebo bei der Behandlung von Adipositas bei Frauen, die mit Olanzapine behandelt werden. Wir überprüften auch Veränderungen in gesundheitsbezogener Lebensqualität, im Gesundheitszustand und der psychologischen Beeinträchtigungen.

Methode: Die zehnwöchige randomisierte, placebo-kontrollierte Doppelblindstudie umfasste 43 weibliche Probanden, die mit Olanzapine behandelt wurden (durchschnittl. Dosis $7,8 \pm 3,6$ bei der Topiramat-Gruppe, und $7,2 \pm 3,1$ bei der Placebo-Gruppe), und während dieser Behandlung zugenommen hatten. Die Probanden wurden zufällig dem Topiramat ($n=25$) oder Placebo ($n=18$) zugewiesen. Zu Beurteilung der Ergebnisse wurde Gewichtskontrolle und drei validierte Testverfahren (SF-36, EWL-60-S, Bf-S) benutzt.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen wurde Gewichtsabnahme beobachtet, die bei der mit Topiramat behandelten Probanden deutlich ausgeprägter war (Unterschied bei der Gewichtsabnahme zwischen den beiden Gruppen: $5,6$ kg, $95\text{-CI}=[-8,5; -3,0]$, $p < 0,001$). Im Ver-

gleich zur Placebo-Gruppe wurden bei Probanden, die mit Topiramat behandelt wurden signifikante Veränderungen auf sieben (7/8) Skalen der Gesundheitsbefragung SF-36 (alle $p < 0,001$), bei allen sechs Skalen der EWL-60-S und auf der Bf-S beobachtet. Alle Patienten vertrugen Topiramat relativ gut. Schlussfolgerung: Topiramat erscheint ein sicheres und wirksames Mittel gegen Olanzapin-bedingte Gewichtszunahme zu sein. Positive Veränderungen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, beim Gesundheitszustand und bei den psychologischen Beeinträchtigungen sind zu erwarten.

0192

Testung von Desoxyepanin in tierexperimentellen Schizophrenie-Modellen

May Susanne Jalali (Inst. f. Pharmakol. / Toxikol., AK Winterhoff, Münster)
H. Winterhoff, J. Moormann

Einleitung: Desoxyepanin, ein Naturstoff aus der Steppenraute (*Peganum harmala* L.) hemmt in vitro sowohl Acetyl- und Butyrylcholinesterase als auch die Monoaminoxidase A. Bei Untersuchungen auf eine mögliche Wirkung bei der Alzheimer'schen Erkrankung wurde eine antidopaminerge Wirkung beobachtet. Dieser Befund war Anlaß für die Prüfung auf eine mögliche neuroleptische Potenz.

Methode: Zur Prüfung auf neuroleptische Potenz wurden zwei Testmodelle eingesetzt: 1) Katalepsie-Test 2) MK-801 induziertes popping behaviour

Diskussion/Ergebnisse: Die Haloperidol induzierte Katalepsie wurde durch Gabe von Desoxyepanin signifikant verlängert. Das MK-801 induzierte popping behaviour wurde durch Desoxyepanin Behandlung signifikant reduziert. Beide Untersuchungsergebnisse lassen sich durch antidopaminerge Effekte erklären.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.1

S-049 Symposium**Biologische Grundlagen schizophrener Störungen: Ergebnisse aus dem Kompetenznetz Schizophrenie**

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), W. Maier (Bonn)

0239

Biologische Beeinträchtigungen bei erstmals schizophren Erkrankten
Wolfgang Wölwer (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)

J. Brinkmeyer, A. Klimke, W. Gaebel (Studiengruppe Ersterkrankter)

Einleitung: Im Rahmen des als Krankheitsmodell schizophrener Erkrankungen weitgehend akzeptierten Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Konzeptes (VSC-Modell) wird angenommen, dass Rückfälle entweder auf eine spezielle Rückfallvulnerabilität zurückgehen, das Resultat einer belastenden Lebenssituation sind, aufgrund des Nachlassens individueller Bewältigungsressourcen für Streßsituationen auftreten oder auf einer Kombination dieser Faktoren im Sinne einer variablen Imbalance des VSC-Systems beruhen. Da kontrollierte Längsschnittstudien zur Überprüfung dieser Hypothesen weitgehend ausstehen, sollten in einem Teilprojekt des Kompetenznetzes Schizophrenie die Komponenten des VSC-Modells für eine Charakterisierung des Rückfallrisikos erfasst und im Langzeitverlauf u.a. auf ihren Zusammenhang mit dem Auftreten von Prodromalsymptomatik und Rezidiven überprüft werden.

Methode: In Rahmen einer multizentrischen, prospektiven, randomisierten klinischen Langzeitstudie wurden $n=75$ Patienten mit schizophrener

Ersterkrankung unter Haloperidol und $n=82$ Patienten unter Risperidon untersucht. Hauptmeßzeitpunkte für eine mehrdimensionale Erfassung des klinischen Status und von Komponenten des VSC-Modells waren eine Baseline-Messung bei stationärer Entlassung/Rekrutierung (T_0) sowie Wiederholungsmessungen nach 1 Jahr (T_1) und nach 2 Jahren zu Studienende (T_2). Als Indikatoren der Vulnerabilität werden kognitive, neurophysiologische und motorische Funktionen sowie neuromorphologische Parameter verwendet. Die Erfassung der Stressbelastung und der Coping-Kompetenz stützte sich insbesondere auf Fragebogenverfahren, zusätzlich werden biochemische Blutparameter hinzugezogen.

Diskussion/Ergebnisse: Die erstmals schizophren erkrankten Patienten zeigten zum Zeitpunkt T_0 im Vergleich zu alters-, geschlechts- und bildungs-parallelierten gesunden Kontrollen deutliche Defizite in nahezu allen neuropsychologischen Testverfahren sowie eine signifikante Reduktion der P_{300} -Amplituden im auditorische Oddball-Paradigma. Im Verlauf des ersten Jahres der Langzeitbehandlung ergaben sich bei den Patienten, die zu T_1 nachuntersucht werden konnten, zwar leichte Verbesserungen in der kognitiven Leistung, nicht jedoch in den neurophysiologischen Auffälligkeiten. Zudem verblieb in nahezu allen getesteten kognitiven Bereichen eine bedeutsame Beeinträchtigung gegenüber gesunden Kontrollpersonen. Die Annahme, dass ein höheres Rückfallrisiko (rascherer Rückfall) mit erhöhter Vulnerabilität und/oder höherer Stressbelastung bzw. geringerer Bewältigungskompetenz einhergeht und diese Kombination (ggf. nur Einzelkomponenten) mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden sei, konnte bestätigt werden.

0240

Hirnfunktionelle Auffälligkeiten bei erstmals schizophren Erkrankten
Tilo Kircher (RWTH Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Im Kompetenznetz Schizophrenie wurden 81 ersterkrankte schizophrene Patienten und 81 hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildungsgrad der Eltern gematchte gesunde Kontrollprobanden in einer Langzeituntersuchung mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) in neun Zentren in Deutschland untersucht. Zum Einsatz kam zur Überprüfung von Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisfunktionen zentrenübergreifend eine modifizierte Version des Continuous Performance Tests (CPT). Hirnfunktionelle Auffälligkeiten der ersterkrankten Patienten betrafen vor allem parietale und frontale Regionen. Sie wiesen hier im Vergleich zu Kontrollprobanden Minderaktivierungen auf. Wiederholungsmessungen (nach 6,12 und 24 Monaten) konnten funktionelle Reorganisationsprozesse der Art nachweisen, dass sich eine Annäherung des Aktivierungsmusters bei Patienten an das der Gesunden ergab. In einer Subpopulation der Patienten wurden Träger des Risiko-Kernplotypen nach Stefansson (2002) auf dem Neuregulin 1-Gen identifiziert. Patienten mit diesem Risiko zeigten im Vergleich zu Patienten ohne genetisches Risiko während der Bearbeitung des CPT eine Minderaktivierung in kortikalen (gyrus frontalis superior, gyrus temporalis medius, gyrus parahippocampalis, anteriores Cingulum) wie subkortikalen Arealen (Nc. Caudatus). Die Heterogenität bisheriger bildgebender Ergebnisse in denen die Stichprobe auf Grundlage klinischer Phänotypen beschrieben wurde kann unter Umständen durch diese genetischen Variationen erklärt werden.

0241

Therapieansprechen und biologische Marker: Genetisches Risiko

Wolfgang Maier (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die störungsspezifischen pharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei psychischen Störungen zeigen zwar bei diagnostisch definierten Patientengruppen eindeutig therapeutische Wirksamkeit und Wirkung, nicht aber bei jedem der betroffenen Patienten. So liegt die Remissionsrate bei optimaler Behandlung mit einem neueren Antidepressivum bei lediglich maximal 60%. Therapieansprechen ist stark von bisher

unbekannten individuellen Faktoren geprägt. Individualität bildet sich unter anderem in der genetischen Ausstattung, vor allem die individuellen DNA-Sequenz-Variabilität ab. Somit liegen in der Voraussage des Therapieerfolgs durch genetische Marker große Hoffnungen („individualisierte Medizin“). Die Befundlage der Pharmakogenetik im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt sich nach längeren Jahren der Frustration hoffnungsvoll. Es sind zwar noch keine für die Praxis erhärteten Ergebnisse verfügbar. Die besonders erfolgsträchtigen, neueren, einschlägigen Befunde bei der Pharmakotherapie, der Schizophrenie werden dargestellt.

0242

Hirnmorphologische Auffälligkeiten bei erstmals schizophren Erkrankten

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

P. Falkai, T. Wobrock, W. Wölwer, W. Gaebel

Einleitung: Im vorliegenden Teilprojekt des Kompetenznetzes Schizophrenie wurde untersucht, inwieweit hirnmorphologische Parameter geeignet sind, den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung nach ihrer Erstmanifestation vorherzusagen.

Methode: Es wurden 45 schizophrene Patienten aus der Stichprobe des Kompetenznetzes Schizophrenie identifiziert, für die sowohl klinische Verlaufparameter, insbesondere PANSS-Scores, als auch strukturelle MRT-Datensätze vorlagen, deren Qualität eine voxelbasierte morphometrische Analyse erlaubte. Unter diesen 45 Patienten befanden sich 17 Patienten, die in einem Mindestzeitraum von 3 Monaten nach der Erstuntersuchung keine Verschlechterung im PANSS-Gesamtscore zeigten. 18 Patienten innerhalb dieser Gruppe wiesen hingegen im Verlauf der Studie eine Verschlechterung von mindestens 16 Punkten im PANSS-Gesamtscore auf. Die MRT-Datensätze dieser beiden Gruppen wurden nachfolgend einer voxelbasierten morphometrischen Analyse unterzogen.

Diskussion/Ergebnisse: Ersterkrankte schizophrene Patienten mit nachfolgender Verschlechterung des klinischen Status im Verlauf der Studie wiesen gegenüber solchen Patienten ohne Symptomverschlechterung in mehreren umschriebenen kortikalen und subkortikalen Regionen, u.a. im rechten Hippocampus, ein erhöhtes Volumen von grauer Substanz bei gleichzeitiger Volumenverminderung der angrenzenden weißen Substanz auf. Ein derartig verändertes Volumenverhältnis von grauer zu weißer Substanz könnte auf eine prognostisch ungünstige Störung der Konnektivität hinweisen, für die auch eine bei denselben Patienten beobachtbare Volumenminderung der Capsula interna spricht. Weitere prospektive Studien sind notwendig, um die tatsächliche Vorhersagekraft dieser hirnmorphologischen Parameter für den klinischen Verlauf nach schizophrener Erstmanifestation nachzuweisen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 13/14

FV-011 Freie Vorträge

Bildgebung bei schizophrenen Erkrankungen

Vorsitz: F. Schneider (Aachen), J. Schröder (Heidelberg)

0050

Arbeitsgedächtnis und olfaktorisch induzierte Emotion: Auffälligkeiten der Gehirnaktivierung bei Schizophrenen im Jugendalter Katharina Pauly (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Aachen)

N. Seifert, T. Kellermann, B. Herpertz-Dahlmann, U. Habel, N. J. Shah, F. Schneider, T. Kircher

Einleitung: Es ist bekannt, dass bei Schizophrenen neben kognitiven Veränderungen auch emotionale Störungen, wie inadäquate

oder verflachte Affektivität, auftreten können. Bildgebende Verfahren erbrachten deutliche Hinweise dafür, dass bei Schizophrenen Gehirnaktivierungsauffälligkeiten auftreten – insbesondere in Arealen, die essentiell für höhere kognitive Funktionen sind. Relativ unerforscht blieben bisher jedoch deren Interaktion mit emotionalen Prozessen sowie die Frage, inwieweit Patienten mit Schizophreniebeginn im Jugendalter ebenfalls betroffen sind.

Methode: 12 männliche Patienten mit Early-Onset Schizophrenie sowie 12 parallelisierten Gesunde wurden mittels fMRT untersucht. Während einer verbalen n-back-Arbeitsgedächtnisaufgabe wurden mittels olfaktorischer Stimulation neutrale und negative Emotion induziert. Analysiert wurden die Kontraste für die Haupteffekte Arbeitsgedächtnis und Emotion sowie für deren Interaktion.

Diskussion/Ergebnisse: Bezüglich der Anzahl korrekter Reaktionen ergaben sich keine Gruppenunterschiede. Beim Vergleich der Gehirnaktivierung während verbaler Arbeitsgedächtnisleistung zeigten die gesunden Jugendlichen signifikant mehr Aktivierung im dorsolateralen präfrontalen Cortex, welcher eine entscheidende Rolle für Exekutivfunktionen spielt. Bei den Patienten hingegen ergaben sich Hyperaktivierungen in emotions-assoziierten Regionen. Umgekehrt verhielt es sich bei dem Kontrast von negativer vs. neutraler Emotion: Während die Gesunden Mehraktivierung im orbitofrontalen Cortex aufwiesen, zeigte sich bei den Patienten Mehraktivierung im dorsolateralen präfrontalen Cortex sowie im anterioren Cingulum. Bei der Interaktion zwischen Emotion und Kognition schließlich ergab sich signifikant mehr Aktivierung bei den Kontrollen, unter anderem im Übergangsbereich von posteriorem Gyrus cinguli und Präcuneus sowie im Thalamus. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich bei den Patienten mit Early-Onset Schizophrenie in der Arbeitsgedächtnisaufgabe vergleichsweise mehr emotions-, bei negativer Emotion hingegen mehr kognitions-assoziierte Aktivierungen fanden. Weiterhin zeigten sich für die Interaktion Minderaktivierungen in Schlüsselarealen des Zusammenspiels von Kognition und Emotion. Die Studie bietet einen Erklärungsansatz für emotionale und kognitive Auffälligkeiten, unter denen Early-Onset Schizophreniepatienten leiden, und ermöglicht den direkten Vergleich von Hypo- und Hyperaktivierungen bei jugendlichen und erwachsenen Schizophreniepatienten. Danksagung: Unterstützt vom BMBF (Brain Imaging Centre West, 01GO0204), dem START-Nachwuchsprogramm der RWTH (112/05) sowie dem Forschungszentrum Jülich.

0051

Der Einfluss emotionaler Reize auf die Arbeitsgedächtnisleistung bei Patienten mit Schizophrenie

Monika Sommer (Universitätsklinik Regensburg, Inst. für Psychiatrie)

K. Döhl, V. Regner, A. Putzhammer, G. Hajak

Einleitung: Ein zentraler Aspekt schizophrener Erkrankungen ist eine gestörte kognitive Informationsverarbeitung, die sich z.B. in einer verminderten Kapazität des Arbeitsgedächtnisses zeigt. Darüber hinaus konnten Studien zeigen, dass schizophrene Patienten Beeinträchtigungen in der emotionalen Informationsverarbeitung aufweisen.

Methode: In der vorliegenden fMRI Studie wurde der Einfluss emotionaler Stimuli auf die Arbeitsgedächtnisleistung und die zugrunde liegenden neuronalen Korrelate bei Patienten mit Schizophrenie (n=20) und gesunden Kontrollprobanden (n=20) untersucht. Die Probanden bearbeiteten eine Arbeitsgedächtnisaufgabe, deren Reizmaterial aus Bildern des International Affective Picture Systems (IAPS) bestand. Die unterschiedlich valenten Bilder (angenehm, neutral, unangenehm) wurden randomisiert dargeboten. Die Aufgabe der Probanden bestand darin zu entscheiden, ob das aktuell dargebotene Bild, dem vorletzten Bild entspricht (2-back-Aufgabe).

Diskussion/Ergebnisse: Die schizophrenen Patienten machen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe signifikant mehr Fehler und haben längere Reaktionszeiten. Darüber hinaus zeigt sich in Abhängigkeit der Gruppe ein differenzierter Einfluss der Emotionen. Im Unterschied zur Kontrollgruppe zeigen schizophrene Patienten bessere Erinnerungsleistungen für emotionale Reize als für neutrale Reize. Auf neuronaler Ebene zeigen die Patienten während der Einspeicherung eine geringere Aktivierung des medialen präfrontalen Kortex. In medialen parietalen Arealen kommt es zu einer signifikanten Wechselwirkung zwischen dem emotionalen Gehalt der Reize und der Gruppenzugehörigkeit.

0052

Zerebrale Korrelate emotionalen Erlebens im Verlauf schizophrener Störungen

Martina Reske (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Aachen)

T. Kellermann, U. Habel, N. J. Shah, V. Backes, M. von Wilmsdorff, T. Stöcker, W. Gaebel, F. Schneider

Einleitung: Patienten mit Schizophrenie zeichnen sich durch vielfältige emotionale Symptome aus, insbesondere durch verflachte und inadäquate Affekte. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist jedoch noch unklar, inwiefern diese Symptome eine Trait- oder State-charakteristik aufweisen oder über den Krankheitsverlauf hinweg fluktuieren. Paradigmen zur Induktion von Emotionen eignen sich einerseits dazu, die beteiligten zerebralen Korrelate beispielsweise mit der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) detaillierter zu untersuchen. Andererseits können sie für Verlaufsuntersuchungen genutzt werden, so dass Aussagen über funktionale Reorganisationsprozesse möglich werden.

Methode: In der vorliegenden fMRT-Studie wurden daher 10 ersterkrankte schizophrene Patienten nach einer initialen stationären Akuttherapie, sowie nach einer folgenden sechsmonatigen kontinuierlichen standardisierten Pharmako- und Psychotherapie mit einem etablierten und standardisierten Emotionsinduktionssparadigma funktionell kernspintomographisch untersucht. 10 gesunde Kontrollprobanden wurden zum statistischen Vergleich herangezogen.

Diskussion/Ergebnisse: Bezüglich des subjektiven Erlebens von Freude und Trauer zeigten sich keine Gruppenunterschiede oder zeitabhängigen Effekte. Ausgehend von der Hypothese, dass nur bei Patienten zeitabhängige Effekte auftreten, wurden die funktionellen Daten varianzanalytisch analysiert. Für umschriebene frontale und parietale Hirnareale zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Messzeitpunkt, die in der Regel durch Signalzunahmen bei den Patienten bedingt waren. Korrelationsanalysen belegen den Zusammenhang mit der psychopathologischen Verbesserung der Patienten. Die vorliegende Verlaufsstudie gibt Hinweise auf zerebrale Reorganisationsprozesse bei Patienten mit Schizophrenie und unterstreicht den Einfluss therapeutischer Maßnahmen auf die beteiligten zerebralen Korrelate.

0053

Einfluss einer belohnungsabhängigen Zunahme der mentalen Anstrengung auf Hirnfunktionen und kognitive Leistungen: Eine simultane EEG/fMRT Studie mit schizophrenen Patienten und gesunden Kontrollpersonen

Gregor Leicht (Klinik für Psychiatrie, Klinische Neuropsychologie, München)
J. Lutz, I. Giegling, V. Kirsch, K. Körner, M. Lang, F. Sokollu, S. Karch, O. Pogarell, U. Hegerl, D. Rujescu, C. Mulert

Einleitung: Aufmerksamkeitsdefizite werden bei der Schizophrenie häufig beschrieben. Funktionelle Bildgebungs- und elektrophysiologische Studien konzentrieren sich auf den anterioren cingulären

Cortex (ACC) als mögliche Schlüsselregion für diese Beeinträchtigungen. In der vorliegenden Studie befassten wir uns mit dem Einfluss von Belohnung auf die Hirnaktivität und kognitive Leistungen schizophrener Patienten bei einer aufmerksamkeitsassoziierten auditorischen Wahlreaktionsaufgabe, bei der die Beteiligung des ACC bekannt ist.

Methode: Wir untersuchten 50 Patienten mit Schizophrenie und 50 gesunde Kontrollpersonen in einer simultanen EEG/fMRT-Studie. Nach einem ersten Durchgang der Wahlreaktionsaufgabe (Kontrollbedingung) sollten die Teilnehmer die Aufgabe wiederholen und sich dabei mehr anstrengen. Den Teilnehmern wurde eine Belohnung in Aussicht gestellt, sollte es ihnen gelingen, ihre Leistung (Reaktionszeiten und Fehlerraten) im zweiten Durchgang zu verbessern (Anstrengungs-/ Belohnungsbedingung).

Diskussion/Ergebnisse: Die fMRT Ergebnisse zeigten bei gesunden Kontrollpersonen eine signifikante Zunahme der SMA- und ACC-Aktivität bei der Anstrengungs-/Belohnungsbedingung im Vergleich zur Kontrollbedingung. Unterschiede der MRT-Aktivierungen zwischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen waren in der Anstrengungs-/ Belohnungsbedingung stärker ausgeprägt als bei der Kontrollbedingung. Die Ergebnisse passen zu früheren Untersuchungen, die eine gestörte ACC-Funktion bei kognitiven Aufgaben fanden, die erhöhte Anforderungen stellen an die Anstrengungsbereitschaft bei Patienten und dies im Sinne einer geringeren Kapazität zur belohnungsabhängigen Leistungssteigerung interpretierten.

0054

Neuroanatomische Unterschiede zwischen Patienten mit paranoider, desorganisierter oder undifferenzierter Schizophrenie

Godehard Weniger (Universitätsklinik Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Lange, C. Exner, E. Irle

Einleitung: In vielen Studien und Meta-Analysen konnte eine Volumenminderung mesial-temporalen, aber auch parietalen Strukturen bei schizophrenen Patienten nachgewiesen werden. Gleichzeitig konnten in einigen Studien ein Zusammenhang zwischen neuroanatomischen Regionen bzw. Strukturen und psychopathologischen Auffälligkeiten identifiziert werden. Es existieren jedoch keine Untersuchungen, die bei verschiedenen Subtypen der Schizophrenie differenzielle strukturelle Auffälligkeiten nachweisen konnten.

Methode: Von insgesamt 37 schizophrenen Patienten wurden 23 Patienten als paranoide, 7 als desorganisierte und 7 als undifferenzierte Schizophrenie diagnostiziert. Zudem wurden 40 gesunde Kontrollprobanden untersucht. Neben dem Gesamtgehirn und dem Kleinhirn wurden der Hippocampus, der Parietallappen, sowie verschiedene Substrukturen des parietalen Kortex volumetriert. Zudem wurde eine umfangreiche psychopathologische Testbatterie (u.a. SAPS, SANS, BPRS, SCL-90 R) erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Desorganisierte Schizophrene zeigen gegenüber paranoiden Schizophrenen ein signifikant größeres Gesamtgehirnvolumen, einen größeren linken parietalen Kortex, sowie einen größeren posterioren rechten parietalen Kortex. Zwischen desorganisierten und undifferenzierten, sowie zwischen paranoiden und undifferenzierten Schizophrenen bestehen keine signifikanten Differenzen. Gleichzeitig korreliert in der Gruppen der Schizophrenen der Hippocampus bilateral mit dem Gesamtscore der BPRS, und u.a. der rechts posteriore parietale Kortex, sowie bilateral der Precuneus mit dem Ausmaß der desorganisierten Symptomatik. Die Ergebnisse bestätigen erstmals auf neuroanatomischer Ebene die Relevanz der Subgruppenklassifikation bei schizophrenen Patienten, wobei dem parietalen Kortex eine wichtige pathophysiologische Bedeutung zukommt, da der parietale Kortex eine besondere Bedeutung für die desorganisierte Symptomatik bei schizophrenen Patienten aufzuweisen scheint.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 03

ST-009 State-of-the-Art-Symposium

Schizophrenie

Vorsitz: D. Naber (Hamburg), W. W. Fleischhacker (Innsbruck)

0017

Schizophrenie

Dieter Naber (Universitätsklinikum Eppendorf, Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg)

0018

Schizophrenie

W. Wolfgang Fleischhacker (Universitätsklinikum Innsbruck, Biologische Psychiatrie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 43

S-079 Symposium

Wie gesichert ist die Hirnentwicklungshypothese der Schizophrenie?

Vorsitz: A. Schmitt (Homburg), B. Bogerts (Magdeburg)

0387

Zytoarchitektonische Veränderungen des Hippocampus bei Schizophrenie: Neue stereologische Befunde

Peter Falkai (Georg-August-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen)

Einleitung: Mittlerweile gibt es zwei Metaanalysen, die eine bilaterale, ca. 6–10% umfassende Volumenreduktion des Hippocampus bei schizophrenen Psychosen krankheitsstadienunabhängig bestätigen. In einer post-mortem Untersuchung konnten wir diesen Befund replizieren, wobei wir aktuell mit Hilfe der GLI-Methode keinen Hinweis auf eine signifikante Reduktion von zellulären Elementen im Hippocampus nachweisen konnten. Insofern stellt sich die Frage, worauf diese Volumenreduktion zurückzuführen ist.

Methode: Mit Hilfe der Stereologie wurden in allen Subregionen des Hippocampus (CA1–4 und Subicularregion) Makroneurone, Interneurone, Astroglia und Oligodendroglia mit Hilfe der Stereologie bei 10 schizophrenen Patienten und 10 Kontrollpersonen quantifiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Untersuchung ist zur Zeit noch in der Auswertungsphase, erste Ergebnisse werden im Rahmen des Vortrages präsentiert. Hierüber werden Aufschlüsse erhofft, ob nicht doch eine neuronale Subpopulation, z.B. von Interneuronen oder Gliazellen zahlenmäßig reduziert ist, oder ob das Verhältnis, z.B. zwischen Interneuronen und Makroneuronen verändert vorliegt.

0388

Die Rolle des NMDA Rezeptors in der neuronalen Entwicklung bei Schizophrenie

Andrea Schmitt (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Homburg)
P. Falkai

Einleitung: Die Pathophysiologie der Schizophrenie ist noch weitgehend unbekannt. Verschiedene neurobiologische Hypothesen unterstützen die Beteiligung der dopaminergen, glutamatergen und GABA-ergen Systeme an der Pathophysiologie der Erkrankung. Dies beginnt bei der Hypothese

einer neuronalen Entwicklungsstörung schon in einer perinatalen Phase und führt zu fortschreitenden neurobiologischen Prozessen im Erwachsenenalter. Die Hypothese einer Hirnentwicklungsstörung kann in Tiermodellen und MRT-Untersuchungen überprüft werden. So wurden morphologische Auffälligkeiten wie erweiterte Ventrikel schon bei ersterkrankten schizophrenen Patienten gefunden. Neben genetischen Einflüssen spielen Umweltfaktoren bei der Schizophrenie eine Rolle.

Methode: In einem Tiermodell haben wir den Einfluss von perinataler Hypoxie als Modell für Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen untersucht. Mittels In-Situ Hybridisierung untersuchten wir die Genexpression der Untereinheiten des glutamatergen N-Methyl-D-Aspartat (NMDA) Rezeptors sowie mittel Rezeptorautoradiographie die Rezeptorbindung.

Diskussion/Ergebnisse: Die Genexpression der NR1 Untereinheit des NMDA Rezeptors im präfrontalen Cortex war erhöht und deutet auf eine primäre Unterfunktion des Rezeptors. Eine NMDA-Rezeptor Unterfunktion mit Schädigung inhibitorischer GABAerger Interneurone könnte in der Pathophysiologie der Schizophrenie eine Rolle spielen. Bei einer neuronalen Entwicklungsstörung, die bereits perinatal stattfindet, könnte der NMDA-Rezeptor vorgeschädigt werden. Das Auftreten von Symptomen der Schizophrenie würde dann erst nach einer weiteren Reifungsperiode des Gehirns, insbesondere der Verbindungen zum präfrontalen Cortex und Abbau von Synapsen im jungen Erwachsenenalter stattfinden. Bisherige Ergebnisse veränderter Genexpression der Untereinheiten des NMDA-Rezeptors nach postnataler Hypoxie deuten auf die Validität dieser Hypothese. Weitere neurobiologische und morphologische Studien in Tiermodellen können dazu beitragen, den Zeitverlauf von einer perinatalen Hirnentwicklungsstörung bis zu deren neurobiologische Auswirkungen im Erwachsenenalter zu untersuchen.

0389

Trägt eine Störung von Gliazellen zu Schizophrenie bei?

Josef Priller (Charité Universitätsmedizin, Berlin)

Die Ätiologie schizophrener Psychosen ist bis heute ungeklärt. Neuronale Entwicklungs- und Funktionsstörungen sowie neurodegenerative Prozesse werden im Zusammenhang mit Schizophrenie diskutiert. Veränderungen der Zahl und/oder Funktion von Gliazellen werden dabei zumeist als sekundäre Reaktionen auf die neuronale Funktionsstörung gewertet. Nach neueren Erkenntnissen spielen Gliazellen aber keineswegs nur eine passive Rolle, sondern sind aktiv an der Aufrechterhaltung neuronaler Aktivität beteiligt. Astrozyten nehmen Glucose aus dem Blutstrom auf, ihre glykolytische Aktivität korreliert direkt mit dem metabolischen Bedarf der umliegenden Nervenzellen. Gliazellen verfügen auch über Rezeptoren für Neurotransmitter und können synaptische Aktivität direkt (z.B. durch die Aufnahme von Neurotransmittern oder durch Koaktivierung) oder indirekt (z.B. durch negative Rückkopplung oder durch die Freigabe von Synapsen) beeinflussen. Durch ihre besondere Funktion im Glutamatstoffwechsel vermögen Astrozyten außerdem die exzitotoxische Schädigung von Neuronen zu verhindern. Oligodendrozyten sind für die Myelinisierung von Axonen des zentralen Nervensystems verantwortlich und ermöglichen so eine Synchronisierung der Signalübertragung. Mikroglia können sich als immunologische Effektorzellen an psycho-neuro-immunologischen Interaktionen beteiligen und postnatal bei pathologischen Veränderungen auch aus dem Blutstrom in das Gehirn einwandern. Schließlich können Astrozyten und Mikroglia neurotrophe Faktoren freisetzen und damit das Überleben von geschädigten Nervenzellen fördern. Unter den genannten Gesichtspunkten sollten post-mortem Befunden über regressive Veränderungen von Astrozyten und Oligodendrozyten sowie Funktionsänderungen von Mikroglia bei schizophrenen Patienten neu evaluiert werden.

0390

Ist die Pathologie des limbischen Systems bei Schizophrenen entwicklungsbedingt?

Bernhard Bogerts (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Salon 19

FV-015 Freie Vorträge

Schizophrenie Bildgebung und Neuropsychologie

Vorsitz: R. Lencer (Lübeck), M. Nagel (Lübeck)

0069

Geschwindigkeitsabhängige kortikale Mechanismen der Störung langsamer Augenfolgebewegungen bei schizophrenen Patienten. Eine event related fMRT-Studie

Matthias Nagel (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)
A. Sprenger, F. Hohagen, F. Binkofski, R. Lencer

Einleitung: Die Störung der langsamen Augenfolgebewegungen stellt ein häufiges neurophysiologisches Defizit bei schizophrenen Patienten dar. Die Patienten zeigen verlangsamte Augenfolgegeschwindigkeiten und vermehrt Aufholsakkaden im Vergleich zu Normalprobanden. Ziel der Studie war es, die kortikalen geschwindigkeitsabhängigen Pathomechanismen dieses Defizits zu untersuchen.

Methode: Eingeschlossen wurden 20 männliche Normalprobanden und 19 Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie nach DSM-IV. Die Patienten waren auf eine Dauermedikation bestehend aus: Quetiapin (7), Amisulprid (5), Olanzapin (4), Ziprasidon (2), Abilify (1) eingestellt. Ausschlusskriterium war die Einnahme von Risperidon, Clozapin oder Lithium. Das Paradigma bestand aus einem Zielpunkt, der sich in einem Winkel von 40° horizontal von rechts nach links bewegte (Richtung: balanciert). Der Zielpunkt wurde mit vier verschiedenen Geschwindigkeiten präsentiert (5, 10, 15, 20°/s). Die Probanden hatten die Aufgabe, dem Zielpunkt mit den Augen kontinuierlich zu folgen. Wir wählten ein event related design und die Auswertung der Bildgebungsdaten erfolgte mit SPM2. Die Augenbewegungen wurden im MRT aufgezeichnet. Bei der Auswertung wurde die Geschwindigkeit des Zielpunktes mit der Aktivierung der kortikalen Areale korreliert. (MRT: 3Tesla, 38x3 mm, 158 Volumes * 4 sessions, TR 2,62)

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen war das frontale Augenfeld (FEF), der intraparietale sulcus (IPS) und V1 sowie V5 aktiviert (Abb. 1). Beim Vergleich beider Gruppen war das Putamen (Abb. 2) und das supplementäre Augenfeld (SEF) (Abb. 3) bei den Normalprobanden stärker aktiviert als bei den Patienten. Die verminderte SEF Aktivierung bei den Patienten lässt auf eine frontale Dysfunktion einschließlich einem Defizit von Prediktion und Lernen schließen. Die Minderaktivierung des Putamens könnte dafür sprechen, dass bei den Patienten eine Defizit im Bereich der Feedback- Schleife zwischen vom FEF ->Putamen ->Thalamus ->FEF besteht.

0070

Temporale Dynamik kortikaler Aktivierung im Rahmen von Arbeitsgedächtnislernprozesse bei schizophrenen Patienten: Eine fMRT Studie

Kathrin Koch (Universität Jena, Klinik für Psychiatrie)
G. Wagner, I. Nenadic, C. Schachtzabel, M. Roebel, M. Axer, J. R. Reichenbach, H. Sauer, R. Schlösser

Einleitung: Arbeitsgedächtnisdefizite sind ein zentrales Symptom der Schizophrenie. Diese gehen zumeist mit Auffälligkeiten in der kortikalen Aktivierung einher. Über die Möglichkeiten, diese Auffälligkeiten durch Übung positiv zu verändern ist jedoch bisher nur wenig bekannt.

Methode: In dieser laufenden Studie wurde daher anhand eines modifizierten Sternbergparadigmas der Effekt kurzzeitiger Übung auf die Performanz und die kortikale Aktivierung während des Abrufs verbaler Information aus dem Arbeitsgedächtnis mittels fMRT untersucht. Teilgenommen haben 24 Patienten mit Schizophrenie und 24 gesunde

Kontrollprobanden.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen ging der Lernprozess mit einer signifikanten Zunahme der Reaktionsschnelligkeit über die Zeit einher. Auf kortikaler Ebene fand sich sowohl bei Patienten als auch bei Gesunden ein übungsassoziiertes exponentieller Signalabfall in einem funktionsrelevanten fronto-parieto-zerebellären Netzwerk. Der direkte Gruppenvergleich förderte signifikante Mehrabnahmen in der Patientengruppe u.a. in präfrontalen und superior parietalen Arealen zu Tage. Die Resultate indizieren, dass kurzzeitige Übung bei subakuten Patienten zu Leistungsverbesserungen sowie exponentiellen Signalabnahmen in funktionsrelevanten Arealen führt, die vermutlich auf einen übungsbedingt verringerten Bedarf an kognitiven Ressourcen zurück zu führen sind. Förderkennzeichen: BMBF FKZ01ZZ0105 und IZKF, TMWFK B307-04004.

0071

Differentielle Beeinträchtigung von Lernprozessen bei schizophrenen Patienten

Anya Pedersen (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Siemung, K. Kölkebeck, P. Ohrmann, V. Arolt

Einleitung: Die neurokognitive Beeinträchtigung schizophrener Patienten wird durch eine Vielzahl klinischer Beobachtungen und experimentalphysiologischer Befunde belegt und hat u.a. zur Annahme eines generellen Defizits schizophrener Patienten geführt. Ob schizophrene Patienten aber tatsächlich hinsichtlich verschiedener Lernprozesse durchgängig beeinträchtigt sind ist bisher noch ungeklärt.

Methode: In der vorgestellten Studie wurden 55 schizophrene Patienten (nach DSM-IV-Kriterien) hinsichtlich ihres impliziten (serielle Reaktionszeitaufgabe nach Nissen & Bullemer, 1987), expliziten (explizites Erlernen von Stimulussequenzen) und dynamischen Lernens (dynamische Version des WCST nach Wiedl, 1999) untersucht. Darüber hinaus wurden das globale kognitive Funktionsniveau und die Psychopathologie erfasst, um mögliche moderierende Einflüsse nachzuweisen.

Diskussion/Ergebnisse: Für die Gruppe der schizophrenen Patienten ist das implizite Lernen unabhängig von den Leistungen in expliziten und dynamischen Lernaufgaben, wohingegen sich ein starker Zusammenhang zwischen expliziten und dynamischen Lernprozessen zeigt. Diese Unabhängigkeit der verschiedenen Lernleistungen ist ein Hinweis auf unterschiedliche zugrunde liegende kognitive Prozesse, wobei die Frage der neurobiologischen Korrelate noch ungeklärt ist. Literatur: Wiedl KH, et al. Differentielle Aspekte kognitiver Remediation bei schizophrenen Erkrankten auf der Grundlage des Wisconsin Card Sorting Tests. Z Klin Psychol 1999; 28:214-219. Nissen MJ, Bullemer P. Attentionale requirements of Learning: Evidence from performance measures. Cog Psych 1987; 19:1-32.

0072

Binokuläre Tiefeninversion als Paradigma der Störung visueller Informationsverarbeitung bei psychotischen Erkrankungen

Dagmar Koethe (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)
S. Gross, L. Kranaster, C. Hoyer, J. Klosterkötter, F. M. Leweke

Einleitung: Bei der binokulären Tiefeninversionsillusion (BDII) handelt es sich um eine optische Illusion, die in Abhängigkeit von der Art präsentierter Objekte auftritt. Dabei wird die räumliche Tiefeninformation durch kognitive Faktoren überarbeitet, um implausible visuelle Information zu korrigieren. Die vorliegende Studie untersucht, ob eine Störung der visuellen Informationsverarbeitung spezifisch für psychotische Zustände ist.

Methode: 286 Probanden wurden mit einem etablierten binokulären Tiefeninversionstest untersucht, davon 80 Kontrollpersonen (HC), die mit 22 Prodromalpatienten (IPS), 61 neuroleptika-naiven, paranoiden Schizophrenen (USZ), 68 kurzzeitig antipsychotisch behandelten

Schizophrenen (SZ), 26 unipolar Depressiven (DD), 10 affektiv Erkrankten mit bipolaren Störungen (BD), 6 Demenzpatienten (D) und 13 Zwangserkrankten (OCD) verglichen wurden. Die HC waren psychiatrisch und somatisch vollständig unauffällig. IPS wurden mit Hilfe der Schizophrenia Prediction Scale (SPIA) und Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) als psychosenah identifiziert. Alle Patienten erfüllten die entsprechenden Diagnosekriterien nach DSM-IV und zeigten ein negatives Drogenscreening.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zu den HC war der Tiefeninversionsscore signifikant erhöht für IPS ($p=0,002$), USZ ($p=0,000$) und SZ ($p=0,000$), für die anderen Diagnosegruppen zeigte sich weder im Vergleich zu den HC (DD, $p=0,311$; BD, $p=0,657$; D, $p=0,241$; OCD, $p=0,064$) noch innerhalb dieser Gruppen ein Unterschied. Ein signifikanter Gruppenunterschied für IPS, USZ und SZ zeigte sich nicht (Kruskal-Wallis-Test mit post hoc Mann-Whitney-U-Tests). Die Daten bestätigen eine Veränderung der BDII bei akuten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, welche bereits in den prodromalen und initialen Stadien der Erkrankung auftritt und sich durch eine kurzzeitige antipsychotische Behandlung nicht wesentlich beeinflussen lässt. Eine solche Veränderung der BDII ließ sich für die anderen untersuchten Diagnosegruppen im Vergleich zu HC nicht nachweisen und ist somit als möglicher trait-marker für psychotische Erkrankungen anzusehen. Die veränderte Invertwahrnehmung wird dabei wahrscheinlich durch eine Interaktionsstörung zwischen visuellen Stimuli (Bottom-up-Komponente) und der Generierung von Wirklichkeitshypothesen (Top-down-Komponente) hervorgerufen. Der Test der BDII soll als klinisches Untersuchungsinstrument zur Unterstützung der diagnostischen Überlegungen diskutiert werden.

0073

Neuropsychologische Differenzierbarkeit bipolar schizoaffectiver und schizophrener Erkrankungen: Exekutive Kontrollfunktionen

Doerthe Roettig (MLU Halle-Wittenberg, Psychiatrie)
S. Röttig, A. Marneros

Einleitung: Wegen ihrer klinisch praktischen Bedeutung aber gerade auch bezüglich nosologischer Überlegungen stellen schizoaffective Störungen eine besondere Herausforderung an die psychiatrische Forschung dar. Eine Vielzahl von Befunden aus dem soziodemographischen, klinischen und prognostischen Bereich lässt eine nosologische Position zwischen schizophrenen und affektiven Störungen vermuten. In diesem Sinne können schizoaffective Störungen als ein das klassische Kraepelinsche Dichotomieprinzip herausfordernde Paradigma aufgefasst werden und stellen insofern ein entscheidendes Konstrukt bei der Validierung konkurrierender Konzeptionen dar. Neuropsychologische Studien zu schizoaffectiven Störungen sind insgesamt selten und hinsichtlich Größe der Stichproben, Auswahl der Vergleichsstichproben, untersuchter neuropsychologischer Bereiche und Auswahl der Testverfahren sehr heterogen. Ziel der Untersuchung ist es zu prüfen, ob sich mit Hilfe neuropsychologischer Tests der exekutiven Funktionen bipolar schizoaffective und schizophrene Patienten differenzieren und sich Hinweise auf die nosologische Stellung der bipolar schizoaffectiven Psychose ableiten lassen.

Methode: Es wurden stationär behandelte Patienten mit bipolar schizoaffectiver ($n=25$) und schizophrener Erkrankung ($n=25$) sowie gesunde Kontrollpersonen ($n=25$) untersucht. Die exekutiven Testverfahren wurden theoriegeleitet sechs Komponenten zugeordnet (Aufmerksamkeit und Hemmung, Aufgabenmanagement, Planen, Überwachen, Arbeitsgedächtnis, kognitive Flexibilität). Klinisch relevante Parameter des Krankheitsverlaufes sowie die Ausprägung der aktuellen Symptomatik wurden berücksichtigt.

Diskussion/Ergebnisse: Der Parameter Aufmerksamkeit und Hemmung differenzierte zwischen beiden Patientengruppen signifikant. Schizophrene Patienten zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe Defizite in fünf der sechs, bipolar schizoaffective Patienten nur in zwei exekutiven Komponenten (Aufgabenmanagement, Arbeitsgedächtnis).

Schlussfolgerung: Bei beiden Patientengruppen liegen exekutive Beeinträchtigungen vor, bei schizophrenen Probanden allerdings in deutlich ausgeprägter Form als bei bipolar schizoaffectiven Patienten. Schizophrene zeigen eine signifikant schlechtere Reaktionshemmung als bipolar schizoaffective Patienten. Die klinischen Gruppen lassen sich anhand der neuropsychologischen Leistungen differenzieren.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.2

S-088 Symposium

Behandlungsresistenz bei chronischem Wahn und persistierendem Stimmenhören Evidenzbasierte Auswege?

Vorsitz: R. Vauth (Basel), R.-D. Stieglitz (Basel)

0430

Zwischen Persistenz und Recovery: Konzepte zur Definition von Behandlungserfolg

Rolf-Dieter Stieglitz (Universitätsklinik, Psychiatrische Poliklinik, Basel)

Einleitung: Trotz verbesserter Behandlungsoptionen psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Art den Verlauf schizophrener Störungen günstig zu beeinflussen, zeigen sich immer noch grosse Unterschiede in den Behandlungsergebnissen. Diesem wird z.B. dadurch Rechnung getragen, dass in der ICD-10 an 5.Stelle eine Verlaufskodierung möglich ist (z.B. unvollständige Remission). Leider findet sich nirgends eine Operationalisierung dazu.

Methode: Ausgehend von Literaturrecherchen in gängigen Datenbanken soll eine Übersicht gegeben werden, welche allgemeinen Konzepte zur Definition von Behandlungserfolgen und Outcome existieren. Dabei soll diskutiert werden, inwieweit die Konzepte anderer psychischer Störungen (z.B. depressive Störungen) bzw. allgemeine Konzepte (z.B. klinische Signifikanz) für schizophrene Störungen geeignet sind. Speziell soll auch auf schizophreniespezifische Ansätze eingegangen werden.

Diskussion/Ergebnisse: Als Ergebnis der Analysen sollen Empfehlungen für Therapie- und Verlaufsstudien zur Operationalisierung von Behandlungserfolg bei schizophrenen Störungen gegeben werden.

0431

Ätiologische Ansätze bei chronischem Wahn und Halluzinationen Implikationen für die Therapie?

Manfred Spitzer (Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrie III)

0432

Pharmakologische Augmentationsstrategien Stand der Evidenz

Stefan Leucht (Klinikum rechts der Isar, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

Einleitung: Zahlreiche Augmentationsstrategien sind in der Schizophreniebehandlung erprobt worden. Dieser Vortrag liefert eine Übersicht über den aktuellen state of the art auf der Basis randomisierter Studien.

Methode: Darstellung der Ergebnisse systematischer Cochrane Reviews und – falls diese nicht vorhanden sind – einzelner randomisierter Studien.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt ist die Datenlage nicht befriedigend. Die beste Evidenz gibt es vielleicht noch für die Zugabe von Antidepressiva bei persistierender Depressivität oder Negativsymptomen, aber auch hier gibt es noch Studienbedarf. Ganz besonders wichtig wären Studien über Kombinationen von Antipsychotika, weil diese im Alltag so oft verwendet werden.

0433

Kognitive Verhaltenstherapie – Wo und wie wirkt sie wirklich?

Roland Vauth (Universitätsklinik Basel, Psychiatrische Poliklinik)

Einleitung: In den letzten 5–10 Jahren wurde eine zunehmende Anzahl von Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt und evaluiert, die auf sich auf chronische Wahnsymptomatik und persistierende halluzinationen richten. Aber was weiss man über ihre gemeinsamen Elemente und Wirkvariablen, was über den Stand ihrer Evidenzbasierung?

Methode: Dargestellt werden die wichtigen Behandlungsprinzipien und -strategien sowie die bislang vorliegenden empirischen Wirksamkeitsbelege. Kirtische methodische Aspekte der bisherigen Evaluation werden dabei ebenso herausgearbeitet wie die ebenfalls wichtigen Lücken unseren Kenntnisstandes.

Diskussion/Ergebnisse: Der Stand der Evaluation wirft für die praktische Versorgung wichtige Fragen und einige Schlussfolgerungen auf, die in ihrer Relevanz für eine moderne Versorgung diskutiert werden sollen.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-024 Postersitzung**Schizophrenie – Genetik und Neurobiologie**

Vorsitz: P. Falkai (Göttingen)

0250

Die Auswirkungen des Neuregulin1 Genotyps auf neuropsychologische Variablen und Gehirnnaktivierung

Axel Krug (Universitätsklinik Aachen, Psychiatrie)

V. Markov, N. J. Shah, K. Zilles, M. Skowronek, M. Rietschel, T. Eggermann, K. Zerrel, G. Gründer, T. Kellermann, R. Thienel, M. Klein, F. Schneider, T. Kircher

Einleitung: Für die Schizophrenie konnten bisher eine Reihe von Kandidatengen identifiziert werden, die in unabhängigen Studien mit der Krankheit assoziiert gefunden wurden (z.B. COMT, Dysbindin, DISC1 etc.). Allerdings gibt es auch eine Vielzahl von Negativbefunden, was durch die phänotypische und genotypische Heterogenität schizophrener Störungen bedingt sein könnte. Verhaltensgenetische Studien, mit isolierten endophänotypischen Merkmalen, könnten in Zukunft zu einer weiteren Entschlüsselung genetischer Anteile an der Ätiologie psychiatrischer Erkrankungen beitragen. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Bestimmung von Endophänotypen von NRG1 (Neuregulin), eines gesicherten Risikogens für Schizophrenie (Stefansson et al., 2002; Tosato et al., 2005), durch Untersuchungen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie, neuropsychologischer und persönlichkeitspsychologischer Testverfahren.

Methode: Es wurden 520 gesunde Personen mit einer neuropsychologischen Testbatterie untersucht sowie ihre Ausprägung des NRG1 bestimmt. Es handelte sich dabei um einen single nucleotid polymorphism (SNP8NRG221532, Stefansson et al., 2002). Die Testbatterien umfassten u.a. Domänen wie Aufmerksamkeit, auditives und räumliches Arbeitsgedächtnis, Wortflüssigkeit etc. Darüber hinaus wurden einige persönlichkeitspsychologische Variablen wie Neurotizismus und Extraversion sowie Schizotypie erfasst. Von diesen Probanden werden homozygote Träger der Risikovariante mittels fMRT mit Paradigmen für Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, episodisches Gedächtnis und Emotionsverarbeitung getestet und mit homozygoten Trägern risikoarmer Varianten verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Wir hypostasieren Unterschiede in den neuropsychologischen Variablen zwischen den beiden Gruppen sowie in

persönlichkeitspsychologischen Variablen. Daneben erwarten wir eine geringere Gehirnnaktivierung insbesondere des dorsolateralen präfrontalen Kortex bei homozygoten Trägern der Risikovariante in den Paradigmen bei der fMRT. Die Ergebnisse sollen weitere Aufschlüsse über Auswirkungen von NRG1 auf Endophänotypen geben. Stefansson et al., 2002, Am J Hum Genet 71(4), 877–92 Tosato et al., 2005, Schizophr Bull 31(3), 613–7

0251

Der DAT1-Genotyp beeinflusst N-acetylaspartat im linken Putamen

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

M. Backens, S. Kraft, C. Kemmer, W. Reith, P. Falkai, O. Gruber

Einleitung: Bei der Regulation basaler Hirnfunktionen wie Antrieb, Arbeitsgedächtnis und motorischem Verhalten, hat Dopamin eine große Bedeutung. Besonders der frontale Cortex und das dorsale Striatum sind diesbezüglich dopaminerg innerviert. Die Regulation der synaptischen dopaminergen Aktivität erfolgt unter anderem von dem Dopamin-Transporterprotein (DAT) und dem abbauenden Enzym COMT. Bei diesen beiden Proteinen sind in den dazugehörigen Genen (DAT1 und COMT) Polymorphismen bekannt, die Einfluß auf die Genexpression haben. Wir stellen die Hypothese auf, dass die genetisch bedingte Genexpression dieser regulatorischen Proteine zu einer unterschiedlichen Dopaminaktivität führt. Diese wiederum führt zu einer unterschiedlichen Aktivität der Neurone, die sich in unterschiedlichen N-acetyl-aspartat-(NAA) Konzentrationen widerspiegelt. Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, ob an einer Population von gesunden Kontrollen und psychiatrischen Patienten (Bipolare Störungen, Zwangspatienten) unabhängig von der Diagnose die Polymorphismen im DAT1- und COMT-Gen einen Einfluss auf die NAA-Konzentration im linken dorsolateralen präfrontalen Cortex, anterioren cingulären Cortex oder linken Putamen haben.

Methode: 63 Probanden wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Es wurde der DAT1 VNTR Polymorphismus und der COMT Val158Met Polymorphismus für jeden Probanden bestimmt. Außerdem wurde eine Magnetresonanz-Spektroskopie des linken dorsolateralen präfrontalen Cortex, des linken anterioren cingulären Cortex und des linken Putamen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Probanden mit dem homozygoten DAT1-10-Allel-Genotyp zeigten höhere Werte der NAA/Cho- und NAA/Cr-Quotienten ($p=0,001$ und $p=0,028$) im linken Putamen verglichen zur Gruppe der Probanden mit dem 9-Allel oder 9/10-Genotyp. Ein Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose fand sich nicht. Für den COMT Val158Met Polymorphismus fand sich kein Zusammenhang mit dem Genotyp. Zusammenfassung: Wir konnten einen Zusammenhang zwischen dem DAT1-Genotyp und der Konzentration von N-acetylaspartat im linken Putamen nachweisen. Vermutlich wird über die Allelfrequenz des VNTR-Polymorphismus die Expression des DAT1-Gens reguliert und über die resultierende Proteinaktivität der neuronale NAA-Gehalt verändert.

0252

Proteom-Analyse des präfrontalen Cortex bei Schizophrenie

Daniel Martins (Department of Biochemistry, Biology Institute, State Univ., Campinas)

A. Schmitt, G. Maccarrone, W. F. Gattaz, C. Turck

Einleitung: Schizophrenie ist eine chronische, komplexe Erkrankung mit bislang nur wenig bekannter Pathophysiologie. Neben Umweltfaktoren spielen genetische Faktoren hierbei eine Rolle. Proteom-Analysen im post-mortem Gehirn gewebe könnte zur Identifikation Schizophrenie-assoziiierter Proteine führen.

Methode: Wir haben bei 10 schizophrenen Patienten und 8 gesunden Kontrollen im präfrontalen Kortex (BA46, links) mittel einer neuen

Proteom-Analyse (Isotope-Coded Protein Labeling, ICPL) quantitativ Proteinexpression untersucht. Die Methode basiert auf einer Lysin-spezifischen Färbung durch zwei unterschiedliche Isotope, die die Proteinbestimmung mittels Massenspektrometrie erlaubt.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden eine Anzahl unterschiedlich exprimierter Proteine bei schizophrenen Patienten verglichen mit gesunden Kontrollen. In der Diskussion werden diese Proteine nach unterschiedlichen Funktionsbereichen und mögliche Zusammenhänge mit der Pathophysiologie der Schizophrenie eingeordnet.

0253

Influences of the Ghrelin Leu72Met polymorphism on weight gain and obesity in schizophrenic patients treated with atypical antipsychotics

Ilja Spellmann (Universität München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: The novel antipsychotics are increasingly associated with metabolic disturbances and with serious weight gain. Recent studies have shown relations to SNP's of genes connected to the primary mechanisms of action of these compounds and were thus confirming that genetic factors might have an impact on these side effects. But little is known about the influences of proteins which are not known to be directly correlated with presumed atypical antipsychotic effects. Ghrelin is a recently discovered 28-amino acid peptide with somatotrophic (orexigenic) properties predominantly produced in the stomach. Ghrelin has neuroendocrine and cardiovascular effects, stimulates food intake and plays an important role in energy expenditure. The Leu72Met substitution is an amino-acid-change in the protein sequence of the prepro-ghrelin C-terminal-tail found to be associated with an earlier onset of obesity. The objective of the present study was to investigate whether the Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene could be correlated with a more pronounced weight gain in schizophrenic patients treated with atypical antipsychotics.

Methode: We have genotyped schizophrenic patients being treated with atypical antipsychotics for the Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene. Weight has been monitored weekly over a period of six weeks.

Diskussion/Ergebnisse: 210 patients (118 males and 92 females, mean age 33.8 ± 11.9 years, duration of illness 5.6 ± 7.8 years) have been genotyped. Patients were treated with different antipsychotics. We observed a significant increase in weight (from 74.07 to 77.12 kg; $p < 0.001$) within six weeks of treatment with different atypical antipsychotics. Furthermore there was a significant relation between the Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene and weight, as in Met-allele-carriers weight gain was more pronounced during six weeks of treatment than in non-Met-allele-carriers. Within the first and second week of atypical antipsychotic treatment Met-allele-carriers ($n=34$) gained significantly more weight than patients homozygote for the Leu allele ($n=176$). Conclusions: Although still preliminary our data are indicating that metabolic disturbances of atypical antipsychotic treatment can be related to variants in genes other than dopaminergic or serotonergic ones. There is a possible influence of a polymorphism of the ghrelin gene (Leu-72Met) on weight gain during a treatment of schizophrenic patients with atypical antipsychotics.

0254

Der Effekt genetischer Vorbelastung: Schizophreniepatienten aus Multiplex-Familien zeigen schlechtere Arbeitsgedächtnisleistungen als Patienten aus Simplex-Familien

Sarah Burke (Groningen)

P. Falkai, O. Gruber

Einleitung: Arbeitsgedächtnisleistungen werden als vielversprechende Endophänotypen zur Untersuchung der genetischen Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen angesehen. Dabei weisen auch gesunde Verwandte schizophrener Patienten messbare Defizite im Bereich des

Arbeitsgedächtnisses auf (Heydebrand, 2006). Des Weiteren zeigen gesunde Angehörige aus sogenannten „Multiplex-Familien“ (mindestens zwei Schizophrenieerkrankte in einer Familie) eine schlechtere Arbeitsgedächtnisperformanz als Familienangehörige aus „Simplex-Familien“ (Faraone et al., 2000). In der vorliegenden Studie wurde die hieraus abzuleitende Hypothese geprüft, dass schizophrene Patienten aus multipel affizierten Familien aufgrund einer anzunehmenden höheren genetischen Belastung verminderte Arbeitsgedächtnisleistungen gegenüber gematchten schizophrenen Patienten aus Familien ohne zusätzliche Erkrankungsfälle aufweisen.

Methode: Drei Gruppen wurden miteinander verglichen: eine familiär belastete Patientengruppe, d.h. mindestens ein weiteres Familienmitglied hat die Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Störung, eine zweite Patientengruppe in deren Familie keine weiteren Fälle aus dem schizophrenen Formenkreis bekannt sind und eine dritte gesunde Kontrollgruppe ohne psychiatrische familiäre Vorbelastung. Das Verhaltensexperiment bestand aus vier Aufgabenvarianten, die unterschiedliche Arbeitsgedächtnisbereiche prüften: verbales Rehearsal, nicht-artikulatorisches Behalten verbaler Informationen, visuell-räumliches „Rehearsal“, visuell-räumliches Musterwiedererkennen.

Diskussion/Ergebnisse: Familiär belastete Patienten wiesen eine signifikant schlechtere Performanz im Bereich des visuell-räumlichen „Rehearsals“ auf ($p=0.04$). Des Weiteren zeigte sich ein statistischer Trend im nicht-artikulatorischen Behalten verbaler Informationen ($p=0.08$), wobei wiederum die familiär belasteten Patienten schlechtere Leistungen zeigten als die nicht-belasteten. Im Bereich des verbalen Rehearsals und des visuell-räumlichen Musterwiedererkennens konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der familiär belasteten und der familiär unbelasteten Gruppe nachgewiesen werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten beide Patientengruppen eine geringere Arbeitsgedächtnisleistung. Diese Ergebnisse bieten somit weitere Evidenz für die Annahme, dass Dysfunktionen neuronaler Netzwerke, die spezifischen Arbeitsgedächtnisfunktionen zugrunde liegen (visuell-räumliches „Rehearsal“, nicht-artikulatorisches Behalten verbaler Informationen), geeignete Endophänotypen für die Suche nach genetischen Faktoren in der Ätiologie der Schizophrenie darstellen.

0255

Neuroleptika-induzierte Bewegungsstörungen: positive Familienanamnese für primäre Bewegungsstörungen als Prädiktor für neuroleptika-induzierte Bewegungsstörungen

Gunnar Eismann (Lübeck)

M. Kasten, V. Geithe, J. Grimm, C. Klein, R. Lencer

Einleitung: Neuroleptika-induzierte Bewegungsstörungen (NBS) stellen eine ernstzunehmende Nebenwirkung bei der Behandlung mit typischen, aber auch atypischen Neuroleptika dar. In dieser Studie wurde untersucht, ob eine positive Familienanamnese für primäre Bewegungsstörungen (pBS) einen statistisch signifikanten Prädiktor für das Auftreten von EPS unter neuroleptischer Medikation darstellt.

Methode: Einschluss: 100 Patienten (48 Männer, 52 Frauen, 39,9 Jahre (14.7)) mit einer stabilen typischen und/oder atypischen Neuroleptika-Medikation. Instrumente: Strukturiertes klinisches Interview (M.I.N.I.), semistrukturiertes Interview und neurologische Untersuchung auf aktuelle und anamnestiche NBS, Medikamentenanamnese, semistrukturiertes Interview hinsichtlich Familienanamnese für pBS: Parkinsonsyndrom, primäre Dystonie, Tremor. Statistik: Chi-Quadrat Tests und schrittweise logistische Regression.

Diskussion/Ergebnisse: Die Lebenszeit-Prävalenz für NBS insgesamt betrug 65%, für Frühdyskinesien lag sie bei 41%, für Parkinsonoide bei 37% und für Akathisien bei 19%. Die Lebenszeit-Prävalenz für NBS unter typischen Neuroleptika betrug 47% und 34% für atypische Neuroleptika. Die Prävalenz aktuell beobachteter NBS lag bei 34% und 53% der Patienten berichteten von NBS in früheren Erkrankungsphasen. Bei 98 Patienten war eine Erhebung der Familienanamnese bezüglich pBS zu insgesamt 1316 Angehörigen möglich. Zweunddreißig Patienten beri-

cheten über insgesamt 47 Angehörige mit primären Bewegungsstörungen (Prävalenz 3,5%). Die logistische Regression ergibt, dass die Lebenszeit-Prävalenz von NBS zu 74% durch die Kenntnis der Dauer einer Behandlung mit typischen Neuroleptika ($P < 0.01$), das Alter ($P = 0.02$) und die Familienanamnese für pBS ($P = 0.03$) vorhergesagt werden kann. Dabei nimmt die Wahrscheinlichkeit für einen Patienten NBS zu entwickeln mit einer längeren Dauer der Medikation, einer positiven Familienanamnese für primäre Bewegungsstörungen und geringerem Alter zu. Für die zum Untersuchungszeitpunkt beobachteten NBS erwies sich eine positive Familienanamnese als alleiniger Prädiktor ($p < 0.01$). Schlussfolgerung: Eine positive Familienanamnese für primäre Bewegungsstörungen ist ein wichtiger Prädiktor für NBS. Die Ergebnisse unterstreichen die Hypothese einer genetischen Suszeptibilität für NBS und weisen auf möglicherweise gemeinsame genetische Faktoren in der Pathogenese von pBS und NBS hin.

0256

Prolactin serum levels in individuals at risk for psychosis, first episode patients and depressive controls

Evelyne Rechsteiner (Universitätsspital Basel, Psychiatrische Poliklinik)
N. Bull, J. Aston, A. Riecher-Rössler

Einleitung: While it is well documented that hyperprolactinemia is associated with neuroleptic treatment in schizophrenia, prolactin levels in drug-naïve patients with first episode of psychosis are less well investigated and to our knowledge have never been investigated in individuals at risk for psychosis. Objective: To compare prolactin serum levels in individuals at risk of psychosis, patients with a first episode of psychosis and depressive controls.

Methode: Prolactin serum levels were measured in the framework of the Basel FePsy project (FrühErkennung von PSYchosen) in 27 patients with first episode psychosis, 43 individuals at risk of psychosis and 7 depressive controls. All types of medication prescribed before measurement of blood levels were documented.

Diskussion/Ergebnisse: 14 (51.8%) out of 27 first episode patients showed increased prolactin serum levels, 6 (22.2%) of them were neuroleptic-naïve, 6 (22.2%) had been taken low doses of olanzapine or risperidone sporadically or for less than 3 months, one had olanzapine for 5 months, another risperidone for 2 years. 11 (25.6%) out of 43 patients with prodromal symptoms showed increased prolactin serum levels, 10 (23.3%) of them were neuroleptic-naïve, one (2.3%) had neuroleptics. All depressive controls showed normal prolactin levels. Conclusions: In both groups, individuals at risk and first episode patients, about one fourth had increased prolactin serum levels although they had never been treated with any medication causing hyperprolactinemia, except 3 of them who had low dose Chlorprothixen for a max. of 2 days. If these findings could be confirmed, they would indicate that hyperprolactinemia is not necessarily due to neuroleptics or frank psychotic breakdown, but could be a preexisting condition. The reason for this could be general mental stress or a change in the HPA-Axis activity associated with the disease process itself.

0257

S100B-Protein und Hirnmorphologie – eine methodisch kombinierte Untersuchung mittels voxelbasierter Morphometrie bei Schizophrenie

Berko Milleit (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Psychiatrie)
S. Smesny, M. Rothermundt, H. Sauer, C. Gaser

Einleitung: S100B, ein von Astrozyten produziertes kalziumbindendes Protein, wird als Marker der astroglialen zellulären Integrität angesehen und ist bei strukturellen Gliazellschäden im peripheren Blut nachweisbar. So wird eine Zunahme dieses Markers bei Hirnverletzungen und neurodegenerativen Erkrankungen gefunden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass eine Überexpression von S100B im Zusammenhang mit entwicklungsbedingten zerebralen Dysfunktionen auftritt.

Aus der Schizophrenieforschung wurde mehrfach eine gesteigerte S100B-Serumkonzentration bei Patienten im Vergleich zu gesunden Probanden berichtet. Die vorliegende Untersuchung ist auf den pathophysiologischen Hintergrund dieses Befundes gerichtet.

Methode: Zur Auswertung kamen Daten von 40 Personen, für die sowohl Serum-S100B-Werte als auch hochauflösende MRT-Daten vorlagen. Die Gruppe der Schizophrenen (18) wurde weiter unterteilt in Ersterkrankte (11) und chronisch Kranke (7). Die Kontrollgruppe umfasste 22 Probanden. Die S100B-Konzentration wurde mittels eines immunfluorimetrischen Sandwich-Assays gemessen. Voxelbasierte Morphometrie (VBM) wurde mit der Software SPM2 (Statistical Parametric Mapping) durchgeführt. Es wurden die MRT-Datensätze nach Separierung in graue und weiße Substanz voxelweise miteinander verglichen. Die Korrelation der S100B-Konzentration zu morphometrischen Veränderungen wurde bestimmt und zwischen den einzelnen Gruppen verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Übereinstimmend mit Vorbefunden fanden sich in der Patientengruppe signifikant erhöhte S100B-Werte ($p = 0.001$). Zwischen den beiden Patientengruppen (ersterkrankt vs. chronisch erkrankt) bestanden diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede. Die VBM zeigte Gruppenunterschiede hinsichtlich der Korrelation von S100B und morphometrischen Veränderungen in verschiedenen Bereichen der weißen und grauen Substanz zwischen Patienten und Kontrollen sowie zwischen Ersterkrankten und chronisch Erkrankten, wobei die Unterschiede zwischen den Patientengruppen besonders deutlich waren. Schlussfolgerungen Die Ergebnisse weisen auf einen anhaltenden dynamischen Prozess bei der Entstehung und Chronifizierung der Schizophrenie hin, wobei ein Zusammenhang zwischen morphologischen Veränderungen und der erhöhten Konzentration von S100B zu bestehen scheint. Die Befunde stützen die Wahrnehmung von S100B als Marker struktureller Umbauprozesse, deren Ursache jedoch weiterer Klärung bedarf.

0258

PLA2 und Hirnmorphologie – eine methodisch kombinierte Untersuchung mittels voxelbasierter Morphometrie bei Schizophrenie

Berko Milleit (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Psychiatrie)
S. Smesny, D. Kinder, I. Willhardt, J. Lasch, H. Sauer, C. Gaser

Einleitung: Enzyme der Phospholipase A2 Familie katalysieren die Hydrolyse von Fettsäuren an der sn-2-Position von Phospholipiden und sind daher von zentraler Bedeutung für die strukturelle Integrität von Zellmembranen und die Bereitstellung von Vorstufen bioaktiver Lipide, die eine Vielzahl zellphysiologischer Vorgänge vermitteln und regulieren. Die gesteigerte Aktivität bestimmter PLA2-Enzyme bei Schizophrenie ist ein mehrfach replizierter Befund. Aufgrund der weitreichenden biochemisch-funktionellen Auswirkungen fanden PLA2-Veränderungen Eingang in verschiedene pathophysiologische Konzepte der Schizophrenie, u.a. im Zusammenhang mit Regulationsstörungen der Membranlipidhomöostase, der Neuroapoptose und der antioxidativen Abwehr. Da genetische Untersuchungen die gesteigerte PLA2-Aktivität bei Schizophrenie nicht aufklären konnten, wird zunehmend eine reaktive Genese vermutet. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, ob gesteigerte PLA2-Aktivität Zusammenhänge zu hirnstrukturellen Veränderungen bei Schizophrenie aufweist.

Methode: Zur Auswertung kamen 49 Datensätze (13 Ersterkrankte, 11 chronisch Kranke, 25 Kontrollen), die hochauflösende MRT-Daten und Serum-Aktivitäten einer kalzium-unabhängigen cytosolischen PLA2 (iPLA2) umfassten. Die iPLA2-Aktivität wurde mittels eines immunfluorimetrischen Assays gemessen. Voxelbasierte Morphometrie (VBM) wurde mit der Software SPM2 (Statistical Parametric Mapping) durchgeführt. Es wurden die MRT-Datensätze nach Separierung in graue und weiße Substanz voxelweise miteinander verglichen. Die Korrelation der iPLA2-Aktivität zu morphometrischen Veränderungen wurde bestimmt und zwischen den einzelnen Gruppen verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei Patienten fand sich generell eine signifikant erhöhte iPLA2-Aktivität ($p < 0.001$), unter den Patienten erreichten die

Ersterkrankten tendenziell höhere Werte ($p=0.06$). Auch die Korrelation von iPLA2 und morphometrischen Veränderungen wiesen in verschiedenen Bereichen der weißen und grauen Substanz Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen sowie zwischen Ersterkrankten und chronisch Erkrankten auf, wobei die Unterschiede zwischen den Patientengruppen besonders deutlich waren.

0259

Hinweise auf eine Störung des Cerebralen Glukose-Stoffwechsels bei akut schizophrenen Patienten aus der CSF-Basisdiagnostik

Laura Kranaster (Köln)

Einleitung: Bei der Diagnostik des Liquor cerebrospinalis (CSF) von Patienten, die an einer schizophrenen Erkrankung leiden, wird allgemein davon ausgegangen, dass im Vergleich zu einem gesunden Kontrollkollektiv keine Unterschiede bezüglich standardisierter Parameter wie Zellzahl, Glukose, Albumin, Immunglobuline und Laktat bestehen. Untersuchungen hierzu, die diese Annahme belegen, fehlen jedoch.

Methode: In dieser Arbeit werden deskriptiv Befunde von 84 gesunden Normalprobanden mit denen von 230 akut schizophrenen Patienten verglichen. In der Patientengruppe waren zum Zeitpunkt der Liquorentnahme 91 Antipsychotika-naive erstmanifest Erkrankte.

Diskussion/Ergebnisse: Hinsichtlich der CSF-Basisdiagnostik-Parameter Zellzahl, Albumin und Immunglobuline bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen gesunden Kontrollpersonen und schizophrenen Patienten. Allerdings zeigen sich in der differenzierten Analyse interessante Befunde im Hinblick auf CSF-Glukose. In der Subgruppe der erstmanifesten Antipsychotika-naiven Patienten findet sich eine signifikante Glukoseerhöhung in CSF ($p<0.001$ Kruskal-Wallis-Test mit posthoc Mann-Whitney-U-Test), nicht aber im Serum ($p=0.004$, Bonferroni-korrigiert). Im Gesamtkollektiv ist der Glukosegehalt der schizophrenen Patienten sowohl in CSF ($p<0.001$), als auch im Serum ($p<0.001$) signifikant höher als beim gesunden, hinsichtlich der demographischen Parameter gut vergleichbaren Kontrollkollektiv. Diese Befunde weisen auf eine Störung des Glukose- und damit Energiestoffwechsels bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen hin, die sich bei erstmanifesten, Antipsychotika-naiven Patienten in erster Linie in CSF abbildet und einen deutlichen Hinweis auf eine cerebrale Glukoseutilisationsstörung bereits aus der Routinediagnostik heraus ergibt (siehe auch Tsang et al., im Druck). Diese besteht offenbar schon vor der Einnahme von Antipsychotika und steht daher möglicherweise in einem pathophysiologischen Zusammenhang mit der Erkrankung. Neben der Entwicklung metabolischer Störungen nach Antipsychotikagabe bei schizophrenen Patienten stellt dies einen wichtigen zweiten Ansatzpunkt dar, die Erforschung metabolischer Störungen bei psychotischen Erkrankungen stärker in den investigativen Fokus zu rücken. Die Ergebnisse bekräftigen zudem die Hypothese, dass speziell Untersuchungen bei Antipsychotika-naiven Patienten wichtige Hinweise zur Pathophysiologie schizophrener Erkrankungen liefern können (siehe auch Leweke et al., 2004). Referenzen: T. M. Tsang*, E. Holmes*, J. T.-J. Huang*, F. M. Leweke*, D. Koethe, C. W. Gerth, B. M. Nolden, S. Gross, D. Schreiber, S. Bahn: Metabolic profiling of CSF: evidence that early intervention may impact on disease progression and outcome in schizophrenia. PLoS Medicine, im Druck F. M. Leweke, C. W. Gerth, D. Koethe, J. Klosterkötter, I. Ruslanova, B. Krivogorsky, E. F. Torrey, R. H. Yolken: Antibodies to infectious agents in individuals with recent onset schizophrenia. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci (2004) 254:4-8

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-026 Postersitzung

Schizophrenie – Bildgebung und Neurophysiologie

Vorsitz: D. F. Braus (Wiesbaden)

0268

Unterschiedliche Aktivierung der rechten Fusiform-Face-Area bei Schizophrenen mit und ohne Personenverknennung eine fMRT-Studie

Sebastian Walther (Universitätsklinik Bern, Abt. Psychiatrie)

A. Federspiel, H. Horn, P. Bianchi, R. Wiest, M. Wirth, W. Strik, T. Müller

Einleitung: Personenverknennung (PV) kann als Symptom der Schizophrenie auftreten. Mit der Erkennung eines Gesichtes wurde die rechte Fusiform-Face-Area (FFA) als funktionelle Region in Verbindung gebracht. In diesem Experiment sollten Gesunde, sowie Schizophrene mit und ohne Personenverknennungen auf ihre Diskriminationsfähigkeit für bekannte und unbekannte Gesichter untersucht werden.

Methode: 20 gesunde Kontrollpersonen (26.15 Jahre, 60% Männer), 8 Schizophrene mit PV (26.26 Jahre, 62.5% Männer) sowie 6 Schizophrene ohne PV (30.98 Jahre, 83.3% Männer) wurden mittels 1.5 T fMRT untersucht. Die Probanden bekamen in zunehmender Auflösung Gesichter präsentiert: 10 zuvor gelernte Gesichter, 10 unbekannte Gesichter und 10 Gesichter berühmter Persönlichkeiten. Die Versuchspersonen sollten entscheiden, ob sie das Gesicht kennen oder nicht. Für die FFA wurde beidseits eine Region-of-Interest-Analyse gerechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Fehlerquote des Erkennens war über alle Gruppe gleich verteilt. Patienten ohne PV reagierten insgesamt am langsamsten ($p=0.013$). Bei berühmten Gesichtern reagierten gesunde Probanden am schnellsten ($p=0.002$). Schizophrene ohne Personenverknennung benötigten längere Zeit, um auf unbekannte sowie die zuvor gelernte Gesichter zu reagieren. Die Aktivierung in der FFA rechts durch richtig erkannte, zuvor gelernte Gesichter war bei den Schizophrenen ohne PV am stärksten ($p<0.001$). Ähnliches gilt für die Aktivierung in der rechten FFA durch fälschlich als bekannt eingestufte Gesichter ($p=0.01$).

0269

Lokalisierung der Aktivität in Gehirnarealen während akustischer Stimulation bei schizophrenen Patienten und ihren Verwandten -untersucht mit fMRI

Viola Oertel (J.W.G.-Universität Frankfurt, Klinik für Psychiatrie)

A. Rotarska-Jagiela, C. Altmann, V. van de Ven, C. Haenschel, K. Maurer, D. Linden

Einleitung: In dieser Studie vergleichen wir das Aktivitätsmuster bei auditorischer Stimulation (Texte) in verschiedenen Gruppen: schizophrene Patienten, erstgradige Verwandte und Kontrollpersonen. Verschiedene Studien zeigen ein Netzwerk an neuronaler Aktivität während der Präsentation unterschiedlicher auditorischer Stimuli, die sich zwischen schizophrenen Patienten und Kontrollpersonen unterscheiden.

Methode: Es wurden 8 schizophrene Patienten, 14 erstgradige Verwandte und 14 Kontrollpersonen untersucht. Neben einer hoch-auflösten 3D-anatomischen Messung (MDEFT-sequence, 88 slices, voxel-size: 1^*1^*1 mm³) wurde eine funktionelle Messung mit auditorischer Stimulation (TR=1000 ms, inter slice time 62, slice thickness = 5 mm, 480 volumes, 16 slices), mit dem Siemens Allegra 3.0 TESLA Scanner gemessen. Die auditorische Stimulation bestand aus 9 Szenarien, die in zufälliger Reihenfolge per Kopfhörer während der funktionellen Messung präsentiert wurden. Jedes Szenario bestand aus 13 Fragmenten selbst-entwickelter Texte (beschreibende, dialogisierende, befehlende), welche für jeweils 15, 20 oder 30 Sekunden präsentiert wurden (Inter-Stimulus-Intervall: 15 Sekunden). Die Daten wurden in die standardisierte 3D-Form nach Talairach & Tournoux (1988) gebracht und mit weiteren Analyseschritten (BrainVoyager QX) bearbeitet.

Diskussion/Ergebnisse: Die resultierenden Aktivitäts-Muster zeigten erwartungsgemäß die höchste Korrelation zwischen dem BOLD-Signal und der auditorischen Stimulation (800 voxels; p (Bonf) <0.001) im superioren temporalen Gyrus (Heschl's gyrus, planum temporale) bei allen Versuchspersonen. Zusätzlich konnte bei der Kontrollpersonengruppe eine bilaterale Aktivierung des postzentralen Gyrus (BA 3) gefunden werden, während bei Patienten- und der Verwandten-

gruppe im mittleren frontalen Gyrus: BA 45, 46) ein bilaterales Aktivierungsmuster gefunden werden konnte. Ähnliche Aktivitätsmuster zeigten alle drei Gruppen bilateral im inferioren frontalen Gyrus (Kontrollgruppe: BA 9, Patienten/Verwandte: BA 13) während der akustischen Stimulation aktiviert wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der Präsentation von gesprochenen Texten ein vergleichbares Netzwerk bei Verwandten und Patienten aktiviert, welches jedoch Unterschiede zu Kontrollpersonen aufweist. Verschiedene High-Risk-Studien haben bereits darauf hingewiesen, dass Verwandte von schizophrenen Patienten in verschiedenen Bereichen ähnliche Defizite wie die Patienten aufweisen.

0270

Verarbeitung komplexer Geräusche bei teilremittierten schizophrenen Patienten untersucht mit 3 T silent event-related MRT

Carsten Konrad (Universitätsklinikum Münster, IZKF FG 4, Psychiatrie)
D. Mittelhaus-Radke, S. Schöning, O. Tüscher, P. Ohrmann, A. Siegmund, A. Pedersen, H. Kugel, P. Zwitserlood, B. Pfeiderer, V. Arolt, A. Engelen

Einleitung: Die Verarbeitung komplexer, nicht-verbalen Geräusche ist eine Funktion der höheren auditorischen Verarbeitung. Bei chronisch schizophrenen Patienten mit Residuum scheint die semantische Geräuschverarbeitung gestört zu sein (Tüscher et al. 2005). Diese Studie soll untersuchen, ob auch Unterschiede in der semantischen oder sensorischen Geräuschverarbeitung zwischen akut erkrankten schizophrenen Patienten und gesunden Kontrollprobanden bestehen.

Methode: Es wurden 11 teilremittierte Patienten mit schizophrener Psychose (ICD-10) von einer offenen psychiatrischen Akutstation sowie 11 alters- und geschlechtsgematchte gesunde Kontrollprobanden rekrutiert. In einem silent event-related fMRT-Design (nach Engelen et al. 2002) wurden 24 natürliche, bedeutungsvolle und 24 verfremdete, bedeutungslose Geräusche präsentiert (Gyrosan Intera 3.0 T, Philips, Best, NL). Die Probanden klassifizierten per Knopfdruck in natürliche und verfremdete Geräusche. Die Verhaltensdaten wurden mit SPSS ausgewertet, die statistische Analyse der funktionellen Daten erfolgt mittels SPM2 (Wellcome Department of Cognitive Neurology, London).

Diskussion/Ergebnisse: Die Itemklassifizierung gelang Patienten und Probanden ähnlich gut, jedoch benötigten Patienten dafür signifikant längere Reaktionszeiten. Die Analyse der funktionellen Daten zeigte in beiden Gruppen eine Aktivierung des auditorischen Kortex, die bei gesunden Kontrollen im Vergleich zu den Patienten stärker ausfiel. Dies betraf sowohl natürliche als auch bedeutungslose Geräusche. Diese erste Analyse der Daten weist darauf hin, dass die auditorische Verarbeitung komplexer Geräusche bei schizophrenen Patienten gegenüber Gesunden verändert ist. Anders als chronisch schizophrene Patienten mit Residuum (Tüscher et al. 2005), die verbale Antworten geben mussten, gelang den hier getesteten teilremittierten Patienten die Itemklassifizierung per Knopfdruck (forced choice) relativ gut. Die längeren Reaktionszeiten und die Minderaktivierung des auditorischen Kortex in der funktionellen Bildgebung weisen trotz ähnlicher Itemklassifizierung auf neurobiologischen Unterschiede zwischen den Gruppen hin.

0271

Entwicklung und Validierung eines Segmentierprotokolls für den Hippocampus für hohe Auflösungen und MRT-Feldstärken

Carsten Konrad (Universitätsklinikum Münster, IZKF FG 4, Psychiatrie)
T. Ukas, A. Engelen, S. Schöning, V. Wortmann, A. Fuchs, H. Schiffbauer, I. Brothe, H. Kugel, V. Arolt

Einleitung: Die Morphometrie des Hippocampus hat in der Erforschung (neuro-)psychiatrischer Erkrankungen große Bedeutung erlangt, z.B. bei Depressionen und Demenzen. Dies spiegelt sich in der Vielzahl publizierter Protokolle zur Abgrenzung des Hippocampus wieder. Mit der zunehmen-

den Verbreitung von MR-Tomographen hoher Magnetfeldstärke besteht zunehmend die Möglichkeit, Bilder von sehr hoher Auflösung zu akquirieren. Daraus ergeben sich höhere Anforderungen an die Genauigkeit von Segmentierprotokollen. Ziel des vorgestellten Projektes war es, Probleme bestehender Protokolle zu analysieren und ein valides Procedere zur Segmentierung des Hippocampus zu entwickeln, das den Bedingungen eines Hochfeld-MRT genügt.

Methode: Anhand einer umfassenden Medline-Recherche wurden über 30 verschiedene Protokolle zur Segmentierung des Hippocampus in MRT-Bildern ermittelt. Diese wurden analysiert und nach anatomischen Kriterien gruppiert sowie auf ihre Praktikabilität überprüft. Dazu wurden T1-gewichtete MRT der Auflösung $0,5 \times 0,5 \times 0,5 \text{ mm}^3$ an einem Gyrosan Intera 3.0 T (Philips, Best, NL) erhoben. Unter Berücksichtigung der praktischen Erfahrungen aus anderen Protokollen wurde ein für unsere Daten optimiertes Segmentierprotokoll entwickelt. Drei Untersucher wurden über vier Wochen trainiert. Dann wurden Testdaten durch diese Untersucher jeweils im Abstand von zwei Wochen segmentiert und die Inter- und Intra-Rater-Reliabilität des Hippocampusvolumens berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Es konnten Gruppen von Segmentierprotokollen nach anatomischen Kriterien differenziert und ihre Tauglichkeit für 3-Tesla-MRT im Praxistest beschrieben werden. Das eigene Protokoll erreichte mit Inter-Item-Korrelationen größer 0.9 (Cronbachs Alpha größer 0.9) hohe Intra- und Inter-Rater-Reliabilität. Die publizierten Hippocampus-Segmentierprotokolle sind sehr heterogen und legen z.T. unterschiedliche anatomische Definitionen zugrunde. Metaanalysen und Vergleiche verschiedener Studien zum Hippocampusvolumen sind daher problematisch und können nur unter Berücksichtigung methodischer Details sinnvolle Informationen liefern. Das eigene Protokoll verbessert Unzulänglichkeiten bisheriger Segmentierprotokolle und berücksichtigt die Besonderheiten der Hochfeld-MRT-Bildgebung. Das Protokoll erwies sich zwischen den Untersuchern und im Zeitverlauf als reliabel.

0272

Dysbindin 1 und sein Einfluss auf kognitive Prozesse bei Gesunden: eine Studie zur endophänotypischen Charakterisierung mittels neuropsychologischer Tests und funktioneller Magnetresonanztomographie

Valentin Markov (Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie)
A. Krug, T. Eggermann, M. Skowronek, T. Kellermann, R. Thienel, M. Klein, K. Zeres, N. J. Shah, K. Zilles, G. Gründer, F. Schneider, M. Rietschel, T. Kircher

Einleitung: Dysbindin 1 ist ein Signalprotein, welches verschiedene Entwicklungs- und Regenerationsprozesse des Zentralnervensystems involviert ist. Variationen im Dysbindin 1 (DTNBP1) Gen sind in zahlreichen Studien (Numakawa et al. 2004, Weickert et al., 2004, Fallgatter et al. 2006, Norton et al. 2006) mit Schizophrenie assoziiert worden. Ferner zeigten Voruntersuchungen, dass es ein Zusammenhang zwischen Reduktion vom Dysbindin 1 und kognitiven Fähigkeiten nicht nur bei Patienten, sondern auch bei Gesunden gibt (Burdick et al., 2006). Das Ziel der vorliegenden Studie ist, endophänotypische Merkmale des Dysbindin 1 Genotyps mit neuropsychologische und funktionell bildgebenden Verfahren aufzudecken.

Methode: Es wurden 534 gesunde Probanden genotypisiert. In der ersten Phase der Studie wurden u.a. neuropsychologische Leistungstests, wie d 2, TMT, MWT, verbale Flüssigkeit, BZT, etc. durchgeführt. Darüber hinaus wurden persönlichkeitspsychologische Variablen wie Neurotizismus und Extraversion sowie Schizotypie erfasst. Nach der Genotypisierung werden Probanden mit Homozygoten-Risikogenen und Homozygoten-Nicht-Risikogenen bezüglich neuropsychologischer Testleistung und zerebraler Aktivierungen untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Es werden Unterschiede in den Leistungen in den neuropsychologischen Tests sowie in persönlichkeitspsychologischen Variablen hypostasiert. Es wird davon ausgegangen, dass vor allem in solchen Testverfahren, die sensitiv für Schizophrenie sind, wie exekutive Funktionen, Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeitsprozesse, Risikoträger schlechtere Testleistungen aufweisen als Nicht-Risikoträger. Außerdem wird

eine abweichende Aktivierung – vor allem in dorsolateralen-präfrontalen Kortextarealen bei den Trägern des Homozygoten-Dysbindin1-Risikogens erwartet. Literatur: Numakawa, T. et al., Human Molecular Genetics 2004; 13:2699–2708 Weickert, C.S. et al., Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61: 544–555 Fallgatter, A.J. et al., Neuropsychopharmacology 2006 ;1:19 Norton, N. et al., Current Opinion in Psychiatry 2006, 19:158–164 Burdick, K.E. et al., Human Molecular Genetics 2006; 15: 1563–1568

0273

Strukturelle Integrität des Corpus Callosum bei schizophrenen Patienten – untersucht mit Diffusion Tensor Imaging

Anna Rotarska-Jagiela (Universitätsklinikum, Zentrum der Psychiatrie, Frankfurt am Main)

R. Schoenmeyer, V. Oertel, K. Maurer, D. E. J. Linden, C. Haenschel

Einleitung: Anatomische Kernspintomographie und Diffusion Tensor Imaging (DTI) Studien beschreiben strukturelle Veränderungen des Corpus Callosum (CC) bei schizophrenen Patienten [1, 2]. Es gibt jedoch auch Studien, die keine statistisch signifikanten Unterschiede gefunden haben. Ein Grund dafür könnten Verfahrensunterschiede in der Ausführung der Datenanalyse sein. Die meisten volumetrischen Studien beschränken die Volumenmessung auf eine manuell segmentierte mittlere sagittale Schicht des CC, während in den DTI-Studien oft Regions Of Interest benutzt werden, die die Messung auf einige wenige CC-Areale beschränken. Demzufolge sind die Ergebnisse schwer zu vergleichen, da diese subjektiv und fehleranfällig sind. Unklar ist auch, ob das ganze CC betroffen ist, oder ob nur bestimmte funktionelle Regionen Veränderungen aufweisen.

Methode: Hier, haben wir das Volumen von jeweils den sieben mittleren sagittalen Schichten des CC von vierundzwanzig schizophrenen Patienten und vierundzwanzig Kontroll-Probanden (in Alter, Geschlecht und Händigkeit vergleichbar mit der Patienten-Gruppe) gemessen. Das CC wurde in neun Unterabschnitte aufgeteilt (Definition nach [3]), um Volumen und Fractional Anisotropy (FA) Werte in funktionell unterschiedlichen Arealen statistisch zu untersuchen. Bei der Segmentierung des CC aus den MRT-Daten haben wir ein automatisches Segmentierungsverfahren benutzt (siehe Schoenmeyer et al., DGPPN 2006).

Diskussion/Ergebnisse: In der gesamt CC Analyse fanden sich keine signifikanten Volumenunterschiede, obwohl Patienten niedrigere FA Werte aufwiesen. Die Analyse der Unterabschnitte zeigte, dass das Volumen des mittleren Truncus signifikant kleiner war, nachdem eine Korrektur für das ganze Hirnvolumen vorgenommen wurde. Patienten hatten niedrigere FA Werte im Rostrum, im anterioren Truncus und im Splenium. Diese Studie zeigt, dass nicht alle CC Areale bei unseren Patienten von der Desintegration der weißen Substanz betroffen sind. Zukünftige Studien sollen untersuchen, wie sich die anatomischen Veränderungen auf Funktionen der Hirnareale, die durch das CC verbunden sind, auswirken. [1] Shenton et al., Schizophrenia Research, 2001 [2] Kanaan et al., Biological Psychiatry, 2005. [3] Highley et al., Brain, 1999

0274

Ruhehyperperfusion der Broca und Wernicke Sprachregionen in formaler Denkstörung

Helge Horn (Universitätsklinik, Klinische Psychiatrie, Bern)

A. Federspiel, M. Wirth, T. Müller, W. Strik

Einleitung: Formale Denkstörungen sind mit die häufigsten Symptome schizophrener Psychosen. Bisher existieren nur wenige Erkenntnisse zur Neuropathogenese dieses zentralen Symptoms. Aus bildgebenden Studien gibt es Hinweise für eine linkstemporale Dysfunktion unter aktiver Sprachproduktion. Um die Ursache dieser scheinbaren Dysfunktion linksseitiger Sprachregionen unter Sprachproduktion zu erklären, ist es von zentraler Bedeutung den Ruheblutfluss der auffälligen Sprachregionen zu kennen. Nur so lassen sich die in früheren Studien gezeigten geringere Erregbarkeit der linksseitigen Sprachregionen sicher einem Pathomechanismus zuordnen.

Methode: Die vorliegende Studie untersucht daher den absoluten Ruheblutfluss im Verhältnis zur Ausprägung der Denkstörung. Der absolute Ruheblutfluss wurde mit Hilfe einer MRI Perfusionsmessung (Aerial Spin Labelling) ohne die Notwendigkeit eines Tracers bestimmt. Untersucht wurden 13 schizophrene Patienten mit unterschiedlich ausgeprägter formaler Denkstörung.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich eine Hyperperfusion der Broca und Wernicke Sprachregionen, welche mit der Ausprägung der formalen Denkstörung signifikant korrelierte (parametrisches Random Effect GLM). Die Hyperperfusion in Ruhe im Broca und Wernicke Sprachgebiet zeigt eine Dysfunktion, welche auf der Verhaltensebene zum Symptom der formalen Denkstörung führt. Frühere Studien, welche eine Abnahme der Aktivierung der linksseitigen Sprachgebiete zeigten, können so einem Sättigungseffekt der BOLD aufgrund einer erhöhten Ruhedurchblutung zugeschrieben werden.

0275

Automatische Segmentierung des Corpus Callosum aus sagittalen Schichten von kernspintomographischen Datensätzen

Ralf Schoenmeyer (Universitätsklinikum, Zentrum der Psychiatrie, Frankfurt)

A. Rotarska-Jagiela, C. Haenschel, K. Maurer, D. E. J. Linden

Einleitung: Um die im Rahmen einer Studie zur Schizophrenie (siehe Rotarska-Jagiela et al., DGPPN 2006) benötigten umfangreichen Segmentierungsarbeiten des Corpus Callosum (CC) aus kernspintomographischen Datensätzen zu unterstützen, wurde mit Hilfe der sogenannten „Cognition Network Technologie“ (CNT) der Firma Definiens AG, München, ein Algorithmus und Workflow entworfen, der die geforderten Aufgaben weitestgehend automatisiert. Die CNT ist ein objekt- und regelbasierter Ansatz, mit dessen Hilfe es möglich ist, Algorithmen für die automatisierte Bildanalyse auf der Basis von Expertenwissen zu entwerfen.

Methode: Im vorliegenden Fall soll aus zentralen sagittalen Schnitten von T1-gewichteten kernspintomographischen Aufnahmen des Kopfs die Struktur des CC extrahiert werden, um sie anschließend, eingeteilt in neun Unterabschnitte (Definition nach Highley et al., 1999), der weiteren statistischen Auswertung der zugrundeliegenden Studie zukommen zu lassen. Die technische Schwierigkeit bestand im Speziellen darin, das in manchen Fällen augenscheinlich mit dem CC verbundene Fornix nicht mit zu segmentieren.

Diskussion/Ergebnisse: Es konnte ein Algorithmus gefunden werden, der auf der zentralen sagittalen Schicht, sowie wie gefordert auf den beidseitig drei benachbarten sagittalen Schichten die Aufgabe in weniger als 5 Minuten pro Datensatz löst. Nach Sichtkontrolle werden für mehr als 95% aller Eingangsbilder (auf der Basis von ca. 750 Bildern aus über 100 Datensätzen) Ergebnisse geliefert, die ohne manuelle Korrekturen weiterverwendet werden können. Die vorliegende Arbeit zeigt nun erstmals im Bereich der psychiatrischen Forschung mit bildgebenden Verfahren anhand einer konkreten Studie, wie mit der CNT innerhalb weniger Wochen, von der ersten Idee bis zur kompletten Umsetzung, Segmentierungsaufgaben nahezu komplett automatisiert werden können, die manuell zu bearbeiten ansonsten einen zu großen Aufwand bedeutet hätten. Die gewonnenen Erkenntnisse lassen sich auch für die Analyse von weiteren Strukturen ggf. auch aus anderen Modalitäten übertragen.

0276

Ereigniskorrelierte Potentiale und zunehmende Reizkomplexität bei schizophrenen Patienten

Andrea Schneider (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

G. Heinz, E. Hüttermann, M. Rubly, P. Falkai

Einleitung: Als Ursache der Erkrankung Schizophrenie werden sowohl Störungen der globalen neuronalen Informationsverarbeitung als auch spezialisierte Netzwerkstörungen angesehen. Ziel dieser Arbeit war es anhand

von Reizen zunehmender Komplexität das elektrophysiologische Korrelat dieser gestörten Verarbeitung bei schizophrenen Patienten und Gesunden zu untersuchen.

Methode: Untersucht wurden 19 schizophrene Patienten und 15 alters- und geschlechtskorrelierte Kontrollpersonen. Alle Patienten waren teilremittiert und erhielten seit Monaten eine konstante neuroleptische Medikation. Als Stimuli wurde ein regelmäßiges Schachbrett als einfachster Reiz, ein unregelmäßiges Schachbrett als komplexer Reiz ohne Inhalt und ein unregelmäßiges Schachbrettmuster als komplexer Reiz mit semantischem Inhalt in Form von Buchstaben gezeigt. Abgeleitet wurde von Fz, Cz und Pz sowie von C3, C4 und P3, P4. Abgeleitet wurde von 500 ms vor bis 1500 ms nach Beginn der Reizdarbietung. Die EKP-Auswertung erfolgte durch direkten Kurvenvergleich.

Diskussion/Ergebnisse: Bei beiden Gruppen lösten alle Reize deutlich erkennbare positive EKP mit einem Maximum von 8–10 μ V zwischen 300 und 500 ms aus. Zudem blieben alle EKP bis zum Ende der Analysezeit positiv, deutlicher für Gesunde mit ca. 2 μ V nach regelmäßigen Reizen, ca. 3 μ V nach Mustern und ca. 4 μ V nach Buchstaben. Im Bereich von 400–600 ms zeigten die EKP der beiden komplexen Reize signifikante Unterschiede von den EKP nach Schachbrettmustern bei der Kontrollgruppe durch eine negative Potentialkomponente von ca. -4 μ V bei 400 ms. Dieser Unterschied stellte sich bei den Schizophrenen nicht dar. Diese Untersuchung zeigte Unterschiede in der Verarbeitung von komplexen Reizen bei schizophrenen Patienten, insbesondere im Bereich um 400 ms. Hier scheint schon die Unregelmäßigkeit eines einfachen Musters einen Informationsgehalt zu einem Reiz hinzuzufügen, der bei Gesunden zur Entstehung einer N400-Komponente führt. Die prolongierte positive Potentialkomponente nach 600 ms bei beiden Gruppen zeigt eine zusätzliche Aktivierung von neuronalen Prozessoren. Diese Befunde sprechen für eine frühe Störung der Verarbeitung komplexer Reize bei schizophrenen Patienten.

0277

Memory and attention processes in schizophrenic patients treated with olanzapine: a single-trial ERP analysis

Yuanyuan Zhang (Medizin, Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)
J. Ennen, M. Lehmann, S. Johannes, H. M. Emrich, D. E. Dietrich

Einleitung: The study aimed to explore whether and how the medication change from older neuroleptics to olanzapine in schizophrenic patients leads to a significant cognitive enhancement by means of single-trial event-related potentials (ERPs). This single-trial ERP analysis allowed investigating attention and memory processes in single patient before and after treatment.

Methode: Five schizophrenic patients were followed up for 16 weeks and assessed for changes of the ERP-components N400 indexing context integration in word recognition processes and P300 representing target detection processing.

Diskussion/Ergebnisse: Two patients showed significantly enlarged amplitudes of the N400 and P300 components, and another patient a trend of significance in the P300 component. Unfortunately, due to technical problems, correct ERP-evaluation was impossible in the other 2 patients. However, clinical symptoms significantly improved in all the 5 patients as demonstrated by rating scales. These preliminary data suggest that olanzapine improved context integration and target detection processing in these patients. This technical procedure may help to differentially assess cognitive enhancements in each single patient.

0278

Disorders of agency in schizophrenia correlate with an inability to compensate for the sensory consequences of actions

Dirk Leube (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie)
A. Lindner, P. Thier, T. Haarmeier, T. Kircher

Einleitung: Delusions of influence in patients with schizophrenia make them feel that someone else is guiding their actions. In order to in-

vestigate the mechanisms underlying these disorders of agency, we investigated the ability to discriminate between retinal image motion resulting either from their own smooth-pursuit eye movements or from external motion sources.

Methode: The amount of residual (misattributed) background motion perceived during smooth pursuit across a stationary environment is a highly specific behavioral probe to validate putative deficits in comparator mechanisms in schizophrenia patients. Pursuit was elicited by a red dot which moved at a constant velocity. Temporally located in the middle of the target sweep, a background pattern was presented for 200 ms. Subjects were asked to report the direction of perceived background motion. The velocity of the background at the PSS (point of perceived stationarity) is a direct estimate for the ability to compensate self-induced image motion.

Diskussion/Ergebnisse: A greater amount of residual motion was perceived by subjects suffering from delusions of influence. Those patients were more impaired in predicting the visual consequences of their eye movements the more they suffered from this kind of self-disturbance. We found a clear correlation between the strength of delusions of influence and the ability of schizophrenia patients to cancel out self-induced retinal information in motion perception. This correlation supports the view that delusions of influence in schizophrenia might be due to a specific deficit in the perceptual compensation of the sensory consequences of one's own actions.

0279

Neuronale Synchronisation als Pathomechanismus der Schizophrenie?

Peter Uhlhaas (MPI für Hirnforschung, Inst. für Neurophysiologie, Frankfurt)
E. Rodriguez, C. Haenschel, K. Maurer, W. Singer

Einleitung: Neuere Modelle zur Pathophysiologie der Schizophrenie gehen davon aus, dass der zugrundeliegende Pathomechanismus nicht in wenigen beschränkten Schädigungsherden, sondern in einer Störung der Koordination verteilter Hirnaktivität besteht (Phillips & Silverstein, 2003). Als Mechanismus für die Koordination der hochgradig parallelen und verteilten Informationsverarbeitung, haben Singer und Mitarbeiter die Hypothese entwickelt, dass verteilte neuronale Antworten über die Synchronisation oszillatorischer Aktivität zusammengebunden werden (Singer, 1999). Synchronisierte, oszillatorische Aktivität steht im Zusammenhang mit der Aktivität von GABAergen Interneuronen, NMDA-Rezeptoren sowie kortiko-kortikalen Verbindungen, die bei Patienten mit Schizophrenie beeinträchtigt sind. Patienten mit Schizophrenie zeigen zudem eine Reihe von Defiziten in kognitiven Funktionen, wie z.B. perzeptueller Organisation, Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit (Phillips & Silverstein, 2003), die mit synchronisierter, oszillatorischer Aktivität korrelieren.

Methode: Wir untersuchten neuronale Synchronisation in Patienten mit Schizophrenie (N=19), gesunden Kontrollen (N=19) sowie in einer Stichprobe von gesunden Probanden (N=65) im Alter von 6–21 Jahren mit Mooney faces. Mooney faces sind Bilder von Gesichtern junger und alter Menschen, in denen sämtliche Grau-Stufen entfernt wurden. Die Gesichter erscheinen somit unvollständig und erfordern die Integration der verschiedenen Elemente zu einem einheitlichen Ganzen um ein Gesicht wahrnehmen zu können. EEG-Daten wurden hinsichtlich der Phasen-Synchronisation, induzierter und evozierter oszillatorischer Aktivität Gamma- (30–80 Hz) und Beta-Aktivität (15–30 Hz) analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Unsere Ergebnisse weisen darauf, dass Patienten mit Schizophrenie ein spezifisches Defizit in kortiko-kortikalen Synchronisationsmustern aufweisen, die mit Defiziten in der Gestaltwahrnehmung korrelieren. Des Weiteren konnten wir zeigen, dass oszillatorische Aktivität im Beta- und Gamma-Band signifikant während der Entwicklung perzeptueller Funktionen zunimmt und somit von entscheidender Bedeutung für Hirnreifungsprozessen sein könnte. Ein Defizit in der neuronalen Synchronisation verteilter

Hirnaktivität könnte somit einen grundlegenden Pathomechanismus der Schizophrenie darstellen. Diese Hypothese ist vereinbar mit den anatomischen, physiologischen und kognitiven Dysfunktionen sowie mit dem Auftreten psychotischer Symptome während der Adoleszenz.

0280

Activation in Heschl gyrus during inner speech in schizophrenia an ongoing EEG study

Claudia Ehrlich (UPD Waldau, APN, Bern)
H. Daniela, K. Thomas, W. Strik, T. Dierks

Einleitung: Auditory verbal hallucinations (AVH) may result from deficits in auditory self monitoring during inner speech, resulting in confusion between self generated and alien speech. In hallucinating schizophrenic patients, abnormal structural and functional connectivity between primary auditory cortex, and Broca's and Wernicke's area were found indeed. Using 76-channel EEG, this study investigates the (co-) activation of primary auditory cortex and the main language areas during an intermittent silent verbal fluency (VF) task (inner speech).

Methode: 4 chronic schizophrenic patients (AH) with persistent AVH lasting for at least 4 years and 8 healthy controls (C) were investigated so far. The EEG was frequency transformed and LORETA current densities were computed for frequency bands. The (preliminary) statistical analysis compared current densities between patients and controls during task execution and baseline using voxel-wise t-tests and ANOVAs on regions of interest.

Diskussion/Ergebnisse: In the lower beta band, we found that while controls had reduced activity in the left Heschl's gyrus during task execution, patients showed an increase. This suggests that the generally existing inhibition of the auditory system during inner speech is missing in hallucinating patients, leading to activation in this system. This activation may 'label' self generated speech as coming from outside, and give it an alien character, a sensation which is then termed hallucination.

0281

MEG-spontanaktivität bei spezifischen und unspezifischen Halluzinationen

Wolfgang Sperling (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie)

Einleitung: Im Rahmen funktionell bildgebender Verfahren wurde bei akustischen Halluzinationen eine Temporallappenaktivierung beschrieben. Indes ist bislang noch weitgehend ungeklärt, ob unterschiedliche Phonemqualitäten (z.Bsp. dialogisierende, imperative Stimmen, unspezifische Akoasmen) eine unterschiedliche Aktivierung hervorrufen. Magnetoenzephalographische Spontanmessungen wurden an 16 schizophrenen Patienten während akustischer Halluzinationen aufgezeichnet.

Methode: Die MEG-spontanaktivität wurde mit dem 74 Kanalsystem (Biomagenes II) über 30 Minuten am liegenden Patienten erfasst. Während akustischer Halluzinationen wurde vom Patienten durch Betätigung eines record device System eine optische Sequenzerfassung während der Aufzeichnung der Spontanaktivität ermöglicht. Die Auswertung der Frequenzbänder 0–6 Hz, 12,5–30 Hz wurde auf der Grundlage der Dipole density Plot methode (Kober et al., 1998) durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Während spezifischer akustischer Halluzinationen (imperative, dialogisierende Stimmen) fand sich im linken Temporallappen und angrenzenden Anteilen des dorsolateralen Frontallappens eine Aktivierung im Bereich 12,5–30 Hz. Bei unspezifischen Halluzinationen (Akoasmen) zeigte sich diese Aktivierung nur im Bereich des Temporallappens. Zusammenfassend ist somit auf eine unterschiedliche Aktivierung corticaler Zonen bei unterschiedlichen Qualitäten akustischer Halluzinationen.

0282

Veränderte tageszeitliche Schwankungen autonomer Parameter und verminderter vagaler Informationsfluss in der akuten Schizophrenie

Silke Böttger (Universität Jena, Klinik für Psychiatrie)
D. Hoyer, K. Falkenhahn, M. Kaatz, K.-J. Bär

Einleitung: Für schizophrene Patienten ist eine erhöhte Mortalitätsrate beschrieben. Hierzu tragen neben Suizid insbesondere kardiale Ereignisse wie der plötzliche Herztod bei. Letztere können im Rahmen von Veränderungen der Aktivität und Funktionalität des autonomen Nervensystems auftreten, wie sie beispielsweise in Form eines reduzierten Vagotonus, einhergehend mit verminderter Herzratenvariabilität (HRV) und erhöhten Herzraten, für die Schizophrenie aus Kurzzeitmessungen bekannt sind. Ziel dieser Studie war die weiterführende Untersuchung von autonomen Funktionsstörungen bei schizophrenen Patienten mittels Langzeit- und Breitbandparametern, welche aus Holter-Elektrogardiogrammen (EKG) berechnet werden.

Methode: 20 unmedizierte Patienten mit einer akuten paranoiden schizophrenen Episode und 20 alters- und geschlechtsparallelisierte Kontrollpersonen wurden rekrutiert. Mittels 24 Stunden Holter-EKG-Ableitungen wurden lineare HRV Parameter sowie nichtlineare Parameter des Autonomen Informationsflusses (AIF) für definierte Zeiträume am Tag und in der Nacht berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Neben erhöhten Herzraten bei schizophrenen Patienten zeigte sich eine Erniedrigung der Parameter root mean successive square difference (RMSSD) und standard deviation of 5-minute mean NN-intervals (SDANN), welche eine verminderte parasympathische, letztere auch eine verminderte sympathische Funktion anzeigen. Weiterhin war der vagale Informationsfluss bei schizophrenen Patienten in der Nacht vermindert (erniedrigter mean high frequency peak decay (PDmHF)). Die Komplexität der Fluktuation von Herzratenintervallen, welche mittels der AIF-Parameter INTNN (area under the AIF curve), beat decay (BDNN) und mean very low frequency PD (PDmVLF) abgebildet wird, war sowohl am Tag als auch in der Nacht signifikant erniedrigt. Zusammenfassend unterscheiden sich schizophrene Patienten hinsichtlich der tageszeitlichen Veränderungen von HRV und AIF Parametern deutlich von Kontrollpersonen. Eine verminderte vagale Aktivität sowie eine reduzierte Komplexität wurden in anderen Erkrankungen als Risikofaktoren für eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität beschrieben, so dass derlei Veränderungen möglicherweise am erhöhten Risiko für plötzlichen Herztod in der Schizophrenie beteiligt sind.

0283

Dysfunktion des artikulatorischen Rehearsal-Mechanismus differenziert als möglicher neurokognitiver Endophänotyp zwischen Schizophrenie und schizoaffektiver Störung

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)
E. Gruber, L. Khalil, P. Falkai

Einleitung: Arbeitsgedächtnisdefizite werden als mögliche Endophänotypen für verschiedene psychiatrische Erkrankungen, insbesondere für die Schizophrenie und die bipolare affektive Störung, betrachtet. Vielen bislang verwendeten Arbeitsgedächtnisparadigmen mangelt es jedoch an hinreichender Spezifität zur Testung einzelner funktioneller Subkomponenten des Arbeitsgedächtnisses. Ziel dieser Studie war eine differenziertere vergleichende Untersuchung spezifischer Subkomponenten des Arbeitsgedächtnisses bei schizophrenen und schizoaffektiven Patienten sowie gesunden Kontrollen.

Methode: Aus einem größeren Sample mittels verbaler und visuell-räumlicher Arbeitsgedächtnisaufgaben untersuchter Patienten und Probanden wurden je 14 Schizophrene, Schizoaffektive und Gesunde hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildungsstand sorgfältig gematcht.

Diskussion/Ergebnisse: Schizophrene Patienten wiesen ausgeprägte Defizite sowohl im visuell-räumlichen als auch im verbalen Arbeitsgedächtnis auf.

itsgedächtnis auf, während bei den schizoaffektiven Patienten die Funktion des artikulatorischen Rehearsals (d.h. der „inneren Stimme“) komplett erhalten war. Dieser Befund war weder durch Unterschiede im aktuellen psychopathologischen Status noch durch Unterschiede in der Medikation zu erklären. Somit liefert diese Studie erste Hinweise darauf, dass Störungen des neuronalen Systems, welches dem artikulatorischen Rehearsal zugrunde liegt, einen biologischen Marker darstellen könnten, der zwischen Schizophrenie und schizoaffektiver Störung differenziert.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-028 Postersitzung

Schizophrenie – Pharmakotherapie II

Vorsitz: D. Naber (Hamburg)

0293

Hochdosis und Mehrfachverschreibungen von Antipsychotika in englischen akupsykiatrischen Krankenhausern. Ergebnisse der Baselineerhebung des POMH UK (Prescribing Observatory Mental Health) Topic 1

Robert Fisher (Oxleas NHS Trust, General Adult Psychiatry, London)
C. Paton, T. R. E Barnes

Einleitung: Dieser Vortrag stellt Daten ueber die Verschreibungspraxis von Antipsychotika bezueglich Hoch-Dosis oder mehrfach Verschreibungen von Antipsychotika in englischen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen vor. Die Evidenz fuer die Sinnhaftigkeit von Hoch-Dosis oder Mehrfachverschreibungen von Antipsychotika ist gering. Richtlinien zur Verschreibung von Antipsychotika fordern daher meist die Titration von Antipsychotika innerhalb der empfohlenen Dosisbereiche. Falls eine Kombinationsbehandlung notwendig erscheint, wird diese erst nach einer erfolglosen oder unmoeglichen Behandlung mit Clozapin empfohlen (Alexander et al. 2004; Stahl 2002; Taylor et al. 2005).

Methode: Es wurden Daten von 3492 stationaeren Patienten, denen mindestens ein Antipsychotikum an einem Tag im Januar 2006 verschrieben wurde, erfasst und ausgewertet. Die Daten wurden von den teilnehmenden regionalen Versorgungseinrichtungen erhoben und elektronisch an POMH UK ueber eine gesicherte Web-Leitung uebermittelt. Die Daten wurden mit Hilfe von SPSS Version 14 bearbeitet. Es wurden basisdemographische und klinische Variablen erhoben. Hoch-Dosis wurde als ueberschreiten der maximal Dosis der Empfehlungen des British National Formulary (BNF) definiert. Bei Kombinations-Behandlung wurde die Dosis kumuliert.

Diskussion/Ergebnisse: Ueber ein Drittel (n=1256) aller Patienten erhielten eine Hoch-Dosis. 1501 (43%) erhielten mehr als ein Antipsychotikum, meist als Resultat einer Bedarfsmedikationsverschreibung. Der haeufigste Grund fuer Bedarfsmedikation oder Kombinationsverschreibungen war Kontrolle von Verhaltensstoerungen. 31% aller Patienten erhielten eine Kombination aus klassischen und atypischen Antipsychotika. Von diesen waren lediglich 8% Cross-Over-Verschreibungen. Zusammenfassung: Obwohl die Evidenz fuer Hoch-Dosis und Kombination-Therapie gering ist, werden vielen Patienten diese Therapien verschrieben. Der haeufigste Grund ist der Wunsch nach Kontrolle von unerwuenschten Verhalten, welches wahrscheinlich besser durch ein Benzodiazepin gelingt. Literatur: Alexander J, Tharyan P, Adams C (2004) Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. *British Journal of Psychiatry* 185, 63–69 Harrington M, Lelliott P, Paton C, Okocha C, Duffett R, Sensky T (2002) The results of a multi centre audit of the prescribing of antipsychotic drugs for in-patients in the UK. *Psychiatric Bulletin* 26, 414–418 Stahl S M, (2002) Antipsychotic polypharmacy: evidence based or eminence

based? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 321–322 Taylor D, Paton C, Kerwin R (2005) *The Maudsely Prescribing Guidelines* 2005, 8th Edition, Taylor& Francis, London

0294

Langzeituntersuchung zur Kombination von Clozapin und Amisulprid bei therapieresistenter Schizophrenie

Marc Ziegenbein (Med. Hochschule Hannover, Sozialpsych. / Psychotherapie)
K. Idziak

Einleitung: Die Behandlung der Schizophrenie hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert. Die Behandlungsoptionen für Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie sind jedoch sehr begrenzt. Clozapin stellt nach jetziger Evidenzlage beste pharmakologische Behandlungsmöglichkeit bei Therapieresistenz dar. Auch unter Clozapin ist in manchen Fällen die klinische Besserung unzureichend. In diesen Fällen ist eine Vielzahl von Augmentationsstrategien diskutiert worden. Bei der Betrachtung der aktuellen Evidenzlage zur Clozapin-Augmentation zeigt sich die unterschiedliche Definition des Begriffes „Therapieresistenz“ in den verschiedenen Studien als ein wesentliches Problem. Eine mögliche Strategie bei der Psychopharmakotherapie dieser problematischen Fälle, bildet die Kombination von atypischen Amisulprid und Clozapin. Wir haben diesen Ansatz aufgegriffen und die Langzeiteffekte dieser Kombinationstherapie untersucht.

Methode: 15 Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie wurden in diese offene Fallbeobachtung eingeschlossen und erhielten Clozapin und Amisulprid in Kombination. Alle Patienten mussten im Vorfeld bereits über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit Clozapin behandelt worden sein und die Bestimmung der Serumspiegel während dieser Zeit, durfte keine Auffälligkeiten aufweisen. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Patienten über einen ausreichenden Zeitraum behandelt wurden, indem eine adäquate Remission auf die Clozapin Monotherapie zu erwarten gewesen wäre. Der klinische Status wurde vor Beginn der Kombinationstherapie und nach 3, 6 und 12 Monaten erhoben, wobei die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) verwendet wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Alle 15 Patienten haben den Behandlungszeitraum von 12 Monaten abschließen können. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion des BPRS Score bei 11 Patienten (73,3%) über den Zeitraum von 12 Monaten. Sowohl beim BPRS Gesamtscore (mittlere BPRS Gesamtscore Reduktion nach 12 Monaten 11.9 ± 5.0 , Spannweite 5 to 23), als auch bei der Positiv Symptom Subskala zeigten sich signifikante Veränderungen (mittlere BPRS Positive Symptom Subskala Reduktion nach 12 Monaten 5.7 ± 4.1 , Spannweite 0 to 13). Ein korrespondierender Anstieg der unerwünschten Arzneimittelwirkungen war nicht zu beobachten. Die tägliche Clozapin Dosis konnte im Mittel um 12,8% reduziert werden. Die Kombination von Clozapin und Amisulprid hat sich bei Patienten mit einer therapieresistenten Schizophrenie auch als Langzeittherapie wirksam erwiesen, ohne dass es zu einem Anstieg von unerwünschten relevanten Effekten kam. Die Behandlung erscheint unter neurobiologischen Gesichtspunkten sinnvoll, wobei weiterführende prospektive Studien notwendig sind, um Nutzen und Risiken dieser Kombinationstherapien aufzeigen zu können. Die Evidenzlage für eine solche Polypharmazie ist daher noch immer kritisch zu betrachten.

0295

Antipsychotische Wirksamkeit und extrapyramidale Symptome bei Neuroleptikatherapie mit Haloperidol und Flupentixol im Vergleich zu atypischen Neuroleptika

Oliver Dierssen (Med. Hochschule, Klinische Psychiatrie, Hannover)
B. te Wildt, W. Becker, S. Bleich, S. Kropp

Einleitung: Extrapyramidale Nebenwirkungen gehören zu den häufigsten unerwünschten Wirkungen von Antipsychotika. Atypische Anti-

psychotika (SGA) werden seltener mit EPS in Verbindung gebracht als Antipsychotika der ersten Generation wie Haloperidol und Flupentixol (FGA). Klinisch kann z.T. eine bessere Verträglichkeit von Flupentixol im Gegensatz zu Haloperidol beobachtet werden. Die Hypothese: Patienten, die mit FGA, nicht aber Flupentixol, behandelt werden, leiden häufiger an EPS als Patienten, die mit SGA behandelt werden.

Methode: 131 Patienten mit Schizophrenie (m = 77, w = 54) wurden im sechs Wochen-Abstand untersucht. Sie erhielten eine Monotherapie mit FGA (n=17) (Flupentixol, Haloperidol) oder SGA (n=114) (Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon). Die Psychopathologie wurde mittels BPRS, EPS durch die Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Statistische Ergebnisse wurden mittels Mann-Whitney U-Test erfasst. Am Endpunkt zeigten Patienten aus der Haloperidol-Gruppe signifikant höhere AIMS-Werte als SGA-Patienten. Patienten der Flupentixol-Gruppe unterschieden sich zu keinem Zeitpunkt in ihren AIMS-Werten signifikant von Patienten der SGA-Gruppe. Zu Studienbeginn zeigten Patienten, die mit Aripiprazol und Risperidon behandelt wurden, signifikant niedrigere BPRS-Scores als Patienten, die Haloperidol erhielten. Im Vergleich mit Flupentixol zeigten neben Aripiprazol und Risperidon auch Clozapin und Olanzapin signifikant niedrigere BPRS-Scores zu Studienbeginn. Am Studienende unterschieden sich weder Haloperidol noch Flupentixol in den BPRS-Scores signifikant von atypischen Neuroleptika.

0296

Das striatale und extrastriatale D2/D3 Rezeptor-Bindungsprofil von Ziprasidon bei Patienten mit schizophrener Störung

Anno Bröcheler (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

I. Vernelaken, H. Janouschek, T. Veselinovic, C. Boy, C. Fellows, H.-G. Buchholz, C. Hiemke, F. Rösch, P. Bartenstein, U. Büll, G. Gründer

Einleitung: Ziprasidon, ein Benzisothiazolylpiperazin-Derivat, ist ein „atypisches“ Antipsychotikum, welches mit hoher Affinität an 5HT_{2A}- und D₂-Rezeptoren bindet. Bisher wurde mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) lediglich die Bindung von Ziprasidon an striatalen D₂-Rezeptoren charakterisiert. Aufgrund seiner hohen Affinität eignet sich [18F]Fallypride auch zur Quantifizierung extrastriataler D₂/D₃-Rezeptoren. In dieser Studie wurde die Besetzung von D₂/D₃-Dopamin-Rezeptoren durch Ziprasidon bei Patienten mit einer schizophrenen Störung quantifiziert, um die Hypothese zu überprüfen, dass Ziprasidon präferentiell extrastriatal bindet.

Methode: Bei 16 stationären mit Ziprasidon behandelten Patienten mit einer schizophrenen Störung wurde ein [18F]Fallypride-PET-Scan durchgeführt. Im Rahmen ihrer Behandlung nahmen sie eine konstante Dosis zwischen 80 und 160 mg/die ein. Die Rezeptorbesetzung wurde berechnet als prozentuale Reduktion des Bindungspotentials relativ zu Werten von zwölf gesunden Kontrollprobanden.

Diskussion/Ergebnisse: Die präliminäre Analyse der Daten von acht Patienten und sieben Kontrollprobanden zeigte eine mittlere Besetzung der D₂/D₃-Rezeptoren im Putamen von 55±25% (MW±SD, Werte zwischen 6 und 82%), im N. caudatus von 61±22% (19–83%), im Thalamus von 58±20% (10–83%) und im superioren temporalen Kortex von 61±21% (38–86%). Bei niedrigeren Plasmakonzentrationen fanden sich tendenziell höhere Rezeptorbesetzungen in extrastriatalen Hirnregionen als im Striatum. Diese präferentiell extrastriatale Bindung scheint bei höheren Plasmakonzentrationen verloren zu gehen. Zunächst bestätigen unsere Befunde, dass Ziprasidon plasmakonzentrationsabhängig zu hohen striatalen D₂-Rezeptorbesetzungen führen kann. Bei hohen Plasmakonzentrationen wird auch die 80%-Schwelle überschritten, oberhalb derer das Risiko für extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen steigt. Über einen weiten Plasmaspiegelbereich scheint die Bindung an extrastriatale D₂/D₃-Rezeptoren jedoch höher zu sein als die striatale Bindung. Diese extrastriatale Präferenz geht bei höheren Plasmakonzentrationen verloren. Diese Charakteristik teilt Ziprasidon mit anderen „atypischen“ Antipsychotika.

0297

Das striatale und extrastriatale D2/D3 Rezeptor-Bindungsprofil von Quetiapin bei Patienten mit schizophrener Störung

Tanja Veselinovic (Universitätsklinik Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

I. Vernelaken, C. Noy, A. Bröcheler, H. Janouschek, C. Fellows, C. Landvogt, H.-G. Buchholz, T. Siessmeier, C. Hiemke, F. Rösch, U. Büll, G. Gründer

Einleitung: Quetiapin bindet mit hoher Affinität an zerebrale Serotonin- (5-HT₂)- und Dopamin-D₁- und D₂-Rezeptoren, darüber hinaus auch an 5-HT₁-, D₃-, H₁- und alpha-1-adrenerge Rezeptoren. Es besteht keine Affinität zu D₄ und mACh Rezeptoren. Studien mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zeigen, dass Quetiapin in klinisch üblichen Dosierungen lediglich maximal 30–50% der D₂/D₃ Dopamin-Rezeptoren im menschlichen Striatum besetzt. In dieser Studie wurde die Besetzung von D₂/D₃ Dopamin-Rezeptoren durch Quetiapin bei Patienten mit einer schizophrenen Störung quantifiziert, um unsere Hypothese zu prüfen, dass Quetiapin vor allem extrastriatale Dopamin-Rezeptoren besetzt.

Methode: Bei 8 stationären, mit Quetiapin behandelten Patienten mit einer schizophrenen Störung wurde ein [18F]Fallypride-PET-Scan durchgeführt. Die Rezeptorbesetzung wurde berechnet als prozentuale Reduktion des Bindungspotentials relativ zu einem Kollektiv von zwölf gesunden Kontrollprobanden gemessenen Werten.

Diskussion/Ergebnisse: Die mittlere D₂/D₃ Rezeptorbesetzung war statistisch hoch signifikant größer in kortikalen Regionen (superiorer temporaler Kortex: 53%±27%, MW±SD, Werte zwischen 49% und 78%) als im Putamen (Besetzung 15%±12%, 7%–29%, p=0,007), Nucleus caudatus (Besetzung 24%±15%, 22%–44%, p=0,016) und im Thalamus (Besetzung 25%±15%, 22%–45%, p=0,005). Die gemessenen Quetiapin-Plasmakonzentrationen lagen zwischen 15 und 814 ng/ml. Diese Daten zeigen, dass selbst bei extrem hohen Quetiapin-Plasmakonzentrationen die striatale D₂/D₃-Rezeptorbesetzung niemals ein Niveau erreicht, bei dem das Risiko für extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen besteht. Unsere Beobachtung, dass Quetiapin zu relativ hohen temporolimbischen D₂/D₃-Besetzungen führt, legt die Vermutung nahe, dass die extrastriatale Bindung von Quetiapin für die antipsychotische Wirksamkeit relevanter ist als die striatale Bindung. Damit ist das D₂/D₃-Rezeptorbindungsprofil von Quetiapin dem von Clozapin sehr ähnlich.

0298

Clozapin-Augmentation mit Ziprasidon versus Risperidon bei therapieresistenten schizophrenen Psychosen. Eine randomisierte klinische Studie

Anna Kuwilsky (Psychiatrische Klinik, Station 6c / 6d, Mannheim)

H. Dressing, F. A. Henn, B. Krumm, M. Zink

Einleitung: Behandlungsresistenz gegenüber antipsychotischer Monotherapie stellt ein häufiges klinisches Problem dar. Der Anwendung kombinierter Strategien steht wenig Evidenz aus kontrollierten klinischen Studien gegenüber. Wir untersuchten deshalb bei Patienten mit Teilremission unter Clozapin-Therapie die Augmentation mit Risperidon oder Ziprasidon hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil.

Methode: Patienten mit behandlungsresistenter psychotischer Symptomatik oder Dosis-limitierenden Nebenwirkungen unter Clozapin-Monotherapie wurden randomisiert und erhielten entweder eine Augmentation mit Risperidon (N=12) oder Ziprasidon (N=12). Die Wirksamkeit der Behandlung wurde mit den Skalen PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), HAMD (Hamilton Depression Scale), CGI (Clinical Global Impression) und GAF (Global

Assessment of Functioning) evaluiert. Neben pharmakologischen Parametern wurde die Verträglichkeit unter anderem hinsichtlich extrapyramidalen Symptome, EKG-Veränderungen (QTc-Intervall) und Prolaktinerhöhung erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen wurden nach 6-wöchiger Studiendauer signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich Positiv- und Negativsymptomatik sowie im affektiven Status beschrieben. Risperidon wurde mit 3,82 mg/die und Ziprasidon mit 134 mg/die eingesetzt, wodurch jeweils die Clozapin-Dosen gesenkt werden konnten. Signifikante Gruppenunterschiede gab es nicht, jedoch bei guter allgemeiner Verträglichkeit ein deutlich unterschiedliches Nebenwirkungsprofil. Patienten unter Ziprasidon-Augmentation zeigten eine signifikante Verlängerung des QTc-Intervalls um 15,9 msec auf 403,2 msec sowie eine signifikante Abnahme extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen. In der Risperidongruppe wurde ein signifikanter Anstieg des Prolaktinspiegels im Serum um 213% auf 48,7 µ/L deutlich. Diskussion: Die Clozapin-Augmentation mit Ziprasidon oder Risperidon erwies sich in unserer Studie als vergleichbar effektiv hinsichtlich psychotischer Psychopathologie. Gerade die Reduktion der Clozapin-Dosis mit resultierender Verbesserung Clozapin-bedingter Nebenwirkungen kann sich positiv auf die Akzeptanz antipsychotischer Behandlung auswirken. Die unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile sollten bei der Auswahl der Augmentationssubstanz berücksichtigt werden.

0299

Das temporale und extrastriale D2/D3-Rezeptor-Bindungsprofil von Aripiprazol bei Patienten mit schizophrener oder schizoaffektiver Psychose

Hildegard Januschek (RWTH Aachen Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie)

I. Vernaleken, C. Boy, A. Bröcheler, C. Fellows, C. Hiemke, F. Rösch, P. Bartsch, U. Büll, G. Gründer

Einleitung: Studien mit der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zeigen, dass Aripiprazol in klinisch üblichen Dosierungen mehr als 90% der D2/D3-Dopaminrezeptoren im menschlichen Striatum besetzt. In dieser Studie wurde die Besetzung von D2/D3-Dopaminrezeptoren durch Aripiprazol bei Patienten mit schizophrener bzw. schizoaffektiver Psychose quantifiziert, um die Bindung der Substanz in extrastrialen Hirnregionen zu charakterisieren und um unsere Hypothese zu überprüfen, dass Aripiprazol noch mehrere Tage nach der letzten Einnahme D2/D3-Rezeptoren besetzt.

Methode: Methode: Bei acht mit Aripiprazol behandelten Patienten mit einer schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störung wurde ein [¹⁸F]Fallypride-PET-Scan durchgeführt. Die Rezeptorbesetzung wurde berechnet als prozentuale Reduktion des Bindungspotentials relativ zu einem Kollektiv von zwölf gesunden Kontrollprobanden gemessenen Werten.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse/Diskussion: Die präliminäre Analyse der Daten von 6 Patienten im Vergleich zu 7 Kontrollprobanden zeigte keine signifikanten Unterschiede in der D2/D3-Bindung zwischen striatalen und extrastrialen Hirnregionen. Die D2/D3-Rezeptorbesetzung lag im Putamen bei 80%±11% (MW±SD; 60–92%), im Nuc. Caudatus bei 83%±9% (66–93%), im Thalamus bei 80%±9% (68–90%) und im Superioren Temporalen Kortex bei 79±9% (70–90%). Bei einem Patienten, der die letzte Dosis Aripiprazol 75 Stunden vor der PET-Untersuchung eingenommen hatte, lag die D2/D3-Rezeptorbesetzung noch immer bei 71–83%. Diese Ergebnisse legen nahe, dass Aripiprazol aufgrund seiner hohen Affinität zu D2/D3-Dopaminrezeptoren und seiner langen Eliminationshalbwertszeit einerseits in allen Hirnregionen zu einer gleichmäßig sehr hohen D2/D3-Rezeptorbesetzung führt und andererseits extrem langsam vom Zielrezeptor abdissoziiert.

0300

Arbeitsgedächtnisfunktion bei subakut erkrankten und remittierten Patienten mit Schizophrenie unter Amisulprid- und Quetiapin-Monotherapie

Christian G. Huber (UKE Hamburg-Eppendorf, Neurolmage Nord)

M. Rose, S. Brassen, W. Weber-Fahr, C. Büchel, D. F. Braus

Einleitung: Bei schizophrenen Patienten sind Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen bekannt. Scheinbar widersprüchliche Befunde einer kortikalen Hyper- und Hypoaktivierung im Vergleich zu Normalprobanden werden durch ein von CALLICOTT postuliertes Modell erklärt, dessen Vorhersagen von neueren Ergebnissen gestützt werden (JANSMA et al., Schizophr Res. 2004 (68) 159–71). Eine Überprüfung des Modells bei subakut erkrankten schizophrenen Patienten und eine Beobachtung des Verlaufes im Rahmen einer standardisierten Pharmakotherapie stehen bisher jedoch aus. Gezeigt werden Ergebnisse einer laufenden Studie bei subakut erkrankten und remittierten schizophrenen Patienten unter Amisulprid- bzw. Quetiapin-Monotherapie.

Methode: Ein fMRI-Paradigma im 2×3-faktoriellen Block-Design wurde erarbeitet, mit Hilfe dessen sich Anforderungen an Arbeitsgedächtnis (n-back, 2-stufig) und Menge der visuellen Informationen (Sichtbarkeit von Hintergrundbildern, 3-stufig) parametrisch modulieren lassen. 12 männliche rechtshändige schizophrene Patienten und 12 gematchte Kontrollprobanden absolvierten das Paradigma außerhalb des MR-Gerätes. Die Etablierung im 3 T MRT-Scanner (Siemens Magnetom TRIO, Datenauswertung mittels SPM2) erfolgte mit 12 männlichen und 12 weiblichen rechtshändigen gesunden Probanden (neuropsychologische Charakterisierung, zwei Untersuchungszeitpunkte im Abstand von 30 Tagen). Zusätzlich wurden bisher 12 schizophrene Patienten mit Amisulprid- und sechs Patienten mit Quetiapin-Monotherapie in gleicher Weise untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Verhaltensdaten zeigen einen signifikanten Anstieg der Fehlerrate und Reaktionszeit durch Erhöhung der Anforderung auf Arbeitsgedächtnis und visuelle Informationsverarbeitung für Probanden und Patienten, wobei letztere schlechtere Performance aufwiesen. Diese parametrische Modulation ließ sich für gesunde Probanden auch im fMRI durch die Aktivierung des Arbeitsgedächtnis-Netzwerkes, insbesondere des DLPFC, und höherer visueller kortikaler Areale nachweisen. Die BOLD-Response beim zweiten Testzeitpunkt zeigte für keine der getesteten Bedingungen signifikante Unterschiede. Die Patientendaten lassen im subakuten Zustand eine Hypoaktivierung bei beiden n-back-Stufen erkennen, wobei sich bei bisher geringer Fallzahl bezüglich Behandlungsverlauf und Medikationsstatus keine signifikanten Unterschiede nachweisen ließen.

0301

Intramuskuläres (IM) Aripiprazol kontrolliert die Agitation bei Patienten mit Schizophrenie bzw. Bipolar I Störung ohne exzessive Sedierung

Martin Kungel (Bristol-Myers Squibb, Bereich Medizin, München)

M. Ebrecht, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, D. Oren, A. Pikalov

Einleitung: Diese Studie wurde initiiert, um die Wirksamkeit einer Einzelinjektion von intramuskulärem (IM) Aripiprazol bei der Kontrolle der Agitation bei Patienten mit Schizophrenie (Studien S1 und S2) bzw. Bipolar I Störung (Studie BP1) zu überprüfen.

Methode: Wirksamkeitsdaten wurden aus den Studien S1 (N=445) und S2 (N=232) mit IM Aripiprazol (10 oder 15 mg) vs. Haloperidol (6,5 oder 7,5 mg), und aus der Studie BP1 (N=291) mit IM Aripiprazol (10 oder 15 mg) vs. Lorazepam 2 mg gewonnen. Eine Stunde vor und 2 Stunden nach Erstinjektion wurden die PANSS Excited Component (PEC)-Werte und Agitation-Calmness Evaluation Scale (ACES)-Werte erhoben. Exzessive Sedierung wurde als ein ACES-Wert >8 definiert. Zusätzlich wurde eine Auswertung nach Stratifizierung der Stichprobe in hoch (PEC-Wert >18) vs. niedrig (PEC-Wert ≤18) agitierte Patient-

en vorgenommen. Mittlere Veränderungen gegenüber dem Ausgangswert wurden mittels von Kovarianzanalysen ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: In den Studien S1 und S2 wurden 94,1% der Aripiprazolpatienten und 92,1% der Haloperidolpatienten als nicht exzessiv sediert beurteilt; in Studie BP1 waren es 92% der Aripiprazolpatienten und 85,3% der Lorazepampatienten. In allen Studien zusammengefasst wurden 97,3% der Placebopatienten als nicht exzessiv sediert beurteilt. In diesen nicht exzessiv sedierten Patienten verringerte Aripiprazol (10 und 15 mg) und Haloperidol (6,5 und 7,5 mg) in den Studien S1 und S2, bzw. Aripiprazol (10 und 15 mg) sowie Lorazepam (2 mg) in Studie BP1 den Wert auf der PEC signifikant gegenüber Placebo (alle $p < .005$). Eine Stratifizierung der Stichproben ergab für die Studien S1 und S2 eine gleichermaßen signifikante Reduktion der PEC-Werte durch Aripiprazol und Haloperidol in den Gruppen der hoch- bzw. niedrig agitierten Patienten vs. Placebo. In der Studie BP1 war die Reduktion unter Aripiprazol- und Lorazepambehandlung dagegen nur in der Gruppe der niedrig agitierten Patienten signifikant vs. Placebo. IM Aripiprazol reduziert bei Patienten mit Schizophrenie und Bipolar I Störung die Agitation ohne exzessiv zu sedieren.

0302

Eine retrospektive Kohortenanalyse zur Therapieumstellung auf Aripiprazol

Martin Kungel (Bristol-Myers Squibb, Bereich Medizin, München)
M. Ebrecht, T. Spevakné-Göröcs, C. Werner, S. Modell

Einleitung: Diese retrospektive Kohortenanalyse wurde durchgeführt, um Erfahrungen mit der Therapieumstellung von anderen Antipsychotika auf Aripiprazol zu sammeln.

Methode: Insgesamt wurde ein Kohorte von 86 Patienten anhand von retrospektiven Arztbeurteilungen untersucht. Bei über 80% der Patienten wurde bei der Therapieumstellung die Vormedikation über $19,2 \pm 14,3$ (Olanzapine) bis zu $36,8 \pm 24,3$ (Amisulprid) Tage ausgeschlichen, während die Dosis von Aripiprazol in 83% der Fälle über $19,8 \pm 22,0$ Tage eingeschlichen wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Nach erfolgter Umstellung auf Aripiprazol zeigte sich bei 95,3% der Patienten eine Verbesserung des Antriebs und bei 76,6% eine Verbesserung der kognitiven Funktionen. Die sexuellen Aktivitäten verbesserten sich bei 44,8%, und ein Rückgang eines bestehenden Drogenmissbrauchs konnte bei 7% der Patienten beobachtet werden. Nach der Umstellung auftretende Interaktionen und Nebenwirkungen wie Agitation und Schlaflosigkeit waren überwiegend vorübergehend. 88% der Patienten wünschten eine Weiterbehandlung mit Aripiprazol, während in 12% der Fälle die Therapie aufgrund von mangelnder Wirksamkeit oder verstärkter Agitation abgebrochen werden musste. Obwohl statistisch signifikant, sind die Ergebnisse aus dieser Studie aufgrund der geringen Fallzahl in ihrer Aussagekraft limitiert. Dennoch unterstützen sie die in klinischen Studien belegte gute Wirksamkeit und Verträglichkeit von Aripiprazol in der Schizophreniebehandlung.

0303

Wirksamkeit von Aripiprazol gegenüber Standardbehandlung: Eine naturalistische Schizophreniestudie (STAR-Trial)

Martin Kungel (Bristol-Myers Squibb, Bereich Medizin, München)
M. Ebrecht, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, G. L'Italien, R. Mc-Quade

Einleitung: In diese kontrollierte naturalistische offene Studie wurden 555 Schizophreniepatienten aus einem praxisnahen Umfeld eingeschlossen. Die Patienten wurden entweder mit Aripiprazol (10–30 mg) oder Standardtherapie (Olanzapin 5–20 mg, Quetiapin 100–800 mg oder Risperidon 2–8 mg je nach Entscheidung des Arztes) über 26 Wochen behandelt.

Methode: Die Gesamteffektivität (Wirksamkeit und Verträglichkeit) wurde mittels des Investigator Assessment Questionnaires (IAQ) erho-

ben, weitere Maße für die Wirksamkeit waren in dieser Studie die Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) Skala, die Preference of Medication (POM) Skala, sowie die Quality of Life (QoL) Skala.

Diskussion/Ergebnisse: In Woche 26 war der durchschnittliche IAQ-Wert in der Aripiprazolgruppe mit $25,7 \pm 0,5$ dem Wert in der Standardgruppe ($27,7 \pm 0,5$) signifikant überlegen ($p < .001$, LOCF). Weiterhin wurde in der Aripiprazolgruppe mit 44% eine signifikant höhere CGI-I Ansprechrate beobachtet als in der Standardgruppe mit 34% ($p = .009$, LOCF). Signifikant mehr Patienten in der Aripiprazolgruppe (47%) bewerteten auf der POM Skala ihr jetziges Medikament als „viel besser“ als ihre jeweilige Vormedikation im Gegensatz zu 29% in der Standardgruppe ($p < .001$, LOCF). Die mittlere Verbesserung gegenüber dem Ausgangswert auf der QoL Skala betrug nach 26 Wochen in der Aripiprazolgruppe $8,17 \pm 1,24$ und in der Standardgruppe $3,22 \pm 1,31$ ($p < .001$, LOCF). In dieser kontrollierten naturalistischen Studie erwies sich die Wirksamkeit einer Aripiprazolbehandlung bei schizophrenen Patienten auf den Skalen IAQ, CGI-I, POM sowie QoL als signifikant überlegen gegenüber einer Standardtherapie (Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon).

0304

Verträglichkeit von Aripiprazol gegenüber Standardbehandlung: Eine naturalistische Schizophreniestudie (STAR-Trial)

Martin Kungel (Bristol-Myers Squibb, Bereich Medizin, München)
M. Ebrecht, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, G. L'Italien, R. Mc-Quade

Einleitung: Einige Antipsychotika sind mit unerwünschten metabolischen Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme assoziiert. In der kontrollierten naturalistischen offenen STAR-Studie wurde ein Vergleich dieser Nebenwirkungen zwischen Patienten analysiert, die mit verschiedenen gängigen atypischen Antipsychotika behandelt wurden.

Methode: Insgesamt 555 Schizophreniepatienten wurden entweder mit Aripiprazol (10–30 mg) oder Standardtherapie (Olanzapin 5–20 mg, Quetiapin 100–800 mg oder Risperidon 2–8 mg je nach Entscheidung des Arztes) behandelt. Nach 26 Wochen wurden die mittleren Veränderungswerte gegenüber dem Ausgangswert für Gesamtcholesterin (GC), high-density Lipoprotein, low-density Lipoprotein, Triglyceride, Glucose, Prolaktin und Gewicht gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: In der Gruppe der Aripiprazolpatienten konnte in Woche 26 eine signifikant größere Reduktion der Spiegel von GC und Triglyceriden gegenüber der Standardgruppe beobachtet werden. Das Körpergewicht verringerte sich unter Aripiprazolbehandlung um durchschnittlich 1,3 kg und erhöhte sich unter Standardbehandlung um durchschnittlich 2,1 kg innerhalb der 26 Behandlungswochen ($p < .001$). Die Veränderung der Glucosespiegel waren zwischen den Gruppen nicht signifikant verschieden. Der Anteil der Patienten mit abnorm erhöhten Prolaktinspiegeln betrug in der Aripiprazolgruppe 16,8% und in der Standardgruppe 54,4%. Die mittlere Verringerung der Prolaktinspiegel vom Ausgangswert war mit durchschnittlich $-32,1 (+1,8)$ ng/dL in der Aripiprazolgruppe signifikant stärker ausgeprägt als in der Standardgruppe mit $-12,3 (+1,9)$ ng/dL (LOCF $p < .001$). Patienten, die mit Aripiprazol behandelt wurden zeigten gegenüber einer Standardbehandlung stärkere Verbesserungen der metabolischen Parameter, der Prolaktinspiegel, und des Körpergewichts.

0305

Sexuelle Dysfunktionen und gewichtsabhängige Lebensqualität unter Aripiprazoltherapie gegenüber Standardtherapie: Eine naturalistische Schizophreniestudie (STAR-Trial)

Martin Kungel (Bristol-Myers Squibb, Bereich Medizin, München)
M. Ebrecht, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, R. Marcus, R. Mc-Quade

Einleitung: Sexuelle Dysfunktionen und Gewichtszunahme gehören zu denjenigen Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika, die

von Patienten als besonders belastend empfunden werden.

Method: 555 Patienten wurden randomisiert einer Behandlung mit Aripiprazol (10–30 mg) oder Standard-of-Care (SOC=Behandlung nach Arztwahl: entweder Olanzapin 5–20 mg, Quetiapin 100–800 mg oder Risperidon 2–8 mg bis 16 mg) zugeordnet. Sexuelle Dysfunktionen wurden anhand der Arizona Sexual Dysfunction Scale (ASEX) erhoben. Parallel dazu wurden Prolaktinspiegel bestimmt und mit den ASEX-Werten korreliert. Gewichtsabhängige Lebensqualität wurde mittels der Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) Skala erhoben, die sich aus einem Gesamtwert und 5 Unterskalen (Physical Function, Self-Esteem, Sexual Life, Public Distress, and Work) zusammensetzt.

Diskussion/Ergebnisse: Die durchschnittliche Veränderung des ASEX-Wertes nach 26 Wochen betrug -1.44 ± 0.31 in der Aripiprazolgruppe und -0.56 ± 0.34 in der SOC-Gruppe (LOCF, $p=0.012$). Abnormale Serumprolaktinspiegel wurden bei 16.8% der Aripiprazolpatienten und bei 54.5% der SOC-Patienten gemessen ($p<0.001$). Die mittlere Gewichtsveränderung am Studienende war in der Aripiprazolgruppe mit -1.3 kg signifikant niedriger als in der SOC-Gruppe mit $+2.1$ kg ($p<0.001$). Signifikante Verbesserungen gegenüber der SOC-Gruppe konnten ebenfalls auf den Unterskalen Physical Function und Self-Esteem (Wochen 8, 18 und 26), sowie der Unterskala Sexual Life und dem Gesamtwert (Wochen 18 und 26) festgestellt werden. Auf den Unterskalen Public Distress und Work wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede beobachtet. Gegenüber einer Standardtherapie (SOC) zeigten sich bei Patienten unter Aripiprazoltherapie nach 26 Wochen unter naturalistischen Bedingungen signifikante Verbesserungen der Sexualfunktionen und der Prolaktinspiegel, sowie eine signifikante Gewichtsverminderung mit einer gleichzeitigen Verbesserung der gewichtsabhängigen Lebensqualität.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 04/05

ST-014 State-of-the-Art-Symposium

Behandlung therapieresistenter Schizophrenie

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), J. Klosterkötter (Köln)

0027

Langzeittherapie

Wolfgang Gaebel (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf) Langzeittherapie W. Gaebel Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Das Vorgehen bei vermindertem oder gänzlich fehlendem Ansprechen auf eine Therapie im Langzeitverlauf einer Schizophrenie erfordert häufig die Integration mehrerer Behandlungsmodalitäten, sowie die abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Berufsgruppen. Hierbei werden häufig, neben der Symptomkontrolle (von z.B. Positiv- und Negativ-Symptomatik), die Verbesserung der kognitiven Funktionen, die Verhinderung eines Rückfalls und die Verbesserung der sozialen Integration für eine Optimierung der Lebensqualität angestrebt. Bei der Fülle von Zielparametern sollte zwischen „proximalen“ und „distalen“, d.h. im Gefolge einer erfolgreichen (Pharmako-)Therapie sekundär beeinflussbaren Merkmalen, unterschieden werden. In Anlehnung an die möglichen ursächlichen Faktoren einer therapierefraktären Schizophrenie wird der therapeutischen Allianz im Langzeitverlauf der Erkrankung ein hoher Stellenwert zugesprochen, im Rahmen derer es u.a. gilt, insbes. die Compliance des Patienten und seine Motivation (u.U. durch spezielle verhaltenstherapeutische Maßnahmen) zu verbessern. Konkrete Behandlungsmaßnahmen werden im Rahmen des Symposiums vorgestellt.

0028

Resistenz in der Akuttherapie

Joachim Klosterkötter (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Resistenz gegenüber den uns heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten stellt gerade bei schizophrenen Störungen weiterhin eine gewichtige Problematik dar. Dementsprechend gehen auch alle gut fundierten Leitlinien zur Schizophreniebehandlung national und international auf die damit verbundenen Schwierigkeiten ein und unterbreiten anhand der aktuellen Studienlage jeweils evidenzbasierte Vorschläge zum Umgang mit diesem Problem. Interessanterweise wird dabei zumeist nicht, wie man dies im Hinblick auf die typischen Verläufe der Erkrankung vermuten könnte, auf die Langzeittherapie Bezug genommen. Es ist vielmehr die Akuttherapie, die sowohl in den klinischen Studien als auch in den darauf gestützten Leitlinienempfehlungen im Vordergrund steht.

Method: Zunächst werden der Begriff der Akutbehandlung sowie das darauf bezogene Konzept der Therapieresistenz nach den geltenden Kriterien definiert. In dem sich anbietenden dreiteiligen Stufenplan zum Umgang mit diesem Problem geht es im ersten Schritt darum, echte Therapieresistenz erst einmal festzustellen. Das setzt die Identifikation und anschließend auch Beherrschung möglicher kontaminierender Faktoren wie mangelnde Compliance, fehlerhafte Diagnostik, störende Komorbidität, nicht tragfähige Therapiebündnisse u.a. voraus. Im nächsten Schritt steht bei kriteriengerecht festgestellter Therapieresistenz der Einsatz von Clozapin in ausreichender Dosierung und über genügend lange Zeiträume im Mittelpunkt. Versagen die durch die heutige Studienlage noch gut fundierten Maßnahmen der zweiten Stufe, kann man im dritten Schritt nur noch auf sehr viel weniger evidenzbasierte Strategien zurückgreifen. Die auf dieser Stufe in Betracht kommenden Kombinationstherapien werden in kritischer Bewertung detailliert präsentiert.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt zeigt sich, dass Therapieresistenz auch unter den heutigen Behandlungsbedingungen weiterhin häufig vorkommt und noch viel gravierender ins Gewicht fallen würde, wenn man nicht nur psychotische Symptome, sondern auch Negativsymptomatik, kognitive und soziale Funktionseinbußen in das Konzept mit aufnähme. Auch die Ergänzung des Zielkriteriums Symptomremission durch „recovery“ würde uns die Problemlage noch ungleich schärfer vor Augen führen. Gleichwohl besteht kein Anlass zu therapeutischem Nihilismus, weil sich das Ausmaß der Resistenzproblematik sicherlich schon alleine durch eine sorgfältige und vor allem individuals-zentrierte Handhabung solcher Stufenpläne reduzieren ließe.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Dachgarten

S-142 Symposium

Neuronale Synchronisation und die Pathophysiologie der Schizophrenie

Vorsitz: W. Singer (Frankfurt), K. Maurer (Frankfurt)

0692

Neuronale Synchronisation und Gestaltwahrnehmung bei Patienten mit Schizophrenie

Peter Uhlhaas (MPI für Hirnforschung, Inst. für Neurophysiologie, Frankfurt) E. Rodriguez

Einleitung: Neuere Modelle zur Pathophysiologie der Schizophrenie gehen davon aus, dass der zugrundeliegende Pathomechanismus nicht in wenigen beschränkten Schädigungsherden, sondern in einer Störung der Koordination verteilter Hirnaktivität besteht (Phillips &

Silverstein, 2003). Als Mechanismus für die Koordination der hochgradig parallelen und verteilten Informationsverarbeitung, haben Singer und Mitarbeiter die Hypothese entwickelt, dass verteilte neuronale Antworten über Synchronisation oszillatorischer Aktivität zusammengebunden werden (Singer, 1999).

Methode: Um neuronale Synchronisation bei Patienten mit Schizophrenie zu untersuchen, wurden Patienten mit Schizophrenie (N=19) und gesunden Kontrollen (N=19) Mooney faces dargeboten und ein EEG abgeleitet. Mooney faces sind Bilder von Gesichtern junger und alter Menschen, in denen sämtliche Grau-Stufen entfernt wurden. Die Gesichter erscheinen somit unvollständig und erfordern die Integration der verschiedenen Elemente zu einem einheitlichen Ganzen um ein Gesicht wahrnehmen zu können. EEG-Daten wurden hinsichtlich der Phasen-Synchronisation und induzierter Gamma- (30–80 Hz) und Beta-Aktivität (15–30 Hz) analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten mit Schizophrenie zeigten ein Defizit in der Gestaltwahrnehmung von aufrechten Mooney faces. Defizite in der Gestaltwahrnehmung von aufrechten Mooney faces bei Patienten mit Schizophrenie korrelierten mit einer signifikanten Abnahme der Phasensynchronisation im Beta-Band während die induzierte Gamma-Band Power keine signifikante Abnahme zeigte. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass Störungen in der Gestaltwahrnehmung bei Patienten mit Schizophrenie im Zusammenhang stehen mit reduzierten kortiko-kortikaler Synchronisationsmuster, die ein grundlegendes Defizit in der Koordination von neuronalen Prozessen widerspiegeln könnte.

0693

Gamma Aktivität und Arbeitsgedächtnis bei Patienten mit Schizophrenie

Corinna Haenschel (MPI für Hirnforschung, Inst. für Neurophysiologie, Frankfurt)

R. Bittner, F. Härtling, A. Rotarska-Jagiela, K. Maurer, E. Rodriguez, D. Linden, W. Singer

Einleitung: Das visuelle Arbeitsgedächtnis (AG) und perzeptuelle Wahrnehmungsstörungen werden in der Schizophrenie häufig als separate Prozesse untersucht. Kognitive Modelle haben die Rolle von veränderten AG-Prozessen in der Schizophrenie betont und mit Störungen im präfrontalen Kortex assoziiert. Neuere fMRT Untersuchungen zeigen allerdings, dass auch sensorische Areale eine Rolle beim AG spielen und Verhaltenstudien bei Patienten mit Schizophrenie haben gezeigt, dass frühe visuelle Enkodierungsdefizite im AG vorhanden sind. Wir untersuchen die visuelle Enkodierung von Informationen in das Arbeitsgedächtnis bei Patienten mit Schizophrenie mit Hilfe von Ereigniskorrelierten Hirnrindenpotentialen (EKP) und oszillatorischer Gamma-Aktivität.

Methode: Es wurden 12 früherkrankte Patienten mit Schizophrenie (mittleres Alter 17,1 Jahre) und entsprechende Kontrollversuchspersonen (angepasst an Händigkeit und Alter) mit einem delayed discrimination task getestet. Dabei variiert die Anzahl der über 12 Sekunden zu behaltenden Objekte von eins bis drei. Das 64-Kanal EEG wurde mit einer Abtastrate von 500 Hz aufgezeichnet. Es wurde 1) das Ereigniskorrelierte Hirnrindenpotential (EKP) und 2) sowohl die evozierte als auch die induzierte oszillatorische Gamma Aktivität (>30 Hz: Gamma) analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Verhaltensdaten zeigen, dass die Antwortgenauigkeit signifikant geringer bei den Patienten mit Schizophrenie war. Mit ansteigender Schwierigkeit nahmen die Antwortgenauigkeit ab und die Reaktionszeit bei beiden Gruppen zu. Die EEG-Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Gruppen sich sowohl während der frühen Phasen der Enkodierung als auch während des Abrufs von Informationen unterscheiden. Die von dem „sample“ evozierten Potentiale unterscheiden sich über zentro-okzipitalen Elektroden im Bereich der frühen P100 130 ms nach Beginn der Stimuluspräsentation (eine positive Welle mit verminderter Amplitude bei Patienten). In diesem Zeitfenster unterscheidet sich auch die oszillatorische Gamma Ak-

tivität. Die evozierte (phasen-gebundene) Gamma-Aktivität war bei den Patienten während der Enkodierung reduziert. Hingegen zeigten die Patienten im gleichen Zeitfenster eine erhöhte induzierte (nicht phasen-gebundene) Gamma-Aktivität. Während des Abrufs bleibt dieser Unterschied bestehen. Auch hier zeigen die Patienten geringere EKPs und Gamma-Aktivität. Verringerte P1 Amplitude und evozierte Gamma-Aktivität bei Patienten mit Schizophrenie legen den Schluss nahe, dass Veränderungen in den frühen Verarbeitungsstufen sowohl während der Enkodierung als auch während des Abrufs von Informationen schon zu den Arbeitsgedächtnisdefiziten beitragen.

0694

Kortikale oszillatorische Aktivität als Korrelat kognitiver Prozesse

Jochen Kaiser (Universität Frankfurt, Medizinische Psychologie)

Einleitung: Ausgehend von der Hypothese, dass mentale Objektrepräsentationen auf der synchronen, oszillatorischen Aktivierung kortikaler Netzwerke beruhen, haben zahlreiche Humanstudien mit Hilfe von Elektro- und Magnetenzephalographie (EEG und MEG) die Bedeutung kortikaler Oszillationen für verschiedene kognitive Funktionen untersucht. In Übereinstimmung mit der vermuteten Bedeutung von Synchronisationsprozessen für die Lösung des visuellen Bindungsproblems wurde erhöhte Gammaband-Aktivität (GBA) in Verbindung mit der Wahrnehmung gestalthafter oder bedeutungshaltiger Reize nachgewiesen. Die Amplitude der GBA wird zusätzlich durch Aufmerksamkeitsprozesse moduliert, und höherfrequente Oszillationen scheinen eine Rolle bei der Aufrechterhaltung interner Objektrepräsentationen im Kurzzeitgedächtnis zu spielen.

Methode: Während oszillatorische Signale in EEG-Studien typischerweise eine breite topographische Ausdehnung aufweisen, spiegeln GBA-Befunde im MEG vermutlich die Aktivität lokaler Netzwerke wider, die an der Repräsentation spezifischer, aufgabenrelevanter Reizmerkmale beteiligt sind.

Diskussion/Ergebnisse: So wurde erhöhte GBA über Arealen des angenommenen dorsalen auditorischen Pfades gefunden, wenn Geräuschpositionen im Kurzzeitgedächtnis aktiv gehalten werden sollten, wohingegen GBA über dem ventralen auditorischen Pfad bei der Memorisierung von Geräuschmustern auftrat. Zusätzlich war während der Gedächtnisphasen die Synchronisation zwischen höheren sensorischen und präfrontalen Strukturen erhöht, was nahelegt, dass eine erhöhte Koppelung zwischen diesen Regionen an der Aufrechterhaltung von Informationen im Gedächtnis beteiligt ist. Lokale GBA und kortiko-kortikale Synchronisationsmuster können somit Auskunft über die raumzeitlichen Dynamiken aktivierter Hirnstrukturen und deren Interaktionen geben, die sowohl für das Verständnis kognitiver Funktionen bei Gesunden als auch für deren Störungen bei Patienten von Bedeutung sind.

0695

Die Funktion von Synchronisation und Oszillationen in Kortikalen Netzwerken

Wolf Singer (MPI für Hirnforschung, Neurophysiologie, Frankfurt)

In den verschiedenen Arealen der Großhirnrinde werden gleichzeitig eine Fülle von Teilaspekten der Sinneswelt analysiert und diese vielen Teilergebnisse werden parallel an exekutive Strukturen weitergegeben, ohne dass es jemals zu einer Zusammenführung all dieser Aktivitäten in einem singulären Zentrum kommt. Dies wirft die Frage auf, wie trotz der distributiven Organisation von sensorischen und motorischen Funktionen kohärente Wahrnehmungsinhalte aufgebaut, wie Entscheidungen gefällt, wie Ereignisse selektiv durch Aufmerksamkeit ausgewählt und wie koordinierte motorische Reaktionen programmiert werden können. Dieses Bindungsproblem ist eng mit der Frage verknüpft, wie Objekte der Wahrnehmung, Inhalte der Erinnerung, Handlungsentwürfe und motorische Programme im

Gehirn repräsentiert sein könnten. Wir verfolgen die Hypothese, dass diese Repräsentationen aus dynamisch konfigurierten Ensembles von Nervenzellen bestehen, von denen jede einzelne nur Teilaspekte der jeweiligen Inhalte repräsentiert und zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Ensembles teilhaben kann. Diese distributive Kodierungsstrategie erfordert einen Bindungsmechanismus, der in der Lage ist, Neurone rasch und in ständig wechselnden Konstellationen zu funktionell kohärenten Ensembles zusammenzuschließen und die Antworten der zu einem Ensemble gehörigen Neuronen so zu kennzeichnen, daß für alle Zentren im Gehirn jederzeit erkennbar ist, welche Neuronengruppen gerade ein Ensemble bilden. Wir gehen davon aus, dass dieses Zusammenbinden über die präzise Synchronisation der neuronalen Entladungstätigkeit erfolgt, wobei die notwendige Präzision durch eine oszillatorische Modulation der Entladungstätigkeit im Gamma- (30–90 Hz) und Beta- (15–30 Hz) Frequenzbereich erfolgt. Entwicklungsstudien legen nahe, dass diese Synchronisation auf intrakortikalen Assoziationssystemen beruht, deren Ausprägung wesentlich von vorangegangener Erfahrung abhängt. Schließlich werden Daten diskutiert, die enge Korrelationen zwischen dem Auftreten von neuronaler Synchronisation und bestimmten Verhaltensleistungen zeigen. Solche Zusammenhänge bestehen für kognitive Leistungen wie selektive Aufmerksamkeit, Reizantizipation, visuo-motorische Koordination und perzeptuellen Wettstreit. Die diskutierten Daten sind mit der Hypothese kompatibel, dass Synchronisation weit verteilter neuronaler Antworten als Mechanismus genutzt wird, um Antworten auszuwählen und für gemeinsame Weiterverarbeitung vorzubereiten. Synchronisation erscheint somit als idealer Mechanismus, um Relationen zwischen verteilten Antworten dynamisch zu definieren.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 42

S-155 Symposium

Frühintervention bei schizophrenen Störungen: Ergebnisse aus dem Kompetenznetz Schizophrenie

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), J. Klosterkötter (Köln)

0754

Frühintervention in der Prodromalphase

Joachim Klosterkötter (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: In dem von H. Häfner, J. Klosterkötter und W. Maier koordinierten Projektverbund „Früherkennung und Frühintervention“ wurden zwei multizentrische Studien zur indizierten Prävention schizophrener Erkrankungen durchgeführt. In der angelaufenen dritten Förderphase steht jetzt die Umsetzung der dabei erzielten Ergebnisse in die Versorgungspraxis an.

Methode: Für die erste Studie wurden Kriterien für die Annahme eines psychosefernen Prodroms, ein neues auf diesen Verlaufsabschnitt zugeschnittenes manualisiertes multimodales kognitiv-behaviorales Interventionsprogramm sowie ein kontrolliertes Design zum Wirksamkeitsvergleich zwischen bloßem „Clinical Management“ und der spezifischen Frühintervention entwickelt. Für die zweite Studie wurden Kriterien für die Annahme eines psychosenahen Prodroms, eine neue kombinierte psychologisch-psychopharmakologische Behandlungsstrategie unter Verwendung des Atypikums Amisulprid und ein kontrolliertes Design für den Wirksamkeitsvergleich zwischen bedarfsorientierten Interventionen und der spezifischen Kombinationsstrategie erstellt. Die Patientenrekrutierung ging von insgesamt 1.599 Klienten der beteiligten Früherkennungszentren in Köln, Bonn, Düsseldorf und München aus und führte zu ausreichend starken Teilnahmezahlen für die randomisierte Zuweisung zu den Kontroll- und den Experimentalarmen der beiden Studien.

Diskussion/Ergebnisse: Für die auf psychoseferne Prodrome bezogene Studie werden 12 Monats- und für die auf psychosenahen Prodrome bezogene 12 Wochen-Ergebnisse präsentiert. Danach war die psychologische Intervention in frühen Verlaufsabschnitten des initialen Prodroms noch vor dem Einsatz stärkerer Defizite hinsichtlich aller drei Zielsetzungen erfolgreich und konnte insbesondere die Übergangsrate in psychosenahen Verlaufsabschnitte, schizophrenieforme und schizophrene Erstepisoden signifikant vermindern. Auch der Einsatz von Amisulprid mit begleitender bedarfsorientierter psychologischer Behandlung in psychosenahen Prodromen war erfolgreich und konnte positive, negative und depressive Symptome sowie insbesondere auch das psychosoziale Funktionsniveau signifikant bei nur geringer Belastung durch Nebenwirkungen verbessern.

0755

Frühintervention bei drohendem Rezidiv

Wolfgang Gaebel (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf)

Einleitung: Nach (Teil-)Remission der Akut-Symptomatik einer schizophrenen Erkrankung ist bei allen Patienten eine Erhaltungstherapie zur Rezidivprophylaxe indiziert. Nach Empfehlungen aktueller Behandlungsleitlinien (z.B. Gaebel et al 2005) sollte diese nach Erstmanifestationen mindestens 12 Monate lang erfolgen, nach Re-Manifestationen (mindestens) 2–5 Jahre. Zusätzlich zu einer (niedrigdosierte) Erhaltungstherapie oder nach deren (vorzeitiger) Beendigung wird die Intervalltherapie mit prodromgestützter Frühintervention als weitere Therapieoption genannt. Diese ist der Erhaltungstherapie bei Mehrfacherkrankten rezidivprophylaktisch unterlegen, zeigte sich jedoch bei Ersterkrankten als gleichwertig (Gaebel et al. 2002). Weitere Evaluationsstudien sind hierzu dringend erforderlich, ebenso zur Frage, ob neben Antipsychotika auch Benzodiazepine als Frühinterventionsmedikation rezidivprophylaktisch effektiv sind.

Methode: In der Langzeitstudie im „Kompetenznetz Schizophrenie“ wurde bei ersterkrankten schizophrenen Patienten nach einem Jahr Erhaltungstherapie mit einem typischen bzw. atypischen Antipsychotikum (niedrigdosierte Haloperidol vs. Risperidon; doppelblind, randomisiert) bei bis dato stabil gebliebenen Patienten die antipsychotische Behandlung für ein weiteres Jahr fortgeführt oder (schrittweise) abgesetzt (randomisiertes Design). Beide Therapiearme wurden jeweils ergänzt durch eine prodromgestützte Frühintervention (Antipsychotikum vs. Benzodiazepin; randomisiert). Neben einem Vergleich der Rückfallprophylaxe wurde die rezidivprädispositive Validität von Prodromsymptomen evaluiert.

Diskussion/Ergebnisse: Von 96 ersterkrankten Patienten nach einem Jahr Erhaltungstherapie konnten 57 auf Fortführen vs. Absetzen des Antipsychotikums randomisiert werden. Unter beiden Therapiestrategien wollten jeweils 25% entgegen der Randomisation behandelt werden. Da derzeit die letzten Patienten das 2. Behandlungsjahr gerade abgeschlossen haben, können noch keine endgültigen Ergebnisse berichtet werden. Rezidive blieben (wie auch im ersten Behandlungsjahr) insgesamt sehr selten, weshalb auch klinisch relevante Verschlechterungen in die Outcome-Analysen miteinbezogen werden. Der vorab entwickelte Entscheidungsalgorithmus zur Steuerung der Frühintervention erwies sich als gut handhabbar und hinreichend prädispositiv. Die rezidivprädispositive Validität der (unspezifischen) Prodrome kann als gut bis befriedigend angesehen werden (Sensitivität >80%, Spezifität ca. 60%). Die Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, unterschiedliche Behandlungsstrategien zu evaluieren, um diese je nach individueller Problem- und Bedürfnislage einsetzen zu können.

0756

Therapeutisches Drug-Monitoring

Ansgar Klimke (Klinikum Offenbach, Klinik für Psychiatrie)

0757

Belastungs- und Krisenbewältigung in der psychotherapeutischen Behandlung ersterkrankter Patienten mit schizophrenen Psychosen
Stefan Klingberg (Universitätsklinikum Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Schneider, G. Buchkremer, W. Gaebel

Ein wesentliches Behandlungsziel bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen ist die Vermeidung von Rückfällen. Zur Erreichung dieses Ziels können psychotherapeutische Behandlungsstrategien den Aussagen von Behandlungsleitlinien zufolge einen Beitrag leisten. In einer multizentrischen, randomisierten Studie zur psychologischen Intervention bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen im Rahmen des Kompetenznetz Schizophrenie wurde n=111 Patienten eingeschlossen. Die Patienten nahmen entweder an einer kurzen Psychoedukation oder an einer umfassenderen kognitiven Verhaltenstherapie teil. Die jeweils durchgeführten Strategien zur Verhütung von Rückfällen werden vorgestellt. Im ersten Jahr nach Aufnahme in die Studie war nur ein einziger Rückfall zu beobachten. Aufgrund dieser niedrigen Rückfallrate bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Studienbedingungen. Krisenbewältigungsstrategien von Patienten, die hier eingesetzt wurden, werden vorgestellt. Angesichts der niedrigen Rückfallrate und hohen Compliance der Patienten liegt hier ein Deckeneffekt vor. In der Praxis haben sich die Strategien zur Belastungs- und Krisenbewältigung bewährt.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 17/18

S-171 Symposium

Tiermodelle der Schizophrenie

Vorsitz: R. Wolf (Magdeburg), G. Juckel (Bochum)

0825

Genetic rat models as a novel tool for studying schizophrenia
Bart Ellenbroek (University of Nijmegen, Psychoneuropharmacology)

0826

Selective breeding of prepulse inhibition, a behavioral paradigm for the genetics of sensorimotor gating deficits

Michael Koch (Universität Bremen)

Einleitung: Prepulse inhibition (PPI) of the startle response is an operational measure of sensorimotor gating. The startle response to an intense acoustic stimulus is suppressed by a weak sensory stimulus presented some hundred milliseconds before the startling noise. PPI is considered a phenomenon of early sensory preattentive filtering serving to prevent sensory overload. PPI is mediated by a midbrain circuit consisting of the inferior and superior colliculi and the pedunculopontine tegmental nucleus inhibiting neurons of the startle circuit in the pontine reticular formation. PPI has received considerable attention in recent years since several neuropsychiatric disorders (including schizophrenia) are accompanied by reduced PPI, but it is still not clear which symptoms are related to PPI deficits. Animal experiments have contributed considerably to the understanding of the mechanisms underlying deficient PPI. For example overactivity of dopamine in the nucleus accumbens and an underactivity of the prefrontal cortex lead to severe impairments of PPI.

Methode: Here we selectively bred rats with high and with low levels of PPI. We had two goals: First, we wanted to investigate the genetic basis of reduced PPI using a top-down approach. Second, we tested rats with

stable high (80%) and low (30%) PPI in the F3- and F4-generation for their behavioral performance in a variety of other tests. With this second aim, we attempted to investigate “co-morbid” behavioral deficits that accompany reduced PPI.

Diskussion/Ergebnisse: Our data show that reduced PPI induced by selective breeding can be normalized by typical (haloperidol) and atypical (clozapine) antipsychotics. Low PPI rats also show reduced spontaneous neuronal activity in the nucleus accumbens. On the behavioral level, low PPI rats are normal in spontaneous motor activity and anxiety-related behaviors, but show deficits in habituation of the startle response and reduced behavioral flexibility in maze tasks. Interestingly, these rats showed enhanced responding in reward-related behaviors in the Skinner box.

0827

Defizit der Präpulsinhibition nach postnataler Hypoxie im Tiermodell: Bedeutung für die Schizophrenie

Andrea Schmitt (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Homburg)

Einleitung: Die Schizophrenie ist eine schwere psychiatrische Erkrankung mit bislang unbekannter Pathophysiologie. Genetische Faktoren und Umweltfaktoren spielen bei der Entstehung der Erkrankung eine Rolle. Hypoxie in der perinatalen Phase ist ein Risikofaktor, der assoziiert ist mit erweiterten Ventrikeln und verminderter grauer Substanz. Im Tiermodell untersuchten wir schizophrenierelevante Verhaltensänderungen nach postnataler Hypoxie.

Methode: Vom postnatalen Tag 4 bis 8 induzierten wir jeweils über 6 Stunden eine Hypoxie (11% O₂, 89% N₂) in 30 männlichen Sprague-Dawley Ratten und ihren Müttern. Die Kontrollgruppe (N=30) erhielt normale Raumluft in derselben Umgebung. An den postnatalen Tagen 36–40 (präpubertal), 86–90 (postpubertal) und 120–124 (Erwachsenenalter) untersuchten wir die Präpulsinhibition der akustischen Schreckreizreaktion. Zusätzlich untersuchten wir anschließend eine 3wöchige Behandlung mit Clozapin (45 mg/kg/Tag oral) und wiederholten die Verhaltensmessungen.

Diskussion/Ergebnisse: In diesen Versuchen wurde ein Defizit der Präpulsinhibition der akustischen Schreckreizreaktion im Erwachsenenalter der Hypoxie-behandelten Tiere verglichen mit gesunden Kontrollen gefunden ($p < 0.01$), während die präpubertalen Messungen unauffällig waren. Die Clozapinbehandlung normalisierte diese Verhaltensauffälligkeiten zum größten Teil in den Hypoxie-behandelten Tieren. Die frühe postnatale Periode in Nagern ist vergleichbar mit der intrauterinen Gehirnentwicklung beim Menschen und könnte eine besonders vulnerable Phase für den Einfluss von Hypoxie sein. Die Verhaltensänderungen in erwachsenen Ratten nach postnataler Hypoxie sowie die Wirkung von Clozapin stützen die Hypothese dass perinatale Hypoxie ein Einflussfaktor in der Pathophysiologie der Schizophrenie ist. Neurobiologische Veränderungen in verschiedenen Gehirnregionen sollten untersucht werden und werden hier diskutiert.

0828

Soziale Interaktion und Präpulsinhibition als Paradigmen in Tiermodellen schizophrener Störungen

Rainer Wolf (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Strukturelle Störungen der neuronalen Entwicklung im temporolimbischen Cortex und eine Dysregulation von Dopamin und Glutamat werden mit der Pathophysiologie der Schizophrenie in Verbindung gebracht.

Methode: 1) Die neonatale Ibotensäureläsion des ventralen Hippokampus gilt als Tiermodell für kognitive und behaviorale Störungen der Schizophrenie (Lipska et al., 1993), insbesondere wurde eine veränderte soziale Interaktion bei hippokampal läsierten Ratten beschrieben (Sams-Dodd et al., 1997). Mit Hilfe eines computerisierten videogra-

phischen Systems wurde der Effekt einer temporolimbischen Läsion auf die soziale Interaktion der Versuchstiere untersucht. 2.) Auf transmitterchemischer Ebene werden eine Überfunktion des DA-Systems und in jüngster Zeit eine Hypofunktion des Glutamatsystems, insbesondere des NMDA-Rezeptors angenommen. Inzuchtmäuse mit veränderten NMDA-Rezeptorprofilen im Hippokampus stellen deshalb potentielle Tiermodelle für schizophrene Störungen dar.

Diskussion/Ergebnisse: ad 1.) Verglichen mit den nicht-läsionierten Tieren zeigte die IBS-Gruppe eine signifikante Reduktion der Zahl der Kontakte pro Minute, insbesondere, eine Reduktion der Kontakte, die länger als 3 Sekunden andauerten, eine signifikante Reduktion der mittleren prozentualen Dauer der Kontakte, und einen Anstieg der mittleren Distanz. ad 2.) Im Gegensatz zum BALB/cj Mäusestamm zeigten die CPB-K Mäuse eine signifikant höhere akustische Startle-Antwort, eine signifikant geringere long-term Startle-Habituation und eine signifikant geringere Präpuls-Hemmung. Diese Ergebnisse bestätigen unsere Arbeitshypothese: die im Vergleich zu den BALB/cj Mäusen geringere hippokampale NMDA-Rezeptordichte der CPB-K Mäuse korrespondiert mit einer geringeren Präpuls-Hemmung im CPB-K Mäusestamm. Zusammenfassend, die Daten der hier vorgestellten Tiermodelle mit Läsions-induzierten und genetisch-bedingten Verhaltensänderungen (Soziale Interaktion, Prepulse Inhibition) unterstützen die Annahme von Konstruktvalidität hinsichtlich eines Schizophreniemodells. In nachfolgenden Untersuchungen sollen diese Tiermodelle auf ihre pharmakologische Beeinflussbarkeit (Prädiktive Validität) überprüft werden.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.2

DF-006 Diskussionsforum

Mein Angehöriger ist schizophren Veränderungen in der Beziehung zum Erkrankten aus der Sicht von Eltern, Partnern, Geschwistern und Kindern

Vorsitz: R. Schmid (Regensburg), J. Bäuml (München)

Eine schizophrene Erkrankung geht mit großen spezifischen Belastungen einher für die Erkrankten selbst und auch für deren Angehörige. Sie verändert insbesondere die bisherige Dynamik der familiären Interaktionen, bedingt eine Neuordnung der innerfamiliären Aufgaben und Rollenverteilungen und hat häufig weitreichende Auswirkungen auf die individuelle Beziehung zum Erkrankten. So erleben z.B. Eltern, dass sich ihr erkranktes erwachsenes Kind weitgehend auf ihre Fürsorgerolle verlässt und selber keine/wenig Rücksicht auf die älter werdenden Eltern nehmen kann. Ehepartner erleben den Schritt weisen Rückzug ihrer erkrankten Partner in eine eigene, ihnen oft sehr fremde Welt, so dass ihnen die Alleinverantwortung für die gemeinsamen Kinder zwangsläufig bleibt. Geschwister erleben Dysbalancen und Abgrenzungsprobleme in ihrer vormals „gleichrangigen“ Beziehung zu dem erkrankten Geschwister. Kinder verlieren nicht selten infolge der Erkrankung eines Elternteils die bisher gewohnte elterliche Zuwendung und Fürsorge und müssen statt dessen selbst früh viel Verantwortung für das erkrankte Elternteil (Parentifizierung) übernehmen. Die spezifischen Veränderungen in der Beziehung zum Erkrankten werden im Symposium aus den verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und konkrete therapeutische Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Beziehungsprobleme vorgestellt. Dabei sollen neue Optionen aufgezeigt werden, wie die bereits existierenden sozialen Netze nicht nur erhalten sondern gestärkt werden können, um der drohenden Isolierung der Erkrankten vorzubeugen, ohne die helfenden Angehörigen selbst in eine gesundheitsgefährdende Überforderung zu treiben. Insbesondere sollen die positiven Veränderungsmöglichkeiten in der Beziehung zum Erkrankten als auch im Zusammenhalt innerhalb der Familie vor dem Hintergrund

einer optimalen Ressourcenstärkung diskutiert werden, ohne über die häufig von den Angehörigen sehr leidvoll erfahrenen negativen Veränderungen in der Beziehung zum Erkrankten hinweg täuschen zu wollen. Der Blickwinkel der Angehörigen aus der Beziehungsperspektive soll bewusst machen, dass die Angehörigen ihrer Funktion als „größter Rehabilitations-Einrichtung“ im Lande nur dann gerecht werden können, wenn ihre mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen nicht nur auf der materiellen sondern auch auf der emotionalen Ebene gesehen werden.

0019

Ambivalenzen in der Beziehung von psychisch kranken Erwachsenen und ihren Eltern

Amelie Burkhardt (Psychiatrische Klinik, Münsterlingen)

Einleitung: Das familiensoziologische Konzept der Generationenambivalenz bietet sich für die Untersuchung sowohl gewöhnlicher als auch von psychischen Erkrankungen betroffener Eltern-Kind-Beziehungen im Erwachsenenalter an. Dabei stellt sich die Frage, ob die Aufgaben, die sich psychisch Erkrankten und ihren Eltern bei der Gestaltung ihrer gegenseitigen Beziehungen stellen, verstärkt für das Erleben von Beziehungsambivalenzen disponieren.

Methode: Mittels eines strukturierten, quantitativen Interviews wurden Aussagen von Müttern, Vätern und ihren schizophren erkrankten oder substanzabhängigen erwachsenen Kinder aus N=26 Familien erhoben. Mütter (n=26) und Väter (n=17) wurden jeweils über die Beziehung zum erkrankten Kind und zu nicht erkrankten Geschwistern befragt. Von den erkrankten Kindern wurden Angaben über die Beziehung zur Mutter und zum Vater erhoben. (a) Die Daten wurden einem intrafamilialen Vergleich zwischen den Elternangaben über erkrankte vs. über gesunde Kinder einer Familie unterzogen. (b) Weiter wurden die Angaben von Eltern und Kindern interfamilial mit Daten aus einer Erhebung zu Eltern-Kind-Beziehungen in N=25 Familien ohne psychisch erkrankte Kinder verglichen (n= 19 Mütter, n=19 Väter, n=25 Kinder). Als Aspekte der generationalen Beziehungsqualität wurden Ambivalenzerleben, Beziehungszufriedenheit und Verbundenheit untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung bei einem Kind ging sowohl im Geschwistervergleich als auch im Vergleich mit gewöhnlichen Generationenbeziehungen mit erhöhtem Ambivalenzerleben sowie verringerter Beziehungszufriedenheit bei gleich enger Verbundenheit einher. Intrafamiliale Unterschiede waren dabei deutlicher als interfamiliale Unterschiede. Generationenbeziehungen von substanzabhängigen Patienten erscheinen stärker von Ambivalenzerleben betroffen.

0020

Mein Angehöriger ist schizophren – Veränderungen in der Beziehung zum Erkrankten aus der Sicht von Partnern

Bettina Wittmund (Südharz-Krankenhaus gGmbH, Psychiatrie und Psychotherapie, Nordhausen)

Aufbauend auf den Untersuchungen der Leipziger Arbeitsgruppe ist festzustellen, dass vor allem das Ausmaß von Funktionsbeeinträchtigungen der Betroffenen im Alltag wesentlich für die Wahrnehmung von Veränderungen durch die Angehörigen ist. Mithilfe qualitativer Methoden konnte heraus gearbeitet werden, dass sich insbesondere Frauen in besonderem Maße häufig für die Entwicklung der Erkrankung der betroffenen Patienten verantwortlich fühlen. Die Beschreibung einer Partnerschaft im Sinne eines nahezu elterlichen Fürsorgeverhältnisses liegt in diesen Fällen vielfach nahe und wird von Partnern dann auch so beschreiben. Teilweise führt dies zu nennenswert depressiven Verstimmungen bei den Partnern und Partnerinnen mit entsprechenden Veränderungen in sozialen Kontakten. Die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten hängt anders als

zunächst vermutet weniger von Faktoren der Erkrankung des betroffenen Patienten ab, als vielmehr von Aspekten, die im wesentlichen beim Partner oder bei der Partnerin zu finden sind. Hierzu gehören neben einer aktuell wahrgenommen Belastung vor allem die Überzeugung ohne fremde Hilfe nicht weiterzukommen und gängige Gruppenangebote überhaupt als potenziell hilfreich ansehen zu können.

0021

Mir fehlt mein großer Bruder von damals... Veränderungen in der Geschwisterbeziehung infolge schizophrener Erkrankung

Rita Schmid (Klinik für Psychiatrie, Klinische Sozialpsychiatrie, Regensburg)
T. Schielein, C. Cording, H. Spießl

Einleitung: Geschwisterbeziehungen gehören zu den intensivsten und am längsten fortdauernden zwischenmenschlichen Beziehungen. Trotz dieser offenkundigen Bedeutung sind Studien über die Situation von Geschwistern psychisch Erkrankter selten. Ziel der vorliegenden Studie ist es, Veränderungen infolge einer schizophrenen Erkrankung in der Situation der gesunden Geschwister zu erheben.

Methode: An Stichtagen wurden alle schizophren erkrankten Patienten in vollstationärer Behandlung im Bezirksklinikum Regensburg (n=128) über die Studie informiert und um ihr Einverständnis für die Befragung ihres Geschwisters gebeten. 56 Patienten stimmten der Befragung ihres Geschwisters zu, mit 37 dieser Geschwister konnte ein narratives Interview geführt werden. Die Transkripte der Interviews wurden mittels einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse mit anschließender Quantifizierung ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Alle Geschwister sehen die Beziehung zum Erkrankten durch Symptome der Erkrankung belastet (100%), wobei 75,7% der gesunden Geschwister Informationen über die Erkrankung ihres Geschwisters fehlen. 81,1% der gesunden Geschwister sind unsicher in der Einschätzung der Belastbarkeit, je 78,4% belasten fehlende Krankheitseinsicht / mangelnde Compliance des Erkrankten bzw. berichten über Probleme in der Abgrenzung gegenüber dem Erkrankten. In 56,8% der Fälle mussten die Geschwisterrollen infolge der Erkrankung neu definiert werden. Alle Geschwister (100%) berichten emotionale Belastungen wie Schuldgefühle gegenüber dem Erkrankten, Angst um das erkrankte Geschwister oder Gefühle wie Ärger, Wut und Enttäuschung. Diese Gefühle beeinflussen die Beziehung häufig unbewusst. Indirekt wird die Situation der gesunden Geschwister auch durch Gefühle der Ungleichverteilung der Verantwortung innerhalb der gesunden Geschwister (35,1%), durch das Fortleben unbearbeiteter Konflikte der Kindheit (29,7%) sowie durch empfundene Ungleichbehandlung / Benachteiligung durch die Eltern (13,5%) der Eltern beeinflusst. Schlussfolgerung: Eine psychische Erkrankung verändert die Geschwisterbeziehung und die Dynamik der familiären Interaktionen nachhaltig. Gesunde Geschwister werden oft zu einer zentralen Stütze für den Erkrankten, aber auch deren Eltern. Sie benötigen jedoch auch selbst Unterstützung, müssen von professionellen Mitarbeitern mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen, informiert und in die Behandlung integriert werden.

0022

Beziehungsdynamik zwischen Kindern und psychisch kranken Eltern Belastungserleben der Kinder und Interventionsansätze

Albert Lenz (Katholische FH NRW, Abteilung Paderborn)

Einleitung: Die Mit-Betroffenheit von Kindern psychisch Kranker konnte in einer Reihe von Studien empirisch belegt werden. Es kann als gesichert angenommen werden, dass für Kinder ein statistisch erhöhtes Risiko besteht, im Laufe ihrer Entwicklung an einer klinisch relevanten psychischen Störung zu erkranken. Weniger bekannt sind hingegen die subjektiven Lebenswirklichkeiten der Kinder, ihre Erfahrungen im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil, ihr Umgang mit den alltäglichen Belastungen sowie ihre vielfälti-

gen Arrangements im familiären Alltag und ihre Bemühungen in der Beziehungsgestaltung zum erkrankten Elternteil.

Methode: In einer explorativen Studie wurde mit 22 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 7 und 18 Jahren ein leitfadengestütztes Interview zu ihren Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewältigungsstrategien durchgeführt. Das Interview wurde inhaltsanalytisch mit einem themenzentriert-komparativen Verfahren ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich, dass Kinder sensible Beobachter ihrer Eltern sind. Genau registrieren sie die Veränderungen im Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils und richten ihr Verhalten daran aus. Eine Atmosphäre der Vorsicht, Rücksichtnahme und Schonung kennzeichnet die familiäre Atmosphäre in akuten Krankheitsphasen und nach dem Klinikaufenthalt. Das Erleben ist geprägt durch ein Wechselspiel zwischen Unterstützung, Distanzierung sowie Schuldgefühlen und Ängsten. Kinder übernehmen wichtige Verantwortungsbereiche in der Familie und rutschen häufig in Ersatzpartnerschaften mit dem erkrankten und dem gesunden Elternteilen.

T02 Depression / Affektive Erkrankungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 09

S-004 Symposium

Die Rolle der Väter in der Peripartalzeit – Symposium der deutschsprachigen Marcé Gesellschaft in Kooperation mit dem Gender-Referat der DGPPN

Vorsitz: C. Hornstein (Wiesloch), A. Kersting (Münster)

0014

Zum Erleben von Vätern nach einer Totgeburt

Anette Kersting (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)

K. Kroker, C. Roestel

Einleitung: In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von Studien publiziert, die Geschlechterunterschiede von Frauen und Männern nach dem Verlust eines ungeborenen Kindes fokussieren. Trotz der großen individuellen Variabilität des Trauerverlaufs zeigen einige Studien, dass Frauen nach dem Verlust ihres Kindes zu intensiveren Trauerreaktionen neigen als Männer. Andere Studien weisen jedoch auf die Manifestation geschlechtsspezifischer Coping-Mechanismen im Trauerprozess hin. Werden lediglich Parameter wie Angst und Depression erhoben, scheinen Frauen durch den Verlust ihres Kindes schwerer betroffen zu sein. Wird der exzessive Genuss von Alkohol einbezogen, verringern sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Diskongruente Trauerprozesse zwischen den Partnern können als Risikofaktor für eine verlängerte oder abnorme Trauerreaktion angesehen werden und stellen darüber hinaus einen Belastungsfaktor für die Partnerschaft dar.

Methode: Vor dem Hintergrund einer aktuellen Literatursuche wird die wissenschaftliche Literatur zu Trauerprozessen nach dem intrauterinen peri- oder postnatalen Verlust eines Kindes unter besonderer Berücksichtigung des väterlichen Erlebens dargestellt und auch anhand von Fallbeispielen kritisch diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Nahm man früher an, dass die Bindung der Väter an ihre ungeborenen Kinder weniger intensiv sei als die der Mutter zu ihrem Kind, so zeigen aktuelle Untersuchungen, dass auch aufgrund fortschreitender medizinischer Möglichkeiten viele Väter bereits während der Schwangerschaft eine intensive Beziehung zu ihrem ungeborenen Kind eingegangen sind. Konsequenzen für die Begleitung und psychotherapeutische Behandlung von Vätern nach Totgeburt werden aufgezeigt, darüber hinaus wird ein Ausblick auf weitere Forschungsperspektiven gegeben.

0015

Die Vaterrolle und die Vater-Kind-Beziehung aus der Sicht postpartal depressiv erkrankter Mütter. Ergebnisse einer Längsschnittstudie

Patricia Trautmann-Villalba (Psychiatr. Zentrum Nordbaden, Mutter-Kind-Station, Wiesloch)

In den letzten Jahrzehnten hat sich ein tiefgreifender Wandel der Rolle des Vaters und der Vorstellungen von Vaterschaft vollzogen. Im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen familiärer Lebensformen wird heute erwartet, daß Väter vermehrt Aufgaben in der Versorgung, Betreuung und Erziehung ihrer Kinder übernehmen und neue Formen einer engagierten Vater-Kind-Beziehung entwickeln. Verschiedene Statistiken und empirische Erhebungen liefern Belege für ein neues Verständnis von Vaterschaft in der jungen Vatergeneration.

So ist z.B. die Zahl der Väter, die an den Untersuchungen während der Schwangerschaft und an der Geburt ihres Kindes teilnehmen, rapide angestiegen. Wie reagieren Väter, wenn Schwierigkeiten in der Peripartalzeit auftreten? Wie erleben postpartal depressive Frauen die Unterstützung ihrer Männer im Vergleich zu Frauen, die postpartal nicht erkrankt sind? Wie schätzen diese Mütter die Interaktion der Väter mit den Babys ein? Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie wurden das väterliche Engagement und die Einstellung des Vaters zum Kind sowie die mütterliche Einschätzung des Verhaltens des Vaters in der Interaktion mit dem Kind erhoben. Diese Parameter wurden bei einer Gruppe postpartal depressiver Mütter (N=21) mit einer Gruppe psychisch gesunder Mütter (N=118) verglichen. Darüber hinaus wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen diesen Parametern und späteren psychischen Auffälligkeiten der Kinder beider Müttergruppen besteht.

0016

Die Rolle männlicher Partner peripartal-psychisch erkrankter Frauen in stationärer Mutter-Kind-Behandlung

Michael Grube (Frankfurt)

Einleitung: Obwohl männliche Partner zum Coping-Prozess von postpartal-psychisch erkrankten Frauen beitragen, ist nur wenig bekannt über den Einfluss des Verhaltens männlicher Partner auf die stationäre Mutter-Kind-Behandlung.

Methode: Wir untersuchten 49 Partner von 55 Frauen mit postpartalen psychiatrischen Störungen. Kontrollgruppen waren: 34 männliche Partner von Frauen ohne postpartale psychiatrische Störungen, die in der gynäkologischen Abteilung entbunden hatten, und 30 männliche Partner von Frauen mit psychischen Störungen, unabhängig von Schwangerschaft und Entbindung.

Diskussion/Ergebnisse: In 36,4 Prozent der postpartal Erkrankten und in 26,7 Prozent der psychiatrischen Kontrollgruppe fanden wir psychiatrische Störungen sowohl bei den Frauen als auch bei deren männlichen Partnern gleichzeitig. In der gynäkologischen Kontrollgruppe waren nur 5,9 Prozent beider Partner gleichzeitig erkrankt. Ebenfalls wurden nur 5,9 Prozent der männlichen Partner in der gynäkologischen Kontrollgruppe als „Risikomänner“ identifiziert, im Gegensatz zu 28,6 Prozent in der Gruppe stationärer Mutter-Kind-Behandlung und 26,7 Prozent in der psychiatrischen Kontrollgruppe. Postpartal erkrankte Frauen, bei denen einen Partnerschaft mit einem Risikopartner bestand, hatten ein höheres Risiko verkürzter ambulanter und verlängerter stationärer Behandlung. Gegenüber dem Einfluss der Unterstützung durch Großeltern war der Faktor partnerschaftliche Unterstützung durch den Mann bei der Frage der Kindererziehung zu Hause von geringerer Bedeutung. Es ist demzufolge notwendig, ein tragfähiges Unterstützungsangebot sowohl für die postpartal erkrankten Frauen als auch deren männlichen Partner zu etablieren.

0017

Über die körperliche und psychosoziale Belastung der Partner postpartal psychisch erkrankter Frauen

Christiane Hornstein (Psychiatr. Zentrum Nordbaden, Mutter-Kind-Station, Wiesloch)

P. Trautmann-Villalba, E. Hohm

Psychische Störungen von Frauen in der Peripartalzeit werden zunehmend diskutiert. Weniger Beachtung wurde dagegen den psychischen Problemen der Männer zuteil, die sowohl abhängig als auch unabhängig von der Erkrankung der Frau in der Peripartalzeit auftreten können. In verschiedenen Studien wurden Ein-jahresprävalenzen paternaler postpartaler Depression von 10 bis 29% festgestellt, wobei bei gleichzeitig erkrankten Partnerinnen die Inzidenz paternaler Depression 24 bis 50% betrug (Übersicht Hofecker Fallapour et al. 2005; Grube 2006; Mathey et al. 2000). Wie Zelkowitz und Milet (2001) fanden, gaben Väter deren

Partnerinnen postpartal psychisch erkrankt waren, selbst dann mehr Beschwerden an (SKID und SCL-90), wenn sie die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose nicht vollständig erfüllten, als die Partner nicht erkrankter Frauen. Es besteht eine Assoziation zwischen der Belastung der Väter und ihren unterstützenden Fähigkeiten. Die Verweildauer stationärer Behandlung peripartal erkrankter Frauen ist kürzer in Familien mit supportiven Männern (Grube 2004). Nicht depressive Väter können in der Interaktion mit ihren Babys die depressiven mütterlichen Symptome kompensieren und dadurch die negativen Konsequenzen für die Entwicklung der Kinder minimieren (Edhborg et al. 2003). In dem folgenden Beitrag wird die psychische und physische Belastung der Partner (nach SCL-90) von postpartal psychotisch und depressiv erkrankten Müttern untersucht. Die Mütter und ihre Babys wurden stationär in Rahmen eines multimodularen, interaktionalen Therapieprogramms behandelt. Die unterschiedliche väterliche Belastung bei beiden Diagnosegruppen sowie deren Auswirkungen auf den Behandlungserfolg bei den Müttern werden analysiert. Darüber hinaus wird untersucht, ob es bei den schwer belasteten Vätern die räumliche Trennung von der Partnerin (bedingt durch die stationäre Behandlung) einen entlastenden Effekt auf das Befinden der Väter hat. Theoretische und klinische Konsequenzen werden diskutiert.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 08

ST-003 State-of-the-Art-Symposium

Unipolare Depression: Pharmakotherapie und Psychotherapie

Vorsitz: M. Berger (Freiburg), M. Schmauß (Augsburg)

0005

Psychotherapie unipolarer Depressionen

Mathias Berger (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)
E. Schramm

Psychotherapie spielt bei der Behandlung unipolarer Depressionen eine wichtige Rolle als wirksame Behandlungsform, als Alternative oder Adjunkt zu pharmakologischer Therapie. Sie wird ebenfalls eingesetzt zur Behandlung der psychosozialen Auswirkungen einer depressiven Erkrankung sowie zur Verhinderung neuer Episoden. Störungsspezifische Ansätze wie die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie sind am häufigsten untersucht worden und zeigen hohe Wirksamkeit. Bei konsequenter Berücksichtigung der empirischen Datenlage ergibt sich ein komplexes differenzialtherapeutisches Spektrum. Dabei stellen sich für die Praxis folgende Fragen: 1. Wann ist eine alleinige Psychotherapie indiziert? 2. Wann ist eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie indiziert? 3. Wie lange halten die Therapieeffekte nach der Akutbehandlung an? 4. Welche Verfahren sind bei chronischen Depressionen indiziert? In dem Beitrag sollen diese Fragen evidenzbasiert nach dem neusten Stand der Depressionsforschung so beantwortet werden, dass ein Transfer der Erkenntnisse in den Praxisalltag möglich ist.

0006

Pharmakotherapie der unipolaren Depression

Max Schmauß (Bezirkskrankenhaus Augsburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen ist für jeden Arzt von außerordentlicher Bedeutung. Die Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen sind aufgrund der Entwicklung neuer Antidepressiva und der Entwicklung von Kombi-

nations- und Augmentationstherapien in den letzten Jahren deutlich verbessert worden. Die verfügbaren wissenschaftlich basierten Leitlinien zur Pharmakotherapie der unipolaren Depression sowie die aktuelle Literatur der letzten Jahre wurden gesichtet und bewertet. Die pharmakotherapeutischen Möglichkeiten der unipolaren Depression werden zusammengefasst und diskutiert. Aspekte der Auswahl eines Antidepressivums, der Akuttherapie depressiver Störungen sowie der Erhaltungstherapie der depressiven Episoden werden dargestellt. Darüber hinaus werden Aspekte des Wirkeintritts, der Evaluation der Wirksamkeit, der Therapieform und Dosierung dargestellt. Darüber hinaus wird zu Unterschieden zwischen den einzelnen antidepressiven Substanzklassen Stellung genommen. Im weiteren werden Probleme der Arzneimittelsicherheit und -verträglichkeit bei den Antidepressiva beleuchtet.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 17/18

S-045 Symposium

Nicht-medikamentöse Interventionen bei bipolaren affektiven Störungen

Vorsitz: T. D. Meyer (Tübingen), M. Dobmeier (Cham)

0218

Neuropsychologisches Training und Assessment bei depressiven Patienten

Wolfgang Trapp (Sozialstiftung Bamberg, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Golke, I. Meinel, A. Hasmann, L. Schärer, W. Günther, M. Dobmeier

Einleitung: Kognitive Defizite finden sich in den diagnostischen Kriterien für Major Depression sowohl in der ICD10 als auch im DSM-IV. Dabei werden exekutive Funktionen und psychomotorische Geschwindigkeit derzeit als Trait-Marker diskutiert, die möglicherweise sogar mit dem weiteren Krankheitsverlauf verbunden sind. Aus diesem Grund kommt der Diagnose und Therapie kognitiver Dysfunktionen bei depressiven Patienten große Bedeutung zu. Zudem leiden diese oft besonders unter den oft stressreichen Bedingungen klassischer psychometrischer Leistungstestung und schneiden deshalb oft zusätzlich schlechter als notwendig ab.

Methode: Es wird über die Ergebnisse von zwei unabhängigen Studien berichtet: Eine Gruppe von 30 Patienten bekam über die Dauer von einer Woche einen PDA zur Verfügung gestellt. Die darauf enthaltenen kognitiven Aufgaben sollten so oft wie möglich, mindestens jedoch so oft, bis keine weitere Leistungssteigerung mehr erreicht werden konnte, bearbeitet werden. Unsere Hoffnung war, dass depressive Patienten durch ihre Leistungsängstlichkeit weniger stark behindert werden, wenn die Möglichkeit zu einer beliebigen Wiederholung besteht. In einer zweiten Untersuchung bearbeiteten 20 depressive Patienten die gleichen Übungen innerhalb einer dreiwöchigen Trainingsphase am PC (Experimentalgruppe), während 20 nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status parallelisierte Patienten am gleichzeitig stattfindenden stationären Therapieangebot (Kunst- und Ergotherapie) teilnahmen (Kontrollgruppe).

Diskussion/Ergebnisse: Innerhalb der Gruppe mit PDA-gestützter Leistungserhebung ergaben sich Hinweise auf Reliabilität, sowie auf konkurrenztun (und der klassischen Leistungstestung überlegene) prognostische Validität. Verglichen mit den psychometrischen Tests wurde die Bearbeitung der Übungen auf dem PDA als belastungsärmer und amüsanter erlebt. Bei der Gruppe mit kognitivem Training fanden sich signifikante Effekte bzgl. exekutiver Funktionen und Verarbeitungsgeschwindigkeit (Patienten der Experimentalgruppe verbesserten sich stärker als diejenigen der Kontrollgruppe und erreichten „Normalniveau“). Beide Gruppen verbesserten ihre Aufmerksamkeitsleistung

bis hin zu einem kognitiv unauffälligen Niveau. Die Ergebnisse lassen darauf hoffen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit durch computergestütztes kognitives Training verbessert werden kann und dass PDA-gestützte Leistungserhebung in Zukunft eine interessante Ergänzung zur klassischen psychometrischen Testung darstellen könnte.

0219

Effekte kognitiv-psychoedukativer Massnahmen bei bipolaren Störungen

Britta Bernhard (Universität Münschen, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

E. Severus, F. Seemüller, A. Schaub, M. Riedel

Einleitung: Nach dem aktuellen Stand der Forschung ist die kognitiv-psychoedukative Verhaltenstherapie in Kombination mit Psychopharmakotherapie für die Behandlung bipolarer Störungen sehr geeignet. Der Patient soll hierbei als Experte seiner Erkrankung aktiv an der Behandlung beteiligt werden. Das an der LMU entwickelte Gruppenmanual umfasst 14 Sitzungen und besteht aus den Therapiebausteinen „Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten“, „Umgang mit Frühwarnzeichen und Krisenplan zur Rezidivprophylaxe“, „Aktivitätenaufbau und kognitive Strategien“ sowie „Sensibilisierung für einen ausgeglichenen Lebensrhythmus“. Da sich der Einbezug von Angehörigen als sehr wichtig erwiesen hat, bieten wir zusätzlich Workshops für Angehörige, mit dem Schwerpunkt auf Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch, an.

Methode: Die Patienten füllten einen Wissensfragebogen und einen Feedbackfragebogen aus. Die Angehörigen bekamen einen Fragebogenkatalog zu Belastung, Kritik und High Expressed Emotion. Die Auswertung der Prä-, Post- und Follow-up-Werte erfolgte mit dem Wilcoxon-Test.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse von 62 bipolaren Patienten in Gruppentherapie belegen die klinische Umsetzbarkeit dieses Ansatzes. Fast alle Patienten stufen die Gruppe als empfehlenswert, informativ und hilfreich ein. Die Auswertung des Wissensfragebogens zeigte eine hoch signifikante Zunahme des Wissens über die Erkrankung ($p < .001$). Erste Ergebnisse der Angehörigengruppen liegen von 60 Angehörigen vor. Die Angehörigen fühlten sich signifikant besser informiert, weniger depressiv und belastet ($p < 0.001$). Sie zeigten außerdem weniger Überengagement und Kritik dem Patienten gegenüber ($p < 0.001$).

0220

Follow-up Ergebnisse der Tübinger KVT-Studie: Hinweise auf Spezifität der KVT

Thomas Daniel Meyer (Universität Tübingen, Psychologisches Institut)
M. Hautzinger

Einleitung: Die Möglichkeiten und Bedeutung einer medikamentösen Behandlung ergänzende psychologischen Intervention bei bipolar Störungen werden zunehmend betont. Etliche Studien belegen die Wirksamkeit solcher zusätzlichen psychologischer Maßnahmen. Inzwischen liegen einige randomisierte und kontrollierte Studien vor, die die Effektivität von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) als Rezidivprophylaxe belegen, wobei der Vergleich immer nur hinsichtlich einer Warteliste oder Treatment-as-usual erfolgte. Deshalb sind wir der Frage nachgegangen, ob die Effekte von KVT über die einer supportiven, edukativen Behandlung gleicher Häufigkeit und Intensität hinausgehen.

Methode: Randomisierung von 76 Patienten. auf zwei Bedingungen, wobei beide Therapiebedingungen 20 Sitzungen innerhalb von neun Monaten inklusive Psychoedukation und Symptom-Monitoring umfassen. Die KVT erfolgte nach dem Manual von Meyer und Hautzinger (2004). Das Follow-up umfasst insgesamt 12 Monate.

Diskussion/Ergebnisse: Beide Therapien wurden gut angenommen ($M=19$ Sitzungen), wobei 11 Patienten als Dropouts gelten (<16 Sitzun-

gen). Diese hatten häufiger eine komorbide Persönlichkeitsstörung und waren medikamentös weniger optimal eingestellt. Im direkten Prä-Post-Vergleich fanden sich keine nennenswerten klinisch differentiellen Effekte der beiden Therapiebedingungen, so dass eine intensive supportive Betreuung vergleichbare positive Effekte aufzuweisen scheint. Die zentrale Frage ist allerdings, wie dies im weiteren Verlauf aussieht, wenn die unmittelbare Unterstützung durch die Therapeuten wieder wegfällt. Die Ergebnisse hinsichtlich Rückfallraten, Symptome und Compliance gegenüber den Medikamenten zum Zeitpunkt des 6-Monats-Followup werden präsentiert und unter dem Aspekt der Spezifität diskutiert..

0221

Psychoedukation bei bipolaren Patienten – wie lässt sie sich im klinischen Alltag realisieren?

Matthias Dobmeier (Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Cham)

Einleitung: Bipolare Störungen gehören zu den Herausforderungen der heutigen Psychiatrie. Unzureichend behandelt führen sie zu schweren Residuen. Eine konsequente und langzeitige Therapie ist daher notwendig. Man musste jedoch feststellen, dass medikamentöse Therapie alleine keine ausreichende Stabilität sichert. So wurden bei 82 Patienten in der Studie von Gitlin et al. 1993 trotz gesicherter Medikation 73% in einem fünf Jahres Zeitraum wieder rückfällig. Ergänzende psychotherapeutische Verfahren sind daher sinnvoll. Besonders die Psychoedukation stellte sich dabei als effektiv heraus. Collom et al. 2003 konnten zeigen, dass durch konsequente psychoedukative Therapie eine signifikant bessere Stabilität für beide Phasen und eine bessere Medikamentencompliance erreicht wird. In dieser Untersuchung wurden 21 Gruppenstunden absolviert, dies erscheint im klinischen Alltag nur sehr schwer umsetzbar zu sein. Erfurth, Dobmeier und Zechendorf haben daher ein Programm entwickelt für 6 Gruppenstunden, das als offene Gruppe sowohl im stationären wie auch im ambulanten Rahmen durchgeführt wird.

Methode: Anhand VON Beispielen aus dem PEB Manual wird die Durchführung von Psychoedukativen Gruppen im Klinischen Alltag dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Zuhörer sollten einen Eindruck über Nutzen und Schwierigkeiten von psychoedukativen Gruppen bei bipolaren Patienten bekommen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 42

S-046 Symposium

Funktionelle Neuroanatomie und Biochemie affektiver Erkrankungen

Vorsitz: G. Northoff (Magdeburg), P. Falkai (Göttingen)

0223

Magnetresonanztomographie und Psychopathologie bei bipolaren Störungen

Peter Falkai (Georg-August-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen)

Einleitung: Die Pathophysiologie bipolar-affektiver Störungen wird zur Zeit intensiv untersucht. Von großem Interesse ist insbesondere das Verständnis der Mechanismen, die den Wechsel in manische bzw. depressive Episoden ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist die Magnetresonanztomographie von besonderer Bedeutung, weil sie einerseits Aussagen über den Funktionszustand des untersuchten neuronalen Substrats erlaubt, andererseits im Unterschied zu funk-

tionellen Untersuchungen nicht so stark kurzfristigen Veränderungen der Psychopathologie unterliegt.

Methode: Im Rahmen des Vortrags werden die hierzu publizierten Studien zusammengeführt und Daten aus einer eigenen Studie von remittierten Patienten vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: In der von uns durchgeführten Untersuchung fand sich für den Hippocampus eine signifikante Reduktion des NAA- zu CHO bzw. NAA- zu CRE Verhältnisses im Bereich des Hippocampus. Einen Zusammenhang zu neuropsychologischen Defiziten im Bereich des episodischen Gedächtnisses ließ sich nicht feststellen. Im Rahmen des Vortrages wird diskutiert, inwiefern sich mit Hilfe der MRS Veränderungen des neuronalen Netzwerkes während depressiven bzw. manischen Phasen nachweisen lassen.

0224

Immunhistochemische Untersuchungen an Postmortem-Gehirnen von Patienten mit affektiven Störungen

Bernhard Bogerts (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

0225

Vulnerabilitäts- und Resilienzmarker bei bipolaren Patienten und deren gesunden Geschwistern: eine PET-Studie

Stephanie Krüger (Universitätsklinikum Dresden, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Wir haben in vorherigen Untersuchungen depressionsspezifische Unterschiede in der regionalen Hirnfunktion nach Induktion einer emotionalen Response bei Patienten mit bipolaren und unipolaren Störungen identifiziert. Die vorliegende Untersuchung stellt eine Erweiterung der Vorbefunde dar und untersucht potentielle Marker emotionaler Vulnerabilität und Resilienz bei remittierten bipolaren Lithiumrespondern und deren gesunden Geschwistern.

Methode: Veränderungen des regionalen intracerebralen Blutflusses (rCBF) wurden mittels 15-O-H₂O Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach der Induktion transients Traurigkeit bei euthymen bipolaren Lithiumrespondern und deren gesunden Geschwistern gemessen. Die Veränderungsmuster dieser beiden Gruppen wurden verglichen und außerdem mit Befunden bipolarer Valproinsäurereponder aus einer früheren Untersuchung kontrastiert.

Diskussion/Ergebnisse: Alle drei Gruppen zeigten nach induzierter Traurigkeit einen rCBF-Anstieg im dorsalen/rostralen anterioren Cingulum und der vorderen Insel sowie einen verminderten rCBF im orbitofrontalen und inferior-temporalen Cortex. Beide Patientengruppen zeigten eine Verminderung des rCBF im medialen frontalen Cortex, während die gesunden Geschwister in dieser Region einen rCBF-Anstieg aufwiesen. Die Induktion transients Traurigkeit führt sowohl bei bipolaren Patienten als auch deren gesunden Geschwistern zu gleichsinnigen Veränderungen des rCBF in Hirnregionen, die an der emotionalen Modulation beteiligt sind. Diese Veränderungen finden sich nicht bei Kontrollpersonen ohne familiäre Belastung mit einer bipolaren Störung und könnten von daher Vulnerabilitätsmarker für emotionale Sensitivität darstellen. Der rCBF Anstieg im medialen frontalen Cortex, der nur bei Geschwistern zu beobachten war, scheint eine kompensatorische Response bei dieser Risikogruppe darzustellen, denn eine solche Veränderung ließ sich bisher nicht bei anderen Kontrollgruppen ohne familiäre Belastung identifizieren. Die unterschiedlichen Responsemuster bei bipolaren Patienten und ihren gesunden Geschwistern, die erst nach emotionaler Provokation demaskiert werden, legen nahe, dass anteriore cinguläre und mediale frontale Hirnregionen eine wichtige Rolle bei der Vulnerabilität und Resilienz gegenüber emotionalen Reizen bei Familien mit einer genetischen Belastung für bipolare Störungen spielen.

0226

Aufmerksamkeit und Emotionen bei Depression

Simone Grimm (Universität Zürich, Psychiatr. Universitätsklinik)

Klinische Beobachtung legt nahe, dass bei Patienten mit Depression das Wechselspiel zwischen Aufmerksamkeitsprozessen und emotionalem Erleben gestört ist. Diese Patienten zeigen u.a. einen Bias zu negativen Inhalten und ein Defizit in Set-shifting-Aufgaben. Die derart gestörte Interaktion zwischen Aufmerksamkeit und Emotionen scheint zur Intensität und Persistenz von negativen Emotionen (Traurigkeit, Ängstlichkeit) beizutragen, welche für die Depression charakteristisch sind. In einer fMRT-Studie (funktionelle Magnetresonanztomographie) haben wir die neuronalen Korrelate von emotionaler Verarbeitung und ihrer Modulation durch Aufmerksamkeit bei Patienten mit Depression untersucht. In unserem Paradigma wurden den Patienten emotionale und neutrale Fotos aus dem International Affective Picture System gezeigt, um Emotionen zu induzieren. Den Fotos wurden Hinweisreize vorgeschaltet, welche die Aufmerksamkeit der Probanden auf die emotionale Valenz des nachfolgenden Fotos richteten. In der Kontrollkondition wurden Fotos ohne vorhergehende Hinweisreize gezeigt. Depressive Patienten zeigten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen verstärkte BOLD-Antworten auf emotionale Stimuli in Gehirnregionen, welche die Wahrnehmung von emotionalen Reizen vermitteln. Die gesunden Kontrollpersonen dagegen zeigten eine stärkere Modulation der emotionalen Antwort durch die vorgeschalteten Aufmerksamkeits-Cues. Unsere Befunde legen eine veränderte Emotionswahrnehmung und -modulation bei Depression nahe.

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Stockholm 1

HS-011 Hauptsymposium

Cardiovascular disorders and depression

Vorsitz: M. Deuschle (Mannheim), T. Schläpfer (Bonn)

0033

Unraveling the relationship between depression and cardiovascular prognosis: lessons from ENRICH, SADHART and MIND-IT

Peter de Jonge (University of Groningen, Department of Psychiatry)

Ischemic heart disease and depression are the 2 largest contributors to the global burden of disease, and they often go hand in hand. Post-myocardial infarction (MI) depression is a frequent phenomenon affecting about 20% of MI-patients. In observational studies, post-MI depression is associated with a worsened cardiovascular prognosis, including mortality and morbidity. Paradoxically, recent attempts to treat post-MI depression in order to improve cardiovascular prognosis in intervention trials (ENRICH, SADHART, MIND-IT) have not been quite successful, both in terms of reducing depression and in improving cardiovascular prognosis. In this talk, I will (A) describe the findings of these intervention trials, (B) evaluate several explanations for the discrepancy between the observational and intervention studies, and (C) point out some new directions in research in this field.

0034

Mental precursors of coronary events

Ad Appels (Maastricht University, Dept. Medical Psychology)

It is known that the occurrence of a coronary event (MI; sudden cardiac death; PCI; CABG) does not strike out of the blue but is usually preceded by angina pectoris and feelings of unusual fatigue, loss of energy, increased irritability and listlessness. In about 20% of all near future victims these symptoms are so severe that they meet DSM criteria for Major Depression.

Cardiologists do not spend much attention to these symptoms because the complaints are very a-specific, and because they do not have tools for treatment. They further raise the important question of whether the symptoms are a side effect of inflammation, of viral reactivation, or of a still unknown element of the disease. It has been demonstrated in about 30 prospective studies that the presence of five or more depressive symptoms more than doubles the risk of a first or recurrent coronary event. There is still some debate about the nature of the depressive symptomatology. Does they reflect clinical depression or a state of exhaustion, caused by prolonged exposure to uncontrollable stress? Other questions involved are: do the symptoms reflect a hypo- or a hyper activity of the HPA-axis? Are the symptoms indicative of a pathogenic mental state or do they reflect health-protecting illness behaviour? The epidemiological and biological data supporting the contention that depressive symptomatology increases the risk of CAD is strong. However, two randomized controlled trials designed to test the hypothesis that intervening on depression or exhaustion reduces the risk of a coronary event were not successful. They also showed that the effect on depression and exhaustion was modest. However, they also suggested that intervening on the mental state of coronary patients might prevent recurrent CAD in selected groups of patients. New intervention studies are warranted.

0035

From depression to heart disease: possible pathophysiological links

Michael Deuschle (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Depression is prospectively associated with an increased risk for diabetes mellitus and coronary heart disease. However, the pathophysiological links between affective and coronary disorders are not well understood. It can not be assumed that a single pathophysiological link leads from depression to heart disease and, thus, the presentation will summarize current knowledge and hypotheses about this psycho-somatic interface.

Methode: Features of the metabolic syndrome (e.g. insulin resistance, visceral obesity), a prodromal state of diabetes as well as heart disease, can be found in patients with hypercortisolemic depression. Similarly, the sympathoadrenergic-vagal dysbalance in affective disorders is related to low heart rate variability, indicating an increased risk for arrhythmia and platelets have been found to be activated in depressed patients. It has to be considered that some genetic factors as well as inflammatory processes contribute to both, affective and coronary disorders. Last, but not least, health-related behaviors, like smoking or low physical activity, may prone depressed patients to metabolic and coronary diseases.

Diskussion/Ergebnisse: Thus, in order to improve metabolic and cardiovascular health in depressed patients, an approach integrating psychiatric, medical as well as life style interventions is needed.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-001 Postersitzung

Affektive Störungen: Diagnostik

Vorsitz: G. Juckel (Bochum)

0001

Komorbidität bei affektiven Störungen Bestandsaufnahme aus der stationären Psychiatrie

Katrin Rathgeber (Berlin)

M. de Groot, P. Bräunig

Einleitung: Komorbidität bezeichnet das Vorliegen von mehr als einer Störung innerhalb eines definierten Zeitraums bei der gleichen Person.

Wie bei einfachen Prävalenzdaten ist zwischen wahrer und administrativer Komorbidität zu unterscheiden. Da sich Anzahl und Art der Komorbiditäten auf die Behandlung und die Prognose auswirken, dient eine akkurate Diagnosestellung der Verbesserung des therapeutischen Handelns. Die vorgestellte Untersuchung hat zum Ziel, eine Bestandsaufnahme der klassifikatorischen Diagnostik in der stationären Psychiatrie aufzuzeigen. Der Fokus wird auf die Erfassung der Lebenszeit-Komorbiditäten von verschiedenen affektiven Störungen gelegt.

Methode: Bei N=1.143 konsekutiv in die psychiatrische Klinik Chemnitz aufgenommenen Patienten mit einer affektiven Störung (F31, F32, F33) wurden die dort dokumentierten komorbiden Diagnosen retrospektiv erfasst. Mit einer kleineren Patientenstichprobe (N=111) wurde ein SKID-Interview zur klassifikatorischen Diagnostik geführt. Die Anzahl und Art der Komorbiditäten werden hinsichtlich verschiedener Kriterien analysiert, z.B. zwischen uni- und bipolar erkrankten Patienten verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei Patienten mit affektiven Störungen werden in der psychiatrisch-stationären Praxis 1,6 weitere psychische Störungen diagnostiziert. 75% der Patienten erhalten mindestens eine komorbide Diagnose. Die Patienten, deren Komorbiditäten anhand des SKID erfasst wurden, erhalten neben der Diagnose einer affektiven Störung durchschnittlich weitere 1,4 Diagnosen psychischer Störungen, 61% mindestens eine komorbide Diagnose. Insbesondere Diagnosen aus den Bereichen F1 und F6 werden mittels SKID seltener gestellt. Während ohne strukturiertes Interview die bipolar erkrankten Patienten signifikant weniger Komorbiditäten aufweisen als unipolar depressiv erkrankte Patienten, verhält sich dies bei der SKID-untersuchten Teilstichprobe tendentiell umgekehrt. Durch den Einsatz von strukturierten klinischen Interviews (SKID) verändert sich die Diagnosestellung in der psychiatrischen Praxis in verschiedenen Bereichen und nähert sich dem aktuell vorliegenden Stand der Forschung stark an.

0002

sv- MADRS in einer prospektiven Kohortenstudie zur Depression

Hans-Jürgen Möller (Ludwig-Maximilians-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

J. Schnitker

Einleitung: Die Montgomery-Åsberg-Depressions-Skala (MADRS) wird häufig in der Depressionsforschung eingesetzt. Die MADRS ist mit 10 Items pragmatisch gestaltet, aber zeitlich sehr aufwändig. Daher wurde eine verkürzte Form der MADRS (sv-MADRS) entwickelt und in einer Anwendungsbeobachtung angewendet (N=11.760). Ziel war es, für die sv-MADRS eine zufrieden stellende Korrespondenz mit der Standardversion der MADRS zu belegen.

Methode: Die Validierung der sv-MADRS basiert auf indirekten Vergleichen. Neben Kennzahlen für die interne Konsistenz und Korrelationskoeffizienten zwischen CGI und MADRS bzw. sv-MADRS werden faktorenanalytische Eigenschaften der sv-MADRS untersucht. Die Berechnung der Faktoren basiert auf der „Varimax-Rotation“.

Diskussion/Ergebnisse: Die sv-MADRS weist im Ausgangsbefund eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's Koeffizient $\alpha=0.83$) auf, die gut mit der MADRS übereinstimmt. Die Querschnitts- und Änderungsvariablen sowie Beurteilungen weisen hohe Korrelationen zwischen CGI und sv-MADRS auf. Die Faktorenanalyse der Ausgangsbefunde extrahiert 3 Faktoren, deren Varianz nach Varimax-Rotation 22.8% (Faktor 1), 21.3% (Faktor 2) bzw. 17.5% (Faktor 3) beträgt. Die Kommunalitäten der Faktorenanalysen bei der Folge- bzw. Abschlussuntersuchung betrugen 53.7% bzw. 58.7%. Die Zahl der Faktoren kann auf 1 reduziert werden. Schlussfolgerung Das korrelative Gefüge der sv-MADRS korrespondiert sehr gut mit dem der Originalskala. Die Faktorstrukturen und die Kommunalitäten stimmen mit Literaturdaten für MADRS überein. Die „Auflösung“ der Faktorstruktur der sv-MADRS unter Therapie mit Escitalopram stellt eine Konsequenz der breiten Besserung der Befunde dar. Entsprechende Beobachtungen sind für MADRS beschrieben worden. Die ermittelten Rangkorrela-

tionskoeffizienten weisen auf eine hohe Übereinstimmungsvalidität hin. Dies belegt die Eignung der sv-MADRS für die Quantifizierung des depressiven Schweregrades sowie für die Erfassung der Änderungen des Schweregrades. Die Befunde zeigen, dass mit der sv-MADRS ein valides Instrument zur ökonomischen Dokumentation des Schweregrades der Depression zur Verfügung steht.

0003

Sinnkonstruktion und Depression

Barbara Gruss (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

D. Dimpfl, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Obwohl Sinnlosigkeit in der Depression häufig beschrieben wird, wurden Sinninhalte und Sinnkonstruktion bei Depressiven bisher nicht genauer empirisch untersucht. Dass die Erhebung von Sinn klinisch relevant ist und Unterschiede zwischen Patienten und gesunden Probanden bestehen, wurde bereits aufgezeigt (Debats, 1996, 1999, Gruss & Pöhlmann, 2004). Ziel der vorliegenden Studie ist zu erheben, wie depressive Patienten im Vergleich zu gesunden Probanden Sinn konstruieren und zu ermitteln, ob Zusammenhänge zwischen Sinnkonstruktion und Symptomschwere bestehen.

Methode: Studenten unterschiedlicher Fachrichtung, Gemeindemitglieder und Patienten mit manifester Depression wurden gefragt, welche Dinge ihr Leben sinnvoll machen und inwieweit Zusammenhänge zwischen den genannten Dingen bestehen. Die beschriebenen Inhalte wurden Kategorien zugeordnet (u.a. Beziehung, Lebensaufgabe), die eigentliche Sinnkonstruktion wurde anhand der Kriterien Zugänglichkeit (Anzahl der genannten Inhalte), Differenziertheit (Anzahl der abgedeckten Kategorien), Elaboriertheit (Anzahl der genannten Zusammenhänge) und Netzdichte (Verhältnis der genannten Sinninhalte zu den berichteten Zusammenhängen) bewertet. Um Symptomschwere, psychische Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden abzubilden, wurden Ausmaß der Depression (Beck Depressionsinventar, BDI), Symptomschwere (Brief Symptom Inventory, BSI), Lebenszufriedenheit (Satisfaction with Life Scale, SWLS) und Kohärenzgefühl (SOC 9-L) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Zwar unterscheiden sich die drei Gruppen nicht in der Anzahl ihrer genannten Inhalte, depressive Patienten thematisieren aber in einem signifikant geringerem Ausmaß Inhalte mit Bezug zu Selbstwirksamkeit (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=11.3$, $p<.003$), decken weniger Kategorien ab ($\chi^2=14.4$, $p<.001$) und stellen weniger Verknüpfungen her, so dass die Netzdichte ihrer Sinnsysteme signifikant geringer ausfällt ($\chi^2=7.6$, $p<.02$). Weiterhin korrelieren Differenziertheit, Elaboriertheit und Netzdichte signifikant positiv mit Maßen der psychischen Gesundheit (SOC 9-L, SWLS) und signifikant negativ mit der Symptomschwere (BDI, BSI). Darüber hinaus stellt die Netzdichte einen signifikanten Prädiktor für die Lebenszufriedenheit dar. Insgesamt können depressive Patienten Dinge nennen, die das Leben für sie sinnvoll machen, verfügen aber über ein weniger differenziertes, elaboriertes und integriertes Sinnsystem.

0004

Computergestützte Verlaufsdokumentation depressiver Symptome

Günter Niklewski (Klinikum Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

H. Lehfeld, C. Bofinger, K. Richter, J. Pröhl, F. Müller-Siecheneder, J. Umbreit

Einleitung: Bei der Verlaufsbeschreibung und Therapieevaluation psychiatrischer Erkrankungen stellen computergestützte Untersuchungsverfahren eine zeitökonomische Alternative zu herkömmlichen Papier- und Bleistift-Tests dar. Nachdem in einer Pilotphase Praktikabilität und Akzeptanz eines computerisierten Fragebogens für Patienten mit depressiver Symptomatik untersucht worden waren, wurden jetzt im Rahmen einer Validierungsstudie die Ergebnisse mit den Resultaten einer Standard-Depressionsskala verglichen.

Methode: Der PHQ-D („Gesundheitsfragebogen für Patienten“, deutsche Version von Löwe 2004) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren

zur Unterstützung der Diagnostik von Depressionen und Angststörungen. Eine Kurzform dieses Fragebogens wurde für den Einsatz auf einem Taschencomputer (Palm Tungsten E) programmiert. Als Referenzmaß diente das Beck-Depressions-Inventar (BDI), das ebenfalls auf den Palm übertragen wurde. Über einen Zeitraum von 6 Monaten wurde bei Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Grunderkrankungen die depressive Symptomatik wiederholt mittels des computerisierten PHQ-D und BDI erhoben. Die Verlaufskurven des PHQ-D und des BDI werden insgesamt und für erhobene psychiatrische Grunderkrankungen mittels Varianzanalyse mit wiederholten Messungen statistisch analysiert. Dabei bilden Zeit und Messmethode die Wiederholungsfaktoren, so dass Therapieeffekt und Reliabilität beurteilt werden können. Aus der Untersuchung von Pilotfällen erwuchs die Hypothese, dass der PHQ-D in der frühen Therapiephase möglicherweise sensibler reagiert als der BDI.

Diskussion/Ergebnisse: Vorgestellt werden die Ergebnisse der Studie zum einen im Hinblick auf die praktische Bewährung der computerisierten Befragung bei stationären Patienten mit depressiven Symptomen, zum anderen werden die Resultate der Verlaufsbeurteilung mittels PHQ-D und des BDI verglichen und diskutiert.

0005

Emotion Regulation Questionnaire Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross & John

Birgit Abler (Universitätsklinik Ulm, Psychiatrie III)

H. Kessler

Einleitung: Mit dem wachsendem Interesse der Neurowissenschaften an Wahrnehmung, Verarbeitung und Neurobiologie von Emotionen insbesondere auch im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen sind die Mechanismen der Regulation von Emotionen verstärkt in den Mittelpunkt gerückt. Eines der ersten validierten Instrumente zur deren Untersuchung stellt der englischsprachige Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) von Gross & John, 2002 dar. Dieser erlaubt es, Präferenzen für zwei häufig angewandte Strategien zur Emotionsregulation, nämlich Unterdrückung (suppression) und Neubewertung (reappraisal) zu untersuchen. Die vorbereitungs-orientierte Strategie der Neubewertung beinhaltet die gedankliche Umdeutung eines erwarteten emotionalen Ereignisses, die antwort-orientierte Strategie der Suppression das Unterdrücken nach außen sichtbarer emotionaler Reaktionen auf das Ereignis. Suppression ist möglicherweise mit einer Neigung zu Depressivität verbunden.

Methode: Die deutsche Version wurde in drei Übersetzungsschritten (V1-V3) entwickelt, von denen jeder an einer Gruppe von Studenten ($n=113/167/174$; Durchschnittsalter: 22/21.4/23.7 Jahre; 65% weiblich) validiert wurde. Dabei stand eine möglichst enge Orientierung am englischen Original sowie die Optimierung der Ladungen der Faktoren auf die zwei Komponenten (Unterdrückung: 4 Items, Neubewertung: 6 Items) im Vordergrund. Die statistischen Analysen wurden mittels SPSS für Windows durchgeführt. Eine Faktorenanalyse mit iterativer Kommunalitätenschätzung und anschließender Varimax-Rotation der Items wurde zur Ermittlung der Faktorenwerte verwendet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Alpha-Werte (innere Konsistenz) als Maß für die Reliabilität in der von uns vorgeschlagenen endgültigen deutschsprachigen Fassung des ERQ für Unterdrückung (0.74) und Neubewertung (0.76) kommen den Durchschnittswerten für den amerikanischen Originalfragebogen (Unterdrückung: 0.73, Neubewertung: 0.79) sehr nahe. Der Entwicklungserfolg zeigte sich dadurch, dass die Alpha-Werte gemeinsam mit der durch die Zweifaktorenlösung erklärten Varianz von V1 nach V3 hin anstiegen. Zudem konnten wir den von Gross & John beschriebenen Effekt signifikant höherer Suppressionswerte bei Männern replizieren. Wir entwickelten ein Instrument, das einfach und in kurzer Zeit (5–10 min) zu beantworten ist und eindeutig die beiden Emotionsregulationsstile Neubewertung und Suppression erfasst. Mögliche Anwendungsbereiche sind die Untersuchung von Depressionen und Angsterkrankungen und die Validierung psychotherapeutischer Verfahren.

0006

Kognitive Einschränkungen bei depressiven Störungen im Behandlungsverlauf

Zeno Kupper (Uniklinik für Psychiatrie, Abt. für Psychotherapie, Bern 10)
U. Junghan, W. Tschacher

Einleitung: Die Zusammenhänge zwischen Neurokognition, Psychopathologie und sozialer Anpassung wurden bisher bei depressiven Störungen noch nicht ausreichend geklärt. Als Beitrag zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden Patientinnen und Patienten im Behandlungsverlauf wiederholt untersucht.

Methode: 38 bzw. 28 in einer Akuttagesklinik behandelte Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen wurden bei Eintritt in die Behandlung und vor Austritt untersucht. Neurokognitive Parameter sowie die Psychopathologie und die soziale Anpassung wurden erhoben. Veränderungswerte und residuale Differenzwerte wurden berechnet. Auf diese Weise wurden die Beziehungen zwischen den neurokognitiven Parametern und der klinischen Verbesserung untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Das Ausmaß der neurokognitiven Einschränkungen war in dieser Patientengruppe moderat. Während sich die akute depressive Symptomatik im Verlauf wesentlich verbesserte (Effektstärken bis maximal 2.3), zeigten sich bei den neurokognitiven Einschränkungen nur leichte Verbesserungen (Effektstärken bis maximal 0.4). Auffällig war, dass besonders die neurokognitiven Einschränkungen bei Austritt, z.B. Leistungen in einem verbalen Gedächtnistest (CVLT), stark mit anderen Variablen korrelierten, so u.a. mit persistierenden Symptomen sowie mit der residualen Verbesserung des sozialen Funktionierens. Schlussfolgerungen: Kognitive Einschränkungen bei stabilisierten Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen sind möglicherweise als wichtige Indikatoren für persistierende Faktoren der Erkrankung zu verstehen. Eine wiederholte Erfassung von Neurokognition, Psychopathologie und sozialer Anpassung im Behandlungsverlauf könnte die Unterscheidung von episodischen („state“) und längerfristig wirksamen, persistierenden („trait“) Aspekten depressiver Störungen ermöglichen. Derartige Unterscheidungen könnten sich auch für die Untersuchung von zugrunde liegenden Prozessen als hilfreich erweisen.

0007

Diagnose und Diagnostik „Komplizierte Trauer“

Kristin Kroker (Universitätsklinikum Münster, Klinik für Psychiatrie)
A. Kersting

Einleitung: Trauer ist als höchst individueller facettenreicher Prozess Bestandteil jeden menschlichen Lebens. Manche Trauerprozesse nehmen jedoch einen komplizierten Verlauf und führen auf emotionaler, kognitiver oder somatischer Ebene sowie auf der Verhaltensebene zu andauernden Beeinträchtigungen. Zwei vorläufige unterschiedliche Klassifikationsmöglichkeiten einer „komplizierten Trauer“ mit empirisch fundierten Kriterienkatalogen wurden entwickelt. Forderungen, die Diagnose „Komplizierte Trauer“, in das DSM-IV aufzunehmen wurden wegen fehlender empirischer Absicherung nicht erfüllt. Seither ergaben weitere empirische Untersuchungen deutliche Hinweise für einen eigenen Krankheitswert der Diagnose sowie für die Rechtfertigung eines Behandlungsauftrages und die Forderung der Aufnahme ins DSM V wurde durch diese Ergebnisse gestützt.

Methode: Anhand eigener empirischer Studien bei unterschiedlichen Populationen (Eltern nach Totgeburt: n=62; Patienten mit affektiven Störungen: n=103) wird der aktuelle Stand der teilweise kontrovers geführten Diskussion dargestellt. Aktuelle Entwicklungen der diagnostischen Instrumente werden illustriert.

Diskussion/Ergebnisse: Trotz einiger methodischer Einschränkungen und Schwierigkeiten untermauern die vielfältigen empirischen Befunde aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen die eigenständige Diagnose „Komplizierte Trauer“. Angesichts der anstehenden Neuauflage des DSM V sind weitere empirische Studien bezüglich der Validität, Reliabilität, Spezifität, Sensitivität und diagnostischen Effizienz der „Komplizierten Trauer“ und der diagnostischen Instrumente nötig. Literatur: Hogan, Nancy S.; Worden, J. William; Schmidt, Lee A (2003/2004). An empirical study of the proposed complicated grief disorder criteria. *Omega: Journal of Death and Dying*, Vol 48(3), pp. 263–277. Lichtenthal, Wendy G.; Cruess, Dean G.; Prigerson, Holly G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, Vol 24(6), pp. 637–662.

0008
Volumetrische Untersuchung des mediodorsalen Thalamus bei affektiven Störungen: Eine postmortem Studie
Peter Danos (Universitätsklinik Gießen, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Kolbe, H. Dobrowolny, B. Baumann, G. Northoff, H.-G. Bernstein, R. Stauch, B. Bogerts

0008

Volumetrische Untersuchung des mediodorsalen Thalamus bei affektiven Störungen: Eine postmortem Studie

Peter Danos (Universitätsklinik Gießen, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Kolbe, H. Dobrowolny, B. Baumann, G. Northoff, H.-G. Bernstein, R. Stauch, B. Bogerts

Einleitung: Strukturelle und funktionelle Untersuchungen haben Hinweise auf die Beteiligung des mediodorsalen Thalamus (MD) an der Pathogenese affektiver Störungen geliefert. Allerdings gibt es bislang nur wenige systematische postmortem Untersuchungen zu diesem Thema. Ziel der vorliegenden postmortem Studie war die volumetrische Untersuchung des rechten und linken MD bei Patienten mit einer uni- oder bipolaren affektiven Störung und normalen Vergleichsindividuen. Die Gruppe der Patienten, die sich suizidiert haben und die Gruppe der Patienten, die sich nicht suizidiert haben, wurden gesondert untersucht.

Methode: Die Volumina des rechten und linken MD wurden anhand von Heidenhain-Wölcke-gefärbten Hirnschnitten von 16 Patienten mit der Diagnose einer affektiven Störung (6 Patienten mit einer unipolaren depressiven Störung, 10 Patienten mit einer bipolaren Störung) und 19 alters- und geschlechtsgemäße Vergleichspersonen ohne neuropsychiatrische Störungen ermittelt. Es bestanden keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen der Patienten- und der Kontrollgruppe hinsichtlich potentiellen konfundierenden Variablen wie Alter, Gesamthirnvolumen und Autolysedauer. Zwischen dem Alter der untersuchten Personen und den Volumina des rechten und linken MD zeigten sich signifikante negative Korrelationen. Zwischen der Autolysedauer, Fixationszeit und den Volumina des rechten und linken MD ergaben sich keine signifikanten Korrelationen. Die statistische Analyse der Volumina erfolgte über eine Varianzanalyse mit Diagnose, Polarität (unipolar versus bipolar) und Geschlecht als Gruppierungsvariablen, Hemisphäre als Messwiederholungsfaktor, und Gesamtvolumen des Hirns und Alter als Kovariaten.

Diskussion/Ergebnisse: Die Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Gruppeneffekt der Diagnose für das Volumen des MD. Ebenso ergab sich kein signifikanter Gruppeneffekt der Polarität (unipolar versus bipolar) für die Volumen des MD. Allerdings zeigte sich, dass die Volumina des rechten und linken MD bei Patienten, die sich suizidiert haben, signifikant größer war als bei Patienten, die sich nicht suizidiert haben. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass bei Patienten mit einer affektiven Störung das Volumen des MD nicht verändert ist. Allerdings wiesen Patienten, die sich suizidiert haben, ein signifikant größeres Volumen des MD auf. Dieser Befund, sowie ähnliche neuropathologische Befunde in anderen Hirnregionen sprechen dafür, dass Patienten mit einer affektiven Störung, die sich suizidiert haben, distinkte neuropathologische Charakteristika aufweisen.

PS-010 Postersitzung

Bipolare Störungen

Vorsitz: M. Bauer (Berlin)

0101

Einfluss von Verlaufsparemtern auf die Prognose bipolarer Störungen

Stephan Röttig (Universitätsklinik Halle, Psychiatrie und Psychotherapie)
D. Röttig, A. Marneros

Einleitung: Bei einem erheblichen Anteil von Personen mit bipolaren Störungen treten im Verlauf affektive Episoden mit schizophrener Symptomatik aber auch reine schizophrene Krankheitsepisoden auf. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, den Einfluss von solchen Besonderheiten des Verlaufs auf das interepisodische soziale Funktionsniveau zu untersuchen.

Methode: Es erfolgte eine katamnestiche Untersuchung von 182 Patienten, die auf Grund einer bipolaren Störung nach DSM-IV (Diagnose mit SKID I) zwischen 1993 und 2000 in der Universitätsklinik für Psychiatrie der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg stationär behandelt worden (durchschnittliche Katamnesezeitdauer 4,8 Jahre). Um eine Konfundierung der Ergebnisse durch eine floride Psychopathologie einzuschränken, wurden Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt die Kriterien für eine akute Krankheitsepisode (oder eine hirnorganische Störung) erfüllten, aus der Analyse ausgeschlossen. Das soziale Funktionsniveau wurde unter Anwendung der Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (SOFAS) erfasst. Weiterhin wurden wichtige soziobiographische Daten (z.B. psychiatrisch bedingte Erwerbsunfähigkeitsrente) erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: 18 (9,9%) Patienten wurden auf Grund einer bipolaren Episode, 2 (1,1%) wegen einer schizoaffectiven Episode, 4 (2,2%) wegen einer schizophrenen Episode und 5 (2,7%) wurden auf Grund des Vorliegens einer hirnorganischen Störung aus der Auswertung ausgeschlossen. Von den verbleibenden 153 Patienten zeigten 8 (5,2%) keine Einschränkung des Funktionsniveaus (SOFAS >90), 76 (49,7%) eine leichte Beeinträchtigung (SOFAS 71–90), 65 (42,5%) eine mäßige Beeinträchtigung (SOFAS 51–70) und 4 (2,6%) eine schwere Beeinträchtigung (SOFAS 31–50). Es fanden sich signifikante Unterschiede (ANOVA, $p=0,042$) zwischen Patienten mit bipolaren Störungen ohne schizophrene Symptomatik im Verlauf ($N=54$, SOFAS 77,33, SD 11,00), bipolare Störungen mit schizophrener Symptomatik im Zusammenhang mit affektiven Episoden ($N=57$, SOFAS 73,44, SD 11,50) und bipolaren Störungen mit reinen schizophrenen Episoden im Verlauf ($N=42$, SOFAS 69,02, SD 11,62). Die Post-hoc Analyse zeigte, dass signifikante Gruppenunterschiede (Scheffé-Test: $p=0,002$) zwischen Verläufen ohne schizophrene Symptomatik und Verläufen mit reinen schizophrenen Episoden bestehen. Patienten mit schizophrener Symptomatik nur im Zusammenhang mit affektiven Episoden nahmen eine Zwischenstellung ohne signifikante Unterschiede zu den anderen Gruppen ein. Bipolare Störungen zeigen auch im Intervall eine erhebliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus. Das Auftreten schizophrener Symptome stellt einen negativen prognostischen Faktor dar, wobei sich fließende Übergänge zwischen Verläufen ohne schizophrene Symptomatik, Verläufen mit schizophrener Symptomatik nur im Zusammenhang mit affektiven Episoden und Verläufen mit reinen schizophrenen Episoden finden.

0102

2 bis 5 Jahres Follow Up von 159 hospitalisierten bipolaren Patienten unter naturalistischen Bedingungen

Christian Simhandl (KH Neunkirchen, Sozial-Psychiatr. Abteilung)
B. König, J. Mersch, K. Mittterwachauer, B. Gasselseder, C. Wunsch

Zweck der Studie ist es alle bipolaren Hospitalisierungen der Abteilung seit Mai 2000 laufend ein Mal pro Jahr nachzuuntersuchen und den Verlauf (Rückfälle, Wiederaufnahmen, Medikation) unter naturalistischen Bedin-

gungen ohne speziellen akademischen Therapieprogrammen zu untersuchen. Wir beschreiben alle konsekutiven Aufnahmen mit der Diagnose Bipolare Störung nach ICD-10 im Zeitraum 05/2000 bis 12/2002 aus einem definierten Einzugsgebiet von ca 200.000 Personen. Der Median der Aufnahmen vor Beginn der Beobachtung beträgt 2 (Mittelwert 2,8). Die Patienten wurden über ihre Diagnose, Behandlungsoptionen und die Bedeutung einer prophylaktischen Behandlung aufgeklärt. Ein medizinisch psychotherapeutisches Setting wurde in die Wege geleitet. Es gab keinerlei Vorgaben über den weiteren Behandlungsmodus der fachärztlichen Betreuung in der Region (nur eine Empfehlung der Abteilung). Alle Informationen über den Verlauf, Medikation, Wiederaufnahmen, fachärztliche Behandlungen wurden mit einem Interview (zuletzt 2005) zusammengetragen. Es wurde die Situation in einer gemischt ländlich/städtischen Region erhoben. 7 Patienten starben bis Ende 2005, 4 durch Suizid. Ein Hauptergebnis ist, daß alle Patienten, welche die Medikation völlig abbrachen innerhalb von 5 Jahren einen Rückfall erleiden. Betreffend der verschiedenen verwendeten Medikamente (Antipsychotika, Antiepileptika, Antidepressiva und Lithiumsalz) zeigte lediglich Lithium einen signifikanten Einfluß (log rank test $p=0,046$) betreffend der Rückfälle und somit den stärksten Einfluß auf den Verlauf einer bipolaren Erkrankung.

0103

Kognitive Schemata und emotionale Informationsverarbeitung bei bipolaren Patienten

Claudia Lex (LKH Villach, Neurologie und Psychosomatik)
T. Meyer, K. Thau, M. Hautzinger

Einleitung: Kognitive Vulnerabilitäts-Stress Theorien (z.B. Beck et al., Abramson et al.) gehen davon aus, dass Personen mit bestimmten kognitiven Mustern ein erhöhtes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken. Dies konnte wiederholt für unipolare Depressionen gezeigt werden. In Bezug auf die bipolare affektive Störung gibt es dazu bis jetzt weit weniger Untersuchungen. Ein mögliches Modell ist, dass bipolare Patienten sowohl positiv als auch negativ gefärbte dysfunktionale Einstellungen und Informationsverarbeitungsstile haben. Die Richtung der Stimmungsveränderung (Manie oder Depression) könnte dann davon abhängig sein, ob die positiven oder die negativen gefärbten Kognitionen aktiviert wurden. Ein anderes Modell nimmt an, dass bipolare Patienten generell primär negativ gefärbte kognitive Muster zeigen. Die Manie wäre dann eine Art „Abwehr“ oder „inadäquater Bewältigungsversuch“ zum Schutz vor depressiven Symptomen. Bis dato durchgeführte Studien lassen noch keine definitiven Schlüsse bezüglich der Validität dieser Modelle zu. Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, die Rolle der dysfunktionalen Einstellungen, des Attributionsstils und die Mechanismen der Informationsverarbeitung bei bipolaren Patienten zu untersuchen.

Methode: Die Untersuchung erfolgt nach Durchführung eines SKID-I bei $n=28$ remittierenden Patienten mit einer Bipolar I Störung, 15 Personen mit einer akut hypomanen Bipolar-I Episode sowie einer parallelisierten Stichprobe von 28 gesunden Personen. Die aktuelle Symptomatik wird zusätzlich mit BDI, BRMAS und BRMES erhoben. Um kognitiv-emotionale Prozesse zu erheben, wird der Emotionale Stroop-Test, der emotionale Auditiv-Verbale-Lern-Test sowie die Skala zur Erfassung dysfunktionaler Einstellungen und der Attributionsstilfragebogen verwendet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse werden präsentiert und hinsichtlich ihrer theoretischen Bedeutung als auch ihrer Auswirkungen auf psychologische Behandlungsansätze diskutiert.

0104

Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen: eine kontrollierte Gruppentherapie-Studie

Gerhard Lenz (Medizin, Universität Wien, Univ. Klinik für Psychiatrie)
A. Bergthaler, B. Breit-Gabauer, S. Demelbauer, I. Stampfer, M. Aigner, M. Freidl, D. Nosiska, M. Ossege, M. Schaffer

Einleitung: Einige Studien weisen darauf hin, dass die Rückfallshäufigkeit bei Patienten mit bipolarer Störung, die unter medikamentöser

Phasenprophylaxe stehen, durch zusätzliche Psychoedukation bzw. vor allem Psychotherapie weiter gesenkt werden kann. Als wirksame Verfahren haben sich hier Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle und soziale Rhythmustherapie und Familienfokussierte Therapie erwiesen. Entsprechende Therapiemanuale liegen in englischer und deutscher Sprache vor.

Methode: In einer kontrollierten Gruppentherapiestudie nach dem Therapiemanual von Schaub et al. (2004) finden 1× wö- bei unabhängig von der Studie laufender Phasenprophylaxe- insgesamt 14 kognitiv-verhaltenstherapeutische Sitzungen statt mit 2 Booster-Sitzungen nach 6 und 9 Monaten und einem Follow-up 12 und 24 Monate nach Therapiebeginn. Zusätzlich gibt es eine Angehörigengruppe über 8 Stunden. In der Kontrollgruppe wird ein Informationsbuch über bipolare Störungen ausgeteilt und an 3 Sitzungen innerhalb von 3 Monaten diskutiert. Die Diagnostik erfolgt mit MINI-Interview, zusätzliche Evaluierungen mit CGI, BRMAS, BRMES, BDI, MSS, WHOQOL-BREV, Stigma-FB, SHPSS und LAQ (Einstellungsfragebogen zur Medikation).

Diskussion/Ergebnisse: Bisher wurden 38 Patienten eingeschlossen (71,1% weiblich, 52,6% bipolar I, 47,4% bipolar II), es liegen die Ergebnisse der Ersterhebung vor (To), Berechnungen für T3 finden demnächst statt. Alle 38 Patienten waren auf Mood-Stabilizer eingestellt, 12 Pat. auf 2 und einer auf 3 Mood-Stabilizer. 18 Pat. erhielten Valproinsäure, 16 Lamotrigin, 9 Lithium, 4 Carbamazepin. Die Compliance war in 34 der 38 Patienten als sehr gut bis gut zu beurteilen. 34,2% der Pat. hatten keine NW, 23,0% gaben Gewichtszunahme an, 13,2% Müdigkeit/Zittern, 10,5% Haarausfall. Die Gruppentherapie wurde von den Patienten sehr positiv aufgenommen, neben der Psychoedukation und den spezifischen psychotherapeutischen Interventionen wurde vor allem auch der gegenseitige Erfahrungsaustausch als sehr hilfreich erlebt. Die Angehörigen waren sehr dankbar, endlich auch in einer eigenen Gruppe angehört zu werden bzw. eigene Anliegen behandeln zu können und einen Erfahrungsaustausch pflegen zu können. Auch die Kontrollgruppe wurde als sehr positiv erlebt, allerdings äußerten fast alle den Wunsch, dass sie hätte länger dauern sollen.

0105

Randomisiert-kontrollierte Evaluation eines Gruppentrainings für Patienten mit Bipolaren Störungen zur Verbesserung der Lebensqualität und Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten

Kornelia Gillhoff (Sanatorium Kilchberg, Psychotherapiestation A)
J. Gaab, J. Tholuck, U. Ehlert, W. Greil

Einleitung: Patienten mit einer bipolaren Störung erleben neben den psychiatrischen Symptomen häufig erhebliche Einbußen in der Lebensqualität, sind sozial isolierter und nehmen aufgrund der Medikation an Gewicht zu. Das Risiko für klinisch relevantes Übergewicht und damit assoziierten Konsequenzen (Metabolisches Syndrom) ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Für eine langfristige Stabilisierung der bipolaren Symptomatik sind stimmungsstabilisierende Medikamente sowie ein regelmäßiger Lebensrhythmus indiziert. Ziel der Untersuchung ist die Evaluation einer sogenannten life style intervention auf Symptomatik, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie auf somatische Laborparameter.

Methode: Die Intervention richtet sich an Patienten, welche seit mindestens 3 Monaten stimmungsstabilisierende Medikamente einnehmen. Das Gruppentraining beinhaltet drei Module, welche über einen Zeitraum von 5 Monaten durchgeführt wurden: „Lifestyle“, „Fitness“ und „Ernährung“. Die Gesamtzahl von 59 Patienten wurde randomisiert in Treatment- und Kontrollgruppe aufgeteilt und jeweils vor, direkt sowie 6 Monate nach Abschluss des Trainings untersucht. Neben Laborparametern wurden der Verlauf der bipolaren Störung erhoben sowie Fragebogen eingesetzt (u.a. Essverhalten, Lebensqualität, sozialen Aktivität).

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Daten sind in Auswertung, erste Ergebnisse werden präsentiert. Die Ergebnisse sollen zeigen, in-

wieweit die Intervention geeignet ist, die subjektive Lebensqualität, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie somatisch relevante Parameter zu verbessern.

0106

Computergestütztes kognitives Training mit X-Cog® bei Patienten mit einer bipolaren Störung

Wolfgang Trapp (Sozialstiftung Bamberg, Psychiatrie und Psychotherapie)
M. Dobmeier, A. Hasmann

Einleitung: In den letzten Jahren konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass bei der bipolaren Störung sowohl in den akuten (Martinez-Aran et al., 2000) als auch in den remittierten (Clark et al., 2002; Martinez-Aran et al., 2004) Phasen kognitive Defizite zu beobachten sind. Diese Beeinträchtigungen betreffen vorrangig die Bereiche der Exekutivfunktionen, des verbalen Gedächtnisses sowie der Aufmerksamkeit. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach einer möglichen Trainierbarkeit solcher kognitiver Defizite.

Methode: Die eingesetzte computergestützte Trainingssoftware ermöglicht ein Training spezieller, bei der bipolaren Störung beeinträchtigter Fähigkeiten. X-Cog® setzt sich aus 16 Übungen zusammen, die vier verschiedene Kernbereiche – Gedächtnis (verbales und Arbeitsgedächtnis), Problemlösefähigkeit (Handlungsplanung und Abstraktionsfähigkeit), Aufmerksamkeit und die visuo-motorische Komponente – in fünf möglichen Schwierigkeitsstufen abdecken. Durch Randomisierung werden die bipolaren Patienten entweder der Experimentalgruppe (nimmt am kognitiven Training teil) oder der Kontrollgruppe (nimmt nicht an X-Cog teil) zugeteilt. Die Trainingsgruppe durchläuft die Übungssoftware in einem Zeitraum von zehn Wochen mit zwei einstündigen Sitzungen/Woche. Vor Trainingsstart wird eine neuropsychologische Testbatterie mit Unteraufgaben zu den Teilbereichen Aufmerksamkeit (d2,CPT), Gedächtnis (MVGT) und Exekutivfunktionen (WCST) durchgeführt, die nach Beendigung des Trainings wiederholt wird. Auch die Kontrollgruppe durchläuft diese Datenerhebung mit einem Abstand von zehn Wochen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Datenerhebung innerhalb dieser Studie ist noch nicht beendet, es handelt sich aktuell nur um vorläufige Ergebnisse. Erste Auswertungen mittels exakten Binomialtests mit noch kleinen Stichprobenzahlen zeigen aber bereits erste signifikante Ergebnisse innerhalb der Bereiche „Exekutivfunktionen“ und „verbales Gedächtnis“. Diese ersten Ergebnisse weisen also auf eine mögliche Trainierbarkeit kognitiver Beeinträchtigungen bei bipolaren Patienten mittels einer computergestützten Trainingssoftware hin.

0107

Atypische Antipsychotika im Vergleich zu Placebo in der Behandlung der akuten Manie eine Metaanalyse

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)
F. G. Pajonk, S. Leucht

Einleitung: Einige atypische Antipsychotika sind bereits zur Behandlung der akuten Manie zugelassen. Bisher gibt es keine Meta-Analyse zur klinischen Wirksamkeit der Einzelsubstanzen.

Methode: Wir führten eine Metaanalyse zur Wirksamkeit und Sicherheit von atypischen Antipsychotika in der Behandlung der akuten Manie durch. Hierzu suchten wir in Datenbanken nach randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studien der einzelnen Atypika im Vergleich zu Placebo. Daten zur Wirksamkeit, globalen Dropout-Rate, Dropout-Rate wegen Nebenwirkungen und Unwirksamkeit sowie die Raten an extrapyramidalmotorischen Symptomen und Schläfrigkeit wurden erhoben und in einer Metaanalyse kombiniert.

Diskussion/Ergebnisse: 12 Studien mit 2773 Patienten wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Alleine und als Gruppe waren die atypischen Antipsychotika einer Placebobehandlung überlegen. Dies

zeigte sich in einer höheren Reduktion manischer Symptome, in einer niedrigeren Non-Response-Rate, einer geringeren globalen Dropout-Rate und niedrigeren Dropout-Rate wegen Unwirksamkeit. Alle atypische Antipsychotika wiesen eine höhere Rate an Schläfrigkeit auf. Einige zeigten eine höhere EPS-Rate. Zusammenfassung: Diese Analyse konnte deutlich zeigen, dass atypische Antipsychotika in der Behandlung der akuten Manie Placebo überlegen sind. Jedoch sollten Nebenwirkungen wie erhöhte Schläfrigkeit und höhere EPS-Rate bei der Therapieentscheidung berücksichtigt werden.

0108

Atypische Antipsychotika im Vergleich zu Stimmungs-Stabilisierern in der Behandlung der akuten Manie eine Metaanalyse

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

F. G. Pajonk, S. Leucht

Einleitung: Für konventionelle Neuroleptika zeigte die Mehrheit der Studien eine gleichwertige antimanische Wirkung im Vergleich zu Lithium und Carbamazepin. Ein systematischer Vergleich und eine Meta-Analyse zur klinischen Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika im Vergleich zu Stimmungs-Stabilisierern wurde bislang nicht durchgeführt.

Methode: Wir führten einen Metaanalyse zur Wirksamkeit und Sicherheit von atypischen Antipsychotika in der Behandlung der akuten Manie durch. Hierzu suchten wir in Datenbanken nach randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studien der einzelnen Atypika im Vergleich zu Stimmungs-Stabilisierern. Daten zur Wirksamkeit, globalen Dropout-Rate, Dropout-Rate wegen Nebenwirkungen und Unwirksamkeit sowie die Raten an extrapyramidalmotorischen Symptomen und Schläfrigkeit wurden erhoben und in einer Metaanalyse kombiniert.

Diskussion/Ergebnisse: Fünf Studien mit 636 Patienten wurden in die Auswertung eingeschlossen. Alle Studien zusammengefasst zeigten lediglich einen Trend für eine Überlegenheit der Atypika im Vergleich zu den Stimmungs-Stabilisierern bezüglich der Reduktion manischer Symptome. Die Parameter der klinischen Wirksamkeit (globale Dropout-Rate und Dropout-Rate wegen Nebenwirkungen) wiesen keine Unterschiede auf. Zusammenfassung: Atypische Antipsychotika und Stimmungs-Stabilisierer haben eine gleich gute Wirksamkeit in der Akutbehandlung manischer Symptome.

0109

Atypische Antipsychotika im Vergleich zu Placebo in der Kombination mit Stimmungs-Stabilisierern in der Behandlung der akuten Manie eine Metaanalyse

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

F. G. Pajonk, S. Leucht

Einleitung: Aktuelle Therapieleitlinien zur Behandlung der akuten Manie unterscheiden sich weltweit erheblich voneinander. Einige empfehlen die alleinige Behandlung mit einem Stimmungs-Stabilisierer, andere die alleinige Behandlung mit einem atypischen Antipsychotika und andere sofort eine Kombinationsbehandlung aus beiden. Bislang liegt keine systematische Untersuchung zu der Frage vor, ob eine Kombinationsbehandlung einer Monotherapie überlegen ist.

Methode: Wir führten einen Metaanalyse zur Wirksamkeit und Sicherheit von atypischen Neuroleptika in der Behandlung der akuten Manie durch. Hierzu suchten wir in Datenbanken nach randomisierten, kontrollierten, doppelblinden Studien der einzelnen Atypika im Vergleich zu Placebo in der Kombinationstherapie mit Stimmungs-Stabilisierern. Daten zur Wirksamkeit, globalen Dropout-Rate, Dropout-Rate wegen Nebenwirkungen und Unwirksamkeit sowie die Raten an extrapyramidalmotorischen Symptomen und

Schläfrigkeit wurden erhoben und in einer Metaanalyse kombiniert.

Diskussion/Ergebnisse: Sechs Studien mit 1317 Patienten wurden in die Auswertung eingeschlossen. Eine Kombinationsbehandlung aus atypischen Antipsychotika und Stimmungs-Stabilisierern war einer Monotherapie mit Stimmungs-Stabilisierern überlegen. Dies zeigte sich in einer stärkeren Reduktion manischer Symptome, einer geringeren Non-Response-Rate, geringeren Raten an globalen Dropouts und Dropouts wegen Unwirksamkeit. Die Rate an Nebenwirkungen unterschied sich nicht. Die Raten an Schläfrigkeit und EPS (für 2 Substanzen) waren in der Kombinationsbehandlung höher. Zusammenfassung: Diese Meta-Analyse konnte zeigen, dass eine Kombinationsbehandlung aus atypischen Antipsychotika und Stimmungs-Stabilisierern einer Monotherapie deutlich überlegen ist.

0110

Wirksamkeit einer Monotherapie mit Atypika in der Behandlung der akuten Manie im Vergleich zu Placebo bzw. einem aktiven Komparator

P. Hundemer (Lilly Deutschland GmbH, Medizinische Abteilung, Bad Homburg)

C. Nicolay, S. Eppendorfer

Einleitung: Einleitung: Zahlreiche randomisierte Doppelblindstudien zur Behandlung akuter Manien bei bipolarer Erkrankung belegen die Wirksamkeit aller atypischen Neuroleptika (Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon) im Vergleich mit Placebo bzw. einer aktiven Substanz. Jedoch fehlen direkte Vergleichsstudien zwischen den verschiedenen Atypika. Basierend auf bisher veröffentlichten Studiendaten wird hier ein vergleichender Überblick zur Wirksamkeit der Atypika gegeben.

Methode: Methodik: Durch MEDLINE-Analyse wurden alle bis Juni 2006 publizierten Studien atypischer Neuroleptika bei akuter Manie identifiziert. Ausgewählt wurden nur prospektive, randomisierte Doppelblindstudien (Monotherapie vs. Placebo bzw. vs. aktive Substanz). Der Therapieerfolg war mittels Young Mania Rating Scale (YMRS), Mania Rating Scale (MRS) oder Bech-Rafaelsen Mania Scale (MAS) zu messen. Als Response wurde eine $\geq 50\%$ Verbesserung auf der Skala definiert. Für jede Studie wurden ermittelt (inkl. 95% Konfidenzintervall): Mittlerer absoluter und relativer Unterschied der Manie-Score-Verbesserung, Response-Rate, Odds-Ratio, adjustierte Odds-Ratio.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse/Diskussion: 11 Placebo- und 10 aktiv kontrollierte Monotherapiestudien mit Atypika bei akuter Manie wurden identifiziert. Bei den placebokontrollierten Studien (Dauer 3–4 Wochen) war 9x die YMRS und 2x (Ziprasidon) die MRS das primäre Rating-Instrument (mittlere Baselinewerte 26,2–37,5). Die mittleren Unterschiede der Verbesserung zwischen Monotherapie und Placebo reichten von 4,0–12,4. Die Responderaten lagen unter Placebo zwischen 18,9% und 42,9%, unter aktiver Substanz zwischen 39,8% (Aripiprazol) und 72,9% (Risperidon). Die adjustierten Odds-Ratios lagen zwischen 1,946 (Ziprasidon) und 2,727 (Risperidon), sie waren für alle Monotherapien gegenüber Placebo statistisch signifikant überlegen. Bei den aktiv kontrollierten Studien (Dauer 3–6 Wochen, mittlere Baseline-Werte der YMRS, MRS bzw. MAS 24,8–34,0) betrugen die mittleren Unterschiede der Verbesserung zwischen Monotherapie und Vergleichssubstanz 3,5 bis –3,4 Punkte. Die Responderaten innerhalb der Studien waren ähnlich und lagen insgesamt zwischen 42,6% (Quetiapin) und 72,3% (Olanzapin). Die Odds-Ratios betrugen 0,580 (Quetiapin vs. Haloperidol) bis 1,629 (Olanzapin vs. Valproinsäure), in keiner Studie war die Monotherapie der aktiven Vergleichssubstanz statistisch signifikant überlegen. Die beobachteten tendenziellen Unterschiede der Wirksamkeit einzelner Atypika werden durch Studiendesign und Patientencharakteristika beeinflusst. Daher sind direkte Vergleichsstudien zwischen den Atypika bei akuter Manie sinnvoll und notwendig, um mögliche Wirksamkeitsunterschiede, auch in speziellen Subgruppen, nachzuweisen.

0111

Levetiracetam in der Therapie der akuten Manie

Peter Bräunig (Humboldt Klinikum Vivantes, Psychiatrie, Berlin)
R. Pietsch, S. Krüger

Einleitung: Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Beurteilung einer Kombinationstherapie der Antikonvulsiva Levetiracetam und Valproat bei akuten Manien im Vergleich zu einer Monotherapie mit Valproat. Es wurde untersucht, ob Levetiracetam in Kombination mit Valproat zu einer schnelleren Remission akut manischer und gemischter Symptomatik führt als die Behandlung mit Valproinsäure allein.

Methode: In diese offene, randomisierte, nicht-kontrollierte Studie wurden Patienten mit einer Bipolar-I-Störung der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik am Klinikum Chemnitz gGmbH eingeschlossen. Die Diagnose der Manie wurde nach den DSM-IV- und ICD-10-Kriterien sowie der Young-Mania-Rating-Scale (YMRS), Score >20, festgestellt. Es wurden 25 Patienten eingeschlossen, davon wurden 13 in die Kombinations- und 12 in die Monotherapiegruppe randomisiert. Die Behandlung erfolgte auf stationärer Basis, die Studienvisiten nach vorgegebenem Zeitplan im 14-tägigen Intervall. Nach Ablauf von vier Wochen wurde die Response-Rate in beiden Therapiegruppen bestimmt. Es schloß sich eine 'Follow-up'-Phase von weiteren zwei Wochen an. Als Primärer Endpunkt der Studie wurde die Reduktion des YMRS-Scores im Studienverlauf beobachtet es erfolgte eine Datenaggregation durch Berechnung der intra-individuellen Mittelwerte von Visiten 2–4. Sekundäre Endpunkte stellten Reduktion der weiteren Ratings (HAM-D, CGI-BP, GAF), Nebenwirkungen sowie benötigte Begleitmedikation dar. Die Auswertung erfolgte nach 'Intent-to-Treat'. Falls Fehlwerte in den Ratings auftraten, wurden diese durch den jeweils vorangehenden Wert ersetzt ('last observation carried forward', LOCF). Der Therapievergleichs-Test bzgl. des primären Endpunkts erfolgte als T-Test ohne Voraussetzung von Varianzhomogenität. Die Datenanalyse erfolgte durch das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Leipzig (Einrichtung der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und des Uniklinikums Leipzig AöR).

Diskussion/Ergebnisse: In der Kombinationsgruppe wurden durchschnittlich 1232+324 mg Valproat verabreicht, in der Monotherapiegruppe 1328+367 mg. Die mittlere LEV-Dosis betrug 1650 mg. Keine Unterschiede fanden sich in bezug auf demographische und klinische Variablen. Die durchschnittlichen YMRS-Scores zum Screening betrugen 26+5 in der Kombinations- und 25+4 in der Monotherapiegruppe. In bezug auf den primären Endpunkt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, das heißt, es kam zu keiner schnelleren oder langanhaltenderen Remission der manischen Symptomatik in der Kombinationsgruppe. Ein signifikanter Unterschied fand sich im Hinblick auf die Nebenwirkungen: Kopfschmerzen, Schwindel und Ataxie, Harninkontinenz sowie Gewichtszunahme traten in der Kombinationsgruppe signifikant häufiger auf als in der Valproat-Monotherapiegruppe. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Levetiracetam in der Therapie der akuten Manie als add-on zu einer stimmungsstabilisierenden Substanz keine Vorteile bringt und für die Manietherapie nicht geeignet zu sein scheint.

0112

Aripiprazol als add-on Therapie bei bipolarer Depression

Eva Schmidt (Universitätsklinik Graz, Psychiatrie)
B. Reininghaus, C. Ebner, P. Hofmann

Einleitung: Aripiprazol als jüngstes atypisches Antipsychotikum ist bisher in der Behandlung der Schizophrenie und der Manie bei bipolarer Störung zugelassen. Wir berichten über die erfolgreiche Anwendung bei 3 Patientinnen bei einer depressiven Episode bei bekannter bipolarer Störung.

Methode: Bei den 3 Patientinnen kam es zum Auftreten einer mittelgradig depressiven Episode bei bipolarer Störung. Als Basistherapie wurden etablierte mood-stabilizer verabreicht, zusätzlich wurde durch

Beginn, Wechsel bzw. Steigerung der antidepressiven Medikation mit SSRI's oder SNRI's über einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen versucht zu therapieren, jedoch ohne ausreichenden klinischen Effekt. Aufgrund auch schon in früheren Krankheitsphasen erfolglos eingesetzter anderer Therapiestrategien wurde Aripiprazol als add-on Therapie bei bestehender Phasenprophylaxe und antidepressiver Medikation begonnen. Es zeigte sich schon nach weniger als 2 Wochen eine klinisch relevante Reduktion der Symptomausprägung und alle 3 Patientinnen erreichten die Remissionskriterien in den Fremdbeurteilungsskalen HAM-D und MADRS. Zusätzlich wurden vor Beginn der Therapie mit Aripiprazol die Patienten gewogen und HDL, LDL, Cholesterin, Triglyceride und Apolipoproteine gemessen, um den weiteren Verlauf bezüglich Gewichtsveränderung und Fettstoffwechsel zu evaluieren. (Die genauen Ergebnisse dazu lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Abstracts noch nicht vor, es ist jedoch schon jetzt ein Trend in Richtung positiver Beeinflussung sichtbar.)

Diskussion/Ergebnisse: Unserem Wissen nach wurde bisher bis auf einen Fallbericht bei einer schizoaffektiven Erkrankung von Errico und Yates 2005 (1) noch kaum über mögliche antidepressive Effekte bei bipolarer Störung von Aripiprazol berichtet. Bei unserer Fallserie zeigte sich eine ausgeprägte und rasche Wirksamkeit in Bezug auf depressive Symptome bei allen 3 Patienten trotz im Vorfeld schon verschiedener erfolgloser antidepressiver Strategien. Die hier beschriebene antidepressive, zusätzlich die mögliche phasenprophylaktische Wirksamkeit von Aripiprazol bei nur geringer Beeinflussung von Körpergewicht und Fettstoffwechsel lassen uns auf eine zukünftig sehr gute Alternative in der Behandlung der bipolaren Störung hoffen. (1) Errico JR, Yates WR. Aripiprazole and Depression in Schizoaffective Disorder Am J Psychiatry 162:626–627, March 2005

0113

Selbsthilfe im Cyberspace für Patienten mit bipolaren affektiven Störungen? Eine Internet-Foren-Analyse

Tanja Schielein (Klinik für Psychiatrie, Klinische Sozialpsychiatrie, Regensburg)

R. Schmid, C. Cording, H. Spießl

Einleitung: Das Internet gewinnt in der Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend an Bedeutung. Der Stellenwert von Selbsthilfe-Foren im Internet als Kommunikationsplattform für psychisch Kranke und ihre Angehörigen wird kontrovers diskutiert. Anliegen der Studie ist es, zu untersuchen, wie Patienten mit bipolaren affektiven Störungen und ihre Angehörigen Online-Selbsthilfe-Foren nutzen und welche Diskussions Themen für sie besonders relevant sind.

Methode: An sechs Stichtagen in einem Zeitraum von sechs Monaten wurden insgesamt 1200 Beiträge („Postings“) von 135 Nutzern in zwei deutschsprachigen Selbsthilfe-Foren (Deutschland, Österreich) für bipolare affektive Störungen hinsichtlich Themengebieten und Selbsthilfemechanismen inhaltsanalytisch ausgewertet und quantifiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Postings wurden (nach Selbstbeschreibung der Mitglieder) hauptsächlich von Patienten (93% der Postings), seltener von Angehörigen (5%) oder professionellen Helfern (2%) verfasst. Die am häufigsten diskutierten Themengebiete waren das soziale Netz der Erkrankten (22% der Postings), Symptome der Erkrankung (20%), medikamentöse Therapie (15%), der Kontakt mit professionellen Helfern (9%) sowie Umgang mit der Diagnose (9%). Der Austausch von Fachinformationen zu Ätiologie und Prognose der Erkrankung sowie Sachfragen zu psychotherapeutischen, beruflichen, finanziellen und rechtlichen Aspekten war vergleichsweise weniger bedeutsam. Die fünf häufigsten Selbsthilfemechanismen waren Selbstoffenbarung (49%), Kommentare, in welchen die Zugehörigkeit zum Forum bekräftigt wurde (20%), Empathie und Unterstützung (18%), Freundschaft (16%) und Vermitteln von Information (14%). Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dem sozialen Netz von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen eine zentrale Bedeutung in der Krankheitsbewältigung zukommt. Sowohl Patienten als auch

Angehörige nutzen das Internet und suchen in Online-Selbsthilfeforen hauptsächlich emotionale Entlastung und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung. In psychoedukativen Programmen für Patienten und Angehörige sollten diese Aspekte in Klinik und Praxis Berücksichtigung finden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 04/05

ST-007 State-of-the-Art-Symposium

Bipolare Störungen Pharmakotherapie

Vorsitz: T. Schläpfer (Bonn), W. Greil (Kilchberg-Zürich)

0013

Praxisrelevante Grundlagen der Neurobiologie Bipolarer Störungen

Thomas Schläpfer (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die nach ICD-10 theoretisch klare Abgrenzung einzelner Störungskategorien affektiver Erkrankungen entspricht in neurobiologischer Hinsicht nicht der Realität. Eine dimensionale Beschreibung der mit der Störung einhergehenden Dysregulationen des Verhaltens, der Kognition und der Emotionen, oder aber eine Beschreibung der Beeinträchtigungen auf biologischer Ebene kann zusätzlich wichtige Information liefern. Aus biologischer Sicht sind psychische Störungen charakterisiert durch Beeinträchtigungen auf der Ebene der Neurotransmission, der Konnektivität oder der Proteinsynthese. Heute wird eine multifaktorielle Ätiopathogenese affektiver Erkrankungen angenommen, bei der sowohl genetische, wie auch biologische und psychosoziale Faktoren interagieren und je nach individueller Disposition zur Ausprägung von Krankheitssymptomen führen. Die relativ uniforme Prävalenzrate in unterschiedlichen Kulturkreisen, das familiär gehäufte Auftreten und das relativ niedrige Erstmanifestationsalter bipolarer Störungen im Vergleich zur unipolaren Depression weisen auf eine starke genetische Disposition und relativ geringere Modulierbarkeit durch äußere Stressoren hin. Bipolare Störungen gehen wie andere affektive Erkrankungen mit strukturellen Veränderungen und funktionellen Störungen des Gehirns einher. Bei bipolaren affektiven Störungen werden Auffälligkeiten in der gesamten Kaskade der neuronalen Signaltransmission – von Neurotransmittern und Neuromodulatoren über rezeptorgekoppelte intrazelluläre Signaltransduktion bis hin zur Genexpression – beobachtet. Eine adäquate Behandlung führt nicht nur zu einer Verbesserung der Symptomatik affektiver Störungen, sondern kann auch mit einer Normalisierung struktureller und funktioneller Veränderungen einhergehen. Eine antidepressive Behandlung erhöht die Anzahl neu gebildeter Zellen im Gyrus dentatus und Hilus des Hippokampus. Sowohl die Anwendung von Elektrokrampftherapie als auch von mehreren antidepressiven Medikamentenklassen (MAO-Hemmer, SSRI, SNRI), nicht aber von non-antidepressiven Wirkstoffen (Haloperidol) zur Erhöhung der Anzahl neu gebildeter Neuronen; diese Wirkung ist also eine gemeinsame und evtl. spezifische Eigenschaft antidepressiver Therapien. Dieser Effekt wurde nur nach einer chronischen, nicht jedoch nach einer akuten antidepressiven Behandlung beobachtet, was mit der klinischen Erfahrung zum Zeitverlauf der therapeutischen Wirkung von Antidepressiva vereinbar ist. Lang anhaltende unbehandelte affektive Störungen mit strukturellen Veränderungen und funktionellen Störungen des Gehirns einhergehen. Das Ziel einer Behandlung besteht darin, diese Veränderungen rückgängig zu machen. Dieser Prozess kann langwierig sein und einige Zeit dauern, weshalb eine Langzeitbehandlung unumgänglich ist.

0014

Bipolare Störungen: Medikamentöse Therapie

Waldemar Greil (Sanatorium Kilchberg, Psychiatrische Privatklinik, Kilchberg-Zürich)

D. Giersch

Einleitung: Es wird der aktuelle Stand der medikamentösen Therapie Bipolarer Störungen zusammenfassend dargestellt, wobei vor allem die jüngsten Veränderungen des Kenntnisstandes besprochen werden.

Methode: Neben publizierten kontrollierten Studien und Leitlinien finden auch Erfahrungsberichte sowie (auch unveröffentlichte) Befunde aus laufenden naturalistischen Studien Berücksichtigung. Aktuelle Veränderungen des Kenntnisstandes gibt es vor allem bezüglich der Behandlung bipolarer Depressionen mit Antidepressiva und atypischen Neuroleptika.

Diskussion/Ergebnisse: Die CANMAT-Leitlinien geben den aktuellen Stand des Wissens und der Erfahrung in der Behandlung Bipolarer Störungen besonders ausgewogen wieder und können Ärzten im klinischen Alltag bei ihren Therapieentscheidungen sehr hilfreich sein. Greil W und Giersch D, Stimmungsstabilisierende Therapien bei manisch-depressiven (bipolaren) Erkrankungen. Thieme, 2006 Yatham LN et al., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disorder 7, Suppl 3, 2005, 5–69

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 09

S-048 Symposium

YPP: Junge Forschung in der deutschen Psychiatrie: Status quo, Entwicklungs- und Vernetzungsmöglichkeiten am Beispiel der bipolaren Störung

Vorsitz: S. Gerber (Freiburg), T. G. Schulze (Mannheim)

0234

DGBS Arbeitskreis Junge Wissenschaftler

Sonja Gerber (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Der „DGBS Arbeitskreis Junge Wissenschaftler“ wurde im November 2005 von der DGBS e.V. ins Leben gerufen. 1999 gegründet, vereint die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS e.V.) in ihrem triadischen Konzept Professionelle, Angehörige und Betroffene unter ihrem Dach. Es ist der Gesellschaft ein besonderes Anliegen, Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild der Bipolaren Störungen zu erlangen, Forschungs- und Lehraktivitäten zu fördern, eine enge Zusammenarbeit mit allen psychiatrischen Fachgesellschaften voran zu treiben und Selbsthilfeinitiativen zu unterstützen. Die DGBS e.V. möchte eine bessere Vernetzung der Forschungsaktivitäten erreichen und konnte mit der Hertie-Stiftung einen Förderer gewinnen, um junge Wissenschaftler zu einem Round-Table-Meeting einzuladen und den Grundstein zu einer produktiven Zusammenarbeit von Vertretern relevanter Forschungsbereiche zum Thema Bipolare Störungen zu legen.

Methode: Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Dr. Michael Bauer von der Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, 2. Vorsitzender der DGBS e.V. und Prof. Dr. Dr. Dietrich van Calker von der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg, trafen Mitarbeiter der Charité Universitätsmedizin Berlin, der TU Dresden, der Otto-Guericke-Universität Magdeburg, der Ludwigs-Maximilians-Universität München, der Eberhard Karls Universität Tübingen und der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg zusammen. Dieter Borchers, Geschäftsführer der DGBS e.V., erörterte zusammen mit ihnen die wissenschaftlichen Schwerpunkte,

die Strukturen sowie die Zielvorgaben des Arbeitskreises. Außerdem war eine Beraterin aus dem Bereich Biopharmaceutical Consulting zur Unterstützung von Projektplanung und -Management anwesend.

Diskussion/Ergebnisse: Die DGBS e.V. schuf ideale Voraussetzungen, um in hoch motivierender Atmosphäre eine intensive Vernetzung verschiedener Forschungszentren zu erarbeiten und dadurch eine effizientere Ausnutzung der Kapazitäten in Forschung, Lehre und Klinik in Deutschland zu ermöglichen. Die Forschungsschwerpunkte der jungen Wissenschaftler umfassten dabei Genetik, Immunologie, Neuropsychologie, Pharmakotherapie, Psychotherapie, Diagnostik, Langzeitverlaufsbeobachtungen, Einsatz neuer Medien, Gesundheitsökonomie, strukturelle Bildgebung und neurobiologische sowie neuropathologische Grundlagen von Bipolaren Erkrankungen. Die DGBS e.V. möchte junge Kollegen, welche sich für die Bipolare Erkrankung interessieren, herzlich einladen, sich über den Arbeitskreis, seine Mitglieder und Projekte sowie die DGBS e.V. näher zu informieren. Nähere Auskünfte sind unter <http://www.dgbs.de> sowie bei info@dgbs.de und AKJungeWissenschaftler@dgbs.de erhältlich.

0235

Genetische Untersuchung und klinische Verlaufsbeobachtung bei Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung zur besseren Vorhersage der Arzneimittelwirkung

Johanna Sasse (Charité, Campus Mitte, Berlin)

Einleitung: Die Arzneitherapie der bipolaren affektiven Störung ist nicht bei allen Patienten erfolgreich und durch die Fülle der eingesetzten verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka komplex. Genetische Polymorphismen in Genen des Arzneimittelmetabolismus und der Arzneimittelresponse spielen als Prädiktoren für einen substanzspezifischen Therapieerfolg und für eventuelle medikamentöse Nebenwirkungen eine wichtige Rolle. Zur Untersuchung genetischer Prädiktoren für den Erfolg der Therapie ist es notwendig, eine große Zahl an Patienten (N=300) systematisch und ausreichend klinisch zu charakterisieren. Dazu ist die multizentrische Rekrutierung von Patienten unablässig.

Methode: Zur exakten Beschreibung möglicher Assoziationen zwischen Geno- und Phänotyp der bipolaren affektiven Erkrankung ist neben der Genotypisierung die exakte Erhebung und Dokumentation der Psychopathologie (inklusive diagnostisches Interview), des individuellen Krankheitsverlaufes und des Ansprechens einer erfolgten Pharmakotherapie und deren aufgetretener unerwünschter Wirkungen notwendig. Die Erhebung der Daten erfolgt retro- und prospektiv. Eine erste Auswertung der klinischen Parameter bei 85 bipolaren Patienten zeigte, dass der Beginn der bipolaren Erkrankung im Mittel bei 25 Jahren lag, eine medikamentöse Intervention im Mittel nicht vor dem 30. Lebensjahr begonnen wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Ziel der Studie ist es, genetische Faktoren, welche die Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen, aber auch die Wirksamkeit und Nebenwirkungen der bei der bipolaren affektiven Erkrankung eingesetzten Medikamente beeinflussen, zu identifizieren. Literatur: 1. Alda M: The phenotypic spectra of bipolar disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2004; 14 (2): 94–99. 2. Binder EB, Salyakina D, Lichtner P, Wochnik GM, Ising M, Putz B, Papiol S, Seaman S, Lucae S, Kohli MA, Nickel T, Kunzel HE, Fuchs B, Majer M, Pfennig A, Kern N, Brunner J, Modell S, Baghai T, Deiml T, Zill P, Bondy B, Rupprecht R, Messer T, Kohnlein O, Dabitz H, Bruckl T, Müller N, Pfister H, Lieb R, Mueller JC, Lohmussaar E, Strom TM, Bettecken T, Meitinger T, Uhr M, Rein T, Holsboer F, Müller-Myhsok B. Polymorphisms in FKBP5 are associated with increased recurrence of depressive episodes and rapid response to antidepressant treatment. Nat Genet. 2004 Dec;36(12):1319–25. 3. Calabrese JR, Vieta E, El-Mallakh R, Findling RL, Youngstrom EA, Elhaj O, Gajwani P, Pies R: Mood state at study entry as predictor of the polarity of relapse in bipolar disorder. Biol Psychiatry 2004; 56(12):957–963. 4. Kirchheiner J, Nickchen K, Bauer M, Wong ML, Licinio J, Roots I, Brockmoller J. Pharmacogenetics of an-

tidepressants and antipsychotics: the contribution of allelic variations to the phenotype of drug response. Mol Psychiatry. 2004;9(5): 442–73. 5. Kirchheiner J, Sasse J, Meineke I, Roots I, Brockmoller J. Trimipramine pharmacokinetics after intravenous and oral administration in carriers of CYP2D6 genotypes predicting poor, extensive and carriers of CYP2D6 genotypes predicting poor, extensive and ultrahigh activity. Pharmacogenetics. 2003 Dec;13(12):721–8. 6. Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. Lancet. 2002;359(9302): 241–7. 7. Ruzickova M, Turecki G, Alda M. Pharmacogenetics and mood stabilization in bipolar disorder. Am J Med Genet. 2003;123C(1): 18–25.

0236

Lithium und neurale Stammzellen

Jens Benninghoff (LMU- Klinikum Innenstadt, Psychiatrie, München)

In dem geplanten Projekt soll der Einfluß von Lithium auf Proliferation und Differenzierung zu Neuronen von adulten neuronalen Stammzellen untersucht werden. Hinweise aus jüngster Zeit aus der Literatur lassen darauf schließen, daß der komplexe Prozeß der Neurogenese von Lithium mitgesteuert werden kann. In eigenen Vorarbeiten konnte die in-vitro Technik des Generierens von adulten neuronalen Stammzellen aus Maus-Hippocampi erlernt werden. Weitere Arbeitsmethoden der Stammzellbiologie wie Vitalitätsprüfung, Untersuchungen zum Proliferationsverhalten und das Ausdifferenzieren der Stammzellen wurden ebenfalls in einem Referenzlabor (Prof. Vescovi's Stem Cell Research Institute in Mailand) erlernt. Auch konnten bereits auf das oben beschriebene Projekt zulaufende Daten gewonnen werden, die sich jedoch bisher auf Kurzzeit-Versuche zu Lithium beziehen. Um hier eine klinische Relevanz zu bekommen, sind ausgedehntere Versuche, die eine chronische Lithiumtherapie simulieren sollen, notwendig. Hinsichtlich der molekularen Ausrichtung wurde bereits Vorarbeit geleistet. So konnten beide Isoformen des Schlüsselenzyms der Serotonin-Synthese, die Tryptophan-Hydroxylase 1 und 2, in undifferenzierten Stammzellen nachgewiesen werden. Ein weiterer wichtiger Wirkmechanismus, der Apoptose-Proteine wie BCL-2 und BAX beinhaltet, konnte in den Stammzellen detektiert werden. Wir wollen also in diesem Projekt, das in enger Kooperation mit Prof. Hussein Manji vom Nation Institute of Mental Health (NIMH) durchgeführt wird, uns mit den genauen Mechanismen der Wirkung des Lithiums auf die adulte Neurogenese bzw. auf adulte neurale Stammzellen auseinandersetzen und die in den Vorarbeiten gewonnenen Erkenntnisse vertiefen und ausbauen.

0237

Genetik der bipolaren Erkrankung: Wer? Wie? Was? Wieso? Weshalb? Warum? Wer nicht fragt,...

Thomas G. Schulze (ZI für Seelische Gesundheit, Genetische Epidemiologie, Mannheim)

Einleitung: Seit mehr als einem halben Jahrhundert ist bekannt, dass psychischen Krankheiten wie der bipolaren Störung eine starke genetische Komponente zugrunde liegt. Die vermehrte molekular-genetische Beschäftigung mit dieser Erkrankung seit den 1970er Jahren war allerdings lange Zeit von einem Auf- und Ab der Befundlage gekennzeichnet, was den Genetiker Botstein zu der Aussage veranlasste, dass die Geschichte der genetischen Erforschung der manisch-depressiven Erkrankung selber als manisch-depressiv einzuschätzen sei. Wenn man diese Aussage für die Forschung des 20. Jahrhunderts zumindest in Teilen akzeptieren möchte, so kann man für das neue Millennium aufgrund einer Zunahme robuster Befunde von ersten Ansätzen einer euthymen Stimmungslage in der Forschungslandschaft der Genetik der bipolaren Störung ausgehen. Warum?

Methode: In den letzten Jahren konnten durch große multilaterale Kooperationen Kollektivgrößen für genetische Studien (Assoziations- und Kopplungsstudien) erzielt werden, die zum ersten

Mal statistisch robuste Aussagen erlauben. Die umfassende Phänotypcharakterisierung dieser Kollektive erlaubt zum ersten Mal differenzierte Phänotyp-Genotyp-Korrelationsstudien. Die genetische Statistik hat flexible und mächtige Verfahren entwickelt, die dem genetischen Psychiater bei der Modellierung eines so komplexen Phänotyps wie der bipolaren Störung wertvolles Handwerkszeug bereitstellt. All dies hat zu einer Situation geführt, die gekennzeichnet ist von gut replizierten Kopplungs- und Assoziationsbefunden, welche im Rahmen des Symposiumsvortrages cursorisch dargestellt werden.

Diskussion/Ergebnisse: Darüber hinaus soll im Sinne der YP-Idee vermittelt werden, wie (und warum gerade junge Forscher) sich eines so spannenden Gebiet wie der psychiatrischen Genetik annehmen können (und sollten). Der weit verbreiteten Fehlannahme einer rein operationalisierten Betrachtung des psychisch Kranken durch die Genetik, soll die immense Bedeutung einer umfassenden, klinisch-geschulten Psychopathologie und sozialpsychiatrischer Aspekte für die Genetik entgegengestellt werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-054 Symposium

Neue neurobiologische Befunde mit funktionellen, strukturellen und biochemischen bildgebenden Verfahren bei affektiven Störungen

Vorsitz: T. Frodl (München), G. Ende (Mannheim)

0264

Disconnectivity of frontal and limbic cortices in Major Depression measured by diffusion tensor imaging

Nikolaos Koutsouleris (Psychiatrische Klinik, FG Bildgebung, München)
T. Schlossbauer, E. Meisenzahl, C. Born

Einleitung: Structural and functional neuroimaging studies investigating the neurobiology of major depressive disorder (MDD) have increasingly revealed patterns of reduced and increased gray matter volumes and altered activation patterns in the human cortex. These results point to an underlying neuronal network that connects prefrontal, temporal and limbic regions and may be responsible for mood regulation. However, no studies have investigated the structural disruption of neuronal circuitry in MDD. Diffusion Tensor Imaging (DTI) has proved to be a valuable research method for white matter tract alterations in several psychiatric conditions like Alzheimer's disease or schizophrenia. We therefore used DTI to study the integrity and microstructure of neural pathways that have been associated with the pathophysiology of MDD in a cross-sectional and longitudinal, naturalistic study design with in-patients from our clinic.

Methode: We studied 25 patients with MDD and 20 age-, gender- and education-matched healthy controls using a single shot spin echo sequence with an EPI readout as DTI protocol on a Siemens Sonata 1.5 T scanner (24 directions, $b=1000 \text{ mm}^2/\text{s}^2$, TE/TR 71 ms/6000 ms, 44 contiguous slices, $2.5 \times 2.5 \times 2.5 \text{ mm}$ voxel resolution). Additionally, MPAGE scans with $1 \times 1 \times 1 \text{ mm}$ voxel resolution were acquired with the same scanner. After co-registration of anatomical scans and diffusion weighted images (DWI) the diffusion tensors (DT) and Fractional Anisotropy (FA) were calculated using the diffusion toolbox of SPM2 (Wellcome Department of Imaging Neuroscience, London). Then, anatomical scans were normalized to the MNI-152 template and segmented into gray matter, white matter and CSF according to the optimized VBM-protocol (Good et al., 2001). The deformation fields obtained by non-linear normalization were applied on the FA-data, which was then masked by the white matter partitions and

smoothed with a 8 mm FWHM Gaussian kernel. Finally, a voxel-based, cross-sectional and longitudinal statistical analysis was performed in order to detect areas of reduced or increased anisotropy between healthy controls and patients, as well as between baseline and three months of follow-up.

Diskussion/Ergebnisse: Our analysis revealed FA reductions in the patient group compared to the control group affecting the temporo-limbic pathways, the cingulum, the uncinate and occipitofrontal. In the longitudinal analysis these differences between both groups diminished. These results show some similarities with recent findings from studies of patients with geriatric depression that supported the hypothesis of an altered fronto-temporo-limbic circuitry as a neural substrate of MDD. Conclusion: DTI is a method with potential to assess white matter tract alterations in MDD. The results of our study provide further support for the hypothesis of a disconnectivity between frontal and temporal regions, as well as the limbic structures as an important neurobiological feature of MDD.

0265

Explicit and implicit facial affect recognition in patients with major depression and healthy controls: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study

Thomas Frodl (Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie)
J. Albrecht, N. Koutsouleris, J. Scheuerecker, A. M. Rzezika, J. Linn, Brückmann, H.-J. Möller, M. Wiesmann, E. Meisenzahl

Einleitung: Functional imaging studies have led to the postulation of a putative dysfunction in prefrontal-amygdalar-pallidostratial-mediothalamic mood regulation circuits in the pathophysiology of major depression. The aim of the present study was to investigate dysfunctions of the mood circuit in patients with depression.

Methode: 12 patients with major depression and 12 healthy controls underwent functional and structural MRI using a 1.5 Tesla Magnetom. During the fMRI an explicit facial affect recognition task and an implicit facial affect recognition task were recorded. Each emotion block consists of six images expressing the affect sadness, three of each gender, all derive from a standard set of pictures of facial affect (Ekman and Friesen, 1976), presented sequentially for 5 s. After each emotion block a simple figure discrimination task was shown, which was equally built than the emotion task. Data are analyzed with the software program SPM99.

Diskussion/Ergebnisse: We found activations in the hippocampus, frontal cortices, right thalamus, temporal lobes and supplementary motor areas during the explicit and in the frontal cortices, insula and right inferior parietal cortices during the implicit task in patients. Interestingly, patients showed higher activations in the right inferior orbital cortex and in the left superior medial frontal cortex with respect to the activation in the implicit or explicit condition vs. shapes. The difference between explicit and implicit condition is higher in patients as compared to controls for the left superior temporal cortex left angular and left caudate and smaller for the gyrus cinguli. F-MRI with a facial affect paradigm is a good tool for studying correlates of mood regulation. Patients showed hyperactivations in the orbitofrontal and the superior medial frontal gyrus suggesting that they have higher efforts to carry out the explicit task. The hypoactivation in the gyrus cinguli seem to be in line with PET investigations (Mayberg et al. 1997). However, no hyperactivation was detected for patients with major depression in the amygdala as supposed by others.

0266

MR-Spektroskopische Untersuchungen neurometabolischer Veränderungen in depressiven Patienten

Gabriele Ende (ZI für Seelische Gesundheit, Abteilung Neuroimaging, Mannheim)

0267

MR-spektroskopische Ergebnisse aus Tiermodellen der Depression

Alexander Sartorius (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

M. Mahlstedt, G. Ende, B. Vollmayr, F. Henn

Einleitung: Der genaue Wirkmechanismus antidepressiver Behandlungsmethoden ist unbekannt. Moderne Hypothesen wie die Neurotrophinhypothese postulieren eine gemeinsame Endstrecke selbst bei so verschiedenen Therapieformen wie einer antidepressiven Medikation und der Elektrokrampftherapie (EKT). Mittels der Magnetresonanztomographie (MRS) lassen sich diese Theorie, aber auch andere wie die GABA-Hypothese und Theorien mitochondrialer Störungen in klinischen Studien und im Tierexperiment testen.

Methode: Wir untersuchten im Tiermodell der kongenitalen „Erlernten Hilflosigkeit“ (cLH) die Auswirkung verschiedener Therapieverfahren (Placebo, Desipramin und EKT) auf die Konzentration mehrerer mittels in vitro MRS messbarer Metabolite. An männlichen Sprague-Dawley Ratten wurde im präfrontalen Kortex und im Hippokampus NAA, Cholin, Kreatin, Myo-Inositol, GABA und Glutamat bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Die modell-, regions- und therapie-abhängigen Veränderungen werden dargestellt. Der Bezug zu bereits durchgeführten Studien an Tiermodellen der Depression mittels in vivo MRS und zu klinischen Studien wird erläutert, sowie die Bedeutung für die unterschiedlichen Theorien diskutiert.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 09

S-067 Symposium**Grenzüberschreitende Denkansätze in der Grundlagenforschung und Therapie affektiver Störungen.**

Vorsitz: T. G. Schulze (Mannheim), M. Rietschel (Mannheim)

0327

Genetische Befunde über kategorial-diagnostische Grenzen hinweg: Wege aus dem scheinbaren Dilemma

Thomas G. Schulze (ZI für Seelische Gesundheit, Genetische Epidemiologie, Mannheim)

M. Rietschel

Einleitung: Die Einführung kategorialer Diagnosesysteme hat die biologische Psychiatrie beflügelt und zur Identifikation von Suszeptibilitätsgenen wie Neuregulin, Dysbindin oder G72 beigetragen. Die auf der Basis kategorialer Diagnosesysteme gewonnenen Befunde stellen dieselben ironischerweise aber immer mehr in Frage, da die beschriebenen Suszeptibilitätsgene nicht diagnosespezifisch sind. So ist G72 sowohl mit Schizophrenie (SZ) als auch bipolarer Störung (BP) assoziiert. Wir konnten zeigen, dass die Assoziation zwischen G72 und BP von den Individuen getragen wird, die jemals an Verfolgungswahn litten. Somit stellt dieser Subphänotyp das klinische Korrelat für die molekulargenetische Überlappung zwischen SZ und BP dar. In einem Kollektiv von 500 UP Patienten und 1030 Kontrollen, können wir jetzt zum ersten Mal eine Assoziation zwischen G72 und unipolarer Depression (UP) beschreiben. Für das Kandidatengen BDNF fanden wir eine Assoziation sowohl mit UP als auch SZ. Die Assoziation mit SZ zeigte sich aber bei SZ-Fällen mit einer Lebenszeitanamnese für Depression. Ähnliche diagnoseübergreifende Befunde wurden für Neuregulin berichtet.

Methode: Die Assoziation identischer Risikogenvarianten mit verschiedenen diagnostischer Entitäten, die z.T. durch phänotypische Subgruppen getragen wird, legt den Schluss nahe, dass der Kern der

Assoziation in einem noch näher einzugrenzenden (Endo-)Phänotypen zu suchen ist, der allen diagnostischen Gruppen zugrunde liegt. Ein diesbezüglicher Forschungsansatz besteht in der Untersuchung des Einflusses identifizierter Suszeptibilitätsgene auf Persönlichkeitsdimensionen in der Allgemeinbevölkerung. So untersuchten wir erstmalig in 1030 Personen aus der Allgemeinbevölkerung eine mögliche Assoziation zwischen G72 und den Skalen des Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ).

Diskussion/Ergebnisse: Wir finden eine Assoziation zwischen den von uns identifizierten G72-Risikogenotypen und „Novelty Seeking“, v.a. der Subskala „irritability vs. stoic rigidity“, ein Befund, der mit der vermuten Rolle von G72 bei der Aktivierung von NMDA-Rezeptoren erklärt werden könnte. Im Rahmen dieses Symposiumsbeitrages werden noch weitere Ansätze (z.B. Bildgebung, populationsbasierte Studien) diskutiert, die dazu beitragen können, diejenigen molekularbiologischen Mechanismen zu identifizieren, die den beschriebenen genetischen Befunden zugrunde liegen.

0328

Gemeinsame pathophysiologische Mechanismen zwischen Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und depressiven Störungen

Ulrich Schweiger (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Einleitung: Es besteht eine intensive bidirektionale Beziehung zwischen Depression auf der einen Seite und Hypertonus, Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfall. In beiden Betrachtungsrichtungen wird das Risiko verdoppelt bis verdreifacht.

Methode: Der Vortrag untersucht die Hypothese, dass gemeinsame psychobiologische Mechanismen in der Pathophysiologie der Entstehung aller genannten Erkrankungen vorliegen. Gemeinsam ist eine Störung im Allokationssystem. Möglicherweise führen prä- und postnatale Stressbelastungen, Verschiebungen in metabolischen Setpoints oder Schwierigkeiten in der Energieversorgung des Gehirns zu sekundären Problemlösungen. Dabei werden zugunsten der Versorgung der Neuronen mit metabolischer Energie andere Regulationsziele des Organismus geopfert. Dies führt zu beeinträchtigter Stimmung, ungünstiger Körperzusammensetzung und Veränderungen der endokrinen und metabolischen Regulation.

Diskussion/Ergebnisse: Die Hypothese gemeinsamer Mechanismen wird durch eine Vielzahl von Befunden gestützt.

0329

Neuromodulationsverfahren bei therapieresistenten psychiatrischen Erkrankungen – Wo stehen wir, was sind die Zukunftsaussichten?

Thomas Schläpfer (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Psychiatrische Patienten können mit pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien in der überwiegenden Mehrzahl wirksam behandelt werden. Trotzdem sind Verläufe teilweise chronisch und weitgehend therapieresistent, bei depressiven Störungen in bis zu einem Viertel der Fälle. Bei affektiven Krankheitsbildern und katatonem Stupor ist die Elektrokrampftherapie (EKT) evidenzbasiert klar wirksam und Therapie der Wahl. Die EKT, seit fast 70 Jahren verwendet, hat trotz ständiger technischer Verbesserungen 2 grundlegende Nachteile: Eine hohe Rückfallsquote und zum Teil ausgeprägte kognitive Nebenwirkungen. In der Psychiatrie besteht ein Bedarf an wirksamen Langzeitbehandlungsstrategien mit gutem Nebenwirkungsprofil. Aktuell werden vier physikalische Hirnstimulationsmethoden schwerpunktmäßig als potentielle Behandlungsmethoden von therapieresistenten Depressionen untersucht: -Transkranielle Magnetstimulation (TMS), -Magnetkrampftherapie (MKT), -Vagusnervstimulation (VNS) und -Tiefe Hirnstimulation (THS). Einzig die VNS hat von der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) eine Zulassung zur Zusatzbe-

dlung von pharmakoresistenten depressiven Störungen. Allerdings die wissenschaftliche Datenlage bezüglich der klinischen Wirksamkeit uneinheitlich. Bei der TMS ist eine Vielzahl von kontrollierten Studien, meist mit geringer Patientenzahl, publiziert. Eine antidepressive Wirksamkeit scheint gesichert, deren klinischer Nutzen ist jedoch noch nicht klar. Bei der MKT sind außer einem Einzelfallbericht keine Daten verfügbar, bei der diese Methode in einer klinischen Situation analog zur EKT angewendet wurde. Auch bei der THS sind Daten zur antidepressiven Wirksamkeit nur in einer Studie mit 6 Patienten und in Einzelfällen publiziert, als Behandlungsmethode von Zwangstörungen liegen placebokontrollierte Crossover-Studien mit geringen Patientenzahlen und Einzelfallberichte vor. Alle diese Stimulationsmethoden werden zurzeit nur in Einzelfällen außerhalb von wissenschaftlichen Studien angewendet. Klinische Wirksamkeit und Wirkmechanismen müssen weiter untersucht werden. In diesem Beitrag soll versucht werden, bisherige Daten kritisch zusammenzufassen und ein Ausblick auf mögliche Entwicklungen im Bereiche von Neuromodulationsverfahren für therapieresistente psychiatrische Störungen gegeben werden.

0330

Psychologische Prävention und Intervention bei Depressionen über die Lebensspanne

Martin Hautzing (Universität Tübingen, Psychologisches Institut)

Einleitung: Psychologische Interventionen sowohl zur Vorbeugung als auch zur Behandlung depressiver Störungen liegen vor und konnten ihre Wirksamkeit empirisch belegen. Anhand eigener Arbeiten will dieser Beitrag dazu konkrete Ausführungen machen und grenzüberschreitend diskutieren.

Methode: Darstellung der universalen und selektiven Prävention depressiver Auffälligkeiten im Jugendalter sowie die dazu vorliegenden Befunde. Präsentation der Behandlung und Rückfallprävention affektiver Störungen zu verschiedenen Lebensabschnitten (Jugendalter bis höheres Lebensalter) sowie die dazu vorliegenden Befunde.

Diskussion/Ergebnisse: Neben der Vor- und Darstellung der Möglichkeiten und Befunde sollen Wirkmechanismen und grenzüberschreitend die kognitiven, motorischen, interaktionellen und biologischen Prozesse diskutiert werden. Daraus ergeben sich innovative Möglichkeiten für zukünftige Forschung und differenzielle Indikationsentscheidungen bei der Therapie und der Prophylaxe.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 02.2

S-071 Symposium

Das bipolare Spektrum: klinische und therapeutische Konsequenzen

Vorsitz: A. Marneros (Halle), W. Greil (Kilchberg-Zürich)

0348

Klinische Aspekte besonderer Gruppen des bipolaren Spektrums

Andreas Marneros (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Bipolare Erkrankungen sind schwere chronische Erkrankungen, die bereits im jungen Alter auftreten und sich noch bis zum höheren Lebensalter manifestieren können. Sie gehören weltweit zu den häufigsten Erkrankungen und Faktoren, die zu Invalidität führen und sind mit einer hohen Suizidalität assoziiert. Bipolare Störungen sind offensichtlich eine große Gruppe von Erkrankungen, die über die Gemeinsamkeit der Bipolarität der Affekte und der Stimmung hinaus mehrere gruppenspezifische Charakteristika besitzen. Das klinische Wissen, aber auch die „Alltagsverträglichkeit“ betrifft vorwiegend die Bipolar-

I-Erkrankung. Allerdings sind weitere „Sonderformen“ nicht selten, aber unterdiagnostiziert. Paradigmatisch seien die Bipolar-II-Störung, die gemischt-bipolare Störung, die Rapid-Cycling-Form oder die bipolar-schizoaffektive Erkrankung erwähnt. Praktische Bedeutung können darüber hinaus auch Formen wie die „pseudo-unipolare“ und die zylothyme Störung gewinnen. Die meisten Besonderheiten bezüglich Therapie und Prognose weisen jedoch die Sonderformen „bipolar-gemischte Störung“, „Rapid Cycling“ und „bipolar-schizoaffektive Störung“ auf. Klinische, prognostische und therapeutische Merkmale der genannten Sonderformen werden dargestellt.

0349

Neurobiologie bipolarer Störungen: Übersicht und Forschungsbedarf funktioneller Bildgebung

Michael Bauer (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Dank moderner funktioneller bildgebender Verfahren wurde in den vergangenen Jahren zunehmend deutlich, dass Patienten mit bipolarer Störung charakteristische Veränderungen in der Hirnstruktur und -funktion aufweisen. Diese neurobiologischen Befunde sind deshalb so bedeutungsvoll, weil sie zu einem besseren Verständnis der Pathophysiologie der Erkrankung beitragen und Wege zu neuen Behandlungsstrategien erschließen können. Ein Nachteil der existierenden Studien liegt darin, dass die meisten Untersuchungen bei bipolaren Patienten in euthymen und/oder depressiven Phasen und weniger in der manischen Phase durchgeführt wurden; longitudinale Studien an grösseren Patientengruppen in den verschiedenen Phasen der Erkrankung fehlen gänzlich. Dies trifft vor allem auch für die Untersuchungen mittels funktioneller bildgebender Verfahren wie PET und SPECT zu. Bezüglich funktioneller Kernspintomographie ist die Literaturlage ebenfalls recht spärlich: derzeit liegen nicht mehr als 10 Studien vor, bei denen explizit bipolare Patienten mittels fMRI untersucht wurden. Hier zeigten bipolare Patienten im Rahmen von emotionalen Paradigmen Auffälligkeiten in Hirnregionen wie Amygdala, ACC und medialer präfrontaler Kortex. Die wenigen MR-Spektroskopie Untersuchungen liefern lediglich Hinweise für eine Dysfunktion im Frontallappen. In den PET Untersuchungen bei bipolarer Depression fand sich ein typisches Muster mit ausgeprägter Überaktivität des subkortikalen limbischen Systems. Eine der Herausforderungen für die nächsten Jahre wird es sein, Wege zur Integration der Befunde über die molekularen und zellulären Veränderungen auf die Systemebene und schließlich auf die Verhaltensebene zu finden. Dazu wird der Einsatz funktioneller und molekularer Bildgebungsverfahren von erheblicher Bedeutung sein, in denen systematisch bipolare Patienten im Übergang vom depressiven zum manischen Zustand und umgekehrt untersucht werden.

0350

Substanzabhängigkeit bei bipolaren Störungen

Ulrich W. Preuss (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Personen mit einer bipolaren Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit (AA) gelten als Patienten mit einer ungünstigeren Prognose. Möglicherweise ist bei ihnen der Verlauf der bipolar-affektiven Störung (BAS) deutlich schwerer, wie auch die Prognose der Alkoholabhängigkeit. Ziel dieser Analyse des COGA Datensatz (Collaborative Study on Genetics in Alcoholism) ist es, bei 3 Gruppen von Personen (Gruppe 1: BAS ohne AA; Gruppe 2: BAS vor Beginn der AA, Gruppe 3: BAS nach Beginn der AA) Charakteristika und Dauer der affektiven Episoden, sowie Eigenschaften der Alkoholabhängigkeit miteinander zu vergleichen.

Methode: Von den insgesamt 13.139 in die Studie eingeschlossenen Personen wies ein geringer Teil eine BAS auf (n=211; 1.6%), die unter Verwendung eines halbstrukturierten Interviews identifiziert wurden (SSAGA: Semi-structured Assessment on Genetics in Alcoholism). Darunter wa-

ren n=41 in Gruppe 1, n=102 Personen in Gruppe 2 und n=68 in Gruppe 3.

Diskussion/Ergebnisse: Während sich hinsichtlich der affektiven Beschwerden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten, waren hinsichtlich der Rate und Schwere der komorbiden Abhängigkeitserkrankung und weiterer Störungen Personen der Gruppen 2 und 3 signifikant mehr betroffen. Demnach bedeutet eine komorbide Alkoholabhängigkeit ein signifikant erhöhtes Risiko für weitere Substanzmittelabhängigkeiten, suizidales Verhalten und einer schwereren Verlauf des Alkoholismus. Demgegenüber sind Dauer und Schwere der depressiven Episoden möglicherweise relativ wenig beeinflusst.

0351

Therapiestrategien innerhalb des bipolaren Spektrums

Waldemar Greil (Sanatorium Kilchberg, Psychiatrische Privatklinik, Kilchberg-Zürich)

Einleitung: Unterschiedliche therapeutische Strategien sind für die verschiedenen Störungen des bipolaren Spektrums indiziert (1).

Methode: Bei den differenziellen Therapieentscheidungen müssen vor allem berücksichtigt werden: - Vorherrschen depressiver versus manischer Episoden - Grad der Ausprägung des manischen Pols, d.h. zylothyme Störung versus Bipolar II versus Bipolar I - Zielsymptom Suizidalität - Zielsymptom (stimmungsinkongruenter) Wahn, d.h. bipolare versus schizoaffektive Störung - Episodenabfolge von Manie, Depression und freiem Intervall - Episodenfrequenz: Non Rapid Cycling versus Rapid Cycling - Komorbiditäten (bzw. Symptomüberlappungen), insbesondere Substanzabhängigkeit, Angst- und Zwangsstörungen, ADHS oder Borderline-Syndrom.

Diskussion/Ergebnisse: Nur für Lithium liegen ausreichend empirische Daten vor, um metaanalytische Untersuchungen zur differenziellen Wirksamkeit durchführen zu können (2,3). Eine aus solchen Studien abgeleitete und an der MAP-Studie validierte Lithium-Response-Scale wird vorgestellt (4). 1. Greil W und Kleindienst N: Concepts in the treatment for bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 108 Suppl 418, 2003, 1467-1473 2. Kleindienst N, Engel RR, Greil W: Psychosocial and demographic factors associated with response to prophylactic lithium: a systematic review for bipolar disorder. Psycholog Med, 2005, 35, 1685-1694 3. Kleindienst N, Engel RR, Greil W: Which factors predict response to prophylactic lithium? A systematic review for bipolar disorder. Bipolar Disorder 2005, 7, 404-417 4. Severus WE, Kleindienst N, Greil W: Who will benefit from prophylactic treatment with lithium? The creation and initial validation of a Lithium Response Scale (LRS) in bipolar disorder. Poster: 2nd Biennial Conference of International Society for Bipolar disorder, Edinburgh, Scotland, August 2006

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 44

S-080 Symposium

Neurobiologische Aspekte affektiver Erkrankungen

Vorsitz: C. Diener (Mannheim), G. Juckel (Bochum)

0392

Risikomarker der bipolaren Störung: Neuronale Aktivierungsunterschiede unter emotionaler Belastung bei bipolaren Patienten und deren gesunden Geschwistern

Stephanie Krüger (Universitätsklinikum Dresden, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Wir haben in vorherigen Untersuchungen depressionsspezifische Unterschiede in der regionalen Hirnfunktion nach Induktion

einer emotionalen Response bei Patienten mit bipolaren und unipolaren Störungen identifiziert. Die vorliegende Untersuchung stellt eine Erweiterung der Vorbefunde dar und untersucht potentielle Marker emotionaler Vulnerabilität und Resilienz bei remittierten bipolaren Lithiumrespondern und deren gesunden Geschwistern.

Methode: Veränderungen des regionalen intracerebralen Blutflusses (rCBF) wurden mittels 15-O-H₂O Positronen-Emissions-Tomographie (PET) nach der Induktion transients Traurigkeit bei euthymen bipolaren Lithiumrespondern und deren gesunden Geschwistern gemessen. Die Veränderungsmuster dieser beiden Gruppen wurden verglichen und außerdem mit Befunden bipolarer Valproinsäureresponder aus einer früheren Untersuchung kontrastiert.

Diskussion/Ergebnisse: Alle drei Gruppen zeigten nach induzierter Traurigkeit einen rCBF-Anstieg im dorsalen/rostralen anterioren Cingulum und der vorderen Insel sowie einen verminderten rCBF im orbitofrontalen und inferior-temporalen Cortex. Beide Patientengruppen zeigten eine Verminderung des rCBF im medialen frontalen Cortex, während die gesunden Geschwister in dieser Region einen rCBF-Anstieg aufwiesen. Die Induktion transients Traurigkeit führt sowohl bei bipolaren Patienten als auch deren gesunden Geschwistern zu gleichsinnigen Veränderungen des rCBF in Hirnregionen, die an der emotionalen Modulation beteiligt sind. Diese Veränderungen finden sich nicht bei Kontrollpersonen ohne familiäre Belastung mit einer bipolaren Störung und könnten von daher Vulnerabilitätsmarker für emotionale Sensitivität darstellen. Der rCBF Anstieg im medialen frontalen Cortex, der nur bei Geschwistern zu beobachten war, scheint eine kompensatorische Respons bei dieser Risikogruppe darzustellen, denn eine solche Veränderung ließ sich bisher nicht bei anderen Kontrollgruppen ohne familiäre Belastung identifizieren. Die unterschiedlichen Responsemuster bei bipolaren Patienten und ihren gesunden Geschwistern, die erst nach emotionaler Provokation demaskiert werden, legen nahe, dass anteriore cinguläre und mediale frontale Hirnregionen eine wichtige Rolle bei der Vulnerabilität und Resilienz gegenüber emotionalen Reizen bei Familien mit einer genetischen Belastung für bipolare Störungen spielen.

0393

Fronto-striatale Überaktivierung bei euthymen bipolaren Patienten: Befunde aus einer emotionalen go/nogo Studie

Michèle Wessa (Service Hospitalier, Imag. cerebrale en psychiatrie, Paris)
J. Houenou, S. Berthoz, M. L. Paillère, M. Leboyer, J.-L. Martinot

Einleitung: Euthyme bipolare Patienten weisen per Definition nur wenige manische und depressive Symptome auf. Experimentalphysiologische Studien legen aber dennoch anhaltende Defizite in der Emotionsregulation sowie in kognitiven Funktionen nahe. Bisher untersuchten nur wenige Studien die emotionale Modulation kognitiver Prozesse bei euthymen bipolaren Patienten sowie deren neuronalen Grundlagen, obwohl dies möglicherweise Aufschluss über stabile Veränderungen kognitiv-emotionaler Prozesse in der Pathologie geben könnte.

Methode: 17 euthyme bipolare Patienten sowie 17 gesunde Kontrollprobanden wurden mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRT) untersucht, während sie ein emotionales go/nogo Paradigma mit emotionalen und neutralen Gesichtern sowie eine nicht-emotionalen go/nogo Kontrollaufgabe durchführten. Es wurde das fMRT-Signal bezüglich der allgemeinen Aufgabenleistung (alle go/nogo-Bedingungen vs. Baseline) sowie bezüglich der emotionalen Modulation aufgabenspezifischer kognitiver Prozesse (emotionale vs. nicht-emotionalen Aufgabenbedingungen) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Euthyme bipolare Patienten und gesunde Kontrollprobanden wiesen keine Unterschiede hinsichtlich der globalen Aufmerksamkeits- und kognitiven Prozesse sowie assoziierter neuronaler Aktivierungsmuster auf. Dagegen konnten emotionspezifische Aktivierungsunterschiede beobachtet werden: Für emotionale im Vergleich zu nicht-emotionalen go/nogo Bedingungen wiesen bipolare Patienten eine stärkere Aktivierung des inferioren und superio-

ren temporalen Kortex auf als gesunde Kontrollprobanden. Darüber hinaus wiesen bipolare Patienten eine signifikant stärkere Aktivierung des bilateralen orbitofrontalen Kortex und Caudatus sowie des anterioren und posterioren cingulären Kortex auf, wenn die Inhibition emotionaler und neutraler Reize verglichen wurde. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen eine kompensative Überaktivierung temporaler und fronto-striataler Strukturen während emotionaler Aufgabenbedingungen bei gleichzeitig unbeeinträchtigten Aufgabenleistungen bei euthymen bipolaren Patienten hin. Vor dem Hintergrund früherer bildgebender Studien bei bipolaren Störungen kann dieses Aktivierungsmuster möglicherweise als stabiler neuronaler Trait-Marker für bipolare affektive Störungen interpretiert werden.

0394

Kortikale Inhibition und Depression

Malek Bajbouj (Charité - CBF, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Einleitung: Es gibt gute Evidenzen, dass das zentralnervöse Gamma-Amino-Buttersäure-System in der Pathophysiologie affektiver Störungen eine Rolle spielt. Die transkranielle Magnetstimulation (TMS) des Motorkortex ist eine Methode in vivo diesen zentralen inhibitorischen Neurotransmitter zu untersuchen.

Methode: Mit der TMS wurde bei 20 unmedizierten depressiven Patienten und 20 gesunden Kontrollen unterschiedliche Parameter der kortikalen Exzitabilität (Motorschwelle, silent period, intrakortikale Inhibition/Fazilitation) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Silent period und intrakortikale Inhibition waren verglichen mit gesunden Kontrollen bei depressiven Patienten reduziert. Zudem wiesen Patienten eine signifikante Seitenasymmetrie der Motorschwelle auf. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind zum einen vereinbar mit einem reduzierten GABAergen Tonus bei depressiven Patienten und weisen zum anderen auf eine mögliche kortikale Asymmetrie hin.

0395

Das Hilflosigkeitserleben depressiver Personen: Zentralnervöse, kognitive und behaviorale Korrelate

Carsten Diener (ZI für Seelische Gesundheit, Inst. für Neuropsychologie, Mannheim)

M. Struve, C. Kühner, H. Flor

Einleitung: Stress- und Hilflosigkeitserfahrungen gelten als Kausalfaktoren in der Ätiopathogenese Majorer Depressionen. Mit dem Ziel zentralnervöse, behaviorale und kognitive Indikatoren stressbezogener Lerndefizite zu ermitteln, wurden in einer laufenden longitudinalen Untersuchung 18 Personen mit depressiver Symptomatik gegenüber 6 gesunden Kontrollprobanden in einem S1-S2-Paradigma untersucht.

Methode: In der Untersuchung wurde die Kontrollierbarkeit eines aversiven elektrischen Reizes in drei aufeinander folgenden Phasen variiert: a) Kontrolle, b) Verlust der Kontrolle und c) Wiedererlangung der Kontrolle. Insbesondere depressive Personen mit einer hohen Symptomausprägung („Hamilton Depression Scale“, HAMD ≥ 18 ; $n=11$) zeigten eine deutlich erhöhte frontale Postimperative Negative Variation (PINV) im Elektroenzephalogramm sowohl während des Kontrollverlusts als auch während der Wiedererlangung der Kontrolle. Parallel dazu fanden sich in dieser Gruppe nach der Phase des Kontrollverlusts höhere Fehlerraten sowie eine Prolongation des gesteigerten Hilflosigkeitserlebens. Zusätzlich konnten in der depressiven Gruppe substanzielle Zusammenhänge zwischen den PINV-Magnituden unter Kontrollverlust und dem Ausmaß von Depressivität (HAMD; $r=.41$, $p<.05$), Ängstlichkeit („Hamilton Anxiety Scale“, $r=.34$, $p=.10$) und Rumination („Response Styles Questionnaire“, $r=.44$, $p<.05$) gefunden werden.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund dieses konsistenten Befundmusters kann bei Depressiven eine erhöhte Sensitivität für die Unkontrollier-

barkeit aversiver Ereignisse angenommen werden. Darüber hinaus beeinflusst die Erfahrung der Unkontrollierbarkeit nachfolgende Informationsverarbeitungsprozesse auch unter Kontrollbedingungen, mit der Folge einer reduzierten Lernleistung, gesteigertem Hilflosigkeitserleben sowie erhöhten PINV-Magnituden. [gefördert von der DFG (Projekt D4 des SFB 636)].

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 04/05

ST-012 State-of-the-Art-Symposium

Chronische und therapieresistente Depressionen

Vorsitz: E. Schramm (Freiburg), M. Bauer (Berlin)

0023

Chronische Depressionen

Elisabeth Schramm (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)

Depressive Erkrankungen nehmen häufiger einen chronischen Verlauf als ursprünglich vermutet. So sind etwa ein Drittel aller Depressionen als chronisch einzustufen und lassen sich in verschiedene Formen unterteilen: 1) chronische Major Depressive Episoden (MDE länger als 2 Jahre), 2) dysthyme Störung, 3) Double Depression (MDE auf eine dysthyme Störung aufgesetzt) und 4) MDE mit unvollständiger Remission. Chronische Depressionen gehen im Vergleich zu kürzeren depressiven Episoden mit höherer psychosozialer Beeinträchtigung einher und führen zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, darunter auch stationärer Behandlungen. In mehr als 70% der Fälle beginnt die chronische Depression vor dem 21. Lebensjahr, ca. 60% aller Fälle erlitten ein frühes Trauma bzw. ausgeprägte Belastungen in der Kindheit. In der Vergangenheit galten chronische Depressionen als schwierig zu behandeln bzw. als therapieresistente Störungen. Sie zeigen außerdem eine nur geringe Spontanremission. Eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen verkompliziert häufig zusätzlich die Behandlung. Klinisch ist in diesem Zusammenhang die Abgrenzung von therapieresistenten, inadäquat vorbehandelten und bisher unbehandelten chronisch depressiven Störungsbildern von Relevanz. Im State-of-the-Art Symposium werden moderne psychotherapeutische (darunter auch das einzige spezifisch für diese Störungsgruppe entwickelte Verfahren, das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP) und medikamentöse Behandlungsstrategien vorgestellt.

0024

Therapieresistente Depressionen

Michael Bauer (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Die Zahl der Medikamente und Verfahren, die in der Behandlung depressiver Erkrankungen eingesetzt werden, hat in den vergangenen 10 Jahren deutlich zugenommen. Dennoch ist die Zahl der Patienten, die auf ersten Therapieversuch mit einem Antidepressivum nicht ausreichend ansprechen und auch nach einem zweiten Versuch noch nicht remittiert sind, beträchtlich, sie wird auf etwa 30% geschätzt. Eine Restgruppe von etwa 10–20% der behandelten Patienten bleibt (chronisch) depressiv und erreicht selbst nach mehreren Behandlungsversuchen keine angemessene Verbesserung und entsprechendes psychosoziales Funktionsniveau. Ein Grund für diese Stagnation liegt darin, dass sich die grundlegenden Prinzipien der Pharmakotherapie mit Antidepressiva in den ver-

gangenen Jahren nicht geändert haben. Aus kontrollierten Studien ist bekannt, dass etwa 60% aller depressiven Patienten während der Akuttherapie mit einem spezifischen Antidepressivum über 8 Wochen keine vollständige Remission erreichen, ohne dass vorab Hinweise auf Therapieresistenz in der Anamnese erkennbar sind. Es stehen verschiedene medikamentöse Behandlungsstrategien bei Teil- oder Nonresponse auf einen adäquat durchgeführten ersten Versuch mit einem Antidepressivum zur Verfügung. Die gebräuchlichsten Möglichkeiten sind: (1) Wechsel zu einem neuen Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Klasse, (2) Wechsel zu einem anderen Antidepressivum aus derselben Klasse, (3) Kombination zweier Antidepressiva aus unterschiedlichen Klassen, (4) Augmentation des Antidepressivums mit anderen Wirkstoffen (z.B. Lithium, Schilddrüsenhormone, atypische Antipsychotika, Pindolol, Östrogen, Buspiron) um die antidepressive Wirkung zu verstärken und (5) Kombination des Antidepressivums mit einer psychotherapeutischen Intervention. Diese fünf Strategien wurden in der Vergangenheit mit verschiedenen Wirkstoffen und Kombinationen angewandt, aber die meisten wurden nicht streng wissenschaftlich untersucht oder umfassten nur kleine Studiengruppen. Desweiteren wurden die am häufigsten angewandten Kombinationen aus theoretischen Aspekten hergeleitet und nicht durch Ergebnisse aus doppelblind-kontrollierten Studien gestützt. Folglich sind die empirischen Daten hinsichtlich der Auswahl der passenden Strategie begrenzt. Das trifft vor allem zu beim Wechsel zu einem Antidepressivum mit einem anderen neurochemischen Wirkmechanismus und bei der Kombination von unterschiedlichen Antidepressiva. Letztere sind zwei Strategien, die in der Klinik oft als zweite Wahl in der Behandlung angewandt werden. Gegenwärtig gibt es keine einheitliche Meinung, welche Strategie bei nicht-respondierenden Patienten bevorzugt werden sollte, da bis jetzt noch keine doppelblinde randomisierte Studie durchgeführt wurde, die diese Fragestellung beantworten könnte. Einige Autoren argumentieren zugunsten der Augmentationsstrategien. Unter denen ist die Lithium-Augmentation die am besten dokumentierte Strategie mit über 30 offenen Studien und 11 plazebo-kontrollierten Studien während der akuten Behandlungsphase einer Major Depression. Folglich wird die Zugabe von Lithium zur laufenden Antidepressivabehandlung als erste Wahl einer Augmentationsstrategie in zahlreichen Leitlinien empfohlen. Literatur: Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. World J Biol Psychiatry 2002; 3: 5–43. Bauer M, Berghöfer A, Adli M (Hrsg.) (2005) Akute und therapieresistente Depressionen – Pharmakotherapie, Psychotherapie, Innovationen. Springer Berlin, Heidelberg, New York.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 15/16

FV-021 Freie Vorträge

Bildgebung und Neuropsychologie depressiver Störungen

Vorsitz: D. F. Braus (Wiesbaden), U. Hegerl (München)

0101

Traurige Gesichter: Ein besonderer Reiz für Depressive?

Eva-Maria Pfütze (Bochum)

A. Lindenberg, M. Pinnow

Einleitung: Ausgehend von verschiedenen Depressions- und Emotionstheorien wurde überprüft, ob die Wiedererkennung-

leistung depressiver Patienten vom emotionalen Gehalt der zu merkenden Gesichter abhängt.

Methode: Dazu sollten sich Probanden in einer Lernphase traurige und glückliche Personen einprägen, die sie glücklich, neutral und traurig dargeboten in der anschließenden Testphase wiedererkennen sollten. Die Aufgabe in der Testphase bestand darin, durch Tastendruck zu signalisieren, ob es sich um ein neues oder ein zuvor gelerntes Gesicht handelte.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt ergaben sich keine Leistungsunterschiede zwischen den zwei Gruppen. Depressive Patienten erinnerten sich jedoch besser an traurig gelernte Gesichter als an glücklich gelernte Gesichter, wohingegen bei gesunden Kontrollpersonen die Wiedererkennungsleistung bei glücklichen gelernten Gesichtern besser war als bei traurig gelernten. Durch den Nachweis, dass das Gedächtnis depressiver Patienten bei depressionskongruenten Inhalten (in diesem Fall traurige Gesichter) nahezu uneingeschränkt funktioniert, können erstens Sorgen depressiver Patienten hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit entkräftet und zukünftig eventuell eine bessere Abgrenzung depressiver Störungen von dementiellen Erkrankungen erfolgen.

0102

Emotionales Gedächtnis bei Patienten mit Major Depression

Godehard Weniger (Universitätsklinik Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Lange, E. Irlé

Einleitung: Patienten mit einer Major Depression (MD) zeigen strukturelle Abweichungen von Hippocampus und Amygdala. Zudem zeigen sie Defizite im emotionalen Gedächtnis. Ein Zusammenhang zwischen den strukturellen Abweichungen mesial temporaler Strukturen und den Beeinträchtigungen des emotionalen Gedächtnisses bei Patienten mit einer Major Depression wird angenommen, ist bisher jedoch nicht nachgewiesen worden.

Methode: Die gegenwärtige Studie untersuchte das Gedächtnis für emotionale Gesichter bei 21 jungen Patientinnen mit einer „recent-onset“ MD und 23 gesunden weiblichen Probanden (KG). In einer Gedächtnisaufgabe sollten die Versuchspersonen die Assoziation zwischen einem prototypischen emotionalen Gesichtsausdruck mit einem neutralen Gegenstand einspeichern und danach bei Vorgabe des Gegenstandes den korrekten Gesichtsausdruck auswählen (forced choice Aufgabe). Ein 3D-Magnetresonanztomographie Volumendatensatz wurde von allen Probandinnen und Patientinnen erhoben. Zudem wurde eine umfangreiche psychopathologische Testbatterie (BDI, HADI, SCL-90-R) durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Basierend auf den Ergebnissen der Volumetrie von Hippocampus und Amygdala wurden 4 Subgruppen von Patientinnen mit MD gebildet. Patientinnen mit einem vergrößerten (+1 Standardabweichung gegenüber KG) oder normalen Amygdalavolumen und Patientinnen mit einem verkleinerten (-1 Standardabweichung gegenüber KG) oder normalen Hippocampusvolumen (Amyg-N/Hipp-N, Amyg-L/Hipp-N; Amyg-L/Hipp-S; Amyg-N/Hipp-S). Patientinnen mit einer MD zeigten gegenüber der gesunden KG signifikante Beeinträchtigungen des emotionalen Gedächtnisses. Sie konnten weniger emotionale Gesichter erinnern und brauchten zudem länger als die gesunde KG. Dabei zeigt eine Analyse der Subgruppen, daß insbesondere Patientinnen mit einer vergrößerten Amygdala (AMYG-L) signifikante Beeinträchtigungen des emotionalen Gedächtnisses haben. Sie konnten weniger Gesichter korrekt zuordnen und brauchten signifikant mehr Zeit. Zwischen Patienten mit einer normal großen Amygdala und der KG fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Die zusätzliche Berücksichtigung einer Atrophie des Hippocampus zeigte keinen zusätzlichen Effekt. Das Volumen der Amygdala korreliert zudem signifikant

mit der Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R und Patienten mit einer vergrößerten Amygdala weisen signifikant erhöhte Werte auf dieser Skala auf. Zusammenfassend sprechen unsere Ergebnisse für die klinische Relevanz einer vergrößerten Amygdala bei jungen Patientinnen mit einer MD, welche evtl. auch die neuronale Grundlage einer verstärkten Amygdala-Aktivierung in funktionellen Untersuchungen bei depressiven Patienten darstellt. Die gefundene Korrelation zwischen dem Amygdalavolumen und der Ängstlichkeit stellt nach unserer Interpretation das neuronale Korrelat für die dysfunktionale Reaktion depressiver Patientinnen auf Streßreize dar.

0103

Zur adaptiven Funktion depressiven Affekts eine zweizeitige Untersuchung selbstbeurteilter Verhaltensbereitschaften bei depressiven Störungen

Frank Pillmann (Universität Halle-Wittenberg, Klinik für Psychiatrie)
E. Kletschka, S. Ammiche

Einleitung: Adaptive Funktionen depressiver Stimmung werden kontrovers diskutiert (u.a. Hemmung kompetitiven Verhaltens, Förderung von Problemlöseverhalten, Auslösung von Hilfe). Die differenzielle Veränderung von Handlungsbereitschaften im Verlauf depressiver Störungen kann einen Hinweis auf mögliche Funktionen depressiven Affekts geben.

Methode: 47 stationär behandelte Patienten mit einer depressiven Episode wurden zu Beginn der Behandlung und erneut bei Entlassung mit Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten hinsichtlich der Depressivität erfasst (Beck-Depressions-Inventar BDI bzw. Hamilton-Depressions-Skala HAMD). Verhaltensbereitschaften wurden in 6 Kategorien mit einem validierten Fragebogen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Im Querschnitt zeigten sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen subjektiv erhobener Depressivität (BDI) und selbstbeurteilter Bereitschaft zu hedonischem, kompetitivem, pflichterfüllendem und risikosuchendem Verhalten, jedoch nicht mit Hilfesuchen und Problemlöseverhalten. Im Verlauf nahm das Ausmaß der Depressivität sowohl subjektiv (BDI) als auch objektiv ab (HAMD). Zwischen beiden Messzeitpunkten nahm die Bereitschaft zu hedonischem, kompetitivem, pflichterfüllendem und risikosuchendem Verhalten deutlich, die zu Hilfesuchen und Problemlöseverhalten geringfügig zu. Subjektive Stimmungsverbesserung war positiv korreliert mit einer Zunahme der selbstbeurteilten Handlungsbereitschaft in allen Kategorien. Im Querschnitt wurde damit kompetitives Verhalten stärker beeinflusst als Hilfesuchen und Problemlösen, eine Abgrenzung zu hedonischen und pflichterfüllenden Aktivitäten war jedoch nicht möglich. Zusammenfassend wurde im Querschnitt kompetitives Verhalten stärker beeinflusst als Hilfesuchen und Problemlösen, eine Abgrenzung zu hedonischen und pflichterfüllenden Aktivitäten war jedoch nicht möglich. Diese Beziehungen konnten in der Längsschnittbetrachtung bestätigt werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen stützen nur teilweise die „social competition hypothesis“ der Depression.

0104

Erkennung neuropsychologischer Leistungsprofile depressiver Patienten durch künstliche neuronale Netze

Bernhard Weber (Uniklinik Frankfurt, Psychiatrie und Psychotherapie)
B. Wiebel, K. Israel-Laubinger, V. Gapp, N. Helbing, K. Maurer, T. Wetterling

Einleitung: Die neuropsychologische Untersuchung psychiatrischer Störungen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Neuropsychologische Leistungsbeeinträchtigungen erscheinen bei Patienten mit depressiven Episoden weniger prägnant als bei

hirnorganischen Störungen, zudem interindividuell und vermutlich auch phasenabhängig intraindividuell stark schwankend, sowie durch eine Vielzahl intervenierender Variablen überlagert. Dies lässt die Charakterisierung und Erkennung depressiver neuropsychologischer Störungsmuster mit konventionellen statistischen Verfahren wenig aussichtsreich erscheinen. Künstliche Neuronale Netze sind massiv parallele, nonlineare, lernfähige informationsverarbeitende Systeme, die sich zur Mustererkennung und zur Lösung von Klassifikationsproblemen besonders eignen. Bei der Bearbeitung komplexer Daten können sie sich linearen Modellen überlegen zeigen.

Methode: 1100 neuropsychologische Testergebnisse psychiatrischer Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungen sowie gesunder Kontrollen wurden verwendet um verschiedene Varianten neuronaler Netze mit dem Ziel der Erkennung depressiver Patienten zu trainieren und zu testen. Die eingesetzte Testbatterie (NEUROBAT) umfasste konventionelle Subtests wie Reaktionszeit, Wahlreaktion, Reaktionsunterdrückung, Merkfähigkeit, sensomotorische Interferenz und Daueraufmerksamkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Mit entsprechend trainierten Multilayer Perceptrons und Radial Basis Function Netzwerken ließen sich korrekte Zuordnungen (depressive vs. nicht-depressive Störung) bis zu 71% erreichen. Aber auch parallel getestete lineare Klassifikationsmodelle führten zu korrekten Klassifikationen bis zu 64%. Mit einfachen neuronalen Netzen lassen sich somit zwar überzufällig häufig diagnostische Zuordnungen neuropsychologischer Leistungsprofile erzielen. Sensitivität und Spezifität erscheinen jedoch für eine Unterstützung der Einzelfalldiagnostik noch unzureichend und eine Überlegenheit gegenüber linearen Modellen ist nicht eindeutig erkennbar. Aufwändigere hierarchische Netzwerkarchitekturen, wie sie beispielsweise in der Bilderkennung verwendet werden, sollten daher zur Verbesserung der Klassifikationsergebnisse erprobt werden.

0105

Neurowissenschaftliche Schlafforschung bei Depression

Christoph Nissen (Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie)
E. A. Nofzinger, D. Riemann, M. Berger

Einleitung: Schlafstörungen, einschliesslich gestörter Schlafkontinuität, einer Erhöhung von REM Schlaf und einer Erniedrigung von Slow Wave Schlaf, gehören zu den am besten replizierten biologischen Auffälligkeiten bei depressiven Störungen. Die Erweiterung herkoemmlicher Schlafforschung um bildgebende Untersuchungen des Schlags ermöglicht es, diese Schlaffauffälligkeiten auf einem funktionell neuroanatomischen Level zu untersuchen.

Methode: 30 medikamentenfreie Patienten mit einer depressiven Episode (DSM-IV) und 30 abgeglichenen gesunde Probanden wurden 4 Nächte im Schlaflabor untersucht. Teil eines komplexen Untersuchungsprotokolls sind die bildgebende Darstellung einer Periode von NREM Schlaf und REM Schlaf mittels (18F) FDG Positron Emission Tomography (PET).

Diskussion/Ergebnisse: Die aktuell noch laufenden Untersuchungen und Auswertungen schlagen vor, dass die genannten Schlaffauffälligkeiten drei neuronalen Systemen zugeordnet werden koennen: (1) einem Hirnstamm arousal System (Schlafkontinuität), (2) einem ventralen emotionalem System, einschliesslich der Amygdala (REM Schlaf Erhöhung), und (3) einem dorsalen exekutiven System, einschliesslich des dorsolateralen prefrontalen Kortex (Slow Wave Schlaf Erniedrigung). Die sich abzeichnenden Ergebnisse werden im Kontext der Pathophysiologie depressiver Störungen diskutiert.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-021 Postersitzung

Epidemiologie depressiver Störungen

Vorsitz: M. Berger (Freiburg)

0216

Der Einfluss von Berufsgruppe, Berufserfahrung, Alter und Geschlecht auf die Beurteilung der Relevanz depressiver Symptome durch klinische Experten

Thomas Forkmann (Universitätsklinikum Aachen, Medizinische Psychologie)

N. Eberle, M. Böcker, M. Wirtz, C. Norra, S. Gauggel

Einleitung: Studien haben gezeigt, dass die Beurteilerübereinstimmung bezüglich verschiedener affektiver Störungsbilder bei der diagnostischen Einordnung zum Teil unzureichend ist. Eine reliable und valide Diagnostik ist jedoch die Grundlage jeder erfolgreichen Therapie. In dieser Studie wurde untersucht, ob klinische Experten hinsichtlich ihrer Beurteilung der Relevanz einzelner Symptome für Depression übereinstimmen und inwieweit Moderatorvariablen (Berufsgruppe, Berufserfahrung, Geschlecht, Alter) diese Beurteilung beeinflussen.

Methode: Die Items wurden etablierten Depressionsfragebögen sowie Beschwerdelisten entnommen. 49 klinisch erfahrene Psychologen und Mediziner beurteilten anschließend, wie relevant jedes Item für die Diagnose einer Depression ist (5-stufige Skala: „gar nicht relevant“ bis „extrem relevant“). Zur Überprüfung der Übereinstimmung wurde der Intraklassen-Koeffizient (ICC) berechnet. Anhand der Moderatorvariablen (z.B. Berufserfahrung) wurden Experten-Subgruppen gebildet und die mittleren Relevanzurteile pro Einzelitem in den verschiedenen Gruppen miteinander verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Relevanzurteile der Experten stimmten insgesamt gut überein (ICC, $r=.98$). 157 von 241 Symptomen wurden als mindestens „teilweise relevant“ beurteilt (65%), wobei alle Experten auf körperliche Beschwerden (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Verdauungsprobleme) im Rahmen der Depression bezogene Items als weniger relevant für die Depressionsdiagnostik als kognitiv/emotionale einschätzten. Psychologen beurteilten körperliche Beschwerden als noch weniger relevant als Ärzte (Effektstärken $\geq .50$). Die Moderatorvariablen Alter, Geschlecht und Berufserfahrung hatten keinen signifikanten Einfluss. Die unterschiedliche Beurteilung der Relevanz körperlicher Beschwerden innerhalb der Depression durch Ärzte und Psychologen könnte die divergierenden Ausbildungsschwerpunkte dieser beiden Berufsgruppen widerspiegeln. Die Tatsache, dass alle Experten aber übereinstimmend körperliche Beschwerden als weniger relevant für Depression einschätzten als andere Items, deutet darauf hin, dass die genannten körperlichen Beschwerden zurecht in den gängigen Diagnosesystemen nicht als Leitsymptome Berücksichtigung finden, wenngleich die Relevanz dieser Beschwerden in der Literatur immer wieder diskutiert wird. Insgesamt zeigt die Studie, dass Experten gut im Hinblick auf die Relevanz von Symptomen für die Depressionsdiagnostik übereinstimmen und ein Cluster von depressiven Kernsymptomen leicht eruiert wird. Anhand der gewonnenen Ergebnisse können vorhandene Depressionsfragebögen weiterentwickelt werden.

0217

Entwicklung und Validierung eines Selbststratingfragebogens zur Erfassung affektiver und psychotischer Lebenszeitsymptomatik

Carolin Knorr (ZI für Seelische Gesundheit, Gedächtnisambulanz, Mannheim)

F. Papengut, D. Lorenz, A. Georgi, C. Schmäl, K. Bößhenz, A. Mattmüller, L. Frölich, M. Rietschel

Selbststratingfragebögen für psychische Störungen werden im Rahmen epidemiologischer Studien zum Screenen bzgl. des Vorliegens einer

bestimmten Störung bzw. Symptomatik angewandt. Ein ausführlicher Fragebogen zur Erfassung einzelner Lebenszeitsymptome für genetische Untersuchungen liegt bislang nicht vor. Ziel dieses Projektes ist es in Anlehnung an das SKID I ein Selbststratingfragebogen zur Erfassung der Diagnose und der affektiven und psychotischen Lebenszeitsymptomatik zu erstellen, der im Rahmen genetischer Studien eingesetzt werden kann. Für Genotyp-Phänotypuntersuchungen sollen sowohl die Diagnose, einzelne Unterskalen als auch Symptome als Phänotyp valide erfasst werden können. Daneben enthält der Fragebogen weitere Sektionen zu Ethnizität, Soziodemographie sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen beim Indexpatienten und dessen Familie. Bisher wurden bei 80 Personen (30 bipolaren Patienten, 20 schizophrenen Patienten und 20 Kontrollprobanden) die erhobenen Fragebogenantworten durch ein SKID Interview validiert. Die ersten Auswertungsergebnisse zeigen, dass durch den Selbststratingfragebogen die Diagnose Bipolare Störung und Schizophrenie in allen Fällen korrekt erstellt werden konnte. Für die Subskalen und Einzelitems stehen die Auswertungen noch aus. Ebenso sollen noch weitere Kontrollpersonen untersucht werden um sichere Aussagen zur Spezifität machen zu können.

0218

Komorbidität bei affektiven Störungen und Therapieerfolg

Tobias Wiehn (Salus Klinik Friedrichsdorf, Psychosomatik)

J. Domma, H. Vollmer

Einleitung: Es wird der Frage nachgegangen, ob sich Patienten mit der Erstdiagnose „affektive Störungen“, bei denen eine hohe Komorbidität (>2 Nebendiagnosen) vorliegt, in Verlauf und Erfolg der Behandlung von Patienten mit niedriger Komorbidität unterscheiden.

Methode: In die Auswertung wurden alle Patienten mit der Diagnose affektive Störungen einbezogen ($N=253$). Die Erstdiagnose war bei 32% mittelgradige depressive Episode (F32.1), bei 23% rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (F33.1), bei 14% bzw. 11% leichte depressive Episode (F32.0) bzw. rezidivierend (F33.0), bei 4% Dysthymia (F34.1). und bei den restlichen eine Diagnose zwischen F31.3 und 33.9. Weiblich waren 30%, Durchschnittsalter: 46,7 (SD: 8,1), in fester Beziehung lebend: 62%, Abitur: 23%, arbeitslos: 26%, Dauer der letzten Arbeitslosigkeit: 35 Monate (SD: 61 Monate), einen oder mehrere Suizidversuche gaben 25% der Patienten an. Die häufigsten Nebendiagnosen waren: Missbrauch psychotroper Substanzen (27%), Persönlichkeitsstörungen (19%), Angststörungen (13%), somatoforme Störungen (9%), Essentielle Hypertonie (16%), Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr (13%). Die durchschnittliche reguläre Therapiezeit betrug 42 Tage (SD: 7,8). In dieser Zeit befanden sich die Patienten in einer multimodalen Therapie mit dem Schwerpunkt einer kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen, u.a. ergänzt durch aktivierende Sporttherapie, Ergo- und Soziotherapie. Alle Prüfungen auf Signifikanz erfolgten zweiseitig.

Diskussion/Ergebnisse: 60% der Patienten wurden der Gruppe hohe Komorbidität (>2 Nebendiagnosen) zugeteilt. 41% dieser Patienten hatten zwei zusätzliche F-Diagnosen und 40% zwei zusätzliche somatische Diagnosen. Bis auf eine Ausnahme unterschieden sich die Patienten mit unterschiedlicher Ausprägung der Komorbidität nicht in den anamnestischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Partnersituation, Dauer der Arbeitslosigkeit. Patienten mit hoher Komorbidität waren doppelt so häufig arbeitslos ($p<.01$). Hohe Komorbidität korrelierte mit höheren Werten bzgl. Somatisierung, Ängstlichkeit und phobische Angst (BSI, $p<.05$). Zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Testwerten gab es keine Zusammenhänge. Patienten mit hoher Komorbidität waren länger in stationärer Behandlung (+ 5 Tage, $p<.001$). Zu Therapieende gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Komorbiditäts-Gruppen in der Art der Beendigung der Behandlung, der Arbeitsfähigkeit, der prognostischen Beurteilung durch die Therapeuten, den Zufriedenheitseinschätzungen der Patienten zur Therapie und in den Faktoren des BSI. Beide Gruppen hatten sich in den Faktoren des BSI verbessert, aber die Patienten mit hoher Komorbidität hatten zur Einjahreskatamnese weiterhin schlechtere BSI-Werte in den Faktoren Unsicherheit, Ängstlichkeit und Paranoides Denken ($p<.05$).

Zur Einjahreskatamnese hatte sich die Arbeitslosenquote bei den Patienten mit hoher Komorbidität verbessert, so dass sich die beiden Gruppen nicht mehr in ihrer Arbeitslosenquote unterschieden. Das einzige Prognosekriterium für Nicht-Arbeitslosigkeit ein Jahr nach Therapieende war unabhängig von der Komorbidität die Schulbildung. Patienten mit niedrigerer Schulbildung (bis einschl. Hauptschule) waren eher nicht arbeitslos ($p < .05$). Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in der Inanspruchnahme von weiterführenden Therapien oder Selbsthilfegruppen. 28% der Patienten nahmen an einer weiterführenden Therapie teil und 9% an einer Selbsthilfegruppe. Insbesondere bei den Patienten mit hoher Komorbidität wäre zu prüfen, ob durch motivierende Maßnahmen für nachfolgende Betreuungen die katamnestischen Ergebnisse weiter verbessert werden können. Ursache und Wirkung sind in dieser Studie nicht unterscheidbar, wahrscheinlich gibt es Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren wie Arbeitslosigkeit und Komorbidität.

0219

Outcome depressiver Störungen einer tagesklinischen Klientel

Claudia Engel (ZN-KJPP, Rostock)

R. Neugebauer, F. Häßler

Einleitung: Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen. Nicht immer, insbesondere unter gesundheitsökonomischen Aspekten, ist eine vollstationäre Behandlung sinnvoll. Auch ambulante Therapien können sich, z.B. in Anbetracht langfristiger Krankenschreibungen, als unzureichend erweisen. Tagesklinische Angebote haben sich erst in den letzten 20 Jahren entwickelt. Therapieevaluationsstudien gibt es bislang kaum. Ziel der Arbeit ist einerseits die Beschreibung der Patientenklientel und andererseits die Evaluation der tagesklinischen Behandlungsform.

Methode: In der vorliegenden Untersuchung wurden die Daten aller Patienten ($n=249$; Alter: $M=44.9$, $SD=11.1$) mit depressiven Erkrankungen (F32, F33, F41.2, F43, F31, F25.1) die sich im Verlauf eines Dreijahreszeitraumes in der Tagesklinik für Psychiatrie in Rostock zur Therapie befanden, retrospektiv erhoben. Neben soziodemografischen, störungs- und therapiebezogenen Variablen wurden die Hamilton Depressionsskala (HAMD) und, bei einer Teilstichprobe, das Beck Depressionsinventar (BDI) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Frauen (73.1%) waren signifikant häufiger vertreten als Männer (26.9%). Bei 61.1% wurden depressive Episoden, bei 17.0% rezidivierende depressive Störungen, bei 10.9% Angst und depressive Störungen gemischt, bei 5.3% bipolare affektive Störungen, bei 4.9% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen und bei 0.8% schizodepressive Störungen diagnostiziert. Zum Aufnahmezeitpunkt betrug der mittlere HAMD-Score 23.3 ($SD=5.5$) Punkte und der BDI-Score 31.5 ($SD=12.1$) Punkte. Die mittlere tagesklinische Behandlungsdauer betrug 9.2 ($SD=3.7$) Wochen. Zum Entlassungszeitpunkt zeigte sich eine signifikante Besserung in den Depressionsscores ($p < .005$). 79.3% der Patienten gaben an, dass sich ihre Symptomatik gebessert habe, bei 17.9% wäre sie unverändert und bei 2.8% verschlechtert gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik nach einer tagesklinischen Therapie. Weitere Analysen werden sich auf die Identifikation von Kriterien konzentrieren, die einen solchen Therapieerfolg determinieren. Kontrollierte Studien werden zudem in Zukunft diese Behandlungsform von anderen schulenspezifischen Settings abgrenzen müssen.

0220

Validität des EQ-5D-Lebensqualitätsfragebogens bei Patienten mit depressiver Störung

Oliver Günther (Universität, Gesundheitsökonomie, Leipzig)

C. Roick, M. C. Angermeyer, H.-H. König

Einleitung: Der EQ-5D ist ein generischer Fragebogen zur subjektiven Beschreibung und Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,

der häufig in gesundheitsökonomischen Evaluationen eingesetzt wird. Ziel dieser Studie war die Analyse der Akzeptanz, des Diskriminationsvermögens und der Validität des EQ-5D bei Patienten mit depressiver Störung.

Methode: Bei 141 Patienten mit ICD-10 F32 Diagnose wurde der EQ-5D mit Instrumenten zur Messung der allgemeinen Lebensqualität (WHOQOL-BREF, TTO), des Funktionsniveaus (GAF, GARE, SOFAS) und der Psychopathologie (CGI, SCL-90R) verglichen. Zur Analyse der Akzeptanz wurde der EQ-5D mit den anderen verwendeten selbst auszufüllenden Instrumenten bezüglich fehlender Antworten verglichen. Das Diskriminationsvermögen wurde anhand der Verteilung der beschriebenen Gesundheitszustände analysiert. Zur Analyse der Validität wurde die Übereinstimmung der durch den EQ-5D erfassten Dimensionen mit ähnlichen Konstrukten der anderen Instrumente verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Der Anteil an fehlenden Antworten lag zwischen 0% und 1,4%. Die Patienten gaben am häufigsten Probleme in der EQ-5D Dimension „Angst/Niedergeschlagenheit“ (81,6%) an, am seltensten in der Dimension „Mobilität“ (30,5%). Keine Probleme gaben 8,6% an. Die Subskalen der Vergleichsinstrumente zeigten signifikante Unterschiede bezüglich der Ausprägungen theoretisch verwandter EQ-5D Dimensionen mit meist großen Effektstärken ($>1,0$); die größten Effektstärken zeigten sich zwischen der EQ-5D Dimension „Angst/Niedergeschlagenheit“ und der WHOQOL-BREF Domäne „Psychisch“ ($d=1,88$) bzw. der SCL-90R Skala „Depression“ ($d=1,61$) und zwischen der Dimension „Allgemeine Tätigkeiten“ und dem Score des BREMES ($d=1,54$). Der Mittelwert der visuellen Analogskala (EQ VAS) lag bei 50,3. Der EQ VAS Wert war mit den Skalenwerten fast aller anderen Instrumente signifikant korreliert ($0,25 < r < 0,73$; $p < 0,002$). Der EQ-5D scheint ein gut akzeptiertes und ausreichend diskriminierendes Instrument bei depressiver Störung zu sein. Insbesondere die EQ-5D Dimensionen „Angst/Niedergeschlagenheit“ und „allgemeine Tätigkeiten“ scheinen im Vergleich Probleme in diesen Bereichen gut abzubilden, was als ein Hinweis auf ausreichende Validität des EQ-5D gewertet werden kann. In zukünftigen longitudinalen Studien sollte insbesondere die Veränderungssensitivität des EQ-5D untersucht werden.

0221

Veränderungssensitivität des EQ-5D-Lebensqualitätsfragebogens bei Patienten mit Depressiver Störung

Oliver Günther (Universität, Gesundheitsökonomie, Leipzig)

C. Roick, M. C. Angermeyer, H.-H. König

Einleitung: Der EQ-5D ist ein kurzer generischer Fragebogen zur subjektiven Beschreibung und präferenzbasierten Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der häufig in gesundheitsökonomischen Evaluationen eingesetzt wird. Ziel dieser Studie war die Analyse der Veränderungssensitivität des EQ-5D bei Patienten mit depressiver Störung.

Methode: In einer Längsschnittstudie (164 Patienten mit Diagnose F31–F34 nach ICD-10) wurden der EQ-5D sowie Instrumente zur Messung und Bewertung der allgemeinen Lebensqualität (WHOQOL-BREF, TTO), Psychopathologie (CGI, SCL-90R, BREMES) und des Funktionsniveaus (SOFAS) zweimal im Abstand von zwölf Monaten eingesetzt. Zur Analyse der Veränderungssensitivität wurden die Mittelwertsunterschiede der Skalen zwischen den Messzeitpunkt berechnet und als Effektstärke (Cohen's d) ausgedrückt. Verglichen wurden die Effektstärken der fünf EQ-5D Dimensionen und theoretisch ähnlicher Vergleichsinstrumente. Außerdem wurden die Effektstärken der aus dem EQ-5D abgeleiteten präferenzbasierten Bewertungen der Patienten (EQ VAS) und der deutschen oder britischen Allgemeinbevölkerung (EQ-5D Index D bzw. UK) den Summenscores der Vergleichsinstrumente gegenübergestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Spanne der Effektstärken der EQ-5D Dimensionen reichte von $d=0,052$ für „Mobilität“ bis $d=0,485$ für „Allgemeine Aktivitäten“. Der Betrag der Effektstärke der Dimension „Angst/Niedergeschlagenheit“ ($d=0,307$) lag nahe an dem der Skala „Depression“ des SCL-90R ($d=0,337$), über dem der Skala „symptomatische

Probleme“ des HoNOS ($d=0,158$) und unter dem der Skala „Mental“ des WHOQOL-BREF ($d=0,483$). Die Effektstärke des EQ VAS Score ($d=0,497$) lag nahe an der des CGI ($d=0,555$) und HoNOS Summenscore ($d=0,512$), über der des GSI Score ($d=0,231$) und unter der des BREMES Score ($d=0,730$). Die Effektstärken des EQ-5D index Germany ($d=0,177$) und UK ($d=0,250$) lagen deutlich unter denen der Summenscores der Vergleichsinstrumente. Der generische EQ-5D scheint auf der Dimension „Angst/Niedergeschlagenheit“ eine vergleichbare Veränderungssensitivität wie die Subskalen der spezifischen Vergleichsinstrumente zu besitzen. Gegenüber den EQ-5D Indices der deutschen und britischen Allgemeinbevölkerung scheint die EQ VAS sensitiver gegenüber Veränderungen zu sein.

0222

Anpassungsstörungen und stationäre Behandlungsdauer

Tobias Wiehn (Salus Klinik Friedrichsdorf, Psychosomatik)
J. Domma, H. Vollmer

Einleitung: Anpassungsstörungen sind unter anderem dadurch definiert, dass die Symptome in der Regel sechs Monate nach Beendigung der Belastung nicht mehr vorhanden sind. Für die Praxis der Behandlung wäre die Schlussfolgerung, dass zum Beispiel im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen die stationäre Behandlung, wenn überhaupt notwendig, sehr kurz sein kann, insbesondere bei den Anpassungsstörungen mit kurzer depressiver Reaktion (F43.20).

Methode: Es wurden alle Patienten mit einer Erstdiagnose Anpassungsstörung (F43.2), die länger als vier Tage in stationärer Behandlung waren, einbezogen ($N=194$). Die ICD-10 Diagnostik wurde von geschulten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Die häufigste Diagnose war Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (F43.20, 62,9%), am zweithäufigsten mit längerer depressiver Reaktion (F43.21, 14,4%). Im Durchschnitt waren die Patienten 48 Jahre alt (SD: 7,9), 59% waren weiblich, 63% lebten in einer festen Beziehung, 22% hatten Abitur, 40% die Mittlere Reife und 20% waren zu Beginn der Behandlung arbeitslos. Im Verlauf ihrer stationären Behandlung in der psychosomatischen Fachklinik erhielten die Patienten eine multimodale Therapie mit dem Schwerpunkt einer kombinierten kognitiv-behavioralen Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch den jeweiligen Bezugstherapeuten. Allen Vergleichen liegen zweiseitige Signifikanztests zugrunde.

Diskussion/Ergebnisse: Im Durchschnitt erstreckte sich die stationäre Behandlung über 36 Tage (SD: 8,8, min. 5, max. 52 Tage). Bei 38% der Patienten lag die Behandlungsdauer zwischen 41 und 43 Tagen, 27% wurden zwischen 28 und 34 Tagen und 12% unter 28 Tagen behandelt. Bei 11% der Patienten lag die Therapiedauer über 43 Tage. In den anamnestischen Daten und in den psychologischen Tests unterschieden sich die Patienten mit unterschiedlichen Therapiezeiten nicht voneinander. Nur die Patienten mit längerer Verweildauer (>43 Tage) waren zu Behandlungsbeginn depressiver, unsicherer und aggressiver (BSI, $p<.05$). Diese Patienten hatten sich zur Einjahreskatamnese in ihrem Depressionswert verbessert ($p<.05$), waren aber weiterhin unsicherer und aggressiver als die Patienten mit der Behandlungszeit von ca. 42 Tagen. Bis auf die Patienten mit einer Behandlungszeit von unter 28 Tagen gab es keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen in den Erfolgsmaßen zur Einjahreskatamnese. Die Patienten mit der kurzen Behandlungszeit (<27 Tage) waren zur Einjahreskatamnese, trotz fehlender Unterschiede zu Behandlungsbeginn, depressiver, paranoider und psychotischer im Denken (BSI Faktoren 4, 8, 9, $p<.001$) und sie waren unzufriedener mit ihren sozialen Beziehungen, ihrem Freizeitverhalten und ihrem Gesundheitszustand ($p<.01$). Bei Behandlungsende hatten die Therapeuten diese Gruppe prognostisch ebenso gut beurteilt wie die Patienten mit den längeren Behandlungszeiten. Es gab keinen Zusammenhang zwischen ICD-Diagnostik und der Behandlungszeit oder den Erfolgsmaßen. Auch Patienten mit längerer depressiver Reaktion und erhöhter Komorbidität wurden ebenso kurz und erfolgreich behandelt. Diese Ergebnisse stützen die sehr individuelle Therapieplanung der Klinik. Denn mit Ausnahme der sehr

kurzen Behandlungszeiten scheint es in der Patient-Therapeut Interaktion zu sinnvollen Entscheidungen über die angemessene Behandlungsdauer zu kommen. Objektive, valide Kriterien konnten dazu nicht ermittelt werden, wären aber wünschenswert. Die Behandlungsdauer sollte bei Anpassungsstörungen nur in Ausnahmefällen unter 28 Tagen liegen. Für die meisten Patienten mit der Erstdiagnose Anpassungsstörung ist eine ca. 42 tägige stationäre Behandlung am erfolgversprechendsten. Die Hypothese, dass für Anpassungsstörungen in der Regel kürzere stationäre Behandlungszeiten ausreichend sind, ist nicht zutreffend.

0223

Charakteristika von Hochnutzern mit Majorer Depression in Hausarztpraxen

Anne Berghöfer (Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Epidemiologie, Berlin)

A. Pfennig, H. Schweikert, A. Reich, M. Bauer, S. N. Willich

Einleitung: Viele Patienten in der Hausarztpraxis, insbesondere solche mit häufiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Hochnutzer), leiden an einer Depression, werden nicht korrekt diagnostiziert und bleiben unzulänglich behandelt. Unklar ist, ob die Depression latente Ursache für das Hochnutzerverhalten sein kann. Im Rahmen einer randomisierten klinischen Studie soll die Effektivität und Effizienz eines einfachen Depressionsscreenings mit anschließender Weiterbehandlung im Rahmen eines standardisierten Behandlungsplanes oder einer Behandlung „wie üblich“ untersucht werden.

Methode: Hausarztpatienten wurden mit dem Brief Psychiatric Health Questionnaire (B-PHQ) auf vorliegende depressive Symptomatik untersucht. Das Screening erfolgte abhängig von der Organisation der Praxis unsystematisch im Wartezimmer oder systematisch durch Aushängen des Fragebogens an jeden Patienten einmalig im Quartal. Hochnutzerverhalten wurde durch die Angabe von mindestens 5 Arztkontakten im letzten Quartal definiert. Bei positivem Screening-Befund führten geschulte Untersucher zur Bestätigung der Diagnose Majorer Depression ein standardisiertes diagnostisches Telefoninterview (DIA-X) durch. Patienten mit Majorer Depression wurden in eine randomisierte, prospektive Interventionsstudie zum Vergleich von a) einem 6-monatigen Behandlungsprogramm mit Pharmakotherapie, standardisierter Information für Patienten und Ärzte sowie Fall-Management und b) einer 6-monatigen Behandlung wie üblich, eingeschlossen (Abb.). Zu Baseline wurden soziodemographische und klinische Daten der Patienten sowie die Depressionsschwere, Lebensqualität und Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: In 31 Praxen der Primärversorgung im Raum Berlin wurden 63 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Patienten waren zu rund 20% arbeitslos, zu über 40% alleinlebend, verfügten in über 40% der Fälle über ein Haushaltseinkommen unter 1.000 Euro und litten zu über 80% an komorbiden somatischen Erkrankungen. Ein Screening in Hausarztpraxen kann eine adäquate Diagnosestellung und Depressionsbehandlung ermöglichen. Patienten mit Hochnutzerverhalten und Majorer Depression leben in einem eher geringen sozioökonomischen Hintergrund und zeichnen sich durch eine hohe Rate komorbider Erkrankungen aus.

0224

Suizide in Südtirol 1999–2004 - Ergebnisse einer epidemiologischen Studie

Giancarlo Giupponi (BKH S. Maurizio, Psychiatrie, Bozen)
A. Fanolla, J. Schwitzer, R. Tomasi, R. Pycha

Die vorliegende Studie sucht Antwort auf die Frage nach besonderen Risikofaktoren für suizidales Verhalten in Südtirol – aufgr- und der konstant äußerst hohen Suizidrate, die im Durchschnitt das Doppelte des italienischen Mittels erreicht. Dabei wird auf soziodemografische, zeitliche, örtliche und weitere Variablen fokussiert.

Zwischen 1999 und 2004 sind landesweit ungefähr 300 Suizidfälle erhoben und einer deskriptiven Statistik unterzogen worden. Die Ergebnisse entsprechen weitgehend den aus der Literatur bekannten Risikokonstellationen. Hervorstechendste Charakteristika der südtiroler Situation sind neben der für Italien hohen Suizidrate ein um den Faktor 1,3 höheres Suizidrisiko für die deutschsprachige Bevölkerung im Verhältnis zur italienischsprachigen, eine gesteigerte Suizidhäufigkeit in den ländlichen Gebieten und vor allem in unwegsamen Seitentälern. Sozioökologische Kofaktoren und Selbstselektionsvorgänge können zur Erklärung dieser Besonderheiten beitragen.

0225

Weihnachten=Erhöhte Suizidrate? Epidemiologische Betrachtung eines Mythos.

Joachim Demling (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

T. Biermann, J. Kornhuber, U. Reulbach

Einleitung: Entgegen vorherrschender Meinung in der Bevölkerung und bei klinisch tätigen Ärzten wurde in wissenschaftlichen Studien überwiegend festgestellt, dass die Häufigkeit suizidaler Handlungen um die Zeit nationaler und international begangener Feiertage abnimmt. In besonderer Weise scheint für die Zeit um Weihnachten zu gelten, dass mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste im ambulanten und stationären Setting und speziell einer vermehrten Inzidenz suizidaler Handlungen gerechnet wird, was sich auch in den Ausdrücken „Christmas depression“ oder „Christmas blues“ andeutet.

Methode: Erfasst wurden die Suizide in Bayern im Zeitraum von 1998 bis 2002 nach Angaben des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung. Raten wurden berechnet, indem beobachtete zu erwarteten Häufigkeiten in ein Verhältnis gesetzt wurden. Die statistische Signifikanz einer Rate (d.h. ihr nichtzufälliges Abweichen von 1) wurde unter Berücksichtigung einer Binomialverteilungsannahme berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Zahl der im Dezember verübten Suizide lag signifikant unter dem Monatsdurchschnitt zwischen Januar und November (Rate: 0,94; $p=0,018$). Betrachtet man die Suizidhäufigkeit innerhalb von 22 Zeitabschnitten von jeweils 3 Tagen zwischen 30. November und 01. Februar, so liegt die Häufigkeit um die Weihnachtstage (24.-26. Dezember) hochsignifikant unterhalb derjenigen der vorausgehenden Zeitabschnitte (Rate: 0,67; $p=0,0004$) und steigt danach wieder an. In der Zeit vom 5. bis zum 7. Januar fällt die Suizidhäufigkeit für beide Geschlechter steil ab auf Werte noch unter denjenigen um Weihnachten (Rate: 0,30, $p<0,0001$). Unmittelbar anschließend erreichen die Zahlen wieder etwa das Ausgangsniveau und bilden zwischen dem 21. und 23. Januar einen Peak (Rate = 1,38; $p<0,001$). Insgesamt bestätigen unsere Befunde die in der Literatur durchgehend berichteten Ergebnisse, wonach in der Vorweihnachtszeit und besonders während der Weihnachtstage ein deutlicher Abfall der Suizidhäufigkeit zu verzeichnen ist, also die oft zitierte „Weihnachtsdepression“ zumindest keinen statistischen Niederschlag findet.

0226

Suizidprävention an Brücken-Hotspots. Ergebnisse einer Nationalen Untersuchung in der Schweiz

Thomas Reisch (UPD Bern, Direktion Psychiatrie, Bern 60)

Einleitung: Der Sprung in die Tiefe ist mit 10–155 aller Suizide eine der häufigsten Suizidmethoden in deutschsprachigen Ländern. Suizide werden häufige von bekannten Orten so genannten Hotspots durchgeführt. Hohe Brücken sind hierbei häufig gewählte Sprungorte. Ziel der vorgestellten Studie war es systematisch die Brücken-

Hotspots der Schweiz zu identifizieren und gegebenen Suizidpräventionsmassnahmen zu überprüfen.

Methode: Mit Hilfe von Aufzeichnungen des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS), allen Schweizerischen Instituten für Rechtsmedizin, sowie anderer kantonaler oder lokaler Datenquellen wurden Brücken-Hotspots identifiziert. Die Brücken wurden aufgesucht und bauliche Veränderungen vor Ort oder mit Hilfe der Hochbauämter eruiert. Veränderungen der Suizidzahlen nach der Installation wurden analysiert. Ergebnisse: Es wurden insgesamt 475 Suiziden auf 141 Brücken gefunden. Auf 23 Brücken entfielen $\frac{2}{3}$ aller Suizide (Hotspots). An 5 Brücken wurden bauliche Veränderungen (davon 3 mit vollständigen und 2 mit partiellen Geländeerhöhungen) durchgeführt. Es konnte kein direkter Einfluss von Hilfeschildern gefunden werden. Telefone wurden benutzt, zeigten aber keinen nachweisbaren Einfluss auf die Anzahl der Suizide. Partielle Absperrungen (über beschränkte Längen) waren kontraproduktiv. Bei vollständigen Geländeerhöhungen über 144 cm zeichnete sich ein beginnender suizidpräventiver Effekt ab.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Reduktion der Suizide an einer Brücke durch bauliche Massnahmen ist möglich. Grosse Geländeerhöhungen sind erforderlich um einen suizidpräventiven Effekt zu erreichen.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-022 Postersitzung

Affektive Störungen – Pharmakotherapie und weitere biologische Therapieverfahren

Vorsitz: M. Adli (Berlin)

0227

Factors affecting the pharmacokinetics of escitalopram studied in a naturalistic design

Ursula Havemann-Reinecke (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Brückner, C. Hiemke, D. Wedekind, C. Genee

Einleitung: Multiple epigenetic factors affect the pharmacokinetics of drugs. The aim of this study was to analyse the relevance of such factors on the pharmacokinetics of escitalopram (S-CIT).

Methode: In patients treated with S-CIT under naturalistic conditions steady state plasma concentrations of S-CIT and its major metabolite S-demethylcitalopram (S-D-CIT) were measured. Drug concentrations were related to dose, age, gender, comedication and comorbidity.

Diskussion/Ergebnisse: Primary diagnoses of included patients ($n=201$) were affective disorders (53%, $f>m$), anxiety and somatoform disorders (14%, $m>f$) and addiction diseases (14%, $m>f$). The most frequent daily dose of S-CIT was 10 mg/day (49%). Most patients were under polypharmacotherapy (84.4%). The mean dose corrected plasma concentrations (C/D ratio) of S-CIT under monotherapy ($n=31$) was 2.0 ± 1.4 ng/ml/mg. Under 20 mg, plasma levels were significantly higher in females than in males. Correlation studies showed a significant positive relation of age and C/D ratio of S-CIT. Alcohol dependence associated with pathological liver changes did not influence blood levels of S-CIT. Only severe cirrhosis increased the level of S-CIT. Polypharmacotherapy lead to slightly but not significantly lower C/D of S-CIT. In benzodiazepine dependent patients the ratios of the metabolite S-D-CIT was significantly higher than under monotherapy with S-CIT. Conclusion: Data of this naturalistic study revealed that age and gender affect the pharmacokinetics of S-CIT.

0228

Pharmakotherapie der Depression im Behandlungsalltag Eine Analyse von Routineabrechnungsdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung

Holger Gothe (IGES, Versorgungsforschung, Berlin)

T. Volmer, A. Höer, B. Häussler

Einleitung: Der Stellenwert der Antidepressiva in der Depressionsbehandlung ist unbestritten, aber Wirksamkeit und unerwünschte Wirkungen der verschiedenen Arzneimittelgruppen werden kontrovers diskutiert. Zu Therapieverläufen außerhalb der protokollarischen Vorgaben klinischer Studien liegen kaum gesicherte Erkenntnisse vor. Ziel dieser Studie war, das Versorgungsgeschehen unter „Real Life“-Bedingungen zu analysieren.

Methode: Für den Zeitraum 2001–2003 wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis von Routineabrechnungsdaten der GKV durchgeführt. Einbezogen wurden Daten von Versicherten, die im Beobachtungszeitraum an mindestens 90 aufeinander folgenden Tagen versichert waren und mindestens einen Krankenhausaufenthalt oder Arbeitsunfähigkeitsfall mit der Diagnose Depression hatten. Die Antidepressiva-Verordnungen wurden analysiert und charakteristische Verordnungsmuster beschrieben.

Diskussion/Ergebnisse: Von insgesamt $n=1.537.192$ Versicherten des Datenbestandes wiesen $n=33.508$ (2,2%) die Diagnose Depression auf, davon erhielten $n=16.789$ (50,1%) im 3-Jahres-Zeitraum mindestens ein Antidepressivum, 73,4% der Behandelten bekamen mindestens einmal ein TZA verordnet, 40,9% ein SSRI und 7,5% ein SNRI. Die Verläufe von Versicherten mit definierter Index-Verordnung wurden untersucht. Gemäß Einschlusskriterien (Mindestbeobachtungszeit 180 Tage vor und 360 Tage nach Index-Verordnung) waren $n=6.176$ Versicherte konsekutiv beobachtbar. Bei $n=2.846$ waren im weiteren Behandlungsverlauf Wirkstoffgruppenwechsel zu beobachten. Die Wirkstoffgruppe wechselten 18,8% der SNRI-Patienten, 13,2% der SSRI-Patienten und 8,4% der TZA-Patienten. Am häufigsten waren Switches von SSRI zu TZA (55,7% der Wirkstoffgruppenwechsel) oder umgekehrt (52,1%). Switches von SNRI zu TZA fanden in 43,8% bzw. umgekehrt in 5,8% statt, von SNRI zu SSRI wechselten 30,2%, umgekehrt 7,1%. Die Versorgungsprävalenz von Antidepressiva erscheint insgesamt niedrig, bestätigt aber die vielerorts berichtete Versorgungssituation depressiv Kranker in Deutschland. Bei kontinuierlich behandelten Versicherten sind Wechsel der Wirkstoffgruppe eher selten, die relativ hohen Wechselraten in der Gruppe der mit SNRI behandelten Versicherten könnten darauf hindeuten, dass es sich um Patienten mit insgesamt komplizierteren Verläufen handelt, bei denen ein Wirkstoffwechsel häufiger vorgenommen wird als bei anderen Patienten.

0229

Recurrence Prevention with Two Years of Maintenance Treatment with Venlafaxine XR in Patients with Recurrent Unipolar Major Depression

Martin Keller (Brown University, Psychiatrie, Neurologie, Providence, Rhode Island)

D. Dunner, A. Gelenberg, R. Hirschfeld, J. Kocsis, S. Kornstein, C. Nemeroff, P. Ninan, W. Dierkes, A. Rothschild, A. Schatzberg, R. Shelton, M. E. Thase, M. H. Trivedi, J. Zajecka

Einleitung: Second-year maintenance phase from a 4-phase long-term study to evaluate efficacy and safety of venlafaxine extended release (XR) in preventing recurrence of depression.

Methode: Patients ($N=1096$) were randomly assigned in a 3:1 ratio to 10-week treatment with venlafaxine XR (75–300 mg/day) or fluoxetine (20–60 mg/day). Responders (HAM-D17 total score ≤ 12 and $\geq 50\%$ decrease from baseline) entered a 6-month, double-blind continuation phase on the same medication. Continuation

phase responders enrolled into the maintenance phase consisting of 2 consecutive 12-month periods. At the start of each maintenance period, venlafaxine XR responders were randomly assigned to receive double-blind treatment with venlafaxine XR or placebo, and fluoxetine responders were continued for each period. We report results from the second 12-month maintenance phase, which compared the time to recurrence of depression with venlafaxine XR versus placebo, as its primary efficacy measure. The primary definition of recurrence was a HAM-D17 total score >12 and $<50\%$ reduction from baseline (acute phase) HAM-D17 at 2 consecutive visits or at the last valid visit prior to discontinuation.

Diskussion/Ergebnisse: The cumulative probabilities of recurrence through 12 months in the venlafaxine XR ($n=43$) and placebo ($n=40$) patients who had been responders to venlafaxine XR during the first maintenance phase were 8.0% (95% CI: 0.0, 16.8) and 44.8% (95% CI: 27.6, 62.0), respectively ($P<0.001$, log rank test). Overall discontinuation rates were 28% and 63% in the venlafaxine XR and placebo groups, respectively. Adverse events were the primary reason for discontinuation for 1 patient (2%) in the venlafaxine XR group and 4 (10%) in the placebo group. Conclusion: An additional 12 months of maintenance therapy with venlafaxine XR was effective in preventing recurrence of depression in patients who had been responders to venlafaxine XR during acute, continuation, and 12 months of maintenance therapy.

0230

Duloxetine im Vergleich zu Placebo in der Behandlung von geriatrischen Patienten mit Major Depression

Edith Schneider (Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg)

J. Raskin, C. Wiltse, J. Dinkel, A. Siegel, J. Sheikh, J. Xu, B. Rotz, S. Wilhelm, R. Mohs

Einleitung: Vergleich von Duloxetin und Placebo hinsichtlich der Wirkung auf die Kognition von geriatrischen Patienten (≥ 65 Jahre) mit einer Major Depression.

Methode: Die Behandlung wurde randomisiert mit Duloxetin 60 mg/Tag ($n=207$) oder Placebo ($n=104$) über 8 Wochen zugewiesen. Der primäre Zielparameter war ein kombinierter Kognitionsscore, der das verbale Lernen und das Gedächtnis, die selektive Aufmerksamkeit und die Exekutivfunktionen evaluierte. Zu den sekundären Zielparametern zählten die Geriatric Depression Scale (GDS), die Hamilton-Depressionskala (HAM-D17), die visuelle Analogskala (VAS) für Schmerzen, die Clinical Global Impression of Severity (CGI-S) und der SF-36-Fragebogen.

Diskussion/Ergebnisse: Verglichen zu Placebo führte Duloxetin zu einer signifikant stärkeren Verbesserung des kombinierten Kognitionsscores (1,95 vs. 0,76; $p=0,013$). Unter Duloxetin wurde ein signifikant stärkerer Rückgang der Werte auf HAM-D17 und GDS beschrieben. Die Ansprech- und Remissionsraten gemäß HAM-D17 waren unter Duloxetin etwa doppelt so hoch wie unter Placebo. Duloxetin führte zu einer stärkeren Verbesserung der CGI-S, der VAS für Rückenschmerzen und für Schmerzen im Wachzustand, sowie zu einer stärkeren Verbesserung von 5 Subscores des SF-36. Hinsichtlich Therapieabbruchraten aufgrund unerwünschter Ereignisse bestanden keine Unterschiede zwischen Duloxetin (9,7%) und Placebo (8,7%). Placebopatienten brachen die Therapie häufiger aufgrund mangelnder Wirksamkeit ab als Patienten unter Duloxetin (9,6% vs. 2,9%). Häufige unter der Therapie auftretende unerwünschte Ereignisse waren Mundtrockenheit, Übelkeit und Somnolenz. Die Inzidenz nach dem Absetzen auftretender unerwünschter Ereignisse war unter Duloxetin (14,2%) ähnlich wie unter Placebo (10,0%). Duloxetin verbesserte die Parameter für die Kognition und die Depression und erwies sich bei geriatrischen Patienten mit Major Depression als gut verträglich. Diese Studie wurde von Eli Lilly finanziert.

0231

Duloxetine/mirtazapine-combination in treatment-resistant major depression

Heiko Ullrich (Evangelische Kliniken, Klinik für Psychiatrie, Gelsenkirchen)
R. Kudling, E. Sigges, J. L. Pach, E. Klieser

Einleitung: Combination of different antidepressive agents is an option in the therapy of treatment-resistant depression. Although the combination of duloxetine and mirtazapine seems useful due to the different mechanism of action, there is only little data available on this regimen.

Methode: 17 inpatients 10 female/7male; mean age 50 years (range: 22–70) with a treatment-resistant major depression, who also failed to respond to duloxetine-monotherapy were treated with a combination of duloxetine and mirtazapine. Monitoring controlled the plasma-levels of duloxetine before and after administration of mirtazapine. For evaluation of side-effects clinical interview, ecg and clinical chemistry was administered every two weeks under combination-therapy.

Diskussion/Ergebnisse: The mean duloxetine-dose was 97 mg (60–120) combined with a mean dose of mirtazapine of 31 mg (15–60). The plasma-levels of duloxetine showed a pre-combination value of 67,5 ng/ml (11,3–203,9) and a mean of 84,3 ng/ml (51–107) under combination. Mirtazapine showed a plasma-level of a mean 38,5 ng/ml (5–84) under combination. There were no significant changes in laboratory findings or the ecg, nor any complaints of side-effects. The treatment showed a mean efficacy index of 2,4 (2–4) as measured by CGI.

0232

Eine Variation im MAOB Gen ist assoziiert mit dem Therapieerfolg von Mirtazapin und Paroxetin bei Major Depression

André Tadic (Universitätsklinik, Psychiatrische Klinik, Mainz)
D. Rujescu, M. J. Müller, R. Kohnen, H. H. Stassen, N. Dahmen, A. Szegedi

Einleitung: Genetische Unterschiede haben mit großer Wahrscheinlichkeit einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieerfolg einer antidepressiven Behandlung bei Patienten mit Major Depression. Monoaminoxidase B (MOA-B) wird beim Menschen im Gehirn hauptsächlich in Astrozyten und serotonergen Neuronen exprimiert. Es wird vermutet, dass seine physiologische Aufgabe darin besteht, fremde Amine zu eliminieren, um somit eine möglichst reine serotonerge Neurotransmission zu gewährleisten. Das MAOB Gen (Xp11.4–p11.23) beinhaltet einen häufig vorkommenden bi-allelicischen Polymorphismus im Intron 13 (A→G; rs1799836). In menschlichen, postmortem untersuchten Gehirnen war das A-Allel mit einer höheren Enzymaktivität assoziiert, obwohl der Polymorphismus nicht zu einer Änderung der Proteinsequenz führt. Wir untersuchten die Hypothese einer Assoziation dieser MAOB Genvariante mit dem Therapieerfolg auf eine antidepressive Behandlung mit Mirtazapin, einem Antagonisten an α_2 -, 5-HT₂- und 5-HT₃- Rezeptoren, sowie mit Paroxetin, einem SSRI.

Methode: N=102 ambulante Patienten mit einer Major Depression (DSM-IV) wurden randomisiert verteilt auf eine Behandlung mit entweder Mirtazapin (Dosisrange 30–45 mg/d) oder Paroxetin (20–40 mg/d). Die Schwere der Symptomatik wurde an den Tagen 0 (baseline), 7, 14, 21, 28 und 42 mittels HAM-D-17 untersucht. Zur Bestimmung der Allelvarianten wurde eine PCR-basierte Technik angewendet. Kontinuierliche Daten wurden mittels Kovarianzanalysen für wiederholte Messungen, kategoriale Daten (Responderraten) mittels Kaplan-Meier-Kurven analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Für das A-Allel homozygote Frauen zeigten ein signifikant besseres Ansprechen auf die antidepressive Behandlung als AG/GG-Patientinnen (ANCOVA: $F=5,3$; $df=1,87,3$; $P=0,024$; Kaplan-Meier-Analyse, logrank test: $\chi^2=6,9$; $df=1$; $P=0,0088$). Bei Betrachtung der Medikationsgruppen zeigten in der Untergruppe der mit Paroxetin behandelten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Genotypgruppen AA und AG/GG (ANCOVA: $F=4,3$; $df=1,42,2$; $P=0,045$; Kaplan-Meier-Analyse, logrank test: $\chi^2=4,2$; $df=1$; $P=0,041$), während in der Untergruppe der mit Mirtazapin behandelten Frauen die Resultate

ähnlich waren, eine statistische Signifikanz jedoch nicht gefunden wurde. In der Gruppe der Männer wurde keine Assoziation zwischen der MAOB A644G Genvariante und dem Ansprechverhalten auf die verwendete antidepressive Behandlung gefunden. Der zeitliche Verlauf und die antidepressive Wirkung von Paroxetin und Mirtazapin scheint in klinische relevanter Weise durch den MAOB A644G Polymorphismus beeinflusst zu werden, zumindest bei Frauen. Eine Replikation dieser Befunde ist unbedingt notwendig. Sollte diese gelingen, kann die Analyse dieser MAOB Genvariante nützlich sein zur Entwicklung einer individualisierten antidepressiven Behandlung.

0233

The Immunoregulatory Properties of the Antidepressant Venlafaxine

Patrick Vollmar (Uniklinik Düsseldorf, Neurologie)
P. Chartowski, M. Schiff, R. Dermietzel, P. Faustmann

Einleitung: Growing evidence indicates immunoregulatory effects of various antidepressant agents. From in vitro studies, we know that antidepressants exert antiinflammatory effects through the suppression of pro- and the increase of antiinflammatory cytokine secretions. In particular, the noradrenalin (NA) and serotonin (5-HT) transmitter system was found to be involved in the pathogenesis of inflammatory CNS diseases like MS. Thus, we examined the selective NA- and 5-HT reuptake inhibitor venlafaxine in an inflammatory astroglia-/microglia coculture model. Experimentally, we created inflammatory milieu by augmenting the microglial fraction in the astroglial coculture from 5% (M5) to 30% (M30).

Methode: Two different doses (within therapeutic range, data from liquor analyses) of venlafaxine were incubated with rat glial cells for 16 h under inflammatory (M30) and non-inflammatory conditions (M5). We measured the membrane resting potential (MRP) and the coupling behaviour of astrocytes (via Lucifer Yellow dye microinjection) with the patch-clamp technique (Abb. 1), determined cytokine concentrations of IL-6, IL-10, IFN-gamma, and TGF-beta in cell supernatants (via ELISA), and labelled microglia (anti-ED1) and astrocytes (anti-GFAP) with immunocytochemistry.

Diskussion/Ergebnisse: Low fractions of microglia (M5) revealed significantly lower MRPs (–69,57 mV vs. –49,6 mV; $p<0,000$) and greater numbers of coupled cells than M30 cultures. The incubation of M5 cultures with venlafaxine strengthened intercellular communication by decreasing the mean MRP and significantly increasing the number of coupled cells. Dose-dependently, venlafaxine 30 ng/ml reversed the depolarisation in M30 cultures from –49,6 mV to –60,96 mV ($p<0,05$). Venlafaxine 300 ng/ml significantly increased the mean number of coupled cells from 6,69 to 10 ($p<0,05$). The agent significantly augmented antiinflammatory TGF-beta whereas proinflammatory IL-6 and IFN-gamma concentrations dropped (Abb. 2). Results illustrate antiinflammatory properties of venlafaxine in vitro and put new complexion on the relationship between neuroinflammatory processes and affective disorders. The findings support the thesis of immunological and glial involvement in affective disorder pathogenesis and might pioneer an innovative treatment option for inflammatory CNS diseases.

0234

Gewichtsunabhängiger Ghrelin-Anstieg unter SSRI-Behandlung depressiver Patienten

Anja Schanze (Universität Erlangen, Klinik für Psychiatrie)
O. Kiess, U. Reulbach, J. Kornhuber, T. Kraus

Einleitung: Die appetitregulierenden Hormone Leptin und Ghrelin wurden in letzter Zeit häufig im Zusammenhang mit psychopharmakainduzierten Gewichtsveränderungen untersucht. Nach wie vor stellt sich die Frage, ob den Veränderungen von Leptin und Ghrelin eine Bedeutung als sekundäres Phänomen der Gewichtssteigerung zukommt oder ob hier ein Zusammenhang zur Pathophysiologie der Erkrankung zu sehen ist.

Methode: Um diesen Zusammenhang weiter klären zu können wurden Leptin und Ghrelin unter der Behandlung mit antidepressiver Medikation, welche bekannten Einfluß auf das Gewicht haben, untersucht. In einer offenen prospektiven Studie wurden 20 depressive Patienten mit Mirtazapin, 8 mit klassischen SSRI und 10 mit Venlafaxin eingeschlossen. Am Aufnahmetag sowie nach 4 Wochen erfolgte eine Blutentnahme (Leptin-/Ghrelinbestimmung, Blutfette ect.), eine Bioimpedanzanalyse und eine psychometrische Erhebung mittels Fragebögen (BDI, HAM, CGI, FEV).

Diskussion/Ergebnisse: Alter und Geschlecht unterschieden sich nicht signifikant in den drei Behandlungsgruppen. In der Mirtazapingruppe stiegen Gewicht (t -test, $t=-3,2$; $p=0,005$) und BMI ($t=-3,3$; $p=0,004$) wie erwartet signifikant an, in der SSRI-Gruppe stiegen Ghrelin ($t=-3,0$; $p=0,029$) und BMI korrigiertes Ghrelin ($t=-2,9$; $p=0,035$) an, in der Venlafaxingruppe hingegen kam es zum signifikanten Gewichtsabfall ($t=2,3$; $p=0,045$) und zur Reduktion des BMI ($t=2,4$; $p=0,043$). In einem allgemeinen linearen Modell für Meßwiederholungen, mit Alter als Kovariate und Geschlecht als Faktor, konnten die genannten Veränderungen in der Mirtazapin und SSRI Gruppe verifiziert werden, jedoch nicht in der Venlafaxin Gruppe. Interessanterweise fand sich in der Mirtazapingruppe eine signifikante negative Korrelation zwischen Gewichts (Korrelationskoeffizient nach Spearman: $r=-0,74$; $p<0,001$) oder BMI Veränderung ($r=-0,73$; $p<0,001$) und dem Alter, d.h. v.a. jüngere Patienten waren von einer Gewichtszunahme betroffen. DISKUSSION Neben erwarteten Effekten auf den Gewichts- und Leptinverlauf von Mirtazapin, SSRI und Venlafaxin, ergaben sich unerwartet Hinweise auf einen gewichtsunabhängigen Ghrelinanstieg in der SSRI-Gruppe. Sollte sich dies durch weitere Studien bestätigen lassen, ergäben sich neue Hypothesen im Zusammenhang mit einer unterschiedlichen neuromodulatorischen Aktivität der antidepressiven Substanzen. Klinisch relevant ist das Ergebnis, dass hauptsächlich jüngere Patienten unter Mirtazapin an Gewicht zunahmten.

0235

Wirksamkeit und Verträglichkeit des irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmers Tranylcypromin bei Patienten mit therapieresistenter Depression

Mazda Adli (Charité Campus Mitte, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)
M. Pilhatsch, U. Köberle, G. Janssen, S. Ulrich, M. Bauer, T. Bschor

Tranylcypromin (TRP) ist ein irreversibler Hemmer der Monoaminoxidase A und B. Bisherige Studien mit vorwiegend kleinen und mittleren Fallzahlen zeigen gute Wirksamkeit bei Depressionen, die auf andere Antidepressiva nicht ausreichend ansprechen. Seit Einführung der neueren selektiven Antidepressiva liegen keine Untersuchungen zur vergleichenden Wirksamkeit sowie Kombinierbarkeit von TRP vor. Wirksamkeit und Anwendungssicherheit von TRP wurden retrospektiv für den Zeitraum 6/2002–6/2006 in jeweils einem akademischen und einem nicht-akademischen Studienzentrum untersucht. Der Therapieerfolg wurde mittels der 21-item Hamilton-Depressions-Skala (HAMD-21) und Clinical Global Impression Skala (CGI) erhoben. Informationen zur Vorbehandlung sowie zu Komedikation, Verträglichkeit und Diätaufwand wurden aus den Krankengeschichten ermittelt. 29 Patienten mit insgesamt 32 Beobachtungseinheiten wurden in die Studie eingeschlossen. Sie hatten im Mittel $3,3 (\pm 1,8)$ adäquate antidepressive Vorbehandlungsversuche in der Indexepisode (Therapieresistenz-Staging nach Thase & Rush: 2.8, range: 0–5). Die mittlere Behandlungsdauer mit TRP betrug 6,5 ($\pm 5,9$) Wochen. Die mittlere Erhaltungsdosis war 51,9 mg [20–100 mg]. Während die beiden letzten Therapieversuche vor TRP keine signifikanten Verbesserungen zeigten (vorletzter Versuch ($n=25$): Δ CGI= $-0,24 \pm 1,34$, letzter Therapieversuch ($n=30$): Δ CGI= $-0,25 \pm 0,73$), kam es unter TRP zu einem hochsignifikanten Symptommrückgang (HAMD= $22,41 \pm 6,52 \rightarrow$ HAMD= $9,64 \pm 7,43$; $p<0,001$, CGI= $5,33 \pm 0,76 \rightarrow$ CGI= $2,75 \pm 1,39$, $p<0,001$). Eine Dosis-Wirkungsbeziehung zeigte sich im untersuchten Dosisbereich nicht. Die Wirksamkeit unterschied sich nicht zwischen einzelnen Therapieresistenzgraden. In 30 Fällen lagen psychopharmakologische Kombinationsbehandlungen

vor, am häufigsten mit Lithium (34%) und Olanzapin (9,4%). Im Vergleich zum vorangegangenen Therapieversuch kam es unter TRP zu weniger unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Der Diätaufwand wurde überwiegend als „gut handhabbar“ eingeschätzt. TRP zeigte eine deutlich antidepressive Wirksamkeit bei Non-Respondern auf vorangegangene adäquate antidepressive Therapieversuche bei insgesamt guter Verträglichkeit. Unsere Daten bestätigen den Stellenwert von TRP in Therapieleitlinien bei Patienten, die auf andere Antidepressiva nicht ansprechen.

0236

Therapeutischer Schlafentzug: Zusammenhang zwischen spontanen Schlafepisoden und Stimmung

Michael H. Wiegand (Technische Universität München, Klinik für Psychiatrie)

T. Jahn, C. Pohl, Z. Veselý, B. Veselý, M. M. Schröder, T. Brückner, J. Bäuml

Einleitung: In der Mehrzahl bisheriger Studien zum antidepressiven Effekt des Schlafentzugs wurden keine kontinuierlichen EEG-Messungen während der Wachperiode durchgeführt; es ist somit unklar, ob das Fehlen von Schlaf tatsächlich ein entscheidender Faktor für die Wirkung der Methode ist. In der vorliegenden Studie wurde erstmals während therapeutischen Schlafentzugs das Schlaf-EEG und somit das Auftreten spontaner Schlafepisoden erfasst.

Methode: Bei 33 stationär behandelten Patienten mit depressiver Episode und unter konstanter antidepressiver Medikation wurden während eines 40stündigen Schlafentzugs-Zeitraums Spontanschlafepisoden durch kontinuierliche Registrierung von EEG, EOG und EMG erfasst. Stimmung und depressive Symptomatik wurden wiederholt mittels Selbst- und Fremdratings beurteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten, die auf Schlafentzug ansprachen, zeigten während des gesamten Schlafentzugs-Zeitraums eine signifikant geringere Dauer an spontanen Schlafepisoden als Nonresponder. Ferner wurde ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Spontanschlaf und Stimmungsfuktuationen beobachtet. Die Beobachtungen bestätigen die Hypothese, dass Schlafvermeidung tatsächlich ein entscheidender Faktor beim Zustandekommen des antidepressiven Effektes ist, und dass Schlaf dem Zustandekommen dieses Effektes entgegenwirkt.

Freitag, 24.11.2006 – 15,30–17,00 Uhr, Saal 02.4

S-104 Symposium

Die Bedeutung des mesolimbischen Dopaminsystems bei Affektiven Störungen

Vorsitz: H. Walter (Bonn), T. Schläpfer (Bonn)

0503

Zur Neurobiologie des Belohnungssystems

Thomas Münte (Universität Magdeburg, Institut für Psychologie II, Magdeburg)

0504

Neuronale Mechanismen von Antizipation und Erhalt von Belohnung: Eine vergleichende fMRT-Studie bei manisch bipolarer Störung und schizophrener Psychosen

Birgit Abler (Universitätsklinik Ulm, Psychiatrie III)

Einleitung: In jüngster Zeit mehren sich die Hinweise, dass Dopamin als Neurotransmitter nicht nur für die Schizophrenie oder Suchtkrankheiten, sondern auch im Verlauf der affektiven Erkrankungen (Manie/Depres-

sion) eine entscheidende Bedeutung hat. Eine der bislang am besten untersuchten und auch im Tierversuch gut charakterisierten Funktionen dopaminerger Neuronen ist die Vermittlung von Belohnungsreizen. Ziel unseres Experimentes war es, mit der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) zu untersuchen, wie Erwartung und Erhalt einer Belohnung bei akut manischen Patienten im Vergleich zu akut schizophrenen Patienten im Gehirn verarbeitet werden. Es wurde ein einfaches Gewinnspiel mit Geldgewinn verwendet.

Methode: Es wurden 12 Patienten (im Mittel 34 Jahre) mit einer akuten manischen Episode und 12 Patienten (i.M. 39 Jahre) mit einer akuten Episode einer schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankung mit 12 gesunden Probanden (i.M. 37 Jahre) verglichen. Alle Patienten nahmen Neuroleptika, also Dopaminantagonisten, ein (manische Patienten: 375 mg Chlorpromazinäquivalent durchschnittlich; schizophrene Patienten: 535 mg). Die Aufnahmen wurden mit einem 3,0 Tesla Scanner (TR=1,5 s, TE=35 msec) gemacht. Die Teilnehmer konnten sich durch richtiges Drücken von vorher bezeichneten Tasten eine 60%ige Chance sichern, einen vorher angekündigten Geldbetrag (1€ /20€) zu gewinnen. In 40% der Fälle erfolgte auch bei richtigem Tastendruck keine Belohnung, in der Kontrollbedingung war die Gewinnchance 0%. Nach jedem Tastendruck wurde der Gewinn angezeigt. Die Daten wurden mit SPM2 (Wellcome Institute, London) ereigniskorreliert ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Medizierte schizophrene Patienten und gesunde Probanden zeigten differentielle fMRT-Aktivierungen dopaminerger Hirnregionen sowohl bei Erwartung (ventrales Tegmentum) als auch bei Erhalt vs. Nichterhalt (Nucleus accumbens, Nac) einer Belohnung. Bei den manischen Patienten fand sich keine vergleichbare Aktivierung und die Aktivität im Nac bei Erhalt vs. Nichterhalt einer Belohnung war signifikant kleiner als bei den Kontrollprobanden. Dopamin-vermittelte Prädiktionsfehlersignale im Nac bei Erhalt einer Belohnung wurden mit Lernen, Planungsfähigkeit, zielgerichtetem Handeln und Motivation in Verbindung gebracht. Unsere Befunde können, Defizite in diesen Bereichen bei manischen Patienten erklären.

0505

Reward System bei bipolaren Störungen

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Bipolare Störungen sind durch Wechsel der Affektivität gekennzeichnet. Wir untersuchten mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) die Hirnaktivierung bei Präsentation belohnungsanzeigender und belohnender Stimuli während einer akuten Manie und nach Remission der affektiven Störung.

Methode: Acht Patienten mit bipolarer Störung nach DSM IV und ICD 10 Kriterien und acht alters- und geschlechtsgematchte Kontrollpersonen wurden mittels fMRI untersucht, während sie Bildreize sahen, die entweder monetäre Belohnung bei schneller Reaktion ankündigten oder das Eintreffen von Geldgewinn oder Verlust anzeigten. Die Erstuntersuchung erfolgte bei akuter Manie, die Nachuntersuchung nach symptomatischer Remission.

Diskussion/Ergebnisse: Gesunde Kontrollpersonen aktivieren das ventrale Striatum bei Präsentation belohnungsanzeigender Reize, während überraschender Gewinn und Verlust von einer Aktivierung im medialen präfrontalen Kortex begleitet war. Die Befunde bei manischen Patienten werden im Vergleich zu diesen Befunden diskutiert.

0506

Stimulation des Nukleus Accumbens bei therapieresistenter Depression

Thomas Schläpfer (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Tiefe Hirnstimulation ist ein neurochirurgisches Therapieverfahren, das innerhalb des letzten Jahrzehnts die Behandlung neurologischer

Erkrankungen, insbesondere von Krankheiten des Bewegungssystems revolutioniert hat. Gegenwärtig wird Tiefen Hirnstimulation bei Morbus Parkinson, insbesondere bei ausgeprägtem Tremor, bei essentiellen Tremor sowie bei Dystonie eingesetzt und bei weiteren Indikationen, wie z.B. Clusterkopfschmerz getestet. Seit einigen Jahren werden Versuche unternommen, das Verfahren auch in der Behandlung schwerer, therapieresistenter psychischer Erkrankungen einzusetzen, insbesondere bei schweren therapieresistenten Zwangserkrankungen. Die Erfahrungen bei therapieresistenter Depression sind noch deutlich jünger. Bislang liegt nur ein Bericht einer amerikanischen Arbeitsgruppe über die Ergebnisse bei 6 Patienten mit „multi-therapieresistenter Depression“, d.h. mehrfachen erfolglosen medikamentösen Vorbehandlungen und auch Elektrokrampftherapie, vor. Der Zielort für die Implantation und Stimulation war hier die subgenuale Region des anterioren Cingulums. Diese Region zeigt bei funktionell bildgebenden Untersuchungen bei therapieresistenten Depressionen eine Hyperaktivität und spielt eine wichtige Rolle bei der akuten Stimulus-induzierten Traurigkeit. Auch konnte in Verlaufsuntersuchungen gezeigt werden, dass es nach Besserung der Depression durch Pharmakotherapie, Psychotherapie, limbischer anteriorer Cingulotomie sowie nach erfolgreicher Placebo-Behandlung zu einer Verminderung der metabolischen Aktivität in diesen Regionen kommt. Von den 6 Patienten zeigten 4 Patienten eine anhaltende Besserung i.S. einer deutlichen Reduktion der Depressionswerte. Von grossem Interesse als mögliches Stimulationsziel ist das Striatum, insbesondere der Nukleus Accumbens, da dieser Teil des Belohnungssystems ist. Dieses wichtige System scheint in seiner Funktion bei Depressionen gestört zu sein. In diesem Beitrag wird die Hypothese für die Behandlung mit der Tiefen Hirnstimulation entwickelt und erste Resultate einer Therapiestudie diskutiert.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 11/12

S-107 Symposium

Lithium in der Akut- und Langzeittherapie

Vorsitz: A. Berghöfer (Berlin), M. Bauer (Berlin)

0517

Die aktuellen Indikationen zur Lithiumtherapie

Tom Bschor (Jüdisches Krankenhaus Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Nach ersten Beschreibungen der Verwendung von Lithiumsalzen bei rezidivierenden Depressionen im 19. Jahrhundert [Lange 1886] beginnt die moderne Lithiumtherapie mit der Entdeckung der akut-antimanischen Wirkung des Salzes durch den Australier John Cade [1949]. Zahlreiche kontrollierte Studien u. A. gegen Placebo, Neuroleptika und Carbamazepin belegen die Wirksamkeit, so dass bis heute die akute Manie eine Hauptindikation für Lithium ist.

Methode: In den 1960er Jahren wurde dann systematisch die rezidivprophylaktische Effektivität bei bipolar [Schou 1963; Baastrup&Schou 1968] und unipolar [Baastrup et al. 1970] rezidivierenden affektiven Erkrankungen erforscht. Auch durch neue Studien mit moderner Methodik ist die rezidivprophylaktische Wirksamkeit für bipolare [Burgess et al., Cochrane-Review 2003] und für unipolare Verläufe [Souza&Goodwin 1991; Bauer et al. 2002] gesichert. So stellen diese beiden Indikation heute weitere Haupteinsatzgebiete für Lithium dar, auch wenn bei strikter Beschränkung auf Studien mit höchster Qualität der Nachweis der rezidivprophylaktischen Wirksamkeit bei unipolar depressiven Verläufen nicht mit statistischer Signifikanz gelang [Burgess et al 2001].

Diskussion/Ergebnisse: Obwohl eine eigenständige antidepressive Wirksamkeit der Substanz in den 1970er Jahren in kontrollierten Stu-

dien wiederholt gezeigt werden konnte [Adli et al. 1996], beginnt der systematische Einsatz von Lithium in dieser Indikation erst mit der Erstbeschreibung der Lithiumaugmentation durch den Kanadier de Montigny [1981]. Die wissenschaftliche Absicherung der Wirksamkeit der Lithiumaugmentation ist mit mindestens zehn kontrollierten, doppelblinden und randomisierten Studien besonders gut [Bschor et al. 2006a]. Sie wird heute als ein, wenn nicht als das Verfahren der ersten Wahl bei therapieresistenter Depression empfohlen [Bauer et al. 2002]. Neuere Studien belegen mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen konsistent eine suizidalitäts- und mortalitätssenkende Wirkung von Lithium [Müller-Oerlinghausen et al. 2006]. Erkenntnisse aus Patientenbeobachtungen und Tierversuchen weisen auf einen neuroprotektiven Effekt von Lithium mit einer möglichen Indikation z.B. zur Demenzprophylaxe hin [Chuang&Priller 2006]. Auch bei nicht-psychiatrischen Erkrankungen wie Cluster-Kopfschmerz, viraler Herpes-Infektion oder seborrhoischer Dermatitis findet Lithium Anwendung [Bschor et al. 2006b].

0518

Muss der Spiegel immer hoch sein? Differenzielle Wirksamkeit von Lithium-Serumspiegeln in den verschiedenen Indikationen

Waldemar Greil (Sanatorium Kilchberg, Psychiatrische Privatklinik, Kilchberg-Zürich)

E. Severus

Einleitung: Zur Behandlung mit Lithium wird allgemein ein einheitlicher therapeutischer Bereich empfohlen, in der Regel ein Plasmaspiegel zwischen 0,6 bis 1,0 mmol/l.

Methode: Zur Klärung der Frage einer differenziellen Wirksamkeit verschiedener Lithiumspiegel werden die Ergebnisse der MAP-Studie (1) sowie (metaanalytische) Literaturübersichten (2,3) herangezogen.

Diskussion/Ergebnisse: Es ergeben sich deutliche Hinweise, dass zur Behandlung und Prophylaxe manischer Episoden höhere Plasmaspiegel wirksamer sind, niedrigere Plasmaspiegel dagegen günstiger zur Prophylaxe depressiver Episoden. (1) Kleindienst N, Severus WE, Greil W, Lithium prevents depressive recurrences at lower lithium serum levels than manic recurrences: Evidence from a multicenter trial (IClinPP, in press) (2) Kleindienst N, Severus WE, Möller HJ, Greil W (2005). Is polarity of recurrence related to serum lithium level in patients with bipolar disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 255:72–74. (3) Severus WE et al. (2005) Is the prophylactic antidepressant efficacy of lithium in bipolar I disorder dependent on study design and lithium level? J Clin Psychopharmacol. 2005 25:457–462.

0519

Lithiumtherapie: Langfristige Verträglichkeit und Management von Nebenwirkungen

Christian Simhandl (KH Neunkirchen, Sozial-Psychiatr. Abteilung)

Einleitung: Die Lithium Therapie zählt nach wie vor zu den effektivsten und effizientesten Behandlungsformen bipolarer Erkrankungen. Durch die Fülle von neuen Substanzen, die in dieser Indikation seit 1994 untersucht worden sind, gibt es wenig umfassende Erfahrung in der Praxis mit dem Langzeit Management von Lithiumpatienten in der jungen Kollegenschaft. Viel zu schnell werden initiierte Lithium Therapien umgestellt, weil die Sicherheit in der Vorgangsweise und das nötige Fachwissen manchmal bei den Behandlern nur vage vorhanden ist. Das Lithiumsalz zählt zu den best untersuchtesten Medikamenten sodass wir über ein umfassendes Wissen verfügen.

Methode: Übersicht betreffend der klinisch relevanten Akut – und vor allem Langzeit Nebenwirkungen einer Lithium Behandlung aus Datenbanken mit jahrelanger Behandlungspraxis (IGSLi Zentren).

Diskussion/Ergebnisse: Die vorliegenden Daten repräsentieren eine Jahrzehnte lange Erfahrung im Umgang mit Lithium Salz. Anfängliche Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Durstgefühl, Polydipsie,

Polyurie, wie auch Tremor können durch Tagesverteilung der Medikation und Dosisanpassung korrigiert werden. Andere beklagte Symptome von Lithiumpatienten, wie Muskel- und Gelenksbeschwerden, Schwitzen und Gedächtnisproblemen müssen in relation zur Grunderkrankung betrachtet und abgewogen werden. Erkrankungen und auch Medikamente, die den Elektrolyt und Wasserhaushalt beeinflussen müssen bedacht bzw. vermieden werden. Die Entwicklung einer euthyreoten Struma tritt bei ca 7% der Lithiumpatienten, meist im 1. Bis 3. Behandlungsjahr auf und ist keine Kontraindikation betreffend der Weiterführung der Lithiumtherapie. Das Monitoring von Elektrolyten und Nierenparametern sowie die Vermeidung von nephrotoxischen Medikamenten ist zu beachten. Vorgangsweise bei Auftreten von Nebenwirkungen, Intoxikationen, Abklärung und Hinweise auf vermeidbare iatrogene Fehler durch Medikamentenkombinationen werden aufgezeigt.

0520

Durch konsequente Therapie sparen: Gesundheitsökonomische Aspekte der Lithiumtherapie

Anne Berghöfer (Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Epidemiologie, Berlin)

Einleitung: Bipolare Störungen gehören zu den psychiatrischen Erkrankungen mit den höchsten Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Krankheitskostenanalysen liegen für eine Reihe von Ländern zur Verfügung. Bislang existiert nur eine begrenzte Zahl von vergleichenden Analysen für verschiedene Langzeitinterventionen bei bipolaren Störungen. Abhängig von der Fragestellung stehen unterschiedliche ökonomische Verfahren mit Daten unterschiedlicher Herkunft zur Verfügung.

Methode: Studienergebnisse über Kosten-Nutzen-Analysen der Lithium-Langzeitmedikation im Vergleich zu anderen oder keiner Intervention werden systematisch dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die vorhandenen Analysen über eine Langzeittherapie mit Lithium von mind. 12 Monaten basieren ausschließlich auf Modellrechnungen, deuten aber auf substanzielle Einsparungen vor allem infolge der Reduktion von Krankenhausaufenthalten und Arbeitsunfähigkeitszeiten hin. Kosten-Nutzen-Analysen für Lithium im Vergleich zu anderen Medikamenten liegen nur für wesentlich kürzere Zeiträume vor. Die Versorgungssituation in Deutschland zeigt, dass Lithium und andere Langzeittherapien bei bipolaren Störungen noch viel zu gering eingesetzt werden und das für das Gesundheitssystem mögliche Einsparpotential wenig genutzt wird.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 43

S-113 Symposium

Mutter-Kind Interaktion bei postpartalen Depressionen und Psychosen – Symposium der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft für Perinatale Psychiatrie

Vorsitz: C. Hornstein (Wiesloch), C. Reck (Heidelberg)

0544

Subjektives und objektives Erleben der Mutterschaft bei Frauen mit postpartalen Depressionen und Psychosen

Christiane Hornstein (Psychiatr. Zentrum Nordbaden, Mutter-Kind-Station, Wiesloch)

P. Trautmann-Villalba, E. Hohm

Einleitung: Postpartale psychische Erkrankungen sind ein bedeutendes soziales und gesundheitliches Problem für betroffene Frauen und ihre

Familien und stellen gleichzeitig ein Risikofaktor für die emotionale und kognitive Entwicklung der Kinder dar. Es ist belegt, dass postpartal depressiv erkrankte Frauen häufiger negative Kognitionen über ihre mütterlichen Fähigkeiten berichten als nicht erkrankte Frauen. Solche negativen Überzeugungen können das mütterliche Verhalten in Beziehung zum Kind beeinträchtigen, die mütterliche Wahrnehmung des Gebundenseins zum Kind prägen und die Interpretation kindlichen Verhaltens trüben. Bisher gibt es keine Studien über das Erleben der Mutterschaft bei psychotischen Frauen. Man kann erwarten, dass diese ihre Mutterrolle weniger negativ erleben als depressiv erkrankte Frauen, aber in gleicher Weise unrealistisch.

Methode: In einer Studie über postpartale psychische Erkrankungen wurden die subjektiven Überzeugungen mütterlichen Fähigkeiten erkrankter Frauen und die Mutter-Kind Interaktion erfasst. Das subjektive Erleben wurde mittels der Maternal Self-Confidence Scale von Lips und dem Postpartum Bonding Questionnaire von Brockington erhoben. Die Interaktion (40 Dyaden, 22 depressive, 18 psychotische Mütter) wurde videographiert und mittels der Mannheimer Interaktionsskalen (Jörg) ausgewertet. Die Wahrnehmung mütterlicher Kompetenzen wurde in Abhängigkeit der Diagnose und der beobachteten Mutter-Kind Interaktion analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Wie erwartet erleben sich depressiv erkrankte Mütter inkompetenter als psychotische Mütter hinsichtlich der Erfüllung ihrer Mutterrolle. Postpartal depressiv erkrankte Frauen sind innerlich davon überzeugt, eine „schlechte“ Mutter zu sein, auch wenn objektiv beobachtet intuitive mütterliche Kompetenzen vorliegen. Die Interaktionsstrategien dieser Frauen mit ihren Babies sind häufig inadäquat. Postpartal psychotisch erkrankte Frauen äußern sich dagegen zufrieden mit ihren mütterlichen Fähigkeiten. Jedoch entsprechen die Selbsteinschätzungen nicht den beobachteten Verhaltensweisen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass beobachtete mütterliche Kompetenzen, gemessen mittels Parametern der Mutter-Kind Interaktion, bei postpartal erkrankten Frauen nur in geringem Maße mit den mütterlichen Selbstwirksamkeitserwartungen in Übereinstimmung stehen. Diese subjektiven Überzeugungen sind mit der Psychopathologie assoziiert und können die Mutter-Kind Beziehung beeinträchtigen, die sich wiederum negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken kann.

0545

Videogestützte Bewegungsanalyse nach Kestenberg (KMP) bei Mutter-Kind-Behandlungen

Isolde Eckle (PUK, Zürich)
I. Bräuninger, F. Neff, K. Herot

Videoaufzeichnungen von Mutter-Kind-Interaktionen unterstützen eine differenzierte Wahrnehmung und Analyse von Befindlichkeit, Bedürfnissen und ermöglichen eine qualifizierte Beobachtung der Interaktionen von Mutter und Kind. Das Kestenberg-Movement-Profil (KMP) ist ein mikroanalytisches Forschungs-, Diagnose- und Interventionsinstrument, das den Grad der Entwicklung des Menschen, seine Bewegungspräferenzen und Bereiche körperlicher Harmonie und Konflikte aufzeigen kann. Es basiert auf Erkenntnissen der Psychoanalyse (insbesondere der kinderanalytischen Arbeiten von Anna Freud) und der Bewegungsanalyse (Rudolf von Laban). Die aus Wien in die USA emigrierte Psychoanalytikerin Judith Kestenberg hat seit 1962 mit einem interdisziplinären Team an der Entwicklung dieses Instrumentes gearbeitet. 1972 hat sie das forschungsorientierte primärpräventive Center for Parents and Children of Long Island, NY gegründet. Am CPC wurden Konzepte zur Prävention und Intervention in der Eltern-Kind-Arbeit entwickelt; Eltern-Kind-Interaktionen wurden unter standardisierten Bedingungen gefilmt. Mit dem KMP kann nonverbales Verhalten gezielt beschrieben, eingeordnet und interpretiert und können Interventionen entwickelt werden. Ziel der Behandlung ist, aktuelle Mutter-Kind-Interaktionsmuster zu erkennen und das Beziehungsverhalten zu erfassen, die Empathiefähigkeit, auch die körperliche, der Mutter zum Kind zu fördern. Ferner wird die Mutter für

die nonverbalen Signale ihres Kindes sensibilisiert: es geht darum, attunement und adjustment zu fördern und Kollisionen auf nonverbaler Ebene (clashing) zu reduzieren. Wir zeigen aktuelle Video-Beispiele aus unserer Arbeit mit depressiven, psychotischen oder persönlichkeitsgestörten Müttern, die sich in psychosozialen Belastungssituationen befinden. Wir diskutieren die praktische Bedeutung des KMP für den Alltag und seine Relevanz für andere Behandlungssituationen.

0546

Mutter-Kind-Interaktion und Affekt-Regulation im Krankheitsverlauf der postpartalen Depression

Corinna Reck (Universitätsklinik Heidelberg, Allgemeinpsychiatrie)
U. Stefanelli, T. Fuchs, M. Backestrass, C. Mundt

Die Fähigkeit zur Selbstregulation in den ersten Lebensmonaten des Säuglings steht in enger Beziehung zum mütterlichen Verhalten, das seinerseits von den Zuständen des Kindes beeinflusst wird. Die Regulation des Affektaustauschs geschieht durch spezifische Interaktionsmuster in der Mutter-Kind-Dyade, wobei der mütterlichen Sensitivität sowie spezifischen Mikrointeraktionen eine zentrale Bedeutung zukommt. Störungen der Affektregulation in der Mutter-Kind-Interaktion sowie kindliche emotionale und kognitive Entwicklungsdefizite konnten im Zusammenhang mit der postpartalen Depression wiederholt nachgewiesen werden. Kaum Befunde liegen hingegen zu der Frage von, inwieweit eine Besserung der mütterlichen Depression auch mit einer positiven Entwicklung der Mutter-Kind-Interaktion einhergeht oder ob die in der depressiven Phase ausgebildeten ungünstigen Muster in persistieren. In der vorliegenden Studie wurden depressive und gesunde Mütter hinsichtlich ihrer Sensitivität sowie im Hinblick auf spezifische mikroanalytische affektregulatorische Interaktionsmuster im Krankheitsverlauf untersucht. Zur Untersuchung von interaktionellen Verhaltensmustern von Säuglingen und ihren Müttern in den ersten wurde das sog. Still-Face-Experiment eingesetzt, in dem der Kontakt zwischen Mutter und Kind für zwei Minuten unterbrochen wird. Das Paradigma ist bei Depressionen insofern bedeutsam, als es die durch die mütterliche Depression typischerweise bedingten Kontaktabbrüche gewissermaßen simuliert. Erste Auswertungen sowie die therapeutischen Implikationen der Befunde werden diskutiert.

0547

Interdisziplinäre Behandlung einer rezidivierenden Depression auf einer Mutter-Kind-Station

Andrea Schneider (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)
G. Heinz, H. Greß, P. Fuhrmann, H. Nödl, A. von Gontard, P. Falkai

Einleitung: Eine Herausforderung für die Psychiatrie stellt die Behandlung von erkrankten Müttern mit erkrankten Kindern dar. Seit März 2005 existiert deshalb am Universitätsklinikum Homburg eine von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam geführte Mutter-Kind-Station mit interdisziplinärem Ansatz, wobei im Mittelpunkt der Arbeit das interaktionelle Mutter-Kind-Verhalten steht.

Methode: Zum Behandlungskonzept gehören neben einer differenzierten Diagnostik und Therapie der Mutter eine pädiatrische und entwicklungspsychologische Untersuchung des Kindes sowie Verhaltensprotokolle. Das interdisziplinäre therapeutische Angebot umfasst unter anderem Einzel- und Gruppenbehandlungen sowie videogestützte Interaktionsanleitungen.

Diskussion/Ergebnisse: Berichtet wird über eine 41-jährige Frau mit einer rezidivierenden depressiven Störung und ihren 4-jährigen Sohn, der eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem und verweigerndem Verhalten mit primärer Enkopresis zeigte. Neben der Behandlung der Mutter u.a. mit Antidepressiva erfolgten psychotherapeutische Einzelgespräche, in denen eine erhebliche Identitäts- und Selbstwert-

problematik herausgearbeitet werden konnte. Die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wurden als Appelle an die Mutter gewertet, die sich durch ihre Problematik immer wieder in ihre eigene Innenwelt zurückzog und für das Kind nicht verfügbar war. Zur Reduktion des oppositionellen Verhaltens wurde mit der Mutter ein freundliches, klares und konsistentes Durchsetzen von Regeln im Spiel- und Abgrenzungskontext erarbeitet. Daneben erfolgte ein verhaltenstherapeutisches Toilettentraining. In regelmäßigen Elterngesprächen wurden die durch das Verhalten des Kindes ausgelösten Affekte der Eltern besprochen. Durch diese intensivierte Interventionen und eine angepasste antidepressive Therapie konnte die Mutter mehr Souveränität und Selbstvertrauen im Umgang mit ihrem Sohn gewinnen, der wiederum mehr auf die Mutter zugehen und ihre Anordnungen ausführen konnte. Durch eine interdisziplinär geführte Mutter-Kind-Station kann die Trennung von Mutter und Kind vermieden und damit die Akzeptanz gegenüber einer längeren stationären Behandlung gesteigert werden. Zudem können durch die therapeutische Intervention adäquate Mutter-Kind-Beziehungen ermöglicht und längerfristige Bindungsstörungen vermieden werden.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Oslo

S-127 Symposium

Bipolare Störungen Ein Symposium der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

Vorsitz: M. Bauer (Berlin), J. Angst (Zürich)

0615

Neues zur Epidemiologie und Diagnostik bipolarer Erkrankungen

Jules Angst (Universität Zürich, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Gamma, V. Ajdacic-Gross, W. Rössler

Einleitung: Problem und Ziel: Bipolare Störungen sind zu Gunsten von Depressionen unterdiagnostiziert. Die diagnostischen Kriterien für Bipolarität sind nicht sensitiv; vorgeschlagen wird die Einführung einer diagnostischen Spezifikation für Bipolarität, die auf schwere und leichte Depressionen anwendbar ist.

Methode: Methode: Validierung von Kriterien für Bipolarität und Hypomanie mit prospektiven epidemiologischen Daten zu Symptomatik, Temperament und Familienanamnese. Hypomanie wurde mit einer Symptom-Checkliste (20 Items) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Resultate: Unnötig für einen diagnostischen Spezifikator sind Dauer hypomanischer Episoden, eine Behinderung und das Leiden. Wichtig sind die Anzahl der Symptome (weite Definition) und die Wahrnehmung von Veränderungen/Folgen durch den Probanden und/oder Umgebungspersonen (engere Definition). Eng definiert sind $\frac{1}{4}$ aller Major Depressionen bipolar, weit definiert etwa die Hälfte (Prävalenzen 5,3% bzw. 11,0%). Dazu kommen 9,4% mildere bipolare Störungen (Dysthymien, milde Depressionen, rez. kurze Depr. mit hypoman. Symptomen) und 3,3% Hypomanien. Eng oder weit definiert finden sich bipolare Störungen gleichermaßen gehäuft in der Familie, und bipolare Probanden sind vermehrt zylothym in ihrem Temperament. Reine Hypomaniker sind i.d.R. nur hyperthym, und in ihrer Verwandtschaft fehlt eine erhöhte depressive Morbidität. Diagnostisch behilflich sind Instrumente zur Selbstbeurteilung von hypomanischen Symptomen und deren Folgen (Mood Disorder Questionnaire von Hirschfeld et al. 2000, Hypomania Checklist HCL-32 von Angst et al. 2003). Schlussfolgerung: Der im Verlauf von Depression um bis zu 10 Jahren verzögerten Diagnostik der Bipolarität kann durch sensitivere Definitionen und durch die Verwendung von Screening-Instrumenten (Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32) begegnet werden.

0616

Gibt es Bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter?

Thomas Daniel Meyer (Universität Tübingen, Psychologisches Institut)

Einleitung: Bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter werden in den USA inzwischen als Erkrankungen betrachtet, die oft übersehen werden und nicht richtig diagnostiziert werden (z.B. Biedermann oder Geller). Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Verlauf und die Symptomatik von der bei Erwachsenen abweichen und deswegen zu Komplikationen bei der Differentialdiagnostik führen würden. Abgesehen von altersspezifischen Manifestationen von Symptomen (z.B. laut Geller weniger Größenwahn, sondern Größenfantasien) sollen zum Beispiel die einzelnen Phasen weniger deutlich voneinander abgegrenzt sein und eher Mischzustände und Rapid Cycling auftreten. Während bei Jugendlichen inzwischen weitgehend Einigkeit besteht, dass die Erstmanifestation bipolarer Störungen in diesem Alter auftreten kann, sieht es bei Kindern anders aus. Zum Beispiel fanden sich in anderen Ländern (z.B. Niederlande: Reichart et al.) im Gegensatz zu den USA kaum Fälle diagnostizierter bipolarer Störungen bei Kindern. Die Frage, die sich stellt, ist, wie die Situation in Deutschland aussieht. Gibt es Anhaltspunkte aus entsprechenden Untersuchungen, dass bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter bereits auftreten? Oder falls nicht, welche Faktoren könnten hier eine Rolle spielen?

Methode: International und national werden die Ergebnisse zusammengetragen, um Hinweise darauf zu bekommen, ob und in welchem Umfang bipolare Störungen bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden. Auch die Ergebnisse einer eigenen Studie werden referiert, die darauf hinweist, dass die Diagnose ‚bipolar‘ bei unter 12jährigen Kindern selten vergeben wird. Es wird auch diskutiert werden, welche Faktoren eventuell Einfluss haben könnten auf die Diagnosestellung.

0617

Subkortikale Veränderungen bei bipolaren Störungen – Ergebnisse bildgebender Verfahren

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Die neurobiologischen Grundlagen der bipolaren affektiver Störungen sind weitgehend unbekannt. Es wurden spezifische frontosubkortikale neuroanatomische Netzwerke postuliert, die an der Stimmungs- und Affektregulation der bipolaren Störung beteiligt sind. Strukturen dieser Netzwerke sind Amygdala, Hippokampus, Thalamus, ventrales Striatum sowie präfrontaler und anteriorer zingulärer Kortex. Untersuchungen zur Gehirnstruktur mit Magnetresonanztomographie (MRT) konnten bislang bis auf eine Vergrößerung der Amygdala keine konsistenten Veränderungen dieser Regionen bei Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung nachweisen. Andere subkortikale Strukturen scheinen nicht verändert zu sein. Insbesondere der Hippocampus zeigte keine Volumenveränderung. Dieser Befund unterscheidet Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung von Patienten mit einer unipolaren Depression, bei denen ein vermindertes Volumen des Hippokampus nachweisbar war.

Methode: Eine aktuelle eigene MRT-Untersuchung konnten keine Veränderungen der kortikalen grauen Substanz zwischen Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung (Typ I nach DSM-IV) und gesunden Kontrollprobanden nachweisen. Mit der Magnetresonanztomographie (MRS) kann mit metabolischen Markern wie z.B. N-acetylaspartat die neuronale Integrität in ausgesuchten Regionen des Gehirns untersucht werden. Bei bipolaren Patienten konnten bisherige Studien in kortikalen und subkortikalen Regionen nur widersprüchliche Ergebnisse liefern. Eine aktuelle eigene MRS-Untersuchung zeigte bei euthymen Patienten keine Veränderung in kortikalen Regionen (dorsolateraler präfrontaler Cortex, anteriorer cingulärer Cortex). Jedoch konnte bei diesen Patienten ein verminderter NAA/Cr Quotient im linken Hippocampus beobachtet werden. Ventrales Putamen und Thalamus wiesen keine Veränderungen auf.

Diskussion/Ergebnisse: Der Einfluss subkortikaler Gehirnstrukturen auf die Stimmungsregulation wird durch dieses Ergebnis unterstrichen. Der pathologische Befund während einer stabilen euthymen Phase der

Patienten deutet möglicherweise darauf hin, dass der Hippokampus stimulationsunabhängig funktionell beeinträchtigt ist. Dies könnte ein Verlaufsmerkmal bipolarer affektiver Störungen sein.

0618

Neurobiologie bipolarer Störungen – auf dem Wege zu biochemischen Endophänotypen

Dietrich van Calcar (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.30 Uhr, Saal 04/05

HS-020 Hauptsymposium

Bewältigung von Lebenskrisen im Alter

Vorsitz: L. Frölich (Mannheim), M. Wolfersdorf (Bayreuth)

0065

Somatische Beeinträchtigungen bei psychisch kranken alten Menschen und ihre Bewältigung

Walter Hewer (Vinzenz von Paul Hospital, Gerontopsychiatrie, Rottweil)

Psychisch kranke alte Menschen sind in der Regel auch von somatischen Erkrankungen in einer klinisch bedeutsamen Ausprägung betroffen, häufig im Sinne von Multimorbidität. Die Interaktionen zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen im Alter sind komplex und können diagnostisch und therapeutisch sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene eine Fülle von Fragen aufwerfen. Bei der Bewältigung somatischer Beeinträchtigungen besteht eine hohe interindividuelle Variation, abhängig von den persönlichen Ressourcen des Betroffenen und dem Umfang des Unterstützungspotentials in seinem Lebensumfeld. Die Behandlung des körperlich beeinträchtigten psychisch kranken alten Menschen muss auf den Einzelfall zugeschnitten sein und umfasst neben der somatischen Therapie ein der individuellen Symptomatik gerecht werdendes psychiatrisch-psychotherapeutisches Vorgehen. Eine Abstimmung der verschiedenen therapeutischen Aktivitäten im Sinne eines biopsychosozialen Behandlungskonzepts ist anzustreben, da auf diesem Wege ein wechselseitig positiver Einfluss auf den somatischen und psychischen Zustand der Betroffenen zu erwarten ist. In dem Vortrag wird Bezug genommen auf eigene Daten und der Stand der Literatur wird diskutiert, auch unter dem Aspekt der Evidenzbasierung der gegebenen Empfehlungen.

0066

Krisen- und Krisenintervention bei älteren Männern

Martin Teising (Fachhochschule Frankfurt, FB Soziale Arbeit / Gesundheit)

Die Suizidraten sind bei über 75-jährigen Männern am höchsten. Es werden die bio-psycho-sozialen Risikofaktoren der Suizidalität älterer Männer dargestellt und ein Konzept zum Verständnis intrapsychischer Prozesse entwickelt. Davon ausgehend werden Grundlagen für eine tiefenpsychologisch fundierte Krisenintervention abgeleitet.

0067

Depressionen im höheren Lebensalter: verhaltenstherapeutische Interventionen

Georg Adler (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Depressionen sind die häufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter. Sie sind mit einem erheblichen Verlust an Lebensqualität,

mit der Verschlimmerung des Verlaufs körperlicher Erkrankungen und mit einer hohen Suizidalität verbunden. Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie haben sich bei Depressionen als gut wirksam erwiesen. Dennoch findet eine Psychotherapie bei älteren depressiven Patienten nur selten statt. Dies beruht nicht zuletzt auf einem Mangel an geeigneten Behandlungsverfahren. An unserem Hause wurde ein standardisiertes Programm zur Verhaltens-Einzeltherapie von Depressionen im Alter (VEDIA) entwickelt, das auf die besonderen Bedürfnissen und Möglichkeiten älterer depressiver Patienten zugeschnitten ist und das individuell der im Vordergrund stehenden Symptomatik und den besonderen Belastungen angepasst werden kann.

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Stockholm 3

HS-024 Hauptsymposium

Depression und Suizidalität im Alter

Vorsitz: M. Hautzinger (Tübingen), M. Hüll (Freiburg)

0077

Psychotherapie bei Depressionen im Alter: Ergebnisse zu Gruppen- und Einzeltherapie

Martin Hautzinger (Universität Tübingen, Psychologisches Institut)

Einleitung: Psychotherapie im Alter, insbesondere bei Depressionen, ist ein vernachlässigtes Thema. Es liegt kaum ausreichende empirische Evidenz für die Anwendung von Psychotherapie bei dieser Patientengruppe vor. Ziel der hier berichteten Studien war es, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zu evaluieren.

Methode: 2 Studien mit 100 bzw. 109 älteren Menschen (über 65 Jahre), die an einer Depression litten. Es kamen als Kontrollbedingung einmal eine Wartegruppe, zum anderen eine unterstützende, wenig spezifische Psychotherapie zur Anwendung. Ferner wurde das Gruppensetting mit Einzelsettings verglichen. Beide Studien waren kontrolliert und randomisiert und durch die DFG gefördert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Befunde zeigen, dass dieses kognitiv-behaviorale Programm wirksam ist und sich Warten eindeutig und unterstützender Intervention nur marginal überlegen erweist. Die Individualbehandlung ist eindeutig erfolgreicher als die Gruppentherapie. Weitere berichtete Befunde betreffen die Vorhersage des Behandlungserfolgs.

0078

Lebensüberdruß und Suizidalität bei Hochbetagten: Krankheit oder Lebensbilanz?

Michael Linden (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

Einleitung: Es ist eine aktuell zunehmend intensiver geführte Diskussion, ob Lebensüberdruß und Suizidalität bei Hochbetagten Ausdruck von Krankheit oder eines natürlichen Willens sind.

Methode: Im Rahmen der Berliner Altersstudie (BASE) konnten 516 Personen im Alter zwischen 70 und 105 intensiv untersucht werden. Die Diagnosen wurden in Anlehnung an das DSM wie auch nach klinischem Urteil von Psychiatern gestellt. Ziel war, einen suizidalen Menschen ohne psychische Krankheit zu finden.

Diskussion/Ergebnisse: 115 von 516 Hochbetagten gaben zum Untersuchungszeitpunkt an, dass sie lebensüberdrüssig seien (HAMD Score des entsprechenden Items von 1,2, oder 3). Dies entspricht 21,1% der Bevölkerung in dieser Altersgruppe und liegt nicht höher als bei jüngeren Menschen. Lebensüberdruß kam ohne Krankheit vor, Suizidgedanken waren in allen Fällen mit spezifischen psychiatrischen Erkrankungen verknüpft. Todesgedanken im Alter sind bis zum Beweis des Gegenteils

als Symptom psychischer Erkrankungen anzusehen. Bevor eine Sterbehilfe diskutiert wird, muß die Angemessenheit und Konsequenz der Behandlung diskutiert werden. LINDEN M, BARNOW S: The wish to die in very old persons near the end of life: A psychiatric problem? *International Psychogeriatrics* 9: 291-307, 1997 BARNOW S, LINDEN M: Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly. *Crisis* 2000, 21, 171-180 BARNOW S, LINDEN M, FREYBERGER HJ: The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly. *Psychological Medicine* 2004, 34, 741-746 BARNOW S, LINDEN M, LUCHT M, FREYBERGER HJ: Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, 12, 258-264

0079

Hirnveränderungen im Alter: Teilursache oder Responsprädiktor der Depression?

Michael Hüll (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Depressionen im Alter (nach dem 60-65 Lebensjahr) können als erneute Phase bei bereits vor dem 60. Lebensjahr erstmal aufgetretener rezidivierender Depression oder als spätbeginnende (late-onset) Ersterkrankung vorkommen. Depressive Syndrome sind bis zum 85. Lebensjahr häufiger als dementielle Syndrome und verursachen einen großen Verlust an Lebensqualität im Alter. Begriffe wie Involutiondepression oder vaskuläre Depression deuten die Vorstellung besonderer biologischer Aspekte der Depressionserkrankung im Alter an.

Methode: Neuere Studien zur Depression im Alter fokussieren besonders auf Hirnveränderungen in bildgebenden Verfahren und neuropsychologische Beeinträchtigungen. Hierbei sind insbesondere Längsschnittstudien von Interesse.

Diskussion/Ergebnisse: Untersuchungen bei Patienten sowohl mit spätbeginnenden Depressionen als auch mit Rezidivphasen zeigen ein weites Spektrum an Veränderungen in bildgebenden als auch neuropsychologischen Untersuchungen. Atrophische Hirnveränderungen finden sich in entsprechenden Altersgruppen häufig und sind kein Prädiktor auf ein reduziertes Ansprechen auf eine antidepressive Therapie, jedoch ein Risikofaktor für eine nachfolgende Demenzentwicklung. Neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen bilden sich bei älteren Patienten oft nicht nach Therapieabschluß zurück. Exekutive Funktionsstörungen beeinflussen den Zeitpunkt und die Wahrscheinlichkeit eines Therapieansprechens negativ. Depressionen sind im Alter aber insgesamt ähnlich erfolgreich psychotherapeutisch und pharmakotherapeutisch wie bei jüngeren Patienten zu behandeln. Depressionen beeinflussen Plastizitätsparameter des Gehirns und erhöhen generell das Risiko einer Demenzerkrankung. Ob eine erfolgreiche Depressionstherapie zur Risikoreduktion beiträgt, ist noch nicht hinreichend untersucht.

T03 Demenz / Organisch begründete Erkrankungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 06

S-002 Symposium

Normales und pathologisches kognitives Altern – Gibt es eine "Demenzschwelle"?

Vorsitz: F. M. Reischies (Berlin), H.-J. Gertz (Leipzig)

0005

Demenzschwelle aus Neuropathologischer Sicht

Hermann-Josef Gertz (Universität Leipzig, Psychiatrische Klinik)

Die Pathologie der Alzheimer-Krankheit wird durch eine Reihe von histologisch und strukturell charakterisierten Hirnveränderungen definiert. Für die Diagnostik im Vordergrund stehen die sogenannten Alzheimerfibrillen und Amyloide bzw. neuritische Plaques. Das Auftreten von neuritischen Plaques ist klinisch-neuropathologischen Studien zufolge am engsten mit der Manifestation eines Demenzsyndroms verbunden. Die Bedeutung dieser Veränderungen, die durch die Beta-Faltblattstruktur ihrer Proteine gekennzeichnet sind, sind für die Pathogenese des Demenzsyndroms im übrigen nicht unmittelbar relevant. Hier sind Veränderungen, wie Synapsenverlust, Dendritenschrumpfung, Nervenzellverlust aber auch Transmitterreduktion bzw. Rezeptormangel von größerer Bedeutung. Alle diese Veränderungen zeigen eine hohe Interkorrelation. Den pathologischen Indikatoren und Läsionen bzw. ihrer Topographie, steht die Masse und die Topographie funktionsfähigen Hirngewebes gegenüber. Dies ist deutlich schwerer quantifizierbar als die genannten pathologischen Veränderungen. Eine praktikable Annäherung an den Begriff der Reservekapazität ist das intrakranielle Volumen, das dem maximal erreichten Hirnvolumen eines Individuums entspricht, unabhängig davon, ob das Gehirn selbst zum Messzeitpunkt atrophisiert ist oder nicht. Das Risiko, dass sich bei einer Alzheimer-Krankheit eine Demenz manifestiert, ist geringer, wenn das intrakranielle Volumen, d.h. das maximal erreichte Hirnvolumen groß ist. Aus diesem Grund muss eine auf einzelne pathologische Phänomene reduzierte Schwellendefinition stets unzureichend sein. WOLF, H., JULIN, P., GERTZ, H.-J., WINBLAD, B., WAHLUND, L.O.: Intracranial volume in mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and vascular Dementia: evidence for brain reserve? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004,19,995-1007.

0006

Akzeleration neuropsychologischer Beeinträchtigung, kognitives Altern und Hirnalterung

Friedel M. Reischies (Charité Berlin – CBF, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Läßt sich eine Akzeleration der Verschlechterung kognitiver Leistungen im Übergang von normalen Altersveränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit zur Demenz nachweisen?

Methode: Zwar ist die Verschlechterungsgeschwindigkeit kognitiver Leistungen bei gesunden alten Menschen fast null und bei mittelschwerer Demenz vom Alzheimer Typ hoch – mit bis zu ca. 8 MMSE Punkten pro Jahr – und damit existiert ein dramatischer Unterschied zwischen diesen Gruppen; aber liegt eine Phase der Akzeleration und eine Demenzschwelle oder ein exponentieller Anstieg der neuropsychologischen Defizite vor? Die neuropsychologischen, bildgebenden, Liquor- und letztlich die neuropathologischen Befunde zeigen eher eine Kontinuität als eine klare Diskontinuität im Sinne einer Demenzschwelle. Die neuropathologischen Demenzprozesse verlaufen offenbar in Jahrzehnte-

dauernder Progression. Kann die messbare Akzeleration neuropsychologischer Defizite als Schwelle der Demenzerkrankung angesehen werden? Die Daten der verschiedenen epidemiologischen Studien zu diesem Thema werden vorgestellt einschließlich der Langzeitbeobachtungen der Patienten der Berliner Altersstudie.

Diskussion/Ergebnisse: Die Argumente für eine Trennung der Diagnose von Demenzprozessen im Gehirn und der klinischen Schwelle eines Demenzsyndroms vom Alzheimer Typ werden diskutiert.

0007

Sensitivität und Spezifität der Befunde struktureller Bildgebung in der Demenzdiagnostik

Henrike Wolf (Universität Leipzig, Gerontopsychiatrie)

0008

Psychopathologische Demenzkriterien?

Johannes Schröder (Universität Heidelberg, Sektion Gerontopsychiatrie)
Mittwoch, 22.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 07

HS-003 Hauptsymposium

Metabolic syndrom

Vorsitz: U. Schweiger (Lübeck), I. Heuser (Berlin)

0008

Depression und Metabolisches Syndrom

Ulrich Schweiger (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Einleitung: Eine depressive Störung bei initial medizinisch gesunden Personen führt zu einer Verdoppelung der natürlichen Mortalität.

Methode: Es werden Evidenzen vorgestellt, die untersuchen, ob die Erhöhung der Mortalität durch ein erhöhtes Risiko für das Metabolische Syndrom und seine Komponenten (viszerale) Adipositas, Störung des Glukosestoffwechsels, Störung des Fettstoffwechsels und arterielle Hypertonie bedingt wird.

Diskussion/Ergebnisse: Depressive Störungen verdoppeln bis verdreifachen das Risiko von erhöhtem viszeralem Fettgewebe, von Störungen des Glukosestoffwechsels und von Hypertonie. Die Daten zum Fettstoffwechsel sind widersprüchlich.

0010

Depression: Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen

Isabella Heuser (Charité Berlin, CBF, Klinik für Psychiatrie)

Mittwoch, 22.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Oslo

HS-005 Hauptsymposium

Alzheimer Grundlagen: Immunologie und Impfung

Vorsitz: E. Ruther (Göttingen), K. Beyreuther (Heidelberg)

0015

Entzündung und Alzheimer Krankheit

Jörg B. Schulz (Universität Göttingen, Zentrum f. Neurologische Med.)

Die molekulare Pathogenese der Alzheimer Erkrankung wird auf die vermehrte Generierung von Amyloid Peptiden und die Hyperphosphorylierung von Tau zurückgeführt, die zur Bildung extrazellulärer

Amyloid Plaques und intrazellulärer Fibrillenbündel (tangles) führen. Diese pathologischen Veränderungen werden obligat von entzündlichen Veränderungen und einer Aktivierung von Mikroglia und Astrozyten begleitet. Auch wenn Entzündungsreaktionen per se nicht toxisch sondern wesentlicher Bestandteil des Selbsterhaltungsprogramms eines Organismus sind, weisen die meisten epidemiologischen und experimentellen Studien auf einen toxischen Einfluss in der Pathogenese der Alzheimer Erkrankung hin. Von Entzündungszellen freigesetzte Zytokine und Neurotoxine tragen vermutlich zur neuronalen Dysfunktion und zum Zelluntergang bei. Möglicherweise fördern sie auch die Aggregatbildung und die Ausbildung der typischen Pathologie bei Alzheimer Krankheit. Neue tierexperimentelle Daten deuten darauf hin, dass es nicht nur zur Aktivierung der residenten Mikroglia sondern auch zum Einwandern periphere hämatopoetischer Zellen in Form von Makrophagen und T-Zellen kommt. Die einwandernden Zellen bieten sich auch als therapeutisches Vehikel für zukünftige Behandlungsstrategien an. Die langjährige Einnahme nicht-steroidaler Antiphlogistika (NSAIDs) reduziert das Risiko, eine Alzheimer Erkrankung zu entwickeln. Bestimmte NSAIDs hemmen die Ausbildung von Aggregaten und die Prozessierung des Amyloid-Vorläuferproteins. Obwohl alle NSAIDs durch die Hemmung der Zyklusoxigenasen (COX) 1 und 2 charakterisiert sind, scheint ihr Einfluss auf die Generierung der β -Amyloide unabhängig von der COX Aktivität zu sein. Dies erklärt möglicherweise auch, warum klinische prospektive Studien, die einen antiinflammatorischen Ansatz mit selektiven COX-2 Inhibitoren verfolgten, ohne den erwünschten therapeutischen Erfolg blieben und weist auf einen anderen Wirkmechanismus hin. Ein weiteres Behandlungsziel der NSAIDs ist der Peroxisomen Proliferator aktivierte Rezeptor (PPAR) γ . In experimentellen Studien führen PPAR γ Agonisten zu reduzierten Ab Konzentrationen und zu einer verminderten Inflammation in transgenen Tiermodellen der Alzheimer Erkrankung.

0016

Impfung

Christoph Hock (Universität Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie)

0017

100 Jahre Alzheimer – Aktueller Stand der Therapie- und Präventionsforschung

Konrad Beyreuther (Universität Heidelberg, ZMBH, Netzwerk Alternsforschung)

Der Zusammenhang zwischen Demenz und der von Alois Alzheimer erstmalig vor 100 Jahren beschriebenen Amyloid- und Neurofibrillenpathologie wird heute mit der Amyloid Hypothese der Alzheimer Krankheit erklärt. Diese postuliert einen ursächlicher Zusammenhang zwischen der Bildung und Anhäufung toxischer β -Amyloidpeptide ($A\beta$) im Gehirn, der Bildung von Neurofibrillenbündeln und dem Untergang von Nervenzellkontakten und Nervenzellen. Wie könnte aufgrund des gegenwärtigen Kenntnisstands eine Therapie oder Prävention der Alzheimer Krankheit aussehen? Aktive oder passive Immuntherapie vermag die Amyloidpathogenese im Mausmodell sowohl in ihrem Beginn als auch nach deren Manifestation zu beeinflussen. Eine Reduktion der Amyloidpathologie bei Alzheimer Patienten konnte ebenfalls mit beiden Strategien erreicht werden. Allerdings stellen Nebenwirkungen und ausbleibende Immunantwort für die Zukunft zu überwindende Probleme dar. Kürzlich konnte auch gezeigt werden, dass womöglich ein direkter Zusammenhang zwischen dem von Nervenzellen gebildeten Cholesterin und der Entstehung des die Nervenzellen zerstörenden Alzheimer β -Amyloids bestehen könnte. Wird bei Patienten die Cholesterinsynthese des Gehirns mit Statinen reduziert sinkt deren Amyloid Produktion. Das gleiche konnte, vorerst im Tierexperiment, auch für bestimmte Entzündungshemmer, Antioxidanzien und Aggregationshemmer, z.B. einem Heparinmimetikum, gezeigt werden. Auch Strategien zur Solubilisierung der Amyloidablagerungen mittels Substanzen, die die Amy-

loid-Metallionen-Interaktion inhibieren, wurden nach erfolgreicher Präklinik in klinischen Studien untersucht. Dies sind Beispiele für Ansätze einer Therapie oder Prävention der Alzheimer Krankheit, die sofort überprüfbar sind und rasch Anwendung finden könnten, gibt es doch für andere Krankheiten zugelassene Medikamente, wie die erwähnten Statine, die die Cholesterinsynthese hemmen bzw. nichtsteroidale Antirheumatika, die als Entzündungshemmer wirken! Weitere Ansätze zur rationalen Therapie und Prävention der Alzheimer Krankheit, wie die Hemmung der das β -Amyloid freisetzenden Prozesse (Sekretasehemmer), werden ebenso intensiv verfolgt. Fortschritte gibt es auch bei der Diagnose der Alzheimer Krankheit (Liquor A β ELISA; Amyloid PET). Dass ein "Altern ohne Alzheimer" nicht nur eine Frage der Medikamentenentwicklung, wie epidemiologische Untersuchungen nahelegen, sondern auch eine der auf das Alter vorbereitenden Lebensführung ist, kann mittlerweile im Tiermodell überprüft werden.

0018

Impfen gegen Alzheimer – Aktueller Kenntnisstand und zukünftige Strategien

Peter-Andreas Löschmann (Wyeth Pharma GmbH, Münster)

Mittwoch, 22.11.2006 – 12.30–13.15 Uhr, Saal 03

PL-001 Plenarvortrag

Immuntherapie der Alzheimer-Demenz

Vorsitz: F. Müller-Spahn (Basel)

0001

Immuntherapie der Alzheimer-Demenz

Christoph Hock (Universität Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie)

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.3

S-022 Symposium

Leichte kognitive Beeinträchtigung bei hausärztlich betreuten Patienten: Querschnittergebnisse aus dem Kompetenznetz Demenzen

Vorsitz: H. Kaduszkiewicz (Hamburg), W. Maier (Bonn)

0100

Leichte Kognitive Beeinträchtigungen: Prävalenz und Korrelate: Ergebnisse aus dem Kompetenznetz Demenzen – Modul Epidemiologie und Genetik

S. G. Riedel-Heller (Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychiatrie)
T. Luck, M. C. Angermeyer, H. Sandholzer, A. Frenzen, W. Maier, G. Cveta-novska, F. Haller, F. Jessen, M. Wagner, H. van den Bussche, H. Kaduszkiewicz, C. Bachmann, T. Zimmermann, S. Weyerer, S. Gorfer, T. Kaufeler, M. Mayer, H.-P. Romberg, H.-H. Abholz, M. Pentzek, A. Fuchs, A. Wollny, H. Bickel, E. Mösch, B. Wiese

Einleitung: Personen mit leichten kognitiven Störungen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Da die meisten Senioren regelmäßig hausärztlich behandelt werden, ist die Prävalenz von leichten kognitiven Störungen bei älteren Patienten in Allgemeinarztpraxen von besonderem Interesse.

Methode: 3327 Hausarztpatienten (75 Jahre und älter) wurden mit einem strukturierten klinischen Interview befragt. Hauptinstrument zur Erfassung kognitiver Störungen war das Strukturierte Interview für die Diag-

nose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multi-Infarkt-Demenzen und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10 (SIDAM, Zaudig & Hiller, 1996). Leichte kognitive Störungen wurden nach den Kriterien von Petersen (2004) sowie nach modifizierten Kriterien ohne das Kriterium subjektiver kognitiver Beeinträchtigungen diagnostiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Bei 15,4% (95% KI 14,1–16,6) aller Allgemein-arztpatienten wurde eine leichte kognitive Störung diagnostiziert. Wird das dabei notwendige Kriterium der subjektiven Gedächtnisstörungen außer Acht gelassen, ist sogar jeder Vierte betroffen (25,2%, 95% KI 23,7–26,7). Die Prävalenzraten steigen mit dem Alter signifikant an und sind mit zerebrovaskulären Erkrankungen, depressiver Symptomatik sowie dem ApoE ϵ 4 Genotyp positiv assoziiert. Diskussion: Leichte kognitive Störungen sind bei älteren Patienten in Allgemeinarztpraxen sehr häufig. Den Allgemeinärzten kommt eine Schlüsselrolle bei der Prävention dementieller Erkrankungen zu. Förderung: Kompetenznetz Demenzen, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderkennzeichen: 01 GI 420.

0101

Prävalenz und Determinanten von subjektiven Gedächtnisstörungen

Horst Bickel (TU München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Der Stellenwert subjektiver Gedächtnisstörungen für die Diagnose von „mild cognitive impairment“ (MCI) ist umstritten. Einerseits sind sie Voraussetzung für die frühzeitige Erkennung von kognitiven Beeinträchtigungen, da nur im Falle subjektiver Störungen schon in der präklinischen Phase von Demenzen ärztlicher Rat gesucht wird. Andererseits gelten sie als ein wenig valides Diagnosekriterium für MCI, da sie nur schwach mit den kognitiven Testleistungen korrelieren und geringe Prognosegenauigkeit für die Konversion zur Demenz aufweisen.

Methode: Multizentrische Querschnittuntersuchung an mehr als 3.300 nicht-dementen Hausarztpatienten im Alter zwischen 75 und 90 Jahren. Die Patienten wurden in standardisierter Form nach Gedächtnisstörungen gefragt und einer neuropsychologischen Testung unterzogen. Die subjektiven Störungen wurden in Beziehung gesetzt zu den Testresultaten, zu verschiedenen Definitionen von MCI und zu einer Reihe weiterer Variablen.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt 58,6% der untersuchten Patienten gaben eine Verschlechterung ihres Gedächtnisses an, doch nur 17,1% der Stichprobe waren deswegen besorgt. In einigen neuropsychologischen Subskalen schnitten die Patienten mit subjektiven Störungen zwar signifikant schlechter ab als die Patienten ohne subjektive Beeinträchtigung, die Unterschiede waren jedoch überaus gering. Es fanden sich überwiegend nicht-signifikante Beziehungen zwischen verschiedenen Definitionen von MCI und subjektiven Störungen. Depressivität war wesentlich enger mit subjektiven Störungen assoziiert als die Testleistung. Es bestanden keine Unterschiede in der Häufigkeit von subjektiven Störungen nach dem Geschlecht, nach dem Familienstand oder nach der Wohnform. Signifikant häufiger wurden subjektive Störungen von den ältesten und von den am besten gebildeten Patienten angegeben sowie von Patienten mit Einschränkungen des Sehens, Hörens und der Mobilität. Die Verordnung antidementiver Medikamente war signifikant mit subjektiven Störungen assoziiert, die Verordnung von Psychopharmaka hingegen nicht. Der APOE-Polymorphismus stand nur in schwachem Zusammenhang mit subjektiven Störungen. Die Befunde lassen vermuten, dass subjektive Störungen zwar von Bedeutung für das Krankheitsverhalten sind, dass sie aber nicht als unabdingbares Diagnosekriterium für MCI gefordert werden sollten.

0102

Neuropsychologische Profile subjektiver Gedächtnisstörungen

Frank Jessen (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Subjektive Gedächtnisstörungen bei älteren Menschen können definiert werden als das selbst- oder fremdwahrgenommen Gefühl der Ab-

nahme der Gedächtnisleistung bei gleichzeitiger alters-, bildungs- und geschlechtsangepaßten normwertigen objektiven Leistungen in neuropsychologischen Tests. Subjektive Gedächtnisstörungen sind vielfach in Querschnittstudien in der älteren Allgemeinbevölkerung untersucht worden. Üblicherweise findet sich kein enger Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Leistungsabnahme und der tatsächlichen Leistung in Tests. Häufig findet sich dagegen ein Zusammenhang mit Depression oder Persönlichkeitsvariablen. Gleichzeitig zeigt die überwiegende Zahl von Langzeitstudien, das auch subjektive Gedächtnisstörungen Prädiktoren für spätere kognitive Leistungsverschlechterung und Demenz sind. Daher stellt sich die Frage, ob bei Patienten mit subjektiven Gedächtnisstörungen diskrete, aber messbare Defizite nachweisbar sind, die auf eine sehr frühe klinische Manifestation einer beginnenden Demenz hinweisen. Im Rahmen des Projektes E3 des Kompetenznetzes Demenzen (KND) sind über 3000 Personen über 75 Jahre untersucht worden, die entweder kognitiv gesund waren oder eine leichte kognitive Störung, definiert als kognitive Leistung unterhalb der Altersnorm aufwiesen. In die im Vortrag dargestellte Analyse wurden nur Probanden mit normwertiger kognitiver Leistung eingeschlossen. Personen, die eine Gedächtnisverschlechterung angaben wurden hinsichtlich der Leistung im verzögerten verbalen Abruf als frühester Indikator für eine Schädigung des medialen Temporallappens und bzgl. der verbalen Flüssigkeit verglichen. Unter Einbeziehung von Geschlecht, Alter, Depressivität und ApoE-Genotypstatus zeigte sich eine schlechtere Leistung im verzögerten Abruf bei den Personen mit subjektiven Beschwerden im Vergleich zu Personen ohne Beschwerden. In der verbalen Flüssigkeit bestand kein Unterschied. Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, dass subjektive Gedächtnisstörungen auf Beeinträchtigungen hinweisen können, die die früheste Indikatoren für eine beginnende Alzheimer Demenz darstellen.

0103

Hausärztliche Einschätzung von leichter kognitiver Beeinträchtigung Hanna Kaduszkiewicz (UKE Hamburg-Eppendorf, Abt. für Allgemeinmedizin)

H. Bickel, S. Riedel-Heller, F. Jessen, B. Wiese, S. Weyerer, M. Pentzek

Für die Erkennung von Mild cognitive impairment (MCI) spricht, dass nach behandelbaren Ursachen gesucht und dem Patienten ggf. eine Erklärung für erlebte Veränderungen gegeben werden kann. Dagegen spricht die Unsicherheit der Prognose und damit eine in vielen Fällen unnötige Belastung des Patienten. Die Bedeutung des Aufspürens von MCI wird jedoch zunehmen, wenn wirksame Präventionsstrategien einer Demenz entwickelt werden sollten. Daher lautet die in diesem Beitrag verfolgte Fragestellung: Wie gut erkennen Hausärzte eine leichte kognitive Beeinträchtigung bei ihren Patienten?

Methode: 3.327 Patienten (75–89 Jahre) wurden sowohl psychometrisch getestet als auch global bezüglich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit beurteilt. Der zentrale psychometrische Leistungstest, das SIDAM, wurde von geschulten Untersuchern durchgeführt. Weiterhin schätzten Hausärzte und Untersucher die kognitive Leistungsfähigkeit anhand der Global Deterioration Scale (GDS) ein die Hausärzte ohne vorherige strukturierte Testung, die Untersucher nach der Testung der Patienten.

Diskussion/Ergebnisse: Als Goldstandard wurde die MCI-Definition nach Winblad et al. (2004) benutzt. Danach lag bei 497 von 3.219 nicht dementen Patienten (15,4%) ein MCI vor. Die Hausärzte schätzten 78,8% der 3.219 Patienten korrekt als unbeeinträchtigt ein, 1,9% korrekt als kognitiv beeinträchtigt. Bei 13,4% übersahen die Hausärzte eine Beeinträchtigung und bei 5,2% attestierten sie fälschlicherweise eine Beeinträchtigung. Die fälschliche Klassifizierung der Patienten als dement spielte mit insgesamt 5 von 3.219 Patienten keine Rolle. Die Einschätzungen der Untersucher anhand der GDS verteilten sich wie folgt: 69,7% korrekt unbeeinträchtigt, 7,6% korrekt beeinträchtigt, bei 7,8% wurde ein MCI übersehen und 14,9% wurden als beeinträchtigt überschätzt. Eine Baumanalyse mit der Erkennung von MCI als Zielparameter zeigte, dass die Hausärzte bei Patienten mit einem mittleren oder höheren Bildungsniveau die kognitive Beeinträchtigung eher unterschätzten, bei niedrigem Bil-

dungsniveau überschätzten. Wie schwierig die klinische Diagnose eines MCI ist, zeigt sich darin, dass sowohl Hausärzte als auch Untersucher bei rund einem Fünftel der Patienten mit ihrer Einschätzung falsch lagen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.4

S-023 Symposium

Creutzfeldt-Jakob Erkrankung und andere rasch progrediente Demenzen: neue Aspekte in der Diagnostik

Vorsitz: J. Wiltfang (Erlangen), I. Zerr (Göttingen)

0105

Genetische Determinanten der sporadischen CJK

Anna Krasnianski (NRZ Nationales Referenzzentrum, Abteilung Neurologie, Göttingen)

Einleitung: Die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK) ist eine seltene, tödlich verlaufende neurodegenerative Erkrankung, wobei ca. 90% aller Fälle sporadisch (sCJK) sind. Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob Patienten mit sCJK häufiger als die Normalbevölkerung eine positive Familienanamnese hinsichtlich dementieller Erkrankungen aufweisen und welche Faktoren damit möglicherweise assoziiert sind.

Methode: Im Rahmen der Fall-Kontroll-Studie wurden die Patienten vor Ort untersucht und anamnestiche Daten mit einem standardisierten Fragebogen erhoben. Die Daten von 685 sCJK-Patienten und 659 geschlechts- und altersgematchten Kontrollpersonen der deutschen CJK-Surveillance in Göttingen wurden in dieser Studie analysiert. Das Vorliegen einer dementiellen Entwicklung bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern wurde evaluiert. In einem weiteren Schritt wurde mittels PCR die ApoE-Verteilung bei sCJK-Patienten mit bzw. ohne positive Familienanamnese für dementielle Erkrankungen und einer Kontrollpopulation bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Eine positive Familienanamnese für eine Demenzerkrankung war bei 83 sCJK-Patienten (12,1%) und 37 Kontrollpersonen (5,6%) vorhanden ($p < 0,001$). Davon war bei 66 sCJK-Patienten (9,6%) und 31 Kontrollen (4,7%) ($p < 0,001$) eine dementielle Entwicklung bei Eltern/Großeltern bekannt. Eine ApoE-Bestimmung konnte bei 53 sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese und 57 alters- und geschlechtsgematchten sCJK-Patienten mit negativer Familienanamnese durchgeführt werden. Mindestens ein E4 Allel war bei 19 sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese und 15 Patienten mit negativer Familienanamnese zu finden. Bei Patienten mit positiver Familienanamnese waren insgesamt 22 E4-Allele, bei Patienten mit negativer Familienanamnese 17 E4-Allele vorhanden. Verglichen mit 488 gesunden Kontrollen waren E4-Allele bei sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese signifikant häufiger ($p = 0,031$) zu finden. Dagegen war dieser Unterschied bei sCJK-Patienten mit negativer Familienanamnese nicht signifikant. Nach Ausschluss einer Mutation des Prionproteingens (PRNP) bei unseren CJK-Patienten ist die signifikante Häufung der Demenzerkrankungen in der Familie bei diesen Patienten nicht auf eine genetische Prionerkrankung zurückzuführen. Somit kann eine multifaktorielle Genese des Phänomens vermutet werden, wobei eine ApoE4-assoziierte Häufung der Alzheimer-Demenz in den Familien der sCJK-Patienten eine Rolle spielen könnte.

0106

Die sporadische Creutzfeldt-Jakob-Krankheit – Charakterisierung von molekularen Subtypen anhand des MRTs

Bettina Meissner (NRZ Nationales Referenzzentrum, Abteilung Neurologie, CJK-Netz, Göttingen)

K. Kallenberg, I. Zerr

Einleitung: Innerhalb der sporadischen CJK existieren 6 molekulare Subtypen (MM1, MM2, MV1, MV2, VV1, VV2), welche durch einen

Methionin-Valin-Polymorphismus am Codon 129 des Prionprotein-gens (MM-, MV-, VV-Genotyp) und den Nachweis von Prionprotein-typ 1 oder 2 determiniert sind. Aus bisherigen Studien ist ersichtlich, dass Patienten eines bestimmten Subtyps ähnliche Signalalterationsmuster in der Kernspintomographie zeigen. Diese Erkenntnis kann für die Frühdiagnostik genutzt werden.

Methode: Im Rahmen einer europäischen Studie werden Patienten mit neuropathologisch gesicherter sporadischer CJK-Diagnose, vorliegendem Genotyp (MM, MV, VV) und FLAIR- oder diffusionsgewichteter MRT (DWI) in Hinblick auf Signalalterationen im Bereich des Kortex (7 untersuchte Regionen), Basalganglien und Thalamus bewertet. Patienten mit erblicher CJK sowie iatrogene Fälle wurden von der Studie ausgeschlossen.

Diskussion/Ergebnisse: Die MRT-Aufnahmen von 100 Patienten mit sporadischer CJK (54 MM1, 6 MM2, 10 MV1, 10 MV2, 6 VV1, 14 VV2) wurden bewertet. Signalanstieg der Basalganglien wurde am häufigsten bei MV2, MM1, MV1 und VV2-Subtyp gefunden (65%–88%). Kortikale Signalalterationen wurden bei allen Subtypen häufig gefunden – insbesondere in den frontalen, parietalen und temporalen Kortexregionen (58%–100%). Thalamische Signalveränderungen zeigten sich am häufigsten beim VV2-Typ (55%). Schlußfolgerung Definierte charakteristische MRT-Läsionsmuster könnten – ggf. in Verbindung mit dem vorliegenden Genotyp – die frühe klinische Diagnosestellung einer CJK ermöglichen. Desweiteren könnten atypische sporadische Formen von der neuen Variante der CJK (erworbene Form) abgegrenzt werden.

0107

Differentialdiagnose rasch progredienter Demenzen

Uta Heinemann (Georg-August-Universität, Neurologische Klinik, Göttingen)

Einleitung: Die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK) ist eine rasch progrediente neurodegenerative Erkrankung. Klinisches Leitsymptom ist eine Demenz, verbunden mit zahlreichen neurologischen Begleitsymptomen, aber auch verschiedenen psychiatrischen Störungen wie Halluzinationen, frontaler Disinhibition, Depressionen und Wahnvorstellungen berichtet. Dieses bunte klinische Bild erschwert insbesondere in den frühen Stadien der Erkrankung die zuverlässige Abgrenzung von anderen Erkrankungen, die mit einer Demenz oder einem hirnnorganischen Psychosyndrom einhergehen.

Methode: Die deutsche CJK Surveillance in Göttingen untersucht seit 1993 systematisch und prospektiv alle Verdachtsfälle einer CJK in Deutschland. Auf diese Weise wurden bereits 2100 Patienten gesehen, wovon bei 240 Patienten klinisch oder neuropathologisch eine andere Diagnose gestellt werden konnte.

Diskussion/Ergebnisse: Das differentialdiagnostische Spektrum zeigte einen hohen Anteil an Alzheimer-Demenzen (AD) (31%). Andere neurodegenerative Erkrankungen machten weitere 17% der gestellten Diagnosen aus, gefolgt von der vaskulären Demenz (VD) mit 13%. Weitere wichtige Differentialdiagnosen waren metabolische Erkrankungen (10%) und Tumor-(assozierte) Erkrankungen (7%). Bei 13 Patienten wurde eine psychiatrische Grunderkrankung festgestellt (z.B. Schizophrenie, Depression). Potentiell behandelbare Diagnosen wurden bei 36% der Patienten gestellt (z.B. Hashimoto-Enzephalopathie, Vaskulitis, paraneoplastische Syndrome, psychiatrische Erkrankungen). Bei den jungen Patienten unter 50 Jahren fand sich ein hoher Anteil metabolischer (19%) und entzündlicher (24%) Erkrankungen. Bei über 70-jährigen finden sich fast ausschließlich neurodegenerative Erkrankungen (22%), Patienten mit AD (30%) und VD (30%). Liquor cerebrospinalis, EEG und cMRT helfen bei der Abgrenzung zur CJK, aber auch innerhalb des differentialdiagnostischen Spektrums. Falsch-positive Befunde für 14–33 fanden sich bei 27% der untersuchten Patienten. Periodische sharp-wave Komplexe konnten bei 14% der anderen Patienten nachgewiesen. Die CJK-typischen hyperintensen Basalganglien im cMRT konnten nur in Einzelfällen bei anderen Erkrankungen nachgewiesen werden (7%) mit vorwiegend entzündlichen Erkrankun-

gen. Die Studie zeigt differentialdiagnostische Wege und seltene Differentialdiagnosen auf (wie die Hashimoto-Enzephalopathie, M. Niemann-Pick, cerebrale Vaskulitiden). Bei Patienten jünger als 50 Jahren sind besonders entzündliche, metabolische und psychiatrische Ursachen auszuschließen, bei älteren dagegen vaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen.

0108

Neurochemische Demenzdiagnostik

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die heterogene Gruppe der rasch-progredienten Demenzerkrankungen, zu der neben der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) auch schnell progrediente Verlaufsformen der Alzheimer-Demenz (AD), der Lewy-Körperchen-Demenz (LBD) oder der Hashimoto-Enzephalitis gehören, ist klinisch noch vergleichsweise wenig untersucht. Besonders zu Beginn dieser Demenzerkrankungen ist die korrekte Differenzialdiagnostik anspruchsvoll und unsere aktuellen Forschungsergebnisse innerhalb des BMBF-geförderten „Forschungsnetzes zur Verbesserung der Früh- und Differenzialdiagnose der CJK und ihrer neuen Variante“ (01GI0301) belegen, dass die multiparametrische Liquor-basierte neurochemische Demenzdiagnostik (Liquor-basierte NDD) hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Die CJK ist beispielsweise durch einen überproportional deutlichen Anstieg von Gesamt-Tau bei weitgehend fehlenden Anstieg von Phospho-Tau gekennzeichnet. Ab1–42 ist bei etwa der Hälfte der Patienten im Liquor wie bei AD selektiv erniedrigt, wobei dieser Befund hier überraschend nicht mit dem Auftreten intrazerebraler beta-Amyloidplaques korreliert ist. Gerade für die neurochemische Frühdiagnostik der CJK bietet sich die multiparametrische Multiplex-Diagnostik der Liquorproben an. Unsere Ergebnisse an mehr als 1000 Patienten, bei denen aufgrund kognitiver Störungen eine Liquor-basierte NDD durchgeführt wurde, belegen, dass mit hoher Zuverlässigkeit Patienten mit CJK identifiziert werden können. Hier zeigt die Analyse von Einzelfällen, dass die Liquor-basierte NDD schon in Frühstadien die typische Biomarkerkonstellation zeigt, dagegen die klinische Routinediagnostik zu diesem Zeitpunkt noch keine korrekte Klassifizierung liefern konnte. Der Vortrag bietet eine Übersicht zur Liquor-basierten NDD der rasch-progredienten Demenzerkrankungen, stellt die methodischen Vorteile einer Multiplexdiagnostik in diesem Zusammenhang vor und nennt orientierende Grenzwerte für einen multiparametrischen hochdurchsatz-fähigen neurochemischen CJD-Screen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Oslo

S-040 Symposium

Morbus Alzheimer, Diabetes mellitus und Insulinmetabolismus. Gibt es Zusammenhänge?

Vorsitz: J. C. Ennen (Hannover), J. Wiltfang (Erlangen)

0194

Diabetes mellitus und neuronale Degeneration

Jochen C. Ennen (Medizin. Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie)

Die Industrieländer erwarten mit dem wachsenden Anteil geriatrischer Patienten eine stete Zunahme demenzieller Erkrankungen wie des Morbus Alzheimers. Die sich hieraus entwickelnden sozioökonomischen Probleme und gesundheitspolitischen Konsequenzen führen weltweit zu großen Anstrengungen, pathophysiologische Zusammenhänge und Risikofaktoren zu erforschen. Bereits von Alois Alzheimer wurde An-

fang des letzten Jahrhunderts im atrophierten Gehirn verstorbener Alzheimer-Patienten typische Veränderungen gefunden. Charakteristisch sind Alzheimer-Plaques, die aus akkumulierten β -Amyloid-Proteinen bestehen, sowie die aus aggregiertem, hyperphosphoryliertem Tau-Proteinen zusammengesetzten Neurofibrillenbündel. Hierbei lässt sich ein diffuser Verlust von Neuronen vor allem im Hippocampus und im Kortex nachweisen. Aktuelle epidemiologische Studien weisen in diesem Zusammenhang nun auf eine Koinkidenz des Morbus Alzheimers und des Diabetes mellitus hin. So war das Risiko für Typ-II-Diabetiker, einen Morbus Alzheimer zu entwickeln, nach den Ergebnissen der Mayo-Clinic sowie der Rotterdam-Studie selbst dann noch deutlich erhöht, wenn vaskuläre Risikofaktoren als Kovariaten ausgeschlossen wurden. In der so genannten Honolulu-Asia-Aging-Study konnte man sogar belegen, dass das relative Risiko für Typ-II-Diabetiker auf den Wert 5,5 anstieg, wenn diese die Isoform $\mu 4$ des Apolipoproteins E aufwiesen. Von besonderem Interesse sind in diesem Kontext auch die Daten von Meneilly and Hill, die aufzeigen, dass Alzheimer-Patienten im Vergleich zu einem gesunden, altersgemachten Kontrollkollektiv erhöhte Nüchternplasma-insulinwerte aufwiesen, obwohl sie nicht an einem Diabetes mellitus litten. Aus pathophysiologischer Sicht könnten somit zwei sich gegenseitig potenzierende Mechanismen in Frage kommen, eine demenzielle Entwicklung bei Altersdiabetikern zu fördern. Zum Einen hemmt ein zerebraler Hyperinsulinismus kompetitiv den Abbau von β -Amyloid am Insulin-degradierenden Enzym (IDE), welches sowohl Insulin als auch β -Amyloid degradiert. Aus tierexperimentellen Untersuchungen ist zudem bekannt, dass rezidivierende Hypoglykämien selektiv zu neuronalen Schädigung der 2.-4. Schicht des Neokortex, des Nucleus dentatus und des medialen Anteils der CA1-Pyramidenschicht des Hippocampus führen. Hierbei handelt es sich interessanterweise eben auch um die Neuronenverbände, die bei einer Alzheimer-Erkrankung betroffen sind.

0195

Long-term effects of streptozotocin i.c.v. - treated rats: attempts to modelling sporadic Alzheimer's disease

Peter Riederer (Julius-Maximilians-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Würzburg)

F. Tribl, M. Schmidt, S. Hoyer, M. Salkovic-Petrisic

Solid evidence from experimental, epidemiological and post mortem brain analyses suggest that brain energy-depletion is associated with the generation of Alzheimer's disease (AD). In order to substantiate this hypothesis streptozotocin (STZ) has been applied icv to rats. The neuronal insulin receptor (IR) deficit confirmed by chip array technology and RT-PCR resulted one month after STZ in a hippocampal increase of pGSK-3 $\pm$ 2 protein (Western blot analyses) while there was no change in imphosphorylated pGSK-3 $\pm$ 2 and Akt/PkB. After 3 months STZ, pGSK-3 $\pm$ 2 and Akt/PkB decreased slightly. In comparison to hippocampus a different pattern was found in the frontal cortex. In addition, 2-amyloid-like aggregates were detectable in brain capillaries 3 months after STZ. We show for the first time a significant correlation of IR deficit and generation of A β -aggregates. This findings are similar to those found in sporadic Alzheimer's disease. In agreement with this statement are our gene expressions studies showing after STZ icv injection to rats altered transcription factors, neurotrophic factors, neurotransmission functions, ionic balance, receptors and transporters. Gene array studies of post mortem Alzheimer brain tissue in many respect again mirrors the experimental findings.

0196

Insulin-Signaltransduktion im Gehirn bei der sporadischen Alzheimer-Krankheit

Siegfried Hoyer (Universität Heidelberg, Institut für Pathochemie)

Glukose und der Glukosemetabolismus nehmen im Gehirn eine zentrale Rolle ein. Physiologisch ist Glukose der einzige Nährstoff,

aus dem das Gehirn seine Betriebsenergie in Form von ATP bezieht. Im Glukosestoffwechsel entstehen Metabolite, die zur Bildung von Azetylcholin, Cholesterol und o-linked-N-Acetylglukosamin herangezogen werden. Es hat sich gezeigt, dass der zerebrale Glukosestoffwechsel unter Kontrolle der neuronalen Inulin/Insulinsignaltransduktion steht, wodurch unter Mitwirkung von Proteinkinase B und Glykogensynthasekinase-3 α/β Einfluss auf normales Prozessieren des Amyloidvorläuferproteins mit Bildung von β -Amyloid und die normale Phosphorylierung des tau-Proteins genommen wird. Nosologisch stellt die Alzheimer Krankheit kein einheitliches Krankheitsbild dar. Etwa 400 Familien weltweit sind an der hereditären, früh einsetzenden Form erkrankt, wohingegen Millionen von Patienten an der sporadischen Form leiden. Bei letzterer steht die Störung im zerebralen Glukosestoffwechsel im Vordergrund, während Hirndurchblutung und zerebraler Sauerstoffverbrauch in der Anfangsphase der Erkrankung weitaus geringer in Mitleiden-schaft gezogen sind. Die Bildung von Azetylcholin ist reduziert, was sich auf die Gedächtnisleistung auswirkt, desgleichen die Bildung von Cholesterol, was die Funktion von Zellmembranen beeinträchtigt. Die Störung der o-linked-N-Acetylglukosaminbildung fördert die tau-Phosphorylierung. Die gestörte Signalvermittlung über Proteinkinase B und Glykogensynthasekinase-3 α/β unterstützt diesen Vorgang und schließt die Mehrproduktion von β -Amyloid ein. Erste Ergebnisse zur Genexpression und zur Funktion von Parametern des neuronalen Insulin/ Insulinrezeptorsystems ergaben Hinweise auf einen Insulinmangel im Alzheimer Gehirn, regional unterschiedliche Insulinbindung an den Rezeptor und eine deutliche Reduktion der Tyrosinkinaseaktivität, was an eine Insulinresistenz des Rezeptors erinnert. Diese Pathologie läuft eigenständig im Gehirn ab, ohne dass das periphere Insulin/ Insulinrezeptorsystem im Sinne eines Diabetes mellitus verändert ist.

0197

Insulin und neuronaler Proteindyskatabolismus

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Klinisch-epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Typ-2-Diabetes und Hyperinsulinämie altersabhängig mit einem erhöhtem Risiko für das Auftreten der Alzheimer-Demenz (AD) assoziiert sind. Ein molekulares Bindeglied könnte in diesem Zusammenhang das Insulin-abbauende Enzym IDE (Synonym: Neprilysin) sein, das nicht nur Insulin und Amylin katabolisiert, sondern auch das zentrale Enzym für den Abbau der potenziell neurotoxischen beta-Amyloid-peptide (Ab-Peptide) ist. Weiter legen experimentelle Befunde nahe, dass bei AD zentralnervös eine reduzierte Rezeptorsensitivität für Insulin und/oder IGF-I auftritt, wie bei Altern, Übergewicht und Diabetes bekannt, und dass dazu assoziiert der Katabolismus von Ab-Peptiden beeinträchtigt ist. Ein weiteres potenzielles molekulares Bindeglied ist das „low density lipoprotein receptor-related protein“ (LRP-1) – und seine Bindungspartner, u.a. das „insulin growth factor binding protein-3“ (IGFBP-3) – das bei der Regulation der enzymatischen Prozessierung des beta-Amyloidvorläuferproteins (APP) beteiligt ist. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass neuere experimentelle Befunde zeigen, dass die Expression von IDE (Neprilysin) durch Nicastrin kontrolliert wird. Nicastrin ist wiederum einer der essentiellen Co-Faktoren des supramolekularen gamma-Sekretasekomplexes, der endoproteolytisch Ab-Peptide aus APP freisetzt. Zusätzlich gibt es tierexperimentelle Hinweise, dass die Phosphorylierung des Tau-Proteins – und damit seine Aggregation in neurofibrilläre Bündel – durch Kinasen bestimmt wird, die unter Kontrolle der Insulin-abhängigen Signaltransduktion stehen. Der Vortrag bietet eine Übersicht zu den zentralen molekularen Zusammenhängen zwischen Insulin und Insulin-abhängiger Signalkaskaden einerseits und Proteindyskatabolismus von APP, Ab-Peptiden und Tau-Protein andererseits.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-042 Symposium

Somatische Komorbidität in der klinischen Gerontopsychiatrie. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGPP)

Vorsitz: W. Hewer (Rottweil), G. Adler (Mannheim)

0204

Wenn einem das Sehen und Hören vergeht – Probleme mit Seh- und Hörstörungen in der Gerontopsychiatrie

Manfred Koller (Niedersächsisches LKH, Göttingen)

Einleitung: Von ophthalmologischer Seite wird berichtet, dass ungefähr 12 bis 13% der Menschen mit einer herabgesetzten Sehschärfe optische Halluzinationen in unterschiedlicher Häufigkeit wahrnehmen. Fast eine Million Menschen in höherem Lebensalter sind mit Hörgeräten versorgt. Von daher ist zu erwarten, dass auch Demenzpatienten von diesen Beeinträchtigungen betroffen sind. Das Charles Bonnet Syndrom (CBS) bezeichnet das Auftreten von visuellen Halluzinationen bei psychopathologisch unauffälligen Menschen. Es tritt häufig bei älteren Patienten mit herabgesetzter Sehschärfe auf. Das Spektrum der visuellen Erscheinungen reicht von der Wahrnehmung konkreter Gegenstände (Möbel, Pflanzen) bis hin zu halben Oberkörpern, die durch den Raum schweben. Nur selten werden diese Erscheinungen ich-synton erlebt. „Psychopathologisch unauffällig“ kann hier aber nur in dem Sinne verstanden werden, dass eine endogene oder auch exogene Psychose, aus der heraus die Fehlwahrnehmungen erklärbar wären, nicht vorliegt. Die Symptomatik kann parallel zur Behandlung von dementiven Entwicklungen beobachtet werden, ohne dass sie auf diese Erkrankung zurückzuführen wäre. Die Verarbeitung der Fehlwahrnehmungen durch den Patienten gestaltet sich aber ungleich komplizierter als bei nicht-dementen Patienten. Differenzialdiagnostisch kommen das Delir, (überwiegend ich-dyston) oder klassische Psychosen bzw. beim Kontaktmangelparanoid in Betracht. Einschränkungen des Hörvermögens können bei nicht dementen älteren Patienten zu paranoider Symptomatik führen. Ohrgeräusche wie Tinnitus führen bei Menschen mit kognitiven Leistungseinschränkungen zu Symptomen, die von akustischen Halluzinationen nicht zu unterscheiden sind.

Methode: Anhand von Kasuistiken der Abteilung Gerontopsychiatrie eines regionalpflichtversorgenden Krankenhauses wird dargestellt, was bei Demenzerkrankungen plus Charles-Bonnet-Syndrom, Tinnitus plus Alkoholdemenz bzw. Hypakusis mit daraus ableitbarer paranoider Entwicklung beobachtet werden kann. Therapieansätze werden zur Diskussion gestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Diskussion charakteristischer Kasuistiken soll zu einer verbesserten diagnostischen Einordnung der Fehlwahrnehmungen und zur Erweiterung des Spektrums angemessener Behandlungsoptionen beitragen.

0205

Psychische Störungen bei primärem Hyperparathyreoidismus, eine konsekutive Fallserie

Lutz Michael Drach (Helios-Kliniken-Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik)

Einleitung: Seit den 50er Jahren ist die Verursachung von Depressionen oder Verwirrheitszuständen bei Hyperkalzämie infolge Vorliegens eines Nebenschilddrüsenadenoms bekannt. In größeren konsekutiven Fallserien mit primärem Hyperparathyreoidismus waren psychiatrische Symptome fast ebenso häufig wie die klassischen

Symptome Nierensteine und Osteopathie (23–50%). Es handelte sich überwiegend um organische Depressionen und Angststörungen. Dabei korrelierte die Höhe des Kalziumspiegels zwar bei einzelnen Patienten mit der Schwere der psychiatrischen Symptomatik, aber auch nur gering erhöhte Kalziumspiegel verursachen häufig eine psychiatrische Symptomatik. Die schnelle Heilung der psychiatrischen Symptome nach operativer Entfernung des Nebenschilddrüsenadenoms bestätigt den ätiologischen Zusammenhang. Mehrere chirurgische Fallserien belegen die gute Verträglichkeit und den Nutzen einer Operation auch bei sehr alten Patienten. Insbesondere ist hier auch die Besserung kognitiver Symptome hervorzuheben. Allerdings sind postoperativ im Abfall des Kalziumspiegels sowohl ein erhöhter Muskeltonus, als auch passager Verwirrtheit, Stupor und Katatonie beschrieben worden. Langjährige Lithiumtherapie erhöht bei älteren Frauen das Risiko für Störungen der Nebenschilddrüsenfunktion.

Methode: Innerhalb eines Jahres wurde in der Klinik für Alterspsychiatrie in Schwerin bei drei Patienten ein primärer Hyperparathyreoidismus diagnostiziert. Alle Patienten boten eine depressive Symptomatik und waren diesbezüglich pharmakotherapieresistent. Nach operativer Behandlung trat in zwei Fällen eine eindrucksvolle Besserung auf, in einem Fall bestimmte die vorbestehende Persönlichkeitsstörung den weiteren Verlauf.

Diskussion/Ergebnisse: Die Häufigkeit von Patienten mit einem primären Hyperparathyreoidismus als Ursache einer pharmakotherapieresistenten Depression war auffallend hoch (3 von 234 stationär behandelten Patienten mit einer depressiven Episode in einem Jahr). Der primäre Hyperparathyreoidismus stellt angesichts der guten Ergebnisse einer chirurgischen Behandlung eine wichtige Differenzialdiagnose dar.

0206

Depressionen bei Erkrankungen des Bewegungsapparats

Georg Adler (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Depressionen sind bei älteren Patienten häufig mit körperlicher Multimorbidität verbunden. Psychische und somatische Erkrankungen können ähnliche Symptome hervorrufen und einander wechselseitig beeinflussen. Wir untersuchten diese Zusammenhänge anhand einer naturalistischen Stichprobe von 116 Patienten, die wegen einer depressiven Störung mit Krankheitsbeginn ab dem 60. Lebensjahr konsekutiv in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim aufgenommen wurden. Von diesen Patienten litten 45,5% an zwei oder mehr körperlichen Erkrankungen. Am häufigsten waren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (55,7%) und Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems (23,3%). Die häufigsten Erkrankungen des Bewegungsapparats waren Coxarthrosen, LWS-Syndrome und Gonarthrosen. Wir verglichen die depressiven Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparats (n=27) mit einer gleich großen Gruppe depressiver Patienten ohne Erkrankungen des Bewegungsapparats, die in Alter, Geschlecht, sonstiger somatischer Komorbidität und Schwere der Depressivität angepasst waren (matched groups-Technik). Es zeigte sich, dass Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparats stärker in ihren Alltagsfunktionen eingeschränkt waren. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit äußerten sie sich unzufriedener mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, mit ihrer geistigen Leistungsfähigkeit und mit ihrem Sexualleben. Sie unterhielten auch weniger Sozialkontakte. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich in der Schwere der Depressivität und Aktivitätsniveau, was sich jedoch auf die Auswahl (matched groups) zurückführen lässt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bedeutsame Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen des Bewegungsapparats und Depressionen im Alter bestehen. Erkrankungen des Bewegungsapparats beeinträchtigen Funktionsniveau, Lebenszufriedenheit und Sozialkontakte und können auf diese Weise den Verlauf von Depressionen im Alter ungünstig beeinflussen.

0207

Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern in die Gerontopsychiatrie bzw. aus der Gerontopsychiatrie in Allgemeinkrankenhäuser

Walter Hewer (Vinzenz von Paul Hospital, Gerontopsychiatrie, Rottweil)
H. W. Stark, D. Wolter

Einleitung: Fragestellung: Analyse der Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern in die Gerontopsychiatrie und umgekehrt in einer psychiatrischen Klinik mit Vollversorgung in einer ländlichen Region (Klinik A). Vergleich dieser Ergebnisse mit den Daten einer ebenfalls Vollversorgung leistenden Großstadtklinik (Klinik B).

Methode: Episodenbezogene Auswertung aller Krankenhausverlegungen innerhalb eines Jahres. Bei 1005 Aufnahmen in Klinik A (67,2% Frauen, Alter $76,7 \pm 9,3$ Jahre) verteilten sich die Hauptdiagnosen nach ICD-10 wie folgt: F0 (organische Störungen) 50,5%, F3 (affektive Störungen) 31,1%, sonstige Erkrankungen 18,4%.

Diskussion/Ergebnisse: 213 der 1005 Aufnahmen erfolgten aus anderen Kliniken, 168 mal wurden Patienten aus klinisch gerontopsychiatrischer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt. In 48 von diesen 168 Fällen handelte es sich um Patienten, die zuvor bereits aus klinischer Behandlung übernommen worden waren. Bei 19 Patienten kam es zu 3 und mehr Hin- und Herverlegungen. Zu Übernahmen aus somatischen Kliniken bzw. Verlegungen dorthin kam es häufiger bei Patienten mit organischen psychischen Störungen und bei Männern, während keine signifikante Altersabhängigkeit bestand. Die Notwendigkeit für Verlegungen in Allgemeinkrankenhäuser ergab sich überwiegend kurzfristig bzw. notfallmäßig wegen akuter somatischer Erkrankungen, am häufigsten kardiovaskulären und metabolischen Störungen, sowie Infektionen, während elektive Verlegungen deutlich in der Minderzahl waren. Zum Zeitpunkt des Vortrags werden die Daten aus Klinik B (499 vollstationäre Aufnahmen) vorliegen. Nach vorläufiger Auswertung ergeben sich dort im Trend ähnliche Ergebnisse wie in Klinik A. Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen den hohen Stellenwert der somatischen Komorbidität in der klinischen Gerontopsychiatrie. Die Häufigkeit und Schwere körperlicher Begleiterkrankungen bei gerontopsychiatrischen Patienten unterstreicht zum einen die Notwendigkeit, angemessene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf dem Gebiet der somatischen Medizin in der Gerontopsychiatrie vorzuhalten, und zum anderen die Bedeutung von Aktivitäten mit dem Ziel, integrierte Versorgungsmodelle von somatischer Medizin und Gerontopsychiatrie (weiter) zu entwickeln.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-003 Postersitzung

Diagnostik und Therapie in der Gerontopsychiatrie

Vorsitz: T. Wetterling (Berlin)

0017

Patientencharakteristika und Behandlung von Demenzpatienten im Vergleich zweier psychiatrischer Versorgungskliniken

Volker Haude (Westf. Klinik, Gerontopsychiatrie, Gütersloh)
M. Lüdeke, A. Liebler, I. Börner, F. Rottmann, B. Meißner

Einleitung: Das ehemalige psychiatrische Großkrankenhaus Gütersloh wurde in den letzten Jahren mit dem Ziel gemeindenaher psychiatrischer Versorgung in seinem Zuständigkeitsbereich verkleinert und somit übernimmt nun seit etwa drei Jahren das Gemeindepsychiatrische Zentrum in Detmold einen Teil der Zuständigkeit für diese Regionen. Es erscheint sinnvoll zur besseren Planung von Behandlungskapazitäten das jeweilige Patientenspektrum genau zu beschreiben und mögliche institutionell bedingte oder patientenabhängige Unterschiede in der Behandlung aufzudecken.

Methode: Sowohl in der Westfälischen Klinik Gütersloh als auch im Gemeindepsychiatrischen Zentrum in Detmold werden seit 1. März 2006 konsekutiv aufgenommene Demenzpatienten über 60 Jahre (Gesamtanzahl jeweils 50) systematisch neben der Basisdokumentation u.a. mit den Instrumenten Barthelindex, Reisberg FAST Scale, NOSGER Skala, MMST, Demtact sowie CGI und GAF untersucht. Die Multimorbidität wird mittels Charlson-Index, Diagnosen und Pharmakotherapie erfasst. Aggressive Verhaltensweisen werden mittels der Overt Aggression Scale untersucht. Die Zufriedenheit der Angehörigen über die Behandlung der Patienten wird mittels eines Angehörigenfragebogens erfragt. Ein Jahr nach stationärer Behandlung erfolgt eine Katamnese-Untersuchung mittels Telefoninterview der Angehörigen.

Diskussion/Ergebnisse: Bisher wurden in Detmold etwa 25 Demenzpatienten untersucht, in Gütersloh sind es 39 Patienten. Es zeichnet sich ab, dass in beiden Häusern die Patienten schwer krank sind und sich in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz befinden, so dass z.B. eine Demenztestung mit den gängigen Verfahren nicht mehr möglich ist. Aggressive Verhaltensweisen scheinen in der Tendenz in Gütersloh häufiger aber nicht regelhaft aufzutreten, wenn, dann bei einzelnen Patienten verstärkt und andauernd. Die Ergebnisse bestätigen den Eindruck, dass stationäre Demenzbehandlung mit Multimorbidität und reduziertem allgemeinen Gesundheitszustand einhergeht. Diese Ergebnisse können dazu beitragen, ein maßgeschneidertes Rahmenkonzept integrierter Versorgung für Demenzpatienten an der Westfälischen Klinik Gütersloh evtl. auch anderen Kliniken dieser Größe zu entwickeln.

0018

Die subjektive Seite einer objektivierten Störung – gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit leichten kognitiven Störungen

Tanja Richter-Schmidinger (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

B. Gruß, J. Kornhuber, J. Wiltfang

Einleitung: Obwohl das Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (gLQ) mittlerweile ein zentrales Forschungsthema bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen darstellt und in der Medizin als Evaluationskriterium zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde es bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen (LKS) bisher weder gezielt untersucht, noch in der interventiven Planung ausdrücklich berücksichtigt. Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb, die Determinanten der gLQ diagnostisch zu prüfen, Zusammenhänge mit relevanten objektiven Variablen (u.a. kognitiver Status) aufzudecken, und derart Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Intervention speziell für diese Klientel anzubieten.

Methode: Hierfür wurden aus dem vom BMBF geförderten „Kompetenznetz Demenzen“ (KND) 40 Patienten mit einer bereits diagnostizierten LKS rekrutiert, welche jeweils einen Fragebogen zur „Lebenszufriedenheit“ („Satisfaction with Life Scale“, SWLS), „subjektiven Gesundheit“ („Fragebogen zum Gesundheitszustand“, SF-36), zum „Kohärenzgefühl“ („Sense of Coherence Scale Leipziger Kurzform“, SOC-L9), „Bewältigungsverhalten“ („Coping Inventory for Stressful Situations“, CISS) und zur „Krankheitsursache“ („Patiententheoriefragebogen“, PATEF) bearbeiteten. Um störungsspezifische Aspekte zu berücksichtigen, wurden darüber hinaus kognitive Variablen wie auch Einschätzungen der Alltagskompetenz aus den Daten des KND entlehnt. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv und analytisch.

Diskussion/Ergebnisse: Im normativen Vergleich zeigt sich, dass Patienten mit LKS mehrheitlich mit ihrem Leben zufrieden sind, über eine durchschnittliche körperliche und psychische Gesundheit verfügen, ein mittelstark ausgeprägtes Kohärenzgefühl angeben, ein problemorientiertes Coping bevorzugen und ihre Krankheit psychosozial verursacht sehen. Die Determinanten der gLQ interkorrelieren (hoch) signifikant, hängen jedoch kaum mit den für eine LKS charakterist-

ischen Beeinträchtigungen zusammen. Als signifikante Prädiktoren für die gLQ erweisen sich die „psychische Gesundheit“, das „problemorientierte Coping“ und das „Kohärenzgefühl“. Demzufolge bietet sich eine dem salutogenen Verständnis folgende Intervention an, welche an den Ressourcen anknüpfend Handlungskompetenzen erweitert, Widerstandskräfte mobilisiert und günstige Lebensbedingungen herstellt, um eine eventuell bevorstehende Konversion in eine Demenz bestmöglich bewältigen zu können.

0019

Warum wir nicht einfach abschalten?! Welchen Stellenwert haben Patientenverfügungen im Behandlungsalldag einer Demenzstation?
Thomas Krause (ZfP-Reichenau, Konstanz)

Einleitung: Fragen nach einem selbstbestimmten Lebensende werden in den letzten Jahren häufiger in der wissenschaftlichen Diskussion sowohl der Medizin als auch der Philosophie und Medizinethik thematisiert. Quintessenz ist, die Entscheidungskompetenz der Patienten zu stärken und diesen mittels Vorausverfügungen, z.B. Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen eine Handlungsanweisung für den jeweiligen Fall von Entscheidungsunfähigkeit oder konfliktierenden Interessenlagen gegenüber Ärzten einzuräumen. Dabei bietet das Rechtsinstitut der Patientenverfügung die Möglichkeit, dem eigenen Willen bzgl. medizinischer Interventionen auch über den Zeitpunkt hinaus noch Geltung zu verschaffen, wo man diesen nicht mehr selbst direkt äußern kann. Beabsichtigt war damit, medizinische Behandlungsmaßnahmen zu untersagen, die der Patient nicht oder nicht mehr wünscht.

Methode: Die Argumentationsrichtungen hinsichtlich des Stellenwertes einer eigenen Entscheidung der Betroffenen, mittels einer Patientenverfügung Art, Umfang und Dauer medizinischer und the-rapeutischer sowie pflegerischer Maßnahmen bestimmen zu können und der diesbezüglichen kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Möglichkeiten von Patienten mit dementiellen Erkrankungen fallen jedoch z.T. erheblich auseinander. Folge dieser Entwicklung ist, dass Patienten- oder Vorausverfügungen einerseits getroffen werden, obwohl die Betroffenen bereits deren Anlass, Sinn und Stellenwert nicht mehr einsehen oder entsprechende Möglichkeiten nicht mehr zutreffend beurteilen können, andererseits bereits getroffene Regelungen eine Intention beschreiben, die dann im konkreten Fall ggf. gar nicht mehr besteht. Denn Anforderungen an Patientenverfügungen bestehen formal und stellen wesentlich auf die Kriterien der Erkrankung, Stadium, Schwere, Irreversibilität etc. ab, weniger auf die kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Möglichkeiten des Patienten, dass dieser einwilligungsfähig ist, wird a priori vorausgesetzt. Während die Veröffentlichungen zu strittigen Fällen in denen Patientenverfügungen zur Anwendung kamen, zahlreich sind, existieren nur wenige Diskussionsbeiträge, die sich der (rechts-)logischen Plausibilität, des psychopathologischen Zustandsbildes sowie der Praktikabilität unter klinischen Bedingungen zuwenden. Die nachfolgende Untersuchung hat auf einer geronto- und neuropsychiatrischen Station alle aufgenommenen Patienten innerhalb des Zeitraumes eines halben Jahres hinsichtlich des Bestehens einer Patientenverfügung untersucht. Miteinbezogen wurden Patienten, die ihre Ablehnung medizinischer, therapeutischer oder pflegerischer Hilfsmaßnahmen selbstständig zum Ausdruck brachten. Diese Parameter wurde mit dem psychopathologischen Befund, der Diagnose sowie des weiteren dem körperlichen Zustand, einschließlich des Pflegeaufwandes der Betroffenen in Zusammenhang gebracht. Untersucht wurde weiterhin, inwieweit begriffliche Klarheit über die Patientenverfügung bestand, die Situation der Entschlussfassung, ob eine Beratung erfolgte, eine Argumentation des für-und-wider geführt sowie Alternativen erwogen und ggf. die Entscheidung erneuert wurde. Ziel war letztlich die Praktikabilität von Patientenverfügungen unter klinischen Bedingungen einer Demenzstation zu überprüfen.

Diskussion/Ergebnisse: Unser Fazit ist, dass von den Patienten, die eine Patientenverfügung besaßen oder den Wunsch zu sterben selbst äußern konnten, 3 zuvor einen oder mehrere Suizidversuche begangen hatten, nur eine Patientin körperlich so krank war, dass sie letztlich an der Grunderkrankung verstarb, nur bei einer Patientin trotz dementiellen Syndroms und deliranter Symptomatik die Fähigkeit bzgl. ihrer eigenen Behandlung zu entscheiden nicht beeinträchtigt war, alle anderen Patienten nach adäquater Behandlung entlassen werden konnten und dies auch wollten. Unserer Ergebnisse lassen sich sowohl in Form eines Vortrages als auch eines Posters darstellen.

0020

Komplizierte Trauer: Vergleich zweier diagnostischer Systeme mittels Latent Class Models

Simon Forstmeier (Universität Zürich, Psychopathologie)
A. Maercker

Einleitung: Zur Einführung in das DSM-V und die ICD-11 wird die Diagnose einer Komplizierten Trauer diskutiert. Speziell steht in Diskussion, welche Diagnosekriterien aufgenommen werden sollen. Zwei diagnostische Systeme wurden vorgeschlagen: Horowitz et al. (1997) konzeptualisieren KT als ein Stress-Reaktions-Syndrom und differenziert zwischen Symptomen der Intrusion, Vermeidung und Fehlanpassung. Prigerson et al. (1999) berichten die Konsensus-Experten-Kriterien, diese beeinhalteten Symptome der Beeinträchtigung durch Trennung und Traumatisierung. Obwohl einige Symptome innerhalb dieser beiden Systeme überlappen, haben sie unterschiedliche Strukturen. Es wird vermutet, dass die beiden Systeme daher zu unterschiedlichen Prävalenzschätzungen für KT führen und unterschiedliche Sensitivität und Spezifität aufweisen. Da es keinen «gold standard» für die Diagnose einer KT gibt, versuchte diese Studie, Sensitivität und Spezifität mittels Latenter-Klassen-Modelle (LKM) zu analysieren.

Methode: In der repräsentativen Zürcher Altersstudie wurden Aspekte des Trauerfalls, die Diagnose einer KT sowie anderer Störungen erhoben. Sensitivität und Spezifität der beiden diagnostischen Systeme wurden geschätzt mittels LKM-Analyse.

Diskussion/Ergebnisse: Die Prävalenzrate betrug 5.8% (Horowitz et al.) und 0.9% (Prigerson et al.), mit einer geringen Übereinstimmung zwischen den Systemen ($\kappa=0.15$). Die LKM-Analyse wies darauf hin, dass die Horowitz et al. Kriterien die grösste Sensitivität besitzen (0.83 vs. 0.31). Hinsichtlich der Spezifität sind beide Systeme sehr gut (0.96 und 1.0). Schlussfolgerungen: Das Horowitz et al. System wird durch diese Daten am meisten unterstützt. Die weitere Forschung sollte jedoch die diagnostischen Systeme integrieren, um zu einer internationalen Standardisierung der diagnostischen Kriterien für KT zu gelangen.

0021

Suchterkrankungen bei älteren Patienten

Tilman Wetterling (Vivantes Klinikum Hellersdorf, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)
C. Kugler

Einleitung: Suchterkrankungen gehören mit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung stellt sich die Frage, wie häufig Suchterkrankungen bei älteren Patienten sind. Zu diesem Themenbereich existieren kaum Studien.

Methode: Auswertung der Krankenhausdaten 2003–2005 von den 7 psychiatrischen Kliniken der Vivantes GmbH, Berlin (Versorgungsgebiet: etwa 1,6 Mill. Einw.).

Diskussion/Ergebnisse: Von den insgesamt 48460 erfassten Fällen hatten 50,4% eine F1-Diagnose erhalten. Der Anteil der F1-Diagnosen bei den 60–69-Jährigen lag bei 46,3%, bei den über 69-Jährigen nur noch 15,1%. Ganz überwiegend handelte es sich um einen Alkohol-

missbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit. Der Anteil der Patienten mit einem Benzodiazepinmissbrauch stieg entgegen dem allgemeinen Trend mit dem Alter stetig an, insbesondere bei Frauen. Neuropsychiatrische Komplikationen waren in der Altersgruppe der 60–69-Jährigen am häufigsten. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialstruktur der verschiedenen Versorgungsbezirke diskutiert.

0022

Ergebnisse kontinuierlicher integrierter gerontopsychiatrischer Behandlung

Erika Blitz (Klinikum Warendorff, Abteilung Gerontopsychiatrie, Sehnde-Köthenwald)

H. H. Benecke, I. Kowalewski, T. Gödecke-Koch

Einleitung: Das Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Warendorff setzt sich zusammen aus einem vollstationären Bereich, einem teilstationären Bereich sowie der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Zwischen den Bereichen besteht eine Konstanz des Behandlungsteams sowie des Behandlungskonzeptes mit verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologisch fundierten sowie psychoanalytischen Inhalten. Ziel dieses Beitrages ist es zu zeigen, dass eine kontinuierliche ambulante Behandlung sowohl zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik bei den Patienten führt, als auch die Häufigkeit und Dauer von vollstationären Behandlungsmaßnahmen verringert.

Methode: An dieser Studie nahmen insgesamt 25 Patienten teil, welche seit mindestens sechs Monaten an den Gruppenangeboten der PIA teilnehmen. Die Patienten waren im Mittel $M=64.44$ Jahre alt ($SD=8.42$). Die depressive Symptomatik wurde mittels BDI erfasst. Die vollstationären Behandlungstage wurden für den Zeitraum zwischen 2003 und 2006 bzw. für den Zeitraum seit Beginn der Behandlung in der PIA berechnet. Es erfolgten Mittelwertvergleiche hinsichtlich dieser Variablen zu jeweils zwei Messzeitpunkten mittels T-Tests bei gepaarten Stichproben.

Diskussion/Ergebnisse: Beträgt der durchschnittliche BDI-Score vor der Behandlung $M=18.67$ ($SD=10.04$), so liegt er nach mindestens sechs Monaten ambulanter Behandlung bei $M=14.08$ ($SD=2.76$). Der Mittelwertvergleich zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ($t=2.43$, $p<=.05$). Die mittleren stationären Behandlungstage liegen vor der Behandlung in der PIA bei $M=60.09$ Tagen pro Jahr ($SD=48.21$), nach Beginn der Behandlung sind die Patienten im Mittel $M=1.68$ Tage pro Jahr ($SD=1.16$) in stationärer Behandlung. Dieser Unterschied zwischen den Testzeitpunkten ist hoch signifikant ($t=6.19$, $p<=.0001$). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine konsequente und kontinuierliche ambulante Behandlung sowohl die Ausprägung der klinischen Symptomatik als auch die Dauer von vollstationären Aufenthalten deutlich reduzieren kann.

0023

Psychosoziale Gruppentherapeutische Intervention bei beginnender Alzheimer Erkrankung. Evaluation eines Modellprojektes

Armin Scheurich (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)

I. Bengesser, B. Schanz, M. Müller, A. Fellgiebel

Einleitung: Verbesserte diagnostische Verfahren ermöglichen die querschnittliche sichere Diagnose der Alzheimer Erkrankung (AD) vor Einsetzen eines ausgeprägten dementiellen Syndroms. Bereits in diesem Frühstadium erkranken die Patienten und Angehörigen häufig zusätzlich an Depression und erleiden hohe Einschränkungen der Lebensqualität. Mit einfachen psychosozialen und psychoedukativen Interventionen konnte in Vergleichsstudien die Depressivität bei dementen Patienten reduziert und langfristig sogar die Heimeinweisung deutlich verzögert werden.

Methode: 12 Patienten im Frühstadium der AD (MMSE: MW 24 Punkte; SD 4 Punkte) und deren Angehörige wurden gemeinsam mit

einer 2-wöchentlichen einstündigen standardisierten Gruppentherapie behandelt. Nach 1 Jahr erfolgte eine Evaluation mit standardisierten Instrumenten.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den Patienten wurde eine sehr niedrige Depressionsrate (8%) und die Reduktion von Ängsten, Antriebslosigkeit und Rückzugsverhalten erreicht. Die Angehörigen berichteten über weniger Schlafstörungen, Reizbarkeit und Aggressivität. Alle Teilnehmer waren sehr zufrieden mit der Gruppentherapie und berichteten eine hohe Lebensqualität. Diskussion: Die einfach umzusetzende Gruppentherapie für Patienten und deren pflegende Angehörige hält die Depressionsrate gering, erhöht die Rate an angenehmen Aktivitäten und hält die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten und Angehörigen aufrecht. Die Ergebnisse dieser explorativen Studie sollten in einer größeren kontrollierten Stichprobe prospektiv repliziert werden.

0024

Humour therapy in patients with late-life depression or Alzheimer's disease

Egemen Savaskan (Univ. Psychiatrische Kliniken, Gerontopsychiatrie, Basel)

M. Walter, B. Hänni, M. Haug, E. Krebs-Roubicek, F. Müller-Spahn

Einleitung: Of the disabling disorders of the elderly, depression is the most common affective disorder and Alzheimer's disease (AD) the most common neurodegenerative disorder. Pharmacological treatment strategies are often accompanied with severe side effects. Therefore non-pharmacotherapeutic treatment strategies are of great importance. The aim of the present study was to investigate the impact of humour therapy on quality of life in patients with depression or AD.

Methode: 20 patients with late-life depression and 20 patients with AD were evaluated. 10 patients in each group underwent a humour therapy group once in two weeks for 60 minutes in addition to standard pharmacotherapy, which was given as usual to the other group as standard therapy. All patients completed a psychometric test battery at admission and before discharge from the clinic.

Diskussion/Ergebnisse: The quality of life scores improved in both groups. Depressive patients receiving humour therapy showed the most and significant profit after treatment. Depressive patients in general were found to profit more from both therapies when compared with AD patients. In addition, patients with depression in both therapy groups showed improvements in mood, depression score, and instrumental activities of daily living. Lower values in social disturbances at admission were found to predict higher quality of life after treatment. Conclusions: These findings suggest that humour therapy may provide an additional therapeutic tool improving quality of life in combination with other therapy strategies. Especially patients with late-life depression may profit from humour therapy.

0025

Sturzereignisse in der Gerontopsychiatrie

Erika Blitz (Klinikum Warendorff, Abteilung Gerontopsychiatrie, Sehnde-Köthenwald)

H. H. Benecke, T. Gödecke-Koch

Einleitung: Sturzereignisse im gerontopsychiatrischen Alltag sind häufige Ereignisse, welche mit gravierenden körperlichen und psychischen Folgen einhergehen. Die Sturzrate ist im gerontopsychiatrischen Setting deutlich höher als in anderen klinischen Bereichen (Sturzrate: 13,3 bis 25 Stürze pro 1000 Bettage). Im Rahmen eines Projektes zur Sturzprophylaxe auf den gerontopsychiatrischen Stationen des Klinikums Warendorff führten wir eine systematische Erhebung der Sturzereignisse über acht Monate durch.

Methode: Im betrachteten Zeitraum wurden auf den Stationen 343 Patienten behandelt, 40,5% Männer, 59,5% Frauen. Im Durchschnitt

lag das Alter bei 73,39 Jahren ($SD=11.7$). Das Behandlungsvolumen belief sich auf 8783 Bettage. Auf den Stationen wurde sowohl ein Sturzrisikoassessment in Anlehnung an Hendrich sowie ein Sturzereignisprotokoll durchgeführt. Die Items des Protokolls bezogen sich auf die Variablen: sozio-demographische Daten, interne Sturzrisikofaktoren sowie Umstände des Sturzereignisses.

Diskussion/Ergebnisse: In dem betrachteten Zeitraum traten 56 Sturzereignisse bei 33 von insgesamt 343 Patienten auf (9,65%). Die Sturzrate belief sich auf 6,38 Stürzen pro 1000 Bettagen. Die gestürzten Patienten unterschieden sich signifikant von den nicht gestürzten Patienten hinsichtlich der Diagnosen sowie hinsichtlich des Alters. Extrinsische und intrinsische Sturfaktoren werden genauer betrachtet sowie die Bedeutung für die Qualitätssicherung im klinischen Alltag diskutiert.

0026

Effektivität und Verträglichkeit von Risperidon (Risperdal® 1 mg) bei Patienten mit Verhaltensstörungen und psychotischen Symptomen im Rahmen einer Demenz nach Vorbehandlung mit Melperon

Hans-Georg Nehen (Elisabeth-Krankenhaus, Geriatrie-Zentrum Haus Berge, Essen)

M. Gerwe, J. Czekalla

Einleitung: Bei ca. 80–90% aller Demenz-Kranken treten Verhaltensstörungen und psychotische Symptome auf. Derartige Symptome werden häufig mit niederpotenten Neuroleptika behandelt, die vielfach sedierend und anticholinerg wirken. Ziel der vorliegenden Studie war die Dokumentation der Effektivität und Verträglichkeit von Risperidon unter Routinebedingungen bei Demenzpatienten, die mit Melperon unzureichend vorbehandelt waren und wegen klinischer Gründe von den behandelnden Ärzten umgestellt wurden.

Methode: Anwendungsbeobachtung bei ambulanten Patienten mit schwerer chronischer Aggressivität, psychotischen Symptomen und weiteren Verhaltensstörungen bei Demenz (ICD-10), die mit Melperon unzureichend vorbehandelt waren. Nach Einstellung auf Risperidon wurde über 6 Wochen weiter beobachtet. Dokumentation von Umstellungsgründen, Veränderung von unerwünschten Begleiterscheinungen der Vorbehandlung, klinischer Gesamteindruck (CGI) sowie Veränderung der klinischen Symptomatik.

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlung von 1486 Patienten (Mittleres Alter 81 Jahre; 70% Frauen) wurde dokumentiert. Die mittlere Dosis der Melperonvorbehandlung betrug $79,8 \pm 51,8$ mg/Tag. Umstellungsgründe waren mangelnde Wirksamkeit (70,6%) und Unverträglichkeit (88,6%). Bei mangelnder Verträglichkeit wurden Tagesmüdigkeit (57%), Gangunsicherheit (48%), kognitive Verschlechterung (45%), Mundtrockenheit (38%), Obstipation (34%) und Stürze (24%) genannt. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung dieser Symptome unter der Behandlung mit Risperidon. Während der 6-wöchigen Behandlung war eine signifikante Abnahme der Verhaltensstörungen, wie Aggressivität und psychotische Symptome festzustellen ($p < 0,0001$). Die mittlere Dosis von Risperidon nach 6 Wochen lag bei $1,3 \pm 0,7$ mg/Tag. Bei Beobachtungsende wurden 97% der Patienten im CGI-C als gebessert eingeschätzt ($p = 0,006$). Bei lediglich 1% der Patienten wurden unerwünschte Ereignisse spontan dokumentiert. EPS oder zerebrovaskuläre Ereignisse wurden nicht dokumentiert. Die Mortalität während der Dokumentation lag mit 0,2% (3 Patienten: Pneumonie, plötzlicher Herztod, Nierenversagen ohne berichteten Kausalzusammenhang mit Risperidon) im unteren Bereich der bekannten Mortalitätsrate bei dieser Population. Schlussfolgerungen: Bei mit Melperon unzureichend vorbehandelten Patienten mit schwerer chronischer Aggressivität oder psychotischen Symptomen bei Demenz zeigte sich nach Neueinstellung auf Risperidon eine signifikante Verbesserung der klinischen Symptomatik, substanzelle Reduktion unerwünschter Nebenwirkungen und eine Verbesserung der Lebensqualität.

0027

Effektivität und Verträglichkeit von Risperidon bei Heimpatienten mit Demenz und begleitenden Verhaltensstörungen nach Vorbehandlung mit einem konventionellen, niederpotenten Neuroleptikum

Jürgen Staedt (Vivantes Klinikum Spandau, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

M. Gerwe, A. Kurz, J. Czekalla

Einleitung: Ca. 80–90% aller Demenzerkrankten weisen im Verlauf der Erkrankung Verhaltensstörungen und psychotische Symptome auf, die häufig Anlass für eine frühzeitige Heimeinweisung darstellen. Derartige Symptome werden häufig mit sedierenden und anticholinerg wirkenden, niederpotenten Neuroleptika behandelt. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Dokumentation der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Risperidon unter Routinebedingungen bei Heimpatienten mit Demenz nach unzureichender Vorbehandlung mit niederpotenten Neuroleptika.

Methode: Prospektive, nicht-interventionelle Untersuchung. Heimpatienten mit Demenz, die aufgrund schwerer chronischer Aggressivität, psychotischer Symptome und weiterer Verhaltensstörungen mit niederpotenten Neuroleptika unzureichend vorbehandelt (mangelnde Wirksamkeit oder Verträglichkeit) waren, wurden nach Einstellung auf Risperidon weiter beobachtet. Dokumentiert wurden klinische Symptomatik (NPI), Alltagskompetenz (NOSGER), klinischer Gesamteindruck (CGI) und Pflegeaufwand vor und 4 Wochen nach Therapie mit Risperidon. Die Lebensqualität (5-stufige Skala) und das Schlafverhalten (4-stufige Skala) der Patienten wurden kategorial beurteilt. Die statistische Analyse basierte auf der ITT-Gruppe (LOCF).

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlungsverläufe von 102 Heimpatienten (mittleres Alter 82 J.; 72% Frauen) wurden dokumentiert. Häufigste Vormedikationen waren Melperon (58%) und Pipamperon (21%). Hauptgründe für die Einstellung auf Risperidon waren fortbestehende chronische Aggressivität (66%), psychotische Symptome (34%), Tagesmüdigkeit (28%) sowie gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus (39%). Die mittlere Risperidondosis nach 4 Wochen lag bei $1,1 \pm 0,4$ mg/Tag. Anhand des NPI-Wertes zeigte sich eine signifikante Abnahme der Verhaltensstörungen im Behandlungsverlauf ($p < 0,001$). Bei Beobachtungsende wurden 90% der Patienten im CGI als gebessert eingeschätzt ($p < 0,0001$). Mittels NOSGER-Gesamtwert konnte eine signifikante Verbesserung der Alltagskompetenz festgestellt werden ($p = 0,0001$). Das Schlafverhalten verbesserte sich signifikant ($p < 0,0001$). Die Lebensqualität wurde bei 69% der Patienten als (sehr) gebessert beurteilt ($p = 0,002$). Bei 5 Patienten wurden unerwünschte Ereignisse (UE) dokumentiert, bei 2 davon SUEs (aggressive Dekompensation, Kollaps) ohne berichteten Kausalzusammenhang zu Risperidon. Schlussfolgerungen: Bei mit niederpotenten Neuroleptika vorbehandelten Patienten kam es bei Neueinstellung auf Risperidon bei dementen Heimpatienten mit Verhaltensstörungen zu einer signifikanten Verbesserung der klinischen Symptomatik, Alltagskompetenz und Lebensqualität sowie zu einem gebesserten Schlafverhalten.

0028

Melperone plasma concentrations in gerontopsychiatric patients

Rainer Wolf (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

S. Ulrich

Melperone is a low to medium potent neuroleptic drug mainly used for sedation in gerontopsychiatric patients suffering from affective disorders, psychosis or dementia. Plasma concentrations have been rarely described in literature, so far. A gas-liquid chromatographic method (HP-5, 25 m $\times$ 0.2 mm, 0.33 μ m film, 0.7 ml/min N₂, injector 290°C, oven 240°C) with nitrogen-phosphorus selective detection (GC-NPD) was developed using tolperisone as internal standard and a 3-step liquid-liquid extraction as sample preparation (n-hexane/i-amy alcohol=98.5/1.5) similar to published methods, e.g. Chromatograms were completed within 3 min with retention times of 2.68 min (tolperisone) and 2.75 min (melperone). The

assay was found selective with respect to several psychotropic drugs likely to be comedicated with melperone. Calibration (peak-area ratios melperone/ tolperisone) was linear between 5 and 250 ng/ml ($r=0.998$) with a limit of detection of 3 ng/ml. Within-day precision estimated as coefficient of variation was found 1.0% at 250 ng/ml and 3.4% at 15 ng/ml ($n=10$). Between-day precision was found 2.2% at 50 ng/ml ($n=10$). Estimates of accuracy were 101% (250 ng/ml), 107% (50 ng/ml) and 120% (15 ng/ml). About 40 samples (drawn in the morning after evening dose) were collected for 12 patients (10 depression, 1 schizoaffective disorder, 1 dementia as first psychiatric diagnosis) who received melperone as sedative drug in addition to other psychotropic drugs. Plasma concentrations were 7.7 ng/ml (0–24), 15.8 ng/ml (0–29), 44.4 ng/ml (22–78), 53.0 ng/ml (36–83) and 71.0 ng/ml (39–131) at doses of 25, 50, 75, 125 and 150 mg/day, respectively. A linear relationship $y = Ax + B$ was found between dose (x) and plasma concentration (y) with slope 0.49 and intercept - 4.7 ($r^2=0.51$, $p<0.001$). A previous study of steady-state plasma concentrations of melperone found 19.7 ± 12.0 ng/ml, 37.7 ± 27.5 ng/ml and 84.9 ± 47.2 ng/ml (mean $\pm$ SD) at doses of 60, 120 and 240 mg/day, respectively ($n=23$) (Hui et al., 1990). Plasma concentrations of melperone displayed a strong correlation with sedation in a single dose study in healthy volunteers (Molander & Borgström, 1983). Values of 1.8 µg/ml (defibrillation needed) and about 20 µg/ml (fatal outcome) were found in 2 cases of intoxication (Stein et al. 2000).

0029

Effektivität und Verträglichkeit von Galantamin bei Patienten mit Alzheimer Demenz nach antidementiver Vorbehandlung

Martin Gerwe (Janssen-Cilag GmbH, Medical & Scientific Affairs, Neuss)
J. Czekalla, P. Calabrese

Einleitung: Galantamin und andere AChE-I sind Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der Alzheimer Demenz (AD). Galantamin weist als einziger AChE-I einen dualen Wirkmechanismus auf, indem es zusätzlich eine Verstärkung der nikotinischen Neurotransmission bewirkt. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Dokumentation der Effektivität und Verträglichkeit von Galantamin (Reminyl®) unter Routinebedingungen bei Patienten mit AD, bei denen eine Umstellung von anderen Antidementiva vom behandelnden Arzt als erforderlich betrachtet wurde.

Methode: Anwendungsbeobachtung bei ambulanten Patienten mit AD (ICD-10), die unzureichend mit anderen Antidementiva vorbehandelt waren, wurden auf Galantamin in flexibler Dosierung (8–24 mg/Tag) eingestellt und über 3 Monate beobachtet. Kognitive Fähigkeiten wurden mittels Tests der täglichen Routine dokumentiert (z.B. DemTect, MMST). Der klinische Gesamteindruck wurde mittels CGI-C-Skala beurteilt. Neben der Erfassung von unerwünschten Ereignissen (UE) wurde die Verträglichkeit kategorial (sehr gut bis schlecht) durch den behandelnden Arzt bewertet. Die statistische Analyse basierte auf der ITT-Gruppe (LOCF).

Diskussion/Ergebnisse: Behandlungsverläufe von 1644 Patienten (mittleres Alter 77 ± 8 Jahre, 51% weiblich) wurden dokumentiert. Häufigste Vormedikationen waren Gingko ($n=481$; 29%), Piracetam ($n=280$; 17%), Memantine ($n=151$; 9%) und Donepezil ($n=149$; 9%). Hauptgründe für die Umstellung auf Galantamin waren mangelnde Wirksamkeit (69%) und Unverträglichkeit (8%). Nach 3 Monaten verbesserten sich mittlerer DemTect- und mittlerer MMST-Gesamtwert im Vergleich zu Baseline signifikant ($p<0.0001$). Innerhalb des Beobachtungszeitraums kam es im CGI-C bei 70% der Patienten zu einer Verbesserung, bei 12% zu einer Stabilisierung, lediglich bei 3% zu einer Verschlechterung. Die Verträglichkeit wurde von 96% der Ärzte als „gut“ bis „sehr gut“ bezeichnet. Bei 2,7% ($n=44$) der Patienten wurden UE dokumentiert. Cholinerge UE (Übelkeit, Durchfall und Schwindel) waren jeweils bei <1% der Patienten zu beobachten. Drei Patienten starben im Beobachtungszeitraum ohne berichteten Kausalzusammenhang zu Galantamin (Pneumonie, plötzlicher Herztod, Brustkrebs). Schlussfolgerungen: Die Einstellung auf Galantamin führte bei mit anderen Antidementiva vor allem wegen mangelnder Wirksamkeit unzureichend vorbehandelten Patienten zu einer signifikanten Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten.

0030

Phase IIIb-Studie zur Effektivität und Verträglichkeit der Retardform von Galantamin (Galantamin-CR) in der Behandlung der Alzheimer Demenz (AD)

Jörg Czekalla (Janssen-Cilag GmbH, Medizin und Forschung, Neuss)
M. Gerwe, H.-J. Möller

Einleitung: In Zulassungsstudien wurde die Wirksamkeit der Retardform von Galantamin in der Behandlung der AD nachgewiesen. Ziel der vorliegenden offenen Studie mit Beginn vor der Zulassung war es, systematische klinische Erfahrungen mit retardiertem Galantamin in der Behandlung der AD über 6 Monate zu gewinnen.

Methode: Offene, prospektive, einarmige Multizenter-Studie in Deutschland (Phase IIIb). Patienten mit leichter bis mittelschwerer (ICD-10) AD (NINCDS-ADRDA-Kriterien) wurden über 6 Monate mit Galantamin (Zieldosis 16–24 mg/Tag) behandelt. Die Kognition wurde mittels ADAS-cog (primärer Endpunkt) und DemTect beurteilt, der klinische Gesamteindruck mittels CGI. Zusätzlich wurden die Alltagskompetenz (NOSGER) sowie Verhaltensstörungen (NPI) erfasst. Die statistische Analyse basierte auf der ITT-Population (LOCF; t-Test und Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben).

Diskussion/Ergebnisse: 133 Patienten (mittleres Alter 75.4 ± 7.8 Jahre; 68% weiblich) wurden eingeschlossen. 53% der Patienten erhielt die Maximaldosis von 24 mg/Tag. Im Vergleich zu Baseline kam es nach 6 Monaten zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der kognitiven Funktionen. Der mittlere ADAS-cog-Gesamtwert verbesserte sich um 2.9 ± 7.1 Punkte ($p<0.0001$), der DemTect-Gesamtwert um 1.8 ± 3.2 Punkte ($p<0.0001$). Im NPI und NOSGER zeigten sich keine signifikante Veränderungen. Bei 73% der Patienten mit vollständig dokumentiertem CGI-Wert war dieser stabil oder verbessert. Bei 64% der Patienten wurde mindestens ein unerwünschtes Ereignis, bei 28 Patienten ein UE-bezogener Studienabbruch dokumentiert. Die häufigsten UE mit einer Inzidenz >5% waren Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen, die primär in der Eindosierungsphase auftraten. Bei 3 Patienten wurde ein SUE (Synkope, Hypotension, psychomotorische Unruhe) mit möglichem Zusammenhang mit der Studienmedikation berichtet. 2 Patienten starben ohne berichteten Kausalzusammenhang mit Galantamin-CR (plötzlicher Herztod, Nierenversagen). Schlussfolgerungen: In dieser offenen Studie war die Effektivität und Verträglichkeit von retardiertem Galantamin unter klinischen Bedingungen vergleichbar mit den Ergebnissen kontrollierter randomisierter Zulassungsstudien.

0031

Langzeitbehandlung (3 Jahre) mit Galantamin (Reminyl®) verzögert die Symptomprogression bei Patienten mit Alzheimer Demenz

Klaus Hager (Henriettenstiftung, Klinik für Med. Rehabilitation, Hannover)
M. Gerwe, J. Czekalla

Einleitung: Die Dauer randomisierter, placebo-kontrollierter Studien mit Galantamin beträgt maximal 26 Wochen. Ziel der vorliegenden nicht-interventionellen Studie war die Langzeituntersuchung der Effektivität und Verträglichkeit von Galantamin bei Patienten mit Alzheimerdemenz über 3 Jahre.

Methode: Prospektive, nicht-interventionelle Multizenter-Studie. Patienten mit einer leicht- bis mittelgradigen AD (NINCDS-ADRDA Kriterien) wurden 3 Jahre mit Galantamin behandelt. Dokumentiert wurden die kognitiven Funktionen gemessen mittels Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-cog), die Aktivitäten des täglichen Lebens mittels der Bayer-ADL Skala (Selbst- und Fremdbeurteilung), Verhaltensauffälligkeiten mittels dem neuropsychiatrischen Inventar (NPI) und der klinische Gesamteindruck (CGI). Die statistische Analyse basierte auf der ITT-Gruppe (LOCF).

Diskussion/Ergebnisse: 75 Patienten (mittlerer ADAS-cog 22,3; mittleres Alter 70,2 Jahre; 55% Frauen) wurden mit einer Tagesdosis Galantamin von 16 mg ($n=30$) oder 24 mg ($n=45$) behandelt. Es

zeigte sich eine signifikante Verbesserung der kognitiven Funktionen im ADAS-cog um 2,3–3,0 Punkte nach 3, 6, 9 und 12 Monaten ($p < 0,001$). Nach 18–24 Monaten lag der ADAS-cog-Wert auf Ausgangsniveau, nach 3 Jahren 2,9 Punkte unterhalb des Ausgangswertes. Der NPI-Wert verbesserte sich signifikant nach 3–12 Monaten ($p < 0,05$), nach 3 Jahren lag er knapp unterhalb des Ausgangswertes. Im 3-jährigen Behandlungsverlauf kam es zu einer leichtgradigen Abnahme der Alltagsfunktionen im B-ADL. Die Werte lagen nach 30 Monaten (Selbstbeurteilung) und 18 Monate (Fremdbeurteilung) signifikant unter Ausgangsniveau. Insgesamt 54 Patienten hatten mindestens ein unerwünschtes Ereignis (UE). Die häufigsten UE mit einer Inzidenz $>5\%$ waren Schwindel ($n=9$; 12%), Erbrechen ($n=5$; 7%) und Schlafstörungen ($n=5$; 7%). Bei 3 Patienten wurde ein SUE (Pneumonie, plötzlicher Herztod, Exitus) mit letalem Ausgang ohne möglichen oder wahrscheinlichen Zusammenhang mit Galantamin durch den behandelnden Arzt dokumentiert. Schlussfolgerungen: In dieser nicht-interventionellen Langzeitstudie über 3 Jahre zeigt die Behandlung mit Galantamin eine gute Effektivität und Verträglichkeit bei Patienten mit leicht- bis mittelgradiger AD. Es kam zu einer Verbesserung kognitiver Funktionen während der ersten 18 Monate und zu einer Verbesserung der Verhaltensstörungen während der ersten 12 Monate.

0032

Effektivität und Verträglichkeit von Galantamin bei Patienten mit Alzheimer Demenz und begleitender zerebrovaskulärer Erkrankung

Matthias Riepe (Charité Berlin)
M. Gerwe, S. Schwalen, J. Czekalla

Einleitung: In doppelblinden RCTs wurde die Wirksamkeit von Galantamin bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer AD sowie mit AD und zerebrovaskulärer Erkrankung (AD+CVD) nachgewiesen. Ziel der vorliegenden offenen Studie war die Untersuchung der Effektivität und Verträglichkeit von Galantamin bei Patienten mit AD+CVD.

Methode: Offene, prospektive, einarmige Multizenter-Studie (Phase IIb). Patienten mit milder bis mittelschwerer AD (ICD-10) und CVD (NINDS-AIREN Kriterien) wurden über 3 Monate (Visiten zu Baseline, nach 4, 8 und 12 Wochen) mit Galantamin (Zieldosis 16–24 mg/Tag) behandelt. Primärer Endpunkt war die Untersuchung der kognitiven Funktionen (Alters-Konzentrations-Test (AKT), DemTect). Der klinische Gesamteindruck wurde mittels der Clinical Global Impression-Skala (CGI) beurteilt. Es wurde eine ITT-Analyse (LOCF) durchgeführt, das Signifikanzniveau wurde mittels t-Test und Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben geprüft.

Diskussion/Ergebnisse: 145 Patienten (mittleres Alter $75,2 \pm 7,6$ Jahre; 63% weiblich) wurden eingeschlossen. 27 Patienten brachen die Studie aufgrund eines unerwünschten Ereignisses (UE) ab. Bei 48% der Patienten lag eine leichte, bei 52% eine mittelschwere Demenz vor. Im Vergleich zu Baseline kam es nach 3 Monaten zu einer signifikanten Verbesserung der kognitiven Funktionen. Der mittlere AKT-Gesamtwert verbesserte sich von $49,6 \pm 6,1$ zu Studienbeginn auf $51,2 \pm 4,9$ zu Studienende ($p = 0,0017$), die mittlere Bearbeitungszeit im AKT von $111,1 \pm 75,0$ s auf $95,5 \pm 74,0$ s ($p < 0,0001$) und der mittlere DemTect-Gesamtwert von $8,1 \pm 2,0$ auf $9,9 \pm 3,3$ ($p < 0,0001$). Es zeigte sich ein stabiler oder verbesserter CGI bei 86% der Patienten. 50% der Patienten hatten mindestens ein UE. Die häufigsten UE mit einer Inzidenz $>5\%$ waren AChE-I typische UE wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Kopfschmerzen, die größtenteils in der Eindosierungsphase auftraten und von leichter bis mäßiger Intensität waren. Bei 3 Patienten wurde ein SUE (Durchfall, Exsikkose, Krampfanfall) mit möglichem oder wahrscheinlichem Zusammenhang mit der Studienmedikation dokumentiert. Schlussfolgerungen: In dieser offenen Studie finden sich Ergebnisse wie aus RCTs, die zeigten, dass Galantamin bei Patienten mit Alzheimer Demenz und begleitender zerebrovaskulärer Erkrankung gut verträglich und wirksam ist.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 40

FW-006 Forschungsworkshop

Apathie im Pflegeheim

Vorsitz: J. Schröder (Heidelberg), V. Holthoff (Dresden)

0022

Apathie und Demenz: Prävalenz und psychometrische Erfassung im Heimkontext

Ulrike Lüken (Universität Trier, Neuropsychologische Forschung)
U. Seidl, L. Völker, E. Schweiger, J. Schröder

Einleitung: Apathie zählt zu den häufigsten neuropsychiatrischen Symptomen dementieller Erkrankungen, insbesondere der Alzheimer-Demenz, und ist mit negativen Konsequenzen für Patienten, aber auch mit einer erhöhten Belastung für das Pflegepersonal assoziiert. Neben dem Verständnis von Apathie als Symptom einer übergeordneten Erkrankung kann Apathie auch als eigenständiges Syndrom i.S. eines primären Motivationsverlusts begriffen werden. Zur psychometrischen Erfassung von Apathie findet die Apathy Evaluation Scale (AES) zunehmend Verwendung; sie wurde als syndromunabhängige, reine Apathieskala entwickelt, und bietet den Vorteil der Vergleichbarkeit von Untersuchungen an unterschiedlichen Patientengruppen.

Methode: Eine autorisierte deutschsprachige Übersetzung des Instruments wurde an einer Stichprobe verschiedener Diagnosegruppen (Demenz, Schlaganfall, Schizophrenie, Morbus Parkinson, sowie gesunde ältere Vergleichspersonen), evaluiert. Die psychometrischen Kennwerte weisen auf angemessene teststatistische Eigenschaften und eine Vergleichbarkeit mit dem englischsprachigen Original hin. Jedoch erwiesen sich einige Items der AES bei der Untersuchung von Demenzpatienten aufgrund des Settings und der kognitiven Einschränkungen als suboptimal. Daher wurde an 356 demenzkranken Heimbewohnern eine speziell auf diese Zielgruppe angepasste und auf 10 Items verkürzte Version der AES entwickelt. Mit Hilfe einer Kreuzvalidierung wurden problematische Items in der ersten Teilstichprobe anhand vorab definierter psychometrischer und inhaltlicher Kriterien identifiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Kurzversion verfügte über gute psychometrische Eigenschaften, die sich in der zweiten Teilstichprobe bestätigen ließen. Korrelationen mit der Vollversion des Instruments waren hoch; es traten keine substantiellen Verluste an interner Konsistenz oder Konstruktvalidität (erfasst mit dem Neuropsychiatrischen Inventar) auf. Die Kurzversion der AES wird für die Zielgruppe der demenzerkrankten Heimbewohner als ein angemessenes und effektives Instrument zur Erfassung von Apathie bewertet.

0023

Ausdrucksmotorik und Apathie: eine klinisch-experimentelle Studie bei demenzkranken Heimbewohnern

Ulrich Seidl (Universität Heidelberg, Sektion Gerontopsychiatrie)

0024

Neuroimaging der Verhaltensstörungen bei Demenzen

Vjera Holthoff (Universitätsklinikum Dresden, Psychiatrie und Psychotherapie)
B. Beuthien-Baumann, K. Herholz

Einleitung: Es sind die Verhaltensstörungen, die neben den kognitiven Defiziten das klinische Bild von Demenzen im Erkrankungsverlauf prägen. Moderne bildgebende Verfahren wie die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und die Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) ermöglichen einen Einblick in zugrunde liegende Störungen der Funktion und Struktur.

Methode: Die europäischen Multizenterstudie (NEST-DD) zur Frühdiagnostik der Demenzen ist der Frage nachgegangen, welche Veränderungen des regionalen Hirnstoffwechsels im Frühstadium der Erkrankung neuro-

psychiatrischen Symptomen zugrunde liegen könnten.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse der europäischen Multizenterstudie (NEST-DD; n=225 Demenz vom Alzheimer-Typ, DAT; n=41 Frontotemporale Demenz, FTD) zur Frühdiagnostik der Demenzen werden vorgestellt, die die Veränderung regionaler Stoffwechselfunktion mit neuropsychiatrischen Auffälligkeiten, wie Apathie, Angst, Depression und Anosognosia bei DAT-Patienten und Apathie und Enthemmung, bei FTD nachweisen konnten. Die Resultate weisen Korrelationen zwischen spezifischen Symptomen und frontalen Schaltkreisen nach, die mit den kognitiven Einbußen korrelieren. Aktuelle strukturelle Untersuchungen zeigen regionale Veränderungen bei FTD in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Neuropathologie. Ferner korrelieren regionale Atrophien mit spezifischen Symptomprofilen, die auf den zugrunde liegenden funktionellen Schaltkreis Rückschlüsse erlauben. Holthoff et al., Biol Psych 2005; Peters et al., Whitwell et al. 2005, Dement Geriatr Cogn Disord. 20(4):238–44. Whitwell et al. 2005, Arch Neurol. 62(9):1402–8. Mendez et al. 2006, J Neurol Neurosurg Psychiatry. 77(1):4–7. Mendez et al., 2005, J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006 Jan; 77(1):4–7. Jeong Y et al., J Neuroradiol. 2005; 32(4):247–54

0025

Pharmakotherapie der Apathie

Ulrich Müller (University of Cambridge, Exp. Psychology & Psychiatry)

Einleitung: Apathie ist definiert als Mangel an Motivation und Verminderung beobachtbarer Aktivitäten (Stuss et al. 2000). Es gibt syndromale Überschneidungen mit depressiven Störungen, aber auch isoliertes Auftreten von Apathie ohne Depression (Marin & Wilkosz 2005). Störungen des Antriebs sind ein wichtiges non-kognitives Symptom bei leichter kognitiver Beeinträchtigung, Alzheimer-Demenz und anderen geronto-psychiatrischen Erkrankungen. Insbesondere bei Alten- und Pflegeheim-Bewohnern sind Antriebsdefizite von erheblicher klinischer und gesundheitsökonomischer Relevanz. Neben tagsstrukturierenden Interventionen sind antriebssteigernde Medikamente ein erfolversprechendes Therapie-Prinzip.

Methode: Ausgehend von Modellen der Neurotransmitter-Modulation kognitiver und emotionaler Prozesse werden präklinische Grundlagen und klinische Interventionen vorgestellt und diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Bevor eine medikamentöse Stimulation begonnen wird, sollten sedierende Medikamente abgesetzt oder reduziert werden. Prinzipiell können Acetylcholinesterase-Hemmer, antriebssteigernde Antidepressiva, Anti-Parkinson-Medikamente und Psychostimulantien zur Pharmakotherapie der Apathie eingesetzt werden (Müller 2001). Es gibt interessante Fallberichte und -serien, aber kaum kontrollierte Therapiestudien. Das liegt daran, dass konzeptuelle Fragen und Probleme der Apathie-Messung erst allmählich geklärt werden. Die Pharmakotherapie der Apathie ist ein interessantes und bislang vernachlässigtes Thema der gerontopsychiatrischen Praxis und Forschung. Marin RS, Wilkosz PA (2005) Disorders of diminished motivation. J Head Trauma Rehabil 20: 377–388. Müller U (2001) Psychopharmakotherapie emotionaler Störungen bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Z Neuropsychol 12: 336–349. Stuss DT, van Reekum R, Murphy KJ (2000) Differentiation of states and causes of apathy. In: Borod JC (ed) The Neuropsychology of Emotion. Oxford: Oxford University Press, pp 340–363.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 10

DF-002 Diskussionsforum

Frühdiagnose des M. Alzheimer und dann??

Vorsitz: M. Weih (Erlangen), J. Kornhuber (Erlangen)

Fortschritte in der Liquordiagnostik haben dazu geführt, dass zunehmend auch bei milder kognitiver Störung der Verdacht auf eine Alzheimerdemenz geäußert wird. Dies muss den betroffenen Patienten adäquat kommuniziert

werden. Im Diskussionsforum wollen wir zunächst in einem Kurzvortrag aktuelle Forschungsergebnisse vorstellen und anschließend in einem Workshop Strategien und Standards diskutieren, wie diese „schlechte Nachricht“ für den Patienten überbracht werden kann.

0003

Aktuelle Forschungsergebnisse zur neurochemischen Demenzdiagnostik (NDD)

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

P. Lewczuk, M. Weih, J. Kornhuber

Zwischenzeitlich zeichnen sich erste kausal-orientierte Therapieansätze der Alzheimer-Demenz (AD) ab, beispielsweise die selektive gamma-Sekretaseinhibition oder die Abeta-Immunsierung. Diese oder andere medikamentöse Therapieansätze der AD, die potenziell eine klinisch relevante Modifikation des Krankheitsverlaufs per se versprechen, also nicht nur überwiegend symptomatisch wirken, sollten so früh wie möglich eingesetzt werden – möglichst schon präventiv. Gerade die präventive Intervention ist auch besonders attraktiv für nicht-medikamentöse Interventionen, wie die Minimierung AD-assoziiierter Risikofaktoren (diabetogene Stoffwechselleistungsstörung, Hypercholesterinämie) und die Maximierung protektiver Faktoren (regelmäßiges aerobes Ausdauertraining, kognitives Training). Der klinisch-manifesten AD geht ein mehrjähriges Prodromalstadium der leichten kognitiven Störung (LKS, angloamerikanisch MCI) voraus, indem die molekulare Pathologie der Alzheimer-Krankheit schon nachweisbar ist, die kognitiven Störungen aber erst dann die Alltagskompetenz der Patienten nachhaltig beeinträchtigen, wenn das Gehirn die chronisch-progrediente Neurodegeneration nicht mehr funktionell kompensieren kann (Alzheimer-Krankheit * MCI * Alzheimer-Demenz). Neuere eigene Forschungsergebnisse und die Ergebnisse anderer Kollegen belegen, dass die molekulare Pathologie der Alzheimer-Demenz schon präklinisch über die Bestimmung von Demenzmarkern im lumbalen Liquor von Patienten mit Alzheimer-Krankheit nachweisbar ist. Damit kann eine Hochrisikogruppe von MCI-Patienten (MCI*AD) schon 4–6 Jahre vor klinischer Manifestation des Demenzsyndroms mit überraschend hoher Zuverlässigkeit identifiziert werden, um präventive Behandlungsstrategien anzubieten. Der Vortrag bietet einen Überblick über den derzeitigen Stand der prädiagnostischen NDD der AD und thematisiert mögliche präventive Interventionsstrategien.

0004

Frühdiagnose des M. Alzheimer

Johannes Kornhuber (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Salon 20

FV-016 Freie Vorträge

Nichtmedikamentöse Therapie von Demenzen

Vorsitz: F. Müller-Spahn (Basel), H. Gutzmann (Berlin)

0074

Was schützt vor Demenz?

Christoph Laske (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen)

G. Buchkremer, H. Wormstall

Einleitung: Mit der stetigen Zunahme der Lebenserwartung steigt nicht nur die Anzahl der Demenzerkrankungen, sondern – angesichts der damit

verbundenen enormen Kosten – auch die Notwendigkeit vorbeugender Maßnahmen. Diese können auf medikamentöser und/oder auf nichtmedikamentöser Ebene erfolgen. Doch welche Maßnahmen sind sinnvoll und welche nicht? Welche Rolle spielt dabei die Neurogenese? Der Vortrag soll diese Fragestellungen nach derzeitigem Wissensstand beleuchten.

0075

Bewältigungsstrategien bei Menschen mit MCI oder beginnender Demenz

Annika Reinersmann (Münster)

Einleitung: Demenzen und leichte kognitive Störungen gelten als eine der häufigsten Erkrankungen im Alter mit immensen Folgen für das Leben des Betroffenen sowie des Angehörigen. Die Bewältigung der eigenen Defizite, der eingeschränkten Selbstständigkeit und des veränderten Alltags stellen für den Erkrankten eine besondere Herausforderung innerhalb der Adaptation an den Altersprozess dar. Bisherige qualitative Studien zeigten einen aktiven, krankheitseinsichtigen Umgang der Patienten mit der Krankheit. Die effiziente Einschätzung der psychischen Belastung und des Adaptions-Prozesses eines Patienten kann zur adäquateren Unterstützung des Betroffenen beitragen, sowie Depression oder Angst helfen zu vermindern.

Methode: Mithilfe eines neu entwickelten Fragebogens wurden Bewältigungsstrategien sowie emotionale Symptome wie Depression, Scham, Wut oder Angst bei 52 Patienten einer Gedächtnissprechstunde erfasst. Als Indikator für einen erfolgreichen Umgang mit der Krankheit und den Problemen, die sich daraus ergeben, diente das Maß der subjektiven Lebensqualität, gemessen durch den WHO Qol Bref. Korrelations- und Faktoranalyse, sowie Mann-Whitney U Tests wurden ausgeführt um mögliche Muster und Gruppenunterschiede im Bewältigungsverhalten der Patienten aufzuzeigen.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse zeigen aktiven und vor allem sehr variablen Umgang mit Problemen im Alltag und daraus folgenden Emotionen wie Depression, Angst und Wut. Weder die Art der Bewältigung, noch der Schweregrad des neurologischen Erkrankung haben Einfluss auf die subjektiven Qualität des Lebens. Einzig die Stimmung, im Sinne von Depression beeinflusst das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen. Dabei ist anzumerken, dass in der Patientengruppe Depressionsscore, sowie Qualität des Lebens nicht auffällig war. Dies ist besonders im Hinblick auf die allgemein verbreitete Annahme, Demenzerkrankungen gehen mit eingeschränkter Lebensqualität einher, ein erfreuliches Ergebnis. Der entwickelte Fragebogen zeigt geringe Reliabilität, erlaubt jedoch inhaltliche Analysen und Schlussfolgerungen, die die Ergebnisse aktueller qualitativer Studien auf dem Gebiet bestätigen.

0076

Diagnostik motivationaler und volitionaler Ressourcen im Alter

Simon Forstmeier (Universität Zürich, Psychopathologie)

A. Maercker

Einleitung: Als Ergänzung zur psychopathologisch orientierten Diagnostik zieht seit einiger Zeit die Beschäftigung mit Stärken, Kompetenzen und Ressourcen einer Person Aufmerksamkeit auf sich, zuletzt unter den Bemühungen der Positiven Psychologie (vgl. Forstmeier et al., 2005). Gerade die Alterspsychotherapie kann von einer Ressourcenorientierung profitieren. Der Fokus dieser Studie sind motivationale Ressourcen (Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, dispositionaler Optimismus, optimistischer Attributionsstil, Hoffnung, intrinsische Lebensziele) und volitionale Ressourcen (Handlungsorientierung, Selbstregulation und Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitsregulation, Emotionsregulation). Ziele der Studie sind, (a) den Einfluss dieser Variablen auf die Lebenszufriedenheit im Alter zu untersuchen, sowie (b) eine sinnvolle Batterie an Fragebogen vorzuschlagen.

Methode: An einer Stichprobe von 106 Senioren im Alter zwischen 65 und 85 (M=73 Jahre; 50% weibl., allein lebend 21%, mit Partner 60%,

Altenheim 13%) wurden eine Reihe von motivationalen und volitionalen Variablen erhoben: Kontrollüberzeugung (IPC, Levenson, 1974), Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer, 1994), Dispositionaler Optimismus (LOT, Scheier & Carver, 1985), Hoffnung (ADHS, Snyder et al., 1991), Intrinsische Lebensziele (Kasser & Ryan, 1996), Handlungsorientierung (HAKEMP-90, Kuhl, 1990), Volitionale Kompetenzen (SSI, Kuhl & Fuhrmann, 1998), Locomotion und Assessment (LAQ, Kruglanski et al., 2000), Globale Selbstkontrolle (SCS, Tangney et al., 2004), Hartnäckige Zielverfolg. u. flex. Zielpass. (Brandstädter & Renner, 1990), Aufmerksamkeitsregulation (SRS, Schwarzer, 1999), Emotionsregulation (ERQ, Gross & John, 2003). Lebenszufriedenheit wurde als Kriterium erhoben (SWLS, Diener et al., 1985).

Diskussion/Ergebnisse: Fast alle motivationalen und volitionalen Variablen korrelieren statistisch signifikant mit Lebenszufriedenheit (bivariate Korrelationen). In einer schrittweisen multiplen Regressionsanalyse treten besonders Hoffnung, intrinsische Lebensziele sowie Entscheidungsfähigkeit hervor. Schlussfolgerungen: Es gibt interindividuelle Unterschiede in motivationalen und volitionalen Variablen. Eine hohe Ausprägung in diesen Variablen steht im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit. Diskutiert wird die Notwendigkeit einer Diagnostik der Ressourcen in der Psychotherapie. Ein kurzer Ausblick wird auf die Förderung motivationaler und volitionaler Ressourcen in der Alterspsychotherapie gegeben (vgl. Forstmeier & Rüddel, in press). Literatur: Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18, 227–257. Forstmeier, S., & Rüddel, H. (in press). Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: A controlled clinical trial. Psychotherapy and Psychosomatics.

0077

Depressivität und Lebensqualität von pflegenden Angehörigen von Patienten mit leichter kognitiver Störung und leichter bis mittelschwerer Demenz

Sönke Arlt (Universitätsklinikum Eppendorf, Abt. f. Psychiatrie, Hamburg)

J. Hornung, H. Jahn, M. Bullinger

Einleitung: Die Pflege und tägliche Versorgung von Demenzpatienten wird insbesondere in frühen Stadien der Erkrankung häufig durch Angehörige sichergestellt und kann für diese zu einer starken psychosozialen Belastung und Einschränkungen der Lebensqualität (LQ) führen.

Methode: In einer Querschnittsstudie haben wir 93 pflegende Angehörige von in eigener Wohnung lebenden Patienten mit leichter kognitiver Störung oder leichter bis mittelschwerer Demenzerkrankung (MMSE 22.7+/-4.4) mit Instrumenten zur Erfassung der Belastung durch die Pflege (HPS), der Depressivität (BDI) und der LQ (SF-12) untersucht. Zusätzlich wurden der zeitliche Pflegeaufwand sowie Alltagskompetenz und Verhaltensstörungen der Patienten erfasst (NOSGER).

Diskussion/Ergebnisse: Das Vorkommen eines depressiven Syndromes (BDI >=11) war bei weiblichen Angehörigen deutlich häufiger als bei männlichen (37,5% vs. 16,7%), wobei insbesondere die soziale und persönliche Belastung sowie Verhaltensauffälligkeiten des Patienten mit dem Vorkommen depressiver Symptome korrelierten, während der zeitliche Pflegeaufwand und der Schweregrad der Demenz nur eine untergeordnete Rolle spielte. Weibliche Angehörige zeigten zusätzlich eine signifikant stärkere Belastung durch die Pflege der Patienten als männliche Angehörige (HPS: 26,5+/-13,5 vs. 16,0+/-11,3, p<0.001) sowie eine stärkere Einschränkung ihrer LQ (SF-12, psychische Skala: 44,1+/-12,3 vs. 50,6+/-8,5, p<0.01), wobei sich der Demenzschweregrad und die damit verbundene Einschränkung der Alltagsaktivitäten oder Verhaltensauffälligkeiten der zu pflegenden Patienten zwischen den Gruppen nicht unterschied. Es zeigten sich bei pflegenden Angehörigen außerdem deutliche Korrelationen zwischen der subjektiven LQ, dem Vorhandensein eines depressiven Syndromes und der Belastung durch die Pflege. Zusammenfassend findet sich bei pflegenden Angehörigen, insbesondere bei Frauen,

relativ häufig ein depressives Syndrom und es erscheint sinnvoll, bei der Betreuung von Demenzpatienten auch in frühen Stadien die psychosoziale Belastung der pflegenden Angehörigen durch entsprechende Instrumente zu erfassen und im klinischen Management zu berücksichtigen.

0078

Etablierung und Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Unterstützungsprogramms für Patienten mit leichter kognitiver Störung und deren Angehörige

Gerthild Stiens (Georg-August-Univ. Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

B. Prinz, P. Geilfuß, K. Magdeburg, E. Rüter

Einleitung: Die Diagnose einer „leichten kognitiven Störung“ („MCI“) bedingt in der Regel trotz der gut erhaltenen Alltagskompetenz sowohl für Patienten als auch deren Angehörige eine psychopathologische Beeinträchtigung und einen Leidensdruck durch die erlebten Defizite. Zur psychotherapeutischen Betreuung dieser Klientel liegen bisher nur wenige Erfahrungen vor. Vorgestellt wird ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Unterstützungsprogramm für Patienten mit leichter kognitiver Störung und deren Angehörige, das in Kooperation mit der Universitätsklinik Nijmegen entwickelt, durchgeführt und wissenschaftlich begleitet wurde.

Methode: Insgesamt wurden 21 Patienten-/ Angehörigenpaare untersucht, wobei 9 Paare eine Kontrollgruppe bildeten. Vor und nach der Intervention wurden Lebensqualität und psychische Symptome sowie die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten untersucht und eine Nachuntersuchung nach sechs und zwölf Monaten durchgeführt. Eingesetzt wurden dazu u.a. die Skalen SF-36, SCL-90, die Copingskala „UCL“, MMST und Wechsler-Memory Scale.

Diskussion/Ergebnisse: Das Programm wurde von den Patienten und Angehörigen in der Evaluation ausgesprochen positiv bewertet. Weder mittels der erhobenen Instrumente noch in der Befragung zeigten sich signifikante Veränderungen in der Befindlichkeit oder Kognition. Der subjektive Nutzen wurde jedoch als hoch eingestuft. Der Austausch untereinander führte bei den Teilnehmern nach eigener Einschätzung zu einer Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit. Viele der Patienten konnten die erarbeiteten Hilfestellungen zur Aktivität in den Alltag integrieren. Trotz des bisher fehlenden Wirksamkeitsnachweises hat sich das Unterstützungsprogramm als Versorgungselement bewährt. Die Erfahrungen in der Gruppe unterstreichen die Notwendigkeit eines psychotherapeutischen Angebots für Patienten mit leichter kognitiver Störung.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 03

ST-011 State-of-the-Art-Symposium

Demenzen

Vorsitz: F. Müller-Spahn (Basel), L. Frölich (Mannheim)

0021

Diagnostik demenzieller Syndrome

Lutz Frölich (ZI für Seelische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Mannheim)

0022

Therapie demenzieller Syndrome

Franz Müller-Spahn (UPK Basel, Psychiatrische Klinik)

Die Behandlung demenzieller Syndrome orientiert sich im Wesentlichen an drei Zielen: Besserung der Hirnleistungsstörungen und der Alltagskompetenz sowie Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten. Dementsprechend wird heute ein Gesamtbehandlungskonzept favo-

riert, das psychoedukative, psycho- und milieutherapeutische sowie medikamentöse Verfahren einschließt. Die Wirksamkeit von Acetylcholinesterase-Hemmern wurde in einer Reihe von klinischen Studien bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz belegt (Cochrane Database Syst Rev., 2006, Jan). Ein früher Therapiebeginn ist sinnvoll. Mit Hilfe dieser Substanzen ist eine zeitlich begrenzte Verzögerung der Symptomprogression bei Alzheimer-Krankheit möglich. Acetylcholinesterase-Hemmer gelten heute als Mittel der ersten Wahl. Die Wirksamkeit von Memantin wurde für die Behandlung der mittelschweren und schweren Alzheimer-Krankheit nachgewiesen. Die wissenschaftliche Datenlage zur Behandlung der vaskulären Demenz ist im Vergleich zur Alzheimer-Demenz schwächer. Kontrollierte Studien mit positiven Effekten liegen zu Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantin vor. Nicht medikamentöse Therapieverfahren (z.B. kognitive Aktivierung, Alltagstraining, Psychotherapie und Physiotherapie) sind unverzichtbare Behandlungsbausteine. Eine kognitive Therapie ist dann am ehesten erfolgversprechend, wenn sie auf die individuellen Probleme, Ressourcen und Lebensumstände der Patienten Bezug nimmt und zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung mit noch relativ gut erhaltenen kognitiven Fähigkeiten begonnen wird (Werheid, Thöne-Otto, 2006). Der Einsatz abstrakter Computer-gestützter Trainingsprogramme hat sich bei manifester Erkrankung nicht bewährt. Neue Studien zeigen, dass regelmässiges körperliches Training, eine geistig anregende Beschäftigung, eine gesunde Ernährung sowie eine gute soziale Integration die kognitive Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter positiv beeinflussen können. Kausale Behandlungsverfahren stehen heute noch nicht für den Routineeinsatz zur Verfügung. Aus den Erkenntnissen der molekularen Neurobiologie ergeben sich jedoch neue hoffnungsvolle Therapieansätze. Die therapeutische Strategien konzentrieren sich dabei in erster Linie auf den Amyloid- und Tauprotein-Stoffwechsel. Therapeutische Angriffspunkte könnten die Hemmung der Amyloidbildung, der Abbau von Plaques, die Hemmung der A β -induzierten Neurotoxizität, die Hemmung der Neurofibrillenbildung sowie die Förderung des Nervenzellwachstums sein. Am erfolgversprechendsten gilt die Immunisierung gegen A β als Antigen oder die Gabe von Antikörpern. In klinischen Phasen-III-Prüfungen werden derzeit die Wirksamkeit von Tramiprosat (Alzhemed™) und von R-Flurbiprofen (Flurizan™) untersucht. Tramiprosat hemmt die Ausbildung der fibrillären Struktur des β -Amyloids und dadurch dessen Aggregation. R-Flurbiprofen ist ein nicht steroidales Antiphlogistikum, das die γ -Sekretase moduliert und die A β ₄₂-Konzentrationen in vitro und in vivo vermindert. Die bisher vorliegenden klinischen Befunde sind für beide Substanzen ermutigend.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Oslo

S-091 Symposium

Früh- und Differentialdiagnostik im Kompetenznetz Demenzen:

Neue Ergebnisse

Vorsitz: J. Kornhuber (Erlangen), J. Wiltfang (Erlangen)

0446

Ergebnisse aus der Basisdiagnostik

Stefanie Wolf (Universitätsklinikum Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Patienten, die sich in Memory-Kliniken vorstellen und bei denen ein sogenanntes „amnesic Mild Cognitive Impairment“ (amnesic MCI; vgl. Petersen, Doody et al., 2001, Arch Neurol) diagnostiziert wird, gelten als Hochrisikopopulation für die Entwicklung einer Alzheimer Demenz. Sie sind Zielgruppe für Medikamentenstudien.

Methode: Im Kompetenznetz Demenzen wurde der Versuch unternommen, bei Patienten mit MCI (CDR=0.5, einfache Alltagsaktivitäten uneingeschränkt) nicht nur eine deskriptive Einordnung vorzunehmen („amnestische MCI“), sondern nach der standardisierten Erhebung von Anamnese, kognitiven Tests, Angehörigeninterview, neurologischer Untersuchung, Blutwerten sowie MRT anhand einer Befundzusammenschau bereits im MCI-Stadium die vermutete Ätiologie zu codieren, in Anlehnung an die NINCDS-ADRDA-Kriterien. Für die Codierung „Alzheimer-typisches MCI“ waren Gedächtnisdefizite obligat, fortschreitende Verschlechterung des Gedächtnisses, sowie Ausschluss alternativer Erklärungen der kognitiven Defizite.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt 576 Patienten erfüllten die Merkmale eines Alzheimer-typischen MCI. Die Nachuntersuchung nach 12 Monaten zeigte, dass in rund 80% der Fälle die vermutete Ätiologie bestätigt wurde, in 20% der Fälle ergaben sich Hinweise auf eine andere Ätiologie. Die Prognose einer Alzheimer Demenz gelang somit besser, als es Studien mit einer rein deskriptiven Einteilung („amnestische MCI“) berichten. Im Vortrag werden die häufigsten Subgruppen falscher Prognosen vorgestellt.

0447

Neue Ergebnisse zu neurochemischen Demenzmarkern

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)
P. Lewczuk, M. Bibl, J. Kornhuber

Die Neurochemische Demenzdiagnostik (NDD) unterstützt zwischenzeitlich die klinische Früh- und Differenzialdiagnostik demenzieller Erkrankungen und hat international in geronto-neuropsychiatrischen Schwerpunktzentren bereits Eingang in die Liquorroutinediagnostik gefunden. Unter den bisher untersuchten neurochemischen Markern für die Liquordiagnostik der Alzheimer-Demenz (AD) sind Tau-Proteine und beta-Amyloidpeptide (Ab-Peptide) bisher am besten validiert. Allgemein zeichnet sich ab, dass erwartungsgemäß der neurochemische Demenzmarker die höchste diagnostische Spezifität trägt, der am engsten mit der zentralen Pathophysiologie der Erkrankung verknüpft ist: Phosphorylierte Tau-Proteine sind beispielsweise der Bestimmung von Gesamt-Tauprotein überlegen und der Quotient Ab_{1-42}/Ab_{1-40} bietet überzeugende diagnostische Vorteile im Vergleich zur isolierten Bestimmung von Ab_{1-42} . Dies erklärt sich dadurch, dass die Pathophysiologie der AD durch die Hyperphosphorylierung von Tau-Protein mit Bildung der Neurofibrillären Bündel gekennzeichnet ist und bei AD ein selektiver Abfall von Ab_{1-42} (Ab_{1-42} β, Ab_{1-40} Ü) im lumbalen Liquor charakteristisch ist. Augenblicklich ist die klinisch nutzbare neurochemische Demenzdiagnostik noch auf die Liquoranalytik beschränkt, wobei allerdings international intensiv nach Blutassays für die Demenzdiagnostik gesucht wird und sich erste Ansätze einer blutbasierten Demenzdiagnostik abzeichnen. Zwischenzeitlich konnten wir innerhalb des BMBF-geförderten „Kompetenznetz Demenzen“ (www.kompetenznetz-demenzen.de) neue Demenzmarker für die verbesserte neurochemische Differenzialdiagnostik der Lewy-Körperchen-Demenz (LBD) und der Frontotemporalen Demenz (FTD) identifizieren. Neben einer Übersicht zum aktuellen Stand der Liquor-basierten neurochemischen Demenzdiagnostik (Liquor-basierte NDD) werden wir die neu identifizierten Demenzmarker vorstellen und die molekulare Grundlage für die diagnostische Überlegenheit der Ab-Peptidquotienten darstellen.

0448

Neue Befunde zur MR-Spektroskopie

Frank Jessen (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen (KND) wurde unter der Beteiligung von vier Kliniken die weltweit größte Multicenter-

studie zur Protonen Magnetresonanztomographie (1H -MRS) des medialen Temporallappens (MTL) bei Patienten mit Demenz und leichter kognitiver Störung (mild cognitive impairment, MCI) durchgeführt. Das verwendete Protokoll erlaubt neben der Bildung von Metabolitenquotienten auch die Quantifizierung der Metaboliten N-acetyl-aspartat (NAA), Cholin (Cho), Kreatin/Phosphokreatin (Cr) und Myo-Inositol (MI). Aktuell liegen ca. 250 Querschnittsdatensätze und ca. 150 Verlaufsuntersuchungen vor. In dem Vortrag wird eine Übersicht über die wesentlichen aktuellen Befunde der Querschnittsuntersuchung gegeben, die u.a. auf eine Reduktion des neuronalen Markers NAA bereits im MCI Stadium hinweisen. Es werden ferner Zusammenhänge von Metabolitenkonzentrationen und Daten aus anderen Modulen des KND, wie Volumina des Hippokampus und der Amygdala, Liquorbiomarkern und genetischen Variablen dargestellt. Zusätzlich werden Longitudinalergebnisse berichtet. Auf Grund dieser Daten ist eine erste Abschätzung der Wertigkeit von 1H -MRS in der Frühdiagnostik und im Verlaufsmonitoring von Demenzerkrankungen möglich.

0449

Multizentrische kraniale MRT bei Patienten mit Alzheimer-Demenz

Harald Hampel (Ludwig-Maximilians-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, München)
M. Ewers, S. Teipel

Einleitung: Ziel der MRT-basierten Untersuchungen im Rahmen des Kompetenznetzes Demenz ist die Bestimmung krankheitsspezifischer morphometrischer Korrelate der AD und die Etablierung quantitativer Standardkriterien für die Früh- und Differenzialdiagnose der AD. Dabei wird vor allem auf die Entwicklung reliabler und zeitsparender automatischer Verfahren, die für eine klinische Anwendung geeignet sind, fokussiert.

Methode: In einem ersten Schritt wurde eine Reliabilitätsmessung der multizentrischen MRT anhand einer Phantommessung und in vivo kranialen MRT-Aufnahmen eines Probanden an den KND Zentren durchgeführt. Ein meta-analytisches Verfahren zur Kontrolle multizentrischer Varianz der vollautomatischen voxelbasierten Morphometrie wurde entwickelt und auf einen Datensatz von 150 MCI und 125 AD Patienten gemessen an 10 Zentren angewendet.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse der Reliabilitätsstudie zur multizentrischen MRT zeigten eine relative hohe Homogenität in der Messgenauigkeit zwischen den Zentren. Die multizentrische Varianz der manuellen Hippokampusvolumetrie lag bei ca. 5% (Kovarianzkoeffizient), die der Voxelintensitäten bei 11%. Anhand der voxel-basierten Morphometrie konnte unter Berücksichtigung der multizentrischen Variabilität ein regionaler Volumenverlust in der grauen Substanz vor allem im Bereich des Hippokampus, präfrontalen Kortex und inferioren parietalen Kortex bei Patienten mit AD im Vergleich zur präfrontalen LKS aufgedeckt werden. Konklusion: Eine relative hohe multizentrische Reliabilität der manuellen Hippokampusvolumetrie wurde demonstriert. Automatisierte voxel-basierte Verfahren, die relativ anfällig für scannerspezifische Varianzen in den Voxelintensitäten sind, zeigten eine erhöhte multizentrische Variabilität. Meta-analytische voxel-basierte Verfahren erscheinen sinnvoll, um diese zentrumsspezifische Variabilität zu modulieren. Damit eröffnet sich die Perspektive, auf multizentrischer Ebene nicht nur manuelle Region-of-Interest Untersuchungen sondern auch automatische Messungen morphometrischer Veränderungen im Gesamthirn durchzuführen und für die klinische Anwendung zugänglich zu machen. Referenzen: 1. Ewers M, Teipel SJ, Dietrich O, Schonberg SO, Jessen F, Heun R, et al. Multicenter assessment of reliability of cranial MRI. *Neurobiol Aging* 2006; 27: 1051-9.

FF-019 Freie Vorträge

Diagnostik dementieller Erkrankungen

Vorsitz: M. Hüll (Freiburg), W. Hewer (Rottweil)

0089

Parietalhirn-Degeneration und Funktionsstörung bei Frontotemporaler Demenz

Klaus Schmidtke (Universitätsklinikum Freiburg, Geriatrie und Gerontologie)

Einleitung: Die Frontotemporale Demenz (FTD) gilt als die prototypische „anteriore Demenz“. Cortikale Atrophie und Hypometabolismus können sich jedoch in den Parietallappen ausdehnen. Entsprechend können FTD-Patienten schon früh Störungen des visuell-räumlichen Denkens zeigen, wobei es nicht immer einfach ist, diese von sekundären Defiziten infolge einer „exekutiven Störung“ abzugrenzen, z.B. bei anspruchsvollen Aufgaben des Kopierens oder Zusammensetzens. Wir untersuchten visuell-räumliche Testleistungen einer größeren Gruppe von FTD-Patienten und verglichen sie mit denen einer Kontrollgruppe von Alzheimer-Patienten (AD).

Methode: CERAD- und Rey-Figures-Zeichnen, Uhrenlesen und Uhrenzeichnen wurden bei 50 FTD- und 72 AD-Patienten verglichen. Während die Kopie der Rey-Figur und das Uhren-Zeichnen auch „exekutive“ Denkopoperationen erfordern, sind Uhrenlesen und CERAD-Figures-Zeichnen weitgehend rein visuell-räumliche Aufgaben. Die zwei Patientengruppen wurden bzgl. des mittleren MMSE-Wertes parallelisiert (23,3). FTD-Patienten mit früher Aphasie wurden nicht eingeschlossen.

Diskussion/Ergebnisse: FTD- und AD-Patienten waren in Bezug auf das CERAD-Figures-Zeichnen fast gleich beeinträchtigt (9,1 vs. 8,7 von max. 11 Punkten), ebenso in Bezug auf das Uhren-Zeichnen (Shulman-score 3,0 vs. 3,3). FTD-Patienten erzielten etwas bessere Leistungen im Uhrenlesen (8,8 vs. 8,0 von max. 12 Punkten) und signifikant bessere Leistungen in der Kopie der Rey-Figur (30,3 vs. 24,4 von max. 36 Punkten, $p=0.022$). Aus der Subgruppe von 20 FTD-Patienten mit $MMSE \geq 25$ erzielten je sechs Patienten eindeutig pathologische Leistungen im Uhrenzeichnen, Uhrenlesen und CERAD-Figureszeichnen. FTD-Patienten wiesen Defizite des visuell-räumlichen Denkens auf, die z.T. auf dem Niveau der AD-Gruppe lagen. Defizite bei den schwierigen Aufgaben des Uhren- und Rey-Figur-Zeichnen können durch eine „exekutive Dysfunktion“ erklärt werden, während Defizite beim CERAD-Figures-Zeichnen und Uhrenlesen eine genuine Störung des visuell-räumlichen Denkens nahelegen. In Übereinstimmung mit Befunden der Bildgebung sprechen diese Befunde dafür, dass bei der FTD regelmäßig bereits in frühen Krankheitsstadien eine parietale Mitbeteiligung und Funktionsstörung besteht.

0090

Detection of cerebral perfusion changes in pre- and early dementia stages of Alzheimer's disease (AD) using perfusion weighted magnetic resonance imaging (PW-MRI)

Christian Luckhaus (Universität Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)
M. O. Flüss, H.-J. Wittsack, B. Grass-Kapanke, M. Jänner, R. Khalili, W. Friedrich, T. Supprian, M. Cohnen

Einleitung: Changes of regional cerebral blood flow (rCBF) have been documented in AD with various functional imaging techniques. We employed PW-MRI to evaluate, whether this method detects rCBF changes in pre- and early dementia stages of AD.

Methode: 3 age-matched diagnostic groups were enrolled: 13 cog-

nitively normal (CN) elderly subjects, 35 subjects with mostly amnesic mild cognitive impairment (MCI) (Peterson criteria) and 20 subjects with mild probable AD (NINCDS-ADRDA criteria). After i.v. injection of gadopentetate dimeglumine a dynamic T2* weighted single shot EPI sequence was conducted using a 1,5 T scanner. Frontobasal (FROB), temporoparietal (TPAR), mesiotemporal (MTMP), anterior and posterior cingular (ACING, PCING), amygdala (AMYG), thalamus and cerebellar brain regions were covered. rCBF was computed using the arterial input function normalised to white matter. Interactive evaluation was done by a ROI method using anatomic co-registration in 3D high resolution images.

Diskussion/Ergebnisse: Mean MMSE scores were $27,8 \pm 1,6$ in CN, $27,6 \pm 1,7$ in MCI and $22,8 \pm 2,9$ in AD. Significant hypoperfusalional changes were detected in MCI vs. CN in TPAR (-8%), MTMP (-23%) and ACING (-15%) not decreasing further in mild AD. In AMYG progressive hypoperfusalional changes were seen in MCI and AD amounting to 28% in the latter. In PCING hypoperfusion was confined to AD, in FROB a trend towards hyperperfusion was seen in AD. In summary, PW-MRI enabled the detection of AD specific patterns of rCBF change in amnesic MCI, which can be considered a pre-dementia stage of AD. This method may therefore serve as a valid functional imaging technique in early dementia diagnostics.

0091

Neuronale Korrelate zum Arbeitsgedächtnis mit emotionalen Stimuli bei Patienten mit Mild Cognitive Impairment (MCI)

Katrin Döhnell (Universitätsklinik Regensburg, Psychiatrie)
M. Sommer, G. Reindl, G. Hajak, B. Ibach

Einleitung: Patienten mit Mild Cognitive Impairment (MCI) zeigen Gedächtniseinbußen ohne den Status einer diagnostizierbaren Demenz zu erreichen. Jedoch entwickeln ca. 50% der Patienten mit MCI innerhalb von 3 Jahren eine Alzheimererkrankung. Neuronale Defizite bei der Bearbeitung von Arbeitsgedächtnisaufgaben bei Patienten mit MCI mit Veränderungen im medialen parietalen Kortex assoziiert. Ob Arbeitsgedächtnisaufgaben mit emotionalen Stimuli auch zu Veränderungen im medialen parietalen Kortex bei Patienten mit MCI führen, ist bislang nicht untersucht. Die vorliegende fMRI Studie untersucht daher den Einfluss emotionaler Stimuli auf die Arbeitsgedächtnisleistung und die zugrunde liegenden neuronale Korrelate bei Patienten mit MCI ($n=16$) und gesunden Kontrollprobanden ($n=16$).

Methode: Die Probanden bearbeiteten eine Arbeitsgedächtnisaufgabe (n-back) deren Reizmaterial aus IAPS-Bildern unterschiedlicher Valenz (neutral, positiv, negativ) bestand.

Diskussion/Ergebnisse: In der Patientengruppe war die Arbeitsgedächtnisleistung für neutrale und positive Stimuli signifikant schlechter als für negative Stimuli. Auf neuronaler Ebene zeigte sich eine signifikante Gruppe x Emotion Interaktion im medialen parietalen Kortex. Die Befunde zeigen, dass auch es auch bei der Bearbeitung von Arbeitsgedächtnisaufgaben mit emotionalen Stimuli bei Patienten mit MCI zu Veränderungen im medialen parietalen Kortex kommt.

0092

Eignung des Clock-Tests zu Identifikation und Vorhersage von Demenzen

Edelgard Mösch (Technische Universität München, Psychiatrische Klinik)
H. Bickel

Einleitung: In der Praxis des Allgemeinarztes wird der Clock-Drawing-Test (CDT) häufig zur Erkennung kognitiver Störungen im Alter eingesetzt. Die Vorteile des CDT liegen in der einfachen Handhabung und der schnellen Durchführbarkeit. Bis jetzt ist im Praxisalltag wenig über die Validität und Prognosegenauigkeit des CDT bekannt.

Methode: 553 nicht-demente Personen im Alter von 65–85 Jahren

wurden im prospektiven Längsschnitt bis zu viermal in jährlichen Abständen zu Hause untersucht. Die Testbatterie schloss den CDT in der Version nach Manos & Wu (1994) ein. Der Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung wurde nach dem Clinical Dementia Rating (Hughes et al. 1982) bewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Im Querschnitt betrug die Sensitivität des dichotomisierten CDT-Wertes 64,9%, die Spezifität 68,1%, der positive prädiktive Wert 16,5%, der negative prädiktive Wert 95,2%. Die mittlere Rangkorrelation zwischen den CDT-Werten im Abstand von jeweils einem Jahr betrug 0,56. Das relative Risiko für die Entwicklung einer Demenz bei einem initial verminderten CDT-Wert belief sich unter Kontrolle von Alter und Geschlecht auf 1,9 (95% CI: 1,2–3,0). Diskussion Der CDT trägt zwar signifikant zur Identifikation und Vorhersage von Demenzen bei. Allerdings ist die Klassifikations- und Vorhersagegenauigkeit für eine Beurteilung im Einzelfall unzureichend.

0093

Funktionelle Relevanz der DTI-Bildgebung bei Patienten mit MCI und Alzheimer Demenz

Armin Scheurich (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)
M. J. Müller, D. Greverus, P. Stoeter, A. Fellgiebel

Einleitung: Mit Hilfe des Diffusion-Tensor-Imaging (DTI) konnte wiederholt gezeigt werden, dass vor dem Auftreten der makroskopisch nachweisbaren Degeneration schon ultrastrukturelle cerebrale Veränderungen bei Patienten mit Alzheimer Demenz (DAT) und auch bereits bei Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung vorliegen. Das Ziel der Untersuchung war die Ermittlung der funktionellen Relevanz pathologisch veränderter Diffusivitäts-Parameter bei Patienten mit amnestischem Mild Cognitive Impairment (MCI) und Patienten mit DAT.

Methode: Die DTI-Outcome-Parameter Diffusivität und Fractionale Anisotropie wurden bei Patienten mit MCI, DAT und gesunden Kontrollen im Hippocampus und im posterioren Cingulum bestimmt. Sowohl die Hippocampi als auch das posteriore Cingulum stellen als Teil des Papez-Kreises wichtige neuronale Substrate des episodischen Gedächtnisses dar. Es wurde die Sensitivität und Spezifität der DTI-Parameter für die diagnostische Zuordnung zu den Patientengruppen ermittelt, der Zusammenhang der Diffusivitätsveränderungen mit den neuropsychologischen Funktionsmaßen wurde bestimmt und der Vergleich der Vorhersagekraft der DTI-Parameter mit der der Hippokampusvolumetrie wurde vorgenommen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Sensitivität der DTI-Parameter für die Unterscheidung von MCI-Patienten von Kontrollpersonen betrug 71,4% bei einer Spezifität von 80%. Die MCI-Patienten wiesen hypothesenkonform für den Hippocampus eine höhere Diffusivität und niedrigere fraktionale Anisotropie sowie für den linken Hippocampus niedrigeres Volumen auf. Die charakteristische Beeinträchtigung des Gedächtnisses der MCI-Patienten wurde jedoch besser durch die Diffusivität der Hippocampi, also durch das Ausmaß der ultrastrukturellen Veränderungen vorhergesagt, als durch die Hippocampusvolumetrie. Unter Zuhilfenahme der Möglichkeit der Farbkodierung der DTI-Datensätze konnte das posteriore Cingulum eindeutig identifiziert und der Quantifizierung der DTI-Parameter zugänglich gemacht werden. Auch hier konnten die DTI-Parameter signifikante Unterschiede zwischen DAT-Patienten und Kontrollpersonen und auch zwischen MCI-Patienten und Kontrollpersonen aufzeigen. Darüber hinaus konnten durch signifikante Korrelationen der DTI-Parameter mit den Leistungen im verbalen Gedächtnis Hinweise auf die funktionale Bedeutung dieser ultrastrukturellen Unterschiede gesichert werden. Die vorliegenden Daten unterstützen somit die funktionelle Relevanz der DTI-Outcomeparameter in der beurteilenden Einordnung von Patienten mit MCI und DAT.

0094

Gehäuftes Vorkommen der dementiellen Erkrankungen in den Familien von Patienten mit sporadischer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung

Anna Krasnianski (NRZ Nationales Referenzzentrum, Abteilung Neurologie, Göttingen)

Einleitung: Die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK) ist eine seltene, tödlich verlaufende neurodegenerative Erkrankung, wobei ca. 90% aller Fälle sporadisch (sCJK) sind. Ziel der vorliegenden Studie war es zu untersuchen, ob Patienten mit sCJK häufiger als die Normalbevölkerung eine positive Familienanamnese hinsichtlich dementieller Erkrankungen aufweisen und welche Faktoren damit möglicherweise assoziiert sind.

Methode: Im Rahmen der Fall-Kontroll-Studie wurden die Patienten vor Ort untersucht und anamnestische Daten mit einem standardisierten Fragebogen erhoben. Die Daten von 685 sCJK-Patienten und 659 geschlechts- und altersgematchten Kontrollpersonen der deutschen CJK-Surveillance in Göttingen wurden in dieser Studie analysiert. Das Vorliegen einer dementiellen Entwicklung bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern wurde evaluiert. In einem weiteren Schritt wurde mittels PCR die ApoE-Verteilung bei sCJK-Patienten mit bzw. ohne positive Familienanamnese für dementielle Erkrankungen und einer Kontrollpopulation bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Eine positive Familienanamnese für eine Demenzerkrankung war bei 83 sCJK-Patienten (12,1%) und 37 Kontrollpersonen (5,6%) vorhanden ($p < 0,001$). Davon war bei 66 sCJK-Patienten (9,6%) und 31 Kontrollen (4,7%) ($p < 0,001$) eine dementielle Entwicklung bei Eltern/Großeltern bekannt. Eine ApoE-Bestimmung konnte bei 53 sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese und 57 alters- und geschlechtsgematchten sCJK-Patienten mit negativer Familienanamnese durchgeführt werden. Mindestens ein E4 Allel war bei 19 sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese und 15 Patienten mit negativer Familienanamnese zu finden. Bei Patienten mit positiver Familienanamnese waren insgesamt 22 E4-Allele, bei Patienten mit negativer Familienanamnese 17 E4-Allele vorhanden. Verglichen mit 488 gesunden Kontrollen waren E4-Allele bei sCJK-Patienten mit positiver Familienanamnese signifikant häufiger ($p = 0,031$) zu finden. Dagegen war dieser Unterschied bei sCJK-Patienten mit negativer Familienanamnese nicht signifikant. Nach Ausschluss einer Mutation des Prionproteingens (PRNP) bei unseren CJK-Patienten ist die signifikante Häufung der Demenzerkrankungen in der Familie bei diesen Patienten nicht auf eine genetische Prionerkrankung zurückzuführen. Somit kann eine multifaktorielle Genese des Phänomens vermutet werden, wobei eine ApoE4-assoziierte Häufung der Alzheimer-Demenz in den Familien der sCJK-Patienten eine Rolle spielen könnte.

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Stockholm 3

HS-018 Hauptsymposium

Klinik der Demenzerkrankungen: Neues aus Diagnostik und Therapie

Vorsitz: J. Kornhuber (Erlangen), H. Gutzmann (Berlin)

Einleitung: In dem Symposium wird der aktuelle Stand der evidenzbasierten Diagnostik einschließlich Früh- und Differentialdiagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen präsentiert.

0058

Therapie nichtkognitiver Störungen

Martin Haupt (Neuro-Centrum Düsseldorf)

Nichtkognitive Störungen treten bei jedem Demenzkranken im Krankheitsverlauf auf. Nicht immer ist die Ausprägung der Symptome so stark, dass eine medikamentöse Intervention erforderlich

wäre. Dennoch sind pharmakologische Interventionen dann indiziert, wenn nichtkognitive Symptome plötzlich und mit höherem Schweregrad auftreten (etwa Aggressivität, psychotische Symptome oder Schlafstörungen mit nächtlichem Umherwandern) oder wenn auf- und fortgeschrittener kognitiver Einbußen die Verständigung mit dem Kranken zur Milderung abnormen Verhaltens nicht mehr möglich ist. Für die Wahl des Therapiezeitraumes ist es wichtig zu wissen, dass Störungen des Antriebsniveaus eher zu längerer Persistenz neigen als beispielsweise Wahnsymptome oder depressive Verstimmungen. Die medikamentöse Therapie sollte stets nur den Zeitraum abdecken, in dem die Zielsymptome auch tatsächlich beobachtbar sind. Es ist bisher nicht belegt, dass präventive oder sekundär prophylaktische Gaben von Neuroleptika oder Antidepressiva sinnvoll sind. Die neueren Substanzen mit ihren verträglicheren Wirkungen für ältere und demenzkranke Menschen sind in der Behandlung der nichtkognitiven Störungen den herkömmlichen Substanzen vorzuziehen. Die kürzlich international geführte Diskussion zu möglichen zerebrovaskulären Nebenwirkungen von Neuroleptika hat im wesentlichen ergeben, dass bei der Verordnung von neueren wie von herkömmlichen Substanzen vor Therapiebeginn das vaskuläre Risikoprofil sorgfältig zu prüfen ist. Für die Gruppe der Antidementiva gilt zudem, dass sie nicht allein kognitive Leistungseinbußen verbessern, sondern auch mildernd bei nichtkognitiven Symptomen wirken können. Die nichtmedikamentösen Behandlungsoptionen besitzen mittlerweile einen bedeutsamen Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan der Demenz. Sie müssen multimodal und im methodischen Zugang integrativ sein, ferner dem jeweiligen Schweregrad und den individuellen Erfordernissen des Kranken und seiner Bezugspersonen gerecht werden. Die hierbei gewonnenen Effekte können die medikamentöse Therapie sinnvoll ergänzen.

0059

Frontotemporale Demenzen

Bernd Ibach (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Regensburg)

Bei frontotemporaler Demenz (FTD) handelt es sich um das häufigste einer Gruppe von klinischen Syndromen, die als frontotemporale lobäre Degenerationen (FTLD) bezeichnet werden. Die Gruppe der FTLD ist durch eine umschriebene Degeneration des präfrontalen und anterioren temporalen Cortex charakterisiert. Eine tiefgreifende Wesensänderung, soziale Verhaltensauffälligkeiten und linguistische Symptome sind die Charakteristika, die den klinischen Krankheitsverlauf der FTD durchgehend bestimmen. Ergänzend ist eine Störung von kognitiven Domänen zu beobachten, die essentiell für die sogenannten Exekutivfunktionen sind. Die besondere Lokalisation der neurodegenerativen Prozesse ermöglicht die Entstehung von Symptomen, die zu Verwechslungen mit allen gängigen psychiatrischen Erkrankungen führen können. Ferner werden starke klinische Überlappungen innerhalb der FTLD-Gruppe beobachtet. Der Krankheitsbeginn liegt meistens zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr, die Überlebenszeit beträgt bei großer Variabilität typischerweise 6–8 Jahre (in Kombination mit einer Motoneuronerkrankung: 3 Jahre). Auf der Basis von groben Schätzungen wird die Prävalenz der FTD unterschiedlich hoch eingeschätzt und liegt vermutlich zwischen 10 und 45/100.000 (~45–80 Jahre). Bei einem Teil der Patienten lassen sich neuropathologisch tau-assoziierte Veränderungen, selten in familiären Fällen Mutationen im Tau-Gen auf Chromosom 17 nachweisen, die auf eine Nähe zu anderen Tauopathien deuten. In über der Hälfte aller Fälle jedoch fehlen überzeugende Hinweise für eine tau-assoziierte Pathologie. Neue genetische Erkenntnisse weisen auf Mutationen im ebenfalls auf Chromosom 17 lokalisierten Progranulin-Gen als Ursache für familiäre FTD hin. Die Behandlung der Patienten mit FTD ist symptomatisch. Die Auswahl von Psychopharmaka wird unterstützt von neurobiologischen Befunden, die bedingt den Einsatz von serotonergen Substanzen nahelegen. Nicht-pharmakologische Interventionen können auf eine gezielte Darbietung von Stimuli zur Verhaltensbeeinflussung ausgerichtet sein. Vor

diesem Hintergrund wird deutlich welchen Herausforderungen man derzeit sowohl im Hinblick auf das klinische Management als auch im Verständnis der neurobiologischen Grundlagen der frontotemporalen Demenz gegenübersteht.

0060

Differentialdiagnostik mittels klinisch-chemischer Marker

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

I. Zerr, J. Kornhuber, P. Lewczuk

Die Liquor-basierte neurochemische Demenzdiagnostik (Liquor-basierte NDD) ist zwischenzeitlich international in vielen gerontoneuro-psychiatrischen Schwerpunktzentren bereits Bestandteil der Früh- und Differenzialdiagnostik demenzieller Erkrankungen geworden. Seit etwa 2 Jahren wird dieser diagnostische Ansatz auch rasch zunehmend in den USA eingesetzt, was besonders bemerkenswert ist, da dort die Liquor-basierte Diagnostik neuropsychiatrischer Erkrankungen bisher kaum eine Rolle gespielt hat. Dagegen ist eine Blut-basierte neurochemische Diagnostik demenzieller Erkrankungen (Blut-basierte NDD) noch nicht etabliert. Der Vortrag wird hier den gegenwärtigen Entwicklungsstand der Diagnostik und auch vielversprechende methodische Ansätze in diesem hoch kompetitiven Forschungsgebiet darstellen.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-029 Postersitzung

Demenzen – Neurophysiologie, Psychologie und Bildgebung

Vorsitz: M. Hüll (Freiburg)

0306

Neuropsychologische Profile bei leichter kognitiver Beeinträchtigung

Elfie Wiedemann (Universitätsklinik, Gerontopsychiatrie, Heidelberg)

Einleitung: Bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung (MCI) liegen testpsychologisch objektivierbare Defizite kognitiver Funktionen vor, deren Ausprägung nicht den Schweregrad einer Demenz erreicht. In der jüngeren Vergangenheit wurde eine Differenzierung der Diagnose dahingehend vorgeschlagen, ob eine isolierte Beeinträchtigung des Gedächtnisses oder einer anderen kognitiven Domäne vorliegt (a-MCI single domain, na-MCI single domain) oder ob daneben noch andere Bereiche betroffen sind (a-MCI multiple domain, na-MCI multiple domain). Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit sich diese Konzepte empirisch bestätigen lassen.

Methode: 159 Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, 54 gesunde Kontrollen sowie 25 Patienten mit Major Depression (MD) wurden über die Gedächtnismambulanz der Universität Heidelberg rekrutiert. Die Diagnosestellung erfolgte anhand der klinischen und apparativen Befunde nach den Kriterien von Levy (AACD) und DSM-IV (MD). In einem ersten Schritt wurden mehrere Untertests des CERAD und der WMS aufgrund ungeeigneter statistischer Kennwerte ausgeschlossen; nach einer Faktorenanalyse bildeten die verbliebenen Subtests drei Faktoren („verbales episodisches Gedächtnis“, „figurales episodisches Gedächtnis“ sowie „kognitive Flexibilität“), anhand derer die MCI Patienten in drei Cluster eingeteilt wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Während die Cluster im verbalen episodischen Gedächtnis vergleichbare Beeinträchtigungen aufwiesen, erreichten die Werte in den Faktoren figurales episodisches Gedächtnis und kognitive Flexibilität statistische Signifikanz bei ausgeprägten clusterspezifischen

Defiziten. Lediglich eine der Untergruppen ließ sich in Anlehnung an das obige Konzept als a-MCI single domain klassifizieren, die übrigen beiden Cluster als a-MCI multiple domain. Patientengruppen ohne Gedächtnisstörungen (na-MCI) konnten nicht identifiziert werden.

0307

Sensitivität und Spezifität von Demenzscreenings im Vergleich

Brigitte Grass-Kapanke (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Gerontopsychiatrie)
H. Hartmut

Einleitung: Kurze Testverfahren zur Demenzfrüherkennung bestechen durch ihre Ökonomie, müssen jedoch auch durch eine angemessene Sensitivität überzeugen. So wurde die geringe Sensitivität für beginnende Demenzen des MMST vielfach kritisiert. Zwei neuere deutsche Tests, der TFDD und der DemTect, wurden entwickelt um diese Schwachstelle zu beheben. Die vorliegende Studie stellt einen direkten Vergleich der Sensitivität und Spezifität der drei Demenzscreenings dar.

Methode: Die Stichprobe bestand aus insgesamt 61 Personen, darunter 21 depressive Patienten, 20 Demente sowie 20 Kontrollpersonen. Die drei Testverfahren (MMST, TFDD, DemTect) wurden in permittierter Reihenfolge durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Alle Tests zeigten signifikante Gruppenunterschiede zwischen Demenzpatienten und depressiven Patienten sowie Kontrollpersonen ($p=.000$). Für den MMST (Cut-off: 26) ergab sich eine Sensitivität und Spezifität von jeweils 90%. Der TFDD erreichte eine Sensitivität von 100% bei einer Spezifität von 98%. Für den DemTect lag die Sensitivität für den empfohlenen Cut-off Score von 8 Punkten bei 50%, die Spezifität bei 100%. Diese recht geringe Sensitivität konnte durch Anheben des Cut-off Scores auf 12 Punkte (Hinweis auf MCI) auf 100% angehoben werden, allerdings zu Lasten der Spezifität (81%). Die berechneten ROC-Kurven für die Testverfahren ergaben folgende Werte für die Fläche unter der Kurve: MMST .976, DemTect .960 und TFDD .998. Unter Beachtung der gewählten Cut-off Scores erreichten alle drei Screeningverfahren eine zufriedenstellende diagnostische Zuordnungsgüte. Beim MMST sollte der Cut-off Score von 26 Punkten verwendet werden, beim DemTect der Cut-off Score von 12 Punkten (lt. Testautoren Hinweis auf MCI). Beim Cut-off Score von 8 Punkten (lt. Testautoren Hinweis auf Demenz) sank in der untersuchten Stichprobe die Sensitivität des DemTect auf lediglich 50%. Die beste Zuordnungsgüte zeigte der TFDD mit einer Sensitivität von 100% bei einer 98prozentigen Spezifität auf und erwies sich so als reliables und ökonomisches Verfahren zur Früherkennung von Demenzen.

0308

„Mild cognitive impairment“ vs. affektiv bedingte kognitive Einbußen: Der Beitrag der Testpsychologie zur Differenzialdiagnose

Nina Strößenreuther (Klinikum Nürnberg Nord, Psychiatrie und Psychotherapie)
H. Lehfeld

Einleitung: Depressive Erkrankungen stellen die wichtigste Differenzialdiagnose demenzieller Störungen dar. Während beim Vollbild einer Demenz häufig allein der Schweregrad der Einbußen Hinweise auf die Diagnose liefert, ist die Unterscheidung bei nur leichten kognitiven Beeinträchtigungen deutlich schwieriger, insbesondere wenn diese im Zusammenhang mit depressiven Symptomen auftreten. In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit sich die Leistungen von MCI-Patienten („mild cognitive impairment“) und depressiven Patienten in verschiedenen neuropsychologischen Testaufgaben unterscheiden und so zu einer Abgrenzung dieser beiden Diagnosegruppen beitragen können.

Methode: Ausgewertet wurden die Daten von 322 Patienten der Nürnberger Gedächtnissprechstunde, die bei der Erstuntersuchung leichte kognitive Beeinträchtigungen zeigten. Bei 139 Patienten war die Diag-

nose einer „leichten kognitiven Störung“ im Sinne eines MCI gestellt worden, während die kognitiven Einbußen bei 183 Patienten auf eine depressive Grunderkrankung zurückgeführt wurden. Mittels varianzanalytischer Methoden wurden die Ergebnisse der beiden Patientengruppen in der CERAD-NP-Testbatterie und im SKT-Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen miteinander verglichen. Depressive Symptome wurden anhand standardisierter Selbstbeurteilungsverfahren (ADS-K oder GDS-K) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Erwartungsgemäß schätzten die Patienten mit depressiver Grunderkrankung ihre Stimmung signifikant schlechter ein als die MCI-Patienten. Im MMSE waren mit Mittelwerten von 26,5 (MCI-Patienten) bzw. 26,3 Punkten (depressive Patienten) keine signifikanten Leistungsunterschiede feststellbar. Beim Vergleich der Testprofile fiel auf, dass die MCI-Patienten beim verzögerten Abruf von Gedächtnismaterial schlechter abschnitten und eine höhere Vergessensrate zeigten. Demgegenüber benötigten die depressiven Patienten für die Bearbeitung einfacher geschwindigkeitsabhängiger Aufgaben aus dem SKT mehr Zeit als die MCI-Patienten. Insgesamt scheint sich für differenzialdiagnostische Fragestellungen bei leichten kognitiven Beeinträchtigungen unterhalb der Demenzschwelle eine Kombination von Gedächtnis- und geschwindigkeitsabhängigen Aufgaben zu bewähren.

0309

Perzeptuelle Organisation bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer Typ

Peter Uhlhaas (MPI für Hirnforschung, Inst. für Neurophysiologie, Frankfurt)
J. Pantel, H. Lanfermann, D. Prvulovic, C. Haenschel, K. Maurer, D. E. J. Linden

Einleitung: Die Demenz vom Alzheimer Typ (AD) ist mit Defiziten in der visuellen Wahrnehmung verbunden, die erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität verursachen. Die hirnorganischen Korrelate sowie die genauen perzeptuellen Mechanismen visueller Dysfunktionen bei Patienten mit AD sind jedoch wenig erforscht. Neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Fähigkeit, Stimuluselemente zu kohärenten Objektrepräsentationen zu integrieren, einen wichtigen Pathomechanismus perzeptueller Defizite bei Patienten mit AD darstellen könnte.

Methode: Wir untersuchten Patienten mit AD ($N=17$), Patienten mit vaskulärer und frontotemporaler Demenz ($N=10$), Patienten mit leichter kognitive Beeinträchtigung (MCI) ($N=10$) und 11 gesunde Probanden mit Hilfe eines Konturintegrationsparadigmas. Das Konturintegrationsparadigma beruht auf einer Anordnung von Gaborelementen (Linienreize, die dem Erregungs-/Hemmungsprofil eines rezeptiven Feldes entsprechen), in denen eine geschlossene Kontur wahrgenommen werden kann. Die Relation zwischen der Dichte der Hintergrundelemente und der Ausrichtung der Elemente innerhalb der Kontur definiert das Signal-Rauschverhältnis (Δ/D). Bis zu einem Wert von $D>1$ kann eine Kontur durch die rezeptiven Felder einzelner Neurone im primären visuellen Kortex kodiert werden. Im Gegensatz dazu erfordert die Wahrnehmung von Konturen mit einem Signal-Rauschverhältnis von $D<1$ eine Integration zwischen rezeptiven Feldern von Neuronen, dem so genannten Assoziationsfeld (Field et al., 1993), das auf lateralen Verschaltungen basiert. Neben der psychophysischen Testung wurden Demenz-Patienten hinsichtlich der Atrophie und Integrität der weißen Substanz in visuellen Arealen untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten mit AD zeigten ein spezifisches Defizit in der Integration von Konturen mit einem Signal-Rauschverhältnis von $D>1$. Patienten mit fronto-temporaler Demenz, vaskulärer Demenz sowie Patienten mit MCI zeigten keine Defizite in der Konturintegration. Des Weiteren konnten wir nachweisen, dass die beeinträchtigte perzeptuelle Organisation bei Patienten mit AD mit kortikaler und subkortikaler Pathologie in visuellen Arealen korrelierte. Diese Befunde lassen den Schluss zu, dass Patienten mit AD ein spezifisches Defizit in der Integration von Stimuluselement zu kohärenten Objektrepräsentation aufweisen, das im Zusammenhang mit einem anatomischen Diskonnektionssyndrom stehen könnte.

0310

Age determines identity and facial expression memory

Egemen Savaskan (Univ. Psychiatrische Kliniken, Gerontopsychiatrie, Basel)
S. Müller, A. Böhringer, F. Müller-Spahn, H. Schächinger

Einleitung: The recognition of facial expressions is an important component of emotion processing. Age belongs to the factors highly associated with potential decline on behavioural tasks.

Methode: In the present study, we have investigated age-related changes in identity and facial expression memory of healthy subjects comparing three different age groups: young adults (20–40 years), elderly adults (60–80 years), and very old adults (over 80 years of age). Using a picture test, photographs of faces with the emotions happy or angry were presented to participants during the encoding task, and the memory for identity and emotional facial expression was investigated in a subsequent recognition task showing neutral faces.

Diskussion/Ergebnisse: Both facial identity and expression memory declined with advancing age, especially the former being significantly better in young adults when compared with very old adults. Memory performance was better for positive facial expressions (happy). This effect was also significant in the very old subject group. Additional parameters such as gender or educational level did not influence memory performance for facial identity and expression. Conclusions: The present study showed an age-related decline in remembering facial identity and expression in elderly and very old adults. Importantly, it underlined the evidence that memory process related to positive facial emotional expressions is favoured in each age group even if the overall capability of the memory process decreases. This supports the importance of potential adaptive advantage of favouring positive cognitions in social context. Decreased facial identity and expression recognition may underlie difficulties in emotion processing in elderly, and may contribute to behavioural and social difficulties handicapping elderly people in their daily life.

0311

Leichte kognitive Störung: Korrelation von neurochemischen Biomarkern mit SPECT-Befunden

Jana Svitek (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie)
P. Lewczuk, J. Kornhuber, T. Kuwert, J. Wiltfang

Die Alzheimer-Erkrankung (DAT) ist die häufigste Demenzform. Es gilt als wahrscheinlich, dass der degenerative Prozess lange vor der klinischen Manifestation beginnt. In den letzten Jahren ist zunehmend die Leichte kognitive Störung (LKS), die als Vorstufe der DAT verstanden wird, in den Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses gerückt. Die Konversionsrate von einer LKS zu einer DAT beträgt annähernd 15% im Jahr. Da die Pathogenese der DAT eng mit dem Gehirn und dem cerebrospinalen Liquor verbunden ist, stellt letzterer eine gute Quelle zur Gewinnung von neurochemischen Biomarkern dar. Unter diesen scheinen v.a. Amyloid-Beta-Peptide, Gesamt- und Phospho-Tau vielversprechend für die DAT-Diagnostik zu sein. Die Darstellung der regionalen Gehirndurchblutung mittels der Single-Photon-Emissions-Tomographie (SPECT) ist eines der am häufigsten in der klinischen Praxis eingesetzten funktionellen bildgebenden Verfahren und wird u.a. zur Darstellung von Abnormalitäten der regionalen Gehirndurchblutung bei der DAT eingesetzt. Wir haben bei 44 Patienten mit einer LKS, diagnostiziert durch eine aufwendige neuropsychologische Testung, Biomarker (Amyloid-Beta 1–42, Amyloid-Beta 1–40, Amyloid-Beta-Ratio 40/42, Gesamt-Tau und Phospho-Tau 181) bestimmt. Ferner wurde bei allen die regionale Gehirndurchblutung mittels SPECT und Tc-99m-Ethylcystein-Dimer (ECD) gemessen. Die SPECT-Daten wurden durch eine z-normalisierte, pixelbasierte statistische Methode analysiert. Besonderes Interesse galt dabei dem frontalen, temporalen und parietalen Kortex sowie dem Cingulum. Wir werden zeigen, ob Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine beginnende DAT, entsprechend ihrem Biomarkerprofil, auch Auffälligkeiten in der regionalen Gehirndurchblutung aufweisen.

0312

MR-spektroskopische Befunde bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung im Verlauf: Surrogatmarker eines fortschreitenden Krankheitsprozesses?

Ulrich Pilatus (Frankfurt)

C. Lais, A. du Mesnil de Rochmont, T. Kratzsch, H. Lanfermann

Einleitung: Die Magnet Resonanz Spektroskopie (MRS) ist eine nicht-invasive Methode zur Quantifizierung metabolischer Änderungen des Gehirnstoffwechsels. Einige dieser Metabolite wie N-Acetyl-Aspartat (NAA), Myo-Inositol (mI), Kreatin (Cre) und Cholin (Cho) können auch als Marker für neurodegenerative Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer) dienen. Bislang haben nur wenige Studien MR-spektroskopische Veränderungen bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB) untersucht. Entsprechend sollten in dieser Untersuchung MR-spektroskopische Veränderungen bei der LKB erfasst und in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf längsschnittlich analysiert werden.

Methode: Fünfzehn LKB-Probanden und 12 gesunde ältere Kontrollpersonen wurden jeweils 2 mal innerhalb eines Zeitraumes von 12 bis 24 Monaten klinisch, neuropsychologisch sowie MR-spektroskopisch untersucht. MRS Untersuchungen: Einzelvolumenspektroskopie (SVS) mit kurzer Echozeit (TE=30 ms) eines den Gyrus Cingulum abdeckenden occipitalen Volumens. Der Anteil an CSF wurde aus der Dekonvolution der T2-Zeiten des Wassersignals ermittelt. Es wurden absolute Metabolitkonzentration (mmol/l) unter Berücksichtigung entsprechender Korrekturen berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Der Mittelwert des MMSE-Score der LKB-Patienten lag bei Erstuntersuchung bei 26,4 (Bereich 20–30) und fiel im Verlauf auf 23,3 (Bereich 14–28) ab. Sechs der LKB-Patienten verschlechterten sich im Verlauf deutlich in Richtung Demenz („Konverter“). Alle Kontrollpersonen hatten einen MMSE-Score von mehr als 29 in beiden Untersuchungen. Bei den MRS Untersuchungen wurde bei Erstuntersuchung ein signifikanter Unterschied für den CSF-Anteil des Messvolumens beim Vergleich der Patientengruppe mit den Probanden festgestellt, während sich für die Metabolitenkonzentrationen keine Unterschiede ergaben. Bei der zweiten Untersuchung zeigte sich dagegen eine signifikante Erniedrigung von Cho und NAA bei den LKB-Patienten im Vergleich zu Kontrollen. In der LKB-Gruppe war eine Abnahme des NAA signifikant mit einer Abnahme der kognitiven Leistung korreliert. Dieser Effekt war im wesentlichen auf metabolische Änderungen in der Konverter Gruppe zurückzuführen. Diese Pilotstudie erbrachte somit erste Hinweise, dass MR-spektroskopisch gemessene Metaboliten (insbesondere NAA) bei der LKB als Surrogatmarker eines (in Richtung Demenz) fortschreitenden neurodegenerativen Krankheitsprozesses eingesetzt werden können.

0313

Aging and cerebral microangiopathy impair spontaneous slow hemodynamic oscillations

Matthias L. Schroeter (Max-Planck-Institut für Kognitive Neurologie, Leipzig)

M. M. Bücheler, C. Preul, O. Schmiedel, T. Guthke, D. Y. von Cramon

Einleitung: It is well known, that aging leads to a degeneration of the vascular system. Small-vessel disease or cerebral microangiopathy is a common finding in elderly people. This disease is related to a variety of vascular risk factors, and may finally lead to subcortical ischemic vascular dementia. One may hypothesize that spontaneous oscillations decrease in the cerebral microvasculature with aging, which is accelerated by microangiopathy.

Methode: To test this hypothesis, we measured spontaneous oscillations in the visual cortex during rest, and visual activation. We applied optical imaging (functional near-infrared spectroscopy), because it is particularly sensitive to the microvasculature.

Diskussion/Ergebnisse: Visual stimulation led generally to a comparable increase of oxyhemoglobin, total hemoglobin, and a decrease of deoxyhe-

moglobin in all subjects. Peaks of normalized power spectral density were detected for spontaneous low (~ 0.1 Hz) and very low (~ 0.03 Hz) frequency oscillations, with a higher amplitude for oxy-, than deoxyhemoglobin. Spontaneous low frequency oscillations of oxy-, and deoxyhemoglobin declined strongly with aging during both, rest and visual stimulation. Microangiopathy led to a further reduction of low frequency oscillations, and vascular reactivity. Interestingly, these changes were tightly related to neuropsychological deficits, namely executive dysfunction. In microangiopathy, vascular alterations had to be attributed to the vascular risk factors arterial hypertension and diabetes. Impairments may be, at least partly, reversed by medical treatment such as angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin II receptor blockers. Reduction of spontaneous low frequency oscillations indicates a declining spontaneous activity in microvascular smooth muscle cells, in conjunction with an increased vessel stiffness with aging, which is accelerated by cerebral microangiopathy. Results suggest that spectral analysis is much more sensitive to changes in the microvasculature compared with time line analysis of the functional hemodynamic response, and enables an early diagnosis of such alterations. Schroeter et al. (2004) J Cereb Blood Flow Metab 24: 1183–1191. Schroeter et al. (2005) J Cereb Blood Flow Metab 25: 1675–1684.

0314

Autobiographisches Gedächtnis bei Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung: Ergebnisse aus der funktionellen Magnetresonanztomographie

Silke Matura (Klinik für Psychiatrie, und Psychotherapie, Frankfurt)
C. Haenschel, D. Prvulovic, K. Muth, U. Pilatus, H. Walter, J. Pantel

Einleitung: Das Mild Cognitive Impairment (MCI) im Alter ist durch einen diskreten Funktionsverlust von höheren Hirnleistungen, insbesondere den Gedächtnisfunktionen bei noch erhaltener Alltagskompetenz gekennzeichnet. Es wird angenommen, dass die Beeinträchtigung des deklarativen Gedächtnisses im Rahmen der MCI auf subtile strukturelle Veränderungen in jenen Strukturen zurückgeht, die auch als erste von der Alzheimer-Demenz betroffen sind: Hippocampus und die ihn umgebenden Areale im medialen Temporallappen. Degenerative Prozesse in diesen Strukturen können bereits früh zu Dysfunktionen episodischer autobiographischer Erinnerungen führen, da es sich hier um hochkomplexe Gedächtnisinhalte handelt, deren Abruf wesentlich von den Strukturen des medialen Temporallappens gesteuert wird.

Methode: Untersucht werden $n = 14$ Patienten mit MCI und 14 gesunde Probanden, im Alter zwischen 55 und 80 Jahren. Mit allen Teilnehmern wird das „Bielefelder Autobiographische Gedächtnisinterview“ (BAGI), ein halbstrukturiertes Interview über Erinnerungen aus fünf Lebensabschnitten, durchgeführt. Das BAGI liefert eine Aussage über die Güte des autobiographischen Gedächtnisses und wird mit Daten zu atrophischen Veränderungen im Hippocampus korreliert. Die volumetrische Analyse der grauen und weissen Substanz wird mit einem Siemens Trio 3T MRT-Scanner dem Softwareprogramm BRAINS2 durchgeführt. Darüber hinaus untersuchen wir an derselben Patienten- und Kontrollgruppe mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT), inwiefern sich Unterschiede zwischen Gesunden und Erkrankten hinsichtlich der neuronalen Aktivierungsmuster beim Abruf episodischer autobiographischer Erinnerungen finden lassen. Als Stimulusmaterial dienen visuell präsentierte Sätze aus den zuvor durchgeführten autobiographischen Interviews, verbunden mit der Aufforderung, sich möglichst lebhaft zu erinnern präsentierte. Kontrollbedingung ist der Abruf semantischer Information.

Diskussion/Ergebnisse: Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede zwischen MCI Patienten und gesunden Probanden in den neuronalen Aktivierungsmustern beim Abruf episodischer autobiographischer Erinnerungen zu untersuchen. Wir erwarten, dass es in Abhängigkeit vom Grad der Hippocampusatrophie zu kompensatorischen Prozessen bei der Rekrutierung neuronaler Netzwerke für den autobiographischen Abruf kommt, die sich mithilfe der fMRT darstellen lassen. Das Untersuchungsdesign und erste Ergebnisse der Studie werden auf dem Kongress vorgestellt.

0315

Verminderte BDNF- und β -TG-Konzentrationen im Blut bei der Alzheimer-Demenz

Christoph Laske (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen)

E. Stransky, T. Leyhe, G. W. Eschweiler, A. Wittorf, N. Koehler, E. Richartz-Salzbürger, H. Langer, M. Bartels, G. Buchkremer, M. Gawaz, K. Schott

Einleitung: Die Alzheimer-Demenz (AD) ist eine chronische neurodegenerative Erkrankung des zentralen Nervensystems. Im Krankheitsverlauf kommt es neben der Ablagerung von Amyloid-Plaques und neurofibrillärer Bündel zu einer Verringerung von Nervenzellen und neurotrophen Faktoren wie z.B. brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in umschriebenen Hirnregionen. Nach einem neuen Krankheitsmodell könnte der BDNF-Mangel u.a. aufgrund einer reduzierten Neurogenese entscheidend zur Alzheimer-Pathologie beitragen. BDNF gehört zur Familie der Wachstumsfaktoren und spielt eine wichtige Rolle bei der synaptischen Plastizität sowie beim Überleben und der Neubildung von Nervenzellen im Gehirn. Da Thrombozyten als wichtige Quelle von BDNF im Serum gelten, untersuchten wir in der vorliegenden Studie neben BDNF auch β -Thromboglobulin (β -TG), einen etablierten Marker für die Thrombozyten-Aktivität.

Methode: Die Pilot-Studie untersuchte bei 28 Patienten mit AD und 10 gleichaltrigen gesunden Kontrollpersonen mittels ELISA-Technik die Konzentrationen von BDNF im Serum und Plasma sowie von β -TG im Plasma.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den Alzheimer-Patienten fanden wir signifikant verminderte BDNF-Serum- (18,3 ng/ml) und β -TG-Plasma-Konzentrationen (177,1 IU/ml) im Vergleich zu den gesunden Kontrollen (21,6 ng/ml; $p = 0,048$ / 192,0 IU/ml; $p < 0,0001$). Darüber hinaus korrelierten bei den Alzheimer-Patienten die BDNF-Serumspiegel signifikant mit den β -TG- ($r = 0,307$, $p = 0,022$) und BDNF-Plasma-Konzentrationen ($r = 0,370$, $p = 0,006$). Unter Verwendung eines cut-off-Wertes für die β -TG-Plasmakonzentration von 185,5 IU/ml konnten die Alzheimer-Patienten mit einer Sensitivität von 92,9% und einer Spezifität von 90,0% von den gesunden Kontrollen unterschieden werden. Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass es sich bei der Alzheimer-Demenz um eine systemische Erkrankung handeln könnte. Zukünftige Alzheimer-Forschung sollte noch intensiver auf Thrombozyten und ihre Proteine fokussiert werden. Dies könnte sowohl für die Diagnostik als auch möglicherweise für die Therapie bzw. Prävention der Alzheimer-Demenz von großer Bedeutung sein.

0316

Neuronenspezifische Enolase im Liquor bei Mild Cognitive Impairment und Alzheimer-Demenz

Martin W. Eichenlaub (Universitätsklinik Hamburg UKE, Klinik für Psychiatrie)

E. Köföncü, S. Arlt, H. Jahn

Einleitung: In einer laufenden Längsschnittstudie verfolgen wir die klinische Entwicklung der MCI-Patienten im Hinblick auf die Frage, inwieweit die Konzentration des L-NSE zum Indexzeitpunkt Vorhersagen über die zu erwartende Konversionsrate zur Alzheimer-Demenz ermöglicht.

Methode: In einer Querschnittsstudie wurden die Konzentrationen der Neuronenspezifischen Enolase (NSE) im Liquor und Serum von Patienten mit Morbus Alzheimer [$n = 117$], MCI [$n = 40$] und anderen Demenzformen [$n = 21$] sowie 10 Gesunden verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Die höchsten NSE-Liquorkonzentrationen (L-NSE) wurden bei Patienten mit Mild Cognitive Impairment (MCI) gefunden [62,5%, Mittelwert 12,29 ng/ml]. Eine erhöhte L-NSE fand sich bei 58,12% [Mittelwert 8,73 ng/ml] aller Alzheimer-Patienten. Der L-NSE-Mittelwert war sowohl beim MCI als auch bei der Alzheimer-Demenz bei Frauen höher als bei Männern. In der Alzheimer-Gruppe ließ sich bei beiden Geschlechtern ein Trend zur Abnahme initial erhöhter L-NSE mit

zunehmender Krankheitsprogression nachweisen. Dadurch kann bei Patienten mit MCI unter Berücksichtigung des Tau-Protein und des Amyloid β 1–42 die prognostische Einschätzung erleichtert werden.

0317

Beeinflussen Schilddrüsenautoantikörper den Schweregrad einer Depression bei gerontopsychiatrischen Patienten?

Thomas Leyhe (UKPP, Tagesklinik Wielandshöhe, Tübingen)

M. Hügler, G. Buchkremer, R. Saur, G. Eschweiler

Einleitung: Thyreoperoxidase- und Thyreoglobulin-Antikörper (TPO-Ak und TAK) werden bei 4–25% der Bevölkerung gefunden. Sie kommen häufiger bei Frauen und in höherem Alter vor und steigern das Risiko der Entwicklung einer Schilddrüsenfunktionsstörung. Ob es eine erhöhte Prävalenz von Schilddrüsenautoantikörpern bei affektiven Störungen oder Angststörungen gibt, wird kontrovers diskutiert. Möglicherweise beeinflussen sie das Ansprechen auf eine Standardtherapie mit Antidepressiva negativ.

Methode: Von Januar 2004 bis Juni 2005 bestimmten wir routinemäßig bei den Patienten unserer gerontopsychiatrischen Abteilungen (halboffene Station, Tagesklinik, Gedächtnissprechstunde) die TPO-Ak und TAK.

Diskussion/Ergebnisse: 96 der untersuchten Patienten hatten nach ICD-10-Kriterien eine depressive oder rezidivierende depressive Störung (20,8% Männer, 79,2% Frauen, Durchschnittsalter 71,9 Jahre, SD 7,4). Bei 19 (19,8%) fanden sich erhöhte Schilddrüsenautoantikörper. Zwischen diesen und den 77 depressiven Patienten mit normwertigen TPO-Ak und TAK zeigten sich keine Unterschiede in Hinblick auf Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und Schilddrüsenfunktion, jedoch war der Anteil mit aktuell schweren depressiven Episoden bei den Patienten mit erhöhten Schilddrüsenautoantikörpern signifikant größer (28,6 versus 63,2%; $p < 0,01$, Chi-Quadrat-Test). Während sich also die Prävalenz erhöhter TPO-Ak und TAK bei den von uns untersuchten gerontopsychiatrischen Patienten mit depressiven Störungen nicht von dem aus epidemiologischen Studien bekannten Anteil in der älteren Allgemeinbevölkerung unterscheidet, scheint das Vorhandensein erhöhter Schilddrüsenautoantikörper einen Einfluss auf den Schweregrad der depressiven Episode zu haben. Weitere prospektive Studien auch bei allgemeinspsychiatrischen Patienten hierzu sollten durchgeführt werden.

0318

Olfaktorische Hedonik im Alter: Die Jugend vergeht, der Genuss kommt

Katrin Markovic (Psychiatrische Klinik, Sensoriklabor, Erlangen)

U. Reulbach, A. Vassiliadu, J. Lunkenheimer, B. Lunkenheimer, R. Spannenberger, N. Thürauf

Einleitung: In zahlreichen Studien wurden altersabhängige Normwerte für die drei Untertests des „Sniffin Stick Test“ (Wahrnehmungsschwelle für n-Butanol, Diskrimination, Identifikation von Standardgerüchen) erhoben. Insbesondere für alte Menschen konnte eine signifikante Verminderung der Riechfunktionen gezeigt werden. Hingegen weiß man bislang wenig über den Effekt des Alters auf die hedonische Bewertung und Intensitätsschätzungen von Gerüchen. Daher war das Ziel unserer Studie, den Einfluss des Alters auf hedonische und Intensitätsschätzungen an einem großen Kollektiv gesunder Probanden/-innen zu untersuchen.

Methode: 201 einzelne Datensätze bilden unsere „HeDoS-F“ (Hedonic Database of Smell-Franconia) genannte Datenbank mit den Parametern Alter, Geschlecht, Wahrnehmungsschwelle, Diskrimination, Identifikation, hedonische Bewertungen, Intensitätsschätzungen und Seite der Geruchsdarbietung (Durchschnittsalter: 42, sd 16,3; Mindestalter: 19; Höchstalter: 83; Männer: 103; Frauen: 98). Die statistische Auswertung der hedonischen und Intensitätsschätzungen wurde für 3 Altersgruppen (A: 19–39; B: 40–59; C: über 60 J.) getrennt berechnet (ANOVA; Kruskal-Wallis-Test für Einzelgerüche).

Diskussion/Ergebnisse: Die relativen hedonischen Einschätzungen über alle Gerüche nahmen mit Beginn des 5. Lebensjahrzehnts signifikant zu. Die Intensitätsschätzungen blieben in den untersuchten Altersgruppen nahezu konstant, wohingegen die olfaktorische Sensitivität bei den über 60-jährigen signifikant abnahm. Ältere Menschen bewerten überschwellige Gerüche deutlich angenehmer (bzw. weniger unangenehm) als jüngere. Dies lässt darauf schließen, dass die hedonische Bewertung eines Geruches einen dynamischen Prozess darstellt, der sich über den Lebenszeitraum hinweg ändern kann.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 07

S-097 Symposium

Demenzen und cerebrovaskuläre Erkrankungen

Vorsitz: K. M. Einhäupl (Berlin), W. Maier (Bonn)

0476

Entstehung und Einteilung vaskulärer Demenzen

Karl M. Einhäupl (Charité Universitätsmedizin, Klinik für Neurologie, Berlin)

0477

Funktionelle Neuroanatomie bei Demenzsyndromen mit fokalen Läsionen

Stephan A. Brandt (Charité Universitätsmedizin, Klinik für Neurologie, Berlin)

F. Masuhr

Nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien für Demenzen spricht man von zerebrovaskulären Demenzen wenn fokale neurologische Zeichen oder Symptome (z.B. Hemiparese, Pyramidenbahnzeichen oder Hemianopsie) bei gleichzeitigem Nachweis ischämischer Läsionen vorliegen. In Abhängigkeit von den genauen Diagnosekriterien (vgl. DSM III, ADDTC, NINDS-AIREN-Arbeitsgruppe) liegt die Diagnoserate für die vaskuläre Demenz zwischen 8% und 36%. Entscheidend für die Diagnosestellung ist, dass eine kausale und zeitliche Verknüpfung zwischen den Funktionsstörungen und den vaskulären Läsionen nachgewiesen werden kann. In dem vorliegenden Beitrag wird an Hand von klinischen Beispielen und Untersuchungen mit der funktionellen Kernspintomographie die funktionelle Neuroanatomie relevanter kognitiver Funktionen (z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache) umschriebenen Hirnregionen zugeordnet. Es werden typische „strategische Läsionen“ (z.B. Thalamusinfarkt) definiert, bei denen der kausale Zusammenhang zwischen vaskulärer Läsion und Funktionsstörung nachweisbar ist und bei denen gleichzeitig eine allgemeine kognitive Funktionsstörung im Sinne der Demenz vorliegt. Hierbei wird deutlich werden, dass das Infarktvolumen der Läsionen weniger entscheidend ist, als der Läsionsort bzw. die kritische Kombination von Einzelläsionen, die verschiedene Funktionsbereiche betreffen und somit das Bild eines dementiellen Syndroms prägen.

0478

Vaskuläre Risikofaktoren und Pathomechanismen bei der Alzheimer-Erkrankung

Frank Jessen (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Dichotomisierung der Ätiologie von Demenzerkrankungen in degenerativ und vaskulär hat seit Jahrzehnten sowohl die Entwicklung diagnostischer Kriterien als auch die Grundlagenforschung geprägt. In jüngerer Zeit zeigen aber insbesondere große longitudinale Bevölkerungsstudien, dass klassische vaskuläre Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Adipositas und andere auch Risikofaktoren für die Alzheimer Demenz darstellen. Insbesondere wurde die Relevanz dieser

Faktoren im mittleren Lebensalter für das Auftreten einer Alzheimer Demenz im höheren Lebensalter deutlich. Diese epidemiologischen Befunde werden gestützt durch Befunde aus der Neuropathologie und cerebralen Bildgebung, die auf vermehrte vaskuläre Schädigung bei Patienten mit Alzheimer Demenz hinweisen. Diese Befunde legen nahe, dass insbesondere ältere Patienten mit Demenz deutlich häufiger als bisher angenommen eine gemischte vaskuläre und degenerative Erkrankung haben. Die pathophysiologische Verbindung zwischen vaskulärer Schädigung und Ausbildung der Alzheimer Krankheit mit Amyloidplaques und Neurofibrillenbündeln ist dagegen noch weitgehend ungeklärt. In dem Vortrag wird ein Überblick über die wesentlichen Befunde aus dem Bereich der Epidemiologie sowie der Neuropathologie und der Bildgebungsforschung gegeben. Mögliche pathophysiologische Modelle werden dargestellt und es wird auf Implikation für primäre Prävention hingewiesen.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Dachgarten

S-122 Symposium

Neue Therapieansätze bei der Alzheimer Demenz

Vorsitz: M. Hüll (Freiburg), M. Heneka (Münster)

0590

Antioxidantien und Statine bei der Alzheimer Demenz

Christian Behl (Johannes-Gutenberg-Universität, Institut f. Physiol. Chemie, Mainz)

Cholesterol ist ein lebenswichtiges Molekül und erfüllt vielfache Aufgaben im Organismus, nicht nur als Ausgangssubstanz für die Synthese von Steroiden sowie für weitere physiologische Mediatoren, sondern auch als steroidale Struktur in seiner Aktivität als wichtiger Membranbaustein. Der Anteil des Cholesterins an den Membranlipiden beeinflusst die Fluidität der Membran und somit entscheidend die Funktion von Proteinen, die mit der Membran assoziiert oder in diese integriert sind. Ein Übermaß an Cholesterol führt zu Lipidablagerungen und zu arteriosklerotischen Veränderungen. Aus dieser Forschungsrichtung stammen eine Reihe von Ansätzen zur Cholesterinsenkung, wie etwa die HMG CoA-Reduktase-Inhibitoren (Statine). Statine blockieren den zelleigenen Cholesterolsyntheseweg und haben dadurch wesentlichen Einfluss auch auf die Zusammensetzung von Biomembranen. In verschiedenen Modellen der Alzheimer Krankheit wurde gezeigt, dass Statine einen Einfluss auf pathogenetische Prozesse dieser neurodegenerativen Erkrankung haben; unterschiedliche Mechanismen wurden beschrieben. Prospektive klinische Studien zur Prävention der Alzheimer Demenz (AD) durch Statingabe wurden durchgeführt oder sind unterwegs; die Ergebnisse werden derzeit noch kontrovers diskutiert. Die Bedeutung des Lipidstoffwechsels für das Überleben von Nervenzellen sowie für zentrale Funktionen bei der biochemischen Prozessierung des Alzheimer-assoziierten Amyloid-Proteins fordern detaillierte Untersuchungen zum Wirkmechanismus von Statinen auf die Pathogenese der AD. Durch die effiziente Blockierung des gesamten Cholesterinsyntheseweges durch Statine müssen auch Nebeneffekte einer Statinapplikation molekular aufgeklärt und diskutiert werden. Unterstützt durch die Hans Gottschalk-Stiftung und die Peter Beate Heller-Stiftung.

0591

Prostaglandine bei Demenzerkrankungen

Michael Hüll (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)
B. Fiebach, H. Slawik

Einleitung: Die Beteiligung neuroinflammatorischer Prozesse bei der Alzheimer Demenz ist im Rahmen neuropathologischer

und positronen-emission-tomographischer Studien nachgewiesen. Dabei interagiert der Amyloidstoffwechsel (Abeta-Peptide) mit dem Prostaglandin E₂ (PGE₂) und dem Interleukin (IL-1, IL-6) Signalweg.

Methode: Wir untersuchten diese Wechselwirkungen anhand von humanen neuronalen Zelllinien, primären murinen und postmortalen humanen Gliazellen auf der Ebene der Genexpression und der Proteinsynthese.

Diskussion/Ergebnisse: Abeta Peptide induzieren die Synthese und Freisetzung von PGE₂. PGE₂ hat multiple Einflüsse auf die IL-6-Synthese und gliale Phagozytose. IL-1 führt zur de-novo Expression von PGE₂ Rezeptoren des EP₃-Typs. Aufgrund der divergenten PGE₂-Wirkung könnte eine isolierte Blockade von PGE₂-Rezeptor-Subtypen einer generellen PGE₂-Synthesehemmung überlegen sein.

0592

Perspektiven der Impftherapie bei der Alzheimer Demenz

Peter-Andreas Löschmann (Wyeth Pharma GmbH, Münster)

0593

Molekulare Mechanismen der NSAR Protektion bei M.Alzheimer

Michael Heneka (Universitätsklinikum Münster, Molekulare Neurologie)

Einleitung: Epidemiologische Daten weisen auf eine neuroprotektive Wirkung der NSAR bei der Alzheimer Erkrankung (AD) hin, ohne dass der molekulare Mechanismus dieses Effekts aufgeklärt ist. Es gibt zunehmende Hinweise, dass ein wesentlicher Teil der NSAR Protektion durch Aktivierung des Peroxisom Proliferator aktivierten Rezeptor gamma (PPARγ) vermittelt wird. Dies ist ein nukleärer Hormonrezeptor, dessen Aktivierung die Insulinsensitivität erhöht, proinflammatorische Gene supprimiert und die Prozessierung des Amyloid Vorläuferproteins inhibiert.

Methode: So beeinflusst die PPARγ Aktivierung in Zielorganen wie Muskel, Leber und Gehirn den Energiestoffwechsel günstig, in Mikrogliazellen und Astrozyten verhindern PPARγ Agonisten die Transkription proinflammatorischer Zytokine und Enzymsysteme und in neuronalen Zellen reduzieren NSAR wie Indomethacin und Ibuprofen die beta Amyloid Bildung PPARγ abhängig. Eine kurzzeitige Behandlung APP transgener Mäuse mit dem PPARγ Agonisten Pioglitazone oder mit Ibuprofen reduzierte die mikrogliale Aktivierung, beta-sekretase 1 und die Ablagerung von beta amyloid in Plaques. Es konnte nachgewiesen werden, dass der anti-amyloidogene Effekt durch die Bindung von PPARγ in einem spezifischen Antwortelement im Promotor (PPRE) der beta-sekretase 1 vermittelt wird. Mutagenese dieses PPRE hob die Amyloid senkende Wirkung der NSAR auf.

Diskussion/Ergebnisse: Darüber hinaus wurde kürzlich gezeigt, dass Patienten die regulär PPARγ Agonisten einnehmen ein reduziertes Risiko haben, an AD zu erkranken. In einer 18 Monate Therapiestudie an AD Patienten konnte überdies ein positiver Effekt auf den Verlust kognitiver Fähigkeiten durch Behandlung mit dem PPARγ Agonisten Pioglitazone nachgewiesen werden. Neben der Aktivierung von PPARγ, schliessen alternative Mechanismen der NSAR Wirkung bei AD eine Suppression der APP Prozessierung durch Inhibition der gamma-sekretase sowie eine Modulation der Prostanoidlevel ein. Zusammengefasst deuten diese Daten darauf hin, dass die zugrundeliegenden molekularen Mechanismen weiter aufgeklärt werden müssen. PPARγ Agonisten stellen möglicherweise eine neue Therapieoption zur Behandlung der AD dar.

S-134 Symposium

Bewusstseinsveränderungen im Delir

Vorsitz: A. Diefenbacher (Berlin), W. Hewer (Rottweil)

0652

Toxische Bewusstseinsstörungen und Halluzinogene

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Universitätsklinikum zu Köln, Experimentelle Psychiatrie)

Einleitung: Halluzinogenrauschzustände werden in der experimentellen psychiatrischen Forschung als Psychosemodelle eingesetzt. Untersuchungen mit verschiedenen psychotomimetischen Substanzen, die über unterschiedliche pharmakologische Mechanismen wirken, können unser Verständnis über neurobiologische und biochemische Grundlagen psychotischer und deliranter Störungen erweitern.

Methode: Anhand aktueller experimenteller Studien und Literaturdaten werden Möglichkeiten und Grenzen der experimentellen Psychoseforschung mit Halluzinogenen erörtert.

Diskussion/Ergebnisse: In einer randomisierten, Doppelblind-, Crossoverstudie mit gesunden Probanden wurde gezeigt, dass das 5-HT_{2A}-Agonistenmodell (Dimethyltryptamin = DMT) ein sinnvolles Modell für schizophreniforme und schizoaffektive Psychosen mit im Vordergrund stehender Positivsymptomatik darstellt und kaum delirähnliche Phänomene aufweist. Das NMDA-Antagonistenmodell (S-Ketamin) stellt hingegen ein sinnvolles Modell für undifferenzierte Psychosen mit im Vordergrund stehenden Negativ-, kognitiven und katatonen Symptomen dar und weist insbesondere bei höheren Dosen deutliche delirante Phänomene auf. Neuropsychologische und elektrophysiologische Untersuchungen zeigen, dass die kognitiven Veränderungen in den beiden Psychosemodellen sich nur z.T. überlappen (Defizite der Inhibition of Return (IOR) bei der räumlichen Aufmerksamkeitsorientierung unter S-Ketamin und DMT), z.T. aber sich grundsätzlich oder in ihrer Ausprägung unterscheiden (Verstärkung der Präpulsinhibition des Startle-Reflexes (PPI) nur unter S-Ketamin, gestörte Mismatchnegativität akustisch evozierter Potenziale (MMN) deutlicher unter S-Ketamin). Grundsätzlich muss die experimentelle Psychoseforschung mit Halluzinogenen als nosologisch nicht gebundene Forschung auf der Syndromebene verstanden werden. Die Grenzen dieses Ansatzes ergeben sich durch die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Störung und Modell und durch die Belastung, die die Substanzexpositionen selbst mit sich bringen. Somit muss sich die Planung und Realisierung von Halluzinogenstudien auf einem schmalen Pfad zwischen dem aus methodischer Sicht Wünschenswerten und dem praktisch Möglichen und Vertretbaren bewegen.

0653

Neuropsychologie des Delirs – Beziehung zur Störung des Bewusstseins

Alexander Gabriel (Charité Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)
A. Diefenbacher, N. Zerhoch, F. M. Reischies

Einleitung: Bei der klinischen Diagnostik eines Delirs fällt oft nur eine leichte Störung des Bewusstseins auf. Dies ist ein Grund, warum ein Delir häufig übersehen wird. Während eine Störung der Vigilanz oft völlig fehlt, ist eine Bewusstseinsstörung im Sinne einer verminderten Klarheit der Vergegenwärtigung der Umgebung jedoch pathognomonisch für ein Delir. Ein geeignetes Instrument zur Erfassung einer leichten Bewusstseinsstörung im Delir wird vorgestellt. Während die ICD-10 Kriterien das Delir als ein vielfältiges, psychopathologisches Syndrom beschreiben, fokussiert das DSM-IV Manual die Diagnostik auf ein Kernsyndrom aus einer Bewusstseins- und einer kognitiven

Störung. Die vorliegende Arbeit trägt zur Klärung dieser konzeptionellen Divergenz bei.

Methode: Wir untersuchten das kognitive Defizit von 94 sukzessive aufgenommenen Patienten mit einem Delir anhand einer neuropsychologischen Testbatterie. Zur Operationalisierung einer leichten Bewusstseinsstörung entwickelten wir die Awareness-Scale. Diese stützt das Rating der Bewusstseinsstörung auf Störungen der Reagibilität, der Aufmerksamkeitswendung sowie der Situationsvergegenwärtigung. Eine an den ICD-10 Kriterien angelehnte Check List erfasste die übrigen psychopathologischen Items des Delirs.

Diskussion/Ergebnisse: Mit der Einführung der Awareness Scale steht erstmals ein Ratingverfahren für eine leichte Störung der Bewusstheit im Delir zur Verfügung. Die Merkmale einer Bewusstseinsstörung sind in allen Delirformen ähnlich stark vorhanden und korrelieren statistisch signifikant mit den neuropsychologischen Störungen der Patienten verschiedener Delirätiologien. Für die weiteren psychopathologischen Symptome des Delirs, wie Vigilanzstörungen, Halluzinationen oder emotionale- bzw. vegetative Störungen ist dies nicht der Fall. Hieraus lässt sich die Validität eines Kernsyndroms aus Bewusstseins- und kognitiver Störung des Delirs ableiten.

0654

Reversibilität kognitiver und Bewusstseins-Störungen in der Gerontopsychiatrie: Exsikkose

Jan Holthues (Charité, Campus Benjamin Frank, Psychiatrische Klinik Charité, Berlin)

C. Walz, W. Hewer, F. M. Reischies

Einleitung: Die wichtigste Ursache von reversibel eingeschränkten Leistungen in Kognition und Bewusstsein ist das Delir. Das Delir ist bei älteren Patienten differentialdiagnostisch häufig nur schwer von einer Demenz zu unterscheiden, da kognitive Defizite bei beiden Krankheitsbildern bestehen, das Leitsymptom des Delirs, die Bewusstseins Einschränkung häufig nur abortiv ausgeprägt ist, und in der Aufnahmesituation eine Fremdanamnese häufig fehlt. Dazu kommt die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit eines Delirs bei vorbestehender Demenz. In Frage steht die Möglichkeit, die Reversibilität von Störungen in Kognition und Bewusstsein zu prognostizieren.

Methode: Da bei deliranten Zuständen infolge der primären oder sekundären Exsikkose häufig auch ein erhöhter Kreatininwert feststellbar ist, formulierten wir für unsere Studie folgende Fragestellung: Korreliert die Ratio Harnstoff/Kreatinin im Verlauf mit der Reversibilität der neuropsychologisch objektivierbaren kognitiven Leistungsfähigkeit? Wir erfassen am Aufnahmetag vor Rehydrierung und am Tage der Entlassung Harnstoff und Kreatinin. Die klassischen Merkmale eines Delirs wurden mit der Delirium Rating Scale erfasst. Wir bewerteten die Ausprägung der Bewusstseins Einschränkung mittels einer neuen Awareness-Scale und testeten die kognitive Leistungsfähigkeit durch den Benton-Orientierungstest, die Tierfluency über 90 sec und die Serielle Subtraktion (100–7, 52–3).

Diskussion/Ergebnisse: Bisher konnten 140 Patienten in die Studie aufgenommen und hinsichtlich des Verlaufs dieser Parameter, speziell ihrer Harnstoff/Kreatinin Ratio verfolgt werden.

0655

Von der Psychopathologie und Pathophysiologie zur kognitiven Neurowissenschaft der Bewusstseinsstörung im Delir

Friedel M. Reischies (Charité Berlin – CBF, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Ein spezifisches Symptom für das Delir ist eine leicht- bis mittelgradige Bewusstseinsveränderung. In vielen Fällen jedoch ist diese nicht diagnostizierbar und in anderen, besonders leichten Fällen wird sie klinisch übersehen.

Methode: Als Dimensionen und Faktoren der Bewusstseinsstörung sind Störungen der Vigilanz, der Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses

es und integrative Funktionen zu diskutieren. Die neurowissenschaftlichen Grundlagen derartiger Störungen werden vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Konzeptualisierung von Bewusstseinsstörungen als Störungen der Bewusstheit der Umgebung und der Aufmerksamkeit, die in den Definitionen der Diagnosekriterien auftauchen, wird diskutiert. Es wird versucht, neue Daten zum Delir zu einer neurowissenschaftlichen Charakterisierung des Delirs zusammenzuführen.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 44

S-136 Symposium

Psychometrische Verlaufsdaten bei MCI- und Demenzpatienten

Vorsitz: H. Lehfeld (Nürnberg), G. Niklewski (Nürnberg)

0662

Der Verlauf leichter kognitiver Störungen unter Praxisbedingungen. Bericht aus einem Facharztzentrum

Martin Haupt (Neuro-Centrum Düsseldorf)

In einer Facharztpraxis mit dem Schwerpunkt „Hirnleistungsstörungen“ wurden zwischen März 2003 und Oktober 2005 500 Patienten untersucht. Von ihnen wiesen 60 Patienten eine leichte kognitive Störung (LKS) nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 auf. In den neuropsychologischen Erhebungen wurden die folgenden Instrumentarien eingesetzt: Uhren-Zeichen-Test (UZT), Demenz-Detektion (DemTect), Wechsler-Memory-Scale-Logisches Gedächtnis (WMS-LM) und Trail-Making-Test (TMT). Auf den Instrumenten zur globalen Einschätzung kognitiver Einbußen ließen sich erwartungsgemäß nur in wenigen Fällen pathologische Werte finden. Allerdings schließt der cut-off-Wert des DemTect mit 13/18 Punkten eine unangemessen hohe Zahl von kognitiv auffälligen Patienten aus (falsch negative Zuordnung). Die beiden differenzierteren Verfahren WMS und TMT sind nach den Ergebnissen für die Identifizierung leichter kognitiver Störungen geeignet; je nach der zuzuordnenden Ursache ergaben sich unterschiedliche Profile. Bei dem überwiegenden Teil der LKS-Patienten wurden Verlaufsuntersuchungen vorgenommen, deren Ergebnisse ebenfalls vorgestellt werden.

0663

Langzeitverlauf von leichten kognitiven Beeinträchtigungen bei älteren Allgemeinkrankenhauspatienten

Horst Bickel (TU München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Leichte kognitive Beeinträchtigungen ziehen ein hohes Risiko für die Entstehung einer Demenz nach sich. Da in Allgemeinkrankenhäusern Jahr für Jahr ein großer Anteil der älteren Menschen behandelt wird, könnte sich während des stationären Aufenthaltes eine günstige Gelegenheit zur Früherkennung von kognitiven Störungen ergeben.

Methode: Prospektive Verlaufsstudie an mehr als 800 nicht-dementen Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren aus drei Münchener Allgemeinkrankenhäusern. Die Patienten wurden im Zeitraum der stationären Behandlung mit einem kognitiven Testverfahren (SIDAM) untersucht und nach der Entlassung in jeweils etwa einjährigem Abstand zu Hause aufgesucht und mit einer neuropsychologischen Batterie, die aus dem Syndrom-Kurz-Test, dem MMSE, dem Uhrenzeichentest und aus Subtests der CERAD-Batterie bestand, erneut getestet. Der globale Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung wurde mithilfe des Clinical Dementia Rating (CDR) beurteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Es wird über die zeitliche Stabilität der Testresultate, über die Vorhersagbarkeit von Demenzen auf der Basis der Testleistung, über die Testdurchschnittswerte in Abhängigkeit vom Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung berichtet sowie über den Effekt von Faktoren wie Alter, Bildung und Geschlecht, die bei der Interpretation von psychometrischen Daten unter Umständen berücksichtigt werden müssen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse für das untersuchte Kollektiv eine hohe Testwiederholungsreliabilität, nahezu unveränderte Mittelwerte der Testleistung nach den CDR-Schweregraden und eine hohe Vorhersagevalidität für die Konversion zur Demenz an. Die verwendeten psychometrischen Verfahren erwiesen sich überwiegend als praktikabel, reliabel und prognostisch valide und scheinen auch in Stichproben von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten für das Monitoring der kognitiven Leistungsfähigkeit und für die Früherkennung von präklinischen Demenzstadien gut geeignet zu sein.

0664

Daten aus dem Kompetenznetz Demenzen (Zentrum Erlangen): Kognition und Einschätzung durch die Angehörigen im Verlauf

Barbara Gruss (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Diese Veröffentlichung wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen erstellt (BMBF-Förderkennzeichen: 01 GI 0420). Ein Schwerpunkt des Kompetenznetzes Demenzen (KND) einem Zusammenschluss von 14 beteiligten universitären Zentren ist die Früherkennung und Diagnostik von Demenzen. Da bisher keine verbindlichen diagnostischen Kriterien für die leichte kognitive Störung vorliegen und keine Richtlinien für die neuropsychologische Diagnostik existieren, wurde im Rahmen dieses Projektes ein umfassendes Instrumentarium zusammengestellt, welches die Art und den Schweregrad der Beeinträchtigungen erfassen und im Verlauf darstellen soll.

Methode: In Erlangen werden in jährlichen Verlaufskontrollen 150 Patienten über mindestens 3 Messzeitpunkte untersucht. Im Rahmen eines standardisierten Untersuchungsablaufes wird neben medizinischen Merkmalen das kognitive Profil über Testverfahren (u.a. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease, CERAD) erfasst, der Schweregrad mittels der CDR (Clinical Dementia Rating) beurteilt und depressive Symptome anhand der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) erhoben. Darüber hinaus werden über eine Befragung der Bezugsperson die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE), die Bewältigung von Alltagsaktivitäten (Bayer Activities of Daily Living Scale, B-ADL) und frontale Verhaltensauffälligkeiten (Frontal Behaviour Inventory, FBI) eingeschätzt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse aus den Testverfahren und Fremdbeurteilungen werden in Abhängigkeit von der Diagnose (leichte kognitive Störung vs. leichte Demenz) miteinander verglichen sowie der Verlauf über 2 Messzeitpunkte dargestellt und diskutiert.

0665

Kognitive Fähigkeiten und Alltagskompetenz: Testpsychologische Verlaufsdaten bei Patienten einer Gedächtnissprechstunde

Hartmut Lehfeld (Klinikum Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Fragestellung: In Gedächtnissprechstunden leisten psychometrische Testverfahren und ADL-Skalen zur Erfassung der Alltagskompetenz einen wesentlichen Beitrag zur Schweregradbeurteilung, Verlaufsdocumentation und Therapieevaluation. In der vorliegenden Studie wurde die Veränderungssensitivität verschiedener Standard-Testinstrumente über einen längeren Beobachtungszeitraum untersucht.

Methode: Aus der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg lagen 1-Jahres-Verlaufsdaten über 36 MCI- und 69 Demenzpatienten (AD, VD und Mischtypen, vorwiegend leichte Symptomatik) vor, 2-

Jahres-Daten waren für 18 MCI- bzw. 38 Demenzpatienten verfügbar. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten war mit der CERAD-Testbatterie und dem SKT untersucht worden. Die Alltagskompetenz der Patienten wurde durch einen Angehörigen anhand der Bayer ADL-Skala (B-ADL) beurteilt. Die Auswertung erfolgte auf der Grundlage der für die Testinterpretation relevanten Kennwerte (CERAD: z-transformierte Rohwerte; SKT: Subscores für Gedächtnis und Aufmerksamkeit; B-ADL: Gesamtwert). Anhand von t-Tests für verbundene Stichproben wurden die Veränderungen in den Messwerten über die Zeit getrennt für MCI- und Demenzpatienten auf statistische Signifikanz geprüft (Bonferroni-korrigiertes $p < .01$).

Diskussion/Ergebnisse: Während bei den MCI-Patienten nach 1 Jahr in keiner der Testaufgaben ein signifikantes Nachlassen der durchschnittlichen Testleistung zu beobachten war, fanden sich bei den Demenzpatienten bedeutsame Mittelwertsunterschiede in den SKT-Gedächtnisaufgaben und in der B-ADL. Auch die 2-Jahres-Daten ließen in der MCI-Gesamtgruppe keine bedeutsamen Testwertveränderungen erkennen. Bei den Demenzpatienten erreichten wiederum die Messwertdifferenzen im SKT-Gedächtnisscore und der B-ADL sowie zusätzlich die Leistungsabnahme in den geschwindigkeitsabhängigen SKT-Aufmerksamkeitstests und im MMST (CERAD-Aufgabe 3) statistische Signifikanz. Insgesamt war nach 1 Jahr bei 25% der MCI-Patienten und bei 40% der Demenzpatienten aufgrund der Veränderungen der Testergebnisse und der Angehörigenbeurteilung die Symptomatik als progredient beurteilt worden, bei den 2-Jahres-Daten erhöhte sich der Anteil der Demenzpatienten mit progredienter Symptomatik auf 60%.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 08

S-139 Symposium

Perspektiven integrativer Demenzversorgung

Vorsitz: J. Bohlken (Berlin), W. Maier (Bonn)

0678

Perspektive der Gedächtnisambulanz

Klaus Schmidke (Universitätsklinikum Freiburg, Geriatrie und Gerontologie)

Gedächtnissprechstunden sind Spezialambulanzen zur Betreuung von Patienten mit fraglichen oder gesicherten Demenzerkrankungen, ihren Differentialdiagnosen und Vorstadien. Sie sind meist an Kliniken angegliedert und dem Wesen nach interdisziplinär. Wichtige Aufgaben sind die vertiefte Diagnostik, die Beratung und die Führung von Seminaren für Angehörige sowie Fördergruppen für Patienten. Kompetenzschwerpunkte liegen in der vertieften neuropsychologischen Untersuchung, der Bewertung und evt. Ausweitung der cerebralen Bildgebung und in der flankierenden Beratung und Betreuung hinsichtlich psychosozialer Maßnahmen. Wo notwendig, stellen Gedächtnissprechstunden das Bindeglied zur weiterführenden stationären Behandlung dar. Daneben sind sie dazu prädestiniert, klinische Studien mit neuen Medikamenten durchzuführen. Gedächtnissprechstunden sind in der Regel beratende Einrichtungen, die Patienten nicht dauerhaft selbst führen, sondern eng mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten kooperieren. Beide Berufsgruppen können zur Gedächtnissprechstunde überweisen. In einem integrativen Versorgungskonzept ist in der Regel der Weg von Hausarzt über Facharzt zu Gedächtnissprechstunde sinnvoll, vornehmlich jedoch in solchen Fällen, in denen nach der fachärztlichen Diagnostik eine zweite Meinung oder eine vertiefende Untersuchung sinnvoll erscheinen. Mögliche Funktionen in künftigen Netzwerken sind die Organisation von Fortbildungen, Fallbesprechungen, Strategieforen und Qualitätszirkeln.

0679

Integrative Perspektiven der Demenzversorgung aus fachärztlicher Sicht

Jens Bohlken (BVDN – Referat Demenz, Berlin)

Einleitung: Angesichts der zumindest in städtischen Regionen hohen Versorgungsdichte mit neurologischen und psychiatrischen Fachärzten kann diese Facharztgruppe wichtige Funktionen im Rahmen einer integrativen Demenzversorgung übernehmen. Die Chancen und Probleme einer derartigen Versorgungsstruktur werden am Beispiel der „Gedächtnissprechstunden Berliner Nervenärzte“ – einem informellen Zusammenschluss von fünf spezialisierten Praxen – dargestellt.

Methode: Ein wesentlicher Aspekt des Berliner Versorgungskonzeptes ist die Integration ergotherapeutischer Kompetenz. So wurden in Qualitätszirkeln zusammen mit Ergotherapiepraxen die Verlaufsdokumentation standardisiert und integrierte Behandlungsmodule entwickelt. Dies diente der Verbesserung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie, der Angehörigentherapie, der datengestützten Qualitätssicherung sowie der Erprobung von Case-Management-Funktionen durch Ergotherapeuten. Die quartalsbezogenen Dokumentationsbögen helfen, bisherige Kommunikationsslücken in der Schnittstelle zum Hausarzt, zum Krankenhaus und zum Pflegeheim zu schließen.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand vorliegender Auswertungsdaten wird auf die Veränderung des ärztlichen Diagnose- und Therapieverhaltens durch die Arbeit in Qualitätszirkeln hingewiesen. Darüber hinaus werden Probleme der Ergebnisqualität im Bereich diagnostischer Entscheidungen, medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie der Angehörigenberatung mit Blick auf die in vernetzten Strukturen erforderliche Dokumentation diskutiert.

0680

Hausärztliche Demenzversorgung

Hanna Kaduszkiewicz (UKE Hamburg-Eppendorf, Abt. für Allgemeinmedizin)

H. van den Bussche

Einleitung: Hausärztinnen und Hausärzte sind bei der Betreuung von dementen Patienten und ihren Angehörigen mit vielfältigen Problemen konfrontiert: Die frühzeitige Diagnosestellung ist schwierig, weil normales Altern und pathologische kognitive Leistungseinschränkungen fließend ineinander übergehen, aber auch, weil patienten- und arztseitige Tabuisierungen die Kommunikation über kognitive Einschränkungen erschweren. Des Weiteren bestehen Unsicherheiten bei der Wahl der richtigen Diagnostik und Therapie sowie in weiten Teilen Unklarheit darüber, welche Aufgaben von Hausärzten, Neurologen und Psychiatern, Memorykliniken bzw. Gedächtnissprechstunden, spezialisierten Beratungsstellen etc. übernommen werden können bzw. sollen. In diesem Beitrag wird die Frage untersucht, ob und in wie weit eine Integrierte Versorgung (IV) Demenz bei diesen Problemen Abhilfe schaffen kann und wie realistisch ihre Umsetzung in die Praxis ist.

Methode: Hausärztliche Publikationen zur Frage von Problemen bei der Versorgung von dementen Patienten und ihren Angehörigen werden untersucht und die diskutierten Lösungsvorschläge vor dem Hintergrund aktuell laufender Projekte (Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenz der DGPPN, Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, Integrierte Versorgung Blaue Blume Schwaben, Integrierte Versorgung Demenz Hamburg-Ost, verschiedene Fortbildungsprogramme) auf ihre Umsetzbarkeit geprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Die Diagnose- und Behandlungswege sowie Schnittstellen-definitionen sind bei der Demenzerkrankung nicht so detailliert beschreibbar, konsensfähig oder gar evidenzbasiert wie bei anderen Erkrankungen, für die IV-Verträge nach §

140a SGB V abgeschlossen wurden (z.B. Hüft- oder Knieendoprothetik). Vielmehr sind die Diagnose- und Behandlungspfade stark von den regional verfügbaren, bekannten und gut kooperierenden Institutionen und deren Schwerpunktsetzungen abhängig. Zudem erscheint es unwahrscheinlich, dass Krankenkassen ein Interesse am Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung Demenz nach § 140a SGB V haben. Daher sollten Projekte zur integrativen Versorgung Demenzkranker eher im Sinne freiwilliger regionaler Vereinbarungen ohne sozialrechtliche Vertragskonstruktion konzipiert werden.

0681

Vorstellung des DGPPN Rahmenkonzeptes – Integrierte Versorgung Demenz

Frank Jessen (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die DGPPN hat sich zum Ziel gesetzt, Rahmenkonzepte für integrierte Versorgung der häufigen psychiatrischen Erkrankungen in Abstimmung mit den Gesellschaften und Verbänden, die wesentlich an der Versorgung der jeweiligen Erkrankung beteiligt sind, zu entwickeln. Unter Einbeziehung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie- und psychotherapie (DGPP), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), dem Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), dem Berufsverband Deutscher Psychiater (BVD), dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVND), dem Deutschen Hausärzterverband und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wurde ein Rahmenkonzeptpapier zur integrierten Versorgung von Patienten mit Demenz durch die DGPPN entwickelt. Als wesentliches Ziel des Papiers wurde die Qualitätsverbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatienten definiert. In dem Rahmenkonzept sind Kernpunkte benannt, die im Kontext einer integrierten Versorgung als wesentlich angesehen werden, um diese Qualitätsverbesserung auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu erreichen. Es werden grundsätzliche Aspekte der Vernetzung, der Leitlinienimplementierung, des Datenaustausches, der Qualitätskontrolle und der Fortbildung beschrieben. Ferner werden diagnostische Abläufe und therapeutische Pfade unter besonderer Einbeziehung nicht-pharmakologischer Behandlungen skizziert. Das Rahmenkonzept stellt eine generelle Richtschnur dar, an dem sich integrierte Versorgungsprojekte entsprechend lokaler Gegebenheiten orientieren sollten. In dem Vortrag werden die wesentlichen Punkte des Papiers ausführlich dargestellt.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 15/16

S-170 Symposium

Verhaltensstörungen bei gerontopsychiatrischen Patienten

Vorsitz: T. Wetterling (Berlin), J. Staedt (Berlin)

0821

Schlafstörungen bei gerontopsychiatrischen Patienten

Jürgen Staedt (Vivantes Klinikum Spandau, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Einleitung: Mit dem Alter treten sowohl qualitative als auch quantitative Veränderungen des Schlafes auf, und etwa 38% der Älteren berichten gemäß epidemiologischer Untersuchungen über Schlafstörungen. Einschlafstörungen beklagen 36%, und bis zu 29% der über 65 jährigen klagen über Durchschlafstörungen. Schlafpolygraphisch lässt sich eine abnehmende Konsolidierung des NONREM-

Schlafes feststellen. Bei der Alzheimer Demenz akzentuieren sich zusätzlich diese altersassoziierten Veränderungen des Schlafes und etwa 34–43% der diagnostizierten Alzheimer-Demenz Patienten weisen eine Schlafstörung auf.

Methode: Thematischer Fokus: Neben der Funktion des Schlafes werden häufige Auslöser von Schlafstörungen im Alter besprochen, insbesondere wird hierbei auch auf periodische Beinbewegungen und das Apnoesyndrom eingegangen. Kenntnisse in den Untersuchungsverfahren werden praxisnah vermittelt

Diskussion/Ergebnisse: Diskussion: Neben somatischen/psychiatrischen Erkrankungen als Auslöser von Schlafstörungen im höheren Lebensalter können häufig auch Schlaf/Wachrythmusstörungen durch eine nicht ausreichende „psychosoziale Tagesstruktur“ begünstigt werden. Die sich daraus ergebenden verhaltenstherapeutischen und pharmakotherapeutischen Implikationen werden diskutiert. Weiterführende Literatur: Staedt J & Riemann D: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen. Kohlhammer Verlag 2006; Staedt J, Stoppe G (2005) Editorial: Treatment of rest-activity disorders in dementia and special focus on sundowning Int J Geriatr Psychiatry 20(6): 507–511

0822

Medikamentöse Therapieansätze, nicht-medikamentöse Therapieansätze bei Verhaltensstörungen von gerontopsychiatrischen Patienten

Gabriela Stoppe (Universität Basel, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Gegenwärtig ist eine alleinige Pharmakotherapie von Verhaltensstörungen die übliche Praxis. Dabei sind Nebenwirkungen und Interaktionen bei den oft polypathischen PatientInnen die Regel. Zudem sind einige Symptome, wie z.B. Schreien und Wanden, einer Pharmakotherapie kaum zugänglich.

Methode: Darstellung der Analyse von Umgebungs- und Bedingungsfaktoren. Vermittlung eines Behandlungsalgorithmus. Auswahl von Psychopharmaka nach vorliegender Evidenz, Beachtung von Rezeptorprofilen und Nebenwirkungen. Dosierung und Behandlungsdauer.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt sollte eine Pharmakotherapie auf das notwendige Mass reduziert sein. Ein systematisches Vorgehen und die Kombination medikamentöser und nicht-medikamentöser Massnahmen wird vermittelt.

0823

Verhaltensstörungen bei gerontopsychiatrischen Patienten

Tilman Wetterling (Vivantes Klinikum Hellersdorf, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

T04 Suchterkrankungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.1

S-007 Symposium

Neurobiologie der Nikotinabhängigkeit

Vorsitz: M. Smolka (Mannheim), A. Batra (Tübingen)

0028

Interaktionen zwischen Rauchstatus, Diagnose und Serotonintransporterverfügbarkeit: eine PET-Studie mit [¹¹C]DASB bei gesunden Probanden und Patienten mit Zwangserkrankung, Depression und Alkoholabhängigkeit

Matthias Reimold (Universitätsklinik Tübingen, Nuklearmedizin)

0029

Intravenöse Selbstverabreichung von Nikotin und Rückfallverhalten bei Ratten: Einfluss auf die Expression von Genen

Rainer Spanagel (ZI für Seelische Gesundheit, Psychopharmakologie, Mannheim)

0030

Cue-Reaktivität bei Rauchern. Untersuchungen mit fMRT

Michael Smolka (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)

M. Bühler, S. Klein, A. Kobiella, H. Budde, C. Graf, C. Fehr

Einleitung: Durch Konditionierungsvorgänge während der Entwicklung einer Tabakabhängigkeit können tabak-bezogene Reize Verlangen nach Tabak, periphere physiologische Reaktionen und Aktivierungen im Belohnung-System und anderen subkortikalen und kortikalen Hirnstrukturen auslösen. Diese so genannte Cue-Reaktivität kann dabei zu individuell unterschiedlich starken Reaktionen führen. Wir haben untersucht, welchen Einfluss Stimulusmaterial, Schweregrad der Tabakabhängigkeit und Intensität des Cravings auf die Ausprägung dieser Cue-Reaktivität haben.

Methode: In zwei Studien wurde der Effekt selbst generierter visueller tabak-bezogener Stimuli untersucht; in einer weiteren Studie untersuchten wir den Effekt von Tabakwerbung. Die Stimuli wurden den Probanden (Raucher und Nicht-Raucher) während funktioneller Kernspintomographie (fMRT) in einem Block-Design präsentiert. Der Schweregrad der Tabakabhängigkeit wurde mit der Fagerström Nicotine Dependence Scale (FTND) bestimmt und das Craving mittels VAS gemessen. Anschließend wurden die Daten mit SPM ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden signifikante Assoziationen zwischen der Intensität des Craving und cue-induzierter Hirnaktivität im Belohnungssystem, welches Anreizmotivation vermittelt, und im Netzwerk des episodischen Gedächtnisses. Der Schweregrad der Abhängigkeit war mit der cue-induzierten Hirnaktivität in Netzwerk visuospatialer Aufmerksamkeit und motorischen System korreliert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Craving und Schweregrad der Abhängigkeit unabhängig mit der Funktion unterschiedlicher Netzwerke assoziiert sind.

0031

Kandidatengene für die Tabakabhängigkeit – vom Rezeptorgen zu Merkmalen des abhängigen Rauchens

Anil Batra (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

P. Bauer, C. Bajinski, S. Collins, G. Schumann, F. D. Wernz, O. Riess

Einleitung: Genetische Studien zu Bedingungsfaktoren des Rauchens

untersuchen Assoziationen genetischer Polymorphismen im Bereich ausgewählter Neurotransmitter (z.B. D₂, D₃, D₄, AcRx, DAT) oder im Bereich des CYP2A6 oder CYP2D6. Dabei bestätigt sich nach aktueller Studienlage ein Einfluss des D₂-Rezeptorgens auf Rauchcharakteristika.

Methode: Ausgehend von ersten Untersuchungen an Teilnehmern einer Raucherentwöhnungsstudie (s. Batra et al. 2005, Nervenarzt S1–119), werden Assoziationsuntersuchungen zwischen 14 SNPs und den Rauchcharakteristika von N=273 Rauchern vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt ließen sich 11 SNP's auswerten, dabei zeigt sich bezüglich der Komponenten des dopaminergen Systems (Dopaminrezeptoren D₂–D₄, DAT, COMT) ein signifikanter Einfluss des D₃-Rezeptorgens ($p < 0,001$), sowie ein signifikanter Einfluss des MAOAgens ($p = 0,009$) auf den Zigarettenkonsum. Die Ergebnisse bestätigen zum Teil bekannte Befunde aus der Literatur. Hinweise auf weitere positive Assoziationen im Bereich des cholinergen Systems und des Nikotinmetabolismus geben Anlass, diese Befunde an größeren Stichproben mit definierten Kontrollgruppen (Ex-, Wenig- und Nieraucher) zu validieren.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 20

FW-001 Forschungsworkshop

Genetik und funktionelle Genetik bei stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Störungen

Vorsitz: S. Bleich (Erlangen), G. Schumann (London)

0001

Funktionelle Genetik des serotonergen Systems: Bedeutung für die Alkoholabhängigkeit

Ulrich W. Preuss (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Der Phänotyp der Alkoholabhängigkeit entwickelt sich über viele Jahre durch eine dauernde Interaktion zwischen genetischen und Umweltfaktoren. Dabei spielt das serotonerge System möglicherweise eine signifikante Rolle. Ziel der Auswertungen zu funktionellen Konsequenzen von genetischen Varianten des serotonergen Systems ist es, Zusammenhänge zwischen Phänotyp, Genotyp und dessen funktionellen Konsequenzen herzustellen, um die genetischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit besser verstehen zu lernen.

Methode: Anhand einer größeren Stichprobe von Alkoholkranken wurden verschiedene funktionelle genetische Varianten von Kandidatengenen des serotonergen Systems in Abhängigkeit von alkohol- und alkoholismus-assoziierten Phänotypen untersucht (5HTT, 5HT_{1A}, 5HT_{2A}, GB₃). Bindungsstudien sowie eine pharmakologische Challenge mit einem SSRI wurden in Abhängigkeit vom Genotyp wurden für den 5HTT für kleinere Stichproben durchgeführt. Alle eingeschlossenen Patienten erfüllten die ICD₁₀ Kriterien der Alkoholabhängigkeit. Alkoholismus-assoziierte Phänotypen wurden mit dem SSAGA (Semi-Structured Assessment on Genetics in Alcoholism) bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Während die Bindungsstudien und die pharmakologische Challenge keine signifikanten Einfluss des 5HTT Genotyps ergab, zeigte sich sowohl für die Initiation, als auch die Aufrechterhaltung und die Rückfälligkeit der Alkoholabhängigkeit ein Profil von funktionellen Varianten der untersuchten Kandidatengene, die jeweils einen kleinen aber signifikanten Einfluss auf die Phänotypen ausüben. Diese Untersuchungen stützen frühere Befunde, die einen signifikanten Einfluss des serotonergen Systems auf verschiedene Krankheitsstadien der Alkoholabhängigkeit haben. Dabei handelt es sich um häufig vorhandene, funktionell relevante genetische Varianten, die auch auf ganz unterschiedliche Phänotypen Einfluss ausüben.

0002

Genetische und epigenetische Befunde zum mesolimbischen Rewardsystem bei Anorexie und anderen Eßstörungen

Helge Frieling (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

B. Lenz, J. Wilhelm, T. Hillemacher, S. Bleich

Einleitung: In der Ätiologie von Eßstörungen wie Anorexia nervosa (AN) oder Bulimia nervosa (BN) wurden in den vergangenen Jahren neben psychosozialen Einflüssen zunehmend biologische Faktoren als entscheidend identifiziert. Zwillings-, Familien- und Kohortenstudien konnten verschiedene Kandidatengene identifizieren, die Ergebnisse sind jedoch noch sehr uneinheitlich.

Diskussion/Ergebnisse: Wir konnten im Rahmen der HEaD-Studie (Homocysteine and Eating Disorders) zeigen, daß bestimmte genetische Polymorphismen von Genen des mesolimbischen Rewardsystems (Catechol-O-Methyltransferase (COMT), 5-HT-Transporter (5-HTT)) weniger mit den Diagnosen als mit bestimmten klinischen Charakteristika von AN und BN assoziiert sind, darunter bulimische Verhaltensweisen, Störungen der Impulsregulation und depressive Symptome. In weiteren Untersuchungen konnten wir die Bedeutung epigenetischer Prozesse im Rahmen von Eßstörungen aufklären. Darunter fallen Vorgänge der Regulation der Genexpression wie Veränderungen der Chromatinstruktur und DNA-Methylierung. Bei Frauen mit AN besteht eine vermehrte DNA-Methylierung im Promoterbereich des im dopaminergen Rewardsystems zentralen Gens für das Alpha-Synuclein. Diese vermehrte Methylierung ist mit einer verminderten Expression des Alpha-Synuclein Gens assoziiert. Zwischen dem mesolimbischen Rewardsystem und dem Endocannabinoid-System bestehen enge Verknüpfungen. Störungen des Endocannabinoid-Systems wurden für Eßstörungen bereits beschrieben. Wir konnten eine vermehrte Expression des Cannabinoid-Rezeptor 1 Gens (Cnr1) bei Patientinnen mit AN und BN nachweisen. Höhere mRNA-Spiegel im Blut waren dabei mit einem mildereren Krankheitsbild assoziiert. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß es viele Hinweise für eine Störung des mesolimbischen Rewardsystems im Rahmen von Eßstörungen gibt, die zum Teil durch (epi-)genetische Veränderungen erklärbar sind. Es bleibt zu diskutieren, in wie weit Veränderungen bereits zu Beginn der Erkrankung bestehen und gegebenenfalls eine Prädisposition darstellen oder erst durch Hungerprozesse im Erkrankungsverlauf entstehen und dann als aufrechterhaltende Bedingungen fungieren können.

0003

Serotonin und Vasopressin: Genetische und epigenetische Veränderungen im Belohnungssystem

Thomas Hillemacher (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

D. Bönsch, H. Frieling, K. Bayerlein, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Die Bedeutung serotonerger Mechanismen stand ebenso wie endokrinologische Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden Achse (HPA-Achse) im Zentrum wissenschaftlichen Interesses.

Diskussion/Ergebnisse: Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass diese Veränderungen auch durch genetische und epigenetische Mechanismen reguliert werden. Verschiedene Studien fanden beispielsweise eine Bedeutung des Polymorphismus des Serotonin-Transporters (5-HTTLPR) bei Alkoholabhängigkeit. In dem Vortrag werden Ergebnisse unserer Arbeitsgruppe vorgestellt, die fanden dass das lange Allel des Serotonin-Transporter Polymorphismus mit compulsivem Alkohol-Craving bei Alkoholabhängigkeit assoziiert ist, zu mindest bei männlichen Patienten. Aktuelle Studien ergaben auch erste Hinweise auf einen Einfluss volumenregulatorischer Mechanismen in der Neurobiologie des Alkohol-Craving (1), möglicherweise vermittelt über einen Einfluss von Vasopressin und ANP (atriaes natriuretisches Peptid) auf die HPA-Achse. Wir stellen Ergebnisse hinsichtlich epigenetischer

Veränderungen der Vasopressin Regulation bei Alkoholabhängigkeit und ihren Zusammenhang mit Alkohol-Craving vor. Diese Ergebnisse werden im Zusammenhang mit anderen Forschungsergebnissen zur Neurobiologie des Craving diskutiert und mögliche therapeutische Konsequenzen wie der Einsatz von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit mit einbezogen. Literatur: (1) Hillemacher T, et al.: Volume intake and craving in alcohol withdrawal. Alcohol & Alcoholism, 2006, 41:61-5

0004

Epigenetische Dysregulation der zellulären Stressresponse bei Alkoholabhängigkeit

Stefan Bleich (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Elevated plasma homocysteine concentrations can influence genomic and gene specific DNA methylation in peripheral blood cells. The aim of this study was to investigate whether in patients with alcohol dependence, who show chronically elevated homocysteine levels, DNA methylation pattern within the HERP (homocysteine-induced ER protein) promoter region and expression of HERP-mRNA is altered.

Methode: The HERP mRNA expression level was measured by quantitative PCR in the blood of 66 male alcoholics and 55 non-drinking healthy controls. Epigenetic genomic DNA methylation status and HERP promoter methylation was measured with a non-radioactive elongation-assay: Results: We observed a significant increase (7.6%) of the HERP promoter DNA methylation in patients with alcohol dependence (t-Test, $t=-2.45$, $p<0.02$) when compared with healthy controls (80.4%, SD 14.5) which was significantly associated with their elevated homocysteine levels (multiple linear regression, $p<0.007$). Furthermore, we found a significant lower HERP mRNA expression in patients with alcohol dependence (t-Test, $-7.61 \Delta CT$; SD 1.87, $p<0.001$) when compared with healthy controls ($-6.04 \Delta CT$; SD 2.41). The lowered HERP mRNA expression in alcoholic patients was best explained by the hypermethylation of the regulatory HERP gene promoter (regression analysis, $p=0.004$).

Diskussion/Ergebnisse: To our knowledge, this is the first study evaluating HERP mRNA expression and its specific gene promoter methylation in alcoholics. Since hypermethylation of DNA is an important epigenetic factor in the down regulation of gene expression and since HERP has been linked to play an essential role within the intracellular defense system these findings may be useful in the understanding and treatment of different disease conditions associated with alcohol dependence.

0005

An integrated approach to identify neurobiological mechanisms of addictive behaviour

Gunter Schumann (King's College London, Institute of Psychiatry, MRC-S) M. Smolka, R. Spanagel, K. Mann

Einleitung: Addiction disorders are frequent oligogenic disorder with complex inheritance patterns and interplay of genetic and environmental factors contributing to their phenotype. They are heterogenous by nature with common and distinct genes contributing to different phenotypes of substance use disorders. To identify the genetic and neurobiological basis of addiction disorders we take into account these characteristics by identifying candidate genes shown to alter drug taking behaviour in animal models and analyse them for association with analogous phenotypes of substance use disorders in humans.

Methode: A recent example of this approach, the characterization of the role of a circadian rhythm gene Period 2 in human alcohol drinking behaviour will be presented (Nature Medicine, 2005; 11: 35-42). Neuroimaging permits reduction in phenotypic heterogeneity by measuring specific brain functions implicated in the etiology of addiction disorder.

ders and link them to genetic variations and behavioural characteristics relevant to disease processes. We will provide examples demonstrating the validity of this approach by analyzing the association of 5-HTT and COMT genotypes with fMRI-response to negative emotional cues (Nature Neuroscience, 2005; 8: 20–21, J. Neuroscience, 2005; 25: 836–42).

Diskussion/Ergebnisse: The integration of our candidate gene approach using behavioural animal models and neuroimaging studies will be described by providing an outlook of a recently funded EU-integrated gene-neuroimaging project “IMAGEN”.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 15/16

S-026 Symposium

Exzessive Mediennutzung aus der klinischen Perspektive

Vorsitz: S. M. Grüsser-Sinopoli (Berlin), B. T. te Wildt (Hannover)

0122

Mediennutzung in Kindheit und Adoleszenz: Auswirkungen auf Sozial- und Freizeitverhalten

Thomas Mößle (Kriminol. Forschungsinstitut, Niedersachsen e.V., Hannover)

M. Kleimann, F. Rehbein

Einleitung: Neunjährige verbringen rund anderthalb Stunden pro Tag vor dem Fernseher und ca. eine halbe Stunde mit Computer- oder Videospielen (KIM-Studie 2005; KFN-Schülerbefragung 2005). Mit höherem Lebensalter steigen die Nutzungszahlen weiter an: 16-Jährige verbringen bereits knapp zwei Stunden mit dem Fernsehen und spielen ca. 55 Minuten Computer- oder Videospiele.

Methode: In einer für zehn deutsche Regionen repräsentativen Schülerbefragung an 5529 Viertklässlern und 14301 Neuntklässlern ergaben sich auffällige Zusammenhänge zwischen Medienausstattung, Mediennutzung sowie inhaltlichen Präferenzen und Sozialverhalten, Freizeitverhalten sowie schulbezogenen Leistungsdaten (KFN-Schülerbefragung 2005). Die genauen strukturellen Zusammenhänge soll eine auf fünf Jahre angelegte Panelstudie (n=1000) näher beleuchten. In einem Kontrollgruppendesign wird erfasst, welche Veränderungen sich durch eine gezielte Intervention und zeitliche Reduktion der Mediennutzung bei zu Beginn der Studie achtjährigen Schüler/innen erreichen lassen, wie sich das Freizeit- und Sozialverhalten der Kinder und ihre Lern- und Schulleistungen verändern (Erhebungsinstrumente: Lehrer-, Eltern-, Schülerfragebogen, FEES Skala SIKS, CFT 20, WS, ZF).

Diskussion/Ergebnisse: Relevante Ergebnisse beider Studien sollen vorgestellt werden. So zeigte die KFN-Schülerbefragung 2005 neben deutlichen Geschlechtsunterschieden in der Medienausstattung und Mediennutzung auch deutliche regionale Mediennutzungs- und -ausstattungsunterschiede sowie Unterschiede in Abhängigkeit des Bildungsniveaus im Elternhaus. Ferner zeigte sich, dass zeitlich extensive Nutzung von Fernsehen und Computerspielen sowie die starke Nutzung inhaltlich bedenklicher Formate mit schlechterer schulischer Leistung einhergeht.

0123

Psychopathologische Variablen der exzessiven Computernutzung: Diagnostik und therapeutische Implikationen im Forschungsüberblick

Ralf Thalemann (Charité – ISFB, Medizinische Psychologie, Berlin)

Einleitung: Computerspiele erfreuen sich anhaltend einer großen Beliebtheit im Alltag Heranwachsender. Damit zusammenhängend wird in Fachpublikationen wiederholt von Kindern und Jugendlichen berich-

tet, die aufgrund ihres exzessiven Computerspielverhaltens als „Computerspielsüchtige“ bezeichnet werden.

Methode: In der Regel wird in internationalen Studien das exzessive Computerspielen über die Kernsymptome von Abhängigkeit (oder pathologisches Glücksspiel) nach ICD bzw. DSM operationalisiert; zu den Abhängigkeitskriterien zählen das unwiderstehliche Verlangen, der Kontrollverlust, die Entwicklung von Toleranz (Dosissteigerung), eine zunehmende Vernachlässigung alternativer Vergnügungen und Interessen, Aufrechterhaltung des Spielens trotz negativer Konsequenzen (gesundheitlicher und sozialer Art) sowie Entzugserscheinungen.

Diskussion/Ergebnisse: Der Vortrag diskutiert über die deskriptive Darstellung des Phänomens, Prävalenzschätzungen und psychiatrische Komorbiditäten hinaus eine spezifische belohnende, stress-reduzierende bzw. emotionsregulierende Funktion des exzessiven Computerspielens in der frühen Jugend und stellt psychophysiologische Arbeiten bei jungen erwachsenen Computerspielern in diesen Kontext. Die vorliegenden Studienergebnisse rechtfertigen eine Einordnung des exzessiven Computerspielverhaltens als süchtiges Verhalten. Im Rahmen der Diskussion soll ferner der Frage nachgegangen werden, ab wann eine exzessive Computerspielnutzung eine psychische Störung mit Behandlungswert ist.

0124

Exzessive Computerspielnutzung im jungen Erwachsenenalter: Besonderheiten in Lebensbiographie und Persönlichkeit?

Florian Rehbein (KFN, Hannover)

T. Mößle, M. Kleimann

Einleitung: Ein gewisser Anteil aller Computer- und Videospielnutzer neigt zu einem quantitativ auffälligen, exzessiven Spielverhalten (ca. 3–13%). Die exzessive Nutzung elektronischer Spiele wird zunehmend problematisiert und mit Verhaltensstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Störungen des Sozialverhaltens und einer Beeinträchtigung der Intelligenzentwicklung bzw. Leistungsfähigkeit in Beziehung gebracht. Gleichzeitig wird den Spielen auch eine förderliche Wirkung auf vielfältige Kompetenzen zugesprochen. Die besonderen Charakteristika der „Vielspieler“ und in zunehmendem Maße auch „Vielspielerinnen“ sind bislang jedoch kaum erforscht worden.

Methode: Im Rahmen der Vorbereitung einer experimentellen Studie wurden männliche und weibliche Probanden heterogener Bildungsschichten im Alter zwischen 18 und 25 Jahren eingehend untersucht (n=360). Dabei wurden Nichtspieler (n=120), Gelegenheitsspieler (n=120) und Intensivspieler (n=120) gleichermaßen in die Stichprobe einbezogen. Neben einer schriftlichen Befragung zum biographischen Hintergrund und Mediennutzungsverhalten nahmen die Probanden an einer umfassenden psychologischen Untersuchung teil, die auch Intelligenz- und Persönlichkeitsdiagnostik umfasste.

Diskussion/Ergebnisse: Dargestellt wird, wie sich die betrachteten Nutzergruppen hinsichtlich relevanter Variablen voneinander unterscheiden. Hierbei werden überblicksartig Erkenntnisse sowohl aus der schriftlichen Befragung als auch aus der psychologischen Untersuchung mit einbezogen.

0125

Untersuchung zur psychopathologischen und klinischen Bedeutung des Phänomens der Internet- und Computerspielabhängigkeit

Bert Theodor te Wildt (Medizin. Hochschule Hannover, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Im Hinblick auf klinische Relevanz und diagnostische Einordnung herrscht bei abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf die Nutzung digitaler Medien bisher Unklarheit. Die vorliegende Studie widmet sich der Frage, ob der sogenannte pathologische Internetgebrauch im Sinne stoffgebundener Abhängigkeit als Sucht, im Sinne stoffungebundener Abhängigkeit als Impulskontrollstörung oder

vielmehr als Symptom anderer psychischer Erkrankungen zu verstehen ist.

Methode: Mit Hilfe ausführlicher Anamnese, strukturierter klinischer Interviews nach DSM-IV (SKID I) sowie verschiedener Selbstbeurteilungsskalen wurden 23 Probanden, die die Kriterien für pathologischen Internetgebrauch nach Young/Beard erfüllten, in der Internetsuchtskala (ISS) pathologische Werte erzielten und einen klinisch relevanten Leidensdruck aufwiesen, diagnostisch untersucht und mit einer in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schulbildung gleichsinnigen Gruppe gesunder Kontrollprobanden (n=23) verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Probanden mit einem Altersdurchschnitt von 30 Jahren waren überwiegend männlich (74%). Sie bewegten sich durchschnittlich 6,5 h/d im Internet, mehrheitlich in Internet-Rollenspielen, also in einem Internet und Computerspiele integrierenden Medienformat. Gemessen mit dem Beck-Depressionsinventar (BDI) wiesen 78,3% der internetabhängigen Probanden ein depressives Syndrom auf. 11 Probanden erfüllten im SKID I die Kriterien für eine Major Depression und 7 Probanden die für eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik. Bei 6 internetabhängigen Patienten ergab sich im Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) der Verdacht auf eine dissoziative Symptomatik, wobei lediglich bei zweien eine entsprechende klinisch relevante Störung zu eruieren war. Im Mittelwertvergleich wiesen die Probanden gegenüber der Kontrollgruppe signifikant höhere Werte für Depression (BDI), Dissoziation (FDS) und Internetabhängigkeit (ISS) auf ($p < 0,05$). 6 von 23 Probanden berichteten von einer Suchtproblematik in der Vergangenheit. Abgesehen vom hohen Anteil an depressiven Störungen ergab sich ein relativ heterogenes Bild klinischer Diagnosen, wobei 8 Probanden auch die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllten, 75% vom dramatisch-emotionalen Cluster B. In Bezug auf die Barrat-Impulsivness-Scale (BIS) ergab sich kein Unterschied in den Summenscores. Wenngleich es phänomenologische Gemeinsamkeiten mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen und mit der ausgesprochen heterogenen Gruppe der Impulskontrollstörungen gibt, sprechen die vorliegenden Daten eher dafür, dass sich hinter pathologischem Internetgebrauch bekannte psychische Störungen verbergen, die mit der Übersetzung in die virtuelle Welt einen Gestaltwandel erfahren. Hierbei scheinen insbesondere Störungen eine Rolle zu spielen, die mit depressiv-regressiven, ängstlich-vermeidenden und dissoziativen Tendenzen einhergehen. Aus psychodynamischer Sicht lässt sich ein depressiver Rückzug ins Cyberspace nicht nur als Symptom sondern auch als neurotischer Konfliktlösungsversuch verstehen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 21

S-028 Symposium

Suchtmedizin: from bench to bedside

Vorsitz: F. Kiefer (Mannheim), A. J. Fallgatter (Würzburg)

0132

Begründen Erkenntnisse zur Neurobiologie der Sucht die aktuellen Therapieansätze?

Falk Kiefer (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtforschung, Mannheim)

Einleitung: Die Einnahme eines Suchtstoffs führt zu einem zwanghaft-repetitiven, motivational eingeengten Verhalten, dass auf die Fortsetzung der Suchtmittelinnahme zentriert ist. Die Ursache hierfür liegt in der spezifischen Pharmakologie der Suchtstoffe, deren Einnahme mit einer dopaminerg vermittelten Aktivierung des mesolimbischen Belohnungs- und Verstärkungssystems einhergeht, dessen zentrale Funktion die Bewertung von Verhalten und die Motivationsbildung ist.

Methode: Übersicht und Bewertung publizierter Daten

Diskussion/Ergebnisse: Da die Einengung der Motivation zu Gunsten der fortgesetzten Suchtmittelinnahme zentraler Wirkmechanismus und „Klasseneffekt“ aller Suchtstoffen ist, kann die ausreichende Therapiemotivation nicht zum Eingangskriterium für die Aufnahme einer Behandlung sein. Die Suchttherapie muß im Gegenteil mit der Motivationsbehandlung beginnen und über die Suchtmittelabstinenz zu einer Entkopplung von suchtmittelassoziierten Stimuli und Substanzeffekt beitragen.

0133

Dopaminerge Transmission – Genetische Aktivität und epigenetische Regulation: eine Bedingung zur Aufrechterhaltung des Alkoholverlangens bei nicht-abstinenten, alkoholabhängigen Patienten?

Stefan Bleich (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)
D. Bönsch

Einleitung: Das Alkoholverlangen, Suchtdruck oder „Craving“ ist ein wichtiger Faktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit und außerdem mitverantwortlich für Rückfälle. Die zugrundeliegenden Mechanismen konnten bis heute nicht vollständig erklärt werden, es mehren sich jedoch Hinweise auf verschiedenste neurobiologische Mechanismen. In aktuellen Arbeiten wurden Untersuchungen zur Dopamin-Hömostase am Beispiel des Alpha Synucleins (AS) durchgeführt.

Methode: Untersucht wurde das Kollektiv (alkoholabhängige Patienten) der Franconian Alcoholism Research Studies (FARS). Die AS-Expression wurde auf mRNA- und Proteinebene analysiert. Genetische und epigenetische Untersuchungen zur Regulation der AS-Expression am Alpha Synuclein folgten.

Diskussion/Ergebnisse: Bei alkoholabhängigen Patienten im frühen Alkoholentzug finden sich erhöhte AS-Werte, die signifikant positiv mit dem Craving (OCDs) assoziiert sind. Ein vor dem Promotor gelegenes repetitives Element (NACP-REP1) beeinflusst die Expression des AS-Gens. Bei den alkoholabhängigen Patienten konnten deutlich längere Repeats im Vergleich zu gesunden Kontrollen gefunden werden, wobei die Länge der Repeats mit der Expression des Gens korrelierte. Diese Befunde sprechen insgesamt für eine genetische Beeinflussung des Alkohol-Cravings durch alpha Synuclein. Weitere Untersuchungen zeigten zudem Veränderungen der Methylierung des AS-Promotors bei den alkoholabhängigen Patienten. Gemeinsam sprechen diese Befunde für einen bedeutsamen Anteil von alpha Synuclein an den genetischen Mechanismen der Entwicklung von Alkohol-Craving.

0134

Nah-Infrarot Spektroskopie bei Alkoholabhängigkeit: zukünftig klinisch relevant?

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. M. Plichta, M. M. Richter, C. G. Bähne, A.-C. Ehls, M. M. Schecklmann

Einleitung: Viele psychiatrische Erkrankungen gehen mit Defiziten in frontalen Hirnfunktionen einher, wie bildgebende Untersuchungen unter anderem während Wortflüssigkeitsaufgaben zeigen. Auch alkoholabhängige Patienten scheinen insbesondere im dorsolateralen präfrontalen Kortex Funktionsdefizite zu haben. Die Nah-Infrarot Spektroskopie (NIRS) ist eine nebenwirkungsfreie und aufgrund ihrer einfachen Durchführbarkeit gerade für psychiatrische Patienten exzellent geeignete Methode, mit der man sehr elegant den Oxygenierungszustand kortikaler Hirnregionen messen kann.

Methode: In einer NIRS-Untersuchung während einer Wortflüssigkeitsaufgabe wurde die Oxygenierung frontaler Kortextareale bei Alkoholabhängigen nach Beendigung der Entzugsbehandlung mit Distranen und bei gesunden Kontrollpersonen untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Dabei zeigten sich auf der Verhaltensebene keine Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen in der Zahl der produzierten Worte, die mit einem vorgegeben Anfangsbuchstaben be-

ginnen mussten. Auf der Ebene der Hirnfunktion wiesen die Patienten jedoch ein geringer ausgeprägtes Oxygenierungsmuster im dorsolateralen präfrontalen Kortex im Vergleich zu den Kontrollpersonen auf. Wir interpretieren diese Befunde als Ausdruck einer veränderten frontalen Hirnfunktion bei alkoholabhängigen Patienten, die sensibler ist als die neuropsychologischen Leistungsdaten. Verlaufsuntersuchungen nach längerer Abstinenz müssen klären, ob es sich bei diesem Befund um einen mit dem direkt vorausgegangen Alkoholentzug zusammenhängenden state marker oder um eine überdauernde Änderung der Frontalhirnfunktion bei alkoholabhängigen Patienten handelt.

0135

Auswirkungen der Ergebnisse der Sucht-Psychotherapieforschung in der Behandlungspraxis

Norbert Scherbaum (Rheinische Kliniken Essen, Abh. Verhalten u. Suchtmedizin)

Die Psychotherapie von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere bei Opiatabhängigkeit, ist jenseits von Suchtfachkliniken wenig verbreitet. In der ambulanten Versorgung gilt die Vermittlung von solchen Patienten in eine Psychotherapie als schwierig. Der verbreitete therapeutische Nihilismus ist wissenschaftlich nicht gerechtfertigt. Untersuchungen mit hohem methodischen Standard belegen, dass bei anderen Störungsgruppen bewährte psychotherapeutische Verfahren, z.B. die psychodynamische Psychotherapie oder die kognitive Verhaltenstherapie, mit Erfolg auch bei Opiatabhängigen eingesetzt werden können. Praktische Grenzen dieser Behandlungsformen sind u.a. der Mangel an Psychotherapeuten, die in der Behandlung Abhängiger erfahren sind und gewillt, Opiatabhängige in Behandlung zu nehmen. Aktuelle Entwicklungen betreffen insbesondere das Contingency Management (CM) und den Community Reinforcement Approach (CRA). Beim CM wird das Prinzip des Lernens nach einem Verstärkerplan angewendet: z.B. wird die Wahrscheinlichkeit eines erwünschten Verhaltens (Verzicht auf Suchtmittelkonsum) erhöht durch eine spezifische Belohnung dieses Verhaltens (z.B. bei drogenfreiem Drogenurinscreening Mitgabedosis bei Substitutionstherapie). Ein Verstärker ist auch bei dieser Anwendung umso wirksamer je kürzer die Zeitdauer zwischen gezeigtem Verhalten und Verstärkergabe ist. Ausgangspunkt des Community Reinforcement Approach ist die Tatsache, dass soziale Verstärker als die wirksamsten Verstärker gelten. Therapeut, Patient und soziales Umfeld (Partner, Arbeitgeber, soziale Hilfsinstitutionen etc.) treffen hierbei eine Vereinbarung darüber, bei welchem erwünschten Verhalten (z.B. Suchtmittelverzicht in bestimmten Situationen) welche sozialen Verstärker (z.B. Kinobesuch mit der Partnerin) gewährt werden. Für die beiden Verfahren existieren kontrollierte Untersuchungen, z.T. auch Meta-Analysen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 03

ST-004 State-of-the-Art-Symposium

Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Alkoholproblemen

Vorsitz: A. Heinz (Berlin), K. Mann (Mannheim)

0007

Neurobiologie und Pharmakologie des Alkoholismus

Falk Kiefer (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtforschung, Mannheim)

Der Erkenntnisgewinn zu den neurobiologischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit begründet sowohl ein neues Verständnis des prozesshaften Krankheitsverlaufs, als auch neue Therapieinterventionen. Abhängig vom bio-psychosozialen Bedingungsgefüge kann die Einnahme von

Alkohol zu einem zwanghaft-repetitiven, motivational eingeengten Verhalten führen, dass auf die Fortsetzung der Suchtmittelaufnahme zentriert ist. Die Ursache hierfür liegt in der spezifischen Pharmakologie des Alkohols, dessen Einnahme neben direkten Effekten auf das GABAerge, glutamaterge und serotoninerge System indirekt mit einer dopaminergen vermittelten Aktivierung des mesolimbischen Belohnungs- und Verstärkungssystems einhergeht, dessen zentrale Funktion die Bewertung von Verhalten und die Motivationsbildung ist. Ursprüngliche Motive für die Substanzeinnahme treten sukzessive in den Hintergrund, ihre therapeutische Bearbeitung führt oft nicht zur Beendigung des selbstverstärkenden Einnahmeverhaltens. Ein notwendiges Ziel jeder Therapie muß vielmehr die Entkopplung von Substanzeinnahme und Substanzeffekt sein.

0008

Psychotherapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung

Thorsten Kienast (PUK Charité im SHK, Berlin)

Die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in Kombination mit einer bestehenden Alkoholabhängigkeit stellt besondere Anforderungen an den Therapeuten und sein Team. Störungen der Abstinenzmotivation, ein ausgeprägtes Suchtmittelverlangen, Rückfälle und die Aktivierung dysfunktionaler Verhaltensschemata erschweren häufig die komplexe Behandlung. Neurobiologische Befunde bei Alkoholabhängigkeit weisen auf die Beeinträchtigung von Hirnstrukturen hin, die bei der Entfaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit beteiligt sind. Diese Beeinträchtigung ist möglicherweise eine der Ursachen für den verminderten Therapieerfolg bei diesen Patienten. In der stationären und ambulanten therapeutischen Praxis manifestiert sich dieser z.B. durch einen erhöhten Grad an Therapieabbrüchen von Seiten des Patienten aber auch durch Therapeuten. In diesem Vortrag werden aktuelle neurobiologische Befunde mit gängigen psychotherapeutischen Vorgehensweisen verknüpft. Nebeneffekt ist dabei auch eine erneute Fokussierung auf den Wirkfaktor „therapeutische Einstellung“ bei einer Therapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung. Als direkte Verknüpfung in den praktischen Bereich wird unser psychotherapeutisches Konzept für die stationäre Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung plus Alkoholabhängigkeit/Drogenabhängigkeit vorgestellt. Dieses Konzept folgt in ergänzender Weiterentwicklung der Dialektisch Behavioral Therapie (DBT) für suchtkranke Patienten (DBT-S), und befindet sich gerade in der Evaluationsphase.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.1

S-036 Symposium

Diagnostik und Therapie des Pathologischen Kaufverhaltens

Vorsitz: M. de Zwaan (Erlangen), A. Müller (Erlangen)

0173

Erste Ergebnisse einer Psychotherapiestudie

Astrid Müller (Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatik)

Einleitung: Von Januar 2004 bis Juni 2006 wurden insgesamt 57 Patienten (48 Frauen, 9 Männer) mit pathologischem Kaufverhalten im Alter von 23 bis 61 Jahren (MW 42.5, SD 9.3) im Rahmen einer monozentrischen Psychotherapiestudie behandelt. Die ersten Ergebnisse dieser Efficacy-Studie sollen hier vorgestellt werden.

Methode: Den Betroffenen wurde eine ambulante kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie angeboten, welche aus insgesamt 12 wöchentlichen Doppelstunden bestand. Die Patientinnen und Patienten wurden randomisiert in jeweils fünf Versuchs- (nGes=31) und vier Warte-

Kontrollgruppen (nGes=26) eingeteilt. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer beantworteten vor Behandlungsbeginn (to), nach Behandlungsende (t12) und bei einer 6-Monats-Katamnese (TKat) eine umfangreiche Testbatterie zur Erfassung des pathologischen Kaufverhaltens, der psychopathologischen Beeinträchtigung und psychiatrischen Komorbidität. Zur Überprüfung des Therapieeffektes wurden folgende Outcome-Variablen herangezogen: Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK), Compulsive Buying Scale (CBS), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Shopping Version (Y-BOCS-SV).

Diskussion/Ergebnisse: Alle Patientinnen und Patienten berichteten eine hohe Beeinträchtigung durch psychopathologische Symptome. Die Betroffenen wiesen sowohl zwanghafte als auch impulsive Merkmale auf. Es wurde eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen (v.a. soziale Phobie und Zwangsstörungen), Abhängigkeitskrankungen und Essstörungen (v.a. Binge Eating Störung) gefunden. Die Abbruchquote betrug 14 Prozent. Der Prä-Post-Vergleich ergab eine signifikante Verbesserung in den Outcomevariablen, die das pathologische Kaufverhalten erfassen. Außerdem war eine signifikante Verringerung der psychopathologischen Beeinträchtigung, der Impulsivität und von Zwangsverhalten in der Versuchsgruppe zu verzeichnen. Completer- und Intent-to-treat-Analyse (MANOVA) zeigten einen signifikanten Einfluss der Therapie. Die Nachhaltigkeit des Therapieeffektes wird gegenwärtig m. H. von Katamneseuntersuchungen überprüft.

0174

Computergestützte Selbstbeobachtung des Kaufverhaltens

Andrea Silbermann (Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatik/Psychotherapie)

Einleitung: In einer Pilotstudie wurden bei 26 Patienten (20 w, 6 m) im Alter von 23 bis 59 Jahren (MW 40,6) mit pathologischem Kaufverhalten elektronische Tagebücher zur Selbstbeobachtung und Selbstprotokollierung im natürlichen Kontext eingesetzt. Die computerisierte Art der Datenerfassung verhindert durch die kurze Latenzzeit zwischen der Protokollierung von Verhalten und dessen Auftreten verfälschende Erinnerungseffekte, die bei einer Einschätzung in der Retrospektive auftreten würden.

Methode: Als computerisierte Tagebücher erhielten die Patienten programmierte PalmPilots für die Dauer von 2 Wochen ausgehändigt. Die Patienten bekamen die Instruktion, die Selbstaufzeichnung von störungsspezifischen Symptomen bzw. Verhaltensweisen entweder nach einem akustischen Aufforderungssignal durch den Palm oder bei aktuell auftretendem pathologischem Kaufverhalten mehrmals täglich vorzunehmen. Folgende Variablen wurden erhoben: 1. Um die Quantität und Qualität des symptom-spezifischen Verhaltens zu erfassen, wurden die Patienten aufgefordert, jeden pathologischen Einkauf zu dokumentieren sowie spezifische Fragen zu dem jeweiligen Einkauf zu beantworten. 2. Eine Reihe von vorgegebenen Adjektiven aus dem Profile of Mood States (POMS) und der Positive and Negative Affectivity Scale (PANAS) erfasste bei jeder Aufzeichnung die aktuelle Stimmungslage. 3. Eine vorgegebene Liste von negativen Ereignissen erfasste alltägliche Belastungssituationen, die möglicherweise das Auftreten von störungsrelevanten Phänomenen begünstigten.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen, dass Zusammenhänge zwischen Stimmungsvariablen und pathologischem Verhalten bestehen. Außerdem ist die Bewertung des Einkaufs sowie der gekauften Produkte in einigen Punkten abhängig von der Häufigkeit des pathologischen Verhaltens.

0175

Pathologisches Kaufen: Evidenz für eine Verhaltenssucht

Sabine Miriam Grüsser-Sinopoli (Charité - ISFB, Medizinische Psychologie, Berlin)

Einleitung: Das Phänomen des exzessiven pathologischen Kaufens wurde erstmals zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter dem Begriff der Oniomanie

(krankhafter Kauftrieb) beschrieben. Pathologisches Kaufen ist definiert durch wiederholt auftretendes, impulsives und exzessives Kaufen von Dingen, die nicht unbedingt gebraucht werden. Das Störungsbild hat unter den Begriffen „exzessives“ oder „zwanghaftes Kaufen“ bzw. „Kaufsucht“ in den letzten Jahren verstärkt Eingang in die wissenschaftliche Forschung gefunden. Jedoch existiert bisher kein einheitliches Störungsmodell. Bislang kann pathologisches Kaufen nach den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV als „nicht näher bezeichnete“ bzw. „nicht andernorts klassifizierte Störung der Impulskontrolle“ diagnostiziert werden.

Methode: Das Störungsbild weist Gemeinsamkeiten mit einem Abhängigkeitssyndrom auf und lässt sich daher den so genannten stoffungebundenen oder Verhaltenssuchten zuordnen. So berichten die Betroffenen Entzugssymptome bei Reduktion oder Aufgabe des Kaufverhaltens, einen unüberwindlichen Drang bzw. starkes Verlangen zu kaufen und vergebliche Versuche, dem Kaufimpuls zu widerstehen. Zu Beginn hat für den Betroffenen noch die Induktion positiver Gefühlszustände durch das Kaufen eine zentrale Bedeutung. Mit zunehmender Pathologisierung des Verhaltens erwirbt jedoch das Kaufverhalten ähnlich wie bei stoffgebundenen Suchten zunehmend die Funktion einer inadäquaten Stressverarbeitungsstrategie.

Diskussion/Ergebnisse: Das Modell der Verhaltenssucht fokussiert explizit auf klassische und operante Konditionierungsprozesse, die an der Genese und Aufrechterhaltung exzessiven Kaufens beteiligt sind. Anhand des Modells der Verhaltenssucht lassen sich weiterführende therapeutische Strategien und Maßnahmen ableiten, die sich bei der Behandlung stoffgebundenen Abhängigkeiten bereits bewährt haben.

0176

Konzeptuelle Klassifikation des pathologischen Kaufverhaltens

Martina de Zwaan (Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatik/Psychotherapie)

Einleitung: Insgesamt 65 Patienten mit exzessivem Kaufverhalten (11 Männer und 54 Frauen) im Alter zwischen 19 und 61 Jahren (MW 41,4, SD 9,9) sollten beschrieben werden.

Methode: Alle Betroffenen beantworteten eine umfangreiche Fragebogenbatterie zur Erfassung des pathologischen Kaufverhaltens und der psychopathologischen Beeinträchtigung. Die psychiatrische Komorbidität wurde mit dem SKID erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Alle Interessenten zeigten erhöhte Summenwerte in den international gebräuchlichen Screeninginstrumenten für pathologisches Kaufen: SKSK (MW 52,5, SD 6,6), CBS (MW -4,2, SD 2,1) und Y-BOCS-Shopping Version (MW 21,2, SD 6,4). 83% der Untersuchten waren verschuldet, 25% hatten bereits Schuldnerberatungen in Anspruch genommen und 17% erwähnten ein Strafverfahren wegen Betruges. 63% der Patienten waren erwerbstätig, 11% arbeitslos und 26% nicht erwerbstätig. Als höchsten Schulabschluss gaben 2% der Befragten einen Sonderschul-, 31% einen Hauptschul- und 37% einen Realschulabschluss an. 28% hatten Abitur oder Fachhochschulreife und 2% waren ohne Schulabschluss. 62% der Untersuchten hatten bereits Psychotherapieerfahrungen, 38% befanden sich in einer laufenden Psychotherapie und 45% nahmen Psychopharmaka ein. Von 62 Betroffenen liegen Daten zur psychiatrischen Komorbidität (Achse I) vor, die mit dem Strukturierten Klinischen Interview (SKID-I) erhoben wurden. Bei 61 Betroffenen konnten zudem Impulskontrollstörungen und bei 49 Betroffenen Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) untersucht werden. Folgende Lebenszeitprävalenzen wurden festgestellt: Affektive Störungen 75%, Abhängigkeitskrankungen 22%, Angststörungen 79%, Essstörungen 23%, intermittierende explosible Störung 25%, Kleptomanie 8%, Pathologisches Spielen 3% und Trichotillomanie 2%. Auffallend hoch waren die Prävalenzen für soziale Phobie (57%), Zwangsstörungen (31%) und Binge Eating Störung (19%). Die am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen waren die depressive (35%), die selbstunsichere (33%), die zwanghafte (31%) und die Borderline-PS (20%). In der Zusammenschau verdeutlichen die Ergebnisse, dass Personen mit pathologischem Kaufverhalten psychopathologisch stark beeinträchtigt sind und sowohl ausgeprägte impulsive als auch zwanghafte Züge aufweisen.

PS-007 Postersitzung

Prädiktoren und Einflussfaktoren in der Therapie der Suchterkrankungen

Vorsitz: T. Kienast (Berlin)

0063

Bedingungen akuter Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen im Raum Rostock und Umgebung

Olaf Reis (Universität Rostock, Kinder-/Jugendneuropsychiatrie)

M. Pape, F. Häßler

Einleitung: Untersuchungsgrund: Die Studie exploriert Bedingungen für exzessiven Alkoholkonsum (Binge-Drinking) bei Kindern- und Jugendlichen. Stichprobe: Untersucht wurden die Kinder- und Jugendlichen, die zwischen dem 17.10.2004 und dem 18.9.2005 auf den Intensivstationen der Universitätskinderklinik Rostock und der Kinderklinik Güstrow wegen einer akuten Alkoholintoxikation (durchschnittlicher Blutalkoholgehalt 1.92 promille, $SD=0.61$) behandelt werden mussten ($n=72$, davon 34 Mädchen). Die PatientInnen (Altersdurchschnitt 15.11 Jahre, $SD=1.52$) wurden über das Bundesmodellprojekt Hart am Limit HaLt erreicht und noch während ihres Klinikaufenthaltes exploriert. Hypothesen: 1. Exzessivtrinken bei Kindern und Jugendlichen wird wesentlich durch alkoholische Mixgetränke (Alkopops) bedingt. 2. Konsummuster sind mit psychosozialen Faktoren wie Alter, Geschlecht, familiärer Belastung und Assoziation mit konsumierenden Freunden assoziiert.

Methode: Mit den Kindern und Jugendlichen wurde am Krankenbett ein Kontaktgespräch geführt, währenddessen individuelle Daten zur psychosozialen Situation und den Umständen der Intoxikation erhoben wurden. Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen wurden mit dem χ^2 Test untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Mixgetränke sind nur teilweise verantwortlich für Binge-Drinking. Bei der Hälfte aller Intoxikationen spielten Mixgetränke eine Rolle. Das Konsummuster hing weder mit dem Alter noch mit dem Geschlecht der intoxikierten Kinder und Jugendlichen zusammen. Für Mixgetränke ergab sich die Tendenz, dass sie tendenziell eher von anderen ausgegeben wurden ($L_2=2.82$, $df=1$, $p=0.09$) als selbst gekauft ($L_2=4.51$, $df=1$, $p=0.03$). Damit scheinen Jugendtrinkkulturen, die teilweise mit dem Gebrauch von Mixgetränken assoziiert sind, das Exzessivtrinken mit zu verursachen. Über 90% aller Intoxikationen fanden im Freundeskreis statt. In 68% der Fälle wurde der Alkohol über Freunde besorgt. Über die Hälfte (54.2%) aller Intoxikationen fielen auf einen Freitag oder einen Sonnabend. Bevorzugte Trinkorte und Gelegenheiten sind Parties (69.4%), Jugendtreffs oder Kneipen (40.3%), aber auch die eigene Wohnung (26.4%). Mehr als 40% aller PatientInnen hatten Freunde, die ebenfalls eine akute Alkoholintoxikation erlebt hatten, was insbesondere auf stark trinkende Jugendliche zutraf ($L_2=9.14$, $df=1$, $p=0.00$). Familiäre Belastungen scheinen dagegen nur schwach mit dem Exzessivtrinken assoziiert zu sein. So fand sich zwar eine Häufung von getrenntlebenden Elternteilen (54.2%) gegenüber der Rostocker Normalpopulation, nicht aber mehr Arbeitslosigkeit der Eltern, weder bei den Müttern (20.8%, Rostock-gesamt = 19.8%, März 2006), noch bei den Vätern (14.5%, Rostock-gesamt = 23.6%).

0064

Impulsives Verhalten in der Jugend als Prädiktor von späterem Alkoholproblemverhalten erste Ergebnisse einer prospektiven Studie

Susan Kluth (Greifswald)

S. Barnow, I. Ulrich, A. K. Völker, M. Stopsack, B. Möller

Einleitung: Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind in der medizinischen und psychologischen Forschung häufig untersuchte Themen.

Dennoch gibt es nur wenige Langzeitstudien, die bereits im Kindes- und Jugendalter ansetzen. Diverse Autoren postulieren einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Persönlichkeitsmerkmalen, die sich z.B. in impulsivem oder antisozialem Verhalten zeigen. Ziel der Studie ist die Untersuchung dieses vermuteten Zusammenhangs unter besonderer Beachtung der verschiedenen Aspekte impulsiven Verhaltens als Prädiktor von späterem Alkoholproblemverhalten.

Methode: In die vorliegenden Analysen gehen die Befragungen von 416 Jugendlichen zu 2 Messzeitpunkten ein, die durchschnittlich fünf Jahre auseinander liegen. Die erste Befragung fand von 1998 bis 2003 statt. Die Jugendlichen hatten zu diesem Zeitpunkt ein Alter zwischen 11 und 18 Jahren. Die zweite Befragung begann im Mai 2005 und läuft gegenwärtig weiter. Erste Ergebnisse der bisher zu beiden Zeitpunkten 180 untersuchten Jugendlichen werden aufgezeigt. Mittels des Temperament and Character Inventars (TCI) und des Youth Self Reports (YSR) wurde das Ausmaß von Novelty Seeking (NS), aggressiven und delinquenten Verhalten erfasst. Zur Diagnostik des Alkoholkonsumverhaltens wurde das strukturierte Klinische Interview zur Genetik von Alkoholismus (SIGA) verwendet.

Diskussion/Ergebnisse: Ein Zusammenhang von kindlichem/jugendlichem impulsivem Verhalten und adoleszentem Alkoholproblemverhalten konnte belegt werden. Hohe NS-Werte und aggressives Verhalten scheinen einen späteren Alkoholmissbrauch oder sogar eine Alkoholabhängigkeit zu begünstigen. Delinquentes Verhalten zeigte sich nicht als geeigneter Prädiktor. Es ist abzuwarten, ob sich diese ersten Ergebnisse im weiteren Verlauf der Studie bestätigen lassen. Die Bedeutung primärer Prävention im Kindesalter wird durch die vorliegenden Daten unterstrichen.

0065

Tabakabhängigkeit als komorbide Störung bei Alkoholabhängigen: Epidemiologie, Folgen und Therapieansätze

Alexander Diehl (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtmedizinische Klinik, Mannheim)

R. Olbrich, K. Mann

Die Mehrzahl der Alkoholabhängigen ist komorbid auch Nikotinabhängig. So sind z.B. etwa 80% Alkoholabhängigen auch Raucher. Der Nikotinkonsum zusätzlich zu Alkohol führt zu Gesundheitsschäden, die schwerwiegender als die additiven Folgen sind. So sterben Alkoholabhängige Raucher häufiger an den Folgen des Tabakkonsums als an den Folgen des Alkoholkonsums. In den letzten Jahren sind zwar Raucherentwöhnungsprogramme mit und ohne pharmakologische Unterstützung für Patienten mit Alkoholproblemen initiiert worden, die Ergebnisse sind aber bislang meistens schlechter als bei den ausschließlich Nikotinabhängigen. Der optimale Zeitpunkt der Raucherentwöhnung ist dabei noch unklar, zumal häufig Bedenken bestehen, den Therapieerfolg der Alkohol- oder Opiatabhängigkeitsbehandlung zu gefährden. In einer Übersicht werden die Häufigkeit und Folgen der kombinierten Abhängigkeit, die Möglichkeiten und Grenzen aktueller therapeutische Ansätze und eigene Pilot-Daten zur psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung der Tabakabhängigkeit bei Alkoholabhängigen dargestellt.

0066

Tabakreduktion bei Alkoholabhängigen während der stationären Alkoholentgiftung. Eine kontrollierte klinische Studie.

Alexander Diehl (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtmedizinische Klinik, Mannheim)

R. Olbrich, S. Traeger, J. Nikitopoulos, K. Mann

Einleitung: Tabak, nicht Alkohol, ist die häufigste Todesursache bei Alkoholabhängigen (Hurt et al., 1996). Die Rauch-Prävalenz wird mit bis zu 90% und mehr bei Alkoholabhängigen angegeben (Batel et al., 1995). Trotzdem wird traditionell alkoholabhängigen Rauchern die

Tabakentwöhnung häufig erst nach einer längeren Alkoholabstinenz empfohlen (Bobo and Gilchrist 1983). Ziel unserer Studie war es zu prüfen, ob Alkoholabhängige doch schon während der aktuellen stationären Alkoholentgiftungsbehandlung den Zigarettenkonsum reduzieren können.

Methode: 56 alkoholabhängige Raucher nahmen an der Studie während einer 3-wöchigen stationären qualifizierten Alkoholentgiftungsbehandlung teil. 28 Teilnehmer davon wurden in das verhaltenstherapeutisch orientierte Tabakreduktionsprogramm mit 6 Gruppensitzungen eingeschlossen. 28 Kontrollpersonen erhielten weder das Rauchreduktionsprogramm, noch eine andere Unterstützung zur Tabakreduktion.

Diskussion/Ergebnisse: Die Teilnehmer des Tabakreduktionsprogrammes zeigten einen signifikanten Rückgang des täglichen Tabakkonsums (Zahl gerauchter Zigaretten) noch während der stationären Alkoholentgiftungsbehandlung. Die Kontrollgruppe zeigte im gleichen Zeitraum tendenziell eine Erhöhung des Tabakkonsums. Conclusion: Wir konnten eine erfolgreiche Tabakreduktion bereits während der Alkoholentgiftungsbehandlung zeigen. Andere Studien geben Hinweis auf eine Unterstützung der Alkoholabstinenz durch eine Behandlung des Tabakkonsums (Bobo et al., 1998) und bestätigen die Förderung des Tabakabstinenz durch ein Reduktionsansatz (Batra et al., 2005). Angesichts dieser Ergebnisse empfehlen wir bei Alkoholabhängigen Rauchern die Tabakentwöhnung bereits während einer stationären Alkoholentzugsbehandlung einzuleiten.

0067

Alkoholcraving und Nikotinabhängigkeit: Ein klinisch relevanter Zusammenhang

Thomas Hillemacher (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

N. Thürauf, H. Frieling, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Die Komorbidität zwischen Nikotin- und Alkoholabhängigkeit ist bekanntermaßen ausgesprochen hoch. Ziel unserer Studie war, einen möglichen Zusammenhang zwischen Nikotinabhängigkeit und Alkohol-Craving zu untersuchen.

Methode: In einer prospektiven Studie untersuchten wir 127 männliche Patienten mit Alkohol- und Nikotinabhängigkeit nach Aufnahme zur Alkoholentzugsbehandlung. Das Ausmaß der Nikotinabhängigkeit wurde mit dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit, das Ausmaß an Alkohol-Entzugsraving mit Hilfe der OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) am Tag der Aufnahme gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Korrelationsanalyse zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Nikotinabhängigkeit und dem Alkohol-Craving sowohl für die Gesamtskala der OCDS ($r=0.238$, $p=0.007$) wie auch für die Unterskala für „compulsive craving“ ($r=0.280$, $p=0.001$). Diese Ergebnisse konnten mit multivariaten Methoden (general linear models) bestätigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass das Alkohol-Craving während des Alkoholentzuges signifikant mit dem Ausmaß der Nikotinabhängigkeit zusammenhängt. Möglicherweise liegen bei diesen Patienten ähnliche Mechanismen zur Aufrechterhaltung beider Abhängigkeiten vor. Dies könnte auch für eine individualisierte Therapie relevant sein.

0068

Zigarettenkonsum unter medikamentöser Rückfallprophylaxe bei Patienten nach stationärem Alkoholentzug

Christoph von der Goltz (Klinik für Abhängiges Verh., ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

G. Paslakis, K. Wiedemann, F. Kiefer

Einleitung: Acamprosat und Naltrexon sind wirksam in der rückfallprophylaktischen Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Da bisher die Auswirkungen der Behandlung auf den Zigarettenkonsum unklar sind, untersuchten wir in einer Studie zu beiden Substanzen die Daten

zum Zigarettenkonsum. Da einerseits die Plasmakonzentration des appetitregulierenden Neuropeptids Leptin mit der Nikotineinnahme assoziiert ist, andererseits aber unter Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon veränderte Leptinspiegel nachweisbar waren, wurden die Befunde zu Leptin Plasmakonzentrationen in die Analyse einbezogen.

Methode: Sekundäre Analyse der Nikotin- und Leptindaten einer doppelblinden, placebokontrollierten Vergleichs- und Kombinationsstudie mit Acamprosat und Naltrexon in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit ($n=160$). Die Anzahl der pro Tag konsumierten Zigaretten wurde zum Baselinezeitpunkt sowie wöchentlich über die 3-monatige Behandlungsdauer erfasst. Die Bestimmung der Leptin Plasmakonzentrationen (RIA) erfolgte zur Baselineuntersuchung und in der 4., 8. und 12. Woche.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Behandlung mit Naltrexon und/oder Acamprosat und der Anzahl der konsumierten Zigaretten, allerdings zeigte sich ein Trend für einen vermehrten Zigarettenkonsum unter Monotherapie mit Acamprosat und Kombinationstherapie mit Acamprosat und Naltrexon gegenüber Placebo. Dabei korrelierte die durchschnittliche Anzahl der unter Pharmakotherapie konsumierten Zigaretten signifikant negativ mit der Plasmakonzentration von Leptin.

0069

Klienten mit einer Nikotinproblematik in der ambulanten Suchthilfe

Christina Bauer (Institut für Therapieforchung, Klinische Epidemiologie, München)

D. Sonntag, A. K. Hellwich

Einleitung: Es werden Soziodemografie, Behandlungsmerkmale und -erfolg von Klienten mit einer Hauptdiagnose in Bezug auf Nikotin (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen untersucht.

Methode: Grundlage der Analyse sind Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2004 von 1.593 Betreuungsfällen in 689 ambulanten Einrichtungen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Klienten sind durchschnittlich 41,6 Jahre alt, die meisten sind verheiratet, fast ebenso viele ledig. Jeder Zweite lebt mit Partner und/oder Kindern. Mehr als die Hälfte verfügen über einen Arbeitsplatz. Nur jeder fünfte war schon zuvor wegen seiner Nikotinproblematik in Behandlung. Die Behandlung dauert durchschnittlich 20 Wochen. Drei Viertel aller Klienten beenden die Behandlung planmäßig. Jede fünfte Frau bricht sie vorzeitig ab. Bei 82% der planmäßigen Beender gilt die Problematik als behoben. Bei unplanmäßigem Behandlungsende ist die Störung bei jedem zweiten Klienten unverändert. Im Gegensatz zu anderen Klientengruppen sind Tabak-klienten psychosozial sehr gut integriert. Die erheblichen Unterschiede in der Erfolgsrate zwischen planmäßigem und unplanmäßigem Betreuungsende unterstreichen die Wichtigkeit der Haltequote. Die hohe Abbruchquote bei den Frauen wirft die Frage auf, ob ambulante Angebote den Bedürfnissen von Raucherinnen gerecht werden. Diesbezüglich sind Qualitätsanalysen und gegebenenfalls Differenzierungen der Angebote wünschenswert. Insgesamt ist zu analysieren, warum trotz der starken Verbreitung von Nikotinproblemen diese Klientel in der ambulanten Suchthilfe so wenig vertreten ist.

0070

Risikofaktoren und Verlauf des problematischen Glücksspielverhaltens – Ergebnisse einer Längsschnittstudie

Dilek Sonntag (IFT, Klinische Epidemiologie, München)

Einleitung: In Deutschland wird eine Gesamtzahl von 4,63 Mio. aktiven Automaten Spielern angenommen. Davon weisen 54.000 eine subjektive Belastung auf. Geldspielautomaten wird im Vergleich zu anderen Glücksspielen ein erhöhtes Risikopotential für die Entwicklung von Pathologischem Glücksspielverhalten zugeschrieben (Meyer, 1982). Es liegen

weltweit neun Längsschnittstudien zum problematischen Glücksspielverhalten vor. Sowohl die Daten der Längsschnittstudien als auch die der Querschnittstudien geben wenig Hinweise auf gesicherte Ergebnisse bezüglich der Risikofaktoren und des Verlaufs von problematischem bzw. Pathologischem Glücksspielverhalten.

Methode: Aktive, regelmäßige Automatenspieler wurden von geschulten Interviewern nach einem kombinierten Zufalls-Quotenplan in Spielhallen aufgesucht und befragt. Die Studie, die 1991 begann, umfasste vier Erhebungszeitpunkte, die im Abstand von einem Jahr stattfanden. An der ersten Untersuchungsstelle nahmen 513 Automatenspieler teil, von denen 334 auch in der vierten Welle befragt werden konnten. Die Wiedererreichungsquote von 65% ist im Vergleich zu anderen Längsschnittstudien durchaus befriedigend.

Diskussion/Ergebnisse: Eine multiple logistische Regression ergab, dass Geschlecht, Vielspielen, spielbezogene kognitive Dysfunktionen, subjektive Spielbelastung, Alkoholstörung sowie Depressivität, erhoben zum Untersuchungszeitpunkt 1, signifikante Korrelate problematischen Automatenspielverhaltens zum selben Untersuchungszeitpunkt waren. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich dabei für Depressivität, die mit einer siebenfach erhöhten Wahrscheinlichkeit einherging, problematisches Spielverhalten zu zeigen. Bezüglich der Entwicklung des Spielverhaltens über die Zeit zeigte eine Verlaufsanalyse, dass vom Erhebungszeitpunkt 1 zum Zeitpunkt 4 die Anzahl der Vielspieler in nichtsignifikantem Umfang abnahm, während die Zahl der Seltenspieler deutlich ab- und die der Gelegenheitsspieler deutlich zunahm. Im Einzelnen wurden zwei Drittel der Seltenspieler Gelegenheitsspieler, während ein Drittel weiterhin selten spielte. Die Gelegenheitsspieler blieben fast alle Gelegenheitsspieler. Von den Vielspielern aus Welle 1 spielten 72% auch zu Welle 4 noch viel, während die übrigen nur noch gelegentlich spielten. Zwischen Welle 1 und Welle 4 zeigte sich eine signifikante Zunahme des Anteils der problematischen Spieler von 14% auf 35%. Dabei fielen alle problematischen Spieler aus Welle 1 auch zum Zeitpunkt 4 in diese Kategorie. Zudem hatten 25% der zu Welle 1 unproblematischen Spieler bis zum Zeitpunkt 4 ein problematisches Spielverhalten entwickelt. Die Risikofaktoren für die Neuentstehung problematischen Glücksspielverhaltens bis zum Erhebungszeitpunkt 4 wurden mittels einer multiplen logistischen Regression überprüft. Es zeigte sich, dass ein negativer Spielgrund sowie Depressivität, erhoben in Welle 1, das Risiko für das Vorliegen eines problematischen Spielverhaltens zum Erhebungszeitpunkt 4 jeweils um das 2,5fache erhöhten.

0071

Die Behandlung pathologischer Glücksspieler in der Suchthilfe Entwicklung der Klientenzahlen seit 2000

Dilek Sonntag (IFT, Klinische Epidemiologie, München)
C. Bauer

Einleitung: Die Entwicklung der Gesamtzahlen der ICD-Diagnosen für Pathologisches Glücksspielverhalten in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe zwischen 2000 und 2004 wird untersucht.

Methode: Grundlage der Analyse sind Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik der Erhebungsjahre 2000 bis 2004. An der deutschen Suchthilfestatistik nehmen ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen teil (N-ambulant = seit Erhebungsjahr 2000 bis 2004 steigend: 500–800; N-stationär = seit Erhebungsjahr 2000 bis 2004 steigend: 100–150).

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting ist die Anzahl von Betreuungsfällen mit einer Glücksspieldiagnose in den Jahren zwischen 2000 und 2004 angestiegen. Dies gilt sowohl für Glücksspiel als Haupt- als auch als Einzeldiagnose. Es zeigt sich zudem ein Anstieg der durchschnittlichen Anzahl von Hauptdiagnosen für Pathologisches Spielen pro Einrichtung. Im ambulanten Bereich stieg diese Zahl von 2,6 im Jahr 2000 auf 3,6 im Jahr 2004, im stationären Setting von 0,4 auf 3,3. Die durchschnittliche Anzahl glücksspielbezogener Einzeldiagnosen stieg von 3,2 auf 4,3 im ambulanten Bereich. In den stationären Einrichtungen zeigen sich Schwankungen über die Jahre, im Jahr 2004 erreicht der Wert mit 2,8 Einzeldiagnosen pro Einrichtung im Durchschnitt beinahe den Wert des Jahres 2000 (3,1).

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-008 Postersitzung

Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen

Vorsitz: M. Soyka (Meiringen)

0072

Ein Interview zur Erfassung der Suchtgefährdung bei Kindern und Jugendlichen – Rostocker Suchtstärkeindex für Kinder und Jugendliche (ROSI-KJ)

Manuela Pape (Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)
O. Reis, F. Haessler

Einleitung: Untersuchungsgrund: Das Rostocker HaLt- Projekt, eine Spezialsprechstunde für alkoholgefährdete Kinder- und Jugendliche, insbesondere mit akuter Alkoholintoxikation, sah sich mit dem Problem konfrontiert, dass es im deutschen Raum kein befriedigendes mehrdimensionales Interview zur Erfassung der Gefährdung von Kindern und Jugendlichen durch Alkohol und andere Drogen zur Verfügung stand. Darum wurde für das Projekt ein eigenes Inventar entwickelt, der Rostocker Suchtindex für Kinder und Jugendliche (ROSI-KJ). Der ROSI-KJ ist ein strukturiertes Frageninventar für die Erfassung von suchtrelevanten Problemen im Kindes- und Jugendalter. Stichprobe: Die Praktikabilität des ROSI-KJ wurde bisher an drei anfallenden Stichproben untersucht. Die erste Stichprobe setzt sich aus akut alkoholintoxikierten Kindern und Jugendlichen zusammen und entstammt dem Rostocker HaLt-Projekt (n=28), die zweite Stichprobe umfasst Jugendliche einer Cannabis-Entgiftungsstation der Johanna-Odebrecht Stiftung Greifswald (n=15) und die dritte Stichprobe ist eine anfallende Stichprobe aus einem Schülerprojekt eines Rostocker städtischen Gymnasiums (n=40).

Methode: Die drei Stichproben werden an Hand der ROSI-Kenndaten miteinander verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Das ROSI-KJ-Inventar ist eine Zusammenstellung von Items zur Erfassung der Suchtgefährdung und orientiert sich in seinen Formulierungen und Schlussregeln am European Addiction Severity Index für Erwachsene (dt. Fassung durch Gsellhofer und Küfner, 1998). Anregungen wurden ebenso der Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD, Friedman & Utada, 1989, Revidierte Fassung, 1995) entnommen. Die Suchtgefährdung wird mit einem mehrdimensionalen Schweregradprofil beschrieben, das die Bereiche körperlicher Gesundheitszustand, familiäre Situation, soziale Situation, schulische Situation, Drogen und Alkohol, rechtliche Situation und psychische sowie emotionale Probleme umfasst. In die Beurteilung gehen auch das von der interviewenden Person abzugebende Schweregradurteil und eine Validitätsschätzung ein. In allen 3 Stichproben wurde die Darstellung mittels eines Schweregradprofils als angemessener empfunden, als die Erhebung von Einzelwerten. Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass sich ein Gefährdungsprofil besser für die Interventionsplanung eignet, als vereinzelte Parameter. Die Daten aus den drei Zentren befinden sich noch in der Auswertung. An Hand eines Stichprobenvergleichs sollen Aussagen zur Validität des Interviews gemacht werden.

0073

Entwicklung und erste Validierung des Mannheimer Polytox-Erfassungsbogens (MAPE)

Helmut Nakovics (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)
A. Diehl, H. Geiselhart, K. Mann

Einleitung: Die Life-Time Drinking History (LDH) ist ein etabliertes Instrument zur Erfassung des Alkoholkonsums. Ein entsprechendes Verfahren bei Vorliegen eines möglicherweise auch multiplen Substan-

zkonsums (Polytox Consumption History) existierte bislang nicht. Unser Ziel war es daher ein Instrument zur Erfassung von Beginn, Dauer und Menge bei Mehrfach-Konsum zu entwickeln und zu validieren.

Methode: Das Instrument besteht aus einem Übersichtsbogen, in dem Substanzart, Beginn und Dauer des ständigen und gelegentlichen Drogenkonsums erfasst werden sowie Substanzbögen zur Erfassung von Konsumhäufigkeit und -menge. Die Validierung erfolgte im Rahmen eines Projekts zur Evaluation einer qualifizierten Entzugsbehandlung an Patienten mit diagnostizierter Abhängigkeit von Alkohol und/oder illegalen Drogen.

Diskussion/Ergebnisse: Das Verfahren differenziert signifikant hinsichtlich Substanzarten, ständigem und gelegentlichem Substanzkonsum sowie der Konsumdauer zwischen den Patienten einer Alkohol-, Drogenstation und teilstationären Einrichtung. Der Substanzkonsum in der jüngsten Konsumphase korreliert signifikant mit der Entzugssymptomatik (RS-EMS) und mit dem Substanz-Craving. Konklusion: Das Instrument erweist sich als einsetzbar zur Erfassung des lebensgeschichtlichen (multiplem) Drogenkonsums. Die vorliegenden, ersten Ergebnisse zur Validität lassen einen Einsatz sowohl innerhalb von Forschungsprojekten zu als auch innerhalb der klinischen Praxis zur ökonomischen Erfassung des individuellen Drogen(mehrfach)konsums.

0074

Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur Erfassung des Craving bei multiplem Substanzgebrauch (Mannheimer Craving Scale; M-CS)

Helmut Nakovics (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)

A. Diehl, H. Geiselhart, K. Mann

Einleitung: Ausgehend von der für die Erfassung des Alkohol-Craving validierten und bewährten OCDS, wurde ein Instrument entwickelt mit dem Ziel das Verlangen nach Suchtmittel unterschiedlichster Art, auch bei multiplem Substanzgebrauch (Polytox-Craving), quantitativ erfassen zu können.

Methode: Der Fragebogen besteht aus 12 Items (und 4 Zusatzitems), die sich vor allem auf die fortgesetzte gedankliche Beschäftigung mit Suchtmittel beziehen, auf das Unvermögen, sich diesen Gedanken zu entziehen und den drohenden Verlust der Verhaltenskontrolle. Jedes der 12 Items bietet fünf Antwortmöglichkeiten, die entsprechend zunehmender Antwortintensität mit 0–4 kodiert werden. Die Validierung des Instruments erfolgte im Rahmen eines Projekts zur Evaluation einer qualifizierten Entzugsbehandlung an Patienten mit diagnostizierter Abhängigkeit von Alkohol und/oder illegalen Drogen. Die M-CS wurde an 3 Messzeitpunkten (t₁–t₃) appliziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Messzuverlässigkeit des Instruments kann als sehr gut bezeichnet werden ($0.88 < \alpha < 0.92$). Der M-CS Gesamtwert korreliert mit der auf Analogskalen erfassten Einschätzung der Intensität des durchschnittlichen Verlangens nach Suchtmittel zu $r_{tc}=0.56$ ($p < 0.01$) mit dem maximalen Verlangen zu $r_{tc}=0.59$ ($p < 0.01$) sowie mit dessen Häufigkeit im Bezugszeitraum von 7 Tagen zu $r_{tc}=0.54$ ($p < 0.01$). Die Veränderungen im M-CS Gesamtwert korrelieren mit den Veränderungen in der Entzugssymptomatik (RS-EMS) zu $0.35 < r_{tc} < 0.39$ ($p < 0.05$). Konklusion: Die M-CS weist gute bis sehr gute Werte der Reliabilität und Validität auf, so dass u.E. ihr Einsatz zur Erfassung des Craving bei (multiplem) Substanzgebrauch empfohlen werden kann.

0075

Alkoholbezogene Störungen in der hausärztlichen Praxen – Die diagnostische Genauigkeit von CDT im Vergleich mit dem AUDIT

Constantin Mänz (Psychiatrie Tübingen)

Einleitung: Zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen werden häufig spezifische Blutparameter herangezogen. Kohlenhydrat-defizientes

Transferrin (=CDT), eine desialinierte Transferrinvariante, ist laut vieler Studien spezifischer als GGT und sensitiver als MCV und somit ein exakterer Laborparameter für die Erfassung alkoholbezogener Störungen ist [z.B. 1, 2]. Ein systematischer state-of-the-art Review von Koch et al. (2004) kam zu dem Schluss, dass CDT als diagnostische Instrument in der Erkennung alkoholbezogener Störungen, insbesondere des exzessiven Konsums, noch immer in Frage zu stellen ist. Ziel dieser Studie war es die diagnostische Genauigkeit von CDT bezüglich des riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum in der hausärztlichen Praxis zu untersuchen.

Methode: In 58 hausärztlichen Praxen in Südwestdeutschland wurden insgesamt n=982 männliche unselektierte Patienten konsekutiv untersucht. Jeder Patient erhielt einen standardisierten Fragebogen, der den AUDIT in einer semantisch validierten Form enthielt, außerdem wurde ihm durch eine Arzthelferin Blut entnommen. Die Bestimmung des CDT erfolgte mit dem Bio-Rad %CDT TIA Kit. Als diagnostische Referenz wurde der Alcohol Use Disorder Identification Test (=AUDIT) verwendet. Der Vergleich des CDT mit dem AUDIT geschah anhand aller AUDIT-Auswertungsmöglichkeiten: 1. AUDIT-Gesamtsummenscore: Cut-off ≥ 8 2. AUDIT-Sektion A: riskanter Konsum, Cut-off ≥ 5 3. AUDIT-Sektion B: abhängiger Konsum, Cut-off ≥ 4 4. AUDIT-Sektion C: schädlicher Konsum, Cut-off ≥ 4 .

Diskussion/Ergebnisse: 1. AUDIT-Screening: 211 (21%) lagen über dem Gesamt Cut-off Wert von ≥ 8 . 229 (23%) wiesen ein riskantes, 82 (8%) ein schädliches und 42 (4%) ein abhängiges Konsummuster auf. 2. CDT-Screening: Der mediane CDT-Wert lag insgesamt bei 2,3. Beim AUDIT-Gesamtsummenscore betrug der mediane CDT-Wert 2,6. Aufgeteilt nach den AUDIT Sektionen, lag beim riskanten Konsum (Sektion A) der mediane CDT-Wert bei 2,5, beim schädlichen Konsum (Sektion C) bei 2,5 und beim abhängigen Konsum (Sektion B) bei 4. 3. ROC-Kurven ausgewählter CDT-Cut-Off-Werte: Im Vergleich des CDT mit dem AUDIT-Gesamtsummenscore unterscheidet sich die ROC-Kurve zu keinem Punkt signifikant von der Diagonalen. Ähnlich verlaufen auch die ROC-Kurven im Vergleich mit den jeweiligen AUDIT-Sektionen bezüglich riskanten, schädlichen und abhängigen Konsum. Ein CDT-Cut-off-Wert, der bezüglich Sensitivität und Spezifität signifikant bessere Ergebnisse liefert als der AUDIT, ist bei keiner der 4 AUDIT Gruppen zu finden. 4. Sensitivitäts- und Spezifitätswerte ausgewählter CDT-Cut-off-Werte (2; 2,2; 2,6; 2,8; 2,8; 3; 3,2%): Wie zu erwarten nimmt bei allen alkoholbezogenen Störungen die Sensitivität mit steigendem Cut-off-Wert ab und die Spezifität zu. Optimale Sensitivität/Spezifität-Kombination sind bei keinen der 4 AUDIT Gruppen (Gesamtsummenscore, Sektion A, B, C) und bei keinem der ausgewählten CDT-Cut-off-Werte auszumachen. Hohe Spezifitätswerte sind zwar unter den hohen Cut-off-Werten 2,8%, 3,0% und 3,2% erreicht, jedoch der dazugehörige Sensitivitätswert ist in allen Fällen mit Werten zwischen 23 und 57% zu niedrig. Schlussfolgerung Die Ergebnisse unserer ROC-Analyse und unserer Berechnungen der verschiedenen CDT-Cut-off-Werte erbrachte, dass in der hier untersuchten männlichen Population, CDT im Vergleich mit dem AUDIT als diagnostisches Instrument für alle drei untersuchten alkoholbezogenen Störungen in Frage zu stellen ist, was der momentanen Studienlage zur diagnostischen Aussagekraft des CDT in der Allgemeinbevölkerung entspricht.

0076

Score-gesteuerter Alkoholentzug mittels der "Hamburger Alkohol-Entzugs-Skala" (HAES)

Rüdiger Holzbach (Westfälische Kliniken Warstein, Suchtmedizin)

Einleitung: Die Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger erfolgt nicht nur auf spezialisierten psychiatrischen Stationen, sondern in allen stationären medizinischen Einrichtungen. Trotz der Häufigkeit des Krankheitsbildes liegt nicht immer ausreichend Erfahrung vor, wie das Alkoholentzugssyndrom behandelt werden soll. Das vorgestellte Score-gesteuerte Verfahren mittels der „Hamburger Alkohol-Entzugs-Skala“ („HAES“) eröffnet die Möglichkeit, auch Einrichtungen

mit wenig Erfahrungen mit Alkoholentzügen eine für den Patienten sichere Behandlung anzubieten. Obwohl der „HAES“ bereits an verschiedenen Kliniken angewendet wird, ist die Methode bisher nicht wissenschaftlich validiert worden.

Methode: Die Studie verfolgt ein naturalistisches Design. An der Abteilung Suchtmedizin der Westfälischen Kliniken Warstein und Lippstadt wird die „Hamburger-Alkoholentzugs-Skala“ seit Sommer 2004 eingesetzt. Die Schwere des Alkoholentzugssyndroms wird über den HAES eingestuft und darüber der Bedarf an Entzugsmedikation ermittelt. Entsprechend der Ausprägung der Entzugssymptome Blutdruck, Puls, Tremor, Schwitzen, Gesamtbefinden und den anamnestischen Risikofaktoren (Delir und Krampfanfall) werden Punkte vergeben (Score). Je nach Anzahl der Punkte wird kein Entzugsmedikament, eine oder zwei Kapseln Distranerun® (Clomethiazol) gegeben.

Diskussion/Ergebnisse: Der Entzugsverlauf bei einer Stichprobe von 200 Alkohol-Entzügen wird dargestellt im Hinblick auf: · msetzung der gemäß Score ermittelten Entzugsmedikation · Komplikationsrate im Hinblick auf Krampfanfälle, Delirien, Verlegung auf andere Abteilungen · Verwendete Menge der Entzugsmedikation · Zeitlicher Verlauf des Entzugs und der Entzugsbeschwerden · Notwendigkeit von Zusatzmedikation.

0077

Psychotherapie in Stepped Care Modellen für alkoholbezogene Störungen eine Literaturübersicht

Katrin Frick (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)
C. Günzler, R. Brück, M. Härter, A. Batra, K. Mann, M. Berner

Einleitung: In der Behandlung von Alkoholabhängigkeit zeigten Studien die Wirksamkeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie. Wiederholt finden sich Forderungen nach einem gestuften Vorgehen (Stepped Care). Ziel dieser Untersuchung i. R. eines BMBF-geförderten Studienprojektes war die Sammlung konzeptioneller Gedanken in Stepped Care Ansätzen. Diese beziehen sich auf (1) Psychotherapien im Allgemeinen und (2) Patienten mit Alkoholabhängigkeit im Besonderen.

Methode: Es wurde eine Literatursuche der Datenbanken MEDLINE und PsychINFO (EBSCO) durchgeführt, um relevante Beiträge zu identifizieren, die Stepped Care Modelle und psychotherapeutische Interventionen zum Gegenstand hatten.

Diskussion/Ergebnisse: Theoretische Stepped Care Modelle wurden entwickelt für die Behandlung von Rückenschmerzen, problematischem Alkoholkonsum, Migräne, Angststörungen, Panikstörungen, Essstörungen und Depression. Bei Zwangserkrankungen und Depression erwiesen sie sich empirisch als nützlich. Für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit konnte bislang kein Erfolg von Stepped Care Modellen im Vergleich zur Standardtherapie belegt werden. Welche Rolle Psychotherapie in einem solchen Ansatz spielt, wurde nicht untersucht. Allgemeiner Konsens besteht darüber, dass die Anfangsbehandlung in Stepped Care Ansätzen möglichst wenig in das Leben der Patienten eingreifen soll. Sind frühe Kurzinterventionen erfolglos, sollten intensivere psychosoziale Behandlungen oder multidimensionale pharmakologische und psychotherapeutische Konzepte Anwendung finden. Es gibt nur wenige empirische Befunde zu Stepped Care Ansätzen, die psychosoziale Interventionen, insbesondere bezüglich alkoholassoziierter Störungen, einschließen. Die deutlichsten Ergebnisse bestehen für Frühinterventionsmodelle in der medizinischen Grundversorgung. Die auf 6 Jahre angelegte multizentrische randomisierte klinische Studie „Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung als Ergänzung zu einer medikamentösen Entwöhnungsbehandlung bei alkoholkranken Patienten, die zuvor unter einer ausschließlichen medikamentösen Entwöhnungsbehandlung rückfällig geworden sind“ ist Teil des Projektes PREDICT und untersucht die Wirksamkeit einer störungsspezifischen Kurzzeittherapie (ASP) als einer zusätzlichen Intervention für Patienten, die in einem Stepped Care Modell auf eine Anti-Craving-Medikation nicht respondierten. Die Ergebnisse werden beurteilen helfen, an welchem Platz eine psychosoziale Intervention eingesetzt werden kann.

0078

Verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung Alkoholabhängiger: Katamnesestudie einer Suchtfachklinik

Gabriele Schultz (Ev. Krankenhaus, Bethanien gGmbH, Greifswald)
I. Ulrich, M. Stopsack, U. W. Preuß, J. Zimmermann

Einleitung: Die Abhängigkeit von Alkohol ist eine Erkrankung, die mit hohen (Folge-)kosten für das Gesundheits- und Versorgungssystem verbunden ist, weshalb der Entwicklung und Anwendung kurzer und damit kosteneffizienter Behandlungsstrategien unter dem wachsenden Kostendruck immer mehr Beachtung zukommt. In der Fachklinik für Abhängigkeitsrehabilitation der Johanna-Odebrecht-Stiftung in Greifswald erfolgt die stationäre Kurzzeittherapie (6–8 Wochen) nach dem verhaltenstherapeutischen Selbstmanagementansatz nach Kanfer.

Methode: Alle in der Fachklinik behandelten Patienten (N=105) des Jahres 2004 wurden zu Beginn und nach Abschluß der stationären Therapie mittels Interview (Dokumentationsstandards der DG Sucht) und verschiedener Selbstratings (u.a. BDI, STAI, TCI, OCDS-G) untersucht. Ein Jahr nach der Untersuchung erfolgte die Katamneseuntersuchung.

Diskussion/Ergebnisse: Während der Therapie verringerten sich die berichtete Depressivität/Angst, externale Kontrollüberzeugungen sowie das wahrgenommene Alkoholverlangen. Zudem zeigten sich Verbesserungen der Selbstlenkungs-fähigkeit und Selbstwirksamkeit. Zwölf Monate nach Therapieende war ein Zusammenhang zwischen Abstinenz und subjektivem Alkoholverlangen sowie Kooperativität zu Beginn der Therapie vorhanden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Kurzzeittherapie konform zum Selbstmanagementansatz die Selbstwirksamkeitserwartung verbessert werden konnte. Der Einfluss selbstmanagementrelevanter Faktoren muss kritisch diskutiert werden.

0079

X-Cog – Evaluation des kognitiven Trainingsprogramms bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit

Tanja Schneider (Berlin)
N. Mamistvalov, T. Bschor

Einleitung: In dieser Studie wurde untersucht, inwiefern die geistige Leistungsfähigkeit alkoholabhängiger Patienten durch das computerbasierte kognitive Trainingsprogramm X-Cog verbessert werden kann. Dabei beschränkte sich die Untersuchung auf 2 der 4 mit X-Cog trainierbaren Bereiche (Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis).

Methode: Die Experimentalgruppe (EG), 10 Personen (7 Männer, 3 Frauen), welche zum Alkoholentzug im Jüdischen Krankenhaus war, trainierte während ihres Aufenthaltes ca. 2 Wochen mit X-Cog (insgesamt 5 mal à 45 min). Die Kontrollgruppe (KG) wurde bzgl. des Geschlechts, des Intelligenzquotienten, des Alters und der Schulbildung parallelisiert und erhielt kein Training.

Diskussion/Ergebnisse: In einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen wurden signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der Aufmerksamkeit festgestellt: Im Post-Test waren alle drei relevanten Testwerte (Leistungs-, Qualitäts- und Kontinuitätswert) des FAIR bei der EG signifikant höher als bei der KG. Zur Messung der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses wurde der KAI-N verwendet. Auch hier ergaben sich z.T. bedeutsame Unterschiede: Die EG konnte im Post-Test signifikant längere Zahlen- bzw. Buchstabenreihen erinnern als die KG. Für die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses insgesamt wurden aber keine signifikanten Unterschiede festgestellt, es sind lediglich Tendenzen zu verzeichnen. Außerdem wurden auch die Punktwerte bei den X-Cog-Spielen selbst als Indikator für die Leistungen in den untersuchten kognitiven Bereiche verwendet. Auch hier zeigten sich im Post-Test für 2 der 3 durchgeführten Spiele signifikant bessere Werte für die EG.

0080

Rückfall bei Alkoholikern nach Behandlung: Die Rolle der funktionellen Sozialen Unterstützung

Jochen Mutschler (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtmedizin, Mannheim)
F. Kiefer

Einleitung: In dieser Studie wird der Einfluss des funktionellen Social Support (SS) auf den Zeitpunkt bis zum Rückfall und weiteren abhängigkeitsrelevanten Variablen bei 160 alkoholabhängigen, entgifteten Patienten mit dem MOS Social Support Survey untersucht. Ergebnisse: Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen funktionellem SS und den Unterdimensionen emotionaler, kognitiver und praktischer SS mit: Tage bis zum Rückfall, Teilnahme an Tagen bis zum Abbruch, Anzahl abstinenter Tage, Atemalkoholwert bei Aufnahme, Schulbildung, Berufsbildung, Zigarettenkonsum im letzten Monat. Der Median des SS lag nach 12 Wochen höher als am Anfang (n.sig. $p=0,097$). Einen signifikant höheren SS erreichten Patienten mit einer Partnerschaft ($p=0,002$). Ein besseres empirisches Verständnis der Bedeutung sozialer Beziehungen bei der Alkoholabhängigkeit könnte helfen die Behandlungsergebnisse neben den bisherigen therapeutischen Möglichkeiten weiter zu optimieren. In der untersuchten Kohorte ließ sich ein Einfluss von funktionellem SS auf den Behandlungserfolg gemessen am Zeitpunkt des Rückfalls nicht verifizieren.

Methode: MOS Social Support Fragebogen.

Diskussion/Ergebnisse: siehe Einleitung.

0081

A controlled trial investigating the support of self-help groups on abstinence during 1 year

Sandra Müller (UPK, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)
S. Petitjean, J. Boening, G. A. Wiesbeck

Einleitung: Self-help groups such as Anonymous Alcoholics (AA) are widely-used for aftercare of alcohol dependent persons, even though scientific knowledge of its effectiveness is inconsistent. The aim of the present analysis was to elucidate whether persons attending regularly AA after detoxification, have lower relapse rates than persons without self-help group attendance during 1 year.

Methode: Data for the present analysis were derived from the placebo-group of a multi-centre study (Wiesbeck et al., 2001). After detoxification patients were allowed to choose either self-help group attendance ($n=50$) or no support ($n=28$).

Diskussion/Ergebnisse: After 1-month follow-up, there was a lower relapse rate in patients attending a self-help group as compared to the control group, a difference, however, that levelled off during the following months. Moreover, relapse rates did not differ significantly at any point of time between both groups. Levels of social functioning improved in both groups over 1 year. The present results suggest that 12-step programs such as AA have no impact in reducing relapses in alcohol dependent patients over 1 year.

0082

Dose-related changes in oxygenation and OAS ratings after different doses of IV heroin in patients prescribed injectable heroin

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland (Universitäre Psych. Kliniken, Basel)
S. Müller, G. A. Wiesbeck, R. Stohler

Einleitung: Preliminary evidence suggests that regular doses of intravenous (IV) heroin may affect peripheral and cortical oxygenation in opioid-dependent patients prescribed injectable heroin. This study sought to compare the acute effects of three dose conditions of IV heroin on peripheral and cortical oxygenation levels and on self-reports of opioid agonist symptoms.

Methode: Fifteen opioid-dependent patients currently maintained on twice daily IV heroin (60–300 mg/b.i.d) participated in a place-

bo-controlled, single-blind, within-subject design. All participants completed three experimental sessions, at least 24 h apart. During each session participants received a matched IV injection of either 0% (saline placebo), or 50%, or 100% of their prescribed twice-daily heroin dose. All doses were administered continuously over 30 s through an indwelling IV catheter. The order of testing was randomly mixed across participants. Changes in cortical and peripheral oxygenation were measured continuously by near-infrared spectroscopy and pulse oximetry from 5 min pre-injection to 25 min post-injection. The magnitude of drug effects was collected at the end of testing using the 16-item Opioid Agonist Scale (OAS).

Diskussion/Ergebnisse: Heroin injections produced dose-related decreases in cortical and peripheral oxygenation and dose-dependently increased opioid agonist effects. In conclusion, prescribing of IV heroin leads to recurrent hypoxemia that appears clinically significant and may potentially alter brain functioning. However, heroin-maintained patients are still very sensitive to dose-associated opioid agonist effects.

0083

Ohrakupunktur in der Therapie alkohol- und substanzbezogener Störungen eine Metaanalyse

Michael Schulz (Ev. Krankenhaus Bielefeld, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Kunz, M. Driessen

Einleitung: Akupunktur gewinnt als eine alternative Heilmethode auch in der Entzugsbehandlung bei Alkohol und illegalen Drogen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund eines steigenden Legitimationsdrucks für medizinische Interventionen stellt sich hier die Frage, was über die Wirksamkeit von Akupunktur in diesem Behandlungsfeld bekannt ist. Anhand einer Literaturschau wurde folgende Frage bearbeitet: Lässt sich auf Grund der wissenschaftlichen Datenlage ein positiver Behandlungseffekt durch Ohrakupunktur in der Entzugsbehandlung nachweisen?

Methode: Eine Literaturrecherche wurde in Medline, Psynex, Cochranelibrary und Embase durchgeführt. Die Recherche umfasste die Jahre 1963 bis 2005. Die im Rahmen der Recherche gefundenen Studien bezogen sich auf den Entzug von Alkohol (fünf) und den Entzug von Kokain und Opiaten (sieben). Die Studien wurden hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise geprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Es konnten 12 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) zum Thema Ohrakupunktur in der Behandlung von Suchtmitteln identifiziert werden. Nur wenige wissenschaftliche Befunde lassen sich ableiten, die Studien sind von geringer methodischer Qualität. Ein Vergleich der Studien ist aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen sowie untersuchten Studienpopulation kaum möglich. Charakteristisch für alle Studien ist eine hohe Drop-Out Rate ($>20\%$). Schlussfolgerung: Insgesamt reicht die verfügbare wissenschaftliche Datenlage nicht aus, um eine positive Wirkung der Akupunktur in der Behandlung von Alkohol und substanzbezogenen Störungen für die untersuchten Substanzen als gesichert anzunehmen.

0084

Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis – Disseminierung und Transfer in die Routineversorgung

Daniela Ruf (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)
M. Berner, M. Härter, G. Mundle

Einleitung: Im Rahmen der ersten Förderphase des Projektes AQA („Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Versorgung“) wurde ein umfas-

sendes Qualitätsmanagementsystem für alkoholbezogene Störungen entwickelt und implementiert. Ziel der zweiten Förderphase sind Transfer und Dissemination des Qualitätsmanagementsystems in die Routinepraxis der Ärzte in zwei Schritten: (1) Optimierung des QM-Systems und Transformation in eine elektronische Version. (2) Im Anschluss an eine Pilotphase Untersuchung verschiedener Transferstrategien im Rahmen einer randomisierten Studie (Fortbildung des Arztes allein vs. Fortbildung des Arztes und des gesamten Praxisteams). Zielkriterien stellen die Akzeptanz des QM-Systems und die Qualität der Versorgung dar.

Methode: Es wurde eine systematische Internetrecherche durchgeführt bezüglich der zur Verfügung stehenden E-Learning Angebote für die medizinische Aus- und Weiterbildung und der bei der Entwicklung von E-Learning Tools zu berücksichtigenden Kriterien. Auf dieser Basis wurde ein E-Learning Tool für die hausärztliche Weiterbildung zum Thema „alkoholbezogene Störungen“ entwickelt.

Diskussion/Ergebnisse: Das im Projekt entwickelte E-Learning Tool zum Thema „alkoholbezogene Störungen“ berücksichtigt Qualitätskriterien zur Entwicklung von Lernsoftware und ist auf die Zielgruppe der Hausärzte ausgerichtet. Es basiert auf einer elektronischen Version der Versorgungsleitlinie und umfasst 3 Module: ein Basismodul, ein Fallbeispielmodul und ein Dokumentationssystem. Die Evaluation im Rahmen einer Pilotstudie ergab eine positive Bewertung.

0085

Die Betriebsvereinbarung Sucht und ihre konkrete Umsetzung

Bernhard Croissant (Kliniken Landkreis Sigmaringen, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Loeber, K. Mann

Einleitung: Der Betrieb ist in besonderem Maße geeignet, auf problematisches oder abhängiges Trinkverhalten der Mitarbeiter Einfluss zu nehmen, sofern alkoholbedingt die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wird. Viele Betriebe haben inzwischen Betriebsvereinbarungen, in denen definitiv geregelt ist, wie mit alkohol-auffälligen Mitarbeitern verfahren wird. Die Daten des Instituts für Therapieforschung (Welsch und Sonntag 2003) lassen jedoch erkennen, dass die Vermittlung von Menschen mit Alkoholproblemen zu einer Beratungseinrichtung der ambulanten Suchtkrankenhilfe nur selten durch den Arbeitgeber bzw. den betrieblichen Sozialdienst initiiert wird.

Methode: Anhand eines konkreten Beispiels einer modellhaften Betriebsvereinbarung Sucht werden Rahmenbedingungen aufgezeigt, die ermöglichen, dass Menschen mit Alkoholproblemen frühzeitig erkannt und zu einer Behandlung motiviert werden können. Der Stufenplan als Kernstück der Betriebsvereinbarung sieht vor, dass bei Verhaltensauffälligkeiten der Vorgesetzte ein Gespräch mit dem Mitarbeiter führt, in dem er diesen aufruft, das Fehlverhalten abzustellen. Bestehen weiterhin Verhaltensauffälligkeiten oder werden Auflagen nicht eingehalten, werden die fünf Stufen des Plans durchlaufen. Der Mitarbeiter erhält die Auflage, eine Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Nach und nach werden der Suchtbeauftragte des Instituts, der nächsthöhere Vorgesetzte und die Personalabteilung einbezogen. Kommt der Mitarbeiter den Aufforderungen nicht nach und bestehen Verhaltensauffälligkeiten fort, erhält der Mitarbeiter nach zwei Abmahnungen eine Kündigung mit einer Wiedereinstellungsgarantie nach erfolgreicher Therapie.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse eigener Untersuchungen in Unternehmen der chemischen Industrie verdeutlichen, dass praxisorientierte Schulungsmaßnahmen nach Einführung einer Betriebsvereinbarung den Bekanntheitsgrad und die Umsetzung der Betriebsvereinbarung fördern.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-013 Postersitzung

Konsum illegaler Drogen

Vorsitz: E. Gouzoulis-Mayfrank (Köln)

0141

Beschreibung und Klassifikation schwer erreichbarer Opiatabhängiger

Johanna Sonn (Institut für Therapieforschung, Therapieevaluation, München)
A. K. Hellwich, H. Küfner, H. C. Vollmer

Einleitung: Das bestehende Suchthilfesystem der Bundesrepublik Deutschland bietet unterschiedliche Behandlungsangebote für verschiedene Gruppen von Opiatabhängigen an. Daneben gibt es aber eine relativ große Anzahl von Abhängigen, welche mit den bestehenden Hilfeangeboten nicht erreicht werden. Bisher ist bei diesen schwer erreichbaren Opiatabhängigen wenig bekannt über die Gründe der Ablehnung von Hilfeangeboten und einen eventuell vorliegenden Bedarf an neuen Behandlungsangeboten (Güttinger & Rehm, 2005). In der vorliegenden Arbeit wurde diese Zielgruppe hinsichtlich soziodemographischer Parameter vergleichend beschrieben und die Gründe für die Ablehnung von Hilfeangeboten exploriert und anschließend kategorisiert. Ausgehend von diesen Ablehnungsgründen erfolgte eine Klassifikation dieser Stichprobe. Die so ermittelten Teilstichproben können Hinweise auf differentielle Behandlungsangebote für diese Zielgruppe aufzeigen.

Methode: Die Stichprobe umfasste N=70 chronisch mehrfach beeinträchtigte Opiatabhängige, welche außerhalb des Suchthilfesystems stehen. Soziodemographische Parameter wurden mit dem EuropASI (Gsellhofer et al., 1999) erhoben und vergleichend interpretiert. Zur Exploration der Ablehnungsgründe für bestehende Hilfeangebote wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt und die erfragten Gründe anschließend kategorisiert. Mit Hilfe einer hierarchischen Clusteranalyse über die Ablehnungskategorien erfolgte eine Klassifikation der Stichprobe in Teilstichproben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse eines Vergleichs einiger soziodemographischer Parameter dieser Stichprobe mit jenen einer repräsentativen Stichprobe schwer erreichbarer Opiatabhängiger werden berichtet. Die Antworten auf die Frage nach den Gründen für die Ablehnung von Hilfeangeboten ließen sich sechs sinnlogischen Kategorien zuordnen. Mittels einer hierarchischen Clusteranalyse über die Ablehnungskategorien ließen sich 3 Teilstichproben identifizieren: „Akzeptierende“, „Interessierte“ und „Resignierte“. Zwei Teilstichproben äußerten keinen Bedarf an neuen Hilfeangeboten, die Teilstichprobe der „Interessierten“ dagegen schon. Güttinger & Rehm (2005) berichten ebenfalls bei sogenannten „Problemopiodabhängigen“, dass ein Teil der Probanden keinen Bedarf an Hilfeangeboten anmeldet, ein anderer Teil die bestehenden Hilfeangebote jedoch als „nicht adäquat“ beschreibt. Letzteres wirft die Frage auf, welche alternativen Hilfeangebote zu bestehenden hinzugefügt oder neu entwickelt werden müssen, um insbesondere die Teilstichprobe der „Interessierten“ ins Hilfesystem zu integrieren. Die Beantwortung dieser Fragestellung erfordert weitere Studien mit größerem Stichprobenumfang.

0142

Vorhersage der Wiedererreichbarkeit nichtintegrierter Opiatabhängiger

Johanna Sonn (Institut für Therapieforschung, Therapieevaluation, München)
A. K. Hellwich, H. Küfner, H. C. Vollmer

Einleitung: Die Anzahl therapeutisch schwer erreichbarer Drogenabhängiger wird in Deutschland auf etwa 35.000 geschätzt. Bei dieser

Gruppe liegt ein dringender Behandlungsbedarf auf multiplen Ebenen vor (gesundheitlich, psychisch, rechtlich, sozial etc.), der aus unterschiedlichen Gründen nicht gedeckt wird. Im Rahmen einer Studie zur Motivierung dieser Drogenabhängigen für eine Behandlung, wurden die Gründe für die Ablehnung von Hilfeangeboten und die Veränderungsbereitschaft bei einer Teilstichprobe hinsichtlich ihrer Vorheresagekraft für die Wiedererreichbarkeit untersucht.

Methode: Die Stichprobe umfasste N=52 chronisch mehrfach beeinträchtigte Opiatabhängige, welche außerhalb des Suchthilfesystems stehen. Zur Exploration der Ablehnungsgründe für bestehende Hilfeangebote wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt und die erfragten Gründe anschließend kategorisiert. Mit Hilfe des Readiness to Change Questionnaire (RTCQ) (Rollnick et al., 1992) wurde das Stadium der Veränderungsbereitschaft bestimmt. Im Rahmen eines Prä-Postdesigns wurde im Abstand von 6 Monaten die Quote der Wiedererreichbarkeit bestimmt. Soziodemographische Parameter wurden mit dem EuropASI (Gsellhofer et al., 1999) erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Es werden die Quote der Wiedererreichbarkeit 6 Monate nach Aufnahme in die Studie und einige soziodemographische Parameter der Probanden berichtet. Die Gründe für die Ablehnung von Hilfeangeboten ließen sich 6 sinnlogische Antwortkategorien zuordnen. Zwei dieser Antwortkategorien sagten tendenziell die Wiedererreichbarkeit bzw. die Nicht-Wiedererreichbarkeit der Probanden vorher. Tendenziell fand sich dieses Ergebnis auch für zwei der mit Hilfe des RTCQ ermittelten Stadien der Veränderungsbereitschaft. Im Rahmen dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass zumindest dem Trend nach die Wiedererreichbarkeit bzw. die Nicht-Wiedererreichbarkeit von nichtintegrierten Opiatabhängigen aufgrund von Ablehnungsgründen von Hilfeangeboten und dem Stadium der Veränderungsbereitschaft vorhergesagt werden kann. Bestätigen sich diese Ergebnisse in weiteren Studien mit größerem Stichprobenumfang, sollten diese bei der Etablierung von zukünftigen Interventionen, die darauf abzielen chronisch Opiatabhängige ins Hilfesystem zu integrieren, berücksichtigt werden.

0143

Die Lebens- und Behandlungssituation Opiatabhängiger zu Beginn einer Entwöhnungstherapie: Ergebnisse der Evaluation einer Substitutionsambulanz

Sabine Löber (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtforschung, Mannheim)
B. Croissant, A. Kniest, A. Diehl, K. Mann

Einleitung: Bei opiatabhängigen Patienten handelt es sich um eine Patientengruppe mit erheblichen sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Die explizite Erfassung der Lebens- und Behandlungssituation dieser Patienten erlaubt eine Abstimmung therapeutischer Angebote auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe. Auch können Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegengewirkt werden.

Methode: Anhand der Daten von 44 Patienten, die zur Evaluation einer Substitutionsambulanz in einem geplanten Prä-post-Design mittels Fragebogen und ärztlichem Interview erhoben wurden, sollen die Lebens- und Behandlungssituation Opiatabhängiger zu Beginn einer Substitutionstherapie beschrieben werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patienten der untersuchten Stichprobe sind im Mittel 36 Jahre alt (range: 22–51), 68% sind männlich. Die Dauer der schulischen Ausbildung beträgt im Durchschnitt 10,5 Jahre (Std. = 1,89); 44% haben einen Hauptschulabschluss, 19% einen Realschulabschluss, 2% das Abitur. 57% der Patientengruppe sind gegenwärtig arbeitslos. 37% bewerten ihre berufliche Situation als sehr belastend; 76% der Stichprobe wünschen sich in diesem Bereich Beratung und 93% geben an, bislang keine oder nur geringe Unterstützung zu erhalten. 82% der Patienten der Stichprobe haben Schulden; 11% berichten, in den vergangenen 30 Tagen sich durch illegale Aktivitäten Geld beschafft zu haben. Bei der ersten Behandlung ihres Drogenkonsums waren die Patienten der Stichprobe im Mittel 27 Jahre alt (range: 17–41). 92% der Patienten gaben an, noch nie eine ambulante Substitutionstherapie

gemacht zu haben. Als Gründe für die Aufnahme der aktuellen Behandlung werden am häufigsten wiederholte erfolglose Abstinenzversuche genannt (32%), gefolgt von schlechtem Gesundheitszustand (27%), finanziellen Problemen (27%), Problemen in der Partnerschaft (18%) und psychischen Problemen (25%). Aus diesen Ergebnissen lassen sich deutliche Hinweise für notwendige Unterstützungsangebote sowohl im sozialen als auch im psychotherapeutischen Bereich ableiten.

0144

Kontingenzmanagement bei chronisch mehrfachbeeinträchtigten, nicht ins Suchthilfesystem integrierten Opiatabhängigen eine Einzelfalldarstellung

Ann Katrin Hellwich (Institut für Therapieforschung, München)
J. Sonn, D. Sonntag, H. C. Vollmer, H. Küfner

Einleitung: Kontingenzmanagement beinhaltet die systematische Vergabe von verstärkenden Konsequenzen entsprechend dem Auftreten oder Ausbleiben von bestimmten Verhaltensweisen. In den USA gibt es eine Vielzahl an Studien, welche die Rolle des Kontingenzmanagements im Rahmen der Behandlung der Substanzabhängigkeit untersuchen (Überblick bei Higgins, Heil & Lussier, 2004). Im Rahmen einer Einzelfallstudie wurde untersucht, ob sich mit Hilfe des Kontingenzmanagement-Behandlungsansatzes eine Anbindung ans Hilfesystem und/oder Stabilisierung im biopsychosozialen Bereich einer Klientin erreichen ließ.

Methode: Anhand der Klientin C. (30 Jahre, wohnhaft in einer ländlichen Region Bayerns) wurde exemplarisch die Einbeziehung der Methode „Kontingenzmanagement“ in die Beratung von Drogenabhängigen, die sich außerhalb des Suchthilfesystems befinden, dargestellt. Vor Beginn und nach Beendigung der sechsmonatigen, intensiven Beratungsphase erfolgte eine ausführliche Diagnostik, bei der u.a. der Schweregrad der Abhängigkeit anhand des EuropASI (Gsellhofer et al., 1999), der Bindungsstil mithilfe des Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994) und die allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung mithilfe des WIRK-ALL (Jerusalem & Schwarzer, 1986) erfasst wurden. Die Beratung erfolgte durch einen Sozialpädagogen in einer niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtung. Für jeden wahrgenommenen Beratungstermin erhielt C. einen Supermarktschein in Höhe von 10 Euro.

Diskussion/Ergebnisse: In sechs von sieben ASI-Bereichen (körperlich, Arbeit, Alkohol-/Drogenkonsum, rechtlich, Familie) erzielte C. eine Verbesserung von jeweils zwei bis drei Punkten. Im Bereich „psychische Probleme“ erfolgte eine Verschlechterung um einen Punkt. Es zeigte sich sowohl eine Veränderung im Bindungsstil von „abweisend“ zu „ängstlich-vermeidend“ als auch eine Erhöhung der allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugung von prä nach post. Während der Behandlung erfolgte eine Weitervermittlung in eine Tagesklinik, was ein Erfolgskriterium der Behandlung darstellte. Welchen anteiligen Effekt das Kontingenzmanagement am Erfolg der Behandlung hat, muss in weiteren Studien überprüft werden.

0145

Stabilität des Bindungsstils bei Drogenabhängigen

Ann Katrin Hellwich (Institut für Therapieforschung, München)
J. Sonn, D. Sonntag, H. C. Vollmer, H. Küfner

Einleitung: Bowlby (1975) postulierte, dass der Bindungsstil relativ überdauernd wenn auch nicht unveränderbar sei. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass der Bindungsstil durch positive Beziehungserfahrungen oder Psychotherapie verändert werden kann (O'Connell Corcoran & Mallinckrodt, 2000; Fonagy et al., 1995). Im Rahmen einer größer angelegten Studie wird untersucht, inwieweit das Konstrukt „Bindungsstil“ sich als stabil bei Abhängigen illegaler Drogen erweist.

Methode: Untersucht wurden Drogenabhängige, die sich in zwei unterschiedlichen Settings befanden: zum einen in stationärer

Postakutbehandlung (N=43), zum anderen in niedrigschwelligen Suchthilfeeinrichtungen (Kontaktläden, Kontaktcafés; N=32). Als Untersuchungsinstrument zur Bestimmung des Bindungsstiles diente der Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994). Es wurden die Retestreliabilität und die interne Konsistenz der Skalen und der daraus abgeleiteten Bindungsstile zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Als sicher gebunden wurden zum Zeitpunkt T1 31,3% der Drogenabhängigen im niedrigschwelligen und 27,9% im stationären Setting klassifiziert. Das Instrument RSQ erweist sich über einen Zeitraum von einer Woche als reliabel. Retestreliabilitätswerte und Angaben zur internen Konsistenz sowohl der einzelnen Skalen als auch der daraus abgeleiteten Bindungsstile und kategorien erreichen zufrieden stellende psychometrische Kennwerte. Über einen Zeitraum von einem halben Jahr lässt sich eine Veränderung sowohl der Skalen, als auch der daraus abgeleiteten Bindungsmaße feststellen. Dies spricht für die Veränderbarkeit des allgemeinen Bindungsstiles und die Veränderungssensitivität des RSQ.

0146

Craving und Entzugssymptome bei opiatabhängigen Patienten in Substitution – Effekte von Methadon und Buprenorphin

Wolfgang Lange (Krankenanstalten Gilead, Klinik für Psychiatrie, Bielefeld)
K. Kopatschek, P. Raabe-Banze

Einleitung: In den letzten Jahren hat die Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Patienten mit Buprenorphin neben der Behandlung mit Methadon immer mehr an Bedeutung gewonnen. Damit rücken differentialtherapeutische Fragestellungen immer mehr in den Vordergrund. Aufgrund des unterschiedlichen Rezeptorprofils ist zu vermuten, dass sich beide Medikamente auf Craving und Entzugssymptomatik unterschiedlich auswirken.

Methode: Offene prospektiv angelegte naturalistische Studie. Je 26 Patienten wurden naturalistisch der Methadon- und Buprenorphinsubstitution zugeordnet, nach subjektiver Befindlichkeit eingestellt und über 1 Jahr bezüglich Craving (visuelle Analogskala) und Entzugssymptome (SOWS) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Unter Methadon kam es nach 12 Monaten im Vergleich zum Ausgangswert zu einer signifikanten Reduktion von Craving und Entzugssymptomen im SOWS. Unter Buprenorphin zeigte sich dieser Rückgang nicht. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich jedoch nach 12 Monaten nicht.

0147

Methadon versus Buprenorphin in der Substitutionstherapie Opiatabhängiger: Suchtspezifische Outcome-Kriterien

Wolfgang Lange (Krankenanstalten Gilead, Klinik für Psychiatrie, Bielefeld)
K. Kopatschek, R.-B. Petra

Einleitung: In den letzten Jahren hat die Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Patienten mit Buprenorphin neben der Behandlung mit Methadon immer mehr an Bedeutung gewonnen. Damit rücken differentialtherapeutische Fragestellungen immer mehr in den Vordergrund. Es stellt sich die Frage, in wie weit sich methadonsubstituierte Patienten bezüglich suchtspezifischer Kriterien von Patienten in Buprenorphinsubstitution unterscheiden.

Methode: Offene prospektiv angelegte naturalistische Studie. Je 26 Patienten wurden naturalistisch der Methadon- bzw. Buprenorphinsubstitution zugeordnet, nach subjektiver Befindlichkeit eingestellt und über 1 Jahr bezüglich Haltequote, Beigebrauch und Schweregrad der Abhängigkeit (Addiction Severity Index) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Nach 12 Monaten zeigten sich kein signifikante Gruppenunterschied in der Haltequote (Methadon: 69,2%; Buprenorphin: 80,8; ns). Unter Buprenorphin war der Beikonsum von Benzodiazepinen signifikant niedriger als unter Methadon, bezüglich

Heroin und Kokain zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Im ASI-Subscore „Drogenprobleme“ fand sich nach 12 Monaten unter Methadon eine tendentielle Verbesserung. Eine signifikante Verbesserung zeigte sich dagegen unter Buprenorphin im ASI-Subscore „Alkoholprobleme“.

0148

Pregabalin-unterstützter Benzodiazepinentzug

Peter Schlotterbeck (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie)
D. Leube, T. Kircher, G. Gründer

Einleitung: In Deutschland leiden mehr als eine Million Menschen an einer Benzodiazepinabhängigkeit. Da diese Form der Abhängigkeit nur wenig sozial stigmatisiert, bleibt das soziale Funktionsniveau über lange Zeit erhalten und die Abhängigkeit wird erst sehr spät als Suchterkrankung erkannt. Auch bei langsamer Dosisreduktion kann die Entzugssymptomatik erheblich sein. Die Entgiftung erfordert hohe Compliance und wird folglich häufig abgebrochen. Unter polytoxikomanen Patienten gilt der Benzodiazepinentzug als besonders belastend.

Methode: Sechs Patienten mit Benzodiazepinabhängigkeit durchliefen die Pregabalin unterstützte stationäre Benzodiazepinentgiftung. Zunächst erhielten alle Patienten Diazepam liquidum in äquivalenter Dosis zu ihrer üblichen täglichen Benzodiazepineinnahme. In einem zweiten Schritt wurde bei konstanter Diazepamdosis Pregabalin aufdosiert. Schließlich wurde das Diazepam liquidum schrittweise reduziert. Nachdem die Patienten von Diazepam entzogen waren, wurde im letzten Schritt Pregabalin ausgeschlichen. Die deutsche Version des Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire von P. Tyrer, S. Murphy und P. Riley von 1990 wurde zur Selbsteinschätzung der Entzugssymptomatik eingesetzt, eine standardisierte Fremdeinschätzung wurde vom medizinischen Personal durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Alle sechs Patienten wiesen nur sehr geringe Entzugssymptome auf. Es kam zu keinerlei Entzugskomplikationen. Ein Patient durchlief die Pregabalin unterstützte Benzodiazepinentgiftung ohne jegliche Entzugssymptomatik und ist noch ein halbes Jahr nach Entlassung frei von Benzodiazepinen. Die erfassten Entzugssymptome nahmen bei Diazepam Reduktion nicht zu, einige Entzugssymptome nahmen sogar ab. Insgesamt verursachte Pregabalin kaum Nebenwirkungen und verursachte keinerlei Probleme bei Dosisreduktion. Pregabalin ist ein Antikonvulsivum der dritten Generation. Neben guter antikonvulsiver und analgetischer Wirkung wurde es erfolgreich gegen die körperlichen und psychischen Symptome der Angststörung eingesetzt. Durch die Bindung an spannungsabhängige Kalziumkanäle reduziert es selektiv den durch Depolarisation induzierten Kalziumeinstrom und vermindert damit die Freisetzung von Neurotransmittern (u.a. Glutamat, Noradrenalin und Substanz P) bei übererregten Neuronen. Dabei interagiert es nicht mit dem GABA-Transmittersystem und ist nicht abhängigkeiterzeugend. Obwohl bisher nur sechs Patienten einen Pregabalin unterstützten Benzodiazepinentzug durchliefen, scheint diese Substanz eine vielversprechende therapeutische Option darzustellen.

0149

Effektivitäts- und Effizienz-Vergleich eines integrativen Ambulanz-Modells mit einer klassischen Schwerpunktpraxis in der Opiat-Substitution von Heroinabhängigen

Otmar Reichenbach (Frankenalbkllinik, Allgemeinpsychiatrie, Engelthal)
S. Reg, M. Schiller, S. Forster, M. Resing, T. Kraus

Einleitung: Die SubstanZ ist eine Spezialambulanz zur Opiatsubstitution von Heroinabhängigen. Die Ambulanz wird in Kooperation des Vereins MUDRA e.V. und der Frankenalbkllinik des Kommunalunternehmens Bezirkskliniken Mittelfranken betrieben. MUDRA ist eine Beratungsorganisation mit vielfältigen Angeboten wie „streetwork“, psychosoziale Begleitung Drogenabhängiger, speziellen Angeboten für Opiatsubstituierte oder Drogenabhängige, die in Abstinenz leben. Die Frankenalb-

linik ist eine psychiatrische Fachklinik, die einen spezialisierten Bereich für Abhängige von illegalen Drogen besitzt und das Spektrum von der Entgiftung bis zur stationären Rehabilitation abdeckt. Fragestellung: Es stellt sich die Frage ob durch eine engere Vernetzung von Versorgungsinstitutionen, wie die direkte Kooperation eines Drogenhilfevereins zusammen mit einer Fachklinik innerhalb einer Substitutionsambulanz eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse und im ökonomischen Sinn eine Steigerung der Effizienz erreicht wird. Zielsetzung: Als Pilotprojekt soll die Hypothese überprüft werden, dass eine derartige Struktur in Bezug auf Behandlungsergebnis und Kosteneffizienz dem klassischen Modell „Substitution beim niedergelassenen Arzt“ überlegen ist. Es sollen außerdem Patientenmerkmale im Sinne einer differenzialtherapeutischen Subgruppenanalyse herausgearbeitet werden.

Methode: Es werden an Hand verschiedener Erfolgskriterien, wie Integration ins Berufsleben, Verbesserung der Wohnsituation und Regulierung von Schulden bei den Patienten der Substanz im Vergleich zu den Patienten eines substituierenden niedergelassenen Arztes die Erfolgszahlen verglichen. Statistisch ist neben einem Gruppenvergleich eine Faktorenanalyse geplant.

Diskussion/Ergebnisse: In der Substitutionsambulanz wurden im Zeitraum Januar 2004 bis Dezember 2004 67 Patienten, 22 Frauen und 45 Männer zwischen drei und 36 Monaten mit Buprenorphin (33) oder Levomethadon (34) substituiert. Ausgewertet werden berufliche Integration bei Eintritt und im Verlauf des Programms, Schuldenbestand und Schuldenabbau und Wohnsituation. Die Wohnsituation verbesserte sich erheblich. Von anfangs 13 Patienten ohne festen Wohnsitz waren im Beobachtungszeitraum noch 3 ohne festen Wohnsitz, selbständig wohnten anfangs 36, im Verlauf 45 Patienten. Arbeitslos waren zu Beginn der Behandlung 16, im weiteren Verlauf 7, umgekehrt erwerbstätig anfangs 4 im Verlauf 23. Der Schuldnerberatung wurden 14 Patienten zugeführt. Die Betrachtung wird auf das Jahr 2005 erweitert. Erste Ergebnisse eines prospektiven Vergleichs mit den Daten einer psychiatrischen Schwerpunktpraxis in Nürnberg werden im Herbst vorliegen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 17/18

S-058 Symposium

Veränderungen des Belohnungssystems bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen

Vorsitz: A. Ströhle (Berlin), G. Juckel (Bochum)

0284

Veränderungen des Belohnungssystems bei Patienten mit Schizophrenie und Effekte einer neuroleptischen Therapie

Georg Juckel (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Einleitung: Es wird angenommen, dass Patienten mit Schizophrenie unter einer Fehlvernetzung des temporolimbischen und frontalen Kortex leiden mit der Folge der Dysfunktion in Arealen wie dem dorsolateralen und medialen präfrontalen Kortex sowie dem ventralen Striatum, die für kognitive, emotionale und motivationale Prozesse verantwortlich sind. Atypische Neuroleptika führen im Gegensatz zu typischen Neuroleptika zu einer geringeren Blockade der dopaminergen Neurotransmission im ventralen Striatum, der wichtigsten Struktur des sog. mesolimbischen dopaminergen Rewardsystems. Die funktionellen Auswirkungen hiervon auf Motivation und Antrieb sind bislang nicht untersucht worden.

Methode: Mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) und einem Motivations-Paradigma mit Geldgewinn anzeigenden Reizen (Knutson et al. 2001) wurden unmedizierte und medizierte Patienten mit Schizophrenie untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Unmedizierte Patienten zeigten in der An-

tizipation von Reward keine Aktivierung des ventralen Striatums. Die Patienten unter einem Atypikum zeigten eine größere Aktivität des ventralen Striatums als die unmedizierten und die Patienten unter einem typischen Neuroleptikum. Damit konnte gezeigt werden, dass das mesolimbische dopaminerge Rewardsystem bei schizophrenen Patienten funktionell gestört ist, und dass atypische Neuroleptika bei schizophrenen Patienten zu einer geringeren Einschränkung des Belohnungs- und Motivationsystems als typische Neuroleptika führen. Damit würde z.B. die geringere (affektive) Negativsymptomatik unter diesen Präparaten erklärlich.

0285

Das Belohnungssystem bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit

Jana Wrase (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

0286

Das Belohnungssystem bei Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) The reward system in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Meline Stoy (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

A. Heinz, A. Ströhle

Einleitung: Objective: There is strong evidence that besides an impairment of executive functions, children and adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD) have dysfunctions in reward processes. Functional brain imaging studies using positron emission tomography (PET) and functional magnetic resonance imaging (fMRI) provided evidence of dysfunctions in reward-related areas like striatum, mesial, ventrolateral prefrontal cortex and anterior cingulate. Furthermore pharmacological treatment of ADHD directly affects the dopaminergic reward system. We examined reward anticipation and feedback in male adults with ADHD and healthy control subjects.

Methode: Method: In an fMRI study we assessed the BOLD response in 10 unmedicated ADHD patients and 10 matched healthy control subjects performing a monetary incentive delay task, in which visual cues indicated that a rapid motor response to a subsequent stimulus would result in a monetary gain or would have no consequence. Feedback of outcome was given after response.

Diskussion/Ergebnisse: Results: ADHD patients failed to activate the ventral striatum during anticipation of monetary reward, but activated widespread areas including ventral striatum and prefrontal cortex during direct feedback of monetary gain compared to healthy controls. Conclusion: Male adults with ADHD have a dissociation of the functional activation during anticipation and feedback of reward which might be normalized by treatment.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 07

S-065 Symposium

Kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen – Projekte des Suchtforschungsverbundes NRW

Vorsitz: M. Gastpar (Essen), W. Maier (Bonn)

0319

Nikotinabhängigkeit

Christian Schütz (Universität Bonn, Inst. für Psychiatrie)

0320

Alkoholabhängigkeit: Evaluation einer Kombinationsbehandlung mit Acamprosat und integrativer Verhaltenstherapie

Wolfgang Wölwer (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)

N. Frommann, E. Kilgus, S. Halfmann, P. Franke, N. Scherbaum, C. Schütz, T. Wobrock, T. Kuhlmann, W. Gaebel

Einleitung: Ambulante Verfahren der Alkoholentwöhnung sind innerhalb des deutschen Gesundheitssystems bislang nur wenig evaluiert. Prinzipiell ist die rückfallprophylaktische Wirksamkeit sowohl von verhaltenstherapeutischen Strategien als auch von medikamentösen Anti-Craving-Behandlungen wissenschaftlich gut belegt. Es war bisher jedoch nicht systematisch untersucht, wie diese beiden Therapieansätze zusammen wirken und welche Patienten von welchem Ansatz am besten profitieren. Ziel einer derzeit im Rahmen des Suchtforschungsverbundes NRW laufenden Studie ist es, Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie (IVT, Burtscheidt 2001) in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen hinsichtlich der Einzeleffekte beider Behandlungsansätze sowie deren Interaktionen zu evaluieren. Zudem sollen Prädiktoren identifiziert werden, welche Patienten von welchem Therapieansatz am besten profitieren.

Methode: In einer multizentrischen, prospektiven, randomisierten und hinsichtlich der Medikation doppelblinden Studie wurden in 5 Studienzentren (Psychiatrische Universitätskliniken Düsseldorf, Essen, Bonn, Homburg sowie Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach) insgesamt n=371 Patienten unmittelbar nach der Entgiftung rekrutiert und auf die drei Therapiebedingungen „Integrative Verhaltenstherapie plus Acamprosat“ vs. „Integrative Verhaltenstherapie plus Placebo“ vs. „supportives Visitengespräch plus Acamprosat“ randomisiert. Die Effektivität des ambulanten Therapieprogramms wurde hinsichtlich Abstinenz- und Besserungsrate sowohl unmittelbar nach der 6-monatigen Therapiephase als auch über einen Follow-up von weiteren 6 Monaten betrachtet.

Diskussion/Ergebnisse: Obwohl die letzten Follow-up Untersuchungen noch ausstehen, deutete eine Zwischenauswertung der bezüglich der Medikation noch verblindeten Behandlungsgruppen bereits an, dass die Rate rückfälliger Patienten unter der IVT-Bedingung niedriger als unter der Bedingung des supportiven Visitengesprächs (SVG) zu sein scheint, obwohl von den IVT-Patienten nur die Hälfte ACA, die SVG-Patienten jedoch alle ACA erhalten haben. Die Erfolgsquoten sind insgesamt im erwarteten Bereich und weisen damit darauf hin, dass ambulante Therapien auch unter kontrollierten Untersuchungsbedingungen im Rahmen des deutschen Versorgungssystems durchführbar sind. Das Ausmaß an Craving, das Alter und psychiatrische Komorbidität (insbesondere Vorhandensein von Persönlichkeitsstörungen) scheinen dabei wesentliche Einflussfaktoren für den Verbleib in der Therapie und damit den Therapieerfolg zu haben.

0321

Opiatabhängigkeit

Norbert Scherbaum (Rheinische Kliniken Essen, Abh. Verhalten u. Suchtmedizin)

Durch die ärztliche Gabe von Opioiden an Opiatabhängige im Rahmen der Substitutionsbehandlung gelingt es bei der Mehrheit der Patienten, Entzugsbeschwerden und Heroinverlangen wirksam zu unterdrücken und somit den Heroingebrauch und die mit dem Heroingebrauch unmittelbar verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken zu reduzieren. Dies bedeutet in der Regel allerdings nicht, dass die zahlreichen anderen Probleme dieser Patienten hierdurch ebenfalls bewältigt werden. Zu diesen weiteren Problemen zählen insbesondere komorbide weitere suchtmittelbezogene Störungen („Beigebrauch“) sowie weitere komorbide psychische Störungen. Auch die Neuausrichtung des Lebensstils und der Wertewelt auf ein drogenfreies Leben ist keine zwingende Folge der bloßen Substitutgabe. Vielmehr eröffnet

die Substitutionsbehandlung erst den Freiraum, so dass die genannten Probleme bzw. die Neugestaltung des Lebens überhaupt angegangen werden können. Insbesondere zur Reduktion des Beigebrauchs liegen inzwischen kontrollierte Prüfungen psychotherapeutischer Interventionen vor. Die Essener Arbeitsgruppe untersuchte in DFG-Förderung eine Gruppenbehandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie. In einem aktuellen Projekt wird im Rahmen der BMBF-Förderung des Suchtforschungsverbundes NRW das Contingency Management bei Opiatabhängigkeit in einer kontrollierten, multizentrischen Untersuchung geprüft.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 13/14

FV-013 Freie Vorträge

Therapie von Suchterkrankungen

Vorsitz: K. Mann (Mannheim), M. Driessen (Bielefeld)

0060

Die deutsche Version des Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI-d). Ergebnisse der Pilotphase.

Rigo Brueck (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Schondelmaier, L. Kriston, C. Go, M. Härter

Einleitung: Motivational Interviewing (MI) bzw. Motivierende Gesprächsführung [1] findet im deutschsprachigen Raum immer mehr Verbreitung, insbesondere in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Der englischsprachige Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI) [2] bewertet das Verhalten von Therapeuten bzgl. 7 MI-relevanter Konstrukte. Ziel der vorliegenden Studie ist die Erstellung und Beurteilung der psychometrischen Gütekriterien einer deutschen Version des Motivational Interviewing Treatment Integrity Code.

Methode: Validität, Interraterreliabilität und Sensitivität wurden für den englischsprachigen MITI geprüft und bestätigt [2]. Für die deutschsprachige Version wurde der MITI von zwei Personen ins Deutsche übersetzt und anschließend Rückübersetzt. Der MITI-d umfasst ein manualisiertes, gestuftes Trainingsprogramm. Audiokassetten und Transkripte mit Positiv- und Negativbeispielen werden geratet und anschließend diskutiert. Im Rahmen einer BMBF-geförderten Studie wurden alkoholabhängige Patienten (F10.2 nach ICD-10) mit der alkoholismusspezifischen Psychotherapie (ASP) behandelt. MI ist Kernbestandteil dieses Verfahrens. 28 Therapiesitzungen wurden von 3 geschulten RaterInnen unabhängig voneinander evaluiert. Insgesamt 16 Patienten (14,3% weiblich, 35,7% verheiratet, 35,7% mit höherem Schulabschluss) wurden von 12 Psychotherapeuten behandelt (41,7% weiblich, 66,7% Diplom-PsychologInnen, 75,0% niedergelassen). Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) der verschiedenen MI-Konstrukte (MITI-d) wurden errechnet und mit der Originalversion (MITI)[2] verglichen. Zur Test-Retest-Reliabilität wurden alle Bänder einen Monat nach der ersten Auswertung erneut von 2 der ursprünglichen RaterInnen evaluiert und Pearson Korrelationen sowie ICCs berechnet. Im dritten Durchlauf evaluiert eine neue RaterInnengruppe (3 PsychologiestudentInnen) die Bänder erneut. Pearson Korrelationen sowie ICCs wurden berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Interrater-Reliabilität zeigte eine gute Übereinstimmung mit der Originalversion für einfache Konstrukte (z.B. Information, geschlossene Fragen), jedoch eine niedrigere Reliabilität für komplexe Konstrukte. Die Test-Retest-Reliabilität Auswertung zeigte gute Ergebnisse für einfache MI-Konstrukte und bestätigte die Schwierigkeiten bei der Beurteilung der komplexen

Konstrukte. Die Pilotphase der Entwicklung des MITI-d führte zu einem deutschsprachigen Instrument, das für die Evaluation motivierender Gesprächsführung geeignet ist. Anhand der Ergebnisse werden Manual und Ratertraining verbessert und weitere psychometrische Prüfungen folgen. [1] Miller WR, & Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung, Lambertus [2] Moyers TB, et.al. Assessing competence in the use of motivational interviewing. J Subst Abuse Treat. 2005 Jan;28(1):19–26

0061

Evaluation der Tagesklinik für Suchtkrankheiten des Bürgerhospitals Stuttgart

Harry Geiselhart (Bürgerhospital, Zentrum für Seel. Gesundheit, Stuttgart)
H. Nakovics, K.-L. Täschner, K. Mann

Einleitung: Mit TANDEM wurde ein bundesweit neu konzipiertes Behandlungsangebot in der Suchtkrankenbehandlung geschaffen. Erstmals werden in ausschließlich tagesklinischem Setting Abhängige von verschiedenen Substanzen wie Alkohol, illegale Drogen oder Medikamente zusammen behandelt. Neu ist weiterhin die suchtttherapeutische Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen, die bisher von den meisten Behandlungskonzepten ausgeschlossen wurden. Die Tagesklinik wurde am 01.10.2002 in Betrieb genommen. Sie ist Teil der Abteilung für Suchtkrankheiten am Zentrum für Seelische Gesundheit des Bürgerhospitals Stuttgart. Die Abteilung verfügt über 2 weitere vollstationäre Stationen zur qualifizierten Entgiftung von Drogenpatienten (DEMOS) und Alkoholpatienten (VAMOS). Nach Etablierung des klinischen Routinebetriebs wurde eine Evaluationsstudie durchgeführt, die folgende Fragestellungen zu klären sucht: 1. Werden die in der Konzeption beschriebenen, im Vergleich zum vollstationären Bereich neuen Zielgruppen tatsächlich erreicht und auf Station behandelt? 2. Ist die Entgiftungsbehandlung im tagesklinischen Setting bei diesen Patientengruppen erfolgreich? 3. Ist die bundesweit erstmals praktizierte tagesklinische Durchmischung von Abhängigen verschiedener Suchtmittel erfolgreich? 4. Ist das Allokationsverfahren, das Patienten entweder der tagesklinischen oder der vollstationären Behandlung zuweist erfolgreich?

Methode: Als Studiendesign wurde eine Anwendungsbeobachtung und Evaluationsstudie mit 2-faktoriell Design gewählt. Es wurden jeweils ca. 100 konsekutive Aufnahmen auf den Stationen TANDEM, DEMOS und VAMOS in die Studie einbezogen. Als Erhebungsinstrumente wurde die vorhandene klinische Dokumentation für die Zwecke der Studie erweitert und die Basisdokumentation des Instituts für Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim übernommen. Zusätzlich wurden erprobte Erhebungsinstrumente ausgewählt, teilweise adaptiert und teilweise neu entwickelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass mit der teilstationären Einrichtung TANDEM andere Zielgruppen als im stationären Setting erreicht werden. Die Patienten der TANDEM sind älter, in höherem Alter erstmals psychiatrisch erkrankt, weisen einen weniger belasteten sozialen Hintergrund auf und sind hinsichtlich ihrer Suchterkrankung weniger (vor)belastet. Die teilstationären Patienten weisen im Vergleich zu den stationären eine höhere Behandlungszufriedenheit auf und eine nur halb so hohe Abbruchrate. Allerdings ist die Rückfallrate während der teilstationären Behandlung deutlich höher als im stationären Bereich. Diese Ergebnisse bestätigen, dass die tagesklinische Entgiftung verschiedener Abhängigkeitserkrankungen und von Doppeldiagnosen in einem Setting einen erfolgreichen neuen Behandlungsansatz darstellen. Die Zuweisung zu einer Station erfolgt – basierend auf den Ausschlusskriterien zur teilstationären Behandlung – nach einer Allokationsempfehlung des Teams. Sie wird von den Patienten mit sehr hoher Übereinstimmung befolgt. Allerdings klären die bisherigen Allokationskriterien nur einen Teil der Allokationsentscheidung auf. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

0062

Ohrakupunktur im Vergleich zu Aromatherapie in der Therapie der Alkoholentzugsbehandlung: Eine randomisierte kontrollierte Studie

Stephanie Kunz (Psychiatrie/ Psychoth. Bethel, Abhängigkeitserkrankungen, Bielefeld)

M. Schulz, M. Driessen

Einleitung: Bei der Behandlung von Suchterkrankungen gewinnt die Akupunktur zunehmend an Bedeutung. Es gibt bisher allerdings wenige Untersuchungen zum Einsatz von Akupunktur zur Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms bei stationären Patienten. Wir verglichen Ohrakupunktur mit Aromatherapie bezüglich ihres Effektes auf die Dauer und Schwere eines Alkoholentzugssyndroms.

Methode: Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, die sich einer stationären Entzugstherapie unterzogen, wurden randomisiert einer Behandlungsgruppe mit Ohrakupunktur (55 Patienten) bzw. mit Aromatherapie (54 Patienten) zugeteilt. Beide Behandlungen wurden während der ersten 5 Therapietage zusätzlich zur Standardtherapie appliziert. Zur Bewertung der Schwere des Entzugssyndroms wurden die Alkoholentzugsskala nach Wetterling (AES-Skala), die Craving-Analog-Skala (CAS) und der Self Assessment Manikin (SAM) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In der Akupunkturgruppe beendeten 36 von 55 Patienten die Studie, in der Aromatherapiegruppe 38 von 54 Patienten. Die Gruppen unterschieden sich in der Selbstbeurteilung ihrer Unruhe vor der Behandlung, was dann als Covariate in die weiteren Analysen einging. Der über die CAS gemessene Suchtdruck unterschied sich während des Behandlungsverlaufes nicht in den beiden Behandlungsgruppen. Die von den Patienten berichtete Unruhe nahm sowohl während der zusätzlich applizierten Therapien (Akupunktur oder Aromatherapie) ($p < .001$) als auch im Verlauf der Entzugsbehandlung ab ($p < .001$). Schlussfolgerung: Was die spezifischen Effekte der Akupunktur auf die Entzugssymptome bei Patienten, die sich einer Alkoholentzugsbehandlung unterziehen, anbelangt, zeigte sich in dieser Untersuchung keine eindeutige Überlegenheit gegenüber der Kontrollgruppe (Aromatherapie). Weitere Untersuchungen zum Einsatz von Akupunktur in der Alkoholentzugsbehandlung sind notwendig.

0063

Körperliche und psychische Komorbidität bei schwerst opiatabhängigen Patienten in der deutschen Heroinstudie

Jens Reimer (UKE, Klinik für Psychiatrie, Hamburg)

U. Vertheim, C. Haasen

Einleitung: In die Heroinstudie wurden schwerst opiatabhängige Patienten ($n=1032$), eingeschlossen und randomisiert entweder mit Methadon oder heroingestützt behandelt, zusätzlich nahmen die Patienten an einer psychosozialen Begleittherapie teil.

Methode: Die somatische Komorbidität wurde u.a. mit dem Opiate Treatment Index (OTI), dem Karnofsky Index, mittels EKG und Echokardiografie und serologischen Parametern für Infektionserkrankungen erfasst. Die psychische Komorbidität wurde u.a. mit der Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R) erfasst

Diskussion/Ergebnisse: Das Durchschnittsalter lag bei 36,4 Jahren ($\pm 6,7$), die Patienten konsumierten durchschnittlich seit 13,6 Jahren ($\pm 6,3$) regelmäßig Heroin, ein aktueller Mehrfachkonsum bestand bei 88,3%. Der durchschnittliche OTI-Wert lag bei Eintritt in die Studie bei 18,9 ($\pm 5,3$) (0 = bester, 50 = schlechtester Gesundheitszustand), der Karnofsky-Index bei 71,4 ($\pm 12,9$) (0 = schlechtester, 100 = bester Zustand), einen pathologischen EKG- bzw. Echokardiografiebefund hatten 18,2% bzw. 15,9% der Patienten. Die HIV-Serologie war bei 9,0% der Patienten positiv, die HCV-Serologie bei 81,2%. Der GSI-Wert der SCL-90-R lag bei 69,2 ($\pm 10,6$) (T-Wert, 50 = normal, ab 63 klinisch relevante Belastung). Es bestanden ke-

ine signifikanten Unterschiede bezüglich der genannten Parameter zwischen Patienten, die in den Heroinarm und Patienten, die in den Methadonarm randomisiert wurden. Nach 12 Monaten Behandlung war der OTI-Wert auf 8,2 ($\pm 5,8$) im Heroinarm und 10,6 ($\pm 6,4$) im Methadonarm rückläufig. Der Karnofsky-Index stieg auf 78,2 ($\pm 13,3$) im Heroinarm und auf 74,2 im Methadonarm ($\pm 13,3$). Einen pathologischen EKG- bzw. Echokardiografiebefund hatten nach 12 Monaten 17,3% der Heroinpatienten und 21,9% der Methadonpatienten bzw. 11,1% der Heroinpatienten und 17,1% der Methadonpatienten. Der GSI-Wert lag in der Heroingruppe nach 12 Monaten bei 58,7 ($\pm 13,8$) und in der Methadongruppe bei 62,0 ($\pm 13,2$). Es konnten schwerst opiatabhängige Patienten zur Teilnahme an einem hochstrukturierten Therapieprogramm gewonnen werden. Der Patienten waren bezüglich der psychischen als auch der körperlichen Gesundheit bei Aufnahme in die Studie deutlich beeinträchtigt. Im Rahmen der Studie besserten sich körperliche als auch psychische Gesundheit bei allerdings fortbestehender Beeinträchtigung. Die Verbesserungen waren im Heroinarm stärker ausgeprägt.

0064

PERMIT-Studie: Psychoeducation reaches HCV-infected methadone / buprenorphine-substituted patients in standard antiviral treatment

Jens Reimer (UKE, Klinik für Psychiatrie, Hamburg)

B. Schulte, G. Farnbacher, R. Basdekis, B. Bätz, J. Götz, M. Backmund, C. Haasen

Einleitung: In vielen industrialisierten Ländern hat sich der intravenöse Drogengebrauch zum wichtigsten Übertragungsweg für das Hepatitis C Virus (HCV) entwickelt, folglich stellen intravenös Drogenabhängige mittlerweile die größte Gruppe der HCV-Infizierten. Innerhalb von zwei Dekaden entwickelt ein substantieller Anteil der HCV-Infizierten eine Leberzirrhose, ein hepatozelluläres Karzinom oder ein Leberversagen. In den letzten Jahren wurden effektive Pharmakotherapien zur Behandlung der chronischen HCV-Infektion entwickelt, die ohne Berücksichtigung des viralen Genotyps bei mehr als jedem zweiten Patienten zu einer dauerhaften Virusunterdrückung führen. Für intravenös Drogenabhängige ist der Zugang zur HCV-Behandlung oftmals beschränkt, was auch an der Zurückhaltung des professionellen Personals im Gesundheitssystem liegt. Als Gründe für die Vorenthaltung oder Zurückstellung der HCV-Therapie bei Drogenabhängigen werden häufig Incompliance, Furcht vor schweren Nebenwirkungen oder hohen Reinfektionsraten sowie eine fehlende Dringlichkeit genannt.

Methode: Die PERMIT-Studie wurde initiiert um zu untersuchen, ob eine zusätzliche psychosoziale Begleitung, nämlich Psychoedukation, die Adhärenz fördern, Nebenwirkungen der Therapie abfedern und somit die Therapie der HCV mit PEG-IFN-2a und Ribavirin bei Drogenabhängigen in Substitution verbessern und vereinfachen kann. Psychoedukative Gruppenprogramme haben sich im Kontext verschiedener chronischer Erkrankungen (z.B. Schizophrenie, Diabetes) als nützlich erwiesen. Psychoedukation ist definiert als die Vermittlung von Wissen über die vorliegende Erkrankung, welche auf der individuellen Erfahrung der Patienten sowie auf einem systematischen Vorgehen – meistens auf der Lerntheorie – basiert, mit dem Ziel, Verhaltensveränderung zu bewirken. Im Rahmen dieser Studie erhält jeder zweite Patient die Möglichkeit an 17 (Genotyp 2/3) oder 22 (Genotyp 1/4) Gruppensitzungen, die von speziell geschulten Personen geleitet werden, teilzunehmen. Inhaltlich werden in den Sitzungen die Themenblöcke HCV-Erkrankung (z.B. Übertragungswege, Krankheitsverlauf), persönliche Ressourcen (z.B. Kompetenzen, Sozialkontakte) und Intervention (z.B. HCV-Behandlung, Nebenwirkungen, Reinfektionsprophylaxe) behandelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass die Psychoedukation sowohl von den Patienten als auch von den Behandlern gut akzeptiert und als eine wertvoller Bestandteil des Behandlungssettings betrachtet wird.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.3

S-089 Symposium

Neue Entwicklungen in der Behandlung der Kokainabhängigkeit

Vorsitz: G. A. Wiesbeck (Basel), R. Thomasius (Hamburg)

0436

Neue Entwicklungen in der medikamentösen Rückfallprophylaxe der Kokainabhängigkeit

Gerhard A. Wiesbeck (Univ. Psychiatrische Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)

F. Wurst, S. Petitjean, S. Müller, K. Dürsteler MacFarland

Einleitung: Kokain ist in der europäischen Drogenkonsumszene mittlerweile fest etabliert. Eine wirksame Pharmakotherapie zur Reduktion des Rückfallrisikos bzw. zur Verringerung der Konsummenge existierte für Kokainabhängige lange Zeit nicht.

Methode: Nun zeichnen sich jedoch neue medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten ab. Vigabatrin, Tiagabin, Selegilin und Topiramate haben sich in Pilotuntersuchungen als potentielle Kandidatensubstanzen für die weitere klinische Prüfung empfohlen.

Diskussion/Ergebnisse: Im Oktober 2003 startete in den USA eine Phase IIb Studie mit aktiver Immunisierung gegen Kokain und erstmals gelang es mit Disulfiram in einer randomisierten, kontrollierten Studie, den Kokainkonsum signifikant zu reduzieren.

0437

Kontrollierte Studie zu Methylphenidat und kognitiv-behavioraler Gruppenpsychotherapie bei Kokainkonsumenten in opioidgestützter Behandlung

Kenneth M. Dürsteler-MacFarland (Universitäre Psych. Kliniken, Basel)

G. A. Wiesbeck

Einleitung: Die Betreuung und Behandlung von Kokainabhängigen stellt Suchtfachleute vor besondere Schwierigkeiten. Insbesondere das Fehlen einer breit einsetzbaren medikamentösen Therapie ist ein gravierendes Problem. Forschungen aus den USA zeigen zwar Möglichkeiten auf, mittels unterschiedlicher Medikamente und psychosozialer Interventionen therapeutische Fortschritte zu erzielen, die Frage nach einer allgemein wirksamen Behandlung ist damit aber noch nicht ausreichend beantwortet.

Methode: In einer randomisierten kontrollierten Pilotstudie mit vier Behandlungsarmen wurde bei 62 kokainabhängigen PatientInnen aus einer heroingestützten Behandlung placebokontrolliert und doppelblind die Einsatzmöglichkeit von Methylphenidat mit und ohne kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (CBT) untersucht. Primäre Zielvariablen waren das Verbleiben in Behandlung, der Kokainkonsum, das Kokainverlangen und unerwünschte Ereignisse. Die Studie wurde in 2 Behandlungszentren in 3 Staffeln durchgeführt. An der Studie konnten PatientInnen teilnehmen, die ihren Kokainkonsum reduzieren oder beenden wollten, zwischen 20 und 55 Jahren alt waren, seit mindestens 12 Wochen mit Diacetylmorphin behandelt wurden und eine stabile Erhaltungsdosis aufwiesen. Als Ausschlusskriterien galten gravierende akute psychische und/oder schwere somatische Erkrankungen sowie ein positiver Schwangerschaftstest. Nach einer umfassenden Baseline-Erhebung wurden die PatientInnen über 12 Wochen entsprechend der Zufallszuteilung behandelt (Methylphenidat oder Placebo, jeweils mit oder ohne CBT). Die Studienmedikation (30 mg Methylphenidat oder Placebo) wurde zweimal täglich unter Sicht eingenommen. Die manualisierten 90-minütigen Gruppentherapien wurden einmal pro Woche von ausgebildeten TherapeutInnen durchgeführt. Die Zielvariablen wurden wöchentlich mit Fragebögen erfasst. Der Kokainkonsum wurde regelmässig mit Urinproben kontrolliert. Die Analyse der primären Zielparameter erfolgte nach dem „Intent-to-treat-Prinzip“.

Hierbei wurden neben herkömmlichen statistischen Verfahren auch Multilevel-Modelle mit dem General Equation Estimation Ansatz gerechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Von der Stichprobe verblieben 71% über 12 Wochen in der medikamentösen Behandlung. Die Studie lieferte keine Hinweise dafür, dass Methylphenidat in diesem Kollektiv den Kokainkonsum oder das Kokainverlangen reduziert. Die Medikation wurde insgesamt gut toleriert. Die kognitiv-behaviorale Therapie erbrachte ebenfalls keine Verbesserungen, besitzt für die Zukunft aber dennoch Potential.

0438

Bedeutung von ADHS bei der Behandlung von Kokain- und Opiatabhängigen

Monika Johann (Universität Regensburg, Inst. für Psychiatrie)
K. Lange, N. Wodarz

Einleitung: Die Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) im Kindesalter wird mit 2 bis 10% angegeben. In bis zu 50% der Fälle werden persistierende Symptome bis ins Erwachsenenalter beschrieben. Das Risiko zur Entwicklung einer Substanzabhängigkeit ist auf das 2 bis 4fache erhöht, wobei die zugrunde liegenden Mechanismen weitgehend unbekannt sind. Insgesamt weisen etwa 35% der erwachsenen Opiat- und Kokainabhängigen ein „Life-time“ ADHS und bis zu 17% der Fälle klinische Symptome eines ADHS auf.

Methode: Der vorliegende Vortrag präsentiert die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur ergänzt um eigene Untersuchungen an komorbiden Patienten mit ADHS und Drogenabhängigkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt konnte übereinstimmend gezeigt werden, dass im Vergleich zu ADHS(-) die Abhängigkeit bei ADHS(+) früher beginnt, schneller progredient und schwerer verläuft. Darüber hinaus sind die Menge und die Frequenz des Kokainkonsums signifikant erhöht, und es ergibt sich ein höheres Risiko für beispielsweise antisoziale oder Borderline Persönlichkeitsstörungen. Klinische Erfahrungen sprechen ebenso wie wissenschaftliche Untersuchungen dafür, dass Betroffene mit ADHS und Abhängigkeit häufiger und früher die angebotenen Behandlungen abbrechen und früher und häufiger Rückfälle zeigen verglichen mit Abhängigen ohne ADHS. Da es sich bei ADHS(+) mit insgesamt 1/5 bis 1/3 aller Abhängigen nicht nur um eine Randgruppe handelt, verdeutlichen die beobachteten Zahlen und Verläufe in erschreckender Weise die dringende Notwendigkeit weiterer, intensiver Forschung und angepasster medikamentöser und/oder psychotherapeutischer Behandlungsangebote.

0439

Die psycho- und sozialtherapeutische Behandlung der Kokainabhängigkeit

Rainer Thomasius (UKE Hamburg, Psychiatrische Klinik)

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 43

S-096 Symposium

Bessere Erfolgschancen für Tabak- und Alkoholabhängige. Ergebnisse kontrollierter Studien

Vorsitz: A. Batra (Tübingen), K. Mann (Mannheim)

0472

Der Einfluss des Cholinergikums Galantamin auf Rauchen und Trinken

Karl Mann (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)

0473

Erfolgreiche Strategien zur Raucherentwöhnung beim niedergelassenen Arzt

Hermann Brenner (DKFZ Heidelberg, Krebsforschungszentrum)

Einleitung: Studien aus anderen Ländern haben gezeigt, dass der Hausarzt eine wichtige Rolle bei der Förderung der Raucherentwöhnung spielen kann. In Deutschland wurde dieses Potenzial bislang nur wenig genutzt. Ziel unserer Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit neuer Strategien zur Förderung der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis.

Methode: Wir führten eine cluster-randomisierte Studie im Raum Heidelberg-Mannheim durch). 82 Hausarztpraxen wurden in einem 2x2 faktoriellen Design zufällig einem von vier Studienarmen zugeteilt. In Studienarm A erfolgte keine spezielle Intervention. In Studienarm B erhielten die Ärzte das Angebot einer 2-stündigen kostenfreien Weiterbildung in Methoden der Raucherentwöhnung sowie einer Vergütung von 130 € für jeden in die Studie aufgenommenen Raucher, der nach 12 Monaten nachgewiesenermaßen abstinent war (Intervention „Weiterbildung und Kopfpauschale“, WK). In Studienarm C erhielten die Ärzte das selbe Weiterbildungsangebot. Daneben wurde den Patienten die Kostenerstattung für Nikotinersatzpräparate oder Bupropion während eines Zeitraums von 12 Monaten angeboten (Intervention „Weiterbildung und Medikamentenerstattung“, WM). In Studienarm D wurden beide Arten der Intervention (WK und WM) simultan angeboten. In die Studie wurden 577 Patienten aufgenommen, die mindestens 10 Zigaretten pro Tag rauchten, und zwar unabhängig von ihrer Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Es erfolgte eine Befragung mit standardisiertem Fragebogen zu Beginn der Studie, nach 6 und 12 Monaten. Der Raucherstatus am Ende der Beobachtungszeit wurde mittels Messung der Serumkotininkonzentration validiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Aufhörquoten in den Studienarmen A, B, C und D betrugen 3%, 3%, 12% und 15%. In einer „Intention-to-treat“ Analyse mit gemischter logistischer Regression zeigte sich für die Intervention WM eine sehr deutliche und hochsignifikante Erhöhung der Aufhörquote (Odds Ratio 4.77, 95% Konfidenzintervall 2.03–11.22), während für die Intervention WK kein Effekt nachzuweisen war (Odds Ratio 1.26, 95% Konfidenzintervall 0.65–2.43). Die Ergebnisse legen nahe, dass die Kostenerstattung für nachgewiesenermaßen wirksame Medikamente eine sehr effektive Maßnahme zur Förderung der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis sein könnte.

0474

Cannabinoidrezeptorantagonisten in der Therapie von Suchterkrankungen – erste Studienergebnisse

Michael Soyka (Privatklinik Meiringen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0475

Individualisierte Behandlung von Rauchersubtypen

Anil Batra (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Collins, M. Schröter, I. Torchalla, G. Buchkremer

Einleitung: Unter den wissenschaftlich geprüften und anerkannten Verfahren zur Tabakentwöhnung erzielt die Kombination von Verhaltenstherapie und medikamentöser Unterstützung (Nikotinsubstitution oder Bupropion) die höchste langfristige Wirksamkeit und wird daher in offiziellen Leitlinien empfohlen (Batra et al. 2006). Damit können kurzfristige Abstinenzraten von ca. 70% erzielt werden, ein Jahr nach Ende der Therapie sind jedoch nur noch 22–33% aller Teilnehmer abstinent. In einer Studie zu Biologischen und psychologischen Prädiktoren der Tabakabstinenz (Projekt 9 des Baden-Württembergischen Suchtforschungsverbunds) wurden Prädiktoren des Rauchens und der Abstinenz nach einer leitliniengerechten Intervention an N=202 Rauchern untersucht. Mittels einer Clusteranalyse konnten Risikogruppen (depressive Züge, hyperaktive Züge, starke

körperliche Abhängigkeit) identifiziert werden, die unter Standardtherapiebedingungen schlechtere langfristige Erfolgsaussichten hatten als eine unauffällige Stichprobe. In einem Folgeprojekt (Projekt 8 des Baden-Württembergischen Suchtforschungsverbunds, Förderung durch das BMBF 2004–2007) soll die Wirksamkeit von risikogruppenspezifisch adaptierten Therapieprogrammen, die die Charakteristika der o.g. Subpopulationen berücksichtigen, im Vergleich zu einem Standardprogramm untersucht werden.

Methode: Jeweils N=100 Raucher, die einer der genannten Subgruppen angehören sollten randomisiert einer Standard- oder einer modifizierten Intervention zugeführt werden. Beide Interventionen werden manualisiert in Gruppen mit 6–10 TeilnehmerInnen durchgeführt. Zielvariable ist die langfristige Abstinenz nach einem Jahr. Die Behandlung aller Raucher ist bis Herbst 2006 abgeschlossen. Die Erfolgsquote nach Abschluss der Behandlung liegt derzeit bei 80%.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse der ersten Studie unterstreichen die Notwendigkeit angepasster Therapien, die auf spezifische Bedürfnisse unterschiedlicher „Rauchertypen“ fokussieren. Die Wirksamkeit solcher angepassten Therapien wird in der Folgestudie untersucht. Erste Abstinenzdaten werden im Herbst 2006 vorliegen.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-030 Postersitzung

Pharmakologische und Neurobiologische Aspekte von Suchterkrankungen

Vorsitz: T. Kienast (Berlin)

0319

Aktuelle Standards und neue Entwicklungen in der medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit

Georgios Paslakis (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtklinik, Mannheim)
F. Kiefer

Einleitung: Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit geht mit adaptiven Veränderungen in verschiedenen Neurotransmittersystemen einher. So findet sich bei chronischem Alkoholkonsum eine Up-Regulation in Dichte und Affinität von Rezeptoren im glutamatergen-, und eine Down-Regulation im GABAergen System. Der Modulation der Dopaminfreisetzung im limbischen System durch glutamaterge und opioiderge Inputs kommt eine Schlüsselposition in der Entstehung einer Abhängigkeit zu. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass auch spezifische Interaktionen mit Rezeptoren des Serotoninsystems, des Endocannabinoidsystems, mit Acetylcholinrezeptoren, und mit der neuroendokrinen Regulation (Stresshormonsystem) an Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit beteiligt sind. Ziel des vorliegenden Reviews ist es, aktuelle Befunde klinischer Studien hinsichtlich ihrer Aussagekraft zu bewerten und eine Einordnung des Potentials bisher untersuchter Substanzen in der medikamentösen Rückfallprophylaxe vorzunehmen.

Methode: Systematisches Review kontrollierter klinischer Studien zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Der Nachweis einer Wirksamkeit in der pharmakologischen Rückfallprophylaxe liegt für den NMDA-Rezeptormodulator Acamprosat, den μ -Opiatrezeptor-Antagonist Naltrexon und, mit Einschränkungen und im Zusammenspiel mit einer spezifischen Nachsorge, für den Acetaldehyd-Dehydrogenase-Inhibitor Disulfiram vor. Hinweise auf eine Wirksamkeit ergeben sich für den Opiatrezeptor-Antagonisten Nalmefen, den 5-HT₃-Rezeptorantagonisten Ondansetron, für Cannabinoidrezeptor-Antagonisten (CB₁-Antagonisten), sowie für Mood-Stabilizer/Antikonvulsiva aus der Gruppe der Nicht-Benzodiazepine: Carbamazepin, Oxcarbazepin, Topiram, Valproat,

Gabapentin und Vigabatrin. Keine Wirksamkeit zeigt sich dagegen für dopaminerge (Lisurid) und anti-dopaminerge Substanzen (Tiaprid, Flupentixol), sowie für die Gruppe der Antidepressiva und Anxiolytika, insbesondere für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Fluoxetin, Sertralin, Citalopram) und Bupropion, Risperidon und Nefazodon. Diskussion: Aktuell wird das Ziel verfolgt, den spezifischen Wirkprinzipien von Anti-Craving Substanzen auch Subgruppen Alkoholkranke im Sinne einer differenziellen Therapieindikationsstellung zuzuordnen. Auch Studien der Pharmakogenetik zielen auf die Identifikation prädiktiver genetischer Marker, die eine Zuordnung eines Medikaments für einen spezifischen Patienten mit individueller DNA-Sequenz zu ermöglichen. Daneben können Kombinationsbehandlungen von Substanzen mit unterschiedlichem pharmakologischem Profil zukünftig eine Strategie zur Verbesserung der klinischen Wirksamkeit darstellen.

0320

Oxcarbazepin in der Therapie Suchtmedizinischer Erkrankungen – Review

Bernhard Croissant (Kliniken Landkreis Sigmaringen, Psychiatrie und Psychotherapie)
M. Grosshans, K. Mann

Einleitung: Der Vortrag vermittelt einen Überblick über die Einsatzmöglichkeiten von Oxcarbazepin (OXC) bei Suchtmedizinischen Erkrankungen. Eine Reihe von Untersuchungen konnten zeigen, dass OXC bei Patienten mit suchtmittelabhängigen Erkrankungen nicht nur eine sehr gute Verträglichkeit aufweist, sondern auch deutliche Hinweise auf gute Effekte bei der Entgiftung von psychotropen Substanzen wie auch bei deren Rückfallprophylaxe liefert. Dies gilt insbesondere für die Entgiftung von Alkohol, Benzodiazepinen und Opiaten sowie für die Rückfallprophylaxe von Alkohol und Benzodiazepinen.

Methode: Carbamazepin findet häufig Einsatz in der Entgiftung und in der Rückfallprophylaxe von Alkohol und Benzodiazepinen. Die hepatotoxischen, hämatotoxischen und allergenen Nebenwirkungen müssen gerade in der suchtmittelabhängigen Behandlung besondere Beachtung finden und stellen häufig einen limitierenden Faktor für den Einsatz von Carbamazepin dar. Dieses Problem besteht in weit geringerem Maß bei OXC, weswegen OXC für den Einsatz in der Suchtmitteltherapie besonders geeignet erscheint. OXC ist ein Carbamazepinderivat. Das fehlende Epoxid im Stoffwechsel bietet eine Erklärung für die bessere Verträglichkeit von OXC (Dietrich et al. 2001). OXC wird nach oraler Aufnahme rasch und fast komplett (>95%) resorbiert. Es wird schnell zu einem pharmakologisch inaktiven 10-monohydroxy Metaboliten (MHD) reduziert, ein kleiner Teil (4%) wird zu einem inaktiven dihydroxy-Derivat oxidiert. MHD wird glucuronidiert und renal ausgeschieden.

Diskussion/Ergebnisse: Systematische proof-of-concept- und Dosisfindungsstudien sind notwendig, um OXC für Indikationen im suchtmittelmedizinischen Bereich (off-label) weiter zu evaluieren.

0321

Oxcarbazepin: Wirksamkeit in der Verhütung und Behandlung von Alkohol-Entzugssymptomen

Dagmar Koethe (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)
A. Jülicher, B. M. Nolden, J. Klosterkötter, G. Niklewski, N. Wodarz, J. Klatt, W. Bartsch, W. Gaebel, F. M. Leweke

Einleitung: Entzugsbehandlungen bei Alkoholabhängigen sind häufig von Komplikationen begleitet. Verschiedene Pharmaka wie Clomethiazol (CLO) oder Benzodiazepine wurden daher zur Prävention und Behandlung von Alkoholentzugssyndromen eingesetzt. Carbamazepin (CBZ), als mindestens gleichwertig effektive Substanz ohne Abhängigkeitspotential, ist aktuell für die stationäre Alkoholentzugsbehandlung zugelassen und etabliert. Neben den bekannten unerwünschten

Wirkungen sind die vergleichsweise langsame orale Resorption und der Einsatz von CBZ bei Patienten mit Leberschäden aufgrund der hepatischen Metabolisierung limitierende Faktoren für seinen Einsatz. Oxcarbazepin (OXC) zeigte im Vergleich eine bessere Verträglichkeit bei rascherer Bioverfügbarkeit und linearer Kinetik. Es wurde daher die Wirksamkeit und Verträglichkeit von OXC zur Behandlung und Prävention von Alkoholentzugssyndromen untersucht.

Methode: In der doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten multizentrischen Studie mit 50 alkoholabhängigen Patienten mit bekannten Entzugssymptomen wurden Wirksamkeit und Sicherheit von OXC versus Placebo verglichen. OXC wurde im stationären Rahmen rasch auf 900 mg/d aufdosiert und über insgesamt fünf Tage verabreicht. Die Entzugssymptomatik wurde mit der SAB (Alkoholentzugsbehandlungsskala) bewertet und dem Score entsprechend war eine zusätzliche bedarfsweise Medikation mit CLO möglich. Der Clomethiazolbedarf war die primäre Zielgröße der Studie.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt wurden von 50 randomisierten Patienten 44 in die per-Protocol-Analyse eingeschlossen. Die statistische Auswertung mit einer ANCOVA mit den Kovariablen Baseline, Zentrum, Behandlungsgruppe ergab einen leichten Unterschied zugunsten der OXC-Gruppe, der beobachtete Therapievorteil war jedoch nicht statistisch signifikant. In keinem der betrachteten Nebenzielkriterien zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede. In Hinblick auf Sicherheit und Verträglichkeit wurde OXC als gut verträgliche Therapie betrachtet. Ausgehend von der belegten Effektivität von CBZ und der Ähnlichkeit des Wirkmechanismus von CBZ und OXC, war dieses Ergebnis nicht zu erwarten. In einer anderen Untersuchung konnte kein Unterschied zwischen OXC und CBZ für den Alkoholentzug nachgewiesen werden. Die Berechnungen zur Power der Studie zeigen, dass größere Patientengruppen zum Nachweis der Wirksamkeit nötig sind. Da die Gabe von CLO von der SAB-Skala abhängig war, ist deren Validität und Objektivität zu diskutieren.

0322

Die Anwendung von Acamprosat unter Routinebedingungen Ergebnisse einer Anwendungsbeobachtungsstudie

Helmut Nakovics (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)

A. Diehl, F. Kiefer, K. Mann

Einleitung: Acamprosat ist das einzige Medikament in Deutschland, das zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholabhängigen Patienten zugelassen ist. In zahlreichen experimentellen Studien (z.B. Saß et al. 1996; Mann et al., 2004) konnte gezeigt werden, dass Acamprosat wirksam ist. Bislang gab es jedoch keine Ergebnisse zur Anwendung unter Routinebedingungen der ärztlichen Praxis. Das Ziel der Anwendungsbeobachtungsstudie bestand daher darin, weitere Erkenntnisse zur Wirksamkeit, Akzeptanz und Verträglichkeit von Acamprosat unter Routinebedingungen zu erhalten und die Frage zu beantworten, ob die Ergebnisse aus den experimentellen Studien auf die Bedingungen der ärztlichen Praxis generalisiert werden können.

Methode: Bei kürzlich entgifteten alkoholabhängigen Patienten, behandelt in der ärztlichen Praxis, erfolgte in einem Zeitraum von einem Jahr an 5 Visiten u.a. eine Beurteilung von Abstinenz, Motivation, Trinkdruck, Wirksamkeit und Verträglichkeit. Die Untersuchungss Stichprobe umfasst 884 alkoholabhängige Patienten (29% weiblich, 71% männlich) mit einem Alter von 46.0 ± 9.9 (17.0–79.0) Jahren. Als Kontrollgruppe diente eine altersparallelierte Placebogruppe aus einem Forschungsprojekt zur Wirksamkeit eines ACH-Agonisten in der Rückfallprävention (Mann et al., 2005).

Diskussion/Ergebnisse: In allen Evaluationsparametern (Abstinenz, Motivation, Trinkdruck, Wirksamkeit und Verträglichkeit) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den Parametern und der Untersuchungs- und Therapieeteilnahme(dauer) mit besseren Werten der Completer und mit jeweils vor der vorzeitigen Beendigung oder Abbruch sich verschlechternden Werten bei den Non-Completern. Die Wirksamkeit

von Campral wird von ca. 70% der Ärzte und Patienten mit ‚sehr gut‘ beurteilt, die Verträglichkeit von ca. 90%. Die Abstinenzquote liegt zwischen 32% (Basis: Ausgangsstichprobe) und 55% (Basis: teilnehmende Pat.). Die detaillierte Rückfallanalyse im Worst-Case Szenario ergab eine in diesem Range liegende Abstinenzquote (Basis: Ausgangsstichprobe) von 40%. In der Survivalanalyse (Kaplan-Meier) zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe eine um den Faktor 4 längere Abstinenzzeit und eine 50%ige Wahrscheinlichkeit der Completer dauerhaft abstinent zu bleiben. Konklusion: Die Abstinenzquote von 40% (Placebo 21,5%) im Range von 32% bis 55% stimmt gut überein mit den in placebo-kontrollierten Doppelblindstudien zu Campral berichteten. Die Ergebnisse der vorliegenden Anwendungsbeobachtungsstudie stimmen insgesamt mit denen experimenteller Studien überein, bestätigen diese und belegen, dass deren Ergebnisse auf die Routinebedingungen der ärztlichen Praxis generalisiert werden können.

0323

Rückfallprädiktoren bei Alkoholabhängigkeit: Die Bedeutung der Abstinenzzuversicht und neurobiologischer Veränderungen

Sabine Löber (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtforschung, Mannheim)

B. Croissant, A. Zimmer, S. Klein, A. Heinz, H. Flor, K. Mann

Einleitung: Bei alkoholabhängigen Patienten sind Veränderungen in bestimmten Transmittersystemen (z.B. dopaminerges System) nachweisbar, die mit einer Anreizhervorhebung alkoholrelevanter Reize assoziiert sind. In Abstinenzphasen kann die Konfrontation mit alkoholrelevanten Reizen durch Prozesse der klassischen Konditionierung Verlangen nach der Substanz und Rückfälle auslösen. Wir präsentieren Daten zu der Fragestellung, welche Rolle diesen neurobiologischen Veränderungen im Vergleich zur Abstinenzzuversicht (self-efficacy) der Patienten zukommt.

Methode: Bei 45 alkoholabhängigen Patienten (DSM-IV), die an einer qualifizierten Entzugsbehandlung teilnahmen, wurde zu Beginn und am Ende der Behandlung die Zuversicht erfasst, kritische Situationen in Zukunft abstinent bewältigen zu können (dt. Version des Situational Confidence Questionnaire). Ferner wurde der affekt-modulierte Schreckreflex als objektives Maß der appetitiven Reaktionen bei Präsentation alkoholassoziierter Reize erfasst. Beide Maße gingen als Prädiktoren in eine Regressionsanalyse ein.

Diskussion/Ergebnisse: Auch wenn sich abstinenten und rückfälligen Patienten nicht in ihrer Abstinenzzuversicht (prä, post) und der affektiven Modulation der Schreckreflexreaktion unterschieden (prä, post) (sämtliche $p \geq 0,19$) erwies sich die Abstinenzzuversicht (post) als signifikanter Prädiktor der Anzahl abstinenten Tage im Katamnesezeitraum ($\beta = 0,40$; $t = 2,69$, $p < 0,01$; $R^2 = 0,14$) und der täglichen Trinkmengen ($\beta = -0,48$; $t = -3,42$, $p < 0,01$; $R^2 = 0,21$). Demgegenüber leistete der affekt-modulierte Schreckreflex keinen weiteren signifikanten Beitrag zur Aufklärung des Trinkverhaltens nach einer Therapie ($p \geq 0,97$). Auch wenn die Bedeutung der Schreckreflexreaktion als Rückfallprädiktor gezeigt werden konnte, scheint der subjektiven Einschätzung, kritische Situationen abstinent bewältigen zu können, eine größere Bedeutung zuzukommen.

0324

Der Zusammenhang zwischen neuroendokrinen Stressmarkern und Entscheidungsverhalten unter Risiko bei Spielsüchtigen

Kirsten Labudda (Universität Bielefeld, Physiologische Psychologie)

O. T. Wolf, H. J. Markowitsch, M. Brand

Einleitung: Patienten mit Spielsucht weisen Defizite im Entscheidungsverhalten unter Risiko auf, die möglicherweise assoziiert sind mit neurochemischen Dysfunktionen im Bereich des präfrontalen Cortex (Brand et al., 2005). Zudem deuten einige Arbeiten auf Änderungen der Hypophysen-Nebennieren-Achse bei Spielsüchtigen hin. Bislang ist allerdings unklar inwieweit Entscheidungsdefizite mit möglichen

Veränderungen der hormonellen Stressreaktion bei Spielsüchtigen und Gesunden zusammenhängen. Dies ist Gegenstand der vorliegenden Studie.

Method: Es wurden 23 männliche Spielsuchtpatienten und 19 hirngesunde Vergleichsprobanden mit einer Aufgabe zum Entscheidungsverhalten unter Risiko (Game of Dice Task, GDT) untersucht. Vor und nach der Aufgabenbearbeitung wurden Speichelpuben (insgesamt vier Messzeitpunkte) zur Analyse des Stresshormons Cortisol und des Enzyms Alpha-Amylase (ein indirekter Marker für adrenerge Aktivität) genommen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Spielsüchtigen trafen in der GDT signifikant mehr unvorteilhafte Entscheidungen als die Vergleichsprobanden (Max: 18, Patienten: Median = 10, Range = 1–18, Gesunde: Median = 1, Range = 1–13, $p < .001$). Die Cortisol- und Alpha-Amylasewerte der Spielsüchtigen unterschieden sich zu keinem der Messzeitpunkte von denen der Vergleichsgruppe (alle $p > .14$). Weder innerhalb der Spielsuchgruppe noch innerhalb der Vergleichsgruppe ergaben sich signifikante Änderungen der Cortisol- und Alpha-Amylasewerte in Reaktion auf die GDT (alle $p > .31$). Allerdings wurde innerhalb der Patienten-Gruppe eine Korrelation zwischen dem Anstieg der Alpha-Amylasewerte nach der GDT und der Anzahl unvorteilhafter Entscheidungen gefunden ($r = -.46$, $p < .05$). Eine zusätzliche Subgruppenanalyse ergab, dass nur die Patienten mit weniger starken Defiziten in der GDT einen signifikanten Anstieg der Alpha-Amylase zeigten. Schlussfolgerung: Auch wenn die untersuchten Spielsuchtpatienten deutliche Defizite im Entscheidungsverhalten aufwiesen, scheinen diese nicht generell mit neuroendokrinen Veränderungen einherzugehen. Das Ausbleiben einer Alpha-Amylasereaktion bei den Patienten mit besonders unvorteilhaftem Entscheidungsverhalten in der GDT spiegelt möglicherweise das Fehlen somatischer Marker wieder, die das Treffen von vorteilhaften Entscheidungen begünstigen können. Brand et al. (2005). Psychiatry Research, 133, 91–99.

0325

Biologische Marker zur Einschätzung des Risikos von Alkoholentzugsanfällen

Thomas Hillemacher (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

H. Frieling, K. Bayerlein, J. Wilhelm, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: In aktuellen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl erhöhte Homocystein-Serum-Werte wie auch erhöhte Prolaktin-Werte als biologische Marker zur Abschätzung des Anfallsrisikos bei Patienten im Alkoholentzug dienen können (1, 2). Ziel dieser Untersuchung war, das Risiko von Alkoholentzugsanfällen mit Hilfe einer kombinierten Bestimmung beider Parameter abzuschätzen.

Method: Wir untersuchten 117 männliche Patienten mit Alkoholabhängigkeit nach Aufnahme zur Alkoholentzugsbehandlung. Homocystein wurde direkt nach Aufnahme bestimmt, Prolactin Serum-Werte wegen der Abhängigkeit vom zirkadianen Rhythmus der endokrinen Ausschüttung bei allen Patienten am Morgen nach der stationären Aufnahme. Da unter Behandlung mit Clomethiazol und Carbamazepin keiner der Patienten aktuell einen Krampfanfall erlitt, nahmen wir als Maß für das Anfallsrisiko die jeweilige Vorgeschichte der Patienten zur Hilfe.

Diskussion/Ergebnisse: Pearson's χ^2 -test zeigte für die kombinierte Erhebung beider Parameter ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 14.71$, $p = 0.001$), welches sich multivariat mit Hilfe einer logistischen Regression bestätigen ließ ($p = 0.001$, OR=9.23, 95%CI=2.36–36.05). Die Ergebnisse zeigen, dass die Kombination beider Parameter hilfreich sein kann, das individuelle Risiko eines Patienten und damit die Notwendigkeit einer medikamentösen Anfallsprophylaxe besser abschätzen zu können. Literatur: (1) Bleich S., et al.: Plasma homocysteine is a predictor of alcohol withdrawal seizures. Neuroreport, 2000, 11: 2749–52. (2) Hillemacher T., et al.: Elevated prolactin serum levels and history of alcohol withdrawal seizures. J Psychiatr Res, 2006, [Epub ahead of print]

0326

Das Risiko von Alkoholentzugsanfällen ist abhängig vom Apolipoprotein E Genotyp

Julia Wilhelm (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie)

N. von Ahsen, T. Hillemacher, K. Bayerlein, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Alkoholentzugskrämpfanfälle sind eine häufige und schwerwiegende Komplikation im Rahmen der Entgiftungsbehandlung. Aktuelle Studien identifizierten erhöhte Homocystein-Serumwerte und Prolactinspiegel als biologische Marker zur Abschätzung des Anfallsrisikos im Alkoholentzug (1–3). Ziel dieser Studie war es, eine mögliche Assoziation zwischen Alkoholentzugsanfällen und dem Apolipoprotein E (ApoE) Polymorphismus zu untersuchen.

Method: In die Untersuchung wurden 194 alkoholabhängige Patienten eingeschlossen, die unterteilt wurden in Patienten mit bzw. ohne Entzugskrämpfanfälle in der medizinischen Vorgeschichte. Unter Pharmakotherapie mit Clomethiazol und Carbamazepin erlitt keiner der Patienten aktuell einen Entzugsanfall. Der ApoE Genotyp wurde mittels PCR bestimmt, für die statistische Analyse untersuchten wir die Anzahl der ApoE Allele (ApoE2: $n = 36$; ApoE3: $n = 311$; ApoE4: $n = 41$).

Diskussion/Ergebnisse: Für ApoE3 fanden wir eine positive Assoziation mit Entzugsanfällen in der Vorgeschichte (Fisher's exact test: $p = 0.006$; odds ratio: OR=2.56), für ApoE2 hingegen eine negative Assoziation (Fisher's exact test: $p = 0.029$; OR=0.32). Für ApoE4 wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Unsere Ergebnisse weisen auf einen Zusammenhang der ApoE3 Genvariante mit einem erhöhten Anfallsrisiko im Alkoholentzug hin. Die ApoE2 Variante könnte diesbezüglich einen protektiven Einfluss haben. Literatur: (1) Bayerlein K., et al.: Alcohol-Associated Hyperhomocysteinemia and Previous Withdrawal Seizures. Biol Psychiatry, 2005, 57: 1590–93 (2) Bleich S., et al.: Plasma homocysteine is a predictor of alcohol withdrawal seizures. Neuroreport, 2000, 11: 2749–52 (3) Hillemacher T., et al.: Elevated prolactin serum levels and history of alcohol withdrawal seizures. J Psychiatry Res, 2006, [Epub ahead of print]

0327

Neuropharmakologische Untersuchung endokriner Response bei Alkoholkranken mit Citalopram

Jessica Wong (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Soyka, S. Hasemann, C. Schütz, P. Zill, M. Schwarz

Einleitung: Alkoholabhängigkeit ist möglicherweise mit Veränderungen neuroendokriner Reagibilität verbunden, die ihrerseits die Belastbarkeit dieser Personen in Stresssituationen vermindert. Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden Alkoholranke und gesunde mit dem Serotoninwiederaufnahmehemmer Citalopram i.V. hinsichtlich verschiedener endokriner und subjektiver Variablen untersucht.

Method: Männliche Alkoholabhängige nach DSM-IV- und ICD-10-Kriterien wurden nach Abschluss ihres Entzugs (12–26 Tage nach dem letzten Alkoholkonsum), sowie nach Alter parallelisierte Kontrollpersonen eingeschlossen. In zwei Sitzungen wurden doppelblind entweder Verum oder Placebo infundiert, dabei endokrinologische (ACTH) und subjektive Messungen (Craving, Wirkungen durch das Pharmakon) erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die endokrine Responsibilität bezüglich ACTH unterschied sich bei der Placebo-Bedingung nicht zwischen den Kontrollpersonen und den Alkoholkranken. In der Verum-Sitzung zeigten sich über die Zeitpunkte 30, 60 und 90 Minuten nach der Infusion signifikante Unterschiede zwischen Alkoholkranken und Kontrollen hinsichtlich des ACTH Anstieges. Männliche Alkoholranke zeigen gegenüber gleichaltrigen Kontrollpersonen eine geringere Reagibilität ihrer endokrinen Antwort auf einen pharmakologischen Stressor. Dies führt möglicherweise auch in anderen Stresssituationen zu geringerer Belastbarkeit und zu einer höheren Gefahr des Alkoholrückfalls bei kürzlich entgifteten Alkoholabhängigen.

0328

Auswirkung akuter Alkoholintoxikation auf DNA-Methylierung und Expression von Methyltransferasen in Blut und Sperma

Dominikus Bönsch (Universität Erlangen, Psychiatrie)

C. Kriegelstein, N. Löwe, B. Lenz, U. Reulbach, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Alkoholkonsum von Vätern kann zu kognitiver Beeinträchtigung und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern führen. Bei Ratten konnte gezeigt werden, daß eine Alkoholintoxikation der Väter zu einer veränderten Expression der Cytosin-Methyltransferase (DNMT-1) führt. Beim Menschen sind die Mechanismen paternaler Schädigung des Embryos durch Alkohol weitgehend unbekannt.

Methode: Sechs freiwillige, männliche Probanden (Medizinstudenten) nahmen an der Studie teil. Während des Beobachtungszeitraumes von 12 Tagen wurden 2-tägig Blut- und Spermaproben gewonnen. In der Mitte des Intervalls tranken die Probanden an zwei Tagen Alkohol, so daß jeweils Blutspiegel von >1,5 Promille erreicht wurden. Die DNA-Methylierung in Blut und Sperma sowie die Expression der Methyltransferasen DNMT-1, -3a und -3b wurde bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Durch eine akute Alkoholintoxikation an zwei Tagen mit >1,5 Promille kommt es zu signifikanten Veränderungen von DNA-Methylierung in Blut und Sperma ($p < 0.01$) sowie zu veränderter Expression der Methyltransferasen DNMT-1, -3a und -3b ($p < 0.05$). Diese Veränderungen könnten auf den Mechanismus paternaler Schädigung des Embryos durch Alkohol hinweisen.

0329

Die Veränderung des NMDA-Rezeptor-Subtyps 2b im peripheren Blut während des Alkoholentzugs

Anna Teresa Biermann (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

R. Udo, J. Kornhuber, D. Bönsch, S. Bleich

Einleitung: Ethanol inhibiert den NMDA Rezeptor, welcher postsynaptische exzitatorische Effekte vermittelt. Im Gehirn alkoholkranker Patienten kommt es zu einer Hochregulation während der Abhängigkeit und zu einer Herunterregulation im Entzug.

Methode: Die quantitative Expression des NMDA Rezeptor Subtyps NMDA 2b wurde im peripheren Blut von 16 männlichen Patienten mit gesicherter Alkoholabhängigkeit zu verschiedenen Zeitpunkten im Alkoholentzug mittels quantitativer PCR bestimmt. Hierbei wurde den Patienten an Tag 0, 1, 3 und 7 Blut entnommen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Expression des NMDA 2b Rezeptor Subtyps unterschied sich signifikant (ANOVA für wiederholte Messungen $F=3,4$; $p=0.025$) in Verlauf des Alkoholentzuges (Tag 0, 1, 3 und 7), wobei der größte Unterschied im Sinne einer Herunterregulation zwischen Tag 0 und 1 auftrat ($T=3,7$; $p=0.012$).

0330

Apolipoprotein E, Homocystein-Serumwerte und Hippokampusvolumina bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit – Eine Untersuchung zur Gen-Umwelt-Interaktion

Julia Wilhelm (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie)

H. Frieling, D. Degner, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Erhöhte Homocystein-Serumwerte und der Apolipoprotein E4 Genotyp wurden bei alkoholabhängigen Patienten mit atrophischen Hirngewebsveränderungen in Verbindung gebracht (1, 2). Verschiedene Untersuchungen ergaben Hinweise, dass die Einflüsse des Apolipoprotein E4 (ApoE4) Gens auf die Integrität und Plastizität des Zentralnervensystems von Umwelteinflüssen und diätetischen Faktoren modifiziert werden. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Gen-Umwelt-Interaktion zwischen dem ApoE4 Genotyp und Homocystein-Serumwerten im Hinblick auf das Hippokampusvolumen von alkoholabhängigen Patienten zu untersuchen.

Methode: Wir werteten die MRT-Schädel Aufnahmen von 52 Patienten mit Alkoholabhängigkeit aus. Hippokampusvolumina wurden mittels einer computergestützten semiautomatischen Segmentationsmethode errechnet. Homocystein-Serumwerte wurden bestimmt sowie der ApoE Genotyp mittels PCR.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden einen signifikanten Einfluß von Homocystein ($F=13,2$; $df=1$; $P<0.001$; $1-\beta=0.95$), nicht jedoch vom ApoE Genotyp ($F=0.482$; $df=1$; $P=0.49$; $1-\beta=0.05$) auf das Hippokampusvolumen der Patienten. Es zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen beiden Faktoren (ApoE4 x Homocystein; $F=8.8$; $df=1$; $P=0.005$; $1-\beta=0.80$). Das ApoE4 Gen stellt nur in Anwesenheit von erhöhten Homocystein-Serumwerten einen Risikofaktor dar für die alkohol-assoziierte Hippokampusatrophie. Die nachteiligen Einflüsse des ApoE4 Gens hinsichtlich alkoholbedingter Hirngewebsveränderungen basieren auf bestimmten Gen-Umwelt-Interaktionen. Literatur: (1) Bleich S., et al.: Apolipoprotein E epsilon 4 is associated with hippocampal volume reduction in females with alcoholism. J Neural Transm, 2003, 110: 401–11 (2) Bleich S., et al.: Hyperhomocysteinemia as a new risk factor for brain shrinkage in patients with alcoholism. Neurosci Lett, 2003, 335: 179–182

0331

Alkoholika führen zu einer Erhöhung der nNOS-Expression in humanen A673 Neuroepitheliumzellen

Daniela Rinck (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie)

H. Frieling, T. Hillemacher, D. Bönsch, M. Maler, J. Kornhuber, S. Bleich

Einleitung: Chronischer Alkoholkonsum führt u.a. zu kortikaler und subkortikaler Hirnatrophie, zu atrophischen Prozessen im Kleinhirn, sowie in hippocampalen Strukturen. Die durch Alkohol bedingte Hirnschädigung zeigt dementsprechend eine Vulnerabilität bestimmter Hirnregionen. Ebenso lässt sich eine regionale Häufung der neuronalen NO-Synthase (nNOS) in den genannten Hirnbereichen nachweisen. Ziel unserer Experimente war es, die Interaktionen unterschiedlicher Alkoholika (Bier, Wein, Spirituosen) auf den neuronalen NO-Stoffwechsel zu untersuchen.

Methode: Hierzu wurden humane A673 Neuroepitheliumzellen mit verschiedenen Konzentrationen der Alkoholika (12,5 mM, 25 mM, 50 mM, 75 mM) über unterschiedlich lange Zeiträume hinweg (24 h bis zu 7d) im Vergleich zu unbehandelten Kontrollzellen inkubiert. Die Ermittlung der nNOS mRNA-Expression erfolgte mit Hilfe quantitativer PCR auf einem iCycler.

Diskussion/Ergebnisse: In unseren Experimenten zeigte sich, dass es erst nach einer mehrtägigen Inkubation mit den alkoholischen Getränken zu einem signifikanten Anstieg der nNOS mRNA-Expression kommt (ANOVA: $P<0.001$). Die Zunahme der nNOS mRNA-Expression im Vergleich zu den Kontrollzellen erfolgt konzentrationsabhängig und variiert zwischen den verschiedenen Alkoholika. Den geringsten Anstieg fanden wir nach der Inkubation mit Bier. Dies weist auf einen möglichen Zusammenhang des durch die nNOS produzierten Stickstoffmonoxides (NO) mit alkoholassoziierten hirnatrophischen Prozessen hin, da NO in hohen Konzentrationen neurotoxische Eigenschaften aufweist. Des Weiteren könnten die Unterschiede zwischen den Alkoholika weitere Ansatzpunkte für die Aufklärung dieses Phänomens bieten.

0332

Dopamin D2 Rezeptorverfügbarkeit in einer Gruppe nikotinabhängiger Raucher und einer Vergleichsgruppe Niemalsraucher: Eine Untersuchung mit [18F]-Fallyprid

Christoph Fehr (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)

N. Hohmann, I. Yakushev, H.-G. Buchholz, C. Landvogt, H. Deckers, A.

Eberhardt, M. Kläger, L. G. Schmidt, G. Gruender, M. Smolka, P. Bartenstein, M. Schreckenberger

Einleitung: Die Funktionsfähigkeit des mesolimbischen-mesocortikalen Dopaminsystems ist für die abhängigkeitserzeugende

Wirkung verschiedener Substanzen, wie Nikotin und Alkohol von entscheidender Bedeutung. Tierexperimentelle Studien belegen einen phasischen Anstieg der Dopaminfreisetzung im ventralen Striatum nach einer Nikotinakutgabe, zeigen jedoch eine Verringerung der Dichte striataler Dopamin D1 und D2 Rezeptoren bei chronischen Konsum. Ziel unserer [18F]-Fallyprid Untersuchung war, den Einfluss des chronischen Nikotinkonsums auf die Dichte der Dopamin D2 Rezeptoren in einer Gruppe schwer nikotinabhängiger Raucher und einer Gruppe von Niemalsrauchern zu untersuchen.

Methode: Striatale und extrastriatale Dopamin D2 Rezeptoren wurden bei den nikotinabhängigen Rauchern (Fagerstrom Score >7 Punkte, aktuelle Zigarettenmenge >20 Stück) unter Konsum und Entzug und bei den Niemalsrauchern einmalig mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie und [18F]-Fallyprid als Radiotracer quantifiziert. Die Dopamin D2-Rezeptorverfügbarkeit („Binding potential“) wurde innerhalb der Gruppe der Raucher und zwischen beiden Gruppen mit SPM99 verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Nikotinabhängige Raucher wiesen im Vergleich zu Niemalsrauchern eine niedrigere striatale Dopamin D2 Rezeptorverfügbarkeit auf ($p < 0.001$). Die striatale und extrastriatale Dopamin D2 Rezeptorverfügbarkeit änderte sich nicht während des 24-stündigen Nikotinentzugs. Die Untersuchungsbefunde sprechen für eine langanhaltende nikotininduzierte Minderung der DRD2 Rezeptordichte, welche bereits an alkoholabhängigen und amphetaminabhängigen Patienten nachgewiesen werden konnte. Eine auch bei nikotinabhängigen Rauchern nachweisbare Hypofunktionalität des mesolimbischen Dopaminsystems könnte die hohe Rückfallgefährdung bei Rauchern in der Frühabstinenz erklären.

0333

Verfügbarkeit von Dopamin D2 Rezeptoren bei nikotinabhängigen Rauchern und erlebtes Craving: Eine [18F]-Fallyprid PET Studie

Nina Hohmann (Universität Mainz, Psychiatrie)

M. Schreckenberger, I. Yakushev, H.-G. Buchholz, C. Landvogt, H. Deckers, A. Eberhardt, M. Kläger, L. G. Schmidt, G. Gründer, P. Bartenstein, C. Fehr

Einleitung: Nikotin bindet an mesolimbische, nikotinerge Acetylcholinrezeptoren (nAChRs) und stimuliert dopaminerge Neurone in der ventralen tegmental Region. Ziel dieser Studie war es, den Einfluss der Dopamin D2-Rezeptorverfügbarkeit im ventralen Striatum auf das Ausmaß des Nikotin-Cravings in einer Gruppe nikotinabhängiger Raucher zu untersuchen.

Methode: Bei 17 Probanden mit einer schweren Nikotinabhängigkeit wurden zu zwei Zeitpunkten (unter Konsum und nach 24-stündigem Nikotinentzug) mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie und [18F]-Fallyprid als Radiotracer striatale und extrastriatale Dopaminrezeptoren quantifiziert. Das Nikotincraving wurde mit der „visuellen Analogskala“ (VAS), dem „Questionnaire on Smoking Urges“ (QSU) und der „Wisconsin Nikotinentzugssymptomskala“ (WSWS) gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Das individuell erlebte maximale Rauchverlangen („Craving“) nach 24-stündiger Nikotinabstinenz korrelierte negativ mit der D2-Rezeptorverfügbarkeit im Putamen (x,y,z: -26, 4, 14), im Gyrus fusiformis und im Gyrus parahippocampalis (x,y,z: -40, -32, -28). Unsere Befunde bestätigen die Ergebnisse von Heinz et al. (Am J Psychiatry. 2004, 161:1783-9) einer negativen Korrelation zwischen dem Alkoholverlangen und der Dopamin D2 Rezeptorverfügbarkeit im ventralen Striatum. Sie sprechen für mögliche gemeinsame neurobiologische Mechanismen der Nikotin- und Alkoholabhängigkeit.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.3

S-103 Symposium

Ambulanter Alkoholentzug: aktuelle Modelle und neue Trends

Vorsitz: M. Schäfer (Essen), M. Soyka (Meiringen)

0498

Perspektiven neuer Antiepileptika im Alkoholentzug

Martin Schäfer (Kliniken Essen-Mitte, Klinik für Psychiatrie)

Der Einsatz moderner Antiepileptika (AE) mit guter Lebertoleranz erscheint als eine wichtige zukünftige Option für die stationäre und ambulante Behandlung des Alkoholentzugssyndroms. In der Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms haben sich in den letzten Jahrzehnten wenig Neuerungen ergeben. Im stationären Entzug dominieren Benzodiazepine und Clomethiazol, deren Anwendungsbeschränkungen aber im hohen Abhängigkeitspotential, Intoxikationen, Ateminsuffizienz oder kognitiver Beeinträchtigung sowie bronchialer Hypersekretion, Hypotonus sowie kardiovaskulären Störungen liegen. Der Einsatz von Clomethiazol und Benzodiazepinen ist daher bei Patienten mit schweren organischen Erkrankungen, insbesondere Atemwegserkrankungen, Lebererkrankungen, Hypotonie oder bei Patienten mit hohem Abhängigkeitsrisiko nur sehr eingeschränkt möglich. Für teilstationäre oder ambulante Alkoholentzüge eignen sich beide Substanzen nicht. In den letzten Jahren haben verschiedene Studien zeigen können, dass AEs eine therapeutische Alternative in der Entzugsbehandlung darstellen können. Jedoch sind gerade ältere AE wie Valproat oder Carbamazepin bei den häufig zu findenden alkoholbedingten körperlichen Erkrankungen der Leber oder des Pankreas nur eingeschränkt einsetzbar oder sogar kontraindiziert. Neuere AEs wie Gabapentin, Oxcarbazepin, Tiagabin, Vigabatrin und Levetiracetam wurden deshalb für den Alkoholentzug aufgrund ihrer besseren Verträglichkeit als Alternativen zu Valproat und Carbamazepin untersucht. Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes gängiger und neuerer Antiepileptika im stationären und ambulanten Alkoholentzug sollen anhand aktueller Daten diskutiert werden.

0499

3-jahres-Katamnese einer ambulanten Entwöhnungstherapie: Praktikoren des Behandlungserfolgs

Michael Soyka (Privatklinik Meiringen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0500

Ambulante Alkoholentziehung mit Carmamazepin/Tiapridex

Peggy Schmidt (LMU München, Psychiatrie und Psychotherapie)

0501

Ambulante Alkoholentgiftungen im Rahmen eines Vertrags zur integrierten Versorgung

Axel Hinzpeter (Charité Campus Mitte, Klinik für Psychiatrie, Berlin)

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 42

S-112 Symposium

Neurotoxische Langzeitschäden durch Partydrogen? Aktueller Stand und künftige Forschungsperspektiven

Vorsitz: E. Gouzoulis-Mayfrank (Köln), R. Thomasius (Hamburg)

0539

Gedächtnisfunktionen und Hirnaktivität bei Ecstasy-Konsumenten: Hinweise auf hippocampale Funktionsstörungen durch MDMA

Joerg Daumann (Universitätsklinikum zu Köln, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Wiederholte Gaben von Ecstasy (MDMA) führen im Tierversuch zu einer neurotoxischen Degeneration serotoninerger Axonendigungen im gesamten Gehirn. Humanstudien mit Messungen von Serotonin (5-HT) bzw. seinem Hauptmetaboliten im Liquor und Messungen der 5-HT-Transporterdichte und der postsynaptischen 5-HT-Rezeptoren mit nuklearmedizinischen PET- und SPECT-Methoden sprechen dafür, dass dieses im Tierversuch nachgewiesene neurotoxische Potenzial von MDMA für Konsumenten relevant sein könnte. Darüber hinaus ergeben sich aus Studien mit Konsumentenpopulationen Hinweise, dass kognitive, insbesondere mnestiche Defizite, bei starken Konsumenten direkt mit diesem neurotoxischen Potenzial von MDMA zusammenhängen könnten, wobei die Funktion des Hippokampus und Parahippokampus empfindlicher als die Funktion anderer Regionen gestört sein könnte. Dies würde zu den tierexperimentellen Daten passen, die besonders starke und lang anhaltende neurotoxische Effekte von MDMA gerade im Hippokampus zeigen, aber auch zu Befunden, die eine stimulierende Wirkung von 5-HT auf die Neurogenese im Hippokampus nahe legen.

Methode: Wir verfolgten daher das Ziel, speziell die Hippokampusfunktion bei MDMA-Konsumenten mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) sowie der Protonen-Magnetresonanztomographie (H-MRS) zu untersuchen. Für beide Untersuchungen wurden eine Stichprobe von Ecstasykonsumenten sowie alters-, bildungs- und geschlechtsparallelisierte Kontrollprobanden rekrutiert. Für die fMRT-Untersuchung wurde eine Assoziationsaufgabe, bei der Verknüpfungen von Gesichtern und zugehörigen Berufsbezeichnungen zunächst gelernt und daraufhin abgerufen werden sollten, dargeboten.

Diskussion/Ergebnisse: Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass Ecstasykonsumenten beim Abruf im Vergleich zu Kontrollprobanden eine signifikant schwächere BOLD-Antwort im Hippokampus zeigten. Im Vergleich zu eigenen fMRT-Ergebnissen bei einem Arbeitsgedächtnisparadigma waren die Daten konsistent sowie statistisch bedeutsamer. Dieser Befund liefert einen vorläufigen Hinweis auf ein funktionelles Defizit im Hippokampus bei Ecstasykonsumenten. Die veränderten Aktivierungsmuster sind dabei möglicherweise ein früher Marker für neuronale Veränderungen aufgrund neurotoxischer Einflüsse durch MDMA. Dies wird, zumindest tendenziell, durch die spektroskopischen Befunde gestützt. Bezüglich des NAA/Cr-Quotienten, ein Indikator für neuronale Integrität, fanden wir keinerlei Unterschiede in den neokortikalen Regionen, während im linken Hippokampus der NAA/Cr-Quotient bei den MDMA-Konsumenten tendenziell erniedrigt war.

0540

Kognitive Defizite bei Ecstasy-Konsumenten: Neuropsychologische Evidenz für eine Beteiligung des Frontalhirns

Boris B. Quednow (Psychiatr. Universitätsklinik, Klinische Forschung, Zürich)

Einleitung: Eine mehrfache Verabreichung der verbreiteten Partydroge „Ecstasy“ (MDMA, 3,4-Methylenedioxyamphetamin) führt

bei Ratten und nicht-menschlichen Primaten zu einer anhaltenden Verminderung des zentralen Serotonins sowie zu einem nachhaltigen Verlust von Axonterminalen serotonerger Neurone. Mittlerweile existieren zahlreiche Hinweise dafür, dass MDMA auch beim Menschen das Serotoninsystem schädigt. So konnte gezeigt werden, dass MDMA-Konsumenten eine Verschlechterung insbesondere der kognitiven Funktionen aufweisen, welche gegenwärtig mit dem Serotoninsystem in Verbindung gebracht werden. Dabei sind es vor allem Befunde zu Gedächtnisdefiziten bei MDMA-Konsumenten, die bereits mehrfach repliziert werden konnten. Dies führte zunächst zu der Annahme, dass die veränderten Gedächtnisleistungen der Konsumenten auf eine vornehmliche Schädigung temporaler bzw. hippocampaler Areale zurückzuführen sind. In einer Serie von neuropsychologischen Untersuchungen sind wir daher der Frage nachgegangen, welche Hirnregionen an den kognitiven Defiziten von MDMA-Konsumenten beteiligt sein könnten.

Methode: Hierzu untersuchten wir die verbal deklarative Gedächtnisleistung, die Impulskontrolle sowie die exekutiven Funktionen von abstinenten, männlichen MDMA-Konsumenten, abstinenten männlichen Cannabis-Konsumenten sowie gematchten, drogenunerfahrenen männlichen Kontrollprobanden.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich, dass die MDMA-Konsumenten an einer breiten und ausgeprägten Beeinträchtigung verschiedener Gedächtnisparameter litten. Hierbei waren Lernen, Konsolidierung, Abruf und Wiedererkennen gleichermaßen betroffen. Zusätzlich wiesen die MDMA-Konsumenten eine verminderte Abrufkonsistenz sowie eine verstärkte retroaktive Hemmung auf Parameter, die vor allem mit den Funktionen des Frontalhirns in Verbindung gebracht werden. Des Weiteren reagierten die MDMA-Konsumenten impulsiver und zeigten überdies in einer Glücksspielsimulation eine verschlechterte langfristige Planungsleistung. Auch diese kognitiven Leistungen werden mit den Funktionen des Frontokortex assoziiert. Die verminderten neuropsychologischen Leistungen der MDMA-Konsumenten waren dabei negativ mit der Höhe des MDMA Konsums korreliert. Cannabis-Konsumenten zeigten sich in diesen Aufgaben weitgehend unbeeinträchtigt. Diese Ergebnisse weisen daraufhin, dass die kognitiven Defizite von MDMA-Konsumenten nicht allein durch eine Schädigung temporaler oder hippocampaler Areale zu erklären sind, sondern dass zusätzlich eine Dysfunktion frontaler Regionen für die defizitären Leistungen der MDMA-Konsumenten mitverantwortlich sein könnte.

0541

Neuropsychologie und Psychopathologie bei MDMA-Konsumenten im Längsschnitt

Lutz Wartberg (UKE Hamburg)

Einleitung: Die in Europa am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge Ecstasy zeigt in Tierversuchen ein neurotoxisches Potential. Aktuell liegen nur wenige Längsschnittuntersuchungen zu mittel- und langfristigen Folgen des Ecstasykonsums vor.

Methode: Eine nach Alter und Bildung parallelierte Stichprobe von 11 aktuellen und 10 ehemaligen Ecstasykonsumenten sowie 11 polytoxikomanen Kontrollen (ohne Ecstasygebrauch) und 15 Probanden ohne Konsum illegaler Drogen wurde bezüglich psychopathologischer Belastung (SCL-90-R) und kognitiver Fähigkeiten (AVLT, RBMT) zu drei Messzeitpunkten untersucht. Ergebnisse: Der Faktor „Gruppe“ wird in den SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und im Gesamtscore GSI signifikant. In den neuropsychologischen Parametern wird der Faktor „Gruppe“ in den Testungen des Gedächtnisses mittels AVLT und RBMT signifikant. Die ehemaligen Ecstasykonsumenten weisen die höchste psychopathologische Belastung und die schlechtesten Testleistungen im Gedächtnisbereich auf. Es zeigt sich lediglich in einem Parameter (AVLT 5) eine signifikante „Gruppe x Zeit“-Interaktionen.

Diskussion/Ergebnisse: Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zeigen die ehemaligen Ecstasykonsumenten auch nach

mehrfähriger Ecstasyabstinenz signifikant schlechtere Gedächtnisleistungen als die abstinenten Kontrollen, während sich die aktuellen Konsumenten auch nach fortgesetztem Ecstasykonsum nicht signifikant von den anderen Gruppen unterscheiden. Neben einer vorstellbaren neurotoxischen Schädigung durch Ecstasy werden alternative Erklärungsansätze diskutiert.

0542

Multimodal neuroimaging in MDMA users and the challenge of prospective research designs

Liesbeth Reneman (University of Amsterdam, Dept. of Radiology)

Development of in vivo neuroimaging tools have begun to provide insights into the effects of ecstasy (MDMA) in the human brain. Single photon emission computed tomography (SPECT), positron emission computed tomography (PET) and magnetic resonance spectroscopy (MRI) studies which have evaluated ecstasy's neurotoxic potential will be reviewed. Although PET and SPECT may be limited by several factors such as the low cortical uptake and the use of a non-optimal reference region (cerebellum) the few studies conducted so far provide suggestive evidence that people who heavily use ecstasy are at risk of developing subcortical, and probably also cortical reductions in serotonin transporter densities (SERT), a marker of 5-HT neurotoxicity. There seems to be a dose-dependent and transient reduction in SERT in which females may be more vulnerable than males. The value of MRI in studying ecstasy's neurotoxic potential needs to be established. Because most studies have had a retrospective design, in which evidence is indirect and differs in the degree to which any causal links can be implied, longitudinal studies in human ecstasy users are needed to draw definite conclusions. Some prospective data will be presented from our research group and challenges of prospective research will be discussed.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 15/16

S-131 Symposium

Nikotin, Nikotinabhängigkeit – Neuronales Aufmerksamkeitsnetzwerk

Vorsitz: G. Winterer (Düsseldorf), G. R. Fink (Jülich)

0636

Behavioural and neural effects of nicotine on visuo-spatial attention in healthy non-smoking subjects

Simone Vossel (Forschungszentrum Jülich, Neurowissensch. und Biophysik)
C. M. Thiel, G. R. Fink

Einleitung: There is compelling evidence that reorienting of visuo-spatial attention relies on cholinergic neurotransmission. Behaviourally, it has been shown in animals and humans that nicotine reduces the reaction time costs in location-cueing paradigms that arise when misleading advance information is provided in form of a spatially invalid cue. Moreover, functional imaging studies have demonstrated that nicotine modulates the neural correlates of attentional reorienting. In the present fMRI study we investigated the behavioural and neural effects of nicotine in a location-cueing paradigm in which the amount of top-down information provided by the spatial cues (i.e., cue validity) was systematically varied. We hypothesized that the effects of nicotine would be greatest under conditions of high cue validity when attentional reorienting is more demanding.

Methode: Twenty-four right-handed non-smoking subjects gave informed consent to participate in the present study. We used a location-cueing task

with central predictive cueing. The spatial cues differed in colour and predictive value (90% vs. 60% validly cued trials). Prior to performing the task in the MR scanner, the subjects received either a nicotine polacrilex gum (Nicorette® 2 mg, Pharmacia) or a placebo gum with matched taste and chewed it for thirty minutes. Drug administration was double-blinded. Neural correlates of attentional reorienting were analyzed with a random effects model (SPM2) as a function of cue validity and drug condition.

Diskussion/Ergebnisse: Behavioural data: As expected, we observed a significant three-way interaction of the factors cueing (valid; invalid), cue validity and drug. Moreover, nicotine significantly reduced the variability in response times during invalid trials in the context of high cue validity. Neural data: Our fMRI data suggest that nicotine modulates neural activity in parietal cortex and additional brain areas and that these effects depend on the validity of the spatial cue.

0637

Attentional effects of nicotine in animal models

Ian Stolerman (King's College London, Institute of Psychiatry)

Nicotine can improve the performance of selected tasks involving cognitive functions, including specific aspects of learning, memory and attention. The cognitive effects of nicotine are among the expressed reasons for tobacco use and they may serve as a basis for medications designed to enhance cognition. Important questions addressed by research have included the psychological nature of the effects (e.g. the types of memory and attention influenced by nicotine), the roles of environmental and genetic influences, and the receptor and neurotransmitter mechanisms through which these effects of nicotine are mediated. Chronic exposure to nicotine as in tobacco smoking is an important pharmacological factor that influences findings and the reversal of deficits associated with the nicotine withdrawal syndrome can contribute to the perceived enhancement of cognition. However, it is proposed that performance enhancement can be detected in non-smokers and in animals that have had little or no previous exposure to nicotine, and that improvement in attention can account for most findings. A complex psychological function such as attention is likely to involve several neural mechanisms, and its analysis may reveal dissociations between different aspects of attentional processing. The 5 choice serial reaction time task (5-CSRTT) is a rodent model for studying attentional effects that may be analogous to those seen in humans with the continuous performance task. Pharmacological manipulations revealed dissociations between different aspects of 5-CSRTT performance, supporting the hypothesis that there are heterogeneous mechanisms involved in attentional performance and in attentional effects of nicotine. The effects of nicotine in rats can be modulated in distinct ways by drugs acting at dopamine D2 receptors, at α - and β -adrenoceptors, at glutamate (NMDA and mGluR5) receptors, and at 5-hydroxytryptamine (5-HT_{2C}) receptors. The effects in rats seem to originate at heteromeric receptors (e.g. $\alpha 4\beta 2$) and a role for $\alpha 7$ receptors has not been found. In contrast, 5-CSRTT performance in knockout mice lacking $\alpha 7$ nicotinic receptors is impaired, whereas $\beta 2$ knockouts appeared to be unaffected. In conclusion, nicotine can produce robust (but small) improvements in cognitive functioning through mechanisms that are being increasingly well understood and defined in terms of secondary neurotransmitter mediators, receptor subtypes and brain sites of action. Acknowledgements Thanks are due to the Medical Research Council (UK) and the European Union for grant support.

0638

Hirnstrukturelle und funktionelle Defizite bei Rauchern: Bedeutung für Aufmerksamkeitsstörungen

Jürgen Gallinat (Charité, Psychiatrie, Berlin)

Einleitung: Introduction: Growing evidence from animal studies indicates brain damaging properties of nicotine exposure. Investigations

in humans found a wide range of functional cerebral effects of nicotine and cigarette smoking, but studies focusing on brain damage are sparse. Additionally, attention deficits have been reported in smokers as well as former smokers. The neurobiology of attention deficits is not well understood as well as possible structural brain deficits.

Methode: Methods: Study 1: In 22 smokers and 23 never smokers possible differences of the cerebral structures were investigated using magnetic resonance imaging and voxel-based morphometry. Study 2: Neuroelectric activation during auditory target processing (P300 component) was recorded in 247 healthy subjects consisting of 84 smokers, 53 former smokers, and 110 never smokers.

Diskussion/Ergebnisse: Results: Study 1: Significantly smaller gray matter volume and lower gray matter density were observed in the frontal regions (anterior cingulate, prefrontal, and orbitofrontal cortex), the occipital lobe, the temporal lobe including parahippocampal gyrus, in smokers compared to never smokers. Study 2: Neuroelectric source analysis (LORETA) revealed a hypoactivation of the anterior cingulate, orbitofrontal, and prefrontal cortex in smokers compared to never smokers. A similar profile of hypoactivation was observed in former smokers. Conclusion: The data indicate structural deficits of several cortical and subcortical regions in smokers relative to never smokers. Moreover, for the first time, evidence is provided that dysfunctional activation of frontal lobe networks in smokers is also present in long term abstainers. The topographic profile of the group differences show similarities to brain networks known to mediate attention and working memory processing and may explain in part the frequently reported cognitive dysfunctions in chronic cigarette consumers.

0639

Smoking impacts on prefrontal attentional network function in young adult brains

Georg Winterer (Universität Düsseldorf, Psychiatrie)

Einleitung: There is abundant evidence from clinical and preclinical studies that acute administration of nicotine has beneficial effects on attentional network function in brain. In contrast, little is known about potentially neurotoxic effects on the attentional network during neurodevelopmentally critical periods such as during adolescence and early adulthood.

Methode: Using event-related fMRI, we investigated prefrontal attentional network function in young adults (N=15 regular smokers and N=12 never-smokers; age: 22.6 ± 1.5 years). Duration of smoking was 6.9 ± 2.3 years (range: 2–10). Smokers were allowed to smoke ad libitum before the fMRI scanning was conducted.

Diskussion/Ergebnisse: As expected from literature, prefrontal attentional network activity was significantly reduced in smokers compared to non-smokers ($Z=2.1$; $P=0.036$). In smokers, we found that history of smoking duration (years) is directly related to the extent of diminished attentional network activity ($R=-0.67$; $P=0.012$). To our best knowledge, the relationship between the duration of smoking history and prefrontal attentional network function has not yet been reported. This finding might suggest that several years of chronic nicotine abuse may be sufficient to exert long-lasting effects on brain function of adolescents and young adults. Winterer et al. (2006) Smoking impacts on prefrontal attentional network function in young adult brains. Psychopharmacology (in press)

0640

Nicotinic modulation of visuo-spatial attention in patients with spatial neglect

Gereon R. Fink (Forschungszentrum Jülich, Neurowissensch. und Biophysik)
S. Vossel, J. Kukolja, C. M. Thiel

Einleitung: The deficit to disengage attention from the ipsilesional side of space and to reorient the attentional focus to contralesional stimuli is

one key feature of the spatial neglect syndrome. Previous animal and human studies have suggested that reorienting of visuo-spatial attention is modulated by the cholinergic neurotransmitter system. We investigated whether acute cholinergic stimulation via nicotine can be used to ameliorate the disengagement deficit of patients suffering from spatial neglect.

Methode: Eight patients with chronic neglect were investigated in a within-subject cross-over design. We employed a location-cueing paradigm and analysed reaction time (RT) differences between validly and invalidly cued targets as a function of hemifield and session (nicotine/placebo). Additional neuropsychological tests were used for the assessment of drug effects.

Diskussion/Ergebnisse: Nicotine decreased the 'validity effect' (RT invalid minus RT valid trials) for left targets in the location-cueing task in four of the eight patients. Whereas the lesion did hardly affect parietal and temporal brain areas in these patients, these brain areas were heavily damaged in the 'non-responding' patients. We conclude that attentional performance in location-cueing paradigms can be improved pharmacologically in patients with chronic spatial neglect and that these effects depend on the integrity of the temporo-parietal cortex.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 17/18

S-132 Symposium

Leptin und Ghrelin: Zur Bedeutung der appetitregulierenden Peptide in der Suchttherapie

Vorsitz: F. M. Wurst (Basel), F. Kiefer (Mannheim)

0642

Befunde zur Assoziation von Leptin mit Suchtdruck und Rückfall bei Alkoholabhängigkeit

Falk Kiefer (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtforschung, Mannheim)

Einleitung: Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurden durch Kraepelin Veränderungen von Appetit und Gewicht als wesentliche Symptome psychiatrischer Erkrankungen beschrieben. Aktuell wird insbesondere durch Impulse aus der neuroendokrinen Forschung die gestörte Appetitregulation z.B. bei Ess-Störungen, depressiven Störungen oder unter Einnahme von Psychopharmaka biologischen Erklärungsmodellen zugänglich. Hierbei kommt dem Neuropeptid Leptin, das von Adipozyten synthetisiert wird und im Sinne eines negativen Feedback in die Appetitregulation eingreift, eine besondere Bedeutung zu, da Leptin auch innerhalb anderer neurobiologischer Funktionssysteme eine wichtige Position einnimmt. So gehört Leptin zu den wenigen endogenen Antagonisten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN) Achse (Mantzoros 1999) und greift zudem massiv in die Funktionsfähigkeit des mesolimbischen Belohnungssystems ein (Fulton et al. 2000). Dies gab Anlass zu der Vermutung, dass auch bei Abhängigkeitserkrankungen, jenseits der rein phänomenologischen Ähnlichkeit von Appetit und Suchtdruck, Veränderungen der Leptinregulation pathophysiologisch von Bedeutung sind.

Methode: In klinischen Studien konnten wir einen Zusammenhang zwischen Leptin Plasmaspiegeln und subjektiv erlebtem Craving im Alkoholentzug aufzeigen. Darüber hinaus gelang es, im Tiermodell nachzuweisen, dass die freiwillige Aufnahme von Alkohol nach Leptinapplikation bei alkoholgewöhnten Mäusen signifikant ansteigt. Aktuelle Daten zu Leptin Plasmaspiegeln bei alkoholabhängigen Patienten unter rückfallprophylaktischer Behandlung mit Acamprosat und Naltrexon geben Hinweise auf eine Interaktion von Anti-Craving Behandlung, Plasma Leptin und Abstinenzdauer (Kiefer et al. 2005).

Diskussion/Ergebnisse: Suchtdruck- und Appetitregulation, die in der Vergangenheit zumeist mit uneinheitlichen Konzeptionen untersucht

wurden, zeigen auf neuroendokrinologischer Ebene Wechselwirkungen. Das Phänomen „Appetit“ gewinnt dadurch eine Bedeutung, die über die Erklärung evtl. Gewichtsveränderungen hinaus Einblicke in biologische Mechanismen spezifischer Motivations- und Stimmungsregulationssysteme erlaubt.

0643

Ghrelin und Alkoholabhängigkeit

Thomas Karus (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Das appetitregulierende Neuropeptid Ghrelin gilt als Gegenspieler zum Sättigungsfaktor Leptin. Beide scheinen eine Rolle in der Pathophysiologie des Alkoholentzugs zu spielen. Für Leptin sind Zusammenhänge mit dem Alkohol-Craving belegt.

Methode: Neben einer Übersicht der aktuellen Datenlage sollen eigene Forschungsergebnisse präsentiert werden.

Diskussion/Ergebnisse: Ghrelin scheint während des Alkoholentzugs anzusteigen und in der folgenden Abstinenzphase erhöht zu bleiben. Zusammenhänge mit pathophysiologischen Vorgängen der Stress-Regulation sind wahrscheinlich. Das Thema Ghrelin und Craving ist zu diskutieren.

0644

Leptin und Ghrelin im Alkoholentzug und im Trinkversuch

Friedrich Martin Wurst (Univ. Psych. Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)

G. Wiesbeck, S. Hartmann, L. Pridzun, O. Lesch, K. Junghanns, T. Schulte, G. Dammann, S. Müller

Einleitung: Die Neuropeptide Leptin und Ghrelin sind in orexigene (Ghrelin) und anorexigene (Leptin) Regelkreisläufe der Appetitregulation involviert. Leptin, ein Peptidhormon vom Zytokin-Typ wird überwiegend in Adipozyten synthetisiert. Systemische Effekte auf die Energie-Homöostase, auf die Regulation neuroendokriner und immunologischer Funktionen sowie die Entwicklung wurden beschrieben. In den letzten Jahren wurden etliche Arbeiten zur Bedeutung von Leptin als state und trait marker für Alkoholabhängigkeit sowie zur Rolle von Leptin bei craving vorgelegt. Kürzlich wurde über eine Erhöhung des gut-brain peptides Ghrelin bei Alkoholabhängigkeit berichtet. Eine Korrelation mit craving wurde nicht gefunden.

Methode: a) Die Leptin- und Ghrelinwerte von alkoholabhängigen Patienten im Entzug in Lübeck, Basel und Wien (n=137) sowie das craving (VAS) wurden erhoben und korreliert. Ein Kontrollgruppe wurde mit gesunden Probanden in Lübeck gebildet (n=32). b) Der Einfluss akuter Alkoholisierung auf die Leptinspiegel wurde bei gesunden männlichen Probanden (n=17) in einer placebo-kontrollierten Doppelblindstudie untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den Patienten in Basel, nicht aber in Wien wurden signifikante Korrelationen von craving und Leptin gefunden. Abstinente Alkoholiker und gesunde Probanden unterschieden sich signifikant in Ghrelin-, nicht aber Leptin- Werten. b) Es findet sich kein signifikanter Einfluss von akuter Alkoholisierung auf die Leptinspiegel bei Gesunden. **DISKUSSION:** Die Bedeutung der Befunde ist auf dem Hintergrund verschiedener Einflussgrößen (Patientenkollektiv, Clomethiazol, body composition, periphere vs zentrale Leptinspiegel etc.) zu diskutieren.

0645

Leptin und Ghrelin als Rückfallprädiktoren

Klaus Junghanns (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Einleitung: Der Zusammenhang von Leptin und Ghrelin mit dem Rückfallrisiko bei Alkoholabhängigen sollte näher untersucht werden.

Methode: In einer kontrollierten prospektiven Studie wurden 108 Alkoholabhängige, die nach dem körperlichen Entzug an einer dreiwöchigen Motivationstherapie teilnahmen, ca. eine Woche und erneut vier Wochen nach letztem Konsum von Alkohol hinsichtlich morgendlicher Leptin- und

Ghrelin Serumspiegel untersucht und dann über einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen prospektiv hinsichtlich Rückfall nachuntersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Bei der noch unvollständigen Auswertung ergab sich bislang, dass bei den Frauen der Leptin-Wert bei Therapiebeginn und das nachfolgende Rückfallrisiko miteinander assoziiert waren, nicht jedoch bei den Männern. Ebenfalls bei den Frauen und nicht bei den Männern korrelierten Ghrelin mit Alkoholverlangen und Leptin mit Abhängigkeitsdauer. Dagegen ergab sich kein Zusammenhang von Leptin und/oder Ghrelin mit Abstinenzdauer oder täglicher Alkoholtrinkmenge vor Entgiftung. Darüber hinaus waren Ghrelin mit dem aktuellen Zigarettenkonsum und Leptin mit dem Süßigkeitenkonsum assoziiert. Die noch als vorläufig zu wertenden Befunde legen einen Geschlechtsunterschied hinsichtlich des Zusammenhanges von Leptin und Ghrelin mit mehreren alkoholbezogenen Parametern (Rückfallrisiko, Alkoholverlangen, Abhängigkeitsdauer) nahe. Wie schon in einer anderen Studie gezeigt, scheinen Leptin- und Ghrelin-Werte besonders bei alkoholabhängigen Frauen mit Alkoholparametern assoziiert. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass die weibliche Stichprobe mit n=16 in dieser Studie noch recht klein war.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 04/05

ST-016 State-of-the-Art-Symposium

Drogenabhängigkeit

Vorsitz: E. Gouzoulis-Mayfrank (Köln), N. Scherbaum (Essen)

0031

Störungen durch Cannabis und Partydrogen

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Universitätsklinikum zu Köln, Experimentelle Psychiatrie)

Einleitung: Ca. 40% der 18- bis 20-jährigen in Deutschland berichten über eine mindestens einmalige Erfahrung mit Cannabis, und bei einer Untergruppe von täglichen oder fast-täglichen Konsumenten treten klinisch relevante Konsummuster eines schädlichen Gebrauchs (bei ca. 8–9%) oder gar einer Abhängigkeit (bei ca. 4–7% der Konsumenten) auf. Im Vergleich zu Cannabis sind Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene in der Allgemeinbevölkerung deutlich weniger, aber in bestimmten Szenen bzw. Subpopulationen stark verbreitet (Partydrogen). Unter diesen Partydrogen haben Amphetamine das stärkste Abhängigkeitspotential. Darüberhinaus sind die verschiedenen Substanzen durch ein unterschiedliches Wirkungs- und Komplikationsspektrum gekennzeichnet.

Methode: Die verfügbaren wissenschaftlich basierten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Störungen durch Cannabis, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene sowie die aktuelle Literatur der letzten Jahre wurden gesichtet und bewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Die diagnostischen Kriterien und die Differentialdiagnose der verschiedenen Störungen sowie die pharmako- und psychotherapeutischen Möglichkeiten werden zusammengefasst und diskutiert. Neben der Phänomenologie ist für die Differentialdiagnose drogeninduzierter psychotischer Störungen vor allem die Beachtung der zeitlichen Zusammenhänge zwischen Konsum und Auftreten der psychischen Symptome entscheidend. Eine eindeutige differentialdiagnostische Abgrenzung ist bei fortgesetztem oder intermittierendem Konsum auch über lange Zeiträume nicht möglich. Die Validität der Entität „amotivationales Syndrom“ durch Cannabis erscheint zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ausreichend gesichert. Sie muss gegen einen chronischen Intoxikationszustand, das Negativsyndrom einer Schizophrenie, sowie depressive und schwere Persönlichkeitsstörungen mit Suchtkomorbidität abgegrenzt werden. Die in vielen Studien nachgewiesenen, in der Regel subtilen kognitiven Defizite von Ecstasy- und Amphetaminkonsumenten könnten mit dem im Tierversuch nachgewiesenen neurotoxischen Potential dieser Drogen zusammenhängen, allerdings ist die Datenlage (noch) nicht eindeutig. Bei den Thera-

pieempfehlungen hinsichtlich Störungen durch Cannabis und Partydrogen liegt in der Regel ein relativ schwaches Evidenzniveau vor. Immerhin liegen aber inzwischen kontrollierte Studien und Therapieverlaufsstudien vor, die eine Effektivität psychotherapeutischer Interventionen bei der Cannabisabhängigkeit belegen.

0032

Opiat- und Kokainabhängigkeit

Norbert Scherbaum (Rheinische Kliniken Essen, Abh. Verhalten u. Suchtmedizin)

Die verbreitetste Behandlung der Opiatabhängigkeit ist die Substitutionsbehandlung. Das in Deutschland am häufigsten verwendete Substitut ist Methadon-Razemat. Für dieses Substitut besteht auch die umfangreichste wissenschaftliche und klinische Erfahrung. Für andere Substitute, insbesondere Levomethadon und Buprenorphin, werden zwar gewisse Vorteile diskutiert, eine allgemein akzeptierte Differentialindikation besteht jedoch nicht. Angesichts individueller Unterschiede, z.B. bzgl. des Methadonmetabolismus bei Polymorphismen der P-450 Oxidasen, erfolgt die Dosierung individuell angepasst mit dem Ziel, Entzugsbeschwerden und Heroinverlangen wirksam zu unterdrücken. Bei unzureichendem Therapieeffekt können Methadonplasmaspiegel hilfreich sein. Unter den Nebenwirkungen ist in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion von Substitutionsmitteln insbesondere die QTc-Zeit Verlängerung im EKG als Indikator für das Risiko von kardialen Rhythmusstörungen von Bedeutung. Zur Optimierung des Erfolges einer Substitutionsbehandlung sind in aller Regel weitere Therapieelemente notwendig, z.B. sozialpädagogische Betreuung, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von komorbiden psychischen Störungen. Viele Aspekte der Behandlung von Kokainabhängigkeit sind analog zur Behandlung der Opiatabhängigkeit. Trotz zahlreicher Untersuchungen gibt es bislang keine allgemein als wirksam akzeptierte medikamentöse Behandlung der Kokainabhängigkeit. In kontrollierten Untersuchungen wurde bei verschiedenen Formen der Psychotherapie eine Reduktion des Kokaingebrauchs nachgewiesen.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 43

S-156 Symposium

Biologische State und Trait Marker für Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit in Diagnostik und Therapie

Vorsitz: F. M. Wurst (Basel), C. Spies (Berlin)

0760

Genetik der Monoamin-Transporter: Bedeutung für die Alkoholabhängigkeit

Ulrich W. Preuss (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Monoamin-Transporter, wie etwa der Serotonin- (5-HTT), Noradrenalin- (NET) oder Dopamintransporters (DAT) spielen eine wichtige Rolle bei der Regulation von Neurotransmitterkonzentrationen im synaptischen Spalt. Damit sind diese Proteine auch Wirkort einer Reihe von neurotrophen Substanzen, wie etwa dem Alkohol und spielen bei dessen Pathogenese möglicherweise eine wichtige Rolle. Ziel dieser Untersuchung an einer größeren Stichprobe von Alkoholabhängigen ist es, den Einfluss von genetischen Varianten und Haplotypen der Transporterproteine auf Beginn und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit zu untersuchen.

Methode: Mehr als 300 behandlungssuchende Alkoholabhängige (nach ICD 10) und die gleiche Anzahl von gesunden Kontrollen wurden in die Studie aufgenommen. Verschiedene genetische Varianten des 5-HTT (5-HTTLPR, -VNTR), des DAT (DAT1 VNTR, 3 SNPs) und des NET (2

SNPs) wurden mittels PCR Genotypisiert. Eigenschaften der Alkoholabhängigkeit wurden unter Verwendung eines halbstrukturierten Interviews (SSAGA) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Unterschiede der einzelnen genetischen Varianten und der Haplotypen zwischen den Gruppen Alkoholkranker wurden mit dem Programm „SNPalyze“ berechnet. Für eine Reihe von Eigenschaften der Alkoholabhängigkeit wie Entzug oder Toleranzentwicklung zeigten signifikante Zusammenhänge zum DAT VNTR. Damit werden frühere Forschungsergebnisse bestätigt und erweitert. Damit kommt dem DAT eine signifikante Rolle nicht nur bei den Konsequenzen des Alkoholabhängigkeit, sondern möglicherweise auch bei dessen Entstehung eine wichtige Rolle zu.

0761

Biomarker zum Nachweis chronisch exzessiven Alkoholkonsums in Haaren – zum aktuellen Stand der Forschung

Volker Auwärter (Institut für Rechtsmedizin, Forensische Toxikologie, Freiburg)

Einleitung: Trotz intensiver Bemühungen in den vergangenen Jahrzehnten konnte bisher kein Routinemarker etabliert werden, der es erlaubt, chronisch exzessiven Alkoholkonsum mit befriedigender Sicherheit zu detektieren. In den letzten Jahren zeigte sich, dass ein viel versprechender Ansatz in der Haaranalytik zu suchen ist. Haare als Untersuchungsmatrix haben den Vorteil, als Speichermedium die retrospektive Beurteilung einer Substanzaufnahme zu ermöglichen.

Methode: Grundsätzlich kommen als Haarmarker sowohl direkte als auch indirekte Marker infrage. Direkte Marker sind grundsätzlich zu bevorzugen, da Störmöglichkeiten durch Stoffwechselunterschiede oder Krankheiten, wie sie bei den klinischen Alkoholmarkern vorkommen können, weitgehend auszuschließen sind. Unter den direkten Haarmarkern fanden bisher vor allem die nichtoxidativen Ethanolmetaboliten Ethylglucuronid (EtG) und Fettsäureethylester (FSEE) besondere Beachtung.

Diskussion/Ergebnisse: Ethylglucuronid wird im Körper durch Glucuronyl-Transferasen katalysiert aus Ethanol gebildet. EtG wird in geringen Mengen in das Haar eingelagert und kann bei chronisch erhöhtem Alkoholkonsum in Konzentrationen zwischen ca. 0,03 und 3 ng/mg nachgewiesen werden. Bei Normaltrinkern und Abstinenzlern ließ sich EtG im Haar bisher nicht oder nur in sehr geringen Konzentrationen nachweisen. Fettsäureethylester werden im Körper aus Ethanol und freien oder chemisch gebundenen Fettsäuren unter der Wirkung von Enzymen gebildet und werden zu einem geringen Teil ins Haar eingelagert. Die Summenkonzentration vier dieser Ester wird mit cFSEE bezeichnet und als Bewertungsgrundlage herangezogen. Bei Werten über 1 ng/mg (Cut-off) kann mit hoher Sicherheit von chronisch exzessivem Alkoholkonsum ausgegangen werden. Eine zeitliche Zuordnung von Haarsegmentkonzentrationen zum Trinkverhalten ist nach bisherigen Untersuchungen für beide Marker nicht ohne weiteres möglich, da neben der Einlagerung der Substanzen über den Blutkreislauf in die Haarwurzel auch dem Einlagerungsweg über Sebum (FSEE) und Schweiß (EtG) eine Bedeutung zukommt. Sowohl EtG als auch FSEE stellen als Haarmarker eine wertvolle Hilfe bei der Feststellung von chronisch exzessivem Alkoholkonsum dar und können z.B. bei der Überprüfung einer Abstinenzbehauptung im Zusammenhang mit forensischen Fragestellungen oder Fahrtauglichkeitsprüfungen wertvolle Dienste leisten.

0762

Optimierung von Diagnostik und Therapie der Alkoholkrankheit mittels direkter Ethanolmetabolite (EtG, EtS, PEth, FAEes)

Friedrich Martin Wurst (Univ. Psych. Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)

G. Wiesbeck, B. Tabakoff, F. Pragst, C. Spies, S. Aradottir, C. Alling, W. Weinmann, K. Dürsteler-MacFarland, M. Yegles

Einleitung: Alkoholkonsum mit hoher Sensitivität und Spezifität in verschiedenen Zeitfenstern nachweisen zu können ist aus diagnost-

ischen wie therapeutischen Gründen wünschenswert. Die gegenwärtig routinemäßig eingesetzten state marker wie GGT, CDT oder MCV werden durch eine Vielzahl von Parametern und Erkrankungen beeinflusst. Darüber hinaus decken sie nicht das gesamte Zeitfenster für Alkoholkonsum ab. Vorwiegend in der letzten Dekade haben auf diesem Hintergrund direkte Alkoholmetabolite Beachtung gefunden: Fettsäureethylester (FAEEs), Ethylglucuronid (EtG), Ethylsulfat (EtS) und Phosphatidylethanol (PEth).

Methode: Es werden Ergebnisse der Untersuchung von mehr als 5000 Proben von über 1500 Individuen vorgestellt. Die Bestimmungen erfolgten mittels GC/MS, LC/MS-MS sowie HPLC-ELSD.

Diskussion/Ergebnisse: Jeder der Ethanolmetaboliten bleibt im Serum respektive Urin für ein charakteristisches Zeitfenster nach Beendigung der Alkoholaufnahme positiv: FAEEs im Serum bis zu 24 h, EtG und EtS im Urin bis zu 5 Tagen, PEth im Vollblut bis zu 3 Wochen. Darüber hinaus können EtG und FAEEs in Haaren noch nach Monaten nachgewiesen werden. Während EtG bereits nach dem Konsum kleinerer Mengen von Ethanol nachweisbar wird, scheint bei PEth ein Konsum von mindestens 50–60 Gramm über 2–3 Wochen und bei FAEE und EtG in Haaren eher über Wochen und Monate nötig zu sein, um nachweisbare Werte zu erhalten. Die vorliegenden Ergebnisse könnten EtG im Urin als Abstinenzmarker und PEth im Vollblut sowie FAEEs und EtG in Haaren als Marker für harm reduction prädisponiert erscheinen lassen. Folgende Applikationen sind vorstellbar und werden berichtet: Identifikation von Konsumereignissen und Rückfällen; Motivational feedback; Evaluation von gegenwärtigen Behandlungsprogrammen; Effizienznachweis von Antidipsotropika; Offenlegung von kürzlichem Alkoholkonsum bei sozialen Trinkern in ungeeigneten und gefährlichen Situationen wie dem Führen eines Fahrzeugs, am Arbeitsplatz, während der Schwangerschaft etc.; Untersuchung der Bedeutung von hang-over, dem bei Unfällen eine grössere Bedeutung zukommt; Therapieoptimierung im Sinne einer harm reduction bei z.B. methadonbehandelten Patienten mit Hepatitis C.

0763

Implementierung von Guidelines zur Diagnostik der Alkoholkrankheit in operativen Kliniken

Claudia Spies (Universitätsklinikum Charité, Anästhesiologie, Berlin)
M. Kip, A. Mossner, R. Kleinwaechter, C. Jügel, E. Weiss-Gerlach, T. Neumann

Einleitung: Patienten mit einer Alkoholkrankheit (AUD), die sich einer Operation unterziehen, haben eine erhöhte postoperative Komplikationsrate gegenüber vergleichbaren Kontrollpatienten. Es ist daher unerlässlich diese Patienten bereits präoperativ zu detektieren, um durch prä- und perioperative Maßnahmen (wie Brief Intervention, Abstinenz, Alkoholentzugsprophylaxe) Komplikationen zu verhindern und die erhöhte Morbidität und Mortalität dieser Patienten zu senken.

Methode: 1955 konsekutive Patienten wurden nach schriftlichem Einverständnis vor dem Narkoseaufklärungsgespräch mittels einer computerisierten Version des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) zu Ihrem Trinkverhalten anonym befragt. Der aufklärende Anästhesist war über den Inhalt der Befragung nicht informiert. Retrospektiv wurden die Prämedikationsprotokolle bezüglich der Einhaltung des Charité Algorithmus zur Detektion von AUD ausgewertet (1). Statistik: X²-Test. 1955 konsekutive Patienten wurden nach schriftlichem Einverständnis vor dem Narkoseaufklärungsgespräch mittels einer computerisierten Version des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) zu Ihrem Trinkverhalten anonym befragt. Der aufklärende Anästhesist war über den Inhalt der Befragung nicht informiert. Retrospektiv wurden die Prämedikationsprotokolle bezüglich der Einhaltung des Charité Algorithmus zur Detektion von AUD ausgewertet (1). Statistik: X²-Test.

Diskussion/Ergebnisse: 1955 Patienten (Frauen n= 996, Männer n= 959) haben von Februar bis Juni 2006 zur Teilnahme an der Studie eingewilligt. Insgesamt hatten 16,3% (n=316) dieser Patienten einen positiven AUDIT. Weniger als jeder fünfte AUD-Patient wird durch die Prämedikation erkannt. Männer werden signifikant häufiger detektiert als Frauen (24,8%

gegen 9,9%, p=0,001). Besonders Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren mit AUD (13,7%) werden durch das Prämedikationsgespräch nicht erfasst (0%). Implementierungsstrategien zur Diagnostik der Alkoholkrankheit sind dringend notwendig. 1) Sander M. et al. Internist (Berl), vol. 47, no. 4, pp. 332–341.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 22

FV-025 Freie Vorträge

Prävention und Diagnostik von Suchterkrankungen

Vorsitz: M. Soyka (Meiningen), M. Driessen (Bielefeld)

0122

Eine neue Systematik der psychoaktiven Substanzen (Stimulantien, Entaktogene, Halluzinogene)

Torsten Passie (Medizin, Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)

Einleitung: Die Systematik der psychoaktiven Substanzen (Stimulantien, Entaktogene, Halluzinogene) im Rahmen der Psychopharmakologie wurde seit den 60er Jahren praktisch nicht mehr bearbeitet. Der Vortrag stellt auf der Grundlage eines vom Autor durchgeführten experimentellen und theoretischen Habilitationsprojektes zu den psychophysischen Korrelaten veränderter Wachbewusstseinszustände eine neu entwickelte Systematik der psychoaktiven Substanzen vor.

Methode: Es wurden vom Autor diverse experimentelle Studien zu den durch einige Halluzinogene ausgelösten und anderen veränderten Bewusstseinszuständen durchgeführt. Daraus ergab sich die Hypothese, dass es möglicherweise im Spektrum normaler physiologischer Vorgänge (z.B. hypnagoger Zustand und Traum) präformierte Formvorlagen geben könnte, die für die Ausgestaltung des strukturellen Erlebniswandels unter der Wirkung psychoaktiver Substanzen massgebend sind.

Diskussion/Ergebnisse: Auf der Grundlage der vorgenannten Studien und Überlegungen wie auch einem umfangreichen systematischen Literaturstudium wird in dem Vortrag ein neues Modell zur Systematik der psychoaktiven Substanzen vorgestellt, welches bedeutende Implikationen für die Psychophysiologie, Psychopharmakologie, und die Suchtforschung haben könnte.

0123

Alkoholabhängigkeit: Was sind effektive Präventionsstrategien?

Sabine Löber (ZI für Seelische Gesundheit, Suchtforschung, Mannheim)
K. Mann

Einleitung: Auch wenn evidenzbasierte Verfahren zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurden, kommen zahlreiche Patienten erst sehr spät in Behandlung und bei zahlreichen Patienten ist eine Chronifizierung der Störung zu beobachten. Auch eine zunehmende Anzahl von Jugendlichen zeigt bedenkliche Konsummuster. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über den internationalen Kenntnisstand zur Prävention und Frühintervention bei Alkoholproblemen.

Methode: Anhand der Ergebnisse von Metaanalysen und Literaturrecherchen erfolgt eine Beurteilung verschiedener Präventionsmaßnahmen.

Diskussion/Ergebnisse: Es bewähren sich insbesondere Präventionsansätze aus dem Bereich der systemorientierten (umweltorientierten) Prävention wie z.B. die Erschwerung des Zugangs zu Alkohol und die Besteuerung. Positive Effekte lassen sich auch bei Programmen nachweisen, die person- und systemorientierte Maßnahmen kombinieren; insbesondere im Bereich der betrieblichen Suchtprävention lassen sich positive Effekte nachweisen. Als personorientierte Maßnahme erweisen sich Interventionen in der primärärztlichen Versorgung als effektiv.

Demgegenüber zeigen die Ergebnisse zur Effektivität der Schulprogramme, dass die positive Beeinflussung sog. Schutzfaktoren schwierig ist. Schlussfolgerungen: Die frühzeitige Beeinflussung von Einstellungen zum Suchtmittelkonsum ist wichtig und Erfolg versprechend, die bislang verfügbaren Maßnahmen jedoch verbesserungsbedürftig.

0124

Früherkennung und Diagnostik alkoholbezogener Störungen. Ein Vergleich des Vorgehens von Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern und Psychologen, sowie Suchtberatern

Levente Kriston (Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie)

M. Berner, D. Ruf, M. Härter

Einleitung: Probleme durch erhöhten Alkoholkonsum sind in der heutigen Gesellschaft allgegenwärtig, die Konsequenzen sind sowohl für den Einzelnen als auch für das Gesundheitssystem bedeutsam. Das Ziel der vorliegenden Studie war, die Erkennung und Diagnostik alkoholbezogener Störungen in den hausärztlichen Praxen, bei den niedergelassenen Psychiatern und Psychologen, sowie in den Suchtberatungsstellen zu untersuchen. Zentraler Aspekt war die Erkenntnisse aus den verschiedenen Sektoren in eine Synthese zusammenzufügen und Ansatzpunkte für eine verbesserte Versorgung zu identifizieren.

Methode: Im Rahmen der Studie AQAH (Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis) wurden zwischen Januar 2003 und Januar 2004 drei Fragebogenuntersuchungen in Baden-Württemberg durchgeführt. 1232 Hausärzten, 745 Psychologen, Psychiatern und Nervenärzten, sowie den Mitarbeitern aller Suchtberatungsstellen (n=123) wurde ein standardisierter Fragebogen zugesandt, in dem neben allgemeinen und strukturellen Fragen das diagnostisch-therapeutische Vorgehen bei dem letzten Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung beschrieben werden sollte.

Diskussion/Ergebnisse: Daten von 299 Hausärzten, 224 niedergelassenen Psychologen, Psychiatern und Nervenärzten, sowie von 262 Suchtberatern konnten in die Auswertung eingeschlossen werden (Rücklaufquote zwischen 24,3 und 82,1%). Die ersten Analysen (die Auswertung läuft bis September 2006) legen nahe, dass die Qualität der diagnostischen Maßnahmen in dem Sektor der Suchtkrankenhilfe höher ist, als in den hausärztlichen Praxen. Suchtberater zeigen eine stärkere Präferenz für die Anwendung von Screeningverfahren und stützen sich häufiger auf die Ergebnisse von Fragebögen und auf formale Kriterien in dem diagnostischen Prozess als die anderen Berufsgruppen. Im Gegenteil zu Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum, werden Patienten mit Alkoholabhängigkeit in allen Sektoren ausreichend (wenn auch nicht optimal) identifiziert. Fazit: Die gefundenen Unterschiede zwischen den Sektoren der Versorgung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen weisen auf ein wenig genutztes Potential in der Suchtkrankenhilfe hin und fordern eine intensivere Vernetzung der Sektoren. Eine bessere Kooperation zwischen den Praxen und Einrichtungen würde die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Diagnostik erhöhen und damit die Einleitung einer entsprechenden Behandlung beschleunigen.

0125

Risikoprobanden und Risikomarker – Neue Daten zur Disposition für eine Alkoholerkrankung

Bernhard Croissant (Kliniken Landkreis Sigmaringen, Psychiatrie und Psychotherapie)

R. Olbrich, F. Rist

Einleitung: The aim of this study is to address the stress-response-dampening (SRD) hypothesis of alcoholism from a novel vantage point. Various investigators have demonstrated that persons, considered to be at a potential risk to develop alcohol-related problems, exhibit attenuation of stress reactions in psychologically challenging experimental sessions after receiving alcohol. These studies have employed autonomic nervous system (ANS) measures for indexing stress responses. The present re-

port will give an overview over several questions concerning biological marker in persons with a family history of alcoholism with regard to dampening effects of ethanol. We address gender effects and SRD effects in siblings, SRD effects on Cortisol, the impact of sensation seeking on SRD as well as the question whether to use paradigms with positive or negative reinforcement.

Methode: Subjects in this report were 76 healthy female and 79 healthy male subjects in their adulthood; 50 of the women were daughters and 54 of the men were sons of alcohol-dependent fathers (sons of alcoholics, SOAs), while 26 women and 25 men had no family history of any alcohol use disorders. The subjects were part of a large-scale project, in which participants received two laboratory sessions with exposure in each to three experimental paradigms involving psychological stress, while various psychophysiological and neuroendocrine measures were taken. In one of the sessions alcohol was administered.

Diskussion/Ergebnisse: We found gender effects in children and siblings, we found SRD effects on Cortisol after stress exposition, and we found an independent impact of sensation seeking on SRD effects. Furthermore we found SRD effects in paradigms with positive reinforcement to somewhat lesser extend than with negative reinforcement. Conclusions: Our data extend the findings of Schuckit and colleagues (Schuckit 1984, Schuckit et al. 1987a) in showing that the attenuated cortisol response to alcohol in SOAs is maintained, even when subjects are exposed to experimental psychological stress. The data also extend the findings of Finn et al. (1990) with regard to the SRD effects in females and siblings in the ANS as well as for cortisol. All participants of the original sample (n=155) should be investigate again to explore the development of alcoholism in the time course.

0126

Die Assoziation von Impulsivität, Alkoholwirkungserwartungen und Alkoholgebrauch: Eine Follow-Up-Studie

Malte Stopsack (Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Greifswald)

I. Ulrich, S. Kluth, K. Völker, B. Möller, H. J. Freyberger, S. Barnow

Einleitung: Im Acquired Preparedness Modell (APM) wird angenommen, dass Kinder und Jugendliche mit impulsiven/aggressiven Verhaltensweisen vermehrt Alkoholprobleme aufweisen, wobei dabei Alkoholwirkungserwartungen eine mediierende Bedeutung zukommt. In dieser Studie soll das Modell anhand einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe erstmals längsschnittlich geprüft werden.

Methode: Im Rahmen der Greifswalder Familienstudie wurden zwischen 1998 2003 (T0) 381 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 18 Jahren einer Allgemeinbevölkerungsstichprobe in Mecklenburg-Vorpommern umfassend diagnostisch untersucht, das Follow-Up (fünf Jahre nach T0) läuft seit 2005 im Rahmen einer von der DFG geförderten Studie (T1). Das APM wird anhand der Daten der bereits nachuntersuchten Adoleszenten (N=164) mittels Strukturgleichungsmodellen längsschnittlich getestet, wobei verschiedene Impulsivitätskonstrukte im Hinblick auf Alkoholgebrauch (Frequenz und Menge) und Alkoholstörungen unter Einbeziehung des Mediators positive Alkoholwirkungserwartungen modelliert werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die getesteten Strukturgleichungsmodelle zeigen eine gute Modellgüte und bestätigen somit das hypothesierte APM. Impulsivität weist jeweils signifikante Zusammenhänge zu Alkoholwirkungserwartungen (T0), -gebrauch (T0 und T1) und Alkoholstörungen (T1) auf, während die Wirkungserwartungen sich mediierend sowohl auf den Konsum als auch auf Alkoholstörungen auswirken.

T05 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 07

ST-001 State-of-the-Art-Symposium

Somatoforme Störungen

Vorsitz: V. Arolt (Münster), W. Rief (Marburg)

0001

Somatoforme Störungen

Volker Arolt (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie)

0002

Diagnostik, neurobiologische und psychologische Grundlagen sowie Therapie der somatoformen Störungen

Winfried Rief (Psychotherapieambulanz Marburg, Klinische Psychologie)

Einleitung: Personen mit unklaren körperlichen Beschwerden, bei denen psychologische Einflussbedingungen vermutet werden, stellen mit ca. 20% aller Arztbesuche eine der großen Gruppen im Gesundheitswesen dar. Durch ihr organisches Krankheitsmodell und klagames Verhalten gelten sie oftmals als schwierig und schwer für psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen motivierbar.

Methode: Im Vortrag wird dargestellt, wie diese Personengruppe diagnostisch eingeordnet werden kann und welche biologischen und psychologischen Prozesse zum Krankheitsverständnis beitragen. Ein Schwerpunkt liegt weiterhin auf Methoden, Personen mit somatoformen Störungen zur Psychotherapie zu gewinnen und ihr organisches Krankheitsmodell zu einem psychosomatischen Verständnis zu erweitern. Selbstbeobachtungen, Verhaltensexperimente, Biofeedback, kognitive Therapiemethoden, u.ä. können solche Interventionen darstellen.

Diskussion/Ergebnisse: In der Diskussion wird besonders auf folgende Aspekte eingegangen: * die Notwendigkeit, Klassifikationsansätze in diesem Bereich zu verbessern * die realistische Einordnung der therapeutischen Möglichkeiten bei somatoformen Störungen * die allgemeine Verbesserung der Versorgungssituation.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 19

S-014 Symposium

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Vorsitz: F. Haenel (Berlin), U. Gäbel (Berlin)

0065

Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis

Ulrike Gäbel (Heimatgarten, Berlin)

Einleitung: Die Problematik der Traumatisierung von Asylbewerbern ist gegenwärtig eine der zentralen Fragen in Wissenschaft und Asylverfahrenspraxis. In einer Untersuchung unter gerade eingereisten Asylbewerbern in Deutschland wurde die Prävalenzrate von PTBS er-

mittelt. Des weiteren wurde untersucht, inwieweit es eigens geschulten Einzelentscheidern des BAfI (Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge) möglich ist, mithilfe des Kurzinstrumentes PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) bei Asylbewerbern Anzeichen auf eine PTBS zu erkennen.

Methode: Dazu wurden n=76 Asylbewerber, die sich als Erstantragsteller im Asylverfahren befanden, zusätzlich zu ihrer Anhörung mit der PDS befragt. Aus dieser Gruppe wurden n=40 Personen von Psychologen der Modell- und Forschungsambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz ausführlich (soziodemographischer Fragebogen, Section N des M-CIDI) nachuntersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Befragung durch die Psychologen ergab eine PTBS-Prävalenz von 40% unter Asylbewerbern in Deutschland. Es zeigte sich eine sehr geringe Übereinstimmung zwischen Einzelentscheidern und Psychologen ($Kappa = 0.4$), was bedeutet, dass es Einzelentscheidern unter den aktuellen Gegebenheiten des Asylverfahrens nicht möglich ist, verlässliche Aussagen zu PTBS bei Asylbewerbern zu machen. Dieser Befund ist umso bedeutsamer, als in der Mehrzahl der unerkannten Fälle von PTBS Folter, Kriegeinsatz und Gewalterleben als Auslöser zu werten waren, d.h. Ereignisse, die politische Inhalte und damit asylrelevante Zusammenhänge vermuten lassen, welche jedoch aufgrund der Vermeidungssymptomatik sowie der besonderen Interviewsituation in der Erstanhörung nicht vorgetragen wurden.

0066

Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Ferdinand Haenel (Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin)

Der Beitrag soll deutlich machen, wie umfangreich das Aufgabengebiet der Begutachtung psychischer Traumafolgen bei Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen ist und welche zusätzlichen Bereiche es einschließt. Nicht nur medizinische oder psychologische Fachkompetenz mit Kenntnissen und Erfahrung zu psychisch reaktiven Trauma- und Folterfolgen sowie zur Anamnese- und Befunderhebung mithilfe von Dolmetschern, sondern auch Informationen über politische und kulturelle Hintergründe des Herkunftslandes sowie Kenntnisse im Asyl- und Ausländerrecht der Bundesrepublik Deutschland sind hierfür notwendige Voraussetzungen. Auch können Symptome psychisch reaktiver Folterfolgen und eine mit dem Foltertrauma assoziierte spezifische Beziehungsdynamik nicht selten einen für die Exploration wesentlich begrenzenden Faktor darstellen, was nach der Erfahrung des Referenten Ursache dafür ist, dass viele traumatisierte Asylbewerber zu einem, wie es das Bundesamt für Aufnahme ausländischer Flüchtlinge fordert, „erlebnisnahen und detaillierten“ Vortrag ihrer Asylgründe psychisch oft nicht in der Lage sind. Begutachtungen in Kurz- und Eilverfahren sind daher unprofessionell und unseriös. Fortbildungsseminare für Fachkollegen zu diesem Thema werden derzeit von den Landesärztekammern in Berlin; Baden Württemberg und Nordrhein Westfalen mit bislang sehr guter Resonanz angeboten.

Mittwoch, 22.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Dachgarten

HS-004 Hauptsymposium

Functional Disorders

Vorsitz: G. Wiedemann (Frankfurt), M. M. Fichter (Prien / München)

Functional disorders represent physical disorders in which the symptoms have no known or detectable organic basis but are believed to be the result of psychological factors such as emotional conflicts or stress. While DSM-IV provided updated definitions and diagnostic criteria for

the diagnoses subsumed under the category of somatoform disorders, it appears that this only captures a small proportion of the phenomena of interest at the interface of medicine and psychiatry. Therefore the term „general medical/ psychiatry interface disorders“ was proposed instead of the two terms. These „general medical/ psychiatry interface disorders“ are an important clinical problem. It has been estimated that about 14 distinct physical complaints and symptoms lead to nearly half of primary care utilization, yet only about 15% are clearly associated with an organic illness within a 1-year period. The symposium will give talks of renowned researchers in the field of these disorders. Professor Ahmed Okasha is Director of WHO Collaborating Center Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo ? Egypt, President Egyptian Psychiatric Association, and Immediate Past President World Psychiatric Association. He will talk about „Cultural Aspects of Somatoform Disorders“. Professor Paul M.Salkovskis is the editor of ‚Behavioural & Cognitive Psychotherapy‘, the journal of the British Association for Behavior and Cognitive Psychotherapies, and President of the International Association of Cognitive Psychotherapy. Prof. Salkovski investigates the role of health anxiety (hypochondriasis) including studies of phenomenology, descriptive questionnaire studies, experimental investigations and longitudinal investigations. Dissemination studies are also under way, including a randomised controlled trial. He will give a talk about „Advances in the Understanding and Treatment of Hypochondriasis“.

0012

Cultural Aspects of Somatoform Disorders

Ahmed Okasha (Ain Shams University, Institute of Psychiatry, Cairo)

As our societies become more diverse and the world evolves into a global village, the need to integrate culture into medicine and psychiatry becomes more critically important. The somatization of psychological symptoms started in ancient Egypt 6000 years ago where all mental symptoms were mentioned in Kahun papyrus (dealing with the uterus) and Eber's papyrus (dealing with heart). In a culture dominated by magico – religious concept, mental symptoms were known as a presentation of physical causes!!! We psychiatrists give contradictory messages to our medical colleagues and to the public opinion. We launch programs to fight stigma and discrimination because of mental illness, at the same time we give names to our nosology which can stigmatize our specialty. One such example is the term somatoform, implying that psychiatric illness do not originate from the Soma. Cognitive social psychology and clinical ethnography make it clear that symptom experience is embedded in interpretive systems of meaning. Physiological perturbations are organized and expressed in terms of a nested series of cognitive schemas involving knowledge about symptoms, illnesses or other models of affliction, and broader sociomoral notions of self and personhood. The relative prominence or weight given to any specific model is determined by the social context and purposes for which the person is reflecting on, recounting or recollecting their experience. Psychiatric nosology and the process of clinical assessment must consider the ways in which psychopathology is shaped by social and cultural contexts including those of the family, workplace and health care system.(Kirmayer 2005) The presentation will discuss the validity of studies showing the transformation of conversion, anxiety and depression to the term somatoform disorder. The concept and evaluation of the somatoform disorder will be revisited with emphasis on cultural and religious context.

0013

Advances in the Understanding and Treatment of Hypochondriasis

Paul Salkovskis (King's College London, Institute of Psychiatry)

Functional disorders represent physical disorders in which the symptoms have no known or detectable organic basis but are be-

lieved to be the result of psychological factors such as emotional conflicts or stress. While DSM-IV provided updated definitions and diagnostic criteria for the diagnoses subsumed under the category of somatoform disorders, it appears that this only captures a small proportion of the phenomena of interest at the interface of medicine and psychiatry. Therefore the term „general medical/ psychiatry interface disorders“ was proposed instead of the two terms. These „general medical/ psychiatry interface disorders“ are an important clinical problem. It has been estimated that about 14 distinct physical complaints and symptoms lead to nearly half of primary care utilization, yet only about 15% are clearly associated with an organic illness within a 1-year period. The symposium will give talks of renowned researchers in the field of these disorders. Professor Ahmed Okasha is Director of WHO Collaborating Center Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo – Egypt, President Egyptian Psychiatric Association, and Immediate Past President World Psychiatric Association. He will talk about „Cultural Aspects of Somatoform Disorders“. Professor Paul M.Salkovskis is the editor of ‚Behavioural & Cognitive Psychotherapy‘, the journal of the British Association for Behavior and Cognitive Psychotherapies, and President of the International Association of Cognitive Psychotherapy. Prof. Salkovski investigates the role of health anxiety (hypochondriasis) including studies of phenomenology, descriptive questionnaire studies, experimental investigations and longitudinal investigations. Dissemination studies are also under way, including a randomised controlled trial. He will give a talk about „Advances in the Understanding and Treatment of Hypochondriasis“.

0014

Somatoform symptoms in cardiological patients

Christoph Herrmann-Lingen (Philipps-Universität Marburg, Psychosomatische Medizin)

Heart-related complaints are frequent in medical patients. Since heart diseases are the leading causes of death in industrialized countries, realistic fears can accompany these symptoms. Health education programs to increase cardiac awareness in order to promote early recognition of potentially fatal cardiac events may lead to increased heart-related anxiety in susceptible individuals. On the other hand, primary anxiety and somatoform disorders frequently manifest themselves by cardiac symptoms such as chest pain, tachycardia, palpitations or dyspnea, mediated by a vicious circle of distorted body perception and autonomic arousal. Anxiety and somatoform symptoms are frequent in cardiological patients. Up to 50% of patients receiving their first diagnostic coronary angiography for the evaluation of chest pain show normal or near-normal coronary arteries and up to 50% of these patients have diagnosable mental disorders, mainly panic or somatoform disorders. However, somatoform symptoms are not limited to patients with normal cardiac findings but are also frequently found in patients with established heart disease. In the latter patients, anxious preoccupation leading to hypochondriacal self-observation and functional heart complaints not explained by the cardiac pathology per se can be considered secondary to the threatening experience of the somatic heart disease and have been named „secondary cardiac neurosis“. In both patients with and without organic heart disease, heart-related anxiety and somatoform cardiovascular symptoms lead to considerable suffering, low quality of life, high utilization of medical resources, with chronification and early retirement in many patients. Mental disorders should therefore be considered a relevant differential diagnosis in patients with heart-related symptoms not fully explained by the cardiological status. In these patients, psychosocial factors should be addressed by primary care physicians and cardiologists and a mental health expert should be involved if necessary. Since many heart patients are reluctant to being referred to a psychiatrist, psychiatric or psychosomatic liaison services as

part of the medical team are particularly helpful. In primary care, patients benefit from basic psychosomatic care based on a stable physician-patient relationship. Patients with persisting symptoms, repeated invasive diagnostics or relevant disability can be treated with interdisciplinary multimodal behavioral interventions, including education, psychotherapy and exercise training. Symptomatic improvement has also been found with antidepressant treatment.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 09

S-019 Symposium

Psychosomatische und Somatopsychische Faktoren bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Vorsitz: A. Remmel (Eggenburg)

0087

Determinanten einer hohen psychischen Belastung und psychotherapeutische Optionen bei akutem und chronischem Tinnitus

Roberto D'Amelio (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Etwa 1,6 Millionen Patienten mit chronischem Tinnitus in Deutschland leiden unter gravierenden psychischen und sozialen Begleit- und Folgeerscheinungen. Der Tinnitus stellt für sie eine permanente aversive Stimulation dar, der mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergeht und die gewohnte Lebensführung beeinträchtigt, bis hin zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dieser Symptomkomplex wird als dekompenzierter Tinnitus bezeichnet und vom kompensierten Tinnitus ohne psychische Sekundärsymptomatik abgegrenzt. Da sich die unterschiedlichen psychischen Belastungsgrade nicht auf audiologischen und psychoakustischen Parameter zurückführen lassen, wurden schon recht früh psychosoziale Einflussfaktoren als Erklärung für die Genese einer hohen psychischen Belastung bei Tinnitus diskutiert. Als zentrale Annahme für die Entstehung einer hohen psychischen Belastung bei Tinnitus wird das Fokussieren der Aufmerksamkeit auf tinnitusbezogene Reize diskutiert. Die Fokussierung resultiert aus der Bedrohung, welche diese Individuen dem Reiz „Ohrgeräusch“ beimessen. Durch die erhöhte Aufmerksamkeit nimmt die empfundene Belastung weiter zu und die Habituation an den Tinnitus kann nicht stattfinden. Dies bedeutet, dass eine Reduktion der subjektiven Belastung durch Tinnitus, erst durch geeignete psychotherapeutische Interventionen erreicht werden kann. Als Methode der Wahl hat sich diesbezüglich eine störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie erwiesen, mit Fokus auf der Veränderung von tinnitusbezogenen dysfunktionalen Bewertungen, der Reduktion von negativen emotionalen Reaktionen und der Vermittlung von Methoden zur Aufmerksamkeitslenkung und weiteren adaptiven Bewältigungsstrategien. In diesem Referat soll ein Überblick über Determinanten einer hohen psychosozialen Belastung und über aktuelle kognitiv-behaviorale Interventionen und Therapieprogramme bei akutem und chronischem Tinnitus gegeben werden. Literatur.: Delb W, D'Amelio R, Archonti C, Schonecke O (2002) Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie. Reihe: Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie

0088

Psychoonkologie

Andreas Remmel (Psychosomatisches Zentrum, Waldviertel, Eggenburg)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 15/16

FV-005 Freie Vorträge

Essstörungen

Vorsitz: M. M. Fichter (Prien / München), V. Sipos (Lübeck)

0021

Dialektisch-Behaviorale Therapie und Kognitiv-Behaviorale Therapie bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich

Harriet Salbach (Charité Universitätsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin)

A. Korte, E. Pfeiffer, I. Bohnkamp, U. Lehmkuhl

Einleitung: Die Beurteilung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) im Jugendalter kann derzeit als unbefriedigend betrachtet werden. In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité (CVK) wurde in Anlehnung an Jacobi et al. (2005) ein ambulantes Konzept für AN und BN im Jugendalter entwickelt (KBT-AN/BN). Des Weiteren erfolgte die Entwicklung eines ambulanten Behandlungskonzepts für AN und BN basierend auf der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT-AN/BN).

Methode: Patientinnen werden per Zufall einer der beiden Behandlungen (KBT-AN/BN bzw. DBT-AN/BN) zugeordnet. Es handelt sich um ein Wartegruppensdesign, da alle Patienten vor Beginn der Behandlung 3 Monate als Wartegruppe fungieren. Vor sowie nach der Wartezeit werden sie umfassend diagnostiziert. Die Patientinnen erhalten jeweils 24 Sitzungen Einzeltherapie (50 Minuten) sowie 24 Sitzungen Gruppentherapie (KBT-AN/BN) bzw. Skillstraining (100 Minuten) (DBT-AN/BN). Die Eltern werden in beiden Gruppen in die Behandlung einbezogen. Die Wirksamkeit der Therapie wird mit verschiedenen Messinstrumenten überprüft: Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) sowie der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P, FBB-T). Zusätzlich werden Body Mass Index (BMI), wöchentliche Essanfälle, Erbrechen, vermeiden von Kalorien, Fasten, exzessive sportliche Betätigung sowie Laxantienmissbrauch erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse der Studie werden vorgestellt.

0022

Suizidversuche gegenüber Suizidgedanken bei bulimischen weiblichen Jugendlichen

Marius Nickel (Psychosomatische Klinik, Bad Aussee)

M. Simek, R. Fartacek, C. Nickel, M. Mühlbacher, W. Buschmann, C. Egger, T. Loew, W. Rother

Einleitung: Suizidversuche bei Jugendlichen sind weiterhin ein wichtiges Problem des öffentlichen Gesundheitswesens. Ziel dieser Studie war es, die Unterschiede bei den Familienverhältnissen und soziopsychopathologischen Risikofaktoren zu untersuchen, und dies einerseits bei weiblichen bulimischen Jugendlichen mit Suizidgedanken ohne Suizidversuch, und andererseits bei solchen, die Suizidversuch unternommen haben.

Methode: Eine Gruppe von 211 Patienten wurde 12 Monate lang beobachtet. Daten von 63 Personen [SUG (Suizidgruppe), Alter $17,2 \pm 1,3$], die Suizid versucht hatten wurden dann verglichen mit den Daten von 148 Personen (CG, Alter $18,1 \pm 1,5$), die Suizidgedanken geäußert hatten, aber keinen Suizidversuch unternommen haben.

Diskussion/Ergebnisse: Resultate: Probanden aus der Gruppe der Selbstmordversuche waren in der Kindheit häufiger als die CG körperlicher/sexueller Gewalt ausgesetzt. Als Erwachsene lebten sie ent-

weder alleine oder waren mit dem Partner unzufrieden. Die Häufigkeit von Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder depressiven Störungen in dieser Gruppe war signifikant höher. Psychosomatische Symptome, gestörtes Körpergefühl, Drogenmissbrauch, soziale Störungen und Beeinträchtigung bei der Beurteilung der eigenen Lebensumstände, wie auch berufliche Probleme gingen oft dem Selbstmordversuch voraus. Neun echte Risikofaktoren, die in der SUG-Gruppe deutlich öfter auftraten, wurden unter all den Stressfaktoren identifiziert: „als Kind wurde ich sogar mit Stock und Peitsche geschlagen“, „ich hatte keine Orientierung im Leben“, „trotz Familie und Freunden hatte ich ein Gefühl von Einsamkeit“, „Ich konnte mich nicht entspannen“, „unfähig, mich mit der Umgebung auseinander zu setzen“, „ich mag es nicht angefasst zu werden“, „Eltern haben psychiatrische Störungen“, „Missbrauch von Aufputzmitteln“, and „als Kind fühlte ich mich einsam“ (Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 10,56 bis 1,90). Schlussfolgerung: Negative Erfahrungen in der Familie und eine Reihe von soziopsychopathologischen Faktoren können das Selbstmordrisiko bei weiblichen bulimischen Jugendlichen erhöhen.

0023

Neuropsychologische Korrelate des Entscheidungsverhaltens bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Matthias Brand (Universität Bielefeld, Physiologische Psychologie)
C. Franke-Sievert, G. E. Jacoby, H. J. Markowitsch, B. Tuschen-Caffier

Einleitung: Zusätzlich zu den Kernsymptomen der Bulimia nervosa (BN; z.B. binge-eating, inadäquate Verhaltensweisen zur Vermeidung der Gewichtszunahme) zeigen Patientinnen mit BN häufig auch impulsives Verhalten. Neuropsychologische Studien haben bereits Entscheidungsdefizite bei Patientinnen mit Anorexia nervosa und anderen Gruppen von Patienten mit Störungen der Impulskontrolle (z.B. bei Personen mit Spielsucht) eruiert. Über neuropsychologische Korrelate der BN ist bislang jedoch wenig bekannt. In der vorliegenden Studie wurden Patientinnen mit BN mit einer Glücksspielaufgabe sowie mit einer ausführlichen neuropsychologischen Testbatterie untersucht. Ihre Leistungen wurden mit denen einer Gruppe hirngesunder Normalprobanden, die nach Alter, Geschlecht, Bildung, Intelligenz und Body Mass Index parallelisiert sind, verglichen.

Methode: Es wurden 14 Patientinnen mit BN und 15 Vergleichsprobandinnen in die Studie aufgenommen. Alle Probandinnen wurden mit der Game of Dice Task, einer Entscheidungsaufgabe mit expliziten Gewinn- und Verlustregeln und eindeutigen Gewinnwahrscheinlichkeiten untersucht. Zudem wurde mit allen Probandinnen eine neuropsychologische Testbatterie durchgeführt, die exekutive Funktionen, Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistungen, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und Intelligenz prüfte. Auch wurden verschiedene Persönlichkeitsmaße und psychologisch-psychiatrische Symptome mittels Fragebögen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patientinnen wiesen durchschnittliche Leistungen in den eingesetzten neuropsychologischen Verfahren auf. Dennoch lagen ihre Werte in spezifischen Exekutivfunktionen (kognitive Flexibilität und Set-shifting) und dem anterograden Gedächtnis signifikant unter denen der Vergleichsgruppe. In der Game of Dice Task wählten die Patientinnen mit BN signifikant häufiger die längerfristig unvorteilhaften (riskanten) Alternativen als die Vergleichsprobandinnen. Das Entscheidungsverhalten in der Game of Dice Task korrelierte mit exekutiven Funktionen, nicht jedoch mit anderen neuropsychologischen Domänen, Persönlichkeitsvariablen, der Symptombelastung oder anderen erkrankungsspezifischen Variablen. Schlussfolgerung: Patientinnen mit BN können Entscheidungsdefizite aufweisen, die mit exekutiven Funktionen kovariieren und neuropsychologische Korrelate des dysfunktionalen Verhaltens im Alltag der Patientinnen sein könnten. Neurokognitive Funktionen sollten von daher bei der Behandlung der BN berücksichtigt werden. Weitere Studien müssen zeigen, inwieweit eine Symptomminderung auch mit einer Besserung kognitiver Leistungen einhergeht.

0024

Anorexia nervosa und Dekubitus -Leitlinien zur Prophylaxe und Behandlung

Tim Konhäuser (Universitätsklinik, Psychiatrie, Tübingen)
R. Smolka, J. Zibold, G. Leitlein, G. Buchkremer

Einleitung: Therapieprobleme ergeben sich häufig bei Essgestörten mit schweren komorbiden psychischen Störungen und ausgeprägten somatischen Komplikationen. Seit 2002 werden im Rahmen einer regional vernetzten Versorgung Essgestörte auf einer Spezialstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP) Tübingen in einem integrativen, multimodalen Psychiatrieprogramm behandelt. Wenn Essstörungen mit ausgeprägten somatischen Komplikationen einhergehen, erfordert deren Behandlung im psychotherapeutischen Team hoch standardisierte, verbindliche medizinische und behandlungspflegerischen Leitlinien. Dekubitalulcera werden selten in direkten Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa gebracht, weswegen die Gefährdung massiv unterschätzt wird.

Methode: Anhand einer qualitativen Analyse von sieben Behandlungsfällen anorektischer Patientinnen mit Dekubitus aus dem Klientel der Essstörungen mit schweren psychischen, komorbiden Störungen und ausgeprägten somatischen Komplikationen wird dargestellt, wie eine subjektive Gefährdungseinschätzung mittels Gefährdungsskala mit anschließender Statuserhebung als Grundlage einer effektiven Prophylaxe und Therapie genutzt werden. Prophylaktische Weichlagerung und effiziente Wundbehandlung durch geschultes Fachpersonal erfolgen nach festgelegten Standards.

Diskussion/Ergebnisse: Durch standardisierte und verbindliche Leitlinien werden sowohl ein effizientes Dekubitusmanagement als auch eine umfassende und wirksame Therapie ermöglicht und die Verlaufsdocumentation vereinfacht. Die Einschätzung der Dekubitusgefährdung geschieht anhand der verbreiteten Braden-Skala die für Essgestörte wenig geeignet erscheint und weiter differenziert werden muss. Zudem wird im Verlauf der Behandlung und somatischen Versorgung vermehrt auf das zusätzliche Gefährdungspotential durch den „Wunsch nach Krankheit“ und an der Selbstachtsamkeit der Patienten gearbeitet. Begünstigt wird die Remission mit steigendem Gewicht und ermöglicht damit eine Rücknahme der intensivierten Behandlung.

0025

Topiramate-Behandlung von Patienten mit Bulimia nervosa: eine randomisierte, placebo-kontrollierte Doppelblindstudie

Marius Nickel (Psychosomatische Klinik, Bad Aussee)
M. Mühlbacher, F. Pedrosa Gil, P. Kaplan, W. Rother, C. Nickel, T. Loew

Einleitung: Ziel der Untersuchung war es, den Einfluss von Topiramate auf Verhalten, Körpergewicht und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Bulimie-Patienten zu prüfen.

Methode: Patienten mit Bulimia nervosa wurden mit Topiramate in einer zehnwöchigen, randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblindstudie behandelt: Topiramate (TG, n=30), Placebo (CG, n=30). Die Ergebnisse wurden durch Änderungen in der Häufigkeit von Fressattacken/Erbrechen, im Körpergewicht, und in den Skalen des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36) beurteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zur Placebo-Gruppe (gemäß dem Intent-to-Treat-Prinzip) konnten signifikante Änderungen bei der Häufigkeit von Fressattacken/Erbrechen [Reduktion >50%: TG, n=11 (36,7%); CG n=1 (3,3%)] ($p<0,001$), im Körpergewicht [Unterschied im Gewichtsverlust bei den zwei Gruppen: 3,8 kg, 95%-CI = (-5,4; -2,1), $p<0,001$], und auf dem SF-36 (alle $p<0,001$) beobachtet werden. Alle Patienten vertrugen Topiramate relativ gut. Schlussfolgerung: Topiramate erscheint sicher und effektiv bei der Beeinflussung der Häufigkeit von Fressattacken/Erbrechen, des Körpergewichts und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bulimischer Patienten.

FV-006 Freie Vorträge

Angststörungen

Vorsitz: B. Bandelow (Göttingen), I. Hand (Hamburg)

0026

Diagnostik der Generalisierten Angststörung in der Primärmedizin: Entwicklung und Validierung des PHQ-GAD-7

Bernd Löwe (Universität Heidelberg, Zentrum für Psychosoz. Medizin)
R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, K. Kroenke

Einleitung: In der Primärmedizin zählt die Generalisierte Angststörung (GAS) zu den häufigsten psychischen Störungen. Aufgrund des Fehlens von kurzen Instrumenten zur Messung der generalisierten Angst wurde im Rahmen dieser Studie ein praktikables Selbstratinginstrumentes zur Identifikation von Patienten mit GAS entwickelt und validiert.

Methode: In 15 primärärztlichen Zentren der USA füllten insgesamt 2740 Patienten die diagnostischen Fragebögen aus; bei 965 Patienten wurde innerhalb von einer Woche zusätzlich ein diagnostisches Telefoninterview (SKID) als Kriteriumsstandard durchgeführt. Die Konstruktvalidität wurde in Hinblick auf Funktionsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeitstage und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Für eine Skala mit 7 Items (PHQ-GAD-7) ergaben sich sehr gute Kennwerte für Reliabilität, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität. Bei einem Punktwert von 10 und höher liegt die Sensitivität des PHQ-GAD-7 bei 89%, die Spezifität bei 82%. Die Punktwerte korrelieren hoch mit den verschiedenen Maßen der Funktionseinschränkungen; u.a. mit allen 6 Skalen des SF-20. Die Items des PHQ-GAD-7 und die Items der Depressionsskala des PHQ laden in der Faktorenanalyse auf unterschiedlichen Dimensionen, was die faktorielle Validität des Instrumentes bestätigt. Aufgrund der guten Ergebnisse zur Validität kann der PHQ-GAD-7 in seinen englischen und deutschen Versionen zum Einsatz in der Primärmedizin empfohlen werden.

0027

Evaluation und Katamnese eines stationären kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms für Patienten mit Panikstörung

Andreas Schuld (Klinikum Ingolstadt, Zentrum für Psych. Gesundheit)
U. Beer, G. Kempter, T. Pollmächer, M. Rathgeb-Fuetsch

Einleitung: Am Zentrum für Psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt existiert ein standardisiertes stationäres kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsangebot für Patienten mit schwer ausgeprägten Angststörungen. Die Effektivität der Behandlung wurde von Anfang an prospektiv und mittlerweile auch mittels einer Katamneseuntersuchung evaluiert.

Methode: Eine erste Querschnittsstudie wurde mit insgesamt 44 Patienten mit einer Panikstörung nach DSM-IV (38% mit reiner Panikstörung, 62% mit mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung) durchgeführt. Alle Patienten erhielten sowohl zum Aufnahme- als auch zum Entlasszeitpunkt das „Beck Angst Inventar (BAI)“, das „Mobilitätsinventar (MI)“, den „Agoraphobic cognitions questionnaire (ACQ)“ sowie den „Body sensations questionnaire (BSQ)“. Darüber hinaus wurden sowohl zum Aufnahme- als auch zum Entlasszeitpunkt ausführliche neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt. Schließlich erfolgte eine Katamneseuntersuchung, an der sich fast 80% der initial behandelten Patienten beteiligten.

Diskussion/Ergebnisse: Im Therapieverlauf kam es im Mittel neben

einer signifikanten Abnahme von körperlichen Angstsymptomen und Befürchtungen in Angstsituationen auch zu einer signifikanten Abnahme von Vermeidungsverhalten. Darüber hinaus besserten sich auch diverse neuropsychologische Funktionen. In der Katamnese zeigte sich ein guter Langzeiteffekt der erreichten Therapieerfolge in einer Reihe der genannten psychopathologischen Skalen. Besonders interessant ist, dass das Programm bei Patienten mit und ohne komorbide psychiatrische Erkrankung vergleichbar erfolgreich war. Hiermit konnte in einer naturalistischen Patientenstichprobe gezeigt werden, dass ein bekanntes Therapiekonzept auch bei solchen Patienten wirksam ist, die wegen ihrer problematischen Komorbidität mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen bei den bisherigen Studien in der Regel ausgeschlossen wurden.

0028

Evaluation des CCK-4 Modells zur Provokation von Angstattacken im Rahmen einer proof-of concept Studie

Rainer Rupprecht (Universität München, Psychiatrische Klinik)
D. Eser, C. Schüle, S. Wenninger, T. Baghai, R. Engel

Einleitung: Im Rahmen der Neuentwicklung von Anxiolytika sind humanexperimentelle Angstmodelle von großem Interesse, da sie die Möglichkeit bieten sog. proof of concept Studien bei gesunden Probanden durchzuführen. Die Angstprovokation mit Cholecystokinin-Tetrapeptid (CCK-4) ist ein gängiges Provokationsverfahren, jedoch gibt es keinen einheitlichen Standard für die Durchführung und Interpretation dieses Modells.

Methode: Im Rahmen einer proof of concept Studie wurden 130 gesunde Probanden psychiatrisch gescreent. 85 Probanden wurden einer Angstprovokation mit 50 microgramm CCK-4 unterzogen. Als Messinstrumente dienten das Acute Panic Inventory (API) und die Panic Symptom Scale (PSS). Zusätzlich wurden Herzfrequenz, Blutdruck sowie ACTH und Cortisolsekretion erfasst. Das Persönlichkeitsprofil wurde anhand des MMPI-2 ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: CCK-4 induzierte eine starke Angstreaktion, die bei 78% der Probanden das Ausmaß einer Panikattacke nach dem API-Kriterium (Anstieg >14) erreichte. Legt man die PSS zugrunde, erfüllen nur 68% der Probanden das Kriterium für eine Panikattacke. Panicker und Nicht-Panicker unterschieden sich nicht hinsichtlich der physiologischen Parameter Herzfrequenz und Blutdruck. CCK-4 führte zu einer deutlichen Stimulierung der ACTH- und Cortisolsekretion, die jedoch unabhängig von der subjektiven Angstreaktion zu verzeichnen war. Das MMPI-2 Persönlichkeitsprofil hatte keinen Einfluss auf die Angstreaktion nach CCK-4 Gabe. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Angstreaktion auf CCK-4 unabhängig von Persönlichkeitsfaktoren und der physiologischen Antwort auf CCK-4 auftritt. Im Rahmen von proof of concept Studien sollte das CCK-4 Modell unter genau standardisierten Bedingungen verwendet werden.

0029

Incidence of working memory capacity and emotional intelligence in reappraising negative content: 'Cold' and 'hot' forms of emotional control

Roberto Viviani (Uniklinik Ulm, Psychiatrie III)
K. Ehrhard, H. Lo, A. Horn

Einleitung: Anxiety and depression are characterized by uncontrollable affective states. The elaboration of emotion in the limbic system is regulated by the prefrontal cortex (PFC), which prevalently acts as an inhibitory/controlling instance. We used functional neuroimaging and an emotion reappraisal task (Ochsner et al. 2002) to investigate the effects of intersubject differences in working memory capacity (OSPAN test) and emotional intelligence on the areas recruited in the PFC for control, and the amount of activation in the limbic system. These may discriminate subjects by 'cold' and 'hot' forms of emotion

control with dissociated neural correlates.

Methode: Young subjects were recruited in schools selecting for proneness to exam anxiety. The paradigm consisted of the presentation of word stimuli, some neutral, some related to situations threatening self-esteem in an exam setting. All neutral words, and half of the threatening words, were preceded by the instruction of letting them exert their influence on the current mental state ('look'). Half of the threatening words were preceded by the instruction of internally reappraising the content of the word ('reappraise': change perspective and generate helpful thoughts).

Diskussion/Ergebnisse: When contrasted with the negative 'look' condition, 'reappraise' trials activated ventrolateral areas of the prefrontal cortex bilaterally, as in the studies with similar paradigms (Ochsner cit.). These PFC activations were stronger when the regressor for the instruction event, as opposed to the word presentation event, was used. Individual executive capacity explained some of the variance in the reduction of activation in the limbic system in the reappraise condition (right anterior hippocampus, right amygdale). The emotional intelligence scale correlated with activation in the ventral medial PFC and extended laterally to the right to encompass orbitofrontal regions. These results are consistent with our hypothesis of interindividual differences in approaching emotion regulation along the lines of 'cold' (purely cognitive) and 'hot' processing.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-006 Postersitzung

Angst- und Zwangsstörungen

Vorsitz: G. Wiedemann (Frankfurt)

0051

Geschlechtsspezifische Ergebnisse in der Behandlung von Angststörungen

Johannes Lindenmeyer (Salus Klinik Lindow, Psychosomatik / Sucht)

Einleitung: AU-Zeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nehmen immer weiter zu. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei den Angststörungen zu, weil sie oftmals vom Behandlungssystem nicht als solche erkannt werden, sondern die körperlichen Symptome der Angst über Jahre somatomedizinisch behandelt werden. Ein wesentliches Ziel einer Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist die Überwindung des chronischen Krankheitsverhaltens und die Reduzierung der Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Angesichts des geschlechtsspezifischen Krankheitsverhaltens wird untersucht, ob dies bei Frauen und Männern gleichermaßen gelingt.

Methode: Alle Patientinnen und Patienten einer psychosomatischen Klinik, bei denen als Erstdiagnose eine Angststörung (F40.00 bis F41.9) vorlag, wurden in die Auswertung einbezogen (N=233). Alle Patientinnen und Patienten erhielten im Rahmen einer sechswöchigen Behandlung eine engmaschige, kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie mit dem Schwerpunkt auf einer Exposition in vivo. Je nach individueller Indikation nahmen die Patientinnen und Patienten zusätzlich an teilhabebezogenen Behandlungsangeboten der Ergo-, Sport-, Arbeits- und Sozialtherapie sowie an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teil.

Diskussion/Ergebnisse: Die häufigsten Diagnosen waren in einer Rangreihe unabhängig vom Geschlecht: Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), Panikstörung (F41.0), soziale Phobien (F40.1) und generalisierte Angststörung (F41.1). Frauen (N=119) und Männer (N=114) unterschieden sich nicht in ihrer Schulbildung, Partner- und Arbeitssituation, im Alter (42 Jahre) und in der Dauer der

Angststörung (8 Jahre). In den psychologischen Tests (BDI, IIP, SVF, UFB, PFB, SOZU, ACQ) zeigten sich weder zu Therapiebeginn noch am Therapieende geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei 72% aller Patientinnen und Patienten war eine deutliche Verbesserung der Angstsymptomatik zu verzeichnen. Auch 1 Jahr nach dem Ende der Behandlung unterschieden sich Frauen und Männer nicht in der Beurteilung des Gesundheitszustandes, der Lebenssituation, der sozialen Situation und anderer lebenswichtiger Bereiche. In beiden Gruppen war schließlich ein signifikanter Rückgang der Arbeitslosigkeit zu verzeichnen ($p < .01$). Dagegen zeigten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der AU-Tage im Katamnesezeitraum: Im Vergleich von einem Jahr vor der Behandlung zu einem Jahr nach Therapiebeendigung hat sich die Anzahl der Krankheitstage bei den Männern um 66% und bei den Frauen um 56% reduziert ($p < .001$). Entsprechend reduzierte sich die Anzahl der Personen mit Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den Männern um mehr als die Hälfte, bei den Frauen hingegen nur um 14% ($p < .001$). Schlussfolgerung Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine subjektiv gebesserte Befindlichkeit bei Patientinnen mit einer Angststörung in geringerem Ausmaß mit einer Überwindung des chronischen Krankheitsverhaltens einhergeht als bei männlichen Angstpatienten. Die unverändert gehäuften Fehlzeiten der Patientinnen am Arbeitsplatz bedürfen gesonderter therapeutischer Aufmerksamkeit und gezielter Interventionen.

0052

Geschlechtsspezifische Befunde bei der Angstbehandlung

Tobias Wiehn (Salus Klinik Friedrichsdorf, Psychosomatik)

H. Vollmer, J. Domma

Einleitung: Frauen und Männer neigen zu unterschiedlichen Ausprägungen der Hauptsymptomatik im Bereich der Angststörungen. So tritt die Agoraphobie mit Panikstörung bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern, die wiederum deutlich vermehrt unter Sozialphobien leiden. Geschlechtsspezifische Faktoren sowie die verschiedenen Leitsymptome der Angst lassen vermuten, dass sich stationäre Angstpatienten in ihrem Therapieergebnis unterscheiden insbesondere dann, wenn sie an gleichen Gruppen teilnehmen.

Methode: Die konsekutiv aufgenommenen 67 Patienten waren im Durchschnitt 45 Jahre alt (SD: 8,5), 60% waren weiblich, 31% waren alleinstehend, 43% hatten einen Hauptschulabschluss, 31% Mittlere Reife, 16% Abitur und 2% einen Hochschulabschluss. 31% waren zu Beginn der Behandlung arbeitslos, im Durchschnitt für 17 Monate (SD: 27). Im Verlauf ihrer 38-tägigen stationären Behandlung (SD: 13) erhielten die Patienten eine kombinierte kognitiv-behaviorale Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Darüber hinaus bestand die multimodale stationäre Therapie aus weiteren geschlechtsunspezifischen Angeboten: Angstbewältigungsgruppe, Soziales Kompetenztraining, Entspannungstraining, Sporttherapie sowie fakultativ Musik- und Ergo-/Gestaltungstherapie.

Diskussion/Ergebnisse: Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10, F40.01) war die in der beschriebenen Stichprobe am häufigsten gestellte Erstdiagnose unabhängig vom Geschlecht. Bei den Männern wurde am zweithäufigsten die Diagnose der Sozialphobie (F40.1) gestellt, die bei den Frauen in keinem Fall vergeben wurde. Hier stellte die zweithäufigste Diagnose die Panikstörung (F41.0) dar, die bei den Männern an dritter Stelle rangierte. Die häufigsten Nebendiagnosen waren depressive Episoden (F32.1, F32.2), Anpassungsstörungen (F43.2) und Essentielle Hypertonie (I10). Frauen und Männer unterschieden sich nicht bezüglich ihrer Partnersituation, der Arbeitslosigkeit, der Schulbildung, der Anzahl der Suizidversuche, ihrem Alter und der Dauer vorheriger Arbeitslosigkeit. Zu Beginn der Behandlung gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in den Testwerten zur Depression (ADS, SESA BSI-Skala 4), Ängstlichkeit, Phobische Angst, Unsicherheit etc. Bei gleicher stationärer Behandlungsdauer gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Behandlungsergebnis zu Therapieende und auch nicht zur Einjahreskatamnese.

26% der Patienten gaben ein Jahr nach Therapieende an, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert habe, 53% waren mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden. Im Vergleich Therapiebeginn und -ende hatten sich die Patienten signifikant ($p < .05$) in den meisten Faktoren des BSI (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Phobische Angst) und im Depressionswert des ADS verbessert. Zum Zeitpunkt der Einjahreskatamnese waren diese Verbesserungen nicht mehr signifikant. In der Inanspruchnahme nachfolgender ambulanter Therapien oder von Selbsthilfegruppen unterschieden sich beide Gruppen nicht. Im Gegensatz zu Prävalenzstudien war bei dieser Klinik-Stichprobe die Diagnose Agoraphobie mit Panikstörung bei Frauen und Männern gleich häufig vertreten. Die Sozialphobie wurde hingegen – wie aus der Literatur vorhersagbar – nur bei Männern diagnostiziert. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen und Männer mit den Erstdiagnosen F40.0–F41.2 mit einem multimodalen verhaltenstherapeutischen Programm gleichermaßen erfolgreich behandelbar sind, wenn eine individuell auf die Angststörung zugeschnittene Therapie durchgeführt wird. Die Hypothese nach Unterschieden im Therapieverlauf und Behandlungsergebnis konnte hier nicht bestätigt werden. Offen bleibt die Frage nach den Prädiktoren und Einflussfaktoren einer langfristigen Stabilisierung des Therapieerfolgs sowohl für Frauen als auch für Männer.

0053

Stress und psychische Störungen im Feuerwehrdienst

Björn Kardels (St. Marien-Hospital Hamm, Psychiatrie und Psychotherapie)
K.-H. Beine

Einleitung: In der Bundesrepublik Deutschland existiert ein gut ausgebautes Rettungswesen. Rechtliche Grundlage sind die Brandschutzhilfsleistungsgesetze (BrSHG). Die BrSHGe aller Länder gelten sowohl für freiwillige Feuerwehren und Berufsfeuerwehren.

Methode: Neben der Brandbekämpfung übernimmt die Feuerwehr auch Aufgaben in den Bereichen des vorbeugenden Brandschutzes, der Technischen Hilfeleistung, der Branderziehung in Kindergärten und Schulen und im Rettungsdienst. Dabei kann es bei Feuerwehrangehörigen durch Schichtarbeit, Zeitdruck, Ärgernissen mit Vorgesetzten oder Untergebenen, durch körperliche Belastungen (z.B. physische Belastung durch Wärmeschutzanzüge oder Atemschutzgeräte) und psychische Überforderung (z.B. Notfälle mit Kindern) zu Stressreaktionen kommen. Diese können sich durch übersteigerte Unruhe, Angstzustände, Unsicherheit, Sprach- und Konzentrationsstörungen, Lethargie, Apathie, partielle Lähmungen, Aggressivität, Orientierungsstörungen, Depressionen, Euphorien, Cephalgien, Schweißausbrüchen, Magenbeschwerden und Übelkeit äußern. Im Extremfall kann es aber auch zur Ausbildung einer akuten Belastungsreaktion oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen.

Diskussion/Ergebnisse: Feuerwehrleute sind im Rahmen ihrer Tätigkeit vermehrt physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Dadurch kann es sowohl zur Ausbildung von Stressreaktionen als auch zu einer akuten Belastungsreaktion oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Den Städten und Gemeinden als Träger der Feuerwehren sollten das erhöhte Risiko bekannt sein, damit sie im Falle einer Ausbildung von Stressreaktionen und psychischen Symptomen genügend Bewältigungsmöglichkeiten einleiten können. Zusätzlich sollte auch die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung eingeleitet werden können.

0054

Does maternal psychopathology modify the effect of separation anxiety on the development of subsequent disorders?

Tanja Brückl (Max-Planck-Institut, Molekulare Psychologie, München)
P. Zimmermann, H.-U. Wittchen

Einleitung: Separation anxiety (SA) was found to be associated with increased risk of mental disorders later in life. The aim of the present study

is to examine whether maternal psychopathology modifies the effect of SA on subsequent disorders.

Methode: Data come from the longitudinal-epidemiological Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Study. Analyses are based on a subsample of the younger cohort who completed all three waves of data collection (T₀, T₁, T₂) and whose mothers participated in the parent investigation (N=938). Mental disorders in mothers and offspring were assessed with the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) according to DSM-IV criteria.

Diskussion/Ergebnisse: There was a significant interaction between maternal psychopathology and childhood separation anxiety on risk of mental disorders in adolescence and young adulthood: The joint effect of SA and maternal psychopathology on risk of any incident diagnosis during follow-up significantly exceeded the sum of their individual effects by 45% (95%CI: 26% to 64%). Neither separation anxiety in the absence of maternal psychopathology nor maternal psychopathology in the absence of separation anxiety predicted the onset of mental disorders in adolescence or young adulthood. The effect of childhood separation anxiety was much stronger among those who had been exposed to maternal psychopathology (risk difference = 31%, 95%CI: 15% to 48%) than among those who had not been (risk difference = -16%; 95%CI: -40% to 8%).

0055

Behandlung mit Duloxetin zur Verbesserung des funktionellen Status bei generalisierter Angststörung: Drei unabhängige Studien

Edith Schneider (Lilly Deutschland GmbH, Medical, Bad Homburg)
J. Endicott, M. Pollack, J. Russel, J. Raskin, M. Detke, J. Erickson, Y. Pritchett, S. Ball, S. Wilhelm, R. Swindle

Einleitung: Die generalisierte Angststörung ist mit reduziertem Wohlbefinden, schlechterem emotionalen und körperlichen Gesundheitszustand, sowie Einschränkungen im Berufsleben assoziiert. Die Wirksamkeit von Duloxetin hinsichtlich Verbesserung der funktionellen Zielparameter bei Patienten mit generalisierter Angststörung wird evaluiert und hierfür die Ergebnisse von drei voneinander unabhängigen klinischen Studien analysiert.

Methode: Analysiert wurden drei randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, multizentrische Studien mit erwachsenen, ambulanten Patienten, die die DSM-IV-Kriterien für generalisierte Angststörung erfüllten. In Studien 1 und 2 wurde eine zehnwöchige Therapie mit Duloxetin in flexibler Dosierung (60 mg bis 120 mg) (n=168 bzw. n=162) mit Placebo (n=159 bzw. n=161) verglichen. In Studie 3 wurde eine neunwöchige Therapie mit Duloxetin in fester Dosierung (60 mg bzw. 120 mg, n=168 bzw. n=170) mit Placebo (n=175) verglichen. Die primären funktionellen Zielparameter waren der Score für die allgemeine funktionelle Beeinträchtigung sowie drei Subdomänen für spezifische funktionelle Beeinträchtigungen (Beruf, Sozialleben und Familie) der Sheehan Disability Scale (SDS). Sekundäre funktionelle Zielparameter waren die Fragebögen Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form (QLES-Q-SF) und European Quality of Life 5 Dimensions (EQ-5D). Die Hauptanalyse der funktionellen Parameter bestand im Vergleich der mittleren Veränderung dieser Parameter zwischen Baseline und Ende des Beurteilungszeitraums mit Kovarianzanalyse. Die Analysen wurden bezüglich der SDS am Intent-to-treat Kollektiv durchgeführt und bezüglich aller sekundären Zielparameter am Kollektiv der Patienten, die in ihrer Studie die Phase der Akuttherapie abschlossen.

Diskussion/Ergebnisse: In allen Studien zeigte sich in den Duloxetin Behandlungsgruppen eine signifikant stärkere Besserung des funktionellen Status als bei den Patienten in der Placebogruppe. Dies galt für den SDS-Score für die allgemeine Beeinträchtigung (Studie 1 und 2: $p < 0,01$; Studie 3: $p < 0,001$) sowie für die SDS (p-Werte im Bereich zwischen $< 0,05$ und $< 0,001$). Die Duloxetin Patienten beschrieben eine stärkere Verbesserung der Lebenszufriedenheit und des Woh-

lgerhens, beurteilt durch Gesamtscore gemäß QLES-Q-SF (Studie 1: $p < 0,01$; Studie 2 und 3: $p < 0,001$). Bezüglich EQ-5D erzielten die Duloxetin Patienten eine stärkere Verbesserung des gesundheitlichen Status als unter Placebo gemäß VAS (Studie 1: $p < 0,05$; Studie 3: $p < 0,001$) und Gesamtscore (Studie 1 und 3: $p < 0,01$) EQ-5D. Duloxetin erwies sich als wirksame Therapie, die in drei voneinander unabhängigen Studien die mit der generalisierten Angststörung assoziierten Behinderungen konsequent reduzierte und den funktionellen Status sowie das Wohlergehen der Patienten insgesamt verbesserte. Diese Untersuchung wurde von Eli Lilly und Boehringer Ingelheim finanziert.

0056

Entwicklung eines auditiven emotionalen Stroop-Tests: Selektive Aufmerksamkeitszuwendung bei hoch- und niedrigängstlichen Kindern

Natasa Milenkovic (Institut für Psychologie, Klinische Psychologie, Basel)
S. Schneider, T. In-Albon

Einleitung: Kognitive Faktoren werden als mögliche prädisponierende und/oder aufrechterhaltende Faktoren bei Angststörungen diskutiert. Bislang liegen kaum Methoden vor, mit denen die genannten Faktoren bei Vorschul- und Grundschulkindern erfasst werden können.

Methode: In der vorliegenden Untersuchung wurde ein auditiver, emotionaler Stroop-Test entwickelt. Das Ziel ist die Erfassung von selektiven Aufmerksamkeitsprozessen bei 4- bis 8-jährigen Kindern. Es wurde untersucht, ob sich die Reaktionszeiten bei der auditiven Präsentation von angstbezogenen vs. neutralen Stimuli in Abhängigkeit des Ausmaßes der kindlichen Ängstlichkeit unterscheiden. 25 Kinder (14 Mädchen, 11 Jungen) wurden in Kindergärten und Grundschulen untersucht. Das durchschnittliche Alter betrug 7,12 Jahre ($SD = 1,01$).

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen den Reaktionszeiten für angstbezogene Stimuli und der Ängstlichkeit der Kinder besteht. Der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und Reaktionszeiten war beim Selbstbericht des Kindes, nicht aber bei der Fremdbeurteilung durch Eltern und Erzieher signifikant. Die Reaktionszeiten infolge der auditiven Präsentation neutraler Stimuli waren über die Gesamtstichprobe betrachtet länger als die Reaktionszeiten nach der Darbietung von angstbezogenen Stimuli. Diskussion: Die Ergebnisse legen nahe, dass unter Verwendung adäquater kindgerecht angepasster Methoden selektive Aufmerksamkeitsprozesse bei Vorschul- und Grundschulkindern erfasst werden können. Die Möglichkeit einer Aufmerksamkeitsabwendung im Vergleich zu einer Aufmerksamkeitszuwendung bei der Konfrontation mit potentiell angstausslösenden Stimuli wird diskutiert.

0057

Frühe Traumatisierungen und elterliche Erziehungsgewohnheiten bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen

Ingo Schäfer (UKE Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische Klinik)
S. Köhler, S. Fricke

Einleitung: Patienten mit psychischen Störungen weisen hohe Raten traumatischer Erfahrungen in der Kindheit auf. Die Bedeutung dieser Erlebnisse für die Entstehung, den Verlauf und die Therapie psychischer Erkrankungen wird dabei zunehmend deutlich. Zwangserkrankungen zählen zu den Störungen, für die verglichen mit anderen Diagnosegruppen bislang kaum Befunde zu frühen Traumatisierungen vorliegen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es deshalb, die Häufigkeit verschiedener Formen kindlicher interpersonaler Traumatisierungen und Zusammenhänge mit verschiedenen Symptombereichen bei einer Stichprobe von stationär behandelten Patienten mit Zwangsstörungen zu untersuchen.

Methode: Bei 38 stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen nach DSM-IV (58% weiblich, 42% männlich) wurden innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme anhand des „Strukturierten Trauma Interview“ (STI), des „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) und des „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS) interpersonale Traumatisierungen in frühen Lebensabschnitten und elterliches Erziehungsverhalten erhoben. Anhand verschiedener Instrumente wurden zum selben Zeitpunkt und erneut eine Woche vor Entlassung Zwangssymptome und weitere Psychopathologie erfasst (u.a. anhand von Y-BOCS, SCL-90-R, HAMD und DES). Ergebnisse: Ein großer Anteil der Patientinnen und Patienten berichtete sexuellen Missbrauch (Frauen: 15%, Männer: 31%) und körperliche Misshandlungen (Frauen: 18%, Männer 25%) im Alter von unter 16 Jahren. Besonders auffällig waren hohe Raten von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung, die sich im CTQ aber auch im FEPS abbildeten. Personen, die sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung berichteten, wiesen bei Aufnahme signifikant mehr Zwangshandlungen auf (Y-BOCS, $p < 0,026$). Auch in Bezug auf die DES-Subskala „Depersonalisation“ und den HAMD-Score fanden sich bei Aufnahme bei dieser Gruppe signifikant höhere Werte ($p < 0,041$ bzw. $p < 0,046$).

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Prävalenz von interpersonalem Trauma in Kindheit und Jugend bei Personen mit Zwangsstörungen hin. Besonders auffällig waren die hohen Raten sexuellen Missbrauchs bei männlichen Patienten in unserer Stichprobe. Die Zusammenhänge mit wichtigen Symptombereichen bei Aufnahme (Zwangshandlungen, Dissoziation und depressive Symptome) unterstreichen die klinische Relevanz dieser Erfahrungen.

0058

Aripiprazol bei Zwangserkrankung

Christoph Ebner (Uni-Klinik Graz, Psychiatrie)
E. Schmidt, B. Reininghaus, P. Hofmann

Einleitung: Ein 30-jähriger männlicher Patient, der bereits seit etwa 10 Jahren unter der Erkrankung Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (F 42.2 nach ICD 10) leidet, dabei regelmäßig in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht, bei nur mäßigem Therapieerfolg, kommt zur stationären Aufnahme aufgrund einer deutlichen Verschlechterung seiner Symptomatik und verstärkter Einschränkung seiner Lebensqualität. Der Patient war zum Zeitpunkt der Aufnahme am Flughafen seines Heimatortes beschäftigt und für das Be- und Entladen der Flugzeuge zuständig. Wegen seines Kontrollzwanges musste er die richtige Verteilung der einzelnen Ladegüter mehrmals überprüfen, wodurch er den routinemäßigen Arbeitsablauf nicht mehr einhalten konnte und so den Flughafenbetrieb aufhielt.

Methode: Es wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine medikamentöse Therapie mittels dem Atypikum Aripiprazol in Kombination mit dem Antidepressivum Fluoxetin durchgeführt. Ferner wurde der Therapieerfolg an Hand klinischer und objektiver Parameter gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Es wurde eine medikamentöse Therapie mit Fluoxetin 20 mg und Maprotilin 125 mg pro Tag eingeleitet. Diese antidepressive Medikation wurde um Aripiprazol, in steigender Dosierung, auf 10 mg pro Tag, erweitert. Unter dieser Kombination kam es binnen zwei Tagen zu einer Reduktion seiner Zwangsgedanken und -handlungen. Darüber hinaus zeigte sich in der durchgeführten Verlaufskontrolle des Hamburger Zwangs Inventars eine deutliche Besserung in allen Skalenbereichen, insbesondere waren keine Werte mehr in den Extreimbereichen vorzufinden. Der Patient konnte schon wieder nach wenigen Wochen seiner beruflichen Aktivität nachgehen. Nachhaltig kam es zu einer deutlichen Verbesserung seiner Lebensqualität. Dieser Fallbericht zur erfolgreichen Anwendung von Aripiprazol bei Zwangsstörungen unterstreicht die Wirksamkeit der atypischen Neu-

roleptika bei einer ohnehin sehr schwer zu therapierenden Patienten-
gruppe und zeigt die Notwendigkeit der Durchführung weiterer kon-
trollierter Studien zu Aripiprazol in dieser Indikation.

0059

Aripiprazol in der Pharmakotherapie von Tic-Störungen bei Erwach- senen. Erste Erfahrungen.

Benedikt Habermeyer (UPK Basel)
W. Kawohl

Einleitung: Trotz fortschreitender Entwicklungen auf dem Gebiet der neuroleptischen Pharmaka kommen in der Pharmakotherapie von Tic-Störungen, insbesondere beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, immer noch vorwiegend ältere Präparate zur Anwendung. In der Leitlinie „Ticstörungen (F95)“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie ist Tiaprid als Mittel der ersten Wahl genannt, Risperidon, Pimozid und Haloperidol sind als Medikamente zweiter Wahl aufgeführt. In der Leitlinie „Tics“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sind zusätzlich Sulpirid, Clonidin, Pimozid, Ziprasidon, Quetiapin und Olanzapin aufgeführt. Angesichts einzelner publizierter Kasuistiken sowie von Erfahrungsberichten anderer spezialisierter Behandler erschien uns die Pharmakotherapie von Tic-Störungen mit Aripiprazol vielversprechend.

Methode: Bei drei erwachsene Patienten, die zuvor wegen eines Tourette-Syndroms (n=2) bzw. einer einfachen Tic-Störung (n=1) mit Tiapridal bzw. Risperidon behandelt worden waren und eine weitere Einnahme der Medikation wegen unerwünschter Wirkungen (in zwei Fällen Gewichtszunahme und erektile Dysfunktion, in einem Fall depressive Verstimmung) ablehnten, wurde eine Umstellung auf Aripiprazol vorgenommen. Zur Erfolgskontrolle wurden vor und nach der Umstellung die Yale Globale Tic-Schweregrad-Skala und die Yale Tourette-Syndrom-Symptomliste erhoben. Unerwünschte Wirkungen wurden im Rahmen der klinischen Befunderhebung erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In allen drei Fällen war eine deutliche und mit Hilfe der Skalen objektivierbare Abnahme der Tics ggü. dem medikationsfreien Zustand zu verzeichnen. Eine milde Akathisie als unerwünschte Wirkung in allen drei Fällen konnte erfolgreich durch die Gabe von Propanolol über wenige Wochen behandelt werden. Die Nebenwirkungen, die zum Absetzen der Vormedikation geführt hatten, traten nicht mehr auf. Angesichts der Wirksamkeit und Patientenzufriedenheit in diesen drei Fällen erscheint uns die Untersuchung der Behandlung von Tic-Störungen mit Aripiprazol bei einer grösseren Anzahl von Patienten sinnvoll.

0060

Tiefe Hirnstimulation bei therapieresistenter Zwangserkrankung. Ein Fallbericht

Christian Plewnia (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die tiefe Hirnstimulation (deep brain stimulation, DBS) hat sich als Therapiealternative des M. Parkinson, des Essentiellen Tremors und der Dystonie etabliert. Untersuchungen zum Einsatz bei psychiatrischen Erkrankungen sind noch selten, obwohl pathophysiologische Modelle zur Zwangsstörung und Depression eine derartige Intervention vielversprechend erscheinen lassen. Entsprechend zeigen erste Fallberichte zum Einsatz bei diesen Erkrankungen auch ermutigende Ergebnisse.

Methode: Einer 51-jährige Frau mit therapieresistenter Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen wurde eine Stimulationselektrode implantiert, deren Verlauf den vorderen Schenkel der rechten Capsula interna und den rechten Nucleus accumbens (NAC) einbezieht. Unmittelbar nach Implantation wurde ein EEG aus den 4 Kontakten der Stimulationselektrode abgeleitet. Vor und 3 Monate nach Implantation wurden Positronen-Emissions-Tomographien zur

Bestimmung der zerebralen Stoffwechselaktivität durchgeführt. Eine Woche nach Implantation wurde die Stimulation durch die am weitesten distale Elektrode im NAC (130 Hz, 60 µs und 4,5 V) begonnen. Die Schwere der Zwangsstörung wurde mittels der Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) quantifiziert. Die begleitende depressive Symptomatik wurde mit dem Beck Depression Inventory (BDI) gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Woche nach Beginn der Stimulation berichtete die Patientin von einer erheblichen Reduktion der Zwangsgedanken ohne wesentlichen Effekt auf die Ausprägung der Zwangshandlungen. In der Folge zeigte die PET Untersuchung eine deutlich rechtsbetonte Reduktion der Aktivität im dorsolateralen Präfrontalkortex und dem Orbitofrontalkortex. Die intrazerebrale EEG-Ableitung den jeweiligen Elektroden ergab charakteristische Frequenzspektren. Im Verlauf der Behandlung reduzierte sich die Ausprägung der Zwangsstörung von 32 (Y-BOCS) vor auf 24 Punkte nach 5 Monaten. Die depressive Symptomatik (BDI) ging von 32 auf 15 Punkte zurück. Die Stimulationsparameter wurden nach 3 und 5 Monaten angepasst. Zuletzt wurden über die beiden distalen Elektroden mit 130 Hz, 60 µs und 6 V behandelt. Da die Besserung der Symptome bei der Patientin weiter anhält, sind diese Ergebnisse als vorläufig zu betrachten.

0061

Beeinflusst die Ernährung das Tourette-Syndrom? - Ergebnisse einer Fragebogenerhebung

Nadine Buddensiek (Medizin, Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)
M. Geomelas, H. M. Emrich, K. R. Müller-Vahl

Einleitung: Das Tourette-Syndrom (TS) ist mit einer geschätzten Prävalenz von 1–2% eine häufige Erkrankung, die durch die Kombination motorischer und vokaler Tics gekennzeichnet ist. Ursächlich wird eine Störung im dopaminergen System innerhalb von Regelkreisen zwischen Basalganglien, frontalem Kortex und limbischem System vermutet. Ergebnisse von Familien- und Zwillingsstudien sprechen für eine genetische Grundlage. Darüber hinaus scheinen epigenetische Faktoren für die klinische Manifestation relevant zu sein. Beispielsweise berichten einzelne TS-Patienten darüber, dass Ernährung (insbesondere Zucker, stark gesüßte oder Konservierungsmittelhaltige Nahrungsmittel) die Ausprägung der Tics beeinflusse. In dieser Studie wurde erstmals bei einer großen Stichprobe mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens der Einfluss verschiedener Nahrungsmittel auf das TS untersucht.

Methode: Zwischen 1/2004 und 1/2005 wurde an 887 TS-Patienten (Mitglieder der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. sowie TS-Patienten unserer Spezialprechstunde) ein standardisierter 9-seitiger Fragebogen ausgegeben. Der Fragebogen umfasste 5 Teile mit jeweils 6 Antwortkategorien: a) aktuelle Häufigkeit einzelner motorischer und vokaler Tics, b) Einfluss von 32 einzeln aufgeführten Nahrungs- und Genussmitteln, Getränken, Nahrungsmittelbestandteilen, c) Einfluss verschiedener Diäten, d) Einfluss von Medikamenten, e) (bei Frauen) Einfluss von Hormonpräparaten, Schwangerschaft und Wochenbett.

Diskussion/Ergebnisse: 224 Fragebögen wurden in die Auswertung aufgenommen. Unabhängig von Alter, Geschlecht, Schwere der Tics sowie aktueller medikamentöser Behandlung fand sich für keines der Nahrungsmittel ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Tics. Auch Diäten sowie (bei Frauen) hormonelle Faktoren führen dieser Untersuchung nach nicht zu einer Veränderung der Tics. Für zahlreiche neurologische und psychiatrische Erkrankungen (z.B. ADHS) wird diskutiert, dass die Ernährung die Symptomausprägung beeinflusse. In dieser weltweit erstmals durchgeführten standardisierten Befragung einer großen Patientengruppe konnte ein solcher Zusammenhang bei TS nicht nachgewiesen werden. Auch wenn diese Studie aus methodischen Gründen keine abschließende Beurteilung zulässt, so scheint es derzeit nicht gerechtfertigt, Patienten mit TS spezielle Diäten zu empfehlen.

0062

Amygdala Volumen bei Jungen mit Tourette Syndrom: Eine 3-D MRT StudieAndrea Ludolph (Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
E. H. Pinkhardt, A. C. Ludolph, J. M. Fegert, J. Kassubek

Einleitung: Über das neuronale Korrelat für die Generierung von Tics und das damit verbundene Dranggefühl, den Tic ausführen müssen, ist beim Gilles de la Tourette Syndrom (TS) wenig bekannt. Eine wesentliche Rolle der kortico-striatalen-thalamo-kortikalen Bahnen (CSTC) und Einflüsse vom limbischen System werden angenommen. Da die Amygdala als wesentlicher Teil des limbischen Systems afferent und efferent mit neokortikalen Zentren verbunden ist, die wiederum die hemmenden und fördernden Einflüsse auf die unwillkürliche Motorik des Striatums kontrollieren, untersuchten wir mögliche Alterationen der Amygdala in vivo.

Methode: Wir untersuchten 14 Jungen (Durchschnittsalter 12,5 Jahre), bei denen ein GTS nach ICD 10 und DSM-IV Kriterien diagnostiziert worden war, im Vergleich zu 15 Kontrollen (Durchschnittsalter 13,4 Jahre), bei denen keine neurologische oder psychiatrische Diagnose gesichert werden konnte. Zusätzlich zu klinischen MRT-Sequenzen wurde ein 3-dimensionaler (3D), T1-gewichteter MRT-Datensatz (MP-RAGE-Sequenz) zur volumetrischen Auswertung aufgenommen. Mittels einer „region-of interest“ (ROI) basierten Volumetrie wurde sowohl das Volumen der Amygdala als auch das gesamte Hirnvolumen gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ausmessungen ergaben eine signifikante Volumenreduktion der linksseitigen amygdalären Strukturen, sowohl absolut ($p=0,008$) als auch relativ ($p=0,030$) zum Gesamthirnvolumen. Die Volumenmessungen der rechten Amygdala und das Gesamthirnvolumen unterschieden sich nicht zwischen der Patienten- und der Kontrollgruppe. Zusammenfassung: Neben den bereits beschriebenen Alterationen im Basalganglienbereich und in den kortikalen Strukturen, demonstrieren unsere Befunde eine Beteiligung der Amygdala beim Tourette Syndrom.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-020 Postersitzung**Essstörungen**

Vorsitz: R. Meermann (Bad Pyrmont)

0211

Kurz- und Langzeit-Therapieeffekte stationärer Verhaltenstherapie bei Essstörungen (Anorexie und Bulimie)Ernst-Jürgen Borgart (Psychosomatische Fachklinik, Bad Pyrmont)
R. Meermann

Einleitung: Es werden die kurz- und langfristigen klinisch-psychologischen Veränderungen bei Patientinnen mit Essstörungen (Anorexie und Bulimie) untersucht, die sich durch eine stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung ergeben. Hierbei werden sowohl die Veränderungen aus Therapeutesicht als auch die Selbst-Einschätzungen der Patienten betrachtet.

Methode: Untersucht wurden einerseits 1226 essgestörte Patientinnen, die in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont in den Jahren 2000 bis 2005 behandelt wurden. Die Patientinnen erhielten ein spezielles kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für Essstörungen. Es erfolgten Therapieerfolgeinschätzungen aus Therapeuten- und Patientensicht. Daneben wurden 23 essgestörte Patientinnen im Rahmen einer größer angelegten 2-Jahres-Katamnese untersucht. Meßinstrumente: Psychosomatische Symptom Checkliste (PSCL), Beck Depressions Inventar (BDI), Beck Angst In-

ventar (BAI), Streßverarbeitungsfragebogen (SVF 120), Schlaffragebogen (SF-B) sowie Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit (LEZU).

Diskussion/Ergebnisse: Aus Therapeutesicht zeigen 91% ihrer Patientinnen eine Verbesserung der Hauptsymptomatik und 87% eine Besserung bezüglich des Gesamttherapieerfolges. Aus Patientensicht sind 91% mit dem Gesamttherapieerfolg zufrieden. Bezüglich ihrer Beschwerden sehen 95% eine Verbesserung. Die Einschätzungen der Patientinnen und die der Therapeuten korrelieren signifikant ($p=0,01$) miteinander: Gesamttherapieerfolg $r=.44$, Hauptsymptomatik $r=.42$. Hinsichtlich sozialmedizinischer Variablen zeigen sich deutliche positive Veränderungen. 82% der Patientinnen werden arbeitsfähig entlassen. Von den 37% der Patientinnen, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren, werden 65% wieder arbeitsfähig entlassen. Im Rahmen der Katamnese-Studie zeigten die essgestörten Patientinnen in allen Meßinstrumenten, mit Ausnahme des Schlaffragebogens, signifikante Verbesserungen zum Ende der Therapie, die auch alle über einen 2-Jahres-Zeitraum stabil blieben. Die deutlichsten Verbesserungen zeigten sich im BDI, PSCL und im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, daß ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm bei anorektischen und bulimischen Essstörungen zu deutlichen positiven Veränderungen führt, die auch über einen Zeitraum von zwei Jahren stabil bleiben. Die Veränderungsbeurteilungen der Therapeuten sind zwar etwas kritischer, zeigen aber eine hohe Übereinstimmung mit den Selbsteinschätzungen der Patienten. Literatur: Borgart, E.-J. & Meermann, R. (2004). Stationäre Verhaltenstherapie. Bern: Huber. Meermann, R. & Borgart, E.-J. (2006). Essstörungen: Anorexie und Bulimie. Stuttgart: Kohlhammer.

0212

Dialektisch-Behaviorale Therapie für stationär behandelte ad-oleszente Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosaHarriet Salbach (Charité Universitätsmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin)
A. Korte, E. Pfeiffer, U. Lehmkuhl

Einleitung: In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité wurde die Dialektisch-Behaviorale Therapie für stationäre anorektische und bulimische Adolezente (DBT-AN/BN) für den deutschen Sprachraum überarbeitet und angepasst.

Methode: Die Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) wurden sukzessive aufgenommen, erhielten ein auf AN und BN adaptiertes dialektisch-behaviorales Therapieprogramm und wurden im Durchschnitt 3 Monate stationär behandelt. Zu Beginn (T₀) und am Ende (T₁) der Behandlung sowie ein halbes Jahr (T₂) und ein Jahr nach Entlassung (T₃) wurden die Patientinnen untersucht. Die Wirksamkeit der Therapie wurde mit verschiedenen Mesinstrumenten überprüft: Das Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB), die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R), das Eating Disorder Inventory (EDI), den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P, FBB-T).

Diskussion/Ergebnisse: Die ersten Ergebnisse der Katamnese studie werden hier vorgestellt.

0213

Anorexia nervosa und Dekubitus – die therapeutische BeziehungRobert Smolka (Universität Tübingen, Psychiatrische Klinik)
T. Konhäuser, J. Zibold, G. Leitlein, G. Buchkremer

Einleitung: Therapieprobleme ergeben sich häufig bei Essgestörten mit schweren komorbiden psychischen Störungen und ausgeprägten somatischen Komplikationen. Seit 2002 werden im Rahmen einer regionalen vernetzten Versorgung Essgestörte auf einer Spezialstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UKPP)

Tübingen in einem integrativen multimodalen Psychotherapieprogramm behandelt. Wenn Essstörungen mit ausgeprägten somatischen Komplikationen einhergehen, erfordert deren Behandlung im psychotherapeutischen Team neben medizinischen Leitlinien eine definierte Rollenverteilung. Die verschiedenen Aspekte der therapeutischen Beziehung müssen integriert werden, um eine effektive Therapie zu gewährleisten.

Methode: In einer qualitativen Analyse von sieben Behandlungsfällen anorektischer Patientinnen mit Dekubiti und weiteren somatischen Komplikationen werden die verschiedenen Aspekte der therapeutischen Beziehung und deren Bedeutung für die internistischen und psychotherapeutischen Therapieziele dargestellt. Dabei werden bei der Beschreibung der therapeutischen Beziehung Perspektiven der unterschiedlichen Therapieschulen vor dem Hintergrund von Bindungskonzepten beschrieben.

Diskussion/Ergebnisse: Überschneidungen von unterschiedlichen therapeutischen Rollen wie pflegerische, ärztliche und psychotherapeutische, können im reflektierten Umgang mit der Beziehungsgestaltung bei der Behandlung der Anorexia nervosa mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und somatischen Komplikationen den Verlauf und das Behandlungsergebnis günstig beeinflussen. Wider Erwarten erzielten intensiv behandelte Patientinnen eine sehr gute cutane Remission, eine geringe Rate weiterer somatischer Komplikationen und ein befriedigendes bis gutes Gesamtherapieergebnis. Außerdem gibt es Hinweise, dass die Intensivierung der Beziehung durch die internistische Behandlung zu einer positiven therapeutischen Beziehung führt, die sich tragend und damit günstig auf den Therapieverlauf auswirkt. Die Berücksichtigung von Bindungsmerkmalen ist in der integrativen Therapie zusätzlich von Nutzen.

0214

Verminderte DNA-Methylierung bei Frauen mit Anorexia nervosa, aber nicht bei Bulimia nervosa

Helge Frieling (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Gozner, B. Lenz, J. Wilhelm, J. Kornhuber, M. de Zwaan, T. Hillemacher, S. Bleich

Einleitung: Epigenetische Vorgänge, wie z.B. DNA-Methylierung und Histo-Modifikationen, spielen eine zentrale Rolle in der normalen Regulation cerebraler Prozesse aber auch in der Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen, wie Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mögliche Veränderungen der DNA-Methylierung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) zu untersuchen.

Methode: Anhand von Probenmaterial von Patientinnen (22 AN, 24 BN) und gesunden Frauen (n=30) aus der HeaD-Studie (Homocysteine and Eating Disorders (1)) wurden die globale DNA-Methylierung im peripheren Blut mittels Restriktionsverdau und Elongationsassay bestimmt und Homocysteinspiegel gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei Patientinnen mit AN war die DNA signifikant weniger stark methyliert als bei gesunden Kontrollen (AN: 47.7%±19.6 vs. Kontrolle: 65.2%±10.5; ANOVA: F=6.67, P=0.002; Bonferroni post-hoc test: P=0.001). Zwischen AN und BN zeigte sich ein signifikanter Trend (BN: 60.4%±22.3; Bonferroni: P=0.058). Kontrollen und Patientinnen mit BN unterschieden sich nicht signifikant. Unsere Studie erbrachte zum ersten Mal Hinweise auf eine Störung der DNA-Methylierung im Rahmen der AN, die eventuell durch einen alimentären Mangel an Methylgruppendonatoren wie Folat zu erklären ist. Diese Veränderungen epigenetischer Vorgänge können weiteren neurobiologischen Veränderungen bei AN zu Grunde liegen. Frieling H, Römer K, Röschke B, Bönsch D, Wilhelm J, Fiszler R, de Zwaan M, Jacoby GE, Kornhuber J, Bleich S (2005) Homocysteine plasma levels are elevated in females with anorexia nervosa. J Neural Transm 112(7):979–985.

0215

Atypische Form der Anorexia nervosa mit fokalen zerebralen Anfällen bei rechts frontalen intrazerebralen Läsionen

Wolfgang Kreil (Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik f. Neurochirurgie)

M. Trummer, F. Unger, S. Eustachio, J. Luggin, E. Holl, S. Grossauer, V. Weigl

Einleitung: Ätiologie und Pathogenese von Eßstörungen sind ein kontroversielles Thema. Sie treten in seltenen Fällen in Assoziation mit Tumoren oder in fortgeschrittenen Stadien neurodegenerativer Erkrankungen des Temporallappens auf. Wir berichten über den klinischen Verlauf dreier Patienten mit atypischer Anorexia nervosa und Erstmanifestation partieller Anfälle mit rechts frontalen intrazerebralen Läsionen.

Methode: Eine Patientin und zwei Patienten mit klinisch diagnostizierter und therapiebedürftiger Anorexia nervosa wurden wegen Erstauftretens fokaler Anfälle oder Bewußtseinsverlust am Klinikum neurologisch und neuroradiologisch abgeklärt. In CT oder MR fanden sich als Ursache der klinischen Akutsymptomatik rechts frontale intrazerebrale Läsionen. Die Läsionen wurden im Anschluß mikrochirurgisch exstirpiert oder endovaskulär embolisiert. In unserer Untersuchung wurden klinisches Ergebnis, Verlauf der Eßstörung und die Histopathologie der Läsionen analysiert

Diskussion/Ergebnisse: Das Oligoastrozytom und der hämorrhagische Infarkt bei venöser Malformation wurden exstirpiert. Der Patient mit der AVM wurde mit Mikropartikeln embolisiert. Die Patienten mit dem Oligoastrozytom und der AVM zeigten ein ausgezeichnetes klinisches Resultat entsprechend GOS 5. Beide blieben anfallsfrei und zeigten nach 6 Monaten normales Körpergewicht und völlige soziale Reintegration. Die Patientin mit dem hämorrhagischen Infarkt entwickelte ein Coma vigile entsprechend GOS 2. Rechts frontale intrazerebrale Läsionen wie Tumore oder vaskuläre Malformationen mit ihrer anatomisch-topographischen Nähe zum Limbischen System können Auslöser für Eßstörungen sein. Wir empfehlen daher bei atypischen Verläufen der Anorexia nervosa eine MR Untersuchung des Schädels zum Ausschluß einer intra-zerebralen Läsion.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 03

ST-006 State-of-the-Art-Symposium

Aktuelle Therapie der Zwangsstörungen

Vorsitz: F. Hohagen (Lübeck), U. Voderholzer (Freiburg)

0011

Psychotherapie der Zwangsstörungen

Fritz Hohagen (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

0012

Medikamentöse und andere Therapiemöglichkeiten schwerer primärer und sekundärer Zwangsstörungen

Ulrich Voderholzer (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Zwangsstörung galt lange Zeit als sehr schwer behandelbare psychische Störung, die sich weder durch Psychotherapie noch durch Psychopharmaka wie Neuroleptika, Tranquilizer oder Antidepressiva deutlich bessern ließ. In dem Beitrag soll der gegenwärtige Kenntnisstand bezüglich der Effekte von Pharmaka im Vergleich mit Psychotherapie dargestellt werden. Darüberhinaus sollen auf die ersten Berichte mit Tiefenhirnstimulation eingegangen werden. Bezüglich der Pharma-

kotherapie ist die Wirksamkeit von Clomipramin sowie der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin und Citalopram durch Studien belegt (Übersicht bei 1, 2). Drei Meta-Analysen ergaben, dass Clomipramin etwas stärker wirksam ist als die SSRIs, allerdings bleibt unklar, ob dies auch dann zutrifft, wenn SSRIs in hohen Dosierungen verabreicht werden. Die Wirksamkeit der Pharmakotherapie allein ist jedoch begrenzt, die Reduktion der Symptome, gemessen mit der Yale-Brown Obsessive compulsive scale beträgt nach meist 2–3 monatiger Therapie nur etwa 20–40% im Mittel. Das Ausmaß der Symptomreduktion ist damit geringer als bei einer Verhaltenstherapie mit Reizkonfrontation. Dennoch kann auch eine Symptombesserung dieser Größenordnung einen erheblichen Zuwachs an Lebensqualität bedeuten. Augmentationsstudien bei Therapieresistenz mit atypischen Neuroleptika zeigten gute Ergebnisse für Risperidon, Olanzapin und Quetiapin, für die anderen atypischen Neuroleptika liegen noch keine Ergebnisse in randomisierten Studien vor. Andere Augmentationsstrategien, wie z.B. Lithium haben sich nicht als effektiv erwiesen (Übersicht bei 3). Auch bei sekundären Zwangsstörungen haben sich Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als wirksam erwiesen, allerdings basiert die Evidenz bisher nur auf offenen Studien (3). Innovative Verfahren wie die Tiefenhirnstimulation wurden bisher nur an kleinen Fallzahlen in USA, Belgien und Deutschland bei Patienten mit Zwangserkrankungen eingesetzt. Erste Ergebnisse mit offenen Studien zeigen Besserungen bei einzelnen Patienten nach beidseitiger Stimulation im Bereich der vorderen Kapsel. Die Ergebnisse kontrollierter Studien müssen abgewartet werden. 1. Voderholzer U (2005) Zwangsstörungen. Fortschr Neurol Psychiatr, im Druck. 2. Fineberg NA. Gale TM (2005) Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. Int J of Neuropsychopharmacol 2005; 8:107–29. 3. Denys D. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. Psychiatric Clinics of North America 2006; 29: 553–84

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 07

ST-008 State-of-the-Art-Symposium

Posttraumatische Belastungsstörungen

Vorsitz: U. Frommberger (Offenburg), A. Maercker (Zürich)

0015

Biologie traumatischer Erfahrung

Ulrich Frommberger (Klinik an der Lindenhöhe, Psychiatrie und Psychotherapie, Offenburg)

Einleitung: Das Erlebnis eines psychischen Traumas hat Auswirkungen bis in die biologischen Funktionen und Strukturen hinein. Vulnerabilitäts- und protektive Faktoren modulieren das Risiko, nach einem Trauma eine psychische Störung i.S. der PTSD, einer Borderlinestörung oder Dissoziativen Störung zu entwickeln. Befunde: Zwillingsstudien zeigen aufgrund von Konkordanzraten ein erhöhtes familiäres Risiko für PTSD. Studien weisen auf die Beteiligung von Genen (Serotonintransporter) an der Entstehung von Angststörungen, an der Konditionierbarkeit von Angstreaktionen und der Reagibilität der Amygdala auf Angststimuli hin. Unter dem Einfluß von psychischem Stress konnte im Tierversuch eine Suppression der Neurogenese gezeigt werden. Diese Stressfolgen sind unter Antidepressiva reversibel. Amygdala, Hippocampus, Locus coeruleus und präfrontaler Cortex sind sowohl als einzelne Areale wie auch in ihrem Zusammenspiel wichtig bei der Angstkonditionierung und -löschung, Sensitivierung und Konsolidierung emotionaler Erinnerungen. Moduliert werden diese Prozesse u.a. durch Cortisol, CRH, Glutamat und Noradrenalin. In klinischen Studien fanden sich bei chronischen PTSD-Patienten beidseits Atrophien

des Hippocampus. Diese waren stärker ausgeprägt als bei depressiven Patienten. Einen biologischen Unterschied zu depressiven Patienten zeigen auch Cortisoluntersuchungen, die auf einen Hypocortisolismus bei chronischen PTSD-Patienten hinweisen. Da Cortisol die noradrenerge Reaktion moduliert, könnte ein Hypocortisolismus eine Ursache für noradrenerg vermittelte, überschießende vegetative Reaktionen von PTSD-Patienten darstellen. Klinisch relevante Gedächtnisstörungen werden mit Atrophien im Hippocampus assoziiert. Mehreren Substanzen werden als protektive Faktoren angesehen, die den Organismus in der Resilienz gegen die Entwicklung posttraumatischer Störungen unterstützen. Pilotstudien weisen auf eine erfolgreiche Frühintervention mit Verhinderung von PTSD durch β -Blocker hin. Benzodiazepine zeigten sich weder in der Frühintervention hilfreich noch bei chronischen PTSD-Patienten. Es wurden auch negative Ergebnisse einer Benzodiazepinmedikation berichtet. Die Psychopharmakotherapie ist erfolgreich u.a. über die Monoaminooxidasehemmung oder die Monoamin-Wiederaufnahme-Hemmung, z.B. über die MAO-Hemmer, TZA, SSRI oder SNRI. Zugelassen in Deutschland für die PTSD-Therapie ist bisher lediglich ein SSRI (Paroxetin). In Metaanalysen und einer Pilotstudie zeigten sich ein SSRI (Paroxetin) gleich wirksam in der Symptomreduktion wie Verhaltenstherapie. Auch stimmungsstabilisierende Substanzen zeigen positive Ergebnisse. Kaum systematisch untersucht sind Kombinationsbehandlungen und therapieresistente Verläufe. Zusammenfassung: neue Untersuchungen unterstreichen die biologischen Grundlagen der Angstreaktionen, aber auch Schutzfaktoren gegen die Entwicklung einer PTSD sowie wirksame biologische Therapien i.S. von Psychopharmakotherapien.

0016

Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen

Andreas Maercker (Universität Zürich, Fachrichtung Psychopathologie)

Der Beitrag präsentiert das aktuelle Wissen über die Therapie psychischer Störungen bei schwer traumatisierten Patienten. Im Mittelpunkt stehen: bewährte und neue Elemente der Therapiedurchführung, besondere Anwendungsgebiete, z.B. die stationäre Traumatherapie sowie Komplementärtechniken.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 21

S-059 Symposium

Psychotraumatologie – Italienische Perspektiven

Vorsitz: R. Schmidt (Konstanz), U. Hoffmann-Richter (Luzern)

0288

Psychodynamische Aspekte des Traumas

Luigi Janiri (Università cattolica di Roma, Libera Università Maria Santis)

Einleitung: Das psychodynamische Traumakonzept ist an seine ethologische und biologische Bedeutung gebunden: Ein Trauma ist Folge eines hereinbrechenden Ereignisses oder einer überwältigenden Situation. Dies kann die Anpassungsfähigkeit der Psyche so weit überfordern und eine bis dahin untergründig gebliebene oder in jedem Fall andersartige Funktionsweise hervorzurufen, dass es zu einer völlig neuen Organisation des psychischen Apparates kommt.

Methode: Die Lesweise des Traumas in der psychoanalytischen Literatur zeichnet sich oft durch dichotome Sicht aus: inneres versus äußeres Trauma, Trauma durch Ab- oder Anwesenheit, Einzelereignis oder Wiederholungstrauma, akkumulierendes Trauma versus katas-trophentartiges Einbrechen, gegenwärtiges Erleben als sinngebend für vergangenes oder umgekehrt, Lebensereignis oder Todeserlebnis. Die

psychodynamischen Aspekte sind darüber hinaus an die Beschreibung der Abwehrmechanismen, der posttraumatischen Reaktionen, der Interpretationen, die das Subjekt spontan produziert oder die Andere ihm geben, gebunden. Das zeigt, wie sehr der menschliche Geist zur Sinngebung neigt, auch solchen Ereignissen gegenüber, die sich innerlich oder äußerlich blind und unverständlich aufdrängen. Nicht in jedem Fall sind jedoch die Veränderungen, die durch das Trauma induziert werden und die unter der Last der überwältigenden Angst zumindest vorübergehend die Fähigkeit zum Symbolisieren beeinträchtigen, letztlich als negativ zu betrachten. Es kann auch zu integrierenden und adaptativen Reaktionen kommen in Abhängigkeit von dem persönlichen und biographischen Hintergrund sowie dem sozialen Umfeld.

Diskussion/Ergebnisse: Es ist die Fähigkeit zu assoziieren, die am Ende ein Trauma auch zu einem konstruktiven Phänomen werden lassen kann.

0289

Reales Trauma und virtuelles Trauma im Internet

Massimo Di Gianantonio (Università Gabriele d'Annunzio, Psychiatrie, Chieti)

Einleitung: Stressful life events haben zusammen mit anderen individuellen Wirkfaktoren wie der Vulnerabilität die Rolle eines Mitverursachers bei psychotischen Dekompensationen. Studien zu den qualitativen und quantitativen Eigenschaften der stressful life events haben dabei gezeigt, dass sowohl äußere als auch innere Parameter zusammenreffen müssen, um einem inneren Erleben die Bedeutung eines Traumas beizumessen.

Methode: Anders als zunächst angenommen sind sowohl positive als auch negative Lebensereignisse in der Lage, das vorbestehende Gleichgewicht zu irritieren. Verschiedene Studien gehen sogar davon aus, dass psychotische Dekompensationen in gleichem Ausmaß von positiven und negativen Ereignissen ausgelöst werden können. Ob dabei die Spezifität des Lebensereignisses auf die Art der Dekompensation Auswirkungen hat, ist dabei umstritten. Dohrenwend (1993) geht von einer Spezifität aus. Stressful life events, die durch einen Verlust ausgelöst werden, sollen dabei eher zu depressiven Störungen führen. Lebensereignisse, die Anpassungsleistungen abverlangen, sollen eher psychotischen Dekompensationen verursachen. Bebbington (1993) bestreitet dagegen eine Spezifität und unterstreicht, dass ähnliche negative Lebensereignisse zu ganz unterschiedlichen psychischen Störungen führen können. Auch das Schwereausmaß spielt im Traumaerlebnis eine Rolle. Auf der einen Seite haben verschiedene Forscher Einschätzungslisten zu der Schwere verschiedener objektivierbarer, traumatisierender Ereignisse entwickelt. Auf der anderen Seite stoßen diese Versuche immer wieder auf die großen interindividuellen Unterschiede, von denen letztlich eine mehr oder weniger pathologische Verarbeitung des Traumas abhängt.

Diskussion/Ergebnisse: Zusammenfassend muss man davon ausgehen, dass es auf der einen Seite bestimmte stressful life events gibt, die in sich eine allgemeingültige, traumatogene Potenz aufweisen und dass es auf der anderen Seite jedoch auch andersgeartete, vielleicht sogar nur virtuell erlebte Ereignisse gibt, die erst in der spezifischen Resonanz mit den psychologischen Gegebenheiten eines bestimmten Individuums traumatische Formen annehmen.

0290

Infantiles Trauma und Psychopathologie des Erwachsenen

Fausto Petrella (Università degli studi, Psychiatrie, Pavia)

Das psychische Trauma ist als Dimension oder als spezifische Kategorie des psychopathologischen Gedankens anzusehen. Neben den historischen Kategorien der Psychopathologie: das Endogene, das Reaktive, das Psychogene und das Neurophysiologische, die für die Erscheinung

von Krankheitsprozesse verantwortlich sind, fügt sich so ein ethologischer Horizont mit Blick auf die Pathogenese in den psychiatrischen Grundgedanken ein. Die Krankheitserscheinungen müssen klinisch bewertet und mit aktiven therapeutischen Interventionen beantwortet werden. "Psychisches Trauma" ist linguistisch als Analogie des Körpers geboren, der eine bestimmte Struktur und Festigkeit besitzt, die entsprechend verletzt, gequetscht, zerstört, zerbrochen werden kann. Die Funktion dieses Körpers kann aufgrund einer Verletzung seine mechanischen Eigenschaften einbüßen, wenngleich hier nicht nur von physischen sondern auch von sozialen und symbolischen Eigenschaften die Rede ist. Jede Erfahrung als solche kann traumatisches Potenzial jeder Art annehmen und das während der gesamten Existenz. Die Idee des Traumas erweitert schon rein im linguistischen Spiel die Idee des Kranhaften auf eine Reihe von Ereignissen und Bedingungen aus, die sich zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten, von der Kindheit bis ins Greisenalter hinein, ereignen können. Diese Ausweitung und die Variabilität der Möglichkeiten, wenn einmal der Schritt des möglichen Zusammenhanges gemacht worden ist, hat es erlaubt, ganz unterschiedliche Rekognitionen und Überprüfungen auf seinen Wahrheitsgehalt hin anzustellen. Die Idee des Traumas hat entsprechend zu ganz verschiedenartigen Bezügen und Vorstellungen über die Art der Zusammenhänge geführt. Entsprechend weit sind die therapeutischen Überlegungen und Überzeugungen gestreut. Die vorliegende Studie diskutiert verschiedene dieser konzeptuellen und klinischen Vorstellungen. Insbesondere wird, auch anhand von klinischem Material, die Rolle des infantilen Traumas in der Pathogenese der psychischen Störungen des Erwachsenen diskutiert. Die symptomatologischen Aspekte, die Auswirkungen auf das traumatische Zeiterleben und die Konsequenzen auf die Konstruktion der unbewussten Phantasien, die letztlich erst die Symptomatik und die Beziehung zum Therapeuten bestimmen, werden hierbei besonders berücksichtigt. Fausto Petrella ist ordentlicher Professor für Psychiatrie der Universität Pavia, ordentliches Mitglied der Italienischen Gesellschaft für Psychoanalyse (SPI). Er leitet die territorialen psychiatrischen Dienste von Pavia.

0291

Trauma und Traumatherapie im Suchtbereich: deutsch-italienische Unterschiede

Ina Maria Hinnenthal Mandelli (U.O. Ser.T, Bereich Alkohol, Imperia)

Einleitung: Pathologisches Traumaerleben oder gelungene Traumabewältigung hängen einerseits von individueller, sozialer und neuroplastischer Vulnerabilität, andererseits von dem Vorhandensein von kompensatorischen Resilienzfaktoren ab. Die Folgen pathologischer Traumaverarbeitung haben direkten Einfluss auf die Entwicklung, Symptomatik und Prognose von Suchterkrankungen.

Methode: Im Vergleich zwischen Italien und Deutschland lassen sich die Unterschiede im Bereich der Traumaverarbeitung und ihre Auswirkungen auf legale und illegale Abhängigkeitserkrankungen gut beleuchten.

Diskussion/Ergebnisse: Italien zeigt dabei im Vergleich zu Deutschland eine höhere Inzidenz für Erkrankungen im Abhängigkeitsbereich, vor allem im Bereich der illegalen Substanzen. Gleichzeitig verfügt die italienische Gesellschaft mit ihrem ausgeprägteren Familien- und Sozialzusammenhalt jedoch über bessere Kompensations- und Resilienzmekanismen, was traumatisches Erleben und zum Beispiel die Verarbeitung von plötzlichen Todesfällen betrifft. Dies führt dazu, dass Traumen adäquater abgepuffert werden, die resultierenden Abhängigkeitserkrankungen sozial blander verlaufen. Abhängigkeitspatienten bleiben so sozial wesentlich besser integriert und fallen psychiatrisch weniger auf. Aufgrund größerer „sozialer Scham“ ist es allerdings im Vergleich zu Deutschland schwieriger, die Patienten und deren Familien zu einer Suchtbehandlung zu motivieren. Nach erfolgreichem Anschluss an das suchtherapeutische Netz, dass dem unterschiedlichen Traumaerleben Rechnung tragen muss, ist die Behandelbarkeit prognostisch jedoch als deutlich besser einzuschätzen. Therapeutische und pädagogische Konsequenzen in beiden Ländern werden auch vor dem

Hintergrund neuroplastischer Überlegungen und ständiger Veränderung des Phänomens diskutiert.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal o8

S-066 Symposium

Wenn Angst und Emotionen das Leben bestimmen welche Rolle spielen Lern- und Gedächtnisprozesse?

Vorsitz: C. Hermann (Mannheim), T. Michael (Basel)

0323

Furchtkonditionierung in Panikstörung: verringerte Löschung

Tanja Michael (Universität Basel, Klinische Psychologie)

J. Blechert, N. Vriends, J. Margraf, F. Wilhelm

Einleitung: Erhöhte aversive Konditionierbarkeit (verstärkte Akquisition und/oder verringerte Löschung) wird in aktuellen lerntheoretischen Modellen von Panikstörung als entscheidender Faktor für dessen Entstehung und Aufrechterhaltung diskutiert. Bislang gibt es allerdings keine empirische Absicherung dieser Annahme. Diese Studie hatte daher zum Ziel, psychophysiologische und evaluative Reaktionen von Patienten mit Panikstörung in einem aversiven Konditionierungsparadigma zu untersuchen.

Methode: 39 Patienten mit Panikstörung und 33 gesunde Kontrollpersonen nahmen an einem differentiellen aversiven Konditionierungsparadigma teil. Ein extrem unangenehmer, aber nicht schmerzhafter elektrischer Reiz diente als unkonditionierter Stimulus. Als konditionierte Stimuli (CS+ gepaart, CS- ungepaart) wurden zwei neutrale Tintenklecksbilder verwendet. Konditionierte Reaktionen wurden mittels elektrodermalen Hautleitfähigkeit und evaluativer Ratings erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Während der Akquisition unterschieden sich die Patienten mit Panikstörung nicht von den Kontrollpersonen. Gemäß der Annahme zeigten Patienten mit Panikstörung allerdings eine reduzierte Löschung. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit aktuellen lerntheoretischen Modellen von Panikstörung und bietet eine Erklärung, warum in Panikstörung die Reaktionen, die mit dem Auftreten von frühen Panikattacken assoziiert sind, mit der Zeit nicht abnehmen.

0324

Zur Spezifität gelernter Angstreaktionen bei der sozialen Phobie

Julia Ofer (ZI für Seelische Gesundheit, Lehrstuhl Neuropsychologie, Mannheim)

Einleitung: Die klassische Konditionierung gilt als bedeutsamer assoziativer Mechanismus für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von pathologischen Angstreaktionen wie z.B. der sozialen Phobie (SP) oder der spezifischen Phobie. Die aktuelle Studie untersucht, ob Personen mit einer Phobie eine generell erhöhte Neigung zum Erwerb und zur Aufrechterhaltung konditionierter Angstreaktionen aufweisen oder ob diese jeweils spezifisch bei phobielevanten Stimuli auftreten.

Methode: 30 generalisierte Sozialphobiker, 30 nicht ängstliche Kontrollpersonen und 20 Schlangenphobiker nahmen an zwei aversiven differentiellen Spurenkonditionierungsexperimenten teil. Dabei dienten entweder SP relevante Reize (neutrale Gesichter) oder Schlangenphobie-relevante Reize (Schlangen) als konditionierte Stimuli (CS). Ein unangenehmer elektrischer Reiz wurde als unkonditionierter Stimulus (UCS) verwendet. Nach einer Woche wurden die Spontanerholung und Wiederauffrischung der gelernten Angstreaktionen untersucht. Zur Charakterisierung der konditionierten Angstreaktionen wurden subjektive und peripherphysiologische Maße erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen auf eine Stimuluspezifität der Reaktionen hin. Bei Patienten mit SP konnte eine Aufrechterhaltung der Angstreaktionen insbesondere bei ihren phobielevanten Stimuli beobachtet werden. Personen mit Schlangenphobie zeigen ebenfalls eine Spezifität ihrer Angstreaktionen in Bezug auf furchtrelevante Stimuli, jedoch deutlich weniger ausgeprägt. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von Lern- und Extinktionsprozessen bei der SP. Die Bedeutung einer stimuluspezifischen Konditionierbarkeit und Extinktionsresistenz für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von SP wird diskutiert. (gefördert von der DFG: SFB 636, Projekt C3).

0325

Assoziative Lernprozesse bei der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung: Zwei Lernparadigmen

Slawomira Lipinski (ZI für Seelische Gesundheit, Inst. für Neuropsychologie, Mannheim)

S. Lang, S. Ridder, C. Christmann, H. Flor

Einleitung: Eine erhöhte Konditionierbarkeit wird bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) diskutiert. Insbesondere die Verknüpfung kontextueller Reize mit traumatischen Stresserfahrungen scheint für die Entwicklung von Angststörungen bedeutsam. In der vorgestellten Längsschnittstudie werden unterschiedliche assoziative Lernprozesse als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer PTBS untersucht.

Methode: Aus einer Hochrisikogruppe für PTBS durchliefen bisher 50 gesunde Versuchspersonen eine differentielle, verzögerte Furchtkonditionierung mit zwei distinkten geometrischen Figuren als konditionierte Stimuli (CS+/CS-), sowie eine Kontextkonditionierung, bei der farbiges Licht zwei verschiedene Kontexte (KCS+/KCS-) bildete. Als unkonditionierter Stimulus (UCS) diente ein schmerzhafter elektrischer Reiz. Sowohl Lern als auch Extinktionsprozesse wurden untersucht. Erhoben wurden physiologische und subjektive Maße, sowie Gehirnaktivität mittels fMRT. Vor den Experimenten wurde außerdem die generelle Ängstlichkeit über Fragebögen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In den subjektiven Maßen zeigte sich eine erfolgreiche Konditionierung bei beiden Lernexperimenten. Darüber hinaus korrelierte der Grad der Ängstlichkeit mit einer erhöhten Konditionierbarkeit bzgl. der eingeschätzten Valenz. Hinsichtlich der neuronalen Aktivitätsmuster konnte in beiden Lernparadigmen ein erhöhtes BOLD-Signal auf den CS+ im inferioren und medialen frontalen Kortex, Insula, Thalamus und Putamen gefunden werden. Bei der klassischen Furchtkonditionierung konnte zusätzlich eine höhere Aktivierung in der Amygdala beobachtet werden, während beim Kontext-Experiment der Hippocampus involviert war sowie das supplementäre motorische Areal. In der Extinktionsphase wurde ein stärkeres BOLD-Signal im ventromedialen präfrontalen Kortex und Cingulum gefunden. Konditionierungs- und Extinktionsprozesse konnten sowohl anhand subjektiver Maße als auch anhand neuronaler Aktivierungsmuster nachgewiesen werden. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse auf eine erhöhte Konditionierbarkeit bezüglich affektiver Komponenten eines Stimulus bei ängstlicheren Personen. Unterschiede in den Lernparadigmen konnten in einer signifikant unterschiedlichen Kontingenzwahrnehmung zwischen CS+ und CS- in der Extinktionsphase festgestellt werden, was auf eine erhöhte Lösungsresistenz bei der Kontextkonditionierung verweist. Gefördert von der DFG (SFB 636 Projekt C1).

0326

Periphere und zentrale Korrelate von Konditionierungsprozessen bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Jana Mauchnik (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) stellt eine schwerwiegende, für die Betroffenen sehr belastende psychiatrische

Störung dar. Ihre Prävalenz liegt höher als die schizophrener Erkrankungen, dennoch ist der Forschungsstand zur Pathogenese der BPD vergleichsweise gering. Führende Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass eine Störung der Affektregulation im Zentrum des Störungsbildes steht. Dies betrifft auch die Komponenten des emotionalen Lernens. Die Kenntnis veränderter Lernprozesse ist Grundlage für die Weiterentwicklung der Traumatherapie für Borderline-Patientinnen, da beispielsweise die Expositionstherapie auf Lernprozessen beruht. Amygdala, Hippokampus und präfrontale Bereiche sind mit Lernprozessen assoziiert. Patientinnen mit BPD zeigen Veränderungen in eben diesen Hirnbereichen und eine Hypersensitivität der Amygdala auf emotionale Stimuli. Obwohl Ergebnisse aus Neurobiologie und klinischer Beobachtung auf ein verändertes emotionales Lernen bei BPD-Patientinnen hinweisen, lag bisher keine Untersuchung hierzu vor.

Methode: Die rein peripherphysiologische Studie (Studie 1) überprüft auf experimenteller Ebene die klinische Beobachtung, dass Patientinnen mit BPD aversive Reize rascher „lernen“, stärker generalisieren und langsamer verlernen als gesunde Kontrollen. In einer zweiten Studie (Studie 2) mit bildgebenden Verfahren (fMRI) werden ebenfalls in einer Konditionierungsstudie BPD-Patientinnen mit und ohne PTSD mit PTSD-Patientinnen und gesunden Kontrollen verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse von Studie 1 zeigen eine höhere Reaktivität in der Patientengruppe. Die Patientinnen zeigen eine differentielle Konditionierung in der späten Extinktionsphase, während die Kontrollgruppe nur noch in der frühen Extinktionsphase differentiell konditioniert. Für die Konditionierungsergebnisse der Patientinnen ist das Ausmaß der aktuellen Dissoziation entscheidend: Hoch-dissoziierende BPD-Patientinnen zeigen keine Lerneffekte. Die Ergebnisse unterstützen die Biosoziale Theorie, die davon ausgeht, dass bei Borderline-Patientinnen eine erhöhte emotionale Vulnerabilität vorliegt (hohe Sensitivität für und intensive Reaktion auf emotionale Stimuli), sowie Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu regulieren (langsame Rückkehr zu emotionalen Baseline). Vor allem die Ergebnisse zur Dissoziation haben Implikationen im Bereich der Psychotherapie für diese Patientengruppe. Erste Ergebnisse der Studie 2 zeigen bei BPD-Patientinnen im Gegensatz zu gesunden Kontrollen während der Akquisition keine Aktivierung des anterioren cingulären Cortex und eine verzögerte Aktivierung frontaler Hirnareale.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 42

S-078 Symposium

Traumatisierungen und posttraumatische Störungen bei psychiatrischen Patienten – Aktuelle Therapieansätze und Konsequenzen für die Praxis

Vorsitz: I. Schäfer (Hamburg), C. Spitzer (Stralsund)

0382

Psychopharmakologische Therapieansätze bei Patienten mit komorbiden posttraumatischen Störungen und Therapieresistenz

Ulrich Frommberger (Klinik an der Lindenhöhe, Psychiatrie und Psychotherapie, Offenburg)

Mehrere Medikamente zeigten in kontrollierten Studien die Effizienz psychopharmakologischer Therapie bei der Reduktion der PTSD Symptome. Zwei Medikamente sind von Zulassungsbehörden zur Therapie der PTSD zugelassen worden, Sertralin und Paroxetin. Diese Medikamente haben ihre Wirksamkeit auch bei Depressionen und Angststörungen gezeigt. Im klinischen Alltag ist die Komorbidität von PTSD mit weiteren Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzabusus eher die Regel als die Ausnahme.

Daher stellt sich in der Therapie die Frage, welche Störung zuerst behandelt werden müsse. Hierzu liegen Expertenkonsensusmeinungen vor (Foa et al. 1999) und kaum kontrollierte Studien. Zumeist wird das akutere und im Vordergrund stehende Syndrom zuerst behandelt. Eine Monotherapie erscheint bei mehreren komorbiden Störungen möglicherweise nicht ausreichend wirksam. Eine Studie mit Sertralin weist darauf hin, dass eine Kombinationstherapie von Sertralin mit Verhaltenstherapie (prolonged exposure) einer Monotherapie mit Sertralin überlegen sein könnte. Eine allgemein akzeptierte Definition von Therapieresistenz bei PTSD gibt es nicht und wird vom jeweiligen Autor bestimmt (z.B. 30% Reduktion der Symptomatik im CAPS). Für die Behandlung therapieresistenter PTSD liegen keine kontrollierten Studien vor, die z.B. eine sequentielle Abfolge von Medikamenten in ihrer Wirksamkeit untersuchen. Verbesserungen konnten bei initial therapieresistenten Patienten mit einer längeren Gabe eines SSRIs (Sertralin) über mehrere Monate erreicht werden. Augmentation durch weitere Antidepressiva und neuere Antipsychotika konnten bei therapieresistenter PTSD Verbesserungen erzielen. Stimmungsstabilisatoren oder Antiadrenergika zeigten partielle Erfolge. Der aktuelle Stand der Erkenntnis wird dargestellt und mögliche praktische Konsequenzen für Klinik und Praxis aufgezeigt.

0383

Kognitiv-behaviorale Interventionen bei traumatisierten Suchtpatienten

Anne Dilling (Hamburg)

D. Barghaan, M. Bullinger, C. Haasen, I. Schäfer

Einleitung: Suchterkrankungen zählen zu den psychiatrischen Diagnosegruppen mit den höchsten Raten von interpersonalen Traumatisierungen und posttraumatischen Störungen. Praxisberichte wie empirische Studien belegen, dass diese Erlebnisse bzw. ihre Folgen bei vielen Betroffenen die Suchttherapie erschweren, oder ihren Erfolg ganz in Frage stellen, wenn sie nicht im Rahmen der Therapie spezifisch berücksichtigt werden.

Methode: Anhand der Ergebnisse einer Untersuchung an 81 konsekutiv zum stationären Alkoholentzug aufgenommenen Patientinnen und Patienten (66% Männer, 34% Frauen) wird zunächst auf die Prävalenz traumatischer Erfahrungen, posttraumatischer Belastungsstörungen und weiterer relevanter Symptombereiche bei Suchtpatienten eingegangen. Im Folgenden wird ein Überblick über spezifische Therapieprogramme für Suchtpatienten mit posttraumatischen Störungen gegeben und es werden erste Erfahrungen mit der deutschen Adaptation eines integrativen, kognitiv-behavioralen Gruppenprogrammes berichtet („Seeking Safety“, Najavits 2002).

Diskussion/Ergebnisse: Anhand des „Strukturierten Traumainterviews“ (STI) fanden sich bei 22% der männlichen und 52% der weiblichen Patienten sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung im Alter von unter 16 Jahren. Erlebnisse körperlicher und/oder sexueller Gewalt in späteren Lebensabschnitten wurden von 33% der Männer und 67% der Frauen berichtet. Eine akute posttraumatische Belastungsstörung (nach DSM-IV) fand sich bei 16% der Patienten (Männer 9.3%, Frauen 29.6%). In einer Pilotstudie zur deutschen adaptierten Fassung des o.g. Therapieprogramms zeigte sich bei 6 Patientinnen mit der Doppeldiagnose Sucht und Posttraumatische Belastungsstörung eine gute Durchführbarkeit des Programms und subjektive Verbesserung relevanter Symptombereiche.

0384

Behandlung komorbider dissoziativer Störungen bei psychiatrischen Patienten

Carsten Spitzer (Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Klinik für Psychiatrie, Stralsund)

0385

Therapie posttraumatischer Störungen bei schizophrenen Patienten

Ingo Schäfer (UKE Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische Klinik)

T. Harfst, V. Aderhold

Einleitung: Bei schizophrenen Patienten finden sich wie bei anderen psychiatrischen Diagnosegruppen hohe Raten traumatischer Erfahrungen in der Kindheit aber auch späteren Lebensabschnitten. Inzwischen ist deutlich geworden, dass diese Erlebnisse eine erhebliche Relevanz für die Ätiologie und den Verlauf psychotischer Störungen besitzen und bei einer Untergruppe von Patienten im Rahmen der Therapie spezifisch berücksichtigt werden sollten.

Methode: Anhand der Ergebnisse einer eigenen Untersuchung wird zunächst auf die Prävalenz traumatischer Erfahrungen bei Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Zusammenhänge mit therapierelevanten Symptombereichen eingegangen. Im Folgenden wird ein Überblick über therapeutische Rahmenbedingungen und spezifische Therapieansätze gegeben, zu denen bei traumatisierten Psychosepatienten inzwischen erste Erfahrungen vorliegen.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund der hohen Prävalenzraten traumatischer Erfahrungen sollte die Behandlung psychotischer Patienten wie auch die anderer psychiatrischen Diagnosegruppen „traumasensibler“ gestaltet werden. Dies umfasst neben einer spezifischen Diagnostik von Traumatisierungen und traumabezogenen Störungen wichtige Aspekte des therapeutischen Settings und die Vermeidung von Retraumatisierungen (z.B. durch Zwangsmaßnahmen). Zu verschiedenen Interventionen, die sich in der Therapie traumatisierter Personen bewährt haben (z.B. stabilisierenden Verfahren), liegen inzwischen auch bei Psychosepatienten erste Erfahrungen vor. Vielversprechend erscheinen zudem spezifischere Interventionen, wie die Arbeit mit traumabezogenen Halluzinationen und kognitiv-behavioral orientierte Therapieprogrammen, die speziell auf die Bedürfnisse traumatisierter Psychosepatienten ausgelegt sind.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17:15–18:45 Uhr, Salon 21

FF-017 Freie Vorträge**PTBS und Anpassungsstörungen**

Vorsitz: M. Linden (Teltow / Berlin), R. Steil (Mannheim)

0079

Evaluation eines Therapieprogramms zur Behandlung von Patienten mit schwerer Posttraumatischer Belastungsstörung und schwerer komorbider Symptomatik: die kognitiv-dialektische Therapie

Anne Hinckers (ZI Mannheim, Klinik für Psychosomatik)

M. Bohus

Einleitung: Bislang liegen nur wenige Studien zur Evaluation von Interventionen bei Patienten vor, welche an einer schweren Posttraumatischen Belastungsstörung und schwerer komorbider Symptomatik leiden. Es liegen keine Manuale vor, welche auf die Behandlung der Vielfalt der Symptome dieser Patienten und Patientinnen zugeschnitten sind. Wir schlagen hierfür die kognitiv-dialektische Therapie vor als neue Behandlungsform für Patienten mit schwerer und komplexer Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Behandlung vereint Elemente aus Emotionsregulation im Sinne der DBT, Mindfulness, kognitiver Therapie und imaginativem Nacherleben der Traumatisierung mit neuen Behandlungselementen, welche in besonderer Weise auf die Symptomatik dieser Patientengruppe zugeschnitten sind, wie z.B. auf starke Gefühle von Ekel. Insbesondere in der ersten Behandlungsphase der Emotionsregulation werden Teile des

dialektisch-behavioralen Ansatzes in die Behandlung integriert. Die Ergebnisse einer unkontrollierten Pilotstudie an stationären Patienten werden vorgestellt.

Methode: Zur Diagnostik der Patienten wurden im Vorfeld der Untersuchung das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I) und die International Personality Disorder Examination – Unterkapitel Borderline-Störungen (IPDE) durchgeführt. In die Untersuchung eingeschlossen wurden 15 Frauen und 2 Männer, welche die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung erfüllten und unter komorbider Symptomatik wie selbstverletzendem Verhalten, schwerer dissoziativer Symptomatik, Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen litten. Sowohl zu Beginn (t₁), zum Ende (t₂) als auch 6 Wochen nach Ende der Behandlung (t₃) wurden verschiedene Instrumente zur Überprüfung des Therapieerfolgs von den Patientinnen ausgefüllt. Zu den Instrumenten gehörten u.a. die Posttraumatische Beck Depressions-Inventar (BDI), Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), State-Trait-Angstinventar (STAI) und die Symptom Checklist 90 R (SCL90R).

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigen sich deutliche Verbesserungen der Symptomatik bei den untersuchten Patientinnen und Patienten sowohl zum Entlasszeitpunkt als auch zum Katamnesetermin. Sowohl das Ausmaß posttraumatischer wie depressiver Symptomatik wie das der allgemeinen Psychopathologie reduzierten sich dauerhaft. Cohen's d für den Vergleich von t₁ und t₃ betrug .95 für die PDS, .87 für das BDI, .45 für die SCL90R und .56 für das STAI.

0080

Akute Belastungsstörungen bei Patienten einer kardiologischen Intensivstation

Urs Hepp (Externer Psychiatr. Dienst, Ambulatorium, Baden)

H. Moergeli, D. Wegener, G. Carraro, B. Kraemer, M. Maggiorini, U. Schnyder

Einleitung: Das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen nach Herzinfarkt und nach Aufenthalt auf medizinischen Intensivpflegestationen wurde in verschiedenen Studien untersucht. Bisher gibt es aber keine Studien, die systematisch die Häufigkeit der akuten Belastungsstörung bei intensivmedizinischen Patienten nach kardialen Ereignissen untersuchten.

Methode: Es wurden 52 Patienten, die nach einem kardialen Ereignis auf der medizinischen Intensivstation behandelt wurden, in die Studie eingeschlossen und innerhalb einer Woche interviewt. Symptome der akuten Belastungsstörung wurden mit dem Acute Stress Disorder Interview (ASDI) und der Acute Stress Disorder Scale (ASDS), Angst und Depression mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst. Der somatische Schweregrad wurde mit dem Simplified Acute Physiology Score (SAPS-II), dem Sepsis-related Organ Failure Assessment Score (SOFA) und der Richmond AgitationSedation Scale (RASS) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Zehn Patienten (19.2%) erfüllten das Stressorkriterium gemäss DSM-IV, was bedeutet, dass sie das kardiale Ereignis und/oder die intensiv-medizinische Behandlung als traumatisch erlebten. Nur drei Patienten (5.8%) erfüllten alle Kriterien der akuten Belastungsstörung nach DSM-IV. Somatische Parameter (SAPS-II, SOFA, RASS, Cortisol) korrelierten nicht signifikant mit ASDI, ASDS und HADS. Das Gefühl von Lebensbedrohung während des kardialen Ereignisses korrelierte mit ASDI und ASDS, nicht aber mit der HADS (ASDI: Spearman's rho=0.436, p=0.001; ASDS: Spearman's rho=0.383, p=0.007). Die subjektive Einschätzung der somatischen Erholungsfähigkeit während des Aufenthaltes auf der Intensivstation korrelierte negativ mit ASDI (Spearman's rho=-0.300, p=0.031) und ASDS (Spearman's rho=-0.439, p=0.001), d.h. je höher die Erholungsfähigkeit eingeschätzt wurde, desto weniger Symptome der akuten Belastungsstörung zeigten die Patienten. Hingegen fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen der Einschätzung der psychischen Erholungsfähigkeit mit ASDI, ASDS und HADS. Die geringe Häufigkeit der akuten Belastungsstörung steht in Einklang mit früheren Studien aus Zürich mit Unfallpatienten.

0081

Umgang von PolizeibeamtInnen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen nach einem potenziell psychotraumatischen Ereignis

Nils Schütte (Universitätsklinikum Münster, Klinik für Psychosomatik)
O. Bär, U. Weiss, G. Heuft

Einleitung: Hintergrund und Fragestellung Einsatzkräfte der Polizei werden aufgrund ihres Berufsprofils in hohem Ausmaß mit potenziell psychotraumatischen Situationen konfrontiert. Als Reaktion auf traumatische Erlebnisse können Menschen Symptome von ständigem Wiedererleben des Traumas, deutliche Vermeidung der traumabezogenen Reize und ein erhöhtes Arousal entwickeln. Werden diese psychotraumatischen Erlebnisse nicht adäquat verarbeitet, können sich facettenreiche chronische Beschwerden zeigen. Es wurde die Frage gestellt, welche spezifischen Mechanismen die PolizeibeamtInnen zum Umgang mit der traumatischen Erfahrung anwandten.

Methode: Methode Es wurden 59 PolizeibeamtInnen (43 männlich, 16 weiblich) unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis im Rahmen der Berufsausübung betreut und weiterhin prospektiv untersucht. Zur Erfassung des Umgangs mit den traumabezogenen Symptomen wurde der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnis Bei 25 PolizeibeamtInnen wurde das Vollbild einer akuten posttraumatischen Belastungsreaktion erfüllt. Die Werte im FKV in der Gruppe der PolizeibeamtInnen mit einer Traumafolgediagnose („Akute Belastungsstörung“) unterschied sich in signifikanter Weise von den Nichttraumadiagnose-Gruppen (t -Wert = 3.03; $p=0.04^*$). Zur Analyse der spezifischen Mechanismen des Umgangs mit den traumabezogenen Symptomen wurden in den Subskalen des FKV in signifikantem Maße Abweichungen in den Bereichen „Depressive Verarbeitung“ ($t=3.82^*$), „Misstrauen und Pessimismus“ ($t=3.83^*$), „Gefühlkontrolle und sozialer Rückzug“ ($t=2.14^*$) und „Regressive Tendenz“ ($t=3.75^*$) gefunden. Diskussion Die polizeilichen Einsatzkräfte stellen aufgrund ihres Berufsprofils eine Hochrisikopopulation für akute und chronische Posttraumatische Belastungsstörungen dar. In dieser Studie wurde bei 25 PolizeibeamtInnen die Diagnose einer (akuten) posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. In der Art der Krankheitsverarbeitung unterschieden sich PolizeibeamtInnen mit der Diagnose einer (akuten) posttraumatischen Belastungsreaktion signifikant von denen ohne, zudem in signifikanter Weise in den Bereichen „Depressive Verarbeitung“, „Misstrauen und Pessimismus“, „Gefühlkontrolle und sozialer Rückzug“ und „Regressive Tendenz“. Werden diese facettenreichen Beschwerden nicht adäquat verarbeitet, können sich chronische Störungen, insbesondere die chronische posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.

0082

Konsiliarpsychiatrische Betreuung von Unfallverletzten

Sigrun Rossmann (Wien)

Einleitung: Im Rückblick auf ein 20-jähriges Arbeitsfeld als Konsiliarpsychiaterin/psychotherapeutin in den beiden Wiener AUVA Unfallspitälern Lorenz Böhler und Meidling soll exemplarisch Einblick in diese Tätigkeit, langfristige Entwicklungen, aktuelle Trends, auf Fortschritte und Rückschritte, im Wandel der Zeit (1985–2005) vermittelt werden.

Methode: 1841 Unfallverletzte wurden von der Autorin in zwanzig Jahren Konsiliardienst betreut. Wurden im Jahr 1997 etwa 4 Konsiliarpsychiatrische Visiten/Unfallpatienten getätigt, sank die Frequenz auf 1,5 Visiten/Patient im Jahr 2005. Erfolgt zwischen 1985–1996 Konsiliaranfragen primär wegen Kranken mit neurotischen und Belastungsstörungen (36%), organischen symptomatischen Störungen (21%), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (16%), und selten wegen schizophrenen (11%) und affektiven Störungen (6%), erhöhten sich zwischen 1996–2005 die Konsiliarvisiten für affektiv kranke Unfallverletzte auf das Dreifache (18%), was an der Trenddiagnostik der bipolaren Störungen liegen könnte. Trotz Inkrafttretens des Unterbringungsgesetzes (UbG) für psychisch Kranke

(1.1.1991), damit verbundener signifikant verkürzter Unterbringungszeiten und Zunahme von forensisch psychiatrischen Gewaltpatienten, blieb die Zahl der schizophrenen/wahnhaften (11%) und süchtigen Unfallverletzten (7%) sowie die Gesamtzahl der Suizidpatienten (22%) zwischen den Jahren 1985–2005 im Konsiliardienst annähernd konstant. Die über 20 Jahre unverändert schwierigsten Unfallverletzten im psychiatrischen Konsiliardienst sind psychisch und polytraumatisierte Kranke (Langzeitpatienten) mit psychiatrischer Vorgeschichte, nach Unfällen und Suizidversuchen.

Diskussion/Ergebnisse: Trotz knapper Budgetierung hat der Konsiliarpsychiatrische Dienst in den Unfallkrankenhäusern der AUVA binnen 20 Jahren zumindest „überlebt“. Der Trend geht aktuell dahingehend, dass – im Unterschied zu den Anfangsjahren (1985–1995), primär Akutintervention, Kurztherapie und/oder „Alibiatteste“ gewünscht werden. Nur bei psychisch schwer kranken und polytraumatisierten Unfallverletzten ist die kontinuierliche psychiatrische Konsiliarbehandlung noch möglich, die an sich Mittel der Wahl für alle Unfallverletzten mit psychischen Störungen wäre.

0083

Posttraumatische Belastungssyndrome als Spätfolge von Kindheiten im II. Weltkrieg

Philipp Kuwert (Universität Stralsund)

C. Spitzer, A. Träder, H. J. Freyberger, M. Ermann

Einleitung: Die langfristigen Auswirkungen kriegsassoziierter Traumatisierungen während der Kindheit auf die psychische Gesundheit im späteren Lebensalter haben klinisch und wissenschaftlich bislang kaum Beachtung gefunden. Die vorliegende Studie untersuchte 93 Probanden, die ihre Kindheit während des II. Weltkrieges verbrachten, im Hinblick auf posttraumatische Symptomatik und aktuelle Psychopathologie.

Methode: Über die regionale Presse (Ostseezeitung, NDR 1) wurden Teilnehmer gesucht, die zwischen 1933 und 1945 geboren wurden. Stattegehabte Traumatisierung war kein Einschlusskriterium. Die Probanden erhielten einen modifizierten Traumafragebogen (PDS) und den SCL-90 R zur Evaluation von PTBS-Symptomen und aktueller Psychopathologie.

Diskussion/Ergebnisse: Noch sechs Jahrzehnte nach Kriegsende ließen sich bei jedem zehnten Probanden kriegsassozierte posttraumatische Symptome mit dem Schweregrad einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nachweisen. Zusätzlich bestand eine signifikante psychopathologische Symptombelastung.

Freitag, 24.11.2006 – 17:15–18.45 Uhr, Saal 02.1

S-123 Symposium

Essstörungen: Diagnostik, Neurokognition und Therapie

Vorsitz: A. Kersting (Münster), S. Herpertz (Dortmund)

0596

Die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Essstörungen eine Kooperation der DGP, DGKJP, DGPM und DGPPN

Stephan Herpertz (Westfälische Klinik, Psychosomatische Medizin, Dortmund)

Einleitung: Im Frühjahr 2005 konstituierte sich die Arbeitsgemeinschaft zur Erstellung der Leitlinien für die Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Ihr gehören Vertreter aller vier Fachgesellschaften an, die in Deutschland in der Versorgung von PatientInnen mit Essstörungen involviert sind (DGKJP, DPGs, DGPM, DGPPN).

Methode: Im Gegensatz zu den schon existierenden Leitlinien der Ar-

beitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften von Seiten der DGPPN (2000) und der DGKJP (2003), beide Leitlinien entsprechen der Entwicklungsstufe 1, ist es das Anliegen der Arbeitsgruppe, Leitlinien der Entwicklungsstufe 3, die u.a. die Kriterien der „Evidence-Based Medicine“ berücksichtigen, für die Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung zu erstellen. Als Grundlage wählte die Arbeitsgemeinschaft die 2004 veröffentlichten englischen Leitlinien für Essstörungen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diese Leitlinien sind derzeit zwar die wissenschaftlich vollständigsten und fundiertesten, allerdings wurden in ihnen die Ergebnisse relevanter Studien nur narrativ und nicht meta-analytisch aufbereitet. Erst eine Meta-Analyse erlaubt jedoch den Vergleich verschiedener therapeutischer Interventionen, was im Rahmen einer Leitlinienentwicklung von hoher Relevanz ist. Die deutlich geringere und heterogenere Datenlage zur Anorexia nervosa lässt allerdings nur die Erstellung eines systematischen Reviews zu. Darüber hinaus werden die in den NICE-Leitlinien formulierten Empfehlungen dem deutschen Gesundheitssystem, welches sich in vielerlei Aspekten vom englischen Gesundheitssystem unterscheidet, angepasst.

Diskussion/Ergebnisse: Der Vortrag gibt neben einem Überblick über die bestehenden Leitlinien (NICE, APA, AWMF) den aktuellen Stand der derzeitigen Leitlinienentwicklung für Essstörungen in Deutschland wieder. Mitglieder der AG: U. Cuntz, M. de Zwaan, M. Fichter, G. Groß, C. Jacobi, B. Jäger, A. Kersting, B. Herpertz-Dahlmann, A. Hartmann, W. Herzog, K. Holtkamp, R. Pietrowsky, U. Schweiger, B. Tuschen-Caffier, S. Vocks, J. von Wietersheim, A. Zeek, S. Zipfel

0597

Essverhalten, Psychopathologie und Adipositaschirurgie

Martina de Zwaan (Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatik/Psychotherapie)

Einleitung: In einem Sample von derzeit 102 Patienten bei Vorstellung zu chirurgischer Adipositaschirurgie wurden mittels einer umfangreichen Testbatterie sowie zwei strukturierter Interviews (EDE und SKID) Daten zu Essverhalten, psychiatrischen Komorbiditäten und Lebensqualität erhoben. Soweit der entsprechende Zeitpunkt bereits erreicht ist, wurden die Patienten im weiteren Verlauf (3 Monate, 6 Monate und ein Jahr nach der Operation) mit denselben Instrumenten erneut befragt.

Methode: Betrachtet werden soll die Entwicklung der Komorbiditäten, der Lebensqualität und das Essverhalten der Patienten im Verlauf von den präoperativen Werten bis ein Jahr nach der Operation.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patienten sind vorwiegend (73%) weiblich und im Mittel 39 Jahre alt ($SD=9,8$). Der mittlere BMI beträgt 50 kg/m^2 ($SD=7,8$). Die Patientengruppe zeigt eine Lebenszeit-Prävalenz psychiatrischer Störungen von 68% (besonders affektive Störungen: 55% und Angststörungen: 22%). Bei 30% liegt eine derzeitige Major Depression vor. Die Lebensqualität der Patienten ist im Vergleich zur deutschen Bevölkerung stark eingeschränkt. Bei 23% der Patienten liegt eine Binge Eating Störung vor, diese Patientengruppe zeigt höhere Raten psychiatrischer Komorbidität, eine stärkere Beeinträchtigung der Lebensqualität und höhere Werte in den meisten Skalen der Essstörungsinstrumente im Vergleich zu den anderen Patienten. Erste Auswertungen zeigen einen signifikanten Gewichtsverlust und einen deutlichen Anstieg der Lebensqualität 6 Monate und ein Jahr nach der Operation, trotz meist fortbestehenden Übergewichts.

0598

Neuronale und kognitive Dysfunktion bei Anorexia nervosa

Anette Kersting (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)
P. Ohrmann, T. Suslow, V. Arolt

Einleitung: Neuropsychologische Studien der Anorexia nervosa ergeben Hinweise auf Beeinträchtigungen verschiedener kogniti-

ver Funktionsbereiche. Diese betreffen sowohl die Aufmerksamkeit als auch das Gedächtnis, visuokonstruktive Fähigkeiten und exekutive Funktionen.

Methode: Vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Literatur werden die neuropsychologischen, morphologischen und spektroskopischen Befunde zu neuronalen und kognitiven Dysfunktionen bei Anorexia nervosa zusammengefasst. Dabei werden auch Ergebnisse eigener neuropsychologischer Studien aus dem Bereich des inzidentellen Lernens und neurokognitive Befunde zur Magnetresonanztomographie von Anorexia nervosa Patientinnen vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund der in der Literatur vorliegenden Befunde lassen sich bisher keine definitiven Schlussfolgerungen über für Anorexia nervosa Patienten charakteristische neuropsychologische Einbußen ziehen, die verfügbaren Studien zeigen heterogene kognitive Beeinträchtigungsprofile. So wurde kein allgemeines Aufmerksamkeitsdefizit bei Anorexia nervosa Patienten beschrieben, es ist eher von einer nicht hinreichenden selektiven und flexiblen Verarbeitung von Informationen auszugehen, die zu einer kognitiven Verlangsamung führt. Die Qualität und Funktionalität komplexer kognitiver Fähigkeiten wie Endkodierung, Speicherung oder Wiederabrufen von Informationen waren hiervon nicht betroffen. Bisherige Studienergebnisse indizieren keine direkten Beziehungen zwischen Verbesserungen der Essstörung bzw. Gewichtszunahme und Steigerung kognitiver Leistungsfähigkeit. Eine eigene Untersuchung der Metaboliten des Hirnstoffwechsels mit Hilfe der Magnetresonanztomographie konnte Korrelationen zwischen N-acetyl-Aspartat als einem Marker der neuronalen Integrität der kognitiven Leistungsfähigkeit nachweisen. Darüber hinaus wurden deutliche Hinweise auf eine Schädigung des frontalen Kortex bei Patientinnen mit einer Anorexia nervosa gefunden, die auch nach Gewichtszunahme persistierten. Grundsätzlich sprechen die Befunde zu neuronalen und kognitiven Dysfunktionen bei Anorexia nervosa für eine Beeinträchtigung verschiedener kognitiver Funktionsbereiche mit heterogenen Beeinträchtigungsprofilen. Dabei leitet sich die Notwendigkeit einer frühen therapeutischen Intervention aus diesen Befunden ab, um irreversible cerebrale Schädigungen zu vermeiden.

0599

Analyse der Gewichtskurven von stationär behandelten Patienten mit Anorexia nervosa

Wolfgang Senf (Universität Duisburg-Essen, Psychosomatische Medizin)

Der prädiktive Wert der Gewichtskurven stationär behandelter Anorexia Nervosa-Patientinnen ist kaum erforscht. In der vorliegenden Studie wird untersucht, inwiefern die Entwicklung der Gewichtskurven in einer standardisierten stationären Behandlung zur Vorhersage des kurzfristigen Therapieerfolgs nutzbar ist. Dazu werden zwei Gruppen miteinander verglichen: Einerseits Patientinnen, die das Zielgewicht erreichten und über vier Wochen hielten (erfolgreiche Patientinnen), und andererseits Patientinnen, die das Zielgewicht entweder nicht erreichten oder es nach Erreichen nicht halten konnten (nicht erfolgreiche Patientinnen). Zudem wird überprüft, inwiefern sich stationär behandelte Anorexia Nervosa-Patientinnen mit einem frühen Behandlungsabbruch von solchen Patientinnen unterscheiden, die sie erst später abbrechen (Spätabbrecher). Die Ergebnisse werden hinsichtlich der Behandlungsstrategien diskutiert.

ST-015 State-of-the-Art-Symposium

Therapieresistente Angsterkrankungen

Vorsitz: B. Bandelow (Göttingen), M. Linden (Teltow / Berlin)

0029

Vorgehen bei therapieresistenten Angststörungen

Borwin Bandelow (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Eine nicht zu unterschätzende Anzahl der Patienten mit Angststörungen leidet auch nach einer Standardtherapie noch weiter unter erheblichen Angstsymptomen. Zu den standardmäßig eingesetzten Medikamenten bei Angststörungen zählen die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin, trizyklische Antidepressiva und Benzodiazepine. In diesem State-of-the-Art-Symposium werden Empfehlungen für die Behandlung von Angstpatienten gegeben, die durch eine Standardtherapie nicht gebessert wurden. „Non-Response“ wird oft als eine weniger als 50%-ige Reduktion der Werte auf den gängigen Angstskalen nach einer Therapie von mindestens 6 Wochen in ausreichender Dosis definiert, obwohl diese Festlegung einer empirischen Überprüfung bedarf. Bei Therapieresistenz wird als erste Maßnahme der Wechsel zu anderen Standardmedikamenten empfohlen, wie der Wechsel von einem SSRI zu einem anderen oder zu einem SNRI bzw. umgekehrt. Im nächsten Schritt wird empfohlen, Medikamente zu verwenden, die in vorläufigen Doppelblindstudien positive Ergebnisse zeigten. Kombinationstherapien sollten erst versucht werden, wenn Monotherapie nicht ausreichen. Die Kombination von psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Maßnahmen hat sich als sinnvoll erwiesen. Am deutlichsten konnte in einer Metaanalyse der Vorteil einer Kombination bei Panikstörung gezeigt werden. Studien zeigten, dass Patienten, bei denen eine medikamentöse Therapie nicht wirksam war, von einer kognitive Verhaltenstherapie profitieren konnten und umgekehrt.

0030

Schwachstellenanalyse bei unbefriedigendem Behandlungsverlauf

Michael Linden (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

Angsterkrankungen sind vom Grundsatz her gut behandelbare Störungen. Wenn es trotz Behandlung zu keiner hinreichenden Remission kommt, sollte eine Schwachstellenanalyse des bisherigen Behandlungsverlaufs erfolgen, aus der sich typische weitere Therapieoptionen ergeben können: Bisheriger Behandlungsverlauf: Welche Art und Güte an Vorbehandlungen ist erfolgt und liegt eine „Pseudotherapieresistenz“ vor? Eine solche Klärung erfordert ein spezielles methodisches Vorgehen (z.B. wurde bei einer Phobie Verhaltenstherapie oder Verhaltenstherapie mit Exposition durchgeführt?) Patientencompliance: Trotz „richtiger“ Behandlung kann die Patientenmitwirkung unzureichend gewesen sein (z.B. hat der Patient während der Expositionsübungen kognitiv vermieden?). Mehrdimensionalität: Ursachen von Therapieresistenz liegen typischerweise in peristatischen Faktoren wie Komorbidität, Persönlichkeitsakzentuierungen oder strukturell negativen Lebensereignissen (z.B. Agoraphobie und Arbeitsplatzangst). Differentialdiagnostik: Therapieresistenz verlangt stets eine Überprüfung der bisherigen Arbeitsdiagnose (z.B. eine scheinbare Agoraphobie ist stattdessen Ausdruck einer Anpassungs- und Verbitterungsstörung. Motivation und therapeutische Interaktion: Behandlerziele und Patientenziele müssen nicht deckungsgleich sein (z.B. Rentenwunsch bei Angst des Patienten vor Rezidiven bei Belastungen).

S-138 Symposium

Psychosoziale Versorgung von Gewalt-, Kriegs- und Folteropfern

Vorsitz: T. Harfst (Berlin), F. Neuner (Konstanz)

0673

Die Behandlung von psychischem Trauma bei Kindern nach Krieg und Tsunami in Sri Lanka: Vergleich von Narrativer Exposition und Meditation

Elisabeth Schauer (Universität Konstanz)

C. Catani, M. Kohila, D. Somasundaram, M. Ruf, M. Schauer, B. Rockstroh, T. Elbert, F. Neuner

Einleitung: Der mehr als zwanzig Jahre andauernde Bürgerkrieg im Nord-Osten Sri Lankas hat die einheimische Bevölkerung auf's Schwerste erschüttert. Unsere prä-Tsunami Studien zeigten, dass etwas mehr als ein Viertel der im Kriegsgebiet lebenden Kinder an eine PTBS leidet. Gleichzeitig war die tamilische Küstenregion eine der am meisten von der Tsunami Katastrophe betroffenen Gebiete im Dezember 2004.

Methode: Mitte des Jahres 2004, wurde im Rahmen des Aufbaus eines großflächigen schulbasierten Kaskadenmodells, indem insgesamt 1350 Lehrer zu psycho-sozialen Beratern ausgebildet wurden, in den Distrikten Jaffna, Valikamam und Vadamarachi eine randomisiert, kontrollierte Behandlungs- und Evaluationsstudie implementiert. Trainierte lokale BeratungslehrerInnen interviewten, unter Supervision, 469 Kinder im Alter zwischen 1115 Jahren in 6 verschiedenen Schulen, unter Anwendung einer validierten und ins tamilische übersetzten Fassung des UCLA DSM IV PTSD Index. 42 der am schwersten unter PTBS leidenden Kindern, wurde nach CAPS Re-Interview durch Experten, eine Therapie angeboten. Eingeteilt in 2 Gruppen erhielten die Kinder entweder 6 Sitzungen Narrative Expositionstherapie (KIDNET) oder ein Entspannungs- und Meditationsprotokoll in gleichem zeitlichen Umfang. Die Zuweisung zu einer der Behandlungsgruppen erfolgte randomisiert. Die Behandlung wurde von den einheimischen psychologischen BeratungslehrerInnen ausgeführt die an umfangreichen Schulungen teilgenommen und Therapieerfahrungen hatten.

Diskussion/Ergebnisse: Beide Behandlungsverfahren führten zu Symptomreduktionen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Wechselwirkung mit gegenwärtigen Belastungen. Die Resultate der Post-Tests zum 3 Monats und 12 Monats Nachuntersuchungs-zeitpunktes werden vorgestellt, als auch die praktischen Schritte die zum Aufbau der psycho-sozialen Versorgungsstruktur führten. Die Studie zeigt, dass konkrete psychologisch-therapeutische Hilfsangebote von Kindern als auch deren Eltern bereitwillig in einer von traumatischen Erlebnissen erschütterten Gesellschaft in Anspruch genommen werden. Es zeigt sich auch, dass einheimische vor Ort trainierte LehrerInnen eine traumafokussierte CBT Methode erfolgreich in ihr therapeutisches Repertoire integrieren können und darüber hinaus in die Lage versetzt werden können das Protokoll einer randomisiert-kontrollierten Behandlungsstudie effektiv umzusetzen. Ein wichtiges Resultat angesichts des weltweit wachsenden Bedarfs an nachhaltigen, effektiven, lokalen Strukturen zur psychologischen Behandlung von Überlebenden in Krisenregionen. Forschung wurde unterstützt durch die Nichtregierungsorganisation vivo (www.vivo.org), dem Europäischen Flüchtlingsfond (EFF) und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

0674

Prädiktoren für das Inanspruchnahmeverhalten bei kriegstraumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden

Matthias Schützwohl (Universitätsklinikum der TU, Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden)

A.-K. Will

Einleitung: Die Behandlung von an psychischen Störungen erkrankten

kriegstraumatisierten Flüchtlingen ist vor dem Hintergrund ungelöster aufenthaltsrechtlicher Bedingungen sowie sprachlicher und kultureller Barrieren oft schwierig. Dennoch ist sie in der Regel Erfolg versprechend und daher ein wichtiges Element der Versorgung. Allerdings ist sie daran gebunden, dass Personen mit bestehendem Behandlungsbedarf (oder Bedürfnis) auch in Behandlung gelangen. Vor diesem Hintergrund haben wir untersucht, von welchen Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten von kriegstraumatisierten Flüchtlingen beeinflusst wird und inwieweit Barrieren in die Behandlung existieren.

Methode: Im Rahmen einer multi-zentrischen Untersuchung (www.stopstudy.co.uk) wurden in Deutschland 158 Personen, die im Zusammenhang mit dem Bürgerkrieg im früheren Jugoslawien extrem belastenden Lebenserfahrungen ausgesetzt waren und unter Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, ausführlich hinsichtlich Inanspruchnahmeverhalten (CSSRI), psychopathologischer Belastung (CAPS, IES-R, BSI), sowie, mittels offener Fragen, zu vorliegenden Behandlungsbarrieren befragt.

Diskussion/Ergebnisse: In Übereinstimmung mit theoretischen Modellen war in erster Linie das Ausmaß posttraumatischer Belastungsreaktionen mit dem Behandlungsstatus korreliert; zudem fand sich ein signifikanter Zusammenhang für das Alter der Studienteilnehmer. Als Barrieren in die Behandlung erwiesen sich vor allem ein mangelndes Behandlungsbedürfnis und fehlender Zugang in die Versorgung.

0675

Neue Wege in der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

Christine Knaevelsrud (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V.)
J. Müller

Die Diagnostik und Behandlung von Kriegs- und Folteropfern ist mit einer Reihe von Besonderheiten und vielen Herausforderungen verbunden. Dazu zählen neben der hohen Analphabetisierungsrate chronische psychische Störungen, wie Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und somatoforme Schmerzstörungen. Im Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer Zürich (afk) und im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (bzfo) haben wir verschiedene Ansätze entwickelt, um diesen einen Teil Herausforderungen gerecht zu werden. Einige dieser Ansätze werden wir im Vortrag darstellen und erste Ergebnisse präsentieren. Erstens wurde ein audiovisuelles Diagnostikinstrument entwickelt, mit dem auch bei Analphabeten computergestützt standarddiagnostische Fragebögen erhoben werden können. Des Weiteren haben wir zur Behandlung (komorbider) chronischer Schmerzen unserer Patienten eine kurze biofeedbackgestützte kognitiv-behaviorale Schmerztherapie entwickelt. Viele Betroffene haben keinen Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung – sei es, weil sie sich noch in ihren Ursprungsländern befinden, sei es, weil auch in sicheren Drittstaaten die Behandlungsressourcen extrem limitiert sind. Aus diesem Grund wurde eine erprobte internetgestützte kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie (Interapy) für PTSD ins Arabische übersetzt und an die spezifischen Bedürfnisse arabischer Patienten angepasst.

0676

Die Effektivität und Probleme der Behandlung von traumatisierten Asylbewerbern in Deutschland

Frank Neuner (Universität Konstanz)
M. Schauer, S. Gotthardt, M. Ruf, T. Elbert

Einleitung: Asylbewerber stellen eine besondere Problemgruppe im deutschen Gesundheitswesen dar. Es ist davon auszugehen, dass etwa 40% aller neu ankommenden Asylbewerber unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Es gibt nur wenige Erkenntnisse über die Behandlung von Asylbewerbern im deutschen Gesundheitswesen.

Methode: In einer Längsschnittstudie haben wir untersucht, wie sich die PTBS bei Flüchtlingen unter verschiedenen Aufenthaltsbedingungen entwickelt. In einer zusätzlichen randomisiert kontrollierten Therapiestudie wurde die Narrative Expositionstherapie (NET) mit Standardbehandlung bei 28 schwer traumatisierten Asylbewerbern verglichen. Die NET ist eine Trauma-fokussierte Behandlung, in der die traumatischen Erlebnisse der Patienten im Detail aufgearbeitet werden. Es entsteht im Laufe der Behandlung ein Dokument über die Lebensgeschichte des Patienten, einschließlich eines genauen Berichtes über die traumatischen Erlebnisse, der auch für Menschenrechtsarbeit verwendet werden kann. Der Erfolg wurde untersucht über die Veränderung der posttraumatischen Symptomatik über den Zeitraum von sechs Monaten.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass trotz verschiedener Behandlungsbemühungen im Gesundheitswesen die Störung in der Regel über mehrere Jahre stabil bleibt. Die Ergebnisse der Behandlungstudie zeigen, dass sich die Patienten in der NET Bedingung signifikant stärker verbesserten als in der Standardbehandlung. Dies weist darauf hin, dass der Einsatz von spezifischen trauma-fokussierten Therapieelementen eine Verbesserung des Erfolges in der Behandlung von Asylbewerbern erbringen könnte. Allerdings sind die erzielten Erfolge klinisch nicht vollständig zufrieden zu stellen. Der Einfluss von spezifischen Faktoren bei Asylbewerbern, etwa die Aufenthaltssituation, werden diskutiert.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 09

S-140 Symposium

Psychotherapeutische Verfahren bei Sozialer Phobie

Vorsitz: E. Schramm (Freiburg), U. Stangier (Jena)

0684

Entwicklung einer Selbsthilfe-DVD zur Behandlung sozialer Angst

Regina Steil (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Basierend auf dem Störungsmodell und Behandlungsansatz zu sozialer Phobie von Clark und Wells (1995) wurde eine Selbsthilfe-DVD entwickelt. Ebenso wie in der klassischen Face-to-face-Therapie nach Clark und Wells (1995) stehen im Vordergrund unserer Selbstbehandlungs-DVD die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells, die Veränderung negativer Grundüberzeugungen, die Aufmerksamkeitslenkung nach außen und das Unterlassen von Sicherheitsverhaltensweisen. Es werden in der DVD wichtige Informationen vermittelt, zum einen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung sozialer Ängste, zum anderen zu wichtigen Techniken, mittels derer die sozialen Ängste abgebaut werden sollen. Dazu zählen insbesondere Verhaltensexperimente, Imaginations- und Aufmerksamkeitsübungen, Durchführung von Umfragen und Gedankentagebuch. Medial geschieht diese Wissensvermittlung durch einen Moderator, unterstützt durch einzelne Textabschnitte und Grafiken. Ein zentrales Medium der DVD stellen die implementierten Videobeispiele dar, in denen zwei fiktive Patienten (ein Mann und eine Frau) in einer Face-to-face-Therapie, bestehend aus acht Sitzungen, von ihren sozialen Ängsten berichten und die gleichen Aufgaben bearbeiten wie der DVD-Anwender. In den acht Modulen der DVD – entsprechend den acht Therapiesitzungen – bearbeitet der DVD-Anwender zahlreiche Arbeitsblätter, setzt das in der Sitzung Gelernte in seinem Alltag um, erledigt Hausaufgaben und wertet diese selbständig in der darauf folgenden Sitzung aus. Zu all diesen Aufgaben wird er durch den Moderator und die Videobeispiele angeleitet. Darüber hinaus steht ein DVD-Therapeut zur Verfügung, der die Hausaufgaben auf ihre Umsetzbarkeit hin überprüft und hierzu Rückmeldung gibt sowie ungeklärte Fragen beantwortet. Diese DVD wird vorgestellt.

0685

Interpersonelle Psychotherapie vs. Kognitive Therapie bei Sozialer Phobie: Kurzeiteffekte in einer kontrollierten, randomisierten Therapievergleichsstudie

Ulrich Stangier (Universität Jena, Institut für Psychologie)
E. Schramm, T. Heidenreich, M. Henke, D. M. Clark, M. Berger

Die Kognitive Therapie (KT) nach Clark und Wells stellt bei Sozialen Phobien eine wirksame Behandlung dar. Im Gegensatz zur KT konzentriert sich die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) vor allem auf Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen. Bisher liegen für diesen ursprünglich für Depressionen entwickelten Ansatz jedoch noch keine systematischen Wirksamkeitsnachweise für Soziale Phobien vor. Aufgrund der hohen Komorbidität von Sozialen Phobien mit Depression und der Parallelen bezüglich zugrunde liegender kognitiver und interpersoneller Faktoren erscheint ein Vergleich der beiden Therapieansätze von Interesse. In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde die Effektivität der KT vs. IPT unmittelbar nach Behandlung und zum 1-Jahres-Follow-up verglichen. Die Studie wurde in den beiden Behandlungszentren Freiburg und Frankfurt mit unterschiedlichen Forschungsschwerpunkten durchgeführt, um allegiance-Effekte zu kontrollieren. Die manualisierten Therapien umfassten 16 wöchentliche Sitzungen. 129 Patienten mit der DSM IV Diagnose Soziale Phobie wurden den beiden Behandlungsbedingungen oder einer Wartekontrollgruppe (WKG) zugewiesen. Dabei wurden die Patienten nach komorbider Depression stratifiziert. 8 Patienten lehnten die Behandlung ab, 13 Patienten schieden während der Behandlungsphase aus. 108 Patienten schlossen die Behandlungsphase ab. Nach Behandlungsabschluß erzielten beide Behandlungsansätze in allen Erfolgsmassen signifikant bessere Ergebnisse als die WKG. KT war IPT signifikant überlegen hinsichtlich der fremdbeurteilten sozialphobischen Symptomatik, während es in den Selbstbeurteilungs-instrumenten nichtsignifikante, statistische Trends zu Unterschieden gab. Die Ergebnisse legen erwartungsgemäß nahe, dass KT kurzfristig leicht günstigere Effekte auf die sozialphobische Symptomatik hat als IPT.

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Oslo

HS-023 Hauptsymposium

Psychosomatic medicine – international perspectives

Vorsitz: F. Hohagen (Lübeck), T. Loew (Regensburg)

0076

Symptoms and Syndroms of functional somatic distress - The Danish Perspective

Per Fink

0075

Somatoform Disorders – the English Experience

Wolfgang Herzog (Universität Heidelberg, Psychosomatische Klinik)

0076A

Developments of Consiliar- and Liaison-Psychiatry in Switzerland

Dan Georgescu (Psychiatrische Klinik Königsfelden, Gerontopsychiatrie)

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 04/05

ST-017 State-of-the-Art-Symposium

Essstörungen

Vorsitz: M. de Zwaan (Erlangen), B. Herpertz-Dahlmann (Aachen)

0033

Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie bei Bulimia nervosa (BN) und Binge Eating Störung (BES)

Martina de Zwaan (Universitätsklinikum Erlangen, Psychosomatik/Psychotherapie)

Einleitung: Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass die atypischen Essstörungen – meist handelt es sich um subsyndromale Formen – in klinischen Gruppen und in der Allgemeinbevölkerung häufiger auftreten als die Vollbilder. Eine Migration zwischen den Diagnosen ist nicht selten. Gemeinsam mit den Ähnlichkeiten in den psychopathologischen Merkmalen könnte das ein Hinweis darauf sein, dass die derzeitigen diagnostischen Kriterien die Essstörungen nicht optimal abbilden. Ein Übergang in andere psychische Störungsbilder ist jedoch selten und unterstreicht die Kategorie der Essstörungen als eigenständige diagnostische Gruppe. Ob die BES ein eigenständiges Störungsbild darstellt wird zur Zeit noch diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Erwachsenen mit BN sollte eine spezielle kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden. Patientinnen, die KVT ablehnen oder mit KVT keine ausreichende Besserung zeigen, können andere Psychotherapieansätze empfohlen werden. Als mögliche initiale Therapie können antidepressive Medikation oder ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Selbsthilfe-Programm empfohlen werden. In der Therapie der BES sind mehrere Ziele zu berücksichtigen: Reduktion der Essanfälle und der essstörungsspezifischen Psychopathologie (z.B. Überbewertung von Figur und Gewicht), Gewichtsreduktion und Besserung möglicher körperlicher Komplikationen des Übergewichtes und die Verbesserung komorbider psychischer Störungen. Entgegen den Erwartungen scheinen Gewichtsreduktionsprogramme aller Art die Essstörung nicht zu verschlimmern und die erfolgreiche Therapie der Essanfälle scheint nicht automatisch zu einer Gewichtsabnahme zu führen. Kontrollierte Untersuchungen konnten zeigen, dass die Essstörung mit psychotherapeutischen und medikamentösen Ansätzen erfolgreich behandelt werden kann. Die Remissionsraten sind in der Regel hoch, die Prognose in der Regel besser als bei Patientinnen mit BN.

0034

Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Anorexia nervosa

Beate Herpertz-Dahlmann (Universitätsklinikum Aachen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Die Anorexia nervosa weist eine der höchsten Mortalitätsraten aller psychiatrischen Erkrankungen auf. Epidemiologische Untersuchungen zeigen eine Zunahme in den 70er und 80er Jahren, während die Prävalenzrate in den letzten 10 bis 20 Jahren konstant war. Die höchste Inzidenz und Prävalenz liegt in der Adoleszenz, aber auch Kinder sind zunehmend betroffen. Genetische Faktoren spielen eine wichtige Rolle in der Ätiologie. Weitere wesentliche Risikofaktoren sind Temperaments- und Persönlichkeitsmerkmale; perinatale Risikofaktoren und familiäre Faktoren bei entsprechender Vulnerabilität sowie soziokulturelle Einflüsse. Neuroendokrinologisch spielt das Hormon Leptin für die Pathophysiologie der Anorexia nervosa eine bedeutende Rolle, vor allem in Hinblick auf die körperliche Hyperaktivität. Die Magersucht hat im Quer- und im Längsschnitt eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere mit affektiven und Angststörungen, Zwangserkrankungen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen. Die Therapie ist multimodal und beinhaltet eine somatische Rehabilita-

tion und Ernährungstherapie, eine individuelle psychotherapeutische Behandlung sowie im Jugend- und jungen Erwachsenenalter die Einbeziehung der Familie. Zur Psychotherapie der Anorexia nervosa liegen kaum kontrollierte Studien vor. Therapieformen, die die Familie bei jugendlichen Patienten einbeziehen, wiesen eine höhere Effektivität auf. In jüngster Zeit gibt es einige Studien zu medikamentöser Therapie oder Rezidivprophylaxe der Magersucht, die keine wesentlichen Fortschritte erzielen konnten. Prognostische Faktoren für einen günstigen Verlauf sind ein früher Erkrankungsbeginn, eine kurze Erkrankungsdauer sowie ein höherer BMI bei Aufnahme. Auch ein höheres Entlassungsgewicht nach stationärer Behandlung scheint sich positiv auf den Verlauf auszuwirken.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 07

S-159 Symposium

Therapie anorektischer und bulimischer Essstörungen (DGPPN Referat für Verhaltensmedizin und Deutsche Gesellschaft für Essstörungen)

Vorsitz: M. M. Fichter (Prien / München), U. Schweiger (Lübeck)

0773

Neueste Entwicklungen zur Therapie von Essstörungen

Ulrike Schmidt (Eating Disorders Research Unit, Institute of Psychiatry, London)

Einleitung: Psychotherapeutische Therapieverfahren werden weitgehend als die zentrale Behandlungskomponente der Essstörungen angesehen. Zu diesem Thema gibt es eine Reihe von systematischen Übersichtsarbeiten (u.a. in der elektronischen Cochrane Bibliothek, www.thecochranelibrary.com), und mehrere Länder, unter anderem Großbritannien und Australien, haben evidenzbasierte Behandlungsrichtlinien verfasst. Die erste und umfassendste systematische Übersicht evidenzbasierter Behandlungsverfahren ist im Rahmen der NICE Guidelines for Eating Disorders (NCCMH, 2004) erstellt worden.

Methode: Ich werde die NICE Guidelines als meinen Ausgangspunkt benutzen und im ersten Teil meines Vortrages über die Ergebnisse und Empfehlungen dieser Guidelines bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen berichten. Im zweiten Teil meines Vortrages werde ich die Empfehlungen der NICE Guideline kritisch begutachten und die Implikationen für die klinische Forschung und Praxis erörtern. Des Weiteren werde ich über neueste Entwicklungen in der Behandlung von Eßstörungen berichten, inklusive einiger randomisierter Studien, die seit der Veröffentlichung der NICE Guideline publiziert worden sind.

Diskussion/Ergebnisse: Im Rahmen der Anorexiebehandlung sind zwei randomisierte Studien erschienen, die unsere gegenwärtigen Annahmen und Dogmen in Frage stellen. Diese Studien könnten als Hinweise darauf gewertet werden, daß wir im Bezug auf die Anorexiebehandlung umdenken und neue Behandlungswege finden müssen. Die unkritische Übernahme von Behandlungsmodellen, die für andere Störungen entwickelt worden sind, ist nicht zu empfehlen. Stattdessen sollten syndromspezifische Behandlungsmodelle entwickelt werden, die Risikofaktoren und die Erkrankung aufrechterhaltende Faktoren ansprechen.

0774

Neue Ergebnisse der Pharmakotherapie von Essstörungen

Manfred M. Fichter (Klinik Roseneck, Schön Kliniken, Prien / München)

Über die zurückliegenden Jahrzehnte haben anorektische und bulimische Essstörungen in westlichen Industrieländern wie Deutschland zugenommen und stellen, besonders bei jungen Frauen, im

Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren eine relativ häufige Erkrankung dar. Verschiedenartige psychotherapeutische Verfahren wurden zur Behandlung anorektischer und bulimischer Essstörungen entwickelt. Die fundiertesten wissenschaftlichen Untersuchungen liegen zur kognitiven Verhaltenstherapie von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und „Binge Eating“-Disorder (BED) vor. In wissenschaftlichen Untersuchungen wurde auch die Wirksamkeit psychopharmakologischer Medikation bei Essstörungen untersucht. Versuche, Anorexia nervosa mit Neuroleptika oder Cyproheptatin oder einem trizyklischen Antidepressivum oder einem SSRI zu behandeln, zeigten keinen überzeugenden Erfolg im Vergleich zur Placebobehandlung. Günstiger sieht die Bilanz für die psychopharmakologische Behandlung von Bulimia nervosa aus. Eine signifikante Reduktion von Heißhungerattacken bei Bulimia nervosa konnte u.a. aufgezeigt werden für Imipramin, Desipramin, zwei Monoaminoxidase-Hemmer (Isocarboxazid und Phenelzin), Fluoxetin, Fluvoxamin, d-Fenfluramin und Trazodon. In Deutschland ist lediglich Fluoxetin und das nur in Verbindung mit Psychotherapie zur medikamentösen Behandlung von Bulimia nervosa zugelassen. Bei „Binge Eating“-Disorder (Heißhungererkrankung ohne gegensteuernde Maßnahmen, wie z.B. Erbrechen) scheinen Antidepressiva, ähnlich wie bei Bulimia nervosa, eine gewissen positive Wirkung zu haben. Wichtige Ergebnisse einzelner psychopharmakologischer Untersuchungen bei Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und „Binge Eating“-Disorder sowie Ergebnisse von Meta-Studien, wie z.B. Cochrane-Reviews, werden dargestellt.

0775

Die schwierigen PatientInnen: Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen

Ulrich Schweiger (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

V. Sipos

Einleitung: Etwa 50% der Patientinnen mit Essstörungen leiden komorbide an einer Persönlichkeitsstörung, 30% an einer Cluster-C Persönlichkeitsstörung (selbstunsicher, dependent, zwanghaft), 20% an einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung (borderline, narzisstisch, histrionisch). Die vorliegenden evidenzbasierten Therapieprogramme sind nur an nicht oder wenig komorbiden Patientinnen erprobt.

Methode: In dem Vortrag wird ein Überblick über Therapieprogramme gegeben, welche Komorbidität mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sowie Komorbidität mit der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung explizit berücksichtigen.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Erfahrungen deuten darauf hin, dass eine systematische Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen und spezifische Angebote für Patienten mit Essstörung plus einer Cluster B bzw Cluster C Persönlichkeitsstörung sinnvoll sind.

T06 Borderline-Störungen und andere Persönlichkeitsstörungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Oslo

ST-002 State-of-the-Art-Symposium

Persönlichkeitsstörungen

Vorsitz: P. Fiedler (Heidelberg), S. Herpertz (Rostock)

0003

Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und Depression. Überlegungen zur differenziellen Indikation und Behandlung

Peter Fiedler (Universität Heidelberg, Klinische Psychologie)

Angesichts hoher Rückfallzahlen und des Chronifizierungsrisikos gilt die Depression nach wie vor als schwer zu behandeln, was damit zusammenhängt, dass affektive Störungen vielfältige und zum Teil sehr heterogene Ursachen haben. Schon aus diesem Grund lohnt es sich, über die differenzielle Bedeutung von Persönlichkeit, Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen für die Depression nachzudenken, nicht nur unter ätiologischen Perspektiven, sondern über mögliche Konsequenzen, die sich für die differenzielle Indikation und Behandlungsplanung ergeben. Im Vortrag werden unterschiedliche Hypothesen über Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Depression angesprochen und, diesen Hypothesen jeweils entsprechende, konkrete Vorschläge für eine prinzipielle Therapieplanung unterbreitet.

0004

Aktuelles zur Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Diesjähriger Schwerpunkt: Was ist gesichert in der psychopharmakologischen Behandlung?

Sabine Herpertz (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

Bis heute wird die pharmakologische Forschung auf dem Gebiet der Persönlichkeitsstörungen vernachlässigt. Dennoch verfügen wir inzwischen über eine Datenbasis, die evidenzbasierte therapeutische Entscheidungen zumindest bei der Borderline, bei der ängstlich-vermeidenden und dem impulsiven Typ der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung zulassen. Im Symposium sollen Indikationen für die medikamentöse Behandlung vermittelt, der Stellenwert von Pharmaka im Gesamtbehandlungsplan dargestellt, mögliche Interaktionen mit psychotherapeutischen Interventionen diskutiert und das derzeitige gesicherte Wissen zum Einsatz definierter Substanzen zusammengefasst werden. Schließlich werden klinische Erfahrungen ergänzt, sofern keine kontrollierten Studienergebnisse vorliegen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal o8

S-003 Symposium

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Vorsitz: C.-H. Lammers (Berlin)

0010

Narzissmus – Persönlichkeitsvariable und Erkrankung -

Claas-Hinrich Lammers (Charité Berlin, CBF, Klinik für Psychiatrie)

Auch wenn die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) eher ein seltenes Störungsbild zu sein scheint, so finden sich umso häufiger Patienten mit einer subsyndromalen Ausbildung dieser Persönlichkeitsstörung bzw. gesunde Menschen mit einer hohen Ausprägung der Persönlichkeitsdimension des Narzissmus. Narzissmus wird als eine Dimension der normalen Persönlichkeit aufgefasst, unter der man eine Variante hoher Selbstwertschätzung mit dem Gefühl der Überlegenheit, dem Wunsch nach Bewunderung und sozial unverträglichen Verhaltensweisen versteht. Für den Typus eines gesunden Menschen mit narzisstischen Zügen sind die Merkmale der hohen Extraversion, der geringen Verträglichkeit sowie einer positiven Selbstbewertung und einer negativen Bewertung anderer Menschen entscheidend. Eine leichte Selbstüberschätzung kann bei vielen Normalpersonen beobachtet werden und ist eine gesunde Persönlichkeitseigenschaft, da diese über eine Erhöhung des Selbstwertgefühls z.B. Mut für Entscheidungen, schwierige Aufgaben oder neue Aktivitäten gibt. Menschen, die überdurchschnittliche Ausprägungen narzisstischer Eigenschaften aufweisen, zeigen eine eher ungünstige, dysfunktionale Variante der positiven Selbstwertschätzung, die schließlich kontinuierlich in eine NPS übergehen kann. So beurteilen Menschen mit hohen Narzissmuswerten ihre Eigenschaften übermäßig positiv, sind von ihrer Intelligenz und Attraktivität unkorrigierbar überzeugt, überschätzen ihre Leistungen und haben eine gering ausgeprägte Empathiefähigkeit. Außerdem neigen sie zu aggressiven Reaktionen, wenn sie sich in ihrem Selbstwert verletzt oder von Gruppen ausgeschlossen fühlen. Die Relevanz der NPS bzw. deren subsyndromalen Ausprägung wird oft deswegen übersehen, weil die Patienten sich mit anderen psychischen Erkrankungen bzw. Syndromen beim Therapeuten vorstellen (insbesondere Depression, suizidale Krisen, Suchterkrankungen). Hier besteht die Hypothese, dass narzisstische Persönlichkeitszüge bzw. die NPS ein Vulnerabilitätsfaktor für psychische Erkrankungen ist. Auffallend ist das fast vollständige Fehlen wissenschaftlicher Untersuchungen zum Krankheitsbild der NPS, seinen neurobiologischen, psychologischen und soziodemographischen Determinanten. Für die Ätiopathogenese narzisstischer Persönlichkeitszüge gibt es widersprüchliche Modelle, die jedoch bislang nicht wissenschaftlich untersucht worden sind. Außerdem fehlt bis heute jegliche Untersuchung zur Wirksamkeit psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungen von narzisstisch gestörten Patienten.

0011

Psychometrische Charakterisierung von Patienten mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Kathrin Ritter (Charité Berlin, CBF, Klinik für Psychiatrie)

0012

Kognitive-Verhaltenstherapie der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

Michael Marwitz (Klinik Roseneck, Psychosomatik, Prien)

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 11/12

FV-004 Freie Vorträge

Neurobiologie und Neuropsychologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vorsitz: K. Lieb (Freiburg), C. Schmahl (Mannheim)

0016

Transkranielle Magnetstimulation als Methode zur Erfassung kortikaler Inhibitionsdefizite bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Kathleen Anna Völker (Ernst-Moritz-Arndt-Universität, FB Psychiatrie, Greifswald)

B. Möller, S. Kluth, I. Ulrich, M. Stopsack, H. J. Freyberger, S. Barnow

Einleitung: Impulsivität, verminderte Verhaltenskontrolle und Probleme hinsichtlich der Affektregulation sind die wesentlichen Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Als möglicher neurobiologischer Hintergrund dafür werden unter anderem eine defizitäre kortikale Inhibition bzw. eine gesteigerte kortikale Faszilation diskutiert. Bei der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) handelt es sich um ein Verfahren, dass zur Erfassung eben solcher kortikaler Phänomene verwendet werden kann. Im Rahmen dieser Untersuchung soll nun geprüft werden, inwiefern sich bei Personen mit BPS der angenommene Mangel an kortikaler Inhibition bzw. das erhöhte Maß an kortikaler Faszilation mittels TMS erfassen lassen.

Methode: Im Rahmen der aktuell andauernden bevölkerungsrepräsentativen Greifswalder Familienstudie wurden bisher 182 junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 27 Jahren (MW=19,4 Jahre) unter anderem mittels des Strukturierten Klinischen Interviews für Achse-II-Störungen (SKID-II, Selbst- und Fremdbeurteilung) und TMS untersucht. Zusätzlich zu diesen Probanden wurden unmedizierte Borderline-Patienten mit Hilfe derselben Messinstrumente untersucht. Bei der TMS-Messung wurden für beide Hirnhemisphären jeweils inhibitorische und exzitatorische Parameter erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass bei Personen mit einer BPS Defizite hinsichtlich der intrakortikalen Inhibition auf beiden Hemisphären bestehen. Es konnte jedoch bei BPS-Probanden kein erhöhtes Maß an intrakortikaler Faszilation festgestellt werden. Man kann demnach davon ausgehen, dass die typische Borderline-Symptomatik mehr auf einem kortikalen Inhibitionsdefizit als auf einer erhöhten Erregbarkeit beruht.

0017

Emotionsdiskrimination bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Miriam Dyck (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie)

J. Slodczyk, J. Schlummer, V. Backes, T. Kellermann, U. Habel, F. Schneider, M. Klein

Einleitung: Das differentielle Erkennen von Emotionen in Gesichtsausdrücken ist ein essentieller Bestandteil sozialer Interaktion und Kommunikation. Personen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) weisen ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen auf. Überraschenderweise wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt nur wenige Studien veröffentlicht, die die Emotionsdiskriminationsfähigkeit von BPS-Patienten untersuchten. Eindeutige Ergebnisse konnten bisher nicht präsentiert werden, was durch die jeweilige Zusammensetzung der Stimuli sowie die Operationalisierung des Antwortformats mit determiniert sein kann. In der vorliegenden Verhaltensstudie wurde daher untersucht, ob BPS-Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden in der Beurteilung von emotionalen und neutralen Gesichtsausdrücken beeinträchtigt sind.

Methode: Zu diesem Zweck bearbeiteten 20 BPS-Patienten und 20 gesunde Probanden zwei verschiedene Emotionsdiskriminationsaufgaben. In beiden Aufgaben sollten die Probanden Entscheidungen über den emotionalen Gehalt präsentierter visueller Stimuli (emotionale sowie neutrale Gesichtsausdrücke) treffen. Die erste Aufgabe verlangte eine schnelle Unterscheidung zwischen negativen und neutralen Gesichtsausdrücken, wohingegen bei der zweiten Aufgabe eine genaue Entscheidung hinsichtlich vorgegebener Basisemotionen (Trauer, Freude, Ärger, Angst) inklusive neutralem Ausdruck geleistet werden musste.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Fähigkeit unter Zeitdruck negative und neutrale Gesichtsausdrücke zu unterscheiden. Bei Patienten zeigte sich bei neutralen Stimuli ein Bias in Richtung einer negativen Bewertung. Dies ist in Übereinstimmung mit Vorbefunden zu sehen. Die Fähigkeit von BPS-Patienten spezifische, vorher vorgegebene Emotionen in Gesichtsausdrücken zu erkennen, erwies sich jedoch nicht als beeinträchtigt. Zusammenfassend weisen die erhaltenen Befunde auf ein spezielles Defizit in der Fähigkeit von BPS-Patienten schnell zwischen negativen und neutralen Gesichtsausdrücken zu unterscheiden. Weitere Studien, insbesondere zum Einfluss des Antwortformats auf die Diskriminationsleistung sollten in naher Zukunft durchgeführt werden, um die gefundenen Effekte weiter aufzuklären. Des Weiteren könnten die zugrunde liegenden Pathomechanismen in funktionell bildgebenden Studien untersucht werden und Eingang in spezifische Trainingsprogramme finden.

0018

Dopaminerge und serotonerge Stimulation von Cortisol und Prolaktin bei Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit und Patienten mit Angsterkrankungen

Beate Nekwasil (Universitätsklinik Marburg, Klinik für Psychiatrie)

M. Bender, A. Thum, T. Schneyer, M. Giesler, T. Wübbena, B. Kundermann, J. Becker, P. Heiser, J.-C. Krieg, U.-M. Hemmeter

Einleitung: Es ist anzunehmen, dass Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit (EIP) und Patienten mit Angststörungen hinsichtlich der dimensionalisierten Persönlichkeitsstruktur deutliche Unterschiede auf den Impulsivitäts-/ Aggressivitäts-, sowie Angst-assoziierten Persönlichkeits-Traits zeigen. Nach Gray stellen Impulsivität und Ängstlichkeit unabhängige Persönlichkeitsdimensionen dar, die sich durch eine differentielle Empfänglichkeit für Belohnung und Bestrafung auszeichnen. Zudem sind beide Persönlichkeitsmerkmale mit einer veränderten serotonergen Neurotransmission assoziiert. Für das Spektrum der Impulsivitäts-/ Aggressivitätsausprägung wird aber auch eine dopaminerge Grundlage diskutiert.

Methode: Bei 15 medikamentenfreien Patienten mit EIP und 15 Patienten mit Angststörungen (ausgeschlossen isolierte Panikstörung) wurde aufgrund dieser Überlegungen eine dimensionale Persönlichkeitsmessung (NEO-FFI, TCI, Barrat-Skala, Buss Durkey-Skala, I-7, STAI) durchgeführt und i.R. eines placebokontrollierten, ausbalancierten Designs ein serotonerger und dopaminerger Challenge-Test (mindestens 5 Tage Abstand) vorgenommen. Die serotonerge Stimulation erfolgte mittels oraler Gabe von 20 mg Citalopram, die dopaminerge Stimulation mit 1,25 mg Bromocriptin, gemessen wurde die Stimulation der Hormone Cortisol und Prolaktin.

Diskussion/Ergebnisse: Signifikant oder tendentiell höhere Werte fanden sich für Patienten mit EIP auf den Skalen Novelty-Seeking (TCI), motorische Impulsivität (Barrat-Skala), indirect hostility, Irritabilität und Resentment (Buss-Durkee Skala) sowie in den Skalen Impulsivität und Abenteuerlust (I7). Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich u.a. für die Trait-Ängstlichkeit (STAI), Neurotizismus und Extraversion (NEO-FFI), sowie Harm Avoidance und Reward Dependence (TCI). In den neuroendokrinen Stimulationstests zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in der Citalopramstimulation sowohl für Cortisol

als auch für Prolaktin (jeweils AUC placebokontrolliert). Für beide Parameter ergab sich eine stärkere Stimulation bei EIP vs. Angstpatienten, die auch stärker war, als die Citalopram-stimulierte neuroendokrine Sekretion einer gesunden Kontrollgruppe. Die dopaminerge Stimulation ergab keine deutlichen Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen. Diese Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit EIP sich von Patienten mit Angsterkrankungen v.a. in Persönlichkeits-Traits unterscheiden, die mit Facetten der Impulsivität und Aggressivität verbunden sind, nicht aber auf Neurotizismus-assoziierten Traits. Diese Unterschiede scheinen eng mit einer differentiellen Ansprechbarkeit des serotonergen Systems, nicht aber des dopaminergen Systems verbunden zu sein. Aufgrund der intensivierten Reaktion von Cortisol und Prolaktin nach Citalopram bei EIP ist von einer reduzierten basalen serotonergen Neurotransmission und einer damit verbundenen Hochregulation der Rezeptoren mit sensitivierter Ansprechbarkeit auszugehen.

0019

Strukturelle neuronale Korrelate der posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativen Störung bei Patientinnen mit chronischem frühkindlichen Traumata und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Godehard Weniger (Universitätsklinik Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Lange, U. Sachse, E. Irle

Einleitung: Patientinnen mit einer chronischen frühkindlichen Traumatisierung entwickeln in der Folge häufig eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und weisen zudem eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf. Andere weisen neben der Borderline Persönlichkeitsstörung zusätzlich eine schwere dissoziative Störung (DS) auf. Während in verschiedenen Studien als Folge einer Traumatisierung im höheren Alter und einer daraus resultierenden PTBS eine Atrophie mesial temporaler Strukturen nachgewiesen werden konnte, sind die Konsequenzen einer chronischen frühkindlichen Traumatisierung nur wenig untersucht. Ziel der Studie war es die neuronalen Konsequenzen einer chronischen frühkindlichen Traumatisierung bei Patientinnen mit BPS und PTBS und bei Patientinnen mit BPS und DS zu untersuchen.

Methode: Gemäß den Ergebnissen des SKID I und II sowie des SKID-D für dissoziative Störungen wiesen 12 Patientinnen mit einer BPS zudem die Diagnose einer PTBS, und 11 Patientinnen mit einer BPS wiesen zusätzlich die Diagnose einer schweren dissoziativen Störung (dissoziative Amnesie oder dissoziative Identitätsstörung) auf. Zudem wurden 25 gesunde Probandinnen untersucht. Ein 3D-Magnetresonanztomographie Volumendatensatz wurde von allen Probandinnen und Patientinnen erhoben. Zudem wurde eine umfangreiche neuropsychologische und psychopathologische Testbatterie (u.a. BDI, HADI, SCL-90-R; IES-R, TAQ) durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Patientinnen mit der zusätzlichen Diagnose einer DS zeigten gegenüber den Kontrollprobandinnen eine signifikante Vergrößerung des linken postzentralen Gyrus (+13%), wobei der postzentrale Gyrus bilateral signifikant positiv mit dem Ausmaß der Depersonalisierung (SKID-D) korreliert. Patientinnen mit der Zusatzdiagnose einer PTBS weisen gegenüber der Kontrollgruppe keine signifikante Veränderung des postzentralen Gyrus auf. Allerdings zeigen sie eine signifikante Volumenminderung mesial temporaler Strukturen. Gegenüber der KG weist der Hippocampus bilateral eine Volumenminderung von 17% auf, die Amygdala links von 38% und rechts von 34%. Patientinnen mit der Zusatzdiagnose einer DS zeigen dagegen keine signifikante Atrophie mesialer Strukturen. Zusammenfassend interpretieren wir unsere Ergebnisse als Hinweis auf eine zentrale

pathophysiologische Rolle der Kortisol-Glutamat-Schiene für die Verursachung der neuronalen mesio-temporalen Schädigung bei chronischer frühkindlicher Traumatisierung bei Patientinnen mit der Zusatzdiagnose einer PTBS, wie auch eine mögliche protektive Wirkung bei dissoziativen Zuständen. Inwieweit die Vergrößerung des linken postzentralen Gyrus bei Patientinnen mit der Zusatzdiagnose einer DS eine Konsequenz einer frühen Traumatisierung in Sinne einer suboptimalen Anpassung darstellt, oder eine strukturelle Voraussetzung darstellt muß gegenwärtig offen bleiben.

0020

What's in a Face? Emotionserkennung in Gesichtern bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dorothea Nosiska (Wien)

S. Riklin, G. Lenz

Einleitung: Der Gefühlsausdruck im Gesicht stellt für uns eine Orientierungshilfe in der Interaktion mit anderen dar. Schwierigkeiten in der richtigen Interpretation erschweren die Einschätzung unseres Gegenübers. Dadurch werden soziale Situationen weniger antizipierbar und bewältigbar. Das zentrale Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine Störung der Affektregulation. Leitsymptom für BPS ist eine häufig einschließende äußerst unangenehme Spannung ohne differenzierte emotionale Qualität. Borderline-Patienten erleben generell intensivere aversive Emotionen als Gesunde und haben Schwierigkeiten impulsive Aggressionen zu kontrollieren. Hauptanliegen dieser Studie ist es, zu untersuchen, ob Patientinnen mit BPS genauso treffsicher im Erkennen verschiedener emotionaler Gesichtsausdrücke sind wie gesunde Kontrollpersonen. Es wird erwartet, dass Personen mit BPS mimische Informationen weniger nutzen können als Gesunde (weniger richtige Antworten, mehr „false alarms“ im negativen Skalenbereich).

Methode: Untersucht wurden n=41 Patientinnen mit BPS (Alter 29+/-9,6a; Kriterien für BPS nach SKID-II erfüllt), die zum Untersuchungszeitpunkt stationär auf der verhaltenstherapeutischen Station an der Univ. Klinik für Psychiatrie, AKH-Wien, waren. Die alters- und geschlechtsgemachten gesunden Kontrollen (n=41; Alter 31,7+/-9,6) wurden aus dem medizinischen Bereich rekrutiert. Zur Anwendung kamen psychometrische Verfahren (BDI, STAI, SCL-90, TAS-20) um eine etwaige depressive Symptomatik, Angst, die grundsätzliche psychische Belastung sowie einen Alexithymiescore zu erheben. Die Emotionserkennung in Gesichtern wurde mit einem qualitativen Verfahren nach P. Ekman und W.V. Friesen (FEEST) erfasst. 60 Gesichter (10 für jede Basisemotion: Freude, Trauer, Überraschung, Ekel, Wut und Angst) wurden computerisiert vorgegeben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patientinnen mit BPS sind hochsignifikant depressiver, ängstlicher und haben mehr Schwierigkeiten im Identifizieren und Beschreiben von Gefühlen als die gesunden Kontrollen. Hinsichtlich der richtigen Zuordnung von Emotionen zu mimischen Gesichtsausdrücken erzielten die Patientinnen mit BPS schlechtere Ergebnisse beim Erkennen von Wut, Angst und Ekel ($p < 0.01$). Die Patientinnen mit BPS gaben hochsignifikant häufiger inkorrekte Zuordnungen, wobei Wut und Ekel sowie Überraschung als inkorrekte Zuordnungen dominierten. Schlussfolgerung: Die Schwierigkeiten in der Emotionserkennung in Gesichtern scheinen bei BPS bei negativen Emotionen am stärksten ausgeprägt zu sein. Wut, Angst und Ekel werden signifikant weniger als solche erkannt, gleichzeitig werden Wut, Ekel und Überraschung signifikant häufiger fehlzugeordnet. Die Wahrnehmung und Integration dieser Emotionen ist ein wichtiger Bestandteil psychotherapeutischer Massnahmen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 13/14

S-044 Symposium

Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in der Tagesklinik

Vorsitz: E. Diebels (Wuppertal), B. Eikermann (Karlsruhe)

0214

Behandlungsprobleme bei der chronischen Depression

Frank Matakas (Tagesklinik, Köln)

Einleitung: Die Depression ist mit einer Regression verbunden, die das psychische Funktionsniveau des Depressiven herabsetzt. Die für die Depression typischen Symptome, also Verstimmung und Minderung des Antriebs, entstehen, wenn der Depressive mit Anforderungen konfrontiert wird, die über sein Funktionsniveau hinaus gehen. Wenn aber die Lebensumstände des Depressiven seinem herabgesetzten Funktionsniveau entsprechend eingerichtet werden, verschwinden in der Regel auch die typischen depressiven Symptome, wenn auch damit der zu-grunde liegende depressive Prozess nicht beendet ist.

Methode: Bei einer chronischen Depression besteht somit die Frage, ob und unter welchen Umständen eine Überwindung der Regression überhaupt möglich ist, bzw. ob nicht die Lebensumstände dem verminderten Funktionsniveau angepasst werden müssen. Z.B. können manche Patienten nur durch die Unterstützung eines geeigneten Partners, die regressive Verfassung kompensieren und das notwendige Funktionsniveau erreichen.

Diskussion/Ergebnisse: Die tagesklinische Behandlung bietet hier diagnostisch und therapeutische Möglichkeiten, die durch andere Behandlungsformen sehr viel schwerer, wenn überhaupt, realisierbar sind. Dem eingeschränkten Funktionsniveau des Depressiven kann in der Weise Rechnung getragen werden, dass die Anforderungen an ihn entsprechend gering gehalten werden, d.h. dass er in der tagesklinischen Gruppe einen regressiven Status erhält. Bei Fortschritten in der Therapie kann von ihm mehr und mehr verantwortliches Handeln für sich selbst oder andere in der tagesklinischen Gruppe verlangt werden. Es kann so geklärt werden, ob und unter welchen Bedingungen der Patient ein depressionsfreies Aktionsniveau erreichen kann. Die tagesklinische Behandlung kann besser als jede andere Behandlungsform reale Lebensverhältnisse schaffen aber eben in einem therapeutischen Rahmen.

0215

Das Mentalisierungskonzept (theory of mind) als via regia in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Ulrich Schultz-Venrath (Evangelisches Krankenhaus, Bergisch Gladbach)

0216

Exemplarische Untersuchung der Veränderung des tagesklinischen Patienten-Klientels in einer Metropol-Region

Joost Kokai (Asklepios-Klinik Hamburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Psychiatrische Tageskliniken in Deutschland stehen unter dem Vorwurf, dass sie therapeutische Leistungen nur noch für leicht psychisch erkrankte Menschen anbieten, die eigentlich einer Behandlung im Krankenhaus gar nicht bedürften.

Methode: Anhand zweier Stichproben einer Tagesklinik der Metropol-Region Hamburg aus den Jahren 1999 und 2005 soll der Frage nachgegangen werden, ob sich Veränderungen der Klientel aufzeigen lassen.

Diskussion/Ergebnisse: In der Tagesklinik werden schwer und komplex erkrankte Patienten umfassend behandelt, die ambulant nicht ausreichend betreut werden können.

0217

Tagesklinische Wirkfaktoren bei der Behandlung von narzisstischen Persönlichkeitsstörungen

Hans Joachim Schmitz (Klinikum Ruhrhalbinsel, Hattingen)

Einleitung: Bei der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen hat die Tagesklinik eine paradoxe Aufgabe: Sie muss ein Umfeld schaffen, in dem der meist in seinem Selbstwert erheblich gefährdete narzisstisch Erkrankte sich einerseits akzeptiert und geschützt fühlt, in dem er andererseits aber auch korrigierende Erfahrungen machen kann. Für den Patienten setzt sich dieser „Spagat“ fort im täglichen „Kulturwechsel“ zwischen Behandlungskultur (Klinik) und Alltagskultur (Zuhause). Dies stellt besonders hohe Anforderungen an den Patienten wie an das Team und das Behandlungsmanagement.

Methode: Auf der Grundlage eines hermeneutischen Modells zu Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung nach dem Konzept der Wirkungseinheiten (Salber) wird dargestellt, welche Bedingungen für die Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen in der Tagesklinik maßgeblich sein können. Der sozio-kulturelle Raum der Tagesklinik wird dabei als ein System verstanden, in dem sich Behandlung über sechs zusammenwirkende Faktoren konstituiert.

Diskussion/Ergebnisse: Grundlegende Strukturen und Prozesse innerhalb des tagesklinischen Behandlungsrahmens lassen sich in diesem Modell zusammenfassend abbilden. So entstehen einerseits Einsichten in grundlegende Bedingungen tagesklinischer Behandlung, andererseits lässt sich im tagesklinischen Wirkraum verorten, für welche Patientengruppen und Störungsbilder welche Voraussetzungen angemessen erscheinen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-012 Postersitzung

Borderline- und Persönlichkeitsstörungen

Vorsitz: K. Lieb (Freiburg)

0128

Eine Metaanalyse randomisiert kontrollierter Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Jutta Stoffers (Freiburg)

I. Tumor, G. Rücker, G. Antes, G. A. Jacob, K. Lieb

Einleitung: Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) liegen neben verschiedenen schulenspezifischen Ansätzen einige manualisierte Therapieverfahren vor (DBT nach Linehan, MBT nach Bateman & Fonagy). Bisher gibt es keine systematische Übersichtsarbeit, welche die vorliegenden Wirksamkeitsbefunde empirisch integriert. Ziel ist die metaanalytische Integration aller Daten aus randomisiert kontrollierten Studien zu psychotherapeutischen Behandlungsverfahren. Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen bei BPS bezüglich wesentlicher Ergebnisparameter? Gibt es differentielle Wirksamkeitsunterschiede verschiedener Psychotherapieverfahren?

Methode: In Zusammenarbeit mit der Cochrane Collaboration wurden intensive Literatursuchen durchgeführt. Zudem wurden international einschlägige Wissenschaftler und Arbeitsgruppen kontaktiert, um auch relevante unpublizierte Daten einschließen zu können. Zwei Beurteiler schätzten die Studien unabhängig voneinander daraufhin ein, ob die formulierten Einschlusskriterien erfüllt waren, sowie auf methodische Qualität hin. Die Berechnung der Effektstärken wurde mittels der Software „ReviewManager 4.2.8“ der Cochrane Collaboration durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse weisen auf eine Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren hinsichtlich Borderline-spezifischer und allgemeinen psychopathologischer Ergebnisvariablen hin.

0129

1-Jahres-Katamnese stationärer Psychosomatischer Rehabilitation bei Borderline Patienten

Robert Mestel (Psychosomatische Klinik, Forschung, Bad Grönenbach)

Einleitung: Borderline Patienten gelten als schwierig zu behandeln und es liegen nur wenige Studien über Therapieerfolge dieser Klientel im klinischen Alltagssetting für stationäre Psychosomatische Rehabilitation vor.

Methode: 112 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, welche eine stationäre psychosomatische Rehabilitation mit integrativem Konzept (Strukturbezogene Psychotherapie, DBT-Module etc.) regulär beendet hatten, wurden zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung einer umfangreichen Testbatterie unterzogen (Breitbandverfahren: SCL-90-R, BDI, GT, IIP, ZUF-8, VEV-K; störungsspezifische Verfahren: CUT-20-R - Änderungssensitive Kurzform des Borderline-Persönlichkeits-Inventars BPI -, IES-R, FDS-20). 67 Patienten (60%) antworteten zur Katamnese. Die Stichprobe zeigt die üblichen Borderline-Charakteristika. (90% Frauen; mittleres Alter 30 Jahre; hohe Chronifizierung etc.).

Diskussion/Ergebnisse: Auf den eher breiter angelegten Verfahren BDI, SCL-90-R und IIP ergaben sich im prä-post-Vergleich große Effektstärken, auf dem Giessen-Test und dem CUT-20-R zeigten sich mittlere Effekte und im Bereich der Veränderung der Dissoziation (FDS-20) und Traumaskalen (IES-R) zeigten sich keine Effekte. Für die störungsunspezifischen Skalen und die Dissoziations- und Traumaskalen blieben die Effekte katamnestisch auf dem gerade berichteten Niveau stabil, allerdings sanken die Effektstärken für die Borderline-Symptome von post bis zur Katamnese leicht. Im Vergleich zum Therapiebeginn können hinsichtlich der engeren Borderline Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 20% als verändert, 20% als klinisch relevant verändert, 33% als unverändert und 14% als verschlechtert gelten. 14% zeigten im Fragebogen weder prä noch zum Katamnesezeitpunkt akute Borderlinesymptome in der letzten Woche. Zusammenfassend zeigt sich, dass Borderline-Patienten von störungsspezifischer stationärer Psychotherapie im etwa gleichen Ausmaß genauso gut profitieren wie Patienten anderer psychischer Störungsbilder, nur dass die Kernsymptomatik sich in dieser Studie eher weniger veränderte. Dies könnte einen Methodenartefakt darstellen, da die Borderline-Symptomatik nur per Fragebogen (CUT-20-R) im engen Zeitfenster (eine Woche) erfasst wurde oder auf Borderline spezifische Bewältigungsmechanismen in Krisensituationen hindeuten.

0130

Therapieerfolge bei Patienten mit (komorbider) Persönlichkeitsstörung

Tobias Wiehn (Salus Klinik Friedrichsdorf, Psychosomatik)
J. Domma, H. Vollmer

Einleitung: Das Vorliegen einer komorbiden Störung ist ein häufig genutztes Argument für längere Therapiezeiten insbesondere dann, wenn eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Es stellen sich die Fragen, ob sich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in bestimmten Merkmalen von anderen Patienten unterscheiden und ob es Unterschiede im Behandlungserfolg gibt?

Methode: 610 konsekutive Patienten einer psychosomatischen Abteilung wurden nach ICD-10 diagnostiziert. Bei 4% lag als Erstdiagnose, bei 15% als Nebendiagnose eine Persönlichkeitsstörung vor. Die Patienten waren im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD: 8,9), 65% waren weiblich, 64% lebten in einer festen Beziehung, 36% hatten einen Hauptschulabschluss, 38% Mittlere Reife und 22% Abitur. 26% waren zu Therapiebeginn arbeitslos, mit einer durchschnittlichen Dauer von 28 Monaten (SD: 46). Die häufigste Erstdiagnose war „affektive Störungen“ (41%), dann Anpassungsstörungen (32%) und Angststörungen (11%). 17% der Patienten hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Die Patienten wurden nach einem integrativen verhaltenstherapeutischen Programm stationär behandelt. Die Behandlungsdauer betrug

Diskussion/Ergebnisse: Die Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden sich mit einer Ausnahme nicht bzgl. Schulbildung, Geschlecht, Partnersituation, Dauer der Arbeitslosigkeit, wenn sie arbeitslos waren und in der Erstdiagnose. Patienten mit der Erstdiagnose „Anpassungsstörung“ erhielten wesentlich seltener die Nebendiagnose einer „Persönlichkeitsstörung“. Persönlichkeitsgestörte Patienten waren zu Behandlungsbeginn signifikant häufiger arbeitslos ($p < .01$), hatten häufiger einen oder mehrere Suizidversuche unternommen ($p < .001$) und waren im Durchschnitt 5 Jahre jünger ($p < .001$). Des Weiteren hatten diese Patienten zu Beginn der Behandlung in allen Faktoren des ADS, SESA und BSI (z.B. Selbstakzeptanz, Depressivität, Somatisierung) schlechtere Werte. Bei Behandlungsende gab es keine Unterschiede in der Arbeitsfähigkeit der beiden Gruppen. Persönlichkeitsgestörte Patienten blieben 5 Tage länger in Behandlung ($p < .001$) und wurden von ihren Therapeuten signifikant prognostisch ungünstiger eingeschätzt ($p < .001$). Während sich die Patienten ohne eine Persönlichkeitsstörung im Vergleich von Behandlungsbeginn zu Therapieende und zur Einjahreskatamnese in allen psychischen Testwerten verbessert hatten, traf dieses für Patienten mit Persönlichkeitsstörung nur für das Behandlungsende zu. Zur Einjahreskatamnese zeigte diese Patientengruppe in allen Faktoren wiederum schlechtere Werte als die Patienten ohne Persönlichkeitsstörung, gleichwohl sie häufiger eine weiterführende ambulante Therapie aufgesucht ($p < .05$) hatten. Dennoch schätzten sie sich selbst zur Einjahreskatamnese bzgl. ihrer beruflichen Situation, der Partnersituation, des Freundeskreises, des Freizeitverhaltens und ihrer Gesundheit zufriedener ein. Während sich die Arbeitslosen beider Gruppen nicht in den Zufriedenheitseinschätzungen unterschieden, waren es die nicht-arbeitslosen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, die zur Einjahreskatamnese insgesamt zufriedener waren ($p < .001$). Die schlechteren Einschätzungen der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind beeinflusst durch einen erhöhten Anteil an Anpassungsstörungen in dieser Gruppe ($p < .001$). Patienten mit der Erstdiagnose Anpassungsstörung sind zur Einjahreskatamnese unzufriedener ($p < .001$). Trotz gleicher Therapiezeitplanung wurden die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung signifikant länger stationär behandelt ($p < .001$), die Patienten mit Anpassungsstörung hingegen kürzer ($p < .001$), obwohl tendenziell ($p = .09$) ein positiver Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg besteht. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung haben in dieser Klinik keine schlechtere Prognose testpsychologisch (BSI) schon, nicht jedoch hinsichtlich der genannten globalen Selbsteinschätzungsparameter. Ob eine längere Behandlungszeit für diese Patienten notwendig war, ist fraglich und sollte in Zukunft auf der Grundlage empirischer Analysen entschieden werden. Patienten mit der Erstdiagnose „Anpassungsstörung“ sind evtl. die Gruppe, die therapeutisch stärker beachtet werden sollte.

0131

Einfluss der Co-Diagnosen PTSD, Bulimia Nervosa und Binge Eating Störung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung auf den Therapieerfolg von Dialektisch Behavioraler Therapie

Stefan Röpke (Charité, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)
A. Merkl, A. Dams, J. Harthaus, C. Lammers

Einleitung: Borderline Persönlichkeitsstörung tritt häufig mit zusätzlichen Achse I Störungen auf. Der Einfluss dieser Co-Diagnosen auf den Therapieerfolg von Dialektisch Behavioraler Therapie ist wenig erforscht. Wir stellen hierzu unsere Ergebnisse vor.

Methode: 69 Patientinnen mit BPD wurden 12 Wochen mit DBT behandelt. Vorliegen und Schwere einer Zusätzlichen PTSD (PDS) und/oder Bulimia Nervosa/Binge Eating Störung (EDI-2) wurden als Einflussgrößen auf den Therapieerfolg (SCL-90R, BSI, BDI) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Patientinnen mit BPD und PTSD profitieren weniger von DBT als Patientinnen mit BPD und Bulimia Nervosa/Binge Eating Störung. Am meisten profitieren Patientinnen ohne eine der drei Achse I Störungen.

0132

Behandlungspfade von Borderline-PatientInnen am Beispiel der Rheinischen Kliniken DüsseldorfVerena Schlemper (RK Düsseldorf, HHU Düsseldorf, Klinik für Psychiatrie)
A. Buness, J. Malevani

Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) stellen eine zahlenmäßig große Gruppe im stationären psychiatrischen Bereich dar. Häufig sehen wir bei diesen PatientInnen schwierige Behandlungsverläufe mit Therapieabbrüchen, Wechsel zwischen offener und geschlossener Station oder häufige Wiederaufnahmen. In der Literatur finden sich jedoch nur wenige Daten, die die Behandlungswege von Borderline-PatientInnen nachvollziehen bzw. die Aussagen darüber zulassen, inwieweit die Behandlungsmodalitäten einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. In diesem Beitrag werden die Behandlungspfade von PatientInnen mit der BPS-Diagnose, die sich im Zeitraum des Jahres 2004 in stationärer Behandlung in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, befanden, evaluiert. Anhand der psychiatrischen Basisdokumentation (BADO) werden die Behandlungsverläufe von 182 Borderline-PatientInnen in Bezug auf Verweildauer, rechtliche Unterbringungsgrundlage, Nachbehandlungssaspekte etc. ausgewertet und diskutiert.

0133

Profitieren persönlichkeitsgestörte Patienten in der psychiatrischen Regelversorgung mehr von der Behandlung auf einer Spezialstation als auf einer allgemein-psychiatrischen Station?

Carmen Uhlmann (ZfP Weissenau, Versorgungsforschung, Ravensburg)

Einleitung: Im November 2005 erfolgte auf den akutpsychiatrischen Stationen im ZfP Weissenau eine Umstrukturierung u.a. mit der Vorgabe, Patienten mit akuten, jedoch nicht-psychotischen Krisen therapeutisch besser versorgen zu können. Zu diesem Zweck wurde für diese meist persönlichkeitsgestörte Patienten eine Aufnahmestation mit einem spezifischen therapeutischen Konzept eingerichtet. Zudem sollte sich durch die Zusammenlegung ähnlicher Patienten die Stationsatmosphäre verbessern und die Bildung einer therapeutischen Gemeinschaft unter den Patienten erleichtert werden.

Methode: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und mit akuten Krisen wurden vor und nach Umstrukturierung zum Thema Stationsatmosphäre und anderen psychotherapeutischen Wirkfaktoren befragt, um Änderungen durch die Umstrukturierung zu erfassen. Hierzu wurden der Stationerfahrungsbogen und das Brief Symptom Inventory verwendet.

Diskussion/Ergebnisse: Bei der Posterpräsentation werden Veränderungen und Konsistenzen im Erleben der Patienten dargestellt und diskutiert.

0134

Die allgemeinpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Müttern mit Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer Mutter-Kind-Behandlung

Bernd Abendschein (Psychiat. Zentrum Nordbaden, Allgemeinpsychiatrie 2, Wiesloch)

Einleitung: Eine offen geführte, psychotherapeutisch ausgerichtete allgemeinpsychiatrische Station übernahm als zusätzliche Aufgabe die Mutter-Kind-Behandlung. Es können maximal 7 Mütter/Väter mit ihren 1–3 Kindern (im Alter von 0–7 Jahre, in Ausnahmefällen auch älter) Aufnahme finden. Als eine der wenigen Stationen in Deutschland mit Mutter-Kind-Behandlungen werden auch Mütter mit Persönlichkeitsstörungen, meistens sind dies Borderline-Störungen, aufgenommen und schwerpunktmäßig mit einem systemisch-familientherapeutischem Ansatz behandelt. Hieraus hat sich inzwischen

eine Spezialisierung der Station entwickelt.

Methode: Es werden spezifische problematische Interaktionsmuster von Müttern mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörungen“ im Kontakt mit ihren Kindern vorgestellt und die daraus folgenden therapeutischen Implikationen diskutiert. Im systemischen Ansatz werden Symptome, die im Zusammenhang mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ auftreten, als Lösungsversuche für aktuelle und strukturelle Problemkonstellationen angesehen. Das multimodale Behandlungskonzept der Station umfaßt neben der allgemeinpsychiatrischen Behandlung u.a. die systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie, Erziehungsberatung, Mutter-Kind-Angebote sowie kindspezifische Angebote.

Diskussion/Ergebnisse: Zwischenzeitlich wurden mehr als 50 Mütter mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung erfolgreich mit diesem Ansatz stationär behandelt. Überregionale Aufnahmen sind möglich, Anfragen zur Mutter-Kind-Behandlung kommen aus dem ganzen Bundesgebiet.

0135

Vergleich von alkoholabhängigen Patienten mit unterschiedlichen komorbiden Persönlichkeitsstörungen

Gitta Jacob (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen treten häufig komorbide Persönlichkeitsstörungen (PS) auf. Dabei wird oft die These geäußert, dass Suchtpatienten mit komorbider PS schwerer beeinträchtigt und schwieriger zu behandeln seien als Suchtpatienten ohne komorbide PS. Letztlich gibt es jedoch auf deskriptiver Ebene bisher relativ wenige Daten, in denen diese verschiedenen Gruppen von Alkoholpatienten systematisch miteinander verglichen werden.

Methode: Unsere Arbeitsgruppe hat konsekutiv bei 170 Patienten einer Entwöhnungsklinik eine Befragung durchgeführt, in deren Rahmen einerseits ein diagnostisches Interview zur Erhebung von PS (SKID-II) durchgeführt wurde; andererseits wurden den Patienten Fragebögen zu verschiedenen Aspekten ihres Konsums (Konsumschwere, Trinkkonsequenzen, Alkoholwirkungserwartungen, Trinksituationen) zur Psychopathologie (SCL-90, BDI, STAXI u.a.) und zu interpersonellen Problemen (IIP) vorgelegt.

Diskussion/Ergebnisse: In dem Poster wird ein Vergleich der Gruppen mit den am häufigsten gefundenen PS und der Gruppe ohne PS hinsichtlich Psychopathologie und Konsummustern dargestellt. Ca. 45% der befragten Patienten weisen eine oder mehrere komorbide PS auf, wobei Borderline PS (BPS), dissoziale PS, selbstunsichere PS und schizoide PS gehäuft auftreten. In den Fragebögenmaßen unterscheiden sich die Gruppen mit verschiedenen PS und ohne PS teilweise erheblich voneinander. So weisen etwa Patienten mit komorbider BPS im Vergleich zu Patienten ohne komorbide PS hochsignifikant höhere Werte in allen Bereichen der Psychopathologie und Konsumschwere auf, während Patienten mit dissozialer PS eher wenig auffällig sind.

0136

Differentielle Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitssysteme bei der Borderline Persönlichkeitsstörung

Martina Reske (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Aachen)

M. Dyck, T. Kellermann, J. Schlummer, J. Slodczyk, U. Habel, F. Schneider

Einleitung: Mit Störungen der Aufmerksamkeits- und Exekutivprozesse sind basale kognitive Funktionen bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) betroffen, die weitreichende Auswirkungen haben. So wird beispielsweise diskutiert, ob auch die vielfach beschriebenen Defizite in der Verarbeitung emotionaler Stimuli sowie während sozialer Interaktion durch Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitssysteme zumindest teilweise mit determiniert sind. Die Aufmerksamkeitskapazitäten von BPS-Patienten wurden jedoch bislang nur in sehr eingeschränktem Ausmaß untersucht.

Method: Aus diesem Grund wurden analog dem Modell von Posner und Petersen (1990) basale Aufmerksamkeitskomponenten sowie unterschiedliche Aufmerksamkeitsnetzwerke im Zusammenhang mit Prozessen der selektiven visuellen Aufmerksamkeitslenkung und Konfliktlösung bei 20 BPS-Patienten differenziert und bezüglich ihrer Dysfunktionen gegenüber 20 Gesunden analysiert. Die Operationalisierung erfolgte mittels des Attentional Network Tasks (ANT), einer Kombination aus „Flanker“- und „Cued Reaction Time“ Paradigma. Fokus der Studie war ferner die Inbezugsetzung der Verhaltensdaten zu psychopathologischen Parametern.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse verweisen auf eine beeinträchtigte Aufmerksamkeitsleistung bei Patienten mit BPS, die vor allem das Konflikt-lösen (Inkongruenz-Bedingung) und die exekutive Kontrolle betrafen. Anhand der vorliegenden psychopathologischen Symptomatik ließen sich ferner Vorhersagen über das Reaktionsverhalten der Patienten ableiten, in dem Sinne, dass möglicherweise nur Subgruppen von Patienten in ihren Aufmerksamkeitsprozessen beeinträchtigt sind, was für die Zukunft Wege in die Therapie/Trainingsprogramme eröffnet.

0137

Physiologische Verarbeitung visueller emotionaler Stimuli bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Startle-Verlauf-Studie

Corinna Scheel (Universitätsklinik Freiburg)

Einleitung: Ein Kernmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) sind starke Stimmungsschwankungen. Dabei wird häufig angenommen, dass BPS-Patienten auf emotionale Stimuli mit extrem starken und lang andauernden Emotionen reagieren. Es gibt bisher nur wenige psychophysiologische Untersuchungen zu der Frage, ob diese angenommene emotionale Dysregulation biologisch bedingt ist. Die Ergebnislage ist bisher gemischt.

Method: In unserer Studie wurde der Verlauf emotionaler Erregung auf emotionale Reize anhand der Startle-Reaktion erfasst. Dazu wurden 18 BPS-Patientinnen und 18 gematchten gesunden Kontrollprobandinnen verschiedene Kategorien emotionaler Bilder (IAPS) für jeweils 10 sek. dargeboten. Bei 66% der Bilder wurde während der Darbietung die Startle-Reaktion provoziert und per EMG erfasst, wobei der Zeitpunkt der Startle-Provokation variierte (nach 1 sek, 2 sek, ...), so dass der Verlauf der Startle-Reaktion für jede Emotionskategorie abgebildet werden konnte. Die EMG-Daten wurden zunächst mit 55–60 Hz hochpass- und mit 10–15 Hz tiefpassgefiltert, daraufhin jeder trial baselinekorrigiert

Diskussion/Ergebnisse: Die Gruppen zeigen im EMG signifikante Unterschiede in der Habituation bezogen auf Maxima und Mittelwerte. Die Ergebnisse in Hinblick auf den Zeitpunkt der Reizung sowie auf die Emotionskategorie des dargebotenen Bildes werden nicht signifikant. Dieser Befund wird dahingehend diskutiert, dass bei BPS evtl. weniger die emotionale Reaktion an sich als vielmehr die Habituation an emotionale Reize gestört ist.

0138

Elektrophysiologische Hinweise auf ein Kontinuum von Impulsivität und Kompulsivität bei Patienten mit Zwangs- und Borderline Persönlichkeitsstörung

Martin Ruchow (Unikliniken Ulm, Psychiatrie III)

L. Hermle

Einleitung: In der vorliegenden Studie wurde die Error-related Negativity (ERN) bzw. Error Negativity (Ne) bei einer Gruppe von 12 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) untersucht und mit einer hinsichtlich Alter und Bildungsgrad passenden Gruppe von 11 Patienten mit Zwangsstörung (OCD) verglichen. Die ERN/Ne steht mit Fehlerverarbeitungsprozessen in Zusammenhang, die neuropsychologisch zu den exekutiven Kontrollfunktionen gerechnet werden. Die elektrophysiologischen Generatoren der ERN/Ne werden im Bereich des anterior-

ren cingulären (ACC) und präfrontalen Kortex (PFC) lokalisiert (1, 2), Regionen, die in die Pathogenese von OCD und BPS involviert sind. Voruntersuchungen zeigten, dass impulsive Patienten mit ADHD oder BPS deutlich flachere (weniger negative) ERN/Ne Amplituden haben als kompulsive Patienten mit Tourette Störung oder OCD (3–6).

Method: Die Probanden nahmen an einer Go/Nogo Aufgabe teil, während der eine 64 Kanal EEG Ableitung durchgeführt wurde. Wir untersuchten neben der ERN/Ne zwei weitere EKP Komponenten: die „frühe“ und die „späte“ Fehlerpositivität (error positivity; Pe). ERN/Ne und „frühe“ Pe Komponente reflektieren automatische, die „späte“ Pe Komponente eher bewusste Fehlerverarbeitungsprozesse.

Diskussion/Ergebnisse: In der BPS Gruppe zeigten sich deutlich flachere (weniger negative) ERN/Ne Amplituden als in der OCD Gruppe. Hinsichtlich „früher“ und „später“ Pe ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Dieses Ergebnis gibt einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen eines Kontinuums von Impulsivität und Kompulsivität, das anhand weiterer EKP Untersuchungen verifiziert werden sollte. Literatur 1) Dehaene, S. et al. (1994). Commentary: localization of a neural system for error detection and compensation. *Psychological Medicine*, 5, 303–305. 2) Carter, C. et al. (1998). Anterior cingulate cortex, error detection, and the online monitoring of performance. *Science*, 280(5364), 747–749. 3) Liotti, M. et al. (2005) Abnormal brain activity related to performance monitoring and error detection in children with ADHD. *Cortex*, 41, 377–388. 4) Ruchow et al. (2006) Electrophysiological correlates of error processing in borderline personality disorder. *Biological Psychology*, 72, 133–140. 5) Johannes, S. et al. (2002) Excessive action monitoring in Tourette syndrome. *Journal of Neurology* 249, 961–966. 6) Ruchow et al. (2005) Error-related brain activity in patients with obsessive-compulsive disorder and in healthy controls. *Journal of Psychophysiology*, 19, 298–304.

0139

Elektrophysiologische Hinweise auf ein Kontinuum von Impulsivität und Kompulsivität bei gesunden Kontrollprobanden

Martin Ruchow (Unikliniken Ulm, Psychiatrie III)

L. Hermle

Einleitung: In der vorliegenden Studie wurde die Error-related Negativity (ERN) bzw. Error Negativity (Ne) bei einer Gruppe von gesunden Kontrollprobanden untersucht. Die ERN/Ne steht mit Fehlerverarbeitungsprozessen in Zusammenhang, die neuropsychologisch zu den exekutiven Kontrollfunktionen gerechnet werden. In verschiedenen experimentellen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Generatoren der ERN/Ne im Bereich des anterioren cingulären (ACC) und präfrontalen Kortex (PFC) zu lokalisieren sind (1, 2).

Method: Die Probanden nahmen an einer Go/Nogo Aufgabe teil, während der eine 64 Kanal EEG Ableitung durchgeführt wurde. Wir untersuchten neben der ERN/Ne zwei weitere EKP Komponenten: die „frühe“ und die „späte“ Fehlerpositivität (error positivity; Pe). ERN/Ne und „frühe“ Pe Komponente reflektieren automatische, die „späte“ Pe Komponente eher bewusste Fehlerverarbeitungsprozesse. Die Gesamtgruppe (n=32) wurde in Abhängigkeit von der Reaktionszeit in eine Untergruppe mit einem eher impulsivem („high impulsiveness“ [HI] =>kürzere Reaktionszeiten; n=16) und einem weniger impulsivem Antwortverhalten („low impulsiveness“ [LI] längere Reaktionszeiten; n=16) unterteilt.

Diskussion/Ergebnisse: In der HI Gruppe zeigten sich deutlich flachere (weniger negative) ERN/Ne Amplituden als in der LI Gruppe. Hinsichtlich „früher“ und „später“ Pe ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Dieses Ergebnis gibt einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen eines Kontinuums von Impulsivität und Kompulsivität bei gesunden Kontrollprobanden, das anhand weiterer EKP Untersuchungen verifiziert werden sollte. Literatur 1) Dehaene, S. et al. (1994). Commentary: localization of a neural system for error detection and compensation. *Psychological Medicine*, 5, 303–305. 2) Carter, C. et al. (1998). Anterior cingulate cortex, error detection, and the online monitoring of performance. *Science*, 280(5364), 747–749.

0140

Der Einsatz von Mood-Stabilizern in der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein Überblick

Johanna v. Beust (Rheinische Kliniken Düsseldorf, AP 2)
J. Malevani, M. Arends

Einleitung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine psychische Erkrankung mit einer Prävalenz von ca. 2% in der Gesamtbevölkerung. Im stationären Rahmen machen diese Patienten ca. 30% aus. Die Behandlung der Erkrankung ist schwierig und langwierig. Neben der Psychotherapie, v.a. Verhaltenstherapie, ist der Einsatz von Psychopharmaka oft notwendig. Da die Patienten an massiven Stimmungsschwankungen leiden, werden zunehmend Mood-Stabilizer eingesetzt. Hierzu zählen u.a. Carbamazepin, Lithium und Valproat.

Methode: Zu den entsprechenden Substanzen gibt es zur Zeit nur wenige Forschungsergebnisse. Im folgenden Beitrag soll eine Übersicht der bislang durchgeführten Studien vorgestellt werden.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.1

S-087 Symposium

Selbstverletzendes Verhalten Phänomenologie, Ätiologie und Therapie

Vorsitz: C. Schmahl (Mannheim), S. Herpertz (Rostock)

0425

Selbstverletzendes Verhalten im Kindes- und Jugendalter

Franz Petermann (Universität Bremen, Klinische Psychologie)

Selbstverletzendes Verhalten wie Schneiden oder Verbrennen der Haut ist bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit (Prävalenz 6 bis 16%). Bei Jugendlichen nimmt das Verhalten im Zusammenhang mit Stress oder psychischen Störungen meist eine oberflächliche bis mittelschwere Form an; bei Kindern mit geistiger Behinderung tritt es häufig stereotyp auf. Die Gründe für dieses Verhalten sind vielfältig (Petermann & Winkel, 2005). Jugendliche nutzen das Verhalten, um negative Gefühle und Anspannung zu regulieren, um mit belastenden Ereignissen fertig zu werden oder um mit Bezugspersonen zu kommunizieren. Geistig behinderte Kinder zeigen das Verhalten häufig, um sich selbst zu stimulieren oder weil Erwachsene das Verhalten unbeabsichtigt durch Aufmerksamkeit verstärkt haben. Selbstverletzendes Verhalten der oberflächlichen bis mittelschwere Form kann mithilfe eines biosozialen Lernmodells erklärt werden. Eine biologische Vulnerabilität (z.B. Störungen des serotonergen Systems) kann gemeinsam mit frühen traumatischen Ereignissen (z.B. Misshandlung; Verlust eines Elternteils) die Fähigkeit zur Emotionsregulation beeinträchtigen und die Anfälligkeit für psychische Störungen erhöhen. Wenn das Verhalten einmal erfolgreich zur Regulation von Gefühlen oder Anspannung eingesetzt wurde, wird es immer wieder durchgeführt. Positiv erlebte Konsequenzen wie Erleichterung verstärken das Verhalten, diese Effekte sind jedoch kurzlebig. Negative Effekte wie Scham erhöhen das Bedürfnis, sich wieder zu verletzen. Aufgrund der bedeutsamen medizinischen und psychosozialen Risiken, die mit diesem Verhalten verbunden sind, sind frühzeitige Interventionen erforderlich. Geistig behinderte Kinder mit selbstverletzendem Verhalten können mit behavioralen Methoden behandelt werden. Jugendliche benötigen eine komplexere Behandlung, da das Verhalten bei ihnen oft Ausdruck einer psychischen oder Persönlichkeitsstörung ist. Als effektive Therapiemethode hat sich Marsha Linehans Dialektisch-Behaviorale Therapie erwiesen. Außerdem existieren unterschiedliche pharmakologische Behandlungsansätze, die jedoch noch nicht ausreichend erforscht sind. Petermann, F. & Winkel, S. (2005). Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Hogrefe.

0426

Selbstverletzendes Verhalten im Erwachsenenalter

Sabine Herpertz (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

Selbstverletzendes Verhalten (SV) findet sich bei einem breiten Spektrum seelischer Erkrankungen. Bei schizophrenen Erkrankungen reicht SV von drastischen Verstümmelungen bis hin zu „wrist-cutting“. Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen finden sich typischerweise mehr oder weniger oberflächliche Schnittverletzungen, kleinere Brandwunden, oder das heftige Schlagen des Kopfes. Repetitive Selbstverletzungen sind hier am häufigsten mit der Borderline Persönlichkeitsstörungen assoziiert, treten aber auch z.B. bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung auf. Deshalb darf das Symptom SV nicht zu schnell einseitig diagnostisch verwertet werden sondern ist als ein Symptom in einem Merkmalsmuster aufzufassen. Klinisch finden sich eine Vielzahl von Ursachen, besonders häufig die Reduktion quälender innerer Anspannung, die Beendigung von Dissoziation, aber auch das Motiv der Selbstbestrafung oder des Wunsches nach Aufmerksamkeit und Zuwendung. Es wird anhand empirischer Daten eine Übersicht über das klinische Phänomen gegeben und diagnoseübergreifende und diagnosespezifische Charakteristika aufgearbeitet.

0427

Motive für selbstverletzendes Verhalten bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nikolaus Kleindienst (ZI für Seelische Gesundheit, Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Die Mehrzahl der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeigt wiederholtes selbstverletzendes Verhalten (SVV) ohne suizidale Absicht. Dieses Verhalten mag irritierend und irrational erscheinen, aber ein genaues Verständnis der Motive, ist ein Schlüssel bei dem Versuch, SVV durch funktionale Verhaltensalternativen zu ersetzen. Das Hauptziel der vorliegenden Studie ist die systematische Erfassung von Motiven selbstverletzenden Verhaltens bei BPS-Patienten und die Klärung der Zusammenhänge der einzelnen Motive untereinander (Hierarchisierung, Cluster, Subgruppen).

Methode: Die Motive für SVV wurden anhand eines strukturierten Selbststrating-Fragebogens zu selbstverletzendem Verhalten erhoben. Die Studie basiert auf n=101 BPS-Patientinnen (DSM-IV), die am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, der Universitätsklinik Freiburg und am PZN Wiesloch rekrutiert wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Ein Akt selbstverletzenden Verhaltens erfüllte in aller Regel mehrere Funktionen gleichzeitig. Primär diente SVV bei 40–50% der Patientinnen der Spannungsreduktion, doch kamen fast immer weitere Motive hinzu (u.a. Selbstbestrafung, Wiedererlangen eines klaren Bewusstseins, und Erreichen eines Kicks). Insgesamt zeigt die Studie, dass ein Akt selbstverletzenden Verhaltens nur selten ein einziges Motiv hat i.d.R. ist eine Vielzahl verschiedener Motiven beteiligt. Das Ersetzen von SVV durch funktionaleres Verhalten im Rahmen einer Psychotherapie wird umso besser gelingen, je vollständiger die jeweilige Motivkonstellation aufgeklärt wird.

0428

Neuronale Korrelate imaginierter Selbstverletzungen bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Christian Schmahl (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Selbstverletzendes Verhalten (SV) stellt ein zentrales Element der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dar und ist eng mit der gestörten Emotionsregulation bei dieser Patientengruppe assoziiert. Um die neuronalen Hintergründe der Verarbeitung stressreicher Ereignisse und konsekutiven selbstverletzenden Verhaltens zu untersuchen, wurde diese Studie mit der „script-driven imagery“-Methode durchgeführt.

Methode: Elf Patientinnen mit BPS und SV sowie elf gesunde Kontrollprobandinnen nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmerinnen hörten während der fMRI-Messung ein standardisiertes Skript, welches eine stressreiche Situation mit einer anschließenden Selbstverletzung beschrieb.

Diskussion/Ergebnisse: Das Hören des Skripts führte bei den Patientinnen zu stärkerer Anspannung als bei den Kontrollprobandinnen. Während der Imagination der stressreichen Situation kam es bei den Patientinnen zu einer Aktivierung im frontopolaren Kortex (BA 9) sowie zu einer stärkeren Deaktivierung im orbitofrontalen Kortex im Vergleich zu den Kontrollprobandinnen. Eine Deaktivierung im mittleren sowie im posterioren cingulären Kortex zeigte sich bei den Patientinnen während der Imagination der Selbstverletzung.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 17/18

FV-022 Freie Vorträge

Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Vorsitz: W. Tschacher (Bern), C. Stiglmayr (Berlin)

0106

Effektivität psychotherapeutischer Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen: eine Metaanalyse zu kontrollierten Studien

Daniel R. Müller (UPD Bern, Abteilung für Psychotherapie)

P. Zorn, Y. Renevey, K. von Osterhausen, A. Colombo, V. Roder

Einleitung: Bisher liegen nur wenige Metaanalysen zur Effektivität psychotherapeutischer Ansätze bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vor. Diese stützen sich überwiegend auf den Einbezug nicht kontrollierter Studien mit beschränkter Bandbreite der erhobenen Symptomatik und Funktionsbereiche. Durch das Fehlen von Kontrollbedingungen sind die zum Teil sehr hohen Effektstärken dieser Analysen, die überwiegend psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze einbezogen, zu relativieren.

Methode: In einer ausführlichen Literaturrecherche wurden mehr als 50 Therapieevaluationsstudien mit insgesamt über 3500 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen über den Zeitraum von 1980 (ab DSM-II) bis Juni 2006 gesammelt, die das therapeutische Vorgehen beschrieben und statistische Kennwerte dokumentiert haben. Von diesen waren jedoch nur 15 kontrollierte Studien mit rund 1000 Patienten, welche Experimentalgruppen mit „Treatment as Usual“ (TAU) oder anderen Therapieansätzen verglichen haben. In die statistische Analyse wurden ausschliesslich kontrollierte Studien einbezogen. Diese Studien evaluierten überwiegend verhaltenstherapeutische und in geringerer Zahl auch psychodynamische Ansätze. Von Interesse war die Effektivität unterschiedlicher therapeutischer Ansätze zu Symptom- und Funktionsbereichen verschiedener Störungsbilder in unterschiedlichen Behandlungssettings.

Diskussion/Ergebnisse: Die Berechnung von gewichteten Effektstärken (ES) innerhalb der Vergleichsgruppen zeigte in Übereinstimmung mit älteren Metaanalysen grosse gemittelte Gesamteffekte ($ES \geq 0.80$) für verhaltenstherapeutische und psychodynamische Ansätze. Zudem konnten mittlere ($ES \geq 0.50$) bis grosse Effekte hinsichtlich der sozialen Integration, des interpersonalen Sozialverhaltens und der Reduktion von Achse-I-Symptomen (DSM), insbesondere in den Bereichen Depressions- und Angstsymptomatik, für beide Therapieansätze nachgewiesen werden. Werden dem gegenüber die Kontrollbedingungen analysiert, so zeigt sich, dass TAU kleine gemittelte Gesamteffekte ($ES \geq 0.20$) und die mit den Experimentalgruppen verglichenen Therapieansätze mittlere Gesamteffekte erzielen. Entsprechend reduzieren sich die berichteten grossen ES in Intergruppenvergleichen auf das

Effektstärkeniveau kleiner bis mittlerer Effekte. Die meisten Studien wurden im ambulanten Rahmen überwiegend mit Patienten mit Borderline-Störungen durchgeführt oder bezogen Patienten mit verschiedenen Störungsbildern ein. Die Ergebnisse dieser Analyse deuten auf eine evidente Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Ansätze bei ausgewählten Patientenpopulationen und Therapie-settings hin. Kontrollierte Studien zu anderen Therapieansätzen sind bis heute ausstehend.

0107

Verlaufs- und Veränderungsmuster bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einer psychotherapeutischen Tagesklinik

Fabian Ramseyer (Univ. Psych. Dienste Bern, Sozial u. Gemeindepsychiatrie)

T. Reisch, M. Thommen, A. Hager, W. Tschacher

Einleitung: Während der vergangenen Dekaden ist in der Psychotherapieforschung wiederholt die Wichtigkeit der Dimension „Zeit“ betont worden. Empirische Forschung mit dem Fokus auf zeitabhängigen Veränderungsprozessen ist jedoch bis anhin relativ spärlich geblieben. Die vorliegende Studie identifiziert unterschiedliche Prozess-Muster des Verlaufs von Psychopathologie und Selbstwirksamkeit in drei Gruppen von Patienten die sich bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung unterscheiden: Der Vergleich fokussiert auf Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gegenüber Patienten mit einer anderen Persönlichkeitsstörung bzw. solchen ohne Persönlichkeitsstörung.

Methode: 130 Patienten wurden im Rahmen einer Gruppentherapie in einer psychotherapeutischen Tagesklinik während einer Therapiedauer von 14 Wochen behandelt. Die wöchentlichen Erhebungen umfassten die Bereiche Psychopathologie (SCL-9), Erfahrungen auf der Therapiestation (SEB), sowie interne als auch externe Erfahrungen der Patienten (WO). Neben traditioneller Prä-Post-Auswertung des Behandlungserfolgs wurden mittels hierarchischer linearer Modellierung (HLM) sowie anhand von Vektor-Autoregressionen (VARMAX) spezifische Muster des therapeutischen Prozesses identifiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Prä-Post-Auswertung bezüglich Wirksamkeit ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die zeitreihenanalytische Modellierung zeigte jedoch, dass sich die Borderline-Patienten in der Verbesserung ihrer Psychopathologie klar von den beiden anderen Patientengruppen unterscheiden. Ihre Symptombelastung hatte sich zu Beginn der Therapie verschlechtert und schlug erst in der zweiten Hälfte der Behandlungsdauer einen günstigen Verlauf ein. Schlussfolgerungen: Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen einen Behandlungsverlauf, der sich von demjenigen anderer Patientengruppen unterscheidet. Eine wöchentliche Datenerhebung erlaubt die Identifikation unterschiedlicher Veränderungsprozesse, welche anhand klassischer Prä-Post-Evaluationen nicht gefunden werden könnten. Die Gegenüberstellung diagnose-spezifischer Verlaufsmuster kann mithin wertvolle Hinweise für die Optimierung des konkreten therapeutischen Vorgehens liefern.

0108

Gruppentherapie bei Persönlichkeitsstörungen: eine Studie zum Therapieprozess

Wolfgang Tschacher (Universität Bern, Sozial- u. Gemeindepsychiatrie)

P. Zorn, V. Roder, M. Thommen

Einleitung: In den vergangenen Jahren hat das Wissen um die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen stetig zugenommen. Da den psychotherapeutischen Standardmethoden bei diesen Störungen weiterhin Grenzen gesetzt sind, gibt es nach wie vor Bedarf an Wirksamkeits- und Therapieprozessstudien. Ein vielversprechender neuer Therapieansatz ist die Entwicklung integrierter Verfahren, die kognitiv-behaviorale Interventionen mit weiteren Wirkfaktoren wie etwa der Klärung maladaptiver Schemata kombinieren. Für kognitiv-behaviorale Verfahren neu ist auch die Konzentration auf emotionale Aspekte der Therapie-

beziehung (Emotionsregulation).

Methode: Im Rahmen einer vor kurzem abgeschlossenen multizentrischen Studie zur „Berner Integrativen Therapie“ (BIT) wurden 93 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen der Cluster B und C in einen Studienarm mit BIT-Gruppentherapie und einen Arm mit sozialem Fertigkeitstraining (Kontrollgruppe) randomisiert. Der Therapieprozess wurde detailliert mit Hilfe von Stundenbögen aus Therapeuten- und Patientenperspektive aufgezeichnet. Der Therapieoutcome (Symptommaße, interpersonale Fertigkeiten, emotionales coping) wurde vor und nach Therapie sowie 12 Monate nach Therapieende erhoben. Wir berichten hier über die Wirkmechanismen, die aus der Aufzeichnung des Therapieprozesses nach jeder Therapiesitzung hervorgehen. Die Wirkfaktoren und die Art ihres Zusammenhangs wurden mit zeitreihenanalytischen Mitteln statistisch geschätzt.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigten sich Unterschiede in den Wirkmechanismen beider Therapiearten; die BIT-Therapien erbrachten höhere Wirksamkeit im Outcome mittels eines Wirkmechanismus, bei dem Klärung zu verbesserter Therapiebeziehung führte. Die Ergebnisse werden sowohl im Hinblick auf die behandelten Störungen als auch exemplarisch als geeignetes methodisches Vorgehen zur Untersuchung von Prozess-Outcome-Zusammenhängen allgemein diskutiert.

0109

Ambulantes Monitoring: Ein neues Verfahren zur validen Erfassung psychopathologischer Prozesse

Ulrich Ebner-Priemer (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Zu den Schwachpunkten traditioneller Verfahren in der Psychopathologie zählen unter anderem der Retrospektionseffekt und die Kontextabhängigkeit. Sowohl in der Grundlagenforschung als auch bei Patientenstudien zeigt sich konsistent eine Verzerrung der nachträglichen Beurteilung von affektiven Zuständen, der Retrospektionseffekt. Dieser Effekt ist für eine Wissenschaft, die fast ausschließlich auf retrospektive Beurteilungen vertraut, problematisch. Weiterhin erfassen Fragebogen zumeist über die Zeit gemittelte Psychopathologie. Dies vernachlässigt die Instabilität von Symptomatik, die sich aus ihrer Kontextabhängigkeit ergibt, und verdeckt damit therapeutische Ansatzpunkte. Dargestellte Schwachpunkte umgeht das ambulante Monitoring, da Symptomatik über multiple Zeitpunkte ohne retrospektive Verzerrung kontextsensitiv erfasst wird.

Methode: Zur Veranschaulichung werden Studien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vorgestellt. Die BPS eignet sich aufgrund der Instabilität des Affekts hierfür in besonderem Maße.

Diskussion/Ergebnisse: Patientinnen mit BPS zeigten „kriteriums-gemäß“ eine erhöhte Instabilität des Affektes, operationalisiert über Valenz und „aversive Anspannung“. Weiterhin konnten BPS-spezifische Stimmungseinbrüche identifiziert werden. Die Wirksamkeit von funktionalem (skills) und dysfunktionalem (Selbstverletzungen) Verhalten zur Affektregulation konnten nachgewiesen werden. Weiterhin zeigte sich ein gruppenspezifischer Retrospektionseffekt, bei dem die BPS-Patienten in negatives Verzerrungsmuster aufwiesen im Gegensatz zu den gesunden Probanden die ein positives (gesundes) Verzerrungsmuster zeigten. Dabei berichten Patienten insgesamt von nur geringer Belastung und Reaktivität durch das Assessment. Die Methode des ambulanten Monitorings ist somit für die psychiatrische Forschung als viel versprechend zu bezeichnen. Reliable und valide Verfahren sind grundlegender Bestandteil wissenschaftlichen Arbeitens. Auf biologischer Seite hat sich mit den modernen Bildgebenden Verfahren die Qualität enorm verbessert, so z.B. die räumliche Lokalisation aktivierter Areale. Die Psychopathologie hinkt dieser rasanten Entwicklung hinterher. Werden jedoch Zusammenhänge zwischen Neurobiologie und Psychopathologie untersucht, und dies ist der Regelfall bei biologischen Humanstudien in unserem Forschungsfeld, wird die Qualität der Ergebnisse vom schwächeren Verfahren begrenzt. D.h. wir benötigen die jeweils besten Verfahren in Neurobiologie und Psychopathologie.

0110

Evaluation eines neuen schemazentriert-behavioralen Gruppentherapieansatzes für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Ergebnisse einer kontrollierten Evaluationsstudie

Peter Zorn (Univ. Psychiatrische Dienste, Abteilung für Psychotherapie, Bern)

V. Roder, D. Müller, W. Tschacher, M. Thommen

Einleitung: Im Laufe der letzten 20 Jahre wurden für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verschiedene kognitive und verhaltenstherapeutische Therapieansätze ausgearbeitet. Gruppenverfahren mit breitem Indikationsbereich stellen bis heute jedoch eine Ausnahme dar. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir einen Gruppenansatz für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus allen Clustern (A bis C; DSM-IV). Therapeutisch zielt dieser vorrangig auf die Modifikation störungsspezifischer Kernschemata. Das therapeutische Vorgehen umfaßt dabei klärungsorientierte wie auch bewältigungsorientierte Interventionen.

Methode: Die Evaluation unseres neuen Gruppentherapieansatzes erfolgte im Rahmen einer multizentrisch angelegten Studie, die durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wurde. In die Untersuchung konnten 93 Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) einbezogen werden. Als Experimentalgruppe (n=47) wurde dabei unser neues Gruppenprogramm durchgeführt, in der Kontrollgruppe (n=46) kam ein Therapieverfahren zur Verbesserung von sozialen Fertigkeiten (SST) zum Einsatz. Die Patienten wurden randomisiert den Untersuchungsbedingungen zugewiesen. In beiden Untersuchungseinheiten fanden jeweils 30 Gruppensitzungen in einem Zeitraum von 15 Wochen statt. Daten wurden zu Beginn und nach Abschluß der Therapie sowie nach einem Einjahres-Katamnesezeitraum erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Nach Abschluß der Therapie ließen sich in der Experimentalgruppe signifikant größere Verbesserungen in den Bereichen interpersonale Verhaltensweisen, emotionales Coping und symptomatische Beeinträchtigungen gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen. Klinisch relevante Effekte zugunsten der Experimentalgruppe traten zudem in der Reduktion des Störungsgrades und des Leidensdrucks sowie in der durch die Therapie vermittelten Hoffnung auf Besserung auf. Daneben konnte auch eine hochsignifikant niedrigere Dropout-Rate beobachtet werden. Vergleichbar stellten sich die Therapieergebnisse beider Vergleichsgruppen dagegen in den Bereichen behaviorales Coping und Selbstwirksamkeit dar. Weiterhin ließen sich clusterspezifische Effekte beobachten: Vor allem Patienten mit einer Cluster-B-Störung wiesen im Vergleich zu jenen der Kontrollgruppe deutlich größere Verbesserungen auf. Zusammenfassung: Mit unserem neuen Verfahren scheint somit ein Therapieansatz vorzuliegen, der bei den Patienten auf hohe Akzeptanz stößt und eine angemessene und effiziente Behandlung im gemischten Gruppensetting ermöglicht. Damit könnte sich dieser sinnvoll in die bestehende Krankenversorgung integrieren lassen.

0111

Aggressionsbehandlung mit Topiramate bei männlichen Borderline-Patienten: eine placebo-kontrollierte Doppelblindstudie

Marius Nickel (Psychosomatische Klinik, Bad Aussee)

C. Nickel, P. Kaplan, M. Mühlbacher, T. Loew, W. Rother

Einleitung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) stellt eine komplexe Störung mit schweren, ernsten Funktionsbeeinträchtigungen, Gemütsinstabilität und impulsiver Aggression dar. Ziel dieser Studie war es, bei der Aggressionsbehandlung von Männern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Wirksamkeit von Topiramate gegenüber Placebo zu vergleichen.

Methode: Wir führten eine 8-wöchige, placebo-kontrollierte Doppelblindstudie mit Topiramate bei 42 männlichen Probanden (42

von 44) durch, die den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV) für BPS entsprachen. Die Probanden wurden zufällig dem Topiramat (n=22) oder Placebo (n=20) zugeordnet.

Diskussion/Ergebnisse: Verglichen mit der Placebo-Gruppe wurden bei den Personen, die mit Topiramat behandelt wurden auf vier STAXI-Skalen (Ärgerzustand, $p<0,01$; Disposition-Ärger, $p<0,05$; Ärgerreaktion nach außen, $p<0,01$; Ärgerkontrolle, $p<0,01$), signifikante Veränderungen beobachtet. Ein nicht-signifikanter Unterschied wurde auf der Ärgerunterdrückung Skala ($p=0,86$) gefunden. Außerdem wurde signifikanter Gewichtsverlust beobachtet (der Unterschied beim Gewichtsverlust zwischen den beiden Gruppen war 5,0 kg, $p<0,01$, 95%-CI = [-6,5; 3,4]). Alle Personen vertrugen Topiramate relativ gut. Schlussfolgerung: Topiramat erscheint ein effektives Mittel bei der Ärgerbehandlung bei Männern mit BPS zu sein. Ein milder Gewichtsverlust kann erwartet werden.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 03

ST-013 State-of-the-Art-Symposium

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Vorsitz: M. Bohus (Mannheim), K. Lieb (Freiburg)

0025

Epidemiologie und Psychotherapie

Martin Bohus (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Nach wie vor stellt die Behandlung der Borderline-Störung Kliniker und Wissenschaftler vor große Herausforderungen. Immerhin hat sich in den letzten Jahren unser Wissensstand zu diesem Störungsbild drastisch verbessert: Die Auswertungen der US-amerikanischen epidemiologischen Langzeitstudien lassen erstmals Prädiktorvariablen für Remission oder Persistenz der Symptomatik erkennen und neue störungsspezifische Psychotherapieverfahren konnten in randomisiert kontrollierten Studien überprüft werden. Zudem wurden eine Vielzahl von Studien zu ätiopathogenetisch relevanten Mechanismen wie etwa Störungen der Affektregulation publiziert. Der Vortrag gibt eine Übersicht über den derzeitigen Stand des Wissens, wobei der Schwerpunkt auf Praxisrelevanz gelegt wird.

0026

Neurobiologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Klaus Lieb (Universitätsklinik Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Ziel des State-of-the-Art-Symposiums ist, einen Überblick des derzeitigen Wissensstandes zum Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu vermitteln. Neben den von Herrn Bohus referierten Teilen zur Diagnostik und Psychopathologie, wird zum Thema Neurobiologie ein Überblick zum derzeitigen Stand der neurobiologischen und neuropsychologischen Forschung zum Störungsbild gegeben und die jeweiligen Bezüge zur Psychopathologie diskutiert. Im Themenbereich Therapie wird ein umfassender Überblick über die aktuell publizierten und noch laufenden psychotherapeutischen und pharmakologischen Therapiestudien gegeben und die Qualität der Studien nach den Kriterien der evidenzdatenbasierte Medizin diskutiert. Zusätzlich werden aktuelle Metaanalysen vorgestellt. Bezüge zur praktischen Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung werden hergestellt.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 06

S-117 Symposium

Neurobiologie der Stressverarbeitung bei Borderline Störungen

Vorsitz: M. Bohus (Mannheim), U. Schweiger (Lübeck)

0566

HPA-Achsen Alterationen unter experimentellen Stressbedingungen bei Borderline Störungen

Urs Nater (Centers for Disease Control, National Center for Infectious, Atlanta)

0567

Chronische Auswirkungen von HPA-Achsen Veränderungen bei Borderline-Patienten

Ulrich Schweiger (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

0568

Cortisol und Stress unter Alltagsbedingungen bei Borderline Patientinnen

Ulrich Ebner-Priemer (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

K. Lieb, M. Bohus

Einleitung: Häufig einschneidende äußerst unangenehme Anspannung gilt vielen Experten als das Leitsymptom der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) in der klinischen Diagnostik. Eine Vielzahl von Studien konnte mit Hilfe elektronischer Tagebücher (ambulantes Monitoring) eine erhöhte Häufigkeit und Intensität aversiver Anspannung bei BPS im Vergleich zu gesunden Kontrollen im Alltag nachweisen. Studien mit zusätzlicher Erhebung von Speichelcortisol im Alltag finden wie zu vermuten erhöhte Werte dieses zentralen Stresshormons. Die Verwendung von Selbstverletzungen zur Reduktion aversiver Anspannung ist seit längerem bekannt und empirisch belegt, jedoch wurde erst kürzlich der Einfluss von Selbstverletzungen auf Cortisol untersucht. Dabei wurde über mehr als zwei Monate regelmäßig Selbstverletzung und Cortisol im Nachturin erfasst. In einem Einzelfallbericht konnte dabei der Zusammenhang zwischen erhöhten Cortisolwerten und Selbstverletzungen eindrucksvoll demonstriert werden. Die zeitliche Zuordnung zwischen Cortisol im Nachturin und Selbstverletzungen am Tage ist aber aufgrund der unterschiedlichen temporären Auflösung (Nachturin über 12 h vs. Selbstverletzung über wenige Minuten am Tag) problematisch.

Methode: Um den Zusammenhang zwischen Cortisol, aversiver Anspannung und Selbstverletzungen genauer untersuchen zu können wurde bei 23 Patienten mit BPS und 24 gesunden Probanden, über zwei Tage alle 2 Stunden Speichelcortisol und psychische Symptome über ein elektronisches Tagebuch erfasst. Dazu zählt einerseits das Leitsymptom der aversiven Anspannung als auch Verhaltensweisen die mit einem Abfall der aversiven Anspannung assoziiert sind, wie Selbstverletzungen und therapeutische Verhaltensfertigkeiten (skills).

Diskussion/Ergebnisse: Alle Probanden waren unmediziert, ohne akute Major Depression und zykluskontrolliert. Weiterhin wurden die beiden Gruppen nach Alter, Geschlecht, Rauchern und Gewicht parallelisiert. Zusammenhänge zwischen Cortisol, aversiver Anspannung und Selbstverletzungen werden berichtet. Weiterhin wird die Verwendung von Selbstverletzungen und Verhaltensfertigkeiten (skills) zur Spannungsreduktion empirisch belegt. Klinische Implikationen der Befunde werden diskutiert.

0569

Funktionale Veränderungen der Stresshormonachse bei Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne Symptome einer PTBS

Martin Driessen (Evangelisches Krankenhaus, Zentrum für Psychiatrie, Bielefeld)
K. Wingenfeld

Einleitung: Bereits seit den 1980er Jahren wurden Studien durchgeführt, um die Funktionsweise der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN) bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu untersuchen. Die meisten Untersuchungen wurden mittels Dexamethason-Hemmtest (DHT) durchgeführt und erbrachten weit variierende und zum Teil widersprüchliche Ergebnisse.

Methode: Aus dieser Befundlage ließ sich schließen, dass weitere Merkmale bei dieser Patientengruppe berücksichtigt werden müssen. Vorgestellt werden die Ergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen, die den Einfluss von komorbiden psychischen Störungen (Major Depression – MDD, Posttraumatische Belastungsstörung – PTBS) und die Schwere traumatischer Lebensereignisse auf die HHN Achse untersuchten. Dabei wurden neben dem DHT (z.T. kombiniert mit CRH) auch Urin-Cortisol, Cortisol nach dem Aufwachen und Tagesprofile überprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine erhöhte basale Aktivität der HHN-Achse bei BPS im Vergleich zu Gesunden und für einen deutlichen Einfluss von komorbider MDD und PTSD. Unklar bleibt bisher, inwieweit und auf welche Art die Schwere psychischer Traumatisierungen per se die Regulation.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.2

S-144 Symposium

Untersuchungen zu Ätiologie und Psychopathologie der Borderline Störung

Vorsitz: M. Bohus (Mannheim), K. Höschel (Mannheim)

0701

Psychosoziale Risikofaktoren der Borderline-Störung

Matthias Limberger (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)
B. Dick, U. T. Egle, J. Hardt, M. Bohus

Einleitung: Die erhöhte Belastung durch sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend von Borderline-Patienten ist mittlerweile durch eine Vielzahl an Studien belegt. Die Datenlage zu weiteren Risikofaktoren oder protektiven Variablen ist jedoch unzureichend.

Methode: Zur Aufklärung von Risikoparametern für die Entstehung von Borderline-Störungen führten wir in Freiburg und Mannheim bislang bei 105 Behandlung suchenden Borderline-Patientinnen die Mainzer Strukturierte Biografische Anamnese (MSBA) durch und verglichen diese Daten mit einer Kontrollpopulation (N=105) sowie Patienten mit somatoformen Störungen (N=33).

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen neben einer stärkeren Belastung durch sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend auch Belastungen durch öfter wechselnde Bezugspersonen, eine insgesamt schlechtere Versorgungsstruktur sowie stärkere Gewalterfahrungen innerhalb und außerhalb der Familie. Neben oft multiplen und andauernden sexuellen Traumatisierungen sind Borderline-Patientinnen direkten und indirekten körperlichen Gewalterfahrungen weit öfter ausgesetzt als die Vergleichsgruppen. Die Reduktion auf sexuellen Missbrauch als Prädiktor greift deswegen zu kurz. Erst eine Erhebung eines breiten Bereiches von Belastungs-

faktoren kann wiedergeben wie stark die Belastungserfahrungen der Patientinnen in Kindheit und Jugend gewesen sind und als Basis für die Suche von Prädiktoren dienen.

0702

Zur Bedeutung komorbider Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS)

Alexandra Philipsen (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)
K. Lieb, B. Heßlinger, H. Richter, B. Feige, N. Kleindienst, M. Limberger, M. Bohus

Einleitung: Klinisch ist die BPS u.a. gekennzeichnet durch die Symptome der affektiven Instabilität und Impulsivität. Eine frühere Studie ergab eine starke Assoziation der ADHS im Kindesalter mit der BPS im Erwachsenenalter. Ziele unserer Studie waren 1.) die Erfassung der Prävalenz der ADHS im Kindes- und Erwachsenenalter in einem größeren Kollektiv erwachsener Patientinnen mit BPS, 2.) die Untersuchung des Einflusses einer komorbiden ADHS auf den Schweregrad der BPS sowie auf komorbide Achse I und II – Störungen und 3.) die Bestimmung der Prävalenz von negativen Kindheitserlebnissen bei BPS Patientinnen mit bzw. ohne Hinweis auf eine ADHS.

Methode: Untersucht wurden 141 erwachsene Patientinnen mit BPS nach DSM-IV (Alter 28.98±7.68 Jahre). Symptome einer ADHS im Kindesalter wurden retrospektiv erfasst mit der Kurzversion der Wender Utah Rating Scale (WURS-k), persistierende ADHS Symptome in das Erwachsenenalter anhand einer ADHS-Checkliste (ADHD-CL). Komorbide Achse-I Störungen wurden mit dem SKID-I, komorbide Achse-II Störungen mit dem „International Personality Disorder Examination“ (IPDE) untersucht. Der Schweregrad der Borderline Symptomatik wurde bestimmt anhand der Borderline Symptom Liste (BSL). Vorausgehende negative Kindheitserlebnisse wurden mit dem „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) erfragt.

Diskussion/Ergebnisse: 48.1% der Patientinnen mit BPS erfüllten nach konservativer Schätzung retrospektiv die Kriterien für eine ADHS im Kindesalter (konservativer cut-off ≥46, vgl. Fossati et al. 2002), 17,7% die geforderten Kriterien für den kombinierten Subtyp einer ADHS im Erwachsenenalter. BPS Patientinnen mit ADHS im Kindesalter litten im Erwachsenenalter unter signifikant schwereren Borderline Symptomen sowie signifikant mehr komorbiden Achse-I und -II Störungen (vor allem Angststörungen) als BPS Patientinnen mit niedrigeren WURS-scores. Persistierte die ADHS in das Erwachsenenalter so nahm dieser Effekt noch zu (z.B. signifikant häufiger Alkoholabusus/-abhängigkeit). Hinsichtlich negativer Kindheitserlebnisse berichteten BPS Patientinnen mit ADHS im Kindesalter retrospektiv signifikant häufiger von emotionalem Missbrauch als Patientinnen mit niedrigeren WURS-scores. Zusammenfassung: Eine komorbide ADHS stellt bei Patientinnen mit BPS einen deutlichen Risikofaktor dar für weitere psychiatrische Störungen sowie eine schwerere Borderline Symptomatik, die u.a. bedingt sein könnte durch das stärkere Ausmaß der zusätzlichen emotionalen Traumatisierung im Kindesalter.

0703

Zur Bedeutung von Oligodypsie bei Patientinnen mit Borderline-Störungen

Klaus Höschel (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Die Auswirkungen von unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Oligodypsie) und Dehydrierung auf die Physiologie des Menschen wurde in zahlreichen Studien erforscht. In experimentellen Untersuchungen an gesunden Probanden wurden subjektive Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit, eine subjektiv erhöhte Ermüdbarkeit und das Auftreten von Kopfschmerzen berichtet, wobei objektive Leistungsminderungen kognitiver Funktionen durch die in den experimentellen Arbeiten zeitlich

begrenzt induzierte Dehydrierung der Probanden nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte. Im psychiatrischen Bereich gibt es Untersuchungen zu den Auswirkungen von Dehydrierung vorwiegend bei dementen und gerontopsychiatrischen Patienten, die Auswirkungen verminderter Flüssigkeitszufuhr auf die Symptomatik von Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen sind bis heute nicht ausreichend untersucht. Aus klinischer Erfahrung ist es uns bekannt, dass Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig über lange Zeiträume extrem wenig Flüssigkeit aufnehmen. In einer Serie von Untersuchungen gingen wir der Frage nach, ob Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Symptomatik, der Menge der aufgenommenen Flüssigkeit und objektiven Leistungsparametern bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen bestehen. **Methode:** In zwei Querschnittsuntersuchungen wurden Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Hinblick auf die in einer Woche aufgenommene Flüssigkeitsmenge untersucht und mit anderen Patientengruppen verglichen. Die psychopathologische Symptomatik wurde mit Selbsteinschätzungen in Fragebögen quantifiziert und die Komorbiditäten der Patientinnen wurden mittels diagnostischer Interviews erhoben. Darüber hinaus wurden Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen mit neuropsychologischen Testverfahren objektiviert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen, dass das Phänomen der Oligodypsie bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen am stärksten ausgeprägt ist, wobei es insbesondere traumatisierten Borderline-Patientinnen mit schwerer dissoziativer Symptomatik nicht gelingt, ausreichende Flüssigkeitsmengen zu sich zu nehmen. Gleichzeitig vermuten wir, dass die mit der restriktiven Flüssigkeitsaufnahme verbundene Dehydrierung der Patientinnen die Neigung zu dissoziativer Symptomatik verschärft, so dass wir von einem Teufelskreis zwischen dissoziativer Symptomatik und Oligodypsie bei Patientinnen mit Borderline-Störungen ausgehen. Eine kausale Interpretation der Zusammenhänge von dissoziativer Symptomatik und Oligodypsie ist jedoch aufgrund der korrelativen Daten unserer Untersuchungen nicht möglich. Eine experimentelle Untersuchung der von uns vermuteten Zusammenhänge ist geplant.

0704

Emotionale Wahrnehmung bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Gregor Domes (Universität Rostock, Psychiatrie)

Einleitung: Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) wurden wiederholt als emotional hyperreagibel und sozio-affektiv sensibel beschrieben. Auf der anderen Seite liegen Studie vor, die ein Defizit in der Erkennung mimischen Emotionen nahe legen. Ziel der Studie war die Untersuchung der Erkennungsleistung für mimische Emotionen und die Erfassung von Wahrnehmungs- bzw. Antwortverzerrungen hin Richtung Angst und Ärger bei ambivalenten mimischen Reizen.

Methode: Es wurde eine Gruppe von 25 stationären BPS Patientinnen mit einer Kontrollgruppe gesunder Frauen in zwei verschiedenen Emotionserkennungs-Paradigmen verglichen. Während die erste Aufgabe subjektive Erkennungsschwelle und Fehler der Emotionsbenennung erfasste, wurde in der zweiten Aufgabe Antworttendenzen hinsichtlich Angst und Ärger bei ambivalenten emotionalen Gesichtsausdrücken gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Die BPS Patientinnen zeigten kein generelles Defizit hinsichtlich subjektiver Erkennungsschwelle und Emotionsdifferenzierung. Es zeigte sich jedoch eine signifikante Zunahme der Sensitivität für alle emotionalen Gesichtsausdrücke bei BPS Patientinnen über den Verlauf des Experimentes, jedoch nicht bei den Kontrollen. Schließlich fanden wir einen Tendenz vermehrt Ärger wahrzunehmen, jedoch nicht Angst, wenn ambivalente mimische Reize (Mischemotionen) bewertet werden mussten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass BPS Patienten möglicherweise ein Defizit beim Bewerten ambivalenten mimischer Reize haben, das im Zusammenhang mit der Befürchtung sozialer Ablehnung und Zurückweisung stehen könnte. Insofern handelt es sich möglicherweise nicht um ein primär kognitives Defizit, sondern eine eher emotional-motivational induzierte Verzerrung. BPS Patienten könnten möglicherweise von einem spezifischen Training der Emotionsdifferenzierung profitieren.

T07 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen des Erwachsenenalters

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 21

FV-003 Freie Vorträge

ADHS im Erwachsenenalter

Vorsitz: M. Rösler (Homburg), M. Johann (Regensburg)

0011

Einfluss der Behandlung von ADHS im Kindesalter auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit im jungen Erwachsenenalter

Andrea Ludolph (Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
F. Neumann, J. M. Fegert, K. Schmeck

Einleitung: Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) galt bislang als eine Störung des Kindes- und Jugendalters. Neuere Daten zeigen, dass ca. zwei Drittel aller Betroffenen auch im Erwachsenenalter weiterhin erheblich in ihrer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung beeinträchtigt sind und häufig zu impulsivem Verhalten neigen. Dies führt oft zu Problemen im beruflichen Leben und in den sozialen Beziehungen. Wir hypothesierten, dass eine ADHS-Behandlung im Kindes- und Jugendalter zu einer Verbesserung der psychosozialen Funktionen im jungen Erwachsenenalter führt und untersuchten junge männliche Kontrollprobanden im Vergleich zu ADHS-Patienten, die in ihrer Kindheit/Jugend mit Methylphenidat behandelt worden waren und ADHS-Patienten, bei denen die ADS/ADHS erst im jungen Erwachsenenalter diagnostiziert wurde.

Methode: Untersucht wurden junge erwachsene Männer im Alter zwischen 18 und 25 Jahren. An der Studie nahmen 24 gesunde Kontrollprobanden teil, 18 ADHS-Patienten, bei denen die Störung bereits im Kindes- oder früherem Jugendalter diagnostiziert worden war und die über unterschiedliche Zeiträume mit einem Methylphenidatpräparat behandelt worden waren, sowie 9 bis dato unbehandelte ADHS-Patienten. Die ADHS-Diagnose erfolgte nach ICD 10 und DSM IV Kriterien. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich Alter und IQ. Folgende Fragebögen wurden verwendet: Wender Utah Rating Scale (WURS) zur Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit, Young Adult Self Report (YASR), Temperament-Charakter-Inventar (TCI) und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ).

Diskussion/Ergebnisse: Beide ADHS-Gruppen lagen deutlich über den Cut-off Werten der WURS und der DSM IV Criteria checklist und unterschieden sich nicht signifikant. Im YASR unterschieden sich die behandelten ADHS-Patienten kaum von den Kontrollen, während die unbehandelten auf der Subskala „Körperliche Beschwerden“ im grenzwertigen und auf der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ im auffälligen Bereich lagen. Auf allen Subskalen des FLZ bestanden zwischen Kontrollen und behandelten ADHS-Patienten keine signifikanten Unterschiede, während die unbehandelten ADHS-Patienten mit ihrer Lebenssituation in fast allen Bereichen deutlich unzufriedener waren. Drogenkonsum war bei den unbehandelten ADHS-Patienten am häufigsten. Zusammenfassung: Die Behandlung der ADHS im Kindes- und Jugendalter scheint deutlich positive Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau und auf die Lebenszufriedenheit im jungen Erwachsenenalter zu haben.

0012

Relation von Selbst- und Fremdbeurteilung in der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

Rolf-Dieter Stieglitz (Universitätsklinik, Psychiatrische Poliklinik, Basel)

Einleitung: Im Kontext einer multimodalen Diagnostik, die bei den meisten psychischen Störungen zwischenzeitlich als Standard angesehen

en werden kann, spielt vor allem die Relation von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren eine wichtige Rolle. In Bezug auf die meisten Störungen haben Studien zeigen können, dass beide sich nicht ersetzen können, sondern dass ihnen eine komplementäre Funktion zukommt. In Bezug auf die ADHS im Erwachsenenalter ist die Relation beider bisher jedoch noch nicht abschliessend zu bewerten. Doch besonders bei dieser Störungsgruppe sind beide per se von Bedeutung, da vor allem für die Diagnosestellung, die retrospektiv vorgenommen werden muss, möglichst viele Datenquellen einzubeziehen sind. Neben dem Patienten selbst sind dies z.B. Angehörige oder Freunde. Zur Quantifizierung des Schweregrades kommen zusätzlich Bewertungen von z.B. unabhängigen, trainierten Ratern hinzu.

Methode: Ziel der durchgeführten Untersuchung war es zu prüfen, wie Selbst- und Fremdbeurteilung miteinander übereinstimmen. Hierzu wurde ein Stichprobe von N=200 Patienten mittels verschiedener Interviews sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren untersucht. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Korrelationen bestimmt sowie Gruppenvergleiche und multivariate Analysen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie sollen Hinweise darauf geben, welche Verfahrensgruppen mit welchen Vor- und Nachteilen bei ADHS-Patienten zur Anwendung kommen können.

0013

ADHS bei Erwachsenen und Tabakabhängigkeit

Dominique Eich (Psychiatrische, Universitätsklinik, Zürich)
A. Frei

Einleitung: Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten und ADHS-Subtypen bei Erwachsenen in einer schweizerischen ADHS Ambulanz zu erfassen.

Methode: In der ADHS Ambulanz beantworteten 100 (58 Männer) der 141 Patienten aus der Zeit von September 2000 bis Januar 2006 schriftlich einen ausführlichen Fragebogen zum Thema Rauchen inklusive dem eigenen Rauchverhalten*. Die Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung und der Komorbiditäten erfolgte gemäss DSM-IV.

Diskussion/Ergebnisse: Zwei Drittel der Patienten haben eine ADHS, Mischtypus, ein Viertel den vorwiegend Unaufmerksamen Typus, 8% den Hyperaktiv-Impulsiven Typus; 70% haben mindestens eine Komorbidität. Mehr als 50% sind tägliche Raucher (signifikant mehr als in der schweizerischen Wohnbevölkerung), die Zigarettenmenge/Tag ist ebenfalls signifikant höher, der Beginn früher. Nur 20% haben nie geraucht. Es finden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit den ADHS Subtypen. Die rauchenden Erwachsenen mit ADHS haben zusätzlich mehr Komorbiditäten. Auch ist der Konsum weiterer Substanzen, insbesondere THC und Alkohol, häufig. Über die Hälfte der Raucher planen einen Rauchstopp in den kommenden 6 Monaten. Schlussfolgerung: Die Resultate sind im Einklang mit Forschungsergebnissen aus den USA. Bemerkenswert sind der sehr hohe Anteil täglich rauchender Erwachsener mit ADHS und der kleine Anteil Nichtraucher im Vergleich zur Schweizerischen Wohnbevölkerung, ebenso der hohe Anteil an Personen mit Konsum weiterer Substanzen. Weitere Analysen werden vorgetragen.

0014

Diffusions-Tensor-Bildgebung (DTI) bei Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter

Thomas F. Dielentheis (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)
D. El Masri, G. Vucurevic, M. Mazanek, M. Bayerl, A. Scheurich, T. Gesierich, P. Stoeter, L. G. Schmidt

Einleitung: DTI- Untersuchungen werden zunehmend auch zur Untersuchung psychiatrischer Erkrankungen eingesetzt. In der bisher einzigen publizierten DTI-Studie bei Patienten mit ADHS (18 Kinder) wurden bei einem Teil der Stichprobe cerebelläre Alterationen gefunden.

Aus anderen strukturellen Bildgebungsuntersuchungen sind topographisch insbesondere Störungen der Frontallappen (z.B. präfrontaler Cortex, anteriores Cingulum) und in den Basalganglien beschrieben. Wir hypostasieren daher Veränderungen in diesen Regionen.

Methode: 15 erwachsene ADHS-Patienten und 15 alters- und ausbildungsgemachte gesunde Kontrollpersonen (19–51 Jahre) beiderlei Geschlechts wurden in die Untersuchung einbezogen. Die Pat. wurden neuropsychologisch mit einer umfassenden Testbatterie charakterisiert. Das MRI wurde an einem 1,5-T-Scanner (Vision, Siemens) durchgeführt. Es wurden fraktionelle Anisotropiewerte (FA) und Diffusivitätsdaten (MD) berechnet. Der Vergleich erfolgte in 24 regions of interest (ROI), die insbesondere die o. g. Regionen umfassten. Gruppenunterschiede wurden mit dem nonparametrischen Mann-Whitney-Test durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Signifikant unterschiedliche MD- und FA-Werte wurden bei Patienten gegenüber Kontrollen in einem subcorticalen Bereich des linken Temporallappens gefunden. Als Tendenz zeigte sich für diese Stichprobe ein MD-Unterschied rechts cerebellär sowie FA-Unterschiede im linken Frontallappen. Somit zeigten sich nur in einem Teil der hypostasiierten Regionen als Trend – Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollen. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um diese präliminären Ergebnisse zu bestätigen.

0015

Glutamaterge Auffälligkeiten bei ADHS. Eine MR spektroskopische Querschnittsstudie.

Evgeniy Perlov (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Das dopaminerge System wird bei der Pathogenese des Aufmerksamkeits Defizit/Hyperaktivität Syndroms (ADHS) als zentral diskutiert. Die gegenseitige Beeinflussung der dopaminergen und glutamatergen Systeme ist bei der Vielzahl der psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Es besteht die zunehmende Evidenz für die Beteiligung der glutamatergen Neurotransmission an der Pathogenese des ADHS.

Methode: Das Anteriores Cingulum von 28 erwachsenen Patienten und 28 gesunden Probanden wurden mit der Magnet Resonanz Spektroskopie (Chemical Shift Imaging – CSI) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Eine signifikante Reduktion des kombinierten Glutamat/Glutamin signals wurde in dem rechten anterioren Cingulum der ADHS-Patienten gefunden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-018 Postersitzung

ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Vorsitz: A. Kordon (Lübeck)

0193

ADHS und komorbide Suchterkrankung: Behandlung mit Atomoxetin – eine Fallbeobachtung

Nadine Buddensiek (Medizin, Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)
M. Ohlmeier

Einleitung: Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt mit zwei bis vier Prozent Prävalenz eine häufige Erkrankung im Erwachsenenalter dar. Komorbide Störungen treten oft auf. In Studien fand sich bei ADHS-Patienten eine 3-fach erhöhte Prävalenzrate für Alkohol- und Drogenmissbrauch. Aufgrund des vermeintlichen Suchtpotentials des Amphetaminderivats Methylphenidat wird die medikamentöse Therapie der ADHS besonders bei der Behandlung komorbider Suchter-

krankungen kontrovers diskutiert. Eine mögliche Alternative stellt der seit kurzem zur Behandlung von ADHS im Kindesalter zugelassene noradrenerge Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin dar. Wir berichten über vier erwachsene männliche ADHS-Patienten mit komorbider Suchterkrankung, welche wir mit Atomoxetin behandelt haben.

Methode: Die vier in unserer Fallbeobachtung untersuchten ADHS-Patienten wiesen komorbid einen multiplen Substanzmissbrauch (Alkohol, Cannabis und/oder Kokain) auf. Nach einer zuvor erfolgten stationären Entgiftungsbehandlung wurden die Patienten im Sinne eines „Heilversuches“ („off-label-use“) mit Atomoxetin behandelt. Bereits unter der initialen Dosis von 18 mg/die berichteten die Patienten über Verbesserungen der ADHS-Symptome, die sich auch in der Verlaufsuntersuchung mit den Brown ADD Scales abbilden ließen, und die sich unter einer individuellen Dosissteigerung auf 40 bis 80 mg/die steigerten. Berichtete Nebenwirkungen (u.a. Schwindel, Übelkeit, vermehrtes Schwitzen) waren im Verlauf rückläufig. Insgesamt zeigte sich bei drei der vier Patienten eine Reduktion der Kernsymptome der ADHS. Ein Patient empfand die Verbesserungen durch das Medikament jedoch als zu gering und berichtete über eine nur eingeschränkte Verträglichkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Die Mehrzahl der hier beschriebenen Patienten profitierte von der Behandlung mit Atomoxetin. Während des gesamten Behandlungszeitraumes konsumierten die Patienten keine Drogen und/oder Alkohol. Dies stützt die Hypothese, dass Drogen von ADHS-Patienten häufig als „Selbsttherapie“ eingesetzt werden. Insgesamt scheint Atomoxetin eine wirkungsvolle Therapieoption bei der Behandlung von ADHS und komorbider Suchterkrankung zu sein. Wichtig erscheint jedoch eine individuelle Dosisanpassung, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden, sowie eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung. Weitere plazebokontrollierte Untersuchungen müssen folgen.

0194

Dimensionale Erfassung von Untergruppen psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter. Ein personenorientierter Ansatz.

Claudia Engel (ZN-KJPP, Rostock)

O. Reis, F. Häßler

Einleitung: Neben einer klassifikatorisch-kategorialen Diagnostik psychischer Störungen hat sich ein auf psychometrischen Paradigmen basierender empirisch-statistischer Ansatz entwickelt. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die dimensionale Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Jugendalter mit der Fragestellung, ob sich homogene Untergruppen mit ähnlicher psychopathologischer Symptomatik für Jungen und Mädchen finden lassen und dem Ziel einer empirisch entwickelten eigenständigen personenorientierten Taxonomie.

Methode: Insgesamt wurden 390 Schüler (Geschlecht: w=60,9%, m=39,1%; Alter: MW=15,6, SD=1,75) in Rostock mit dem Youth Self Report (YSR, Achenbach) untersucht. Der YSR ist ein Verfahren zur Selbsteinschätzung bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren. Aus 119 Problem-Items lassen sich acht Syndromskalen bilden, die sich wiederum, so zeigten Faktorenanalysen, in drei Gruppen zusammenfassen lassen, den internalisierenden (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität), externalisierenden (delinquentes und aggressives Verhalten) und gemischten Störungen (soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung). Im Versuch, die postulierte Faktorenstruktur des YSR zu replizieren, wurden durch Clusterzentrenanalysen optimale Lösungen mittels des Elbow-Kriteriums näher betrachtet.

Diskussion/Ergebnisse: 16,2% der untersuchten Jugendlichen besuchten die Hauptschule, 43,4% das Gymnasium, 23,2% die Realschule und 17,3% eine Berufsschule. Bei den Mädchen kristallisierten sich in der 4-Cluster-Lösung neben einer normalen (n=99), eine subklinische (n=88), und wie von Achenbach postuliert, eine internalisierende (n=11) und eine externalisierende (n=39) Gruppe heraus. Bei den Jungen zeigten die Ergebnisse der 3-Cluster-Lösung eine normale (n=102), eine subklinische (n=41) und eine externalisierende (n=10) Subgruppe. Dabei sind die subklinischen Untergruppen sowohl durch internalisierende als auch externalisierende Merkmale gekennzeichnet und als Durchgang-

sphänomen betrachtbar. In Abhängigkeit vom Geschlecht sind damit empirisch unterschiedliche dimensionale Strukturen zur Beschreibung von klinischen Subgruppen abbildbar. Diese lassen sich mit Hilfe eines entwicklungspsychopathologischen Modells interpretieren.

0195

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen: Analyse einer Spezialsprechstunde

Bernhard Kis (Universität Duisburg-Essen, Klinik für Psychiatrie)

Y. Kügler, M. Specka, M. Gastpar, E. Davids

Einleitung: Die Versorgung von erwachsenen Patienten mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist im Gegensatz zu Patienten im Kindes- und Jugendalter häufig an akademische Fachambulanzen gebunden. Repräsentative Daten über das demographische Profil und den sozioökonomischen Status dieser Patientengruppe sowie die therapeutische Strategien sind rar. Ziel dieser Untersuchung war die Analyse einer universitären Spezialsprechstunde für ADHS des Erwachsenenalters und die Verlaufsbeobachtung dieses Patientenkollektivs.

Methode: In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen existiert seit Januar 2002 eine Spezialambulanz für die ADHS des Erwachsenenalters. Die Diagnose der ADHS basiert dabei auf DSM-IV-Kriterien; zusätzlich wurden WURS-k (Retz-Junginger 2002), ADHS-SB (Rösler 2004) angewandt. Komorbiditäten wurden durch ein semistrukturiertes Interview nach ICD-10 erfasst und durch weitere Skalen (BDI, STAI, Barratt-Impulsivskala BIS-11) ergänzt. Die retrospektive Datenerhebung erfolgte durch Einsatz eines standardisierten Auswertebogens auf Datenbasis der Institutsambulanzakten. Zum Zeitpunkt „Null“ wurden basisdemographische Daten, soziobiographische und ökonomische Daten, sowie die Behandlungsempfehlung erhoben. Nach naturalistischem Studiendesign wurden bei fest definierten Untersuchungszeitpunkten (alle 3 bzw. 6 Monate bis Dokumentationsende) in folgenden Kategorien entsprechende Veränderungen erfasst: Ausbildung, Beruf, Wohnsituation, Familie, Partnerschaft, sozioökonomischer Status; zusätzlich die jeweils verordnete psychopharmakologische Therapie (Wirkstoff, Galenik und Dosis).

Diskussion/Ergebnisse: In die Studie wurde alle Patienten eingeschlossen, welche sich seit Januar 2002 erstmalig in der Essener ADHS-Sprechstunde für Erwachsene vorstellten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind in der kontinuierlich fortgeführten Untersuchung 341 Patienten eingeschlossen. Tendenziell verbesserte sich bei den ADHS-Patienten der soziobiographische und -ökonomische Status in dem untersuchten Beobachtungszeitraum unter psychopharmakologischer Therapie. Die häufigste komorbide Störung waren depressive Erkrankungen. Die medikamentöse Behandlung bestand entweder aus einer Monotherapie mit Methylphenidat oder einem Antidepressivum aus der Gruppe der Serotonin-/Noradrenalinwiederaufnahmehemmer oder aus der Kombination aus beiden Stoffgruppen, während andere Substanzen wie „mood stabilizer“ oder Neuroleptika eher selten waren. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Versorgung von Patienten mit einer ADHS des Erwachsenenalters in einer Spezialsprechstunde mittels vorrangig psychopharmakologischer Therapie mit einer Verbesserung des soziobiographischen und ökonomischen Status assoziiert ist.

0196

Handlungssteuerung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS

Ivo Marx (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Herpertz, K. Konrad, T. Hübner, T. Kircher

Einleitung: Längsschnittstudien zum Verlauf der ADHS haben eine hohe Persistenz der Symptomatik bis in das Erwachsenenalter nachgewiesen. Neben der Veränderung der ADHS-Symptomatik über die Lebensspanne

(Abnahme der motorischen Unruhe bei erwachsenen Patienten) sprechen auch Bildgebungsbefunde und neuropsychologische Studien dafür, dass altersassoziierte cerebrale Reifungsvorgänge zu einer Veränderung des Phänotyps führen. Ziel der vorliegenden Studie war es, unter Verwendung etablierter kognitiver Paradigmen drei altershomogene Gruppen von ADHS-Patienten (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) in einem querschnittlichen Design zu untersuchen, um Veränderungen in der Symptomatik der ADHS im Altersverlauf zu beurteilen. Die Auswahl der zu untersuchenden kognitiven Leistungsbereiche orientierte sich am derzeit diskutierten Endophänotypen-Ansatz von Castellanos & Tannock (2002).

Methode: Wir untersuchten 61 medikamentenfreie ADHS-Probanden im Alter von 7 bis 40 Jahren und verglichen diese mit hinsichtlich Alter und Bildung vergleichbaren gesunden Kontrollen. Die Probanden bearbeiteten Aufgaben zu folgenden kognitiven Bereichen: Arbeitsgedächtnis (n-back), implizites Lernen (serial reaction time task), Interferenzanfälligkeit (stroop task), Verzögerungsaversion (delay aversion) und Zeitschätzung (time discrimination, time production, time reproduction). Als abhängige Variablen wurden Reaktionszeit- und Fehlermaße erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Untersuchungsergebnisse weisen auf Defizite der Probanden mit einer ADHS in der Funktionalität des Arbeitsgedächtnisses, insbesondere in der Gruppe der Kinder, hin. Ferner zeigten sie Defizite in der Effektivität der Nutzung impliziten Wissens, in der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub und bei der Unterscheidung der Dauer zeitlicher Intervalle sowie der Reproduktion vorgegebener Zeitintervalle. Die Ergebnisse belegen ferner die Bedeutsamkeit von Reifungsprozessen für die Geschwindigkeit und Güte von Entscheidungsprozessen. Beispielsweise erzielten Jugendliche und Erwachsene in den Interferenztrials der Stroop-Aufgabe trotz schnellerer Reaktionszeiten weniger Fehler. Beim impliziten Lernen unterliefen den Erwachsenen und Jugendlichen weniger Fehler als den Kindern, sie steigerten ihre Reaktionszeiten schneller und erzielten einen größeren sequenzspezifischen Lerneffekt.

0197

Erste Erfahrungen mit einem computergestützten kognitiven Training bei erwachsenen Patienten mit persistierender ADHS

Bernhard W. Müller (Rheinische Kliniken Essen, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Dotten, K. Krisam, B.-K. Seo, B. Kis, G. Sartory, M. Gastpar, E. Davids

Einleitung: Bei erwachsenen Patienten mit der Diagnose einer persistierenden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigen sich in neuropsychologischen Untersuchungen Beeinträchtigungen in den Bereichen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen. Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Wirksamkeit eines adaptiven kognitiven Trainingsprogramms (RehaCom) zur Unterstützung der ambulanten Pharmakotherapie in einem Wartelisten-Kontrolldesign.

Methode: Bisher wurden N=10 Patienten (DSM-IV ADHS 314.00/1) in die Experimentalgruppe eingeschlossen. Das computergestützte kognitive Training umfasste 3 Trainingsmodule aus dem Bereich basaler Informationsverarbeitung (Vigilanz, akustische Reaktionsfähigkeit und geteilte Aufmerksamkeit) und 3 Module zum Training höherer kognitiver Funktionen (Verbales Gedächtnis, Figurales Gedächtnis und Logisches Denken). Das Training wurde mit 12 einstündigen Sitzungen über einen Zeitraum von vier bis fünf Wochen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Im Trainingsverlauf ergaben sich Leistungsverbesserungen sowohl im Bereich basaler Informationsverarbeitung als auch im Bereich höherer kognitiver Funktionen und das Training wurde gut von den Patienten angenommen. Nach Standardisierung der Leistungsparameter über die verwendeten Module zeigte sich, dass die Patienten im Modul figurales Gedächtnis sehr schnell die maximale Aufgabenschwierigkeit erreichten. In den Modulen verbales Gedächtnis und logisches Denken erreichten sie dagegen eine vergleichsweise geringere Leistungszunahme. Über die Patienten hinweg ergab sich dabei auch

eine erhöhte Variabilität in der Leistungsverbesserung. Im Einsatz eines aus der neurologischen Rehabilitation entlehnten kognitiven Trainingsprogramms können in der klinischen Anwendung bei Patienten mit persistierender ADHS Anpassungen im Bereich der Aufgabenschwierigkeit sinnvoll sein.

0198

Bestimmung der kortikalen Erregbarkeit bei erwachsenen ADHS-Patienten mit Hilfe der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) Vergleich mit Gesunden und Einfluss von Methylphenidat

Melany Richter (Klinik für Psychiatrie, Psychophysiologisches Labor, Würzburg)

K. Zierhut, A. Fallgatter

Einleitung: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird immer stärker als Erkrankung betrachtet, die auch im Erwachsenenalter von Relevanz ist. Die Prävalenz für ADHS im Kindesalter liegt bei etwa 3–5%, wobei mindestens 30–50% der Erkrankungen in das Erwachsenenalter persistieren. Bei Erwachsenen wird eine Prävalenz von 2–3% geschätzt, wobei ADHS in den meisten Fällen mit mindestens einer weiteren psychiatrischen Erkrankung einhergeht, vor allem mit Angststörungen und Suchterkrankungen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Dysfunktion der Kontrolle und/oder Regulation motorischer Abläufe aufgrund defizitärer Inhibitionsprozesse vor allem für die Hyperaktivität verantwortlich sein könnte (Moll et al. 2001). Inwieweit Inhibitionsprozesse einen Beitrag dazu leisten, lässt sich mit Hilfe der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) feststellen. Die TMS ist ein Verfahren, mit dem Messungen inhibitorischer Hirnfunktionen nicht-invasiv und mit für Patienten zeitlich geringem Aufwand ausreichend reliabel messbar sind. In der hier vorgestellten Studie wurden Einzel- und Doppelpulse appliziert, um Rückschlüsse auf veränderte kortikale Erregbarkeit bei ADHS-Patienten ziehen zu können.

Methode: Es wurden 10 erwachsene, unmedizierte ADHS-Patienten gemessen und mit 10 gesunden, altersangepassten Kontrollpersonen verglichen. Darüber hinaus werden die Befunde der unmedizierten Patienten mit ersten Daten mit Methylphenidat medizierter Patienten verglichen. Die Stimulation erfolgte über dem kortikalen Motorareal des rechten Daumens (Musculus abductor pollicis brevis (APB)). Es wurden der Schwellenwert zur Auslösung eines motorisch evozierten Potentials (MEP) am ruhenden Muskel bestimmt (RMT) sowie die Latenz des MEPs. Als Maße der kortikalen Erregbarkeit wurden die intrakortikale Inhibition (ICI) und Fazilitation (ICF) nach Kujirai und Kollegen (1993) für verschiedene Interstimulusintervalle bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Es fanden sich bezüglich der RMT und der Latenz des MEPs keine Unterschiede zwischen ADHS-Patienten und gesunden Kontrollen. In der ADHS-Gruppe wurde nur eine knapp tendenzielle Inhibition festgestellt, in der Normgruppe hingegen signifikante Inhibition sowie Fazilitation. Im Intergruppenvergleich zeigte sich signifikant stärkere Inhibition bei gesunden Personen ohne Unterschiede hinsichtlich der Fazilitation. Erste Daten von medizierten Patienten deuten auf eine Normalisierung der Exzitabilität unter Methylphenidat hin. Diese Befunde replizieren die Ergebnisse an Kindern von Moll und Kollegen (2000) erstmals für erwachsene ADHS-Patienten. Weitere und größere Studien an erwachsenen ADHS-Patienten sind zur statistischen Absicherung dieses Befundes notwendig.

0199

Therapie mit langwirksamen Methylphenidat (OROS®-MPH) zeigt gute Wirksamkeit und Verträglichkeit und verbessert die Lebensqualität von ADHS Patienten und deren Angehörigen

Ludger Hargarter (Janssen-Cilag GmbH, Medizin und Forschung, Neuss)
G. Martin, F. Matthejat

Einleitung: Aufmerksamkeit-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung ist die häufigste psychiatrische Erkrankung des Kinder- und Jugendalters.

Leitlinien empfehlen Methylphenidat als Goldstandard medikamentöser Therapie. Neben Beeinträchtigungen schulischer Leistungen und der sozialen Entwicklung der Patienten stellt ADHS eine Belastung für Angehörige, Freunde und Lehrer dar. Besonders die Lebensqualität der Angehörigen von unbehandelten Patienten kann reduziert sein. Ziel der vorliegenden Untersuchung war, die Wirksamkeit, Verträglichkeit von OROS®-MPH (Concerta®) und den Einfluss auf die Lebensqualität der ADHS-Patienten unter Routinebedingungen zu dokumentieren, die unzureichend mit kurzwirksamen MPH (IR-MPH) vorbehandelt waren.

Methode: Interimanalyse einer prospektiven, offenen, multizentrischen, nicht interventionellen Studie über 12 Wochen bei Patienten mit ADHS im Alter von 6–18 Jahren. Dokumentiert wurden die Behandlungen von Patienten, die mit IR-MPH unzureichend behandelt waren und bei denen der Behandler nach medizinischer Indikation eine Umstellung auf OROS®-MPH in flexibler Dosierung vorgenommen hatte.

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlungsverläufe von 296 Patienten (ITT-Gruppe; mittleres Alter 10,4±2,5 Jahre; 85% männlich) wurden dokumentiert. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 89±31 Tage. Zum Studienendpunkt erhielten 30% der Patienten 1×täglich 18 mg OROS®-MPH, 54% 36 mg, 14% 54 mg und 2% 72 mg. Die Symptomatik verbesserte sich im Elterngesamturteil (IOWA Connors' Parent Rating Scale) von 29±11 auf 19±11 Punkte zu Studienende ($p<0,0001$). Im Verlauf der Dokumentation verbesserte sich die Lebensqualität signifikant im ILK-Elternbogen von 29±6 auf 25±6 Punkte und im ILK-Kinderbogen von 21±5 auf 18±5 Punkte ($p<0,0001$). Das Funktionsniveau der Patienten (C-GAS) besserte sich signifikant um 12±14 Punkte ($p<0,0001$). Den klinischen Gesamteindruck (CGI) schätzten die Ärzte bei 77% der behandelten Kinder als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Die Effektivität der Behandlung wurde von den Ärzten in 76% als „gut“ oder „sehr gut“, von den Eltern in 77% als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet. Die Verträglichkeit wurde von den Ärzten bei 87%, von den Eltern bei 85% der behandelten Kinder als „gut“ oder „sehr gut“ eingestuft. Unerwünschte Ereignisse traten in gleicher Häufigkeit wie in anderen Studien unter Therapie mit MPH auf. 5,7% ($n=17$) klagten über Schlafstörungen und 2,7% ($n=8$) über Nervosität. Schlafqualität und Appetit der Patienten veränderte sich nach Umstellung auf OROS®-MPH nicht. Signifikante Veränderungen von Blutdruck und Herzfrequenz der Studienpatienten waren nicht feststellbar. Schlussfolgerungen: Bei gleichbleibender Verträglichkeit kam es bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS nach Umstellung von IR-MPH auf OROS®-MPH (Concerta®) einmal täglich zu einer signifikanten Verbesserung der Wirksamkeit und Lebensqualität. Die Lebensqualität der Angehörigen besserte sich signifikant.

0200

Beziehung zwischen der Wirksamkeit von Methylphenidat und der Verfügbarkeit des Dopamintransporters bei Erwachsenen mit ADHS

Johanna Krause (Praxis, Ottobrunn)

C. la Fougere, K.-H. Krause, S. Dresel

Einleitung: Eine Erhöhung der striatalen Dopamintransporter (DAT)-Verfügbarkeit bei Patienten mit ADHS ist beschrieben. Einige der von uns untersuchten Patienten wiesen jedoch niedrige DAT-Werte auf. In dieser Studie soll geklärt werden, ob diese Patienten möglicherweise schlechter auf die Therapie mit Methylphenidat (MPH) ansprechen als die mit erhöhten DAT-Werten.

Methode: Bei 22 unbehandelten erwachsenen Patienten mit ADHS, die nicht rauchten, wurde die striatale DAT-Verfügbarkeit mittels TRODAT1-SPECT bestimmt. Wegen der Altersabhängigkeit der DAT-Werte wurde die DAT-Verfügbarkeit als Prozentsatz der Abweichung von gesunden Kontrollpersonen der gleichen Altersgruppe ausgedrückt. Nach der SPECT-Untersuchung wurden die Patienten mit MPH in einer initialen Dosierung von 5 mg mit nachfolgender Titrierung bis 60 mg pro Tag behandelt. Nach 10 Wochen erfolgte die Beurteilung des Therapieerfolges mittels CGI-Skala. Patienten mit einem Wert >3 wurden als Non-Responder klassifiziert. Die DAT-Verfügbarkeit in der

Gruppe der Non-Responder wurde mit der der Responder (<4 in der CGI-Skala) mittels t-Test verglichen. Außerdem wurden die Gruppen hinsichtlich Ausprägung der ADHS mittels der Werte für die „Clinical global impression“ verglichen. Eine Regression erfolgte für die Werte der DAT-Verfügbarkeit und dem klinischen Ansprechen gemäß CGI-Skala.

Diskussion/Ergebnisse: Sechs Patienten wurden als Non-Responder klassifiziert, 16 als Responder. Der Schweregrad der Erkrankung unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen. Die DAT-Verfügbarkeit als Prozentwert gesunder Kontrollpersonen der gleichen Altersgruppe betrug $-8,2\pm17,1$ für die Non-Responder, verglichen mit $+23,8\pm11,7$ für die Responder ($p<0,001$). Fünf Patienten zeigten eine DAT-Verfügbarkeit unter der des Kontrollkollektivs; diese Patienten waren sämtlich Non-Responder. Der CGI-Wert für diese fünf Patienten lag bei $4,2\pm0,4$, verglichen mit $2,0\pm0,9$ bei den 17 Patienten mit erhöhter DAT-Verfügbarkeit ($p<0,001$). Die Regressionsanalyse zeigte eine signifikante negative Beziehung zwischen DAT-Verfügbarkeit und den Werten für die klinische Besserung. Gemäß diesen Resultaten sprechen ADHS-Patienten mit initial hoher DAT-Verfügbarkeit besser auf die Behandlung mit MPH an als die mit niedriger.

0201

Behandlung von ADHS bei Kindern in Deutschland: Offene Studie zur Effektivität und Verträglichkeit von Atomoxetin aus Sicht von Arzt, Eltern und Patient

Peter Wehmeier (Lilly Deutschland GmbH, Medizin – Neurologie/Psych., Bad Homburg)

R. Dittmann, M. Lehmann, A. Schacht, K. Helsing, G. Lehmkuhl

Einleitung: Einleitung: Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Atomoxetin bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS wurden in mehreren Doppelblindstudien nachgewiesen. Primär wurden dabei vom Arzt ausgefüllte Rating-Skalen (ADHD-RS, CGI) verwendet. Die Wahrnehmung der ADHS-bedingten Schwierigkeiten durch Eltern bzw. Patient kann sich aber von der des Arztes unterscheiden. Um solche Unterschiede aufzudecken, wurde eine multizentrische 24-Wochen-Studie mit Atomoxetin bei Kindern mit ADHS durchgeführt.

Methode: Methodik: Einbezogen waren Kinder von 6–11 Jahren mit ADHS nach DSM-IV, die ambulant von Kinder- und Jugendpsychiatern oder Pädiatern behandelt wurden. Alle Patienten erhielten 8 Wochen lang Atomoxetin (erste Woche 0,5 mg/kg täglich, danach 1,2 mg/kg), danach konnte 16 Wochen mit flexibler Dosierung weiterbehandelt werden. Die Wahrnehmung der ADHS-bezogenen Schwierigkeiten wurde mit einer Skala erfasst, bei der 5 ADHS-bezogene Problembereiche jeweils von Eltern, Patient und Arzt von 1–7 (1 = gar nicht schwierig, normal; 7 = äußerst schwierig) bewertet wurden (Global Impression of Perceived Difficulties, GIPD; primäres Zielkriterium). Zusätzlich wurden die ADHD Rating Scale, CGI, Verhalten morgens und abends (WREMB-R), Schlafqualität (O'Brien Sleep Questionnaire) sowie unerwünschte Ereignisse erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse/Diskussion: 262 Kinder wurden mit Atomoxetin behandelt (81,3% Jungen, Alter $8,8\pm1,5$ Jahre, 80,9% vorbehandelt), davon 202 (77,1%) über 8 Wochen und 149 (56,9%) über 24 Wochen. Die wahrgenommenen ADHS-bezogenen Schwierigkeiten waren an Baseline aus Sicht der Ärzte am höchsten, der Eltern geringer, und der Patienten am niedrigsten (GIPD, MW±SD: Arzt $21,1\pm5,7$; Eltern $19,4\pm5,9$; Patient $13,4\pm5,8$). Die Übereinstimmung war am höchsten zwischen Eltern und Ärzten (Kappa Eltern/Arzt: 0,502; Patient/Eltern: 0,121; Patient/Arzt: 0,112). Die Veränderungen bewerteten die Ärzte stärker als die Patienten (GIPD-Änderung bis Woche 24, LOCF: Arzt $-5,2\pm8,2$; Eltern $3,8\pm7,8$, Patient $-2,9\pm6,5$). Der ADHD-RS Score sank von $35,2\pm10,6$ auf $22,8\pm13,9$ (LOCF Woche 24). CGI, WREMB-R und Schlafqualität besserten sich. Unerwünschte Ereignisse mit möglichem Therapiezusammenhang wurden für 47,7% der Patienten berichtet, am häufigsten Müdigkeit (19,8%), Übelkeit (13,4%), Kopfschmerz (8,0%), Magenschmerzen (7,3%), Anorexie und Appetitverlust (je 5,3%).

0202

Behandlung von ADHS bei Jugendlichen in Deutschland: Offene Studie zur Effektivität und Verträglichkeit von Atomoxetin aus Sicht von Arzt, Eltern und Patient

Ralf Dittmann (Lilly Deutschland GmbH, Kinder- u. Jugendpsychosomatik, Bad Homburg)

P. Wehmeier, M. Lehmann, A. Schacht, K. Helsberg, G. Lehmkuhl

Einleitung: Einleitung: Die Wahrnehmung von ADHS-bedingten Schwierigkeiten des Patienten durch Eltern bzw. Patient kann sich von der des Arztes unterscheiden. Um solche Unterschiede zu untersuchen, wurde eine multizentrische 24-Wochen-Studien mit Atomoxetin bei Jugendlichen mit ADHS durchgeführt.

Methode: Methodik: Einbezogen waren Jugendliche von 12- <18 Jahren mit ADHS nach DSM-IV, die ambulant von Kinder- und Jugendpsychiatern oder Pädiatern behandelt wurden. Alle Patienten erhielten 8 Wochen lang Atomoxetin (erste Woche 0,5 mg/kg täglich, danach 1,2 mg/kg), danach konnte 16 Wochen mit flexibler Dosierung weiterbehandelt werden. Die Wahrnehmung der ADHS-bezogenen Schwierigkeiten wurde mit einer Skala erfasst, bei der 5 ADHS-bezogene Problembereiche jeweils von Eltern, Patient und Arzt von 1-7 (1 = gar nicht schwierig, normal; 7 = äußerst schwierig) bewertet wurden (Global Impression of Perceived Difficulties, GIPD; primäres Zielkriterium). Zusätzlich wurden die ADHD Rating Scale, CGI, das Verhalten morgens und abends (WREMB-R), das Selbstwertgefühl des Patienten (Rosenberg Self Esteem Scale) sowie unerwünschte Ereignisse erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse/Diskussion: 159 Jugendliche wurden mit Atomoxetin behandelt (78,6% Jungen, Alter 14,1±1,5 Jahre, 86,2% vorbehandelt), davon 132 (83,0%) über 8 Wochen und 115 (72,3%) über 24 Wochen. Die wahrgenommenen ADHS-bezogenen Schwierigkeiten waren an Baseline aus Sicht der Ärzte am höchsten, der Eltern geringer und der der Kindern selbst am niedrigsten (GIPD, MW ± SD: Arzt 18,8±6,0; Eltern 17,2±6,3; Patient 12,5±5,8). Die Übereinstimmung war am höchsten zwischen Eltern und Ärzten (Kappa Eltern/Arzt: 0,533; Patient/Eltern: 0,221; Patient/Arzt: 0,186). Die Veränderungen bewerteten die Ärzte stärker als die Patienten (GIPD-Änderung bis Woche 24, LOCF: Arzt -6,8±7,3; Eltern -5,3±7,6; Patient -2,7±6,1). Der ADHD-RS Score sank von 28,4±10,1 auf 13,3±10,3 (LOCF Woche 24). CGI, WREMB-R und Selbstwertgefühl der Jugendlichen besserten sich. Unerwünschte Ereignisse mit möglichem Therapiezusammenhang wurden für 51,6% der Patienten berichtet, am häufigsten Müdigkeit (26,4%), Übelkeit (13,8%), Kopfschmerz (9,4%), Magenschmerzen und Appetitverlust (je 6,9%), Benommenheit und Erbrechen (je 5,7%).

0203

Atomoxetin Klinische Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter

Henryk Zamorski (Universität Rostock, Station 2, Kinder- u. Jugendpsychiatrie)

J. Buchmann, C. Göhre, R. Nordbeck, F. Häßler

Einleitung: Seit ca. eineinhalb Jahren ist der Wirkstoff Atomoxetin (ATX) in der Behandlung des ADHS in Deutschland zugelassen. Wir berichten über unsere klinischen Erfahrungen mit ATX bzgl. Wirksamkeit und Verträglichkeit.

Methode: Wir untersuchten bisher 34 ambulante, teilstationäre, stationäre und Forensik-Patienten (Altersmittelwert 129+/-41 Monate; IQ-Mittelwert 97,6), die unter einer AD(H)S-Symptomatik leiden und mit ATX behandelt wurden, im Prä-Post-Vergleich mit der Conners-Rating-Scale sowie altersentsprechenden Konzentrationstestverfahren (d2, KVVH, TAP, DL-KG, DL-KE).

Diskussion/Ergebnisse: Bei 29 Patienten handelte es sich um eine Medikamentenumstellung (Vormedikation in der Regel Methylphenidat), lediglich 5 Kinder wurden naiv auf ATX eingestellt. Die durchschnittliche Dosierung betrug 1,02 mg/kg/KG (0,5-1,6 mg/kg/KG). Bei 67,6% der Patienten konnte eine Verbesserung im Conners-Wert und/oder eine verbesserte Testleistung im Konzentrationstest unter ATX festge-

stellt werden. Im Durchschnitt sank der Conners-Score von 16,75 auf 9,75 ($p < 0,01$). Die Wirksamkeit in der naiv eingestellten Untergruppe unterschied sich dabei nicht von den Patienten mit Vormedikation. Als Nebenwirkungen wurden Einschlafstörungen ($n=3$), erhöhte Transaminasen ($n=1$) und sexuelle Dysfunktionen beobachtet ($n=1$), die teilweise zur Absetzung des Medikaments führten. In 5 bzw. 2 Fällen wurde ATX mit Risperidon bzw. Methylphenidat kombiniert. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie erscheint es überlegenswert, ATX als Medikament der ersten Wahl für die medikamentöse AD(H)S-Therapie einzusetzen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.4

S-052 Symposium**Forschungsergebnisse aus dem Kompetenznetzwerk ADHS bei Erwachsenen**

Vorsitz: M. Johann (Regensburg), M. Rösler (Homburg)

0254

Subtypenunterschiede bei erwachsenen Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Esther Sobanski (ZI für Seelische Gesundheit, Spezialambulanz ADHS, Mannheim)

Einleitung: Gemäss DSM-IV wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in den kombinierten [DSM-IV: 314.01], unaufmerksamen [DSM-IV: 314.00] und hyperaktiv-impulsiven Subtyp eingeteilt, wobei der hyperaktiv-impulsive Subtyp im Erwachsenenalter eine untergeordnete Rolle einnimmt. Bisher liegen in der wissenschaftlichen Literatur zwei Untersuchungen zu Subtypenunterschieden bei erwachsenen ADHS-Patienten vor. Hierbei zeigte eine Untersuchung mehr Suchterkrankungen und einen schlechteren psychosozialen Outcome beim kombinierten Typ, während die andere Untersuchung keine Unterschiede hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität und Funktionsniveau nachwies.

Methode: In einer noch nicht abgeschlossenen multizentrischen Studie wurden $n=122$ Patienten einer Inanspruchnahmepopulation universitärer ADHS-Spezialambulanzen mit standardisierten Instrumenten untersucht. Von diesen erfüllten $n=75$ die diagnostischen Kriterien einer ADHS entsprechend DSM-IV und wurden ausführlich hinsichtlich demographischer Variablen, Intelligenz, psychosozialem Funktionsniveau und psychiatrischer Komorbidität charakterisiert. Hierbei sollte u.a. überprüft werden, ob die ADHS-Subtypen Unterschiede in den untersuchten Merkmalen aufweisen.

Diskussion/Ergebnisse: Entsprechend DSM-IV-Kriterien wurden $n=33$ dem kombinierten, $n=36$ dem unaufmerksamen und $n=6$ Patienten dem hyperaktiv-impulsiven Subtyp zugeordnet. Zwischen kombiniertem und unaufmerksamen Subtyp fanden sich keine Unterschiede in den demographischen Variablen (33,0 vs. 34,7 Jahre; 54% vs. 63,9% Männer; 24,2% vs. 25% verheiratet), im Intelligenzniveau (IQ: 104,9 vs. 105,4) und in der Häufigkeit einer vordiagnostizierten ADHS (25,8% vs. 33,3%). Patienten mit kombiniertem Typ berichteten signifikant mehr Schwierigkeiten im Familienleben, öffentlichen und Paarbeziehungen sowie im Verkehr, während sich keine Subtypenunterschiede beim Schulabschluss, Beschäftigungsumfang, Berufsausübung, Umgang mit Geld, Alltagsorganisation und im Freizeitverhalten fanden. Die psychiatrische Lebenszeitkomorbidität (84,8% vs. 72,2%), Häufigkeit einzelner psychiatrischer Erkrankungen und Häufigkeit psychiatrischer Vorbehandlungen (58,1% bzw. 72,2%) war bei den Subtypen vergleichbar hoch. Allerdings berichteten Patienten mit kombiniertem Typ signifikant häufiger über Suizidvorstellungen bzw. handlungen. Unsere Ergebnisse weisen daraufhin, dass bei erwachsenen ADHS-Pa-

tienten Subtypenunterschiede im Funktionsniveau vorliegen und beim kombinierten Typ stärkere Beeinträchtigungen der sozialen Beziehungen bestehen. Die bei beiden Subtypen vorliegende hohe Rate weiterer psychiatrischer Erkrankungen bestätigt frühere Untersuchungen über ein erhöhtes Risiko psychiatrischer Komorbidität bei Erwachsenen mit ADHS. Erstmals fanden sich Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko beim kombinierten im Vgl. zum unaufmerksamen Typ.

0255

ADHS und Substanzabhängigkeit: Bedeutung des Methylphenidat-Missbrauchs

Willi Unglaub (Uni Regensburg im BZK, Bereich Psychiatrie)
H. Bade, A. Hanke, N. Wodarz, S. König, M. Johann

Einleitung: Nach heutigem Kenntnisstand leiden etwa 30–50% der Suchtkranken an einem Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Aus Metaanalysen ist bekannt, dass das Risiko bei ADHS eine Abhängigkeit zu entwickeln auf das 3 bis 4fache erhöht ist. Werden Kinder mit Methylphenidat (MPH) behandelt, kann dieses Risiko um den Faktor 1 bis 2 reduziert werden. Allerdings darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass auch MPH als psychotrope Substanz ein Abhängigkeitspotential besitzt und missbraucht werden kann. Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass das komorbide Auftreten von ADHS und Abhängigkeitserkrankung Beginn, Schwere und Verlauf der Abhängigkeitserkrankung negativ beeinflusst. Aus eigenen Untersuchungen an über 550 alkoholabhängigen Patienten zeigten sich signifikante Risikoprofile bei Vorliegen eines ADHS-(+) mit früherem Beginn abhängigkeitsspezifischer Symptome, häufigeren justitialen Belastungen sowie vermehrten Suizidgedanken im Vergleich zur ADHS-(-)negativen Gruppe. Darüber hinaus wiesen ADHS-(+) annähernd drei Mal häufiger die Kriterien der antisozialen Persönlichkeitsstörung mit frühestem Beginn der Alkoholabhängigkeit auf.

Methode: In einer Pilotuntersuchung wurden 80 erwachsene Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung hinsichtlich ihres Missbrauchspotentials von MPH untersucht. ADHS wurde mittels der deutschen Versionen der Wender Utah Rating Scale (WURS), sowie der Selbstbeurteilungsskala für ADHS im Erwachsenenalter (ADHS-SB) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt ergaben sich in etwa 17% Hinweise auf einen derartigen Missbrauch von MPH. Im Vortrag wird dargestellt, inwieweit dieser Missbrauch mit Daten aus der Suchtanamnese (Substanzmuster, Konsumdauer, Substitutionsmittel), biographischen Angaben oder einem „life-time“ oder persistierenden ADHS in Zusammenhang stehen könnte.

0256

Was kann die Neuropsychologie zur Diagnose und Behandlung eines ADHS beitragen?

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)
C. G. Bähne, M. M. Richter, M. M. Schecklmann, M. M. Plichta, A.-C. Ehls

Einleitung: Unter der Diagnose „ADHS“ verbergen sich wahrscheinlich mehrere unterschiedliche Erkrankungen, die durch Beobachtungen des klinischen Phänotyps nur unzureichend differenziert werden können. Deshalb wird in der ADHS-Forschung zunehmend versucht, meist auf neurobiologischen Messungen beruhende intermediäre Phänotypen (Endophänotypen) zu finden, die verschiedene dem ADHS zugrunde liegenden Erkrankungen besser unterscheiden können. Eine gestörte Inhibitionsfähigkeit (response inhibition), verursacht durch eine Funktionsstörung medialer präfrontaler Kortextareale, gehört zu den am besten validierten Kandidaten für solche Endophänotypen des ADHS.

Methode: Mit einer einfachen und nebenwirkungsfreien Methode (Continuous Performance Test (CPT) mit gleichzeitig abgeleitetem

21 Kanal-EEG), ist es möglich, ein elektrophysiologisches Korrelat (NoGo-Anteriorisierung, NGA) dieser bei Inhibitionsprozessen wichtigen medialen präfrontalen Hirnfunktion mit hoher inter-individueller Stabilität, Kurz- und Langzeit Test-Retest Reliabilität sowie von Alter und Geschlecht der Probanden unabhängig zu messen.

Diskussion/Ergebnisse: Diese NGA zeigte sich bei 24 erwachsenen Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und zusätzlichen Hinweisen auf ein ADHS in der Kindheit vermindert im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht angepassten gesunden Kontrollen. Eine Dysfunktion des medialen präfrontalen Kortex bei diesen Patienten konnte in einer dreidimensionalen Quellenlokalisierung mit der LORETA-Methode direkt nachgewiesen werden. Gleichartige Hinweise auf eine Funktionsstörung des medialen präfrontalen Kortex wurden auch bei Jungen mit einem ADHS festgestellt. Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass erwachsene ADHS-Patienten mit einer initial niedrigen NGA und damit einer gestörten medialen präfrontalen Hirnfunktion besonders gut von einer Therapie mit Methylphenidat profitieren könnten. In zukünftigen Studien soll geprüft werden, ob dieser einfache und nebenwirkungsfreie elektrophysiologische Endophänotyp der NGA zur Auswahl von für eine Methylphenidat-Behandlung besonders gut profitierenden Patienten geeignet ist und auch Therapieeffekte auf neurophysiologischer Ebene messen kann.

0257

Differentialtherapeutische Gesichtspunkte bei ADHS

Ernst Davids (Rheinische Kliniken Essen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0258

ADHS bei Patienten mit „Pathologischem Glücksspiel“

Wolfgang Retz (Universität des Saarlandes, Neurozentrum, IGPUP, Homburg)
J. Schmitt, M. Vogelgesang, M. Rösler

Einleitung: Über die konzeptionelle Einordnung des pathologischen Glücksspiels (PGS) in die Gruppe der Impulskontrollstörungen herrscht Uneinigkeit. Es handelt sich um eine Verhaltensstörung, die psychopathologisch sowohl mit affektiven Störungen als auch mit Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen zahlreiche Überlappungen aufweist und selten ohne psychiatrische Komorbiditäten auftritt.

Methode: Es wurden 84 Patienten (Alter 39,9±7,6 J., 86,9% männlich) mit der Diagnose PGS (ICD-10 F63.0) in die Studie aufgenommen und mittels standardisierter Instrumente (WURS-k, ADHS-SB, ADHS-DC) auf das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik untersucht. Als Kontrollgruppe dienten 777 Patienten, bei denen stoffgebundene Suchterkrankungen bestanden. In beiden Gruppen wurden komorbide Störungen gemäß ICD-10 und psychopathologische Syndrome mittels SCL-90R erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In der Gruppe mit PGS ergab sich eine Life-time-Prävalenz von 40,5% (KG: 17,4%). Eine persistierende ADHS wurde bei 15,5% der Patienten mit PGS und 5,8% der KG gefunden. Probanden mit PGS+ADHS unterschieden sich von Probanden mit reiner PGS durch eine höhere Belastung mit zusätzlich vorhandenen alkoholbedingten Störungen (76,9% vs. 44,0%) und eine höhere Komorbidität mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen (23,1% vs. 2,0%). Insgesamt lag in der Gruppe mit PGS+ADHS mit durchschnittlich 3,4 Diagnosen die Komorbiditätsbelastung im Vergleich zur Probanden mit reiner PGS (2,3 Diagnosen) höher. Auch hinsichtlich psychopathologischer Syndrome nach SCL-90R unterschieden sich die Gruppen signifikant. Die Studie zeigt, dass ein hoher Anteil pathologischer Glücksspieler an ADHS leidet. Es handelt sich um eine Subgruppe von Spielern, die besonders stark mit weiteren komorbiden Störungen belastet ist und der bei der Behandlung spezielles Augenmerk geschenkt werden sollte.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 04/05

ST-010 State-of-the-Art-Symposium

ADHS im Erwachsenenalter

Vorsitz: M. Rösler (Homburg), B. Heßlinger (Freiburg)

0019

Diagnostik der ADHS bei Erwachsenen

Michael Rösler (Universität des Saarlandes, Neutrozentrum IGPUP, Homburg)

Epidemiologie, Diagnostik und Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine im Kindesalter beginnende Erkrankung, die zur Zeit der Einschulung eine Prävalenz von 6–9 % besitzt. Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass ADHS als Teilsymptomatik oder in voller Ausprägung bei bis zu 60% der Betroffenen bestehen bleiben kann. Nach epidemiologischen Untersuchungen in den USA beträgt die ADHS Prävalenz bei Erwachsenen ca. 4%. Die zentrale Symptomatik der ADHS besteht in allen Lebensaltern aus den psychopathologischen Syndromen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität. Bei Erwachsenen treten Phänomene der Desorganisation und der emotionalen Dysregulation hinzu. Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist ein klinischer Entscheidungsprozess. Ein wie auch immer gearteter biologischer oder sonstiger Test, mit dem die Diagnose gesichert werden kann, steht nicht zur Verfügung. Im Zentrum steht dabei der Nachweis der 18 diagnostischen Kriterien, die von DSM-IV und ICD-10Fo genannt werden. Die aktuelle Querschnittssymptomatik kann neben der klinischen Beschreibung auch mit speziellen ADHS Skalen erfasst werden. ADHS tritt bei Erwachsenen meist nicht als isolierte Störung auf. Charakteristisch ist vielmehr das Auftreten von einem oder mehreren komorbiden Leiden. Die häufigsten sind Substanzgebrauch, Persönlichkeitsstörungen, affektive Leiden und Angststörungen. Es handelt sich um eine Erkrankung mit ungewöhnlich starker genetischer Verankerung. Die Konkordanzraten in formalgenetischen Untersuchungen mit eineiigen Zwillingen liegen zwischen 0.7 und 0.9. Hinsichtlich möglicher pathogenetischer Mechanismen werden Funktionsabweichungen in verschiedenen zentralen Transmittersystemen diskutiert, wobei man sich an der Beobachtung orientiert, dass Substanzen, die den Dopamintransporter bzw. den Noradrenalintransporter inhibieren, therapeutische Wirkung besitzen. In bildgebenden Untersuchungstechniken wie PET, CCT, MRI, fMRI fanden sich Verminderungen des Volumens im präfrontalen Cortex mit Schwerpunkt in der rechten Hemisphäre. Mit wechselnder Seitenlokalisation wurden Volumenminderungen im Caudatus und auch im Globus pallidus beschrieben. Schließlich fand sich auch eine Verminderung des Kleinhirnvolumens. Die verfügbaren fMRI Daten haben zur Formulierung der Hypothese einer präfrontalen Dysfunktion bei ADHS Anlass gegeben, die in kausale Verbindung mit einer Störung der exekutiven Funktionen gebracht wird. Diese Modellvorstellungen werden durch neuropsychologische Untersuchungen ergänzt, die bei Erwachsenen mit ADHS Störungen des Arbeitsgedächtnisses ergeben haben.

0020

Behandlung der ADHS bei Erwachsenen

Bernd Heßlinger (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Aus der klinischen Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter leitet sich nicht au-

tomatisch eine Behandlungsnotwendigkeit ab. Es wird empfohlen, eine Behandlung dann zu beginnen, wenn – nach Durchführung einer vollständigen psychiatrischen Längs- und Querschnittuntersuchung – eindeutig durch ADHS verursachte krankheitswertige Symptome bestehen, ausgeprägte Störungen in mindestens einem Lebensbereich, oder weniger ausgeprägte Störungen in mehreren Lebensbereichen. Behandlungsoptionen der ADHS bei Erwachsenen sind pharmakologische Therapien und psychotherapeutische Verfahren, die störungsspezifische Elemente berücksichtigen. Beide Therapieverfahren sollten kombiniert angewendet werden. Die Stimulanzienbehandlung mit Methylphenidat ist medikamentöse Therapie der ersten Wahl und zeigt starke Effekte. Meta-Analysen von doppel-blinden, plazebo-kontrollierten Studien geben die mittlere Effektstärke im Erwachsenenalter mit 0.9 und bei Therapieoptimierung zu höheren Dosierungen mit 1.3 an. Studien zur Untersuchung der Langzeiteffekte und die Zulassung im Erwachsenenalter stehen aber noch aus. Zur Psychotherapie wurden in letzter Zeit Studien auch multizentrisch und mit größeren Fallzahlen durchgeführt, die positive Effekte von symptomorientierten Therapieprogrammen zeigen. Komorbide Störungen, die eine große Relevanz bei der ADHS im Erwachsenenalter haben, sollten bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Weiterführende Literatur: Deutschsprachige Leitlinien zur ADHS im Erwachsenenalter unter: www.dgppn.de/stellungnahmen Krause J und Krause KH (2005) ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer-Verlag, 2. Auflage. Hessler B, Philippen A., Richter H (2004) Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – Ein Arbeitsbuch. Hogrefe-Verlag.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Dachgarten

S-069 Symposium

Symposium der DGKJP: ADHS

Vorsitz: J. Hebebrand (Essen), A. Warnke (Würzburg)

0338

Neue genetische Forschungsergebnisse bei ADHS

Johannes Hebebrand (Rheinische Kliniken Essen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist mit einer Prävalenz von 3–7% eine häufige kinder- und jugendpsychiatrische Störung. Auf der Basis formalgenetischer Studien ergibt sich eine Heritabilitätsschätzung von 60–80% für ADHS mit einem ca. 5-fach erhöhten Risiko für erstgradige Verwandte von Betroffenen. Bislang vier Genomscans lieferten potentiell relevante chromosomale Regionen, insbesondere den einheitlichen Kopplungsbefund auf 5p13. Aus einer Vielzahl von Assoziationsstudien zu Kandidatengenen deuten aktuelle Metaanalysen auf die Relevanz der Gene der dopaminergen Rezeptoren DRD4 und DRD5 sowie des serotonergen Rezeptors HTR1B und des Synaptosomal Assoziierten Proteins (SNAP-25). In Tiermodellen liegen vorwiegend Paradigmen für Hyperaktivität vor; diese sind in Knockout- und Quantitative Trait Loci (QTL) Designs mit viel versprechenden Ergebnissen zum dopaminergen System untersucht worden. Es ist davon auszugehen, dass erst das Zusammenwirken verschiedener Gen-Varianten mit jeweils moderatem bis hin zu kleinem Effekt den Phänotyp ADHS bedingen (Oligo-/ Polygenie) und bei verschiedenen Betroffenen unterschiedliche Kombinationen von prädisponierenden Gen-Polymorphismen zu ADHS führen können. Entsprechend sind für molekulargenetische Studien große Fallzahlen notwendig und die bisherigen Befunde als vorläufig zu interpretieren. Zukunftsweisend für die molekulargenetische Aufklärung von

ADHS sind SNP-basierte Genomscans, mit denen 100.000–500.000 einzelne Polymorphismen (SNPs) gleichzeitig untersucht werden können. Tiermodelle liefern Hinweise auf die Funktion relevanter Kandidatengene und tragen zur Erweiterung der bislang teilweise widersprüchlichen Kenntnisse zur Neurobiologie des ADHS bei.

0339

Strukturelle und funktionelle Bildgebung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Kerstin Konrad (RWTH Aachen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
G. R. Fink, B. Herpertz-Dahlmann

In diesem Übersichtsvortrag sollen neuere Befunde zu Veränderungen in der Neuroanatomie sowie in der funktionellen Organisation des Gehirns bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorgestellt werden. Dabei wird der Schwerpunkt auf Studien mit der Magnetresonanztomographie (MRT), der Diffusionstensor-Bildgebung und der funktionellen Bildgebung mit dem fMRT liegen. Neben Befunden zu neuronalen Korrelaten von Aufmerksamkeits- und Inhibitionseleistungen werden auch neuere Ansätze zur Untersuchung der funktionellen Konnektivität bei ADHS vorgestellt werden. Ferner sollen entwicklungspsychiatrische Aspekte des ADHS im Zusammenhang mit Reifungsprozessen des Gehirns diskutiert sowie auf Langzeiteffekte von Stimulanzien auf die strukturelle und funktionelle Organisation des Gehirns eingegangen werden. Abschließend sollen die Grenzen und Chancen von Bildgebungsdaten hinsichtlich der Diagnostik und Therapie des ADHS kritisch betrachtet werden.

0340

Komorbidität und Verlaufaspekte bei ADHS

Susanne Walitza (Universitätsklinik Würzburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
A. Warnke, M. Romanos, C. Jacob, J. Romanos, M. Heine

Einleitung: Die Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitätsstörung beginnt im Kindesalter vor dem 7. Lebensjahr und ist mit einer Prävalenz von 5–7 % (DSM-IV-TR) eine der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen. Bei mehr als 50% der Patienten setzt sich die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter fort. Nach epidemiologischen Studien liegt die Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter bei ca. 4% (Kessler et al., 2006). Die Erkrankung geht sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch bei betroffenen Erwachsenen mit einem hohen Risiko komorbider psychischer Störungen einher.

Methode: In einer eigenen Studie konnten 223 Kinder und Jugendliche ($\frac{2}{3}$ davon betroffene Geschwisterpaare), die die Kriterien einer ADHS nach DSM-IV erfüllten, untersucht werden. Zur störungsspezifischen Diagnostik und Erfassung komorbider Störungen wurden die Kiddie-SADS, DIKJ, CBCL und Verfahren zur Fremdbeurteilung (FBB-HKS) eingesetzt.

Diskussion/Ergebnisse: Wie in der Literatur beschrieben, leidet die Mehrzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit ADHS an komorbiden Störungen. In der vorgestellten Studie hatten nur 27,4% keine weitere psychische Störung, 48% hatten zwei oder mehr, 22,4% drei oder mehr komorbide Störungen. Bei Erwachsenen mit ADHS zeigten sich nach Literaturübersicht ebenfalls vergleichbare Befunde (Sobanski und Alm, 2005): 14–23% der Patienten haben keine komorbide Störung. Bei mehr als 50% liegt mindestens eine komorbide Störung vor. Ein Symptomwandel wird diskutiert, so treten im Kindesalter oppositionelle Störungen und im Erwachsenenalter affektive Störungen am häufigsten auf.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 15/16

S-109 Symposium

Ergotherapie bei AD(H)Störungen im Erwachsenenalter

Vorsitz: B. Stüve (Bielefeld), J. Fritze (Pulheim)

0527

Diagnostik, Differentialdiagnostik und Psychopharmakotherapie von AD(H)S im Erwachsenenalter

Christina Barea (Klinik für Psychiatrie, Psychiatrische Ambulanz, Bielefeld)

0528

Ambulante Ergotherapie bei Erwachsenen mit AD(H)S

Birgit Stüve (Klinik für Psychiatrie, und Psychotherapie in Bethel, Bielefeld)

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.4

S-166 Symposium

ADHS: Gene oder Umwelt?

Vorsitz: W. Retz (Homburg), K.-P. Lesch (Würzburg)

0801

Hyperaktive Mäuse: warum Tiermodelle in der psychiatrischen Forschung wichtig sind

Andreas Reif (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)
K.-P. Lesch

Einleitung: Trotz neuer Forschungsbereiche wie zum Beispiel Genomischer Bildgebung, mit denen die neurobiologischen Korrelate menschlichen Verhaltens direkt untersucht werden können, sind die molekularbiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen nur schwer zu identifizieren. Zusammen mit Untersuchungen am Menschen stellen transgene Tiermodelle einen eleganten Ansatz dar, die Auswirkung genetischer Veränderungen auf der Verhaltensebene zu studieren. Dies gilt insbesondere für Verhaltensweisen, die auch Nagetieren immanent sind, wie zum Beispiel Aggressivität und Ängstlichkeit, aber auch Aufmerksamkeit, Lernen und (lokomotorische wie auch sonstige) Hyperaktivität, deren Störung als Analogie zum humanen ADHS gewertet werden kann.

Methode: Etablierte Tests zur Erfassung von Aktivität bei Mäusen sind z.B. das Open Field-Paradigma oder der Rotorod-Versuch. Aufmerksamkeit und Lernvermögen können im dagegen zum Beispiel mit dem Morris Water Maze oder der COGITAT-Lernbatterie untersucht werden. Für zahlreiche Knockout-Tiere wurde ein gesteigertes Aktivitätsniveau gezeigt; gut charakterisierte Genotypen mit hyperaktivem Verhalten sind unter anderen DAT-, M1-, und Girk2-Knockout-Mäuse. Störungen der kognitiven Funktionen sind dagegen bislang nur unzureichend untersucht. Transgene Tiermodelle bieten jedoch darüber hinaus noch die Möglichkeit, Gen-Gen und vor allem Gen-Umwelt-Interaktionen untersuchen zu können, die insbesondere in der (Patho-)Physiologie von ADHS von herausragender Bedeutung sind. So können zum Beispiel die Auswirkungen pränataler Risikofaktoren wie Alkohol- oder Nikotinexposition in Abhängigkeit eines Risikogenotyps untersucht werden. Erste Erfolge dieses Ansatzes zeigen sich in der Identifikation von Girk2, dessen Knockout in gesteigerter Aktivität resultiert, als Risikogen für humanes ADHS.

Diskussion/Ergebnisse: Im Sinne der Hypothesengenerierung sind gentechnisch veränderte Tiermodelle daher wertvolle Hilfsmittel für die Identifikation von Risikogenen für ADHS, gerade wegen der möglichen Untersuchung von Gen x Umwelt-Interaktionen.

0802

Interaktionen von Genen und Umwelteinflüssen bei ADHS

Wolfgang Retz (Universität des Saarlandes, Neurozentrum, IGPUP, Homburg)

C. Freitag, P. Retz-Junginger, M. Schneider, J. Thome, M. Rösler

Einleitung: ADHS ist eine genetisch stark verankerte Erkrankung, die sich im Kindesalter manifestiert und bei etwa 50% der Betroffenen vollständig oder als Teilsyndrom im Erwachsenenalter persistiert. Aus Zwillingsuntersuchungen ergibt sich eine Heredität der Störung von 0,6–0,8. Als umweltbedingte Einflussfaktoren werden unter anderem perinatale Schädigungen, Rauchen der Mutter, nutritive Faktoren und psychosoziale Entwicklungsbedingungen in der Kindheit diskutiert. Gen-Umwelt Interaktionen wurden bislang kaum untersucht.

Methode: 184 männliche Probanden einer psychiatrischen Begutachtungspopulation wurden mittels standardisierter Verfahren auf das Vorliegen einer ADHS (gemäß DSM-IV) untersucht und bezüglich eines funktionellen Polymorphismus des Serotonintransporter Promotor Gens (5HTTLPR, S- oder L-Variante) genotypisiert. Psychosoziale Entwicklungsfaktoren wurden von einem unabhängigen Rater standardisiert erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Bei der statistischen Auswertung mittels logistischer Regression fanden sich signifikante Effekte des LL-Genotyps und ungünstiger Entwicklungsfaktoren auf die ADHS-Symptomatik in der Kindheit sowie eine im Erwachsenenalter persistierende ADHS. Zusätzlich zeigte sich eine signifikante Interaktion zwischen 5HTTLPR und psychosozialen Entwicklungsbedingungen dergestalt, dass sich Träger von mindestens einem S-Allel als empfänglicher gegenüber ungünstigen Umweltbedingungen erwiesen. Die Ergebnisse stützen bereits vorhandene Befunde einer Assoziation zwischen ADHS und 5HTTLPR LL-Genotyp sowie psychosozialen Faktoren und weisen darauf hin, dass genetische Anlagen bei ADHS die Empfänglichkeit eines Individuums gegenüber pathogenen Umwelteinflüssen erhöhen können.

0803

Genomscan für ADHS an 155 Geschwisterpaaren deutscher Herkunft – erste Kandidatengenanalysen

Susann Friedel (Universität Duisburg-Essen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
K. Saar, S. Sauer, A. Dempfle, S. Walitza, T. Renner, C. Seitz, M. Romanos, J. Meyer, A. Warnke, K.-P. Lesch, B. Herpertz-Dahlmann, U. Hemminger, K. Konrad, C. Freitag, J. Hebebrand

Einleitung: Weltweit gibt es bislang vier Genomscans zur Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In allen Studien wurde Kopplung zu Chromosom 5p detektiert.

Methode: Im Anschluss an unseren Genomscan zu ADHS an 102 Familien deutscher Herkunft mit mindestens zwei Kindern, die die diagnostischen Kriterien (DSMIV) für ADHS erfüllten (Hebebrand et al., 2006), wurde für ein Kandidatengen in der Kopplungsregion auf Chromosom 5 eine Feinkartierung durchgeführt. Das Ausgangskollektiv wurde dafür auf 329 ADHS-Familien erweitert.

Diskussion/Ergebnisse: Es wurden 30 Polymorphismen in der Peakregion lokalisierten Dopamintransportergen (DAT1) analysiert. Mittels Haplotypanalysen konnte gezeigt werden, dass das Gen in drei Haplotypblöcke gegliedert ist. Sowohl die Einzelmarkerassoziation als auch die blockweise berechneten globalen p-Werte zeigten starke Assoziation mehrerer Marker bzw. der daraus konstruierten Haplotypen für den mittleren Haplotypblock (globaler $p=0,0045$, beste Markerkombination 18–19–20: $p=0,000034$) mit ADHS. Das relative Risiko (RR) für den assoziierten Haplotypen (CGC) beträgt 1,95 (95% Konfidenzintervall (KI): 1,05–3,63) für heterozygote bzw. 2,43 (95% KI: 1,2–17) für homozygote Träger des CGC-Haplotypen. Mittels parametrischer und nicht-parametrischer sowie quantitativer Kopplungsuntersuchungen konnten die Vorbefunde (Hebebrand

et al., 2006) bestätigt werden. Der jeweils beste LOD-Score wurde dabei für SNP19 beobachtet. In einer anschließenden GIST-Analyse (Genotype IBD sharing test) wurde gezeigt, dass nicht der assoziierte Haplotyp selbst, sondern in direkter Nachbarschaft lokalisierte Varianten zum Kopplungssignal beitragen. Wir konnten zeigen, dass ein Haplotyp aus dem Markern 18–19–20 signifikant mit ADHS assoziiert ist. Der GIST Test gibt einen sicheren Hinweis darauf, dass die Varianten in DAT1 zum Kopplungssignal auf Chromosom 5p beitragen und DAT1 damit an der Ätiologie des ADHS beteiligt ist. Der assoziierte Haplotyp ist hochwahrscheinlich nicht selbst funktionell relevant, gibt allerdings einen sicheren Hinweis auf die Lokalisation der relevanten Variante(n).

0804

Kandidatengene der dopaminergen und serotonergen Signalwege bei ADHS

Susanne Walitza (Universitätsklinik Würzburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

T. Renner, K.-P. Lesch

Einleitung: Die Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitätsstörung ist eine komplexe psychiatrische Störung, die Beteiligung von mehreren Genen mit kleineren Effektstärken ist wahrscheinlich. Assoziationsstudien wurden zu zahlreichen Kandidatengen, gestützt auf Ergebnisse aus Kopplungsstudien, Tiermodellen und klinisch-pharmakologischen Daten, durchgeführt. Die am häufigsten replizierten und kritisch diskutierten Befunde sind Assoziationen von ADHS zu Varianten dopaminergen Gene (DRD4, DRD5 und DAT1) und serotonergen Genen (SERT, TPH2).

Methode: Es werden Befunde, die auf Kopplungs- und Assoziationsstudien mit Familien- oder Fall-Kontroll-Design basieren, referiert.

Diskussion/Ergebnisse: Klinisch-pharmakologische Kenntnisse und molekulargenetische Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung von Kandidatengen dopaminergen und serotonergen Signalwege. Uneinheitliche Befunde müssen in Hinblick auf die untersuchten Stichprobengrößen und -heterogenität diskutiert werden. Mittels Bildung von klinischen Subtypen und Endophänotypen (elektrophysiologisch, funktionelles MRT) können möglicherweise kleine Effekte der Kandidatengene für die entsprechenden Subgruppen deutlicher werden.

T08 Weitere Erkrankungen

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 44

S-030 Symposium

Psychische Störungen / Symptome bei Erkrankungen der Basalganglien

Vorsitz: G. Deuschl (Kiel), F. Hohagen (Lübeck)

0143

Zwänge, Tics und andere zwanghafte Phänomene bei Basalganglienerkrankungen

Ulrich Voderholzer (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Seit langem ist bekannt, dass bei Schädigungen der Basalganglien gehäuft Zwangssymptome auftreten können. Beispiele sind die Encephalitis lethargica von Economo oder toxische Schädigungen der Basalganglien, insbesondere im Bereich des Pallidums, z.B. nach Kohlenmonoxidvergiftungen. Besonders auffällig ist der Zusammenhang zwischen Basalganglienschädigungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern, die als Komplikation von Streptokokkeninfektionen eine Antikörperbildung gegen Basalganglien entwickeln und an Bewegungsstörungen, meist vorübergehender Natur, aber auch besonders häufig an Zwangssymptomen leiden. Neuere Befunde zeigten, dass bei bis zu 40% der Kinder mit Zwangserkrankungen entsprechende Antikörper nachweisbar sind, ohne dass die Betroffenen in der Regel in ihrer Entwicklung klinisch neurologisch auffällig geworden sind (1). Dies spricht dafür, dass möglicherweise häufiger als bisher angenommen leichte postinfektiöse Schädigungen im Bereich der Basalganglien und späteren Verlauf mit einem erhöhten Risiko, psychische Auffälligkeiten wie z.B. Zwangserkrankungen zu entwickeln, assoziiert sind. In den vergangenen 20 Jahren wurde eine Vielzahl bildgebender Untersuchungen bei Patienten mit primären Zwangserkrankungen durchgeführt. Dabei zeigte sich am konsistentesten ein erhöhter Metabolismus im Bereich des Striatums sowie in Teilen des frontalen Cortex, der mit der Schwere der Symptomatik korrelierte und nach Minderung der Symptome partiell reversibel war (2). Strukturelle bildgebende Untersuchungen waren inkonsistent. Am ehesten zeigten sich noch Volumenminderungen im Bereich des Caudatum. Neurochemische Untersuchungen mit Kernspinspektroskopie ergaben Hinweise für diskrete neuronale Schädigungen im Bereich des Striatums. Die wichtige Bedeutung der Basalganglien bei Zwangserkrankungen bestätigt sich auch durch die jüngsten Therapiestudien mit unilateraler oder bilateraler Tiefenhirn-Stimulation, welche international von mehreren Arbeitsgruppen bei therapieresistenten Patienten mit Zwangserkrankung eingesetzt wurde (Stimulationsort im Bereich der vorderen inneren Kapsel beidseits, bzw. im Bereich des Nucleus accumbens. Auch die Erfahrungen mit Tiefenhirnstimulation bei neurologischen Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Dystonie, im Rahmen derer es immer wieder zu psychiatrischen Nebenwirkungen oder auch positiver Beeinflussung psychiatrischer Symptome gekommen ist, verweisen auf die wichtige Bedeutung der Basalganglien für psychische Funktionen. Literatur: 1. Dale et al. (2005) Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder. The British Journal of Psychiatry, 187:314–319 2. Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. Clinical Psychology Review, 26, 32–49

0144

Dopamin und Motivation

Paul Krack (Centre Hospital. Universitaire, Department of Neurology, Grenoble)

0145

Depressive Störungen bei Morbus Parkinson

Julia Reiff (Universitätsklinikum Kiel, Psychiatrie und Psychotherapie)

Depressive Störungen treten bei 40–50% aller Parkinson-Patienten auf. Bis zu 24% dieser Patienten leiden unter einer Major Depression, die Mehrzahl jedoch an leichteren depressiven Störungen. Sie stellen nicht nur eine Reaktion auf die Diagnosestellung oder die motorischen Einschränkungen der Parkinson-Erkrankung (PD) dar, sondern gehen der Erstdiagnose der PD bei bis zu 30% der Patienten schon 4–6 Jahre voraus und sind häufig nicht mit ihrem Stadium oder ihrer Schwere korreliert. Die Pathogenese der Depression wird neben Belastungsfaktoren auf Veränderungen serotonerger, noradrenerger und dopaminerger Neurotransmittersysteme, die mit der Parkinson-Erkrankung einhergehen, zurückgeführt. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression sind frühes Erkrankungsalter, weibliches Geschlecht, dementielle Entwicklung, eine positive Familienanamnese, ein rechtsseitiger Hemiparkinson, ein akinetisch-rigider Parkinson-Typ, sowie das Vorliegen von Angst oder Psychose beschrieben. Die Depression zählt neben der Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, höherem Alter und zunehmender Behinderung zu den Faktoren, die den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität bei Parkinson-Patienten haben. Depressive Störungen bei Morbus Parkinson werden zu selten diagnostiziert und therapiert. Sie sollten behandelt werden, da sie nicht nur Lebensqualität und Grad der Behinderung stark beeinträchtigen, sondern auch mit einer schnelleren Verschlechterung der kognitiven und motorischen Funktionen assoziiert zu sein scheinen. Die Diagnostik kann mit Hilfe von Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen vereinfacht werden. Eine Optimierung der dopamimetischen Medikation reicht bei den meisten Patienten nicht aus, so dass die Gabe eines Antidepressivums erforderlich wird. Die derzeitige Studienlage zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Antidepressivatherapie bei Morbus Parkinson erlaubt keine evidenzbasierten Therapieempfehlungen. Obwohl die neueren Antidepressiva wie die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer im Vergleich zu den älteren Antidepressiva wie den Trizyklischen Antidepressiva keine bessere Wirksamkeit zeigen, werden sie aufgrund ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils bei älteren Patienten, einfacherer Aufdosierung und ihres geringeren Interaktionspotentials häufiger verordnet. Die vorgestellten Therapieempfehlungen leiten sich aus pharmakologischen Überlegungen, klinischer Erfahrung, der zu behandelnden Zielsymptomatik und Art und Intensität von Nebenwirkungen ab.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 04/05

ST-005 State-of-the-Art-Symposium

Schlafstörungen

Vorsitz: D. Riemann (Freiburg), G. Hajak (Regensburg)

0009

Schlafstörungen

Dieter Riemann (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die klinische Schlafmedizin hat sich in den letzten 20 Jahren rasant weiterentwickelt. Inzwischen liegt z.B. mit der ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders) ein revidiertes, international aner-

kanntes Diagnose- und Klassifikationssystem für Schlafstörungen vor, das mehr als 80 Störungen auflistet. Dabei wird u.a. in die großen Hauptgruppen Insomnien, motorische Störungen, Narkolepsien, Atemstörungen, Parasomnien etc. unterschieden. Im Rahmen unseres Vortrags möchten wir einen kurz gefassten Überblick über diese verschiedenen Störungsbilder geben und dann insbesondere auf die für die Psychiatrie und Psychotherapie relevanten Krankheitsbilder fokussieren, wozu insbesondere neben der klinischen Anamnese den Einsatz von Schlaffragebögen und Schlafprotokollen, die kostengünstig eingesetzt werden und für die Diagnostik und Therapie unverzichtbar sind. Das therapeutische Repertoire bei Insomnien enthält aktuell eine Vielzahl an pharmakologischen Möglichkeiten und gut definierte kognitiv-behaviorale Interventionsstrategien. Im Rahmen des Vortrags werden die pharmakologischen Strategien einer kritischen Bewertung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin unterzogen. Die psychotherapeutischen Verfahren haben sich bezüglich der Evidenzkriterien auch sehr gut bewährt und können inzwischen als in ihrer Wirksamkeit gut gesichert angesehen werden. Zu diesen Verfahren zählen die Regeln und Aufklärung über Schlafhygiene, die Entspannungstechniken, Regeln zur Schlaf-Wach-Strukturierung, wie etwa Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion sowie kognitive Techniken zur Reduktion nächtlicher Grübeleien. Die Methoden werden im Rahmen des Vortrags ausführlich dargestellt.

0010

Schlafstörungen

Göran Hajak (Universitätsklinik Regensburg, Klinik für Psychiatrie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 07

S-032 Symposium

Autismus Spektrum Störungen: Neue Forschungsergebnisse zur Komorbidität, Neuropsychologie und zum Training Sozialer Fertigkeiten

Vorsitz: F. Poustka (Frankfurt), S. Bölte (Frankfurt)

0152

Einfluss komorbider hyperkinetischer Störungen auf Kernsymptomatik und begleitende Psychopathologie bei Störungen des autistischen Spektrums

Martin Holtmann (Uniklinik Frankfurt, Kinder- u. Jugendpsychiatrie)

Einleitung: Autistische Störungen gelten bislang als Ausschlusskriterium für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung. Allerdings weist annähernd die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit Störungen des autistischen Spektrums im Verlauf der Erkrankung Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite im Sinne einer hyperkinetischen Störung (HKS) auf. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Gegenüberstellung von hyperaktiven und nicht hyperaktiven Patienten mit Störungen des autistischen Spektrums.

Methode: N=182 Probanden mit Autismus-Spektrum-Störung, diagnostiziert mit dem Elterninterview ADI-R und der Beobachtungsskala ADOS, wurden untersucht mit dem Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen Child Behavior Checklist (CBCL4–18). Nach einem Mediansplit (Median T=75) über die Skala „Aufmerksam-

keitsstörungen“ dieses Fragebogens wurden die resultierenden Gruppen verglichen hinsichtlich der Ausprägung begleitender Psychopathologie (gemessen mit den weiteren sieben CBCL-Syndromskalen) sowie im Hinblick auf die autistische Kernsymptomatik (Beeinträchtigung von sozialer Interaktion und Kommunikation, Auftreten von Stereotypen), gemessen mit ADI-R und ADOS. Da hyperkinetische Probanden im Mittel eine niedrigere Intelligenz aufwiesen (IQ: MW=68.6) als die Kontrollgruppe (IQ: MW=83.7), wurde in der nachfolgenden multivariaten Analyse neben dem Alter und sozioökonomischen Status für die Intelligenz kontrolliert.

Diskussion/Ergebnisse: In der Gruppe mit stark ausgeprägter hyperkinetischer Symptomatik (n=89) fanden sich im Unterschied zu der Vergleichsgruppe (n=93) signifikant mehr internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten; zudem zeigte sich ein Trend zu einer stärkeren Symptomausprägung auf der Skala „Soziale Interaktion“ des ADI-R (F=2.72, p=.10). Nur ein geringer Anteil beider Gruppen wurde mit Stimulanzien behandelt (5.6% vs 4.3%). Schlußfolgerung: Komorbide hyperkinetische Symptome beeinflussen das klinische Bild von Störungen des autistischen Spektrums. Die Angemessenheit der diagnostischen Ausschlusskriterien erscheint fraglich. Unsere Befunde legen nahe, Symptome von Unaufmerksamkeit, Hypermotorik und Impulsivität im Rahmen autistischer Störungen als komorbide HKS zu klassifizieren und zu behandeln.

0153

Faziale Emotionserkennung bei autistischen Kindern mit und ohne komorbide ADHS-Symptomatik

Judith Sinzig (Universität zu Köln, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

D. Morsch, N. Bruning, G. Lehmkuhl

Einleitung: Psychopathologische, genetische und neuropsychologische Befunde weisen auf einen Zusammenhang zwischen Autismus und dem Aufmerksamkeitsdefizit-/hyperaktivitätssyndrom (ADHS) hin. Das Ziel dieser Studie war es, mögliche Unterschiede hinsichtlich fazialer Emotionserkennung bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus (mit bzw. ohne komorbide ADHS-Symptomatik), mit ADHS und einer gesunden Kontrollgruppe zu untersuchen.

Methode: In die Studie aufgenommen wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren, die nach ICD-10 bzw. DSM-IV Kriterien für ein ADHS (n=30) oder für eine autistische Störung (n=40) und die Ein- bzw. Ausschlusskriterien erfüllten. Die Faziale Emotionserkennung bezogen auf Gesichter und Augenpaare, wurde mit einem computergestützten Programm (Frankfurter Test und Training von fazialem Affekt (FEFA)) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: 50% der Kinder und Jugendlichen mit einer autistischen Störung erfüllen die Kriterien für eine komorbide Diagnose eines ADHS und wiesen die schlechteren Leistungen im der fazialen Emotionserkennung auf. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab signifikante Effekte für den Faktor Gruppe für den Gesamtscore Gesichter (p<.01) und Augenpaare (p<.001). Anschließend Post-hoc Scheffé Tests wiesen signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe ADHS und Kontrolle für den Gesamtscore Gesichter (p>0.4) und Augenpaare (p<.01) und für die Gruppe Autismus mit ADHS und Kontrolle für den Gesamtscore Augenpaare (p<.01) auf. Korrelationen zwischen den mittleren Gesamtscores für Gesichter bzw. Augenpaare und anhand von Fragebögen erhobenen Symptomscores für ADHS bzw. für autistische Störungen ergaben keine Zusammenhänge. Die Fähigkeit zur fazialen Emotionserkennung ist sowohl eingeschränkt bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS als auch mit einer autistischen Störung und komorbider ADHS-Symptomatik und unterscheiden sich statistisch signifikant von gesunden Kindern. Da sich Kinder und Jugendliche mit einer autistischen Störung ohne ADHS-Symptomatik jedoch nicht von der Kontrollgruppe unterscheiden, ergibt sich die Frage, ob es sich bei Schwierigkeiten in der Erkennung von fazialen Affekten um eine Aufmerksamkeitsproblematik handelt oder ob die Fähigkeit zu dieser „Theory of Mind“- Aufgabe durch ADHS-Symp-

tome zusätzlich verschlechtert wird. Eine möglicherweise bestehende ADHS-Symptomatik sollte bei zukünftigen Studien zur fazialen Emotionserkennung berücksichtigt werden.

0154

Frankfurter Gruppentraining sozialer Fertigkeiten bei Patienten mit High-Functioning-Autismus oder Asperger-Syndrom: I Trainingsprogramm und Vorgehensweise

Evelyn Herbrecht (Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Einleitung: Seit 2003 wird an unserer Klinik ein strukturiertes Gruppentraining sozialer Fertigkeiten für Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen, insbesondere High-Functioning-Autismus und Asperger-Syndrom, entwickelt und durchgeführt. Hauptziele sind die Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten durch Training von Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Methode: Die Teilnehmer verfügen über ausreichende kognitive Fähigkeiten und funktionale Sprache. Prinzipien der Intervention sind die Strukturierung der Abläufe, Kombination von theoretischen und praktischen Elementen, Vereinbarung verbindlicher Gruppenregeln, Berücksichtigung individueller Problembereiche, schrittweises Vorgehen und sukzessive Steigerung des Schwierigkeitsgrades der Therapiebausteine. Die Therapiebausteine umfassen strukturierte Gruppenspiele, Training der Emotionserkennung, gemeinsame Gruppenaktivitäten, Rollenspiele, Gruppendiskussionen, Feedback und Hausaufgaben. Verwendet wird ein an unserer Klinik entwickeltes Gruppentrainingsprogramm sozialer Fertigkeiten in Form eines strukturierten Trainingsmanuals. Das Training umfasst aktuell drei Gruppen (5–7 Teilnehmer) unterschiedlicher Altersbereiche (Kinder und Jugendliche) und findet wöchentlich/14-tägig für 1–1,5 Stunden außerhalb der Schulferien statt. Jeweils zwei Gruppenleiter leiten die Trainingsstunden und wechseln sich im Verlauf des Programms ab. Regelmäßige Gruppengespräche mit den Eltern dienen dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch und der Information über Einzelheiten des Programms.

Diskussion/Ergebnisse: Die Teilnehmer zeigen sowohl ein hohes Maß an Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Training als auch an Toleranz für die gegenseitigen individuellen Probleme. Qualitative Daten (Rückmeldungen der Eltern, der Teilnehmer und die klinischen Beobachtungen der Gruppenleiter zu Veränderungen der sozialen Fertigkeiten) weisen auf klare Verbesserungen der Interaktions-, Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten im Verlauf des Gruppentrainings hin. Die Teilnehmer scheinen dabei insbesondere von den Rollenspielen zu profitieren. Eine in Kürze abgeschlossene Pilotevaluation des Gruppentrainings beinhaltet auch die Erfassung von Effekten in Alltagssituationen (II Pilotevaluation).

0155

Frankfurter Gruppentraining sozialer Fertigkeiten bei Patienten mit High-Functioning-Autismus oder Asperger Syndrom: II Pilotevaluation

Eftichia Duketis (Universität Frankfurt, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Einleitung: In dieser Studie wird die Effektivität eines Gruppentrainings sozialer Fertigkeiten evaluiert, das für Kinder und Jugendliche mit High-Functioning Autismus und Asperger Syndrom konzipiert wurde. Ziele des Gruppentrainings sind die Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten.

Methode: In die Evaluation eingeschlossen werden drei Gruppen bestehend aus je 5 bis 7 Teilnehmern. Das Training wird von einer der drei Gruppen bereits seit 2003 geschlossen besucht. Die beiden anderen Gruppen hatten vor Beginn der Evaluation an keiner Gruppentherapie teilgenommen. Alle Teilnehmer tragen die Diagnose eines Asperger Syndroms oder High-Functioning Autismus im Sinne der Diagnose nach ICD-10 (F84) und nach ADI-R und ADOS-Kriterien.

Die Evaluation wird über die Dauer von acht Monaten geführt und beinhaltet fünf Messzeitpunkte. Zur Erfassung der Effektivität der Gruppentherapie werden verschiedene Instrumente verwendet: Ein Fragebogen zu sozialen Fertigkeiten für Eltern, Lehrer und Therapeuten; ein standardisiertes Elterninterview (PIA-CV-Kurzfassung), eine diagnostische Checkliste, eine standardisierte Beobachtungsskala prosozialen Verhaltens erhoben durch unabhängige Kliniker und eine Beurteilungsskala zum allgemeinen Funktionsniveau (GAF).

Diskussion/Ergebnisse: Unsere bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Gruppentherapie positive Effekte auf die Kontakt- und Verbalisierungsfähigkeiten der Teilnehmer hat. Die Verbesserungen werden dabei vor allem innerhalb der Beurteilungen der Therapeuten und der unabhängigen Beobachter des Trainings deutlich. Zusammenfassend kann also ein strukturiertes Gruppentraining mit Schwerpunkt auf dem Training sozialer Fertigkeiten, Problemlösestrategien und Kommunikationsfähigkeiten helfen, autistische Defizite, wie sie in der Gruppeninteraktion gezeigt werden, zu mildern und zu verbessern. Die Fähigkeit der Kinder und Jugendlichen, diese verbesserten Fähigkeiten in einem natürlichen Umfeld zu übertragen wird diskutiert.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.4

S-039 Symposium

Neurobiologische Grundlagen des Tourette-Syndroms

Vorsitz: F. Schneider (Aachen), B. Herpertz-Dahlmann (Aachen)

0188

Die Therapie des Tourette-Syndroms

Kirsten Müller-Vahl (Medizin, Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)

Einleitung: Der erste wichtige Schritt in der Behandlung des Tourette-Syndroms ist die adäquate Information der Patienten und die Aufklärung des sozialen Umfeldes. Nach einer eigenen Studie an mehr als 600 Patienten wird die Diagnose eines Tourette-Syndroms in Deutschland gegenwärtig mit einer zeitlichen Verzögerung von mehr als 11 Jahren gestellt.

Methode: Erst an zweiter Stelle ist die Frage zu klären, ob eine Behandlung erfolgen soll. Die derzeit einzige effektive Therapie von Tics ist eine medikamentöse Behandlung. Dopaminrezeptor-Antagonisten gelten als Substanzen der ersten Wahl. Eine solche Behandlung sollte immer dann in Betracht gezogen werden, wenn die Tics sehr stark ausgeprägt sind oder wenn sie eine erhebliche soziale Beeinträchtigung darstellen. Wegen der unzureichenden Studienlage ist nach wie vor keine abschließende Aussage darüber möglich, welche der verschiedenen Dopaminrezeptor-Antagonisten am effektivsten und nebenwirkungssärmsten ist.

Diskussion/Ergebnisse: Zugelassen zur Therapie des Tourette-Syndroms ist in Deutschland einzig Haloperidol. Auch wenn an der Wirkung kein Zweifel besteht, sollte diese Substanz wegen der höheren Nebenwirkungsrate nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden. Als wirksam können darüber hinaus Risperidon, Sulpirid und neuere atypische Neuroleptika, aber auch klassische Neuroleptika wie Pimozid angesehen werden. Der partielle Dopaminagonist Aripiprazol scheint Einzelfallberichten zufolge eine weitere Behandlungsalternative darzustellen. Bei Kindern hat sich Tiaprid bewährt. Alle genannten Medikamente sollten einschleichend dosiert werden in Abhängigkeit von Klinik und Verträglichkeit. Realistisches Ziel einer solchen Therapie ist eine Verminderung der Tics um etwa 50 Prozent. Sollten verschiedene Neuroleptika nicht zu einer Verminderung der Tics oder aber zu relevanten Nebenwirkungen führen, kann alternativ ein Behandlungsversuch mit Clonidin, Dopaminagonisten (Pergolid), Baclofen oder

Dronabinol erfolgen. Begleitend bestehende Verhaltensauffälligkeiten werden entsprechend den Empfehlungen für diese Störungen unabhängig vom Tourette-Syndrom behandelt. Oft ist in solchen Fällen eine Kombinationsbehandlung unumgänglich. In sehr geringer Zahl wurde über positive Behandlungsergebnisse mittels Tiefer Hirnstimulation berichtet. Inwieweit diese Behandlung für schwerstbetroffene Patienten eine Alternative darstellt, muss in weiteren Untersuchungen geprüft werden.

0189

Tic-Störungen und ADHS

Tobias Banaschewski (Universität Göttingen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

0190

Entzündliche und immunologische Aspekte des Tourette-Syndroms

Norbert Müller (Klinikum der LMU München, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Dehning, J. Nürnberger, M. Opgen-Rhein, A. Ceroveck, M. Riedel, M. J. Schwarz, R. Gruber

Die Erstmanifestation von Tics steht nicht selten im Zusammenhang mit einer akuten Infektion, vor allem mit Streptokokken, aber auch anderen Erregern wie Lyme-Borreliose und Mycoplasmen-Infektion. Darüber hinaus werden bei vielen Patienten mit Tic-Störung und Tourette-Syndrom (TS) Zeichen einer Poststreptokokkeninfektion beobachtet, weshalb in der amerikanischen Literatur eine eigenständige Poststreptokokken-Autoimmunerkrankung im Kindesalter (PANDAS), die Symptome des TS und Zwangssphänomene aufweist, postuliert wird. Autoimmunphänomene wurden bei TS mehrfach beschrieben, vor allem kreuzreagierende Antikörper gegen Strukturen der Basalganglien. Eigene Untersuchungen haben gezeigt, dass bei TS einerseits Zeichen einer entzündlichen Erkrankung auftreten, z.B. Erhöhung von C-reaktivem Protein und erhöhte Spiegel des Macrophagen-Aktivierungsmarkers Neopterin, andererseits Monozyten nicht hinreichend aktiviert werden können. Möglicherweise besteht ein Defizit des Immunsystems in der Eliminierung bestimmter, vor allem intrazellulärer Erreger. Deshalb kam es in den letzten Jahren vermehrt zum Einsatz immunmodulatorischer Therapieversuche. In einer retrospektiven Studie verglichen wir das therapeutische Outcome unter Berücksichtigung mikrobiologischer Befunde. Insgesamt sprachen 60% der Patienten positiv auf den immunmodulatorischen Therapieansatz an. Auch die anti-entzündliche Behandlung mit einem Cyclo-oxygenase-2 Inhibitor war in Einzelfällen erfolgreich. Das sind ermutigende Ergebnisse, die allerdings unter dem methodischen Vorbehalt gesehen werden müssen, dass systematische, kontrollierte Therapiestudien zu anti-entzündlichen oder immunmodulatorischen Verfahren weitgehend fehlen.

0191

Implizite Emotionsdiskrimination zeigt Amygdala-Hypersensitivität bei Tourette-Patienten

Irene Neuner (Uni-Klinik RWTH Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)
T. Stoecker, T. Kellermann, C. Ehlen, T. Kircher, J. N. Shah, F. Schneider

Einleitung: Das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom ist eine neuropsychiatrische Erkrankung, gekennzeichnet durch motorische und vokale Tics. Verhaltensauffälligkeiten, wie ein hohes Maß an Impulsivität oder emotionaler Dysregulation, verstärken den Leidensdruck der Patienten und erschweren soziale Interaktionen. Soziale Interaktion wird oft durch non-verbale Signale wie emotionale Gesichtsausdrücke beeinflusst.

Methode: In einer event-related fMRI-Untersuchung (TR 3000 ms, TE 40–60 ms) an einem 1,5 T Siemens Sonata Scanner haben wir bei 19 Gilles-de-la-Tourette Patienten (5 Frauen, 14 Männer, Altersdurchschnitt 29,7 Jahre) und einer geschlechts- und altersangepassten gesunden Kon-

trollgruppe die implizite Emotionsdiskriminierung untersucht. Die Patienten und Kontrollpersonen bestimmten per Tastendruck das Geschlecht der gezeigten Gesichter. Präsentiert wurden 10 Personen aus der Ekman Sammlung „Pictures of Facial Affect“, die einen glücklichen, traurigen, ärgerlichen, ängstlichen, angeekelten oder neutralen Gesichtsausdruck zeigten.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten ordneten das Geschlecht in 92,5%, die gesunde Kontrollgruppe in 95% korrekt zu. Der MR-Untersuchung ging eine neuropsychologische Untersuchung unter Verwendung des Benton Gesichtserkennungstestes voraus (Kontrollen im Durchschnitt 23,6 Punkte (Standardabweichung 2,3), Patienten 21,75 Punkte (Standardabweichung 2,46 Punkte). Im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe zeigten die Tourette-Patienten für die Emotionen Angst und Ärger eine gesteigerte Amygdala Aktivierung (random effects, FWE korrigiert, $P < 0.05$). Bemerkenswert ist, dass die Patientengruppe im Gegensatz zur gesunden Kontrollgruppe bereits bei neutralen Gesichtsausdrücken eine deutliche höhere Amygdalaaktivierung, insbesondere linksseitig zeigt. Die Ergebnisse zeigen eine starke Aktivierung der Amygdala gegenüber Emotionen wie Ärger und Angst, sowie eine überschießende Reaktion gegenüber neutralen Gesichtern. Die überschießende Aktivierung der Amygdala kann als Resultat einer fehlerhaften Hemmung über frontale Areale diskutiert werden. Sowohl strukturelle wie auch funktionelle MR-Untersuchungen zeigen eine komplex frontale Dysfunktion bei Tourette-Syndrom. Inwieweit eine medikamentöse Therapie die frontale und limbische Dysfunktion beeinflussen kann wird Gegenstand weiterer Studien sein. Figur 1 zeigt die Aktivierung der Amygdala bei Tourette-Patienten, FWE korrigiert $P < 0.05$ für den Affekt Ärger.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 44

FV-009 Freie Vorträge

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vorsitz: M. Schulte-Markwort (Hamburg), U. Lehmkuhl (Berlin)

0040

Assoziation von psychosozialen Belastungsfaktoren und Ausprägung des elterlichen ADHS bei Kindern mit ADHS

Christine Freitag (Universitätsklinikum Saarland, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Homburg)

C. Seitz, H. Palmasson, A. von Gontard, J. Meyer

Einleitung: Erwachsene mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigen erhöhte Scheidungsraten, häufige Beziehungs- und Berufswechsel. Diese Verhaltensweisen sind bekannte psychosoziale Belastungsfaktoren für die Entwicklung einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens bei Kindern mit ADHS. In unsere Studie untersuchten wir deshalb, ob die Ausprägung des Schweregrades des elterlichen ADHS mit der Anzahl der psychosozialen Belastungsfaktoren für die Kinder assoziiert ist und infolge dessen häufiger mit einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens bei den Kindern einhergeht.

Methode: Neunzig Kinder mit ADHS und ihre Eltern wurden anhand standardisierter Interviews und Fragebögen bezüglich eigener ADHS-Symptomatik, komorbiden psychiatrischen Erkrankungen und psychosozialen Belastungsfaktoren untersucht. Bei den Kindern wurde zusätzlich ein Intelligenztest durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Elterliches ADHS war assoziiert mit höheren Scheidungsraten und weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren. In den Familien mit hohen Raten an elterlichem ADHS war eine komorbide Störung des Sozialverhaltens, die bei ca. 50% der Kinder vorlag, häufiger, wenn auch mehr psychosoziale Belastungsfaktoren vorlagen. Hierbei scheinen genetische und umweltbedingte Risikofaktoren eine Rolle zu spielen.

0041

Methylphenidat verbessert gestörte motorkortikale inhibitorische und fazilitatorische Prozesse bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Johannes Buchmann (Universität Rostock, Kinder-/Jugendneuropsychiatrie)

W. Gierow, S. Weber, J. Höppner, T. Klauer, A. Wolters, F. Hässler

Einleitung: Einleitung: Hypermotorisches Verhalten als ein Kardinalsymptom des ADHS lässt sich als verminderte Inhibition oder vermehrte Fazilitation motorischer Prozesse auffassen, welche sich mittels der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) als eingeführte Methode zur nichtinvasiven und schmerzfreien Untersuchung des motorischen Kortex bei Kindern untersuchen lassen. Alle bisher veröffentlichten TMS-Daten zu Inhibitions- und Fazilitationsparadigmen (sogenannte „paired pulse paradigm“) im Kindesalter beziehen sich auf Zeitbereiche bis 20 ms nach Stimulation (short interval cortical inhibition SICI und intracortical fazilitation ICF). Bei gesunden Erwachsenen kommt es auch bei Interstimulusintervallen (ISI) zwischen 50 und 200 ms (long interval cortical inhibition) in Paired Pulse Paradigmen zu inhibierenden und fazilitierenden Prozessen im Motorkortex. Entsprechende Daten zu Kindern liegen bisher nicht vor.

Methode: Methode: Paired Pulse Stimulationen unter Ruhebedingungen von ADHS Kindern (primär hyperaktiver Typ nach DSM-IV, N=18) mit ISI von 3, 13, 50, 100, 200, 300 ms wurden anhand der Teststimuli-Amplituden verglichen mit einer alters- und geschlechtsparallelisierten Kontrollgruppe; ISI 3 und 13 ms pseudorandomisiert mit konditionierendem Reiz 80% Ruheschwelle und Testreiz 1 mV Schwelle; ISI 50, 100, 200, 300 ms beide Reize mit 1 mV Intensität. Die ADHS Kinder erhielten nach klinischen Kriterien Methylphenidat (MPH, durchschnittliche Dosis 0.78 ± 0.26 mg/kg KGW, klinisches Kriterium u.a. Kurzform des Conners-Score) und wurden nach Einstellung erneut mit der TMS untersucht. Als statistische Verfahren dienten multivariate Varianzanalysen, TTEST und bivariate Korrelationen (Pearson).

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Es ließ sich eine signifikante Wechselwirkung zweiter Ordnung (Gruppe $\times$ ISI $\times$ Amplitudenveränderung, $F=5.239$, $p=0.001$) innerhalb der Stichprobe (ADHS Kontrolle ADHS+MPH, $N=3 \times 18$) nachweisen. Bei einem ISI von 3 und 100 ms kommt es in allen Gruppen zu einer Inhibition der Testreizamplitude (in der Kontrollgruppe stärker, TTEST), bei einem ISI von 13 und 50 ms zu einer Fazilitation. Bei ISI's von 200 und 300 ms zeigten sich keine Unterschiede. Methylphenidat verbesserte gestörte SICI, ICF und LICI, die Werte näherten sich denen der Kontrollgruppe an. Damit einher ging eine signifikante Reduktion im Conners-Score (TTEST, $p<0.001$). Die im Vergleich vor und nach MPH Einstellung nachweisbare Reduktion im Conners-Score korrelierte mit den gemittelten inhibitorischen Amplitudenveränderungen (ISI 3 und 100 ms) vor und nach Medikation ($r=0.534$, $p=0.022$), jedoch nicht mit den fazilitatorischen (ISI 13 und 50 ms, $r=-0.094$, $p=0.711$). Schlussfolgerungen: Unsere Daten zeigen, dass sowohl inhibierende als auch fazilitierende motorkortikale Prozesse im Zeitbereich bis 100 ms bei ADHS Kindern spezifisch gestört zu sein scheinen, sich durch Methylphenidat verbessern lassen und mit der Klinik korrelieren. Mögliche für das ADHS ableitbare pathophysiologische Modelle werden diskutiert.

0042

Artifizielle Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Stefan Ehrlich (Charité – CVK, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin)

E. Pfeiffer, K. Lenz, U. Lehmkuhl

Einleitung: Patienten mit artifizieller Störung erzeugen körperliche oder psychische Symptome oder täuschen diese vor mit dem Ziel, die Krankenrolle einzunehmen. Im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung stand bisher das Münchausen by proxy Syndrom im Vordergrund. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass auch Jugendlichen selbst Erkrankungen produzieren. Dazu existieren bisher lediglich Fallstudien.

Methode: In dieser Studie wurde retrospektiv die Prävalenz von artifiziellen Störungen in einem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin untersucht. Die Stichprobe besteht aus 8407 Patienten, die über einen Zeitraum von 12 Jahren im Rahmen des Konsildienstes, ambulant oder stationär kinder- und jugendpsychiatrisch betreut wurden. Für alle Patienten wurden umfangreiche Daten in standardisierter Form erfasst. Dazu gehören demografische Daten, Anamnese, Familienanamnese, Psychopathologie, somatische und psychiatrische Diagnosen. Bei Indexpatienten wurden sämtliche verfügbaren Originalakten geprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Zwölf Patienten (0,14%) mit artifizieller Störung konnten identifiziert werden (Alter 15.9 ± 2.1 Jahre, 75% weiblich, 75% über den Konsildienst). Als Risikofaktoren wurden eine zusätzliche psychiatrische Erkrankung (75%), Erfahrungen mit Krankheit (50%), das Aufwachsen ohne Eltern (50%), Kindesmisshandlung bzw. missbrauch (42%) sowie psychiatrische Erkrankungen der Eltern (42%) erkannt. Im Mittel hatten die Patienten bereits 6.5 ± 9.6 stationäre Behandlungen aufgrund der vorgetäuschten Symptomatik erhalten. Bei 50% wurden invasive Prozeduren vollzogen (Operationen, Biopsien), 42% wurden radiologisch untersucht und 33% erhielten nicht notwendige Medikamente. 75% der Patienten konnten stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden. Follow up Daten waren für 7 Patienten (58%) verfügbar. Nur bei einer Patientin konnte ein positiver Verlauf dokumentiert werden. Dies ist die erste systematische Studie über die Prävalenz artifizieller Störungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. Mit 0,14% liegt sie deutlich unter der geschätzten Prävalenz bei Erwachsenen (1–5%). Es zeigten sich auch bei den mehrheitlich jugendlichen Patienten typische demografische Konstellationen, ähnliche Risikofaktoren, eine hohe Hospitalisierungsrate, häufige iatrogene Schädigungen und ungünstige Krankheitsverläufe. Bemerkenswert erscheint die hohe Bereitschaft zur kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie.

0043

Hypomanie und Schlafmuster bei frisch verliebten Jugendlichen

Serge Brand (Univ. Psych. Kliniken Basel, Depressionsforsch./Schlafmed.)

M. Luethi, A. von Planta, M. Hatzinger, E. Holsboer-Trachsler

Einleitung: Sich während der Adoleszenz zu verlieben ist die Voraussetzung, psychosoziale Kompetenzen zu erwerben, um als Erwachsene dauerhafte Partnerbeziehungen einzugehen. Die erste/akute Phase der Verliebtheit weist kulturübergreifend folgende Merkmale auf: (1) kognitiv: intrusive und persistierende Gedanken an die geliebte Person; (2) emotional: Gefühle des überschäumenden Glückes und der Euphorie; (3) verhaltensmäßig: Handlungen, um der geliebten Person näher zu kommen, bzw. nah zu bleiben. Dieser Zustand der Verrücktheit ist der Hypomanie sehr ähnlich, doch erstaunlicherweise finden sich diesbezüglich keine Studien. Ferner liegen keine Resultate vor, welche Schlafmuster in Abhängigkeit der Verliebtheit erfassen.

Methode: 107 Adoleszente (66 Frauen, 41 Männer; Alter 17.98 ± 1.33) nahmen an der Untersuchung teil. 60 waren frisch verliebt; 47 pflegten eine längere Beziehung oder waren Singles. Nach einem standardisierten Interview für psychiatrische Störungen wurden Fragebogen zur Hypomanie (HCL-32; Angst et al., 2005) und zum Schlafverhalten ausgefüllt; ferner führten die Teilnehmer für eine Woche ein Schlaftagebuch nach Backhaus und Riemann (1996).

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zur Kontrollgruppe ($N=47$; $M=9.76 \pm 6.82$) wiesen frisch verliebte Jugendliche Hypomanie-Werte auf ($N=60$; $M=16.17 \pm 5.84$), wie sie auch bei Patienten mit Bipolar II Störungen beobachtet wurden ($N=164$; $M=17.67 \pm 5.19$; ($t(59)=-1.99$, ns). Frisch verliebte Jugendliche zeigten ferner deutlich erhöhte Stimmungswerte morgens und abends. Weiter referierten sie über eine deutlich verminderte Schlafzeit bei gleichzeitig besserer Schlafqualität, verringerter Tagesschläfrigkeit, erhöhter Tageskonzentration, sowie verstärkter körperlicher Aktivität. Schlussfolgerungen Die erste Phase der Verliebtheit scheint bei Jugendlichen dem Zustand der Hypomanie zu entsprechen. Frisch verliebt zu sein hat einen deutlichen

Einfluss auf die Stimmung, wie auch auf subjektiv erfasste Schlafqualität und Schlafquantität. Um Schlafdaten nicht zu verzerren, sollte somit künftig der Aspekt einer akuten Verliebtheit erfragt werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-014 Postersitzung

Sexualmedizin

Vorsitz: W. Weig (Osnabrück)

0150

Der Einfluss von sexuellen Funktionsstörungen auf Depression und Lebensqualität in der Rehabilitation kardiovaskulärer Erkrankungen

Anja Harms (Uniklinik Freiburg, Neurozentrum, St. Jung)

C. Günzler, L. Kriston, M. Berner

Einleitung: Der Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und sexueller Funktion wurde in mehreren Studien gezeigt. Die negativen Auswirkungen von sexueller Dysfunktion auf die Lebensqualität wurden ebenfalls mehrfach empirisch bestätigt. Das Ziel unserer Studie war, diese Befunde in einer Stichprobe von Patienten in der kardiovaskulären Rehabilitation zu überprüfen.

Methode: Im Rahmen der SPARK-Studie (Sexualität von Patienten in Rehabilitation Kardialer Erkrankungen) erfolgte eine schriftliche Befragung der Patienten an fünf deutschen Rehabilitationskliniken. Der Patienten-Fragebogen umfasste dabei u.a. Fragen zur Epidemiologie sexueller Funktionsstörungen, zu affektiven Störungen und zur Lebensqualität. Erektile Dysfunktion wurde mittels des International Index of Erectile Function (IIEF) und Selbsteinschätzung, affektive Störungen mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) und Lebensqualität mittels des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-36) erfragt. Unter Anwendung von multivariaten Modellen wurden die Zusammenhänge zwischen sexueller Dysfunktion, Depression und Lebensqualität untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Daten von 395 Männern und 98 Frauen konnten ausgewertet werden. 52,7% der Männer und 44,3% der Frauen gaben an, ein sexuelles Problem zu haben. Jeder dritte Patient zeigte auffällige depressive Symptome (32,0% der Männer und 33,0% der Frauen). Sowohl körperliche als auch psychische Lebensqualität zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der sexuellen Dysfunktion. Weiterhin wurde die Verknüpfung von Depression und sexueller Dysfunktion bestätigt. In multivariaten Analysen erwiesen sich jedoch Drittvariablen (z.B. Alter und Schweregrad der Krankheitssymptomatik) als relevante Determinanten der Lebensqualität. Eine mögliche Mediatorfunktion der Depression zwischen sexueller Dysfunktion und Lebensqualität wird deutlich. Die vorliegenden Daten zeigen, dass der Erkennung und Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen und Depression in der kardiovaskulären Rehabilitation eine besondere Bedeutung zukommt. Die vorliegende Studie gibt Aufschluss über die Zusammenhänge von sexueller Dysfunktion, Depression und beeinträchtigter Lebensqualität. Diese multiplen Zusammenhänge sollten in weiteren Längsschnittstudien untersucht werden.

0151

Sexuelle Funktionsstörungen und Partnerschaftsqualität bei kardialen Patienten eine Gender-Perspektive

Cindy Günzler (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

L. Kriston, A. Harms, M. Berner

Einleitung: Frühere Arbeiten weisen auf einen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, sexueller Zufriedenheit und Partnerschaftsqualität hin. Obwohl kardiale Patienten häufig sexuelle Prob-

leme haben, fehlen Ergebnisse aus der kardiovaskulären Rehabilitation, die den genannten Zusammenhang untersuchen. In der SPARK-Studie (Sexualität von Patienten in der Rehabilitation Kardialer Erkrankungen) wird die Beziehung zwischen sexuellen Funktionsstörungen und Partnerschaftsqualität unter einer geschlechtsspezifischen Perspektive bei kardialen Patienten untersucht.

Methode: An fünf deutschen Rehabilitationskliniken erfolgte von 11/04–01/06 eine schriftliche Befragung der PatientInnen mit kardiovaskulären Erkrankungen. Der Patienten-Fragebogen umfasste dabei u.a. Fragen zur Epidemiologie sexueller Funktionsstörungen und Partnerschaftsqualität. Sexuelle Funktionsstörungen wurden mittels Selbsteinschätzung, International Index of Erectile Function (IIEF) und Female Sexual Function Index (FSFI), die Partnerschaftsqualität mittels Partnerschaftsfragebogen (PFB) erhoben. An der Befragung nahmen 395 Männer und 98 Frauen teil.

Diskussion/Ergebnisse: 44,3% der Frauen und 52,7% der Männer geben an, ein sexuelles Problem zu haben. Personen, die angeben, ein sexuelles Problem zu haben, schätzen ihre Partnerschaft als signifikant weniger glücklich ein als Personen ohne sexuelles Problem ($p=.001$). Das Vorliegen einer sexuellen Funktionsstörung geht bei Frauen stärker als bei Männern mit einer Reduktion der Zärtlichkeit ($p=.006$) und Kommunikation ($p=.018$) einher. Während Erregungsstörungen die Partnerschaftsqualität nicht signifikant beeinträchtigen ($p=.647$), gehen besonders fehlende Lust ($p<.001$) und verzögerter Orgasmus ($p=.006$) mit einer Verringerung der Partnerschaftsqualität einher. Fazit: Bei Frauen fällt der Zusammenhang zwischen sexuellen Funktionsstörungen und Partnerschaftsqualität stärker aus als bei Männern. In der praktischen Arbeit sollte somit besonders bei Frauen mit sexuellen Problemen dem Thema Partnerschaft Beachtung geschenkt werden. Zukünftige längsschnittlich angelegte Studien sollten Aufschluss über die Richtung des gefundenen Zusammenhangs geben und klären, ob eine sexuelle Dysfunktion zu einer Beeinträchtigung der Partnerschaftsqualität führt oder ob die Partnerschaft Grundlage möglicher sexueller Probleme darstellt.

0152

Eine Typologie männlicher Einstellungen zu Sexualität und Potenz

Michael Berner (Uni-Klinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

W. Ploeger, B. Martin

Einleitung: In der Laienvorstellung werden verschiedene Bilder von Männlichkeit mit verschiedenen Einstellungen, z.T. auch Stereotypen hinsichtlich ihrer sexuellen Aktivität und Potenz in Verbindung gebracht. Ziel dieser Untersuchung war eine detaillierte Analyse männlicher Einstellungen zu Sexualität und Potenz und daraus aufbauend die Entwicklung einer Typologie.

Methode: 1.122 repräsentativ ausgewählte Männer zwischen 30 und 70 Jahren bewerteten in strukturierten Einzelinterviews je 42 Aussagen zu sexuellen Einstellungen (SEX) und zu Therapieerwartungen und Barrieren bei Erektionsstörungen (ERWARTUNGEN-BARRIEREN) auf einer 4-stufigen Likert Skala („trifft voll und ganz zu“ ... „trifft überhaupt nicht zu“ / „äußerst wichtig“ ... „unwichtig“). Mittels Faktoranalyse wurden Dimensionen von SEX und ERWARTUNGEN-BARRIEREN extrahiert. Signifikante ($p<.01$) und interpretierbare Korrelationen zwischen diesen Faktoren wurden in eine Prokrustes-Cluster-Analyse eingegeben. Anhand individueller Faktorenwerte wurden alle Teilnehmer Typen zugeordnet und Bewertungen einzelner Aussagen für die Typen analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Es ergaben sich jeweils 8 Faktoren für SEX und ERWARTUNGEN-BARRIEREN und daraus aufbauend 5 Männertypen: Den „Draufgänger“ (27%), den „Sinnlichen“ (17%), den „Ängstlichen“ (20%), den „Souveränen“ (20%) und den „Enthaltamen“ (17%). Für die Mehrheit der Männer aller Typen war die Partnerschaft der wichtigste Aspekt der Sexualität. Über 60% der Ängstlichen, Draufgänger und Sinnlichen bewerteten Sex als wichtigen Bestandteil des Selbstvertrauens und Erektionsstörungen als ernste Bedrohung der Männlichkeit. Bei erektionsfördernden Medikamenten sind mehr als 75% der Ängstlichen,

Draufgänger und Sinnlichen verlässliche Erektionen für besseren Sex und zur Befriedigung der Partnerin äußert bzw. sehr wichtig. Schlussfolgerungen Mit der angewandten Methodik lassen sich 5 Grundtypen männlicher Einstellungen zu Sexualität und Potenz unterscheiden. Diese können zum Verständnis von Verhaltensmustern wie Therapieanspruchnahme beitragen.

0153

Pränatale Testosteronspiegel (2D:4D) und Transsexualismus

Bernd Kraemer (Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik)
T. Noll, A. Delsignore, U. Schnyder, A. Skrabo, G. Milos, U. Hepp

Einleitung: Über genetische Mechanismen scheint pränatal wirksames Testosteron sowohl die Entwicklung von Gehirnfunktionen, wie auch das Fingerlängenwachstum zu beeinflussen. Je höher die Testosteronspiegel sind, denen ein Fetus ausgesetzt ist, desto länger wird der Ringfinger (4D) im Vergleich zum Zeigefinger (2D). Konsistent weisen dabei Männer in der Folge von höheren (als bei weiblichen Feten) pränatal wirksamen Testosteronspiegeln signifikant kleinere Fingerlängenverhältnisse (2D:4D) als Frauen auf (a). Für die Genese von Transsexualismus werden pränatale Einflüsse von Androgenen diskutiert. Schneider et al. (b) konnten in einer Untersuchung feststellen, dass sich 2D:4D der rechten Hand von Mann-zu-Frau Transsexuellen (MtF) signifikant von biologischen Männern unterschied und mit den Verhältnissen bei biologischen Frauen vergleichbar war. Sie schlossen auf mögliche tiefere pränatal wirksame Androgenspiegel in der Genese von MtF, fanden aber keine entgegengesetzte Entsprechungen bei Frau-zu-Mann Transsexuellen (FtM). Wir führten eine Untersuchung an 57 Transsexuellen (40 MtF, 17 FtM) durch und verglichen mit einer Stichprobe in der Allgemeinbevölkerung von Zürich (N=366) (c), um zur Klärung der Wirkung pränataler Testosteronspiegel auf die Geschlechtsidentität bei Transsexualismus beizutragen.

Methode: Die Fingerlängen 2D und 4D wurden auf Fotokopien von Handflächen gemessen und anschliessend 2D:4D berechnet. Der statistische Vergleich der Gruppen erfolgte mittels Mann-Whitney-Test für nicht parametrische Daten (SPSS für Windows Version 12).

Diskussion/Ergebnisse: Das 2D:4D Fingerlängenverhältnis von MtF unterschied sich für die rechte Hand signifikant ($p=.049$) von biologischen Männern und war vergleichbar zu den 2D:4D Verhältnissen bei biologischen Frauen (MtF=0.964, biol. Frauen = 0.973). Für FtM konnten wir keine signifikanten Unterschiede zu biologischen Frauen finden. Zudem unterschieden sich die 2D:4D Verhältnisse signifikant von biologischen Männern (rechts Hand $p=.005$; linke Hand $p=.021$). Unsere Ergebnisse replizieren die Studie von Schneider et al. (b) und unterstreichen die Vermutung eines pränatalen Testosteroneinflusses auf die Genese von MtF – aber nicht FtM Transsexualismus. (a) Manning, JT (1998) Hum Reprod, Nov;13(11):3000–4. (b) Schneider, HJ (2006) Psychoneuroendocrinology, Feb;31(2):265–9. (c) Kraemer, B (in press) Neuropsychobiology.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-019 Postersitzung

Kasuistiken neuropsychiatrischer Krankheitsbilder

Vorsitz: . NN

0204

Demenz bei metachromatischer Leukodystrophie

Ralf Kozian (Asklepios- Klinik, Stadtroda)
S. Thiergart, K. Neudoerfl, P. Jung, K. Erfurth, T. Unbehauen

Einleitung: Die metachromatische Leukodystrophie ist eine seltene, autosomal-rezessiv vererbte Erkrankung, bei der es aufgrund eines Ar-

ylsulfatase A-Mangels zu einer Störung des Abbaus von Sulfatiden und Cerebrosiden speziell im ZNS kommt. Bei der adulten Variante liegt klinisch eine progrediente Demenz oft in Kombination mit einer Polyneuropathie vor.

Methode: 39-jährige Patientin mit langsam progredienten mnestischen und kognitiven Defiziten. Es imponierte zudem ein gestörtes self-monitoring, eine defizitäre Handlungsplanung (future memory), eine flach gehobene Stimmungslage sowie eine Anosognosie. Neurologisch fand sich eine Ataxie, ohne Hinweise auf eine Polyneuropathie.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse der neuropsychologischen und Intelligenzdiagnostik: MWT- B: 18 Punkte, IQ=86 HAWIE: Gesamt-IQ=52 Wechsler- Gedächtnisskala: deutlich unterhalb der Norm liegende Gedächtnisleistung Stroop- Test: ausgeprägte Interferenzanfälligkeit und deutliche Minderung der selektiven Aufmerksamkeitsleistung Zusatzdiagnostik: EEG: Alpha- EEG ohne Herd und ohne Allgemeinveränderungen MRT: bilaterale, ausgedehnte Demyelinisierungen. subkortikale Atrophie Arylsulfatase- Aktivität im Urin: 2, 0 nmol/ h*ml (NB: 41–178 nmol/ h*ml) Kreatininbezogene Arylsulfataseaktivität im Urin: 3, 0 nmol /h*mg (NB: 94–288 nmol/h*mg) LP / Nervenbiopsie: abgelehnt

0205

Differentialdiagnose Schizophrenie versus frontotemporale Demenz? ein Fallbericht

Bernhard Haslinger (Kliniken Theodor Wenzel Werk, Klinik für Psychiatrie, Berlin)

Einleitung: Im Rahmen von dementiellen Erkrankungen kommen psychotische Symptome vor, die in der Regel erfolgreich mit modernen Neuroleptika therapiert werden können. Da sich die klinischen Symptome mancher dementieller Syndrome mit denen einer Schizophrenie teilweise erheblich überschneiden, besteht in einigen Fällen die Schwierigkeit einer klaren Differenzierung zwischen beiden Pathologien. Der hier geschilderte, anamnestisch eindrucksvolle Fallbericht soll diese Problematik aufzeigen.

Methode: Beschrieben wird die Kasuistik eines 65jährigen Mannes, der mit primär produktiv psychotischen Symptomen notfallmäßig in die Klinik zwangseingewiesen wurde. Klinisch imponierte neben starken kognitiven Defiziten, Orientierungs- und Auffassungsstörungen, Affektverflachung, Apathie mit Antriebs- und Interesselosigkeit eine innerhalb der letzten Jahre langsam progrediente aphasische Störung mit zunehmender Sprachverarmung. Zusatzdiagnostisch zeigte sich unter anderem neben einem pathologischen neuropsychologischen Befund eine isolierte, temporale Atrophie. Nach initial erfolgloser antipsychotischer Therapie bei ausgeprägter paranoider Symptomatik wurde der Patient nach Reevaluation der Diagnose im Verlauf schließlich auf ein Antidementivum eingestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Differentialdiagnose zwischen beiden oben genannten Pathologien gestaltete sich im vorgestellten Fall als äußerst kompliziert. Unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur werden klinische Charakteristika sowie der Stellenwert der Zusatzdiagnostik diskutiert und ein entsprechender diagnostisch-therapeutischer Leitfadens dargestellt.

0206

Schizophreniforme Psychose bei Chorea Huntington

Doris Geßner-Özokay (Rheinische Kliniken Düsseldorf, AP II)

Bei der Chorea Huntington handelt es sich um eine neurodegenerative Erkrankung, deren Diagnose zwar durch einen Gentest erheblich sicherer geworden ist, die aber dennoch durch die mannigfaltige Symptomatik oft erst nach langjährigem Verlauf diagnostiziert wird. Durch den schleichenden Beginn mit zahlreichen oft nur diskret vorhandenen Symptomen dauert es dennoch in der Regel mehrere Jahre bis zur endgültigen Diagnosestellung, zumal die Erkrankung mit einer Prävalenz von 5–10 Fällen pro 100.000 Einwohner relativ selten ist und nur wenige über besondere Erfahrung mit der Chorea Huntington verfügen. Psychiatrische Erstsymptome, gelegentlich auch in Form verschiedener psychotischer Zustandsbilder, sind bei der Huntingtonschen Krankheit

häufig und können den neurologischen Symptomen teilweise um zehn Jahre vorausgehen. In dem vorliegenden Fall war ein 58-jähriger Patient mehrfach in ambulanter und stationärer Behandlung unter der Diagnose einer schizophrenen Psychose mit Defektstadium therapiert worden. Psychopathologisch zeigte er insgesamt wenig Mimik, war antriebsarm, hatte Beeinflussungserleben und akustische Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen. Ebenso waren auch Ich-Störungen zu eruieren, da er glaubte andere Personen könnten seine Gedanken lesen. Er wurde zwar immer wieder neuroleptisch behandelt, jedoch persistierten die imperativen Stimmen. In der Folgezeit hatte er auch neurologische Auffälligkeiten, wobei die diskreten Hyperkinesien bzw. ein ataktisches Gangbild als neuroleptikabedingte Spätdyskinesien fehlgedeutet wurden. Schließlich wurde er wegen Antriebsarmut, Rückzugstendenzen und latenter Suizidalität erneut stationär aufgenommen und nun wurde erstmalig der Verdacht auf eine mögliche Chorea Huntington geäußert und ein entsprechender Gentest durchgeführt, der die Diagnose schließlich bestätigte. Dieser Beitrag stellt die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten einer Chorea Huntington im Frühstadium dar, da schizophreniforme Verläufe der Chorea Huntington oft kaum von beginnenden schizophrenen Psychosen zu unterscheiden sind.

0207

Ungewöhnliche Kombination aus Chorea Huntington und Epilepsie

Bernd Huber (VBA Bethel, SBB, Bielefeld)

Einleitung: Wir berichten über einen zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung knapp 36jährigen Mann, dessen Mutter an einer Chorea Huntington verstorben war.

Methode: Unser Patient hatte nach erfolgreich bestandem Abitur ein Informatikstudium begonnen, dieses jedoch „wegen Konzentrationsstörungen“ nicht abschließen können, offenbar fiel der schleichende Beginn seiner Chorea-Erkrankung in diese Zeit. Zum Untersuchungszeitpunkt wies Herr G. eine ausgeprägte Symptomatik einer Chorea Huntington auf mit deutlicher Dysarthrie, Ataxie inkonstanten irregulären choreatiformen Bewegungen sowie deutliche Zeichen einer Demenz. 1 Jahr zuvor war zum ersten Mal eine organisch-psychotische Symptomatik mit wahnhaften Größenideen aufgetreten. Herr G. litt zudem seit dem 8. Lebensjahr an einer fokalen Epilepsie (Temporallappenepilepsie) mit generalisierten tonisch-klonischen und psychomotorischen Anfällen. Während in den ersten Jahren der epileptischen Erkrankung unter Medikation längere anfallsfreie Perioden vorkamen, war die Epilepsie nunmehr trotz verschiedener medikamentöser Behandlungsversuche therapieresistent.

Diskussion/Ergebnisse: Dass epileptische Anfälle im Rahmen einer Chorea Huntington auftreten können, ist bekannt, sie gelten jedoch als Symptom späterer Erkrankungsstadien. Dagegen sollen bei sich schon im Kindesalter manifestierender Chorea epileptische Anfälle zu den frühen Symptomen gehören. Unser Patient hingegen zeigte einen weit auseinander liegenden Beginn von Epilepsie (8. Lebensjahr) und Chorea Huntington (Beginn nicht genau zu datieren; jenseits des 20. Lebensjahres). Es muss deshalb offen bleiben, ob die Epilepsie hier als Frühsymptom der Chorea aufgefasst werden muss, oder ob es sich um ein zufälliges gemeinsames Auftreten der beiden Erkrankungen handelt.

0208

Morbus Huntington- eine Diagnose mit Konsequenzen. Eine Kasuistik

Simona-Bianca Hübers (Landesklinik Teupitz, Psychiatrie und Psychotherapie)

F. Busse, S. Kropp

Einleitung: Morbus Huntington ist eine progressiv-degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die in Form einer Genmutation auf dem kurzen Arm des Chromosoms 4 (Huntington-Gen) autosomal-dominant vererbt wird. Der typischen neurologischen Symptoma-

tik gehen meist psychische Veränderungen voraus. Aufgrund fehlender Spezifität der psychopathologischen Veränderungen zu Beginn der Erkrankung bleibt – insbesondere bei einer fehlenden positiven Familienanamnese – die frühe Diagnose des Morbus Huntington eine Herausforderung.

Methode: Eine 48jährige Patientin wurde aufgrund eines seit längerem bestehenden paranoid-halluzinatorischen Erlebens mit abnormem Beeinflussungs- und Bedeutungserleben, akustischen Halluzinationen sowie stark reduziertem Antrieb und zunehmender Verwahrlosung erstmals in unserer Klinik stationär behandelt. Aufgrund suspekter leichter hyperkinetischer und dystoner Bewegungsstörungen stellten wir klinisch den Verdacht auf einen Morbus Huntington, der durch neurologische und molekulargenetische Untersuchungen bestätigt wurde.

Ergebnisse/ Diskussion: Es erfolgte eine symptomorientierte antipsychotische und neuroprotektive Behandlung. Es kam zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Die Diagnosestellung führte zu einer besseren Akzeptanz der Symptomatik vor allem im sozialen und pflegerischen Umfeld. Ethische Konfliktsituationen können bei Stellung der Diagnose M. Huntington dadurch entstehen, dass der Ausbruch der Erkrankung meistens im Erwachsenenalter erfolgt und eine Vielzahl von Familienangehörigen von der Diagnose betroffen sein können. Bei uns stellte sich das rechtliche und ethische Problem der Information und Aufklärung der Angehörigen und von Seiten der Risikopersonen die Frage der prädiktiven und pränatalen Diagnostik.

0209

Eine komplexe neuro-psychiatrische Differentialdiagnose: Wernicke-Enzephalopathie bei Alkoholismus und okulokutanem Albinismus

Mandy Roy (Medizin. Hochschule Hannover, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Winkler, H. M. Emrich, M. Ohlmeier

Einleitung: Ein unerschöpflicher, horizontaler Blickrichtungsnystagmus kann ätiopathogenetisch sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern zugeordnet werden. Im Rahmen einer alkoholinduzierten Wernicke-Enzephalopathie tritt er u.a. als Folge von Partialnekrosen im Kerngebiet des N. Okulomotorius auf. Eine seltene Differentialdiagnose stellt ein okulokutaner Albinismus dar. Hier zählt neben einer Hypopigmentierung der Iris, einer Hypo-/ Aplasie der Fovea auch ein horizontaler Nystagmus zu den beobachtbaren Symptomen. Als mögliche Ursache des Nystagmus wird hier ein anormaler Faserverlauf im Chiasma opticum diskutiert, wobei ein erhöhter Anteil der Nervenfasern aus der temporalen Retinahälfte in die kontralaterale Hemisphäre zieht. Auch die Hypo-/ Aplasie der Fovea könnte durch einen konsekutiv gestörten Informationsfluss zum Auftreten des Nystagmus beitragen.

Methode: Wir berichten von einem Patienten mit langjähriger Alkoholabhängigkeit, der sich notfallmäßig in unserer Klinik vorstellte. In der Aufnahmeuntersuchung wurde – neben hirnorganischen Auffälligkeiten und einer Ataxie – eine komplexe Augenmotilitätsstörung mit ausgeprägtem unerschöpflichen Blickrichtungsnystagmus beidseits sowie eine bilaterale internukleäre Ophthalmoplegie festgestellt und der Verdacht auf das Vorliegen einer Wernicke-Enzephalopathie geäußert. Nach einer raschen intravenösen Therapie mit Thiamin kam es zu einer vollständigen Remission aller geschilderten Symptome, der unerschöpfliche Nystagmus persistierte jedoch unverändert. Eine cMRT, eine Doppleruntersuchung der extra- und intrakraniellen Hirngefäße sowie laborchemische Blutuntersuchungen ergaben keine diagnostisch wegweisenden Befunde. Fremdanamnestic ließ sich schließlich ein Vorbestehen des unerschöpflichen Nystagmus erheben. Bei auffällig hellhäutigem und hellhaarigem Phänotyp sowie einer hellblauen Augenfarbe erbrachte eine dermatologisch/ augenärztliche Untersuchung die Diagnose eines okulokutanen Albinismus. Somit konnte der Nystagmus ätiopathogenetisch einem syndromalen Komplex bei okulokutanem Albinismus zugeordnet werden.

Diskussion/Ergebnisse: Dieser Fall verdeutlicht die Schwierigkeit und besondere Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik bei kom-

plex neuro-psychiatrisch erkrankten Patienten. Zur fundierten Abklärung der pathophysiologischen Genese einzelner Symptome sollten immer mehrere differentialdiagnostische Aspekte in Betracht gezogen werden. In dem vorliegenden Fall konnte der zunächst ätiopathogenetisch unklare Nystagmus erst nach umfassender Diagnostik einem okulokutanem Albinismus zugeordnet werden wobei trotzdem eine akut behandlungsbedürftige Wernicke-Enzephalopathie bestand.

0210

Progressive supranuclear palsy misdiagnosed as depression and catatonic schizophrenia

Heike Beckmann (Münster)
K. Domschke, B. Baune, R. Reilmann

Einleitung: Motor deficits of progressive supranuclear palsy (PSP) are well known, but psychiatric symptoms are less recognized. While PSP is routinely considered in the differential diagnosis of Parkinsonian disorders, it usually is not considered in the differential diagnosis of psychiatric disorders.

Methode: A 53-year old man was externally diagnosed and treated for major depression and catatonic schizophrenia for 28 months before admission. Various antidepressive treatments and antipsychotic treatment with risperidone did not show improvement. Deterioration in cognition and mnemonic function was noticed and the patient was transferred to our hospital for further assessment of a suspected neurodegenerative dementia. Dysarthric speech and shuffling gait had been noticed but were attributed to side effects of risperidone. The neurological examination revealed a Parkinsonian syndrome, inexhaustible glabellar and bilateral palmonmental reflexes, and a vertical gaze palsy. No apraxia, and only mild cognitive, or mnemonic dysfunction was noticed. PSP was suspected. MRI, FDG-PET, and CSF (including beta-amyloid and tau protein) were normal, presenting no evidence for dementia. The DAT-scan was normal, making Parkinson's disease unlikely. An IZBM-SPECT showed no significant changes, thus neither confirming nor eliminating PSP. The clinical diagnosis of PSP was made. The antipsychotic treatment was changed to clozapine resulting in a sustained improvement of the catatonic pathology. Antidepressive treatment with escitalopram resulted in improved mood and drive. In contrast, there was only a slight improvement of the Parkinsonian features and a persisting vertical gaze palsy. However, intense physiotherapy allowed the patient to regain a degree of mobility and independence that allowed him to move into a private apartment with assisted care.

Diskussion/Ergebnisse: Prominent psychiatric symptoms of early PSP may lead to a misdiagnosis thus complicating treatment. Clozapine was effective in ameliorating the psychotic symptoms without deteriorating the dopaminergic dysbalance thought to cause motor symptoms in PSP.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Oslo

S-053 Symposium

Chronischer Schmerz – Neurobiologie, Stress, Emotionen und Therapie (Referat für Verhaltensmedizin und Konsiliarpsychiatrie)

Vorsitz: M. M. Fichter (Prien / München), W. Rief (Marburg)

0260

Neuronale Korrelate bei seelischem und körperlichem Schmerz

Harald Gündel (TU München)

Spätestens mit einem Fortschreiten der Schmerzchronifizierung und der fast regelhaft damit verbundenen psychischen und sozialen „Abwärtsentwicklung“ vermischen sich primär somatische sowie

primär seelische Einflussfaktoren zu einem häufig kaum trennbaren gemeinsamen Ganzen. Was wissen wir über die neurobiologischen Grundlagen der Wechselwirkung zwischen sog. körperlichem und seelischem Schmerz, und hat dieses aktuelle Wissen Auswirkungen auf den sowohl schmerz- als auch psychotherapeutischen Umgang mit unseren Patienten? Schon vor über 50 Jahren nahm Paul McLean (1949) an, dass insbesondere eine intrazerebrale Wechselwirkung zwischen limbischen („visceral“) und neokortikalen Arealen die Ausprägung einer primär organischen Erkrankung beeinflussen kann: „Emotional feelings, instead of finding expression and discharge in the symbolic use of words and appropriate behavior, might be conceived as being translated into a kind of ‘organ language’“. Weiter konnte schon relativ früh anhand verschiedener Tiermodelle, aber auch anhand von Beobachtungen am Menschen gezeigt werden, dass zwischenmenschliche Beziehungen als Regulatoren biologischer Regelkreise fungieren können („relationships as regulators“; Hofer, 1984). Es ist eine häufige klinische Beobachtung, dass gerade Beziehungskrisen oder die Trennung von Partnerschaften massive „funktionelle“ körperliche Symptome bis hin zu organischen Erkrankungen auslösen (Schöttler 1981; Drossmann et al., 2003). Im Vortrag werden aktuelle fMRT-Studien zu der wechselseitigen Beeinflussung primär emotionaler („seelischer“) und primär schmerzverarbeitender („somatischer“) ZNS-Strukturen vorgestellt und in ihrer Bedeutung für den klinischen Umgang mit chronischen Schmerzpatienten erläutert.

0261

Fehlgeleitete neuronale Vorgänge

Walter Ziegglänsberger (Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Neuropharmakologie, München)

Einleitung: Wiederkehrende akute Schmerzen führen zu einer übersteigerten angstgeprägten Erwartungshaltung gegenüber dieser Empfindung (Schmerzgedächtnis). Der entsprechende Verhaltensoutput wird entscheidend durch diese Vorerfahrung beeinflusst. Die Chronifizierung von Schmerz beruht also auf fehlgeleiteten neuronalen Lernprozessen. Extinktionsmechanismen sind vergleichsweise noch wenig erforscht. Sie stellen aber einen faszinierenden neuen Ansatzpunkt für die Therapie chronischer Schmerzen dar. Derzeit gelten kombinierte pharmakologische, verhaltenstherapeutische und physikalische Maßnahmen als besonders erfolgversprechende extinktionsfördernde Therapieformen, um der sich aufbauenden Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und schließlich Resignation des Patienten entgegenzuwirken.

Methode: Eine Synopsis zahlreicher Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung spricht dafür, dass für die Aufrechterhaltung chronischer Schmerzzustände funktionelle und strukturelle Veränderungen in Nervenzellen des zentralen Nervensystems verantwortlich sind.

Diskussion/Ergebnisse: Unsere Untersuchungen lassen vermuten, dass diese neuroplastischen Veränderungen durch die Freisetzung von körpereigenen, haschischartig wirkenden Stoffen, sog. Endocannabinoiden (u.a. in limbischen Strukturen wie der Amygdala) durch „re-learning“ extinguiert werden können. Es ist davon auszugehen, dass auch im Rahmen einer pharmakologisch gestützten kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbare Mechanismen wirksam werden. Endocannabinoide (Anandamid, 2-AG u.a.), die mit CB₁-Rezeptoren interagieren, fördern die Extinktion aversiver Reize (Marsicano et al., Nature 418, 2002), sind neuroprotektiv (Marsicano et al., Science 302, 2003) und sind an wichtigen Funktionen limbischer Strukturen beteiligt (Monory et al., Neuron, in press). Tiere, denen der CB₁-Rezeptor fehlt, können gelernte Assoziationen nur schwer wieder auflösen. Endocannabinoide werden aus Bestandteilen der postsynaptischen Membran gebildet, diffundieren retrograd und reduzieren die Transmitterfreisetzung an hemmenden und erregenden Synapsen (Azad et al., Learn. Mem. 10, 2003; Domenici et al., J. Neurosci. 26, 2006). Über unterschiedliche Angriffspunkte können therapierelevante synergistische, analgetische und anxiolytische Effekte verschiedener Analgetika und Co-Analgetika erwartet werden.

0262

Behandlung der somatoformen Schmerzstörung

Winfried Rief (Psychotherapieambulanz Marburg, Klinische Psychologie)

Einleitung: Die Mehrzahl der Schmerzsymptome, die Menschen in ärztliche Behandlung führen, lassen sich nicht ausreichend auf organische Grunderkrankungen zurückführen. Diese „somatoformen Schmerzstörungen“ führen oftmals zu Odysseen im Behandlungsverlauf, Hilfslosigkeit auf Behandlerseite, Unzufriedenheit auf Patientenseite, und enormen Folgekosten wie Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung.

Methode: In diesem Referat werden einige konkrete Behandlungsempfehlungen vorgestellt, die im Rahmen der medizinischen oder psychotherapeutischen Betreuung mit einem konstruktiven Behandlungsverlauf einhergehen. Diese Empfehlungen berücksichtigen die typischen Fallstricke in der Patient-Therapeut-Interaktion sowie das hohe Misstrauen, mit dem viele Betroffene in Behandlung kommen. Die Arbeit mit dem subjektiven Krankheitsmodell der Patienten steht hierbei im Vordergrund. Von therapeutischer Seite aus kommen neben verbalen Interventionsverfahren auch Biofeedback-Verfahren in Frage, deren Wirksamkeit ebenfalls in diesem Beitrag kurz vorgestellt werden soll.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt zeigen die neueren Erkenntnisse, dass die Effektivität der Behandlung bei somatoformen Schmerzstörungen zwar etwas niedriger ist als bei „klassischen“ psychiatrischen Behandlungsgebieten wie Angst oder Depression, jedoch erlauben die neuen Ansätze trotzdem einen konstruktiven und erfolgreichen Umgang mit der Mehrzahl der Patienten mit diesem Störungsbild.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 42

S-061 Symposium**Schlaf und Gedächtniskonsolidierung**

Vorsitz: C. Nissen (Freiburg), D. Riemann (Freiburg)

0301

Einfluss des adenosinergen Systems auf die kognitive Leistungsfähigkeit nach Schlafentzug und die Störung des Schlags durch Koffein

Hanspeter Landolt (Universität Zürich, Inst. für Pharmakologie)

Einleitung: Die Auswirkungen von Schlafentzug auf die kognitive Leistungsfähigkeit und die Effekte von Koffein auf den Schlaf sind individuell unterschiedlich stark ausgeprägt. Wir untersuchten die Rolle von adenosinergen Systemen auf diese Unterschiede.

Methode: Wir befragten mehr als 20'000 Studierende zur subjektiven Koffeinsensibilität und zum Schlaf. Bei zwei Stichproben aus koffeinsensiblen ($n=58$) und koffeinunsensiblen ($n=84$) Befragungsteilnehmern bestimmten wir die Genotypen des c.1976T>C Polymorphismus des A_{2A}-Adenosin-Rezeptors. In einer Laboruntersuchung führten wir bei 12 koffeinsensiblen und 10 koffeinunsensiblen Probanden während einer 40-stündigen Wachphase in 3-Stundenintervallen Messungen der kognitiven Leistungsfähigkeit durch. Nach 11 und 23 Stunden Wachzeit erhielten die Versuchspersonen nach einer zufälligen, placebo-kontrollierten, doppel-blinden und überkreuzten Versuchsanordnung je 200 mg des Adenosin-Rezeptor-Antagonisten Koffein. Wir zeichneten die Erholungsnacht nach dem Schlafentzug polysomnographisch auf und quantifizierten das Schlaf-EEG mittels der Spektralanalyse.

Diskussion/Ergebnisse: Die C/C und T/T Genotypen des c.1976T>C Polymorphismus sind bei subjektiv koffeinsensiblen und koffeinunsensiblen Individuen unterschiedlich verteilt. Weiter zeigen unsere Befunde, dass die kognitive Leistung bei koffeinsensiblen Probanden durch Schlafentzug stärker beeinträchtigt wird als bei koffeinunsensiblen Probanden. Koffein verbessert die anhaltende Aufmerksamkeit. Das Ausmass der individuellen Verbesserung zeigt eine negative Korrelation mit dem

Effekt des Schlafentzugs. Das Schlaf-EEG in der Erholungsnacht wird durch Koffein in typischer Weise verändert. Die Veränderungen erinnern an die chronische Insomnie. Die Ähnlichkeit mit der Insomnie wird durch den Genotypen des A_{2A}-Rezeptors moduliert. Unsere Studien zeigen, dass das Schlaf-EEG sehr empfindlich auf Koffein reagiert. Sie legen ferner den Schluss nahe, dass das adenosinerge System bei den individuellen Unterschieden der kognitiven Leistungsfähigkeit nach Schlafentzug sowie der Auswirkungen von Koffein auf den Schlaf eine wichtige Rolle spielen.

0302

Veraenderungen hippocampaler synaptischer Plastizitaet nach Schlafentzug

Anita Luethi (Universität Basel, Biozentrum)

Einleitung: Es gibt gute Hinweise dafür, dass Schlaf Gedächtnisleistungen bei Mensch und Tier fördert. Dagegen ist es nach wie vor schwierig, die negativen Auswirkungen von ungenuegendem Schlaf auf das Gedächtnis und auf dessen zelluläre Grundlagen, wie zum Beispiel die synaptische Plastizität, nachzuweisen. Stress ist eine wichtige Nebenwirkung, die beim Schlafentzug im Nagetier ausgelöst wird und sich auf zelluläre Vorgänge auswirkt.

Methode: Wir haben in der Maus eine milde Form des vollständigen Schlafentzugs eingesetzt, die stressfrei ist und es dem Tier erlaubt, einen erweiterten Kafigraum zu erkunden. Dadurch bleibt es für ca. 4–6 Stunden wach. Kontrolltiere werden während der äquivalenten Zeit nicht gestört. Danach werden am Hirnschnitt des CA1 Areal im Hippokampus elektrophysiologische Messungen der synaptischen Plastizität vorgenommen.

Diskussion/Ergebnisse: Nach einem stressfreien Schlafentzug verschiebt sich die Frequenzabhängigkeit der synaptischen Plastizität so, dass die Langzeit-Potenzierung von Synapsen erschwert, deren Abschwächung jedoch erleichtert wird. Diese Verschiebung ist nach einem 3-stündigen Erholungsschlaf reversibel. Sie ist begleitet von einer ebenfalls reversiblen Veränderung der molekularen Zusammensetzung der für Plastizität wichtigen NMDA-Rezeptoren an der Synapse.

0303

Funktionelle Neuroanatomie des Schlags bei Patienten mit Insomnie

Christoph Nissen (Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie)

Einleitung: Die Autoren nutzen funktionelle Bildgebung während Schlaf- und Wachperioden, um die funktionelle Neuroanatomie von gestörtem Schlaf und von Problemen der Tagesbefindlichkeit bei Primärer Insomnie zu untersuchen.

Methode: Bei 14 Patienten mit Primärer Insomnie (DSM-IV) und 14 gesunde Probanden wurden FDG-Positronen Emissions Tomographie Untersuchungen in NREM-Schlaf- und Wachperioden durchgeführt. Zusätzlich wurde die subjektive Tagesbefindlichkeit gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zu gesunden Probanden zeigen Patienten mit primärer Insomnie in Episoden von polysomnographisch ungestörtem NREM Schlaf eine gesteigerte Gehirnaktivität in Arealen, die Arousalprozesse vermitteln. Ein persistierendes Hyperarousal könnte mit dem subjektiven Erleben nicht erholsamen Schlafes und mit kognitiven Symptomen, wie geminderter schlaf-assoziierter Gedächtniskonsolidierung, in Zusammenhang stehen.

0304

Gestörte Gedächtniskonsolidierung bei Patienten mit Primärer Insomnie

Dieter Riemann (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Klöpfer, E. Nofzinger, U. Voderholzer, C. Nissen

Einleitung: In den vergangenen Jahren wurden viele Studien an gesunden Probanden durchgeführt, die sich der Frage widmen, ob Schlaf

eine Rolle bei der Gedächtniskonsolidierung spielt. Bislang erhobene empirische Daten geben Hinweise dafür, dass der Tiefschlaf (Slow Wave Sleep) eine Rolle bei der Konsolidierung deklarativen Lernens spielt, während der REM-Schlaf für Prozesse der prozeduralen Gedächtnisbildung mit verantwortlich sein soll. In der vorliegenden Studie untersuchten wir, ob die nächtliche Gedächtniskonsolidierung bei Patienten mit primärer Insomnie im Vergleich zu alters- und geschlechtsentsprechend gesunden Kontrollprobanden verändert ist.

Methode: Bislang wurden 7 Patienten mit primärer Insomnie (medikamentenfrei für mindestens 14 Tage) und 7 alters- und geschlechtsvergleichbare gesunde Kontrollprobanden eingeschlossen. Nach den verschiedenen diagnostischen Prozeduren (strukturiertes psychiatrisches Interview, psychometrische Tests, Routinelabor, EKG, EEG, Drogen-Screening) verbrachten alle Probanden und Patienten eine Nacht im Schlaflabor. Vor (zwischen 08.30 und 09.30 Uhr) und nach den Schlafableitungen (zwischen 07.00 und 08.00 Uhr morgens) nahmen die Probanden und Patienten an einer Batterie neuropsychologischer und Gedächtnistests teil. Diese beinhalteten u.a. einen Mirror Tracing Test, um prozedurales Lernen zu erfassen, und Wortlisten, um deklaratives Lernen zu messen.

Diskussion/Ergebnisse: Im Hinblick auf polysomnographische Daten zeigten sich Tendenzen für eine erniedrigte Schlafkontinuität und signifikant erniedrigte Anteile von REM-Schlaf bei den Insomnie-Patienten. Hinsichtlich der Gedächtnistests ergab sich ein signifikanter Unterschied für den prozeduralen Test ($p < 0.05$). Während bei den Kontrollpersonen die Bearbeitungszeit sich von abends bis morgens um 42% verbesserte, war dies bei den Insomniepatienten nur um 20% der Fall. Schlussfolgerungen: In dieser vorläufigen Datenanalyse einer laufenden Studie, die insgesamt 30 Insomniepatienten und Kontrollen umfassen wird, ergaben sich keine Unterschiede im Hinblick auf polysomnographische Daten, jedoch Unterschiede hinsichtlich eines Parameters des prozeduralen Lernens. Diese Daten weisen darauf hin, dass die Beeinträchtigung des Schlafs bei primärer Insomnie auch Beeinträchtigungen der nächtlichen Gedächtniskonsolidierung bewirken kann.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 06

S-064 Symposium

Vom aggressiven Kleinkind zum antisozialen Straftäter; eine entwicklungspsychiatrische Perspektive.

Vorsitz: S. Herpertz (Rostock), B. Herpertz-Dahlmann (Aachen)

0315

Entwicklung und Neurobiologie der antisozialen Persönlichkeitsstörung

Sabine Herpertz (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

Aggressives Verhalten im Rahmen seelischer Störungen kommt in der Kindheit und Jugend als Störung des Sozialverhaltens vor, im Erwachsenenalter als antisoziale oder Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unabhängig vom Alter steht aggressives Verhalten in engem Zusammenhang mit der Fähigkeit, Gefühle erleben als auch regulieren zu können. Während Gefühle des Ärgers und der Angst reaktive Aggressivität induzieren können, steht instrumentelle Aggression im Zusammenhang mit einem verminderten Erleben von Angst, Empathie und Schuld. Reaktive Aggression kommt vorzugsweise bei emotional-instabilen, impulsiven Individuen vor, insbesondere denen, die die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen. Instrumentelle Aggression dagegen tritt vorzugsweise bei psychopathischen Straftätern auf. Zudem scheinen bei beiden Gruppen (wiederum unterschiedliche) Verzerrungen der

sozialen Wahrnehmung das Risiko aggressiven Verhaltens weiter zu erhöhen. Es wächst die Datenlage, dass sich diese Subtypen nicht nur in ihrer Emotionalität und sozialen Wahrnehmung voneinander unterscheiden, sondern dass diese Unterschiede in der Psychopathologie auch verbunden sind mit spezifischen Unterschieden im neurobiologischen Funktionsniveau. Dabei handelt es sich bei beiden Typen um eine Dysfunktion des fronto-limbischen Netzwerkes, wobei bei impulsiven Individuen eine erhöhte Amygdalareagibilität konsistent gezeigt werden konnte, während die Befunde bei psychopathischen Persönlichkeiten nicht widerspruchsfrei sind, aber insgesamt eher auf eine verminderte Amygdalaaktivität verweisen. Bis heute ist noch weitgehend unklar, wie „neurobiologisch betrachtet“ Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens emotionale Informationen verarbeiten. Erste Hinweise sprechen dafür, dass sich die neurobiologischen Grundlagen aggressiven Verhaltens bei Kindern von denen bei z.B. psychopathischen Persönlichkeiten unterscheiden.

0316

Verminderte graue Substanz in der anterioren Insel bei Jugendlichen mit aggressivem Verhalten

Christina Stadler (Universität Frankfurt am Main, Psychiatrie und Psychotherapie)

0317

Neuroanatomische Befunde bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und Störungen des Sozialverhaltens

Timo D. Vloet (RWTH Aachen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

T. Hübner, S. C. Herpertz, K. Konrad, G. R. Fink, B. Herpertz-Dahlmann

Einleitung: Störungen des Sozialverhaltens (SSV) zählen zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen und treten häufig gemeinsam mit einer Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf. In den letzten Jahren sind neurobiologische Aspekte dieser Störungen intensiv untersucht worden, wobei besonders durch die Magnetresonanztomographie (MRT) eine nicht-invasive Untersuchung neuroanatomischer Korrelate bereits bei Kindern möglich ist. Obwohl zahlreiche Studien strukturelle Gehirnveränderungen bei Kindern mit ADHS identifizieren konnten, stammen morphometrische Daten zu antisozialen Verhalten überwiegend von adulten Probanden. Ziel der vorliegenden Studie war daher die Untersuchung struktureller Gehirnveränderungen bei Kindern mit ADHS/SSV im Vergleich zu gesunden Kontrollen mit Hilfe der voxel-basierten Morphometrie (VBM).

Methode: Mittels struktureller MRT wurde das Volumen der grauen Substanz bei 23 Jungen mit ADHS/SSV und 23 gesunden Kontrollen im Alter zwischen 9 und 14 Jahren bestimmt. Beide Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, IQ und Händigkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zu den gesunden Kontrollen zeigten die Probanden mit ADHS/SSV bilateral temporal ein reduziertes Volumen der grauen Substanz. In der klinischen Gruppe konnten neben beidseitigen strukturellen Abweichungen in Amygdala und Hippocampus zudem reduzierte Volumina der grauen Substanz im orbito-frontalen Kortex, im rechten inferioren occipitalen Gyrus (BA17), dem Kleinhirn (rechtes BA 18) und dem Striatum gefunden werden. Unsere Daten bestätigen morphometrische Veränderungen im Bereich des limbischen Systems, die übereinstimmend bei Erwachsenen mit antisozialen Verhalten identifiziert worden sind (Bassareh 2001). Diese strukturellen Abweichungen könnten mit dysfunktionalen Prozessen bei der Angstverarbeitung assoziiert sein (Hoptman 2003) und so bereits im Kindesalter zu einer verminderten konditionierten Angstreaktion führen. Weitere Untersuchungen mittels MRT bei Kindern mit SSV sind nötig, um vorliegende Daten zu bestätigen.

0318

Neurobiologische Befunde psychopathischen Verhaltens beim Erwachsenen

Jürgen Müller (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: „Psychopathy“ beschreibt eine besondere Form der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Mit Hilfe der PCL-R, der Psychopathy Checklist in der revidierten Version förderte dieses „Psychopathy“-Konzept nach R. Hare empirische Forschung auch zu kriminellem Verhalten

Methode: Neurowissenschaftliche Studien insbesondere die Resultate bildgebender Untersuchungen zur „Psychopathy“ wiesen auf Veränderungen frontotemporaler Regionen strukturelle und funktionelle Veränderungen bei Probanden mit „Psychopathy“ hin

Diskussion/Ergebnisse: Es wird eine Übersicht über empirische Daten zur „Psychopathy“ gegeben, dabei wird insbesondere auf die Bedeutung frontotemporaler Regekreise hingewiesen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 02.1

S-070 Symposium**Lebertransplantation – eine ethische, psychosomatische und konsiliärpsychiatrische Herausforderung**

Vorsitz: H.-B. Rothenhäusler (Graz), S. Storkebaum (München)

0343

Die Missachtung psychosomatischer Kriterien für Transplantations-Patienten – eine kritische Stellungnahme zu den HU-Auswahldaten Eurotransplant

Sibylle Storkebaum (TUM, Klinikum rechts der Isar, Psychosomatische Medizin, München)

Die Transplantations – Wartelisten werden immer länger. Da die Spendebereitschaft der Deutschen aber nicht proportional größer wird, leiden die Patienten zunehmend progredient unter Angst, Depression und Verzweiflung über die ihnen entgehende Lebenszeit. Diese und andere psychische Probleme ihrer wartenden Patienten, speziell derer auf HU oder T2, sind auch für Ärzte, Pflegepersonal und Psychosomatiker immer schwerer zu ertragen und zu akzeptieren. Das vor Jahren bereits beschlossene regional geregelte Audit-System z.B. wurde nie in Kraft gesetzt. In diesem Beitrag wird kritisch hinterfragt, warum nicht einige der Kriterien der Auswahl neu überdacht werden, etwa, ob es nicht menschlich und sogar wirtschaftlich angebracht wäre, Aspekte wie Utility und Benefit sowie psychische und psychiatrische Parameter als Dringlichkeitsverstärker einzuführen. Durch die Warteanstrengung verursachte Anpassungsstörungen (ICD F43.2, F 54) treten immer häufiger auf und beeinträchtigen die viel berufene zweite Chance der Patienten auf besseres Leben. Das von Eurotransplant vorgebrachte Pseudoargument, wer die Wartezeit nicht psychisch untadelig überstehe, sei post transplantationem erst recht gefährdet, lässt sich nicht belegen es geht eher um die reaktualisierte Bestimmung der Einflussgröße der psychosomatischen Variablen.

0344

Ein manualisiertes Gruppentherapiekonzept für alkoholabhängige Patienten vor der Lebertransplantation

Yesim Erim (Universitätsklinikum Duisburg, Psychosomatische Medizin, Essen)

M. Beckmann, S. Tagay, S. Becekbaum, G. Gerken, C. E. Broelsch, W. Senf

Einleitung: Bei Patienten mit alkoholtoxischer Leberzirrhose stellt die Einhaltung der Abstinenz in der Organwartezeit vor der Transplan-

tion ein äußerst relevantes Problem dar, weil die Alkoholkarenz auch in diesem Stadium der Erkrankung wesentlich zur Stabilisierung der zirrrosebedingten Gesundheitsschäden beitragen kann. Andererseits wird die Abstinenz vor einer Transplantation als Prädiktor für ein gutes Gesundheitsverhalten nach der Transplantation angesehen und zur Voraussetzung für die Transplantation gemacht. Wir führten bei diesen Patienten eine manualisierte, sechsmonatige, psychoedukative Intervention durch. Es wurde untersucht, ob die Alkoholabstinenz durch die beschriebene Intervention stabilisiert werden kann.

Methode: 48 Patienten, die zwischen Januar 2002 und November 2003 rekrutiert wurden, nahmen an der Gruppe teil. Zur Überprüfung der Abstinenz wurde bei den Teilnehmern in jeder Gruppensitzung die Atemalkoholkonzentration bestimmt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), Angst und Depressivität (HADS-D), Symptombelastung (BSI) sowie die soziale Unterstützung (F-SOZU) wurden gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Im Gruppenverlauf wurden bei vier Patienten Rückfälle festgestellt. Die restlichen Patienten blieben abstinent. Subklinische Scores bezüglich Angst und Depressivität sowie eine geringe psychiatrische Symptombelastung und der Norm entsprechende psychische Lebensqualität blieben im Gruppenverlauf unverändert. Die körperliche Lebensqualität war reduziert ($t=-8.694$; $df=44$; $p<0.001$) und verbesserte sich aufgrund der Alkoholkarenz erwartungsgemäß im Gruppenverlauf ($t=-2.275$; $df=27$; $p=0.031$). Eine hohe soziale Unterstützung über dem Mittelwert der Normstichprobe wurde wahrgenommen ($t=8.213$; $df=45$; $p<0.001$). Die Rate der durch Selbstbericht und Alkoholkonzentration in der Atemluft gemessenen Rückfälle blieb niedrig. Während der sechsmonatigen

0345

Äthylglukuronid als Relapsemarker bei Patienten vor Lebertransplantation

Yesim Erim (Universitätsklinikum Duisburg, Psychosomatische Medizin, Essen)

M. Böttcher, U. Dahmen, O. Beck, C. E. Broelsch, A. Helander

Einleitung: Eine sechsmonatige Abstinenzzeit wird als eine Voraussetzung vor der Lebertransplantation angesehen. Alkoholranke mit fortgeschrittener Lebererkrankung können, wenn sie abstinent bleiben, das Auftreten von hepatologischen Komplikationen wie Ösophagusvarizenblutung und Aszites signifikant reduzieren (McCormick et al. 1992); der Gesundheitszustand der Patienten kann sich so weit verbessern, dass eine Transplantationsindikation nicht mehr besteht. (Mackie et al. 2001). Die Feststellung der Abstinenz ist nicht einfach, da übliche biochemische Marker als Parameter des Alkoholkonsums, z.B. Gamma Glutamyl Transferase (GGT) und Carbohydrat Deficient Transferrin (CDT) bei zirrhotischen Veränderungen ihre Aussagefähigkeit verlieren. Ethylglukuronid ist ein wasserlöslicher, stabiler, sensitiver und spezifischer Ethanolmetabolit und wird als Rückfallmarker empfohlen.

Methode: Im Rahmen einer sechsmonatigen Gruppentherapie zur Stabilisierung der Abstinenz vor der Lebertransplantation wurde bei jeder Gruppensitzung die Atemalkoholkonzentration gemessen. Auf freiwilliger Basis gaben die Patienten ($n=18$) Urinproben ab. Weder Therapeuten noch Patienten wurden bezüglich der Ergebnisse der Messungen informiert.

Diskussion/Ergebnisse: 119 Mal wurden Atemethanolkonzentrationen und 101 Mal Ethylglukuronid im Urin gemessen. Die Atemethanolmessung ergab ein positives Ergebnis. In den Parallelmessungen konnten Ethylglukuronidkonzentrationen im Urin in 25 Fällen nachgewiesen werden. Insgesamt waren 10 (55%) Patienten von Rückfällen betroffen. Alle Patienten verneinten Alkoholkonsum. In der Wartezeit auf eine Lebertransplantation haben die Patienten häufiger fortgesetzten kontrollierten Alkoholkonsum als bisher vermutet. Äthylglukuronid weist ein deutlich größeres Messzeitfenster auf als marktübliche Methoden und ermöglicht es, Konsumverhalten der Patienten genauer zu untersuchen und sie bei ihrem Abstinenzverhalten besser zu unterstützen.

S-073 Symposium

Stress, stress-regulierende Systeme und Herz-Kreislauf-erkrankungen

Vorsitz: F. Lederbogen (Mannheim), C. Otte (Hamburg)

0359

Die Takotsubo-Kardiomyopathie

Dariusch Haghi (Universitätsklinikum Mannheim, I. Medizinische Klinik)

Die Takotsubo-Kardiomyopathie (auch „acute apical ballooning“, „broken heart syndrome“ und Stresskardiomyopathie genannt) ist eine akute und reversible Funktionsstörung des Herzens, die sich durch eine plötzlich auftretende Kontraktionsstörung (Akinesie/Dyskinesie) der linken Herzkammer auszeichnet. Da das klinische Bild der Erkrankung und die initialen diagnostischen Befunde grosse Ähnlichkeiten mit dem akuten Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt und Nicht-ST-Hebungsinfarkt) aufweisen, gehört zur Diagnosesicherung der Ausschluss einer koronariellen Ursache in Form einer Herzkatheteruntersuchung. In ihrer klassischen Form betrifft die Erkrankung v.a. die Spitze und die mittleren Abschnitte des linken Ventrikels, wodurch dieser in der Systole eine Form annimmt, die an das japanische Gefäß für den Fang von Oktopussen erinnert (daher der Name). Zunehmend werden jedoch Varianten beschrieben, bei denen die linksventrikuläre Spitze nicht betroffen ist. Auch eine Mitbeteiligung der rechten Herzkammer kommt (in ca. 25%) vor. Die Erkrankung betrifft in >90% der Fälle Frauen, meist im mittleren und höheren Alter. Oft lässt sich eine auslösende Ursache in Form eines psychischen (z.B. Streit, schlechte Nachricht) oder physischen (z.B. Operation, Asthmaanfall) Stressors identifizieren. Hauptsymptome sind plötzliche Brustschmerzen oder Atemnot, in der Regel begleitet von (einer milden) Erhöhung der Herzenzyme und dynamischen EKG-Veränderungen. Sämtliche Veränderungen bilden sich binnen Tagen bis Wochen komplett zurück. Die Pathogenese ist unklar. Katecholaminexzess und mikrovaskuläre Funktionsstörung der Herzgefäße scheinen jedoch eine entscheidende Rolle zu spielen. Ein identisches Krankheitsbild findet sich bei der Phäochromozytomkrise und der Subarachnoidalblutung. Eine spezifische Therapie ist nicht bekannt. Ca. 10% der Patienten erleiden ein Rezidiv.

0360

Depression and inflammation in post myocardial infarction (MI) patients

Lucia Dettenborn (Technische Universität Dresden, Inst. für Biopsychologie)
N. Rieckmann, K. W. Davidson, D. Shimbo

In patients who have experienced a myocardial infarction (MI), one in six suffer from a clinical diagnosis of major depressive disorder, and at least twice that many experience significant depressive symptoms. Depression in post-MI patients is related to more medical comorbidities and cardiac complications and even MI recurrence and mortality as convincingly demonstrated by large epidemiological studies. These major health risks also exist for patients with sub-threshold depression. Depression has been associated with inflammation, which appears to play an important role in promoting the formation of atherosclerosis. Yet, the nature of the depression-inflammation relation remains unclear. This lack of knowledge poses a major problem for targeting interventions in post-MI patients. If post-MI depression is a consequence of inflammation, anti-inflammatory drugs would suffice to alleviate depression and consequently reduce cardiac complications and MI recurrence. Conversely, if post-MI depression promotes inflammation, antidepressant therapy is in-

dicated. Some, but not all studies have demonstrated a decrease in inflammatory markers with antidepressant treatment. Recently, the generic antidepressant bupropion, has been reported to profoundly lower inflammatory markers in vivo, in a mouse lipopolysaccharide induced inflammation model. Last, further scenarios in the post-MI depression-inflammation relation are possible: a bidirectional link with mutual exacerbation of depression and inflammation, and another underlying pathologic process independently inducing depression and inflammation. We will review the existing literature on depression and inflammation and cardiac disease progression. We will add to this literature with data from the multisite, observational cohort study entitled „Coronary Psychosocial Evaluation Study“ (COPES).

0361

Überaktivität der stress-regulierenden Systeme: Bindeglied zwischen Depression und Koronarer Herzkrankheit?

Christian Otte (UKE Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: In verschiedenen gut kontrollierten prospektiven Studien wurde gezeigt, dass bei depressiven Patienten das Risiko für die Entwicklung einer Herzerkrankung deutlich erhöht ist. Ferner ist eine Depression ein unabhängiger Risikofaktor für ein schlechteres Outcome bei Patienten mit Herzerkrankung ist. Dies gilt für Patienten mit Myokardinfarkt, instabiler Angina pectoris, nach koronarer Bypass-Operation und bei Herzinsuffizienz. Bisher sind die Mechanismen der Assoziation zwischen Depression und Herzerkrankung unklar.

Methode: Neben anderen Faktoren wird eine erhöhte Aktivität der stress-regulierenden Systeme diskutiert. Hier spielen insbesondere die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und das sympathische Nervensystem eine wichtige Rolle. In diesem Beitrag sollen die bisherigen Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen Depression und Cortisol bzw. Noradrenalin im Hinblick auf kardiovaskuläre Risikofaktoren vorgestellt werden. Zudem sollen mögliche Mechanismen diskutiert werden, durch die eine erhöhte Aktivität stress-regulierender Systeme zu einer gesteigerten Prävalenz von Herzerkrankungen bei depressiven Patienten bzw. zu einer schlechteren Prognose bei depressiven im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten mit Herzerkrankung führen kann.

Diskussion/Ergebnisse: Weiterhin werden neue eigene Ergebnisse vorgestellt zum Zusammenhang zwischen einem Serotonin Transporter Gen Polymorphismus, Depression und Cortisol- bzw. Noradrenalinsekretion aus einer laufenden prospektiven Kohortenstudie, die den Zusammenhang zwischen Depression und kardialen Outcome während eines fünfjährigen Follow-up bei 1024 Patienten mit Herzerkrankung untersucht (Heart and Soul Studie).

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 17/18

S-077 Symposium

Aktuelle Probleme in Diagnostik und Therapie sexueller Störungen

Vorsitz: A. Hill (Hamburg), W. Berner (Hamburg)

0377

Weiterentwicklung der Hamburger Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen

Margret Hauch (Universitätsklinikum, Forensische Psychiatrie, Hamburg)

Einleitung: Sexuelle Funktionsstörungen sind ein verbreitetes Problem und empirische Daten zeigen, dass 5–10% der erwach-

senen Frauen und Männer stark oder sehr stark darunter leiden und einer entsprechenden Behandlung bedürfen (vergl. z.B. Matthiesen und Hauch 2004). Sie haben es aber immer noch schwer, kompetente professionelle Hilfe zu finden, da auch im neuen Jahrtausend das Thema Sexualität weder in den medizinischen noch in den psychotherapeutischen Ausbildungsgängen angemessen berücksichtigt wird.

Methode: Das Hamburger Modell der Paartherapie wurde zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen entwickelt. Es vereint psychodynamisches Verständnis mit verhaltenstherapeutischen Elementen und systemischen Aspekten. Es hat sich in mehr als 30 Jahren praktischer Anwendung immer wieder eindrucksvoll bewährt, aber auch als flexibel genug erwiesen, den sich wandelnden gesellschaftlichen und klinischen Anforderungen Rechnung zu tragen. Die traditionelle sexualtherapeutische Arbeit mit Verhaltensvorgaben wird hier durch eine ergebnisoffene Herangehensweise völlig neu konzeptualisiert, der Akzent der psychotherapeutischen Arbeit wurde von der „Entängstigung“ auf die Stärkung von Autonomie und Konfliktfähigkeit verschoben (vergl. Hauch 2006). Dadurch werden neben den PatientInnen mit den klassischen sexuellen Funktionsstörungen (bei Frauen Erregungs- und Orgasmusstörungen, Vaginismus und Dyspareunie, bei Männern Erektions- und Ejakulationsstörungen) auch PatientInnen erreichbar, die wegen so genannter sexueller Lustlosigkeit oder wegen sexueller Probleme in Folge sexueller Traumatisierungen um professionelle Hilfe nachsuchen. Diese Behandlung wird inzwischen in vielen Regionen der Bundesrepublik angeboten, vor allem von niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die in Hamburg eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben. Ein zusammenfassender Überblick im Rahmen des Vortrages soll den HörerInnen eine differenzielle Indikationsstellung erleichtern, wenn sich Frauen und Männer wegen sexueller Probleme an sie wenden. Literatur: Hauch, Margret (Hg): Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell der Paartherapie. Konzept und Technik. Thieme, Stuttgart, 2006 Matthiesen, Silja, Hauch, Margret: Wenn sexuelle Erfahrungen zum Problem werden. In Familiendynamik 28(1), 2004, 139–160.

0378

Intersexualität und sexuelle Traumatisierungen

Hertha Richter-Appelt (UKE Hamburg-Eppendorf, Inst. für Sexualforschung)

Einleitung: Entsprechen die Geschlechtsdeterminierenden und -differenzierenden Merkmale des Körpers (Chromosomen, Gene, Hormone, Keimdrüsen, äußere Geschlechtsorgane) nicht alle dem gleichen Geschlecht, spricht man von Intersexualität. Eine Consensus Konferenz in Chicago 2005 hat sich auf „Disorders of Sex Development“ (DSD) statt Intersexualität geeinigt. Von Betroffenen wird vor allem kritisiert, dass diese Bezeichnung den Begriff der Störung beinhaltet. Aufgabe der Hamburger Katamnese-Studie ist es, nicht nur über die körperliche Entwicklung und Behandlungserfahrungen von Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität etwas in Erfahrung zu bringen, sondern auch Interessen und Intersexualitätsbedingten Schwierigkeiten und Erlebnisse u.a. im Bereich der Sexualität.

Methode: Es wurde ein umfangreicher Fragebogen zusammengestellt, der sich aus standardisierten Instrumenten und selbst konstruierten Teilen zusammensetzt (Richter-Appelt 2004). Stichprobe Es werden Daten von 2003/ 2004 befragten 37 Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität vorgestellt. Personen bei 46, XY Karyotyp mit teilweiser oder kompletter Androgenresistenz (PAIS und CAIS), Störungen der Androgenbiosynthese, Gonadendysgenesien und Personen bei 46,XX Karyotyp mit Adrenogenitalem Syndrom konnten für die Untersuchung gewonnen werden. (Durchschnittsalter: 30,6 Jahre, Range: 16–60)

Diskussion/Ergebnisse: Die vorliegende Studie zeigte, dass bis auf

die Personen mit CAIS fast alle Personen vielfach in der Pubertät im Genitalbereich (oft mehrfach) operiert worden waren. Es wird eine detaillierte Darstellung der durchgeführten Operationen und Behandlungsmaßnahmen gegeben und diskutiert welche Traumatisierungen im Zusammenhang damit eingetreten sind. Bei der hier untersuchten Stichprobe wurden viele über den Grund der Operation nicht wirklich aufgeklärt. Schlussfolgerungen Das Geschlecht wird durch viele verschiedene biologische und psychosoziale Komponenten bestimmt und Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen sind in der Regel kein Notfall. Daraus folgt, die medizinisch nicht notwendigen Operationen sollten zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden, zu dem der oder die Betroffene in die Entscheidung mit einbezogen werden kann. Wiederholte Operationen und Untersuchungen im Genitalbereich können traumatisierender sein als ein auffälliges Genitale.

0379

Sexuelle Süchtigkeit

Peer Briken (UKE Hamburg, Sexualforschung / Forensik)

In diesem Überblick wird das Thema der sexuellen Süchtigkeit phänomenologisch und ätiologisch kritisch betrachtet. Dabei wird auf psychodynamische, verhaltenstheoretische, biologische und komorbide Aspekte eingegangen. Es wird die Bedeutung im Kontext von Beziehungsfeindlichkeit, sexueller Delinquenz und forensisch psychiatrischer Begutachtung gestreift und schließlich auf therapeutische Gesichtspunkte eingegangen.

0380

Internetpornographie und Paraphilien

Andreas Hill (UKE Hamburg-Eppendorf, Sexualforschung / Forensik)

P. Briken, W. Berner

Die Frage, ob Pornographie im Internet sexuelle Gewalt fördert oder eher als Sicherheitsventil dient, ist ein gesundheits-, medien- und kriminalpolitisch wichtiges Thema. Studien zur Wirkung von Pornographie generell zeigen, dass Soft-Core-Pornographie und gewaltfreie Pornographie als „harmlos“ gelten, während gewaltfreie Hard-core und Gewalt-Pornographie Aggressivität steigern können. Personen mit hohem Risiko für sexuelle Gewalt (z.B. solche mit Paraphilien) haben mehr Interesse an gewalttätiger Pornographie und werden durch diese stärker negativ beeinflusst. An zwei Fallbeispielen werden die besonderen Merkmale von Internet-Pornographie und „Cybersex“ veranschaulicht: leichter Zugang von zu Hause, Anonymität, niedrige Kosten, Mannigfaltigkeit und Devianz des Materials, grenzenloser Markt, Auflösung der Grenzen zwischen Konsument und Produzent, interaktive Kommunikation, Experimentierraum zwischen Fantasie und „real life“-Verhalten, virtuelle Identitäten, leichte Kontaktaufnahme zwischen Täter und Opfer bzw. verschiedenen Tätern, sowie niedriges Entdeckungsrisiko. Dem Phänomen „sexueller Sucht“ (oder Paraphilie-verwandte Störung) kommt beim problematischen Umgang mit Internet-Pornographie eine besondere Bedeutung zu. Neben präventiven Maßnahmen zum Schutze potentieller Opfer werden für die Täterseite Behandlungsstrategien vorgestellt, die außer einer Beschränkung des Zugangs zu Internet-Sexualität die Therapie komorbider psychischer Störungen (z.B. Paraphilien, Suchterkrankungen, Angst- und Zwangstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) und Probleme (soziale Isolation, Trauerprozesse, Stress- und Wut-Management, Schuld und Scham, Kindheitstraumata, kognitive Verzerrungen, Opfer-Empathie), evtl. auch medikamentöse Behandlung und die Förderung einer integrativeren und beziehungsreicheren Sexualität umfassen.

FF-014 Freie Vorträge

Schlafstörungen

Vorsitz: G. Hajak (Regensburg), J. Backhaus (Lübeck)

0065

Wirksamkeit einer Kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert mit Zopiclon versus Placebo bei Patienten mit psychophysiologischen Schlafstörungen (primäre Insomnie)

Jutta Backhaus (UK-SH, Campus Lübeck, Psychiatrie und Psychotherapie)
U. Tietz, U. von Eitzen, I. Kunde, R. Horbach, K. Junghanns, F. Hohagen

Einleitung: In dieser Studie wurde die Effektivität einer kurzzeitigen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), welche in der ersten Therapiehälfte mit Zopiclon oder Placebo kombiniert wurde, untersucht.

Methode: In einem kontrollierten, randomisierten, doppelblinden Studiendesign erhielten 38 Patienten mit primärer Insomnie (entsprechend den Kriterien des DSM-IV) neben 6 Sitzungen KVT in den ersten zwei Therapiewochen 7,5 mg und in der dritten Woche 3,75 mg Zopiclon bzw. Placebo.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen zeigten sich nach Abschluss der Therapie und in den Katamnesen nach 6 Wochen und 7 Monaten hochsignifikante Verbesserungen der Schlafqualität, Schlafdauer, Einschlaf latenz und Schlafeffizienz, der Schlafstörenden Kognitionen sowie eine signifikante Verbesserung der Stimmung im Beck Depressions-Inventar. Zwischen den Gruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, jedoch tendenziell etwas unterschiedliche Therapieverläufe, so z.B. eine schnellere Zunahme der Schlafdauer in der Gruppe KVT plus Zopiclon bzw. eine etwas stärkere Verbesserung der Einschlaf latenz in der Gruppe KVT plus Placebo. Bei den meisten Parametern zeigte sich eine Angleichung der Gruppen in den Katamnesen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine kurzzeitige KVT sowohl in Kombination mit Zopiclon als auch mit Placebo eine sehr wirksame Therapie der Insomnie darstellt. Dabei ist von besonderer Relevanz, dass die Therapieeffekte langfristig anhalten und noch sieben Monate nach Abschluss der Therapie signifikant nachweisbar sind.

0066

Zusammenhänge zwischen Schlafparametern und Gedächtnisleistungen bei Patienten mit Schlafstörungen

Robert Göder (Psychiatrie und Psychotherapie, Kiel)
F. Scharfetter, G. Fritzer, J. Aldenhoff

Einleitung: Die wichtige Rolle des Schlafes für die Gedächtnisbildung ist vielfach bestätigt worden. Dabei wird vermutet, dass die Konsolidierung prozeduraler Gedächtnisfunktionen mit dem REM-Schlaf zusammenhängt und das deklarative Gedächtnis mit dem Tiefschlaf assoziiert ist (Plihal und Born, 1997 und 1999). In der Regel wurden Studien zu Schlaf und Gedächtnis an gesunden Probanden oder Patienten mit Insomnie vorgenommen, die beispielsweise über Zeitungsanzeigen rekrutiert wurden. In der vorliegenden Untersuchung sollen Zusammenhänge zwischen Schlafparametern und Gedächtnisfunktionen dagegen an Patienten analysiert werden, die sich mit dem Leitsymptom „nicht-erholsamer Schlaf“ aus klinischen Gründen zur Diagnostik in ein Schlaflabor begeben hatten. Ziel war die Überprüfung aktueller Hypothesen zur Bedeutung unterschiedlicher Aspekte des Schlafes wie Tiefschlaf- oder REM Schlaf-Dauer für Gedächtnisprozesse.

Methode: Vor und nach der zweiten Ableitnacht wurden neuropsychologische Tests durchgeführt. Deklarative Gedächtnisfunktionen wurden mit der Rey-Osterrieth Figur untersucht und das prozedurale

Lernen mit dem Spiegelzeichnen. In die Studie wurden 42 konsekutive Patienten eingeschlossen (durchschnittliches Alter: 40 Jahre, Altersbreite 16–67 Jahre, 31 Frauen). Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen, psychotroper Medikation oder mit Hinweisen auf körperliche Ursachen von Schlafstörungen (Schlafapnoe, Restless legs) wurden nicht eingeschlossen.

Diskussion/Ergebnisse: Bezogen auf die deklarative Gedächtnisfunktion ergaben sich signifikant positive Assoziationen der morgendlichen visuellen Erinnerungsleistung mit der Gesamtschlafnähe, mit der Dauer des Non-REM Schlafes (Schlafstadien 1–4) und der Anzahl der Schlafzyklen, aber nicht mit der Tiefschlafdauer oder der REM-Schlaf Länge. Die Leistung im prozeduralen Lernen war mit keinem Schlafparameter signifikant korreliert. Eine allgemeine Bedeutung des Schlafes für Gedächtnisprozesse konnte in unserer Untersuchungsgruppe bestätigt werden. Zusammenhänge mit spezifischen Schlafstadien (Tiefschlaf oder REM-Schlaf) fanden wir dagegen nicht. Wir vermuten, dass bei Patienten mit chronischen Schlafstörungen Funktionen des Tiefschlafes durch den Non-REM Schlaf insgesamt übernommen werden.

0067

Vergleich von Patienten mit subjektiver und objektiver Insomnie unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeits- und kognitiven Parametern

Beate Kreis (Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Halle)

Einleitung: Die Diagnose einer Insomnie wird aufgrund der vom Patienten geschilderten Beschwerden gestellt. Eine polysomnographisch nachweisbare objektive Störung des Nachtschlafes ist bei einigen Insomniepatienten zu finden (objektive Insomnie), aber nicht bei allen (subjektive Insomnie). Bisher gibt es wenig gesicherte Erkenntnisse über Unterschiede zwischen Patienten mit subjektiver vs. objektiver Insomnie.

Methode: In einer Untersuchung an 150 Patienten eines Schlaflabors (Diagnosen Primäre Insomnie und Insomnie bei psychischer Störung) wurden objektive und subjektive Insomniepatienten nach polysomnographischen Gesichtspunkten (Differenzierung nach der Einschlaf latenz und Schlafeffizienz) unterschieden. Es wurden Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein subjektiver bzw. objektiver Insomnie und der subjektiven Schlafeinschätzung (Morgenprotokoll, PSQI, ISI, ESS), Persönlichkeitsvariablen (HPI), Depressivität (BDI) und dysfunktionalen Überzeugungen zum Schlaf (DBAS-16) überprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten – trotz der Berücksichtigung des Alters bei der Einteilung in die Insomniegruppen – einen höheren Altersdurchschnitt in der Gruppe „objektive Insomnie“. In der Selbstbeurteilung der Schlafqualität beschrieben die objektiven Insomnier größere Schwierigkeiten einzuschlafen, alle weiteren Parameter zeigten keine Differenzen zwischen den Gruppen. Auch hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen („Big Five“), Depressivität (BDI) und Dysfunktionalen Überzeugungen zum Schlaf ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen. Insgesamt sind die psychometrisch fassbaren Unterschiede zwischen Patienten mit subjektiver und objektiver Insomnie nur sehr gering ausgeprägt. Eine bessere Differenzierung ergibt sich allerdings, wenn auch das Ausmaß der Fehleinschätzung des Schlafzustandes berücksichtigt wird.

0068

Fehl Wahrnehmung des Schlafzustandes bei Patienten mit primärer und sekundärer Insomnie

Frank Pillmann (Universität Halle-Wittenberg, Klinik für Psychiatrie)
K. Beate

Einleitung: Eine subjektive Überschätzung der Einschlaf latenz und eine Unterschätzung von Schlafdauer und Schlafeffizienz sind ein häufig

figer Befund bei Insomniepatienten und definierendes Merkmal einer Untergruppe der Insomnien. Die Spezifität dieses Befundes ist aber unklar.

Methode: Wir untersuchten bei 116 Patienten eines Schlaflabors (70 Pat. mit Insomnie bei psychischer Störung, 65 Patienten mit organischer Insomnie und 74 Patienten mit primärer Insomnie) das Ausmaß der Fehleinschätzung von Einschlaf latenz und Schlaffeffizienz durch Vergleich polysomnographischer Daten mit den subjektiven Einschätzungen in den Morgenprotokollen. Zusammenhänge zwischen Ausmaß der Fehleinschätzung und demographischen Parameter wurden bestimmt, Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen wurden mittels Kovarianzanalyse überprüft.

Diskussion/Ergebnisse: In allen drei diagnostischen Gruppen fand sich eine Überschätzung der Einschlaf latenz und eine Unterschätzung der Schlaffeffizienz. Mit zunehmendem Alter vergrößerte sich die Fehleinschätzung der Einschlaf latenz, während sich für die Fehleinschätzung der Schlaffeffizienz kein Alterseffekt ergab. Patienten mit primärer Insomnie wiesen zwar numerisch das höchste Ausmaß von Fehleinschätzung auf, die Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen waren aber nicht signifikant. Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes ist somit ein diagnoseübergreifendes Merkmal von Insomnien. Diskrepanzen zwischen subjektiver und objektiver Einschlaf latenz sind altersabhängig und könnten alterstypische Veränderungen der Schlafarchitektur widerspiegeln.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-032 Postersitzung

Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen

Vorsitz: NN

0342

Psychiatrische Folgen der intensivmedizinischen Behandlung eines akuten Lungenversagens (ARDS) im Zusammenhang mit der Sedierungstiefe

Till Krauseneck (Klinik für Psychiatrie, München)

Einleitung: Die Behandlung auf einer Intensivstation ist für Patienten mit enormen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden. Neben der Grunderkrankung kommen vielfältige andere, potentiell traumatisierende Ereignisse hinzu (z.B. Komplikationen, hohe Dosen und lange Dauer der Analgosedierung, iatrogene Eingriffe). Dementsprechend war der Anteil posttraumatischer Belastungsstörungen (PTSD) in einem von uns untersuchten Sample von ARDS Patienten erschreckend hoch (1) und lag deutlich über den, für andere körperliche Erkrankungen, zu erwartenden Zahlen (2). Die multiplen Einflussfaktoren machen die Zuordnung des für die Entwicklung einer PTSD ursächlichen Traumas schwierig. Um den pathogenetischen Einfluß der Sedierungstiefe auf die Traumatisierung genauer zu ergründen, wurden Patienten, die an einem ARDS litten, unterschiedlich tief sediert. Die Sedierungstiefe wurde als Zielkriterium gewählt, da diese einen klar definierten, beeinflussbaren und objektiven Behandlungsparameter darstellt.

Methode: In der prospektiven Untersuchung wurden insgesamt 37 Patienten mit einem ARDS nach dem Zufallsprinzip zwei Gruppen zugeteilt. Während der Intensivbehandlung wurde eine Gruppe niedrig und eine Gruppe hoch sediert. Beide Gruppen wurden dann bezüglich traumatischer Erfahrungen und Erinnerungen, posttraumatische Belastungsstörungen in festen Zeitintervallen (bei Verlegung von der Intensivstation und 6 Monate sowie 1 Jahr später) nachuntersucht. Neben der Durchführung des SCID gemäß DSM-IV wurden von den Patienten Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung posttraumatischer

Stresssymptome, Depressivität, Zustandsangst, Somatisierungsneigung, soziale Unterstützung und Lebensqualität ausgefüllt. Weiterhin erfolgte ein kognitiver Leistungstest.

Diskussion/Ergebnisse: Die vorab ausgewerteten Daten von 37 Patienten zeigen einen Trend zu einer geringeren Zahl traumatischer Erinnerungen an die Intensivtherapie (jeweils 2 vs. 1, Medianwerte) der Patienten mit tieferer Sedierung. Die PTSD Scores und die erreichte gesundheitsbezogene Lebensqualität beider Gruppen unterscheiden sich derzeit nicht.

0343

Quetiapin in der Behandlung des Delirs bei polytraumatisierten Patienten in der Weaning-Phase – Eine Fall-Serie.

Florian Seemüller (Psychiatrische Klinik der LMU, Tagesklinik, München)
E. Volkmer, T. Vogel, T. Hummel, T. Krauseneck, B. Heindl, M. Riedel, F. Padberg

Einleitung: In etwa 25%–30% aller beatmeten Patienten entwickelt sich im Verlauf ein delirantes Syndrom. Dabei stehen häufig Unruhe, Agitation, optische Halluzinationen und starke Ängste psychopathologisch im Vordergrund (Ely et al., 2004a). Ein delirantes Syndrom gilt bei dieser Patientengruppe als unabhängiger prognostischer Faktor für die 6-Monats Mortalitätsrate (Ely et al., 2004b). In den Consensus Guidelines der APA werden derzeit 1–2 mg Haloperidol i.v. alle zwei Stunden zur Behandlung des Delirs empfohlen. Aufgrund häufig auftretender extrapyramidal-motorische Symptome (EPS) bei medizinisch schwer kranken und alten Patienten, sowie der geringen sedierenden und anxiolytischen Wirkkomponente wären Alternativen wünschenswert (Schwartz and Masand 2002). Quetiapin ist bereits in einigen Fallserien und klinischen Studien auf seine Wirksamkeit bei Delir untersucht worden. Leider umfassen die meisten Studien sehr heterogene Patientengruppen und es wurden bisher wenig systematische Untersuchungen hinsichtlich der Medikamentensicherheit unternommen.

Methode: Offene, prospektive Kasuistik zur Behandlung vier langzeitbeatmeter, polytraumatisierter, chirurgischer Intensivpatienten, die während der Weaning-Phase ein delirantes Syndrom entwickelten. Die Patienten wurden mit einer variablen Dosis von Quetiapin, je nach klinischem Erscheinungsbild behandelt. Nach einer einmaligen Testdosis von 25 mg wurde nach klinischem Ermessen bis auf 150–250 mg aufdosiert. Zur täglichen Erfassung der deliranten Symptomatik wurde die Delirium Rating Skala (DRS) verwendet. Zusätzlich wurden täglich EPS mittels Simpson Angus Skala sowie der CGI erfasst. Zu Beginn, 2 h nach der Testdosis und ab dann täglich wurden die Vitalparameter, EKG und ein Routine Labor mit Quetiapin-Serumspiegeln bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Quetiapin wurde von allen vier Patienten gut und ohne klinisch relevante Nebenwirkung vertragen. Schon ab Tag 4 zeigte sich bei allen Patienten eine Reduktion des DRS-Scores von über 50%. Nach einer Woche waren alle Patienten wach bewusstseinsklar und konnten extubiert werden. Es gab keine signifikanten Laborveränderungen und diskrete aber nicht signifikante QTc-Zeit Verlängerung im EKG. Quetiapin könnte eine neue vielversprechende Option zur Behandlung eines Delirs in der Weaning-Phase darstellen. Besonders günstig könnte dabei das pharmakologische Profil dieser Substanz mit kurzer Halbwertszeit (3–6 Stunden), anxiolytischen, sedierenden sowie antidepressiven Eigenschaften sein.

0344

Psychiatrische Erkrankungen der HIV-Infektion

Bernhard Haslinger (Kliniken Theodor Wenzel Werk, Klinik für Psychiatrie, Berlin)

Einleitung: Im Rahmen einer Infektion mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) leiden nahezu ein Zehntel aller betrof-

fenen Patienten unter psychiatrischen Komplikationen. Oftmals werden sie nicht oder zu spät erkannt. Bei Diagnostik und Therapie ist ein geübter differentialdiagnostischer Blick und eine gewissenhafte Verlaufskontrolle vonnöten, eine genaue Organdiagnostik (Bildgebung, Liquoruntersuchung) unentbehrlich. Die psychische Störung kann direkt als Komplikation der Infektion auftreten, auch kann die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) derartige Krankheitsbilder provozieren. Der Verlauf der HIV-Infektion bei bereits prämorbid psychisch Kranken wiederum weist insgesamt eine schlechtere Prognose auf als bei psychisch Gesunden, da die Patienten oftmals durch die psychische Krankheit bedingt weniger compliant und adhärenz gegenüber der notwendigen Therapie sind.

Methode: Es wird ein Überblick über die in Zusammenhang mit einer HIV-Infektion stehenden psychischen Erkrankungen (affektive Störungen, Psychosen, Demenzerkrankungen, Suchterkrankungen), deren Diagnostik und Therapie gegeben. Ebenso wird auf die zentrale Wirksamkeit von HAART und auf deren mögliche psychische Nebenwirkungen eingegangen.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund wirksamer antiretroviraler Therapeutika ist die Lebenserwartung von HIV-Patienten mittlerweile drastisch gestiegen. Dennoch muss man davon ausgehen, dass bei weiterhin unzureichender ZNS-Gängigkeit der meisten Präparate Inzidenz und Prävalenz HIV-assoziiierter psychischer Erkrankungen weiter steigen werden. Neben der Weiterentwicklung des Wirkpektrums von HAART ist ein frühzeitiges Erkennen und eine entsprechende Behandlung psychischer Komplikationen erforderlich, um einerseits die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern, andererseits dadurch die Compliance hinsichtlich der lebensnotwendigen antiretroviralen Therapie zu fördern und somit deren Effektivität zu sichern.

0345

Psychiatrische Symptome und Lebensqualität von Patienten mit Systemischem Lupus Erythematoses (SLE): Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie

Ingrid Schemuly (Universitätsklinikum Mainz, Psychiatrische Klinik)
A. Schwarting, A. Scheurich, M. J. Müller, A. Fellgiebel

Einleitung: Psychiatrische und neurokognitive Auffälligkeiten sind bei Patienten mit Systemischem Lupus Erythematoses (SLE) häufig. Zugrunde liegende mögliche Krankheitsmechanismen sind vielfältig und reichen von der psychosozialen Ebene (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) bis zu zerebrovaskulären Veränderungen sowie direkten Interaktionen verschiedener Antikörper mit neuronalen Rezeptoren. Im Rahmen einer prospektiven Longitudinalstudie sollen die psychologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Auffälligkeiten bei Patienten mit SLE mit hirnstrukturellen (Diffusions-Tensor-Bildgebung, DTI) und neurophysiologischen Veränderungen sowie mit Serum-Antikörpermustern assoziiert werden, um das Verständnis der zugrunde liegenden Pathomechanismen zu verbessern. Die vorliegende Analyse untersucht zunächst die Prävalenz von psychiatrischen Störungen bei SLE Patienten sowie den Einfluss von psychologischen Symptomen und Schmerzerleben auf die Lebensqualität der Patienten.

Methode: Psychiatrische Störungen (DSM-IV), Depressivität (HAMD), psychotische Symptome (PANSS), aktuelles Schmerzerleben (BPI) und Lebensqualität (SF-36) werden bei 40 Patienten mit SLE (36 Frauen, Alter 21–71 Jahre) und einer nach Alter und Geschlecht gematchten gesunden Kontrollstichprobe untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Auswertungen zeigen erwartungsgemäß vermehrte psychiatrische Symptome, erhöhte Depressivität sowie erhöhtes Schmerzerleben bei Patienten mit SLE. Es werden aktuelle Ergebnisse bezüglich psychiatrischer Symptome, somatischer Komorbidität sowie Schmerzerleben in Zusammenhang mit Lebensqualität präsentiert und diskutiert.

0346

Krankheitsverarbeitung bei Systemischem Lupus Erythematoses (SLE): Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie

Ingrid Schemuly (Universitätsklinikum Mainz, Psychiatrische Klinik)
A. Schwarting, A. Scheurich, M. J. Müller, A. Fellgiebel

Einleitung: Patienten mit Systemischem Lupus Erythematoses (SLE), einer chronischen Autoimmunerkrankung, weisen neben einer Multisystembeteiligung auch häufig erhöhte Depressivität und vermehrte Schmerzen auf. Allgemeine sowie krankheitsspezifische Bewältigungsstrategien werden immer dann eingesetzt, wenn ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten besteht. Es wird untersucht, ob Patienten mit SLE spezifische Copingstrategien verwenden und ob bestimmte Krankheitsverarbeitungsmuster in Zusammenhang mit Depressivität und aktuellem Schmerzerleben stehen. Diese prospektive Longitudinalstudie umfasst sowohl psychologische, psychiatrische und neuropsychologische als auch neurophysiologische (EEG) und neuroradiologische Untersuchungen (Diffusions-Tensor-Bildgebung, DTI). Ziel der Studie ist es, einen möglichen Zusammenhang von hirnstrukturellen Veränderungen und speziellen Antikörpern und neuropsychologischen Defiziten sowie psychiatrischen Symptomen aufzuzeigen.

Methode: Globale Erkrankungsschwere, Depressivität (HAMD), aktuelles Schmerzerleben (BPI) sowie allgemeine und krankheitsbezogene Verarbeitungsstrategien (SVF, FKV) werden bei 40 Patienten mit Systemischem Lupus Erythematoses (36 Frauen, Alter 21–71 Jahre) und einer nach Alter und Geschlecht gematchten gesunden Kontrollstichprobe untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Auswertungen zeigen erwartungsgemäß erhöhte Depressionswerte sowie vermehrtes Schmerzerleben bei Patienten mit SLE. Es werden aktuelle Ergebnisse bezüglich Depressivität und Schmerzerleben in Zusammenhang mit der Erkrankungsschwere und Copingstrategien präsentiert und diskutiert.

0347

Interferon beta-1b-induced Depression in Multiple Sclerosis

Christian Schopper (Psychiatrische Uni-Klinik, Klinik für Affek. Erkrankungen, Zürich)
H. Boeker, D. Hell

Einleitung: Depressionen sind wiederholt beschrieben in Assoziation mit den verschiedenen Verlaufsformen der multiplen Sklerose. In der Interferon-Alpha-Therapie sind erhebliche neuropsychiatrische Nebenwirkungen und insbes. auch schwere suizidale depressive Reaktionen beschrieben. Die Interferon-Beta-1a/b-Therapie ist eine mittlerweile etablierte Standardtherapie, mit guten Ansprechraten insbes. bei der schubweisen Verlaufsform der Multiplen Sklerose, auch bei ihr sind bei bereits bestehenden Depressionen z.T. erhebliche Exazerbationen mit Suizidalität beschrieben, in Einzelfällen kann es auch bei diesbezüglich blanden Patienten zu Erstmanifestation depressiver Symptome kommen.

Methode: Wir berichten über eine 1966 geb. Patientin, die seit dem 17. Lebensjahr an einer benignen, schubweise verlaufenden Multiplen Sklerose leidet. 2000 wurde die Patientin nach einem erneuten Schub auf Interferon-Beta-1b eingestellt. Unmittelbar mit Beginn der Therapie Beginn zyklischer depressiver Phasen: Dauer 5–6 Monate, mittel bis schwergradige depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome, die jeweils hochdosiert mit Venlafaxin behandelt wurde. Die Patientin war bis zum Beginn der Interferon -Therapie psychiatrisch vollkommen unauffällig, aktiv, leistungsfähig und mit guter Krankheitsbewältigung. 2004 Absetzen des Interferons. Seither deutliche Rückläufigkeit der depressiven Schübe, jetzt alle 6 Monate 2–3 Monate leichtgradige depressive Symptome. Derzeit noch Venlafaxin-Behandlung.

Diskussion/Ergebnisse: Wir berichten über einen in der Literatur bisher selten beschriebenen Fall einer bis zur Interferon-Therapie psychiatrisch blanden Patientin, deren zyklische depressive Schübe als eindeutig Interferon Beta-1b induziert zu werten sind. In der Präsentation diskutieren wir den cerebralen IFN-Stoffwechsel und mögliche ZNS Mechanismen der Interferon Beta 1b induzierten Depression. Das Verständnis dieser Abläufe könnte einen wichtigen Beitrag zur Neurobiochemie der Depression liefern, insbesondere des Zusammenspiels des Serotonin – Norepinephrin und Zytokin Systems. So sind Interferone und deren Rezeptoren präsent im limbischen System und beeinflussen stimmungsbegleitende Effekte. Der vorliegende Fall kann somit nicht nur einen wichtigen klinischen Beitrag zur Interferontherapie der Multiplen Sklerose liefern, sondern stellt auch ein Modell zum neuroimmunologischen Verständnis der Depression dar.

0348

Angst, Depressivität und Lebensqualität von sportlich aktiven und sportlich inaktiven an Multipler Sklerose erkrankten Patienten

Anja Wilkening (Medizin, Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrie)
M. Lühmann, A. Windhagen, H. Haltenhof

Einleitung: MS-Patienten leiden häufig unter Angst und Depressivität, die unabhängig von der körperlichen Behinderung einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten haben. Obwohl bekannt ist, dass Sport Depressivität vermindert und das Wohlbefinden von Gesunden erhöht, wurde der Einfluss von Sport auf psychische Symptomatik und Lebensqualität von MS-Patienten bisher nicht gut untersucht. Vielfach wurde MS-Patienten sogar abgeraten Sport zu treiben, um das Auftreten von Fatigue-Symptomen oder gar die Provokation eines Schubes zu verhindern.

Methode: Mittels einer Querschnittsbefragung wurde an 49 ambulanten MS-Patienten untersucht, wie viele Patienten Sport treiben, welche Sportarten sie ausüben und ob Sport eine Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung der Patienten hat. Ferner wurden neben der Fremdbeurteilung des Behinderungsgrades mittels EDSS Fatigue (MFIS), Depressivität (BDI), Zustandsangst und Ängstlichkeit (STAI) sowie die Lebens- (SF-36) und Lebenszufriedenheit mittels Selbstbeurteilungsskalen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: 41 Patienten gaben an, regelmäßig Sport zu treiben. Das Spektrum der ausgeübten Sportarten war weit und reichte von Ausdauersportarten wie z.B. Joggen bis hin zu Badminton oder Gymnastik. Am häufigsten wurden Radfahren (18 Pat.) und Schwimmen (17 Pat.) benannt. Für 6 Patienten war Sport explizit ein wichtiger Baustein der eigenen Krankheitsbewältigung. Sportlich aktive Patienten (S-ak.) zeigten häufiger einen schubförmigen Krankheitsverlauf, unterschieden sich aber im Hinblick auf den EDSS nicht von sportlich inaktiven Patienten (S-n.). Die Werte des BDI beider Gruppen unterschieden sich ebenso wenig wie die Angaben zur Fatigue. Sportlich aktive Patienten hatten geringere Werte in den Angstskalen (Zustandsangst: S-ak. 38+/-12 vs. S-n. 47+/-14, $p=0,073$; Ängstlichkeit: S-ak. 37+/-10 vs. S-n. 46+/-14, $p=0,036$) und signifikant bzw. in der Tendenz höhere Werte (bessere Lebensqualität) in den Skalen des SF-36 für körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Sportlich aktive Patienten waren tendenziell allgemein und in der Freizeitgestaltung zufriedener mit ihrem Leben, litten in der Tendenz weniger unter ihrer MS und empfanden in signifikant geringerem Ausmaß durch die MS bedingte Veränderungen in ihrem Leben. Ein großer Teil von MS-Patienten betreibt aktiv Sport, wobei Ausdauersportarten, die eine gute Dosierung der Aktivität und Anpassung an die Behinderung ermöglichen, von den Patienten bevorzugt werden. Sport scheint sich positiv auf Angst und Ängstlichkeit der Patienten auszuwirken. Ferner finden sich Hinweise auf positive Effekte auf Lebensqualität und Lebenszufriedenheit der sportlich aktiven Patienten.

0349

Photo-akustische Stimulierung und Hypnotherapie. Ein effektives Verfahren im Einsatz bei oro-fazialen Symptomen

Tibor Károly Fábán (Simmelweis-Universität, Zahnärztliche Fakultät, Budapest)
W.-R. Krause

Einleitung: Die Möglichkeiten und Effektivität von Photoakustischer Stimulierung kombiniert mit Hypnotherapie [2, 3, 4] im Einsatz bei oro-fazialen psychogenen Symptomen [1] wurden untersucht.

Methode: Photo-akustische Stimulierung (Frequenz der Impulse zwischen 5–10 Hz) wird erzeugt mittels Spezialbrille mit lichtemittierenden Dioden und Kopfhörern. Zusätzlich wurde relaxierende Musik eingespielt und über Mikrophon Hypnoseinduktionen und weitere Suggestionen gegeben. Die Behandlungen wurden einmal pro Woche durchgeführt und bis zehnmal wiederholt [2, 4]. Symptomlinderungen wurden gemessen mit einer numerischen Analogskala. Die hypnotische Suggestibilität wurde evaluiert mit der SHSS-Skala. Patienten: 41 Patienten mit oro-fazialen Symptomen (29 weiblich, 12 männlich, Alter zwischen 34 und 79 Jahren) wurden behandelt. Symptome: psychogene Zahnersatzunverträglichkeit, atypischer Gesichtsschmerz, Phantomzahnsschmerz, fazialer Tic, Parästhesien. Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10: F 30–39: 9,8%; F 40–48: 82,9%; F 60–69: 7,3%. SHSS: zwischen 2–11 Punkten (Mittelwert: 6,9). Literaturangaben: (1) FÁBIÁN TK, FÁBIÁN G: Stress of Life, Stress of Death: Anxiety in Dentistry from the Viewpoint of Hypnotherapy. Ann NY Acad Sci 1009; 851:495–500. (2) FÁBIÁN TK, MIERZWINSKA-NASTALSKA E, FEJÉRDY P: Photo-acoustic stimulation. A suitable method in the treatment of psychogenic denture intolerance. Prot. Stomatol. in press. (3) FÁBIÁN TK, KRAUSE WR, KRAUSE M, FEJÉRDY P: Photo-acoustic stimulation and hypnotherapy in the treatment of oral psychosomatic disorders. Hypnos 2005; 32: 198–202. (4) FÁBIÁN TK, VÉRTES G, SZABÓ A, VARGA K: Photo-acoustic stimulation and hypnotherapy. An effective combination for treatment of oral psychosomatic disorders. Hypn Int Monographs. 2002; 6:199–207.

Diskussion/Ergebnisse: Komplette Aufhebung der Symptome in 15 Fällen (36,6%); deutliche Besserung bei 20 Fällen (48,8%); keinerlei Effekt bei 6 Fällen (14,6%). Durch die Effektivität der vorgestellten Technik wurden in allen Fällen günstige Voraussetzungen für eine weiterführende Therapie geschaffen. Folgerungen: Entspannungshypnose, ergänzt durch Photo-akustische Stimulierung, ist ein effektives Verfahren, besonders im Einsatz mit zunächst wenig kooperierenden psychosomatischen Patienten, die häufig gering motiviert sind für eine Hypno- und Psychotherapie.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.2

S-102 Symposium

Schlaf, Stress und Depression: Einfluss von Lebensalter und Geschlecht

Vorsitz: E. Holsboer-Trachsler (Basel), U.-M. Hemmeter (Marburg)

0492

Schlafverhalten der Schweizer Bevölkerung: Prävalenz und Tageskonsequenzen der Insomnie

Alexandra Delini-Stula (ADI Int. Institute, Advancement of Drug Develop., Basel)
E. Holsboer-Trachsler

Einleitung: Schlafstörungen sind weltweit zunehmend ein medizinisches und sozio-ökonomisches Problem. In der Praxis sind sie

jedoch oft unterdiagnostiziert und in ihrer Bedeutung allgemein unterschätzt. Daher wurde eine Befragungsstudie in den drei Hauptsprachgebieten der Schweiz durchgeführt, um die aktuelle Prävalenz und die Konsequenzen von Schlafstörungen zu erfassen. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für mögliche Massnahmen zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie dienen.

Methode: Die Befragung wurde mittels strukturierten Telefoninterviews (80 Fragen) durchgeführt. Daten wurden anhand eines DSM-IV-konformen Bewertungsschemas für die Diagnostik der Insomnie evaluiert und für die Analyse in numerische und kategoriale Werte (Scores) transformiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Resultate zeigten, dass ein Drittel (31.4%) der Befragten (N=1002) an einer DSM-IV-konformen Insomnie unterschiedlichen Schweregrades leidet. Abhängigkeiten zwischen Alter, Beruf, Art der Beschäftigung, Zivilstand und Schlafstörungen zeigten sich insbesondere bei Verwitweten (>65%), Rentnern (48%) und Angestellten (>30%). Die höchste Prävalenz von mittelschweren und schweren Formen von Insomnie wurde in der Population von arbeitslosen und berufslosen Personen gefunden. Tages- Konsequenzen der Insomnie waren vielfältig. Bis zu 100% der Befragten hatte psychische und kognitive Symptome (u.a. Depression, Angst, emotionale Instabilität, Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen). Die allgemeine Lebensqualität war bei >70% der Befragten beeinträchtigt. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass in der Schweiz Schlafstörungen ein echtes medizinisches, psychologisches sowohl als auch sozio-ökonomisches und pandemiologisches Problem sind.

0493

Stresshormon- und Schlafregulation bei Kindergartenkindern: Prädiktoren psychiatrischer Morbidität?

Martin Hatzinger (Psychiatrische Poliklinik, Basel)

Bei diversen psychiatrischen Störungen wie der Depression sind neurobiologische Veränderungen, z.B. in der Schlaf- und Stressachsenregulation, bekannt. Ob diese Abnormalitäten die Entwicklung psychiatrischer Störungen vorwegnehmen und damit zur Identifikation von Hochrisikopersonen bereits früh im Leben beitragen, ist unklar. Deshalb wurde eine Quer- und Längsschnittstudie bei Kindergartenkindern initiiert, mit dem Ziel Schlaf- und Stressachsenregulation als mögliche Kandidaten für die Prädiktion psychischer Erkrankungen zu evaluieren. Methodik: 91 Kinder (Alter $4,91 \pm 0,44$ Jahre, 55 Knaben, 36 Mädchen) zu Beginn des Kindergartens wurden mittels einer psychologischen Testbatterie untersucht und in eine erste Querschnittsuntersuchung eingeschlossen, wobei die basale und stress-stimulierte Stressachsenaktivität (hypothalamisch-hypophysäre Nebennierenrinden (HPA)-Achse) mittels Speichelkortisol und der Schlaf mittels Aktigraphie gemessen wurden. Die basale Stressachsenregulation wurde durch Bestimmung des Morgenkortisols nach dem Wecken erfasst, während die stressinduzierte Hormonantwort während der Applikation eines standardisierten altersadaptierten psychologischen Stresstestes (McArthur Story Stem Battery, MSSB) abgeklärt wurde. Resultate: Die basale Stressachsenaktivität war bei Mädchen im Vergleich zu Knaben signifikant höher. Hohe Morgenkortisolsekretionsmuster waren ein Prädiktor für ebenfalls eine höhere Hormonantwort während des MSSB, auch hier bei Mädchen mit höheren Werten als bei Knaben. Erhöhte HPA-Achsenaktivität war mit psychologischen Variablen in einer geschlechtsspezifischen Weise assoziiert: während die Knaben eine vermehrte Hyperaktivität/Impulsivität und mehr emotionale Probleme aufwiesen ($p < 0.05$), zeigten die Mädchen vermehrt positive Emotionen ($p < 0.05$). Die Schlafregistrierungen zeigten bei 15% der untersuchten Kinder Abnormalitäten, dies jedoch ohne Geschlechtsdifferenzen. Die schlechten Schläfer hatten im Vergleich zu den guten Schläfern ein signifikant höheres Morgenkortisol ($p < 0.05$). Schlechter Schlaf

war zudem mit dysregulierter Aggression und schlechtem Familienklima assoziiert ($p < 0.05$). Diskussion: Bereits früh in der Entwicklung scheinen sich neurobiologische Auffälligkeiten, teilweise geschlechtsspezifisch, zu manifestieren. Diese sind im Querschnitt teilweise mit ungünstigen psychologischen Variablen assoziiert. Prospektive Langzeituntersuchungen werden zeigen, ob diese neurobiologischen Befunde prädiktiv für den Beginn einer psychiatrischen Störung sind.

0494

Differentielle Therapieeffekte auf den Schlaf bei Patienten mit Depression und Demenz

Ulrich-Michael Hemmeter (Universitätsklinik Marburg, Klinik für Psychiatrie)
S. Canisius, J. C. Krieg

Einleitung: Bei älteren Menschen mit depressivem Affekt und kognitiven Störungen ist die Differentialdiagnose zwischen Depression und Demenz oft schwierig. Beide Patientengruppen leiden häufig an einer der Schlafkontinuität. Das Schlaf-EEG depressiver Patienten zeigt ein charakteristisches Profil (Reduktion von Tiefschlaf, Zunahme und Vorverlagerung des REM-Schlafs). Polysomnographisch wurde der Schlaf von Patienten mit Demenz bisher nur wenig, vorwiegend bei Patienten mit Alzheimer Demenz (AD), untersucht. Hier zeigt sich als charakteristischer Befund eine Reduktion des REM-Schlafs.

Methode: In einer offenen klinischen Erhebung konnten bisher 22 Patienten mit leicht bis mittelgradiger AD ohne psychotrope Medikation vor Beginn einer Behandlung mit einem Cholinesterasehemmer mittels Polysomnographie untersucht werden. Bei 8 dieser Patienten wurde unter der Monotherapie mit einem Cholinesterasehemmer in einem Zeitraum von 510 Monaten nach der Baseline-Untersuchung eine weitere Polysomnographie durchgeführt. Die Daten dieser Patientengruppe werden mit Schlaf-EEG-Daten älterer depressiver Patienten vor und unter Antidepressivabehandlung verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei allen Patienten (AD und Depression) lag eine deutliche Störung der Schlafkontinuität vor, die subjektiv von den Patienten mit Depression deutlich wahrgenommen wurde, nicht aber von den Patienten mit AD. Bei AD fand sich eine Reduktion des REM-Schlafs. Ältere Patienten mit Depression zeigen eine leichte Reduktion des Tiefschlafs und weisen im Vergleich zu AD die typische Vorverlagerung des REM-Schlafs auf. Unter Monotherapie mit Cholinesterasehemmern bei AD kommt zu einer Zunahme des REM-Schlafs und damit zu einer Verbesserung der Schlafarchitektur, nicht aber der Schlafkontinuität. Bei Patienten mit Depression bessert sich meist die Schlafkontinuität, die Schlafarchitektur ist jedoch in Abhängigkeit von dem verwendeten Antidepressivum auch unter längerer Behandlung noch weitgehend gestört. Das Schlaf-EEG-Profil von Patienten mit AD und Depression unterscheidet sich somit insbesondere in den REM-Schlafparametern und kann daher eine zusätzliche Information zur differentialdiagnostischen Klärung liefern. Die spezifische Behandlung beider Patientengruppen führt zu unterschiedlichen Effekten auf den Rem-Schlaf. Dies könnte eine zumindest temporäre Korrektur der neurobiologischen Störungen dieser Erkrankungen widerspiegeln.

0495

Die Rolle von Peptiden, Alter und Geschlecht in Bezug zur Schlafregulation bei Depression

Petra Schüssler (Max-Planck-Institut, Psychiatrie, München)

Einleitung: Peptide sind gemeinsame Regulatoren von Schlaf- Elektroencephalogramm (EEG) und nächtlicher Hormonsekretion.

Methode: In einer Reihe von Studien untersuchten wir die Effekte pulsatile Gabe von Corticotropin freisetzendem Hormon (CRH) und

Wachstumshormon freisetzendem Hormon (GHRH) bei Probanden und Patienten.

Diskussion/Ergebnisse: Nach CRH traten depressionsähnliche Veränderungen (weniger Tiefschlaf und niedrige Wachstumshormonspiegel (GH), höhere Cortisolspiegel) bei Probanden auf. GHRH wirkte bei jungen Männern schlaffördernd, gegensätzlich schlafstörend bei Frauen, unabhängig davon, ob sie gesund oder depressiv waren. Schlafentzug führte bei gesunden Probanden unabhängig von Alter und Geschlecht zu mehr Tiefschlaf und weniger Wachzeiten. In der Erholungsnacht nach Schlafentzug erwies sich sowohl die pulsatile Verabreichung von GHRH als auch von CRH als zusätzlich schlaffördernd in beiden Geschlechtern. CRH führte zu einer Unterdrückung des zu erwartenden rapid eye movement (REM) -Schlafanstiegs. Die schlaffördernde Wirkung von CRH korrelierte positiv mit dem Alter. Der Schlafentzug allein führte zu keinen Veränderungen der nächtlichen GH- und Cortisol-Plasmaspiegel in der Erholungsnacht. Die Gabe eines CRH(1)-Rezeptorantagonisten führte bei depressiven Patienten zur Normalisierung des Schlafprofils.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 13/14

S-108 Symposium

Die schlafabhängige Gedächtniskonsolidierung bei psychiatrischen Erkrankungen

Vorsitz: S. Fischer (Innsbruck), D. Kunz (Berlin)

0522

Der Einfluß von Antidepressiva auf Prozedurales Lernen

M. Görke (Universitätsklinik, Psychiatrie, Berlin)

0523

Die schlafabhängige emotionale Gedächtnisbildung bei Patienten mit remittierter Depression und gesunden Kontrollprobanden

Leonhard Werth (Universitätsklinikum Innsbruck, Allgemeine Psychiatrie)

0524

Die nächtliche Gedächtniskonsolidierung bei Alkoholabhängigen

Klaus Junghanns (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Einleitung: Eine Vielzahl an Studien konnte zeigen, dass es bei Gesunden über Nacht zu einer Konsolidierung von deklarativem Gedächtnismaterial kommt, welches vor der Nacht erlernt wurde. Diese Konsolidierungsleistung scheint besonders von Tiefschlaf zu profitieren [u.a. 1]. Alkoholabhängige haben dagegen eine Einbuße ihrer Gedächtnisleistung, die auch in der frühen Abstinenz noch besteht [2]. Zugleich besteht bei vielen von ihnen ausgeprägte Schlafstörungen. Während bei Patienten mit einer primären Insomnie bereits ein Zusammenhang von Gedächtnisleistung und Schlafstörung nachgewiesen werden konnte [3], steht der Nachweis eines solchen Zusammenhanges bei Alkoholabhängigen bislang aus.

Methode: In dieser kontrollierten Studie erhielten 25 Alkoholabhängige mit einer Abstinenzdauer von ca. 3 Wochen eine deklarative Lernaufgabe. Anschließend erfolgte eine polysomnographische Schlafableitung, nach der die Patienten am Morgen wieder abgefragt wurden hinsichtlich der erinnerten Lernaufgabe. Die Ergebnisse dieser Gruppe wurden verglichen mit denen einer Gruppe von 18 hinsichtlich des Alters abgeglichenen Alkoholabhängigen mit gleichem Bildungsstand, aber einer mindestens vierfach längeren Abstinenzdauer.

Diskussion/Ergebnisse: Die Haupthypothesen: 1. Die nächtliche Gedächtniskonsolidierung der mehrmonatig Abstinenten liegt über der der kurzfristig Abstinenten. 2. Die morgendliche Gedächtnisleistung korreliert mit einzelnen Schlafparametern, insbesondere dem Tiefschlafanteil. Die ersten Ergebnisse der in Auswertung befindlichen Studie sollen auf dem Symposium vorgestellt werden. **LITERATUR** 1. Plihal, W. und J. Born, Effects of early and late nocturnal sleep on declarative and procedural memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1997. 9 (4): p. 534–547. 2. John, U., C. Veltrup, A. Schnofl, T. Wetterling, R.D. Kanitz, und H. Dilling, [Memory deficits in alcohol dependent patients in the 1st weeks of abstinence]. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother*, 1991. 39(4): p. 348–56. 3. Backhaus, J., K. Junghanns, J. Born, K. Hohaus, F. Faasch, und F. Hohagen, Impaired declarative memory consolidation during sleep in patients with primary insomnia: association with sleep stages and cortisol release. *Biological Psychiatry*, in print, 2006.

0525

Die schlafabhängige Gedächtniskonsolidierung bei Patienten mit Schizophrenie in Remission und gesunden Kontrollprobanden

Stefan Fischer (Universitätsklinikum Innsbruck, Allgemeine Psychiatrie)

T. Krupalija, A. Hofer, M. Edlinger, H. Hinterhuber, W. W. Fleischhacker

Einleitung: In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Gedächtnisstörungen zur Kernsymptomatik der Schizophrenie gehören. Während insbesondere beim deklarativen Gedächtnis Defizite bei der Enkodierung und beim Abruf gut belegt sind, wurde die Gedächtniskonsolidierung hingegen bislang noch kaum untersucht. Da Schlaf die Gedächtniskonsolidierung bei gesunden Probanden deutlich begünstigt, war das Ziel der hier durchgeführten Studie zu untersuchen, in wie weit die schlafassoziierte Gedächtniskonsolidierung bei Patienten mit Schizophrenie beeinträchtigt ist. In zwei voneinander getrennten Experimenten wurde dabei sowohl das deklarative als auch das prozedurale Gedächtnis überprüft.

Methode: An der Untersuchung nahmen bislang sieben Patienten mit Schizophrenie in Remission und sieben gesunde Kontrollprobanden teil. Zum Zeitpunkt der Studie waren die Patienten seit mindestens sechs Monate klinisch stabil, seit mindestens einem Monat auf ein atypisches Neuroleptikum eingestellt und nahmen ansonsten keine anderen Medikamente ein. Die Kontrollprobanden waren den Patienten bezüglich Alter, Geschlecht und Bildungsstand angepasst. Die Leistung des deklarativen Gedächtnis wurde durch das Zurechtfinden in einer virtuellen Stadt überprüft. Die Gedächtnisleistung für prozedurale Fertigkeiten wurde mittels einer visuellen Diskriminationsaufgabe erhoben. Die entsprechende Aufgabe wurde jeweils vor und nach einem 12-stündigen Behaltensintervall durchgeführt, das entweder am Tag (Wach-Bedingung) oder in der Nacht (Schlaf-Bedingung) lag.

Diskussion/Ergebnisse: Beim deklarativen Gedächtnis konnten die Kontrollprobanden im Vergleich zur Wach-Bedingung deutlich vom Schlaf profitieren. Im Unterschied dazu, fanden sich die schizophrenen Patienten immer dann sehr viel besser in der virtuellen Umgebung zurecht, wenn sie während des Behaltensintervalls wach geblieben waren. Auch bei der prozeduralen Diskriminationsaufgabe führte Schlaf bei den gesunden Probanden zu einer verbesserten Aufgabenleistung. Bei den Patienten kam es dagegen zu einer schlafassoziierten Verschlechterung. Schlussfolgerung Übereinstimmend mit früheren Studien konnten gesunde Probanden sowohl bei der deklarativen als auch bei der prozeduralen Gedächtnisaufgabe deutlich vom Schlaf profitieren. Bei schizophrenen Patienten scheint die schlafassoziierte Gedächtniskonsolidierung dagegen dereguliert zu sein: während die deklarative Gedächtniskonsolidierung nicht durch Schlaf sondern durch ein Wachintervall begünstigt wurde, führte Schlaf bei der prozeduralen Gedächtnisaufgabe zu einer signifikant verschlechterten Aufgabenleistung.

S-114 Symposium

Anpassungsreaktionen und depressive Störungen in der somatisch-medizin

Vorsitz: F. Padberg (München), H.-P. Kapfhammer (Graz)

0550

Interaktion zwischen Depression und Herzerkrankung

Matthias Rothermundt (Universitätsklinikum Münster, Abt. Psychiatrie)

Umfangreiche epidemiologische Studien der letzten Jahre zeigten, dass 15–20% aller Menschen mit koronarer Herzerkrankung unter einer klinisch relevanten Depression leiden. Das Mortalitätsrisiko dieser depressiven Patienten ist etwa 3–6fach erhöht. Außerdem haben Patienten mit einer primären depressiven Erkrankung ein 2fach erhöhtes Risiko, eine koronare Herzerkrankung zu erleiden. Vor dem Hintergrund dieser Daten wird der mögliche pathogenetische Beitrag verschiedener pathophysiologischer Systeme dargestellt. Veränderungen des vegetativen Nervensystems, der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse, der Thrombozyten und des Immunsystems sind für beide Erkrankungen beschrieben und könnten über eine gegenseitige Beeinflussung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheitsbilder beitragen. Bei einer depressiven Störung kommt es zu einer Erhöhung der Herzfrequenz, des Blutdruckes, des vasomotorischen Tonus, der kardialen Kontraktilität sowie der Cholesterin- und Triglyceridkonzentration, außerdem zu einer Schädigung der Gefäßintima und einer gesteigerten Thrombozytenaggregation. Eine gesteigerte Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine führt zu einer Destabilisierung atheromatöser Plaques und daraus resultierenden Plaqueablösung. Zusätzlich beeinträchtigen diese Zytokine die kardiale Kontraktilität. All diese Faktoren stellen Risikofaktoren für eine koronare Herzerkrankung dar. Umgekehrt werden bei depressiven Erkrankungen durch koronare Herzerkrankung bedingte Veränderungen dieser pathophysiologischen Systeme als pathogenetische Faktoren diskutiert. Groß angelegte Studien (z.B. SADHART, ENRICHED) konnten belegen, dass sowohl die psychopharmakologische wie psychotherapeutische Therapie depressiver Störungen bei Herzkranken Erfolg versprechend ist. Ein Einfluss auf die Morbidität oder Mortalität konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Hierzu tragen einerseits methodische Probleme der Studien bei, andererseits sollten die Schlussfolgerungen aus den pathophysiologischen Zusammenhängen kritisch überdacht werden. Dies sollte nach heutigem Kenntnisstand jedoch nicht dazu führen, die Depressionsbehandlung bei Herzkranken zu vernachlässigen, zumal gut verträgliche Therapieoptionen zur Verfügung stehen und eine erfolgreiche Behandlung die Lebensqualität maßgeblich steigert.

0551

Anpassungsstörungen und depressive Syndrome in Gynäkologie und Geburtshilfe

Eva Meisenzahl (LMU München, Psychiatrie, Spezialstation Depression)

Das Auftreten und die Prävalenz von Anpassungsstörungen in Gynäkologie und Geburtshilfe ist ein wenig beachtetes Gebiet der psychiatrischen Fachversorgung. Die hormonellen Spezifika von Frauen in den verschiedenen Lebensphasen als auch besondere psychosoziale Faktoren spielen eine bedeutsame Rolle. Das Fachgebiet der Gynäkologie mit seinen weitgespannten Krankheitsgebieten von der Ökologie, der Geburtshilfe bis zur Reproduktionsmedizin beinhaltet für jede betroffene Frau auch psychische Implikationen und Spannungen. Der Vortrag zielt auf eine Panoramina von Art und Häufigkeit des Auftretens psychischer Störungen auf dem Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe.

0552

Belastungsreaktion und Anpassungsstörung: Ein Update zu Differentialdiagnostik, Verlauf und Therapie im Konsiliardienst

Frank Padberg (Universität München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen werden in der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie häufig diagnostiziert. Die Angaben zur Diagnosehäufigkeit schwanken zwischen 5 und 30%; in unserem eigenen Kollektiv von über 3000 Konsiliarfällen wurden bei 14,4% aller konsiliarisch vorgestellten Patienten Anpassungsstörungen, bzw. Belastungsreaktionen gefunden. Das Diagnosekonzept dieser als reaktiv definierten Störungen wurde bezüglich der Konstruktvalidität oft kritisiert und die Belastungsreaktion, bzw. Anpassungsstörung wird häufig als Erst- und Arbeitsdiagnose verwendet. Ursachen und Ausprägungsgrad der Krankheitsbilder sind sehr variabel und die Störungen sind einerseits von affektiven Erkrankungen (Casey et al. 2006), Angststörungen, der posttraumatischen Belastungsstörung sowie organisch bedingter Erkrankungen (somatisch, bzw. medikamentös bedingt) abzugrenzen, andererseits von normalen psychischen Reaktionsformen zu unterscheiden. Darüber hinaus sind psychoreaktive Störungen im weiteren Verlauf mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung affektiver und anderer psychiatrischer Erkrankungen vergesellschaftet (Andreasen und Hoenk 1982). Erschwerend kommt weiter hinzu, dass die primäre Konsilianfrage auf der Basis der Beurteilung psychopathologischer Symptome durch häufig psychiatrisch nicht erfahrene ärztliche Kollegen erfolgt, wobei individuelle Maßstäbe zur Verhältnismäßigkeit psychischer Reaktionen und a priori Erwartungen bezüglich eines adäquaten Copingverhaltens eine wesentliche Rolle spielen.

Methode: Auf der Basis der Datenlage des psychiatrischen Konsiliardienstes einer Universitätsklinik sollen verschiedene Aspekte der Diagnosestellung, der Diagnosestabilität, des Konsilianforderungsverhaltens und der Konsilempfehlungen betrachtet werden. Desweiteren werden Risiko- und protektive Faktoren betrachtet und mögliche Interventionen diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt besteht noch erheblicher Forschungsbedarf in diesem Bereich bezüglich der Diagnostik, spezieller Aspekte des klinischen Verlaufs und Formen der konsiliarisch-, bzw. liaisonpsychiatrischen Intervention einschließlich der poststationären Weiterbehandlung. Literatur: Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorder: A follow-up study. *Am J Psychiatry* 1982;139:584–590. Casey P, Maracy M, Kelly BD, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Dowrick C. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord* 2006;92:291–297.

0553

Psychosoziale und psychiatrische Konsequenzen von schweren, intensivpflichtigen somatischen Erkrankungen

Hans-Peter Kapfhammer (Universitätsklinikum Graz, Psychiatrische Klinik)

Zunehmend stärker ist ein klinisches Engagement des Konsiliarpsychiaters und Psychosomatikers in speziellen, erst durch den medizinischen Fortschritt der modernen Medizin selbst geschaffenen klinischen Settings wie Intensivstationen, Transplantationseinheiten oder herz-chirurgischen Stationen gefordert. Psychiatrische Komplikationen bei intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten sind vielfältig und zählen zu den routinierten Herausforderungen im Konsiliar- und Liaisondienst. Weniger beachtet wird ein insgesamt deutlich erhöhtes Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung in der mittel- und langfristigen Entwicklung dieser Patienten. Diese psychiatrischen Komplikationen können sich nachteilig auf eine gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten auswirken. Ergebnisse aus drei eigenen empirischen Untersuchungen zur psychiatrischen Komorbidität und gesundheitsbezogenen

Lebensqualität bei Patienten nach akutem Lungenversagen (ARDS) im Langzeitverlauf, nach orthotoper Lebertransplantation (LTx) im Mittelzeitverlauf und nach Herzoperation unter Einsatz der Herz – Lungen – Maschine im Kurzzeitverlauf werden dargestellt. In der Zusammenschau kann festgehalten werden, dass PTSD als Folge schwerer körperlicher Erkrankungen und notwendiger Therapiemaßnahmen nicht selten auftritt. Bleibt sie unbehandelt, kann PTSD, speziell das Auftreten von intrusiven Wiedererinnerungen, traumabezogenem Vermeidungsverhalten und Symptomen der autonomen Hyperaktivität, das Leben der betroffenen Patienten im Verlauf zum Teil stärker beeinträchtigen als die zugrunde liegende somatische Krankheit. Dies gilt auch für subsyndromale Verlaufsformen. Um gefährdete Patienten zeitgerecht zu diagnostizieren und einer adäquaten Therapie zuzuführen, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen somatisch und konsiliarpsychiatrisch tätigen Ärzten grundlegend.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 08

S-119 Symposium

Geistige Behinderung, Autismus und Katatonie

Vorsitz: T. Voss (Berlin), M. Seidel (Bielefeld)

0574

Katatone Symptome bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen

Thomas Meinert (vBA Bethel, SBB Ärztlicher Dienst, Bielefeld)

Einleitung: Das Spektrum katatoner Symptome reicht über psychomotorische Phänomene mit hyper oder hypomotorischen Akzenten weit hinaus und umfasst insbesondere Verhaltensrituale, Manieren, Sprachauffälligkeiten und affektive Besonderheiten. Katatone Symptome sind kennzeichnend für Katatonien (katatone Schizophrenien), können aber auch bei anderen psychischen Störungen vorkommen. Auch bei Menschen mit geistigen Behinderungen – namentlich bei solchen mit schwereren intellektuellen Beeinträchtigungen oder zusätzlichen autistischen Merkmalen – können katatone Symptome auftreten. Katatonien wiederum weisen ein breites Symptomspektrum auf, das weit über psychomotorische und andere katatone Symptome hinausgehen kann.

Methode: Treten bei Menschen mit geistiger Behinderung katatone Symptome auf, kommen verschiedene differentialdiagnostische und differentialtherapeutische Erwägungen zum Tragen. Auf keinen Fall rechtfertigt allein schon die Feststellung katatoner Symptome die Diagnose einer Katatonie. Davor bewahrt die Kenntnis der Vielfalt einzelner, bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig vorkommender katatoner Phänomene, vor allem im Rahmen bestimmter umschriebener Syndrome.

Diskussion/Ergebnisse: Der Beitrag zielt auf die Klärung der Begrifflichkeiten und der Zusammenhänge zwischen katatoner Symptomatik und Katatonie. Außerdem stellt er ausgewählte katatone Symptome im Rahmen von geistiger Behinderung vor.

0575

Frühkindliche Katatonie als Differentialdiagnose zu Autismus

Martin Menzel (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mariaberg, Gammertingen)

Einleitung: Frühkindlich beginnende schizophrene Erkrankungen haben eine ungünstige Prognose und sie zeigen in einem frühen Krankheitsstadium psychopathologisch eher unspezifische Symptome wie Störungen der Motorik, des Affektes und der Sprache. Es

finden sich vielfache Überschneidungen mit Autismus Spektrum Störungen und weiteren tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Obwohl das Störungsbild der „Frühkindlichen Katatonie“ seit über 100 Jahren bekannt ist, werden die betroffenen Kinder häufig als „Autisten“ oder „geistig Behinderte“ fehlagnostiziert.

Methode: Es werden vier Fallbeispiele, zwei Jungen und zwei Mädchen vorgestellt, bei denen sich im Verlauf das Vollbild einer katatonen Schizophrenie entwickelte und deren ursprüngliche Diagnose „Autismus“ revidiert wurde. Neben vielfältigen psychomotorischen Symptomen werden insbesondere deren katatonen Verhaltensweisen wie Manierismen, Negativismus, Rituale und impulsives Verhalten dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Katatonie und Autismus gehören zu den schwerwiegenden kinderpsychiatrischen Krankheitsbildern. Neben psychopathologischen Gemeinsamkeiten, auch hinsichtlich motorischer Phänomene, unterscheiden sich die Betroffenen vor allem in der Ausprägung katatoner Verhaltensweisen. Die Differenzierung der beiden Störungsbilder ist von unmittelbarer klinischer Relevanz, da zur Behandlung einer Katatonie psychopharmakologische Behandlungskonzepte vorliegen, die geeignet sind, den Krankheitsverlauf zumindest abzumildern.

0576

Chronische Katatonie und Autismus

Michael Seidel (v. Bodelschwinghsche Anstalten, Bielefeld)

Einleitung: Im Alltag ist die differentialdiagnostische Unterscheidung von Autismus und Katatonie – namentlich bei Patienten mit schweren geistigen Behinderungen – oft schwierig. Häufig werden Symptome und Verlaufsmerkmale einer bestehenden chronischen Katatonie übersehen, weil die Beschreibungen der akuten Katatonien zu stark dominieren, chronische Formen wenig bekannt sind und deshalb oft unerkannt bleiben. Manchmal werden deshalb fälschlicherweise „autistische Züge“ oder sogar eine autistische Störung diagnostiziert.

Methode: Unter Bezug auf Literatur und eigene Erfahrungen werden die Merkmale chronischer Katatonien und die differentialdiagnostischen Kriterien Autismus/chronische Katatonie erläutert.

Diskussion/Ergebnis: Neben einzelne Symptomen und Symptomkonstellationen kommt vor allem den Verlaufsmerkmalen und damit der sorgfältigen, umfassenden Anamneseerhebung zentrale Bedeutung zu.

0577

Rituale, Tics und Zwänge: Entitäten oder Kontinuum

Christian Schanze (Krankenhaus St. Camillus, Ursberg)

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 10

S-121 Symposium

Sexuelle Störungen bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen

Vorsitz: W. Weig (Osnabrück), M. Gastpar (Essen)

0584

Stichtagserhebung zu Störungen der Sexualität bei stationär behandelten, psychisch kranken Menschen

Simon Cohen (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Psychiatrie u. Psychotherapie)
T. J. Huber

Einleitung: Ziel der Untersuchung war es, Informationen über die Prävalenz sexueller Dysfunktionen im Rahmen psychiatrischer Er-

krankungen bzw. deren Behandlungen zu erfassen und mögliche kausale Zusammenhänge zu der primären Erkrankung bzw. der Pharmakotherapie zu identifizieren.

Methode: Im Rahmen einer multizentrischen Arbeitsgruppe aus psychiatrischen Universitäts- und Landeskliniken, sowie Abteilungen (Aachen, Bonn, Castrop-Rauxel, Essen, Hannover, Münster, Osnabrück) wurde ein Fragebogen entwickelt und validiert. Mit diesem Fragebogen wurden an sechs psychiatrischen Kliniken alle zum Stichtag stationären behandelten Patientinnen und Patienten untersucht, parallel wurden Diagnosen und Medikation erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Der Fragebogen enthält Items zu Beeinträchtigungen von Libido, Erregung, Orgasmus und Befriedigung sowie Fragen zu zeitlichem Verlauf, Situation, körperlichen Veränderungen und individuellen Erklärungsmodellen. Im Vorfeld wurde der Fragebogen bezüglich der Validität und Reliabilität untersucht (gegenüber einem Interview zur Sexualität nach Herthoft bzw. in einer Test-Retest-Kontrolle). Zum Stichtag erfolgte die Erhebung von 587 Patienten. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen, Suchterkrankungen und psychotische Störungen. Am häufigsten berichteten Patienten mit affektiven Erkrankungen und neurotischen Störungen (Kategorie F4 in der ICD-10) über Störungen der Sexualität. 68% der Patienten wurden mit mehr als einem Psychopharmakon behandelt. Als einzelne Störung wurde Libidoverlust am häufigsten genannt. Antidepressiva sind nach unseren Daten die Medikamente, die am häufigsten mit Sexualstörungen verbunden sind. Bei Männern finden sich besonders unter spezifisch serotonerg wirksamen Antidepressiva Beeinträchtigungen (signifikante Unterschiede für Lust, Erregung, Orgasmus und Befriedigung). Venlafaxin und Mirtazapin sind ebenso häufig mit sexuellen Störungen assoziiert wie klassische SSRI – im Gegensatz zu Nefazodon oder Moclobemid. Bei Frauen standen alle untersuchten Medikamente (Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva, Neuroleptika) in einem deutlich negativen Zusammenhang zur Sexualität, allenfalls mit einer Tendenz, dass prolaktinerhöhende Neuroleptika besonders zur Störanfälligkeit beitragen.

0585

Sexuelle Dysfunktionen bei schizophrenen und neurotischen Patienten sowie Methadon-substituierten Opiatabhängigen Ergebnisse früherer Untersuchungen mit dem Essener Sexualfragebogen

Annette Murafi (Evang. Krankenhaus, Psychiatrie und Psychotherapie, Castrop-Rauxel)
L. Teusch

Einleitung: Ziel der Untersuchung war ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen sexuellen Funktionsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen sowie psychopharmakologischer Behandlung.

Methode: Hierzu wurden in den Jahren 1993 und 1994 schizophrene Patienten (n=45, zumeist antipsychotisch behandelt), neurotische Patienten (n=50, zumeist ohne Medikation), Methadon-substituierte Opiatabhängige (n=37) und gesunde Kontrollpersonen (n=41) an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Essener Universitätsklinikums untersucht. Die Befragung erfolgte mit Hilfe eines halbstrukturierten, geschlechtsspezifischen Interviews zur sexuellen Funktion (Essener Sexualitätsfragebogen für Männer und Frauen, Teusch et. al., 1994).

Diskussion/Ergebnisse: Alle Methadon-substituierten Opiatabhängigen sowie fast alle (89%) schizophrenen Patienten litten an mindestens einer sexuellen Funktionsstörung. 68% der neurotischen Patienten und immerhin 44% der gesunden Kontrollen gaben ebenfalls eine Beeinträchtigung in zumindest einem Bereich an. Die drei Patientengruppen unterschieden sich signifikant von den Kontrollen in sämtlichen Kriterien (sexuelles Interesse, emotionale Erregung, physiologische Erregung = Erektion/ vaginale Lubrikation, Ejakulationsstörungen/ Vaginismus oder Dyspareunie und

Befriedigung/ Orgasmusfähigkeit). Schizophrene Männer beklagten signifikant häufiger einen Mangel an sexuellem Interesse, Erektions- und Ejakulationsstörungen sowie eine Beeinträchtigung der Orgasmusfähigkeit im Vergleich zu den neurotischen Patienten und den Kontrollpersonen. Methadon-substituierte opiatabhängige Männer berichteten im Vergleich zu den schizophrenen Patienten noch häufiger über einen Mangel an Interesse und Orgasmuserleben, Erektions- und Ejakulationsstörungen waren ähnlich stark beeinträchtigt. Dagegen kamen Erektions- und Ejakulationsstörungen bei den neurotischen Patienten und den Kontrollpersonen eher selten vor. Alle weiblichen Patienten beklagten eine Reduktion des sexuellen Interesses. Bei Methadon-substituierten opiatabhängigen Frauen fanden sich besonders häufig Störungen der sexuellen Erregung und der Orgasmusfähigkeit. Es fand sich keine Korrelation zwischen sexuellen Funktionsstörungen und speziellen antipsychotischen Medikamenten oder der Dosis von Antipsychotika bzw. Methadon. Die Ergebnisse werden in Zusammenhang mit der Literatur diskutiert. Die Studie war Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen der Arbeitsgemeinschaft Sexualstörungen.

0586

Einfluss von Psychopharmaka

Kai-Uwe Kühn (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrische Klinik)

Psychiatrische Erkrankungen bedürfen in der Regel einer langwierigen Therapie. Die Bewertung der subjektiven medikamentösen Nebenwirkungen ändern sich im Therapieverlauf. Leiden z.B. schizophrene Patienten in der akuten Phase der Erkrankung am meisten unter Akathesie und Akinese, fühlen sie sich in der Remissionsphase an erster Stelle durch die sexuellen Dysfunktionen in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Entsprechend konnten Hellewell et al. in ihrer Untersuchung zeigen, dass 74% der Patienten die neuroleptische Medikation aufgrund sexueller Nebenwirkungen absetzen, aber nur 34% wegen der extrapyramidalen Nebenwirkungen. Sexuelle Dysfunktionen unter der Therapie mit Psychopharmaka sind häufig, werden aber in der heutigen ärztlichen speziell psychiatrischen Diagnostik nicht ausreichend wahrgenommen und behandelt. Grundsätzlich gilt, dass psychiatrische Erkrankungen selbst sexuelle Funktionsstörungen verursachen können. Aber auch nahezu alle Psychopharmaka und viele Medikamente aus der somatischen Therapie können sexuelle Funktionsstörungen auslösen. Dies führt nicht selten zu dem Dilemma, dass man erfolgreich morbogener sexueller Funktionsstörungen wie z.B. depressionsbedingter Libidoverlust behandelt, nur um pharmakogene zu induzieren. In der Literatur schwanken die Angaben zur Inzidenz sexueller Funktionsstörungen unter Psychopharmakaeinnahme erheblich zwischen 15–71%. Dabei existieren die meisten Untersuchungen zu Antidepressiva, insb. zu SSRI-induzierten sexuellen Nebenwirkungen. Neuroleptika-induzierte Funktionsstörungen sind weit weniger untersucht, und für Phasenprophylaktika gibt es nur eine spärliche Datenlage.

0587

Alkohol und Sexualstörungen

Martin Heinze (Klinikum Bremen Ost, Behandlungszentren Mitte/West)
S. Grüsser, A. Lehmann

Einleitung: Es ist bekannt, dass Alkoholabhängigkeit die Sexualfunktion von Männern beeinträchtigt. Offen ist dagegen die Frage, zu welchem Anteil die Beeinträchtigung der Sexualität durch organische und pharmakologische Effekte des Alkoholkonsums oder durch psychologische Faktoren der Alkoholabhängigkeit bedingt ist. Die psychologische Dimension der Alkoholabhängigkeit, wie man sie z.B. in der Bestimmung der Alkoholeffekterwartungen objektivieren kann, ist selten Gegenstand der Forschung geworden,

insbesondere nicht in Bezug auf die verschiedenen Domänen der sexuellen Dysfunktion. Ziel unserer Studien ist es, erstens zu einer Inzidenzabschätzung der sexuellen Funktionsstörungen alkoholkranker Männer zu kommen und zweitens erste Ergebnisse über die vermutete Wechselbeziehung von psychologischen Faktoren der Alkoholabhängigkeit und gestörter Sexualfunktion aufzuweisen.

Methode: Wir untersuchten zwei Gruppen von stationären Patienten kurz nach der Entgiftungsbehandlung. Dabei benutzten wir den QDDA-Fragebogen zur Messung der Alkoholeffekterwartungen und den TSST als Instrument, welches einen multidimensionalen Zugang zur Sexualität ermöglicht.

Diskussion/Ergebnisse: Unsere Ergebnisse zeigen, dass die sexuelle Dysfunktion bei alkoholabhängigen Männern stärker mit den Alkoholeffekterwartungen korreliert als mit dem Alkoholkonsum als solchem.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.1

S-143 Symposium

Kognitive und affektive Aspekte der Schmerzverarbeitung bei psychiatrischen Erkrankungen

Vorsitz: C. Schmahl (Mannheim), K.-J. Bär (Jena)

0697

Schmerzverarbeitung in der Depression – eine Studie mittels fMRT

Karl-Jürgen Bär (Universität Jena, Psychiatrie und Psychotherapie)

Bei depressiven Patienten wurde eine veränderte Schmerzwahrnehmung beschrieben. Klinisch ist dabei ein vermehrtes Klagen über Schmerzen (z.B. Magenschmerzen) zu beobachten. Andererseits konnte gezeigt werden, dass experimentell gemessene Schmerzschwellen, beispielsweise für Hitzeschmerz, bei depressiven Erkrankungen deutlich erhöht sind, diese also weniger Schmerz an der Haut verspüren. Die Ursache für dieses Phänomen ist bisher ungeklärt. Im Vortrag wird zunächst dargestellt, dass depressive Patienten eine unterschiedliche Schmerzwahrnehmung für „innere“ und „äußere“ Schmerzen haben. Im zweiten Teil wird dann gezeigt, wie die zentrale Schmerzverarbeitung während der depressiven Episode verändert ist. Dabei wird eine fMRT – Studie vorgestellt, die im Ergebnis zeigt, dass depressive Patienten eine veränderte Aktivierung in Hirnregionen zeigen, die mit der affektiven Verarbeitung von Schmerzreizen assoziiert werden (z.B. Insel). In präfrontalen Regionen konnte eine verstärkte Aktivierung nachgewiesen werden. Ähnliche Aktivierungen wurden in Studien gefunden, die die Ablenkung der Aufmerksamkeit während der Darbietung eines Schmerzreizes untersucht haben, so dass die Hypothese einer verminderten Aufmerksamkeit depressiver Patienten auf den Schmerzstimulus diskutiert werden soll.

0698

C-Faser-Insensitivität als Ursache gestörter Schmerzwahrnehmung bei depressiven Patienten

Thomas Weiß (Universität Jena, Biol. u. Klinische Psychologie)

D. Schmidt, W. Miltner, K.-J. Bär

Einleitung: Verschiedene Studien haben wiederholt gezeigt, dass Depression und klinischer Schmerz im Alltag stark miteinander assoziiert sind. Im Gegensatz zu dieser Alltagserfahrung weist eine Reihe von Studien der letzten Jahre nach, dass depressive Patienten weniger sensitiv auf experimentell applizierte Schmerzen reagieren. Die Ursachen

für diese reduzierte Schmerzwahrnehmung sind bislang nicht gefunden. Die vorliegende Studie wurde mit dem Ziel vorgenommen, die selektive Sensitivität der nozizeptiven Fasern und ihrer zentralen Verarbeitung zu untersuchen.

Methode: Bei 12 depressiven Patienten und 12 altersparallelisierten gesunden Kontrollpersonen wurden der Handrücken beider Hände mit der Methode der Stimulation winziger Hautareale untersucht. Mit dieser Methode gelingt es, die Sensitivität von C- und Aδ-Fasern selektiv zu untersuchen; zudem wurde die Proportion aktivierbarer C- und Aδ-Fasern bestimmt. Gleichzeitig wurden späte und so genannte ultraspäte laser-evozierte Hirnpotenziale (LEP bzw. ULEP) abgeleitet. Zu Zwecken der Vergleichbarkeit mit früheren Untersuchungen wurde die Sensitivität auf mechanische und elektrische Stimulation geprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Es fanden sich signifikant seltenere Aktivierungen des C-Fasern bei den Patienten bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils nicht wahrgenommener Stimuli. 5 der 12 Patienten zeigten keinerlei Reaktion auf die Laserstimulation winziger Hautareale. Zudem konnten wir bei diesen 5 Patienten keine Veränderungen in den Potentialen oder im Frequenzspektrum des EEG für den Zeitbereich von LEP und ULEP nachweisen. Wir interpretieren, dass die gefundene reduzierte Sensitivität des nozizeptiven Systems somit nicht eher nicht auf ein motivationales Defizit zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf Veränderungen in der peripheren und/oder zentralen Verarbeitung der Laserreize hinweisen. Hinsichtlich der Ausgangsfragestellung ergibt sich, dass die höheren Schmerzschwellen für experimentelle Reize (zumindest für die hier verwendeten Laserhitzereize) mit einer reduzierten Sensitivität vornehmlich für den C-Faser-Input assoziiert sind.

0699

Antinozizeptive neuronale Mechanismen bei Borderline-Patientinnen

Christian Schmahl (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist durch eine reduzierte Schmerzsensitivität in Verbindung mit selbstverletzendem Verhalten gekennzeichnet. In Vorstudien konnte ein gestörtes Aktivierungsmuster in der Amygdala und in präfrontalen Hirnarealen als Korrelat der reduzierten Schmerzsensitivität sowohl bei der BPS als auch bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nachgewiesen werden.

Methode: 29 Patientinnen mit BPS und 25 gesunde Kontrollprobandinnen nahmen an dieser Untersuchung teil. Während fMRI wurden schmerzhafte Hitzereize auf den Handrücken appliziert, die entweder eine feste objektive Reizstärke (43°C) aufwiesen oder einer subjektiv gleichen Schmerzintensität entsprachen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patientinnen wiesen höhere Schmerzschwellen auf und zeigten eine Deaktivierung im Bereich des anterioren cingulären Kortex. Eine Subgruppenanalyse ergab eine Deaktivierung in der Amygdala bei Patientinnen mit komorbider PTBS (n=12), nicht jedoch bei BPS-Patientinnen ohne PTBS (n=17). Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die reduzierte Schmerzwahrnehmung bei der BPS mit der Aktivität in einem antinozizeptiven limbisch-präfrontalen Netzwerk assoziiert ist. Hierbei spielt die Komorbidität mit PTBS eine wichtige Rolle.

0700

Pain processing in Posttraumatic Stress Disorder; Results from Functional Neuroimaging

Eric Vermetten (Central Military Hospital, Dep. of Military Psychiatry, Utrecht)

E. Geuze, H. G. Westenberg, A. Jochims, C. de Kloet, M. Bohus, C. Schmahl

Einleitung: Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a chronic and debilitating anxiety disorder. Several brain areas related to pain

processing have been implicated in PTSD. As of yet, no functional imaging study has discussed whether PTSD patients experience and process pain in a different way than controls. Objective of this study was to examine neural correlates of pain processing in patients with PTSD.

Methode: The experimental procedure consisted of a psychophysical assessment, and neuroimaging with fMRI. Two conditions were assessed during fMRI in both experimental groups: one with administration of a fixed temperature of 43°C (fixed temperature condition), and one condition with an individual temperature for each subject but with a similar affective label, equal to 40% of the subjective pain intensity (individual temperature condition). The setting of this study was an academic out patient unit in department of military psychiatry in collaboration with an imaging centre at a psychiatric hospital. Participants were twelve male veterans with PTSD, and twelve male veterans without PTSD, matched for age, region and year of deployment. We assessed changes in the fMRI BOLD response to heat stimuli reflecting increased and decreased activity of brain areas involved in pain processing.

Diskussion/Ergebnisse: PTSD patients rated temperatures in the fixed temperature assessment as less painful compared to controls. In the fixed temperature condition, patients with PTSD revealed increased activation in the left hippocampus, and decreased activation in the bilateral ventrolateral prefrontal cortex, and the right amygdala. In the individual temperature condition patients with PTSD showed increased activation in the right putamen, and bilateral insula, as well as decreased activity in right precentral gyrus, and the right amygdala. These data provide evidence for reduced pain sensitivity in PTSD. The witnessed neural activation pattern is proposed to be related to altered pain processing in patients with PTSD.

T09 Brain imaging / Neurophysiologie / Neuropsychologie

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 11/12

S-012 Symposium

Neurokognitive und verhaltensneurophysiologische Endophänotypen psychiatrischer Störungen

Vorsitz: O. Gruber (Homburg), P. Falkai (Göttingen)

0056

Neueste Ergebnisse zu Genotyp-Endophänotyp-Beziehungen bei psychiatrischen Erkrankungen

Wolfgang Maier (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Genetische Einflussfaktoren auf der Ebene von DNA-Sequenzvariationen auf die Entstehung der häufigen psychischen Störungen werden zunehmend deutlicher (Suszeptibilitätsgene). Es wird aber auch die Komplexität der genetischen Architektur von Erkrankungen sichtbar. Vor allem wird deutlich, dass dem genetischen Einfluss auf spezifische Krankheiten direktere Zusammenhänge zwischen genetischen Varianten und Hirnfunktionen zugrunde liegen (Endophänotypen). Entsprechend wird verstärkt über Genotyp-Endophänotyp-Assoziationen berichtet, vor allem in Bezug auf Suszeptibilitätsgene. Trotz der berichteten Vielzahl von Befunden sind Replikationen rar, vor allem über verschiedene qualitativ unterschiedliche Stichproben hinweg (also gleichgerichtete Befunde in Patienten- und Kontrollstichproben). Es wird ein Überblick über die gegenwärtige Befundlage von Genotyp-Endophänotyp-Beziehungen, vor allem für Suszeptibilitätsgene der Schizophrenie gegeben. Zudem werden eigene Befunde vorgestellt.

0057

Funktionell-bildgebende und experimentell-neuropsychologische Studien zur Etablierung verhaltensneurophysiologisch definierter Endophänotypen psychiatrischer Störungsbilder

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Störungen des Arbeitsgedächtnisses und exekutiver Funktionen sind Kernmerkmale vieler psychiatrischer Krankheitsbilder und werden als mögliche Endophänotypen u.a. der bipolaren affektiven Störung und der Schizophrenie gehandelt. Die hier präsentierten funktionell-bildgebenden und experimentell-neuropsychologischen Studien beschäftigten sich mit der Etablierung entsprechender neurokognitiver Endophänotypen psychiatrischer Krankheitsbilder.

Methode: In einer Serie von fMRT-Studien wurden neuronale Funktionssysteme identifiziert, die einzelnen Subkomponenten des Arbeitsgedächtnisses (Gruber, 2001; Gruber & von Cramon, 2001, 2003; Gruber & Goschke, 2004), Konfliktdetektions- und Konfliktlösemechanismen sowie zielorientierter Verhaltenssteuerung (Gruber et al., 2006; Gruber et al., submitted) zugrunde liegen. Anschließend wurde die Funktionstüchtigkeit dieser neuronalen Systeme bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie bei Patienten mit verschiedenen affektiven Störungen getestet (Gruber et al., 2005; Gruber et al., 2006; Zilles et al., in press). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden ferner ausgewählte Patienten ebenfalls mittels fMRT untersucht (Gruber et al., submitted; Henseler et al., submitted).

Diskussion/Ergebnisse: Die aus den Ergebnissen dieser Studien resultierenden Erkenntnisse zur funktionellen Neuroanatomie verschieden-

er Komponenten des menschlichen Arbeitsgedächtnisses sowie zu spezifischen Störungen der funktionellen Integrität neuronaler Netzwerke mit Arbeitsgedächtnisfunktionen bei psychiatrischen Krankheitsbildern werden referiert. Die dabei skizzierte Identifikation von Patientensubgruppen anhand neurophysiologisch definierter Verhaltenscharakteristika könnte die Entwicklung einer neurowissenschaftlich basierten Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen fördern.

0058

NIRS zur Messung fronto-temporaler Funktionsstörungen bei schizophrenen Erkrankungen

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. M. Plichta, M. M. Richter, C. G. Bähne, A.-C. Ehls

Einleitung: Die Nah-Infrarot Spektroskopie (NIRS) ist eine nicht-invasive, optische Methode, die zur Messung kortikaler Konzentrationsänderungen von oxygeniertem (O₂Hb) und deoxygeniertem (HHb) Hämoglobin angewandt werden kann. Die schnelle, nebenwirkungsfreie Durchführbarkeit, das angenehme, nicht ängstigende Behandlungssetting im Sitzen und ohne Geräuschbelastigung und die geringe Empfindlichkeit gegenüber Bewegungsartefakten machen NIRS zu einer auch für die Untersuchung schizophrener Patienten sehr geeigneten Untersuchungsmethode.

Methode: Wir haben 12 Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und 12 nach Alter und Geschlecht angepasste Kontrollpersonen mit NIRS während der Durchführung eines Wortflüssigkeitests untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Schizophrene Patienten wiesen während der Wortflüssigkeitsaufgabe ein gegenüber den Kontrollpersonen signifikant vermindertes Oxygenierungsmuster in weiten Teilen des dorsolateralen präfrontalen Kortex auf. Dieses Ergebnis stimmt gut mit Befunden überein, die mit anderen Bildgebungsmethoden erhoben worden sind. NIRS scheint damit eine elegante Möglichkeit zu sein, klinisch relevante Aspekte der Hirnfunktion schizophrener Patienten nebenwirkungsfrei zu erfassen.

0059

Elektrophysiologische Endophänotypen der Schizophrenie

Jürgen Gallinat (Charité, Psychiatrie, Berlin)

Einleitung: Dysfunctions of the central glutamatergic neurotransmission are a reasonable pathobiological mechanism of schizophrenia. Recently, a novel N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor subunit, NR3A, has been discovered in the brain. This subunit decreases NMDA receptor activity by modulating the calcium permeability of the receptor channel and current density in cortical cells. Since the NR3A is expressed in the human prefrontal cortex, we hypothesized that genetic variations of the NR3A subunit modulate prefrontal activation.

Methode: Electromagnetic activity during selective attention (auditory oddball task with target processing) was measured in 281 healthy subjects. Genotyping of a missense variation (rs10989591, Val362Met) of the NR3A gene was performed.

Diskussion/Ergebnisse: Individuals carrying Val/Val genotype (n=122) showed significantly reduced frontal P300 amplitudes compared to Met/Met subjects. Subsequent low resolution electromagnetic source analysis (LORETA) revealed that this group difference is likely caused by reduced activation in the inferior frontal gyrus (Figure). Conclusions: It was shown for the first time, that the genetic constitution of the subunit composition of NMDA receptor regulation might be relevant for prefrontal information processing in humans. The results underline the pivotal role of glutamate in frontal lobe function and indicate that the investigated missense variation of the NR3A subunit could be a plausible candidate gene for diseases with prefrontal dysfunctions.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 44

S-017 Symposium**Die Neurobiologie dissoziativer Symptomatik**

Vorsitz: U. Ebner-Priemer (Mannheim), C. Schmahl (Mannheim)

0078

Dissoziative Symptome – Ausdruck einer gestörten Interaktion der cerebralen Hemisphären?

Carsten Spitzer (Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Klinik für Psychiatrie, Stralsund)

Einleitung: Dissoziation, charakterisiert durch eine Desintegration des Bewusstseins, des autobiographischen Gedächtnis, der personalen Identität oder der Wahrnehmung der eigenen Person bzw. der Umgebung, spielt bei vielen psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle, v.a. bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD). Trotz der großen klinischen Bedeutung sind die neurobiologischen Korrelate bisher kaum untersucht worden, wobei Hypothesen von einer funktionellen Imbalance zwischen den beiden Hemisphären ausgehen.

Methode: Mit Hilfe der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) untersuchten wir 74 rechtshändige Studenten ohne psychiatrische Vorgeschichte und ohne zentralnervös wirkende Medikation. Als Parameter dienten die motorischen Schwellen zur Induzierung eines motorisch-evozierten Potentials als Indikator für die kortikale Erregbarkeit sowie die transkallosale Leitzeit als Indikator für die Interaktion zwischen den Hemisphären.

Diskussion/Ergebnisse: Die acht hoch-dissoziativen Probanden (HDP; Werte im Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen ≥ 30) hatten eine signifikant niedrigere Erregbarkeit der linken im Vergleich zu rechten Hemisphäre, während sich bei den 66 niedrig-dissoziativen Probanden (NDP) keine Seitendifferenzen fanden. Die HDP hatten zudem eine signifikant kürzere Überleitungszeit von der linken zur rechten Hemisphäre als die NDP-Gruppe. Unsere Befunde legen eine funktionelle Imbalance durch eine ungenügende Integration der rechten Hemisphäre nahe. Ob diese Imbalance Folge von traumatischem Stress ist oder einen Endophänotyp darstellt, der die Betroffenen gegenüber traumatischen Situationen vulnerabler macht, sollte in zukünftigen Studien geklärt werden.

0079

Stress-relatedness of Dissociative Symptoms in Borderline Personality Disorder a study in everyday life

Christian Stiglmayr (AWP-Berlin)

Einleitung: Entsprechend den DSM-IV-Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) treten dissoziative Symptome insbesondere in Zuständen von extremem Stress auf. Wenn auch klinische Modelle eine solche stressbezogene Abhängigkeit dissoziativer Symptome nahelegen, konnte diese bislang noch nicht nachgewiesen werden.

Methode: Unter Einsatz der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut) untersuchten wir 51 Patienten mit einer BPS, 25 Patienten mit einer rezidivierenden Depression, 26 Patienten mit einer Panikstörung sowie 40 psychisch gesunde Kontrollprobanden anhand eines handheld-PC mit stündlichen Abfragezeitpunkten über einen Zeitraum von 48 Stunden.

Diskussion/Ergebnisse: Unsere Daten bestätigen einen hohen intra-individuellen Zusammenhang zwischen dissoziativen Phänomenen und Stress. Gleichzeitig imponieren BPS-Patienten mit einem vergleichsweise erhöhten Dissoziationsniveau unabhängig vom Stress. Nicht nachgewiesen werden konnte, dass bei BPS-Patienten Stress dissoziativen Phänomenen als Auslöser vorausgeht. Den Ergebnissen zufolge

sollten Behandlungsansätze aufgrund des hohen Zusammenhangs zwischen Stress und Dissoziation über Techniken zur Reduktion von Stress sowie aufgrund des generell erhöhten Dissoziationsniveaus über Techniken zur unmittelbaren Reduktion von Dissoziation verfügen.

0080

Neuronale Korrelate dissoziativer Reaktionen bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Christian Schmahl (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Einleitung: Dissoziative Symptome (Depersonalisation, Derealisation, Hypoalgesie) werden bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) häufig beobachtet und stehen in engem Zusammenhang mit erhöhten Stressleveln bei dieser Patientengruppe. Über die neuronalen Korrelate dissoziativer Symptome ist jedoch nur wenig bekannt.

Methode: Diese Untersuchung wird mittels der „script-driven imagery“-Technik durchgeführt. Hierzu wird eine individuelle Dissoziations-auslösende Situation ausgewählt und den BPS-Patientinnen während fMRI-Messungen akustisch präsentiert. Zur Auswertung werden die Patientinnen in zwei Gruppen mit hohen bzw. niedrigen Dissoziationswerten unterteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass mittels der „script-driven imagery“-Technik dissoziative Zustände bei Patientinnen mit Borderline-Patientinnen ausgelöst werden können. Die fMRI-Ergebnisse werden diskutiert.

0081

Akute dissoziative Symptome und psychophysiologische Stressreaktivität

Martin Sack (Klinikum rechts der Isar, Klinik für Psychosomatik, München)

Einleitung: Dissoziative Symptome üben vermutlich eine protektive neurobiologische Funktion durch Inhibition der Informationsverarbeitung sowie von körperlichen Stressreaktionen während extremer Stressreize aus. Uns interessierte die Frage, ob Wiedererleben und Dissoziation während Konfrontation mit einem akuten Stressreiz mit gegensätzlichen psychophysiologischen Reaktionen assoziiert sind.

Methode: Es wurden 61 konsekutive Patienten (67% weiblich, mittleres Alter 35 Jahre) einer Traumaambulanz mit einem breiten Spektrum an Traumatisierungen (70% Typ II Trauma) untersucht. Häufigste Diagnosen waren PTSD (69%) und Dissoziative Störungen (41%). Psychische Reaktionen während Präsentation eines individuellen Traumaskripts (2 min Dauer) wurden mit der Response to Script Driven Imagery Scale (RSDI, Hopper et al. 2006) erfasst. Die Psychophysiologische Untersuchung umfasste die Messung von Herzfrequenz, Fingerpulsvolumen und Herzratenvariabilität während einer neutralen Imaginationsaufgabe und während Traumaskript. Zum statistischen Vergleichen wurde die Stichprobe durch Mediansplit der Skalen RSDI-Wiedererleben und RSDI-Dissoziation in 4 Gruppen geteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich von Patienten mit stark ausgeprägtem Wiedererleben und entweder geringer oder stark ausgeprägter akuter dissoziativer Stressreaktion fand sich in der letzteren Gruppe ein signifikant geringer ausgeprägter Anstieg der Herzfrequenz und eine signifikant geringer ausgeprägte Verminderung der Herzratenvariabilität während Traumaskript. Der Anstieg der Herzfrequenz während Traumaskript war signifikant negativ mit der Ausprägung akuter dissoziativer Stressreaktionen korreliert. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass akute dissoziative Reaktionen die psychophysiologische Stressreaktivität beeinflussen können. Dissoziative Stressreaktionen sollten routinemäßig in experimentellen Untersuchungen zur Stressregulation bei traumatisierten Patienten erfasst werden.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 22

FW-002 Forschungsworkshop

Messung und Modulation kortikaler Aktivität: Neue Aspekte durch Kombination von EEG und TMS

Vorsitz: C. Plewnia (Tübingen), M. Bajbouj (Berlin)

0007

Quantitative EEG-Befunde nach repetitiver TMS

Jacqueline Höppner (Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)

I. Griskova, S. Herpertz

Einleitung: Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) wird in klinischen Studien als wirksame Methode zur Behandlung depressiver Störungen diskutiert. Frequenzabhängig ist die rTMS in der Lage, kortikale Funktionen inhibitorisch oder facilitatorisch zu beeinflussen. Da das EEG direkte Aussagen über TMS evozierte Änderungen neuronaler Aktivität in hoher zeitlicher Auflösung erlaubt, erfolgten in den letzten Jahren kombinierte TMS-EEG-Studien. Aufgrund der jedoch bei depressiven Patienten sehr inter-individuellen Ausgangssituation hinsichtlich quantitativer EEG-Befunde (qEEG), ist eine generelle Beurteilung des Effektes einer rTMS bei Patienten nur eingeschränkt möglich. Mit dem Ziel, den Effekt einer 10 Hz rTMS auf die kortikale Exzitabilität zu ermitteln, wurde das qEEG gesunder Probanden vor und nach einer rTMS Session analysiert.

Methode: Hierzu wurden 18 gesunde Probanden (10 weiblich, 8 männlich, mittl. Alter: 30,5 Jahre) in eine placebokontrollierte Cross-over-Studie eingeschlossen. Das EEG wurde unmittelbar vor und nach einer rTMS Session abgeleitet und quantitativ analysiert. Hierbei erhielten die Probanden entweder zuerst eine 10 Hz rTMS über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex (LDLPFC) und nachfolgend, am Folgetag zur gleichen Tageszeit, eine Sham-Stimulation, oder umgekehrt. Mittels komplexer Demodulation wurde in artefaktfreien EEG-Abschnitten die mittlere spektrale Leistung für alle Frequenzbänder und aktiven Elektrodenpaare berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Nach realer rTMS zeigte sich eine signifikante Zunahme für die Delta-power über frontalen, zentralen und parietalen Elektroden. In keinem weiteren Frequenzband konnten Aktivitätsänderungen ermittelt werden, ebenso waren keine Änderungen hinsichtlich der Asymmetrie-Indices zu verzeichnen. Unsere Ergebnisse zeigen, dass nach einer 10 Hz rTMS bei gesunden Probanden ein Anstieg der Delta – power sowohl über stimulationsnahen als auch stimulationsfernen cerebralen Regionen auftritt. Die hochfrequente rTMS ist nach diesen Ergebnissen in der Lage, kortikale Netzwerke zu beeinflussen, wobei sich das qEEG als Methode der Darstellung und Erforschung von rTMS Effekten bewährt. Die Ergebnisse werden anhand aktueller Literatur diskutiert. Weitere Untersuchungen unter Benutzung verschiedener Stimulationsparameter und unter Hinzuziehen psychopathologischer Rating – Instrumente sind erforderlich, um den Effekt auf die kortikale Exzitabilität zu verifizieren und die Ergebnisse im klinischen Kontext zu interpretieren.

0008

Effekte der rTMS-Behandlung depressiver Patienten auf ereigniskorrelierte Potentiale (EKP)

Alexander Luborzewski (Charité CBF, Psychiatrie, Berlin)

F. Jakob, A. Neuhaus, J. Rentzsch, P. Sander, E.-L. Brakemeier, M. Bajbouj

Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) des linken LDLPFC relativ gut verträgliches, nicht-invasives Behandlungsvorgehen, welches in den letzten Jahren insbesondere in der Depressionsbehandlung Anwendung findet. Studien und Metaanalysen

zur klinischen Wirksamkeit konnten bisher jedoch allenfalls einen milden bis moderaten antidepressiven Effekt der rTMS belegen. Mögliche Ursachen hierfür könnten die bisher nicht ausreichend untersuchten verschiedenen Stimulationsparameter sowie die ein antidepressives Ansprechen präzisierenden klinischen Parameter der behandelten Patienten sein. Der biologische Wirkmechanismus dieses Verfahrens ist noch nicht abschliessend geklärt, auch wenn unter rTMS-Behandlung eine Reihe metabolischer Veränderungen in verschiedenen Hirnarealen (Luborzewski et al., 2006; Kimbrell et al., 2002) aufgezeigt werden konnten. Auf Neurotransmitterebene konnten Studien mit Rattengehirnen Veränderungen wie z.B. eine β -down-Regulation oder Alterationen der Konzentration von Monoaminen aufzeigen, die auch unter anderen antidepressiven Behandlungsmethoden wie z.B. der Elektrokonzulsions- oder unter antidepressiver Pharmakotherapie zu beobachten sind. Eine klinische Methode zur Messung kognitiver Verarbeitungsprozesse, die wiederum eng mit Veränderungen z.B. des serotonergen oder glutamatergen Systems (Frodl-Bauch et al., 1999) korrelieren, ist die Ableitung sogenannter ereigniskorrelierter evozierter Potentiale (ERP). Möglicherweise können Veränderungen dieser Parameter bei Patienten auch ein Ansprechen auf eine antidepressive Behandlung präzisieren (Hegerl et al., 2001). Der Vortrag stellt erste Ergebnisse einer Studie vor, die den Einfluss der rTMS auf ereigniskorrelierte akustisch evozierte Potentiale bei depressiven Patienten untersucht hat und geht der Frage einer Integration dieser Befunde auf der Suche nach klinischen Prädiktoren für ein Ansprechen auf diese Behandlungsform nach. Literatur: 1. Frodl-Bauch T, Bottlender R, Hegerl U: Neuropsychobiology 1999; 40(2):86–94. 2. Hegerl U, Gallinat J, Juckel G: J Affect Disord 2001; 62(1–2):93–100. 3. Kimbrell TA, Dunn RT, George MS, Danielson AL, Willis MW, Repella JD, Benson BE, Herscovitch P, Post RM, Wassermann EM: Psychiatry Res 2002; 115(3):101–113. 4. Luborzewski A, Schubert F, Seifert F, Ncker-Hopfe H, Brakemeier EL, Schlattmann P, Angheliescu I, Colla M, Bajbouj M: J Psychiatr Res 2006;

0009

Die Modulation des TMS-evozierten Potentials durch gerichtete Aufmerksamkeit im Rahmen der contingenten negativen Variation (CNV) als Modell für die direkte Erfassung kortikaler Aktivierung

Stephan Bender (Psychiatrische Uniklinik HD, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heidelberg)

Einleitung: Die EEG-Antwort auf transkranielle Magnetstimulation (TMS) ist kürzlich als ein neuer Parameter für die direkte Erfassung kortikaler Exzitabilität beschrieben worden. Es gibt erste Hinweise darauf, dass die N100 Komponente inhibitorische Prozesse abbilden dürfte, da ihre Amplitude bei Stimulation des motorischen Kortex während Bewegungsausführung reduziert war.

Methode: Wir verwendeten TMS des motorischen Kortex während eines Reaktionszeitparadigmas mit vorangehendem Warnton (contingente negative Variation – CNV) bei 6–10-jährigen gesunden Kindern, um die kortikalen Mechanismen der Antwortvorbereitung in diesem Entwicklungsstadium weiter aufzuklären.

Diskussion/Ergebnisse: Einzelpuls-TMS des motorischen Kortex evozierte in Ruhe eine N100 Amplitude von über 100 μ V bei einer Intensität von 105% der motorischen Schwelle. Die N100 Amplitude korrelierte negativ mit dem Alter der Kinder und positiv mit der absoluten Stimulationsintensität unabhängig von der motorischen Schwelle. Während der späten CNV, die eine Vor-Aktivierung der kortikalen Strukturen widerspiegelt, die für eine schnelle Reaktion notwendig sind (sensorische Aufmerksamkeit und motorische Vorbereitung), war die N100-Komponente signifikant reduziert. Die N100-Amplitude korrelierte nicht mit der MEP (motor evoked potential)-Amplitude. Wir schließen hieraus daß 1.) die TMS-evozierte EEG-Antwort ein vielversprechender Parameter ist, um bei kognitiven Aufgaben die Beteiligung bestimmter Hirnareale direkt zu er-

fassen und zwischen Exzitation und Inhibition zu unterscheiden; 2.) Antwortvorbereitung und sensorische Aufmerksamkeit beeinflussen die N100-Amplitude unabhängig von der peripheren MEP-Amplitude. 3.) Obwohl bei Kindern die späte CNV über dem kontralateralen motorischen Cortex noch keine prominente Negativierung zeigt, legen unsere N100-Ergebnisse in Verbindung mit weiteren Daten zur cortical silent period (CSP) nahe, dass auch präpubertäre Kinder im Rahmen motorischer Vorbereitung eine Strategie motorischer Prä-Aktivierung und nicht eine Strategie der Inhibition unerwünschter Bewegungen zeigen.

0010

Modulation kortiko-kortikaler Kohärenz durch bifokale repetitive TMS

Christian Plewnia (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Soekadar, A. Rilk

Einleitung: Effektive Kooperation kortikaler und subkortikaler Areale ist eine wesentliche Voraussetzung der Funktion des zentralen Nervensystems. Ein neuronales Korrelat dieser interregionalen Kooperation stellt die Kohärenz oszillatorischer Aktivität von Hirnarealen dar, welche für einen bestimmten Zeitraum ein funktionelles Netzwerk bilden. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Kohärenz und effektiver multimodaler Zusammenarbeit konnten bereits nachgewiesen werden. Dementsprechend könnte umgekehrt eine gezielte Steigerung kohärenter Aktivität zur Verbesserung der Leistungen führen, die auf einer effektiven Zusammenarbeit der beteiligten Areale beruhen. Mit repetitiver TMS (rTMS) lassen sich die Stimulation überdauernde, nicht allein auf das stimulierte Areal begrenzte und funktionell relevante Effekte erzielen. Mit synchroner bifokaler rTMS wird ein neues Stimulationsverfahren präsentiert, welches geeignet sein könnte, kortiko-kortikale Kohärenz gezielt zu modulieren.

Methode: Bei gesunden Versuchspersonen (n=16) wurden das Ruhe-EEG über 3 min abgeleitet und die Kohärenz zwischen dem Occipitalkortex (O1/Oz; O2/Oz) und der ipsilateralen linken und rechten Zentralregion (Fc3/Cp3; Fc4/Cp4) berechnet. Zur Modulation dieser Kohärenz wurden der linke primäre Motorkortex (M1) und der Occipitalpol synchron bifokal stimuliert (10 Hz, 120% Motor- bzw. Phosphen-Schwelle, 3×2,5 s). Zwischen und nach den Stimulationsphasen wurde jeweils 3 min Ruhe-EEG aufgezeichnet. Als Kontrollbedingung diente eine monofokale Stimulation des linken M1.

Diskussion/Ergebnisse: Unmittelbar nach Ende jeder Stimulation ließ sich ein Ansteigen der kortiko-kortikalen Kohärenz zwischen den stimulierten Arealen im Alphaband (8–12 Hz) beobachten. Zehn Minuten nach der dritten Stimulation zeigte sich im Vergleich zur Baseline eine höhere kortiko-kortikale Kohärenz im Alphaband auf der stimulierten und kontralateralen Seite. Diese Effekte waren nach monofokaler rTMS des Motorkortex nicht nachweisbar. Diese Untersuchungen demonstrieren die Möglichkeit einer gezielten Steigerung kortiko-kortikaler Kohärenz durch bifokale rTMS. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, welches die hierfür optimalen Stimulationsparameter sind und inwieweit sich hieraus neue Optionen zur behavioral relevanten Beeinflussung kortiko-kortikaler Integrationsleistungen ergeben. Möglicherweise könnten mit dieser Technik auch günstige Effekte bei Erkrankungen erzielt werden, denen eine Störung kortiko-kortikaler Integrationsprozesse zugrundeliegt (z.B. Schizophrenie).

HS-001 Hauptsymposium

Gesundes Altern

Vorsitz: W. Maier (Bonn), A. Kruse (Heidelberg)

0001

Kognitive Entwicklung in Bezug auf die Entscheidung zwischen gesundem und pathologischem Altern

W.D. Oswald (Universität Erlangen, Psychogerontologie)

Es gilt heute als gesichert, dass kognitive Funktionen in unterschiedlicher Art und Weise altern. Grundsätzlich können diese Funktionen in „kristalline“ und „fluide“ Leistungsbereiche eingeordnet werden. Kristalline Funktionen setzen sich aus vorwiegend bildungsabhängigen und kulturspezifischen Leistungen zusammen und werden über den gesamten Lebenslauf hinweg erworben. Fluide Funktionen sind inhaltsübergreifende kognitive Grundfunktionen, die die Geschwindigkeit und Flexibilität der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen beeinflussen. Während sich erstere bis ins hohe Lebensalter durch geistige Aktivität und Übung steigern lassen, sind letztere, da stärker genetisch bedingt, schon ab dem dritten Lebensjahrzehnt einem Abbauprozess unterworfen. Die Unterscheidung zwischen „gesundem“, d.h. normalem (der Norm entsprechendem) und pathologischem Altern gestaltet sich dabei schwieriger als häufig angenommen, da diese Prozesse durch Kohorteneinflüsse, Ausgangswertunterschiede und einer auch im fluiden Bereich relativ hohen intraindividuellen Plastizität überlagert werden, was zu einer Überlappung der Verteilungen sowohl hinsichtlich Alter als auch zwischen Stichproben aus „Gesunden“ und „Kranken“ führt. Die zuverlässige Früherkennung pathologischer Verläufe ist deshalb einerseits nur über das Ausmaß von Veränderungen und andererseits nur mit hoch reliablen und sensitiven Verfahren unter Berücksichtigung von deren Spezifität möglich. Veranschaulicht wird dies u.a. durch Vergleiche zwischen dem MMSE, dem wohl am häufigsten eingesetzten „Demenztest“ und modernen psychopathometrischen Testverfahren.

0002

Alter zwischen Verletzlichkeit und Wachstum – Herausforderungen für Wissenschaft und Kultur

Andreas Kruse (Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie)

Der Vortrag behandelt zunächst die Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen im hohen und sehr hohen Alter. Dabei gilt die Aufmerksamkeit auch den Veränderungspotenzialen (Plastizität) in diesem Lebensabschnitt. Im Kontext der berichteten Befunde wird die Bedeutung der Differenzierung zwischen drittem und viertem Lebensalter diskutiert. Es wird weiterhin dargelegt, dass in Zukunft mit einer deutlichen ansteigenden Zahl demenzkranker Menschen zu rechnen ist, sodass die Frage nach Interventionsmöglichkeiten und Interventionsgrenzen gerade mit Blick auf diese Gruppe besondere Aktualität gewinnt. Die Auseinandersetzung mit den Entwicklungspotenzialen und Grenzsituationen des Alters ist zum einen als individuelle Aufgabe, zum anderen als gesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Nur in dem Maße, in dem sich die gesellschaftlichen Altersbilder differenzieren und dies heißt auch: in dem Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen in kulturelle Leitbilder eines gelingenden Lebens integriert werden wird dieser Prozess der individuellen Auseinandersetzung gefördert. Dabei können wissenschaftliche Befunde bedeutende Anregungen für die Differenzierung der Altersbilder wie auch die Entwicklung kultureller Leitbilder eines gelingenden Lebens geben.

0003

Kognitive Entwicklung im Alter: Einflussfaktoren und Veränderungspotential

Wolfgang Maier (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die kognitive Entwicklung über die Lebensspanne wird durch altersspezifische Einflussfaktoren bestimmt. Im höheren Lebensalter stehen dabei vor allem genetische Determinanten, psychosoziale und körperliche Aktivität und Ernährungsgewohnheiten im Vordergrund, die mit den erworbenen und akkumulierten körperlichen und kognitiven Ressourcen/Reservekapazität interagieren. Dieser komplexe Zusammenhang ist in zahlreichen prospektiven Studien in der Allgemeinbevölkerung untersucht, ohne dass ein allgemeingültiges Modell abgeleitet werden kann, vor allem sind bisher nur wenige der beeinflussenden DNA-Varianten bekannt. Tierexperimentelle Studien können zunehmend die Wirkung spezifischer Gen-Umgebungs-Interaktionen auf die kognitive Entwicklung im Alter darstellen. Sie gewinnen Modellcharakter für die humane kognitive Entwicklung. Zusammenhänge zwischen der kognitiven Entwicklung im Alter und krankheitsbedingten kognitiven Abbauprozessen (v.a. bei Morbus Alzheimer) werden zunehmend deutlich. Die Determinanten der kognitiven Entwicklung im Alter legen Ansatzpunkte für die Prävention krankheitsbedingter kognitiver Abbauprozesse frei.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.1

S-020 Symposium

Neurobiologische Korrelate der schizophrenen Negativsymptomatik

Vorsitz: G. Juckel (Bochum), A. Heinz (Berlin)

0090

Gibt es eine Neuropathologie der Negativsymptomatik?

Peter Falkai (Georg-August-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen)

Einleitung: Seit der Einführung des Begriffes der Schizophrenie und der Beschreibung der Negativsymptomatik ist von vielen neurobiologisch orientierten Wissenschaftlern die Frage gestellt worden, ob es für dieses klinische Charakteristikum der Erkrankung auch ein neuropathologisches Korrelat gibt. Anhand der Literatur und eigener Daten wird dieser Frage nachgegangen.

Methode: Daten aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren und post-mortem Untersuchungen werden zusammengeführt, um zum einen die Frage der Lokalisierbarkeit der Negativsymptomatik zu beantworten. Im nächsten Schritt werden dann Studien dargestellt, die sich spezifisch mit der Frage neuropathologischer Veränderungen als Korrelat der Negativsymptomatik beschäftigen.

Diskussion/Ergebnisse: Auch wenn es im klassischen Sinne keine neuropathologische Läsion, wie z.B. Einschlusskörper etc. für die Schizophrenie gibt, findet sich ein charakteristisches Muster atrophischer Veränderungen bei der Schizophrenie, die anscheinend auch im Verlauf der Erkrankung eine progressive Komponente zeigen. Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderungen das Substrat für die Negativsymptomatik darstellen und es dementsprechend von eminenter Bedeutung sein wird für die Entwicklung kausaler Therapien, diejenigen Prozesse zu verstehen, die zu diesen Veränderungen führen.

0091

fMRI-Untersuchungen zur kognitiven und affektiven Negativsymptomatik bei unbehandelten und mit typischen versus atypischen Neuroleptika behandelten schizophrenen Patienten

Florian Schlagenhaut (Charité Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

0092

PET-Studien zur Neurobiologie schizophrener Negativsymptomatik

Ingo Vernaleken (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)
G. Gründer

Einleitung: Seit längerer Zeit wird ein erheblicher Einfluß der dopaminergen Transmission auf Motivation und Kognition vermutet. Erkrankungen, wie die Schizophrenie, aber auch der Morbus Parkinson und das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom zeigen sowohl dopaminerge Auffälligkeiten als auch motivationale und kognitive Defizite. Bei Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, sind Negativ-Symptome und kognitive Störungen ein Hauptbestandteil der Symptomatik und ein kritischer Aspekt der Therapie. Bisher haben vor allem tierexperimentelle Untersuchungen eine deutliche Abhängigkeit der kognitiven Leistungen von Veränderungen der dopaminergen präfrontalen Aktivität gezeigt. Zur zeitnahen Darstellung von Verhalten und Kognition einerseits und dem Status der dopaminergen Transmission eignet sich vorrangig die Positronen-Emissionstomographie (PET). Dieses Referat soll die Ergebnisse von PET-Untersuchungen in Zusammenhang auf Verhalten und Kognition im Vergleich von Gesunden und schizophrenen Patienten zusammenfassen.

Methode: Durch geeignete Liganden können u.a. D₂/3-Rezeptoren aber auch D₁-Rezeptoren im Striatum wie auch in kortikalen Strukturen dargestellt werden. So können Veränderungen der Dopamin-Konzentration gemessen werden. Durch Liganden wie dem FDOPA können aber auch präsynaptische Strukturen gemessen werden. So kann Einblick in Dopamin-Synthesekapazität, dopaminergere Speicherkapazität und Ausschüttung gewonnen werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Studien können zeigen, daß bei Patienten mit einer Schizophrenie in geringerem Maße die basale D₂/3-Rezeptoren-Dichte von Gesunden abweicht als Dopamin-Speicherkapazitäten und der dopaminerge Umsatz. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sowohl bei Gesunden als auch bei Patienten die dopaminerge Synthesekapazität in hohem Maße mit der ‚präfrontalen‘ kognitiven Leistungsfähigkeit korreliert; offensichtlich zeigen sich aber umgekehrte Richtungen der Korrelation, was erhebliche Rückschlüsse auf die Pathophysiologie zulässt. Letztlich konnten auch die Antipsychotika-bedingten kognitiven Veränderungen mit Parametern der dopaminergen Transmission korreliert werden, was die erhebliche Bedeutung dieses Transmittersystems auf Verhalten und Kognition darstellt.

0093

Soziale Kognition und soziale Kompetenz bei Patienten mit schizophrener Negativsymptomatik

Martin Brüne (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Einleitung: Zahlreiche Studien haben übereinstimmend belegt, dass Patienten mit Schizophrenien neurokognitive Störungen haben. Erst in jüngerer Zeit haben sich Hinweise ergeben, dass bei Schizophrenien zudem die soziale Kognition selektiv gestört sein kann. Unter sozialer Kognition versteht man allgemein die Wahrnehmung und Verarbeitung von Signalen aus der sozialen Umwelt, die für soziale Interaktionen bedeutsam sind. Innerhalb des Schizophrenie-Spektrums sind die Befunde zur sozialen Kognition zum Teil uneinheitlich; allerdings ist es relativ unumstritten, dass Patienten mit schizophrener Negativsymptomatik besonders schwer in ihren sozial-kognitiven Fähigkeiten und ihrer sozialen Kompetenz beeinträchtigt sind. Ein häufiger interferierender Faktor stellt hierbei in vielen Untersuchungen jedoch die allgemeine Intelligenz dar.

Methode: 33 Patienten mit „Kernschizophrenien“ wurden hinsichtlich ihrer sozialen Kognition, Exekutivfunktionen, allgemeinen Intelligenz, sozialer Kompetenz und Psychopathologie untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen verbaler Intelligenz, sozialer Kognition und Negativsymptomatik besteht. Für Störungen der sozialen Kompetenz stellt allerdings eine beeinträchtigte soziale Kognition den (statistisch) bedeutsamsten Prädiktor dar.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 13/14

S-025 Symposium**Synaptische Plastizität – von Mäusen und Menschen**

Vorsitz: C. Normann (Freiburg)

0116

Synaptische Plastizität bei Depression, das Tiermodell der erlernten Hilflosigkeit

Barbara Vollmayr (ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

Einleitung: Eine Fülle von indirekten Befunden deutet auf eine Verminderung der neuronalen Plastizität während Depressionen. Dafür sprechen aus klinischer Sicht die kognitiven Störungen depressiver Patienten, diese Funktionsstörungen korrelieren mit einem verminderten Volumen und verminderter Aktivierbarkeit in Hirnregionen wie z.B. dem Hippocampus, der Amygdala, dem Cingulum und dem präfrontalen Kortex. Als ursächlich wird ein Neurotrophin-Mangel bei der Depression diskutiert, der zu einer Abnahme der neuronalen Plastizität, also zu verminderter Neurogenese oder zu vermindertem Umbau von Synapsen führen könnte. Am Menschen sind diese Hypothesen nur indirekt zu untersuchen. Zum Beispiel gilt das Cholin-Signal in der NMR-Spektroskopie als Maß für den Membranturnover und damit für synaptischen Umbau, der Hypothese gemäß ist es während der Depression vermindert und normalisiert sich in Remission. Um jedoch die ursächlichen molekularen Mechanismen dieser Veränderungen aufzuklären, sind Tiermodelle notwendig.

Methode: Stress stellt den bedeutendsten Umweltfaktor für die Entstehung einer Depression dar, die meisten Tiermodelle der Depression verwenden daher Stress um depressionsähnliche Zustände in Tieren auszulösen. Wie wir vom Menschen wissen, führt Stress keineswegs immer zu Depressionen und es ist eine unzulässige Vereinfachung, alle Stressreaktionen mit Depression gleichzusetzen. Das Tiermodell der Erlernten Hilflosigkeit bildet die depressive Symptomatik sehr gut ab und ist geeignet, spezifische Veränderungen bei depressionsähnlichem Verhalten von unspezifischen Stresseffekten zu trennen. Erlernte Hilflosigkeit wird durch unkontrollierbaren Stress in etwa 20% der Tiere ausgelöst und kann mit Antidepressiva behandelt werden.

Diskussion/Ergebnisse: Wie beim Menschen wird im Tiermodell durch antidepressive Behandlung das spektroskopische Cholin-Signal erhöht, was für eine erhöhte synaptische Sprossung unter antidepressiver Therapie sprechen könnte. Schliesslich manifestiert sich auch auf elektrophysiologischer Ebene eine verminderte synaptische Plastizität, es lassen sich nach unkontrollierbarem Stress in vivo und in vitro Verminderungen der LTP (long-term potentiation) nachweisen.

0117

Gestörte synaptische Plastizität bei Depression

Claus Normann (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Auch im Erwachsenenalter ist das Gehirn ein plastisches Organ, das sich funktionell und strukturell reorganisieren kann. Eine Reihe neuerer Befunde sprechen dafür, dass es bei affektiven Erkrankungen zu einer Störung der Plastizität im ZNS kommt. So konnte gezeigt werden, dass die Neurogenese im Hippocampus unter Stress vermindert ist und durch die Gabe von Antidepressiva gesteigert werden kann. Dieses Phänomen ist jedoch nur im Gyrus dentatus nachweisbar und korreliert wahrscheinlich mehr mit der Chronizität einer depressiven Erkrankung als mit dem Schweregrad einer akuten Episode. Synaptische Langzeitplastizität ist eine ubiquitäre Form funktioneller Plastizität, die die synaptische Übertragungsstärke im Gehirn reguliert. LTP (long-term potentiation) erhöht, LTD (long-term depression) erniedrigt die synaptische Übertragung. Wir konnten zeigen, dass selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

(SSRIs) über eine Hemmung des Calcium-Einstroms die LTD hemmen. Lithium blockiert ebenfalls die LTD über eine Inhibition der Proteinkinase C. In einem Tiermodell der Depression (chronic mild stress) kam es zu einer Erhöhung der LTD nach Stressexposition, die durch Gabe eines Antidepressivums verhindert werden konnte. Zusätzlich zu diesen tierexperimentellen Befunden untersuchten wir die synaptische Übertragung im visuellen System des Menschen. Wir induzierten dabei durch anhaltende visuelle Stimulation eine plastische Modulation früher VEP-Amplituden. Diese ähnelt in vielen Eigenschaften der synaptischen Langzeitplastizität im Hirnschnitt. Im Vergleich zu gesunden Probanden war bei depressiven Patienten die VEP-Plastizität deutlich verändert. Unsere Befunde weisen darauf hin, dass die synaptische Langzeitplastizität eine entscheidende Rolle in der Pathophysiologie affektiver Erkrankungen spielt.

0118

Induktion und Nachweis neuroplastischer Prozesse in der menschlichen Hirnrinde mit Hilfe transkranieller Stimulationsverfahren

Hartwig Siebner (Universitätsklinikum Kiel, Klinik für Neurologie)

Einleitung: Die transkranielle Magnetstimulation (TMS) und die transkranielle Gleichstromstimulation (TGSS) ermöglichen die schmerzlose nicht-invasive Stimulation der menschlichen Gehirnrinde. Diese Verfahren können anhaltende Veränderungen der regionalen Erregbarkeit und neuronalen Aktivität bewirken und somit Hirnfunktionen über den Zeitpunkt der Stimulation hinaus beeinflussen.

Methode: In den letzten zehn Jahren wurden eine Vielfalt nicht-invasiver Konditionierungsprotokolle eingeführt, welche die TMS oder die TGSS nutzen, um LTP- oder LTD-artige, neuroplastische Prozesse in der menschlichen Gehirnrinde zu induzieren. Neben der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS), bei der Reizserien mit konstanter Wiederholungsrate verabreicht werden, kommt die TMS als paarig-assoziative Stimulation (PAS) oder als Theta-Burst-Stimulation (TBS) zum Einsatz. Die PAS assoziiert die Stimulation zweier neuronaler Projektionen, die auf dieselbe Neuronenpopulation projizieren. Hier hängen Ausmaß und Richtung der durch die PAS induzierten kortikalen Erregbarkeitsänderung kritisch vom zeitlichen Abstand zwischen dem peripheren Stimulus und dem transkraniellen Magnetreiz ab. Bei der TBS werden fünfmal pro Sekunde („Theta“-Stimulation) kurze hochfrequente (50 Hz) transkranielle Reizserien („bursts“) verabreicht. Bei der TBS hängen Ausmaß und Richtung der Konditionierungseffekte davon ab, ob die TBS kontinuierlich oder intermittierend verabreicht wird. Neben dem verwendeten Induktionsprotokoll werden die neuromodulatorischen Effekte der TMS auch vom aktuellen Funktionszustand des stimulierten Kortex während der Konditionierung beeinflusst. Auch die neuronale Aktivität der stimulierten Hirnregion vor dem Zeitpunkt der transkraniellen Konditionierung prägt die neuromodulatorischen Effekte der TMS und TGSS. Neben den lokalen Effekten im stimulierten Kortex werden mit diesen Stimulationsverfahren auch plastische Veränderungen in Gehirnregionen, die mit dem stimulierten Kortex in funktioneller Beziehung stehen, induziert.

Diskussion/Ergebnisse: Die LTP- und LTD-artigen Konditionierungseffekte der transkraniellen Kortexstimulation schlagen eine Brücke von der Grundlagenforschung zur Humanphysiologie. Die TMS und TGSS eröffnen vielfältige Möglichkeiten zur in-vivo Erforschung kortikaler Plastizität und bilden die neurophysiologische Rationale für den therapeutischen Einsatz der TMS bei neuropsychiatrischen Erkrankungen.

0119

Hippokampale synaptische Plastizität, räumliches Lernen und das pathologische Gehirn

Denise Manahan-Vaughan (Ruhr Universität Bochum, Medizinische Fakultät)

Einleitung: Im Hippokampus wird synaptische Plastizität in Form von Langzeitpotenzierung (LTP) bzw. Langzeitdepression (LTD) der syn-

aptischen Übertragung als ein Kandidatenmechanismus für die Entstehung und Verarbeitung von neuem räumlichen Gedächtnis angesehen. Während LTP eine intrinsische Rolle bei der Einprägung von Raum per se spielt, ist LTD extrem wichtig für die Verarbeitung von räumlichen Eigenschaften (Kemp & Manahan-Vaughan, 2004, Proc Natl Acad Sci 101:8192; Manahan-Vaughan & Braunewell, 1999, Proc Natl Acad Sci 96:8739).

Methode: Unter pathologischen Bedingungen, wie beispielsweise bei Schizophrenie-Erkrankungen, scheint die hippocampus-abhängige Kognition beeinträchtigt zu sein. Inwieweit diese kognitiven Beeinträchtigungen durch eine Änderung der synaptischen Plastizität hervorgerufen werden, ist bisher wenig bekannt. Untersuchungen zur Veränderung der synaptischen Plastizität bzw. des Lernens in einem Tiermodell der Schizophrenie zeigten, dass starke Störungen beider Prozesse vorliegen. Tiere, die akut mit einem NMDA-Glutamatrezeptorantagonisten behandelt wurden, zeigen langanhaltende Beeinträchtigungen von LTP, LTD als auch des räumlichen Lernens in einem 8-armigen Radiallabyrinth, obwohl die basale synaptische Übertragung unbeeinflusst bleibt. Dabei ist insbesondere das Langzeitgedächtnis gestört.

Diskussion/Ergebnisse: Diese Ergebnisse deuten an, dass synaptische Plastizität nicht nur extrem wichtig für die Bildung von räumlichem Gedächtnis ist, sondern auch eine kritische Rolle bei pathologischen Veränderung von kognitiven Prozessen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems spielen kann.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 09

S-034 Symposium

Lernen und Gedächtnis – Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren

Vorsitz: J. Schröder (Heidelberg), T. Kircher (Aachen)

0162

Zeitliche Dynamik kognitiver Lernprozesse bei schizophrenen Patienten: eine fMRT-Studie

Ralf Schlösser (Universität Jena, Psychiatrische Uniklinik)

K. Koch, G. Wagner, I. Nenadic, C. Schachtzabel, M. Roebel, M. Axer, J. R. Reichenbach, H. Sauer

Einleitung: Kognitive Beeinträchtigungen sind ein zentrales Symptom der Schizophrenie. Diese gehen zumeist mit Auffälligkeiten in der kortikalen Aktivierung einher und erweisen sich oftmals als relativ behandlungsresistent. Über die Möglichkeiten, diese Auffälligkeiten durch Übung positiv zu verändern ist jedoch bisher nur wenig bekannt.

Methode: In dieser Studie wurde anhand eines modifizierten Sternbergparadigmas der Effekt kurzzeitiger Übung auf die Performanz und die kortikale Aktivierung während des Abrufs verbaler Information aus dem Arbeitsgedächtnis mittels der fMRT untersucht. Analysiert wurden 13 Patienten mit Schizophrenie und 13 gesunde Kontrollprobanden.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen war der Lernprozess mit einer signifikanten Leistungsverbesserung assoziiert, welche sowohl bei Patienten als auch bei Gesunden mit einem exponentiellen Signalabfall in einem funktionsrelevanten fronto-parieto-zerebellären Netzwerk einher ging. Der direkte Gruppenvergleich ergab signifikante Mehrabnahmen in der Patientengruppe u.a. in präfrontalen, superior parietalen und anterior cingulären Regionen. Zudem ließen sich deutliche relative Mehraktivierungen bei Patienten zu Beginn des Lernprozesses feststellen, welche zum Ende gleichermaßen nicht

mehr feststellbar waren. Die Resultate indizieren, dass kurzzeitige Übung bei schizophrenen Patienten zu Leistungsverbesserungen und exponentiellen Signalabnahmen in funktionsrelevanten Arealen führt, die vermutlich auf einen übungsbedingt verringerten Bedarf an kognitiven Ressourcen zurück zu führen sind. Förderkennzeichen: BMBF FKZ01ZZ0105 und IZKF, TMWFK B307-04004.

0163

Funktionelle Anatomie von Gedächtnisstörungen bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und Alzheimer Demenz

Dirk Leube (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie)

Die Änderung der Altersstruktur unserer Gesellschaft führt zu einer immer größeren Bedeutung altersassoziierter Erkrankungen in allen Bereichen der Medizin. In der Psychiatrie gilt dies besonders für die Demenzen. Die steigende Zahl dieser Erkrankungen und die mit dem medizinischen Fortschritt entstehenden Therapiemöglichkeiten machen eine valide Frühdiagnostik unumgänglich. Neben testdiagnostischen Verfahren kann dies nur mit verbesserten bildgebenden Methoden erreicht werden. Wir zeigen aus der Perspektive der Grundlagenforschung wie mit funktioneller Bildgebung (fMRI) und mit neuen strukturabbildenden Verfahren (VBM) das zentrale Symptom der Demenz, die Gedächtnisstörung, auch schon in frühen Stadien der Störung (MCI) dargestellt werden kann und wie die Wirkung der Therapie mit dem Cholinesterasehemmer Donepezil in einer veränderten neuronalen Aktivierung zum Ausdruck kommt. Wir hoffen, dass sich hieraus auch Ansätze zu einer verbesserten Frühdiagnostik der Demenz in der klinischen Routine ergeben.

0164

Morphologische Korrelate von Lern- und Gedächtnisdefiziten – voxel based morphometry bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und Alzheimer Demenz

Philipp Thomann (Universität Heidelberg, Sektion für Gerontopsychiatrie)

0165

Ökonomisierung cerebraler Aktivierungsmuster unter Training: ein Vergleich zwischen physiologischem Altern und leichter kognitiver Beeinträchtigung

Peter Schönknecht (Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgem. Psychiatrie)

F. Giesel, A. Hunt, M. Essig, J. Schröder

Einleitung: Mnestic deficits occur long before the onset of dementia in patients with mild cognitive impairment (MCI). Memory decline proceeds in these patients whereas cognitively unimpaired older persons show a stable memory performance. In order to investigate the neural basis underlying cognitive training effects in patients at risk to develop Alzheimer's disease (AD) and in healthy controls we developed a fMRI paradigm of explicit memory function.

Methode: 11 patients with MCI and 11 controls were enrolled in the study. Before and after an one-week-training period all participants underwent fMRI scan during verbal memory encoding. Image analysis was done using SPM.

Diskussion/Ergebnisse: In healthy controls, before training a temporal, parietal, cingulate and left frontal cortex activation occurred which decreased after the one-week-cognitive training. In contrast, MCI patients showed at baseline a rather weak temporal, cingulate and left frontal cortex activation which increased after training. In conclusion, the results of this study demonstrate an economisation of cerebral activity in healthy persons after training whereas in the MCI patients after training a compensation for cerebral activation deficits occurs.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-041 Symposium

Neue Ergebnisse funktioneller Bildgebung bei Zwangsstörungen

Vorsitz: A. Kordon (Lübeck), U. Voderholzer (Freiburg)

0199

Neuronale Korrelate defizienter Entscheidungsfindung bei Patienten mit Zwangsstörung

Bartosz Zurowski (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

0200

Funktionell-bildgebende Studien bei Gesunden und Zwangspatienten mit einem Paradigma zur kognitiven Umstellungsfähigkeit

Tobias Freyer (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

U. Voderholzer

Einleitung: Trotz einer Vielzahl an funktionell- und strukturell bildgebenden Untersuchungen bei Zwangsstörungen stellt sich die Studienlage nach wie vor uneinheitlich dar (Friedlander & Desrocher 2006). Ebenso ist bislang ungeklärt, ob die erhobenen Befunde als stabil zu betrachten oder z.B. durch verhaltenstherapeutische Interventionen veränderbar sind. Erste therapiebegleitende Studien mit der funktionellen Kernspintomographie deuten auf eine Veränderung der Hirnaktivität nach erfolgreicher Psychotherapie bei Zwangserkrankungen hin (v.d. Wee et al. 2006). Ziel unserer Untersuchung war es, mit einem bereits fMRT-etablierten kognitiven Paradigma frontostriale Aktivierungsmuster in Abhängigkeit von therapeutischen Interventionen bei Zwangspatienten zu untersuchen.

Methode: Wir führten neuropsychologische und funktionell kernspintomographische Untersuchungen an gesunden Probanden und unmedizierten Patienten mit einer schweren Zwangsstörung durch. Probanden wie Patienten bearbeiteten einen computergesteuerten probabilistischen Reversal Learning Task. Die Bearbeitung dieses Paradigmas setzt intakte Exekutivfunktionen wie kognitive Flexibilität und Umstellungsfähigkeit voraus und zeigte bei fMRT-Messungen einer Cambrider Arbeitsgruppe an gesunden Probanden spez. Aktivierungsmuster in vermutlich zwangsrelevanten Arealen wie dem orbitofrontalen Kortex, dem ventralen Striatum sowie dem dorsolateralen Präfrontalkortex.

Diskussion/Ergebnisse: In den rein neuropsychologischen Untersuchungen fanden wir keine Unterschiede zwischen Patienten und Probanden, weiterhin unterschieden sich die Testleistungen zwischen der ersten und der zweiten Messung, z.B. im Sinne von Lerneffekten, nicht. Gesunde Probanden zeigten signifikante Aktivierungen bei Bearbeitung des Paradigmas im ventrolateralen Präfrontalkortex, im orbitofrontalen Kortex und in parietalen Arealen. Eine spez. Aktivierung im Striatum konnten wir nicht nachweisen. Bei der Wiederholungsmessung nach durchschnittlich 14 Wochen fanden sich Aktivierungsmuster in den gleichen Arealen, allerdings waren die Effektstärken deutlich schwächer als bei der ersten Messung. Dieses Ergebnis weist auf das grundsätzliche Problem der bislang nicht ausreichend untersuchten Retest-Reliabilität von funktionellen Befunden hin. Die fMRT-Untersuchung der Zwangspatienten ist momentan noch nicht vollständig abgeschlossen, erste Ergebnisse deuten auf eine mögliche Linkslateralisierung der frontalen Aktivierungsmuster und Lateralisierungskehr nach Psychotherapie bei den Patienten hin. Referenzen: Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and Children. Clinical Psychology Review 26, 32–49. van der Wee et al. (2006). Spatial working memory in obsessive-compulsive disorder improves with clinical response: A functional MRI study. European Neuropsychopharmacology, In Press

0201

Darstellung der SERT mittels [¹¹C]DASB PET bei Patienten mit Zwangserkrankungen

Katarina Stengler-Wenzke (Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Psychiatrie)

S. Hesse, M. Patt, G. Becker, M. Kroll, H. Barthel, P. Meyer, A. Seese, O. Sabri, M. C. Angermeyer

Einleitung: In der Diagnostik und Therapie von Zwangserkrankungen ist die Funktionsweise der hochaffinen Serotonin-Transporter (SERT), die für die Wiederaufnahme des Serotonins aus dem synaptischen Spalt in die präsynaptische Zelle verantwortlich sind, von zentralem Interesse. Als Zielmoleküle der Pharmakotherapie bei Zwangserkrankungen sind sie relevante Untersuchungseinheiten für SPECT- und PET-Studien. Es ist das Anliegen der vorliegenden PET-Studie, die zentrale SERT-Verfügbarkeit unter Verwendung des hochaffinen SERT-selektiven Radiotracers [¹¹C]DASB darzustellen. **Methode:** Patienten im Alter zwischen 25 und 50 Jahren mit klinisch relevanten Zwangserkrankungen (ICD 10 F42.0–42.2; Y-BOCS >= 20), die sich zur Behandlung in der Psychiatrischen Ambulanz des Universitätsklinikums Leipzig vorgestellt hatten, wurden vor Therapiebeginn untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Es können relevante Bindungsunterschiede an den SERT zwischen den untersuchten Patienten mit Zwangserkrankungen und einer alters- und geschlechtsgematchten Kontrollgruppe festgestellt werden. Schlussfolgerung: Es ist möglich, mittels PET und einem neuen, SERT-selektiven Radiotracer die zentrale SERT-Verfügbarkeit bei Zwangserkrankten darzustellen und zu quantifizieren.

0202

Functional neuroanatomy of monetary gain anticipation in patients

Christian Kaufmann (Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 20

FW-004 Forschungsworkshop

Kardiovaskuläres Risiko, Stoffwechselstörungen und Stress bei psychiatrischen Erkrankungen: Durchführung und Aussagekraft gängiger Forschungsmethoden

Vorsitz: D. Kopf (Mannheim), M. J. Hilz (Erlangen)

0013

Fettstoffwechselstörungen und Adipositas: differenzierte Risikoabschätzung jenseits von Cholesterin und Body Mass Index

Sabine Westphal (Universität Magdeburg, Institut für Klinische Chemie)

Nach aktuellem Kenntnisstand lassen sich bis zu 90% des Risikos für einen Herzinfarkt, das sich nicht bereits aus Alter und Geschlecht ergibt, durch bekannte und im Prinzip beeinflussbare Risikofaktoren erklären. Nach der INTERHEART Studie (Yu-suf et al. Lancet 2004) sind dies die Folgenden: Hohes LDL- und niedriges HDL-Cholesterin, Rauchen, psychosoziale Risikofaktoren, arterielle Hypertonie, abdominal betonte Adipositas und Diabetes mellitus. Protektive Faktoren sind körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und mäßiger Alkoholkonsum. Um für eine individuelle Person die richtigen präventiven Maßnahmen empfehlen zu können, sind sowohl Informationen über die einzelnen Risikofaktoren erforderlich als auch eine Abschätzung des Risikos, in definiertem Zeitraum, einen Herzinfarkt zu erleiden. Dieses Risiko lässt sich in Kenntnis

der einzelnen Risikofaktoren einer Person auf der Grundlage großer Kohortenstudien errechnen. Diese sind für Nordamerika die Framingham-Studie, für Deutschland die PROCAM-Studie bzw. das europäische SCORE Projekt. Zusätzlich zu den klassischen Risikofaktoren werden zunehmend neue Risikofaktoren wie Homocystein, CRP, oxidativer Stress, Adipokine und deren Beeinflussbarkeit diskutiert. Neben diesen biochemischen Markern etablieren sich auch funktionelle Parameter der Gefäße. Mit der Messung der Intima-Media-Dicke (IMT) mittels Duplexsonographie steht eine nicht invasive Methode zu Verfügung, frühe arteriosklerotische Veränderungen auch bei bisher asymptomatischen Patienten zu erkennen. Solange allerdings aussagefähige Interventionsstudien fehlen, ist es schwer, konkrete Empfehlungen für die Praxis auszusprechen.

0014

Insulinresistenz und Glukosetoleranz: vom Gelegenheitsblutzucker bis zur Clamp-MR-Spektroskopie

Daniel Kopf (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Various psychiatric disorders are complicated by metabolic disturbances suggestive of the metabolic syndrome. In schizophrenia, affective disorders and even in dementia, profound dysregulation of glucose metabolism has been described.

Methode: Insulin resistance, defined as a blunted response of peripheral tissue to the blood glucose lowering effects of insulin, is a characteristic feature of the metabolic syndrome. Insulin resistance may be compensated for by increased pancreatic hyperinsulinemia at the price of exaggerated non-glucotropic insulin action such as accumulation of visceral fat. Therefore, assessment of insulin sensitivity is crucial. In the absence of hyperglycemia, fasting blood insulin levels provide a rough estimate of insulin sensitivity. Estimates of insulin sensitivity derived from glucose tolerance tests are more reliable in the presence of various degrees of hyperglycemia. The gold standard for assessment of insulin sensitivity is the euglycemic hyperinsulinemic clamp. Advantages, limitations of each technique as well as implications for further research will be discussed in this symposium. Results of typical studies will be presented.

Diskussion/Ergebnisse: In schizophrenic patients, clamp studies and insulin sensitivity estimates have yielded conflicting results. They point to a type of insulin resistance which is different from insulin resistance in the metabolic syndrome. Selective measurement of insulin sensitivity in various tissues will be necessary to characterize the specific "metabolic syndrome" of psychiatric patients. Combination of clamp with tracer methods is capable of distinguishing hepatic from whole body insulin sensitivity. In addition, magnetic resonance spectroscopy provides data on muscle insulin action. Results of such studies may lay the cornerstone for an improved understanding of metabolic disturbances in psychiatric patients and thus for alleviating the metabolic burden.

0015

Methoden zur quantitativen Untersuchung des autonomen Nervensystems und ihre Anwendung auf psychiatrische Erkrankungen

Max Josef Hilz (Universität Erlangen-Nürnberg, Klinik für Neurologie)

Einleitung: Verschiedene psychiatrische Erkrankungen wie auch ihre medikamentöse Therapie können mit Veränderungen des autonomen Nervensystems einhergehen und die Regulation von Pupille, Körpertemperatur, Gastrointestinaltrakt, Blase, Sexualorganem, Atmung und Herz-Kreislauf-System stören. Um ungünstige Effekte einer Psychopharmaka-Behandlung zu vermeiden, kann die Untersuchung des autonomen Nervensystems wichtig sein.

Methode: Neben einer ausführlichen Anamnese und körperlichen

Untersuchung mit Messung von Herzfrequenz und Blutdruck stützt sich die Beurteilung des autonomen Nervensystems vorwiegend auf die Bestimmung kardiovaskulärer Parameter. Dabei sollte die Herzfrequenzvariabilität in Ruhe sowie während autonomer Provokationsmanöver wie dem metronomischen 6/min Atmen, dem Valsalva-Manöver sowie dem aktiven Stehen, d.h. dem so genannten Ewing Manöver, beurteilt werden. Orthostatische Regulationsstörungen können mittels Kipptischuntersuchung mit 60°-Neigung des Patienten aufgezeigt werden. Die Sensitivität der Untersuchung kann durch zusätzliche orthostatische Belastung mittels Unterdrucksaugung im Bereich der unteren Körperhälfte erhöht werden. Dabei wird im Anschluss an eine 20-minütige Kipptischuntersuchung zunächst für 10 Minuten ein Unterdruck von -20 mmHg im Bereich der unteren Körperhälfte appliziert, danach wird der Sog für 10 weitere Minuten auf 40 mmHg erhöht. Mittels spektraler Frequenzanalyse kann die Modulation verschiedener Biosignale im Bereich des sogenannten niedrigen (LF: 0,03 bis 0,15 Hz) und des sog. hohen (HF: 0,15 bis 0,5 Hz) Frequenzbandes berechnet werden. Diese Signalmodulation spiegelt für die Herzfrequenz den Einfluss von Sympathikus und Vagus wider. Die Blutdruck-Modulation im LF-Bereich ist ein Parameter für die sympathische Aktivität. Schließlich kann die Funktion des Barorezeptorreflexes mit der sogenannten „neck chamber“ Methode am Hals des Patienten geprüft werden. Dabei wird eine halbkugelige, aus Blei bestehende „Halskrause“ von vorne über den Hals und damit die Karotisrezeptoren aufgesetzt und angepasst. Dann wird ein sinusoidaler Sogreiz ausgeübt, wobei der Unterdruck wellenförmig zwischen 0 und 30 mmHg oszilliert. Die rhythmische Aktivierung der Barorezeptoren mit zwei verschiedenen Stimulationsfrequenzen 0,1 und 0,2 Hz erlaubt die getrennte Beurteilung und Quantifizierung der sympathischen und parasympathischen Aktivität des Baroreflexes.

0016

Messung von Hypercortisolismus und HPA-Achsen-Aktivität und ihre Auswirkungen auf metabolische Parameter in verschiedenen Körperkompartimenten

Michael Deuschle (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Die Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN) Systems ist die am besten dokumentierte biologische Auffälligkeit depressiver Patienten. Allerdings gibt es eine Vielzahl von Untersuchungsansätzen, die in unterschiedlichem Ausmaß Änderungs-sensitiv sind und unterschiedliche Implikationen haben. Die Präsentation wird anhand eigener Daten verschiedene Methoden der HHN-Charakterisierung vergleichen. **Methode:** Wir untersuchten in mehreren Studien bei depressiven Patienten und gesunden Kontrollen HHN-regulierende Peptide (CRH, Vasopressin) im Liquor cerebrospinalis, feedback Tests (DEX/CRH-Test, DST), zirkadiane Cortisolprofile im Serum bzw. freies Cortisol in Speichel und Urin.

Diskussion/Ergebnisse: Während die dynamischen Aspekte zirkadianer Cortisolprofile eher mit dem DEX/CRH-Test assoziiert sind, korreliert der DST eher mit dem zirkadianen „Mittelwert“. Der DEX/CRH-Test ist Änderungs-sensibel hinsichtlich der Mehrzahl der geprüften Antidepressiva: Hingegen kommt es hinsichtlich des freien und biologisch aktiven Cortisols im Speichel zu einer Dämpfung des HHN-Systems bei einigen (Trizyklika, Mirazapin), jedoch nicht allen (SSRI, Venlafaxin) Antidepressiva. Die biologischen Implikationen dieser Therapieeffekte werden diskutiert werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 22

FW-005 Forschungsworkshop

Neurofunktionelle Konnektivität in den systemischen Neurowissenschaften und der biologisch-psychiatrischen Forschung

Vorsitz: O. Gruber (Homburg), G. Deco (Barcelona)

0018

Neurodynamical Competition and Cooperation in Cortical Networks: From Spiking Neurons to Behaviour

Gustavo Deco (Universitat Pompeu Fabra, Computational Neuroscience, Barcelona)

Einleitung: Cognitive behaviour requires complex context-dependent processing of information that emerges from the links between attentional perceptual processes, working memory and reward based evaluation of the performed actions.

Methode: The construction of explicit mechanistic neurodynamical models, biological consistent with the different levels of experimental cognitive neuroscience, provides a conceptual framework for establishing and understanding the underlying basic principles of neural and cortical functions.

Diskussion/Ergebnisse: Following a computational neuroscience perspective, the focus of the review is on the top-down and bottom-up processes that underlie visual cognition, and in particular visual attention, working memory and reward evaluation, and on how the object processing visual system interfaces to other brain areas.

0019

Disrupting Connectivity – Combined TMS and fMRI to visualise Functional Lesions

Jürgen Baudewig (GWDG, Göttingen)

Einleitung: Transkranielle Magnetstimulation (TMS) ist die nicht-invasive Stimulation des Gehirns mit Hilfe eines starken magnetischen Pulses. Neben der gezielten Untersuchung von inhibitorischen und exzitatorischen Prozessen am Motorkortex sind gerade „temporäre Läsionen“ durch TMS Pulse ein interessantes Werkzeug, um Konnektivität mit guter zeitlicher Auflösung zu untersuchen. Unter temporären oder funktionellen Läsionen versteht man die gezielte Störung spezifischer Hirnareale mit TMS-Pulsen, mit der behaviorale Effekte verursacht werden. Unserer Gruppe ist es jetzt erstmalig gelungen, TMS-Läsions-Experimente zur räumlich-visuellen Informationsverarbeitung im Kernspintomografen mit simultaner funktioneller Bildgebung zu kombinieren und somit die visuelle Läsion zu visualisieren.

Methode: Bei 6 gesunden Probanden wurde mit Hilfe der TMS eine funktionelle Läsion im rechten Parietalkortex während der Ausführung einer Winkeldiskriminierungsaufgabe induziert. Als Kontrolle wurden u.a. eine einfache Farbdiskriminierungs-Aufgabe sowie beide Aufgaben mit links-parietaler TMS durchgeführt. Alle Aufgaben wurden im Kernspintomografen mit simultaner Akquisition funktioneller Aufnahmen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die bekannten Verhaltenseffekte konnten auch bei der Durchführung des Experimentes im Kernspintomografen reproduziert werden, d.h. nur rechts-parietale TMS während der Winkel-Aufgabe führte zu einer signifikanten Verlängerung der Reaktionszeiten. Dieses Ergebnis wurde auch durch die funktionelle Kernspintomografie bestätigt: Die Ausführung der Aufgaben resultierte in allen Telexperimenten in einer klaren Aktivierung eines ausgeprägten Netzwerkes. Das Hauptergebnis sind aber signifikante Reduzierungen der funktionellen Antworten, wenn eine effektive funktionelle Läsion induziert wurde. Diese Reduktionen konnten im rechten (stimulierten) superioren Parietalkortex und dem mittleren frontalen Gyrus

nachgewiesen werden. Bei keinem der Kontrollexperimente (also TMS ohne funktionelle Relevanz, da entweder die Farbaufgabe bearbeitet wurde oder Stimulation des linken Parietalkortex) wurde diese Wechselwirkung gefunden. Durch die simultane Ausführung der TMS während funktioneller Bildgebung ist es uns gelungen, physiologische und behaviourale Konsequenzen virtueller Läsionen direkt zu vergleichen. Diese Visualisierung virtueller Läsionen ermöglicht die Identifizierung kortikaler Netzwerke, die für kognitive und behaviorale Prozesse funktionell relevant sind.

0020

Functional connectivity between neural systems underlying different components of verbal working memory: findings in healthy subjects and in psychiatric patients

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Brain functions are determined not only by processing in single brain areas but also by functional interactions within and between distributed neural networks. Recent fMRI studies suggest that two different brain systems underlie human verbal working memory. A left-hemispheric premotor-parietal system is involved in articulatory rehearsal, i.e. "inner speech", whereas a bilateral prefronto-parietal system subserves the non-articulatory maintenance of phonological information, i.e. the "inner ear". However, little is known about how these brain systems might functionally interact during cognitive processing involving verbal working memory.

Methode: We used the psycho-physiological interaction (PPI) approach in order to investigate functional connectivity between the two brain systems underlying complementary components of verbal working memory. In addition, we assessed functional interactions between the amygdala (which has been shown to be hyperactive in bipolar patients) and the brain areas involved in verbal working memory.

Diskussion/Ergebnisse: In healthy subjects, the use of the "inner speech" mechanism enhanced neural activity in ventral premotor cortex and Broca's area which, in turn, inhibited activity in anatomically connected brain regions that underlie the "inner ear". These findings provide first evidence for task-related inhibitory interactions between the two neural systems subserving complementary components of verbal working memory. Furthermore, we observed inhibitory functional interactions between the amygdala and multiple brain regions involved in verbal working memory. In bipolar patients, these functional interactions were disturbed in the right hemisphere which may lead to hyperactivity of the right amygdala and to working memory deficits in bipolar patients.

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 04/05

HS-008 Hauptsymposium

Basics of Body Mind interaction

Vorsitz: M. Berger (Freiburg), H. Flor (Mannheim)

0024

Pre- and postnatal influences on the biological and behavioural responses to stress

David Phillips (Southampton General Hospital)

There is now substantial agreement that small size at birth or during early infancy is associated with the metabolic syndrome and cardiovascular disease in adult life. However, it is also evident that early growth restriction is associated with increased rates of psy-

chopathology, for example an increased liability to depression. Importantly, these associations are continuous across the birthweight range and not just restricted to very small babies or infants. A variety of evidence from animal and human studies suggests that the effects of these early influences are not due to classical genetics. Rather, the associations are thought to result from adverse prenatal environmental influences (for example, poor maternal nutrition or placental dysfunction). While these reduce fetal growth, it is suggested that they also induce thrifty developmental responses in the fetus leading to a phenotype adapted for adversity. These adaptive responses would be expected to enhance survival if the individual then went on to live in an adverse adult environment. Emerging evidence suggests that early growth restriction is associated with altered cerebral function. Several data sets suggest that low birth or infant weight is associated with alterations in the neuroendocrine response to stress manifest by increased adrenocortical and sympathoadrenal responses to standard stressors. A number of studies show that birth size is also associated with inattention, increased hyperactivity and problem behaviour. An intriguing possibility is that these alterations in cerebral function may represent part of the spectrum of the adaptive developmental response to early environmental adversity.

0025

Pain: a model system for psychoneurobiological interactions

Herta Flor (ZI für Seelische Gesundheit, Lehrstuhl Neuropsychologie, Mannheim)

The neuroscientific evidence of the past decade has shown that both physical and emotional pain (stress) leave neurosignatures in the nervous system, and especially in the brain, that alter the subsequent processing of painful as well as non-painful stimuli. Learning processes such as sensitization, classical and operant conditioning seem play an important role in the formation of these memories and alter sensory, affective and cognitive aspects of pain processing and the brain regions related to these processes. Many of these processes are implicit, not open to conscious processing and centered around subcortical structures although they may alter subsequent behavior and experience. We provide examples for these processes from perinatal pain and stress experiences, fibromyalgia, neuropathic pain, post-traumatic-stress disorder and depression. Treatment of altered pain processing in these disorders should focus on methods that alter aversive memory traces in the brain rather than on the processing of the noxious experience itself. Both pharmacological and behavioral interventions and their combination will be discussed. Supported by the Deutsche Forschungsgemeinschaft (SFB 636 and KFO 107).

0026

New concepts of the stress response and the development of psychosomatic diseases

Stafford Lightman (University of Bristol, Henry Wellcome Laboratories)

Stress has been associated with the development of cardiovascular, metabolic, psychiatric and psychosomatic disease. It has, however, proved very difficult to assess inter-individual differences in stress responsiveness. We have developed new technologies that have allowed us to look at the ultradian changes in stress hormones throughout the day and to assess, simultaneously, sympathetic, parasympathetic and HPA responses to stress. We have used these new techniques to investigate abnormalities of stress-responsiveness in patients with autonomic neuropathies. Addison's disease and irritable bowel syndrome. All three groups have specific and different abnormalities of their stress response systems.

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Stockholm 3

HS-012 Hauptsymposium

Altern

Vorsitz: F. Holsboer (München), W. Maier (Bonn)

0036

Molekulare Mechanismen des Alterns

Christian Behl (Johannes-Gutenberg-Universität, Institut f. Physiol. Chemie, Mainz)

Die Biochemie des Alterns ist bis heute nur wenig verstanden. Anhand unterschiedlicher Modellsysteme, die von kultivierten Zellen über Modellorganismen wie *C. elegans* und Maus bis hin zu Progerie-syndromen des Menschen reichen, wurden verschiedene Aspekte des Alternsprozesses beschrieben und eine Reihe von molekularen Theorien des Alterns formuliert. Neben der Vorstellung einer replikativen Seneszenz, also einer klar vorgegebenen Anzahl von Zellteilungen für jede proliferierende Zelle, werden verschiedene Veränderungen in der genomischen Stabilität und sich über die Lebenszeit akkumulierender oxidativer Stress als die wesentlichen Einflussfaktoren auf die Biochemie der Zellen und Organismen und damit als Auslöser des Alternsprozesses diskutiert. Molekulare Alternsforschung wird vor allem im Sinne einer „geriatrischen Medizin“ und weniger im Sinne einer „Biologie der Geriatrie“ untersucht, was vor allem an der entscheidenden Bedeutung altersassoziierter Erkrankungen für die moderne Medizin liegt. Tatsächlich überlappen pathogenetische Prozesse altersrelevanter, neurodegenerativer Krankheiten, wie etwa der Alzheimer Krankheit, sehr stark mit allgemein bekannten altersrelevanten, neurologischen Veränderungen. Verschiedene ernährungsphysiologische Ansätze, aber auch vor allem genetische Manipulationen mit dem Zweck einer Verlängerung der maximalen Lebensspanne von Spezies verändern vor allem die oxidative Homöostase in den Zellen und Organismen, ein starkes Argument für die Relevanz gerade der Oxidativen Stresstheorie des Alterns. Die Biochemie alter und alternder Zellen muss auf molekularem Niveau entschlüsselt werden, um die Pathogenese altersrelevanter, neurodegenerativer Krankheiten zu verstehen und geeignete Therapien entwickeln zu können. Unterstützt durch die Manfred und Ursula Müller-Stiftung

0037

Anti-Aging Strategien: Warum, wofür, womit?

Isabella Heuser (Charité Berlin, CBF, Klinik für Psychiatrie)

0038

Neurogenese im alternden Gehirn

Gerd Kempermann (MDC für Molekulare Medizin, AG Neuronale Stammzellen, Berlin)

Einleitung: Auch das erwachsene Gehirn produziert neue Zellen, in zwei Ausnahmeregionen sogar neue Nervenzellen. Wie verhält sich diese Zellneubildung zum Zellverlust wie er im Alter zu beobachten ist? Taugt adulte Neurogenese als therapeutisches Ziel? Wird man kognitive Defizite mit Stammzellen behandeln können? Welche Rollen spielen Stammzellen und neugebildete Zellen in „Plastizität“?

Methode: Der Vortrag stellt eigene Forschungsergebnisse im Kontext der Literatur zum Thema dar.

Diskussion/Ergebnisse: Hypothese unserer Arbeiten ist, daß neurale Stammzellen und adulte Neurogenese im Hippocampus dazu beitragen, daß Aktivität „gut für das Gehirn“ ist und ein Schlüssel für erfolgreiches Altern zu sein scheint. Adulte Neurogenese nimmt zwar mit dem Alter ab, bleibt aber bis ins hohe Alter stimulierbar – zumindest im

Tierversuch. Körperliche Aktivität und eher „geistige“ Aktivität haben dabei komplementäre und z.T. additive Wirkungen. Die gegenwärtige Vorstellung ist, daß die neugebildeten Nervenzellen im Hippocampus die Anpassungsfähigkeit an neue, vor allem neuartige Reize erlauben und Lernen und Gedächtnis dadurch flexibel erhalten.

0039

Die Trainierbarkeit episodischer Gedächtnisleistungen über die Lebensspanne

Ulman Lindenberger (Max-Planck-Institut, Berlin)

0040

Das Wechselspiel von Veranlagung und Lebensweise – ein Fall für die Epigenetik

Florian Holsboer (Max-Planck-Institut, Psychiatrische Klinik, München)

Bisherige kausal- und pharmakogenetische Untersuchungen deuten darauf hin, dass durch Genotypisierung alleine nicht alle genom-abhängigen Vorhersagen über Krankheitsentstehung und -Verlauf möglich sind. Weder haben identische Zwillinge notwendigerweise das gleiche genetische Krankheitsrisiko, noch sprechen sie auf ein bestimmtes Medikament in gleicher Weise an. Dass externe Faktoren nicht nur in frühen Entwicklungsjahren, sondern auch bei Erwachsenen zu bleibenden Veränderungen der Genaktivität führen können, ist nicht überraschend. Vor allem Untersuchungen an Patienten mit posttraumatischer Stresserkrankung (PTSD) deuten auf genetische Disposition aber auch auf epigenetische Mechanismen hin. Besonders die großen Erwartungen an die psychiatrische Pharmakogenetik, vor allem im Bereich der Antidepressiva-Therapie werden nur dann erfüllt werden können, wenn sich die Erstellung einer individuellen Signatur auch auf Biomarker erstreckt, die sowohl nahe an der epigenetisch modulierten Genexpression sind, vor allem Proteinmarker, als auch auf solche Biomarker, in denen verschiedene pathogene Einzelmechanismen konvergieren (z.B. Neuroendokrinologie, Bildgebung). Die Epigenetik stellt die psychiatrische Kausal- und Therapieforschung vor eine wesentlich komplexere Aufgabe als die traditionelle Genetik, da das Epigenom zellspezifisch ist und die Voraussetzungen für Hochdurchsatztechnologie fehlen. Die ersten Schritte werden daher hypothesengeleitet und auf Tiermodelle gestützt sein müssen. Für die Hypothesenbildung kann die genomweite Genotypisierung bei Patienten, Kontrollpersonen und geeigneten Tiermodellen eine große Hilfe sein.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-009 Postersitzung

Aspekte der Neuropsychologie und Neurophysiologie

Vorsitz: G. Northoff (Magdeburg)

0086

Neuropsychologische Funktionen und psychopathologische Befunde bei Depressionen eine stationäre Verlaufsuntersuchung

Jan Schulze (PUK Zh, Station C1, Zürich)
C. Michels, M. Schnorf, D. Hell, H. Boeker

Einleitung: Seit längerer Zeit ist bekannt, dass hinsichtlich der affektiven Symptomatik remittierter Patienten mit Depressionen häufig residuale kognitive Störungen festzustellen sind. In neueren Untersuchungen (Shackman et al., Emotion 2006) wurde ersichtlich, dass Angstsymptome möglicherweise mit einer Beeinträchtigung von spezifischen

kognitiven Teilbereichen einher gehen. Unklar bleibt allerdings, in wie weit das Ausmass der kognitiven Störungen mit der Angstkomponente der Depression korreliert.

Methode: Die kognitiven Funktionen depressiv Erkrankter auf einer Spezialstation für Depressions- und Angstbehandlung wurden im Verlauf wiederholt zu verschiedenen Untersuchungszeitpunkten mittels der computergestützten neuropsychologischen Testbatterie Cambridge (Cambridge Neuropsychological Testing Automated Battery von Robbins et al.) untersucht. Die Untersuchung zielte auf Dysfunktionen der präfrontalen Areale (exekutive Funktionen, Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeitsleistung). Parallel wurde die psychopathologische Symptomatik anhand von Selbst- und Frembeurteilungsbogen (Beck-Depressions-Inventar, Symptom-Checkliste von Derogatis, Beck-Angst-Skala, Hamilton Depressions-Skala, Hamilton Angst-Skala) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Das Ausmass der kognitiven Beeinträchtigung korreliert in den meisten kognitiven Funktionsbereichen nicht mit dem Schweregrad der Depressivität. Eine grössere Untergruppe (ca. 30%) depressiver Patienten weist keine neuropsychologische Störung auf. Beim überwiegenden Teil der Patienten bleiben auch nach Besserung der depressiven Symptomatik neuropsychologische Auffälligkeiten vorhanden. Bei depressiv Erkrankten mit ausgeprägter Angstkomponente sind insbesondere die Leistungen im visuellen Arbeitsgedächtnis gestört, welches mit dem Ausmass der Angst positiv korreliert. Klinische Implikation: Die Angstkomponente der Depression korreliert mit dem Ausmass der kognitiven Störungen und sollte auch im Fokus der Therapie stehen. Diskussion und Ausblick: Im Hinblick auf die Entwicklung von diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Variablen ist eine spezifische Diagnostik von Subgruppen der depressiv Erkrankten unter Berücksichtigung der Psychopathologie (z.B. Angstkomponente), Neuropsychologie (u.a. visuelles Arbeitsgedächtnis) und Psychophysiologie (arousal) sinnvoll.

0087

Vergleichende Untersuchung des Arbeitsgedächtnisses bei Patienten mit bipolarer affektiver Störung und unipolarer Depression

Michael Daub (Saarlouis)
E. Gruber, P. Falkai, O. Gruber

Einleitung: Neben ihren Hauptsymptomen sind affektive Erkrankungen auch mit kognitiven Defiziten u.a. im Bereich des Arbeitsgedächtnisses verbunden. Neuere funktionell-bildgebende Verfahren erlauben die Identifizierung der neuronalen Korrelate des Arbeitsgedächtnisses sowie die Untersuchung von Dysfunktionen dieser neuronalen Systeme bei affektiven Störungen. Neuropsychologische Testungen lassen ausserdem funktionelle Beeinträchtigungen in diesen Bereichen vermuten. Ziel dieser Arbeit war die vergleichende Untersuchung spezifischer Subkomponenten des Arbeitsgedächtnisses bei unipolar depressiv und bipolar affektiv erkrankten Patienten.

Methode: Es wurden 23 Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression, 23 Patienten mit der Diagnose einer bipolar-affektiven Störung und 60 gesunde Kontrollen anhand eines modifizierten Sternberg-Paradigmas untersucht und die Symptomausprägung der Erkrankung mit Hilfe psychopathologischer Skalen dokumentiert. Mit dem genutzten Computerprogramm wurde einerseits das verbale und andererseits das visuell-räumliche Arbeitsgedächtnis untersucht, wobei beide Tests jeweils mit verschiedenen Gedächtnisstrategien durchgeführt wurden (mit bzw. ohne Rehearsal). Das Studiendesign entsprach vorangegangenen funktionell-kernspintomographischen und experimentell-neuropsychologischen Vorstudien.

Diskussion/Ergebnisse: Während die Patienten mit bipolarer affektiver Störung sowohl im Bereich des verbalen Rehearsals als auch im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis Defizite aufwiesen, zeigten Patienten mit unipolarer Depression lediglich im verbalen Rehearsal tendenziell eine Beeinträchtigung. Die Ergebnisse bestätigen somit Resultate vorangegangener Studien. Im direkten Vergleich zwischen den

beiden Patientengruppen zeigten bipolare Patienten eine tendenziell schlechtere Leistung im visuell-räumlichen Rehearsal. Dies kann als erster Hinweis auf eine krankheitsspezifische Dysfunktion im Bereich des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses bei bipolaren Patienten gedeutet werden. Der erhobene psychopathologische Befund korrelierte in keiner Diagnosegruppe mit den Testergebnissen, was darauf hinweisen könnte, dass die beobachtbaren Defizite Traitmerkmale der Erkrankungen darstellen.

0088

Neurofunktionelle Interaktionen der Amygdala beim Lösen von Arbeitsgedächtnisaufgaben: Ein Vergleich zwischen Patienten mit bipolaren Störungen und gesunden Kontrollen

Katharina Deborah Lena Stegmayer (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Kiefersfelden)

H. Tost, C. Braeman, I. Henseler, P. Falkai, M. Rietschel, O. Gruber

Einleitung: Patienten mit bipolaren affektiven Störungen weisen Defizite in Arbeitsgedächtnisaufgaben auf (McGrath et al., 2001). In einer fMRT-Studie fand sich eine abnorme Hyperaktivität der Amygdala bei bipolaren Patienten während der Durchführung verbaler Arbeitsgedächtnisaufgaben (Gruber et al., 2006). In der vorliegenden Studie untersuchten wir gezielt funktionelle und mögliche dysfunktionale Interaktionen zwischen der Amygdala und kortikalen Arealen, die dem Arbeitsgedächtnis zugrunde liegen, bei Patienten mit bipolarer affektiver Störung und bei gesunden Probanden.

Methode: Sogenannte PPI-Analysen erlauben die Ermittlung von regional spezifischen Antworten eines Hirnareals im Sinne einer Interaktion von psychologischen (Aufgaben-)Faktoren einerseits und neuronaler Aktivität in einer anderen Hirnregion andererseits (Friston et al., 1997). Untersucht wurde die negative PPI anhand von Daten einer fMRT-Studie mit jeweils 18 bipolaren und gesunden Personen. Die Probanden führten eine Sternbergaufgabe durch, bei der verbale Information durch intensives artikulatorisches Rehearsal im Arbeitsgedächtnis gehalten wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den gesunden Probanden zeigten sich negative funktionelle Interaktionen der rechten Amygdala mit multiplen kortikalen Arealen, die am verbalen Rehearsal beteiligt sind (Gruber, 2001; Gruber & von Cramon, 2003), insbesondere beidseits mit prämotorischen und intraparietalen Kortizes sowie mit dem posterioren frontomedianen Kortex (prä-SMA). Bei den Patienten mit bipolarer affektiver Störung hingegen waren diese funktionellen Interaktionen nur mit den linkshemisphärischen Arealen feststellbar, während im Vergleich zu den Kontrollen die (inhibitorische) Interaktion der rechtshemisphärischen prämotorischen und parietalen Areale und der prä-SMA mit der rechten Amygdala gestört erschien. Diese gestörte rechtshemisphärische Balance zwischen kortikalen Arealen mit Arbeitsgedächtnisfunktion und der Amygdala könnte einen pathophysiologischen Faktor für die beobachtete Hyperaktivität der Amygdala sowie für das Auftreten von Arbeitsgedächtnisdefiziten bei bipolaren Patienten darstellen.

0089

Funktionelle Bildgebung der Mismatch-Negativity. Der Effekt der sensorischen Prädiktion

Bernhard W. Müller (Rheinische Kliniken Essen, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Lenz, K. Langbein, K.-P. Hoffmann, G. Sartory, A. de Greiff, M. Forsting

Einleitung: Die Mismatch-Negativity (MMN) ist eine Komponente akustisch evoked Potentiale, die in Folge von seltenen Abweichungen in einer gleichförmigen Reizfolge auftritt. In Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren wurden bisher primär temporale und frontale Generatoren beschrieben. Das Ziel dieser Studie war die Funktion frontaler Beiträge zur Detektion von Reizabweichung durch Manipula-

tion ihrer Vorhersagbarkeit zu untersuchen.

Methode: In der vorliegenden Studie wurden bisher acht gesunde Probanden mit funktioneller MRT unter Anwendung der „Sparse-Imaging“-Methode untersucht (Siemens 1.5T, TR 1.75 s, TE 54 ms, field of view 23 cm, 64×64 voxel, 18 slices, 5.5 mm, 5% distance factor). Während die Probanden ein Video sahen, wurden zwei vokallähnliche Stimuli präsentiert (Dauer 80 ms, SOA 500 ms, „I“ Fo=232 Hz, F1=430 Hz, F2=2840 Hz, „U“ Fo=232 Hz, F1=470 Hz, F2=1260 Hz). Es wurden 4 Bedingungen miteinander verglichen: nur Standard-Töne (Std), STD mit regulär auftretenden devianten Tönen (MMN reg, 12%), STD mit irregulär auftretenden devianten Tönen (MMN irreg 12%) und eine Ruhebedingung.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisher erhobenen Daten zeigen in den zwei MMN-Bedingungen eine bilateral gegenüber der Standard-Stimulation nach posterior verschobene Aktivierung im Bereich des Temporallappens. Die Aktivierungen im Temporallappen waren in der MMN-irreg Bedingung deutlicher ausgeprägt als in der MMN-reg Bedingung. In der MMN-reg Bedingung zeigten sich Aktivierungen im Bereich rechts parietaler (BA 40) motorischer und prämotorischer (BA 4, 6) Areale. Die MMN-irreg Bedingung war mit deutlicheren bilateralen Aktivierungen im Bereich der posterioren Temporallappen assoziiert. Zusätzlich zeigte sich in der MMN-irreg Bedingung eine präfrontale Aktivierung im Bereich der BA10 rechts. Die verminderte Vorhersagbarkeit in der Bedingung der irregulären akustischen Reizabweichung war mit erhöhter Aktivierung im Bereich des hinteren Temporallappens assoziiert, die auf eine Sensitivität für die Prädiktabilität hindeuten könnte. Die zusätzliche rechts laterale BA10 Aktivierung könnte mit der Integration der nicht vorhersagbaren Reizabweichung assoziiert sein.

0090

Ereigniskorrelierte hirnelektrische Potentiale bei bewusster Reaktionsverzögerung

Benjamin Liske (Uniklinik für Psychiatrie, Neurophysiologie EEGII, Tübingen)
A. Stevens, E. Friedel

Einleitung: Aus Studien zu sogenannten „No-Go-Paradigmen“ ist bekannt, dass die N2/P3-Komponenten der ereigniskorrelierten Potentiale für Go- oder No-Go unterschiedlich sind (Roche et al., 2005). Castro et al. zeigten 2005, dass die motorischen Bereitschaftspotentialamplituden bei No-Go erhöht waren, nicht aber andere Komponenten der motorischen Reaktion. Hier soll untersucht werden, wie sich die Potentiale verändern, wenn die motorischen Reaktionen nicht unterdrückt, sondern willentlich verzögert werden.

Methode: An 35 gesunden Probanden wurden während eines Einfachreaktionsparadigmas EEGs digital registriert. Offline wurden die folgenden EPs untersucht: VEPs N2, P3, motorisches Bereitschaftspotential (L-RP). Verglichen wurden Amplitude und Latenz für die 3 Bedingungen: keine Reaktion, sofortige Reaktion, verzögerte Reaktion.

Diskussion/Ergebnisse: Das Hauptergebnis der Studie ist, dass sich die N2/P3-Komponenten in den hier untersuchten Paradigmen nicht signifikant unterscheiden, wohl aber das L-RP. Die hier gefundenen Ergebnisse erlauben eine Hypothese über die Signalkette zu generieren. Demnach korreliert nur das L-RP mit der bewussten Verzögerung der motorischen Antwort.

0091

Implizite und explizite Gedächtnisleistungen depressiver Patienten

Anya Pedersen (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)
K. Küppers, K. Kölkebeck, A. Siegmund, B. Baune, F. Rist, V. Arolt

Einleitung: Obwohl Minderleistungen im expliziten Gedächtnis bei Depressiven vielfältig belegt sind, gibt es kaum Untersuchungen zu den impliziten Gedächtnisleistungen.

Methode: Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang

zwischen implizitem und explizitem Sequenzlernen, dem globalen kognitiven Funktionsniveau und der Psychopathologie bei 18 depressiven Patienten (DSM-IV-Kriterien für Depression) und 23 gesunden Kontrollprobanden. Die impliziten Gedächtnisleistungen wurden mit einer seriellen Reaktionszeitaufgabe (SRT) erfasst, bei der die auf der inhärenten sequentiellen Struktur der Stimuluspräsentation beruhende Reaktionszeitersparnis als Beleg für implizites Lernen gilt. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten wurden auch die expliziten Gedächtnisleistungen mit einer seriellen Lernaufgabe untersucht, bei der Stimulussequenzen mittels Feedback erlernt werden mussten.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigten sich bei den depressiven Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe weder Beeinträchtigungen in Bezug auf das implizite und explizite Sequenzlernen, noch auf das allgemeine kognitive Leistungsvermögen. Tendenziell ergab sich aber ein geringerer sowohl impliziter als auch expliziter Lerneffekt bei stärker ausgeprägter depressiver Symptomatik.

0092

Vergleichende experimentell-neuropsychologische Untersuchung spezifischer Arbeitsgedächtnisdefizite bei bipolaren und schizophrenen Patienten

Raphael Jung (Riegelsberg)
E. Gruber, O. Gruber, P. Falkai

Einleitung: Kognitive Defizite werden häufig zum Symptomenkomplex psychotischer Störungen gezählt. Störungen des Arbeitsgedächtnisses wurden in Vorstudien mit gleichem Studiendesign sowohl bei Schizophrenen (Zilles et al., 2006) als auch bei bipolar-affektiv Erkrankten (Gruber et al., 2005) festgestellt. Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die diagnostische Spezifität der beobachteten Defizitmuster in den Teilbereichen des Arbeitsgedächtnisses zu untersuchen. Zusätzlich sollten Korrelationen der Arbeitsgedächtnisleistung mit der Psychopathologie dargestellt werden.

Methode: Je 21 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und der Diagnose bipolar-affektive Störung sowie 21 Kontrollprobanden wurden hinsichtlich des verbalen und visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses untersucht. Die Gruppen waren nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand gematcht. Mit dem Ziel, eventuelle Unterschiede der Patientengruppen aufzudecken, wurden diese mit einem modifizierten Sternberg-Paradigma untersucht und ein anschließendes Interview mit Beurteilung des aktuellen psychopathologischen Befundes anhand standardisierter Skalen durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl schizophrene Patienten als auch Patienten mit bipolarer affektiver Störung zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante Beeinträchtigungen im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis sowie im verbalen Rehearsal. Im direkten Vergleich zwischen den Patientengruppen waren die Defizite sowohl im verbalen Rehearsal als auch im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis bei schizophrenen Patienten signifikant stärker ausgeprägt als bei Bipolaren. Somit fanden sich zwischen den Patientengruppen lediglich quantitative Unterschiede in den Arbeitsgedächtnisdefiziten, während die qualitativen Defizitmuster keine diagnostische Spezifität aufwiesen. Der erhobene psychopathologische Befund korrelierte in keiner Diagnosegruppe mit den Testergebnissen, was darauf hinweisen könnte, dass die beobachtbaren Defizite Traitmerkmale beider Erkrankungen darstellen könnten.

0093

Emotionale Modulation bei Patienten mit Bipolarer Störung und der Einfluss auf kognitive Leistung

Susan Gruber (Universitätsklinikum Aachen, Medizinische Psychologie)
S. Schmidt, A. Knops, S. Gauggel

Einleitung: Diese Studie untersucht, inwieweit eine emotionale Modulation bei Patienten mit einer bipolaren Störung durch Induktion einer

positiven bzw. negativen Stimmung möglich ist, und ob diese Stimmungsinduktion die Aufmerksamkeitsleistung der Patienten beeinflusst.

Methode: Bisher wurden sieben Patienten mit einer Bipolaren Störung (entweder in manischer oder depressiver Phase) zu zwei Messzeitpunkten mit Hilfe eines autobiographischen Skripts bzw. dessen Augmentation mit Musik in negative und positive Stimmung versetzt. Dabei wurden kontinuierlich Stimmung und peripherphysiologische Maße (Hautleitfähigkeit, Atmung, Herzrate) gemessen. Die Aufmerksamkeitsleistung wurde vor und nach der Stimmungsinduktion anhand des Aufmerksamkeits-Netzwerk-Tests (ANT) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Ergebnisse deuten auf eine erfolgreiche Stimmungsinduktion bei allen Patienten hin (Effektstärke $d=.81$ für positive Induktion; $d=1.71$ für negative Induktion). Zudem lässt sich zeigen, dass die Patienten sowohl in negativer als auch in positiver Stimmung in ihrer Aufmerksamkeit beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigung spiegelt sich vor allem in der schlechteren Antwortgenauigkeit der Patienten wider (Effektstärke $d=1.79$ für positive Induktion; $d=1.50$ für negative Induktion). Die vorliegende Studie liefert erste Hinweise auf die Modulierbarkeit der Stimmung bei Patienten mit einer bipolaren Störung. Sie liefert auch Hinweise darauf, dass die Aufmerksamkeit nach der Stimmungsinduktion schlechter wird.

0094

Der MASC-MC, ein neues filmisches Verfahren zur Erfassung der "Theory of Mind". Zeigen Patienten mit Asperger-Syndrom ein spezifisches Antwortmuster?

Stefan Fleck (Universität zu Köln, LS für Neurowissenschaften)

I. Dziobek, K. Rogers, R. Mielke, E. Kalbe, J. Kessler, O. T. Wolf, A. Convit

Einleitung: „Theory of Mind“ (ToM) meint die Fähigkeit, sich selbst und anderen geistige Zustände (z.B. Emotionen, Gedanken, Absichten) zuschreiben zu können. ToM-Beeinträchtigungen wurden u.a. bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Erkrankungen und mit Schizophrenie beschrieben. Diese Defizite können qualitativ unterschiedlich sein, es fehlen jedoch Tests, die solche Unterschiede quantifizieren können. Daher wurde mit dem MASC (Movie for the Assessment of Social Cognition) ein Test entwickelt, der es erlaubt nach Art der Fehler zu differenzieren. Dieser Test, der sich bereits als valides und sensitives Verfahren zeigte, liegt jetzt in seiner neuen Mehrfachwahlversion (MASC-MC) vor.

Methode: Bei der Auswertung des MASC-MC werden ein Gesamtscore und Fehlerscores errechnet, wobei nach Art der Fehler differenziert werden kann. Die Kategorien sind: „ToM-übertrieben“, „ToM-oberflächlich“ und Antworten ohne Berücksichtigung der geistigen Zustände („kein-ToM“). Es sollte eruiert werden, ob Patienten mit Asperger-Syndrom (AS) im MASC-MC ein spezifisches Antwortmuster zeigen. Dazu wurden 18 Erwachsene mit AS und 18 nach Alter, Geschlecht, Bildung und IQ parallelisierte Kontrollprobanden (KG) mit dem MASC-MC und neuropsychologisch untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patienten mit AS waren in den neuropsychologischen Testverfahren unauffällig, schnitten jedoch im MASC-MC hochsignifikant schlechter ab als die Kontrollprobanden (AS: MW=29.67; SD=6.79; KG: MW=35.78; SD=3.72; Max=46). Eine Analyse der Fehler ergab, dass sich die Patienten in der Anzahl der oberflächlichen ToM-Antworten nicht von den Kontrollprobanden unterschieden. Sie zeigten jedoch signifikant mehr übertriebene Antworten (AS: MW=8.17; SD=2.87; KG: MW=5.22; SD=3.08) und „kein-ToM“-Antworten (AS: MW=2.83; SD=2.96; KG: MW=1.22; SD=1.48). Dieses Muster zeigten jedoch nicht alle Patienten, was auf Subgruppen innerhalb der Patienten mit AS hinweisen könnte. In künftigen Untersuchungen bei Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen könnte der MASC-MC eingesetzt werden um ToM-Defizite anhand des Fehlermusters besser charakterisieren zu können.

0095

Differenzierung kognitiver und affektiver Empathie bei Menschen mit Asperger-Syndrom: erste Ergebnisse des Multifaceted Empathy Test (MET)

Isabel Dziobek (Mülheim)

K. Rogers, S. Fleck, M. Bahnemann, H. R. Heekeren, O. T. Wolf, A. Convit

Einleitung: Empathie ist ein multidimensionales Konstrukt, bestehend aus kognitiven (dem Verstehen mentaler Zustände) und affektiven (der emotionalen Reaktion auf den Gemütszustand eines anderen) Anteilen. Ein Mangel an Empathie gilt als zentrale Charakteristik der Autismus-Spektrumserkrankung Asperger-Syndrom (AS), obwohl die systematische und simultane Erforschung von kognitiven und affektiven Empathieanteilen aussteht. Ziel der berichteten Studie war die multidimensionale Charakterisierung von Empathie bei Menschen mit AS an Hand eines neuen Paradigmas mit hoher Alltagsrelevanz, dem Multifaceted Empathy Test (MET).

Methode: Bei 17 Menschen mit AS und 18 nach Alter, Geschlecht und IQ parallelisierten Kontrollprobanden wurde Empathie mittels des neu entwickelten MET und eines Empathie-Fragebogens (Interpersonal Reactivity Index (IRI)) erfasst. Beide Verfahren erlauben eine Trennung kognitiver und affektiver Empathiefunktionen, wobei der MET durch die Implementierung realistischer Stimulusmaterials und eine indirekte Art der Fragestellung das Verfahren größerer ökologischer Validität darstellt. Als mögliche Moderatorvariablen wurden soziale Erwünschtheit und das allgemeine Maß emotionaler Reagibilität quantifiziert.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte die AS Gruppe Beeinträchtigungen in den Maßen zur kognitiven Empathie (IRI: $p<.001$, MET: $p=.05$). Obwohl die AS Gruppe sich bezüglich affektiver Empathie tendenziell geringer einschätzte (IRI: $p<.10$), fanden sich keine Hinweise auf beeinträchtigte affektive Empathie in dem alltagsrelevanteren Testverfahren (MET: $p=.78$). Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede bezüglich sozialer Erwünschtheit oder emotionaler Reagibilität. Korrelative Analysen ergaben signifikante Assoziationen zwischen den affektiven ($r=.61$, $p=.008$), nicht aber den kognitiven Skalen ($r=.19$, $p=.45$) des IRI und den Maßen affektiver Empathie des MET. Die Befunde liefern Hinweise dafür, dass Menschen mit AS beeinträchtigt sind im Einschätzen von mentalen Zuständen (kognitive Empathie), jedoch über ein ähnliches Maß an Mitgefühl (affektive Empathie) verfügen wie Normalprobanden. Der MET hat sich als valides Verfahren zur Messung kognitiver und affektiver Empathie erwiesen, von dessen Einsatz auch die Erforschung anderer psychiatrischer Krankheitsbilder mit angenommener empathischer Dysfunktion (z.B. Psychopathie, Borderline Persönlichkeitsstörung) profitieren könnte.

0096

Episcopo(R) ein neues Screeningverfahren zur Erfassung kognitiver Leistungen bei Patienten mit Epilepsie – eine Validierungsstudie

Cornelia Schwarze (Landau)

J. Kessler, E. Kalbe

Einleitung: Patienten mit Epilepsie weisen häufig kognitive Dysfunktionen auf, die bedeutsam den Alltag beeinträchtigen können. Bei Routineuntersuchungen werden diese Störungen in der Regel nicht erfasst, und Screeningverfahren für den deutschsprachigen Raum existieren bislang nicht. Mit dem neu entwickelten Episcopo® steht nun ein Screeninginstrument zur Verfügung, mit Hilfe dessen die bei Epilepsiepatienten typischerweise auftretenden neuropsychologischen Dysfunktionen ökonomisch erfasst werden können. Auf der Grundlage bewährter neuropsychologischer Testparadigma wurden fünf Subtests konstruiert, die vor allem solche kognitiv-mnestischen Funktionen überprüfen, die typischerweise bei Patienten mit Epilepsie beeinträchtigt sind: Lern- und Gedächtnisfunktionen, exekutive Funktionen und die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit.

Method: Der Episcopy wurde an einer Stichprobe von 20 Epilepsiepatienten und 20 hirngesunden Kontrollprobanden validiert. Beide Gruppen sind in Bezug auf Geschlecht, Alter und Bildung äquivalent. (EP: mittleres Alter 33,05, SD=13,0, KG: mittleres Alter=33,0, SD=13,7). Als Validierungsverfahren kamen bewährte neuro-psychologische Testinstrumente zum Einsatz. Die statistische Auswertung erfolgte anhand der Multitrait-Multimethod-Methode zur Bestimmung der Konstrukt-validität. Zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität wurden Mittelwertsvergleiche über den T-Test durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Der Leistungshöchstwert, der im Episcopy erreicht werden kann, liegt nach Bildungskorrektur bei 30 Punkten. Die Punkteverteilung kategorisiert die Testleistungen in die Kategorien „Norm“, „leichte kognitive Dysfunktion“ und „kognitive Dysfunktion“. Die KG erzielte mit im Mittel 28,9 (SD=2,3) Punkten signifikant ($p<0.001$) höhere Werte als die EP-Gruppe mit 21,7 (SD=8,7), was für eine hohe Kriteriumsvalidität spricht. Die Konstruktvalidität (Übereinstimmungsvalidität) ist mit einem Korrelationswert von .60 ebenfalls als hoch zu bewerten. Das Screeningverfahren Episcopy® ist ein einfach, schnell und ökonomisch durchzuführendes diagnostisches Instrument, das dem Gütekriterium der Konstrukt- und Kriteriumsvalidität genügt und das geeignet ist, kognitive Störungen bei Patienten mit Epilepsie zuverlässig zu ermitteln. Es eignet sich gut für die Selektion von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, die einer eingehenden neuropsychologischen Untersuchung bedürfen.

0097

Clinical symptoms of major depression are associated with the intensity dependence of auditory evoked ERP components

Thomas Linka (Universität Duisburg-Essen, Psychiatrie und Psychotherapie)
G. Sartory, M. Gastpar, B. Müller

Einleitung: The intensity dependent amplitude change (IDAP) of auditory evoked Event Related Potential (ERP) components has been found to correlate with the level of central serotonergic neurotransmission and to be associated with response to certain antidepressants. However, it is currently unknown whether there is a general abnormality of the IDAP in patients with major depression. Therefore, the purpose of the present study was to compare the IDAP in unmedicated depressive individuals with that of healthy control subjects. Moreover, we aimed to evaluate whether specific symptoms of depression are associated with the IDAP.

Method: We report the results of a study evaluating the change of auditory evoked P₁, N₁, P₂ as well as P₁/N₁ and N₁/P₂ peak to peak amplitudes in 40 in-patients with major depressive episode prior to antidepressant treatment, and 44 healthy control subjects. Clinical symptoms of depression were assessed by means of standardized psychiatric rating scales (CGI, HDRS, HAMA and BDI).

Diskussion/Ergebnisse: In multivariate analyses of variance we found no group differences in the intensity dependent increase neither of the P₁, N₁, and P₂ nor of the P₁/N₁ and N₁/P₂ peak to peak amplitudes between patients and controls. The analysis of psychiatric ratings revealed an association of a heightened intensity dependent N₁ amplitude slopes with higher scores in specific somatic symptoms of depression: loss of appetite and weight, insomnia, sexual dysfunction.

0098

Signifikante Zunahme von Reaktionszeit und Müdigkeit unter transkutaner Vagusnervstimulation (t-VNS) während der Pupillographie

Olga Kiess (Universität Erlangen, Psychiatrische Klinik)
K. Hösl, A. Schanze, J. Kornhuber, R. Meyerer, T. Kraus

Einleitung: Die transkutane elektrische Vagusnervstimulation (t-VNS) ist ein noch im experimentellen Stadium befindliches Verfahren zur Diagnostik (und möglicherweise Therapie) psychiatrischer Krankheiten. Die Pupillographie ist eine Methode der Schlafmedizin

zur Messung der Tagesmüdigkeit. Müdigkeit und Desinteresse bewirken eine langsame Pupillenverengung durch zunehmenden Wegfall sympathischer Innervation. Eine experimentell induzierte Zunahme der Vagusaktivität sollte ähnliche Effekte zeigen.

Method: Von 14 gesunden Probanden wurden 5 an 2 aneinanderfolgenden Tagen und 9 an einem Tag untersucht. Sie wurden randomisiert im linken äußeren Gehörgang und am linken Ohrfläppchen transkutan elektrisch stimuliert, während gleichzeitig eine 11-minütige Pupillographie stattfand. Jeweils vor der Stimulation und im Anschluss daran wurden umfangreiche psychometrische Testungen vorgenommen: BFS, Visuelle Analog-Skalen, Aufmerksamkeit-Tests.

Diskussion/Ergebnisse: Das allgemeine lineare Modell für wiederholte Messungen ergab einen signifikanten Anstieg der Müdigkeit ($F[1;26]=10.95$, $p<0.01$) und der Reaktionszeit ($F[1;26]=4.76$, $p<0.05$), die sich in den post-hoc Tests jeweils durch die Stimulationseffekte im Gehörgang erklären ließen (Müdigkeit: $T=-2.39$, $p<0.05$; Reaktionszeit: $T=2.37$, $p<0.05$). Die Reizung am Ohrfläppchen brachte keinen Effekt. Es zeigten sich keine Unterschiede im Pupillenunruheindex, in der Pupillenweite oder hinsichtlich der Befindlichkeit. Die Erhöhung von Müdigkeit und Reaktionszeit könnte zu einer Vagusnerv-Stimulation passen, der Stimulationsort im Gehörgang ebenfalls. Der Einsatz weiterer Methoden, z.B. des Neuroimagings erscheint nötig, um die Frage einer Stimulationsmöglichkeit des Vagusnervs über Hautafferenzen im äußeren Gehörgang endgültig zu beantworten.

0099

5-HTTLPR und 5-HT1A-1019C/G modulieren die Amygdalareaktivität auf unterschwellige emotionale Gesichter

Udo Dannlowski (UK Münster, Psychiatrie)

P. Ohrmann, J. Bauer, J. Deckert, C. Hohoff, H. Kugel, V. Arolt, W. Heindel, A. Kersting, B. T. Baune, T. Suslow

Einleitung: Der Amygdala wird eine zentrale Rolle bei raschen und unbewussten affektiven Reaktionen zugeschrieben. Es wird vermutet, dass dysfunktionale Amygdalareaktivität an der Pathogenese der major depression beteiligt ist. Erst seit kurzem ist bekannt, dass die Amygdalareaktivität bei Gesunden von genetischen Polymorphismen in der serotonergen Signaltransduktion beeinflusst wird. In der vorliegenden Studie wurde die Amygdalareaktivität auf unterschwellig präsentierte emotionale Gesichter in Abhängigkeit von zwei Polymorphismen serotonerger Gene (5-HTTLPR, 5-HT1A-1019C/G) bei Depressiven und Gesunden untersucht.

Method: Bei 36 medizierten Patienten mit akuter major depression (HAMD >18) und 34 gesunden Kontrollprobanden wurde die Amygdalareaktivität auf unterschwellige fröhliche, wütende und traurige Gesichter mittels fMRT (3 Tesla) gemessen. Emotionale Gesichter wurden für 33 ms gezeigt und durch ein neutrales Gesicht für 467 ms maskiert. Die Patienten sahen 30 s Blöcke mit randomisierten maskierten Gesichtern derselben Emotionsqualität, neutralen Gesichtern oder einem no-face Stimulus. Amygdala Kontrastwerte für jede Emotion vs. Neutralbedingung wurden extrahiert und varianzanalytisch untersucht. Alle Patienten wurden für den funktionellen 5-HTTLPR und 5-HT1A-1019C/G Polymorphismus genotypisiert und in Risiko- vs. Nicht-Risikoallelträger unterteilt.

Diskussion/Ergebnisse: Gesunde und medizierte Depressive zeigten vergleichbare Amygdalaaktivierungen. Eine 3 (Emotion: Wütend, fröhlich, traurig) $\times$ 2 (Genotyp 5-HTTLPR: Risiko- vs. Nicht-Risikoallelträger) $\times$ 2 (Genotyp 5-HT1A-1019C/G: Risiko- vs. Nicht-Risikoallelträger) Varianzanalyse zeigte einen Haupteffekt Emotion, $F(2,128)=5.1$, $p=.007$. Es fanden sich stärkere Amygdalaaktivierungen in den beiden negativen Emotionsqualitäten, als in der fröhlichen Bedingung. Der Emotionseffekt wurde durch signifikante Emotion $\times$ 5-HTTLPR [$F(2,128)=4.4$, $p=.014$] und Emotion $\times$ 5-HT1A-1019C/G [$F(2,128)=5.2$, $p=.007$] qualifiziert. Risikoallelträger zeigten praktisch keinerlei Amygdalareaktion, während Nicht-Risikoallelträger eine starke Emotionspezifität ihrer unbewussten Amygdalaantwort zeigten (Abb. 1). Die

Daten weisen auf einen deutlichen genetischen Einfluss auf automatische Amygdalareaktionen hin. Während Nicht-Risikoallelträger eine intakte, emotionsabhängige Modulation ihrer Amygdalareaktion zeigen, scheinen Risikoallelträger keinerlei automatische Reaktionen zu zeigen. Möglicherweise ist eine genetisch bedingte mangelnde Amygdalareaktivität ein Substrat von Defiziten der automatischen Emotionsverarbeitung und somit eines ungünstigeren Krankheitsverlaufes.

0100

Pupillographie vor und nach Lichttherapie bei gesunden Probanden

Magdalena Nowak (Klinik für Psychiatrie, N 42, Erlangen)

R. Meyrer, U. Reulbach

Einleitung: Lichttherapie gehört zu den somatischen Therapieformen in der Psychiatrie. Ob eine Änderung der Vigilanz dabei eine Rolle spielt ist unbekannt. Mittels pupillographischen Schläfrigkeitstest (PST) wurden Effekte der Lichttherapie auf die Vigilanz überprüft.

Methode: In den Wintermonaten Dezember und Januar untersuchten wir 14 gesunde Probanden (7 Frauen und 7 Männer) im Alter von 18–41 Jahren (Médian: 29,5). Es wurde eine Pupillographie vor und nach Lichttherapie, jeweils zwischen 9.00–11.00 Uhr und 14.00–16.00 Uhr bei jedem Probanden durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem T-Test für gepaarte Stichproben.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den 14 gesunden Normalschläfern mit einem im Normbereich liegenden Pupillenunruheindex konnten keine signifikanten Unterschiede des Pupillenunruheindex vor und nach Lichttherapie nachgewiesen werden. Auch zwischen den Messergebnissen der Vormittags- und der Nachmittagsuntersuchung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Zusammenfassend konnte eine Vigilanzsteigerung durch Lichttherapie bei gesunden Probanden mit dem pupillographischen Schläfrigkeitstest (PST) nicht nachgewiesen werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-011 Postersitzung

Zentralnervöse Verarbeitungsprozesse in Bildgebung und Neurophysiologie

Vorsitz: T. Kircher (Aachen)

0114

Funktionelle Unterschiede in der Verarbeitung akustischer Information im Hippokampus bei professionellen Musikern und musikalischen Laien ein Modell für Neuroplastizität

Marcus Herdener (Universität Bern, Forensische Psychiatrie)

C. C. Hilti, F. Esposito, B. Habermeyer, P. Schneider, K. Scheffler, F. di Salle, E. Seifritz, K. Cattapan-Ludewig

Einleitung: Musizieren auf professionellem Niveau erfordert ein hohes Mass an kognitiven, motorischen und sensorischen Fertigkeiten, die meist durch jahrelanges intensives Training erworben sind. Deshalb sind Gehirne von Musikern besonders interessant für die Untersuchung neuroplastischer Prozesse.

Methode: Wir untersuchten Profimusiker (n=7) und nach Alter und Händigkeit gematchte musikalische Laien (n=7) mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) hinsichtlich ihrer Fähigkeit zur Detektion von Abweichungen in ansonsten regelmässigen zeitlichen Mustern von Tonfolgen, um Hirnregionen zu identifizieren, in denen sich die zeitliche Verarbeitung und Diskriminationsfähigkeit bezüglich akustischer Reize zwischen den Gruppen unterscheidet.

Diskussion/Ergebnisse: Zeitliche Unregelmässigkeiten in ansonsten

regelmässigen Tonfolgen führten zu einem Anstieg der Blood-Oxygen-Level-Dependent (BOLD)Aktivität im Bereich des rechten Planum temporale bei Musikern und Nicht-Musikern. Diese Aktivierung in sekundären auditorischen Arealen zeigt keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Rhythmische Abweichungen induzierten jedoch eine signifikante Aktivierung im Bereich des linken anterioren Hippokampus bei Musikern im Vergleich zu Nicht-Musikern. Diese Befunde weisen einerseits auf eine zentrale Bedeutung hippokampaler Strukturen für die Detektion von Veränderungen und neuen Ereignissen in der akustischen Umwelt hin, die für Lernprozesse bedeutsam sein könnten. Andererseits zeigen sie auf, dass diese hippokampale Funktion abhängig ist von musikalischer Expertise. Dies ergänzt und erweitert frühere Befunde, die strukturelle hippokampale Neuroplastizität nach intensivem räumlichen Lernen aufzeigten. Neue Kenntnisse von funktionellen neuroplastischen Prozessen und deren Modulation durch äussere sensorische Einflüsse wie beispielsweise intensivem Musiktraining sind bedeutsam für das Verständnis und die Therapie psychischer Erkrankungen.

0115

Neuroplastische Veränderungen als Kompensationsmechanismus für verbale Arbeitsgedächtnisdefizite bei psychiatrischen Patienten

David Zilles (Universitätsklinik Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

H. Scherk, P. Falkai, O. Gruber

Einleitung: Befunde hinsichtlich der strukturellen Plastizität auch des erwachsenen menschlichen Gehirns sind heute vielfach bekannt und können als Folge längerfristiger (Mechelli et al., 2004) wie auch kurzfristiger (May et al., 2006) Anpassungsvorgänge des Gehirns auf Anforderungen und Reize der Umwelt verstanden werden. Auch die Arbeitsgedächtnisleistung kann als eine solche Umwelthanforderung angesehen werden. Psychiatrische Patienten zeigen hierbei zum Teil diagnoseübergreifend (Schizophrenie, bipolar affektive Störung, Zwang) Defizite im Vergleich zu gesunden Probanden. In den dem verbalen Arbeitsgedächtnis unterliegenden Hirnarealen könnten daher strukturelle Unterschiede in Abhängigkeit von der Arbeitsgedächtnisleistung bestehen.

Methode: Gemäß ihrer Arbeitsgedächtnisleistung erfolgte eine Einteilung von Patienten und Kontrollprobanden in drei Gruppen: 1. Psychiatrische Patienten mit Defizit im verbalen Rehearsal, 2. Psychiatrische Patienten ohne Arbeitsgedächtnisdefizit, 3. gesunde Kontrollen (ebenfalls ohne Arbeitsgedächtnisdefizit). Diese Gruppen wurden mittels voxel-basierter Morphometrie hinsichtlich struktureller Unterschiede untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patientengruppe ohne Defizit im verbalen Arbeitsgedächtnis zeigte signifikante Unterschiede im Vergleich mit beiden anderen Gruppen im Sinne einer Zunahme der grauen Substanz in verschiedenen mit dem verbalen Rehearsalmechanismus assoziierten Hirnarealen. Hierzu gehörten der linke Gyrus frontalis inferior (Broca-Areal), der linksseitige Gyrus praecentralis sowie der intraparietale Kortex beidseits. Geschlecht und Bildungsstand hatten dabei keinen signifikanten Einfluss auf das Volumen der grauen Substanz. Somit stellen die gefundenen neuroplastischen Veränderungen möglicherweise einen Mechanismus dar, mit dessen Hilfe psychiatrische Patienten die durch die Erkrankung bedingten Arbeitsgedächtnisdefizite kompensieren.

0116

Development of an Atlas of the neuronal pathways from the Circuit of Papez based on Fiber Tractography

Paulo Roberto Dellani (Universitätsklinikum Mainz, Institut für Neuroradiologie)

A. Fellgiebel, P. Stoeter

Einleitung: Fiber Tractography allows the tracing and reconstruction of human brain white matter based Magnetic Resonance Diffusion Ten-

sor Imaging (MR-DTI) data-sets. Several major white matter bundles can be traced and reconstructed in healthy subjects with fiber tractography, among them part of neurofunctional systems like the neuronal ways of the Limbic System. The objective of this work was the creation of an Atlas of the white matter bundles from the Circuit of Papez.

Methode: We recruited 21 healthy subjects (12 male, mean age of 34.0+/-10.9 and 9 female, mean age of 36.9+/-9.2 years), which were examined with a MR-imaging protocol including a DTI an high resolution 3D T1 sequences. Tractography was performed on all subjects and the trajectories corresponding to the projections from the Gyrus Cinguli to the Hippocampi and the projections over the Fornix from the Hippocampi to the Corpus mamillare were interactively selected and stored on a special database. Every DTI image volume was co-registered to its respective 3D T1 image volume using SPM2 (Statistical Parametric Mapping) software. The co-registration parameters were applied to the tracked tracts and to the maps of DTI-derived parameters (FA and MD), and image volumes of them were created. With the normalization schema from VBM (Voxel Based Morphometry), optimized for white matter, the 3D T1 images of every subject were normalized to a standard reference brain. The FA, MD and the tracked tracts volume images were warped to the same standard reference brain using the normalization parameters computed for the high resolution T1 images.

Diskussion/Ergebnisse: MD and FA assess ultra-structural information about the integrity of white matter. The atlas of white matter bundles from the Circuit of Papez was traced with State of the Art fiber tractography methods and can be used as a auxiliary tool at the determination of structural integrity of these networks/systems.

0117

Volumenminderung der grauen Substanz bei psychiatrischen Patienten mit Störungen des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses

Sarah Burke (Groningen)

O. Gruber, H. Scherk, P. Falkai

Einleitung: Mehrere experimentell-neuropsychologische und funktionell-hirnbildgebende Studien (Gruber et al. 2003, 2005, 2006) haben gezeigt, dass Patienten mit Schizophrenie, bipolarer affektiver Störung und Zwangsstörung Defizite im Bereich des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses aufweisen. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob Arbeitsgedächtnisdefizite bei diesen psychiatrischen Patienten mit strukturellen Veränderungen der grauen Substanz in den funktionell relevanten Hirnarealen einhergehen.

Methode: Die untersuchten Stichproben bestanden aus einer Patientengruppe (ICD-10 Diagnosen Schizophrenie, Zwangsstörung, bipolare affektive Störung) mit visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisdefiziten, einer zweiten analogen Patientengruppe ohne Arbeitsgedächtnisdefizite sowie einer Gruppe gesunder Probanden. Bei allen Teilnehmern wurde die visuell-räumliche Arbeitsgedächtnisleistung in einem Verhaltensexperiment gemessen sowie ein struktureller MRT-Datensatz erhoben. Mittels voxel-basierter Morphometrie wurden strukturelle Veränderungen bei den beiden Patientengruppen, d.h. in Abhängigkeit des Vorliegens von Arbeitsgedächtnisdefiziten, untersucht, und zwar auf der Grundlage von A-priori-Hypothesen aus vorhergehenden Studien zur funktionell-neuroanatomischen Implementierung des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisses (Gruber et al., 2003; Henseler et al., 2006).

Diskussion/Ergebnisse: Die Gruppe der Patienten mit Defiziten im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis zeigte in Teilen des visuell-räumlichen Netzwerkes signifikante Volumenreduktionen der grauen Substanz (Gyrus frontalis superior im Bereich des frontalen Augenfeldes: $p=0.006$; prä-SMA: $p=0.01$). Ein statistischer Trend zeigte sich ebenfalls im intraparietalen Kortex ($p=0.06$) sowie im occipital-temporalen Kortex ($p=0.08$). Diese Veränderungen waren spezifisch für die im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis beeinträchtigte Patientengruppe und ließen sich nicht auf Unterschiede in Alter, Geschlechtsverteilung

oder Bildungsstand zurückführen. Diese Resultate belegen somit, dass Defizite psychiatrischer Patienten im visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis mit umschriebenen strukturellen Veränderungen der grauen Substanz in funktionell relevanten Regionen des visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnisnetzwerkes assoziiert sind.

0118

Arbeitsgedächtnisleistung bei remittierter unipolarer Depression eine 3T-fMRI-Studie

Katharina Lipina (Universitätsklinikum Münster, Klinik für Psychiatrie)

S. Schöning, A. Engelen, A. Behnken, H. Kugel, S. Schäfer, H. Schiffbauer, I.

Brote, B. Baune, W. Heindel, V. Arolt, C. Konrad

Einleitung: Während Defizite der Gedächtnisfunktionen bei akut depressiven Patienten hinreichend bekannt sind (Zakzanis et al., Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 1998), gibt es bislang nur wenig gesicherte Befunde zu Patienten im remittierten Zustand. Im Rahmen eines größeren Gesamtprojektes untersuchen wir die Arbeitsgedächtnisleistung und deren neurobiologisches Korrelat im fMRT bei remittierten unipolar depressiven Patienten und gematchten Kontrollen.

Methode: Bislang wurden 13 remittierte unipolar depressive Patienten und 13 gesunde Kontrollprobanden in die Studie eingeschlossen. Im MRT (Gyrosan Intera 3.0 T, Philips, Best, NL) wurde eine funktionelle Untersuchung mit einem geblockten n-back-Paradigma durchgeführt (multislice single shot EPI des ganzen Kopfes, TR 3 s, TE 50 ms, 3,5 mm³ isotrope Voxel). Probanden entschieden per Knopfdruck, ob die Items n Bilder zuvor präsentiert oder nicht präsentiert wurden, die Antworten wurden im gepaarten t-Test in SPSS ausgewertet. Die funktionellen Bilddaten wurden mit einer 2nd level random-effects Analyse in SPM2 ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Anzahl richtiger Antworten nahm mit zunehmenden Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis ab und war bei Patienten geringer als bei Probanden. Beide Gruppen aktivierten ein Netzwerk aus präfrontalen und parietalen Arealen. Die Aktivierungen des Netzwerkes stiegen von der 0-back zur 2-back-Aufgabe an und waren bei den Patienten stärker als bei den Gesunden ausgeprägt. In Übereinstimmung mit vergleichbaren Studien waren in beiden Gruppen Arbeitsgedächtnisfunktionen in einem fronto-parietalen Netzwerk lokalisiert. Die Mehraktivierung dieses Netzwerkes bei Patienten trotz geringerer Gedächtnisleistung bestätigt, dass Patienten mit Depressionen zur Aufrechterhaltung von Arbeitsgedächtnisfunktionen eine höhere Aktivierung der zugrunde liegenden neuronalen Netzwerke benötigen (Harvey et al., Neuroimage 2005). Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass dysfunktionale Aktivierungen und kognitive Beeinträchtigungen auch nach Remission der affektiven Symptome bestehen bleiben.

0119

Neuronale Korrelate der multimodalen Verarbeitung von Sprache und ikonischer Gestik

Antonia Green (Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie)

B. Straube, S. Weis, K. Willmes, K. Konrad, T. Kircher

Einleitung: Obwohl Gestik einen wichtigen Bestandteil nonverbaler Kommunikation darstellt, liegen bislang noch kaum bildgebende Studien über die neuronalen Grundlagen des Erkennens von Gestik und der Interaktion von Sprache und Gestik vor. Ziel dieser fMRT-Studie ist daher die Darstellung der neuronalen Korrelate multimodaler semantischer Integrationsprozesse bei der Verarbeitung sprachlicher (auditiv) und gestischer (visueller) Information bei Gesunden.

Methode: Die Versuchspersonen sehen kurze Videoclips, in denen ein Schauspieler kurze Sätze spricht und die Sätze mit Gesten untermalt. Hierbei handelt es sich um ikonische Gesten, das heißt Gesten, die Tätigkeiten oder Eigenschaften des Gesagten illustrieren. Der semantische Gehalt von Sprache (Deutsch, Russisch, ohne Sprache) und

Gestik (bedeutungsvoll „ikonisch“, bedeutungslos, ohne Gestik) wird in den gezeigten Videos systematisch variiert. Konfundierende Variablen wie Natürlichkeit, Bildhaftigkeit und emotionaler Gehalt der Videoszenen wurden in einem umfangreichen Evaluationsverfahren kontrolliert.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund von vorhandenen Studien ist anzunehmen, dass die Verarbeitung der auditiv dargebotenen Sprache zu bilateralen Aktivierungen im suprioren Temporallappen sowie im inferioren parietalen und inferioren frontalen Kortex führt. Für die Wahrnehmung von Gesten sind inferior-parietale und inferior-frontale Aktivierungen zu erwarten. Das Design unserer Studie ermöglicht es über diese Ergebnisse hinaus, die neuronalen Korrelate der semantischen Integration von Sprache und Gestik zu isolieren. Wir erwarten hierbei bei Gesunden eine Aktivierung des multimodalen Assoziationskortex im linken suprioren Temporallappen bzw. im parieto-temporalen Übergangsgebiet der linken Hemisphäre. Somit leistet diese Studie einen Beitrag zum Verständnis und der Charakterisierung semantischer, nonverbaler zerebraler Verarbeitungsprozesse, sowie deren Interaktion mit Sprache. Des Weiteren werden mit dem hier beschriebenen Paradigma auch Patienten mit Schizophrenie untersucht. Die Ergebnisse können helfen, die Grundlagen eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit darzustellen, die typischerweise mit dieser Erkrankung einhergeht.

0120

Zum Einfluss negativer Affektzustände auf neuronale Mechanismen kognitiver Kontrolle: eine fMRT-Studie

Christina Born (Psychiatrie und Psychotherapie, Kognitive Neurowissenschaften, Homburg)

Einleitung: Ziel der vorliegenden Studie war es, den Einfluss negativer emotionaler Erregungszustände auf kognitive Kontrollprozesse in zwei Interferenzsituationen zu untersuchen: (a) die Überschreitung einer attentionalen Orientierungsreaktion zu salienten, jedoch aufgabenirrelevanten seltenen Ereignissen („Oddballs“) und (b) die Lösung kognitiven Konfliktes bei Stroop-Interferenz. Beide Situationen implizieren verstärkte Aufmerksamkeitsprozesse und erfordern eine Modulation kognitiver Kontrolle (Melcher & Gruber, under review). Da die Verarbeitung emotionsrelevanter Stimuli ihrerseits Aufmerksamkeitsressourcen beansprucht (Pessoa & Ungerleider 2004), wurde erwartet, dass die Induktion negativen Affekts zu Interferenz mit den genannten kognitiven Aufgabenprozessen führt.

Methode: 14 gesunde Probanden bearbeiteten eine „Oddball-Variante“ des Stroop-Paradigmas, während mittels fMRT Gehirnaktivierungen gemessen wurden. Zu Beginn jedes Trials wurde eine Photographie des IAPS („International Affective Picture System“, Lang 2005), die entweder als negativ-erregend oder neutrale eingestuft war, präsentiert. Im direkten Anschluss klassifizierten Probanden dargebotene Wortstimuli anhand deren Schriftfarbe per Tastendruck (Stroop-Aufgabe). Es wurden vier Experimentalbedingungen realisiert. Schriftfarbe und Wortbedeutung waren entweder kongruent (1) oder inkongruent (2). Während Baseline-Trials (3) war die Wortbedeutung ohne Farb- bzw. Aufgabenbezug. In der Oddball-Bedingung (4) wurden ebenfalls farbneutrale Worte gezeigt, die jedoch im Vergleich zu den Worten der anderen Bedingungen nur selten präsentiert wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Negativ-erregende (vs. neutrale) Bilder zeigten signifikant stärkere Aktivierungen in zahlreichen emotionsrelevanten Arealen, insbesondere der Amygdala und extrastriären visuellen Arealen. Nach neutraler Affektinduktion zeigten Oddballs und Stroop-Interferenz lediglich schwache oder keine Aktivierung in Arealen, die wir in Vorstudien mit Kontrollprozessen während äquivalenter Interferenzsituationen in Verbindung brachten (Melcher & Gruber, under review). Im Sinne eines Interaktionseffektes in erwarteter Richtung zeigten die gleichen Bedingungen nach negativer Affektinduktion deutlich stärkere und weiter ausgedehnte Aktivierungen. Dieser Modulationseffekt zeigte sich insbesondere im posterioren inferioren frontalen

Kortex („inferior frontal junction“) und in extrastriären visuellen Arealen, sowie speziell für Oddballs im temporo-parietalen Übergangsbereich und für Stroop-Interferenz in medial-frontalen und intraparietalen Regionen. Schlussfolgerung: Negativ-valente Affektzustände beanspruchen Aufmerksamkeitsressourcen und können dadurch zur Unterbrechung von kognitiven Kontrollprozessen führen, was nachfolgend verstärkte Kontrollanstrengungen erfordern kann.

0121

Neuronale Korrelate von integrativer Gestik- und Sprachverarbeitung metaphorischer Äußerungen

Benjamin Straube (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Green, S. Weis, K. Konrad, K. Willmes, T. Kircher

Einleitung: Gestik ist ein universeller Bestandteil der menschlichen Kommunikation. Die neuronalen Korrelate der Interaktion von Gestik mit Sprache sind bislang noch kaum in bildgebenden Studien untersucht worden. Im Gegensatz zu konkreter bildhafter Sprache und Gestik spiegeln metaphorische Äußerungen und Bewegungen einen abstrakten Inhalt wider. Ziel dieser fMRT-Studie ist es daher, die neuronalen Korrelate multimodaler (auditiv/visuell) semantischer Integrationsprozesse bei der Verarbeitung metaphorischer Sprache und Gestik darzustellen.

Methode: Die Versuchspersonen sehen kurze Videoclips, in denen ein Schauspieler mit Gesten untermalte Sätze mit abstraktem Inhalt spricht. Der semantische Gehalt der Sprache (Deutsch, Russisch, ohne Sprache) und Gestik (bedeutungsvoll 'metaphorisch', bedeutungslos, ohne Gestik) wird systematisch variiert. Konfundierende Variablen wie Natürlichkeit, Bildhaftigkeit und emotionaler Gehalt der Videoszenen wurden in einem umfangreichen Evaluationsverfahren kontrolliert.

Diskussion/Ergebnisse: Für die Verarbeitung von auditiv dargebotener Sprache werden vor allem bilaterale Aktivierungen im suprioren Temporallappen und dem inferioren Frontallappen erwartet. Die Verarbeitung der Gestik ist vermutlich im rechten und linken Parietallappen lokalisiert. Die Integrationsleistung von Gestik und Sprache hängt voraussichtlich mit Aktivierungen im linken suprioren Temporallappen sowie im parieto-temporalen Übergangsgebiet zusammen. Das Verständnis von abstrakten Inhalten basiert stark auf Prozessen der semantischen Interpretation. Für diese Prozesse sind Aktivierungen im linken inferioren Frontallappen zu erwarten. Anhand dieser Studie können abstrakte, nonverbale zerebrale Verarbeitungsprozesse und deren Interaktion mit Sprache deutlich gemacht und charakterisiert werden. Mit dem vorgestellten Paradigma sollen auch Patienten mit Schizophrenie untersucht werden. Diese Patienten weisen neben gestörter Kommunikationsfähigkeit insbesondere deutliche Schwierigkeiten im Verständnis abstrakter, metaphorischer Inhalte auf. Unsere Studie kann helfen, die neuronalen Korrelate dieser Dysfunktion zu identifizieren.

0122

Perfusion functional MRI under psychological stress

Roberto Viviani (Uniklinik Ulm, Psychiatrie III)

K. Ehrhard, H. Lo, A. B. Horn, G. Grön

Einleitung: Arterial spin labelling (ASL) is a new technique to measure changes in regional cerebral blood flow (rCBF). In the present study, ASL was used to measure shifts in rCBF associated with mild to moderate stress induced by a mental arithmetic task with performance monitoring. Changes were expected to occur in ventral prefrontal cortex (PFC) as this region has been shown to be associated with psychological stress. A further question was if these changes were mediated by individual differences such as state anxiety, and emotional intelligence, measured by self-rating scales.

Methode: Twentyfour students were recruited from scholl/university. rCBF was measured during three conditions (each 8.in): baseline, anticipation (subject were informed of a forthcoming mental arithmetic task), stress (arithmetic task).

Diskussion/Ergebnisse: The stress>baseline contrast showed a significant change in the ventrolateral PFC. In the same contrast, significant activation changes were detected in the right insula. Further exploration showed that variance in this area correlated with the subjects' self-rating of experienced stress. The contrast anticipation>baseline showed similar shifts in the right insula. Further exploration revealed an association between variance in dorsal and ventral ACC and the Trait metamood scalle 'repair', a scale of emotional intelligence. This is the first study investigating the correlation of neural substrates of emotional mental states (as opposed to events) with personality scales. These preliminary data align with the findings of other investigators reporting activation in the ventral PFC in psychological stress (Wang et al. 2005), self-perception (Gusnard et al. 2001) and depression (Drevets et al. 1997).

0123

Dysfunctional cognitive strategies in subjectively electrosensitive patients – a fMRI study

Michael Landgrebe (Universität Regensburg, Psychiatrie, Psychosomatik)
U. Frick, S. Hauser, B. Langguth, W. Barta, G. Hajak, P. Eichhammer

Einleitung: Hypersensitivity to electromagnetic fields (EMF) is frequently claimed to be linked to a variety of unspecific somatic and/or neuropsychological complaints of patients. Recent studies suggest the involvement of higher cortical processes like anticipation and miss-attribution as potential psychological factors involved in the etiopathogenesis of this disorder, demonstrating that cognitive behavioural therapy (CBT) leads to a significant improvement in these patients (Hillert et al. 1998).

Methode: Here, we used functional magnetic resonance imaging (fMRI) to elucidate the neurobiological basis of dysfunctional cognitive processes possibly underlying symptom manifestation during (sham-) exposure to mobile phone radiation in 15 subjectively electrosensitive patients and 15 age-matched healthy controls.

Diskussion/Ergebnisse: Data analysis revealed considerable differences between both groups during (sham-) exposure to mobile phone radiation with subjectively electrosensitive patients activating a broad cortical network including areas known to be involved in mediating anticipatory processes. In contrast, healthy controls do not show any activation during this condition. Conclusions: These results point to the involvement of anticipatory processes in symptom generation of EMF complaints. Future studies have to clarify, whether clinical improvement by CBT relies on a "normalization" of dysfunctional neurobiological processes as detected in our fMRI study.

0124

Cognitive maturation increases prefrontal activation due to Stroop interference

Matthias L. Schroeter (Max-Planck-Institut für Kognitive Neurologie, Leipzig)
S. Zysset, M. M. Wahl, D. Y. von Cramon

Einleitung: The Stroop color-word task has been a classic measure of frontal lobe function. It was suggested that executive processes, namely interference resolution and response inhibition, may be examined with this task. The aim of our study was to investigate neural processes underlying cognitive development in the frontal lobe from childhood to young adulthood with functional near-infrared spectroscopy (fNIRS).

Methode: 23 children were included in the study and compared with 14 young adult subjects (covered age range 7–29 years). Changes in

the concentration of oxy-, deoxyhemoglobin as well as the redox state of the cytochrome-c-oxidase were measured by a NIRO-300 spectrometer (Hamamatsu Photonics K.K.).

Diskussion/Ergebnisse: Oxyhemoglobin increased and deoxyhemoglobin decreased more during the incongruent compared with the neutral condition in the left lateral prefrontal cortex of children, and on both sides of the lateral prefrontal cortex in adults. In children, the hemodynamic response occurred later, if compared with adults. A correlation analysis between age, and the hemodynamic Stroop interference effect yielded a rising brain activation, and hence hemodynamic response in the dorsolateral prefrontal cortex with development. Regarding behavioral data, aging led to a decreasing interference effect of reaction time, which was correlated with increasing brain activation. Results agree with other neurodevelopmental studies of executive functions. Because performance matures in the tasks at different time periods (Go/NoGo ~12, stop 13–17, Stroop ~17–19 years of age, working memory into adulthood), conducting imaging studies with these paradigms opens a window to the neurodevelopment of executive functions. ML Schroeter ML et al. 2004. Prefrontal activation due to Stroop interference increases during development – an event-related fNIRS study. NeuroImage: 23: 1317–1325.

0125

Sprachlernen verstärkt ERP-Effekte der semantischen Verarbeitung: eine Studie zur neuronalen Plastizität

Maria Stein (Uni-klinik für Psychiatrie, APN, Bern 60)
C. Hug, T. Dierks, D. Brandeis, W. Strik

Einleitung: Bis ins späte Erwachsenenalter sind wir in der Lage, unseren Wortschatz zu erweitern oder sogar eine vollständig neue Sprache zu erlernen. Dafür sind wir auf Plastizität im adulten Sprachsystem angewiesen. Ein gutes Beispiel für diese Art von Plastizität ist später Zweitsprachenerwerb, der – wenn erfolgreich – zu Bilingualismus führt.

Methode: Die vorliegende Studie befasste sich mit neurophysiologischen Veränderungen, die mit zunehmender Zweitsprachenkompetenz zusammenhängen: Von 16 englischsprachigen Austauschstudenten, die in der Schweiz Deutsch lernten, wurde an zwei Zeitpunkten 74-Kanal-EEG registriert: Einmal zu Beginn ihres Aufenthalts (Tag 1) und ein zweites Mal ungefähr 5 Monate später (Tag 2). Während der Messung lasen die Probanden kurze deutsche Sätze, die entweder mit einem semantisch passenden Adjektiv (korrekt) oder einem unpassenden Adjektiv (falsch) endeten. Für die Satzendungen wurden ereignis-korrelierte Potentiale (event related potentials, ERPs) berechnet, ausserdem wurde das Differenzpotential (falsch korrekt) berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Im Differenzpotential fand sich wie erwartet ein deutlicher N400-Effekt, dieser war zu Tag 2 ausgeprägter als zu Tag 1. Um etwa 600 ms nach Stimulus-beginn fanden sich in den Differenzkarten topographische Unterschiede zwischen Tag 1 und Tag 2, was auf andere Generator-Netzwerke hindeutet. Unsere Resultate bilden somit neurobiologische Signaturen von lernbedingten Veränderungen in der Sprachverarbeitung ab und zeigen, dass diese Veränderungen sowohl quantitativer (höhere GFP zu Tag 2) wie auch qualitativer (andere Generatoren zu Tag 2) Natur sind.

0126

Der Einfluss von Schwierigkeit und mentaler Anstrengung auf den transienten Gamma-Band-Peak

Gregor Leicht (Klinik für Psychiatrie, Klinische Neurophysiologie, München)
C. Mulert, O. Pogarell, S. Karch, U. Hegerl

Einleitung: Oszillationen im Gamma-Band-Bereich sind in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der neurophysiologischen Forschung gekommen. Bei der aktuellen Studie interessierten wir

uns fuer den Einfluss zunehmender Schwierigkeit auf die Amplitude der transienten Gamma-Band-Antwort

Methode: Wir untersuchten 30 gesunde Probanden mit einem auditorischen Wahlreaktionsparadigma zunehmender Schwierigkeit. Die Zeit-Frequenz-Analyse wurde mittels eines Morlet-wavelets berechnet. Zur Lokalisation der Generatoren des Gamma-Bandes verwendeten wir die LORETA-software.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden zunehmende Amplituden des transienten Gamma-Band-peaks bei zunehmender Aufgabenschwierigkeit. In der LORETA-Analyse zeigte sich bei zunehmender Schwierigkeit/mentaler Anstrengung eine Zunahme der Stromdichte im Bereich des anterioren cingulären Cortex (ACC).

0127

Postsynaptischer 5-HT_{1A} Rezeptor: Rolle bei Lernen und Gedächtnis

Bettina Bert (FU Berlin, FB Veterinärmedizin, Pharmakologie und Toxikologie)

J.-P. Voigt, H. Fink

Einleitung: The serotonin 1A (5-HT_{1A}) receptor is involved in a wide range of physiological functions such as thermoregulation, circadian rhythm, memory, feeding and sexual behaviour, but has also been implicated in the pathophysiology of anxiety disorders and depression. Although the 5-HT_{1A} receptor is one of the best described receptor subtypes of the serotonergic system, the complex distribution pattern, the pre- and postsynaptic localisation, and the impact on various monoamines aggravate the attribution of 5-HT_{1A} agonist effects to behavioural outcomes.

Methode: Here, a mouse line with a postsynaptic over-expression of the 5-HT_{1A} receptor in the dentate gyrus and outer cortical layers is presented. Recently, it was shown that these mice displayed an exaggerated response to the 5-HT_{1A} receptor agonist 8-OH-DPAT concerning motor activity and body temperature (Behav Brain Res 2006, 167(2):328–41). Moreover, in the Porsolt swim test, an animal model for testing antidepressants, transgenic mice demonstrated antidepressant-like behaviour. Additionally, their learning and memory abilities were investigated in the Morris water maze and inhibitory avoidance test. Habituation learning was studied in the hole board test conducted on two consecutive days. The effects of 8-OH-DPAT (0.1–1.0 mg/kg i.p.) on learning and memory were examined in the inhibitory avoidance test.

Diskussion/Ergebnisse: The results indicate that the transgenic mice have no overall cognitive deficit. They showed similar spatial learning abilities in the Morris water maze test and habituated to the hole board in a comparable manner to wild-type mice. As a tendency, inhibitory avoidance retention was impaired in 5-HT_{1A} over-expressing mice in comparison to wild-type controls. However, the anterograde amnesia induced by 8-OH-DPAT in transgenic mice was already apparent in a threefold lower dose of the agonist (0.3 mg/kg) compared to wild-type mice (1.0 mg/kg). Since the 5-HT_{1A} receptor over-expressing mice show untreated a rather normal behaviour likewise to wild-type mice, we assume that transgenic mice possess compensatory mechanisms. However, after activation of the postsynaptic 5-HT_{1A} receptors the differences between wild-type and transgenic mice became more clearly. Hence, our findings suggest that postsynaptic 5-HT_{1A} receptors in the dentate gyrus and outer cortical layers play a modulatory role in learning and memory.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 02.3

S-072 Symposium

Symptome dementieller Erkrankungen und ihre Korrelate in bildgebenden Untersuchungen

Vorsitz: M. Hüll (Freiburg), J. Pantel (Frankfurt)

0354

Sprachstörungen und Bildgebung mittels MRI, MRS und FDG-PET bei der Alzheimer Demenz und der progressiven Aphasie

Michael Hüll (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

R. Zahn

Einleitung: Sprache ist als komplexe Hirnfunktion bei kortikalen Erkrankungen wie der fronto-temporalen oder der Alzheimer Demenz (AD) gestört, wobei diese Störung bereits als Erstsymptom bei der primären progressiven Aphasie (PPA) oder der semantischen Demenz auftritt.

Methode: Bei Patienten mit einer frühen AD oder einer PPA wurden die Sprachfunktionen neuropsychologisch untersucht und die klinischen Befunde mit Ergebnissen aus Untersuchungen mittels 18-Fluoro-Glukose Positronen-Emissions-Tomographie (PET), voxel-basierter Magnetresonanztomographie (VBM) und Magnetresonanztomographie (MRS) korreliert.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Benennstörung bei der AD war signifikant mit einem linkshemispherischen Hypometabolismus korreliert. Die verbalen und nicht-verbalen semantischen Fähigkeiten korrelierten mit dem linkshemispherischen Stoffwechsel anterior-temporal, posterior-inferior-temporal, inferior-parietal und medio-okzipital. Leistungen in einer semantischen Verifikationsaufgabe für visuelle, aber nicht für funktionelle Eigenschaften korrelierten mit dem Stoffwechsel im linken posterioren Gyrus fusiformis. Dieses Ergebnis unterstützt die These anatomisch separierbarer semantischer Systeme. Sowohl bei AD als auch bei PPA fanden sich im linken Temporallappen anterior lateral Auffälligkeiten im PET, VBM und MRS. PPA und AD unterschieden sich jedoch signifikant in der Beteiligung von Veränderungen im hinteren Cingulum. Eingehendere Untersuchungen in die Sprachpathologie und die organischen Veränderungen der damit assoziierten Hirnareale haben differentialdiagnostischen Nutzen und könnten bei kortikalen Demenzerkrankungen ein weiteres Feld der Erfassung therapeutischer Effekt neben der Verlaufserfassung der Gedächtnisfunktion darstellen.

0355

FDG-PET und die klinische Charakterisierung von Lobärotrophien

Stefan Poljansky (Uniklinik Regensburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Differentialdiagnose zwischen Demenzen aus der Gruppe der frontotemporalen lobären Degenerationen (FTLD) und der Alzheimer Krankheit (AD) ist aufgrund von Überlappungen der klinischen Symptomatik oft nur schwierig zu stellen. Als klinische Leitsymptome finden sich in der Gruppe der FTLD früh im Krankheitsverlauf Verhaltensauffälligkeiten mit einer Wesensänderung und/oder eine Reihe von linguistischen Störungen. Die Gruppe der FTLD beinhaltet drei prototypische Syndrome, die bisher vor allem durch klinische Parameter charakterisiert wurden, die frontotemporale Demenz, die semantische Demenz (SD) und die primär progressive (nichtflüssige) Aphasie (PA). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, anhand von Gruppenvergleichen mittels Fluorodeoxyglucose Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Kontraste im cerebralen Glucosestoffwechsel zwischen den linguistischen Syndromen der FTLD und der Alzheimerdemenz aufzuzeigen. Ebenso sollten auch innerhalb der Gruppe der FTLD Unterschiede im cerebralen Glucosestoffwechsel zwischen SD und PA dargestellt werden.

Methode: Es wurden 47 Patienten (8 SD, 7 PA, 32 AD) in die Analyse eingeschlossen. Grundlage für die Diagnose einer FTLD waren die Kriterien von Neary et al. 1998. Die Patienten wurden durch eine ausführliche neuropsychologische Testung, Laboruntersuchungen und eine cerebrale Computertomographie oder Kernspintomographie näher charakterisiert. Die Analyse der PET-Datensätze erfolgte unter Verwendung der Software SPM2 (statistical parametric mapping).

Diskussion/Ergebnisse: Aus Voruntersuchungen ist bei der Gesamtgruppe der FTLD im Vergleich zur AD ein Hypometabolismus im Bereich der linken Insula, des linken inferioren Gyrus frontalis sowie beidseits im medialen Gyrus frontalis bekannt. In der aktuellen Studie sind im Vergleich zur AD die Stoffwechseldefizite bei der SD wie auch bei der PA auf den Bereich um die linke anteriore Insula sowie den linken anterioren Temporallappen zentriert. Die SD konnte zudem durch einen relativen Hypometabolismus im rechten Gyrus fusiformis von der PA abgegrenzt werden. Diese Studie weist auf Korrelationen zwischen den zur Typisierung von SD und PA verwendeten klinischen Symptomen und dem Muster des cerebralen Glucosestoffwechsels hin.

0356

Mechanismen kognitiver Defizite im Vorfeld der Alzheimer-Demenz – Untersuchungen mit FDG-PET

Peter Schönknecht (Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgem. Psychiatrie)

A. Hunt, M. Henze, P. Toro, U. Haberkorn, J. Schröder

Einleitung: Alzheimer's disease (AD) is characterized by severe cognitive deficits involving different cognitive domains such as memory decline, language deficits, and apraxia. Mild cognitive impairment (MCI) is supposed to represent a potential preclinical stage of the disease where distinct cognitive deficits occur. Although, memory impairment has been addressed in recent neuroimaging studies the neural substrates of most cognitive deficits in AD, which can be reliably assessed by using the neuropsychological test battery of the Consortium to Establish a Register for Alzheimer's Disease (CERAD), remain unresolved. To this concern, positron emission tomography (PET) has been proved an adequate method for unrevealing the neural substrates of cognitive dysfunctions.

Methode: 75 patients with AD and MCI were investigated with 18F-2-fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) PET. In all patients, the neuropsychological test battery of the CERAD was applied. Using statistical parametric mapping significant correlations were calculated to assess the association of cerebral glucose metabolism and neuropsychological test performance.

Diskussion/Ergebnisse: Significant correlations between memory test scores and activation of temporo-frontal and cingulate cortices occurred. Verbal fluency and naming scores were significantly correlated with predominantly left temporo-parietal and frontal cortices whereas constructional praxis test scores were significantly correlated with left temporal and right frontal cortices. Irrespective of domain, delayed memory performance was associated with a network including rather frontal association cortices. The findings demonstrate that neuropsychological deficits as assessed by the CERAD involve different cerebral sites and thus underline the clinical validity of this clinical instrument.

0357

Zerebrale Korrelate mnestischer Defizite bei der Alzheimer Demenz und leichter kognitiver Beeinträchtigung

Johannes Pantel (Universitätsklinikum Frankfurt, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Störungen des deklarativen Gedächtnisses gelten als Leitsymptom der Alzheimer Demenz sowie ihrer präklinischen Vorstufe, der leichten kognitiven Beeinträchtigung. Unter Berücksichtigung

aktueller Gedächtnismodelle steht diese Beobachtung in Übereinstimmung mit dem neuropathologischen Stadienmodell der Alzheimer Demenz (AD), wonach die Strukturen des medialen Temporallappens im Krankheitsverlauf besonders früh und ausgeprägt von pathologischen Veränderungen betroffen sind.

Methode: Zur gezielten Analyse dieses Zusammenhanges wurde bei 50 Patienten mit klinisch diagnostizierter AD (NINCDS-ADRDA Kriterien), 21 Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (AACD-Kriterien) und 22 gesunden, älteren Kontrollpersonen eine neuropsychologische Testuntersuchung einschließlich standardisierter Erfassung deklarativer Gedächtnisfunktionen – sowie eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns durchgeführt. Korrelationen zwischen neuropsychologischen Variablen und regionalen atrophischen Veränderungen wurden mithilfe konventioneller MRT-Volumetrie bzw. voxelbasierter Morphometrie (VBM) bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den Patienten mit AD fand sich eine Assoziation des Volumens des rechtshemiphrischen Amygdala-Hippocampus-Komplexes mit deklarativen Gedächtnisleistungen im non-verbalen visuellen Bereich. Ferner waren Veränderungen der linkshemiphrischen temporo-parietalen Region mit Störungen des Benennens und der Praxis sowie das Volumen des linken Frontallappens mit der verbalen Flüssigkeit sowie des verbalen episodischen Gedächtnis assoziiert. Analog ließ sich innerhalb der Gruppe der nicht dementen Probanden (AACD und Kontrollen) ein signifikanter Zusammenhang für die Testleistung in der freien Reproduktion von visuellem Material nachweisen. Ein besseres Ergebnis korrelierte hier mit einer höheren Konzentration an grauer Substanz im Neokortex des medialen Temporallappens rechtsseitig und im Bereich der Amygdala linksseitig. Zusammenfassend belegen diese Ergebnisse die Bedeutung dysfunktionaler (mesio-)temporaler Substrukturen für das Zustandekommen deklarativer Gedächtnisstörungen in den verschiedenen Verlaufsstadien der AD und zeigen darüber hinaus, dass der gewählte methodische Ansatz in der Erforschung der neuronalen Grundlagen kognitiver Prozesse fruchtbar eingesetzt werden kann.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 11/12

FV-012 Freie Vorträge

Neurophysiologie und Neurobiologie schizophrener Erkrankungen

Vorsitz: G. Buchkremer (Tübingen), T. Wobrock (Homburg)

0055

Kortikale Exzitabilität bei Schizophrenie Untersuchungen mit der ppTMS

Thomas Wobrock (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

D. Kadovic, P. Falkai

Einleitung: Mit der diagnostischen transkraniellen Magnetstimulation und mit Hilfe besonderer TMS-Techniken wie beispielsweise der Doppelpulstechnik („paired pulse TMS, ppTMS“) können spezielle Aspekte der kortikalen Erregbarkeit wie inhibitorische und facilitatorische Prozesse im motorischen System untersucht werden. Bei schizophrenen Erkrankten wird in verschiedenen neuronalen Netzwerken, so auch im motorischen System, eine verminderte inhibitorische Kontrolle als ein möglicher pathophysiologischer Aspekt der Erkrankung diskutiert.

Methode: Bei 10 ersterkrankten schizophrenen Patienten, 10 chronisch kranken schizophrenen Patient mit prädominanter Negativsymptomatik und 10 Kontrollen wurden durch ppTMS motorisch evozierte Potentiale (MEPs) am M. interosseus dorsalis I bds bei inhibitorischen (1 und 3 ms) und exzitatorischen (7, 15, 23 ms) Interstimulusintervallen (ISI) abgeleitet.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich bei einigen, aber nicht bei allen ISIs, eine signifikant höhere MEP-Amplitude bei den chronisch Kranken wie bei den Kontrollen (bei 1 ms: rechts $p=0.032$; links $p=0.046$; bei 7 ms: rechts $p=0.022$; bei 15 ms: links $p=0.038$ und bei 23 ms: links $p=0.004$; Mann-Whitney-U-Test). Es wurde auch eine signifikant höhere Amplitude bei den Ersterkrankten wie bei den Kontrollen gefunden (bei 3 ms: links $p=0.025$; und bei 23 ms: links $p=0.040$). Nur bei einem ISI zeigten chronisch Kranke auch eine signifikant höhere Amplitude wie Ersterkrankte (bei 1 ms: rechts $p=0.039$). Chronisch kranke schizophrene Patienten, aber auch bereits an einer ersten Episode erkrankte schizophrene Patienten, weisen weniger kortikale Inhibition und mehr Fazilitation auf. Dieses könnte auf die Reduktion einer GABA-A vermittelten Transmission im Bereich kortikaler Interneurone hinweisen, welche bereits in einem frühen Krankheitsstadium auftritt. Bei den Ergebnissen dieser Studie ist der Einfluss der neuroleptischen Behandlung kritisch zu diskutieren.

0056

Zur Wertigkeit der Creatinkinase (CK) bei der Prädiktion aggressiven Verhaltens

Michael Grube (Frankfurt)

R. Liszka, H. Weigand-Tomiuk

Einleitung: In einer retrospektiven Studie wurde an einer Gruppe von forensisch untergebrachten, männlichen Schizophrenen eine Assoziation zwischen erhöhten CK-Werten und Aggressivität gefunden. Fragestellung: Wie ist die Assoziation erhöhter CK-Werte und Aggressivität in einer gemischtgeschlechtlichen, diagnostisch heterogenen Gruppe allgemeinspsychiatrischer Patienten in einem prospektiven Design?

Methode: Bei allen Aufnahmen einer geschützten Station ($N=317$) wurde über einen Zeitraum von drei Monaten zum frühestmöglichen Zeitpunkt der CK-Wert bestimmt und mittels der Staff Observation Aggression Scale (SOAS) die nachfolgenden aggressiven Verhaltensweisen standardisiert erfasst. Erhoben wurden außerdem andere wesentliche Variablen, die mit Aggressivität in Zusammenhang stehen.

Diskussion/Ergebnisse: Durch ROC-Kurven-Berechnung stellte sich heraus, dass mittels pathologischer bzw. nicht-pathologischer CK-Werte bei 70,7% aller Aufnahmen nachfolgende aggressive Handlungen richtig vorhergesagt werden konnten (richtig positiv: 70,1%, falsch positiv: 28,8%). Wurden zusätzlich die Variablen: Zwangseinweisung, Aggressionsanamnese und keine Suizidalitätsanamnese berücksichtigt, stieg die korrekte Vorhersage aggressiver Verhaltensweisen auf 78,2%. Diskussion: Trotz methodischer Einschränkungen zeigen die Ergebnisse, dass pathologisch erhöhte CK-Werte in der Aufnahmesituation zur Abschätzung zukünftiger aggressiver Risiken in einer diagnostisch heterogenen Patientengruppe beitragen können.

0057

P50m und N100m sensory gating bei schizophren Ersterkrankten eine MEG Studie

Silke Bachmann (Martin-Luther-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Halle)

A. Rupp, M. Röhrig, M. Scherg, M. Weisbrod

Einleitung: Störungen der auditiven Informationsverarbeitung sind bei schizophren Erkrankten regelhaft nachweisbar. Klinisch wird dieser Endophänotyp mit subjektiven Reizüberflutungserlebnissen in Verbindung gebracht. Frühe Phasen auditiver Informationsverarbeitung messbar u.a. mittels autorisch evozierte Felder (AEF) der P50 und N100 Komponenten sind unabhängig von gerichteter Aufmerksamkeit. In einem von uns vorgelegten und an Gesunden etablierten spatio-temporalen Quellenmodell zeigte sich dennoch eine frontale Quelle, zusätzlich zu zwei Quellen im auditorischen Cortex (AC). Dieses Modell wird in der vorliegenden Studie auf schizophren Ersterkrankte angewandt und mittels MEG untersucht.

Methode: In die Studie gingen 16 Patienten/innen ein, die sich in instabiler Remission einer ersten psychotischen Episode befanden, sowie 22 alters- und geschlechtsparallelisierte Kontrollpersonen. AEFs wurden mit einem Neuromag-122TM MEG System in einem schallisolierten MEG Raum (IMEDCO) abgeleitet. Zur beidseitigen Stimulation wurde das Doppelklick-Paradigma genutzt, bestehend aus 130 Klickpaaren von 0.04 msec Dauer pro Klick, einem Interstimulus-Intervall von 500 ms und einem Intertrial-Intervall von 9–10 s. Zur Datenanalyse wurden die BESA®2000 Software eingesetzt sowie anschließend das o.g. Quellenmodell, die statische Analyse erfolgte mit MATLAB.

Diskussion/Ergebnisse: Im Grand Average ergaben sich hinsichtlich der P50 keine signifikanten Unterschiede zwischen Gesunden und Ersterkrankten, allerdings wiesen gesunde Kontrollen bei vergleichbaren Latenzen eine größere N100 Amplitude der ersten Antwort (S_1) auf. Die nach Hemisphären getrennte Analyse bestätigte diese Ergebnisse. Im Quellenmodell ergaben sich regelrechte P50-Suppressioneffekte sowohl an den AC als auch an der frontalen Quelle. Die Ergebnisse sprechen für ein ungestörtes P50 und N100 Gating bei schizophren Ersterkrankten und damit gegen eine gestörte Verarbeitung auditorischer Informationen während der ersten Krankheitsperiode. Als alternative Erklärungsmöglichkeit wird die Wirkung atypischer Antipsychotika diskutiert. Darüberhinaus legen die Ergebnisse den Einfluss einer frontalen Quelle auf die frühe Informationsverarbeitung auch bei schizophren Erkrankten nahe.

0058

Aktimetrische Untersuchungen zum zirkadianen Rhythmus bei Patienten mit affektiven, schizoaffectiven und schizophrenen Psychosen

Elissavet Athanasiou (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Halle)

F. Pillmann, A. Marneros

Einleitung: Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus finden sich bei depressiven, aber auch bei schizophrenen und schizoaffectiven Störungen in unterschiedlicher Ausprägung. Die Aktimetrie stellt eine einfache und objektive Methode zur Erfassung von Störungen des zirkadianen Rhythmus und der Ruhe-Aktivitäts-Muster dar. Ziel dieser Studie ist die Erfassung von Schlaf-Wach-Rhythmus und Gesamt-Aktivitätsniveau bei Patienten mit depressiven, schizoaffectiven und schizophrenen Störungen mittels Aktimetrie.

Methode: Es wurden insgesamt 44 stationäre Patienten in die Studie eingeschlossen (15 Patienten mit einer unipolar depressiven, 15 Patienten mit einer schizodepressiven bei bipolarer schizoaffectiver Störung und 15 Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung). Zur Registrierung der motorischen Aktivität, trugen alle Probanden kontinuierlich über 7 Tage und Nächte ein Aktimeter am nicht-dominanten Arm. Parallel zur aktimetrischen Untersuchung wurden die aktuellen Schweregrade der Symptome mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, wie Hamilton-Depression Skala (HAMD), Beck Depressions Inventar (BDI) und Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) beurteilt sowie Fragebögen zur Schlafqualität (Pittsburg Sleep Quality Index) und zur Einstellung zum Schlaf (Meinungen-zum-Schlaf-Skala) ausgefüllt.

Diskussion/Ergebnisse: Zwischen den drei diagnostischen Gruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der zirkadianen Parameter. Alle diagnostischen Gruppen zeigten eine niedrige „Interdaily Stability“ bei hoher „Intradaily Variability“. Es ergaben sich jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen den aktuellen Psychopathologie-Scores und aktimetrischen Daten. Zusammengefasst deuten diese Daten auf einen differenziell gestörten zirkadianen Rhythmus hin basierend auf Alterationen motorischer Aktivität und gekennzeichnet durch eine verringerte Stabilität zwischen den untersuchten Tagen und einer erhöhten Variabilität innerhalb der einzelnen Tage.

0059

Erhöhte Serumspiegel von Macrophage-Migration-Inhibitor-Factor (MIF) und CD14 als Zeichen einer Überstimulierung des Monozyten/Makrophagen-Systems (MMS) bei Schizophrenie

Larissa de la Fontaine (LMU, Psychiatrische Klinik, München)
N. Müller, M. Riedel, R. Gruber, M. Schwarz

Einleitung: Die Beteiligung des Immunsystems an der Pathogenese der Schizophrenie ist in den vergangenen Jahren häufig und kontrovers diskutiert worden. Zahlreiche immunologische und genetische Untersuchungen sowie der konsistente Befund einer negativen Korrelation mit Autoimmunerkrankungen, weisen jedoch auf eine Aktivierung und pathogenetische Rolle des Immunsystems bei Schizophrenie hin. Wir untersuchten zwei wichtige immunmodulatorische Parameter des MMS, das Oberflächenmolekül CD14 und MIF bei schizophrenen Patienten und verglichen diese mit gesunden Personen und an Rheumatoider Arthritis (RA) erkrankten Patienten. Zusätzlich kontrollierten wir die Auswirkung funktionaler Polymorphismen des CD14-Gens (C-159T), bzw. des MIF-Gens (G-173C und CATT(5-8)-Repeat -794) auf die entsprechenden Serumkonzentrationen.

Methode: Wir untersuchten 95 schizophrene Patienten (41 w, 54 m), 72 Kontrollen (31 w, 41 m) und 98 RA-Patienten (65 w, 33 m). Die CD14 und MIF Serumkonzentrationen wurden mittels ELISA, die Genotypisierung nach publizierter Methode bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Die CD14 und MIF Genotypen waren in allen drei Gruppen ähnlich verteilt. Wir fanden keinen Zusammenhang zwischen den Genotyp/Haplotyp-Variationen und den Serumkonzentrationen der entsprechenden Moleküle. Allerdings zeigten sowohl RA-Patienten, als auch schizophrene Patienten hochsignifikant höhere CD14- und MIF-Konzentrationen als die Kontrollen ($p < 0.001$ für beide Moleküle und beide Patientengruppen). Die deutlich erhöhten Serumspiegel von MIF und CD14 reflektieren eine Überstimulierung des MMS bei Schizophrenie, ähnlich dem Bild bei bekannten Autoimmunerkrankungen wie RA und weisen damit erneut auf eine wichtige Funktion des unspezifischen Immunsystems im Pathomechanismus der Schizophrenie hin.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17:15–18.45 Uhr, Salon 22

FV-018 Freie Vorträge**Neurophysiologie depressiver Störungen**

Vorsitz: R. Hellweg (Berlin), M. Rothermundt (Münster)

0084

Cortisol im Speichel, Psychopathologie und neuropsychologische Testleistung bei Patienten mit rezidivierender depressiver Störung

Volker Gapp (Frankfurt)
T. Wetterling, K. Israel-Laubinger, N. Helbing, L. Dibbelt, W. Bernhard

Einleitung: Umfassende Forschung zu neuropsychologischen Leistungen bei depressiven Patienten zeigt, dass die Leistungen depressiver Patienten oft geringer sind, als die von gesunden Kontrollenpersonen. Die laufende Studie untersucht, ob Cortisol als ein möglicher Mediator für diese Ergebnisse in Frage kommt.

Methode: 26 Patienten mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) sowie 17 gesunde Kontrollen nahmen an einer umfangreichen Untersuchung mit neuropsychologischer Testbatterie und psychopathologischen Ratings teil. Die kognitiven Leistungstests wurden randomisiert in zwei unterschiedlichen Reihenfolgen präsentiert. Cortisol im Speichel wurde unmittelbar vor (T1) sowie direkt im Anschluss der Untersuchung (T2) gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei den depressiven Patienten zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Höhe des Cortisolspiegels (T1)

und depressiver Symptomatik (BDI, Stimmungsskalen), jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Cortisolspiegel und Ergebnissen der Leistungstests. Erst die separate Analyse der Untergruppen mit unterschiedlicher Testreihenfolge ergibt Hinweise auf Positionseffekte: Bei Patienten und gesunden Kontrollen findet sich bei Positionierung einer einfachen optischen Reaktionszeitaufgabe zu Beginn der Testbatterie eine negative Korrelation zwischen Cortisolspiegel (T1) und Reaktionszeit und bei Positionierung dieser Aufgabe am Ende eine positive Korrelation. In der Patientengruppe findet sich auch eine positive Korrelation zwischen Cortisolspiegel und der Reaktionszeit in der zweiten Hälfte einer 10-minütigen Daueraufmerksamkeitsaufgabe sofern diese Aufgabe am Ende der Testbatterie positioniert ist.

0085

Über die Änderung der vegetativen Lage im Zuge eindeutiger Remissionen bei Melancholien

Hanns-Ulrich Noffke (Bürgerhospital Stuttgart, Zentrum für seel. Gesundheit)

Einleitung: Bei 88 Patienten, überwiegend mit affektiven Störungen, wurden 472 polygraphische Untersuchungen unter Laborbedingungen zur Bestimmung der vegetativen Ruhelage durchgeführt. Von diesen entfielen 194 Polygraphien auf 16 Patienten mit Depressionen, die begleitend zum zeitlichen Verlauf, teilweise über 3 Monate, unter antidepressiver Therapie abgeleitet wurden. 9 dieser Patienten remittierten eindrucksvoll und zweifelsfrei, 4 besserten sich und 3 zeigten keine Remissionszeichen. Die polygraphischen Untersuchungen erfolgten jeweils zweimal täglich (8–9 Uhr, 15–16 Uhr) über ca. 10 Min Dauer. Gemessen wurden der systolische und diastolische Blutdruck (RR), die momentane Herzfrequenz, die Herzfrequenzvariabilität, die momentane Atemfrequenz, die relative Atemtiefe, die Fingerdurchblutung, der Muskeltonus (Stirn, Unterarm re) und die Pupillenweite mit Lichtreaktion (Pupillograph).

Diskussion/Ergebnisse: Im Gegensatz zu den drei nichtremittierten Patienten und deutlicher als bei den unvollständig Remittierten zeigten alle subjektiv und objektiv eindrucksvoll remittierten Patienten im Vorfeld der Remission geringgradige, aber deutliche, trendhafte Parameterbewegungen, insbesondere der Atemfrequenz, oder es wurden plötzliche „Ausreißer“ beobachtet, die auf eine zentral-autonome Reagibilität vor der Remission hinwiesen. Bei diesen Depressionen handelte es sich um Melancholien. Beurteilung: Die Befunde sprechen dafür, dass die Remission von Melancholien an eine zentral autonome Reagibilität gebunden ist, die umso deutlicher fassbar wird, je akuter die Remission erfolgt. Für die Remission scheint besonders der trendhafte Verlauf der Atemfrequenz von Bedeutung zu sein. Von klinischer Bedeutung ist, dass fehlende vegetative Trends oder fehlende Akuitätszeichen bzw. eine „vegetative Starre“ keine Remission erwarten lassen. Pathophysiologisch lassen die veränderten postremissiven Parameterniveaus im Vergleich zu der depressiven Ausgangslage eine Interpretation der Depressionen unter dem Aspekt partieller ergotrop-trophotroper Regulationen des ZNS zu. Da sich diese Parameterbewegungen offenbar nur subklinisch ausprägen, ist zu ihrem Nachweis eine streng systematische Untersuchungsmethode erforderlich.

0086

Monitoring von Aktivitätsprofil und Herzfrequenzvariabilität: Einsatz eines neuen Messsystems im klinischen Umfeld depressiver Patienten

Christine Norra (Max-Planck-Institut, Experimentelle Medizin, Göttingen)
M. Arndt, E. Naujokat

Einleitung: Zirkadiane Aktivitätsmuster und Schlafprofil sind bei vielen neuropsychiatrischen Störungen verändert, z.B. M. Parkinson, Depression oder Demenz; dies gilt auch für die Herzfrequenz und verwandte Parameter. Diese Indizes werden derzeit nicht standardmäßig

evaluiert in Diagnostik oder Therapieüberwachung. Um die Anwendbarkeit unseres neuen portablen Meßsystems im klinischen Umfeld zu prüfen, wurden Patienten mit depressiver Störung während ihres Krankenhausaufenthalts untersucht.

Methode: Neben der psychometrischen Evaluierung der Patienten wurden physiologische Parameter des EKG und körperliche Aktivität (Aktivitätsindex und Variationen) kontinuierlich mit einem neuen Datenerfassungssystem aufgezeichnet. Dieses besteht aus einem flexiblen Textil und einem Elektronikmodul (128 MB) und kann am Bund normal, kommerziell erhältlicher Unterhosen befestigt werden. In das Textil sind Elektroden zur Messung eines 1-Kanal-EKGs integriert. Auf dem Elektronikmodul befindet sich ein 2D-Beschleunigungssensor zur Messung der Körperposition und der körperlichen Aktivität.

Diskussion/Ergebnisse: In der erfassten Patientengruppe (n=16) erwies sich die EKG-Signalqualität maßgeblich abhängig von der körperlichen Aktivität, wobei diese auch während des Schlafes für die Bestimmung von HR und HRV ausreicht. Auch Bettzeit und Schlafzeit sind gut identifizierbar im Accelerometer-Signal. Weiterhin werden kasuistisch Daten eines 54-jährigen Patienten mit rezidivierender depressiver Episode präsentiert, der über einen Behandlungszeitraum von 6 Wochen eine Symptomverbesserung mit über 50%igem Therapie-Ansprechen und zunehmender Schlafzeit bot. Mit dem Meßsystem wurde eine allmähliche Steigerung der Tages-Gesamtaktivität erfaßt. Darüber hinaus wurden deutlichen Änderungen der Herzrate (HR) sowie der Zeit- (z.B. SDNN) und der Frequenzparameter (z.B. HF, LF/HF) der Herzfrequenzvariabilität (HRV) festgestellt. DISKUSSION In dieser Pilotstudie wurden Veränderungen störungsrelevanter physiologischer Parameter über den gesamten stationären Behandlungsverlauf kontinuierlich aufgezeichnet, konsistent zu parallelen Remission depressiver Patienten. Angesichts der langen Messzeiten (24 h/Tag, im Mittel über 8 Wochen) hat sich das Meßsystem als äußerst zuverlässig und robust erwiesen. Diese zusätzlichen Monitoring-Ergebnisse ermöglichen ein psychobiologisches Profil des klinischen Verlaufs einer psychiatrischen Krankheit wie Depressionen und können zur weiteren Optimierung der Therapie verwendet werden. Diese Arbeit ist Teil des EU-Förderprojektes „MyHeart“ (6. Rahmenprogramm, IST 507816).

0087

Auditorische Reizverarbeitung bei Depressiven und Gesunden im Vergleich mittels fMRT

Nikolaus Michael (Ev. Stiftung Tannenhof, Abt. Psychiatrie 3, Remscheid)
M. Christ, C. Conrad, B. Pfeleiderer

Einleitung: Hinsichtlich möglicher Abweichungen schwer depressiver Patienten gegenüber Gesunden wurden mittels fMRT die auditorische Reizverarbeitung positiver (Musik) im Vergleich zu neutralen (Sinustönen) Stimuli sowie mögliche Effekte einer Elektrokrampftherapie (EKT) auf die Verarbeitung bei depressiven Patienten untersucht.

Methode: 20 Patienten (Alter: $53,1 \pm 10,8$; 17 Rechtshänder) mit therapieresistenter, depressiver Episode wurden mittels fMRT (3T Gyroscan, Intera, Philips, Best, NL; 62 GE-EPI-Datensätze, TE=55 ms, TR=11500 ms, "sparse" imaging Technik, Schichtdicke 3,6 mm, Matrix: 64×64 , FOV 210 mm, 36 Schichten parallel zur A-P Linie) vor und nach EKT untersucht und mit Kontrollprobanden (Alter: $29,5 \pm 11,3$ Jahre; 19 Rechtshänder) verglichen. Design: Ruhe R1 (69sec)- Musik A1 (115 s; Klaviermusik von Alkan, Barcarole) R2 (69sec)- Sinustöne A2 (115 s; gepulste Sinustöne (n=5 Hz) 800 Hz)-R3 (69sec). Auswertung mittels SPM2 und SPSS (SPSS 12.0). Die Schwere der depressiven Symptomatik wurde mit der Montgomery-Asberg Skala erfasst, Therapieerfolg war als 60%ige Reduktion des Ausgangswertes definiert.

Diskussion/Ergebnisse: In einer second-level Analyse (SPM2, 2 sample t-Test) unterschieden sich Kontrollprobanden gegenüber Patienten durch eine verstärkte Aktivierung folgender Areale: linker Hippocampus, linke BA 21, rechte BA 32 (limbisch), rechter temporaler Pol (BA 38) und rechte BA 40 (Verarbeitung sensorischer Reize). Generell ist die Aktivierungsstärke bei Patienten auf positive emotionale Reize in allen aktivierten

Hirnregionen geringer, worin ein Korrelat zur klinischen Symptomatik der „Gefühllosigkeit“ bestehen könnte. Nach EKT gleicht sich das Muster den Gesunden wieder an. Auf neutrale Töne waren zwischen Patienten und Probanden keine Intensitätsunterschiede im auditorischen Cortex nachzuweisen (BA 22, BA 42), allerdings aktivierten Depressive auf Tonreiz mehr Areale als Gesunde: rechter BA 17/18 (Cuneus), rechte BA 7 (Precuneus) und linke BA 39. Diese Areale werden normalerweise bei visueller Reizverarbeitung aktiviert und scheinen bei Patienten nach tonaler auditorischer Stimulation zusätzlich rekrutiert zu werden, jedoch nicht mehr nach EKT. Somit weisen Depressive vor EKT gegenüber Gesunden eine veränderte auditorische Reizverarbeitung auf, mit entweder geringerer (Musik) oder auf akzessorische Areale ausgebreiteter Aktivierung (Sinustöne), die sich nach erfolgreicher EKT weitgehend normalisiert.

0088

Immuno-Neuroendokrine Interaktionen bei Patienten mit depressiver Episode und gesunden Probanden und deren Einfluss auf Verhalten, Befinden und somatischer Komorbidität

Andreas Schuld (Klinikum Ingolstadt, Zentrum für Psych. Gesundheit)
S. Birkmann, H. E. Künzel, T. Pollmächer

Einleitung: In der Pathophysiologie der affektiven Störung sind eine ganze Reihe relevanter Befunde aus der psychoneuroendokrinen und -immunologischen Forschung erhoben worden, die zunächst Auffälligkeiten der endokrinen und immunologischen Regelkreise bei den Patienten belegten. Mittlerweile konnte auch gezeigt werden, dass umgekehrt periphere Veränderungen dieser Regelkreise auch bei Gesunden zu psychopathologischen Veränderungen führen.

Methode: In einer Reihe experimenteller Studien bei Probanden konnten wir enge Interaktionen zwischen der experimentellen Immunstimulation mittels Endotoxin und Veränderungen endokriner Parameter zeigen. Umgekehrt fanden sich in einer unabhängigen Studie immunologische Veränderungen nach Gabe von geringen Glukokortikoiddosen. Schließlich zeigten sich psychopathologische Veränderungen unter Endotoxingabe bei Probanden, die depressiven Syndromen ähnelten. In weiteren Studien an Patienten mit affektiver Störung fanden sich schließlich Auffälligkeiten der immuno-neuroendokrinen Regulation sowohl bei experimenteller Immunstimulation als auch bei Gabe von Glukokortikoiden.

Diskussion/Ergebnisse: Vor dem Hintergrund des DGPPN-Schwerpunktes „Interaktionen zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen“ sind diese beiderseitigen Interaktionen von großer Bedeutung, da sie zum Verständnis der komorbiden affektiven Störungen bei immunologischen und neoplastischen, aber auch bei kardiovaskulären Erkrankungen beitragen können.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 08

S-083 Symposium

Genomic Imaging in der Psychiatrie

Vorsitz: A. J. Fallgatter (Würzburg), C. Mulert (München)

0407

Genomic Imaging: Vom verbesserten Verständnis der Gen-Hirnfunktions-Beziehung zur individualisierten Medizin und passgenauen Pharmakotherapie

Christoph Mulert (LMU München, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Gen und Hirnfunktion ist in den letzten Jahren zu einem Schwerpunktthema in der biologischen Psychiatrie geworden. Warum? Zum einen erwartet man sich natürlich über die so genannten „intermediären Phänotypen“, die eben auch durch

die funktionelle Bildgebung oder neurophysiologische Parameter definiert werden können, die Konzentration der genetischen Forschung auf funktionell tatsächlich relevante Gene und die Reduzierung falsch positiver Resultate. Zum anderen aber scheint dieser Forschungsbereich als besonders aussichtsreich, um über ein genaueres Verständnis der Gen-Hirnfunktionsbeziehung zu einer passgenaueren Pharmakotherapie mit seltenerem Therapieversagen und weniger Nebenwirkungen zu kommen.

0408

COMT val158met: Einfluss auf Emotionsverarbeitung in Amygdala und orbitofrontalem Kortex bei Panikstörung

Katharina Domschke (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie, Münster)

P. Ohrmann, M. Braun, T. Suslow, J. Bauer, V. Arolt, H. Kugel, J. Deckert

Einleitung: Die Panikstörung ist eine Angsterkrankung mit einer weltweiten Prävalenz von 1–3% und einer Heritabilität von etwa 48%. Die Catechol-O-methyltransferase (COMT) scheint bei Patienten mit Panikstörung in erhöhtem Maß aktiv zu sein und entsprechend wurde auch das eine erhöhte Aktivität bedingende 158 val Allel des COMT val158met Polymorphismus mit der kategorialen Diagnose der Panikstörung assoziiert gefunden (Hamilton et al. 2002; Domschke et al., 2004; Rothe et al., 2006). In der vorliegenden Studie wurde erstmals bei Patienten mit Panikstörung der Einfluß des COMT val158met Polymorphismus auf die neuronale Emotionsverarbeitung als möglichen Endophänotyp der Erkrankung untersucht.

Methode: Bei 20 Patienten mit Panikstörung wurde im 3T fMRT die regionale Gehirnaktivierung in Antwort auf die Präsentation freudiger, ängstlicher und ärgerlicher Gesichter (Ekman und Friesen, 1976) analysiert. Zudem wurden die Patienten für den funktionellen COMT val158met Polymorphismus genotypisiert.

Diskussion/Ergebnisse: Das Vorliegen wenigstens eines aktiveren COMT 158 val Allels war in Antwort auf die Präsentation ängstlicher Gesichter im Vergleich zur Präsentation eines neutralen Stimulus (graues Rechteck) mit signifikant höheren Aktivierungen der rechten Amygdala ($p=0,026$) und des linken lateralen orbitofrontalen Kortex ($p=0,043$) assoziiert. Bei der Präsentation ärgerlicher bzw. freudiger Gesichter wurde bei Trägern wenigstens eines aktiveren 158 val Allels eine höhere Aktivität des medialen orbitofrontalen Kortex ($p=0,039$ bzw. $p=0,002$) beobachtet. Unsere Ergebnisse legen einen Einfluß des aktiveren COMT 158 val Allels auf Aktivierungsmuster der Amygdala und des orbitofrontalen Kortex in Antwort auf angstassoziierte Stimuli nahe. Damit könnte der COMT val158met Polymorphismus über eine Alteration der Verarbeitung emotionaler Stimuli, möglicherweise über einen differentiellen dopaminergen Tonus, einen Risikofaktor für die Erkrankung an Panikstörung darstellen.

0409

COMT-assoziierte Funktionsstörungen des präfrontalen Cortex bei Schizophrenien und ADHS

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. G. Bähne, M. M. Richter, K.-P. Lesch, M. M. Plichta, A.-C. Ehlich

Einleitung: Defizite im Prozess der Antworthemmung (response inhibition) werden als Endophänotypen einer präfrontalen, hauptsächlich dopaminerg vermittelten Hirnfunktionsstörung sowohl bei Schizophrenien als auch bei ADHS angesehen. Das Enzym COMT ist im präfrontalen Cortex hauptsächlich für den Abbau von Dopamin verantwortlich. Das COMT-Gen auf Chromosom 22q11 ist durch häufige Varianten gekennzeichnet, die Auswirkungen auf die Enzymaktivität haben. Die Variante Val/Val am Kodon 158 kodiert ein aktiveres COMT-Enzym, was durch höheren Abbau geringere Dopamin-Konzentrationen im synaptischen Spalt bewirkt, als die Variante Met/Met. Die Hypothese unserer Studien war nun, dass die genetischen Varianten Val/Val im COMT-Gen bei den „Dopaminmangelkrankheiten“ Schizophrenien und ADHS zu stärkeren

Funktionsstörungen im präfrontalen Kortex führen sollten, als die Variante Met/Met.

Methode: Wir haben ein Multi-Kanal-EEG verwendet, um mit ereignis-korrelierten Potentialen während eines Go-NoGo Paradigmas (Antworthemmung) die Funktion des präfrontalen Kortex bei Patienten mit Schizophrenien und ADHS sowie Kontrollpersonen valide und reliabel zu messen. Gleichzeitig wurden die oben beschriebenen genetischen Varianten im COMT-Gen bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl in einer Gruppe von schizophrenen Patienten als auch bei ADHS-Patienten im Kindes- und Erwachsenenalter zeigte sich eine elektrische Funktionsstörung des präfrontalen Kortex während der Antworthemmung. Diese präfrontale Dysfunktion wurde nur bei Patienten mit Schizophrenien und ADHS, aber nicht bei gesunden Kontrollen signifikant genetisch moduliert. In Übereinstimmung mit unserer Hypothese war die präfrontale Dysfunktion in den Patientengruppen mit dem COMT-Val/Val Genotyp stärker ausgeprägt als bei Met/Met, wobei die heterozygoten Gruppen Val/Met im Sinne eines Gen-Dosis-Effektes dazwischen lagen. Die Ergebnisse demonstrieren, dass ereignis-korrelierte Potentiale für diesen genomic imaging Ansatz geeignet sind und zur Aufklärung der Ätiopathogenese psychiatrischer Erkrankungen beitragen können. In zukünftigen Studien soll geklärt werden, ob die Identifizierung von Subgruppen von Schizophrenien und ADHS anhand der Hirnfunktion und der Genetik auch klinisch relevante Vorhersagen für das Ansprechen einer (dopaminergen) Pharmakotherapie ermöglicht.

0410

Neuregulin: Genetische Varianten und zerebrale Dysfunktionen bei Schizophrenie

Jürgen Gallinat (Charité, Psychiatrie, Berlin)

G. Winterer

Einleitung: The neuregulin 1 gene is among the few candidate genes to have been implicated in schizophrenia susceptibility. About five single nucleotide polymorphisms (SNPs) and two microsatellite polymorphisms were found to be associated with this disease in several populations. However, the functional and pathogenic role of the genetic variants of neuregulin is largely unknown.

Methode: Neuroelectric activity (EEG) and brain metabolites (proton magnetic resonance imaging; H-MRS) have been determined in schizophrenic patients and healthy controls.

Diskussion/Ergebnisse: Genetic variations of the neuregulin 1 gene were found to be associated with slow EEG activity as well as cerebral glutamate concentration in healthy controls and schizophrenic patients. The results indicate a functional role of neuregulin variations in the human brain. Moreover, the findings are in line with recent evidence that neuregulin is crucial for central glutamatergic neurotransmission.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-092 Symposium**Wie hilfreich sind bildgebende Verfahren für die Diagnose und Verlaufsbeurteilung psychiatrischer Erkrankungen?**

Vorsitz: P. Falkai (Göttingen), W. K. Strik (Bern)

0451

Themenbereich Sucht

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Identifikation von alkoholabhängigen Patienten mit hohem Rückfallrisiko und das Verständnis der Rückfallmechanismen

kann zur individuellen Optimierung der Therapie eingesetzt werden. Wir untersuchten die Reaktion auf alkohol-assoziierte Bildreize in einer prospektiven Studie.

Methode: Eingeschlossen wurden 60 entgiftete alkoholabhängige Patienten und 60 alters- und geschlechts-gematchte Kontrollpersonen, die mit funktioneller Kernspintomographie während der Präsentation alkohol-assoziierten Bildreize untersucht wurden. Eine Untergruppe von 12 Patienten und Kontrollpersonen wurde zudem mit PET zur Darstellung der Dopamin-Synthesekapazität und der D₂ Rezeptoren untersucht. Die Follow-up Zeit betrug 3 Monate.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten mit verminderter Dopaminsynthesekapazität und niedrigen D₂ Rezeptoren im ventralen Striatum zeigten erhöhtes Alkoholverlangen. Niedrige D₂ Rezeptorverfügbarkeit war zudem mit erhöhter präfrontaler Aktivierung bei Präsentation alkohol-assoziierten Bildreize verbunden. Patienten mit verstärkter Aktivierung des Striatums bei Präsentation alkohol-bezogener Bilder zeigten ein erhöhtes Rückfallrisiko. Es wird derzeit geprüft, ob diese Patienten von spezifischer Verhaltenstherapie oder additiver Pharmakotherapie profitieren.

0452

Themenbereich Demenz

Thomas Dierks (Universitätsspital Bern)

0453

Diagnostische Relevanz der Bildgebung in der Schizophrenie

Daniela Hubl (UPD Waldau, APN, Bern)

Einleitung: In den letzten Jahren haben die Neurowissenschaften im Allgemeinen und die psychiatrische Forschung im Besonderen enorm von den sich stets weiterentwickelnden bildgebenden Methoden profitieren können. Im Bereich der Psychiatrie findet v.a. die Magnetresonanztomographie Anwendung. Hier sind neben der Volumetrie (von weisser ebenso wie von grauer Substanz) die funktionelle MRT, die Spektroskopie und zunehmend die Diffusionsmessungen und das Arterial-Spin-Labeling zu nennen. Da die Gruppe der Erkrankungen, die als Schizophrenie zusammengefasst werden, sehr weitgefasst Krankheitsbilder unterschiedlichster Symptomatologien umgreift, besteht ein Ansatz zum Verstehen dieser Erkrankungen darin, die Pathophysiologie einzelner Symptome zu untersuchen. Dem liegt die Idee zurunde, dass verschiedene Symptome verschiedene pathophysiologische Ursachen haben müssen um sich in je so unterschiedlicher Weise zu manifestieren.

Methode: Durch die Anwendung verschiedener MR Techniken, d.h. MR Volumetrie und Spektroskopie, funktioneller Kernspintomographie, Diffusionstensorimaging und Arterial Spin Labeling, haben wir zugrunde liegende Pathophysiologien von akustischen Halluzinationen, formalen Denkstörungen und Gesichterverkennungen untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Im Gruppenvergleich zeigten sich stets Unterschiede zwischen Patienten mit dem Symptom im Vergleich zu Patienten ohne das jeweilige Symptom, die in die Hirnareale lokalisierten, welche physiologisch für die Verarbeitung der entsprechenden, realen Reize zuständig sind. Eine objektive Identifikation im Einzelfall oder gar das Erkennen eines Symptoms ohne die subjektive Beschreibung durch den Patienten ist bislang jedoch noch nicht möglich.

0454

Wie hilfreich sind bildgebende Verfahren für die Diagnose und Verlaufsbeurteilung bipolarer affektiver Störungen?

Harald Scherk (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Sollte es möglich sein, die Wahrscheinlichkeit eines therapeutischen Erfolges unabhängig von klinischen Symptomen an Hand

neurobiologischer Marker vorherzubestimmen, wäre dies angesichts der hohen Rate von Therapieversager der Erstmedikation bei affektiven Störungen ein wichtiger Beitrag zur Therapieoptimierung. Mit den modernen bildgebenden Verfahren wie funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Magnet-Resonanz-Spektroskopie (MRS) steht eine Reihe von Methoden zur Verfügung, mit denen Veränderungen des Hirnstoffwechsels und der Durchblutung auch im Verlauf – nachgewiesen werden können.

Methode: Durch eine fMRT-Untersuchung konnte bei Patienten mit einer unipolaren Depression gezeigt werden, dass die anhaltende Reaktion auf emotionale Reize im subgenualen anterioren cingulären Cortex und in der Amygdala das erfolgreiche Ansprechen auf eine kognitiven Verhaltenstherapie vorhersagt. Bei einer anderen Untersuchung mit dieser Technik hatte sich als Therapieerfolg einer antidepressiven Medikation eine zuvor gesteigerte Reaktion der Amygdala wieder normalisiert. In einer PET-Untersuchung unterschieden sich euthyme stabil medizierte Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung nach der Induktion von vorübergehender Traurigkeit von ihren gesunden Geschwistern. Die Patienten zeigten eine verminderte Durchblutung im medialen frontalen Cortex während die gesunden Kontrollprobanden einen gesteigerten Blutfluss aufwiesen. In einer früheren Untersuchung konnte gezeigt werden, dass der Glukosemetabolismus im Gesamthirn bei depressiven Patienten vermindert und bei manischen Patienten gesteigert war im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden. Bei Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung konnte im Verlauf einer depressiven Episode mit einer MRS-Untersuchung eine positive Korrelation der Schwere der depressiven Symptomatik und dem Cho/Cr-PCR-Quotienten im linken anterioren cingulären Cortex nachgewiesen werden. Bei euthymen Patienten wurden in einer aktuellen Studie in kortikalen Regionen keine Unterschiede zu gesunden Kontrollprobanden gefunden. Jedoch war im linken Hippocampus ein verminderter NAA/Cr-Quotient nachweisbar.

Diskussion/Ergebnisse: Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die erwähnten bildgebenden Verfahren durchaus geeignet sind, Veränderung der klinischen Symptome nachzuweisen und zum Teil das spätere Ansprechen auf eine Therapie vorherzusagen. Gleichwohl sind diese Methoden derzeit nicht für den Routineeinsatz geeignet.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 20

FW-008 Forschungsworkshop

Aktivität des Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN) Systems bei depressiven Patienten

Vorsitz: M. Deuschle (Mannheim), C. Schüle (München)

0033

Aktivität des HHN-Systems im Verlauf der antidepressiven Therapie

Michael Deuschle (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Die Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN) Systems ist bedeutsam für das Verständnis von Pathophysiologie und Folgekrankheiten depressiver Episoden. Insbesondere für Folgen von Depression, wie Osteoporose oder Insulinresistenz, scheint eine Minderung des freien und biologisch wirksamen Cortisols durch antidepressive Therapie bedeutsam.

Methode: Wir untersuchten Speichelcortisol bei jeweils 80 depressiven Patienten, die auf Amitriptylin oder Paroxetin (Studie 1) bzw. Venlafaxin oder Mirtazapin (Studie 2) randomisiert wurden. Speichelproben wurden täglich während einer medikamentenfreien Woche sowie 4 Wochen Behandlung um 8.00 und 16.00 Uhr gesammelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlungen führten zu diffentiellen Effekten auf Cortisol im Speichel. Paroxetin und Venlafaxin führten zu keiner wesentlichen Änderung der HHN-Aktivität. Mirtazapin dämpfte die HHN-Aktivität bei Respondern und Non-respondern, während Amitriptylin ausschließlich bei Therapie-respondern zu einer Minderung der Konzentration von Speichelcortisol führte.

0034

Aktivität des HHN-Systems in der Allgemeinbevölkerung: intervenierende Variablen

Florian Lederbogen (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Eine Störung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden(HHN)-Systems wird häufig bei Patienten mit einer akuten Major Depressive Episode angetroffen. Wenig ist hingegen über den Funktionszustand des HHN-Systems in der Allgemeinbevölkerung bekannt, insbesondere unter Berücksichtigung intervenierender Variablen.

Methode: In einer repräsentativen Stichprobe der Augsburger Bevölkerung (N=1208) bestimmten wir Speichelkortisolkonzentrationen zu vier bestimmten Zeitpunkten eines Wochentages: morgens vor dem Aufstehen (F1), sowie 1/2 (F2), 8 (F3) und 14 (F4) Stunden nach dem Aufstehen. Detaillierte Informationen zu demographischen, anthropometrischen und medizinischen Fragestellungen wurden gesammelt.

Diskussion/Ergebnisse: Nach Anwendung rigider Ausschlusskriterien standen 1048 Fälle der Auswertung zur Verfügung. Ein erhöhter Body-mass-index war mit niedrigeren Morgen- (F2, $r = .09$, $P < .05$) und höheren Abendkortisolkonzentrationen (F3, $r = .09$, $P < .05$) assoziiert. Bei Männern standen die Merkmale „Diabetes mellitus“ und „früherer Myokardinfarkt (MI)“ mit einer verminderten zirkadianen Amplitude in Verbindung (Diabetes vs kein Diabetes: $F_2 = 16.9 + 8.8$ vs $20.5 + 8.1$ nmol/L, $p < .001$, $F_4 = 3.1 + 4.6$ vs $2.3 + 3.3$ nmol/L, $p < .001$, früherer MI vs kein früherer MI: $F_2 = 16.5 + 8.5$ vs $20.3 + 8.2$ nmol/L, $p < .005$, $F_3 = 6.5 + 3.8$ vs $5.4 + 3.8$ nmol/L, $p < .05$). In einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe war ein abgeflachter zirkadianer Kortisolverlauf mit Adipositas assoziiert, und in Männern, mit Diabetes mellitus und früherem Myokardinfarkt. Häufige somatische Erkrankungen müssen als potenziell intervenierende Variablen bei der Interpretation von Speichelkortisolbestimmungen berücksichtigt werden.

0035

Aktivität des HHN-Systems bei depressiven Patienten mit koronarer Herzerkrankung

Christian Otte (UKE Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: In verschiedenen gut kontrollierten prospektiven Studien wurde gezeigt, dass bei depressiven Patienten das Risiko für die Entwicklung einer Herzerkrankung deutlich erhöht ist. Darüber hinaus ist eine Depression ein unabhängiger Risikofaktor für ein schlechteres Outcome bei Patienten mit bereits bestehender Herzerkrankung. Dies gilt für Patienten mit Myokardinfarkt, instabiler Angina pectoris, nach koronarer Bypass-Operation und bei Herzinsuffizienz. Bisher sind die Mechanismen der Assoziation zwischen Depression und Herzerkrankung unklar.

Methode: Neben anderen Faktoren wird eine erhöhte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse diskutiert, die bei depressiven Patienten ohne Herzerkrankung häufig beschrieben wurde. In diesem Beitrag sollen die bisherigen Studienergebnisse zur Assoziation zwischen Depression und Cortisol bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren vorgestellt werden. Zudem sollen mögliche Mechanismen diskutiert werden, durch die eine erhöhte Cortisolsekretion zu einer gesteigerten Prävalenz von

Herzerkrankungen bei depressiven Patienten bzw. zu einer schlechteren Prognose bei depressiven im Vergleich zu nicht-depressiven Patienten mit Herzerkrankung führen kann.

Diskussion/Ergebnisse: Weiterhin werden neue eigene Ergebnisse vorgestellt zum Zusammenhang zwischen einem Serotonin Transporter Gen Polymorphismus, Depression und. Cortisolsekretion aus einer laufenden prospektiven Kohortenstudie, die den Zusammenhang zwischen Depression und kardialen Outcome während eines fünfjährigen Follow-up bei 1024 Patienten mit Herzerkrankung untersucht (Heart and Soul Studie).

0036

Aktivität des HHN-Systems und antidepressive Wirksamkeit bei akut depressiven Patienten

Cornelius Schüle (LMU München, Psychiatrie und Psychotherapie)

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 03

HS-013 Hauptsymposium

Psychische Störungen und Hirnentwicklung

Vorsitz: M. Schulte-Markwort (Hamburg), B. Herpertz-Dahlmann (Aachen)

0041

Autismus – auch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung des Gehirns?

Beate Herpertz-Dahlmann (Universitätsklinikum Aachen, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
G. Fink, K. Konrad

0042

Hirnentwicklung und depressive Störungen des Kindes- und Jugendalters

Michael Schulte-Markwort (UKE Hamburg, Kinder- u. Jugendpsychosomatik)

0043

Hirnentwicklung bei umschriebenen Entwicklungsstörungen am Beispiel der Lese-Rechtschreib-Störung

Gerd Schulte-Körne (Universitätsklinik Marburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 04/05

HS-014 Hauptsymposium

NWG Grundlagensymposium: Das alternde Gehirn

Vorsitz: G. Kempermann (Berlin), H. Förstl (München)

Das diesjährige Grundlagensymposium in Zusammenarbeit mit der Neurowissenschaftlichen Gesellschaft (NWG) beschäftigt sich mit der Biologie des alternden Gehirns. Was ändert sich, wenn wir altern? Altern jede Zelle? Altern Gene? Ist unser Altern determiniert? Wie hängen alternde Hirnstruktur und alternde Funktion zusammen? Die drei Vorträge stellen Forschungsergebnisse dar, die sich mit Genen, Zellen, und Hirnfunktionen im Alter beschäftigen. Ziel ist zu zeigen, daß die einzelnen Ebenen der Betrachtung noch sehr

unterschiedliche Fragen stellen und sehr verschiedene Antworten liefern können. Die aufregende Entwicklung der letzten Jahre liegt aber darin, daß sich im Begriff der „Plastizität“ ein (noch unvollkommenes) Konzept entsteht, das von Molekular- und Zellbiologie bis zur Psychologie integrierend wirken kann. Aus solchen interdisziplinären Betrachtungen erwachsen auch neue Ansätze für die Medizin und insbesondere die Psychiatrie.

0044

Regulationsmechanismen des Alterns im Fadenwurm *Caenorhabditis elegans*

Maren Hertweck (Universität Freiburg, Bioinformatik, Molek. Genetik)

Die letzten 15 Jahre haben gezeigt, dass der Fadenwurm *Caenorhabditis elegans* ein ausgezeichnetes genetisches Modell zur Erforschung von Alterungsprozessen in Vielzellern darstellt. In genetischen Screens sowie Epistase Experimenten sind eine Reihe von Mechanismen und ihre Gene identifiziert worden, die die Alterung des Fadenwurms steuern oder modulieren. Diese Mechanismen sind fast immer bis hin zu Maus und Mensch konserviert. Einer der zentralen und hoch konservierten Regulationsmechanismen des Alterns ist der Insulin/IGF-1 Signalweg mit seinem Insulinrezeptor DAF-2 und dem Forkhead-Transkriptionsfaktor DAF-16/FOXO. Befindet sich der Transkriptionsfaktor im Kern, kann er die Expression einer Vielzahl altersrelevanter Gene aktivieren oder reprimieren. Darüberhinaus wird DAF-16 auch von anderen Regulationsmechanismen und Stress Signalwegen gesteuert beziehungsweise diese sind von DAF-16 abhängig. So konvergieren zum Beispiel an DAF-16 andere Wege wie der Keimbahn-Signalweg, der TOR-, TUBBY-, oder der JNK- Stresssignalweg. Mitochondriale Mechanismen sowie kalorische Restriktion beeinflussen dagegen das Altern des Wurmes unabhängig von DAF-16. Anders als in höheren Vertebraten hat die Länge der Telomere in *C. elegans* – ein post-mitotischer Organismus – keinen Effekt auf die Alterung.

0045

Altern: die Zellen. Zellverluste und Plastizität im alternden Mausgehirn.

Gerd Kempermann (MDC für Molekulare Medizin, AG Neuronale Stammzellen, Berlin)

Einleitung: Das Altern des Gehirn wird in einem nicht geringen Maße von Substanzverlusten geprägt, die aber interindividuell sehr unterschiedlich sind und nicht in strenger Korrelation zur kognitiven Leistungsfähigkeit stehen. Gleichzeitig finden sich auch im alten Gehirn noch erstaunliche Anpassungsvorgänge bis hin zur Neubildung von Zellen, die die Vorstellung, das alternde Gehirn sei überhaupt nur von Verlusten geprägt, widerlegen. „Plastizität“ aber ist ein schwer zu fassender Begriff, der der interdisziplinären Betrachtung bedarf. Auf zellulärer Ebene dürfte Plastizität im alternden Gehirn eine weitaus größere Rolle spielen als noch vor wenigen Jahren angenommen.

Methode: Der Vortrag gibt einen Überblick über den Stand der Forschung zur Zellbiologie des alternden Gehirn, mit einem Schwerpunkt auf der Frage, welchen Stellenwert zelluläre Plastizität für „erfolgreiches Altern“ hat.

0046

Altern: die Funktion. Ressourcenwettbewerb im alternden Gehirn des Menschen.

Ulman Lindenberger (Max-Planck-Institut, Berlin)

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 07

HS-015 Hauptsymposium

Chronische Posttraumatische Belastungsstörung – Biologie und Therapie

Vorsitz: U. Frommberger (Offenburg), A. Maercker (Zürich)

Die Forschung zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) hat sich zunächst auf schwerwiegende, einmalige Ereignisse wie Unfälle, Katastrophen oder Kriegserlebnisse konzentriert. In den letzten Jahren wurden vermehrt Erkrankungen untersucht, die in Folge chronischer, anhaltender Traumatisierung auftreten, z.B. die komplexe PTSD. Das Symposium soll die untersuchten Krankheitsbilder, die dazu durchgeführte biologische Forschung und die Auswirkungen auf den Verlauf und die Therapie darstellen. Martin Driessen stellt die strukturell und funktionell bildgebenden Untersuchungen der Bielefelder Arbeitsgruppe zur komplexen PTSD dar, die paradigmatisch bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen mit und ohne zusätzliche PTSD durchgeführt wurden. Die bisherigen Ergebnisse zeigen: 1. Komplex traumatisierte Patienten aktivieren beim Abruf traumatischer Ereignisse überwiegend rechtshirnige Netzwerke, die mit emotionaler Kontrolle in Zusammenhang gebracht werden können (orbitofrontaler Cortex, anteriores Cingulum, Insel), während gesunde Personen beim Abruf negativer belastender Ereignisse ein kortikal deklarativ-sprachrelevantes Netzwerk aktivieren. 2. Komplex Traumatisierte, die auch die Kriterien einer PTSD erfüllen, aktivieren ein (para)limbisches Netzwerk, während diejenigen ohne PTSD eher ein präfrontal-paralimbisches Netzwerk aktivieren. Erste Verlaufsuntersuchungen scheinen darauf hinzudeuten, dass sich diese Verarbeitungsmuster auf neuronaler Ebene bereits zu einem Zeitpunkt ändern, zu dem klinische Veränderungen noch nicht nachvollziehbar sind. Therapeutisch lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen schlussfolgern, dass wesentliche Interventionsziele bei komplex Traumatisierten die Reduzierung emotionaler Übererregbarkeit und die Förderung höherer kortikaler (u.a. sprachrelevanter) Verarbeitungsprozesse sein sollten. Anke Karl berichtet therapieinduzierte Veränderungen in der physiologischen Reagibilität auf traumarelevante Reize bei 42 Verkehrsunfallopfern, die an einer randomisierten Kontrollgruppenstudie (Ko-Leitung: A. Maercker) teilnahmen, bei der eine kognitive Verhaltenstherapie mit einer Wartekontrolle verglichen wurde. Während Unfallpfer mit vollständiger und subsyndromaler PTSD vor der Therapie auf visuelle traumarelevante Stimuli erhöhte Herzraten, Schreckreaktionen (EMG am orbicularis oculi), frontale P300 Amplituden und ausgeprägtere Asymmetrien im Alphaband des EEG zeigten, als beide Kontrollgruppen ohne Symptomatik (Gesunde, Unfallpfer ohne PTSD), konnte zu Therapie bei den Patienten der Therapiegruppe eine signifikante Reduktion dieser physiologischen Hyperreagibilität nachgewiesen werden. Diese Befunde deuten darauf hin, dass eine durch Psychotherapie induzierte klinische Verbesserung mit Normalisierungen peripher-physiologischer und zentralnervöser Prozesse einhergeht. Martin Sack zeigt dass Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen verminderte Ressourcen auf der psychischen, psychosozialen und biologischen Ebene (Stressregulationsfähigkeit, Herzratenvariabilität) aufweisen. Diese Befunde bestätigen die Notwendigkeit einer ressourcenfördernden und stabilisierenden Behandlung von Patienten mit chronischer PTSD.

0047

Psychobiologische Folgen und neuronale Verarbeitung traumatischer Erinnerungen bei komplex traumatisierten Patienten

Martin Driessen (Evangelisches Krankenhaus, Zentrum für Psychiatrie, Bielefeld)

Einleitung: Vorgestellt werden die Ergebnisse strukturell und funktionell bildgebender Untersuchungen zur komplexen PTSD dar, die paradigmatisch bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen mit und ohne zusätzliche PTSD durchgeführt wurden.

Method: Neben dem mittlerweile mehrfach replizierten Befund einer Volumenminderung mesiotemporaler Strukturen (Hippocampus und Amygdala) versprechen insbesondere traumaspezifische fMRI-Paradigmen ein besseres Verständnis der neuronalen Verarbeitung traumatischer Ereignisse.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Ergebnisse zeigen: 1. Komplex traumatisierte Patienten aktivieren beim Abruf traumatischer Ereignisse überwiegend rechtshirnige Netzwerke, die mit emotionaler Kontrolle in Zusammenhang gebracht werden können (orbitofrontaler Cortex, anteriores Cingulum, Insel), während gesunde Personen beim Abruf negativer belastender Ereignisse ein kortikal deklarativ-sprachrelevantes Netzwerk aktivieren. 2. Komplex Traumatisierte, die auch die Kriterien einer PTSD erfüllen, aktivieren ein (para)limbisches Netzwerk, während diejenigen ohne PTSD eher ein präfrontal-paralimbisches Netzwerk aktivieren. Erste Verlaufsuntersuchungen scheinen darauf hinzudeuten, dass sich diese Verarbeitungsmuster auf neuronaler Ebene bereits zu einem Zeitpunkt ändern, zu dem klinische Veränderungen noch nicht nachvollziehbar sind. Therapeutisch lässt sich aus den vorliegenden Ergebnissen schlussfolgern, dass wesentliche Interventionsziele bei komplex traumatisierten die Reduzierung emotionaler Übererregbarkeit und die Förderung höherer kortikaler (u.a. sprachrelevanter) Verarbeitungsprozesse sein sollten.

0048

Biopsychologische Korrelate erfolgreicher kognitiv-verhaltenstherapeutischer Intervention bei Verkehrsunfallopfern mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTB)

Anke Karl (University of Southampton, School of Psychology)

Einleitung: Rezente Studien konnten zeigen, dass Überlebende schwerer Verkehrsunfälle mit vollständiger oder subsyndromaler PTB gut von einem manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramm profitieren (Blanchard et al., 2003) und dass Symptomverbesserungen mit peripherphysiologischen Veränderungen einhergehen (Blanchard et al., 2002, Karl et al., 2004) können.

Method: Daher wurden 42 Unfallopfer in eine randomisierte Kontrollgruppenstudie eingeschlossen, von denen 21 der Therapie- und 21 der Wartekontrollbedingung zugeteilt wurden (Maercker et al., in press). Neben psychodiagnostischen Untersuchungen zu drei Messzeitpunkten (Prä- und Post-Therapie, 4-Monatskatamnese) wurden auch eine Reihe psychophysiologischer Parameter abgeleitet. Die physiologische Reagibilität auf emotionale Bilder (traumarelevante und -irrelevante) wurde erfasst mittels EEG (ereigniskorrelierte Potentiale (EKP), Asymmetrie im Alphaband), Schreckreaktion (EMG am m.orbicularis oculi), Herzrate und Hautleitfähigkeit.

Diskussion/Ergebnisse: Vor der Therapie wurden eine Herzratenakzeleration, erhöhte Schreckreaktionen sowie erhöhte frontale P300 Amplituden des EKP und eine relativ verringerte Alphaaktivierung in der rechten Hemisphäre während der Betrachtung der traumarelevanten Stimuli gefunden. Diese Veränderungen waren signifikant positiv mit der PTB-Schwere korreliert. Nach der Therapie waren die Herzratenreaktion, die frontale P300-Amplitude sowie die Alphaasymmetrie reduziert. Die therapieinduzierte Symptomverbesserung war wiederum signifikant positiv mit der Reduktion der physiologischen Reagibilität korreliert. Die Ergebnisse dieser Längsschnittstudie indizieren, (a) dass erfolgreiche kognitive Verhaltenstherapie von adaptiven biopsychologischen Veränderungen begleitet wird und (b) die Einbeziehung physiologischer Therapieerfolgsmasse weiteren Aufschluss über Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB geben kann.

0049

Psychische, psychosoziale und biologische Ressourcen bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

Martin Sack (Klinikum rechts der Isar, Klinik für Psychosomatik, München)

Einleitung: Patienten mit chronischen und komplexen Traumafolgestörungen leiden häufig an einem Defizit von regulatorischen Res-

ourcen. Dies betrifft insbesondere die Fähigkeit zur Selbstregulation und zur Regulation von Affekten, die Fähigkeit zur Kommunikation und zum Aufbau von befriedigenden zwischenmenschlichen Kontakten – sowie auf der biologischen Ebene – die Fähigkeit, Stressbelastungen zu regulieren.

Method: Wir stellen Ergebnisse empirischer Untersuchungen aus mehreren Stichproben traumatisierter Patienten vor. Die Ausprägung von Ressourcen bei Patienten nach Einzeltraumatisierung wurde mit Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen finden sich eine signifikant geringer ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstregulation mit entsprechenden häufiger geschildertem impulsiven und selbstverletzenden Verhalten und verstärkter Suizidalität, sowie eine signifikant geringere soziale Unterstützung. Ergebnisse einer psychophysiologischen Untersuchung während Konfrontation mit einer individuellen traumatischen Erinnerung zeigte bei Patienten mit komplexer PTBS zudem eine signifikant verlängerte Stressreaktion. Unsere Befunde bestätigen die Notwendigkeit einer ressourcenfördernden und stabilisierenden Behandlung von Patienten mit chronischer PTBS.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 17/18

S-110 Symposium

Neurobiologie der Psychotherapie

Vorsitz: A. Stirn (Frankfurt), K. Maurer (Frankfurt)

0530

Psychotherapie und Bildgebung

Konrad Maurer (Universitätsklinikum Frankfurt, Psychiatrie und Psychotherapie)

0531

Neuronale Korrelate meditativer Zustände

Rainer Göbel (J.-Wolfgang-Goethe-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Frankfurt)

0532

Funktionelle Bildgebung und Neuropsychologie bei Jugendlichen und Erwachsenen Patienten mit dissoziativen Störungen

Hans Markowitsch (Universität Bielefeld, Psychologie u. Sportwissensch.)

Einleitung: Psychische Stress- und Trauma-Ereignisse wurden noch vor wenigen Jahren nahezu ausschließlich den Bereichen Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie zugeordnet. Erst die Aufdeckung physiologisch messbarer Einwirkungen dieser Erlebnisse auf das Gehirn und tierphysiologische Untersuchungsergebnisse zu Einflüssen von Stresshormonen (Glucocorticoiden) auf neuronales Gewebe führten zu einer neuen Sichtweise derartiger Erkrankungen, die auch die Neurologie und Neuroradiologie mit einbezog.

Method: Es wurden 14 Patienten mit der Diagnose ‚Dissoziative Amnesie‘ hinsichtlich ihres cerebralen Glukosestoffwechsels mittels Positronen-Emissions-Tomographie untersucht. Mit allen Patienten wurde eine sehr umfangreiche neuropsychologische und Persönlichkeitsdimensionen betreffende Testbatterie durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Hauptergebnisse waren selektive, meist das ganze bisherige Leben und zumindest mehr als eine Dekade umfassende Amnesien im autobiographischen Bereich bei erhaltenem Allgemeingedächtnis („Wissenssystem“) und Verminderungen im Hirnstoffwechsel, die primär fronto-temporale Bereiche umfassten.

Eine Zusammenführung der Daten erbrachte eine signifikante Stoffwechselreduktion im rechten inferolateralen Präfrontalbereich. In der Regel ließen sich für die Patienten bedeutende Stresserlebnisse in ihrem bisherigen Leben meist mit Kindheit und Jugendalter beginnend nachweisen. Diese Ergebnisse bedeuten, dass Umwelteinwirkungen wie Stress- und Traumaerlebnisse bei entsprechend sensibilisierten Patienten zu mnestischen Blockaden im autobiographischen Gedächtnisbereich und damit einhergehend zu Stoffwechselverminderungen in Hirnregionen führen können, die für eine synchrone Aktivierung emotionaler und kognitiver Erinnerungen relevant sind.

Freitag, 24.11.2006 – 17:15–18.45 Uhr, Salon 21

S-133 Symposium

Vom Stimulus zum Engram neurobiologische Gedächtniskorrelate

Vorsitz: C. Lange-Asschenfeldt (Düsseldorf), T. Supprian (Düsseldorf)

0647

Von Mäusen und Menschen im Labyrinth

Matthias Riepe (Charité Berlin)

0648

Synaptische Plastizität und Metaplastizität: Ist Langzeitpotenzierung ein gutes Gedächtnismodell?

Christian Lange-Asschenfeldt (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Abt. Gerontopsychiatrie)

P. Lohmann, M. Riepe

Einleitung: Als zentraler Mechanismus der Gedächtnisbildung wird seit langem eine aktivitätsabhängige Verstärkung der synaptischen Effizienz postuliert. Seit der Entdeckung des Phänomens im Jahre 1973 gilt die Langzeitpotenzierung („long-term potentiation“, LTP) diesbezüglich als aussichtsreichste Kandidatin für eine solche Gedächtnisprozessen zu Grunde liegende Effizienzsteigerung, da es hierbei nach kurzfristigem intensivem synaptischem Input zu einer langfristig überdauernden Verstärkung der Übertragung kommt. Gut reproduzierbare Befunde untermauern diese Hypothese: (1) LTP ist am zuverlässigsten im Hippokampus auslösbar, der für die Gedächtnisformation von fundamentaler Bedeutung ist, (2) Rhythmische „Bursts“ elektrischer Aktivität, die LTP auslösen, imitieren den natürlichen Theta-Rhythmus, der während explorativen Verhaltens gemessen werden kann, (3) Inhibitoren hippokampaler LTP hemmen auch Lernvorgänge, (4) viele biochemische Veränderungen während LTP treten auch im Gefolge von Gedächtnisprozessen auf.

Methode: In unserer Arbeit untersuchten wir elektrophysiologisch Hippokampusabschnitte von Mäusen in verschiedenen Trainingsstadien einer komplexen Aufgabe zur räumlichen Orientierung (s. Vortrag 1 dieses Symposiums) auf ihre synaptische Effizienz (synaptische Plastizität) und darauf folgende Auslösbarkeit von LTP (Metaplastizität).

Diskussion/Ergebnisse: Überraschend fanden wir eine anhaltende Reduktion („long-term depression“, LTD) der Baseline-Übertragung durch Training, die gut mit dem Trainingserfolg korrelierte. Dafür fand sich bei reduzierter Baseline eine deutliche Verstärkung der dann durch Tetanisierung der Scheiben (Schaffer'sche Kollaterale) induzierten LTP. Unsere Befunde sprechen für ein komplexes Zusammenspiel von LTP und LTD als Grundlage für das hier untersuchte räumliche Lernen und gegen eine Parallelisierung von Lernen und LTP alleine. Daneben konnte gezeigt werden, dass das Maximum dieser funktionellen synaptischen Aktivitätsänderung in der untersuchten Schaffer-Kollaterale-CA1 Synapse bereits in frühen Lernsta-

dien eine Sättigung trotz nachweisbaren weiteren Lernfortschritts erfährt, was dafür sprechen könnte, dass diese Synapse nur bei der Initiierung räumlichen Lernens eine Rolle spielt und weiteres Lernen anderswo stattfindet.

0649

Gefühlte Erinnerung: Emotionale Modulation von Gedächtnisprozessen

Susanne Erk (Universität Bonn, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Tierexperimentelle Untersuchungen, Läsionsstudien sowie bildgebende Studien am Menschen konnten reliabel zeigen, dass der Amygdala bei der emotionalen Gedächtnisbildung eine zentrale Rolle zukommt. Es wird angenommen, dass der neuromodulatorische Einfluss der Amygdala auf die Gedächtniskonsolidierung im Hippokampus durch den Einfluss von Stresshormonen erfolgt. Ziel der hier vorgestellten Untersuchung war die Beantwortung der Frage, ob, ähnlich wie bei einer pharmakologischen Blockade von Stressreaktionen und dem damit verbundenem Erinnerungsverlust, auch die willentliche Emotionsunterdrückung einen Effekt auf die Langzeitgedächtnisbildung hat.

Methode: 16 weibliche Versuchspersonen wurden mit neutralen und negativen Bildern konfrontiert, wobei die emotionale Reaktion entweder zugelassen oder unterdrückt werden musste. Ein Jahr später wurde die Erinnerung an die Stimuli im Rahmen einer fMRT-Messung getestet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Amygdala und Hippocampus nur bei erfolgreich erinnerten negativen Ereignissen, bei denen eine emotionale Reaktion während des Enkodierens zugelassen wurde, reagieren. Während der Einspeicherung waren sowohl dopaminerge Strukturen als auch der Hippocampus spezifisch aktiv, wenn negative Ereignisse, auf die eine emotionale Reaktion zugelassen wurde, 1 Jahr später tatsächlich erinnert wurden. Daraus kann geschlossen werden, dass die willentliche Unterdrückung der Reaktion auf einen emotionalen Stressor die langzeitgedächtnisrelatierte Hirnaktivität während des Einspeicherns und des Wiedererinnerns vermindert. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund neuerer Erkenntnisse zur dopaminergen Modulation der Hippokampusaktivität sowie der Salienzhypothese diskutiert.

0650

Gedächtnis und Neurodegeneration: Ein neues transgenes Alzheimer-Modell

Thomas Bayer (Universität des Saarlandes, Neurozentrum, IGPUP, Homburg)

Einleitung: Tiermodelle helfen die molekularen und zellulären Veränderungen bei der Alzheimer Demenz (AD) besser zu verstehen. Im Mittelpunkt der aktuellen Forschung steht das β -Amyloidvorläuferprotein (APP), welches das β -Amyloid Peptid A β durch proteolytische Spaltung freisetzt. Die Neurone produzieren die A β -Peptide, die sich dann als extrazelluläre Plaques im Neuropil ablagern. Sie sind jedoch auch deren toxischer Wirkung ausgesetzt. Es ist bekannt, dass die Plaques nicht mit dem Gedächtnisverlust korrelieren. Eine große Zahl von Studien an APP transgenen Mäusen ergab ebenfalls keinen Zusammenhang. Obwohl die APP transgenen Mäuse Plaques produzieren, hat sich daraus kein Nervenzellverlust entwickelt. Wie ist dann die toxische Wirkung von A β zu verstehen?

Methode: Mit der Entwicklung eines neuen transgenen Mausmodells, welches mutantes APP und Presenilin-1 exprimiert ist nun ein Durchbruch gelungen. Diese Mäuse zeigen eine alters-abhängige Degeneration von Nervenzellen (CA1 Neurone im Hippocampus) und Axonen in verschiedenen Hirnregionen. Im Alter von 6 Monaten haben die Mäuse einen 25%-igen Nervenzellverlust, der sich auf 50% erhöht im Alter von 10 Monaten. Gleichzeitig entwickelt sich eine axonale De-

generation. Zwischen 2 und 6 Monaten steigen die Spiegel, sowohl der intraneuronalen A β -Peptide, als auch der Plaques (extrazellulär). Im Alter von 6 Monaten lässt sich keine synaptische Übertragung zwischen den Schaffer-Kollaterale und den CA1 Neuronen (Langzeit-Potenzierung) mehr messen. Im Verhaltenstest für Hippocampus-basierte Tests (Morris water maze und T-maze continuous alternation task) zeigen die Mäuse eine signifikante Reduzierung der Leistungen zu diesem Zeitpunkt. Diese Beobachtungen korrelieren jedoch nur mit der intraneuronalen Akkumulation von A β und nicht mit den Plaques.

Diskussion/Ergebnisse: Besonders toxisch wirken N-trunkierte A β 42 Peptide. Sie inhibieren vermutlich den Protein-Transport und schränken die Leistungsfähigkeit der Neurone ein, bis sie schließlich absterben. Das Ziel muss sein die intrazelluläre Aggregation von A β und deren negativen Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Neurone zu verhindern.

0651

Suchtgedächtnis: Neuronal kodierte Verhalten als irreversible Gedächtnisprägung

Jobst Böning (Höchberg)

Die Existenz eines Suchtgedächtnisses (SG) und seine Bedeutung für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Lösungsresistenz süchtigen Verhaltens wird durch neurobiologische Grundlagenkenntnisse und ein anthropomorphes Langzeit- Lernmodell der Sucht beim Tier gestützt. Im Kontext sozialer Lernprozesse wird die individuelle süchtige Biographie über das verhaltensbiologische Verstärkersystem und subkortikale Rückkopplungsschleifen zu einem irreversiblen Gedächtnisprogramm kodiert. Von der molekularen Trägerebene über die neuronale Musterebene kommt dem vornehmlich im episodischen Gedächtnis verankerten und jeweils individuell erworbenen SG hohe Bedeutung auch für das Rückfallgeschehen und eine ätiologieorientierte Therapieoptimierung zu. Die individuelle Cue-Reaktivität in Folge von Lern- und Gedächtnisprozessen kann durch Neuroimaging – Methoden (fMRT, EKP) abgebildet werden. Beispiele für Nikotin-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und für sog. Verhaltenssuchte (exzessives pathologisches Spielen, pathologischer PC-gebrauch) werden exemplarisch dargestellt.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Oslo

S-147 Symposium

Computational Neuroscience und Neuropsychiatrie: Präfrontaler Kortex, Dopamin und Schizophrenie

Vorsitz: G. Winterer (Düsseldorf), F. Tretter (Haar)

0717

Probleme und Perspektiven der Systemischen Modellierung in der Psychiatrie: Alle Modelle sind falsch, einige sind nützlich. George Box (Statistiker)

Felix Tretter (BKH, Sucht, Haar)

Einleitung: In der Psychiatrie werden Daten aus der Bildgebung zur Gehirnpathologie mit Daten aus dem tierexperimentellen Bereich kombiniert. Solche Erkenntnisse über makroanatomische und mikroanatomische Schaltkreise werden dann häufig als Graph dargestellt. Diese grafischen Modelle sind im wissenschaftstheoretischen Sinn nicht nur Beschreibungen, sondern sogar Erklärungen. Sie müssten allerdings computerisiert werden und über Simulationen getestet werden, denn die Vorstellung allein hilft nicht, um die „Modelle zum Laufen“ zu bringen. Auch bei unzulänglichen Datenlage können heute

im Bereich der (systemischen) Simulationsmethodologie heuristische Modelle gebildet werden.

Methode: International hat sich bereits die „Computational Neuroscience“ etabliert. Sie ist auch für die Psychiatrie interessant (Dayan u. Abbott 2005). Dieser Ansatz ist eine pragmatische, theoriearme Variante der „Systemwissenschaft“ (Systems Science; Bender et al. 2006, Tretter u. Schwerer 2006; s. Tretter et al. 2006). Dieser Ansatz lässt sich ergänzen durch die „Systems Biology“, als aktuelle Theorieentwicklung in der Molekularbiologie und Biochemie (Palsson 2006). Dabei wird versucht, aus den Kenntnissen von molekularen Signalnetzwerken die Zelle als Funktionseinheit am Computer zu rekonstruieren (Palsson 2006). Aktivierung, Hemmung, Konvergenz, Divergenz, Feedbacks und Feedforwards als Prozessnetzwerk interessieren dabei. In der Systembiologie treffen sich Experimentatoren und Theoretiker auf hohem Niveau. Anwendungsbereich ist die Mikrobiologie, die Onkologie und die Immunologie.

Diskussion/Ergebnisse: Psychiatrisch wäre beispielsweise die Analyse der Dynamik des Dopamin-Signalsystems in Pyramidenzellen interessant. Bedenkt man, dass die Pharmakologie bereits viele Erkenntnisse über psychische Erkrankungen auf molekularer Ebene verfügt, dann könnte eine intensivere Auseinandersetzung der Psychiatrie mit diesen naturwissenschaftlichen Systemansätzen sehr fruchtbar sein. Literatur: Tretter et al. 2006: Systems Science, Computational Science and the Neurobiology of Schizophrenia. Pharmacopsychiatry, SI Basics: Dayan, P, Abbott, L. (2005): Theoretical Neuroscience. MIT Press, Cambridge Palsson B (2006): Systems biology Properties of reconstructed networks Cambridge Univ Press, New York

0718

Dopamins funktionelle Rolle für die neuronale und computationale Dynamik im präfrontalen Cortex (PFC)

Daniel Durstewitz (University of Plymouth, Theoretical & Comput. Neurosc.)

Der Neuromodulator Dopamin hat eine Vielzahl verschiedener Wirkungen auf synaptische und spannungsabhängige Ionenkanäle präfrontaler Neurone, die sich nicht als einfache Exzitation oder Inhibition zusammenfassen lassen. Die funktionellen Implikationen dieses komplexen Zusammenspiels dopaminerger Effekte für die kortikale Netzwerkodynamik lässt sich intuitiv kaum mehr erschließen. Biophysikalisch realistische Modellbildung, aufbauend auf physiologischen Messungen, und Methoden der nicht-linearen Dynamik bieten einen Zugang zu derartigen Komplexitätsproblemen, den wir in den letzten 8–10 Jahren verfolgt haben, um die Rolle von Dopamin bei kognitiven Funktionen des PFC zu entschlüsseln. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen legen nahe, dass die scheinbar sehr divergenten Dopamin-induzierten Effekte möglicherweise auf eine gemeinsame Funktion konvergieren. Ein optimaler Dopaminspiegel im PFC könnte demnach eine wirksame Abschirmung von Arbeitsgedächtnisinhalten gegen Störreize und einen optimalen Informationstransfer zwischen Neuronen gewährleisten. Eine Störung dieses Gleichgewichtes kann u.a. Arbeitsgedächtnisausfälle, Aufmerksamkeitsstörungen, Defizite bei der Verarbeitung zeitlicher Sequenzen und „Flüchtigkeit“ repräsentativer Inhalte zur Folge haben.

0719

A computational model of schizophrenic symptoms in attractor networks

Gustavo Deco (Universitat Pompeu Fabra, Computational Neuroscience, Barcelona)

It has been suggested (Rolls 2005, pages 439–440) that in schizophrenia positive symptoms, negative symptoms, and cognitive deficits could arise due to changes in the attractor landscape which facilitate transitions between different dynamical attractors. Positive symptoms, e.g. hallucinations, may be caused by an unstable spontaneous state in tem-

poral cortical areas, so that sensations and evoked memories can occur without external cues. Negative symptoms, e.g. flattening of affect, may be caused by a reduced average firing rate in areas such as the orbito-frontal cortex. Cognitive deficits, e.g. working memory problems, may be caused by unstable attractor states caused by reduced firing rates so that items can not be stored in working memory for a sufficiently long time, and exert a sufficiently strong effect on the target brain regions. Based on these hypotheses, we investigate how the effects could be implemented by variations in synaptic efficacies in an integrate-and-fire attractor neural network framework. We show that negative and cognitive symptoms could be related to a reduction in NMDA currents, whereas positive symptoms might be related to a reduction in the GABA component of the network. Schizophrenia is associated with hypodopaminergia in cortical regions which might cause primarily a lower D1 tone. This might reduce the NMDA and GABA currents. The fact that positive symptoms might have a different mechanism is supported by the fact that they are alleviated by antipsychotic drugs whereas negative and cognitive symptoms may be less affected. Consequently we argue that the net effect of antipsychotic drugs might be an increase in the GABA component of neural networks. Substances facilitating the NMDA current (such as NMDA glycine or D1 agonists) might help to treat working memory and negative symptoms. Overall, we propose a unifying hypothesis of the range of symptoms of schizophrenia and relate it to changes in synaptic conductance in an attractor framework. Rolls ET (2005) *Emotion Explained*. Oxford University Press:Oxford

0720

fMRI: Gibt es Wege von Strukturgleichungsmodellen zur dynamischen Systemanalyse?

Ralf Schlösser (Universität Jena, Psychiatrische Uniklinik)

Die Analyse normaler und gestörter cerebraler Informationsverarbeitung stellt einen wichtigen Ansatz zur Untersuchung der neurobiologischen Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen dar. In den letzten Jahren wurden verschiedene Verfahren zur deterministischen Modellierung kognitiver Systeme auf der Basis von fMRI-Datensätzen vorgeschlagen. Neben den Strukturgleichungsmodellen (Structural Equation Modelling, SEM) zur Analyse interagierender Hirnregionen wurden dynamische Zustandsraum (state-space)-Modellbildungen in der Zeitdomäne eingesetzt (Dynamic Causal Modelling, DCM). Sowohl SEM als auch DCM erheben den Anspruch der Erfassung kausaler, „effektiver“ Konnektivität und gestatten zudem die Beschreibung nicht-linearer Effekte. Beide Verfahren können als Annäherung an die Kopplung mesoskopischer neuronaler Populationen mit definierter Feuerrate sowie an psychophysiologische Interaktionen auf einer makroskopischen Ebene verstanden werden. In der Präsentation sollen die angesprochenen methodischen Verfahren dargestellt und anhand aktuellster Anwendungsstudien aus den Bereichen der Kognitionswissenschaften und Schizophrenieforschung diskutiert werden. Ausblicke auf multimodale Analyseverfahren mit strukturellen Konnektivitätsuntersuchungen (Diffusion-Tensor-Imaging, DTI) werden gegeben. Literatur: Schlösser, R.G., G. Wagner, and H. Sauer, Assessing the working memory network: Studies with functional magnetic resonance imaging and structural equation modeling. *Neuroscience*, 2006. 139(1): p. 91–103. Förderkennzeichen: BMBF FKZ01ZZ0105 und IZKF, TMWFK B307–04004

0721

Cortical Microcircuits in Schizophrenia – The Dopamine Hypothesis Revisited

Georg Winterer (Universität Düsseldorf, Psychiatrie)

In schizophrenia, strong evidence exists for disturbed functional connectivity of cortical micro-circuits particularly in prefrontal cortex. Dopamine, long implicated in antipsychotic drug effects, is crucially

involved in optimizing signal-to-noise ratio of local cortical micro-circuits. This action of dopamine is achieved by means of D1- and D2-receptor-mediated effects on pyramidal and local circuit neurons, which mediate recurrent inhibition and thus contribute to the stability of cortical representations of external and internal stimuli. In schizophrenia, a diminished cortical dopamine D1/D2 activation ratio – in concert with altered GABAergic and glutamatergic transmission appear to critically interfere with this process.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 40

FV-026 Freie Vorträge

Neurobiologie psychischer Erkrankungen

Vorsitz: M. Deuschle (Mannheim), C. Norra (Göttingen)

0127

Visceral adipositas and adrenal gland size in bulimia nervosa patients

Gerhard Eschweiler (UKPP Tübingen, Neuroradiologie)

G. Leitlein, A. Najib, S. Baar, J.-E. Schaefer, J. Machann, F. Schick, B. Ludescher

Einleitung: Visceral adipose tissue (VAT) turn-over is regulated by stress hormones such as e.g. cortisol produced in the adrenal cortex. The aim of this study was to proof the hypothesis that young women with bulimia nervosa suffer from more visceral fat than healthy controls.

Methode: 13 patients with BN and 11 healthy age and weight matched women, aged 24 (3 years) between 18–36 years old, with a BMI of 24 (19 to 29) were examined. Bulimia was diagnosed by DSM-IV criteria and severity by Eating disorder severity (EDI-2). Whole body fat distribution and AV were determined using a whole body MR scan (T1) and a 3D-sequence (T1). The salivary cortisol was determined at 0900 h and 1600 h (A. Gierens, Trier).

Diskussion/Ergebnisse: BN patients had significant more visceral fat per whole body volume (2.6% (1.1) versus 1.8 (0.8) % of VF in healthy controls. The BN patients had also increased adrenal gland volumes ($p < 0.05$) 4.2 (1.8) ml versus 2.8 (1.2) ml, although weight and BMI were not changed EDI-2 correlate with AGV (spearman 0,58 $p < 0.05$) in Bulimia but not with VF (spearman 0,34). VF correlated significantly with AGV in healthy women ($r = 0.62$ $p = 0.02$) but not in BN ($r = 0.39$ $p = 0.2$). There was no correlation in the decrease of cortisol with the AV in both groups between 0900 h and 1600 h. Discussion: The increased visceral fat compartment in BN women point to increased stress in those patients, although simple anthropomorphic data like BMI or WHR were not changed. The increased AGV point to a dysinhibition of HPA axis in BN, which is supported by its correlation with clinical severity of BN (EDI-2). This is the first MR study showing morphological changes in stress associated endocrine organs of young Bulimia nervosa patients. Acknowledgement: The study was supported by the Christina-Barz-Stiftung (T155–13.200)

0128

Effekte experimentell induzierter Rumination und Distraction und Zusammenhänge mit habituellen Copingstilen und basalem Speichelcortisol

Silke Huffziger (Central Inst. of Mental Health, Research Group, Mannheim)

Einleitung: Experimente an dysphorischen Personen zeigten, dass induzierte Rumination im Vergleich zu Distraction zu Stimmungverschlechterung führt. In der vorliegenden Studie wurden solche Effekte im Zusammenhang mit habituellen Copingstilen und basalem Cortisol untersucht.

Method: 42 Studenten wurden nach Induktion trauriger Stimmung randomisiert den Bedingungen Rumination oder Distraction zugeordnet. Stimmung wurde vor (T₁) und nach (T₂) der Stimmungsinduktion und nach der Reaktionsinduktion (T₃) erfasst. An einem darauf folgenden Tag wurde das Tagesprofil von Speichelcortisol erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Stimmungsinduktion führte zu Verschlechterung der Stimmung von T₁ zu T₂, die Reaktionsinduktion zu Beibehaltung (Rumination) bzw. Verbesserung (Distraction) von T₂ zu T₃. Gedächtnisinhalte wurden nach Rumination negativer beurteilt als nach Distraction. Die Effekte blieben nach statistischer Kontrolle der habituellen Copingstile signifikant, jedoch war höhere selbstbezogene Rumination assoziiert mit geringerer Verbesserung der positiven Stimmung nach Distraction. Starker Cortisol-Morgenanstieg war assoziiert mit deutlicherer Verbesserung der Stimmung nach Distraction und geringerer habituellem selbstbezogener Rumination. Erstmals wurde gezeigt, dass die Effekte der Reaktionsinduktion auf Stimmung und Gedächtnis weitgehend unabhängig sind von habituellem Coping und das Ausmaß positiver Effekte nach Distraction mit höherem Cortisol-Morgenanstieg einhergeht. Möglicherweise ist dieser Morgenanstieg assoziiert mit einer besseren Fähigkeit, ablenkende Reize stimmungsförderlich zu verarbeiten, und scheint somit indikativ für adaptive Reagibilität auf äußere Einflüsse.

0129

Vergleich methodischer und neuropsychophysiologischer Effekte in monoaminergen humanen Challenge-Untersuchungen

Christine Norra (Max-Planck-Institut, Experimentelle Medizin, Göttingen)

Einleitung: Monoaminerge Challengeverfahren bieten experimentell die Möglichkeit, unter ausgeprägten akuten Depletions(=„Entleerungs“)-bedingungen der jeweiligen Neurotransmitter (5-HT, DA, NA) klinisch psychopathologische sowie neurophysiologische und neuropsychologische Veränderungsmessungen durchzuführen. Es handelt sich um nicht-invasive, kostengünstige, jedoch zeitintensivere Untersuchungstechniken. Dabei sind verschiedene biochemische und methodische Aspekte zu berücksichtigen, und insbesondere Effekte auf die Stimmung von hoher Relevanz.

Method: In die Studienplanung und Ergebnisinterpretation sind Dosis-Wirkverläufe und Zeitfenster besonders mit einzubeziehen sowie mögliche Nebenwirkungen. Vergleichend sollen einerseits methodisch-technische Aspekte sowie andererseits Ergebnisse gesunder und klinisch psychiatrischer Kollektive der meist verwendeten Depletionstechniken vorgestellt werden, wobei neben dem Alpha-methyl-para-tyrosine-test (AMPT) und dem Phenylalanin/Tyrosin Depletionstest (APTD) die derzeit größte Verbreitung der Tryptophandepletionstest (TDT) gefunden hat. Hier werden exemplarisch Möglichkeiten der Erhebung neuropsychologischer, neurophysiologischer und Neuroimaging-Daten erörtert.

Diskussion/Ergebnisse: Challengeverfahren stellen gut etablierte Instrumente zur Untersuchung von Einflüssen der monoaminergen Vulnerabilität auf diverse psychophysiologische Parameter dar, wenngleich trotz ausgeprägter Depletionssituation nicht immer durchgängig die erwarteten differentiellen Effekte beobachtbar sind. Mögliche Ursachen können die mangelnde Rezeptorspezifität durch die eher globalen Manipulationen der Challengeverfahren (z.B. 5-HT-System im TDT) darstellen sowie Interaktionen mit anderen Neurotransmittersystemen (z.B. Priorität des DA-Systems im APTD). Einen hohen Stellenwert weiterer Studienplanungen sollte auch der heterogenen Datenlage klinischer Kollektive gegenüber gesunden Probanden beigemessen werden.

0130

Der posteriore parietale Kortex: Ein kortikaler „Treiber“ für bimanuelles Lernen?

Albrecht Rilk (UKPP, Tübingen)

F. Andres, F. Hummel, J. Hansmann, M. Hallett, C. Gerloff

Einleitung: In einer Vorstudie konnte eine zeitweise Hochregulation der interhemisphärischen funktionellen Kopplung (gemessen als EEG-Ko-

härenz) als ein Korrelat bimanuellen motorischen Lernens identifiziert werden (Andres et al., Brain 1999;122,855–70). Nun prüfen wir die Hypothese, dass der posteriore parietale Kortex (PPC) die Funktion eines „Treibers“ besitzt, der diese interhemisphärische Kopplung während des Erwerbs neuer bimanueller motorischer Fähigkeiten moduliert.

Method: Normalprobanden (n=18) lernten zwei unimanuelle Fingersequenzen (8 Tastendrucke, mit 1 Hz getaktet) und kombinierten diese zu einer einzigen bimanuellen Fingersequenz (16 abwechselnde Tastendrucke bei 2 Hz). An zwei Zeitpunkten des Lernprozesses wurden EEGs aufgezeichnet; zunächst in der frühen Lernphase, dann in der späten Lernphase. Die Analyse der EEG-Daten erfolgte a) mittels partieller Kohärenz (pCoh), und b) mittels der Directed Transfer Function (DTF). Die Methode der pCoh und die zugrundeliegende Gersch-Kausalität ermöglichen die Identifizierung potentieller Treiber-Kandidatenregionen. Die DTF liefert die Richtung des Informationsflusses zwischen zwei interagierenden Regionen. Zusätzlich wurde eine vergleichende fMRI-Studie (8 Probanden) bei derselben Lernaufgabe durchgeführt, die die Ergebnisse der EEG-Analyse durch räumlich hochaufgelöste Aktivierungsmuster ergänzen sollte.

Diskussion/Ergebnisse: Die pCoh-Analyse zeigte einen signifikanten Einfluss der PPC-Region (CP₃, CP₄, CP_z) auf die interhemisphärische (C₃-C₄) Kopplung in der Frühphase bimanuellen Lernens. Die folgende DTF-Analyse ergab einen signifikanten unidirektionalen Informationsfluss vom mesialen PPC (CP_z, P_z) nach frontozentralen Regionen (Abbildung), während signifikante bidirektionale Kopplungen nicht nachgewiesen werden konnten. Darüberhinaus zeigte das fMRI eine bilaterale Aktivierung von BA7 (Precuneus) während derselben Lernphase als einen weiteren Hinweis auf eine Sonderrolle des mesialen PPC im Verlauf von bimanuellem Lernen. Die Befunde stützen die Hypothese, dass das hier beteiligte kortiko-kortikale Netzwerk eher hierarchisch als selbst-emergent organisiert ist. In der Zusammenschau lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass der (mesiale) PPC den bimanuellen motorischen Lernprozess aktiv steuert.

0131

Störungen des deklarativen Gedächtnisses bei der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie: Die Rolle veränderter neuronaler Prozesse bei der Enkodierung

Kolja Schiltz (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

E. Düzel, K. Zierhut, G. Northoff, B. Bogerts

Einleitung: Wesentliche kognitive Defizite bei der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie werden durch Störungen des Gedächtnisses verursacht. Im Bereich des Langzeitgedächtnisses betreffen diese vornehmlich die kontextreiche episodische Erinnerung. Neuere Studien konnten eine Rolle sowohl von Störungen der Enkodierung und des Abrufes von Gedächtnisinhalten beschreiben, deren Ursache bisher nicht eindeutig geklärt worden ist. Ausgehend von der revidierten Dopaminhypothese der Schizophrenie wurde postuliert, dass die Dysfunktion mesolimbischer dopaminergener Modulation für diese Gedächtnisstörung verantwortlich ist.

Method: In mehreren Studien untersuchten wir die neuronalen Korrelate der Enkodierung und des Abrufes von Informationen des Langzeitgedächtnisses mit fMRI bei Patienten mit paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie.

Ergebnisse/Diskussion: Die Ergebnisse unserer Studien zeigten, dass während der Erkennung von experimentellen Reizen als neu („Novelty detection“) der Aktivität eines dopaminergen mesolimbischen Netzwerkes entscheidende Bedeutung zukommt. Die Aktivität dieses Netzwerkes hing in Gedächtnisparadigmata mit dem Enkodierungserfolg der Probanden zusammen. Wir fanden, dass die Funktionalität dieses Netzwerkes bei Patienten mit paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie gestört ist. Unsere Befunde unterstützen somit die Annahme, dass die dysfunktionale mesolimbische Modulation im Sinne der revidierten Dopaminhypothese eine pathophysiologische Grundlage für die Defizite des Langzeitgedächtnisses der Patienten darstellt.

S-174 Symposium

Optische Bildgebung mit Nah-Infrarot Spektroskopie (NIRS) zur Hirnfunktionsmessung bei psychiatrischen Patienten: Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten

Vorsitz: A. J. Fallgatter (Würzburg), M. L. Schroeter (Leipzig)

0841

Das Hirn beleuchten: Funktionelle Optische Bildgebung beim Menschen und ihre Relevanz für das Verständnis des Begriffes „funktionelle Aktivierung“

Hellmuth Obrig (Charité Berlin, Neurologische Klinik)

Nicht-invasive bildgebende Techniken sind heute fester Bestandteil der neurologischen, psychiatrischen aber auch neurowissenschaftlich-psychologischen Forschung. Grundsätzlich wird versucht cortikale Areale bestimmten Funktionen bei der Verarbeitung auch komplexer Stimuli zuzuordnen und damit den Zusammenhang zwischen Hirnaktivierung und Verhalten zu ergründen. Trotz der faszinierenden Präzision mit der etwa die funktionelle Kernspintomographie cortikale Aktivierungen lokalisieren kann, sind die physiologischen Grundlagen des Verfahrens nur teilweise bekannt. Zentral für ein besseres Verständnis ist es zu beschreiben, wie sich exzitatorische und inhibitorische Aktivität auf neuronaler Ebene in der vaskulären Antwort widerspiegeln. Für die nicht-invasive Bildgebung beim Menschen lassen sich die Korrelation zwischen der vaskulären und der elektrophysiologischen Antwort mit der Kombination von Elektroenzephalographie und Nahinfrarotspektroskopie untersuchen. Der Vortrag führt in die Problematik der neurovaskulären Kopplung als Voraussetzung für funktionelle Bildgebung ein und gibt eine Übersicht über Studien unserer und anderer Gruppen mit der funktionellen NIRS.

0842

Optische Bildgebung zur Untersuchung der kognitiven Entwicklung

Matthias L. Schroeter (Max-Planck-Institut für Kognitive Neurologie, Leipzig)

Einleitung: Optische Verfahren sind aufgrund ihrer geringen Empfindlichkeit gegenüber Bewegungsartefakten und ihrer leichten Anwendbarkeit besonders für die Untersuchung der kognitiven Entwicklung geeignet. Die mit dem Stirnhirn assoziierten exekutiven Funktionen reifen einerseits während der Adoleszenz relativ spät. Andererseits sind sie während des Alterungsprozesses relativ zeitig beeinträchtigt.

Methode: Um die mit der kognitiven Entwicklung einhergehenden Veränderungen exekutiver Funktionen zu charakterisieren, untersuchten wir die neuralen Korrelate der Farb-Wort-Interferenz-Aufgabe nach Stroop mit der funktionellen Nah-Infrarot-Spektroskopie über die gesamte Altersspanne.

Diskussion/Ergebnisse: Von der Kindheit zum Erwachsenenalter nimmt die Fähigkeit zur Interferenzbewältigung während der Stroop-Aufgabe zu. Gleichzeitig kommt es zu einer Zunahme der mit der Stroop-Aufgabe verbundenen Gehirnaktivierung im lateralen präfrontalen Kortex. Alterungsprozesse führen zu einer Verschlechterung der Leistungen in der Stroop-Aufgabe in Verbindung mit einer geringeren Aktivierung im lateralen präfrontalen Kortex. Pathologische Prozesse, wie z.B. die vaskuläre Demenz, können zu einer Beschleunigung dieser Veränderungen führen. Im Resultat scheinen optische Verfahren für die Untersuchung der Entwicklung kognitiver Funktionen besonders geeignet zu sein.

0843

Funktionelle Nahinfrarot-Spektroskopie (fNIRS) zur Untersuchung von Konnektivitätsstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen

Oliver Gruber (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Neben der Darstellung von Hirnstrukturen sowie regionalen Hirnaktivitätsänderungen im Rahmen kognitiver und affektiver Prozesse ermöglichen moderne bildgebende Methoden zunehmend auch die Untersuchung funktioneller Interaktionen zwischen Gehirnregionen bei gesunden Menschen und bei Patienten.

Methode: Unter Anwendung von bereits länger etablierten Untersuchungstechniken (PET, fMRT, EEG) werden dabei verschiedenartige statistische Auswertemethoden, wie z.B. Korrelationsanalysen im Rahmen des psychophysiologischen Interaktionsansatzes oder Pfadanalysen mittels Strukturgleichungsmodellen genutzt, um Aussagen über funktionelle Konnektivitäten zwischen verschiedenen Gehirnarealen zu treffen.

Diskussion/Ergebnisse: Beispielhaft werden neueste Ergebnisse einerseits zu dynamischen Interaktionen zwischen verschiedenen neuronalen Systemen des menschlichen Arbeitsgedächtnisses beim Gesunden sowie andererseits zu Störungen der funktionellen Konnektivität bei Patienten mit bipolarer affektiver Störung präsentiert. Hieran anschließend wird die funktionelle Nahinfrarot-Spektroskopie als komplementäres Verfahren zur Untersuchung funktioneller Konnektivitäten vorgestellt, und die verschiedenen Vor- und Nachteile dieser relativ neuen Methode gegenüber den etablierteren Bildgebungsmethoden werden diskutiert.

0844

NIRS als Alternative zur fMRT bei psychiatrischen Fragestellungen in Forschung und Klinik

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

A.-C. Ehlis, M. M. Richter, K. Zierhut, J. Langer, M. M. Schecklmann, C. G. Bähne, M. M. Plichta

Einleitung: Die fNIRS beruht auf der Tatsache, dass Licht aus dem nah-infraroten Spektrum die Schädelkalotte durchdringen kann und im Hirngewebe fast ausschließlich durch reduziertes und oxygeniertes Hämoglobin absorbiert wird, die sich wiederum in ihrem Absorptionsspektrum unterscheiden. Aus der Differenz zwischen appliziertem und reflektiertem Licht können damit basierend auf einem modifizierten Lambert-Beer-Gesetz (mathematisch-physikalischer Zusammenhang zwischen Absorption und Konzentration) Konzentrationsänderungen von oxygeniertem und reduziertem Hämoglobin gemessen werden. Mit fNIRS wird damit mit optischer Methodik genau die gleiche als Reaktion auf neuronale Aktivität auftretende Durchblutungsänderung gemessen, wie das in der fMRT über die magnetischen Eigenschaften des Hämoglobins geschieht. Entsprechend sind die Kreuzkorrelationen zwischen fNIRS und fMRT-Parametern bei standardisierten Paradigmata sehr hoch (Huppert et al., 2006). Die zeitliche Auflösung von fNIRS ist im Vergleich zu fMRT zwar besser (Messfrequenz bis 10 Hz statt ca. 0.5 Hz), aber es wird die gleiche Durchblutungsänderung gemessen, die der neuronalen Aktivität erst mit einem zeitlichen Abstand von einigen Sekunden folgt. Die räumliche Auflösung von fNIRS ist wesentlich schlechter als bei fMRT (ca. 2 Zentimeter), die Messungen sind auf kalottennahe Kortexregionen beschränkt und es wird auch kein anatomisches Bild der untersuchten Hirnstrukturen generiert. Eine nachträgliche Überlagerung der NIRS-Aktivierungsmuster auf ein anatomisches MRT-Bild ist aber möglich.

Methode: Es werden Untersuchungsansätze vorgestellt, die (1) die fNIRS Mess- und Auswertemethodik auf den Stand der fMRT-

Methodik führen sollen und (2) typische fNIRS Funktionsstörungen bei psychiatrischen Patientengruppen beispielhaft herausarbeiten sollen.

Diskussion/Ergebnisse: Die großen Vorteile der fNIRS im Vergleich zur fMRT liegen gerade bei psychiatrischen Patienten in ihren einfachen und wenig belastenden Messbedingungen. Eine fNIRS-Untersuchung ist im Sitzen, ohne beengende Umgebung, ohne Kopffixierung und ohne Geräuschbelastigung möglich. Unter diesen optimalen Bedingungen sind auch schwerer erkrankte psychiatrische Patienten in der Lage, einfache kognitive und emotionale Aufgaben korrekt auszuführen. Damit sollten Rückschlüsse auf Hirnfunktionsstörungen bei klinisch relevant erkrankten Patientengruppen besser möglich sein als mit dem fMRT. Wegen der relativen Unempfindlichkeit der fNIRS-Methodik gegenüber Artefakten können auch Aufgaben durchgeführt werden, die sprachliche Äußerungen und andere Bewegungen erfordern und es fallen sehr wenige Datensätze wegen Bewegungsartefakten aus einer Auswertung heraus. Da die fNIRS-Untersuchung sehr schnell (ca. 20 Minuten für eine kognitive Messung einschließlich Auf- und Abbau) und absolut nebenwirkungsfrei durchzuführen ist, können große Gruppen von Probanden untersucht und damit die statistische Power der Auswertungen massiv erhöht werden.

T10 Neurochemie / Neurogenetik

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 43

S-016 Symposium

Indikatoren neuronaler Fehlfunktionen bei affektiven und schizophrenen Erkrankungen

Vorsitz: M. Rothermundt (Münster), R. Lencer (Lübeck)

0073

Neurochemische Indikatoren neuronaler und astrozytärer Aktivität bei Schizophrenie und affektiven Erkrankungen

Matthias Rothermundt (Universitätsklinikum Münster, Abt. Psychiatrie)

Neuere wissenschaftliche Untersuchungen verstärken die Evidenz, dass bei schizophrenen wie affektiven Psychosen neben Transmitterstörungen stadienabhängige Veränderungen der Struktur neuronaler und gliärer Zellen bestehen, die sowohl für die Symptomatik als auch den Krankheitsverlauf von großer Bedeutung sind. Eine Reduktion neuronaler Dendriten und Synapsen, eine Verringerung des Zellvolumens und bei depressiven Störungen in Bezug auf Astrozyten auch eine Veränderung der Zellzahl wurden nachgewiesen. Zur Beurteilung der Pathogenese und der Krankheitsaktivität ist daher anzustreben, Indikatoren zellulärer Aktivität zu identifizieren, die in vivo Rückschlüsse auf den Zustand neuronaler und gliärer Zellen zulassen. Die Einbeziehung von Gliazellen ist notwendig, da sie entscheidend an Veränderungen der Neurone beteiligt sind und nicht, wie bis vor kurzem angenommen, lediglich für die Ernährung und Milieugestaltung der Neurone verantwortlich sind. Für die neuronalen Marker BDNF und NGF sowie den astrozytären Marker S100B, die aus dem Serum bestimmbar sind und eine ausreichende Spezifität besitzen, liegen inzwischen mehrere Studien vor, die Veränderungen sowohl bei schizophrenen als auch affektiv kranken Patienten aufzeigen. Die funktionelle Relevanz dieser Veränderungen konnte durch gleichzeitige Erhebung neuropsychologischer, elektrophysiologischer und bildgeberischer Befunde demonstriert werden. Ergebnisse aus diesen Studien werden präsentiert und in Bezug auf ihre diagnostische und therapeutische Relevanz diskutiert.

0074

Dysfunktionen neuronaler Netzwerke für Okulomotorik bei Schizophrenie – Implikationen aus der funktionellen Bildgebung

Rebekka Lencer (Universität zu Lübeck, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Untersuchung okulomotorischer Paradigmen wie der langsamen Augenfolgebewegung stellt eine innovative Strategie dar, um die funktionelle Integrität komplexer neuronaler Netzwerke und kognitiver Prozesse zu erfassen. Okulomotorische Netzwerke können als Modell für höhere kognitive Informationsverarbeitung dienen, da die ihnen zugrunde liegenden anatomischen wie neurophysiologischen Mechanismen gut untersucht und sowohl der sensorische Input wie auch die exekutive Umsetzung in eine motorische Leistung quantitativ messbar sind. Damit kann bei Schizophrenie-Patienten untersucht werden, welche neuronalen Netzwerke, möglicherweise selektiv, beeinträchtigt sind und über welche Verschaltungen eventuell kompensatorische Mechanismen stattfinden. Eine Reihe von Befunden von Zwillingen- und Familienstudien über Langzeituntersuchungen bis hin zu genetischen Kopplungsanalysen spricht dafür, dass die Störung der langsamen Augenfolgebewegung die Kriterien eines Endophänotyp für Schizophrenie erfüllt, d.h. ein genetisch determiniertes neurobiologisches Defizit ist, das an der Pathogenese der Schizophrenie beteiligt

ist und damit Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität liefern kann.
Methode: Die Anwendung dieses Paradigmas in funktionellen Kernspintomographie-Untersuchungen und die Einbeziehung der während der fMRT-Messung registrierten okulomotorischen Daten in die Analyse der Bildgebungsdaten ist daher von besonderem Interesse.

Diskussion/Ergebnisse: So zeigt der Vergleich der Hauptkontraste (langsame Augenfolgebewegung gegen Fixation) zwischen Kontrollen und Patienten, deren Augenfolgeleistung reduziert ist, eine Minderaktivierung im ventralen prämotorischen Kortex. Dieser Befund weist auf eine beeinträchtigte sensomotorische Integrationsleistung bei den Schizophrenie-Patienten hin. Dagegen spricht eine Mehraktivierung im dorsolateralen präfrontalen Kortex, dem Thalamus und dem Kleinhirns für Kompensationsstrategien, die auf Mechanismen der Modulation kognitiver Funktionen wie Planen, Prädiktion, Arbeitsgedächtnis und visuell räumliche Aufmerksamkeit zurückgreifen. Die direkte Korrelation der hämodynamischen Antwort mit den Verhaltensdaten (Geschwindigkeit der langsamen Augenfolgebewegung) zeigt für die schizophrenen Patienten eine Minderaktivierung im bewegungssensitiven Areal V5, was wiederum für eine gestörte Bewegungswahrnehmung spricht. Diese Ergebnisse veranschaulichen, auf welche Weise die funktionelle Kernspintomographie dazu beitragen kann, die neuronalen Korrelate neurophysiologischer Dysfunktionen darzustellen. Die vielfältigen Grenzen dieses Untersuchungsansatzes (Medikamenteneffekte, keine Aussagen über strukturelle Veränderungen, reduzierte zeitliche Auflösung etc.) werden diskutiert.

0075

Gestörte synaptische Plastizität bei affektiven Erkrankungen – Ergebnisse von Zellen, Tiermodellen und Menschen

Claus Normann (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die synaptische Langzeitplastizität reguliert die Übertragungsstärke von Synapsen in vielen Bereichen des Gehirns. Bei der long-term potentiation (LTP) kommt es zu einer Erhöhung der synaptischen Übertragung, bei der long-term depression (LTD) wird diese abgeschwächt. Die synaptische Plastizität gilt als zelluläre Grundlage von Lernen und Gedächtnis. Außerdem spielt sie eine wichtige Rolle in der Neurobiologie von Stress. In späten Phasen der LTP kommt es auch zu strukturellen Veränderungen des Gehirns; neue Synapsen werden gebildet und möglicherweise wird auch die Neuroneogenese im Hippocampus angeregt. Wir untersuchten die synaptische Plastizität in Hirnschnitten von Ratten. Wir konnten zeigen, dass es sowohl durch Serotonin als auch durch Antidepressiva zu einer Hemmung der LTD und damit zu einer verstärkten synaptischen Übertragung kommt. Sowohl Serotonin als auch SSRIs blockieren spannungsabhängige Calcium-Kanäle und hemmen dadurch die LTD. In einem Tiermodell der Depression verhinderte die chronische Gabe von Fluvoxamin eine pathologisch erhöhte LTD. Zusammenfassend weisen diese tierexperimentellen Befunde darauf hin, dass Antidepressiva eine Stress-induzierte Erhöhung der LTD antagonisieren und damit die synaptische Transmission und die Informationsverarbeitung in neuronalen Netzwerken aufrechterhalten. Beim Menschen untersuchten wir visuell evozierbare Potentiale und konnten durch visuelle Stimulation eine langanhaltende Modulation früher VEP-Anteile erreichen. Diese Form der zentralen Plastizität war bei schwer depressiven Patienten deutlich verändert und abgeschwächt; chronische Gabe eines Antidepressivums erhöhte die plastischen Veränderungen. Die Amplituden von Schachbrettumkehr-VEPs war bei Depressiven signifikant erniedrigt und bei Gesunden nach Einnahme eines Antidepressivums erhöht. Diese ersten klinischen Befunde am Menschen legen eine Fehlfunktion der synaptischen Plastizität als pathophysiologisches Korrelat affektiver Erkrankungen nahe.

0076

Neuronale Marker bei Schizophrenie und Affektiven Psychosen: Möglichkeiten und Grenzen der postmortem Forschung

Hans-Gert Bernstein (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

I. Bertram, H. Dobrowolny, G. Keilhoff, H. Biela, U. Lendeckel, B. Bogerts

Einleitung: Trotz des immensen Methodenfortschritts bildgebender Verfahren bleiben hirnstrukturelle postmortem Untersuchungen weiterhin unverzichtbar für die Aufklärung der biologischen Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – insbesondere dann, wenn es gilt, krankheitsbedingte Veränderungen auf zellulärer oder gar subzellulärer Ebene aufzuspüren. Der Einsatz sogenannter zellulärer Marker ermöglicht dabei, Aussagen zu zellchemischen Veränderungen zu treffen.

Methode: Das Rückgrat unserer Untersuchungen bildet die „Neue Magdeburger Hirnsammlung“ mit etwa 120 in Paraffin eingebetteten Gehirnen von gut dokumentierten Fällen von Schizophrenie, Patienten mit affektiven Störungen, Drogentoten und angepassten Normalfällen. Optimierte und standardisierte immunhistochemische Arbeitstechniken ermöglichen es uns, eine ganze Batterie zellulärer Marker zu lokalisieren und zu quantifizieren. Begleitende biochemische und molekularbiologische Untersuchungen an tiefgefrorenem Hirnmateriale runden das Bild ab.

Diskussion/Ergebnisse: Wir werden exemplarisch an ausgewählten neuronalen Markern (Glutamatdecarboxylase 65/67, neuronale Stickoxidsynthase und Neuregulin-1 und seine Isoformen) die großen Möglichkeiten, aber auch die Limitationen, unserer Herangehensweise darstellen. Unterstützt aus Mitteln der Stanley-Foundation und NBL-3.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 21

FV-007 Freie Vorträge

Genetik psychischer Störungen

Vorsitz: T. Schlöpfer (Bonn), F. Jessen (Bonn)

0030

Psychiatrische Erkrankungen bei Primären Fokalen Dystonien in einer großen Kohorte aus Norddeutschland

Susanne Steinlechner (Lübeck)

J. Stahlberg, H. Drücke, J. Hagenah, A. Münchau, H.-J. Rumpf, C. Klein, R. Lencer

Einleitung: Primäre Fokale Dystonien (PFD) zählen zu den häufigsten Dystonieformen. Sie sind dadurch charakterisiert, dass sie durch unbeabsichtigte oder wiederholte Bewegungen zu unnatürlichen Haltungen führen. Einige Studien zeigen, dass Dystonien nicht nur durch die neurologische Symptomatik, sondern auch durch psychiatrische Störungen wie z.B. Zwangsstörungen, Alkoholabhängigkeit oder (rezidivierende) depressive Episoden gekennzeichnet sein können.

Methode: Um die Prävalenz psychiatrischer Symptome bei Patienten mit PFD zu bestimmen, wurden 75 PFD-Patienten aus zwei neurologischen Polikliniken in Norddeutschland untersucht. Mit dem strukturierten klinischen Interview (SKID) I und II und dem Neo-Fünf-Faktoren Inventar (Neo-FFI) wurden die Raten psychiatrischer Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsfaktoren erfasst. Die Ergebnisse wurden mit Prävalenzraten einer norddeutschen Allgemeinbevölkerungsstichprobe verglichen. Weiterhin wurden mit Hilfe des Family History Research Diagnostic Criteria (FH-RDC) Informationen über möglicherweise betroffene Familienangehörige erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Die Lebenszeitprävalenz für psychiatrische Erkrankungen der PFD-Patienten dieser Kohorte lag bei 74,7% (N=56). Die Prävalenz für Achse I-Störung betrug insgesamt 65,5% (49/75),

wobei die meisten Patienten an einer Form der Angststörung 38,7% (29/75) oder einer Major Depression 30,7% (23/75) litten. Bei 34 der 75 PFD-Patienten (45,3%) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Verglichen damit lagen die Lebenszeitprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung in dieser Region bei 35,6% für Achse I-Störungen bzw. bei 15,1% für Angststörungen und 11,5% für Major Depression. Die Ergebnisse des Neo-FFI zeigten im Durchschnitt keine Abweichung zur Normalbevölkerung. Die Rate der PFD-Patienten, die mindestens einen Angehörigen mit einer psychiatrischen Erkrankung hatten, betrug 38,7% (29/75).

0031

Genetische Prädisposition für Neuroleptika-induzierte Bewegungsstörungen: methodische Aspekte einer klinischen Studie

Meike Kasten (Bochum)

G. Eismann, A. Hiller, S. Steinlechner, C. Klein, R. Lencer

Einleitung: Genetische Prädisposition ist ein möglicher Risikofaktor für sekundäre Bewegungsstörungen unter Neuroleptika (sBS). In Phase 1 unserer Studie mit N=100 Patienten zeigten wir, dass eine positive Familienanamnese (FA) für primäre Bewegungsstörungen ein Prädiktor für das Auftreten von sBS ist (Lencer et al. 2004). Ziel ist die Fortführung der Evaluation einer positiven FA für primäre Bewegungsstörungen als Risikofaktor für sBS und Validierung der bisherigen Ergebnisse.

Methode: Konsekutive Untersuchung stationärer Patienten unter stabiler neuroleptischer Medikation über mindestens 14 Tage. Instrumente: Strukturiertes klinisches Interview (M.I.N.I.), FA über semistrukturiertes Interview, sBS durch neurologische Untersuchung und standardisierte Skalen. Vergleich der Stichproben aus Phase 1 und 2 sowie Gesamtauswertung beider Phasen.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt wurden 156 Patienten, 75 (48%) Männer und 81 Frauen (42,1±15,0 Jahre) eingeschlossen. Die Lebenszeitprävalenz für sBS insgesamt betrug 68% (106/156); 79,2% bei positiver FA und 63,4% bei negativer FA ($p=0.052$). Die Gesamthäufigkeit von sBS ist in beiden Phasen vergleichbar, wobei in der ersten Rekrutierungsphase mehr Frühdyskinesien ($p=0.056$) und weniger Spätdyskinesien ($p=0.001$) beobachtet wurden und die erste Rekrutierungsgruppe ($n=100$) jünger ($p=0.014$) war. Der in Phase 1 gesehene Zusammenhang zwischen FA und sBS ($p=0.003$), bestätigte sich in der zweiten Rekrutierungsgruppe ($n=56$) nicht ($p=0.557$), ließ sich aber in der Gesamtgruppe ($n=156$) für die Altersgruppe unter 60 Jahren ($n=132$) nachweisen ($p=0.012$). Stratifizierte Analysen nach Typ der sBS zeigen eine positive Assoziation von Frühdyskinesien mit FA, jedoch keine signifikanten Zusammenhänge für Parkinsonoide, Spätdyskinesien oder Akathisie, bei geringer Fallzahl für Akathisie und Spätdyskinesien. Schlussfolgerungen: Neuroleptika-induzierte sBS scheinen häufiger bei positiver Familienanamnese für primäre Bewegungsstörungen aufzutreten, dieser Zusammenhang hängt jedoch von Patientenalter und Form der sekundären Bewegungsstörung ab. Stratifizierte und multivariate Analysen zur Einbeziehung von Effektmodifikatoren sind für klinische Untersuchungen zu Risikofaktoren von sBS unerlässlich. Als nächstes Studienziel soll die Untersuchungsgruppe erweitert werden, um potentielle Effektmodifikatoren berücksichtigen zu können.

0032

Eine Variation im MAOA Gene ist assoziiert mit der antidepressiven Wirkung von Mirtazapin, aber nicht von Paroxetin bei Major Depression

André Tadic (Universitätsklinik, Psychiatrische Klinik, Mainz)

M. J. Müller, D. Rujescu, R. Kohnen, H. H. Stassen, N. Dahmen, A. Szegedi

Einleitung: Interindividuelle Unterschiede des Erfolgs von Antidepressivabehandlungen sind mit großer Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise genetisch determiniert. Monoaminoxidase A (MOA-A) spielt

eine entscheidende Rolle bei der oxidativen Deaminierung von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Die selektive pharmakologische Hemmung dieses Enzyms bei Patienten mit einer Major Depression ist eine etablierte Therapiestrategie. Das MAOA Gen befindet sich auf dem X Chromosom (Xp11.4-p11.23). Die T → G Substitution an Position 106 in Exon 8 (rs6323) führt nicht zu einer Änderung der Proteinsequenz. Dennoch war in einer Studie das T-Allel assoziiert mit einer geringeren MAO-A Aktivität in 40 Zelllinien. Die vorliegende Studie untersuchte die Hypothese einer Assoziation dieses MAOA Polymorphismus mit dem Ansprechen auf eine antidepressive Behandlung mit Mirtazapin, einem Antagonisten an α_2 -, 5-HT₂- und 5-HT₃- Rezeptoren, sowie mit Paroxetin, einem SSRI.

Methode: N=102 ambulante Patienten mit einer Major Depression (DSM-IV) wurden randomisiert verteilt auf eine Behandlung mit entweder Mirtazapin (Dosisrange 30–45 mg/d) oder Paroxetin (20–40 mg/d). Die Schwere der Symptomatik wurde an den Tagen 0 (baseline), 7, 14, 21, 28 und 42 mittels HAMD-17 untersucht. Zur Bestimmung der Allelvarianten wurde eine PCR-basierte Technik angewendet. Kontinuierliche Daten wurden mittels Kovarianzanalysen für wiederholte Messungen (ANCOVA), Responderraten mittels Kaplan-Meier-Kurven analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Mirtazapin-behandelte Frauen, die homozygot für das T-Allel waren, zeigten ein besseres Ansprechen im Vergleich zu TG/GG-Trägerinnen (ANCOVA: $F=4.5$; $df=1,47$; $P=0.039$; Kaplan-Meier-Analyse, logrank test: $\chi^2=6.25$, $df=1$, $P=0.012$). Bei Männern wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Genotypgruppen gefunden. In der Gruppe der mit Paroxetin behandelten Patienten wurden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede des Therapieerfolgs zwischen den Genotypgruppen gefunden. Der zeitliche Verlauf des Ansprechens und die antidepressive Effektivität von Mirtazapin, aber nicht von Paroxetin, scheint zumindest bei Frauen in klinisch relevanter Weise mit dem hier untersuchten MAOA Polymorphismus assoziiert zu sein. Eine unabhängige Bestätigung in einer weiteren Stichprobe von Mirtazapin-behandelten Patienten mit Major Depression ist notwendig. Sollte diese gelingen, kann die Typisierung dieser MAOA Genvariante gewinnbringende Informationen liefern zur Entwicklung einer individualisierten antidepressiven Behandlung.

0033

Is FKBP5 a genetic marker of depression? A case-control study and analysis of disease related traits

Micha Gawlik (Rottendorf)

K. Möller-Ehrlich, M. Mende, M. Jovnerovski, S. Jung, G. Stöber

Einleitung: A dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis has been proposed as an important pathogenic factor in depression. Genetic variants of FKBP5, a protein of the HPA system modulating the glucocorticoid receptor, have been reported to be genetically associated with improved response to medical treatment and an increase of depressive episodes.

Methode: We examined three single nucleotide polymorphisms (SNPs) in FKBP5, rs4713916 in the proposed promoter region, rs1360780 in the second intron and rs3800373 in the 3'-untranslated region (3'-UTR), in a case-control study of Caucasian origin (affective psychosis: $n=248$; controls: $n=188$) for genetic association and association with disease related traits.

Diskussion/Ergebnisse: Allele and genotype frequencies of rs4713916, rs1360780 and rs3800373 were not significantly different between cases and controls. Two haplotypes, G-C-T and A-T-G, accounted for 86.2% in controls. Odds ratios were not increased between cases and controls, except the rare haplotype G-C-G (OR 6.81), 2.1% of cases and 0.3% of controls. The frequency of rs4713916AG in patients deviated from expected Hardy-Weinberg equilibrium, the genotype AA at rs4713916 in monopolar depression ($P=0.011$), and the two-locus haplotype rs1360780T – rs3800373T in the total sample (overall $P=0.045$) were associated with short duration of disease. Evidence for FKBP5 poly-

morphisms to affective psychosis is weak and challenges FKBP5 as a genetic marker for depression. In summary, our data do not support a significant genetic contribution of FKBP5 to affective psychosis in the analysed markers, and the findings are inconclusive regarding putative risk haplotypes or association with disease-related traits.

0034

Reduzierte Expression des glialen Glutamattransporters EAAT2 im Depressionsmodell der gelernten Hilflosigkeit

Mathias Zink (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrische Klinik, Mannheim)
B. Vollmayr, P. J. Gebicke-Härter, F. A. Henn

Einleitung: Das Depressionsmodell der gelernten Hilflosigkeit trug umfassend zum molekularen Verständnis der Pathogenese depressiver Störungen bei. Aktuell rückte auch eine glutamaterge Theorie der Depression ins Zentrum der Diskussion: Neben erhöhten Liquor- und Blutspiegeln von Glutamat oder Glutamin beruht diese auf den NMDA-antagonistischen Eigenschaften trizyklischer Antidepressiva und der antidepressive Potenz einiger NMDA-Antagonisten. Zusätzlich fanden sich in post mortem-Studien Veränderungen in der Expression vesikulärer und membranständiger Glutamattransporter. Deshalb untersuchten wir die Expression glutamaterger Markergene im Tiermodell der gelernten Hilflosigkeit.

Methode: Tiere der Inzucht-Linien mit hoher Resistenz gegen stress-induziertes, hilfloses Verhalten (cNLH) oder mit hoher Neigung zu diesem Phänotyp (cLH) wurden verhaltensbiologisch und molekular charakterisiert. Mittels semiquantitativer in situ-Hybridisierung wurde die Expression des vesikulären Glutamattransporters vGluT1 und der membranständigen glialen (EAAT1 und EAAT2) und neuronalen (EAAT3 und EAAT4) Glutamattransporter evaluiert.

Diskussion/Ergebnisse: Tiere der cLH-Linie mit hilflosem Verhalten zeigten signifikant reduzierte Expression des quantitativ bedeutsamsten glialen Transporters EAAT2 in hippocampalen und kortikalen Arealen. Zusätzlich fand sich vGluT1 und EAAT4 reduziert, während die Expression von EAAT1 und EAAT3 keine signifikanten Veränderungen aufwiesen. Unsere Untersuchung bestätigt humane post mortem-Studien, die die Expression von EAAT2 und EAAT4 bei depressiven Patienten reduziert fanden. Die verringerte EAAT2-Expression mit der Implikation eingeschränkten Glutamat-Transports aus dem synaptischen Spalt fügt sich in aktuelle pathogenetische Theorien einer dysfunktionalen Glutamat-Überfunktion, die möglicherweise über den NMDA-Rezeptor vermittelt wird. Es ist davon auszugehen, dass ein verbessertes Verständnis der glutamatergen Pathogenese der Depression zu neuen Therapiekonzepten beitragen kann.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-002 Postersitzung

Neurobiologie psychischer Störungen

Vorsitz: R. Hellweg (Berlin)

0009

Anti-BDV antibody responses in psychiatric patients: a long-term follow-up study

Alexander Heinrich (BKH Günzburg, Psychiatrie)
A. Kuhlmei, S. Herzog, K. Bechter

Einleitung: Borna disease virus (BDV) has been proposed to play a role in the etiopathogenesis of human psychiatric disorders, however, it is unknown whether humans might become persistently infected or clear the virus infection. Hoping to gain additional insights into hu-

man BDV infection, we performed a long-term follow-up study of anti-BDV antibody responses in psychiatric patients.

Methode: 94 anti-BDV seropositive patients with the diagnoses of schizophrenic psychosis (n=46), affective disorders (n=19) and other psychiatric diseases (n=29) were followed up for a mean period of 52.9±45.5 months. The mean number of serum analyses was 4.1±2.1. BDV-antibody titers were determined by immunofluorescence assay.

Diskussion/Ergebnisse: Undulating antibody titers with increases or decreases of ≥ 2 titer steps were observed in 61 of 94 patients (65%); negative seroconversion occurred in 31 out of 94 patients (33%) after a median period of 10 months. A subgroup of patients with schizophrenic or affective psychoses had persistently high antibody titers for many years. Comparing subgroups of schizophrenic patients, patients in the early course of the disease (age <30 years, first psychotic episode <5 years) had significantly lower antibody titers compared to patients in more advanced stages (p<0.05). Conclusion: Variable courses of anti-BDV antibody titers have been observed in psychiatric patients with undulating courses, negative seroconversion and persistent seropositivity for many years. It remains to be determined whether these humoral responses are associated with specific clinical disease courses.

0010

Nicotine exposure induces increased expression of nicotinic acetylcholine receptors on B-lymphoblastoids of psychiatric patients vs. healthy controls

Christian Luckhaus (Universität Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)
S. Ferrea, G. Kotrotsios, U. Henning

Einleitung: Nicotinic acetylcholine receptors (nAChRs) in brain are a target for studying mechanisms of nicotine addiction. In psychiatric patients particularly high incidences of smoking have been reported (60 to 80%) vs. 20 to 30% in the general population. As nAChRs are also expressed on leukocytes, these cells may be suitable for studying nAChR turnover in response to nicotine. In contrast to neurons, investigating nAChRs in leukocytes and derived immortalized cells (B-lymphoblastoids) provides a vital in vitro cell system easily accessible from subjects with an ongoing history of smoking.

Methode: Peripheral blood mononuclear cells (PBMC) were purified from blood samples of healthy control subjects and psychiatric patients with schizophrenic or affective psychoses. Stable B-lymphoblastoid cell stems were established after the infection of PBMC with Epstein-Barr virus. Following long-term pre-incubation with nicotine (100 µM) the expression of nAChRs was measured performing radiobinding ligand assays.

Diskussion/Ergebnisse: Binding of radioactive nicotine (0 and 1,2 nM) to B-lymphoblasts was saturable with a first order kinetic and the specific binding of radioactive nicotine increased with increased cell number. A higher nicotine-induced increase of nAChR quantity was measured for psychiatric patients (0,55 fmol per 1xE6 cells) vs. healthy controls (0,2 fmol per 1xE6 cells). Our preliminary data point to group specific differences in nAChR expression after nicotine exposure with a higher receptor up-regulation in patients with psychotic disorders. Immortalised B-lymphoblastoids may be a suitable in vitro model for studying mechanisms of nAChR regulation.

0011

CPAP therapy decreases evening cortisol levels in patients with severe obstructive sleep apnea

Andre Schmoller (UK-SH, Campus Lübeck, Klinik für Psychiatrie)
F. Eberhardt, B. Schultes, U. Schweiger, P. Zabel, A. Peters, K. M. Oltmanns

Einleitung: Patients with obstructive sleep apnea (OSAS) show an activation of the stress systems reflected by increased plasma and urine concentrations of epinephrine (E) and norepinephrine (NE). Treatment

with continuous positive airway pressure (CPAP) decreases plasma E, but not NE levels. An effect of CPAP therapy on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis activation has not been demonstrated as yet.

Methode: We performed a clinical study including 50 patients with OSAS and an apnea-hypopnea-index (AHI) ≥ 40 . Diurnal profiles of salivary cortisol levels were compiled before and after 3 months of treatment with continuous positive airway pressure (CPAP). Six cortisol samples were collected before and after lunch, in the evening, the next morning after awake and before and after breakfast.

Diskussion/Ergebnisse: 38 patients returned after 3 months of CPAP therapy for follow-up. We found that cortisol levels before and after CPAP therapy were within the normal range. However, subjects with severe OSAS showed a significant decrease ($P=0.038$) of evening cortisol levels. We conclude that severe OSAS causes an alteration of the HPA axis with increased cortisol levels in the evening. It seems that primarily patients with a severe OSAS would benefit from CPAP therapy with respect to alterations of the HPA axis.

0012

Einfluss von Atomoxetin auf Zellproliferation und Apoptose in vitro

Ulrike Schaz (Universität Ulm, Anatomie und Zellbiologie)

A. Schulze, J. M. Fegert, T. M. Böckers, A. G. Ludolph

Einleitung: Der selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer Atomoxetin, der in der Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms vor allem auch im Jugendlichen- und Erwachsenenalter zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist in seiner chemischen Struktur dem selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer Fluoxetin sehr ähnlich. Da verschiedene Untersuchungen für Fluoxetin sowohl neurogenetische als auch apoptotische Effekte auf neuronale Zellen zeigen konnten, wurde in dieser in vitro Studie die Wirkung von Atomoxetin auf Zellproliferation und Apoptose untersucht.

Methode: Human embryonic kidney (HEK-293) Zellen und HEK-293-Zellen, die stabil den Noradrenalintransporter exprimieren (HEK-hNET), sowie hippocampale und corticale embryonale (E 18) Zellen aus Ratte wurden mit unterschiedlichen Konzentrationen von Atomoxetin (5–250 μM) für 24 und 72 h inkubiert. Die proliferative bzw. toxische Wirkung auf die Zellen wurde mittels MTT-assay und Immunzytochemie untersucht. Zusätzlich wurden Apoptose und Nekrose durch flowzytometrische Messungen unterschieden.

Diskussion/Ergebnisse: Atomoxetin zeigte in allen untersuchten Zelltypen eine konzentrations- und zeitabhängige zytotoxische Wirkung. Der LC_{50} lag nach 24 h bei etwa 125 μM und nach 72 h bei etwa 75 μM . Durch Flowzytometrie konnte durch Atomoxetin verstärkt induzierte Apoptose nachgewiesen werden. Die apoptoseinduzierenden Konzentrationen lagen für Atomoxetin deutlich höher als in den Vergleichsstudien für Fluoxetin und Paroxetin. Welchen Einfluss Atomoxetin auf apoptotische Vorgänge während der Entwicklung des Gehirns hat und ob die Wirkung von Atomoxetin möglicherweise ähnlich wie bei SSRIs vermutet teilweise auf neurogenetische Effekte zurückzuführen ist, bleibt zu untersuchen.

0013

Stimulation of the Adenosine A2b Receptor Induces IL-6 Release in the Striatum: an In Vivo Microdialysis Study in Balb/C Mice

Hans-Willi Clement (Psychiatrie Freiburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

J. Vazquez, O. Sommer, D. van Calker, E. Schulz

Einleitung: IL-6 and adenosine are two neuromodulators, which are known to interact with each other in the CNS. Moreover they both are thought to be important in the neurobiology of several psychiatric neurological diseases, especially in major depression, Alzheimer disease, epilepsy, stroke and traumatic brain injury. However the relationship and function of these two substances in such pathologies is

at the present not clear enough. It was demonstrated that adenosine stimulate IL-6 synthesis in astrocytes culture. This induction could be involved in the therapeutic effect of the sleep deprivation and electroconvulsive therapy in MD as soon as in the pathogenic of AD. Nevertheless it has not been proved in vivo so far. Therefore the aim of this study was to quantify the IL-6 synthesis after stimulation with different adenosine agonists and antagonists in freely moving mice.

Methode: A CMA/12[®] guide cannula was implanted stereotactically into the left striatum of Balb/C mice (Paxinos and Franklin, 2001). After 7 days the microdialysis probe (CMA/12, 100,000 Da) was inserted and the experiments were performed. Ten perfusates were collected every 30 min for a period of 5 h at a constant flow rate of 2 $\mu\text{l}/\text{min}$. Perfadex[®] (ringer dextran 40) was perfused during the first hour and the drug/control solution during the next four hours. NECA (10–4 M), NECA (10–4 M) + DPCPX (10–6 M) and NECA (10–4 M) + MRS1706 (10–5 M) were diluted in Perfadex[®] and used as drug solution. IL-6 concentrations in the perfusates were quantified with the Quantikine[®]-Kit (IL-6 Mouse Immunoassay).

Diskussion/Ergebnisse: Results: NECA (10–4 M) (potent but non-specific A2b-agonist) enhanced the release of IL-6 significantly ($p<0.05$). This effect was inhibited with the addition of the A2b-antagonist (MRS1706), but not with the A1-antagonist (DPCPX). In conclusion, our results confirm the IL-6 release after A2b stimulation, a phenomenon that could contribute both to the pathophysiology of AD and to the antidepressant effects of SD and ECT.

0014

Central Nervous and Systemic Reactive Oxygen Species in Endotoxemic Shock in Mice

Hans-Willi Clement (Psychiatrie Freiburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

O. Sommer, E. Schulz, E. von Dobschütz

Einleitung: Severe septic shock is often associated with impairment of brain function. Little is known about the effects of endotoxemic shock on central nervous damage caused by the local generation of reactive oxygen species (ROS) due to the lack of a suitable method to differentiate between local central nervous and systemic release. Therefore the aim of our investigation was to differentiate in vivo between the formation of reactive oxygen species (ROS) in central nervous system and systemic release by combination of a microdialysis probe and a venous catheter.

Methode: ROS were detected by electron spin resonance spectroscopy (ESR) infusing 1-hydroxy-3-methoxycarbonyl-2,2,5,5-tetramethylpyrrolidine (CMH 5 mM) as spin label. Stereotactic implantation of the microdialysis probe (CMA-12) was performed for Lewis rats, 250–300 g; hippocampus, or amygdala, or (balb-c mice, 22–25 g; striatum).

Diskussion/Ergebnisse: Primarily CMH was infused via the microdialysis probe (Sampling time 15 min, infusion rate 5 $\mu\text{l}/\text{min}$). After 2 h the rats were killed and blood samples were taken immediately. In both brain areas high radical concentrations and in peripheral blood no paramagnetic signal could be detected. Reverse results with systemic ROS and no brain radical formation were detected when CMH was applied via a venous catheter and the microdialysis probe flashed with ringer. Mouse experiments were 3 h with a 90 min control period in rats and 1,3 $\mu\text{l}/\text{min}$ in mice, followed of a LPS (100 $\mu\text{g}/\text{kg}$) period of 210 min. Sampling time was every 30 min. LPS enhances radical formation up to $35\pm 7\%$ ($n=4$) and was not detectable in blood when CMH was infused via the probe. LPS increases peripheral ROS up to $26\pm 4\%$ ($n=5$) after venous CMH application. The method used is suitable to differentiate between central nervous and systemic released ROS. Although the blood brain barrier seems to be intact there is a local increase of ROS in central nervous system after LPS infusion which might be the mechanism of brain damage in septic shock.

0015

Central Nervous Formation of Reactive Oxygen Species in Endotoxemic Shock in NO-Synthase Treated Mice

Hans-Willi Clement (Psychiatrie Freiburg, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
O. Sommer, J. Vazquez, E. Schulz, E. von Döbschütz

Einleitung: Systemic application of LPS results in enhanced inflammatory processes, characterized by a stimulation of neutrophils and macrophages, this in turn leads to organ diseases or even organ damage. Septic shock is often associated with impairment of brain function. Little is known about the effects of endotoxemic shock on central nervous damage caused by the local generation of interleukin 6 (IL-6) and reactive oxygen species (ROS) in NO-synthase (NOS) treated animals. Therefore the aim of our investigation was to analyze in vivo the formation of reactive oxygen species (ROS) in central nervous system and systemic release.

Methode: ROS were detected by electron spin resonance spectroscopy (ESR) infusing 1-hydroxy-3-methoxycarbonyl-2,2,5,5-tetramethylpyrrolidine (CMH 5 mM) as spin label through the microdialysis cannula. Stereotactic implantation of the microdialysis probe (CMA[®] 12) was performed according to coordinates of Paxinos and Franklin (balb/c mouse 18–24 g; striatum). Central nervous generated IL-6 was quantified using a immunoassay kit from R&D Systems. NOS inhibition was performed by i.p. injection of LNAME (10 mg/kg).

Diskussion/Ergebnisse: A 120 min control period followed by a 3 hours LPS (100µg/kg) period. We started the experiments by infusion of CMH via the microdialysis probe (1,3 µl/min) Sampling time was every 30 min. LPS enhances striatum radical formation up to 35±7%. L-NAME abolish the LPS induced ROS formation. IL-6 increased initially up to 300±30% (basal: 10±3 pg/ml) and return to a steady state of 180±45%. At the end of each experiment, blood was taken by heart puncture and analyzed for blood born ROS by incubation with CMH, ROS increased 21±5% after 3 h LPS. The method used is suitable to differentiate between central nervous and systemic released ROS. As shown in NOS inhibition experiments, enhanced ROS can be blocked in central nervous system in endotoxemic shock which might a protection against brain damage in septic shock.

0016

Brainnet Europe II- A consortium of European Brain Banks

Andrea Schmitt (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Homburg)
H. Kretschmar, P. Falkai

Einleitung: Brainnet Europe (BNE) is a consortium of brain banks in mainland Europe and UK which commenced activities in 2001, expanding to the present grouping in 2004. Individual brain banks within the BNE consortium focus on different CNS disorders. Overall, samples are stored from neurodegenerative and prion diseases, HIV/AIDS, psychoses, movement disorders and motor neuron disease, multiple sclerosis, perinatal brains and from controls.

Methode: Purpose of BNE: To promote brain banking as a research resource for European neuroscience through the provision of a range of brain tissue samples. Furthermore to optimize and harmonize methodology, leading to best practice guidelines for brain banking.

Diskussion/Ergebnisse: New research methods applicable to human brain tissue are developed. Training in brain banking and related methodology is provided and brain tissue is dedicated for research purposes. Requests to Brainnet Europe for brain tissue samples are invited provided that potential users have ethical approval for the studies they wish to pursue.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 13/14

S-130 Symposium

Genetik physiologischer Endophänotypen und ihre Bedeutung für die neuropsychiatrische Forschung

Vorsitz: A. Papassotiropoulos (Zürich), F. Jessen (Bonn)

0630

Genetik des menschlichen Gedächtnisses

Andreas Papassotiropoulos (Universität Zürich, Psychiatrische Forschung)

Einleitung: Experimentelle Arbeiten an Versuchsorganismen haben gezeigt, dass die Bildung und Aufrechterhaltung des Gedächtnisses von der intakten Abfolge einer definierten molekularen Kaskade abhängig sind. Ob diese Kaskade auch beim Menschen relevant ist, ist jedoch weitgehend unklar. Beim Menschen beträgt die Heritabilität verschiedener Gedächtnisfunktionen 50%, was die Bedeutung genetischer Faktoren für das Gedächtnis demonstriert. Ziel: Die Identifizierung und Beschreibung gedächtnisrelevanter Gene und Gen-Clustern beim Menschen.

Methode: Methoden: Eine Kombination aus genomweiter Assoziation (500 K SNP chip), Kandidatengenanalyse und Analyse von Genclustern.

Diskussion/Ergebnisse: Die phänotypische Variabilität der menschlichen Gedächtnisfunktion korreliert mit der genotypischen Variabilität wichtiger Proteine der oben genannten Kaskade wie: NMDA Rezeptoren, metabotrope Glutamatrezeptoren, Adenylcyclase, CAMKII, PKA und PKC. Funktionelle Bildgebung (fMRI) hat gezeigt, dass dieses genetische Profil mit Aktivierungsmustern im Hippokampus und Parahippokampus eng zusammenhängt. Die genomweite Assoziationsstudie hat zu Beschreibung von neuen Genen mit wichtigen Funktionen für die Gedächtnisleistung und zerebrale Aktivierung geführt. Relevante Literatur: de Quervain and Papassotiropoulos, PNAS 2006; 103(11): 4270–4. de Quervain et al., Nature Neuroscience 2003; 6(11): 1141–2.

0631

Effekte von Alter und genetischen Risikofaktoren auf Alzheimer-assoziierte Liquormarker bei kognitiv Gesunden

Julius Popp (Universität Bonn, Psychiatrie)

Einleitung: Die sporadische Alzheimer-Krankheit (AD) manifestiert sich meist nach dem 65. Lebensjahr und weist eine mit dem Alter zunehmende Inzidenz auf. Das Vorhandensein des ApoEε4-Allels ist der wichtigste bekannte genetische Risikofaktor. Für die Erkrankung typische neuropathologische Veränderungen, wie die Ablagerung von Amyloidprotein in Form von Amyloid-Plaques und die Bildung intrazellulärer neurofibrillärer Bündel aus hyperphosphoryliertem Tau beginnen Jahre bis Jahrzehnte vor dem Auftreten erster klinischer Zeichen. Mit dem Ausmaß dieser Veränderungen korrelieren die Erniedrigung der Konzentration von Aβ₄₂, eines Hauptbestandteils der Amyloid-Plaques, und die Erhöhung der Konzentrationen des Tau-Proteins und des hyperphosphorylierten Taus im Liquor cerebrospinalis. Damit können diese Proteine als potentielle Liquormarker für die Früherkennung der AD vor dem Auftreten erster kognitiver Beeinträchtigungen gesehen werden. Alzheimer-typische Konzentrationsveränderungen mit hohem prädiktiven Wert für die Entwicklung einer Demenz wurden bereits für das der Demenz vorausgehende Syndrom der sog. leichten kognitiven Störung beschrieben. Ziel der vorgestellten Arbeit ist, bei kognitiv Gesunden die Effekte des Alters und bekannter genetischer Risikofaktoren auf die genannten Liquormarker zu beschreiben.

Methode: Untersucht wurden 150 neurologische Patienten (Alter: 16–89 Jahre) ohne kognitive Beeinträchtigung, bei denen eine diagnostische Lumbalpunktion erfolgte. Die Konzentrationen von A β ₄₂, A β ₄₀, Tau und phosphoryliertem Tau181 im Liquor wurden bestimmt und eine Genotypisierung für das ApoE Allel durchgeführt. Der Einfluss der Faktoren Alter und Vorhandensein des ApoE ϵ ₄ Allels auf die Konzentrationen der Liquormarker wurde ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse der Untersuchung werden vorgestellt.

0632

Genetik angstassoziierter Endophänotypen

Martin Ekkehard Keck (Universitätsklinik Zürich, Gerontopsychiatrisches Zentrum)

A. Erhardt, P. G. Unschuld, E. M. Meisenzahl, P. Zwanzger, M. Ising, S. Lucae, N. Kern, M. Uhr, R. Lieb, B. Müller-Myhsok, J. Deckert, F. Holsboer, E. B. Binder

Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern – bezüglich Ätiologie und Pathogenese liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse vor. Im Tiermodell bestens dokumentierte Befunde weisen nach, dass Veränderungen der Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse Alterationen des angstassozierten Verhaltens bedingen. Wir konnten erstmals nachweisen, dass Patienten mit Panikattacken im Dexamethason-CRH-Test eine Dysregulation der HPA-Achse, die derjenigen an einer Depression Erkrankter entspricht, aufweisen (Erhardt et al., Neuropsychopharmacology, in press). Dieser Befund unterstreicht die wichtige Rolle der HPA-Achse bei affektiven Erkrankungen. Gleichzeitig konnten wir in Kandidatengen-Assoziationsstudien zeigen, dass Polymorphismen des CRH-Rezeptor 1- sowie des Vasopressin-Rezeptor 1b-Gens die Suszeptibilität für eine Panikstörung erhöhen – beide Rezeptoren spielen eine wesentliche Rolle in der Regulation der HPA-Achse. Ebenso konnten wir einen Zusammenhang zwischen Polymorphismen im Serotonin-Rezeptor-Gen HTR2A und dem Schweregrad der Panikerkrankung nachweisen (Unschuld et al., American Journal of Medical Genetics Part B, in press). Laufende Studien befassen sich aktuell mit kernspintomographisch-volumetrischen Veränderungen des limbischen Systems bei an einer Panikstörung leidenden Patienten.

0633

Assoziation genetischer Varianten auf Bildgebungsparameter bei älteren Gesunden

Frank Jessen (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

In den letzten Jahren sind umfassende Untersuchungen zur Assoziation von genetischen Varianten mit der Alzheimer Krankheit durchgeführt worden. Der bisher stärkste Effekt eines einzelnen Gens auf das Auftreten der Erkrankung wurde konsistent für das Allel 4 des Apolipoproteins E (ApoE) beschrieben. Zahlreiche weitere Polymorphismen tragen möglicherweise mit kleinen Effekten zum Krankheitsrisiko bei. Die Untersuchung von gesunden Personen, die entsprechende Risikogene tragen, ist für die Früherkennungsforschung relevant, da so bestimmt werden kann, wann erste Veränderungen bei der Alzheimer Krankheit präklinisch nachweisbar sind. Außerdem geben diese Untersuchungen Aufschluss über die Effekte dieser Genvarianten im normalen Alterungsprozess. In den letzten Jahren sind insbesondere im Bereich der Bildgebung eine Reihe von Studien veröffentlicht worden, die bei gesunden ApoE4 Trägern auf das Vorliegen einer beginnenden Alzheimer Krankheit hinweisen. In dem Vortrag wird ein Überblick über die bisherigen Befunde bei ApoE4 Trägern aus dem Bereich der Bildgebungsforschung gegeben. Ferner werden Ergebnisse aus eigenen Studien mit FDG-PET und MRT bei gesunden älteren Personen, die genetisch charakterisiert sind, vorgestellt.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 21

S-154 Symposium

Proteomanalytik psychiatrischer Erkrankungen

Vorsitz: H. Jahn (Hamburg), J. Wiltfang (Erlangen)

0749

The role of proteomics in investigating psychiatric disorders: New methods, new possibilities?

Stefan Wittke (Mosaïques-Diagnostics GmbH, Hannover)

Einleitung: All organisms contain thousands of proteins and peptides in their body fluids. A deeper insight into the distribution and the functional relevance of these polypeptides under different physiological and pathophysiological conditions and the resulting discovery of disease specific biomarkers would greatly enhance both diagnosis and therapy. Proteomic methods can provide means to accomplish this grand medical vision. Recently different technological approaches like LC-MS, 2D gel electrophoresis, and SELDI-MS have been developed and evaluated.

Methode: We have developed and validated a proteome-analysis based approach for clinical applications consisting of capillary electrophoresis coupled to mass spectrometry (CE-MS). Additionally software solutions were developed to evaluate the vast amount of information enabling highly reproducible analysis of up to 4000 polypeptides in one sample (Urine, Plasma, Cerebrospinal fluid, Bronchial Lavage) within 60 min (1–3).

Diskussion/Ergebnisse: Currently, more than 5000 samples from healthy volunteers and patients with a variety of diseases have been analyzed. To obtain highest accuracy, data from FT instruments and from different sequencing approaches were combined with the routine CE-TOF-MS analyses (4). The resulting data indicates that an “ideal biomarker”, that allows disease definition with high accuracy, does not exist. However, a panel of biomarkers with high discriminative value can be combined to a specific model in a support-vector-machine based approach. These models of 10–50 defined and partially sequenced peptides and proteins generally show above 90% accuracy in the training set. As any approach based on thousands of parameters is at risk of memorizing, the diagnostic patterns were validated in several clinical studies involving the blinded assessment of hundreds of samples, in general with 80–100% specificity and sensitivity (6–8). In addition, the models, due to their high dimensionality, enable assessment of disease progression and display the success of therapeutic intervention (5–8). References: 1.Kolch et al., Mass Spectrometry Reviews, 24(6):959–977 (2005). 2.Wittke et al., Electrophoresis 26(7–8):1476–1487 (2005). 3.Weissinger et al., Proteomics 6(3):993–1000 (2006). 4.Zürbig et al., Electrophoresis 27(11):2111–2125 (2006) 5.Wittke et al., Am J Transplant 5(10):2479–88 (2005). 6.Theodorescu et al., Lancet Oncol 7(3):230–40 (2006). 7.Decramer et al., Nat Med 12(4):398–400 (2006). 8.Rossing et al., Kidney Int 68(1):193–205 (2005).

0750

Early detection and diagnosis of dementias with specific CSF polypeptide pattern by CE-coupled ESI-TOF-MS

Holger Jahn (Universitätsklinikum Hamburg, Psychiatrie)

Einleitung: Today dementias are diagnosed late in the course of the disease with poor sensitivity and specificity regarding differentiation between various forms. Future treatments will have to start earlier in the disease process to avoid disability. Established biomarkers for Alzheimer disease based on current disease models like tau, phosphotau and abeta peptides are currently tested on their ability to detect Alzheimer pathology in possible early disease stages like Mild cognitive impairment, but

new diagnostic tools may enable us to detect dementias even earlier and guide our understanding of the diseases toward new treatment options.

Method: Sophisticated High-resolution proteome analysis (capillary-electrophoresis coupled to time-of-flight mass-spectrometer) reliably detected over 1000 peptides and low molecular weight proteins in cerebrospinal fluid. A total of 136 CSF-samples were investigated using CE-MS with the aim to define a panel of disease-specific biomarkers that allow the identification and diagnostic labelling of patients with various dementias, mild cognitive impairment and their separation from healthy controls.

Diskussion/Ergebnisse: Using this approach, we were able to define disease specific peptide pattern and identified new synaptic biomarkers, previously not linked with Alzheimer disease, like Testican-1 and ProSAAS fragments pointing toward new battlefields beside plaques and tangles.

0751

DIGETM-basierte multi-dimensionale Flüssigkeitschromatographie (LC-DIGE) lumbalen Liquors von Patienten mit Alzheimer-Demenz

Jens Wiltfang (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

K. Müller, P. Lewczuk, A. Henkel

Neuere Forschungsergebnisse zur molekularen Pathologie primär-neurodegenerativer Demenzen, wie Alzheimer-Demenz (AD), Lewy-Körperchen-Demenz (LBD), oder Parkinson-Demenz-Erkrankung (PDD), machen deutlich, dass bei diesen Erkrankungen dem Proteindyskatabolismus eine zentrale Rolle zu kommt. Als Konsequenz akkumulieren zunehmend Proteinmetabolite, die aufgrund ihrer posttranslationalen Modifikationen nur noch eingeschränkt enzymatisch katabolisiert werden können und neurotoxisch wirken. Aufgrund des eingeschränkten Proteinkatabolismus kommt es zu intrazerebralen Ablagerungen (u.a. beta-Amyloidplaques, neurofibrilläre Bündel, Lewy-Körperchen), die wahrscheinlich der vorläufigen Entsorgung der eigentlich toxischen löslichen Proteinmetabolite (u.a. lösliche Abeta-Oligomere) dienen. Entsprechend ist nahe liegend den Nachweis dieser Demenz-spezifisch posttranslational-veränderten löslichen Proteinmetabolite in Gehirn oder Körperflüssigkeiten (z.B. Liquor cerebrospinalis) für die Diagnostik und zum besseren Verständnis der molekularen Pathophysiologie dieser Demenzen zu nutzen. Durch die rasante Methodenentwicklung proteomischer Methoden ist zwischenzeitlich die hochauflösende (bis 30.000 Proteine/Peptide pro Analyse), femtomolar-sensitive, quantitative und insbesondere hochgradig reproduzierbare Darstellung komplexer Protein-Peptid-Expressionsprofile möglich geworden. Von uns wurde in diesem Zusammenhang die fluoreszenzbasierte (CyDyes) ein- und zweidimensionale Differenzgelelektrophorese (DIGETM) mit chromatographischen Verfahren (Anionen-Austauschchromatographie, monolithische nicht-poröse „reversed phase“ Chromatographie) kombiniert (LC-DIGE). Die Anwendung dieser Methodik zur Identifizierung differenzieller Expressionsprofile – unter besonderer Berücksichtigung posttranslationaler Modifikationen – wird für den lumbalen Liquor von Patienten in Frühstadien der Alzheimer-Demenz gezeigt. Der Liquor wurde zuvor durch Multi-Immunoaffinitätschromatographie von „high abundance“ Proteine depletiert. Differenziell exprimierte Proteine/Peptide können anschließend über massenspektrometrische Verfahren (u.a. MALDI-TOF-MS, LC-ESI-MS) identifiziert werden.

0752

Analyses of CSF from schizophrenic patients using SELDI-MS (Analyse von Liquor cerebrospinalis und Serum von schizophrenen Patienten mit SELDI-MS)

F. Markus Leweke (Universität zu Köln, Psychiatrie und Psychotherapie)
J. T.-J. Huang, D. Koethe, C. W. Gerth, S. Gross, D. Schreiber, L. Kranaster, J. Klosterkötter, E. Holmes, T. M. Tsang, S. Bahn

Die Identifikation von Biomarkern für schizophrene Psychosen in Körperflüssigkeiten, die der Untersuchung verhältnismässig einfach

zugänglich sind, eröffnet die Möglichkeit zur Entwicklung neuer, möglicherweise schon in Frühstadien einsetzender Therapiemöglichkeiten sowie die Option, Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und Subgruppen von Erkrankten zu erkennen. Zudem kann potentiell die Wirksamkeit und Kosteneffektivität präventiver Interventionen in einer Weise beurteilt werden, wie es derzeit noch nicht möglich ist. In dieser Studie wurden insgesamt 135 Proben von Liquor cerebrospinalis (CSF) und Serum von Antipsychotika-naiven, erstmanifesten schizophrenen Erkrankten sowie minimal antipsychotisch behandelten akut Schizophrenen und gesunden Kontrollpersonen mittels der ¹H NMR-Spektroskopie mit computerisierten Mustererkennungsanalysen untersucht. Eine Partial least square Diskriminanzanalyse (PLS-DA) der ¹H NMR-Spektren zeigte eine signifikant Separation der Antipsychotika-naiven, erstmanifesten schizophrenen Erkrankten von den gesunden Kontrollpersonen. Die für diese Separation verantwortlichen Hauptkomponenten waren Glucose und Acetat sowie eine pH-abhängige Verschiebung von Alanin- und Glutamin-Resonanzen. Darüber hinaus zeigte sich eine Normalisierung der Signatur für die Erkrankten in etwa 50% der Patienten, die mit atypischen Antipsychotika für durchschnittlich 9 Tage behandelt worden waren. Interessanterweise hatten alle Patienten, bei denen sich eine Normalisierung des metabolischen Profils in CSF zeigte, eine antipsychotische Behandlung bereits in der ersten Erkrankungsperiode erhalten, während sechs von sieben Patienten, bei denen eine oder mehrere psychotische Erkrankungsphasen ohne atypisch antipsychotische Behandlung anamnestisch zu eruieren waren, innerhalb des Clusters der Antipsychotika-naiven, erstmanifesten schizophrenen Erkrankten lokalisiert waren. Unsere Befunde legen Gehirn-spezifische Veränderungen glucoregulatorischer Prozesse nahe, die sich in CSF der Antipsychotika-naiven, erstmanifesten schizophrenen Erkrankten widerspiegeln. Die Befunde in dieser Patientengruppe implizieren, dass es sich um erkrankungsbezogene und nicht um arzneimittelinduzierte Veränderungen handelt. Die kurzzeitige Behandlung mit atypischen Antipsychotika war hingegen mit unauffälligen Befunden in Hinblick auf die beschriebenen Parameter verbunden. Dies ging der klinischen Besserung deutlich voran. Die atypisch antipsychotische Behandlung in frühen Erkrankungsphasen erwies sich hierbei als günstig und kann das Ansprechen auf die Behandlung und den Krankheitsverlauf beeinflussen.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 20

FW-011 Forschungsworkshop

Sphingolipide bei neuropsychiatrischen Krankheitsbildern

Vorsitz: J. Kornhuber (Erlangen), E. Gulbins (Essen)

0048

Struktur und Funktion der sauren Sphingomyelinase

Konrad Sandhoff (Universität Bonn, Kekulé-Institut)

Sphingomyelin ist ein Hauptbestandteil neuronaler Plasmamembranen. Sein Abbau erfolgt konstitutiv nach Endozytose in den späten Endosomen und Lysosomen durch die saure Sphingomyelinase (ASm). Biosynthese, Reifung und intrazelluläres Prozessieren der ASm werden dargelegt [1]. Der Sphingomyelin-Abbau wird an den Oberflächen der inneren Membran durch anionische Lipide wie BMP [Bis(monoacylglycerol)phosphat] und Phosphatidylinositol sowie durch das lysosomale Aktivatorprotein C stimuliert [2, 3], eine Stimulierung, die durch kationische Amphiphile aufgehoben wird. Das trizyklische Antidepressivum Desipramin löst einen proteolytischen Abbau der zellulären ASm und damit eine drastische Abnahme der lysosomalen ASm-Aktivität aus [4]. In vitro Studien zeigen, dass kationische Amphiphile wie Desipramin die ASm von der Oberfläche negativ geladener Membranen bei

sauren pH-Bedingungen freisetzen [5]. Die von inneren Membranen der späten Endosomen und Lysosomen durch Desipramin freigesetzte ASm fällt in Zellkulturstudien dem proteolytischen Abbau anheim [4, 5]. Dieser Enzymverlust dürfte zur allgemeinen Lipidspeicherung beitragen, wie er auch nach Behandlung von Ratten mit amphiphilen kationischen Medikamenten beobachtet wird [6], zumal sich diese in den sauren Kompartimenten der Zelle konzentrieren. Dort kompensieren sie die negative Oberflächenladung der BMP-haltigen inneren Membran und heben so – im Gegensatz zu anionischen und neutralen Amphiphilen – auch bei sauren pH-Werten die Bindung der kationischen ASm an die inneren Membranen auf, sodass diese proteolytisch abgebaut werden kann. [1] Hurwitz R et al. (1994) J. Biol. Chem. 269, 5440–5 [2] Linke et al. (2001) Biol. Chem. 382, 283–90 [3] Kolter T, and Sandhoff K (2005) Annu. Rev. Cell. Dev. Biol. 21, 81–103 [4] Hurwitz R et al. (1994) Biol. Chem. Hoppe-Seyler, 375, 447–50 [5] Kölzer M et al. (2004) FEBS Letter 559, 96–8 [6] Lüllmann H et al. (1978) Biochem. Pharmacol. 27, 1103–8

0049

Phingolipid signalling in major depression

Erich Gulbins (Essen)
M. Schenck

Einleitung: We have recently shown that stimulation of cells via CD95 or CD40 results in an activation of the acid sphingomyelinase and a release of ceramide in the cell membrane. Ceramide serves to reorganize small, sphingolipid- and cholesterol-enriched membrane rafts to large, ceramide-enriched membrane platforms that trap, cluster and signal CD95 or CD40. We extended this concept to other stress stimuli and showed that cellular infection with human pathogens including P. aeruginosa, rhinovirus and recombinant HIV-proteins, triggers a rapid activation of the acid sphingomyelinase, a release of ceramide and the formation of large membrane platforms in the cell membrane of the infected cell. These platforms are critically involved in the uptake of the pathogen and the induction of apoptosis of the host cell. These data indicate a central role of the acid sphingomyelinase and ceramide in cellular stress responses.

Methode: Acid sphingomyelinase was determined by consumption of [¹⁴C]sphingomyelin and the release of [¹⁴C]phosphorylcholine after organic extraction. Ceramide was determined by the DAG kinase assay, which quantifies ceramide by incorporation of [³²P] in a kinase reaction.

Diskussion/Ergebnisse: Tricyclic antidepressants have been shown to mediate a proteolytic degradation of the acid sphingomyelinase prompting us to test whether the activity of the acid sphingomyelinase is altered in patients with major depression and whether further antidepressive drugs mediate an inhibition of the acid sphingomyelinase. Initial results demonstrate an increased activity of the acid sphingomyelinase in cells from patients with severe major depression and also suggest that other anti-depressants act via the acid sphingomyelinase.

0050

Saure Phingomyelinase bei Depressionen

Johannes Kornhuber (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0051

Veränderte Phospholipase A2 Aktivität und Schizophrenie

Stefan Smesny (Universitätsklinikum Jena, Psychiatrie und Psychotherapie)
B. Milleit, C. Gaser, D. Kinder, C. Kunstmann, G. Berger, I. Willhardt, J. Lasch, H. Sauer

Einleitung: Gesteigerte Aktivität von Enzymen der Phospholipase A₂ (PLA₂) Familie ist ein mehrfach replizierter Befund bei Schizophrenie. Aufgrund der zentralen biochemischen Funktionen

finden PLA₂-Abweichungen Eingang in verschiedene ätiopathogenetische Konzepte der Schizophrenie, die u.a. Regulationsstörungen des Membranlipidstoffwechsels, der Apoptose und der antioxidativen Abwehr umfassen. Die vorgestellten Untersuchungen sind auf Zusammenhänge zwischen PLA₂-Veränderungen und Krankheitsstadium sowie hirnmorphologischen Abweichungen bei Schizophrenie gerichtet.

Methode: Unter Verwendung eines fluorometrischen Assays wurde die Aktivität einer Kalzium-unabhängigen cytoplasmatischen PLA₂ (iPLA₂) im Serum von early-psychosis und first-episode Patienten sowie chronisch Erkrankten und parallelisierten gesunden Kontrollprobanden gemessen. Darüber hinaus erfolgten bei einem Teil der Population hirnmorphologische Untersuchungen mittels voxelbasierter Morphometrie.

Diskussion/Ergebnisse: Übereinstimmend mit Vorbefunden fand sich unabhängig von neuroleptischer Medikation eine erhöhte iPLA₂-Aktivität im Vergleich zu gesunden Kontrollen bei early-psychosis und first-episode Patienten, nicht jedoch bei chronisch Erkrankten. Darüber hinaus waren Zusammenhänge der iPLA₂-Abweichungen mit Volumenänderungen grauer und weißer Substanz nachweisbar, die in Abhängigkeit von Erkrankungsstadium ebenfalls unterschiedliche Ausprägung zeigten. **Schlussfolgerung:** Die Befunde deuten auf einen Zusammenhang zwischen hirnmorphologischen und lipidbiochemischen Veränderungen hin, die am ehesten als Teil eines gemeinsamen pathophysiologischen Prozesses zu sehen sind, der seine stärkste Ausprägung in der ersten Akutphase der Erkrankung hat.

T11 Psychotherapie

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 10

S-035 Symposium

Die dritte Welle in der Verhaltenstherapie – Neue Perspektiven, Methoden, Probleme

Vorsitz: E. Roediger (Berlin), M. Pawelzik (Münster)

0167

Was bedeutet „dritte Welle“ in der Verhaltenstherapie?

Markus Pawelzik (EOS-Klinik für Psychotherapie, Münster)

Einleitung: Die kognitive Verhaltenstherapie steht für eine von Anbeginn an wissenschaftlich begründete und rigoros evaluierte Tradition der Psychotherapie. Nach ihrer Etablierung in den 50er und 60er Jahren auf der Grundlage experimentell valider Lerngesetze kam es im Verlauf der 70er und 80er Jahre zu einer breit angelegten „kognitiven Wende“, die die Bedeutung interner, informationsverarbeitender Prozesse betonte. Seit dem zeichnet sich eine dritte, weniger eindeutig konturierte Welle der Verhaltenstherapie ab, deren Wurzeln, Innovationen und Tendenzen in diesem Referat zur Sprache kommen sollen.

Methode: Empirische Projekte werden durch deskriptive Unangemessenheiten, Erklärungsanomalien, konzeptuelle und methodische Innovationen sowie Perspektivenerweiterungen angetrieben. Als Beispiele für die Begrenzungen der zweiten Welle der Verhaltenstherapie, die Anstöße zu einer dritten Welle geben, ließen sich beispielhaft nennen: therapierefraktäre Psychopathologien, Unterschätzung der interpersonellen Dimension, der Dynamik und der Kontextabhängigkeit psychischer Prozesse, ein einseitiges, begrenztes und zu mechanistisches Verständnis des Subjekts, die Vernachlässigung von Narrativität, Bedeutung, Selbstkonstitution, Werten, Religiosität und kulturellen Normen des Guten Lebens sowie die nachgewiesene Wirksamkeit neuer innovativer Therapieansätze (z.B. M. Linehan „Dialektisch-Behaviorale Therapie“, S. Hayes „Acceptance and Commitment Therapy“ oder J. McCulloughs „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“). Auch wenn sich heute noch nicht absehen lässt, welche konkrete Gestalt die dritte Welle der Verhaltenstherapie einmal annehmen wird, soll versucht werden, deren wichtigste Merkmale herauszuarbeiten.

0168

Wie kann der Schematherapieansatz die Verhaltenstherapie erweitern?

Eckhard Roediger (Gemeinschaftskrankenhaus Havel, Psychosomatik, Berlin)

Einleitung: Die aktuelle neurobiologische Hirnforschung, besonders die funktionellen bildgebenden Verfahren haben gezeigt, dass das Gehirn ein sich selbst stabilisierendes System ist, das überwiegend auf implizit-subkortikaler Ebene organisiert ist und besonders durch emotional relevante Reize bzw. Erlebnissituationen modifiziert werden kann. Entsprechend stellen psychische Störungen stabile Attraktoren in diesem System dar, die nur durch intensive, emotionale Lernerfahrungen (z.B. in Expositionssituationen) beeinflusst werden können.

Methode: Die Schematherapie erweitert das in der Verhaltenstherapie bewährte Expositionsparadigma auf Beziehungs- bzw. Interaktionsprobleme, die besonders bei Persönlichkeitsstörungen eine zentrale

Rolle spielen, indem die konflikthaftern Schemata in der therapeutischen Beziehung real aktiviert, geklärt und modifiziert werden.

Diskussion/Ergebnisse: Dadurch muss sich die in der Verhaltenstherapie bisher bewährte Arbeitsbeziehung phasenweise zu einer interaktionellen Beziehung verändern können, die den Patienten Raum für die Aktivierung derer Schemata gibt bzw. das sogar provoziert. Diese Art des Vorgehens, das die verhaltenstherapeutische Beziehungsgestaltung dem der erlebnisaktivierenden Vorgehensweisen annähert, wird in dem Beitrag dargestellt. Um diese Interaktionen zulassen und lenken zu können, müssen die Therapeuten ihre eigenen Schemata kennen und regulieren können, was eine entsprechende Ausbildung der Therapeuten verlangt.

0169

Werte, kognitive Defusion und Achtsamkeit-Therapeutische Strategien der Akzeptanz- und Commitment-Therapie

Rainer Sonntag (Praxis, Olpe)

Die „Akzeptanz- und Commitment-Therapie“ (ACT) basiert auf einer modernen verhaltensanalytischen Theorie, die auf der philosophischen Grundlage eines funktionalen Kontextualismus experimentelle Grundlagenforschung zu Sprache und Kognition mit den reichhaltigen Erfahrungen der klinischen Praxis verbindet. Aus dieser Perspektive werden psychische Störungen und andere menschliche Probleme weitgehend als Probleme emotionaler Regulation aufgefasst. Dabei dominieren erstarnte emotionale Kontrollstrategien, das Verhalten zuungunsten wertebasierter Handlungsweisen. Im Unterschied zu vielen anderen Therapieansätzen zielt ACT nicht auf eine Veränderung kognitiver und emotionaler Inhalte ab sondern auf die Veränderung sozioverbaler Kontextbedingungen, welche die handlungssteuernden Wirkungen innerer Erlebnisse bestimmen. Um den oft massiven verhaltensregulierenden Einfluss dieser Kontextbedingungen zu relativieren und ein größeres Ausmaß an psychischer Flexibilität zu erzeugen, wird neben dem Einsatz von Akzeptanz-, Achtsamkeits- und Entwürflichungsstrategien an existentiellen Werten und Lebenszielen gearbeitet sowie deren Umsetzung durch engagiertes Handeln gefördert. Der Vortrag konzentriert sich vor allem auf Entwürflichungsstrategien und die Arbeit an Werten, um zentrale Charakteristika des ACT-Ansatzes zu illustrieren.

0170

Der Beitrag der klärungsorientierten Psychotherapie zur dritten Welle der Verhaltenstherapie

Oliver Püschel (Institut, Psychologische Psychotherapie, Bochum)

In der kognitiven Therapie spielt die therapeutische Bearbeitung dysfunktionaler Schemata eine große Rolle; theoretisch muss man aber davon ausgehen, dass persönliche Probleme von Klienten auf kognitive, affektive und/oder motivationale Probleme zurück gehen können, die dann mit kognitiven oder emotionszentrierten Therapiemethoden bearbeitet werden können. Diese therapeutische Bearbeitung erfordert in jedem Fall, dass die Klienten die jeweils relevanten Schemata kognitiv repräsentieren und kommunizieren können; denn nur in diesem Fall kann therapeutisch speziell an den Schemata angesetzt werden. Außerdem müssen die relevanten Schemata valide repräsentiert werden und es müssen konkrete Schemainhalte herausgearbeitet werden. Diese Prozesse der Repräsentationsbildung sind z.T. für Klienten sehr schwierig, so dass Therapeuten über spezielle Techniken und Vorgehensweisen verfügen sollten, um die Schemata zusammen mit dem Klienten zu klären; diese Techniken werden in der klärungsorientierten Therapie entwickelt und ausführlich empirisch überprüft. Diese, auch für Verhaltens- und kognitive Therapie hoch relevanten Vorgehensweisen sollen vorgestellt werden.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-093 Symposium

Psychische Gesundheit und psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen

Vorsitz: R. Richter (Hamburg), E. Steinhagen-Thiessen (Berlin)

0457

Kognitive Plastizität im Alter

Andreas Kruse (Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie)

Bis in das hohe Alter ist kognitive Plastizität nachweisbar. Es werden zwei Studien aus dem Bereich der Bildungs- und Rehabilitationsforschung vorgestellt, in denen positive Effekte spezifischer kognitiver Trainingsmaßnahmen auf die kognitive Leistungsfähigkeit nachgewiesen wurden. In einer ersten Studie ließen sich Zusammenhänge zwischen Trainingserfolg und Persönlichkeit aufzeigen. In einer zweiten Studie ermittelten wir enge Zusammenhänge zwischen Trainingserfolg und Schwere des Schlaganfalls, spezifischer Schlaganfallsymptomatik, Grad der Depressivität sowie Grad der Komorbidität.

0458

Medizinische und psychosoziale Faktoren in der Behandlung des älteren Patienten

Elisabeth Steinhagen-Thiessen (Charité Campus, Virchow-Klinikum, Berlin)

0459

Sexuelle Gesundheit im höheren Lebensalter

Hertha Richter-Appelt (UKE Hamburg-Eppendorf, Inst. für Sexualforschung)

Das Hauptinteresse bezüglich der Sexualität im höheren Lebensalter wurde der sexuellen Funktionsfähigkeit und nicht der sexuellen Gesundheit geschenkt. Sexuelle Gesundheit bezieht sich jedoch nicht primär auf das Fehlen einer Krankheit, Dysfunktion oder Behinderung sondern auf das körperliche und psychische Wohlbefinden im Bereich der Sexualität. Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass v.a. die partnerschaftliche Situation, die Einstellung zur Sexualität und frühere Erfahrungen mit der Sexualität entscheidend dazu beitragen, wie zufrieden Personen in höherem Lebensalter mit ihrer Sexualität sind. Psychosoziale Faktoren sind auch entscheidend für das unterschiedliche Erleben sexueller Zufriedenheit bei Männern und Frauen. Wiederholt wurde festgestellt, dass Fragen nach der Sexualität bei psychiatrischen Patienten höheren Alters nach wie vor stark tabuisiert sind und in der biographischen Anamnese ausgeklammert werden. Es werden Schlussfolgerungen für die Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter gezogen.

0460

Inanspruchnahme und Motivation für Psychotherapie bei älteren Menschen

Andreas Maercker (Universität Zürich, Fachrichtung Psychopathologie)

Einleitung: In einem repräsentativen epidemiologischen Sample älterer Menschen soll das Ausmass der realen und potenziellen psychotherapeutischen Versorgung im höheren Lebensalter untersucht werden.

Methode: Als Teil der Zürcher Altersstudie zu PTBS, komplizierter Trauer und depressiven Störungen wurden in einem zweistufigen Verfahren 712 bzw. 570 Personen in einer nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnform stratifizierten Stichprobe rekrutiert. Eine Checkliste zur Inanspruchnahme therapeutischer Angebote für psychische Störungen/Probleme sowie der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-23) wurden eingesetzt.

Diskussion/Ergebnisse: Zirka 5% gaben an, seit dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben (entweder allein oder kombiniert mit Pharmakotherapie) und 10% gaben an, eine therapeutische Massnahme für psychische Probleme in Anspruch zu nehmen, wobei Frauen dies doppelt so häufig getan wie Männer. Die fiktive Psychotherapiemotivation ist insgesamt mittelhoch ausgeprägt und variiert nur geringfügig zwischen den Geschlechtern. Prädiktoren hoher Psychotherapiemotivation sind der Leidensdruck sowie ein geringes Ausmass der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Die Zahlen zur realen und potenziellen psychotherapeutischen Versorgung im höheren Lebensalter zeigen, dass dieses Thema in der älteren Bevölkerung nicht marginalisiert wird. Die Begrenzungen der Studie werden diskutiert, z.B. die möglicherweise höhere Versorgungsdichte für die städtische Bevölkerung von Zürich.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 19

S-094 Symposium

Das Internet als therapeutisches Medium: Chancen und Risiken

Vorsitz: E. Habermeyer (Rostock), A. Lange (Amsterdam)

0462

Interapy in panic disorder

Alfred Lange (University of Amsterdam, Dept. of Clinical Psychology)

The paper starts with the general structure and elements of the Interapy treatment site and provides a brief overview of the Interapy research on internet driven structured treatment of posttraumatic stress, burnout and depression. Subsequently, the most recent Interapy treatment, on panic disorder is discussed in more detail. The paper deals with the elements of treatment; the design of a randomized controlled study comparing active protocolled treatment (n=27) versus psycho-education only (n=31). The intention to treat analyses of this study show medium to large effect sizes (eta square) for panic and fear reduction and high satisfaction scores of the participant. Finally, the implications of the study for future research are discussed. Extra information on personal Website: www.alfredlange.nl

0463

Suizidforen im Internet

Christiane Eichenberg (Universität zu Köln, Institut für Klin. Psychologie)

Einleitung: Im klinischen Diskurs ist die Beurteilung der Gefahren bzw. des Nutzens von Internetdiskussionsgruppen, in denen sich Menschen mit suizidalen Gedanken austauschen, sehr heterogen. Es überwiegen aber Stimmen, die von einer immensen Schädlichkeit dieser so genannten „Suizidforen“ ausgehen: Sie würden insbesondere junge Menschen in den Tod treiben und seien somit Ursache für den Suizid. Gefordert werden staatliche Gegenmaßnahmen, um der befürchteten, durch das Internet ausgelösten „Suizidepidemie“ entgegenzuwirken. Solche einseitigen Schädlichkeitsbeschreibungen, die – gespeist durch spektakuläre Medienberichte – insbesondere auf Ansteckungs- und Aufschaukelungseffekten fußen, verhindern jedoch einen differenzierten Blick auf das tatsächliche Geschehen in diesen virtuellen Kommunikationsräumen. Wichtig ist daher, empirisch fundierte Antworten auf die Frage nach Inhalten und Effekten solcher Diskussionsgruppen im Internet zu geben. Dominieren tatsächlich Diskussionen um die effizienteste Selbsttötungsmethode und Angebote zum Kauf tödlicher Medikamente oder Waffen? Ist das Klima innerhalb der Foren destruktiv im Sinne einer vorherrschenden Gruppendynamik, die die Umsetzung lebensmüder Gedanken forciert?

Methode: Um spekulativen Annahmen über die Funktionen dieser „Suiziforen“ empirische Evidenz gegenüberzustellen, wurde in einem deutschsprachigem Forum für Suizidgefährdete eine Online-Befragungsstudie (N=164; je 50% männlich bzw. weiblich; 88% > 30 Jahre) durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Es ließen sich drei Nutzertypen bestimmen (der „konstruktiv Hilfesuchende“, der „ambivalent Hilfesuchende“, der „unspezifisch Motivierte“), die sich mit hohen Effektstärken hinsichtlich ihrer Motive ein solches Forum aufzusuchen als auch in den klinisch relevanten Auswirkungen der Teilnahme an einer solchen Community unterschieden. In ihrer Gesamtheit widersprechen die vorliegenden Ergebnisse deutlich der Annahme, „Suizid-Foren“ im Internet stellten pauschal ein Gefährdungspotenzial dar. Vielmehr deuteten sich überwiegend konstruktive Funktionen an. Die Befunde werden abschließend im Spektrum der gesamten suizidpräventiven Möglichkeiten des Internet platziert.

0464

Prozesse in psychotherapeutischen Internet-Chat-Gruppen zur Rückfallprophylaxe nach stationärer psychosomatischer Behandlung

Hans Kordy (Universität Heidelberg, Forschungsst. Psychotherapie, Stuttgart)

Einleitung: Durch die größere Reichweite und Flexibilität eröffnen moderne Kommunikationstechnologien wie E-mail oder Internet-Chat neue Möglichkeiten zur Stärkung der Patientenorientierung und Effektivität der psychosozialen Versorgung. So konnte das Risiko, die während einer stationären psychosomatischen Behandlung erarbeiteten Verbesserung innerhalb von 12 Monaten zu verlieren, durch Teilnahme am Projekt „Internet-Brücke“, um ca. 40% reduziert werden. Solche vielversprechenden Hinweise auf die Effektivität dieser Angebote, rücken Fragen nach der Qualität der therapeutischen Prozessen dieser neuen internetbasierten Angebote in den Vordergrund.

Methode: Im Rahmen des Projekts Internet-Brücke wurden die Gruppenprozesse im Verlaufe der stationären und der Internet-Chat-Nachsorgephase verglichen; besondere Aufmerksamkeit richtete sich auf die möglichen Auswirkungen des Übergangs zwischen den beiden Phasen auf die Gruppenprozesse und ihre Bewertung durch die Patienten. Für eine Stichprobe von 121 Patienten, die sowohl an Face-to-Face-Gruppen während der stationären Behandlung als auch an Chatgruppen in der Nachsorge teilgenommen haben, wurden kontinuierlich Angaben zu ihrem Erleben der Gruppe erhoben. Diese Verlaufsdaten wurden dann mit Hilfe der Hierarchisch Linearen Modellierung analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Gruppensitzungen in beiden Settings wurden mit zunehmender Therapiedauer positiver bewertet, wobei die Steigung in der Chat-Nachbehandlung etwas geringer ausfiel. Die Gruppeneinschätzungen für die Prozessaspekte „Aktive Kompetenz“ und „Emotionale Bezogenheit“ waren zu Beginn der Chatgruppen zwar etwas niedriger als gegen Ende der stationären Behandlung, aber dennoch deutlich höher als zu Beginn der stationären Phase. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass effektive therapeutische Gruppenarbeit in Chat-Gruppen möglich ist. Dabei erwies sich eine positive Gruppeneinschätzung zu Beginn der stationären Behandlung als prädiktiv für eine positive Einschätzung zu Beginn der Chat-Nachsorge.

0465

Ärztlich moderiertes Internetforum für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Viola Habermeyer (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

Ärztlich moderiertes Internetforum für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung V. Habermeyer (Universität Rostock), E. Habermeyer (Universität Rostock), K. Jahn (Universität Bayreuth), F. v. Keyserlingk (Universität Rostock), S. Herpertz (Universität Rostock) Wie für fast alle psychischen Erkrankungen gibt es auch für

Persönlichkeitsstörungen (hier vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung) Diskussionsforen in Form von Chat-Rooms oder Websites, in denen Patienten über ihre Probleme kommunizieren. Meist haben diese Zirkel den Charakter von Selbsthilfegruppen, d.h. sind nicht therapeutengeleitet und bergen somit die Gefahr einer unkontrollierten, möglicherweise destruktiven Kommunikation. Sie dienen in erster Linie zur Information und Aufklärung sowie zum Erfahrungsaustausch der Patienten untereinander. Mit Unterstützung durch das Salus Institut für Trendforschung und Therapieevaluation in Mental Health Magdeburg und Kooperation mit dem Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) der Universität Bayreuth betreibt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Rostock seit 2005 ein offenes ärztlich moderiertes Diskussionsforum für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (vgl. <http://www.medizin-psychotherapie.de>). Den größten Anteil der aktiven User machen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung aus. Die ärztliche Moderation in diesen Foren kann nur allgemeingültige Informationen beinhalten und stellt keinen Ersatz einer persönlichen Arzt-Patient-Interaktion dar. Dennoch hat sich innerhalb der bisherigen Projektlaufzeit von 12 Monaten eine hohe Nutzerbindung mit intensiver Kommunikation zu den Moderatoren gezeigt. Dabei werden die Antworten der Moderatoren von den Nutzern als hilfreich erlebt. Das Forum, initial als Mittel der Psychoedukation gedacht, entwickelt sich deutlich in Richtung einer therapeutischen Hilfestellung in Bezug auf Abbau der Selbstschädigung und Erprobung alternativer Fertigkeiten zur Spannungsregulation. Der Vortrag stellt das Projekt und Daten zu den Nutzern bzw. deren Nutzerverhalten im Forum vor. Anhand der erhobenen Daten werden Chancen aber auch Risiken der Internet-gestützten Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patient beleuchtet.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-031 Postersitzung

Psychoedukation

Vorsitz: J. Bäuml (München)

0334

Diagnosenübergreifende und multidimensionale Psychoedukation

Kristin Rabovsky (UPK Basel, Allgemeine Psychiatrie)

G. Stoppe

Einleitung: Psychoedukation ist erwiesenermaßen ein effektives Verfahren zur Verminderung von Rückfall- und Rehospitalisierungsrate, sowie zur Förderung von Krankheitswissen bei Schizophreniekranken und ihren Angehörigen. Metaanalysen zeigen aber, dass kognitiv-behaviorale und insbesondere multimodale Konzepte, die edukative, verhaltenstherapeutische und emotionale bzw. Beziehungsaspekte integrieren, ausschliesslich informationszentrierten im Hinblick auf Complianceförderung deutlich überlegen sind. Hierdurch ist eine weitere deutliche Verlaufsverbesserung zu erzielen. Dies entspricht Befunden bei Patientenschulungen in der somatischen Medizin, lernpsychologischen Konzeptionen und darüberhinaus den anfänglichen Inhalten von „psychoeducation“ (Anderson 1980).

Methode: Eine umfangreiche Literaturrecherche zeigt, dass die Anwendung des traditionell störungsspezifisch und fast ausschliesslich bei Patienten mit psychotischen Störungen separat (d.h. nicht als integraler Bestandteil anderer Therapieformen) eingesetzten Verfahrens v.a. im stationären Rahmen weit hinter entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen zurückbleibt. Ein möglicher Grund hierfür könnte in den gegenüber der Entstehungszeit von Psychoedukation erheblich veränderten Versorgungsstrukturen mit z.B. deutlich kürzeren

Hospitalisationszeiten auf diagnosengemischten Abteilungen liegen. Es ist wahrscheinlich, dass eine bedarfs- und zielgruppengerechte Anpassung mit diagnosengemischten Gruppenangeboten den Einsatz des Verfahrens erleichtern würde. Für eine derartige Modifikation sprechen darüberhinaus theoretische und klinische Gründe, wie die störungsübergreifende Relevanz typisch „edukativer“ Themen, u.a. Symptomatik, Diagnostik, Medikamente (Wirkmechanismus, Nebenwirkungsmanagement) und Angehörigenbelastung. Zudem können die Syndrome (Depressivität, Angst, Halluzinationen) und das subjektive Symptomerleben von Patienten mit unterschiedlichen Grunderkrankungen (Angst- oder affektiven Störungen, Schizophrenien, schweren Persönlichkeitsstörungen) phasenweise sehr ähnlich sein bis zu differentialdiagnostischer Unklarheit. Gerade bzgl. affektiver und psychotischer Störungen findet sich dies auch in der anhaltenden Diskussion um „Kontinuität“ vs. „Entität“ gespiegelt. Untersuchungen zu störungsübergreifend geführten Psychoedukationsgruppen fehlen bislang.

Diskussion/Ergebnisse: Die Präsentation wird auf der Basis der aktuellen Datenlage, sowie theoretischer und klinischer Erwägungen ein diagnosensübergreifendes und multidimensionales Konzept für bifokale psychoedukative Gruppenarbeit begründen und vorstellen. Erste Erfahrungen und Befunde aus der Anwendung in der Universitären Psychiatrischen Klinik in Basel werden referiert.

0335

Veränderung von Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen im Rahmen psychoedukativer Interventionen

Bernd Behrendt (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

A. Wernicke, P. Falkai, T. Wobrock

Einleitung: Neben der Verbesserung der Compliance und der Lebensqualität gehören zu den wesentlichen Zielen psychoedukativer Interventionen ein frühzeitiges Erkennen und ein angemessener Umgang mit psychotischen Krisen, der Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzepts und eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit. Die Veränderung krankheitsbezogener Kontrollüberzeugungen durch Psychoedukation konnte in mehreren kontrollierten Studien bereits bestätigt werden. Anhand einer größeren Stichprobe sollte nun untersucht werden, ob sich die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen im Rahmen einer psychoedukativen Intervention verändern und von den Durchschnittswerten der Normstichprobe unterscheiden.

Methode: Die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen von 144 schizophrenen oder schizoaffektiv erkrankten Teilnehmern einer 12 Sitzungen umfassenden psychoedukativen Gruppentherapie („Meine persönlichen Warnsignale“, Behrendt 2001a, 2001b) wurden vor und nach der Intervention mit dem Fragebogen zur Erhebung von Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK, Krampen 1991) untersucht. Der FKK umfasst 4 Primärskalen zur Erfassung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten (FKK-SK), der generalisierten Externalität (FKK-I), der sozialen Externalität (FKK-P) und der fatalistischen Externalität (FKK-C), sowie 2 Sekundärskalen (generalisierte Selbstwirksamkeitsüberzeugungen FKK-SKI, generalisierte Externalität FKK-PC)- und eine Tertiärskala (generalisierte Internalität vs. Externalität FKK-SKI-PC).

Diskussion/Ergebnisse: An signifikanten Veränderungen ergaben sich im prä-post-Vergleich eine Verbesserung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten ($p=.001$), eine Reduzierung der Sozialen Externalität ($p=.000$), eine Reduzierung der Generalisierten Externalität ($p=.002$) und eine Erhöhung der Generalisierten Internalität vs. Externalität ($p=.008$). Bei der Testung der subskalenspezifischen Prä- und Postwerte gegen den Mittelwert der Normstichprobe zeigte sich, dass sich die Mittelwerte der Post-Messung dem Mittelwert der Normstichprobe annähern mit Ausnahme der Subskala „Fatalistische Externalität“, die sich weiter reduzierte. Die Mittelwerte der Subskala Generalisierten Internalität (FKK-I) unterschieden sich weder in der

Prä- noch in der Postmessung vom Mittelwert der Normstichprobe. Sowohl die Ausprägung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten (FKK-SK) als auch die Generalisierten Selbstwirksamkeitserwartungen (FKK-SKI) nahmen zwar nach der Gruppenteilnahme signifikant zu, blieben aber deutlich unterhalb des Mittelwertes der Normstichprobe. Die Mittelwerte der Subskalen Soziale Externalität (FKK-P) und Generalisierte Externalität (FKK-PC) unterschieden sich nach der Intervention nicht mehr vom Mittelwert der Normstichprobe. Konklusion: Psychoedukation kann zwar zu einer deutlichen Verbesserung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten beitragen und externale Attribuierungen reduzieren, aber schizophren Erkrankte stufen ihre Fähigkeiten deutlich schlechter ein als nicht an Schizophrenie Erkrankte eine Einschätzung, die für zahlreiche Untersuchungsteilnehmer realistisch erscheint.

0336

Psychoedukation bei bipolaren Störungen

Eva Schmidt (Universitätsklinik Graz, Psychiatrie)

B. Reininghaus, C. Ebner, P. Hofmann, M. Ritter, K. Tertschnig

Einleitung: Mit steigendem Interesse wurden in den letzten Jahren verschiedenste, vor allem psychopharmakologische, Behandlungsstrategien bei MDK erforscht und erfolgreich eingesetzt, trotzdem steigt zunehmend auch der Bedarf an psychotherapeutischen Interventionen, da sich eine deutlich reduzierte Lebensqualität (QoL) von Patienten mit MDK im Vergleich zur Normalpopulation zeigte, selbst bei klinisch euthymen Stimmungsbild und guter psychopharmakologischer Einstellung. Seit relativ kurzer Zeit wird die Gruppen- Psychoedukation (PE) als zusätzliche Behandlungsmöglichkeit schon in verschiedensten Teilen der gesamten Welt sehr erfolgreich angewendet und konnte in Studien- vermutlich durch die gesteigerte Compliance- eine deutliche Verbesserung der QoL und Verringerung der Schwere und der Frequenz sowohl depressiver als auch manischer Phasen verzeichnen 1,2. (1Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, Lam RW. Perceived quality of life in patients with Bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? Can J Psychiatry. 2005 Feb;50(2):95-100. 2Colom F, Vieta E. Improving the outcome of bipolar disorder through non- pharmacological strategies: the role of Psychoeducation. Rev Bras Psiquiatr. 2004 Oct;26 Suppl 3:47-50.)

Methode: Im Rahmen der Weiterbetreuung von Bipolaren Patienten konnten wir an unserer Klinik mittlerweile schon die erste PE Gruppe mit 8 Teilnehmern mit bipolarer Störung Typ I und II nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen erfolgreich durchführen. Die Teilnahme an der Therapie ist ausschließlich für PatientInnen in seit mindestens 2 Wochen stabiler euthymer Stimmungslage (erfasst mit HAM-B bzw. MADRS und YMRS). Die Kleingruppen von 8-12 Personen finden 2x pro Woche in einem 1 1/2 stündlichen Setting unter ärztlicher und psychotherapeutischer Leitung statt, werden als geschlossene Gruppen geführt und laufen bei 9 Sitzungen über etwa 5 Wochen. Themen der Psychoedukation: (1) Einführung (2) Basisinformation & Vulnerabilitäts-Stress-Konzept (3) Frühwarnsymptome (4) Biologische Grundlagen und medikamentöse Therapie (5) Biologische Rhythmen und Tagesstruktur (6) Planen von Aktivitäten; Stress und Belastungsfaktoren (7) Interpersonelle Probleme (8) Kognitive Dysfunktionen (9) Krisenplan und Abschluss

Diskussion/Ergebnisse: Erfassung der QoL: Parameter zur QoL mittels Fragebögen zur Selbsterfassung werden zu Beginn der Therapie evaluiert und am Ende der Gruppe, sowie nach einem Jahr erhoben, um mögliche Verbesserungen erfassen zu können. Weitere Entwicklung: Die PatientInnen zeigten bisher eine sehr hohe Motivation an der Psychoedukation teilzunehmen, sich konstruktiv einzubringen, Erfahrungen auszutauschen und sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, um Frühwarnsymptome im Vorfeld erkennen zu lernen. Auf Initiative der PatientInnen wird auch die Weiterführung in Richtung einer Selbsthilfegruppe unterstützt, die als offene Gruppe auch für weitere interessierte Betroffene geführt werden wird.

0337

Der präventive Effekt von Gewichtsmanagement bei schizophrenen Patienten

Johanna Thünker (Düsseldorf)

A. Klimke, H. Hauner, J. Cordes

Einleitung: Gewichtszunahme bis hin zum metabolischen Syndrom sind erhebliche Probleme bei der Behandlung mit Antipsychotika bei schizophrenen Patienten. Zu den Möglichkeiten der Behandlung und Prävention liegen bisher nur wenige Studienergebnisse vor. In dieser Studie wurde geprüft, ob ein präventives Gewichtsmanagement-Training die Gewichtszunahme sowie pathologische metabolische Parameter verringert und die Compliance sowie das subjektive Wohlbefinden erhöht.

Methode: In diese Studie wurden 69 schizophrene Patienten eingeschlossen, die neu auf Olanzapin eingestellt wurden. Es erfolgte eine randomisierte Zuteilung in eine Gruppe, die an einem Gewichtsmanagement-Programm teilnahm, sowie in eine Kontrollgruppe, die nur eine kurze Information zur Vermeidung einer Gewichtszunahme erhielt. In der Verum-Gruppe wurden über 24 Wochen eine alle 2 Wochen stattfindende Gruppensitzung angeboten, in denen mit einer Diätassistentin interaktiv am Ernährungsverhalten gearbeitet wurde. Neben physiologischen und laborchemischen Parametern wurde mittels verschiedener Selbst- und Fremdratingskalen das Essverhalten (FEV), die körperliche Aktivität, die Lebensqualität (LQLP), der Gesundheitszustand (SF-36, CGI, PANSS) und die psychosoziale Anpassbarkeit (GAF) ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Daten von 41 Patienten wurden analysiert (Verumgruppe N=21, Kontrollgruppe N=20), die übrigen Patienten brachen in den ersten 4 Wochen der Intervention die Studie ab. Während der Interventionsphase gab es keine Gruppenunterschiede bezüglich des Körpergewichts. Beide Gruppen nahmen leicht an Gewicht zu (Verumgruppe $3,02 \pm 4,06$ kg, $t(20) = -3,41$, $p = .003$; Kontrollgruppe $2,80 \pm 4,84$ kg, $t(19) = -2,59$, $p = .018$). Bei den Triglyceriden gab es einen Interaktionseffekt mit der Gruppe ($F(1) = 6,697$, $p = .025$), ebenso bei der 2. Skala des FEV, die die Störbarkeit des Essverhaltens misst ($F(1) = 8,381$, $p = .013$) und der Skala für soziale Funktionsfähigkeit des SF-36 ($F(2,38) = 3,34$, $p = .032$). Beim Glukose-Toleranz-Test ergab sich ein signifikanter Gruppeneffekt für den 1. Messzeitpunkt nach der Glukosegabe ($F(1) = 9,15$, $p = .016$). In dieser Studie wurde mit einer vergleichbar großen Stichprobe der präventive Effekt eines Gewichtsmanagement-Trainings zur Verhinderung von Gewichtszunahme untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Form des Trainings nicht die gewünschten Effekte auf das Körpergewicht hat, es aber eine Wirkung auf metabolische Parameter, das Essverhalten und die Lebensqualität der Patienten hat. Das intensive Monitoring in beiden Gruppen erklärt möglicherweise die moderate Gewichtszunahme auch in der Kontrollgruppe.

0338

Booster versus Bolus - 2 Jahres Verlauf nach einer 9 wöchigen psychoedukativen Intervention mit „Wissen-genießen-besser leben“

Michaela Amering (Medizin. Universität Wien, Inst. für Sozialpsychiatrie)
I. Sibitz, R. Goessler, A. Unger, H. Katschnig

Einleitung: Psychoedukative Interventionen sind integraler Bestandteil der Behandlung von PatientInnen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Wissenschaftliches Interesse besteht an der Frage nach der optimalen Dauer und Intensität solcher Interventionen.

Methode: 103 Personen mit einer ICD-10 Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung nahmen nach Zuweisung durch ihre ambulant behandelnden FachärztInnen an dem 9-wöchigen lebensqualitätsorientierten psychoedukativen Seminar „Wissen-genießen-besser leben“ teil. Nach Abschluss des Seminars wurden die Gruppen randomisiert zu einem Programm mit weiteren monatlichen Sitzungen für 9 Monate bzw. der üblichen weiteren Behandlung zugeteilt. Daten-

erhebungen fanden vor und nach dem 9-wöchigen Seminar statt, sowie 6, 12 und 24 Monaten nach Seminarbeginn.

Diskussion/Ergebnisse: Zu Abschluss des Seminars zeigten sich signifikant positive Effekte im Hinblick auf Symptome, Krankheitswissen, Krankheitskonzept, Kontrollüberzeugungen und Lebensqualität für die Gesamtgruppe. Diese Effekte waren selbst 24 Monate nach Studienbeginn nachweisbar. Der einzige signifikante Unterschied zwischen der Gruppe mit Booster-Sitzungen über 9 Monate (N=48) und der Gruppe ohne solche Treffen (N=55) betraf das Ausmaß an Negativsymptomatik, die in der Booster-Gruppe im Zeitraum 12 zu 24 Monate etwas zunahm, während es in der Gruppe ohne Booster-Treffen zu einer geringen Abnahme kam. Das 9-wöchige Seminar „Wissen-genießen-besser leben“ zeigt also ermutigende Effekte, die über den Follow-up Zeitraum erhalten blieben, wobei Booster-Treffen diese Effekte nicht wesentlich beeinflussen.

0339

Projekt zum Management metabolischer Probleme von Patienten in der Psychiatrie

Jens Brinken (Les Monts-de-Corsier)

M. To, V. Ducommun

Einleitung: Patienten mit Diagnose einer bipolaren Störung oder einer Schizophrenie sind besonders von der steigenden Prävalenz metabolischer Störungen (1) betroffen, da „natürliche Todesursachen“ die Hauptursache für deren erhöhte Mortalität sind (2). Ein Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Diabetes mellitus ist bereits vor der Entdeckung von Antipsychotika beschrieben worden (3). Man schätzt, dass die Prävalenz von Diabetes mellitus im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in dieser Gruppe um das zwei- bis vierfache erhöht ist (4). Gleichzeitig stellt die Situation vieler Patienten mit sowohl direkt krankheitsbedingten Einschränkungen als auch ihre oft schwierige soziale Situation eine Herausforderung dar. Das klassische Setting einer Ernährungsberatung hat sich daher wiederholt als frustrationsfördernd erwiesen. 1. Mokdad AH, et al. JAMA 2001;286(10):1195–1200. 2. Brown et al., Causes of the excess mortality of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 2000, 177, 212–217 3. Maudsley, H, The Pathology of Mind (3rd edn), 1879, London: Macmillan 4. Bushe et al., Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 2004, 184, 67–71

Methode: Wir stellen eine alternative Strategie vor. Ein wichtiger Aspekt dieses Programms besteht in seiner Anpassung an die Situation des Patienten durch Nutzung der individuellen Ressourcen. Das Ziel ist, dass Patienten in der Lage sind ihre Lebensweise mit Hilfe ihrer Bezugspersonen in positiver Weise aufgrund ihrer eigenen Ressourcen zu verändern. Wir haben daher ein Trainingsprogramm für Pflegendende und Betreuer entwickelt. Dieses behandelt allgemeine Wissensinhalte zu metabolischen Problemen, was Patienten dagegen tun können sowie Ressourcenaktivierung im Rahmen von Patientengruppen. In einem zweiten Teil, dem „Genussatelier“, erarbeiten die Teilnehmer abstrakte Fakten durch den Einsatz verschiedener Sinnesqualitäten für Patienten erfahrbar zu machen.

Diskussion/Ergebnisse: Über 181 Pflegendende haben bisher an einem der „Genussateliers“ seit 2005 teilgenommen.

0340

BELA- Bewegung- Ernährung- Lernen- AkzeptierenEinflussnahme auf das metabolische Syndrom durch Psychoedukation bei psychisch kranken Menschen mit Adipositas

Rita Lutz (Bezirkskrankenhaus Augsburg, Forschung)

Einleitung: Erstmals wurde am Bezirkskrankenhaus Augsburg bei Patienten mit Adipositas, hauptsächlich durch Psychopharmaka induziert, ein psychoedukatives Trainingsprogramm als Gruppenkurs mit Hilfe zur Selbsthilfe angeboten. Das Konzept für den ambulanten

Bereich umfasst 14 Wochen bei 12 Gruppenstunden à 90 Minuten je 1× wöchentlich und Einzelgespräche nach Bedarf. Ziel des Kurses sind eine individuelle Gewichtsreduktion sowie eine langfristige Gewichtsstabilisierung. Angestrebt ist auch eine Risikoverminderung für ein metabolisches Syndrom. Eine Einflussnahme zur Verbesserung der Insulin Empfindlichkeit sowie eine Verbesserung des Fettstoffwechsels einschließlich von steigendem HDL-Cholesterin und sinkendem LDL-Cholesterin werden angestrebt.

Methode: Ziel des Kurses sind eine individuelle Gewichtsreduktion sowie eine langfristige Gewichtsstabilisierung. Angestrebt ist auch eine Risikoverminderung für ein metabolisches Syndrom. Eine Einflussnahme zur Verbesserung der Insulin Empfindlichkeit sowie eine Verbesserung des Fettstoffwechsels einschließlich von steigendem HDL-Cholesterin und sinkendem LDL-Cholesterin werden angestrebt. Durch Beobachtung, Reflexion und Beurteilung des Ess- und Trinkverhaltens sollen die Teilnehmer lernen, ihre Ernährung unter Kontrolle zu bekommen und ihr bisher gewohntes Verhalten zu verändern. Der theoretische Teil umfasst Hintergrundwissen über Lebensmittelgruppen, Nährstoffe und Kalorien. Zur genauen Einschätzung und Beurteilung der Ess- und Trinkgewohnheiten, führten die Kursteilnehmer in den ersten 3 Wochen ein Ernährungstagebuch. Ausgewertet werden 14 Patienten (12 weiblich, 2 männlich), aus drei ambulanten Kursen. Zu Beginn und Ende eines jeden Kurses werden folgende Parameter gemessen. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf den Kursanfang.

Diskussion/Ergebnisse: Altersdurchschnitt 46 Jahre (Range 34–65), mittleres Gewicht von 93,3 kg (Range 67–118 kg). Durchschnitts BMI 33,5 (Range 27–45), bei einer Durchschnittsgröße von 1,66 m. Mittelwert von Hüft- und Taillienumfang sind 110,17 cm bzw. 119,57 cm. Die Laborwerte lagen im mittleren Durchschnitt beim HBA_{1c} bei 5,89% (Range 4,9–10,3%); bei den Triglyceriden 238,62 mg/dl (Range 94–885 mg/dl); gesamt Cholesterin bei 201,77 mg/dl (Range 157–308 mg/dl); HDL-Cholesterin bei 47,1 mg/dl (Range 33,7–58,6); und beim LDL-Cholesterin bei 123,77 mg/dl (Range 71–197 mg/dl). Bei einem Patienten wurde aufgrund der Laborwerte ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert. Nach circa 3 Wochen stellte sich eine erste Gewichtsabnahme ein. Am schwierigsten gestaltete sich die Überzeugung für regelmäßige effektive Bewegung. Es ist daher sinnvoll, geeignete Sportarten zu wählen und gezielte Bewegungsabläufe zu trainieren. Im stationären wie im ambulanten Bereich wurde das Nordic Walking Training gerne angenommen.

0341

Effekte einer computergestützten Ernährungsberatung auf das vaskuläre Risikoprofil einer gesundheitsorientierten Bevölkerungsstichprobe – eine präventivmedizinische Pilotstudie aus der Psychiatrie

Olga Kiess (Universität Erlangen, Psychiatrische Klinik)

M. Kraska, A. Schanze, K. Hösl, J. Kornhuber, G. Michelson, T. Kraus

Einleitung: Adipositas als kardiovaskulärer Risikofaktor gewinnt auch in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung. Nicht nur die vaskuläre Demenz, sondern auch die Demenz vom Alzheimer Typ scheint in ihrer Entwicklung durch Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils beeinflussbar zu sein. Ziel des Projekts war es, durch computergestützte Ernährungsberatung eine Verbesserung des individuellen Risikoprofils für kardiovaskuläre Erkrankungen zu erreichen.

Methode: Betrachtet wurden die Körperzusammensetzung und das Ernährungsprofil der Probanden, die im Rahmen einer öffentlichen Gesundheitsveranstaltung (Erlanger Gesundheitswoche 2005) durch internistisches Vorscreening als Risiko-Portanden eingestuft wurden (N=55, 35 Frauen, 20 Männer). Sie nahmen an einem 8-wöchigen Programm mit Ernährungsberatung teil. Als Vergleichsgruppe dienten Probanden mit gleichem Risikoprofil, die statt einer Ernährungsberatung ein Vitamin-Nährstoff Komplex-Präparat zur Verbesserung der Retina-Sauerstoff und Nährstoffversorgung eingenommen haben (N=22, 7 Frauen, 15 Männer).

Diskussion/Ergebnisse: Die Ernährungsberatungs-Gruppe unterscheidet sich von der Vitamingruppe durch schelchtere „Fitness-Parameter“ wie dem Phasenwinkel ($p < 0,01$) bzw. des ECM/BCM-Index ($p < \dots$). In der Cena Sana-Gruppe kam es im Verlauf zu einer grenzwertig signifikanten Abnahme des BMI (Body mass index, $\Delta = \dots$, $p = 0,054$), der ECM (Extrazellulärmasse, $p < 0,05$) und des ECW (Extrazellulärwasser, $p < 0,05$). Zu einer Zunahme kam es beim ICW (Intrazellulärwasser, $p < 0,01$). Vergleichsweise finden wir in der Vitamin-Gruppe einen signifikanten Abfall der Fettmasse ($p < 0,05$) im Verlauf.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-033 Postersitzung

Psychotherapie: Störungsspezifische Ansätze und Therapieverfahren

Vorsitz: M. Linden (Teltow / Berlin)

0350

Depression und Arbeitslosigkeit – eine therapeutische Herausforderung

Johannes Lindenmeyer (Salus Klinik Lindow, Psychosomatik / Sucht)

Einleitung: Viele Studien weisen auf eine Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Depression hin: Einerseits begünstigt anhaltende Arbeitslosigkeit die Entstehung einer depressiven Störung, andererseits erschwert eine depressive Störung die Überwindung von Arbeitslosigkeit. V.a. in den neuen Bundesländern liegt der Anteil der arbeitslosen Patienten in psychosomatischen Kliniken teilweise bei bis zu 50%. Unter diesen Umständen wird vielfach von Fachleuten aber auch den Betroffenen die Wirksamkeit einer Depressionsbehandlung bezweifelt. Untersucht wird daher, ob eine 6-wöchige stationäre Behandlung der Depression bei arbeitslosen Patienten zu vergleichbaren Therapieerfolgen führt wie bei erwerbstätigen Patienten

Methode: Bei 407 Patienten eines Erhebungszeitraumes in einer psychosomatischen Klinik wurde eine depressive Störung diagnostiziert, am häufigsten die einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1; 38%), gefolgt von der leichten depressiven Episode (F32.0, 30%) und rezidivierender depressiver Störung, mittelgradige Episode (F33.1, 12%). Die Patienten waren im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD: 8,5), 58% der Patienten waren weiblich, 50% verheiratet, 28% hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Der Beginn der depressiven Erkrankung lag 5,2 Jahre zurück (SD: 6,5). Alle Patienten nahmen an dem interdisziplinären Therapieprogramm mit Schwerpunkt auf einer engmaschigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie teil. Je nach medizinischer Indikation erfolgte eine Medikation mit trizyklischen Antidepressiva bzw. SSRI. Arbeitslose Patienten erhielten zusätzlich spezifische Therapieangebote zur beruflichen Wiedereingliederung (z.B. Bewerbungstraining, PC Kurse, Arbeitstherapie).

Diskussion/Ergebnisse: 50% der Patienten mit einer Diagnose Depression aufgenommenen Patienten waren mit einer durchschnittlichen Dauer von 38 Monaten (SD: 40,5) arbeitslos, 36% waren erwerbstätig. Die arbeitslosen Patienten unterschieden sich nicht von den erwerbstätigen Patienten im Geschlecht, Partnersituation, Scheidungsrate, Anzahl vorheriger Psychotherapien etc. Der Beginn der Depression lag jedoch signifikant länger zurück (5,8 vs. 4,2 Jahre, $p < 0,05$), sie hatten häufiger einen Selbstmordversuch unternommen ($p < 0,05$) und zeigten im BDI höhere Werte als die Erwerbstätigen (jeweils $p < 0,05$). Ansonsten zeigten sich testpsychologisch keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Im Verlauf der sechswöchigen Behandlung verbesserten sich beide Gruppen in den meisten testpsychologischen Befunden wie im BDI, IIP und SCL 90-R. Während sich die Erwerbstätigen auch in den Faktoren der Selbstsicherheit (UFB) verbesserten, gab es

bei den Arbeitslosen keine Veränderungen in ihrer Selbstsicherheit. Ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung waren 21% der arbeitslosen Patienten erwerbstätig. Diese positive berufliche Veränderung korrelierte nicht mit soziodemographischen oder testpsychologischen Merkmalen zu Therapiebeginn oder ende. In beiden Gruppen hat sich die Anzahl der AU-Tage im Katamnesezeitraum im Vergleich zum letzten Jahr vor Behandlungsbeginn um 70% reduziert ($p < .001$). Allerdings zeigten sich die arbeitslosen Patienten in einer Reihe von Lebensbereichen (z.B. allgemeine Lebenssituation, Gesundheit, Finanzen) ein Jahr nach Ende der Therapie wesentlich unzufriedener als die Erwerbstätigen. Schlussfolgerung Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei arbeitslose Patienten mit einer depressiven Störung kein Anlass zu therapeutischem Nihilismus besteht: Vielmehr gleichen die kurz- und langfristigen Therapieerfolge denen bei nicht arbeitslose Patienten. Etwa ein Fünftel der arbeitslosen Patienten konnte sogar langfristig beruflich integriert werden. Andererseits sind der Therapie in Regionen mit hoher Arbeitslosenquote hinsichtlich der langfristigen Lebenszufriedenheit der Patienten Grenzen gesetzt, die nur teilweise durch weitere Verbesserungen psycho-, sozialtherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen überwunden werden können.

0351

Reden ist gut, handeln ist besser – teilhabebezogene Behandlung der Depression

Johannes Lindenmeyer (Salus Klinik Lindow, Psychosomatik / Sucht)

Einleitung: Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Behandlung depressiver Störungen ist in vielen Studien nachgewiesen. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zielen aber über die Linderung der psychischen Beschwerden von Patienten auf den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Entsprechend halten insbesondere stationäre Rehabilitationseinrichtungen ein breites Spektrum an teilhabebezogenen Behandlungsangeboten im Rahmen von Sporttherapie, Ergotherapie, Sozialtherapie und Arbeitstherapie bereit. Patienten sind allerdings aufgrund ihres Krankheitsverständnisses oder ihrer passiver Kurerwartung nicht immer zur Teilnahme an diesen aktivitätsorientierten Behandlungsangeboten zu motivieren. In dieser Pilotstudie wird überprüft, inwieweit die Teilnahme an aktivierenden Therapieangeboten die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie erhöht.

Methode: In die Auswertung wurden alle konsekutiv aufgenommenen depressiven Patienten einer psychosomatischen Fachabteilung einbezogen ($N=212$). 42% der Patienten waren männlich, die häufigste Diagnose war depressive Episode, mittelgradig (F32.1), am zweithäufigsten leichte depressive Episode (F32.0). Im Durchschnitt waren die Patienten 47 Jahre alt (SD: 8), der Beginn der Depression lag 5 Jahre zurück (SD: 6,5). 28% der Patienten hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. 56% der Patienten waren zu Beginn arbeitslos. Alle Patienten erhielten eine engmaschige, kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. 33,5% der Patienten nahmen darüber hinaus an spezifischen aktivitätsorientierten Behandlungsangeboten zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben teil.

Diskussion/Ergebnisse: Bis zum Ende der stationären Behandlung zeigten beide Patientengruppen unabhängig von der Teilnahme an den aktivitätsorientierten Behandlungsangeboten starke Verbesserungen hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik (BDI, SCL-90) im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Auch in der 1-Jahreskatamnese zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen hinsichtlich ihrer Einschätzung des Therapieerfolges und in ihrer subjektiven Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen. Allerdings waren bei den Patienten, die zusätzlich an den aktivitätsorientierten Behandlungsangeboten teilgenommen hatten, im Katamnesezeitraum signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen ($p < .001$). Schlussfolgerung: Diese Ergeb-

nisse sprechen dafür, dass zwar die subjektive Symptombelastung von depressiven Patienten durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention wirksam verringert werden kann. Eine darüber hinausgehende, objektiv verbesserte Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft kann allerdings erst durch spezifische, aktivitätsorientierte Behandlungsangebote einer interdisziplinären Rehabilitationseinrichtung erzielt werden.

0352

Der Einsatz von Humor als Coping-Strategie bei depressiven Patienten

Irina Falkenberg (UK Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Humor und Lachen stellen sehr alte Phänomene innerhalb der menschlichen Kommunikation und der sozialen Interaktion dar. Im Volksmund heißt es, „Lachen ist die beste Medizin“, und tatsächlich konnten durch den Einsatz von Humor auch in vielen empirischen Untersuchungen beispielsweise positive Effekte auf verschiedene Komponenten des Immunsystems erzielt werden, und auch der Einfluss von Humor und positiven Emotionen auf die Schmerztoleranz konnte nachgewiesen werden. Die Beziehung zwischen Humor und seelischer Gesundheit ist bislang jedoch noch recht wenig erforscht, es existieren aber Hinweise für einen positiven Einfluss von Humor und Lachen auf die Bewältigung von Stress, und auf Korrelationen zwischen wenig humorvollem Verhalten und dem Auftreten von Depressionen. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Anwendbarkeit eines manualisierten Trainingsprogramms zur Förderung des Einsatzes von Humor als einer Coping-Strategie bei depressiven Patienten überprüft. Hierbei konnte gezeigt werden, dass auch bei depressiven Patienten die Empfänglichkeit für Humor erhalten bleibt, und zugleich auch der Einsatz von Humor zur Bewältigung belastender Situationen durch gezieltes Training gefördert werden kann.

0353

Prädiktive Diagnostik bei Chorea Huntington: Psychodynamische Aspekte der Beratung von Risikopersonen

Elke Richartz-Salzbürger (Universitätsklinik Tübingen, Abt. Psychiatrie)
K. J. Schott

Einleitung: Die molekulargenetische Forschung ermöglicht für immer mehr erblich bedingte Erkrankungen eine prädiktive Diagnostik. Eine Vorhersage unheilbarer Erkrankungen wirft im Einzelfall jedoch erhebliche psychologische, ethische und juristische Fragen auf. Eine umfassende Beratung von noch nicht erkrankten Risikopersonen im Vorfeld einer genetischen Untersuchung wird daher in entsprechenden Richtlinien gefordert.

Methode: Eine Übersicht über Studien zur Verarbeitung entsprechender testdiagnostischer Ergebnisse lässt die Komplexität der psychischen Auswirkungen einer präsymptomatischen Testung erkennen. Die Reaktion des einzelnen auf eine solche Untersuchung bleibt schwer einzuschätzen, ist jedoch eine der Aufgaben der Beratung von Risikopersonen. Bisherige Beratungsansätze werden zusammengefasst und psychodynamische Aspekte ergänzt. Eine Kasuistik veranschaulicht, dass über die Identifizierung und Entwicklung bewusster Copingmechanismen hinaus die Klärung unbewusster Motive und Erwartungen bezüglich der genetischen Testung sinnvoll ist.

Diskussion/Ergebnisse: Wesentlich erscheint, genügend Zeit vor und nach der Untersuchung zu gewinnen, um die unter großem psychischem Druck stehenden Ratsuchenden zu entlasten. Der gewonnene therapeutische Raum ermöglicht die Berücksichtigung unbewusster Einflüsse auf Motivation und Bewältigungsverhalten. Die Entscheidung für oder gegen eine Testung kann so fundierter getroffen und das Repertoire an Bewältigungsstrategien für den Fall einer ungünstigen Prognose erweitert werden.

0354

QiGong in der stationären Psychiatrie eine empirische Untersuchung

Sabrina Eles-Zöpfl (Gesundheitszentrum TCM IN, Ingolstadt)

Einleitung: QiGong ein gesundheitsförderndes und körpertherapeutisches Verfahren aus der Traditionellen Chinesischen Medizin findet vermehrt auch Anwendung als begleitendes nonverbales Therapieverfahren in der stationären Behandlung von Patienten der Psychiatrie. Es ist eine Methode, die die Selbstaktivität des Patienten in den Mittelpunkt stellt und fördert, insbesondere in der Achtsamkeit und dem Umgang mit sich selbst und den vorhandenen psychischen und physischen Beschwerden. Mit seiner harmonisierenden Wirkung hat QiGong eine unterstützende Wirkung auch auf seelische Genesungsprozesse (Wang Jisheng 1993, Zöller 1992, Geißler 1993). Als therapeutische Wirkfaktoren der Methode QiGong sind unter anderem das Einüben von fließenden Anspannungs- und Entspannungsverläufen, damit verbunden körperliche Ruhe und Bewegung, sowie imaginativer Elemente und vertiefter Selbstwahrnehmung (Achtsamkeit) angenommen (Kenneth Cohen 1997) Zielsetzung der Untersuchung ist es, herauszufinden, welchen Einfluss QiGong als begleitendes Therapieverfahren auf Patienten der stationären Psychiatrie hat.

Methode: Im Zeitraum eines Jahres wurde an ca. 35 Patienten in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen die Wirkung ausgewählter QiGong-Übungen untersucht. In einer Pre-Post-Studie wurden u.a. Aspekte der vitalen Körperdynamik, des Körperbildes durch 2 Fragebogenverfahren abgefragt. Die Patienten übten zweimal pro Woche unter fachkundiger Anleitung jeweils 75 Minuten QiGong. Die gesamte Therapiedauer umfasste je Patient durchschnittlich mindestens 4 Wochen und mehr.

Diskussion/Ergebnisse: Vorgestellt werden die Ergebnisse der Studie in Hinblick den Einsatz von QiGong als komplementäres therapeutisches Verfahren in der Psychiatrie. Erste Auswertungen gehen in die Richtung, das sich QiGong positiv auf die Vitalität der untersuchten Patienten auswirkt.

0355

Vom Körper zur Seele. Positive Auswirkungen von Körperwahrnehmungsübungen nach Stressinduktion: Ergebnisse einer experimentellen Studie

Nathalie Poeppel (Universität Osnabrück, FB Humanwissenschaften)

Einleitung: Es ist bekannt, dass seelische Belastungen auch das körperliche Wohlbefinden beeinträchtigen können, ob es umgekehrt aber möglich ist, über Körperinterventionen auf das körperliche und auch seelische Befinden zurückzuwirken, ist bislang noch sehr wenig systematisch untersucht worden. In einer experimentellen Studie (nicht-klinische Population, n=54) wurden Körperfokus- mit Gedankenfokusübungen nach Stressinduktion in ihrer Wirkung auf das aktuelle emotionale und körperliche Befinden verglichen.

Methode: Alle VPs wurden zuerst mittels einer Imaginationsaufgabe gestresst, danach folgte die angeleitete Interventionsphase: Gruppe 1 sollte in den Körper spüren und sich vom Erlebten distanzieren, Gruppe 2 spürte in den Körper und sollte körperlich Freude aktivieren, Gruppe 3 sollte über den Stressor weiter nachgrübeln. Das emotionale und körperliche Befinden (4 AVs: positiver und negativer Affekt, körperliches Wohlbefinden und körperliche Beschwerden) wurde vor und nach der Stressphase, sowie nach der Interventionsphase per Fragebogen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Nach der Stressphase war das emotionale und körperliche Befinden bei allen verschlechtert. Nach der Intervention zeigte die Grübelgruppe keinerlei Befindensverbesserung, dagegen profitierten beide Körpergruppen emotional von ihren Interventionen (Reduktion negativer Affekt). Der positive Affekt verbesserte sich nur in der Freudegruppe. Das körperliche Befinden erholte sich nur tendenziell in den Körpergruppen. Fazit: Im Gegensatz zum Grübeln trägt Körperführung zum emotionalen Coping bei, zur Reparatur des körperlichen Befindens scheinen aber gezieltere Intervention notwendig zu sein.

0356

Bonding-Psychotherapie qualitative Analyse

Godehard Stadtmüller (Adula-Klinik, Oberstdorf)

Einleitung: Bonding-Psychotherapie ist eine Methode, um Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken in engem körperlichen Kontakt. Diese Methode aktiviert rasch zugrundeliegende dysfunktionale Muster zwischenmenschlicher Beziehung. Sie erlaubt, Gefühle und Einstellungen durcharbeiten (emotionale Erlebnisaktivierung). Neurobiologisch dürfte es sich um eine Überladung der tieferen Bahn zwischen sensorischem Thalamus und Mandelkern handeln, weshalb die höheren Bahnen einerseits über den sensorischen Cortex, andererseits über den Hippocampus inclusive der corticalen Projektionen wahrscheinlich aktiviert werden. Klinisch zeigen sich nicht selten Reaktivierungen alter, manchmal traumatischer Gedächtnisinhalte, die in einem neuen Kontext erlebt und bearbeitet werden können

Methode: Wir sind folgenden Fragen nachgegangen: 1. Beschreiben die Patienten Veränderungen ihrer inneren psychischen Beziehung (Konfliktdynamik)? 2. Beschreiben die Patienten Veränderungen ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen? 3. Verändert sich die lebensbestimmende Grundüberzeugung respektive Einstellung? 4. Erleben die Patienten neue Hoffnung? 5. Kommt es zu einer emotionalen „Lösung“ im Sinne eines kathartischen Erlebnisses?

Diskussion/Ergebnisse: Bonding-Psychotherapie in bezug auf die derzeitigen Theorien von Basisemotionen wird diskutiert und die explorativen Daten bezüglich der oben genannten Fragestellungen dargestellt und diskutiert.

0357

Gewaltarme Pflege in der Psychiatrie

Gudrun Richter (Krankenhaus Angermünde, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Prager, M. Salihi

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-034 Postersitzung

Psychotherapieforschung

Vorsitz: M. Härter (Freiburg)

0358

Wie beeinflussen strategische Vorgehensweisen die Therapieplanung in der Verhaltenstherapie?

Astrid Höhler (Göttingen)

F. Koss, Y. Hagmayer, H. Liebeck, U. Ruhl

Einleitung: In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgehensmodelle bei der Therapieplanung im Rahmen einer Verhaltenstherapie vorgeschlagen (vgl. Reinecker & Fiedler, 1997). Die Vorgehensweisen unterscheiden sich vor allem darin, in wie weit eine individualisierte Analyse der Problemstellung vorgenommen wird. Ein Extrempunkt bildet ein Vorgehen, das sich lediglich an diagnostischen Klassifikationen, etablierten Behandlungskonzepten sowie Therapie-manualen orientiert. Eine vermittelnde Position nehmen Vorgehensmodelle ein, welche sich für den Aufbau eines patientenspezifischen Störungsmodells auf Grundlage etablierter Störungsmodelle aussprechen. Einen anderen Extrempunkt bilden umfassende Problem- und Bedingungsanalysen, welche eine individualisierte Fallkonzeption und Therapieplanung ermöglichen. Bis dato wurde vor allem untersucht, ob die resultierenden Therapien erfolgreich waren. Nicht untersucht wurde bisher, welchen Einfluss diese unterschiedlichen Vorgehens-

weisen auf die Informationssuche und die Informationsverarbeitungs- sowie Entscheidungsprozesse bei der Therapieplanung haben. Diese Lücke soll nun geschlossen werden.

Methode: Dazu wird derzeit das Vorgehen bei der Therapieplanung bei Diplompsychologen in der Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (VT) untersucht. Zwei strategische Vorgehensweisen werden experimentell manipuliert: (a) die Therapieplanung via Diagnose und (b) die Therapieplanung via Problem- und Bedingungsanalyse. Es wird vermutet, dass bei einer vorhergehenden diagnostischen Klassifikation ein Krankheitsmodell und ggf. ein standardisiertes Vorgehen aktiviert und an den Fall angepasst wird, während bei der Problemanalyse ein individueller Lösungsvorschlag für jeden Problembereich des Patienten erarbeitet wird. Eine zweite Hypothese ist, dass die Therapieplanung anhand der Problemanalyse in Differenziertheit und Individualisierung dem standardisierten Vorgehen überlegen ist. Zusätzlich wird ein moderierender Effekt der Expertise erwartet. Während weniger erfahrene Therapeuten von der Problemanalyse profitieren sollten, sollten Experten kaum Verbesserungen in der Therapieplanung zeigen.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse werden auf dem Kongress vorgestellt werden. Diese haben möglicherweise Implikationen sowohl für die Ausbildung künftiger Therapeuten als auch für die Rolle der bis dato vorgeschriebenen Therapieanträge.

0359

Real-Time Monitoring von psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsverläufen

Günter Schiepek (Center for Complex Systems, Ostfildern)
D. Hartmann, I. Tominschek, S. Karch, O. Pogarell

Vorgestellt wird ein Verfahren zur Erfassung des subjektiven Erlebens von Patienten im Behandlungsverlauf. Die Eingabe kann zu beliebigen Zeitpunkten (z.B. täglich) über Hand-held PDA oder über Handy erfolgen. Die daraus resultierenden Zeitreihen werden zentral gespeichert und sind zu beliebigen Zeitpunkten verfügbar. Die Items sind im Prinzip frei wählbar, wobei bisher gute Erfahrungen mit einem eigens entwickelten Therapieprozessbogen vorliegen. Auch Prä-Post-Messungen (Therapieevaluation) und Patientenverwaltung ist mit diesem System (Synergetic Navigation System) möglich. Da in umfassenden Studien gezeigt werden konnte, dass Psychotherapie ein nichtlineares und nichtstationäres Geschehen ist, d.h. in Kaskaden von Ordnungsübergängen zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern abläuft, arbeitet das Synergetic Navigation System mit Methoden der nichtlinearen Zeitreihenanalyse. Diese weisen auf das Auftreten von kritischen Instabilitäten und Ordnungsübergängen hin (Dynamische Komplexität, Komplexitäts-Resonanz-Diagramme, Recurrence Plots, Synchronisationsmuster-Analysen, u.a.). Mit Hilfe von Kriterien, die aus der Theorie der Selbstorganisation (Synergetik) abgeleitet wurden, können auf dieser Datenbasis adaptive Indikationsentscheidungen für den Behandlungsverlauf getroffen werden. Das System wird derzeit sowohl in der Praxis wie in einer Studie zur Neurodynamik (fMRT) von Psychotherapieverläufen eingesetzt.

0360

Zur Wirkung von Psychotherapie Mathematisch-logische Modelle

Zeno Kupper (Uniklinik für Psychiatrie, Abt. für Psychotherapie, Bern 10)
W. Tschacher

Einleitung: Die „Effektivität“ psychotherapeutischer Interventionen, für die „Wirksamkeit“ in kontrollierten Studien belegt wurde, hängt in der Versorgungspraxis von zahlreichen Faktoren ab, die bisher meist isoliert diskutiert wurden. In diesem Beitrag soll geklärt werden, ob Fragen zur Wirkung psychotherapeutischer Interventionen heuristisch fruchtbar in formalen Modellen integriert werden können. Dabei sollen sowohl Modelle zur Versorgungspraxis als auch Modelle zu Proz-

essen in der Psychotherapie exploriert werden. Es werden notwendige Voraussetzungen für effektive Interventionen vorgestellt. Anhand von Beispielen wird die theoretisch mögliche Effektivität dieser Interventionen der heutigen Versorgungspraxis gegenüber gestellt. Bezüglich psychotherapeutischer Prozesse wird besonders auf den Klärungsprozess eingegangen.

Methode: Zur Modellbildung wird eine Boolesche Logik verwendet, die zeitliche Entwicklungen abbilden kann (Kinetische Logik nach R. Thomas). Die Möglichkeiten dieses Ansatzes werden anhand der genannten Beispiele aufgezeigt.

Diskussion/Ergebnisse: Die beispielhaften Modelle hilfreicher Interventionen setzen voraus, dass 1. die Intervention aktiviert wird, wenn eine therapeutische Veränderung notwendig ist (Anwendung), dass 2. die Intervention die intendierte Veränderung herbeiführen kann (Effektivität), und dass 3. die erreichte Veränderung nachhaltig ist (Aufrechterhaltung). Schlussfolgerungen: Die vorgestellten „Booleschen Interventionsmodelle“ postulieren spezifische zeitliche Muster („Attraktoren“) und erlauben eine neuartige vergleichende Analyse von Interventionsformen, Therapieprozessen und Versorgungssystemen. Die beispielhaften Modelle hilfreicher Interventionen setzen voraus, dass 1. die Intervention aktiviert wird, wenn eine therapeutische Veränderung notwendig ist (Anwendung), dass 2. die Intervention die intendierte Veränderung herbeiführen kann (Effektivität), und dass 3. die erreichte Veränderung nachhaltig ist (Aufrechterhaltung). Schlussfolgerungen: Die vorgestellten „Booleschen Interventionsmodelle“ postulieren spezifische zeitliche Muster („Attraktoren“) und erlauben eine neuartige vergleichende Analyse von Interventionsformen, Therapieprozessen und Versorgungssystemen. Kupper, Z. & Tschacher W. (2006) Anwendung Effektivität Aufrechterhaltung: Boolesche Interventionsmodelle zur Wirkung von Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (im Druck).

0361

Lassen sich Phasen des stationären Psychotherapieprozesses mittels biologischer Parameter abbilden?

Thomas Huber (Medizin, Hochschule Hannover, Psychiatrie und Psychotherapie)

K. Issa, G. Schik, C. Tettenborn, B. Stoffels, I. Behrens, O. T. Wolf

Einleitung: Der Verlauf einer stationären Psychotherapie kann in unterschiedliche Phasen eingeteilt werden, die vor allem inhaltlich charakterisiert werden. Wenig ist darüber bekannt, ob diese Phasen mit biologischen Veränderungen einhergehen und ob vielleicht bestimmte Bedingungen des bio-psycho-sozialen Systems erfüllt sein müssen, um überhaupt in eine nächste Therapiephase übertreten zu können. Auffälligkeiten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHNN)-Achse sind bei verschiedenen psychischen Erkrankungen berichtet worden. Der morgendliche Cortisolanstieg im Speichel nach dem Aufwachen ist ein sensibler und reliabler Parameter, mit dem auch subtile Veränderungen der HHNN-Achse nachgewiesen werden können. Im Rahmen einer ersten Pilotstudie wurden deshalb an der medizinischen Hochschule Hannover in der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie TeilnehmerInnen einer integrativ arbeitenden stationären Psychotherapie über ihren Therapieverlauf hin untersucht. **Methode:** Die Therapie wurde in dreiwöchige Phasen eingeteilt und bei allen PatientInnen zu Beginn jeder Phase der morgendliche Cortisolanstieg nach dem Aufwachen im Speichel bestimmt. Hierzu wurden direkt nach dem Wecken eine erste Probe, und dann weitere zwei Speichelpuben im Abstand von jeweils 15 Minuten entnommen. Hauptzielgröße war der Anstieg des Speichelcortisol zwischen der 30-Minuten- und der Aufwachprobe.

Diskussion/Ergebnisse: Es konnten Hinweise auf Veränderungen des morgendlichen Speichelcortisolanstiegs über die Therapiephasen gefunden werden. Diese wurden mit Veränderungen psychometrischer Skalen korreliert und es wurde auf spezifische Muster bei Therapieerfolgen hin untersucht. Diese erste Pilotstudie erlaubt aufgrund der

dreiwöchigen Intervalle und der Stichprobengröße keine abschließenden Aussagen. Es erscheint aber denkbar, dass sich Phasen der Therapie auch im morgendlichen Speichelcortisolanstieg abbilden. Weitere Untersuchungen sind gerechtfertigt, um möglicherweise Patientengruppen zu charakterisieren, die von einer Fortführung der Therapie nicht profitieren würden, und eine Modifikation benötigen.

0362

Therapeutische Allianz und Therapieevaluation aus Sicht von Jugendlichen und Kindern, deren Eltern und der Therapeuten im Rahmen einer teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

Matthias Köster (Vivantes Klinikum Hellersdorf, Kinderpsychiatrie, Berlin)
S. Winter, U. Gerhard

Einleitung: Die therapeutische Allianz gilt als einer der wichtigsten unspezifischen Wirkfaktoren am Erfolg von Psychotherapie, der im Erwachsenen-Bereich mit über 2000 Studien meta-analytisch mit einer Korrelation von $r=0.24$ als robust dargestellt werden konnte. Je stärker die Allianz, desto stärker die therapeutische Veränderung. Studien im Kinderbereich sind im Verhältnis zum Erwachsenenbereich weit seltener (lt. Shirk et. al bis 2003 23 Studien). Ein Aspekt der therapeutischen Allianz im kinderpsychiatrischen Kontext ist die Übereinstimmung der Therapieziele zwischen der Triade Patienten, Eltern und Therapeuten. Es zeigte sich in vielfachen Studien, dass Patienten, Eltern und Therapeuten häufig nicht in der Problembeschreibung konform gehen. Die PsyBaDo-KJ ist ein geeignetes Instrument, um einen Therapiefokus zu formulieren, entsprechende Übereinstimmungen bei der Formulierung von Therapiezielen zu untersuchen und für die seit 1988 im Gesundheits-Reformgesetz vorgeschriebenen Qualitätssichernden Maßnahmen zu nutzen.

Methode: Im Zeitraum zwischen Juli 2004 und Juni 2005 erfüllten von 99 Behandlungen in einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik der Regelversorgung (Vivantes Klinikum Hellersdorf) 31 Behandlungen die Einschlusskriterien, von denen 27 Behandlungen komplett ausgewertet werden konnten. Die behandelten Kinder/Adoleszenten, deren Eltern und die Therapeuten (2 Psychologen, 3 Ärzte) wurden mittels der Psy-BaDo-KJ-Bögen zu Beginn nach den individuellen Therapiezielen (ITZ) befragt, deren Erreichen sie zum Ende der Behandlung selbst beurteilten. Diese Ergebnisse wurden mit einem Kollektiv von 35 Patienten aus einer mehr auf Essstörungen spezialisierten, universitären kinderpsychiatrischen Abteilung der Charité verglichen (veröffentlicht von S. Winter et al., 2005) und im Hinblick auf die Unterschiede in der Art der ITZ und der Einschätzung des Therapieerfolgs untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Von den 27 komplett auswertbaren Vivantes-Behandlungen (Ø-Alter 14,0 J., Ø-Behandlungsdauer 73 Tage; Erstdiagnosen: 14,8% F3, 40,8% F4, 3,7% F5, 7,4% F6, 33,3% F9 plus 18,5% F8) konnten insgesamt 300 ITZ ausgewertet werden (89 von Kindern/Adoleszenten, 97 von Eltern, 114 von Therapeuten). 42% der ITZ wurden als intrapsychisch, 39% als interaktionell, 6,7% als körperliche, 4% als Suchtspezifisch, 8% als sozialmedizinisch klassifiziert. Das Erreichen der Therapieziele wurde in 6,1% über den Erwartungen liegend, in 38,6% den Erwartungen entsprechend, in 43,7% als ein teilweises Erreichen und in 11,5% als ein Nichterreichen eingeschätzt. Kinder/Adoleszente waren tendenziell positiver, Therapeuten negativer in der Einschätzung. Die Übereinstimmung in den Therapiezielen zwischen den Parteien zeigte bei Eltern und Therapeuten eine positive korrelative Tendenz hinsichtlich der späteren Erfolgseinschätzung ohne Signifikanz-Niveau (Eltern: Anova .072) zu erreichen. Verglichen mit dem universitären Kollektiv (Ø-Alter 15,5 J., Ø-Behandlungsdauer 75 Tage; 66% w/ 34% m; Erstdiagnosen: u.a. 36,7% F5; 323 ITZ) zeigten sich signifikante Unterschiede in der Art der Therapieziele. Die Güte der Erfolgseinschätzungen entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen aus dem universitären Kollektiv. Die Implikationen für Klinik und Forschung im kinderpsychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext sollen diskutiert werden.

0363

Pre-Post-Untersuchung zur Veränderung der erlebten Selbstwirksamkeit bei traumatisierten Patienten mit traumaspezifischer Psychotherapie

Sabine Haas (Ingolstadt)
J. Fetz, W. Linke, G. Kerkhoff

Einleitung: Traumatische Erfahrungen sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie von den betroffenen Person als lebensbedrohlich und unkontrollierbar erlebt werden. Diese Erfahrung des Kontrollverlusts kann schwere Auswirkungen auf das Selbstwirksamkeitserleben einer Person haben. Eine niedrig erlebte Selbstwirksamkeit wiederum behindert eine erfolgreiche Anpassung an den traumatischen Stress (Bandura, 1997). Die subjektiv erlebte Selbstwirksamkeit spielt sowohl bei der Pathogenese als auch bei der Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsreaktion eine bedeutsame Rolle (u.a. Murphy, 1987; Benight et al., 1996). Patienten mit hoher Einschätzung der Selbstwirksamkeit entwickeln in signifikant geringerem Maße chronische posttraumatische Belastungssymptome als Patienten mit gering wahrgenommener Selbstwirksamkeit (Flatten et al., 2003). Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit kann nach Bandura (1997) durch psychotherapeutische Maßnahmen zur Bewältigung traumatischer Ereignisse gesteigert werden. Untersucht wird, inwieweit eine traumaspezifische Therapie zu einer Veränderungen in der wahrgenommen Selbstwirksamkeit führt.

Methode: In der laufenden Studie werden zwei Patientengruppen im Rahmen eines Kontrollgruppenplans mit Pre- und Posttest hinsichtlich einer Veränderung des Selbstwirksamkeitserlebens untersucht. Die stationär behandelten Patienten mit PTB- oder subsyndromaler PTB Diagnose erhalten eine spezifische Traumatherapie oder eine unspezifische Psychotherapie. Da die Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens eine Komponente der spezifischen Traumatherapie darstellt, wird die Annahme überprüft, ob sich bei den Patienten mit spezifischer Traumatherapie das subjektive Selbstwirksamkeitserleben stärker verändert als bei der Patientengruppe mit unspezifischer Psychotherapie. Das subjektive Selbstwirksamkeitserleben wird mit standardisierten Selbstbeurteilungsfragebögen erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen überraschenderweise, dass in der Patientengruppe mit unspezifischer Psychotherapie eine deutlichere Steigerung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zu verzeichnen ist, als in der Patientengruppe mit spezifischer Traumatherapie. Weiterhin wird in der laufenden Untersuchung berücksichtigt, inwieweit die jeweiligen Ausprägungen der Merkmale Depressivität, Somatisierung und Ängstlichkeit mit einer Veränderung des Selbstwirksamkeitserlebens zusammenhängen. Unter den gleichen Gesichtspunkten wird der Einfluss von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, unter anderem Coping, Hoffnung und Veränderungsmotivation diskutiert.

0364

Evaluation einer offenen stationären verhaltenstherapeutischen Schmerzbewältigungsgruppe

Anette-Elisabeth Hennighausen (Rehabilitationszentrum, Psychosomatik, Bad Nauheim)
G. Schilling

Einleitung: Zentrales Anliegen unserer Gruppentherapie ist die Förderung der Eigenverantwortung des Patienten und der Aufbau von Bewältigungsstrategien zur dauerhaften Veränderung sowohl durch explizit kognitive wie auch primär verhaltensbezogene Maßnahmen. Diese sind aktiv, verhaltensbezogen, zeitlich begrenzt und strukturiert.

Methode: Im Rahmen des multimodalen Therapiekonzeptes unserer Klinik richtet sich das standardisierte präsentationsgestützte Gruppentherapieprogramm (8 Termine in 4 Wochen) an Patienten mit einer chronischen Schmerzsymptomatik (z.B. somatoforme Schmerzstörungen oder intermittierende chronische Rücken- und Gelenkschmerzen

entzündlicher und degenerativer Art). Ausgehend von einem multidimensionalen Modell des chronischen Schmerzes wird die gleichrangige Bedeutung sensorischer, affektiver und kognitiver Schmerzkomponten betont. Das Gefühl der Hilflosigkeit soll bei den Patienten durch ein Training von kognitiven Bewältigungsstrategien, Verhaltensübungen zum Umgang mit schmerzverstärkenden Situationen und dem Aufbau einer positiven bewältigenden Einstellung dem Schmerz gegenüber reduziert werden. Ziel der Studie ist es, die Veränderung der Schmerzbewältigung und Schmerzbeeinträchtigung durch verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zu überprüfen. Die Effektivität der Behandlung wird anhand der Veränderung schmerzbezogener kognitiver und affektiver Parameter bewertet. Erfasst wurden bei 60 Patienten neben der erlebten Beeinträchtigung durch den Schmerz verschiedene Dimensionen der Schmerzbewältigung und Schmerzbeeinträchtigung (FESV) sowie der schmerzbedingten Einschränkung (PDI), SCL-90-R. In einem Prä-Post-Design erfolgt die Datenerhebung zu vier Zeitpunkten: Vor der Therapie, nach vier Wochen und mit einer Katamnese nach drei und sechs Monaten.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Auswertungen zeigen eine Reduktion der Schmerzbelastung und einen Anstieg der Schmerzbewältigung im Behandlungszeitraum. Das Ausmaß der mit der Erkrankung einhergehenden psychischen Allgemeinsymptomatik verringert sich. Diese Verbesserungen deuten sich auch im Katamnesezeitraum an. Vollständige Daten der Katamneseuntersuchung stehen noch aus.

0365

Die deutsche Version des „Group Selection Questionnaire“ als Prädiktor für den Therapieerfolg einer stationären integrativen Gruppenpsychotherapie

Thomas Huber (Medizin, Hochschule Hannover, Psychiatrie und Psychotherapie)
J. Loeffler

Einleitung: Der „Group Selection Questionnaire“ (GSQ) wurde entwickelt, um Informationen über Erwartungen von PatientInnen an eine stationäre Gruppentherapie, ihre Bereitschaft, mit anderen Teilnehmenden in einer positiven Art zu interagieren und über ihre Tendenz, in einer Gruppe dominierendes Verhalten zu zeigen, zu gewinnen. Eine deutsche Version liegt vor, deren psychometrische Qualität sich noch in der Überprüfung befindet. In der vorliegenden Studie wurde die Anwendung dieser deutschen Version des GSQ überprüft.

Methode: Vor Beginn einer stationären Gruppenpsychotherapie mit integrativem Konzept wurde allen Interessierten die deutsche Version des GSQ ausgehändigt. Es wurde untersucht, inwieweit sich die drei Skalen Partizipation, Erwartung und Dominanz als Prädiktoren für die Aufnahme und den vollständigen Abschluß der Therapie sowie für den Therapieerfolg eignen. Der Therapieerfolg wurde anhand der Symptomcheckliste von Zerssen in der revidierten Fassung mit 90 Items (SCL-90 R) bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand der deutschen Fassung des GSQ konnte keine sinnvolle Vorhersage darüber erfolgen, welche PatientInnen später eine Therapie tatsächlich begannen. Ergebnisse zur Qualität der deutschen Fassung des GSQ als Prädiktor für den Abschluss der Therapie und für den Therapieerfolg gemessen mittels SCL-90 R werden vorgestellt und diskutiert.

0366

SESIF – Die Skala zur Einschätzung der sozialen Interaktionsfähigkeit von Patienten mit umweltbezogenen Störungen

Serge Brand (Univ. Psych. Kliniken Basel, Depressionsforsch./ Schlafmed.)
J. Kuechenhoff

Einleitung: Die Diagnostik und Therapie umweltbezogener Gesundheitsstörungen ist eine klinische Herausforderung, und idealerweise werden Fachkräfte aus den Bereichen Psychiatrie/Psychologie, Med-

izin und Umwelanalytik zugezogen. Das Basler Pilotprojekt hat diese multimodale Diagnostik erfolgreich eingeführt; hierbei ist einerseits ein sehr differenziertes Bild von Patienten mit umweltbezogenen Gesundheitsstörungen entstanden, andererseits waren die finanziellen und personellen Kosten sehr hoch. Ableitend davon entstand somit das Bedürfnis nach einer vereinfachenden Diagnoseheuristik mit dem Ziel, rasch und doch präzise diese Patienten zu screenen.

Methode: Ausgehend von den Ergebnissen eines strukturierten Interviews, sowie von der Gegenübertragung des Interviewers wurde eine Skala entwickelt, welche erlaubte, den Grad der sozialen Interaktionsfähigkeit der Patienten einzuschätzen. Diese neue Skala wurde anschliessend benutzt um festzuhalten, in wie fern die Ergebnisse der multi-modalen Diagnostik vorausgesagt werden konnten. Die fünfstufige Skala reichte von der Dimension „warmer, authentischer Kontakt und aktive Beteiligung am Gespräch“ bis zur Dimension „Patient bleibt verschlossen, zeigt keine Emotionen; praktisch nicht möglich, mit dem Patienten in Kontakt zu treten.“

Diskussion/Ergebnisse: Eine geringe Interaktionsfähigkeit sagte hoch signifikant das Auftreten und die Anzahl psychiatrischer Diagnosen voraus. Zudem war eine geringe Interaktionsfähigkeit mit ungünstigeren Persönlichkeitswerten assoziiert, welche mittels der OPD erhoben wurden. Weiter konnte in jenen Patienten eine erhöhte Interaktionsfähigkeit beobachtet werden, bei welchen umweltbezogene Störungen eher auf medizinische und/oder umwelanalytische Ursachen zurückgeführt werden konnten. Die Sensitivität der Skala lag bei 76%; die Spezifität bei 72%. Schlussfolgerungen Die Skala zur Einschätzung der sozialen Interaktionsfähigkeit von Patienten mit umweltbezogenen Störungen scheint ein einfaches und recht genaues Screeninginstrument zu sein. Entsprechend sollten Fachkräfte noch besser geschult werden, das Interaktionsverhalten der Patienten zu berücksichtigen und diese Beobachtungen mit den Ergebnissen der Gegenübertragung zu verbinden. Die Validierung des Instrumentes sollte einerseits vorangetrieben werden, andererseits kann die Skala eine ausführliche multimodale Diagnostik noch nicht ersetzen.

0367

Stationäre Kurzgruppentherapie bei Bundeswehrsoldaten

– Wirksamkeit der Behandlung und Prädiktoren des Therapieerfolgs

Peter Zimmermann (Bundeswehrkrankenhaus, Neurologie und Psychiatrie, Berlin)
N. Kröger, J. Krumme, M. Kocielski, A. Sestak, A. Heinz, H.-H. Hahne

Einleitung: Soldaten sind bei der Ausübung ihres Berufes starken Belastungen ausgesetzt, die vielfältige psychiatrische Symptombilder nach sich ziehen können. Therapeutische Response und Prognose dieser Störungen hängen u.a. mit dem sozialen Funktionsniveau der Patienten zusammen. Dieses kann durch Gruppentherapie verbessert werden.

Methode: Zwischen 1998 und 2005 wurden im Bundeswehrkrankenhaus Berlin 103 Bundeswehrsoldaten in einer geschlossenen tiefenpsychologisch-fundierte Kurzgruppenpsychotherapie über fünf Wochen stationär behandelt, die auch spezifische ergo- und bewegungstherapeutische Anteile beinhaltete. Vor und nach Therapie wurden die Teilnehmer prospektiv mit der SCL-90-R auf ihre Symptombelastung getestet und ein MMPI durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: In allen Skalen der SCL-90-R und des MMPI (mit Ausnahme MF und MA) kam es nach Therapie zu hochsignifikanten Verbesserungen gegenüber dem Ausgangswert. Eine Wartelisten-Kontrollgruppe zeigte in einem vergleichbaren Zeitraum keine signifikanten Verbesserungen. Prädiktoren der Verbesserung waren ein höheres Lebensalter, eine Diagnose aus dem Bereich F40–48 der ICD-10 (im Vergleich zu F60–69), der Status eines Berufssoldaten (im Vergleich zu Soldaten auf Zeit) sowie eine Verbesserung der sozialen Introversion unter Therapie. Keinen Einfluß hatten das Bestehen einer Partnerschaft, der Dienstgrad sowie psychiatrische Komorbidität.

0368

Unterschiede im Anamnese- bzw. Interviewverhalten von deutschen Psychiatern und PsychosomatikernKlaus Josef Zeyer (Evang. KKH Bergisch Gladbach, Psychiatrie)
U. Schultz-Venrath

Einleitung: Einleitung: In einer Fragebogenuntersuchung an deutschen psychiatrischen und psychosomatischen Universitätskliniken wurde untersucht, ob sich bei der Erhebung krankheitsrelevanter Informationen Unterschiede zwischen Psychiatern und Psychosomatikern nachweisen lassen und welche Rolle dabei die therapeutische Haltung der Untersucher einnimmt.

Methode: Methode: Der verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an die „psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung“ von Freyberger et al. (1996) entworfen. Aus den drei Hauptabschnitten „Krankheitsanamnese“, „Biographie des Patienten“ und „Familienanamnese“ wurden Items gebildet, die bestimmten Gegenstandsbereichen (wie z.B. der „Jetzigen Erkrankung“) zugeordnet wurden. Durch klar formulierte Anamnesefragen wurden diesen wiederum umschriebene Gegenstände (wie z.B. die „Gestaltung von Objektbeziehungen – Bindungen“) zugewiesen. Die Antwort der befragten Ärzte erfolgte auf einer sechsstufigen Skala, wobei sie ihr Tätigkeitsfeld (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie vs. Klinik für Psychosomatik) sowie ihre therapeutische Haltung („tiefenpsychologisch“ vs. „verhaltenstherapeutisch“) benennen sollten. Als statistisches Verfahren erfolgte eine zweifaktorielle Kovarianzanalyse. Als Signifikanzniveau bei dieser eher explorativen Analyse wurde das 5%-Niveau bzw. das 1%-Niveau berücksichtigt.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Fragen innerhalb der „Krankheitsanamnese“, die sich auf zwischenmenschliche Bindungen, Beziehungskonflikte, aber auch auf motivationale und tabuisierte Themen bezogen, wurden häufiger von in der Psychosomatik beschäftigten Ärzten gestellt. Die psychotherapeutische Ausrichtung erschien hier von geringerer Relevanz. Die selbe Tendenz ließ sich für den Bereich der „Biographie des Patienten“ erkennen. Im Bereich der „Familienanamnese“ wurden Fragestellungen, die das Faktenwissen vergrößern und von traditioneller diagnostischer und prognostischer Relevanz sind, von den in der Psychiatrie Beschäftigten deutlich häufiger erfragt. Sowohl für den Tätigkeitsschwerpunkt wie für die therapeutische Ausrichtung zeigte sich ein numerisch vermindertes Interesse an biographischen Fragestellungen im Vergleich zur Krankheits- und Familienanamnese.

0369

Missbrauch psychotroper Substanzen bei psychosomatischen Patienten, ein therapierelevantes Thema?Julia Domma (Salus Kliniken GmbH, Hürth)
H. C. Vollmer, T. Wiehn

Einleitung: Der Missbrauch psychotroper Substanzen wird definiert durch a) den wiederholten Substanzgebrauch trotz dadurch entstehender körperlicher Gefährdungen, gesetzlicher oder zwischenmenschlicher Probleme oder Vernachlässigung sozialer Pflichten und b) die Kriterien einer Abhängigkeit nicht erfüllt sind. Bekannt ist, dass psychosomatische Patienten häufig zur Eigenmedikation z.B. in Form von Alkohol greifen bevor sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Es stellen sich nun die Fragen: Wie hoch ist der Anteil von Missbrauchern psychotroper Substanzen bei psychosomatischen Patienten? Inwiefern werden dadurch die Ergebnisse der Behandlung beeinflusst?

Methode: Sämtliche Patienten einer psychosomatischen Abteilung wurden bzgl. Abhängigkeit und Missbrauch nach ICD-10 diagnostiziert. Patienten, bei denen die Nebendiagnose Abhängigkeit, (F1x.2) vorlag, wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. An der Studie haben 513 Patienten teilgenommen. Erstdiagnosen waren „Affektive Störungen“ (40%), „Anpassungsstörungen“ (33%), „Angststörungen“ (11%), „somatoforme Störungen“ (4%). Die Patienten waren im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD: 8,9), der Frauenanteil lag bei 66%, 38% hatten Mittlere Reife und 22% Abitur, 63% lebten in einer festen Beziehung.

Diskussion/Ergebnisse: Bei 26,7% der Patienten wurde die Diagnose Missbrauch psychotroper Substanzen gestellt, in der Regel von Alkohol (81%). Diese Diagnose war unabhängig von Erstdiagnose, Familienstand, Schulbildung und Alter. Sie wurde aber signifikant häufiger bei Patienten gestellt, die a) männlich ($p < .001$), b) arbeitslos ($p < .01$) und c) häufiger einen Suizidversuch unternommen ($p < .001$) hatten. Weder in den F-Kodierungen noch organmedizinisch gab es Unterschiede bezüglich der Ausprägung der Komorbidität beider Gruppen. Patienten mit Missbrauch psychotroper Substanzen sind zu Behandlungsbeginn depressiver (BSI 4, $p < .01$). Die Patienten ohne Missbrauch verbessern sich im Vergleich von Therapiebeginn und -ende in allen Faktoren des BSI ($p < .001$) und im Vergleich zur Einjahreskatamnese in der Hälfte der Faktoren (z.B. Zwanghaftigkeit, Aggressivität, Psychotizismus). Die Patienten mit der Diagnose Substanzmissbrauch sprechen, gemessen an den testpsychologischen Befunden, nicht so gut auf die Therapie an. Sie zeigen aber in den meisten Befunden wesentliche Verbesserungen in der Einjahreskatamnese, wie z.B. in den Depressionswerten (ADS, SESA, BSI 4). Bei dieser Patientengruppe handelt es sich wahrscheinlich um eine positive Selektion, denn katamnestisch wurden mehr Patienten ohne Substanzmissbrauch erreicht (56% vs. 40%, $p < .001$). Das bessere Ansprechen dieser Patienten auf die Behandlung zeigt sich auch in der höheren Anzahl regulärer Therapiebeendigungen ($p < .01$). Andererseits wurden beide Gruppen prognostisch und bzgl. ihrer Arbeitsfähigkeit gleichermaßen günstig beurteilt und unterschieden sich nicht in der Zufriedenheit mit der Therapie. Im Trend verbessern sich die Patienten ohne Substanzmissbrauch auch stärker bzgl. ihrer Arbeitssituation. Von den zu Beginn der Behandlung Arbeitslosen sind zur Einjahreskatamnese nur noch 56% arbeitslos; nur 7,6% der zu Beginn Erwerbstätigen sind arbeitslos geworden. Bei den Patienten mit Missbrauch sind nur 33% nicht mehr arbeitslos; 14% sind neu arbeitslos geworden. Bei psychosomatischen Patienten mit Missbrauch psychotroper Substanzen handelt es sich auf den ersten Blick um eine diagnostisch unauffällige Gruppe, wenn nicht die Diagnose Missbrauch abgefragt oder organmedizinische Alkoholparameter erhoben werden. Selbst in einer psychosomatischen Abteilung, die durch ihre enge Kooperation mit der Suchtabteilung diagnostisch und therapeutisch sehr kompetent auf diese Patienten eingeht, hat diese Gruppe aber eine schlechtere Prognose. Den Problembereich des Gebrauchs psychotroper Substanzen einzubeziehen, sollte Standard bei der Behandlung psychosomatischer Patienten sein.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Oslo

S-105 Symposium**Innovative Psychotherapiemethoden – Integration in Aus- und Weiterbildung und ambulante Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer)**

Vorsitz: R. Richter (Hamburg), F. Hohagen (Lübeck)

0507

CBASP – Beispiel für eine neue schulenübergreifende Psychotherapiemethode zur Behandlung von Patienten mit chronischen Depressionen

Fritz Hohagen (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

0508

Neuropsychologische Therapie – Neue psychotherapeutische Methoden zur Behandlung von Patienten mit hirnganisch bedingten psychischen Störungen

Siegfried Gauggel (RWTH Aachen, Medizinische Psychologie)

In dem Vortrag wird ein Überblick über die theoretischen Grundlagen und die praktische Durchführung neuropsychologischer Interventionen gegeben. Eine neuropsychologische Behandlung hat grund-

sätzlich zwei Ansatzpunkte: Restitution gestörter Funktionen durch Funktionstherapien sowie Kompensation von Funktionsstörungen durch die Vermittlung von Strategien und Hilfsmittel (siehe Gauggel, 2003). Charakteristisch für Funktionstherapien ist, dass sie störungsspezifisch und im Schwierigkeitsgrad hierarchisch aufgebaut sind, sowie mit hoher Frequenz und Intensität durchgeführt werden. Hierbei gilt es natürlich dafür zu sorgen, dass die Funktionstherapie in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet ist, die Patienten aktiv in die Therapie eingebunden sind und die emotionalen Reaktionen der Patienten auf die Erkrankung und deren Folgen Beachtung finden. Funktionstherapien werden häufig mit computergestützten Therapieprogrammen durchgeführt. Diese erlauben eine sehr spezifische Stimulation bestimmter Funktionen und damit der entsprechenden neuronalen Netzwerken. Eine Funktionstherapie basiert dabei auf der Annahme, dass es durch eine solche Stimulation zu einer Wiederverknüpfung überlebender Neurone und zu einer Reaktivierung des neuronalen Netzwerkes kommt. Der zweite Ansatzpunkt, der in dem Gesamtbehandlungsplan aufgrund der Chronizität bestimmter Störungen teilweise eine noch wichtigere Rolle als die Funktionstherapien spielen, besteht in der Kompensation. Auf Kompensation ausgerichtete Therapien zielen darauf ab, ein durch eine Erkrankung oder Verletzung entstandenes Ungleichgewicht zwischen Umwelthanforderungen und den Fähigkeiten des Patienten auszugleichen. Kennzeichnend für den auf Kompensation ausgerichteten Therapieansatz ist, dass die Therapie nicht mehr auf eine Funktionswiederherstellung, sondern auf einen möglichst aktiven Ausgleich der Defizite durch Hilfsmittel und Strategien abzielt. Voraussetzung für eine aktive Kompensation ist dabei eine rudimentäre Einsicht des Patienten in die vorhandenen Probleme. Da bei einem auf Kompensation ausgerichteten Behandlungsansatz von chronischen oder zumindest nicht mehr vollständig rückbildbaren Defiziten ausgegangen wird, kommt dem Thema „Bewältigung einer chronischen Störungen“ eine wichtige Rolle zu.

0509

Wie können neue (verfahrensunabhängige) Psychotherapiemethoden in die Aus- und Weiterbildung und die ambulante Versorgung integriert werden?

Rainer Richter (UKE, Innere Medizin, Psychosomatik / Psychotherapie, Hamburg)

Einleitung: Während die psychotherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung in Deutschland weitgehend verfahrensbezogen strukturiert ist, wird der Fortschritt in der Psychotherapie in den letzten beiden Dekaden auch durch die Entwicklung psychotherapeutischer Methoden geprägt, die verfahrensunabhängig konzipiert sind oder bei mehreren psychotherapeutischen Verfahren Anleihen machen. Damit stellt sich auch die Frage, wie diese psychotherapeutischen Methoden in die Ausbildung und in die psychotherapeutische Versorgung integriert werden können. Berufsrechtlich sind die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) nach §11 PsychThG maßgeblich. In den letzten Jahren hatte der WBP überwiegend Gutachtenanträge zu psychotherapeutischen Methoden zu bearbeiten. Als Beispiele sind hier die Interpersonelle Psychotherapie oder die Klinische Neuropsychologie zu nennen. Im Gegensatz zur Prüfung psychotherapeutischer Verfahren steht hier nicht die Frage im Vordergrund, ob eine Empfehlung für die vertiefte Ausbildung ausgesprochen werden kann. Vielmehr ist der erste Bewertungsschritt der wissenschaftlichen Anerkennung einer Methode für bestimmte Anwendungsbereiche der Psychotherapie entscheidend. Die wissenschaftliche Anerkennung einer Methode für bestimmte Anwendungsbereiche eröffnet gemäß Psychotherapeutengesetz berufsrechtlich die Möglichkeit, diese Methode in die Versorgung zu integrieren. Über die sozialrechtliche Zulassung und damit über die Integration in die ambulante GKV-Versorgung entscheidet in einem zweiten Schritt der Gemeinsame Bundesausschuss. Die jüngste Novelisierung der Psychotherapie-Richtlinien sieht dabei erstmals explizit den Fall vor, dass eine psychotherapeutische Methode, die nicht einem

der Richtlinienverfahren zuzuordnen ist, im Rahmen der Richtlinien Anwendung finden kann. Die wissenschaftliche Anerkennung der Methode durch den WBP stellt dabei eine von mehreren Voraussetzungen hierfür dar. Zusätzlich ist indikationsbezogen der Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Methode zu erbringen.

Diskussion/Ergebnisse: Der Beitrag beleuchtet Gemeinsamkeiten und Unterschiede der zugrundeliegenden Bewertungsverfahren und die daraus resultierenden Probleme. Abschließend werden Aspekte der Qualifikation in neuen psychotherapeutischen Methoden und die erforderlichen Qualitätsstandards in Aus- und Weiterbildung von Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beleuchtet. Im Falle der Klinischen Neuropsychologie wurde von der Bundespsychotherapeutenkammer das Modell der Zusatzweiterbildung besprochen. Die Regelungsoptionen für weitere wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethoden werden diskutiert.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 09

S-120 Symposium

Qualitätssicherung der Psychotherapieweiterbildung in der Psychiatrie – Symposium des Referats Psychotherapie der DGPPN

Vorsitz: M. Linden (Teltow / Berlin), C. Mundt (Heidelberg)

0579

Gut gewollt ist nicht gleich gut gemacht. Ergebnisse einer Untersuchung mit der Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste

Christin Müller (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

M. Linden

Einleitung: In der täglichen Praxis ist Psychotherapie das, was ein Therapeut tut. Wenn es professionelle Psychotherapie sein soll, dann sollte ein Therapeut das tun, was als Standard für eine bestimmte Form von Psychotherapie vorgegeben ist. Der Grad der Übereinstimmung von Therapeutenverhalten und Therapiestandard kann in diesem Zusammenhang als Therapeuten-Compliance bezeichnet werden und ist ein Maß für die Therapiequalität. Die Therapiequalität in der Routinepraxis wird jedoch kaum überprüft, auch gibt es nur wenige brauchbare Messinstrumente zur Überprüfung der Therapeuten-Compliance.

Methode: Zur Messung der Therapeuten-Compliance in der Kognitiven Verhaltenstherapie wurde die „Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste, VTKC“ entwickelt. Sie definiert, was als Basiskompetenzen jedes Verhaltenstherapeuten angesehen werden kann. Mittels der VTKC wurden von trainierte Beurteilern Bandaufnahmen von 182 Therapiesitzungen von 14 Verhaltenstherapeuten ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: In 71% der Stunden wurden Hausaufgaben gegeben, aber nur in 34% der Stunden wurden Hausaufgaben nachbesprochen. In 42% wurde an der Modifikation von Kognitionen gearbeitet, in 38% kamen Selbstmanagementstrategien zur Anwendung, in 36% wurden Mikroverhaltensanalysen durchgeführt und nur in 20% an Problemlösestrategien gearbeitet. Auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 7 (sehr gut) wurde die Durchführungsqualität mit durchschnittlich 3,4 (befriedigend bis ausreichend) beurteilt, was dafür spricht, dass es Optimierungsreserven gibt. Im Rahmen eines moderierten Intervisionstrainings konnten das Theoriewissen und die Intention der Therapeuten bezüglich einiger Basiskompetenzen verbessert werden, nicht jedoch die Qualität der umgesetzten therapeutischen Basiskompetenzen. Die Daten zeigen, dass selbst Therapeuten, die ständig, routinemäßig Verhaltenstherapie durchführen, nur mittelmäßige Qualitätsstandards erfüllen. Es gilt, dass theoretisches Wissen und gute Intentionen in der

Psychotherapie ebenso wenig hinreichend sind, wie in anderen Handlungsdisziplinen, wie z.B. beim Tennisspiel. Es bedarf eines gut angeleiteten Psychotherapietrainings auf der Verhaltensebene.

0580

Klinikinterne Psychotherapieweiterbildung und supervision. Können Chef- und Oberärzte auch die psychotherapeutische Qualität sichern?

Ulrike Lehmkuhl (Charité Berlin, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Psychotherapeutische Weiterbildung fand bis zur Erweiterung des Facharztes für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie um die „Bindestrich Psychotherapie“ in speziellen Instituten statt und hatte mit dem Klinikalltag wenig zu tun. Es wurde immer wieder beklagt, dass die Weiterbildungskandidaten keine Erfahrung sammeln konnten in der Psychotherapie stationär zu behandelnder Patienten und dass häufig die Supervisoren keine Erfahrung mit dieser speziellen Patientengruppe hatten. Andererseits verlangt das stationäre Setting, dass in aller Regel mehrere verschiedene Therapiearten zeitgleich nebeneinander oder zeitlich versetzt durchgeführt werden, so dass eine „saubere“, das heißt schulenspezifische Psychotherapie nicht möglich sei. Hierin liegt allerdings eine der Chancen für die Entwicklung multimodaler Behandlungskonzepte. Seit 1994 gibt es in Berlin den Weiterbildungskreis für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem sich fast alle Leiterinnen und Leiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Berlin und Brandenburg angeschlossen haben, sowie eine Fachklinik aus Mecklenburg-Vorpommern. Die Erfahrungen mit der Weiterbildung durch Dozenten, Supervisoren und Lehranalytiker sowohl aus den beteiligten Kliniken als auch aus den kooperierenden Weiterbildungsinstituten sollen dargestellt werden im Sinne eines ersten Fazits. Nach zwölf Jahren und fünf durchgeführten Kursen kann festgestellt werden, dass diese Art der psychotherapeutischen Weiterbildung möglich ist, wenn Erfahrungen sowohl in klinikinterner als auch klinikexterner Weiterbildung und Supervision einander ergänzen und wenn die beteiligten Dozenten, Supervisoren und Lehranalytiker gemeinsam an dem Curriculum arbeiten und zu gewissen Veränderungen im Klinikalltag bereit sind.

0581

Supervision und Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten

Thomas Fydrich (Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie)

0582

Organisation der Psychotherapie-Weiterbildung von Psychiatern in Europa

Fritz Hohagen (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Freitag, 24.11.2006 – 17:15–18.45 Uhr, Saal 02.3

S-125 Symposium

Auf der Suche nach dem Glück – Coaching die neue Form der Psychotherapie?

Vorsitz: A. Kordon (Lübeck), M. Sadre Chirazi-Stark (Hamburg)

0606

Change Management in der Klinik

Winfried Rohr (Verhaltenstherapie Falkenried, Hamburg Eppendorf, Hoheluft)

0607

Gesundheitscoaching

Andreas Kordon (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Coaching ist derzeit in aller Munde und in Abläufe von Unternehmen oftmals fest implementiert. Dabei stoßen Berater häufig auf gesundheitliche Probleme, die ihre Klienten beeinträchtigen oder sogar gefährden. Vom Coach werden dann besondere Kompetenzen verlangt: Zusammen mit dem Klienten muss er einen veränderten Lebens- und Arbeitsstil entwickeln, der dessen Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhält und fördert. Ausgehend von einem mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff legt das „Gesundheitscoaching“ in Abgrenzung zum sonstigen Coaching ein besonderes Augenmerk auf körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden der Klienten. Es sollen das Konzept zum Gesundheitscoaching und die dafür entwickelten Methoden dargestellt werden. Das Konzept umfasst neben den Aspekten Bewegung, Ernährung, Entspannung und Stressprotektion auch die Themen Lebensbalance und Sinnfragen. Neben konzeptionellen Überlegungen sollen die praktischen Umsetzungsmöglichkeiten beispielhaft diskutiert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen suchen innovative Unternehmen, die bereits betriebliches Gesundheitsmanagement praktizieren, zur Zeit Antworten auf die Frage, wie sie das Thema „Führung und Gesundheit“ in ihren Organisationen umsetzen können und wie Veränderungen in den Denkweisen der Führungskräfte erfolgreich begleitet werden können.

0608

Die fruchtbare Umarmung von Psychotherapie und Coaching - aus der Perspektive des Coaching

Elisabeth Schramm (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)

Seit der Begründung des Life-Coach als Profession im Jahre 1988 boomt der Begriff unter einer großen Vielfalt von Definitionen. Auch der psychotherapeutische Bereich hat den Begriff Coaching für sich entdeckt und bereits auf verschiedene Problemfelder (z.B. Ess-Störungen) angewandt. Umgekehrt verbergen sich hinter manchen Coaching Prozessen auch psychotherapeutische Interventionen. Im Beitrag werden die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des Einsatzes von Coaching im psychotherapeutischen Bereich aufgezeigt. Typische Techniken und Strategien des Coaching werden vorgestellt.

0609

Auf der Suche nach dem Glück – Coaching die neue Form der Psychotherapie?

Michael Sadre Chirazi-Stark (Asklepios Klinik Nord, Campus Ochsenzoll, Hamburg)

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 44

S-157 Symposium

Patientenpartizipation in der Therapie der Schizophrenie

Vorsitz: J. Hamann (München), F.-G. B. Pajonk (Homburg)

0765

Ideale Therapeuten aus Sicht psychiatrischer Patienten

Ingo Schäfer (UKE Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische Klinik)
N. Commentz, N. Schandorf, B. Andresen, D. Naber

Einleitung: Persönliche Attribute der Therapeuten und ihr Verhalten im Rahmen der Therapie sind von entscheidender Bedeutung für das

therapeutische Arbeitsbündnis und die Patientenzufriedenheit. Bislang existieren allerdings nur wenige Untersuchungen, die sich mit den individuellen Vorstellungen und Wünschen psychiatrischer Patienten in Bezug Eigenschaften und Verhalten ihrer Therapeuten befassen.

Methode: Anhand halbstrukturierter Leitfadeninterviews wurden 60 allgemeinspsychiatrische Patienten dazu befragt, welche Eigenschaften sie bei einer therapeutisch tätigen Person für wünschenswert halten würden. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurde ein 52 Items umfassender Fragebogen entwickelt, der Persönlichkeitsvariablen des/der Therapeuten/in und Aspekte des Umgang mit den Patienten umfasste. Dieses Instrument wurde weiteren 232 stationär behandelten Patienten vorgelegt und anschließend einer Hauptachsenfaktorenanalyse unterzogen.

Diskussion/Ergebnisse: Durch die Faktorenanalyse konnten fünf Hauptfaktoren des erstellten Fragebogens ermittelt werden (Altruismus und Humanität, enge Bindung und Vertrauen, Autonomie fördernd, klassisch/paternalistisch, fordernd/einbeziehend). Im Hinblick auf gewünschte Persönlichkeitseigenschaften zeigte sich dabei ein eher homogenes Antwortverhalten. Eigenschaften wie „hilfsbereit“, „einfühlsam“ und „vertrauenswürdig“ wurden von einem Großteil der Befragten als „sehr wichtig“ erachtet. In Bezug auf die therapeutische Haltung und die eigene Beteiligung an Therapieentscheidungen zeigten sich jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Alters- und Diagnosegruppen. So bevorzugten etwa schizophrene Patienten signifikant häufiger als Patienten mit affektiven Störungen oder Suchterkrankungen eine eher distanzierte Haltung der Therapeuten bzw. ein höheres Lebensalter und jüngere Patienten wünschten mehr Einfluss auf die Therapieentscheidungen als ältere Personen.

0766

Therapeutisches Bündnis Validierungsbefunde einer neuen Skala für schizophrene Patienten

Frank-Gerald B. Pajonk (Universitätskl. des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

Einleitung: Für viele Erkrankungen konnte gezeigt werden, dass ein gutes therapeutisches Bündnis zwischen Arzt und Patient zu einem besseren Behandlungserfolg führt. In der Behandlung der Schizophrenie gibt es hierzu nur wenige Studien, obwohl postuliert werden darf, dass Patienten-Compliance und Akzeptanz von Medikation wesentlich auch vom therapeutischen Bündnis abhängen. Deshalb entwickelten wir den Questionnaire on Therapeutic Alliance (QTA), sowohl für die Patienten- als auch die Therapeutenperspektive.

Methode: Der QTA besteht aus sechs Fragen jeweils an den Patienten (QTA-P) und an den Arzt (QTA-MD), die auf einer Vier-Punkt-Skala bewertet werden. Der QTA-P wurde 300 Patienten mit rezidivierter schizophrener Erkrankung kurz vor der Klinik-Entlassung gemeinsam mit dem Drug Attitude Inventory (DAI-10) und der Insight Scale (IS) vorgelegt. Der behandelnde Arzt beantwortete den QTA-MD und klinische Einschätzungen.

Diskussion/Ergebnisse: QTA-P und QTA-MD zeigten eine hohe innere Konsistenz (Cronbach $\alpha = .86, .83$ und $.87$). Faktorenanalysen beider Instrumente führten zu einem bedeutenden Hauptfaktor für den QTA-P. Für den QTA-MD konnte ein zweiter Faktor extrahiert werden, der Items, die den kognitiven Teil der Allianz (Behandlungsverständnis oder -einsicht) beschreiben, von denen trennte, die emotionale Aspekte (zwischenmenschliche Beziehung) erfassten. QTA-P und QTA-MD korrelierten mäßig signifikant ($r = .38$) miteinander. Die Schwere der Symptomatik konnte als Moderator-Variable identifiziert werden und beeinflusste mehr die Beurteilung des Arztes als die des Patienten. Schlussfolgerungen: Der QTA beurteilt reliabel das therapeutische Bündnis zwischen Patient und behandelndem Arzt und trägt dazu bei, dieses theoretische Konstrukt zu beschreiben und zu definieren. Er kann ein geeignetes Instrument sein, um Compliance vorher sagen zu können.

0767

Patientenautonomie als Prädiktor für Compliance

Johannes Hamann (Technische Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Compliance schizophrener Patienten mit antipsychotischer Medikation stellt nach wie vor ein Hauptproblem in der Langzeittherapie der Erkrankung dar. Non-Compliance ist einer der Hauptfaktoren für Rezidive und stationäre Wiederaufnahmen. Eine verstärkte Einbeziehung schizophrener Patienten in die Auswahl der antipsychotischen Präparate („Shared Decision Making“) wird von Behandlungsleitlinien zunehmend gefordert. Ziel der vorliegenden Analyse ist es, Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der von Patienten gewünschten bzw. empfundenen Einbeziehung in medizinische Entscheidungen und der Langzeitcompliance zu untersuchen.

Methode: N=107 stationär behandelte Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wurden im Rahmen einer prospektiven Untersuchung gebeten, während ihres Krankenhausaufenthaltes zu verschiedenen Aspekten der Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen Stellung zu nehmen. 6 und 18 Monate nach Entlassung wurde die Compliance untersucht und aufgezeichnet, ob eine Rehospitalisierung stattgefunden hatte.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten mit höheren Partizipationspräferenzen waren unzufriedener mit der tatsächlichen Einbeziehung in medizinische Entscheidungen, als Patienten mit niedrigeren Partizipationspräferenzen. Zudem zeigten sie schlechtere Compliance und wurden häufiger rehospitalisiert. Entsprechend sollten Anstrengungen unternommen werden, diejenigen Patienten zu identifizieren, die ein großes Ausmaß an Partizipation wünschen und ihnen entsprechende Angebote zu machen.

0768

Einbezug von Nutzern in die psychiatrische Versorgungsforschung

Silvia Krumm (Universität Ulm, Abt. Psychiatrie II, Günzburg)
T. Becker

Einleitung: Das Konzept des Einbezugs von Nutzerinnen und Nutzern in Projekte der psychiatrischen Versorgungsforschung wird insbesondere in Großbritannien diskutiert und praktiziert.

Methode: Literaturübersicht. Das Konzept wird unter Berücksichtigung der relevanten Literatur vorgestellt und anhand von Praxisbeispielen aus Großbritannien veranschaulicht.

Diskussion/Ergebnisse: Inhaltliche Schwerpunkte von Forschungsprojekten, an deren Konzeption und/oder Durchführung Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Angebote beteiligt sind, stellen subjektive Bewertung psychiatrischer Angebote, Lebenssituationen und Bewältigungsstrategien dar. Diskutiert werden problematische Aspekte des Konzeptes, das trotz eines weiterhin bestehenden Forschungsbedarfes an Bedeutung zu gewinnen scheint.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 03

S-158 Symposium

Mindfulness-basierte Psychotherapie

Vorsitz: M. Bohus (Mannheim), T. Heidenreich (Esslingen)

0769

Was versteht man unter Mindfulness-basierter Psychotherapie?

Thomas Heidenreich (Hochschule für Sozialwesen, Esslingen)

0770

Wirkmechanismen Mindfulness-basierter Psychotherapie

Martin Bohus (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychosomatik, Mannheim)

Spätestens seit der Veröffentlichung randomisiert kontrollierter Studien zur Wirksamkeit von „Mindfulness-Based Cognitive Therapy“ bei der Rückfallprophylaxe depressiver Episoden, haben achtsamkeitsbasierte Therapien auch akademisches und wissenschaftliches Interesse geweckt. Untersuchungen zur Wirkweise dieser Verfahren stehen jedoch noch ganz am Anfang. In diesem Vortrag wird zunächst das Problem der Integration von akzeptanzbasierten Methoden und therapeutisch intendierter Veränderung von Verhalten oder Erleben ausgelotet. In einem zweiten Schritt werden Hypothesen zu therapeutischen Mechanismen der Achtsamkeit im kognitiv-behavioralen Kontext formuliert und, soweit möglich, durch experimentelle Befunde untermauert: a) Aktivierung von metakognitiven Ebenen; b) Annahme und Akzeptanz als Grundlage der Selbstinstruktion; und c) Verbesserung der Emotionsfokussierung während expositionsbasierter Verfahren.

0771

Zum gegenwärtigen Stand der Forschung von Mindfulness-basierten Psychotherapien

Johannes Michalak (Ruhr-Universität Bochum, AE Klinische Psychologie)

Einleitung: Im Laufe der letzten Jahre wurden in der Behandlung verschiedener Störungsbilder (u.a. Borderline-Persönlichkeitsstörung und Rückfallprophylaxe bei rezidivierender Depression) zunehmend auch Mindfulness-basierte Behandlungselemente eingesetzt.

Methode: Im Vortrag wird nach einer kurzen Einführung ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand zu Mindfulness-basierten Psychotherapien gegeben. Sämtliche derzeit verfügbaren Arbeiten zu Mindfulness-basierten Behandlungen wurden gesichtet und hinsichtlich methodischer Kriterien bewertet. Es liegen Wirksamkeitsuntersuchungen zur „Mindfulness-Based Stress Reduction“ (MBSR), zur „Mindfulness-Based Cognitive Therapy“ (MBCT), zur „Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Borderlinestörungen“ (DBT) sowie zur „Acceptance and Commitment therapy“ (ACT) vor.

Diskussion/Ergebnisse: Zusammenfassend belegen eine Reihe von Studien die Wirksamkeit Mindfulness-basierter Psychotherapien. In der Diskussion wird auf Besonderheiten einer wissenschaftlichen Analyse von Achtsamkeit und Akzeptanz hingewiesen und ein Forschungsausblick gegeben.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 09

S-161 Symposium

Störungsspezifische Psychotherapie – Was leisten manualisierte Therapieverfahren?

Vorsitz: A. Batra (Tübingen), G. Buchkremer (Tübingen)

0780

Angststörungen – Vorteile eines manualisierten Vorgehens

Rolf Meermann (Psychosomatische Fachklinik, Bad Pyrmont)

E. Okon, E.-J. Borgart

Vorgestellt wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden zur Angstbehandlung, insbesondere Agoraphobie, Panikstörung und spezifischen Phobien, der sich aus über 20-jähriger Erfahrung mit verhaltenstherapeutischer Behandlung von Angststörungen entwickelt hat. Der Leitfaden ist in einzelne Module untergliedert, die sowohl im

stationären als auch im ambulanten Rahmen eingesetzt werden können. Die Inhalte der Module sind u.a. Diagnostik und Motivationsklärung, Entwicklung von Psychogeneseverständnis und Erarbeitung eines Erklärungsmodells, Vorbereitung und Durchführung von Expositionsübungen, Kombinationsbehandlung von Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung, Training sozialer Fertigkeiten, Aufbau von Entspannungsfertigkeiten, Vermittlung allgemeiner Problemlösestrategien, Strategien zur gesunden Lebensführung sowie berufliche Reintegration. Die Vorteile eines derartig manualisierten Vorgehens werden dargestellt und die Kombinationsmöglichkeiten von ambulanter und stationärer Psychotherapie diskutiert. Abschließend werden die Behandlungsergebnisse einer Stichprobe von über 600 unserer Angstpatienten dargestellt, die mit diesem verhaltenstherapeutischen Konzept in unserer Klinik stationär behandelt wurden. Literatur: Meermann, R. & Okon, E. (2006). Angststörungen: Agoraphobie, Panikstörung, spezifische Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.

0781

Psychotherapie schizophrener Störungen: von der störungs- zur symptom-spezifischen Therapie

Stefan Klingberg (Universitätsklinikum Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Störungsspezifische Psychotherapieverfahren nehmen für sich in Anspruch, in besonderer Weise die Probleme und Beschwerden aufzugreifen, die in der betreffenden Patientengruppe mit großer Häufigkeit auftreten und den Krankheitsverlauf prägen. Störungsunspezifische Verfahren betonen dagegen mehr die Besonderheit des Einzelfalls und der Persönlichkeit des Patienten. Im Bereich der Psychotherapie schizophrener Störungen ist eine Entwicklung deutlich, die in einer Differenzierung in Bezug auf einzelne Symptome besteht. Die therapeutischen Konzepte adressieren sehr unterschiedliche Aspekte wie Positivsymptomatik, Negativsymptomatik, soziale Kompetenzen, kognitive Fertigkeiten, Rückfallgefährdung und weitere. Die Therapiestrategien und ihre Wirksamkeit für diese Zielbereiche werden überblicksartig anhand von publizierten Studien und Metaanalysen vorgestellt. Erfolgt vor diesem Hintergrund eine differentielle Indikation auf der Basis der vorliegenden Symptome, werden die resultierenden Therapiepläne in hohem Maße individuell und gleichzeitig störungsspezifisch. Zwei neue multizentrische randomisierte Psychotherapiestudien überprüfen die Wirksamkeit solcher Vorgehensweisen. Sowohl in einer Studie zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Negativsymptomatik bei schizophrenen Störungen als auch in einer Studie zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Positivsymptomatik werden solche symptom-spezifischen Manuale eingesetzt. Die Grundzüge dieser Manuale werden vorgestellt im Zusammenhang mit dem Studiendesign der jeweiligen Studie diskutiert.

0782

Interaktionales Therapieprogramm für Frauen mit postpartalen psychischen Erkrankungen - Therapieeffekte bei depressiven und psychotischen Müttern

Christiane Hornstein (Psychiatr. Zentrum Nordbaden, Mutter-Kind-Station, Wiesloch)

S. Wortmann-Fleischer, E. Hohm, E. Rave, P. Trautmann-Villalba

Einleitung: Psychische Erkrankungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett sind häufig, werden aber oft nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt. Schwere postpartale Erkrankungen beeinträchtigen die Fähigkeit der Mutter zur Versorgung der Kinder und zur angemessenen Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung. Die hieraus resultierende Störung der Mutter-Kind-Beziehung erschwert die Genesung der Mutter und kann darüber hinaus die affektive und kognitive Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen.

Zur stationären Behandlung postpartal erkrankter Mütter wurde ein interaktionales Therapieprogramm entwickelt, das auf die Verbesserung der mütterlichen Kompetenzen und der Mutter-Kind Interaktion fokussiert.

Methode: Das standardisierte sechswöchige Behandlungsprogramm schließt eine Gruppentherapie und eine individuelle Videomikrotherapie ein. Die Evaluation in einem naturalistischen Design (n=50 Mutter-Kind Dyaden) zeigt eine signifikante Verbesserung in verschiedenen Outcome Parametern wie Psychopathologie der Mutter, mütterliches Selbstvertrauen, mütterliche Bindung zum Kind und Mutter-Kind Interaktionen (gemessen mit den Mannheimer Beobachtungsskalen).

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse der Beobachtungsstudie zum Behandlungserfolg werden vorgestellt.

0783

Stationäre Depressionsbehandlung als Gruppentherapiekonzept

Anil Batra (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)
C. Dedner, H. Smolczyk, G. Buchkremer

Einleitung: Gefühle der Trauer, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit bestimmen das Erleben des Depressiven. Daneben bestehen aber auch zahlreiche Selbst- und die Zukunft abwertende Gedanken. Ziel der kognitiven Therapie ist, ein Verständnis für die wechselseitige Beeinflussung von Kognitionen und Emotion zu schaffen, die Wahrnehmung für diese „negativen“ Gedanken zu schärfen und selbständig negative Kognitionen durch rationale Denk-Alternativen zu ersetzen.

Methode: Ein an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen durchgeführtes Gruppentherapieprogramm steht in einem Gesamtbehandlungsrahmen: die Patienten durchlaufen zunächst ein Psychoedukationstraining, nehmen an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie mit dem Fokus Verstärker- und Verhaltensaufbau sowie sozialem Kompetenztraining teil und beenden die Behandlung mit einer kognitiven Therapie in der Kleingruppe. Während der stationären Phase ergänzen regelmäßige therapeutische Einzelgespräche das Gruppentherapieprogramm. Medikamentöse Mitbehandlung sowie weitere Therapieangebote entsprechen dem üblichen stationären Therapieangebot. Innerhalb von 6 Jahren haben mehr als 500 depressive Patienten das Behandlungsprogramm durchlaufen. Die ersten 119 Patienten wurden katamnestisch nachuntersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Von 70 konnten ausreichend Informationen erhalten werden, nahezu 50% davon (N=33) waren ohne Rezidiv, N=29 hatten nach der stationären Zeit eine weitere ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen. Darüber hinaus liegen Datenerhebungen zur Behandlungszufriedenheit vor. Das stationäre Gruppentherapieprogramm genießt bei Patienten eine hohe Akzeptanz. Erst Vergleichsstudien werden eine Beurteilung der spezifischen Effektivität gestatten.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 40

FV-029 Freie Vorträge

Psychotherapie

Vorsitz: C. Mundt (Heidelberg), R. Richter (Hamburg)

0142

Psychotherapie als selbstorganisierender nichtlinearer Prozess – Ergebnisse einer Prozess-Outcome-Studie an der RWTH Aachen

Günter Schiepek (Center for Complex Systems, Ostfildern)

Untersucht wurden 94 Verläufe stationärer Psychotherapie (unterschiedliche Diagnosen, z.B. Depression, PTSD, Angststörungen, Es-

störungen; durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 66 Tage) im Rahmen einer Prozess-Outcome-Studie an der Klinik für Psychosomatik an der RWTH Aachen. Geprüft wurden dabei Hypothesen, die aus der Synergetik (Theorie komplexer, selbstorganisierender Systeme) abgeleitet wurden. Neben umfassenden Outcome-Messungen wurden von den Patienten tägliche Verlaufseinschätzungen vorgenommen. Es konnte gezeigt werden, dass Therapie in Kaskaden von dynamischen Ordnungsübergängen verläuft, wobei es Zusammenhänge zwischen dem Auftreten kritischer Instabilitäten und dem Behandlungsergebnis gibt. Die individuellen Übergangsmuster können in Form von Komplexitäts-Resonanz-Diagrammen und mit verschiedenen anderen nichtlinearen Methoden der Zeitreihenanalyse dargestellt werden. Die Ergebnisse passen zu nichtlinearen Analysen der Therapeut-Patient-Beziehung, die auf einer ganz anderen Zeitskala (10 Sekunden) mit einem idigraphischen Beobachtungsverfahren gewonnen wurden. Konsequenzen werden diskutiert (a) für die Praxis der Gestaltung von Behandlungsverläufen, (b) für die Entwicklung einer Technologie zum Real-Time Monitoring von Therapieprozessen und (c) für die Theorie der Psychotherapie. Literaturangaben: Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

0143

“Therapeutenfeedback” - eine Verbesserung der Psychotherapie

Uwe Ruhl (Universität Göttingen, TBZ)

B. Kroener-herwig, C. Bernardie, M. Koczoronska

Einleitung: Die Idee des Therapeutenfeedbacks basiert auf Befunden, dass das frühe Ansprechen eines Pat. auf eine Psychotherapie einen prädiktiven Wert bzgl. des späteren Therapieerfolges darstellt. Bei Pat. mit BN und MD konnten Lambert et al. (2005) zeigen, dass schon nach 4 Wochen Aussagen über den späteren Therapieerfolg möglich waren. Lambert et al. konnten frühzeitig 85% aller Pat. identifizieren, die keine Verbesserung am Ende der Behandlung aufwiesen.

Methode: Auf der Grundlage des sogenannten „Lambert-System“ wurde im Therapie- und Beratungszentrum ein Feedbacksystem etabliert. Die SCL-90 dient zur Erfassung von Symptomen und wird während der 2–3 probatorischen Sitzung sowie nach der 9–10 Sitzung von den Pat. ausgefüllt. Auf der Grundlage der Formel von Jacobson und Truax (1990) erhalten die Th. eine Rückmeldung über eine reliable positive Symptomveränderung und eine reliable negative Symptomveränderung. Darüber hinaus erhalten die Th. eine standardisierte Empfehlung über das weitere Vorgehen in der Behandlung.

Diskussion/Ergebnisse: Zunächst wurde ein PC gestütztes Feedbacksystem etabliert, die Probleme hierzu sollen dargestellt werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen von 7 Pat. Ergebnisse vor, weitere Ergebnisse folgen.

0144

Die Integration systemtherapeutischer Strategien und Methoden in die Allgemeinpsychiatrie

Bernd Abendschein (Psychiat. Zentrum Nordbaden, Allgemeinpsychiatrie 2, Wiesloch)

Einleitung: Es wird in diesem Vortrag über einige Versuche berichtet, systemische Ideen in das Gesamtkonzept einer allgemeinpsychiatrischen Behandlungsstation zu fassen und praktisch umzusetzen. Wir beschäftigen uns damit, welche Möglichkeiten und welchen Freiraum systemisches Arbeiten für die therapeutische Praxis in der Allgemeinpsychiatrie ermöglicht und eröffnet.

Methode: Wir greifen einige Elemente des systemtherapeutischen Vorgehens heraus, beschreiben und illustrieren sie z.T. mit Fallvignetten. Neben den „klassischen“, besser vertrauten Methoden systemisch-psychiatrischer Arbeitens wie Genogrammarbeit, systemische Paar- und Familientherapiegespräche berichten wir über neuere Entwicklungen wie die systemischen Fallbesprechungskultur, das Verhandeln mit Patienten über kritische Behandlungsentscheidungen, die

systemische Einzel- und Gruppentherapie und die Besonderheiten bei bestimmten Diagnosegruppen (z.B. schizophrenen Psychosen, affektive Störungen).

Diskussion/Ergebnisse: In einer kritischen Diskussion werden der Nützlichkeit und die Begrenzungen systemtherapeutischen Arbeitens in der Allgemeinpsychiatrie abschließend zusammengefasst und bewertet.

0145

Einfluss des schizophrenen Krankheitsverlaufs auf den Erfolg psychotherapeutischer Interventionen

Daniel R. Müller (UPD Bern, Abteilung für Psychotherapie)
V. Roder

Einleitung: Langzeituntersuchungen weisen auf unterschiedliche Verlaufstypen der Schizophrenie hin. In Therapieevaluationsstudien wird dagegen nur der Krankheits- und Rehabilitationsstatus der Patienten zu Therapiebeginn berücksichtigt und somit Verlaufsaspekte der schizophrenen Störung vernachlässigt. Entsprechend bestand das Ziel dieser Studie, psychotherapeutische Interventionen unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs schizophren Erkrankter zu evaluieren.

Methode: In einer multi-center Studie nahmen 106 schizophrene Patienten während sechs Monaten an einer an das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT) und seinen Weiterentwicklungen angelehnten Gruppentherapie teil. Testerhebungen erfolgten vor und nach der Therapiephase sowie nach einer Katamnese von einem Jahr. Für den Zeitraum von zwei Jahren vor und nach Therapiebeginn wurden zusätzlich Zeitpunkt und Anzahl der Rückfälle sowie Zeitintervall und Anzahl Tage stationärer und teilstationärer Aufenthalte dokumentiert.

Diskussion/Ergebnisse: Mittels einer Clusteranalyse konnten vier Krankheitsverlaufstypen über 6-Monatsintervalle während zwei Jahren vor Therapiebeginn identifiziert werden: 1) ambulante Patienten mit zunehmender teilstationärer Betreuung vor Therapiebeginn (Verlaufstyp 1, V1, n=32); 2) Patienten mit wiederholten, kurzen stationären Aufnahmen und zunehmender teilstationärer Betreuung (V2, n=36); 3) ambulante Patienten mit vorübergehender stationärer Aufnahme innerhalb eines halben Jahres vor Therapiebeginn (V3, n=22); 4) stationäre Patienten, die zu Therapiebeginn ins teilstationäre Setting wechselten (V4, n=16). Die Platzierung in eine höher strukturierte Versorgungseinheit war mit einem Rückfall verbunden. Negativsymptomatik, neurokognitive und soziale Funktionsfähigkeit unterschieden sich in den vier Verlaufstypen: V1- und V2-Patienten zeigten grössere Verbesserungen in neurokognitiven und sozialen Variablen, als V3- und V4-Patienten. Die Ausprägung der Negativsymptomatik und der Unzufriedenheit mit der eigenen sozialen Situation waren bei V4-Patienten über alle Erhebungen höher, als bei den anderen Patientengruppen (V1–3). Trotzdem konnten signifikante Verbesserungen in allen Variablen unabhängig vom Verlaufstyp nachgewiesen werden. Zudem war in allen vier Verlaufstypen eine signifikante Reduktion der Rückfälle und der stationären Aufenthalte in den zwei Jahren nach gegenüber den zwei Jahren vor Therapiebeginn feststellbar. Einzig bei V4-Patienten lag zusätzlich eine signifikante Zunahme teilstationärer Behandlungstage nach Therapiebeginn vor. Der Krankheitsverlauf vor Therapiebeginn erklärt einen Teil der Veränderungsvarianz in zentralen Funktionsbereichen schizophren Erkrankter während der Therapie- und Katamneseperiode und sollte hinsichtlich der differentiellen Indikationsstellung berücksichtigt werden.

0146

Poststationäre Betreuung von Patienten mit psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen in Internetchatgruppen oder per E-Mail

Ch. P. Dogs (Panorama-Fachkliniken, Psychotherapeutische Medizin, Scheidegg)

In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg bietet die Panorama-Fachklinik für Psychosomatik, Psy-

chotherapeutische Medizin und Naturheilverfahren ihren stationär behandelten Patienten/innen über das Internet nach der Entlassung Online/Chatgruppen an (seit 2001) bzw. eine Einzelbetreuung durch die Kliniktherapeuten per E-Mail (seit 2003). Dieses Gemeinschaftsprojekt wird unterstützt durch die Technikerkrankenkasse, die Siemens-Betriebskrankenkasse und die Debeka. Die poststationäre Internetbetreuung hat als Zielsetzung die Erhaltung des während des stationären Aufenthaltes erreichten Gesundheitszustandes. Außerdem sollen die in der Klinik erarbeiteten Veränderungen in den Alltag der Patienten/innen überführt werden. Die Chatgruppen sind nach dem Prinzip der offenen Gruppen organisiert, d.h. der Zugang und Abgang aus den Gruppen erfolgt gleitend. Wenn Teilnehmer ausscheiden, rücken neue Teilnehmer nach und die Gruppe wird kontinuierlich über 12–15 Wochen durchgeführt. 10–12 Gruppenteilnehmer treffen sich in einem Chatroom. Die Gruppensitzungen finden wöchentlich zu einem festen Zeitpunkt statt und dauern 90 Minuten. Ein kontinuierliches Ergebnismonitoring unterstützt den Charakter der Erhaltungstherapie. Zu diesem Zweck füllen alle Teilnehmer wöchentlich online 2 Fragebögen aus, mit denen ihr psychischer und körperlicher Gesundheitszustand erfasst wird. Diese Angaben stehen dem begleitenden Therapeuten in Form von Tabellen und Grafiken zur Verfügung. Teilnehmen können alle Patienten der Panorama-Fachklinik, die bei der TK, SBK oder Debeka versichert sind, einen Zugang zum Internet haben und die Einschlusskriterien erfüllen. Alle Teilnehmer stellen sich im Rahmen der Entlassungsuntersuchung dem zuständigen Gruppentherapeuten persönlich vor. Um in Krisensituationen eine Intervention vor Ort zu ermöglichen, geben alle Teilnehmer einen Arzt bzw. psychologischen Psychotherapeuten als Kontaktperson an. Die Konzeption der E-Mail Brücke als Nachsorgemaßnahme soll eine möglichst nahtlose Weiterbetreuung im neuen Medium nach der Entlassung aus der stationären Psychotherapie ermöglichen. Vor Beginn der Nachbetreuung wird ein fester Wochentag für das Erstellen der E-Mail vereinbart. Im Gegenzug sichert der Therapeut eine Antwort innerhalb 24 Stunden auf diese wöchentliche E-Mail zu.

0147

Die Psychotherapie der ichdystonen Homosexualität bei konsistentem Veränderungswunsch des Patienten

Michael Gerlach (Immenstadt)

Einleitung: Innerhalb der homosexuellen Population gibt es Männer, die ihre Homosexualität dauerhaft als ichdyston erleben und eine Veränderung ihrer Sexualpräferenz anstreben. Die Psychotherapie hat nach der Abschaffung der Homosexualität als Störung, die Frage nach der therapeutischen Veränderbarkeit der Sexualpräferenz stark vernachlässigt. Wie aber sollen Männer behandelt werden, die den Wunsch haben ihre Sexualpräferenz zu verändern – sollten sie ihre Homosexualität akzeptieren lernen, da sie vermutlich unveränderbar ist oder sollten sie in ihrem Wunsch unterstützt werden ihre Heterosexualität zu entwickeln und wenn ja – wie?

Methode: Literaturrecherche zum Stand der Veränderbarkeit sexueller Orientierung und zum Stand der Psychotherapie mit dem Ziel der stabilen Veränderung der Sexualpräferenz.

Diskussion/Ergebnisse: Die Hypothese der Unveränderbarkeit sexueller Orientierung ist auf dem Hintergrund der derzeitigen Empirie nicht haltbar. Die Psychotherapie mit dem Ziel der Veränderung der gleichgeschlechtlichen Sexualpräferenz ist wirksam, nicht schädigend und ethisch vertretbar, sofern der Veränderungswunsch des Patienten eindeutig intrinsisch motiviert ist.

T12 Pharmakotherapie und andere biologische Therapieformen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 13/14

FV-001 Freie Vorträge

Pharmakotherapie

Vorsitz: M. Bauer(Berlin), D. van Calcar (Freiburg)

0001

Prävention der Depression nach Schlaganfall – die PreDIS-Studie

Wolfgang Huff (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

M. Sitzer, B. Steinmetz, H. Steinmetz

Einleitung: Nach Schlaganfall entwickeln ca. 40% zumindest vorübergehend eine Depression (Poststroke Depression, PSD). Bei Ausbleiben einer suffizienten Behandlung kommt es nachgewiesenermaßen zu einem signifikant schlechteren Behandlungsergebnis gegenüber nicht-depressiven Schlaganfallpatienten. Neben der Notwendigkeit einer antidepressiven Behandlung wird auch immer wieder die Möglichkeit von präventiven Maßnahmen diskutiert. Bei relativ schmaler Studienlage ergeben sich nach den ersten Übersichtsarbeiten keine klaren Hinweise für einen Nutzen einer prophylaktischen antidepressiven Medikation. Im Kontrast dazu stehen die Ergebnisse einzelner neuerer Studien, die präventive Erfolge verschiedener Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI's) beschreiben. Bei den meisten dieser Studien ist jedoch die Aussagekraft durch die geringe Fallzahl oder das Fehlen von kontrollierten Bedingungen limitiert.

Methode: Multizentrische, randomisierte und kontrollierte Doppelblind-Studie Einschlusskriterien: Einseitiger ischämischer Infarkt und Ereignis nicht länger als 3 Tage vor Aufnahme zurückliegend. Ausschlusskriterien: TIA, schwere studieninkompatible Beeinträchtigung, Demenz, eine vorbestehende antidepressive Medikation und fehlender Nachweis einer funktionellen Beeinträchtigung. Randomisierte Zuteilung nach 3–6 Tagen von entweder Sertralin (SSRI) oder Placebo. Primärer Endpunkt: Verhinderung (Reduktion) einer depressiven Symptomatik. Sekundäre Endpunkte: Rückbildung der körperlichen Beeinträchtigungen, Lebensqualität. Untersuchungszeitpunkte nach 12 und 24 Wochen.

Diskussion/Ergebnisse: 180 Patienten wurden randomisiert auf 50 mg Setralin (N=93) oder Placebo (N=87) zugeteilt. Obwohl sich in der Verumgruppe die Depressionswerte nach 12 und 24 Wochen im Gegensatz zu den Ausgangswerten signifikant reduziert hatten, zeigte sich zwischen den Gruppen zu beiden Untersuchungszeitpunkten kein signifikanter Unterschied. Die Prozentzahl der Patienten, die nach 12 bzw. 24 Wochen die ICD-10 Kriterien für eine „Depressive Episode“ erfüllt hatten war in beiden Gruppen vergleichbar (12,3% vs. 11,4%, bzw. 15,1 vs. 14,3%). Auch das Ausmaß in der Rückbildung der funktionellen Beeinträchtigung und die Verbesserung der Lebensqualität innerhalb des Beobachtungszeitraumes zeigten sich unabhängig der Gruppenzugehörigkeit. Als signifikanter Unterschied konnte festgestellt werden, dass von den initial schon depressiven Patienten in der Sertralingrouppe nach 24 Wochen nur noch in 19% eine Depression nachgewiesen werden konnte, während dies in der Placebogruppe noch bei 60% der Fall war. Unter randomisierten kontrollierten Bedingungen konnte bei einer relativ großen Fallzahl von insgesamt 180 Patienten der Nutzen einer präventiven Gabe des Antidepressivums Sertralin zur Verhinderung einer Poststroke Depression nicht nachgewiesen werden. Damit konnte das Ergebnis die jüngsten Erfolgsmeldungen über einen Prophylaxe nicht bestätigen und steht in Übereinstimmung zu den bisherigen Übersichtsarbeiten.

0002

Opposite Effects of Depression and SSRIs on Motor Learning

Roland Kalb (Universität Erlangen-Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

N. Hahn

Einleitung: The objective of this study was to investigate how depression and antidepressant treatment affect motor learning in reaction tasks.

Methode: The eight reaction tasks differed in sensory modality (auditory or visual), responding hand (left or right), and complexity (simple or choice). All tasks were repeated in a second session some days later. The differences of the reaction times of the first and the second session were taken as measures of motor learning.

Diskussion/Ergebnisse: In a first study, the RT differences of 38 medicated in- and outpatients with depression were correlated with total antidepressant doses, SSRI and TCA doses. It was observed that only SSRIs significantly improved motor learning in the auditory left-hand tasks of depressed patients. In a second study, RT differences of a sex and age matched depressed subgroup with 22 patients were compared to the values of a healthy control group with 30 subjects. The depressed patients showed impaired motor learning in nearly all tasks relative to healthy controls. This result was significant in the visual, left-hand, choice reaction task. In conclusion, depression preferably impaired motor learning in the visual left-hand tasks, while SSRIs preferably improved motor learning in the auditory left-hand tasks.

0003

Aripiprazol bei der Behandlung von Borderline-Patienten: eine placebo-kontrollierte Doppelblindstudie

Marius Nickel (Psychosomatische Klinik, Bad Aussee)

F. Pedrosa Gil, M. Mühlbacher, C. Egger, W. Buschmann, P. Kaplan, W. Rother, R. Fartacek

Einleitung: In Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) werden diverse Neuroleptika verwendet. Ziel dieser Studie war es zu prüfen, ob Aripiprazol, der bei den Borderline-Patienten noch nicht getestet wurde, bei der Behandlung dieser Patientengruppe wirksam ist.

Methode: Probanden (43 weiblich und 9 männlich) wurden acht Wochen lang entweder mit 15 mg Aripiprazole pro Tag (n=26) oder mit Placebo (n=26) behandelt. Gemessen wurden Veränderungen in der Symptom-Checkliste (SCL-90-R), der Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), der Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), und der State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Probanden, die mit Aripiprazole behandelt wurden, zeigten im Vergleich zur Placebo-Gruppe signifikant stärkere Veränderungen in den meisten Skalen der SCL-90-R, in HDRS und HARS, sowie in allen STAXI-Skalen. Die berichteten Nebenwirkungen waren Kopfweh, Schlaflosigkeit, Schwindel, Übelkeit, Gefühlslosigkeit, Verstopfung und Angstgefühle. Schlussfolgerung: Aripiprazol erscheint ein effektives Mittel bei der Behandlung von Patienten mit BPS zu sein.

0004

Der differentielle Einfluss atypischer Antipsychotika im Vergleich zu Haloperidol auf die ACTH- und Cortisol-Sekretion bei Gesunden

Stefan Cohrs (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

C. Röher, W. Jordan, A. Meier, G. Huether, W. Wuttke, E. Rüther, A. Rodenbeck

Einleitung: Eine erhöhte Aktivität der HPA-Achse ist ein wesentlicher Aspekt der Pathophysiologie nicht nur der Major Depression sondern auch der Schizophrenie. Trotz der guten Wirksamkeit atypischer An-

tipsychotika auf die Negativsymptomatik schizophrener Patienten als auch des Nachweises eines davon unabhängigen antidepressiven Effektes liegen wenige Informationen zur Wirkung atypischer Antipsychotika auf die HPA-Achse vor.

Methode: In einer direkten Vergleichsuntersuchung der beiden atypischen Antipsychotika Quetiapin und Olanzapin mit dem klassischen Antipsychotikum Haloperidol wurde deren Effekt auf ACTH- und Cortisol-Serumspiegel doppelblind, randomisiert, plazebokontrolliert untersucht. Hierzu erhielten nach Baselinebestimmung der Zielparame-ter 11 gesunde Probanden oral die Prüfmedikation (Plazebo, 50 mg Quetiapin, 5 mg Olanzapin, 3 mg Haloperidol). um 9:00 h. Bis 17:00 h wurde stündlich Blut entnommen.

Diskussion/Ergebnisse: Mittels ANOVA zeigte sich für ACTH und Cortisol ein signifikanter Effekt der Behandlungsbedingung ($p \leq 0.005$ bzw. $p \leq 0.035$) für Area Under the Curve (AUC). Im Vergleich zu Plazebo, wiesen Quetiapin und Olanzapin signifikant niedrigere ACTH- ($p \leq 0.002$ bzw. $p \leq 0.05$) und Cortisolspiegel ($p \leq 0.005$ bzw. $p \leq 0.03$) auf. Ein solcher Effekt zeigte sich für Haloperidol nicht. Wahrscheinlich ist der starke HPA-Achsen herabregulierende Einfluss der atypischen Antipsychotika auf die Blockade serotonerger Rezeptoren zurückzuführen, aber auch die Beeinflussung anderer Neurotransmitter wie Histamin und Noradrenalin könnte an der Vermittlung dieses Effektes beteiligt sein. Die beobachtete Herabregulierung der HPA-Achsen- Aktivität könnte an der positiven Wirkung atypischer Antipsychotika auf die Negativsymptomatik und Depressivität beteiligt sein.

0005

Wirkung von Fluoxetin und Paroxetin auf die Zellproliferation embryonaler Neurone in vitro

Ulrike Schaz (Universität Ulm, Anatomie und Zellbiologie)
S. Fulda, T. M. Böckers, J. M. Fegert, A. G. Ludolph

Einleitung: Seit einiger Zeit wird postuliert, dass die antidepressive Wirkung von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) zum Teil auf einer neurogenetischen Wirkung beruhen könnte. Dieser Effekt wurde vor allem in Bildgebungsstudien und Tierexperimenten im Hippocampus beobachtet. Da adulte Stammzellen auch in anderen Hirnregionen nachweisbar sind, untersuchten wir proliferative Effekte in verschiedenen neuronalen Zellkulturen in vitro.

Methode: Untersucht wurde der Effekt von Fluoxetin und Paroxetin auf mesencephale, striatale (E14) und hippocampale (E18) embryonale Zellen aus Ratte sowie auf human embryonic kidney (HEK-293) Zellen als Kontrollzellen. Fluoxetin und Paroxetin wurden in unterschiedlichen Konzentrationen (5–75 μ M) für 24 und 72 h appliziert. Die Wirkung auf die Zellproliferation wurde mittels MTT-assay und Immunzytochemie untersucht. Zusätzlich wurden apoptotische bzw. nekrotische Effekte mittels Flowzytometrie differenziert.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl Fluoxetin als auch Paroxetin zeigten dosisabhängig apoptotische Wirkungen auf alle untersuchten Zelltypen. Allerdings waren sowohl zelltypabhängige als auch SSRI-abhängige Unterschiede festzustellen. Während bei den HEK-293 und hippocampalen Zellen beide Substanzen bereits in der niedrigsten Konzentration toxisch wirkten, konnte bei den mesencephalen und striatalen Zellen ein eindeutig zellproliferativer Effekt von Fluoxetin (bis 20 μ M) und Paroxetin (bis 10 μ M) nachgewiesen werden. Der LC₅₀ von Paroxetin lag in allen Zelltypen mit unter 20 μ M unter dem LC₅₀ von Fluoxetin. Zusammenfassung: In mesencephalen und striatalen Zellen zeigten Fluoxetin und Paroxetin in geringen Konzentrationen proliferative Wirkung, während sie mit steigender Konzentration Apoptose induzierten. Dagegen wirkten beide Substanzen in hippocampalen und HEK-293-Zellen apoptos-einduzierend. Der Zusammenhang zwischen diesen Ergebnissen in embryonalen Zellen und den Befunden in adulten Gehirnen bleibt zu untersuchen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-015 Postersitzung

Neben- / Wechselwirkungen und Drugmonitoring in der psychopharmakologischen Therapie

Vorsitz: A. Batra (Tübingen)

0154

Cervicale Dystonie bei Therapie mit Quetiapin und Valproinsäure

Benedikt Habermeyer (UPK Basel)

K. Rabovsky, C. Jentzsch, K. Pinhard, F. Müller-Spahn

Einleitung: Quetiapin ist ein Neuroleptikum der zweiten Generation, das seine Wirksamkeit in der Behandlung von Positiv- und Negativ-Symptomen der Schizophrenie, bipolaren Störungen und der akuten Manie gezeigt hat. Bisher galt eine Interaktion zwischen Quetiapin und Valproinsäure als klinisch nicht relevant. Wir beschreiben erstmals den Fall einer cervikalen Dystonie im Rahmen einer Medikamenteninteraktion zwischen Quetiapin und Valproinsäure.

Methode: Die 60-jährige Patientin wurde mit einer akut psychotischen Symptomatik mit Vergiftungsideen aufgenommen. Wenige Wochen vorher war die Patientin unter einer Therapie mit 500 mg/d Quetiapin gut remittiert und ohne Nebenwirkung aus der stationären Behandlung entlassen worden. Diese Medikation setzte sie im weiteren Verlauf jedoch ab. Unter einer erneuten Therapie mit schliesslich 800 mg Quetiapin besserte sich der psychopathologische Befund zusehends, der Quetiapin-Spiegel lag zu diesem Zeitpunkt bei 0.15 mg/l. Angesichts der Vorgeschichte mit Status nach zwei generalisierten epileptischen Anfällen wurde eine Therapie mit 600 mg Valproinsäure zum Schutz vor weiteren Anfällen begonnen. Gleichzeitig wurde die Quetiapin-Dosis um 200 mg reduziert. Vier Tage nach Beginn der Therapie mit Valproinsäure entwickelte die Patientin eine ausgeprägte cervikale Dystonie in Form eines Antecollis. Eine Spiegelbestimmung erbrachte nun einen Quetiapin-Spiegel von 0.24 mg/l und 75.5 mg/l für Valproinsäure. Die Symptomatik besserte sich zunächst durch die Gabe von Biperiden und verschwand unter Dosisreduktion von Quetiapin und Valproinsäure.

Diskussion/Ergebnisse: Quetiapin wird in der Leber überwiegend durch CYP 3A4 metabolisiert. „In vitro“ Studien konnten zeigen dass Valproinsäure neben dem Haupteffect der Hemmung von CYP2C9 auch CYP3A4 hemmt. Dieser Effekt wurde jedoch bisher als klinisch nicht relevant eingeschätzt. Aktuelle klinische Studien zeigen dass eine Co-Medikation mit Valproinsäure den Quetiapin-Serumspiegel um bis zu 77% erhöhen kann. Da gerade ältere Patienten eine geringere hepatische Aktivität von CYP 3A4 zeigen, scheint bei dieser Patientengruppe eine erhöhte Vorsicht bei der Kombination beider Präparate angezeigt.

0155

Lithiumintoxikationen bei normalen Serumspiegeln

Melanie Hess (Psychiatrische Uniklinik, Zürich)

W. Kawohl, B. Habermeyer

Einleitung: Lithium wird in der Behandlung bipolar affektiver Störungen nach wie vor eingesetzt und ist ein in Wirkung und Nebenwirkung gut erforschtes Medikament. Der therapeutische Bereich für Lithium liegt bei einem Serumspiegel zwischen 0.6–1.2 mmol/l. Typische klinische Zeichen einer Lithiumintoxikation (z.B. Ataxie, Myoklonien, Verwirrtheit, verwaschene Sprache, Delir) können sich normalerweise schon knapp oberhalb dieses Bereiches zeigen. Prinzipiell kann es dabei zu tödlichen Zwischenfällen kommen. In den folgenden Fallbeispielen zeigten die beschriebenen Patienten typische klinische Zeichen einer Lithiumintoxikation, während der Lithiumspiegel jeweils innerhalb des therapeutischen Bereiches lag.

Methode: Es handelt sich um zwei männliche Patienten im Alter von 50 und 53 Jahren. Beide wurden zur Stimmungsstabilisierung mit unterschiedlichen Tagesdosen Lithium behandelt (1000 mg bzw. 2640 mg). Nach zusätzlicher Gabe weiterer Stimmungsstabilisatoren bei unzureichender Wirksamkeit (Valproat 1000 mg/d bzw. Lamictal 300 mg/d) entwickelten beide Patienten ein delirantes Zustandsbild verbunden mit Dysarthrie, Ataxie, Myoklonien bzw. Krämpfen. Die Serumspiegel für Lithium und für den jeweils anderen Stimmungsstabilisator lagen bei beiden Patienten im Normbereich. Nach Reduktion der Lithiumdosis bzw. nach vollständigen Absetzen des Medikamentes kam es in beiden Fällen rasch zur Rückbildung der Symptomatik.

Diskussion/Ergebnisse: Die Literatur-Reserche erbrachte einige weitere beschriebene Fälle bei denen der Patient typische Zeichen einer Lithiumintoxikation zeigte, sich aber der Serumspiegel für Lithium innerhalb des therapeutischen Bereiches befand. Dennoch ist über diese Möglichkeit und insbesondere über dahingehende Ursachen weiterhin wenig bekannt. Fälle von Lithiumintoxikation bei normalen Serumspiegeln sind in der Literatur beschrieben. Die Neurotoxizität von Lithium korreliert besser mit Lithium-Konzentrationen im Gehirn als im Serum, darüber hinaus bedeuten bestimmte Serumkonzentrationen nicht äquivalente Konzentrationen im Gehirn. Fortgeschrittenes Alter, Komorbiditäten mit vorbestehenden neurologischen oder internistischen Erkrankungen, insbesondere in Verbindung mit Fieber, die gleichzeitige Behandlung mit typischen Antipsychotika, Antidepressiva oder Stimmungsstabilisatoren erhöhen das Risiko eines Delirs bei mit Lithium behandelten Patienten. Bei Symptomen einer Lithiumintoxikation sollte demnach auch bei normalen Serumspiegeln ein Absetzen der Lithium-Medikation erwogen werden.

0156

Hyponaträmie unter Duloxetin – ein Fallbericht

Christian Harter (Städt. Klinikum Karlsruhe, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Hyponaträmien sind als Nebenwirkungen psychopharmakologischer Therapien bekannt. Insbesondere unter den Antiepileptika Carbamazepin und Oxcarbazepin, aber auch unter den SSRI wird ein Absinken des Natriumspiegels infolge eines Syndroms der inadäquaten ADH Sekretion (SIADH) beobachtet. Die Prävalenz einer Hyponaträmie unter SSRI liegt unter einem Prozent. Das Risiko für die Entwicklung einer Hyponaträmie scheint bei älteren Menschen höher zu sein.

Methode: Kasuistik.

Diskussion/Ergebnisse: Wir berichten über einen 78-jährigen Patienten mit den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Somatisierungsstörung sowie einem Benzodiazepinabusus. Der Pat. wurde aus der Hautklinik zu uns übernommen, nachdem er bereits in der neurologischen und kardiologischen Klinik mit verschiedenen Beschwerden stationär behandelt worden war. Die depressive Symptomatik behandelten wir zu Beginn mit Escitalopram bis zu 10 mg/die, zudem substituierten wir vorübergehend mit Diazepam bis zu 20 mg/die bei vorbestehendem Benzodiazepinabusus. Zusätzlich erhielt er aufgrund einer ängstlichen und unruhigen Symptomatik Melperon bis zu 100 mg/die und bei ausgeprägten Schlafstörungen verschiedene Sedativa, zuletzt Lormetazepam bis zu 2 mg/die. Eine beginnende Demenz behandelten wir mit Donepezil 5 mg/die. Aufgrund der unzureichenden Besserung der depressiven Symptomatik sowie einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik stellten wir von Escitalopram auf Duloxetin 60 mg/die um. Darunter kam es zu einer langsamen Besserung der depressiven und somatoformen Symptomatik. Nach 7 Wochen erfolgte die Verlegung in eine orthopädische Rehaklinik. Vier Wochen später wurde der Pat. mit einer erneuten schweren depressiven Symptomatik und einer deutlichen Verschlechterung des AZ stationär aufgenommen. Aufgrund der bei Aufnahme festgestellten Hyponaträmie (Na 111 mmol/l) war vorübergehend eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich. Nach Ausgleich der Hyponaträmie und Absetzen von Duloxetin erfolgte die Weiterbehandlung in unserer Klinik. Eine medikamentöse Umstellung auf Moclobemid war kompli-

kationslos, der Pat. konnte nach kurzem Aufenthalt nach Hause entlassen werden. Diskussion: Es wird die Entstehung einer Hyponaträmie unter einer Therapie mit Duloxetin aufgezeigt. Wir empfehlen, die Natriumserumspiegel nicht nur unter SSRI, sondern auch unter SSNRI regelmäßig zu kontrollieren. Literatur: Kirby D, Ames D: Hyponatraemia and selective serotonin re-uptake inhibitors in elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 May;16(5):484–93. Degner D. et al: Severe adverse drug reactions of antidepressants: results of the German multicenter drug surveillance program AMSP. *Pharmacopsychiatry*. 2004 Mar;37 Suppl 1:S39–45

0157

Akute medikamentös-induzierte Hepatitis unter Aripiprazol-Monotherapie

Jürgen Kornischka (Klinikum Herford, Psychiatrische Klinik)

J. Cordes, J. Lützeler, M. W. Agelink

Einleitung: Aripiprazol ist ein Neuroleptikum der zweiten Generation, gilt als erster sogenannter Dopamin-Serotonin-Systemstabilisator und wurde im Juni 2004 in Deutschland zugelassen. Die Metabolisierung erfolgt in der Leber durch Dehydrierung, Hydroxylierung und N-Dealkylierung unter Beteiligung der Isoenzyme CYP-2D6 und CYP-3A4. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt durchschnittlich 75 Stunden.

Methode: Eine 52-jährige Patientin mit einer rezidivierenden schizoaffectiven Psychose wurde innerhalb von 2 Tagen von 50 mg Clozapin auf 7,5 mg Aripiprazol umgestellt. Nach 2 Wochen wurde die Dosis auf 10 mg Aripiprazol erhöht. Andere Medikamente nahm die Patientin nicht ein. Seit 20 Jahren war aber ein intermittierender Alkoholmißbrauch bekannt. Während der anderthalbjährigen Clozapintherapie zeigte das Labor zuletzt für GOT 58 U/l und für GPT 52 U/l. Die GGT betrug 125 U/l. Sechs Wochen nach der Umstellung fiel bei der beschwerdefreien Patientin im Rahmen eines normalen Routinekontaktes jedoch ein Haut- und Sklerenikterus auf. Die Aripiprazolmedikation wurde vorsichtshalber abgesetzt und das in der Ambulanz abgenommene Labor zeigte deutlich pathologische Parameter (Bilirubin gesamt 17,9 mg/dl, Bilirubin direkt 9,0 mg/dl, GOT 1613 U/l, GPT 2585 U/l und GGT 138 U/l. Die Patientin wurde daraufhin intensivmedizinisch überwacht. Die weitere medizinische Abklärung ergab keine richtungsweisenden Befunde. Die histologische Auswertung des Leberstanzyllinders zeigte Zeichen einer portalen entzündlich-zelligen Reaktion mit Nachweis einer deutlichen Eosinophilie und einer mäßiggradigen Cholestase. Vier Wochen später hatten sich die erhöhten Laborparameter weitgehend wieder normalisiert.

Diskussion/Ergebnisse: Aufgrund des Verlaufes und der weiterführenden internistischen Diagnostik gehen wir von einer medikamentösen Hepatitis mit überwiegender Zytolyse aus. Es handelt sich wahrscheinlich um eine idiosynkratische Reaktion vermutlich auf dem Boden einer metabolischen Genese nach einer sechswöchigen Aripiprazol-Exposition. Möglicherweise wurde der Lebermetabolismus durch den Alkoholabusus und die Vorbehandlung mit Clozapin gestört. Nach unserem Kenntnisstand ist dies bisher der erste Fall einer unerwünschten hepatotoxischen Wirkung von Aripiprazol, hier nach einer direkten Umstellung von Clozapin auf Aripiprazol.

0158

Rezidivierende vegetative Krise mit Hypothermie unter Neuroleptika: Ein klinischer Einzelfallbericht

Stefan Löffler (Klinikum Offenbach, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Klimke

Einleitung: Eine an Minderbegabung und hebephrener (Pfropf-) Psychose leidende, 50-jährige Patientin entwickelte in mehreren stationären Behandlungen eine vegetative Entgleisung, darunter Hypothermie bis 32,0°C rektal, zentrales Fieber bis 40° rektal, Bradykardie bis 32/min. und Somnolenz. Die Symptome bildeten sich folgenlos innerhalb

Stunden auf Neuroleptikakarenz und Verwendung einer Wärmedecke zurück.

Methode: Ein vollstationärer Einzelfall wurde einer deskriptiven Längsschnittbeobachtung unterzogen.

Diskussion/Ergebnisse: Die vegetative Krise trat unter nacheinander Levomepromazin, Amisulprid, Pipamperon, Promethazin und Zuclopenthixol auf. Unter Fluphenazin, Haloperidol oder Benperidol, Carbamazepin oder Benzodiazepinen waren hingegen allenfalls leichte Schwankungen der Körpertemperatur sowie vegetativer Parameter zu beobachten. Bei oft schwieriger Compliance ergab sich auf internistischer, toxikologischer, neurologischer und neurophysiologischer Ebene kein wegweisender Befund. Seit über einem halben Jahr ist die Patientin unter Benperidol und Diazepam wieder im Wohnheim führbar. Als Signalwege der am ehesten Neuroleptika-induzierten Hypothermie werden v.a. α_1 -, D₂/3-, 5-HT_{1A}- und 5-HT₂-Rezeptoren erwogen.

0159

Metabolische Veränderungen bei Patienten unter Langzeitherapie mit Psychopharmaka in einer psychiatrischen Langzeiteinrichtung

Barbara Reisinger (Klinikum Ingolstadt, Zentrum für Psych. Gesundheit)
E. Müller, H. E. Künzel, A. Schulz, T. Pollmächer

Einleitung: Unter Behandlung mit den unterschiedlichsten Psychopharmaka kommt es häufig zu Appetitsteigerung und Gewichtszunahme. Die überwiegende Zahl der Studien, die bisher in diesem Bereich unternommen wurden, untersuchten Patienten, die über wenige Wochen psychopharmakologisch behandelt wurden. Wir haben nun eine Querschnittsstudie bei Patienten durchgeführt, die teilweise bereits mehrere Jahre unter einer weitgehend stabilen psychopharmakologischen Behandlung in einer psychiatrischen Langzeiteinrichtung leben.

Methode: Unter den 75 untersuchten Patienten litten 44 unter Schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen, 22 unter unipolaren oder bipolaren affektiven Störungen sowie 9 unter einer organisch-psychischen Störung. 75% dieser Patienten waren übergewichtig (BMI ≥ 25), 48% aber waren sogar krankhaft adipös (BMI ≥ 30). Hierbei zeigten 67% eine Hypercholesterinämie, 27% eine Hypertriglyceridämie, 12% zeigten erhöhte Nüchternblutglukosespiegel und in 7% der Patienten fanden sich HbA_{1c}-Werte über 6%.

Diskussion/Ergebnisse: In der größten Subgruppe von 32 Patienten konnten wir retrospektiv einen Langzeitverlauf unter Clozapintherapie verfolgen. Hier zeigten sich die bekannten deutlichen Einflüsse auf das Körpergewicht, interessant war aber (wie auch bereits in der Gesamtstichprobe), inwiefern die Gewichtszunahme und die damit einhergehende deutliche Übergewichtigkeit der Patienten mit einer eher geringen Prävalenz des metabolischen Syndroms und des Typ-II-Diabetes vergesellschaftet war. Hier müssen eine Reihe auch günstiger Effekte der psychotropen Medikation auf metabolische Parameter diskutiert werden. Zum einen können dies Effekte auf die Glukosemetabolisierung sein, wie sie bereits für Trizyklika und Mirtazapin gezeigt wurden, zum anderen aber auch Effekte, die indirekt über die Besserung der Psychopathologie oder aber andere neuropeptiderge oder neurohumorale Systeme wirken.

0160

Metabolische Parameter psychiatrischer Patienten bei Beginn einer stationären Behandlung

Hans Rittmannsberger (OÖ LNK Wagner-Jauregg, Abt. Psychiatrie 1, Linz)
C. Foff, R. Frühwirth, H. Lindner, R. Mayr, V. Pihurik, T. Zaubmüller

Einleitung: Metabolische Parameter haben in der Psychiatrie im Kontext der Therapie mit Psychopharmaka vermehrte Aufmerksamkeit gefunden. Wir wollten feststellen, in welchem Ausmaß Patienten bei der Aufnahme zur stationären psychiatrischen Behandlung Veränderungen in dieser Hinsicht aufweisen.

Methode: Im Zeitraum von Oktober 2003 bis März 2004 wurden ein querschnittmäßiges Monitoring metabolischer Parameter der Patienten der Abteilung Psychiatrie 1 der OÖ LNK Wagner-Jauregg durchgeführt. Untersucht wurden Gewicht/BMI, sowie die Laborparameter Cholesterin, HDL, LDL, Neutralfette und Nüchternblutglukose.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt konnten von 773 Patienten in die Untersuchung einbezogen werden. Das durchschnittliche Alter betrug 43,9 Jahre, 56% der Untersuchten waren Männer. Diagnostisch verteilten sich die Patienten auf F1 (29%), F2 (21%), F3 (28%), F4-6 (18%) und sonstige (4%). Einen BMI >25 hatten insgesamt 48,8% der Untersuchten, wobei dies am seltensten bei Personen mit einer Diagnose aus F1 (38,9%) und am häufigsten bei Personen mit einer Diagnose aus F3 (55,7%) der Fall war. Einen BMI >30 hatten 13,6% der Männer und 25,1% der Frauen. Verglichen mit der österreichischen Gesamtbevölkerung liegt die Rate übergewichtiger Personen (BMI₂₇₋₃₀) bei den männlichen psychiatrischen Patienten um 11%, bei den Patientinnen um 39% höher, die Rate der stark übergewichtigen (BMI >30) Personen um 66% (Männer) bzw. 198% (Frauen) höher. Cholesterin >200 mg/dl fand sich bei insgesamt 48,8% der Untersuchten, am seltensten in der Gruppe F2 (39,2%), am häufigsten in der Gruppe F3 (61,7%). HDL <40 mg/dl fand sich bei insgesamt 15,9% der Untersuchten, am seltensten in der Gruppe F4-6 (8%), am häufigsten in der Gruppe F2 (21,9%). LDL >130 mg/dl fand sich bei insgesamt 42,5% der Untersuchten, am seltensten in der Gruppe F2 (32,8%), am häufigsten in der Gruppe F3 (54,5%). Neutralfette >150 mg/dl fand sich bei insgesamt 32% der Untersuchten, am seltensten in der Gruppe F4-6 (25,8%), am häufigsten in der Gruppe F3 (36,6%). Nüchternblutglukose >100 mg/dl fand sich bei insgesamt 21,5% der Untersuchten, am seltensten in der Gruppe F4-6 (18,3%), am häufigsten in der Gruppe F2 (22,3%). Bei 10% der Männer und 9,9% der Frauen war bei der Aufnahme ein Diabetes mellitus bekannt, am häufigsten in der Gruppe F2 (12,8%), am seltensten in der Gruppe F4-6 (6,7%). Schlussfolgerungen Psychiatrische Patienten überschreiten in den bei stationärer Aufnahme gemessenen Parameter in 25 bis 50% die als Risikogrenze angegebenen Werte.

0161

Veränderung metabolischer Parameter während stationärer psychiatrischer Behandlung

Hans Rittmannsberger (OÖ LNK Wagner-Jauregg, Abt. Psychiatrie 1, Linz)
C. Foff, R. Frühwirth, H. Lindner, R. Mayr, V. Pihurik, T. Zaubmüller

Einleitung: Psychopharmaka-induzierte Veränderungen metabolischer Parameter haben in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit gefunden. Wir wollten in einem naturalistischen Setting das Ausmaß dieser Veränderung während eines stationären Aufenthaltes überprüfen.

Methode: Im Zeitraum von Oktober 2003 bis März 2004 wurden ein prospektives Monitoring metabolischer Parameter bei den Patienten der Abteilung Psychiatrie 1 der OÖ LNK Wagner-Jauregg durchgeführt. Untersucht wurden Gewicht/BMI, sowie die Laborparameter Cholesterin, HDL, LDL, Neutralfette und Nüchternblutglukose bei Aufnahme und unmittelbar vor der Entlassung.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt konnten von (maximal) 407 Patienten Befunde bei Aufnahme und Entlassung erhoben werden. Das durchschnittliche Alter betrug 45,9 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 24,05 Tage, 50% der Untersuchten waren Männer. Diagnostisch verteilten sich die Patienten auf F1 (19%), F2 (27%), F3 (35%), F4-6 (16%) und sonstige (2%). Für die Gesamtgruppe der Patienten kam es zu einer Verbesserung der Nüchternblutglukosewerte und einer Verschlechterung aller Fettstoffwechselfaktoren: Der Anteil von Patienten mit einem Nüchternblutglukose >100 mg/dl sank von 25,9% auf 19,6%, wohingegen der Anteil von Patienten mit einem Cholesterin >200 mg/dl von 50,5% auf 53,6% stieg, der Anteil von Patienten mit einem HDL <40 mg/dl von 17,3 auf 24%, der Anteil von Patienten mit einem LDL >130 mg/dl von 43,3 auf 52%, der Anteil von Patienten mit Triglyceriden >150 mg/dl von 32,8 auf 38,2% und der Anteil von Pati-

enten mit einem BMI >25 von 48,8% auf 52,7%. Durchschnittlich nahmen die Patienten um 0,8 kg zu. Um einen Eindruck über eventuelle Medikamenteneffekte zu bekommen wurden die Psychopharmaka, die die Patienten bei der Entlassung erhielten, mit den Veränderungen der einzelnen Parameter in Beziehung gesetzt. Vergleicht man verschiedene Gruppen von Psychopharmaka (typische Antipsychotika, atypische Antipsychotika, Stimmungsstabilisatoren, SSRI, andere Antidepressiva, Tranquilizer), die sich durch Polypharmazie freilich vielfach überschneiden, bezüglich der Veränderungen der einzelnen Parameter, so findet man eine Verschlechterung der Fettwerte bei allen Diagnosen- und Medikamentengruppen. Die größten Veränderungen ergeben sich in der Gruppe der atypischen Antipsychotika: Zunahme des Cholesterins um 16 mg/dl, Neutralfette um 27 mg/dl, LDL um 16 mg/dl, sowie des Gewichts um 1,7 kg. Schlussfolgerungen Während sich die Blutzuckerwerte als rasch beeinflussbarer Parameter während des stationären Aufenthalts verbessern, verschlechtern sich die Fettparameter deutlich. Auch kommt es zur Gewichtszunahme. Dies ist am deutlichsten bei Patienten, die atypische Antipsychotika bekommen.

0162

How can therapeutic drug monitoring prevent from adverse side effects early rather than to confirm them lately?

Christine Greiner (Universitätsklinik Regensburg, Klinische Pharmakologie)
W. Bader, D. Melchner, T. Nonenmacher, M. Rupp, E. Haen

Einleitung: In response to a request for therapeutic drug monitoring our laboratory adds a clinical pharmacological comment to the value. This comment relates the concentration not only to effectiveness but also to the dose given to the individual patient. Clinical pharmacological comments thus define nine categories on the basis of three options for the therapeutic (A, B, C) and three for the dose-related reference range (1, 2, 3).

Method: We thus try to identify a patients' risk to develop an adverse drug effect rather than to proof an adverse drug effect (ADE) after it occurred. 406 blood specimens sent to our laboratory for quantitative lamotrigine analysis.

Diskussion/Ergebnisse: In 30 cases (7.4% of all specimens) adverse drug effects were indicated, TDM was supposed to confirm high serum concentrations as a reason for adverse drug effects. However, this was confirmed in only 5 (i.e. 16.7%) of these cases (category A3, B3, C3). 58 patients (15.4%) out of the remaining 376 patients, for whom no adverse drug effects were mentioned showed concentrations above the dose-related reference range (A3, B3, C3). This allows the identification of personalized compliance problems, metabolic drug drug interactions, interactions with food and consumer habits, as well as methodological interference with the analytical signal. We therefore suggest, that one can predict a patients' risk for developing ADE from the nine field table: specimens in category A3 and B3 are supposed to show disproportional rise in serum concentration, while increase of the dose is moderate. Therefore severe side effects associated with serum concentrations above the therapeutic reference range (column C) of the drug can be identified and avoided early.

0163

Einfluss des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM) auf die Rehospitalisierungsquote schizophrener Patienten

Kathrin Meyer zur Capellen (Bezirkskrankenhaus Augsburg, Forschung)
M. Schmauss, T. Messer

Die durch Konsensus-Konferenzen für Psychopharmaka etablierten Serumspiegelmessungen tragen dazu bei, die Effizienz der medikamentösen Behandlung zu erhöhen, ihre Sicherheit zu verbessern und in der Folge Kosten sowohl im stationären als auch vermutlich im ambulanten Bereich zu reduzieren. Es stellt sich daher die Frage, ob und in welchem Umfang Plasmaspiegelmessungen von Antipsychotika im ambulanten

Bereich einen Einfluss auf die Rehospitalisierungsquote schizophrener Patienten haben. In der aktuellen Untersuchung erhalten Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, die aus dem Bezirkskrankenhaus Augsburg in ambulante nervenärztliche Behandlung entlassen werden, dort über den Beobachtungszeitraum von einem halben Jahr regelmäßig ein TDM und werden anschließend für ein halbes Jahr weiter beobachtet. Eine Vergleichsgruppe schizophrener Patienten wird ebenfalls über den beschriebenen Zeitraum in nervenärztlich-psychiatrischen Praxen betreut, allerdings ohne ein TDM zu erhalten. Gleichzeitig werden aus den Unterlagen der Nervenärzte sowie aus denen des BKH Augsburg die Rehospitalisierungen beider Gruppen erfasst. Die Untersuchung soll klären, ob ein konsequentes ambulant-therapeutisches Drug Monitoring die Rehospitalisierungsquote schizophrener Patienten reduziert und damit sowohl den morbogenen Krankheitsverlauf modifiziert als auch gesundheitsökonomische Faktoren beeinflusst.

0164

Anwendung von Therapeutischem Drug Monitoring bei stationären psychiatrischen Patienten

Julia Becht (Koblenz)
C. Hiemke, K. Mann

Einleitung: Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) bietet die Möglichkeit, die Effizienz der Medikamentenwirkung zu verbessern, indem optimale Plasmaspiegel eingestellt werden, wodurch auch die Rate der Nebenwirkungen so gering wie möglich gehalten werden sollen. Therapieentscheidungen müssen allerdings im Kontext mit dem klinischen Status erfolgen. Wie TDM von Psychopharmaka eingesetzt werden sollte, wurde in Consensus-Leitlinien der AGNP-TDM Expertengruppe beschrieben (Baumann et al., Pharmacopsychiatry 2004; 37:243–265). In dieser Studie wurde die Plausibilität von Dosisanpassungen bei stationären psychiatrischen Patienten analysiert, die TDM-geleitet antipsychotisch bzw. antidepressiv behandelt wurden.

Method: Die Analyse wurde an Patienten mit einer Schizophrenie oder unipolaren Depression vorgenommen, welche mit Clozapin, Olanzapin oder Venlafaxin behandelt wurden. Die Patienten sollten mehr als sechs Wochen stationär behandelt worden sein, und in dieser Phase sollten mehr als fünf Plasmaspiegelmessungen durchgeführt worden sein. Dosisanpassungen der behandelnden Ärzte wurden wie folgt analysiert: eine Entscheidung wurde als plausibel eingestuft, wenn sie sich am Blutspiegel orientierte. War dies nicht der Fall, wurde die Plausibilität der Dosisanpassung in Bezug zum eine Woche zuvor dokumentierten klinischen Status des Patienten analysiert. Der psychopathologische Zustand wurde dabei als unverändert, gebessert oder verschlechtert eingestuft. Eine Entscheidung wurde als nicht plausibel gewertet, wenn z.B. der Blutspiegel zu niedrig war und keine klinische Besserung eingetreten war und keine Dosiserhöhung vorgenommen wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Im Falle von Clozapin wurden 115 Entscheidungen analysiert. Es wurden 57 (49,6%) Dosisanpassungen entsprechend den Laborempfehlungen nach dem Blutspiegel vorgenommen, bei 23 Entscheidungen (20,0%) war die Abweichung von der Laborempfehlung durch den psychopathologischen Status des Patienten begründet, 35 Entscheidungen (30,4%) erschienen nicht plausibel. Für Olanzapin wurden 57 Entscheidungen analysiert. 42 (73,7%) erfolgten entsprechend dem Blutspiegel. Fünf (8,8%) Entscheidungen erklärten sich durch den klinischen Status, zehn (17,5%) waren weder in Bezug auf den Blutspiegel noch den klinischen Zustand plausibel. Für Venlafaxin waren von 57 Entscheidungen 23 (40,0%) nach den Laborempfehlungen und 18 (31,6%) nach dem klinischen Status plausibel, 16 (28,1%) Entscheidungen waren nicht plausibel. Schlussfolgerung: Die retrospektive Analyse des Therapieentscheidungen ergab, dass die meisten Dosisanpassungen in Bezug auf den Blutspiegel und den klinischen Status plausibel waren. Etwa 25% der Entscheidungen erschienen allerdings nicht plausibel. Durch eine stringenter Berücksichtigung des pharmakokinetischen und psychopathologischen Status der Pati-

enten könnte die Qualität der antidepressiven und antipsychotischen Therapie wahrscheinlich noch gesteigert werden, um das therapeutische Ziel, die Herstellung eines bestmöglichen Funktionsniveaus eines Patienten, zu erreichen.

0165

Wechselwirkungen zwischen Quetiapin und Carbamazepin: eine Indikation für therapeutisches Drug-Monitoring (TDM)

Thomas Nickl-Jockschat (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Paulzen, F. Schneider, M. Grözinger

Einleitung: Quetiapin und Carbamazepin werden häufig als Stimmungsstabilisatoren auch in Kombination – in der Pharmakotherapie bipolarer Erkrankungen eingesetzt. Beide teilen sich im Rahmen der hepatischen Metabolisierung einen gemeinsamen Pathway, den Abbau über Cytochrom P450 3A4. Mehrere Studien belegen eine Induktion von CYP3A4 durch beide Pharmaka.

Methode: Wir beschreiben hier die Fälle dreier Patienten, die sowohl mit Quetiapin, als auch mit Carbamazepin behandelt wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Suffiziente Quetiapin-Spiegel konnten in keinem der drei Fälle gemessen werden. Anhand der vorliegenden Daten scheint eine verstärkte Metabolisierung von Quetiapin, bedingt durch die Induktion von CYP3A4 durch Carbamazepin, als Erklärung für die insuffizienten Wirkstoffspiegel verantwortlich. Das Ausmaß der Interaktion beider Pharmaka in der klinischen Anwendung und die zugrunde liegende Pharmakokinetik unterstreichen die Wichtigkeit des therapeutischen Drug-Monitoring (TDM) in der psychiatrischen Pharmakotherapie.

0166

Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) von Ziprasidon unter naturalistischen klinischen Bedingungen

Friederike Vogel (Universität Mainz, Psychiatrische Klinik)

R. Gansmüller, S. Heller, P. Singer, C. Hiemke

Einleitung: Eine durch Blutspiegel geleitete Anwendung von typischen Antipsychotika kann die Wahrscheinlichkeit des therapeutischen Ansprechens nachweislich optimieren und das Risiko des Auftretens von extrapyramidalen Nebenwirkungen minimieren. Für neue atypische Antipsychotika wie Ziprasidon gibt es bisher wenig Literatur-basierte Evidenz bezüglich des Nutzens von TDM für die Therapieoptimierung. Ziel: Für diese Untersuchung wurden Daten aus Blutspiegelmessungen analysiert, die im Rahmen einer Therapie mit Ziprasidon unter naturalistischen klinischen Bedingungen erhoben worden waren. Ziel war es zu prüfen, ob es Zusammenhänge zwischen Blutspiegeln und pharmakodynamischen oder pharmakokinetischen Parametern gibt, die eine Überlegenheit von TDM gegenüber einer Dosis gesteuerten Pharmakotherapie zeigen würden.

Methode: Es wurden Daten von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizoaffektiven oder affektiven Erkrankung unter naturalistischen klinischen Bedingungen bezüglich ihrer Serumkonzentration von Ziprasidon analysiert. Die Konzentrationen wurden im steady state mit einer HPLC-Methode bestimmt. Schweregrad der Erkrankung, sowie Effekt der Therapie wurden mit Hilfe der Clinical Global Impressions (CGI)-Skala und Nebenwirkungen mit der UKU side effects rating scale durch die behandelnden Ärzte dokumentiert. Comedikation mit anderen Antipsychotika, stimmungsstabilisierender Medikation, Antidepressiva, Sedativa sowie internistische Medikation wurde ebenso erfasst. Zur Überprüfung von Grenzwerten bezüglich des Effektes nach CGI wurden receiver operating characteristics (ROC) Kurven berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Analysiert wurden Daten von 343 Patienten (160 Männer, 183 Frauen) mit einer Ziprasidon-Monotherapie (26,2%) oder Ziprasidon in Kombination mit anderen Psychopharmaka (2. oder

mehr Antipsychotika 37,6%), Antidepressiva (27,40%), „mood stabilizer“ (13,7%) oder anderer Medikation (28,6%). Ziprasidon wurde bezüglich Serumkonzentration und Dosis analysiert. Die Dosen lagen zwischen 20 und 320 mg/die. Die gemessenen Serumkonzentrationen waren auch bei gleicher Dosis hoch variabel, zwischen nicht nachweisbar und 619 ng/ml. Müdigkeit und Spannung/innere Unruhe waren die am häufigsten angegebenen Nebenwirkungen mit 15,5% bzw. 12,8%. Der Anteil der Patienten mit extrapyramidalen Nebenwirkungen (EPS) war mit 7,0% etwas höher als in kontrollierten Studien. Der durchschnittliche CGI severity score lag bei 5,07. Von den Patienten zeigten 65,2% einen mässigen oder sehr guten Therapieeffekt („Responder“), 34,8% waren nur gering gebessert, unverändert oder sogar verschlechtert („Nonresponder“). Nach den ROC-Analysen fand sich weder ein unterer Dosis- noch ein Serumspiegel-Schwellenwert, oberhalb dessen die Wahrscheinlichkeit einer Response erhöht war. Im Trend war allerdings die Serumkonzentration eher als die Dosis mit dem klinischen Effekt korreliert (AUC_{Konz.}=0,529 vs. AUC_{Dosis}=0,415). Mittlere Serumspiegel waren bei Respondern und Nonrespondern nicht unterschiedlich. Schlussfolgerung: TDM von Ziprasidon kann nützlich sein, um bei Verdacht auf Noncompliance oder anderen spezifischen Indikationen die Therapie zu steuern. Weitere Untersuchungen sind allerdings erforderlich, um den therapeutisch anzustrebenden Blutspiegel zu finden und die Anwendung von TDM zu verbessern. Die Untersuchung wurde durch eine Sachbeihilfe der Firma Pfizer gefördert.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.3

S-051 Symposium

Pharmakologische Kombinationsstrategien in der Behandlung der Schizophrenie

Vorsitz: T. Messer (Augsburg), M. Schmauß (Augsburg)

0249

Wie werden Antipsychotika in der Behandlung der Schizophrenie kombiniert – eine aktuelle Bestandsaufnahme

Thomas Messer (Bezirkskrankenhaus Augsburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

In den aktuellen (inter-) nationalen Leitlinien wird sowohl für die Akutbehandlung der Schizophrenie als auch bei medikamentöser Behandlungsresistenz eine Monotherapie mit einem Antipsychotikum empfohlen. Angesichts der möglichen gravierenden Nachteile einer Polypharmazie, z.B. von unerwünschten Nebenwirkungen, Interaktionsrisiken, Verringerung der Compliance, erhöhter Mortalität oder Zunahme von Kosten ist eine solche Empfehlung rational. Andererseits gelten mindestens 30% der schizophrenen Patienten als therapieresistent oder weisen Symptome auf, die monotherapeutisch nur unzureichend beeinflussbar sind, z.B. Depressionen oder eine ausgeprägte Negativsymptomatik. Im vorliegenden Beitrag werden Daten aus nationalen pharmakoepidemiologischen Projekten präsentiert und mit den Ergebnissen der wenigen randomisierten kontrollierten Studien kritisch diskutiert.

0250

Stellenwert von Antidepressiva in der Kombinationsbehandlung der Schizophrenie

Christine Rummel (Klinikum rechts der Isar, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

Einleitung: Negativsymptome der Schizophrenie werden oft mit medikamentösen „Add-on-Strategien“ behandelt. Eine häufig

angewandte Strategie ist die Kombinationsbehandlung von Antipsychotika mit Antidepressiva. Von dieser Kombination wird angenommen, dass sie zu einer stärkeren Reduktion der Negativsymptomatik führt als die antipsychotische Monotherapie. Der Beweis hierfür, z.B. anhand einer Metaanalyse, stand bislang jedoch noch aus.

Methode: Mit einer umfassenden Literaturrecherche in 7 elektronischen Datenbanken, ‚Cross-Referencing‘ und Kontaktaufnahme mit Autoren relevanter Studien wurden alle randomisierten Studien identifiziert, die Antipsychotika und Antidepressiva mit antipsychotischer Monotherapie bei Patienten mit vorwiegender Negativsymptomatik verglichen. Zwei Reviewer überprüften die identifizierten Studien unabhängig voneinander und extrahierten die Daten. Hauptzielkriterium war die Reduktion der Negativsymptomatik. Bei dichotomen Outcome-Variablen wurde das relative Risiko mit einem 95% Konfidenz-Intervall unter Verwendung eines ‚Random-effects-Models‘ berechnet. Für kontinuierliche Outcome-Variablen wurde die ‚Standardized Mean Difference‘ berechnet, ebenfalls unter Verwendung eines ‚Random-Effects-Models‘.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt konnten sieben Studien (n=202) eingeschlossen werden. Daten konnten jedoch nur aus fünf Studien extrahiert werden. Außer in einer Studie wurden nur typische Antipsychotika verwendet. Während es in den Einzelstudien meist nur einen Trend zugunsten der Kombinationsbehandlung gab, ergab die metaanalytische Berechnung eine statistisch signifikante Reduktion von Negativsymptomen. Es gab nur wenige Studien, die Patienten mit vorwiegender Negativsymptomatik untersuchten. Für diese Metaanalyse mussten viele Studien ausgeschlossen werden, da die Einschlusskriterien dieser Studien nicht mit den von uns definierten übereinstimmten. Z.B. wurden Patienten untersucht, die gleichzeitig Negativ- und Positivsymptome oder Negativsymptome und eine depressive Episode hatten. Um den Nutzen einer antidepressiven „Add-on-Therapie“ auf Negativsymptome der Schizophrenie noch genauer bestimmen zu können, sind weitere Studien mit größeren Fallzahlen erforderlich.

0251

Welche Rolle spielen Stimmungsstabilisierer in der Kombinationsbehandlung der Schizophrenie ?

Stefan Leucht (Klinikum rechts der Isar, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

Es sind zahlreiche pharmakologische Zusatztherapien zu Antipsychotika bei der Schizobehandlung beforscht worden. Ein großer Teil dieser Literatur bezieht sich hierbei auf Stimmungsstabilisierer. Methodik: Es wurden systematische Cochrane Reviews über die Stimmungsstabilisierer Lithium, Carbamazepin und Valproat erstellt. Insgesamt sind die Ergebnisse der systematischen Reviews ernüchternd. Am ehesten zeigte noch die zusätzliche Gabe von Lithium einen Einfluss auf die schizophrene Symptomatik, dieser Befund war aber nicht robust. Stimmungsstabilisierer werden in der Praxis oft als Augmentativa verwendet. Dieses Vorgehen ist aber nicht evidence-based. Am ehesten ist noch eine Verwendung für entsprechende Zielsymptome (z.B. manische Symptome), auch hierfür gibt es aber keinen wissenschaftlichen Beleg.

0252

Rationale Polypharmazie bei Schizophreniepatienten: Gibt es Alternativen zu Dopaminantagonisten ?

W. Wolfgang Fleischhacker (Universitätsklinikum Innsbruck, Biologische Psychiatrie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 15/16

S-057 Symposium

Neue Entwicklungen in der Psychopharmakotherapie

Vorsitz: G. Gründer (Aachen), K. Lieb (Freiburg)

0279

Krankheits-modifizierende und symptomatische Therapieansätze: Was gibt es Neues bei der Alzheimer-Krankheit?

Lutz Frölich (ZI für Seelische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Mannheim)

0280

Perspektiven der Pharmakotherapie schizophrener Störungen

Gerhard Gründer (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Obwohl die Pharmakotherapie heute der zentrale Bestandteil der Therapie schizophrener Störungen ist, sind zahlreiche Patienten immer noch nur unzureichend behandelbar. Insbesondere kognitive und Negativsymptome stellen eine besondere therapeutische Herausforderung dar. In dieser Übersicht sollen die aktuellen Entwicklungen, die zum Teil schon innerhalb der nächsten Jahre das therapeutische Armamentarium bereichern, dargestellt werden.

Methode: Die Übersicht umfasst Pharmaka, die als D2-Antagonisten ein konventionelles Target haben und schon in den nächsten Jahren den Markt erreichen, sowie Substanzen, die primär an andere Zielmoleküle binden. Zu jenen gehören u.a. D1-, m1-, 5-HT1a-, alpha1- und Glutamatrezeptoren. Auch neuere Konzepte wie die „funktionelle Selektivität“ und die „selektive Nicht-Selektivität“ werden diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Während der Antagonismus bzw. der partielle Agonismus an D2-Rezeptoren auf absehbare Zeit das zentrale Prinzip aller Antipsychotika sein wird, werden nur Substanzen, die an wesentlich andere Zielmoleküle binden, die Therapie von kognitiven oder Negativsymptomen entscheidend verbessern. Dabei wird möglicherweise für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Komposition von Substanzen notwendig sein, um der differenziellen Neurobiologie dieser heterogenen Patientengruppe gerecht zu werden.

0281

Aktuelle Daten zur Pharmakotherapie von Suchterkrankungen

Karl Mann (ZI für Seelische Gesundheit, Klinik für Suchtmedizin, Mannheim)

F. Kiefer

Einleitung: Die Pharmakotherapie des Alkoholentzugs ist unproblematisch und wurde kürzlich im Rahmen eines Manuals dargestellt (Mann et al. 2006). Die medikamentös unterstützte Rückfallprophylaxe hat im letzten Jahrzehnt die Behandlungserfolge bei chronischer Alkoholabhängigkeit wesentlich verbessert. Das bereits seit den 50er Jahren bekannte Disulfiram erlebt derzeit eine gewisse Renaissance. Bei streng supervidiertem Einnahme und sehr häufigen Kurzkontakten können vor allem schwer abhängige Langzeitpatienten davon profitieren.

Methode: Es werden eigene und fremde Metaanalysen vorgestellt, sowie erste Ergebnisse einer BMBF-geförderten Studie diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Als „Anticravingmittel“ stehen Acamprosat und Naltrexon zur Verfügung. Acamprosat wirkt durch die Reduktion einer glutamatergen Übererregbarkeit. Analysen über mehr als 20 randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte Studien ebenso wie Anwendungsbeobachtungen in der ärztlichen Praxis belegen die Wirksamkeit. Ähnliches gilt für Naltrexon, wo die Blockade der μ -Opiatrezeptoren als wesentlicher Wirkmechanismus identifiziert wurde. In beiden Fällen liegt die „number needed to treat“ (NNT) bei etwa 75 und damit im Bereich der Antidepressivabehandlung. Schlussfol-

gerung: Die Responderrate könnte weiter gesteigert werden, wenn das Problem der mangelnden Compliance gelöst würde, und Untergruppen von Acamprosat- bzw. Naltrexon-Responders identifiziert werden könnten. Während initiiertes Naltrexon kurz vor der Zulassung steht wurden zwei groß angelegte Studien zur Kombinationsbehandlung (COMBINE Study) und differentiellen Therapieindikation (Project PREDICT) gerade beendet. Die vorliegenden Ergebnisse werden diskutiert. Anton RF et al. (2006) Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA 295 (17):2003–2017. Mann, K. et al. Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Psychotherapeutische und pharmakologische Strategien. Deutscher Ärzteverlag, 2006

0282

Molekulare Wirkmechanismen moderner Antidepressiva

Klaus Lieb (Universitätsklinik Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Seit der zufälligen Entdeckung des trizyklischen Antidepressivums Imipramin stehen seit fast 50 Jahren Antidepressiva zur Behandlung depressiver Syndrome, aber auch Angststörungen, Zwangserkrankungen, Schlafstörungen, Schmerzsyndromen, etc. zur Verfügung. Alle bisher auf dem Markt befindlichen Antidepressiva haben einen ähnlichen Wirkmechanismus, der in der Hemmung der Serotonin- bzw. Noradrenalin-Wiederaufnahme bzw. der Beeinflussung modulierender Rezeptoren liegt. Der vorliegende Artikel referiert die Wirkmechanismen der aktuell auf dem Markt befindlichen Antidepressiva und gibt einen Ausblick auf potentielle neue Antidepressivaentwicklungen mit neuartigem Wirkprinzip. Ob sich ein Weg aus der Innovationskrise finden lässt, wird im Wesentlichen davon abhängen, ob die Universitäten und die Pharmaindustrie bereit sind, den Weg echter Neuentwicklungen zu gehen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 43

S-062 Symposium

Schizophrenien, andere psychotische Störungen, Depressionen und Angststörungen: Was tun bei Therapieresistenz?

Vorsitz: S. Bleich (Erlangen), M. Ziegenbein (Hannover)

0306

Vorgehen bei Therapieresistenz der Schizophrenien, was ist gesichert?

Stefan Kropp (Landesklinik Teupitz, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN gibt in ihrem Algorithmus 6: „Pharmakologische Behandlung bei medikamentöser Therapieresistenz“ den grundsätzlichen Weg bei unbefriedigendem Behandlungsergebnis vor. In der Endstrecke dieses Algorithmus findet sich die Clozapin-Medikation, ggfs. in Kombination mit einem anderen Neuroleptikum bzw. der Elektrokrampftherapie allein. Durch diese Leitlinien soll unter anderem die in der Praxis häufig angewandte Polypharmazie, die rational kaum begründbar ist und zu einer hohen Rate von Nebenwirkungen führen kann, verhindert werden. Ziel dieses Vortrags ist es, die Daten für die Kombinationsbehandlung, die gegenwärtig vorliegen, vorzustellen und zu bewerten.

Methode: Es wurde eine Medline-Recherche zum Thema Kombinationstherapie der Schizophrenie durchgeführt, alle relevanten Literaturstellen wurden im Original besorgt und hinsichtlich Studienart, Studiengüte und Qualität bewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Die publizierten neuroleptischen Kombinationsbehandlungen bei Therapieresistenz enthalten als Basismedikation immer Clozapin. Bevor die Clozapin-Medikation augmentiert wird, ist eine ausreichend lange Behandlungsdauer unter Spiegelkontrolle und ggfs. Aufdosierung bis zur Höchstdosis erforderlich. Neue Kombinationsstudien liegen vor für Clozapin mit Risperidon, Amisulprid, Aripiprazol und Ziprasidon. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien werden mit der Studienlage zur Polypharmazie verglichen und in ihrer Relevanz für die klinische Patientenbehandlung und mögliche Behandlungsergebnisse bewertet.

0307

Neue Behandlungsmethoden bei Angststörungen und Vorgehen bei Therapieresistenz

Borwin Bandelow (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Zu den Standardtherapien bei Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung oder soziale Angststörung)^{1, 2} gehören die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) und der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin. Der Kalziummodulator Pregabalin stellt eine neue Therapieoption für die Behandlung der generalisierten Angststörung dar. Weiter neue Behandlungsmöglichkeiten werden vorgestellt. Die Zahl der Patienten mit Angststörungen, die durch eine Standardtherapie nicht gebessert werden, ist nicht unerheblich. Die kognitive Verhaltenstherapie stellt ebenfalls bei allen Angststörungen eine wirksame Therapiemodalität dar. Es wird ein Algorithmus für das Vorgehen bei Therapieresistenz vorgestellt. Bei Nichtansprechen einer Therapie bzw. bei nur partieller Response ist zunächst die Frage relevant, nach wievielen Wochen eine Dosiserhöhung und wann ein Umstellen auf eine andere Therapie empfohlen wird. Es gibt nur wenige kontrollierte klinische Studien mit therapieresistenten Angstpatienten, so dass die Empfehlungen zum Teil auf klinischer Erfahrung oder theoretischen Überlegungen beruhen. Folgende Umstellungsstrategien sind möglich: Umstellung auf eine andere First-line-Therapie (auf andere SSRI/SNRI/Pregabalin), Umstellung auf eine Second-line-Therapien (trizyklische Antidepressiva, Moclobemid), Umstellung auf Third-line-Therapien (Benzodiazepine, irreversible MAO-Hemmer), sowie Umstellung auf Therapien bisher nur durch einzelne Doppelblindstudien, offene Studien oder Fallberichte bestätigte Medikamente. Erst bei Versagen einer Umstellung werden Augmentationsstrategien empfohlen. ¹Bandelow, B., J. Zohar, E. Hollander, S. Kasper and H. J. Möller (2005). Leitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) für die medikamentöse Behandlung von Angst- und Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. ² Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, den Boer JA, Fineberg NA, Knapp M, Scott J, Wittchen HU (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 19: 567–96

0308

Kombinationstherapie mit Antidepressiva bei therapieresistenter Depression

Helge Frieling (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

S. Beyer, J. Demling, T. Hillemacher, S. Bleich

Therapieresistenz oder Pharmakoresistenz ist ein gravierendes Hindernis bei der Behandlung depressiver Störungen, das bei bis zu 50% der depressiven Patienten auftritt. Pharmakologisch kann in vielen Fällen durch Augmentations- oder Kombinationsverfahren dennoch eine Remission der Symptomatik erreicht werden. Trotzdem führt die Therapieresistenz zu verlängerten Krankheitsintervallen mit mehr und längeren Krankenhausaufenthalten und insgesamt hohen Kosten. Da auch bei rezidivierenden depressiven Störungen Kindling-Phänomene eine Rolle spielen, also die Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit mit Häufigkeit und Länge der

vorhergehenden Episoden steigt, sollte neben der Behandlung der manifesten Therapieresistenz auch deren Vermeidung untersucht werden. In vielen Kliniken werden daher auch zur primären Behandlung von depressiven Patienten Kombinationen von zwei Antidepressiva eingesetzt. Dieser Ansatz ist allerdings bisher nicht in prospektiven Studien evaluiert worden. Wir stellen die randomisierte, doppel-blinde und Placebo-kontrollierte Studie zur medikamentösen Kombinationsbehandlung depressiver Patienten (COATS - Combined Antidepressant Treatment Study, ClinicalTrials.gov ID: NCT00150839) vor, in der 80 Patienten in zwei Behandlungsgruppen randomisiert werden: eine Gruppe erhält eine Kombinationsbehandlung mit Mirtazapin und Venlafaxin, die zweite Mirtazapin und Placebo. Die Studie erstreckt sich über einen Beobachtungszeitraum von 13 Wochen, mit regelmäßigen Visiten, inkl. Kognitiver Testung und Blutentnahme für TDM und neurobiologische Untersuchungen. Eine Follow-up Untersuchung nach 6 Monaten soll dann auch Aufschluß über die Frage der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Therapieresistenz liefern.

0309

Evidenz-basierte Therapie der medikamenteninduzierten Parkinson-Psychose

Stefan Bleich (Universitätsklinik Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Psychotische Symptome gehören zu den am schwersten behindernden Langzeitkomplikationen des Morbus Parkinson. Auslösend kann jedes Parkinson-Medikament sein, anticholinerg wirksame Substanzen haben jedoch das höchste Potential zur Auslösung psychotischer Symptome. Die Behandlung der Parkinson-Psychose besteht in der Erfassung akuter Auslöser (z. B. Exsikkose), in der Reduktion der Parkinson-Medikation, beginnend mit dem Absetzen adjuvanter Medikation. Sind diese Maßnahmen nicht erfolgreich kommen häufig atypische Neuroleptika zum Einsatz. Die vorliegende Meta-Analyse soll eine Evidenz-basierte Orientierung geben, welches Atypikum am ehesten Vorteile für die Therapie der Parkinson-Psychose aufweist.

Methode: Im Rahmen dieser Meta-Analyse wurden die einschlägigen elektronischen Datenbanken (z.B. Medline) nach randomisierten, kontrollierten Studien zur Therapie der Parkinson-Psychose mit Atypika durchsucht. Neben dem klinischen Erfolg der Therapie interessierten noch die Begleitwirkungen wie z.B. Verschlechterung von extrapyramidalen Symptomen (EPS).

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt konnten 5 Studien mit insgesamt 330 behandelten Patienten eingeschlossen werden. Clozapin zeigte die höchste Effektivität zur Behandlung der Parkinson-Psychose. Die Wirkung von Quetiapin lag auf Placebo-Niveau, während Olanzapin zu einer Verschlechterung von EPS führte. Zusammenfassend kann noch den bislang vorliegenden Daten die pharmakologische Therapie der Parkinson-Psychose mit Clozapin empfohlen werden. Olanzapin sollte nicht zum Einsatz kommen.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 40

FW-009 Forschungsworkshop

Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen zur Therapieleitung

Vorsitz: E. Haen (Regensburg), C. Hiemke (Mainz)

0038

Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen zur Therapieleitung

Ekkehard Haen (Universitätsklinik, Klinische Pharmakologie, Regensburg)

Einleitung: Das sog. „therapeutische drug monitoring“ (TDM) steht immer wieder in der Diskussion. Ein erfolgreicher Einsatz von Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen zur Therapieleitung setzt aber eine

vollständige Berücksichtigung der Informationen voraus, die aus Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen gewonnen werden können.

Methode: Die in unserem Labor bestimmten Wirkstoffkonzentrationen werden deshalb klinisch-pharmakologisch befundet.

Diskussion/Ergebnisse: Die klinisch-pharmakologische Befundung der Konzentrationsbestimmungen von Psychopharmaka setzt die gemessenen Werte nicht nur in Relation zu einem therapeutischen Referenzbereich (sog. „therapeutischer Referenzbereich“), sondern auch zu der dem Patienten verabreichten Dosis (sog. „Dosis-bezogene Referenzbereich“). Hierdurch können individuelle Faktoren des Patienten erkannt werden, wie seine Compliance, Veränderungen der Wirkstoffelimination incl. des Arzneimittelstoffwechsels, die auf Interaktionen mit Arznei-, Genuß- und Nahrungsmitteln sowie auf altersabhängigen, krankheitsbedingten oder genetischen Besonderheiten beruhen. Es können aber auch methodische Probleme wie Signalüberlagerungen bei der quantitativen Analyse identifiziert werden. Wir schlagen vor, die Referenzbereiche wie folgt zu definieren: Der therapeutische Referenzbereich beschreibt Wirkstoffkonzentrationen, die einerseits mindestens überschritten werden müssen, damit der Eintritt der erwünschten Arzneimittelwirkung (EAW) bei 68,27% der Patienten (Normalverteilung $\sigma \pm$ SD) erwartet werden kann, andererseits nicht überschritten werden dürfen, damit bei 68,27% der Patienten keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) auftreten. Der dosisbezogene Referenzbereich beschreibt Wirkstoffkonzentrationen, die von 68,27% der Patienten bei einer bestimmten Dosierung aufgebaut werden. Beide Referenzbereiche müssen Evidenz-basiert etabliert werden, was die Durchführung großer Studien erfordert. Übergangsweise können für den therapeutischen Referenzbereich Daten aus der Literatur herangezogen werden, wie sie im Dezember 2004 von der AG-TDM der AGNP zusammengestellt wurden. Der dosisbezogene Referenzbereich kann für diesen Zeitraum aus der Standardabweichung der zu den einzelnen Wirkstoffen veröffentlichten Clearance Daten berechnet werden.

0039

Therapeutisches Drug Monitoring: Etablierung dosisbezogener Referenzbereiche und Ihre Bedeutung im klinischen Alltag am Beispiel von Kasuistiken

Christine Greiner (Universitätsklinik Regensburg, Klinische Pharmakologie)
W. Bader, M. Wittmann, E. Haen

Einleitung: Der „Dosis - bezogene Referenzbereich“ ergänzt den nur für wenige Psychopharmaka durch Studien etablierten, therapeutischen Referenzbereich mit Aussagen zu individuellen Faktoren des Patienten (z.B. die genetische Ausstattung mit metabolismusrelevanten Cytochrom P450 - Isoenzymen, Einfluss von Komedikation, Nahrungs- und Genussmittel auf die Serum-konzentration des Wirkstoffes).

Methode: Aus der Literatur wurde die Clearance, die Bioverfügbarkeit, sowie das Dosisintervall entnommen und daraus der Dosis - bezogene Referenzbereich nach der Formel: Erhaltungsdosis D_e / Dosisintervall $T \times$ Bioverfügbarkeit $F =$ Konzentration $c \times$ Clearance Cl ; entsprechend $1 / (Cl \pm SD) \times D_e$ für die obere Grenze des Referenzbereiches und $1 / (Cl + SD) \times D_e$ für die untere Grenze des Referenzbereiches berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Wir haben auf diesem Wege die Dosis - bezogenen Referenzbereiche für bislang 24 Psychopharmaka berechnet, davon 9 Neuroleptika, 13 Antidepressiva und zwei Stimmungsstabilisatoren / Antiepileptika. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Faktoren für die einzelnen Wirkstoffe, exemplarisch für den Stimmungsstabilisator Lamotrigin $15 \times D_e$ bis $30 \times D_e$, für das Antidepressivum Citalopram $1 \times D_e$ bis $3 \times D_e$, und für das atypische Neuroleptikum Risperidon (inkl. aktivem Metaboliten 9-OH-Risperidon) $7 \times D_e$ bis $10 \times D_e$. Die Multiplikation des Faktors mit der gegebenen Tagesdosis weist dem Patienten den für seine Dosis optimalen Bereich zu. Kasuistiken sollen die klinisch pharmakologische Befundung anhand der dosisbezogenen Konzentrationsbereiche verschiedener Psychopharmaka darstellen und dabei Bezug auf die Umsetzung im klinischen Alltag

nehmen. Mit Hilfe beider Referenzbereiche gelingt es, den individuellen Konzentrationsverlauf des Arzneistoffes im Patienten bei Dosierung / -reduktion vorauszusagen und die Therapie hinsichtlich der Effektivität, Sicherheit und Kosten zu optimieren.

0040

Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) von Clozapin

Andreas Conca (LKH Rankweil, Abteilung für Psychiatrie I)
R. Waschgler, E. Haen

Einleitung: Das Therapeutische Drug Monitoring (TDM) von Clozapin gilt aufgrund des guten Evidenzgrades des therapeutischen Referenzbereiches von 350–600 ng/ml als sehr empfehlenswert (AGNP Consensus Guidelines, Baumann et al. 2004). Um TDM klinisch sinnvoll durchzuführen, ist dennoch sowohl allgemeines als auch substanzspezifisches pharmakokinetisches Fachwissen Voraussetzung. Neben Compliance, Substanzaufnahme, Transport, Pharmakogenetik, Metabolismus und Ausscheidung führen individuell variable Faktoren wie Alter, Geschlecht, Genuss-, Nahrungs- und Arzneimittelinteraktionen sowie somatische Begleiterkrankungen zu individuell unterschiedlichen Wirkstoffkonzentrationen.

Methode: Anhand der Literatur inkl. eigener Einzelfallberichte und der klinischen Erfahrung wird das Clozapin-bezogene TDM beschrieben.

Diskussion/Ergebnisse: Clozapin hat eine Bioverfügbarkeit von 50–60%, eine Halbwertszeit von 7–17 h, eine Proteinbindung von 95%, ein Verteilungsvolumen von 2–7 l/kg und wird überwiegend hepatisch über das CYP450-Isoenzym 1A2 und in geringerem Ausmaß auch über die Isoenzyme CYP2C19, CYP2D6 und CYP3A4 metabolisiert und anschließend glukuronidiert. Der selektiv wirkende, aktive Metabolit N-Desmethylozapin hat eine Halbwertszeit von 10–30 h und einen therapeutischen Referenzbereich von 50–700 ng/ml. Alter, Geschlecht und Nikotin beeinflussen den Clozapin-Metabolismus merklich. So sind bei jungen männlichen Rauchern deutlich niedrigere Clozapin-Serumspiegel zu erwarten; schon allein das Ändern des Rauchverhaltens verursacht erhebliche Konzentrationsverschiebungen. Arzneimittelinteraktionen mit Fluvoxamin, Duloxetin und Gyrase-Hemmer, die die Serumkonzentration von Clozapin erhöhen, respektive mit Stimmungsstabilisatoren wie Carbamazepin und Valproinsäure, die ihn beträchtlich senken können, sind gut dokumentiert. Infektionskrankheiten, welche mit Ausschüttungen von Zytokinen einhergehen, können ebenfalls höhere Clozapinkonzentrationen verursachen. Bei der Kombination Clozapin mit Carbamazepin ist auch aus pharmakodynamischen Gründen höchste Vorsicht geboten, denn es ist eine verstärkte knochenmarkstoxische Wirkung zu erwarten. Wenn man ein diagnostisches Verfahren nicht richtig in die therapeutische Praxis umsetzt, dann sollte man es gar nicht anwenden. Wenn man das TDM jedoch gut anwendet so ist es nach den vorliegenden Ergebnissen eindeutig als Stand der medizinischen Wissenschaft anzusehen (Hiemke 2003).

0041

Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) von Psychopharmaka in der Praxis

Christoph Hiemke (Psychiatrische Klinik, Neurochemisches Labor, Mainz)

Einleitung: Ziel von TDM ist es, die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf ein Medikament zu steigern und das Risiko des Auftretens von Nebenwirkungen zu mindern. Die TDM-Gruppe der Arbeitsgemeinschaft Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) hat Leitlinien für die Anwendung von TDM in der Psychiatrie veröffentlicht (Baumann et al. Pharmacopsychiatry 2004; 37:243–265).

Methode: Retrospektiv wurde untersucht, ob und wie die Leitlinien in der Praxis Anwendung finden. An stationären Patienten, die mit Antipsychotika oder Antidepressiva unter naturalistischen Bedingungen behandelt wurden, wurde geprüft, wann TDM nach stationärer Aufnahme angefordert wurde, ob Blutspiegel empfehlungsgemäß im Stea-

dy-state gemessen wurden und ob die Therapieentscheidungen bezogen auf den Blutspiegel und das klinische Bild plausibel waren.

Diskussion/Ergebnisse: Der Zeitpunkt der ersten TDM-Anforderung lag im Mittel bei 14±16 Tagen. Etwa 30% der Anforderungen erfolgten vor Erreichen des Steady-state. Wenn Dosisänderungen erforderlich waren, so erfolgten sie zu 70% erst nach mehr als 5 Tagen nach Mitteilung des Messergebnisses. Entscheidungen des behandelnden Arztes, eine Dosis beizubehalten, zu senken oder zu erhöhen, welche abweichend waren von den Laborempfehlungen, die sich nach gemessenen Blutspiegeln und den Zielblutspiegeln richteten, wurden mit Bezug auf die klinische Entwicklung (therapeutische Effekte und Nebenwirkungen) der Patienten in der Woche vor der Blutspiegelmessung beurteilt. Von den Therapieentscheidungen für Patienten, die mit Clozapin, Olanzapin oder Venlafaxin behandelt wurden, waren bezogen auf das klinische Bild 18 bis 30% nicht plausibel. Insgesamt zeigt die retrospektive Analyse der Anwendung von TDM in der Psychopharmakotherapie, dass die praktische Nutzung von TDM bei weitem noch nicht optimal ist und Kenntnisse im Umgang mit TDM verbessert werden müssen.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-025 Postersitzung

Pharmakologie allgemein

Vorsitz: I. Anghelescu (Berlin)

0260

Non-Compliance als Wiederaufnahmegrund

Christian Geretsegger (Christian Doppler Klinik, Psychiatrie, Salzburg)
P. Kaplan, R. Stelzig, C. Egger, M. Mühlbacher, W. Buschmann, S. Ottner, C. Stuppäck, A. Rauscher, J. Trost, U. Martincic-Punzengruber

Einleitung: Die Medikamenten-Compliance psychiatrischer Patienten wird allgemein als schlecht beschrieben. Im klinischen Alltag zeigt sich, dass es bei depressiven Patienten nach dem Absetzen der Medikation meist innerhalb von zwei bis drei Wochen zu einem Rückfall kommt, bei schizophrenen Patienten beträgt dieses Intervall oft mehrere Monate. Häufig wird von den Patienten verschwiegen, dass sie die Medikamente abgesetzt haben und deshalb wegen vermuteter therapeutischer Unwirksamkeit auf ein anderes Präparat umgestellt. An unserer Klinik haben wir deshalb über einen Zeitraum von einem Monat bei allen aufgenommenen PatientInnen eine genaue Medikamentenanamnese erhoben und dazu Blutspiegelbestimmungen durchgeführt.

Methode: Bei den Patienten, die angaben, Psychopharmaka einzunehmen, wurde innerhalb einer Stunde nach der Aufnahme Blut zur Blutspiegelbestimmung abgenommen. Sämtliche Analysen wurden im Labor des Psychiatrischen Krankenhauses Hall i. T. durchgeführt. Außerdem erfolgte eine Beurteilung der Compliance durch den Arzt sowie eine Selbstbeurteilung durch den Patienten (Drug Attitude Inventory) mit Wiederholung nach einer Woche und zum Entlassungszeitpunkt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Untersuchung wurde an 233 PatientInnen durchgeführt, von denen aktuell 50 nach eigenen Angaben keine Psychopharmaka einnahmen. 26 hatten überhaupt keine Vormedikation, 20 hatten sie selbst abgesetzt, bei 4 war der Grund nicht eruierbar. Die meisten Patienten ohne angegebene Medikation zum Aufnahmezeitpunkt (53,5%) hatten eine Reaktion auf schwere Belastungen/Anpassungsstörung (F43). Die am häufigsten bei der Aufnahme angegebenen Antipsychotika waren Quetiapin (25), Risperidon (23), Olanzapin und Clozapin (je 16). Acht (10,5%) der mit

den Diagnosen Schizophrenie/schizoaffektive Störungen aufgenommenen Patienten hatten eine Depot-Medikation. Die häufigsten angegebenen Antidepressiva waren Mirtazapin (34), Venlafaxin (26), Escitalopram (19) und Sertralin (14). 10 schizophrene Patienten gaben bei der Aufnahme an, bereits längere Zeit keine Antipsychotika mehr genommen zu haben. Bei weiteren 13 schizophrenen Patienten, die angegeben hatten, regelmäßig Antipsychotika zu nehmen, war der gemessene Blutspiegel 0,0 ng/ml. Somit waren 23 (42,6%) der schizophrenen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt medikamentös unbehandelt. Die ärztliche Einschätzung der Compliance ist zum Aufnahmezeitpunkt schlecht und bessert sich im Laufe des stationären Aufenthaltes. Zum Teil fast gegenläufig ist die Bewertung der Patienten. Obwohl sie bei der Entlassung häufiger angeben, dass die Vorteile der Medikamente gegenüber den Nachteilen überwiegen, fühlen sie sich durch die Medikamente eher beeinträchtigt. In Österreich gibt es ca. 80.000 schizophren erkrankte Menschen, von denen nur ca. 50.000 jemals in Behandlung standen oder stehen (ca. 62%). Auf der Basis unserer Ergebnisse muss man annehmen, dass von diesen 50.000 Personen tatsächlich nur ca. 57% mehr oder weniger unter medikamentöser Therapie stehen, das sind dann 28.500. Letztlich kann es so sein, dass daher von den ca. 80.000 schizophren erkrankten Personen mehr als 50.000 unbehandelt sind. Ein wesentlicher Grund für die hohe Non-Compliance kann das Gefühl der subjektiven Beeinträchtigung durch die Antipsychotika sein.

0261

Ein Beitrag zur Bedeutung der Betablocker in der Psychiatrie

Ulrich Drerup (Moenkeberg)

Einleitung: Betablocker gehören zu den am häufigsten eingesetzten Medikamenten und begegnen dementsprechend dem Psychiater / Nervenarzt in der Praxis. Ihr Nebenwirkungsspektrum beinhaltet eine Reihe zentralnervöser Störungen.

Methode: Mittels einer Stichprobe wird die Häufigkeit einer Betablocker Therapie in einer nervenärztlichen Praxis erfasst. Die von Patienten geschilderten Beschwerden und die gestellten Diagnosen nach ICD 10 werden in Beziehung gesetzt zu den in den entsprechenden Fachinformationen der eingesetzten Medikamente aufgeführten Nebenwirkungen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer Medikamentenanamnese mit Auswirkungen auf die Einschätzung der Pathogenese psychischer Störungen und eine differenzierte Therapie.

0262

Johanniskrautextrakt bei psychischem Stress: Wirkmechanismen

Veronika Butterweck (University of Florida, College of Pharmacy, Gainesville, FL)

O. Kelber, O. Grundmann, D. Weiser

Einleitung: Johanniskrautextrakt ist nicht nur bei leichten bis mittelschweren Depressionen wirksam (1), sondern beeinflusst auch an der Entstehung von psychischem Stress beteiligte Mechanismen. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass er stressinduzierte Veränderungen des Gen-Expressionsmusters im Bereich der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse ähnlich wie Imipramin antagonisiert (2). Um die beteiligten Mechanismen näher zu untersuchen, wurde die Wirkung eines Johanniskrautextraktes (STW 3-VI, Laif 900) und seiner Inhaltsstoffe auf die stressinduzierte Hyperthermie (SIH) im Vergleich mit Standardpräparaten untersucht. SIH tritt beim Menschen auf, lässt sich aber auch experimentell bei Mäusen induzieren, indem man sie einer neuen Umgebung (open field, OF) aussetzt.

Methode: Männliche C57/BL6 Mäuse, 6–8 Tiere pro Gruppe, wurden oral mit Prüfsubstanz oder Kontrolle behandelt. 60 min später

wurden sie für 10 min dem OF ausgesetzt und danach die Körpertemperatur rektal gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: STW 3-VI reduzierte in Dosen von 250 mg/kg und 500 mg/kg signifikant die OF-induzierte SIH, ebenso wie seine Hauptinhaltsstoffe, Hypericin und Flavonoide ($p < 0.05$), während Hyperforin keinen Effekt hatte. Imipramin (20 mg/kg) und Fluoxetin (10 mg/kg) hatten keine Wirkung, während die Anxiolytika Diazepam (1 mg/kg) und Buspiron (10 mg/kg) sowie der β -Rezeptor-Antagonist Propranolol (5 mg/kg) die SIH signifikant reduzierten. Die Daten zeigen eine direkte Wirkung des Johanniskrautextraktes STW 3-IV (Laif 900) in einem in vivo Modell für psychischen Stress und lassen darauf schließen, dass GABAerge sowie β -adrenerge Signale an seiner Wirkung beteiligt sind. (1) Gastpar M et al. Pharmacopsychiatry 2006;39:66–75; (2) Butterweck V CNS Drugs 2003;17:539–62.

0263

Pharmakogenetische Untersuchung von Dopamin-D2-Rezeptorpolymorphismen bei Neuroleptika-induzierter Gewichtszunahme

Daniel J. Müller (Charité Universitätsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

R. Hwang, S. Tharmalingam, T. Sicard, N. King, J. Volavka, P. Czobor, J. A. Lieberman, W. G. Honer, H. Y. Meltzer, J. L. Kennedy

Die Neuroleptika induzierte Gewichtszunahme variiert zwischen den einzelnen Neuroleptika und ist bei Clozapin und Olanzapin am stärksten ausgeprägt. Jedoch hängt die individuelle Prädisposition stark von genetischen Faktoren ab. Genetische Assoziationsstudien haben bislang interessante Befunde im 5-HT_{2C} und ADR_{2A} Rezeptorgen sowie im Leptin-, GNB3- und SNAP-25-Gen erbracht. Überraschenderweise sind bislang eingehende Untersuchungen am Dopaminrezeptor unberücksichtigt geblieben gleichwohl gerade das dopaminerge System durch Neuroleptika am stärksten beeinflusst zu werden scheint. In dieser Studie wurden 12 SNPs, die das gesamte DRD2-Gen umspannen, untersucht. Es wurden 139 chronisch schizophrene Patienten eingeschlossen, die vornehmlich für eine Dauer von bis zu 14 Wochen mit Clozapin behandelt wurden. Träger des C/C Genotyps ($n=52$) des funktionell relevanten C957T Polymorphismus nahmen im Durchschnitt 5,76 kg zu verglichen mit 3,42 kg in Träger des C/T Genotyps ($n=50$) und 2,51 kg in T/T Genotyp-Träger ($n=21$; $F_{[2,120]}=4.29$, $p=.01$). Haplotyp-Analysen zeigten ebenfalls signifikante Befunde mit den SNPs C939T und Taq1D die in der Nähe zum C957T-Polymorphismus liegen. Die Befunde legen den Schluss nahe, dass Neuroleptika-induzierte Gewichtszunahme mit DRD2-Genpolymorphismen assoziiert sind.

0264

Pharmakokinetik, Verträglichkeit und Wirksamkeit von Aripiprazol bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen psychiatrischen Störungen

Marcel Ebrecht (Bristol-Myers Squibb GmbH, Medizin Neuroscience, München)

M. Kungel, T. Spevakné-Göröcs, S. Modell, C. Werner, R. Marcus, W. Carson

Einleitung: Diese Studie wurde aufgrund einer offiziellen Anfrage der FDA in den USA durchgeführt, um die Sicherheit und Verträglichkeit, sowie die Pharmakokinetik von 20, 25 und 30 mg Aripiprazol in Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–17 Jahren zu evaluieren. Als weitere Parameter wurde die Wirksamkeit untersucht.

Methode: In diese offene, 26-tägige, multizentrische, sequenzielle Kohortenanalyse wurden 21 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren eingeschlossen. Es wurden bevorzugt Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung, aber auch solche mit anderen psychiatrischen Diagnosen eingeschlossen. 57% der Patienten hatten eine bipolare Störung vom Typ I, 24% Tourette Syndrom und

5% verteilten sich auf Schizophrenie, persistierende Entwicklungsstörung, Zwangsstörung und Verhaltensstörung. Die Startdosis von 2 mg Aripiprazol wurde in 2-Tages Intervallen schrittweise auf 5, 10, 15, 20, 25 oder 30 mg erhöht. Drei Kohorten der Patienten erhielten als Enddosis 20, 25 bzw. 30 mg und wurden jeweils 14 weitere Tage mit dieser Dosis behandelt. In Blutproben wurden die Aripiprazolspiegel gemessen. Wirksamkeit wurde mittels der Fragebögen Clinical Global Impression (CGI) Severity und CGI-Improvement evaluiert.

Diskussion/Ergebnisse: Unter dem oben beschriebenen Dosierungsschema wurden alle drei Zieldosierungen einigermaßen gut vertragen. Ein Patient brach die Behandlung wegen akuter mittelschwerer Dystonie ab. Weitere in der Studie beschriebene Nebenwirkungen waren leicht bis mittelschwer ausgeprägt und von vorübergehender Dauer. 85% (17 von 20) der Patienten wurden auf dem CGI-I Fragebogen als „stark“ oder „sehr stark verbessert“ bewertet. Das Ergebnis bekräftigt den Einsatz der Erwachsenenendosierung (10–30 mg) in laufenden Studien zur Schizophrenie und Manie bei Jugendlichen.

0265

Verminderung der metabolischen Aktivität im Hippokampus durch Serotonin1a Agonisten

Andre Rex (Berlin)

Einleitung: 5-HT_{1A} agonists like buspirone or tandospirone are used in the treatment of anxiety disorders. In pharmacological research 8-OH-DPAT is the standard 5-HT_{1A} agonist. Systemic administration of 8-OH-DPAT modifies 5-HT neuronal transmission via stimulation of presynaptic and postsynaptic receptors. Compared to the effects of presynaptic receptor stimulation, there are less data on the effects of postsynaptic 5-HT_{1A} receptors and the sum effects of a stimulation of both, pre- and postsynaptic, 5-HT_{1A} receptors available. We measured the neuronal activity in the hippocampus following systemic treatment with 8-OH-DPAT in doses (30–300 µg/kg) known to reduce 5-HT release and anxiety-like behaviour in rats.

Methode: Neuronal activity was assessed by laser-induced fluorescence spectroscopy determining changes in nicotinamide adenine dinucleotide (NADH) fluorescence in the ventral hippocampus of anaesthetised rats in vivo. NADH, a co-substrate for energy transfer in the respiratory chain, mirrors mitochondrial activity. Increased NADH fluorescence signals lower consumption of NADH caused by neuronal inhibition and vice versa.

Diskussion/Ergebnisse: 8-OH-DPAT in a dose of 300 µg/kg increased NADH fluorescence by maximal one third, suggesting a decreased neuronal activity in the ventral hippocampus. 100 µg/kg had no effect, whereas the lowest dose of 30 µg/kg tended to decrease NADH fluorescence. The selective 5-HT_{1A} antagonist WAY-100635 (3 mg/kg) prevented the increased NADH fluorescence after 8-OH-DPAT, but had no own effect. The results show that systemic administration of the 5-HT_{1A} agonist 8-OH-DPAT dose-dependently affects neuronal activity in the ventral hippocampus. The dose of 300 µg/kg seemingly activates presynaptic and postsynaptic receptors with dominating inhibitory postsynaptic effects. To our knowledge this is the first demonstration of effects of a psychoactive drug on metabolic activity in deep brain structures by a fluorescence spectroscopy in vivo.

0266

Tranquilizer agents among derivatives of skeleton amines

Kasyan Liliya (Dnepropetrovsk National Univ., Dep. Organic Chemistry)
H. Zlenko, M. Vitaliy, S. Tatyana, K. Andriy, P. Stanislav, P. Vitaliy

Einleitung: Derivatives of skeleton amines, in particular amines of adamantan row, are widely known as antidepressant, antiinfluenzal

and antiparkinsonic preparations. High lipophilicity of a skeleton determines an opportunity of direct interaction of molecules with the biological membranes containing lipid layer.

Methode: In the present work are investigated toxicity and tranquilizer activity of more than 60 sulfonamides, amides, ureas, phosphonylureas and aminospirits of norbornene, norbornane, epoxynorbornane, 5-azanorborn-5-ene, 3-azabicyclo[3.2.1] oct-6-ene, tetracyclo[6.2.1.1.3,6.0.2,7]dodec-8-ene and adamantan in comparison with base amines, investigated as hydrochlorides. The sharp toxicity of compounds determined on method Lichfield, Wilcoxon in Prozorovsky's updating, changes within the limits of 100–1225 mg/kg. Tranquilizer action of preparations was studied under the test of increase in duration of barbiturate dream caused by the hexenale.

Diskussion/Ergebnisse: Rigid molecules with "fixed" in space fragment are used as models for studying connection of tranquilizer activity of substances with their chemical structure. Tests have shown, that hypno-sedative action of the investigated compounds changed within the limits of 84,0–663,0% in relation to the control. More expressed tranquilizer activity is characteristic for sated bicyclic compounds of norbornane row (358,1–663,0%). Activity of preparations with nonsaturated skeletons is essentially lower, as well as them epoxy derivatives. Parameters of efficiency of the compounds containing fragments of secondary amines are significant. Sulfonamides are the most active, especially p-chlorophenyl- and p-nitrophenylsulfonamides. Stereochemical features of molecules are not reflected essentially in their biological action. Finding-out of connection between chemical structure and sedative effect in a skeleton amines row defines an opportunity of the directed synthesis of new active psychotropic means.

0267

Wirkung von Antidepressiva, Neuroleptika und Diazepam auf die Effekte von chronisch psychosozialen Stress in Ratten

Ursula Havemann-Reinecke (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

R. Rygula, G. Fluegge, E. Fuchs

Einleitung: Chronisch psychosozialer Stress, erzeugt in Ratten durch eine „residentintruder“ Methode, bewirkt Verhaltensänderungen wie Anhedonie und motivationale Defizite (depressionartige Symptome, Rygula et al 2005, Behav. Brain Res). Die vorliegende Studie wurde zur pharmakologischen Validierung durchgeführt.

Methode: Die Tiere wurden 5 Wochen psychosozialen Stress ausgesetzt und nach der ersten Woche parallel oral über das Trinkwasser für 4 Wochen mit Pharmaka behandelt (Citalopram 30 mg/kg, Reboxetine 30 mg/kg, Haloperidol 2 mg/kg,) oder einmal mit Diazepam (2 mg/kg i.p.) und die Plasma Level wurden gemessen (C.Hiemke). Die Effekte des psychosozialen Stress wurden durch verschiedene Verhaltensteste untersucht sowie die Gen- und Proteinexpression gemessen (G. Flügge, Abumaria et al. 2006, Cell Mol Neurobiol).

Diskussion/Ergebnisse: Nach 4-wöchentlicher Behandlung waren die Plasma-Level der Pharmaka im humanen therapeutischen Bereich. Die chronisch gestressten Tiere zeigten eine reduzierte lokomotorische exploratorische Aktivität, eine reduzierte Sucrose-Präferenz und eine verlängerte Imobilität im forcierten Schwimm-Test. Chronische Gabe von Citalopram und Reboxetin antagonisierten diese Verhaltenseffekte (bes. Motivation und Reward), nicht jedoch Haloperidol oder Diazepam. Diese Ergebnisse unterstützen die prädiktive Validität dieses Chronisch Sozialen Stress-Tiermodells für depressionsartige Symptome. Diese Studie wurde durch das Center of Molecular Biology of the Brain (CMPB, DFG) unterstützt.

PS-035 Postersitzung

VNS und EKT in Forschung und Therapie

Vorsitz: H. Folkerts (Wilhelmshaven)

0370

Die transkutane Vagusnerv-Stimulation – experimentelle Daten einer neuen Methode zu Diagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheiten

Thomas Kraus (Frankenalbkl. Engelthal, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die invasive Vagusnerv-Stimulation (VNS) ist ein neues Verfahren zur Behandlung therapieresistenter Depression und Epilepsie. Die Idee einer nicht-invasiven VNS über Ohräfferenzen wurde 2003 erstmals mit Daten der Elektrophysiologie gestützt. Dabei wurde auf die Schaffung einer neuen diagnostischen Methode abgezielt. Nun wurde die Frage einer Verifizierung des Verfahrens und der therapeutischen Wirksamkeit aufgeworfen.

Methode: In verschiedenen kontrollierten Studien an jungen gesunden Probanden wurden mittels funktioneller Kernspintomographie und Psychophysik die Effekte einer elektrischen Reizung verschiedener Punkte des äußeren Ohrs untersucht. Hierbei wurden zentrale bildgebende sowie peripher kardiovaskuläre und psychometrische Daten ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Neben deutlichen befindlichkeitsverbessernden Effekten bei gesunden Probanden zeigten sich prominente BOLD Deaktivierungen in der Amygdala, dem G. parahippocampalis, dem Hippocampus sowie im mittleren und superioren Temporallappen. Eine verstärkte Aktivierung konnte in der Insula, im präzentralen Gyrus und im Thalamus beobachtet werden. In Abhängigkeit des Stimulationsortes zeigten sich deutliche Aktivierungen in Hirnstammarealen, die möglicherweise vagalen Kerngebieten entsprechen könnten.

0371

Limbische und Temporale fMRI-Deaktivierungsmuster sowie Stimulationsaufhellende Effekte bei Transkutaner Vagusnervstimulation

Katharina Hösl (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Erlangen)

O. Kiess, A. Schanze, J. Kornhuber, C. Forster, T. Kraus

Einleitung: Die direkte, invasive Stimulation des Nervus Vagus hat sich als effiziente Behandlungsoption bei Epilepsie und schwerer, therapieresistenter Depression bewährt. Da diese Methode jedoch einen chirurgischen Eingriff mit entsprechenden Nebenwirkungen sowie relativ hohe Kosten mit sich bringt, wäre eine nicht-invasive Methode zur Stimulation vagaler Afferenzen ein entscheidender Fortschritt. Zielsetzung: In der vorliegenden Studie wurde die transkutane elektrische Stimulation des Vagusnerven (t-VNS) im linken äusseren Gehörgang an gesunden Probanden untersucht.

Methode: Die kurzfristigen Veränderungen zerebraler Aktivierungsmuster bei Stimulation mit einer Silberelektrode im äusseren Gehörgang wurden mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) erfasst, subjektives Wohlbefinden und emotionale Veränderungen mit einer validierten Befindlichkeitsskala (von Zerssen).

Diskussion/Ergebnisse: Die funktionelle Kernspintomographie zeigte eine deutliche, durch t-VNS hervorgerufene Deaktivierung limbischer Gehirnareale, insbesondere in der Amygdala, in Hippocampus und Parahippocampus, sowie im mittleren und superioren Temporallappen. Eine verstärkte Aktivierung konnte in der Insula, im präzentralen Gyrus und im Thalamus beobachtet werden. Die psychometrische Analyse zeigte eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens nach Stimulation. Es konnten keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich Puls, Blutdruck, Herzratenvariabilität oder peripherer Mikrozirkulation während

der Stimulation festgestellt werden. Zusammenfassend demonstriert die vorliegende Studie die Wirksamkeit und positiven Effekte der transkutanen Vagusnervstimulation an gesunden Probanden. Zerebrale Aktivierungsmuster bei t-VNS weisen deutliche Parallelen zu kernspintomographischen Charakteristika der invasiven Vagusnervstimulation auf.

0372

Hirnstammaktivierung bei Transkutaner Vagusnervstimulation

Thomas Kraus (Universitätsklinikum Erlangen, Klinik für Psychiatrie)

O. Kiess, K. Hösl, A. Schanze, C. Forster, J. Kornhuber

Einleitung: Die direkte elektrische Stimulation des zervikalen Vagusnerven bedingt eine Änderung neuronaler Aktivität, die bei verschiedenen neuropsychiatrischen Krankheitsbildern therapeutisch von Bedeutung ist. Ein entsprechender Effekt könnte über eine transkutane Stimulation vagaler Afferenzen im äusseren Gehörgang erzielt werden. Bei der transkutanen elektrischen Stimulation im Tragus- und Antitragusbereich werden zahlreiche sensible Afferenzen angesprochen. Die folgende Studie untersucht die Spezifität vagaler Erregung bei transkutaner Stimulation sowie eine mögliche Abgrenzung trigeminaler oder fazialer Aktivierung.

Methode: Die kurzfristigen Veränderungen zerebraler Aktivierungsmuster bei Stimulation mit einer Silberelektrode im äusseren Gehörgang wurden mittels funktioneller Kernspintomographie (fMRI) erfasst. Von insgesamt 16 gesunden Probanden wurden 11 im Tragusbereich und 5 an der hinteren Gehörgangswand stimuliert.

Diskussion/Ergebnisse: Unter transkutaner Stimulation im äusseren Gehörgang zeigten sich in der funktionellen Kernspintomographie bei 8 Probanden deutliche Aktivierungsmuster in Ursprungs- und Projektionskernen des Nervus Vagus. In erster Linie betrifft dies den Nucleus Tractus Solitarius als zentrale Verarbeitungseinheit vagaler Afferenzen, als Projektionskern den Locus coeruleus sowie die Raphekerne. Trigeminal Signale blieben im Hintergrund. Die durch transkutane elektrische Stimulation im äusseren Gehörgang induzierte Aktivierung im Bereich des Hirnstamms zeigt somit die Möglichkeit einer spezifischen, nicht-invasiven Stimulation des Nervus Vagus.

0373

Transkutane Vagusnervstimulation Veränderung psychometrischer und kardiovaskulärer Parameter in Abhängigkeit von verschiedenen Stimulationsorten

Katharina Hösl (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Erlangen)

O. Kiess, A. Schanze, A. Kothe, M. Pausch, J. Kornhuber, C. Forster, T. Kraus

Einleitung: Die direkte elektrische Stimulation des zervikalen Vagusnerven bedingt eine Änderung neuronaler Aktivität, die bei verschiedenen neuropsychiatrischen Krankheitsbildern therapeutisch von Bedeutung ist. Ein entsprechender Effekt könnte über eine transkutane Stimulation vagaler Afferenzen im äusseren Gehörgang erzielt werden. Die Studie soll die spezifischen Veränderungen kognitiver und kardiovaskulärer Parameter bei transkutaner Vagusnervstimulation an verschiedenen Stimulationsorten im äusseren Gehörgang aufzeigen.

Methode: 20 gesunde Probanden werden an 4 aufeinander folgenden Tagen randomisiert an 4 verschiedenen Stimulationsorten des äusseren Gehörgangs transkutan elektrisch stimuliert. Jeweils vor der Stimulation und im Anschluss daran werden umfangreiche psychometrische Testungen vorgenommen (BFS, Visuelle Analog-Skalen, KAI) sowie kardiovaskuläre Parameter (Puls, RR, Herzratenvariabilität) und Änderungen der peripheren Mikrozirkulation mittels Laser-Doppler Flowmetrie bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: 8 von 20 Probanden wurden bereits untersucht, die statistische Zwischenauswertung ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Stimulationsorten hinsichtlich des t-VNS-Effekts auf die Befindlichkeit (Friedmann-Test: $\chi^2=8.37$, $df=3$, $p<0.05$). Die ANOVA für wiederholte Messungen ergab einen Zeiteffekt hinsicht-

lich der peripheren Mikrozirkulation in der Laser-Doppler Flowmetrie ($F[df=7]=2.456, p=0.051$), bislang allerdings ohne Interaktionseffekt. Der Stimulationsort scheint die physiologischen und psychologischen Effekte einer transkutanen elektrischen Nervenreizung im Ohrbereich zu bestimmen. Signifikante Befindlichkeitsveränderungen sprechen für direkte oder indirekte zentralnervöse Aktivierung. Die Endauswertung mit der Fallzahl 20 muss abgewartet werden, um definitive Schlüsse aus den Studienergebnissen ziehen zu können.

0374

Elektrokonvulsionsbehandlung bei Patienten mit therapieresistenten depressiven Störungen in einem Versorgungs Krankenhaus

Erwin Müller (Klinikum Ingolstadt, Zentrum für Psych. Gesundheit)
I. Urmann, C. Weixler, K. Stöhr, H. E. Künzel, A. Schuld, T. Pollmächer

Einleitung: Obwohl weltweit die Elektrokonvulsionstherapie für verschiedene psychiatrische Erkrankungen sehr häufig und erfolgreich angewandt wird, spielt dieses Therapieverfahren in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen eine deutlich kleinere Rolle. Neben Ursachen, die eher politischen und ethischen Überlegungen zuzuordnen sind, spielt dabei sicher auch die Verfügbarkeit einer Anästhesieabteilung eine wichtige Rolle. In unserer psychiatrischen Klinik besteht die Möglichkeit, diese Behandlung für eigene Patienten und begrenzt auch für Patienten aus anderen Bezirkskrankenhäusern durchzuführen.

Methode: Im Jahr 2004 wurden bei 39 Patienten 463 Einzelbehandlungen während 43 Behandlungszyklen durchgeführt, im Jahr 2005 behandelten wir 45 Patienten mit insgesamt 600 Einzelbehandlungen. Nur bei 8 Patienten wurde die Behandlung wegen unerwünschter Effekte oder auf Wunsch des Patienten abgebrochen. In der gesamten Population ergab sich in der Einschätzung der behandelnden Kollegen bei Entlassung ein deutlich positiver Therapieeffekt bei über 70% der Patienten. Darüber hinaus konnten wir in einer begleitenden, prospektiven Untersuchung der im Jahr 2005 behandelten Patienten anhand von Eigen- und Fremdbeurteilungsskalen zeigen, dass es sich dabei nicht allein um positive Fremdbeurteilungen handelt, sondern dass auch die Patienten subjektiv teils deutliche Verbesserungen verspürten. Allerdings ergab sich aus der differenzierteren psychopathologischen Erhebung schon der deutliche Hinweis darauf, dass die Therapie bei den sehr schwer und oft chronisch erkrankten Patienten zwar in sehr hohem Prozentsatz ansprach (i.e. Verbesserungen der Psychopathologie um mehr als 30 bzw 50%), dass aber wirkliche Remissionen nur bei einem kleinen Anteil möglich waren.

Diskussion/Ergebnisse: Da die Patienten im Vorfeld alle unter konventioneller psychopharmakologischer Therapie ungebessert waren, sollten diese Ergebnisse trotzdem dazu veranlassen, in Zukunft diese Behandlungsmethode möglicherweise großzügiger zu indizieren, auf jeden Fall aber allen Versorgungskrankenhäusern zugänglich zu machen.

0375

Einfluss medikamentöser Begleittherapie auf den Erfolg einer Elektrokrampftherapie

Bogata Dora Bundy (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)
F. J. Andres, A. Sartorius

Einleitung: Elektrokrampftherapie (EKT) ist unstrittig eine effektive Behandlungsform depressiver und schizophrener Störungen. In unseren Voruntersuchungen zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Narkosetiefe auf die „Effektivität“ oder „Adäquatheit“ der ikталen EEGs und auf die Anzahl der insgesamt bis zu einer Remission benötigten EKT-Behandlungen. Der zusätzliche Einfluss der begleitenden Psychopharmakotherapie (Benzodiazepine, Antidepressiva und Antipsychotika) auf die ikталen Parameter wurde bisher nicht untersucht.

Methode: Der bispektraler Index Score (BIS) wurde in unserer Studie verwendet, um die Narkosetiefe während einzelner EKT-Behandlungen zu erfassen. Somit war die Hypothese prüfbar, ob die Narkosetiefe

für individuelle Patienten mit der „Adäquatheit“ einzelner ikталer EEGs korreliert. Zur Beurteilung der ikталen „Adäquatheit“ wurden aus Vorstudien bekannte Beobachtungsgrößen gewählt, die einen prediktiven Wert bezüglich eines Ansprechens auf die EKT-Behandlung bereits gezeigt hatten. Als Kovariate wurde die psychopharmakologische Komedikation differenziert erfasst. Die statistische Auswertung erfolgte mittels einer „repeated measurement linear regression analysis“.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich eine signifikante Abhängigkeit der Narkosetiefe direkt vor der Stimulation und der „Adäquatheit“ des ausgelösten Anfalls. Ebenso zeigte sich eine differenzierte Abhängigkeit der teilweise „krampfschwellensenkenden“ und teilweise „krampfschwellenhebenden“ Komedikation auf die Adäquatheit des Anfalls. Die möglichen Auswirkungen auf die begleitende Komedikation und auf eine möglicherweise durch Narkosetiefe optimierbare EKT werden diskutiert.

0376

Modulatoren des antikonvulsiven Effekts in der Elektrokrampftherapie

Michael Grözinger (Universitätsklinik Aachen, Abt. Psychiatrie)
H. Janouschek, P. Schlotterbeck, T. Nickl-Jockschat

Einleitung: Elektrokrampftherapie (EKT) wirkt antikonvulsiv: die zur Auslösung eines suffizienten Krampfanfalls notwendige Ladung steigt mit der Anzahl der Behandlungen an. Das Phänomen ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt, ist physiologisch nicht gut verstanden und wird von manchen Autoren als Indikator des Behandlungserfolgs angesehen. Andererseits kann ein starker antikonvulsiver Effekt die Durchführung der Therapie limitieren. Etomidat gilt als ein Narkosemittel, das der Krampfaktivität wenig entgegenwirkt und deshalb die Stimulusintensität weniger ansteigen lassen könnte als andere Narkosemittel. Wir haben retrospektiv die Umstellung der Kurzarkose von Methohexital auf Etomidat in Kombination mit Remifentanyl untersucht.

Methode: Insgesamt wurden 43 Patienten, die unter affektiven oder psychotischen Erkrankungen litten, mit insgesamt 478 Behandlungen in die Studie einbezogen. Bei 24 Patienten wurde als Narkotikum Methohexital verwendet. Nach der Umstellung des Narkosemittels auf Etomidat/Remifentanyl wurden 25 Patienten therapiert und 19 davon in einer ersten Auswertung mit der Methohexital-Gruppe verglichen. Die verbleibenden 6 waren zuvor in der Methohexital-Gruppe therapiert worden und hatten einen Rückfall erlitten. Diese Untergruppe wurde in einer zweiten Auswertung gesondert untersucht. Bei insgesamt 6 Patienten wurde über die aktuelle Behandlung hinaus eine Erhaltungstherapie durchgeführt. Mittels dieser Daten wurde in einer dritten Auswertung der zeitliche Abstand der Behandlungen als Einflussfaktor berücksichtigt.

Diskussion/Ergebnisse: Unerwarteter Weise war der antikonvulsive Effekt unter Etomidat ebenso stark ausgeprägt wie unter Methohexital. Dagegen hatte der längere Abstand zwischen den Behandlungen bei der Erhaltungstherapie einen deutlichen Abfall der zur Auslösung notwendigen Stimulusintensität zur Folge. Um zu klären, ob der Therapieeffekt tatsächlich an den antikonvulsiven Effekt gebunden ist, könnten daher Behandlungen in größeren Abständen sinnvoll sein, die einen geringeren antikonvulsiven Effekt bewirken.

0377

Untersuchungen mittels FDG-PET zum Effekt einer Serie von 8 Elektrokrampftherapien auf den zerebralen Metabolismus bei schwerer depressiver Episode

Bernd Reininghaus (Univ. Klinikum LKH Graz, Univ. Klinik f. Psychiatrie)
E. Schmidt, C. Ebner, P. Hofmann, C. Enzinger

Einleitung: Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) stellt ein effizientes Behandlungsverfahren schwerer depressiver Störungen dar. Nachweislich gibt es sowohl strukturelle als auch funktionelle Veränderungen, die durch EKT hervorgerufen werden. Eine herausragende Methode hierzu ist die

Positronen-Emissions-Tomographie (PET), welche im Standardverfahren mittels markierter Tracer eine Veränderung des cerebralen Glucosemetabolismus in anatomisch exakt zuordenbaren Regionen zeigen kann. Die wenigen dazu existierenden Studien hatten signifikante Änderungen des zerebralen Glucosemetabolismus zum Ergebnis, zumeist handelt es sich um die Regionen präfrontaler Cortex und frontaler Cortex -Regions of Interest (ROI) (Volkow et al. 1988, Guze et al. 1991, Nobler et al. 2001, Yatham et al. 1999, Henry et al. 2000). Weitere klinische Studien sind notwendig um Hinweise zur Wirkungsweise der EKT zu bekommen.

Methode: Die Studie läuft als naturalistische, offene, nicht-randomisierte Beobachtungsstudie. 15 Pat. mit schwerer depressiver Symptomatik (MADRS ≥ 30) im Alter von 18–80 Jahren werden nach ausführlicher Aufklärung und Einverständniserklärung in die Studie eingeschlossen (siehe Einschlusskriterien). Ein Zyklus EKT-Sitzungen wird durchgeführt (8–12 Behandlungen), dem Grazer Standard entsprechend (Offizielles EKT-Konsensuspapier der ÖGPP, A.Conca et al., 2004). Wenige Tage vor Beginn des Behandlungszyklus wird ein FDG-Scan, ein craniales MRT, Psychometrische Tests sowie eine Fremdratingskala (MADRS) zur Depressivität des Pat. durchgeführt. Danach folgt der Behandlungszyklus mit mindestens acht Sitzungen. Nach wenigstens drei bis maximal sechs Tagen wird bei jedem Patienten ein zweiter FDG-Scan, Psychometrie, MADRS durchgeführt. Die rekonstruierten PET-Daten der beiden PET-Untersuchungen werden auf die morphologische MRT-Untersuchung überlagert und reformatiert, um idente Regions of Interest (ROI). Ein Set vordefinierter Regionen wird auf der MRT-Untersuchung der Morphologie angepasst und danach auf die funktionelle FDG-PET-Untersuchung überlagert. Für die Analyse wird die ROI zum Gesamthirn normalisiert.

Diskussion/Ergebnisse: 1.) Primäre Hypothese: Eine Serie von 8 Elektrokrampftherapien bedingt Änderungen im zerebralen Metabolismus (Volkow et al. 1988, Guze et al. 1991, Nobler et al. 2001, Yatham et al. 1999, Henry et al. 2000). 2.) Sekundäre Hypothesen: a.) Die EKT-Gruppe zeigt eine signifikante Verbesserung im MADRS ($<50\%$ vom Ausgangswert) b.) Die EKT-Gruppe zeigt eine signifikante Verbesserung der frontalexekutiven Funktionen, welche mit fokalen Änderungen des Glucose Metabolismus korreliert c.) Veränderungen des fokalen cerebralen (präfronto- und frontocorticalen) Glucosemetabolismus korrelieren mit der Verbesserung depressiver Symptome (MADRS $<50\%$ v. Ausgangswert) d.) EKT-Nonresponder zeigen ein anderes Metabolismmuster in der prä - EKT PET -Untersuchung als EKT-Responder

0378

Wirksamkeit einer Erhaltungs-EKT über 12 Monate nach therapieresistenter Depression

Peter W. Nyhuis (Universität Duisburg-Essen, Psychiatrie u. Psychotherapie)
M. Seeber, M. Specka, M. Gastpar

Einleitung: Etwa 20–30% der depressiven Patienten sprechen nicht oder nicht ausreichend auf eine medikamentöse Behandlung an (1). In diesen Fällen kann eine EKT in bis zu 75% erfolgreich sein (2). Ohne anschließende Behandlung beträgt das Rückfallrisiko innerhalb der ersten 6 Monate nach Genesung jedoch mindestens 50% (3). Unklar ist, welche Erhaltungstherapie nach erfolgreicher EKT am wirkungsvollsten ist. Gute Daten liegen für eine Kombinationsbehandlung mit einem Antidepressivum und Lithium vor (4). Eine Alternative könnte die Erhaltungs-EKT darstellen (5), allerdings ist hierfür die Studienlage zu Wirksamkeit und Durchführungskriterien noch sehr dünn.

Methode: In einer prospektiven Studie wurden 17 Patienten mit einer therapieresistenten Depression erfolgreich mit einer Index-EKT-Serie behandelt. Alle erhielten anschließend neben einem Antidepressivum eine Erhaltungs-EKT im teilstationären Setting. Die Behandlungen erfolgten nach der Index-EKT im sich wöchentlich steigenden Abstand bis zu einem Intervall von 4–6 Wochen. Neben der Haltequote über den Beobachtungszeitraum von 1 Jahr wurde an den Behandlungstagen die Befindlichkeit mittels HAMD und BDI erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Von den 17 Patienten schlossen 6 den Beobachtungszeitraum von 1 Jahr ab. 7 Patienten mussten wegen depressiver

Rezidive stationär wieder aufgenommen werden. 1 Studienabbruch erfolgte wegen einer manischen Dekompensation. 3 Patienten brachen die Erhaltungs-EKT aus anderen Gründen ab (wegen ständiger Anst vor der EKT, auf Empfehlung des Weiterbehandlers, wegen zu großem Aufwandes). Nach 3 Monaten betrug die Haltequote noch 0,5. Während zu Beginn der der Erhaltungs-EKT der mittlere HAMD-Score 4,8 betrug, lag er nach 12 Monaten bei 8,7 (LOCF-Analyse). Die in der Studie verbliebenen Patienten wiesen auch im BDI keine depressive Symptomatik mehr auf. Konklusion: Die Erhaltungs-EKT stellt in Kombination mit einem Antidepressivum eine Möglichkeit der Rezidivprophylaxe nach therapieresistenten Depressionen dar. Hierzu empfiehlt sich ein teilstationäres Setting. Da besonders in den ersten 3 Monaten die größte Rezidivgefährdung besteht, sollten die Behandlungen in diesem Zeitraum eher engmaschiger erfolgen. Weitere Untersuchungen müssen Hinweise auf differenzierte Stimulationskriterien erbringen. Literatur: 1. Burrows GD et al. (1994). Int Clin Psychopharmacol 9 (Suppl2):5–10. 2. Sackheim HA et al. (2000). Arch Gen Psychiatry 57:425–34. 3. Bourgon LN, Kellner CH (2000). J ECT 16:19–31. 4. Sackheim HA et al. (2001). JAMA 285:1299–1307. 5. Sartorius A, Henn FA (2005). Nervenarzt 76:1363–9.

0379

Effekt: Erste Ergebnisse einer prospektiven, kontrollierten, multizentrischen Studie zur Erhaltungstherapie nach EKT

Eva-Lotta Brakemeier (Charité CBF, Affektives Modul, Berlin)
J. Boeckh, B. Ehlers, A. Weigand, A. Quante, A. Luborzewski, N. Kathmann, M. Bajbouj

Einleitung: Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist eine antidepressive Behandlungsform, die in der Akutphase hoch wirksam ist. Nach Beendigung der akuten Behandlungsphase zeichnet sie sich allerdings ebenfalls durch eine hohe Rezidivrate aus. Bisherige Strategien zur Reduktion der Rezidivrate umfassen in der Regel psychopharmakologische Interventionen oder eine Erhaltungs-EKT.

Methode: Die prospektive, kontrollierte Multizenter-Studie Effekt verfolgt die Hauptziele, Effektivität und Tolerabilität von drei verschiedenen Erhaltungstherapieformen zur Rezidivprävention bei therapieresistenten depressiven Patienten zu untersuchen. Hierzu werden die Patienten nach Response auf Akut-EKT (operationalisiert durch eine 50-%ige Reduktion im HAMD) randomisiert einem von drei Behandlungsarmen zugeordnet: 1) Monotherapie mit Antidepressiva, 2) Kombinationstherapie mit Erhaltungs-EKT und Antidepressiva, und 3) Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva. Daten zur Effektivität der unterschiedlichen Erhaltungstherapiearme werden anhand einer Verlaufsanalyse der ersten 18 Patienten über einen Zeitraum von 6 Monaten präsentiert. Ferner werden Ergebnisse zur Tolerabilität, insbesondere zur neuropsychologischen Leistungsfähigkeit, bei 50 depressiven Patienten dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Es finden sich Hinweise, dass in der Erhaltungstherapiephase Kombinationstherapien mit Antidepressiva plus Erhaltungstherapie oder plus Psychotherapie einer psychopharmakologischen Monotherapie hinsichtlich der Rezidivrate überlegen sind. Ferner zeigen sich nach der Akutphase der EKT Veränderungen des neuropsychologischen Profils, die vereinzelt verschlechterte (autobiographisches Gedächtnis), aber überwiegend unveränderte oder verbesserte Teilbereiche (z.B. visuelles Kurz- und Langzeit-Gedächtnis, subjektives Gedächtnis) nachweisen.

0380

Mythos Elektrokonvulsionstherapie: Der aktuelle Meinungsstand im deutschsprachigen Raum

Eva-Lotta Brakemeier (Charité CBF, Affektives Modul, Berlin)
J. Jarchow, E. Kischkel, M. Bajbouj

Einleitung: Obwohl die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) eines der wirksamsten Verfahren zur Behandlung therapieresistenter Depressionen ist, stößt sie in der Öffentlichkeit häufig auf Ablehnung und wird

deshalb in den deutschen Kliniken vergleichsweise selten angewendet.

Methode: Die Ziele der Studie bestehen darin, den aktuellen Meinungsstand im deutschsprachigen Raum zu beleuchten und die Ursachen für das Zustandekommen möglicher negativer Grundhaltungen zu untersuchen. Dafür wurde der Fragebogen zur Erfassung der Einstellung gegenüber der EKT (FEE-EKT) an drei Stichproben erhoben (461 nichtklinische Probanden, 26 depressive, therapieresistente EKT-Patienten und 30 niedergelassene Neurologen und Psychiater).

Diskussion/Ergebnisse: Erwartungsgemäß sind die nichtklinischen Probanden signifikant negativer gegenüber der EKT eingestellt als die Patienten und Experten. Mehrheitlich lässt sich die Einstellung in dieser Gruppe als neutral/ambivalent und tendenziell vorurteilsbelastet beschreiben. Auffällig ist, dass nur die Hälfte der Probanden die EKT kennt. Diejenigen, die vor der Befragung einen kurzen Aufklärungstext lasen ($N = 76$), sind signifikant positiver gegenüber der EKT eingestellt als nicht aufgeklärte Probanden. Die EKT-Patienten und die Experten geben an, über die EKT gut informiert zu sein, und haben eine sehr positive Einstellung gegenüber dieser Behandlung. Die Qualität der Informationsquellen konnte als wichtigster Einflussfaktor für das Urteil der Probanden identifiziert werden. Probanden, die Medien als Informationsquelle angeben, sind signifikant negativer und ängstlicher gegenüber der EKT eingestellt als Probanden, die andere oder gar keine Informationsquellen nennen. Zudem besteht in allen Befragungsgruppen ein positiver Zusammenhang zwischen selbsteingeschätzter Informiertheit und einer positiven EKT-Einstellung. Die tendenziell ablehnende Haltung der Allgemeinbevölkerung ist v.a. auf mangelndes Wissen und eine negative Medienpräsenz der EKT zurückzuführen. Daher sollte eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Vorurteilen angestrebt werden, so dass die EKT in Deutschland im Interesse der depressiven Patienten häufiger eingesetzt werden kann.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-036 Postersitzung

TMS in Forschung und Therapie

Vorsitz: T. Schläpfer (Bonn)

0381

Kombinationsmessung Nah-Infrarot-Spektroskopie mit TMS zur Untersuchung von Konnektivitäten bestimmter Kortextareale – eine neue Methode zur Diagnose und Behandlung von pathologischen Hirnfunktionen?

Kathrin Zierhut (Klinik für Psychiatrie, Funktionelle Bildgebung, Würzburg)
M. Richter, M. Plichta, A. Fallgatter

Einleitung: Die Nah-Infrarot Spektroskopie (NIRS) ist eine nicht-invasive optische Methode zur Messung der regionalen Gewebedurchblutung. Hierbei werden Konzentrationsänderungen von oxy- bzw. deoxygeniertem Blut dargestellt. Einer der Vorteile der NIRS besteht darin, dass diese Methode wegen ihrer geringen Artefaktanfälligkeit auch bei Kindern und psychiatrischen Patienten angewendet werden kann. Die Transkranielle Magnetstimulation (TMS) auf der anderen Seite ist eine gut tolerierte, ebenfalls nicht-invasive Methode zur Stimulation definierter Hirnareale mittels eines induzierten Magnetfeldes. Durch geeignete Stimmulationssequenzen ist es hierbei möglich, Hirnareale faszitierend oder inhibierend zu stimulieren. So können bei Stimulation über dem motorischen Kortex Muskelzuckungen ausgelöst werden, die am entsprechenden Muskel als motorisch evozierte Potentiale (MEP) messbar sind. Eine gleichzeitige Messung der neuronalen Aktivität mittels EEG (Ilmoniemi et al., 1997) konnte zeigen, dass ca. 20 ms nach Stimulation homologe Gebiete der nicht stimulierten Hemisphäre aktiviert werden. Dies wurde als Indiz dafür gedeutet, dass

mittels TMS interhemisphärische Konnektivitäten untersucht werden können. Des Weiteren wird die TMS seit Jahren erfolgreich bei der Behandlung von Depressionen oder Tinnitus eingesetzt (Hajak et al., 2004). In dieser Untersuchung wurden anhand gesunder Kontrollen die zugrunde liegenden Mechanismen neuronaler Konnektivität in Verbindung mit einer Manipulation neuronaler Aktivität mittels TMS untersucht. Dies geschah, um grundlegende Erkenntnisse der Verschaltung und Funktionsweise des Kortex zu erlangen, die besonders für die zukünftige Behandlung psychiatrischer Patienten mit TMS von nutzen sein könnten.

Methode: An 14 gesunden Kontrollprobanden (6 männlich, 8 weiblich) wurde während TMS die Oxygenierung in kontralateral zum Stimulationsort liegenden Bereichen des Kortex mittels NIRS untersucht. Zunächst wurde die Motorschwelle des Musculus abductor pollicis brevis (APB) der rechten Hand in Ruhe (resting motor threshold, RMT) ermittelt. Anschließend wurden jeweils 40 Einzelpulse in einem variablen Abstand von 10–20 Sekunden über dem linken Motorkortex (110% bzw. 130% RMT) abgegeben und gleichzeitig mittels eines 52-Kanal-NIRS-Geräts die Oxygenierung u.a. im homologen Areal kontralateral zur stimulierten Hemisphäre gemessen.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Ergebnisse zeigen Hinweise auf einen von der Stimulationsintensität abhängigen Anstieg der Oxygenierung auf der kontralateralen Seite während TMS. Mittels NIRS ist es somit möglich, Konnektivität auch zwischen den Hemisphären zu untersuchen. Zusätzlich können Über- bzw. Unterfunktionen bestimmter Hirnareale anhand des Oxygenierungsmusters aufgedeckt werden, die Aufschluss über mögliche Pathologien geben würden. Gleichzeitig besteht mit der TMS die Möglichkeit neuronale Aktivierungsmuster von Kortextarealen so zu manipulieren bzw. zu modulieren, dass zum einen weitere Einblicke in die Funktionsweise des Kortex und seine Verbindungen gegeben und zum anderen ein „Normalzustand“ wieder hergestellt werden kann. Diese Möglichkeit der NIRS-gesteuerten TMS könnte daher auch in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, die möglicher Weise ebenfalls auf einer Über- oder Unterfunktion bestimmter Kortextareale basieren, neue Perspektiven in der Diagnose und Behandlung aufzeigen.

0382

Einfluss einer präfrontalen 1 Hz rTMS Serie auf die N2 in einer GoNogo-Aufgabe Vorläufige Ergebnisse

Nicola Großheinrich (LMU, Psychiatrische Klinik, TMS-Arbeitsgruppe, München)

A. Rau, C. Mulert, O. Pogarell, K. Fast, A. Sterr, F. Padberg

Einleitung: Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) des präfrontalen Kortex wird als neue therapeutischen Intervention bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen untersucht. Der Einfluss verschiedener Stimmulationsparameter (u.a. Frequenz, Stimuluszahl, Spulenorientierung) und neuer Stimmulationsformen (z.B. Theta Burst Stimulation) auf die Kortextexzitabilität ist in verschiedenen Paradigmen am Motorkortex gut charakterisiert. Für den präfrontalen Kortex fehlen bislang neurophysiologische Paradigmen, in denen rTMS-Formen differentiell getestet werden können. Möglicherweise bieten ereigniskorrelierte Potentiale (ERP) frontaler Leistungen die Möglichkeiten rTMS-assoziierte hirnfunktionelle Veränderungen darzustellen. Ausgangshypothese dieser Studie ist, dass eine präfrontale 1 Hz rTMS Serie sich in einem kurzen Zeitfenster hemmend auf die N2-Amplituden einer GoNogo-Aufgabe auswirkt.

Methode: 13 (von 18 geplanten) gesunde Rechtshänder (6 weiblich, 7 männlich) im Alter zwischen 20 und 33 ($M = 25,38 \pm 3,86$) wurden bisher in einem Messwiederholungsdesign 10 Minuten lang mit einer Frequenz von 1 Hz und einer Motorschwelle von 120% über zwei präfrontalen (Fz, F3) sowie einem Kontrollort (T3) repetitiv stimuliert. Direkt nach den Stimmulationen bearbeiteten die Probanden eine GoNogo-Aufgabe (30 Minuten). Während des Experiments wurde kontinuierlich ein EEG (32 Kanäle) abgeleitet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Differenz Nogo-Go zeigt bislang keinen Effekt auf die Amplitudenhöhe der N2 abhängig von den Stimulationsbedingungen. Werden die Bedingungen (Nogo vs. Go) separat betrachtet zeigt sich hypothesenkonform ein Trend ($p = 0.07$) der Go-Bedingung mit erniedrigter N2-Amplitude bei Stimulation über F3 im Vergleich zur Kontrollbedingung. Dieser Unterschied zeigt sich nur im ersten Zeitsegment nach rTMS und ist später nicht mehr nachweisbar. In den Reaktionszeiten zeigen sich keine Veränderungen in den verschiedenen Bedingungen. Insgesamt weisen die bisherigen Studienergebnisse darauf hin, dass eine 1 Hz rTMS Serie über F3 in einem kurzem Zeitfenster die N2-Amplitude beeinflussen kann, wobei die Effektstärke als schwach einzustufen ist.

0383

Verbindungen zwischen kortikaler Inhibition und Verhaltensinhibition und ihre neuropsychiatrischen Implikationen – Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie
Bertram Möller (Stralsund)

Einleitung: Inhibitorische Paradigmen sind sowohl in neurophysiologischen als auch in neuropsychologischen Tests weit verbreitet. Für eine Vielzahl psychiatrischer Störungen (z.B. Schizophrenie, Depression, ADHS) konnten unter Verwendung solcher Tests deutliche Unterschiede im Vergleich zu Gesunden gezeigt werden. Diese Ergebnisse wurden immer wieder im Rahmen des neurobiologischen Hintergrunds dieser Störungen diskutiert. Einzelne inhibitorische Parameter wurden darüber hinaus als biologische Marker oder Endophenotypen dieser Störungen dargestellt. Diese Studie überprüft die Hypothese einer Verbindung zwischen kortikaler Inhibition erfasst unter der Verwendung der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) und Verhaltensinhibitionssparadigmen erfasst im Rahmen des Continuous Performance Tests (CPT) und des Stop Signal Tests (SST).

Methode: Im Rahmen der Greifswalder Familienstudie wurden bisher für diese Studie 160 rechtshändige Probanden einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe untersucht. Mittels TMS wurden für beide Hirnhemisphären die motorische Schwelle und verschieden inhibitorische Parameter, wie die cortical silent Period (CSP) und die intrakortikale Inhibition (ICI), erfasst. Jeder Proband absolvierte eine computerisierte Version des CPT und des SST.

Diskussion/Ergebnisse: Zwischen Parametern des CPT und der kortikalen Inhibition konnte ein statistischer Zusammenhang ermittelt werden. So zeigten Männer mit einer längeren rechtshemisphärischen CSP deutlich höhere Comission-Werte im CPT. Frauen mit einer linkshemisphärisch geringer ausgeprägten ICI zeigten deutlich höhere Omission-Werte im CPT. Zusammenhänge zwischen dem SST und der kortikalen Inhibition konnten nicht gezeigt werden. Die Ergebnisse können als Hinweis auf eine zumindest teilweise Verbindung zwischen den untersuchten neurophysiologischen und neuropsychologischen Parametern gewertet werden. So kann für die kortikale Inhibition und dem CPT ein gemeinsamer Hintergrund angenommen werden. Nicht zuletzt darf vermutet werden, dass die Verbindung neurophysiologischer und neuropsychologischer Test eine bessere Charakterisierung von Endophenotypen und damit ein besseres Verständnis der Neurobiologie psychiatrischer Störungen ermöglicht.

0384

Kortikale Silent Period (CSP) bei Schizophrenie Untersuchungen mit der TMS

Thomas Wobrock (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)
D. Kadovic, P. Falkai

Einleitung: Bei der Schizophrenie wird unter anderem eine Störung der Konnektivität als ein mögliches pathophysiologisches Korrelat der

Erkrankung diskutiert. Mit der diagnostischen transkraniellen Magnetstimulation (dTMS) ist die Untersuchung verschiedener Aspekte der Konnektivität im motorischen System möglich. Unter der kortikalen Silent Period (CSP) wird die Unterbrechung der willkürlichen motorischen Aktivität im untersuchten Muskel nach einem TMS-Impuls verstanden. Die Mechanismen, welche der Entstehung der CSP zugrunde liegen, sind komplexer Natur und involvieren kortikale und subkortikale (Globus pallidus, Thalamus) Strukturen.

Methode: Bei 10 ersterkrankten schizophrenen Patienten, 10 chronisch kranken schizophrenen Patienten mit prädominanter Negativsymptomatik und 10 Kontrollen wurde die Dauer der kontralateralen CSP am M. interosseus dorsalis I bds. bei verschiedenen Reizstärken (130%, 160% und 180% der motorischen Reizschwelle (MT) in Ruhe) bestimmt.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich bei den chronisch Kranken gegenüber den Kontrollen eine signifikant verlängerte CSP bei 180% der MT (rechts: 276 ± 27 ms vs. 187 ± 44 ms, $p = 0.01$; links: 293 ± 34 ms vs. 208 ± 38 ms, $p = 0.009$; Mann-Whitney-U-Test). Es wurde ebenfalls eine signifikant verlängerte CSP bei den Ersterkrankten gegenüber den Kontrollen bei 160% der MT (rechts: 260 ± 33 ms vs. 177 ± 37 , $p = 0.015$; links: 281 ± 49 ms vs. 203 ± 53 ms, $p = 0.011$) und bei 180% der MT (rechts: 268 ± 46 ms vs. 187 ± 44 ms, $p = 0.004$; links: 291 ± 52 ms vs. 208 ± 38 ms, $p = 0.012$) gefunden. Chronisch Kranke und Ersterkrankte unterschieden sich nicht signifikant. Die verlängerte CSP sowohl bei den chronisch kranken schizophrenen Patienten als auch bei den Ersterkrankten gegenüber den Kontrollprobanden könnte auf eine Veränderung der über GABA-B Rezeptoren vermittelten neuronalen Modulation bzw. auf eine Störung der Konnektivität in oben genanntem neuronalen Netzwerk zurückzuführen sein. Limitierend ist bei den Ergebnissen dieser Studie der Einfluss der neuroleptischen Medikation zu berücksichtigen.

0385

Frequenzabhängiger Effekt der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) auf die Psychomotorik bei Depressionen

Antonia Zinke (Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)
F. Padberg, M. Schulz, U. Herwig, C. Berger, N. Großheinrich, J. Höppner

Einleitung: Neben affektiven und kognitiven Symptomen zählen auch psychomotorische Dysfunktionen zu häufigen psychopathologischen Phänomenen depressiver Störungen, was sich klinisch als psychomotorische Hemmung oder Agitation äußert. Pathophysiologisch wird angenommen, dass Symptome wie Antriebsmangel und psychomotorische Hemmung auf nigrostriatale Dysfunktionen zurückzuführen sind. Mit Hilfe der Motor Agitation und Retardation Scale (MARS) können diese qualitativ und quantitativ erfasst werden. Die links frontale rTMS ist eine nichtinvasive Methode, die in klinischen Studien als wirksam in der Behandlung depressiver Störungen diskutiert wird. In tierexperimentellen und funktionell bildgebenden Studien konnte gezeigt werden, dass die rTMS zu einem Anstieg der Dopaminkonzentration im mesolimbischen und mesostriatalen System führt. Dies lässt erwarten, dass klinische Symptome, die mit striatalen Dysfunktionen assoziiert sind, durch rTMS positiv beeinflusst werden können. Ziel unserer Studien war es, den Effekt verschiedener Stimulationsfrequenzen (10 Hz, 20 Hz) einer links frontalen rTMS im Vergleich zur Placebostimulation darzustellen und so Rückschlüsse auf die Effektivität unterschiedlicher Behandlungsformen auf psychomotorische Dysfunktionen zu ziehen.

Methode: In einer ersten Studie wurde hierzu eine 20 Hz rTMS über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex (LDLPFC) mit einer Scheinbehandlung über 10 Tage verglichen. Eine Folgeuntersuchung im Rahmen einer Multicenterstudie beinhaltete eine 10 Hz rTMS (LDLPFC) im Vergleich zu einer Placebostimulation über 15 Tage. Die Beurteilung der Psychomotorik anhand der MARS erfolgte baseline, sowie jeweils nach 5 Tagen und am Ende der rTMS.

Diskussion/Ergebnisse: Nach Abschluss der rTMS-Behandlungs-

serie war sowohl eine Reduktion der psychomotorischen Hemmung als auch Agitation im Vergleich zum baseline-MARS-Score in allen Gruppen zu verzeichnen. In der ersten Studie zeigte sich jedoch eine deutliche Überlegenheit der 20 Hz rTMS gegenüber der Scheinbehandlung. Hieraus könnte geschlossen werden, dass die 20 Hz rTMS im Hinblick auf die Besserung psychomotorischer Defizite effektiver ist. Weitere Untersuchungen an größeren Patientengruppen sind erforderlich, um den Effekt unterschiedlicher Stimulationsparameter einer rTMS auf die psychomotorische Beeinträchtigung depressiver Patienten zu spezifizieren.

0386

Modulation of pain perception by neuronavigated repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) of the cerebellum

Michael Landgrebe (Universität Regensburg, Psychiatrie, Psychosomatik)
B. Langguth, G. Hajak, P. Eichhammer

Einleitung: Chronic pain syndromes often constitute a therapeutic dilemma characterized by drug resistance or abuse of pain relievers like opioids while pain relief is most often unsatisfactory in these patients. Frequently, the course of the disease ends up in disablement. Therefore, development of new therapeutic strategies are necessary. In the last years, many studies have contributed to a better understanding of the underlying neurobiological processes involved in pain perception. According to this concept, a complex cortical-subcortical network called "pain neuromatrix" is involved in pain processing. Based on the fact that the thalamus plays a crucial role within this network, modulation of thalamic processing should alter pain sensation. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) has been shown to be able to modulate neuronal activity in distributed neuronal networks. Furthermore, cerebellar stimulation allows to modulate motor cortex excitability, which seems to be conveyed by modulation of thalamic activity. The aim of the current study was to determine, whether rTMS of the cerebellum allows to modulate pain sensation in healthy adults.

Methode: Sensory thresholds for warm and cold sensation and pain have been determined by means of a quantitative sensory analyser before and after high (10 Hz) and low (1 Hz) frequency neuronavigated rTMS of the cerebellum (1000 stimuli, 120% resting motor threshold) in 10 adult healthy volunteers.

Diskussion/Ergebnisse: While low frequency rTMS did not influence sensory thresholds, high frequency stimulation led to an attenuation of cold pain sensation. Conclusions: These preliminary results suggest that rTMS of the cerebellum is a promising tool for the modulation of pain sensation. Further studies are needed to explore the potential of cerebellar rTMS for the treatment of chronic pain states.

0387

Verbesserung schizophrener Minus-Symptome durch repetitive transkraniale Magnetstimulation (rTMS)

Joachim Cordes (Heinrich-Heine-Universität, Klinik für Psychiatrie, Düsseldorf)

M. Agelink, M. Arends, A. Mobascher, G. Kotrotsios, J. Thünker, T. Wobrock, W. Gaebel

Einleitung: Auch nach Einführung der atypischen Neuroleptika stellt therapieresistente Negativsymptomatik ein erhebliches Problem für den Kliniker dar. Zur Wirksamkeit der rTMS auf die Negativsymptomatik bei schizophrenen Psychosen liegen bisher nur wenige kontrollierte Studien vor. Es deuten sich am ehesten positive Effekte bei hochfrequenter 10 Hz Stimulation am linken dorsolateralen Cortex an (Hajak et al. 2004). In der vorliegenden Studie soll die klinische Wirksamkeit der rTMS auf die Negativsymptomatik bei teilremittierten schizophrenen Patienten als „add on“-Therapie untersucht werden.

Methode: Es wurden 25 Patienten, die eine prädominante Negativsymptomatik aufwiesen (PANSS Negativ-Score >17) eingeschlossen.

Sie wurden randomisiert einer Verum- (N=13) und einer Kontrollgruppe zugeteilt (N=12). Bei der Verumgruppe wurde eine hochfrequente (10 Hz) repetitive transkraniale Magnetstimulation über dem dorsolateralen präfrontalen Cortex bei 110% der Motorschwelle an 10 Tagen durchgeführt (Gesamtstimuli 10000). Bei der Kontrollgruppe erfolgte die Behandlung mit einer Placebospule. Die Negativsymptomatik wurde mit der „Positiv und Negativ Syndromskala“ (PANSS) erhoben. Daneben wurden einige neuropsychologische Tests zur Untersuchung von kognitiven Defiziten durchgeführt (MWTB, TMT, WCST, D2, KAI).

Diskussion/Ergebnisse: Es wurden jeweils die Differenzen der Werte zum Zeitpunkt vor der ersten und nach der letzten Behandlung gebildet. Der Mann-Whitney-U-Test ergab für die PANSS Negativ-Skala einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p=0.046$). Für die Positiv-Skala ergab sich kein signifikanter Effekt. Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, dass hochfrequente repetitive rTMS zur Reduktion von Negativsymptomen beiträgt. In den neuropsychologischen Tests ergaben sich keine Hinweise für kognitive Beeinträchtigungen unter rTMS. Literatur Hajak G, Marienhagen J, Langguth B, Werner S, Binder H, Eichhammer P: High-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia: a combined treatment and neuroimaging study. Psychol Med. 2004; 34 (7): 1157–63.

0388

Repetitive transkraniale Magnetstimulation (rTMS) bei chronischem Tinnitus

Thomas Wobrock (Universität des Saarlandes, Psychiatrie und Psychotherapie, Homburg)

R. D'Amelio, S. Ruffing-Tabaka, P. Falkai, W. Delb

Einleitung: Chronischer Tinnitus ist häufig mit erheblichem Leidensdruck und psychischer Beeinträchtigung verbunden. Funktionell bildgebend konnte neben einer Hyperaktivität des auditorischen Kortex auch eine pathologische Mitaktivierung frontaler und limbischer Hirnstrukturen, die für emotionale und kognitive Bewertungen des Tinnitus relevant sein können, nachgewiesen werden. Niederfrequente repetitive transkraniale Magnetstimulation (rTMS) ist potentiell geeignet, kortikale Hyperexzitabilität zu reduzieren.

Methode: In einer randomisierten, placebokontrollierten Cross-over-Studie (1 Hz rTMS, 100% RMT, 2000 Stimuli/Tag, über 10 Tage) wurde nun die therapeutische Wirksamkeit einer links temporalen (auditorischer Kortex, Elektrodenposition T3 des 10–20-Systems) mit einer rechts frontalen Stimulation (DLFPC, Elektrodenposition F4) sowie Placebostimulation verglichen. Bezüglich der Stimulationsbedingung der rTMS-Behandlung waren sowohl Patienten als auch Rater verblindet. Die Placebostimulation erfolgte mit einer speziellen Sham-Spule. Behandlungseffekte wurden mit einer visuellen Analogskala (subjektive Tinnituslautheit) sowie insbesondere mit dem Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller erfasst (z. B. TF-Gesamtscore).

Diskussion/Ergebnisse: Es konnten 15 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen werden, davon 10 Männer (46 ± 14 Jahre) und 5 Frauen (45 ± 10 Jahre). In beiden Verum-Stimulationsbedingungen kam es zu einer Abnahme der Tinnitusbelastung von etwa 5 Punkten im TF-Gesamtscore, während die Tinnitusbelastung unter Placebo bei frontaler Sham-Stimulation gleich blieb und unter temporaler Sham-Stimulation um ca. 4 Punkte im TF-Gesamtscore anstieg. Aufgrund der hohen interindividuellen Ansprechbarkeit und der geringen Fallzahl war der Unterschied zwischen Verum- und Placebostimulation allerdings statistisch nicht signifikant. Diese Ergebnisse sind als Hinweis aufzufassen, dass rTMS zwar ein viel versprechendes Instrument zur Behandlung des chronischen Tinnitus darstellt, der Effekt aber nicht an die Stimulation des auditorischen Kortex gebunden scheint und vermutlich in ähnlichem Ausmaß durch eine Beeinflussung der kognitiven und emotionalen Tinnitusbewertung mit Hilfe einer frontalen Stimulation zu erreichen ist.

0389

Behandlung eines Thalamusschmerzsyndroms mit hochfrequenter rTMS

Danilo Kadovic (Universität des Saarlandes, Klinik für Psychiatrie, Homburg/Saar)

T. Wobrock, P. Falkai

Einleitung: Zur Anwendung von repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) zur Behandlung von zentralen Schmerzsyndromen gibt es nur wenige Untersuchungen (z. B. Lefaucheur et al. 2004). Eine Wirksamkeit der rTMS insbesondere bei thalamischen Schmerzsyndrom wird dabei aufgrund der Aktivierung des ventrolateralen motorischen Thalamus durch die kortikale Stimulation postuliert. Diese Annahme wird durch funktionelle bildgebende Verfahren unterstützt. Dabei profitierten Patienten mit einem zentralen Schmerzsyndrom aufgrund einer Thalamusläsion mehr als Patienten mit Verletzung des Myelons oder des Hirnstamms.

Methode: Bei einem 61-jährigen Patienten mit einem 4–6 Wochen nach dem 2001 erlittenen rechtsseitigen Posteriorinfarkt aufgetretenen zentralen Thalamusschmerzsyndrom wurde eine hochfrequente rTMS über dem rechten prämotorischen Kortex durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Vor der rTMS beschrieb der Patient Schmerzen der linken Körperhälfte („wie Stromstöße“), die vom Gesicht ausgehen und sich auf den ganzen Körper ausbreiten. Diese Schmerzen gingen mit Kribbeln sowie einer Hyperpathie einher, und verstärkten sich unter Berührung, Stress und Bewegung. Mehrjährige ambulante schmerztherapeutische Behandlungen, unter anderem mit Carbamazepin, Gabapentin, Pregabalin, Duloxetin, Morphin, waren bisher ohne wesentlichen Erfolg. Daraufhin wurde eine Behandlung mit 5 Sitzungen rTMS des rechten prämotorischen Kortex mit einer Reizfrequenz von 10 Hz, 90% der motorischen Reizschwelle bei einer Gesamtzahl von 2000 Stimuli pro Sitzung begonnen. Nach Abschluss der Sitzungen zeigte der Patient auf der Numerischen Rating Skala (NRS) einen Rückgang der Schmerzintensität um 50%. Dabei traten nur nach den ersten zwei Behandlungssitzungen kurzfristig linksseitige Kopfschmerzen als einzige Nebenwirkung auf. Der Effekt der Behandlung hielt für ca. drei Monate an. Zurzeit befindet sich der Patient in einer zweiten Behandlungsserie. Konklusion: Hochfrequente rTMS des prämotorischen Kortex kann eine alternative, relativ nebenwirkungsarme, weitere Behandlungsmethode bei zentralem Thalamusschmerzsyndrom darstellen. Deswegen sollte bei therapieresistenten Schmerzsyndromen ergänzend zur medikamentösen Behandlung an einen Heilversuch mit rTMS gedacht werden.

0390

Kombinierte temporale und präfrontale rTMS zur Behandlung des chronischen Tinnitus

Berthold Langguth (Bezirksklinikum Regensburg)

M. Landgrebe, T. Kleinjung, E. Frank, P. Sand, G. Hajak, P. Eichhammer

Einleitung: Auditorischen Phantomwahrnehmungen wie akustischen Halluzinationen oder Tinnitus gehen einher mit gesteigerter Aktivität im zentralen auditorischen System. Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) stellt ein innovatives Instrument zur fokalen Modulation neuronaler Aktivität dar. Niedrigfrequente rTMS über dem auditorischen Kortex wird erfolgreich zur Reduktion des Tinnitussschweregrades eingesetzt. Es finden sich sowohl klinische als auch bildgebend zunehmende Hinweise dafür, daß bei Tinnituspatienten auch Funktionsveränderungen in nichtauditorischen Gehirnarealen vorliegen. Eine aktuelle Studie konnte strukturelle Veränderungen im Bereich des Nucleus accumbens nachweisen. Basierend auf der Tatsache, daß hochfrequente rTMS über dem dorsolateralen präfrontalen Kortex die Aktivität im Ncl. Accumbens modulieren kann, entwickelten wir einen neuen Behandlungsalgorithmus mit kombinierter hochfrequenter präfrontaler und niedrigfrequenter temporaler rTMS.

Methode: 30 Patienten mit chronischem Tinnitus erhielten 10 Sitzungen rTMS. 15 Patienten erhielten bei jeder Stimulationssitzung 2000 Stimuli

mit einer Frequenz von 1 Hz über dem linken auditorischen Kortex (110% Motorschwelle). Die anderen 15 Patienten erhielten pro Sitzung 1000 Stimuli über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex (20 Hz, 20 Trains von 2,5 s Dauer und 25 s Intertraininterval, 110% Motorschwelle) und danach 1000 Stimuli über dem linken auditorischen Kortex (1 Hz, 110% Motorschwelle). Der Tinnitussschweregrad wurde mit dem Fragebogen nach Göbel und Hiller vor Behandlung sowie über einen Beobachtungszeitraum von 3 Monaten nach Behandlung erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In beiden Gruppen zeigte sich eine Reduktion des Tinnitussschweregrades. Dabei war der Behandlungseffekt bei der kombinierten fronto-temporalen Stimulation stärker ausgeprägt. Diese Ergebnisse stützen die Annahme, daß sowohl auditorische als auch nichtauditorische Gehirnareale in die Pathophysiologie des Tinnitus involviert sind. Dies sollte bei der Entwicklung zukünftiger Behandlungsstrategien berücksichtigt werden.

0391

Untersuchungen zur Pathophysiologie und experimentellen Therapie des chronischen Tinnitus mit neuronavigierter repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS)

Christian Plewnia (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Chronischer Tinnitus, der nicht selten von erheblicher psychiatrischer Komorbidität begleitet ist, stellt eine noch unzureichend verstandene Störung dar. Maladaptive Reorganisationsprozesse auf unterschiedlichen Stufen der auditorischen Informationsverarbeitung spielen für die Pathogenese wahrscheinlich eine entscheidende Rolle. In vorausgehenden Studien konnten wir vorübergehende, tinnitusreduzierende Effekte von hoch- und niederfrequenter rTMS temporoparietaler Areale zeigen. Die Ausprägung dieser Effekte war dabei abhängig von der Stimulationsfrequenz, der Dosis und der Krankheitsdauer. Inwieweit sind durch wiederholte rTMS länger anhaltende und damit therapeutisch relevante Effekte zu erzielen?

Methode: Sechs Patienten mit chronischem Tinnitus wurden in einer placebokontrollierten cross-over Studie 2×2 Wochen mit niederfrequenter rTMS (1 Hz, 120% der mot. Schwelle, 30 min) behandelt. Die Zielregion (maximale tinnitusassoziierte temporoparietale Aktivität) wurde zuvor durch [¹⁵O]H₂O-PET ermittelt. Die Beeinträchtigung durch den Tinnitus wurde vor und nach jeder Behandlungsserie mit dem validierten Tinnitusfragebogen (TF) bestimmt. Zusätzlich wurden die Tinnitusveränderung, -lautstärke, und -belästigung anhand von Selbsteinschätzungsskalen ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: Bei 5 von 6 Patienten führte rTMS des Aktivierungsmaximums zu einer stärkeren Reduktion der Belastung durch den Tinnitus als die Stimulation einer Kontrollregion (occipital). Bei 2 Patienten zeigten auch alle anderen gemessenen Parameter eine gleichsinnige Verbesserung. Das Ausmaß der Besserung (TF) war mit zuvor durch PET ermittelter tinnitusassoziiierter Aktivität im anterioren Cingulum korreliert. Zwei Wochen nach Stimulation konnte keine signifikante Besserung mehr festgestellt werden. Tinnitus kann demnach mit niederfrequenter rTMS des tinnitusassoziierten Aktivierungsmaximums vorübergehend reduziert werden. Diese Effekte sind jedoch nur moderat, die interindividuelle Reaktion auf diese Maßnahme ist sehr variabel und der Effekt verringert sich im Verlauf von 2 Wochen wieder.

0392

Unterdrückung verbaler Halluzinationen und Veränderungen des regionalen zerebralen Blutflusses nach i.v. Lidocain. Eine Fallstudie.

Christian Plewnia (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Reimold

Einleitung: Einfache und komplexe auditorische Phantomwahrnehmungen wie Tinnitus und musikalische Halluzinationen kommen ver-

mehrt bei älteren Patienten vor und sind oft mit Hörverlust assoziiert. Es ist bekannt, dass eine intravenöse Gabe von Lidocain bei Patienten mit Tinnitus diesen für eine kurze Zeit (Minuten bis wenige Stunden) unterdrücken kann.

Methode: Wir berichten den Fall einer 74-jährigen, linkshändigen Frau mit der erheblich beeinträchtigende, kontinuierlichen halluzinatorischen Wahrnehmung von Stimmen. Die Patientin war frei von anderen psychotischen Symptomen und hatte vollständige Krankheitseinsicht. Eine audiologische Untersuchung zeigte einen bilateralen Hörverlust (40 dB). Die MRT zeigte zerebrale Mikroangiopathie. Neurologische Untersuchung und EEG ergaben keine Auffälligkeiten. Entsprechend den Untersuchungen mit i.v. Lidocain bei Tinnitus injizierten wir im Rahmen eines Heilversuches 3×100 mg Lidocain als Bolus über jeweils 1 min. Unmittelbar nach der Injektion und im weiteren Verlauf wurde die relative Veränderung der Ausprägung der Halluzinationen mit einer Selbstratingskala gemessen. An 2 Tagen wurden [¹⁵O]H₂O-PET Untersuchungen vor (mit Halluzinationen) und nach der Gabe von Lidocain (mit reduzierten Halluzinationen) durchgeführt. Differenzen des regionalen zerebralen Blutflusses zwischen beiden Bedingungen repräsentieren die zerebrale Repräsentationen der Halluzinationen.

Diskussion/Ergebnisse: Jede der 3 Injektionen führte zu einer erheblichen Reduktion der Halluzinationen, die etwa 60 min andauerte. Unmittelbar nach der 3. Injektion kam es zu einer vollständigen Unterdrückung der Halluzinationen für 9 min. Die PET-Untersuchungen zeigten eine halluzinationsassoziierte Steigerung des regionalen zerebralen Blutflusses im rechten Gyrus angularis, im rechten Gyrus supramarginalis, im rechten inferioren frontalen Gyrus, im orbitofrontalen und im cingulären Kortex. Diese Beobachtungen legen es nahe, die klinische Relevanz der Gabe von i.v. Lidocain bei weiteren Patienten mit therapieresistenten auditorischen Halluzinationen zu untersuchen. Sie unterstützen die Hypothese gemeinsamer pathophysiologischer Mechanismen unterschiedlicher Formen auditorischer Phantomwahrnehmungen und zeigen eine neue Möglichkeit zur bildgebenden Untersuchung auditorischer Halluzinationen auf.

0393

rTMS im Rückblick – Ergebnisse einer postalischen Nachbefragung

Kneijma Richter (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nürnberg)
F. Scholz, H. Leheld, G. Niklewski

Einleitung: Im Rahmen einer postalischen Nachbefragung wurden die Langzeiteffekte der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) erfragt.

Methode: Angeschrieben wurden 63 Patienten, die zwischen 2001 und 2005 mit rTMS behandelt worden waren. Abgefragt wurden unter anderem das subjektive Erleben der Behandlung, Art und Dauer der Behandlungseffekte, weitere Therapiemaßnahmen nach Beendigung der rTMS-Behandlung sowie das gegenwärtige Befinden (BDI, WHO-5, Beurteilung verschiedener Funktionsbereiche anhand von Schulnoten). Für sämtliche Patienten lagen testpsychologische Untersuchungsergebnisse für jeweils einen Messzeitpunkt unmittelbar vor und nach Beendigung der rTMS-Behandlung vor (HAMD, MADRS, BDI, Schulnoten, SKT).

Diskussion/Ergebnisse: Die Katamnese-Fragebogen wurden von 31 Patienten (überwiegend F3-Diagnosen) bearbeitet, was einer Rücklaufquote von annähernd 50% entspricht. Der zeitliche Abstand zwischen der testpsychologischen Abschlussuntersuchung nach rTMS und der Katamnese betrug im Mittel knapp 1,5 Jahre (Range 47–1178 Tage). Die Katamnese-Teilnehmer waren den Nicht-Teilnehmern hinsichtlich Alter, Geschlechtsverteilung, Schweregrad der Symptomatik vor oder nach der rTMS-Behandlung (HAMD, MADRS, BDI, Schulnoten-Beurteilung, SKT) sowie der unmittelbaren Behandlungseffekte (prä-post-Vergleiche dieser Verfahren) vergleichbar. 60% der Katamnese-Patienten beurteilten die rTMS-Behandlung rückwirkend als empfindungsneutral, 30% als unangenehm. Etwa die Hälfte der Patienten gab im Rückblick eine (zumeist leichte) Besserung der Sympto-

matik an, die andere Hälfte schilderte retrospektiv keine Veränderungen. An positiven Effekten wurden vor allem Antriebssteigerung und Spannungsreduktion beschrieben, wobei die Mehrzahl der gebesserten Patienten (65%) das Anhalten der Wirkung mit bis zu 3 Monaten angab. Die zum Katamnese-Zeitpunkt erhobenen Testwerte (BDI, Schulnoten) unterschieden sich nicht von den Ergebnissen unmittelbar nach Abschluss der rTMS-Behandlung: Wie bei Behandlungsende deuteten auch die Katamnese-Daten auf eine (in 85% der Fälle behandelte) leichte bis mäßige depressive Symptomatik hin. Die Ergebnisse der postalischen Nachbefragung legen somit eine zeitlich begrenzte Wirkung von rTMS nahe, über deren Ausdehnung im Rahmen der Diskussion über "Erhaltung-rTMS" nachgedacht werden sollte.

0394

Einstellungen bei Patienten und in der Allgemeinbevölkerung zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS). Eine psychiatrisch-sozialwissenschaftliche Studie

Mareke Arends (Düsseldorf)
U. Müller, J. Cordes

Einleitung: Die repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) zählt zu den neuen somatischen Therapieverfahren in der Psychiatrie. In Studien wurde eine „negative“ Bewertung von Elektrokrampftherapie (EKT) und auch medikamentöser Therapie durch Patienten und die Allgemeinbevölkerung beschrieben. Gegenätzlich dazu werden Verfahren wie Psychotherapie als „bessere“ Methoden bewertet. Für die rTMS wurde bisher nur eine Studie publiziert, die vornehmlich positive Beurteilungen bei Patienten, die mit rTMS behandelt wurden, beschreibt. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wo die rTMS auch im Vergleich zu anderen Therapiemethoden hinsichtlich der Akzeptanz einzuordnen ist, und welche Einstellungen diesem Ergebnis zugrunde liegen.

Methode: Ein Fragebogen zur Erfassung von Kenntnissen, Erfahrungen und Meinungen zur rTMS wurde entwickelt. In der noch laufenden Studie werden 20 ambulante und 20 stationäre Patienten/Innen mit der Diagnose einer depressiven Störung anhand des Fragebogens zu Vorwissen, Erfahrungen und ihrer Einstellung zur rTMS befragt.

Diskussion/Ergebnisse: Dargestellt werden Einstellungen und Assoziationen zur rTMS bei Patienten/Innen. Diese Untersuchung stellt eine Vorstudie zu einer geplanten umfangreicheren Befragung der Allgemeinbevölkerung und Patienten dar.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 21

S-111 Symposium

Häufige internistische Probleme in der klinischen Psychiatrie

Vorsitz: H. Füßel (Haar), W. Hewer (Rottweil)

0534

Kardiovaskuläre Verträglichkeit von Psychopharmaka

Florian Lederbogen (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Beim differenzierten Einsatz von Antidepressiva, Antipsychotika, Phasenprophylaktika und anderen Psychopharmaka spielen Aspekte der kardiovaskulären Verträglichkeit eine wichtige Rolle. Der zunehmende Anteil älterer Patienten mit somatischer Komorbidität sowie neuere Erkenntnisse hinsichtlich seltener, aber potenziell bedrohlicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen in Hinblick auf das Herzkreislaufsystem machen eine aktuelle Übersicht über dieses Thema sinnvoll.

Diskussion/Ergebnisse: Patienten mit einem erhöhten Risiko schwerwiegender Herzrhythmusstörungen weisen häufig eine erheblich erniedrigte Pumpfunktion auf, sind mit kardial wirksamen Substanzen vorbehandelt oder zeigen eine Elektrolytentgleisung. Ein Indikator einer erhöhten Gefährdung bezüglich der „Torsade de Pointes–Tachykardie“ stellt die Verlängerung der frequenzkorrigierten QT-Zeit dar. Arzneimittelwechselwirkungen, die durch Interaktion am Cytochrom P450-System entstehen, können zu erheblichen Verstärkungen oder Abschwächungen der Wirkspiegel führen. Hinsichtlich der Antipsychotika scheint beim älteren Menschen sowohl unter konventionellen als auch atypischen Substanzen ein erhöhtes kardiales Risiko vorzuliegen. Bei der antidepressiven Therapie sind beim Herzkranken vorzugsweise Substanzen aus der Klasse der selektiven Serotoninrückaufnahme-Hemmer anzuwenden. Der Einsatz von tri- und tetrazyklischen Antidepressiva wurde mit einer erhöhten Inzidenz des akuten Myokardinfarktes in Verbindung gebracht, bei Patienten mit kardialer Komorbidität sollten diese Substanzen gemieden werden. Bestimmte Fragestellungen, beispielsweise nach dem kardialen Risiko der Stimulanzienbehandlung Erwachsener können noch nicht abschließend beantwortet werden.

0535

Metabolische Verträglichkeit von Psychopharmaka

Daniel Kopf (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Störungen des Blutzucker- und Lipidstoffwechsels sind bei vielen psychiatrischen Erkrankungen in ihrer Prävalenz deutlich erhöht im Vergleich zur Normalbevölkerung. Dies wird teilweise als Therapiekomplikation, teilweise als Komplikation der Erkrankung als solche angesehen.

Methode: Der Vortrag fasst Literatur- sowie eigene Ergebnisse zu metabolischen Komplikationen bei psychiatrischen Erkrankungen zusammen.

Diskussion/Ergebnisse: Beim Krankheitsbild der Schizophrenie haben sich seit der Einführung atypischer Antipsychotika die Publikationen über Stoffwechselkomplikationen erheblich gehäuft. Tatsächlich tritt eine relevante Gewichtszunahme unter Clozapin, aber auch unter Olanzapin deutlich häufiger auf als unter den meisten klassischen Substanzen. Gleichzeitig finden sich unter diesen Substanzen häufiger Hyperlipidämien. Berichte über Fälle mit neu manifestiertem Diabetes mellitus, die zum Teil mit einer diabetischen Ketoazidose verbunden waren, haben den Verdacht geweckt, dass auch das Diabetesrisiko erheblich durch die Auswahl der Antipsychotika beeinflusst wird. Allerdings haben neuere epidemiologische Studien gezeigt, dass ein Diabetes mellitus weitgehend unabhängig von der antipsychotischen Medikation bei Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, etwa dreimal so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung und bei etwa 20% liegt. Zur Prognose dieses Schizophrenie-assoziierten Diabetes mellitus und seiner Bedeutung als kardiovaskulärer Risikofaktor liegen keine belastbaren Daten vor. Patienten mit einem Diabetes mellitus müssen daher regelmäßig gescreent werden bezüglich des Vorliegens einer Fettstoffwechselstörung oder eines Diabetes mellitus. Anleitung zur bewussten Ernährung und Steigerung der körperlichen Aktivität sollten ein fester Bestandteil der Psychoedukation sein. Auch bei affektiven Störungen tritt ein Diabetes mellitus etwas häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Gewichtszunahme ist eine typische Komplikation der Therapie mit Nicht-SSRI-Antidepressiva. Was die Insulinresistenz und cholesterinreiche Lipoproteine angeht, sind Antidepressiva entweder neutral oder führen tendenziell eher zu einer Verbesserung des atherogenen Profils.

0536

Arzneimittelinteraktionen zwischen psychotropen und nicht psychotropen Medikamenten

Gabriel Eckermann (Bezirkskrankenhaus, Psychiatrie, Psychotherapie, Kaufbeuren)

Einleitung: Bei psychiatrischen Patienten ist die somatische Erkrankungsrate hoch, zwischen 5 und 46% (in Abhängigkeit von Alter un-

tersuchter Stichprobe und Methodik). Bei einem Teil der Patienten ist die psychische Störung Folge nicht vordiagnostizierter körperlicher Grundkrankheiten. So sind z.B. Patienten mit Altersdepressionen häufig von somatischer Komorbidität betroffen (z.B. Hypertonie, KHK, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus, obstruktive Atemwegserkrankungen etc.). 30%–80% der mit Antidepressiva therapierten Patienten erhalten zwei oder mehr Medikamente aus anderen Fachgebieten.

Methode: Übersichtsreferat unter Einbeziehung eigener klinisch-pharmakologischer Befunde.

Diskussion/Ergebnisse: Bei alten Patienten ist neben altersphysiologischen Veränderungen mit krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen von Leber und Niere zu rechnen (zur Dosierung bei Leber- und Niereninsuffizienz: s. Bennett 1998 bzw. Hebert 1998, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2000, hervorzuheben ist: Universität Heidelberg: www.dosing.de). Für trizyklische Antidepressiva gilt, dass ihre starken anticholinergen Eigenschaften im Alter u.a. eine hohe delirogene Potenz bedingen (besonders bei alters- oder krankheitsbedingter Abnahme der cholinergen Neurotransmission, z. B. M. Alzheimer). Arzneimittelinteraktionen werden in pharmakodynamische und pharmakokinetische Wechselwirkungen eingeteilt. Pharmakodynamische Wechselwirkungen können entstehen, wenn zwei oder mehr Substanzen am gleichen Rezeptor oder an miteinander verbundenen oder rückgekoppelten Rezeptorsystemen oder Regelkreisen aktiv sind. So können sich bei der Kombination von Amitriptylin mit Cimetidin (eine Substanz, die im Rahmen der aktuellen Kostendiskussion teilweise immer noch anstatt Protonenpumpenhemmern verschrieben wird) neben ausgeprägten pharmakokinetischen Effekten (Cimetidin hemmt viele Metabolisierungswege) auch relevante pharmakodynamische synergistisch additive Wirkungen ergeben. Beide Substanzen zeigen anticholinerge Effekte, die z.B. zu einer schweren Miktionsstörung führen können. Dies ist ein Beispiel dafür, dass im Alltag häufig beide Grundmuster der Interaktionspharmakologie, pharmakodynamische und pharmakokinetische Mechanismen, gleichzeitig auftreten. Pharmakokinetische Interaktionen entstehen, wenn ein Medikament die Absorption, die Verteilung in den Kompartimenten, den Metabolismus oder die Exkretion eines anderen Medikamentes so modifiziert, dass dessen Konzentration erhöht oder gesenkt und damit seine effektive Konzentration am Wirkort verändert wird. Bei pharmakokinetischen Interaktionen können bei den beteiligten Substanzen zwar übliche Dosierungen vorliegen, die Plasmakonzentrationen und damit die effektiven Konzentrationen am Wirkort aber haben sich in klinisch bedeutsamer oder gar gefährlicher Weise verändert. Die wichtigsten pharmakokinetischen Wechselwirkungen finden auf der Ebene der Metabolisierung statt. Hier spielen das Cytochrom-P450-System, vor allem die hepatischen Isoenzyme, aber auch arzneimittelmetabolisierende Enzyme in der Darmmukosa, eine zentrale Rolle. Mit einigen Informationen über dieses System und den Eigenschaften seiner Isoenzyme lassen sich viele alltagsrelevante Wechselwirkungen vorab abschätzen. So ist ein potenziell gefährlicher Inhibitionseffekt bei der Kombination von Ciprofloxacin mit Clozapin zu beobachten, da Ciprofloxacin mehrere für Clozapin bedeutsame Abbaurouten des Cytochromsystems hemmt (v.a. CYP1A2 und CYP3A4). Es resultieren überhöhte, evtl. toxische Spiegel von Clozapin. Dargestellt werden weiterhin klinische Beispiele von Kombinationen von Psychopharmaka mit Antikoagulanzen, weiteren Antibiotika, Antikonzeptiva (z.T. mit Messung der Blutspiegel); dabei werden die pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Interaktionsmechanismen diskutiert. Schließlich wird eine aktuelle elektronische Interaktionsdatenbank, die insbesondere für häufiger mit Psychopharmaka arbeitende Ärzte von Interesse ist, vorgestellt: „IAC“, der Interaktionscomputer, Hrsg. Hiemke C, Dobmeier M, Eckermann G, Haen E, Springer Heidelberg-Berlin 2006. Sie enthält mehrere tausend Paarungen von Psychopharmaka mit Psychopharmaka und von Psychopharmaka mit einer Vielzahl allgemeinmedizinischer Substanzen. In dem „IAC“, wird auf die jeweiligen pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Wechselwirkungseffekte genauer eingegangen.

0537

Diabetes-Management bei psychiatrischen Patienten

Hermann Füeßl (BKH Haar, Innere Medizin)

Ein Diabetes mellitus tritt bei psychiatrischen Patienten nicht nur häufiger auf als in der übrigen Bevölkerung, seine Erkennung und Behandlung ist auch deutlich verzögert und erschwert. Die Effekte verschiedener Neurotransmitter (serotonerg, dopaminerg) auf Hunger- und Sättigungsgefühl, die körperliche Inaktivität durch die Erkrankung selbst oder die Medikation und die Steigerung von Insulinresistenz und Hyperinsulinämie durch Neuroleptika führen bei vielen Patienten zu massiver Gewichtszunahme und Adipositas. Die Prävalenz des Diabetes mellitus im Vergleich zur Normalbevölkerung ist bei Patienten mit Schizophrenie 2–4-fach, bei bipolaren Störungen 2–3-fach und bei depressiver Erkrankungen 1,5–2-fach erhöht. Bei schizophrenen Patienten beträgt die geschätzte Gesamtprevalenz eines Diabetes 15–18%, einer gestörten Glukosetoleranz bis zu 30%. Obwohl es zahlreiche Untersuchungen zum Mechanismus der diabetogenen Wirkung psychiatrischer Medikamente gibt, finden diese Erkenntnisse nur zögerlich Eingang in die praktische Diagnostik und Therapie und bleiben wahrscheinlich zwei Drittel der Fälle unerkannt (Gough und Pevelier, *Brit J Psychiatry* 2004). Untersuchungen aus jüngerer Zeit belegen, dass nur bei 41% der stationären psychiatrischen Patienten vor der Gabe von Neuroleptika eine Blutzuckerbestimmung erfolgte, bei weniger als 20% Gewichtsmessungen vorliegen und nur bei einem von 30 Patienten die Lipide bestimmt wurden (Taylor et al. *Brit J Psychiatry* 2004, Paton et al. *Acta Psychiatr Scand* 2004). Es scheint an der Zeit, dass sich auch Psychiater des diabetogenen Potentials nahezu aller Neuroleptika erinnern und ein routinemäßiges Diabetes-Screening mit geeigneten Methoden auch in den psychiatrischen Kliniken und Praxen etabliert wird. Regelmäßige Gewichtsmessungen, eine Befragung nach Müdigkeit, Durst oder Polyurie, Bestimmungen von Nüchtern-Blutzucker und Uringlukose, Ketonkörpern im Urin, HbA_{1c}, Cholesterin und Triglyceriden sollten zum Überwachungsprogramm einer neuroleptischen Therapie gehören. Das Diabetes-Risiko lässt sich frühzeitig mit Hilfe eines oralen Glukosetoleranztests einschätzen, der aus Gründen der Praktikabilität auch in vereinfachter Form durchgeführt werden kann. Die Therapie eines Diabetes mellitus ist bei psychiatrischen Patienten aus vielen Gründen erschwert, doch sollte dieser Umstand nicht dazu führen, dass eine Früherkennung gar nicht angestrebt wird.

Freitag, 24.11.2006 – 17:15–18.45 Uhr, Saal 02.4

S-126 Symposium**Off label use (OLU) in Psychopharmaka**

Vorsitz: E. Rüther (Göttingen)

0610

Off-Label-Use in Deutschland

Christian Behles (Drug Regulatory Affairs, Bonn)

Einleitung: Die öffentliche Diskussion des Off-Label-Use beschränkt sich in Deutschland im Wesentlichen auf die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln für bestimmte Indikationen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Diese verkürzte Betrachtung macht die Diskussion des Off-Label-Use zu einem Instrument der Rationierung. Fragen der Versorgungsqualität, Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelinnovation und ärztlichen Fortbildung geraten in den Hintergrund. Doch der ungeprüfte Einsatz von Medikamenten ggf. ohne systematische Untersuchungen führt ebenso zu Bedenken bezüglich des Nutzens und der Sicherheit der Patienten wie das Vorenthalten von therapeutischen Möglichkeiten im Fall einer wissenschaftlich gesicherten Wirksamkeit.

Ohne Anreize für die pharmazeutische Industrie werden betriebswirtschaftlich schädliche, jedoch für die Arzneimittelentwicklung und die Patienten notwendige Studien nicht durchgeführt. Das partielle Ausblenden eines signifikanten Teils der medikamentösen Therapie in der Produktbetreuung durch die Arzneimittelhersteller zieht schließlich ein ärztliches Wissensdefizit bezüglich der Pharmakotherapie nach sich. Die derzeitigen Regelungen bewirken eine Verunsicherung bei allen Beteiligten. Patienten befürchten, nicht mit der für sie optimalen medikamentösen Therapie behandelt zu werden und müssen sich im Falle von Privatrezepten mit den Kassen bezüglich der Erstattungsfähigkeit auseinander setzen. Bei den Privaten Krankenversicherungen gelten für die Erstattungsfähigkeit des Off-Label-Use weiter gefasste Kriterien, so dass für eine ggf. notwendige Off-Label-Behandlung die Zweiklassenmedizin eine offensichtliche Tatsache ist. Die Beunruhigung der Ärzte beruht zum einen auf der schwierigen Einschätzung der Zugehörigkeit einer medikamentösen Therapie zum Leistungsumfang der GKV, zum anderen auf der abschreckenden Möglichkeit eines Regresses wegen unwirtschaftlicher Verordnung. Weiterhin drohen ihnen jedoch auch eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung oder haftungsrechtliche Konsequenzen sowie ethische und berufsrechtliche Konflikte.

Methode: Durch die Betrachtung der arzneimittelrechtlichen Regelungen, der vorliegenden Untersuchungen und der Erfahrungen anderer Länder sollen die folgenden Aspekte des Off-Label-Use erörtert werden: _Begriffsbestimmung _ Häufigkeit _ Gründe _ Informationspflichten des Arztes/Informationsquellen _ Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit, Versorgungsqualität, Innovation und Fortbildung

0611

Indikationen für off label use (OLU) in der psychiatrischen Praxis

Ulrike Schäfer (Göttingen)

Off-Label-Use ist nicht nur in der Onkologie, Pädiatrie und Infektiologie sondern auch insbesondere in der Neurologie und Psychiatrie weit verbreitet, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis auf wenige Ausnahmen die Regel. In Zeiten, in denen finanzielle Mittel knapp sind, drohen insbesondere bei den teureren meist innovativen Therapien Regressverfahren. Das Dilemma des Vertragsarztes besteht in der Therapiefreiheit einerseits, den engen juristischen Bedingungen des Off-Label-Einsatzes mit Risiko des Regresses, Disziplinarmaßnahmen und Haftungsrisiko andererseits und möglichen Ansprüchen des Patienten auf Schadensersatzpflicht und strafrechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistung. Was bleibt, ist die Rechtsunsicherheit des Arztes. Beispiele gängiger psychiatrischer und neurologischer Off-Label-Verordnungen sollen diskutiert werden. Sie weisen auf die Bedeutung eines Klärungsbedarfes einerseits hin und machen andererseits die wirtschaftlichen (finanziellen) Interessen der verschiedenen Partner des Gesundheitssystems deutlich. Ein wesentliches Problem besteht in der Diskrepanz zwischen dem Wissenstand bezüglich des Arzneimittels zum Zeitpunkt der Zulassung und dem jeweiligen aktuellen Kenntnisstand. Die Intensivierung der Versorgungsforschung und vereinfachte Verfahren zur Zulassungserweiterung für alle neuen Indikationen sind zu fordern.

0612

Risiken des off label use (OLU) in der Psychiatrie – Daten aus dem AMSP-Projekt

Renate Grohmann (LMU München, Psychiatrische Klinik)

S. Stübner, A. Konstantinidis

Im Rahmen des AMSP-Projekts (AMSP=Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie) werden seit 13 Jahren in derzeit 55 Kliniken in Deutschland, der Schweiz, Österreich, Ungarn und Belgien schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) bei stationär-psychiatrischen Patienten registriert. Zur Risikoabschätzung wird auch die Anwendung von Psy-

chopharmaka bei den überwachten Patienten mittels zweimal jährlich in allen teilnehmenden Kliniken durchgeführter Stichtagserhebungen erfasst. Anhand der Anwendungsdaten der letzten 5 Jahre (2001–2005) wird zunächst das Ausmaß von off label use (OLU) bei stationären psychiatrischen Patienten dargestellt. Für die meistgebrauchten Antipsychotika ergeben sich je Medikament OLU-Anteile von 15–45%, bei den Antidepressiva von 31–53% und bei den als mood stabilizer eingesetzten Antikonvulsiva Valproat und Carbamazepin sogar von über 70%. Letzteres erklärt sich vor allem aus der häufigen Anwendung bei schizophrenen Psychosen; nur etwa die Hälfte dieser Anwendungen entfällt auf schizoaffektive Psychosen. Anschließend wird für die wichtigsten Einzelsubstanzen auf mögliche Unterschiede in der Häufigkeit schwerer UAW bei Anwendung in zugelassener und nicht zugelassener Indikation eingegangen. Dabei sind allerdings die unterschiedlichen Anwendungsbedingungen bezüglich Alter, Geschlecht und insbesondere Komedikation zu berücksichtigen. Es wird in diesem Zusammenhang auch diskutiert, inwieweit Kombinationsbehandlungen nicht generell einen OLU darstellen und die Risiken schwerer UAW bei Monotherapie und Kombinationsbehandlung verglichen.

0613

Rechtssicherheit bei off label use (OLU)

Sigrid Achenbach (Solvay Arzneimittel GmbH, Rechtsabteilung, Hannover)

Einleitung: Schätzungen zufolge werden ca. 50% der Psychopharmaka außerhalb zugelassener Indikationen (off label) verordnet. In der med. Diskussion besteht weitgehend Einigkeit, dass auf einen die Grenzen der jeweiligen Zulassung überschreitenden Einsatz von Arzneimitteln nicht verzichtet werden kann, ohne Patienten die Behandlung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse vorzuenthalten. In diese Richtung weist auch ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln, wonach Ärzte zum Schadensersatz verpflichtet wurden, weil sie es unterlassen hatten, ein Arzneimittel „off label“ einzusetzen. Anders stellt sich die Situation im Sozialrecht dar. Lange Zeit haben die Krankenkassen Arzneimittelverordnungen im Off Label Use ohne weiteres erstattet. In Zeiten knapper Kassen kommt es nun allerdings zunehmend zu Haftungs- bzw. Regressfällen. In einem Urteil vom 19.03.2002 hat das Bundessozialgericht Bedingungen für die Erstattungsfähigkeit von Off Label Use aufgestellt. Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wurden danach Expertengruppen zum Off Label Use eingesetzt. Die Diskussion über die rechtlichen Rahmenbedingungen des Off Label Use dauert indes an.

Methode: Rechtsgrundlagen im Rahmen der Arzneimitteltherapie werden an die Mediziner verschiedene, zum Teil widersprüchliche rechtliche Anforderungen gestellt. Ärzte schulden zwar im Rahmen des jeweiligen Behandlungsvertrages eine Behandlung nach dem „State of the Art“. Neben dem Zivil- und Strafrecht unterliegen die Mediziner dabei aber auch den Vorgaben von Arzneimittelgesetz und Sozialgesetzbuch Teil V. Wenngleich der Off Label Use bislang gesetzlich nicht geregelt ist, müssen Ärzte auf der einen Seite im Falle einer (unterlassenen) Verordnung von Arzneimitteln im Off Label Use haftungsrechtliche Folgen in Kauf nehmen. Auf der anderen Seite ist bei der Behandlung von Kassenpatienten die Erstattungsfähigkeit von Off Label Arzneimitteln meistens nicht klar, so dass gerade bei teuren Medikamenten mit Regressen durch die gesetzlichen Krankenkassen gerechnet werden muss. Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts können zwar Kriterien für die (ausnahmsweise bestehende) Kostspflicht der GKV bei Off Label Use entnommen werden. Eindeutige Maßgaben für Mediziner/ Krankenkassen lassen sich allerdings hieraus nicht entnehmen. Beim BfArM wurden drei Expertengruppen zum Off Label Use für die Fachbereiche Onkologie, Infektiologie mit Schwerpunkt HIV/Aids sowie für Neurologie/Psychiatrie eingerichtet. Die Fachleute der Expertengruppen leiten ihre Empfehlungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiter. Dieser hat bisher zum Bereich Onkologie eine Positiv- und Negativliste beschlossen, die Anlage zur Arzneimittel-Richtlinie ist. Die positiv bewerteten Arzneimit-

tel dürfen zu Lasten der GK verordnet werden. Die negativ bewerteten Medikament werden nicht erstattet; für Arzneimittel, die auf keiner der beiden Listen verzeichnet sind, gelten bei Off Label Use die vom BSG aufgestellten Kriterien.

Diskussion/Ergebnisse: Ärzte stehen zwischen den widerstreitenden Anforderungen des ärztlichen Berufsrechts, des Haftungsrechts und des Sozialrechts. Gesetzlich versicherte Patienten erleiden Nachteile gegenüber Privatversicherten. Wie kann der Off Label Use rechtlich eindeutiger geregelt werden? Ist eine gesetzliche Regelung des Off Label Use wünschenswert? Da Einzelheiten nicht abstrakt-generell festgelegt werden können, sind der Gesetzgebung hier Grenzen gesetzt. Sinnvoll wäre jedenfalls, den Bereich des Off Label Use durch Erweiterung der arzneimittelrechtlichen Zulassungen nach und nach einzuschränken. Das BfArM sollte die Erweiterung bestehender Arzneimittelzulassungen um neue Indikationen auf der Basis vorhandener Daten erleichtern. Dies wäre bereits nach geltenden Regelungen des AMG möglich. Fraglich ist, ob im Übrigen der Gemeinsame Bundesausschuss zusammen mit den Expertengruppen Off Label Use zuständig für die Festlegung der Erstattungsfähigkeit sein sollte. Das Problem hierbei liegt aber auf der Hand, wenn man die bisherigen Resultate der Expertengruppen betrachtet: Diese scheinen überlastet, so dass in Anbetracht des hohen Anteils des Off Label Use mit einer großen zeitlichen Verzögerung der Festlegung zu rechnen ist. Das kann bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht akzeptiert werden. Vereinzelt wird vorgeschlagen, Zentren für Off Label Tests einzurichten, in denen schwerpunktmäßig und ausschließlich Behandlungen mit Arzneimitteln im Off Label Use durchgeführt werden sollten. Auch dieser Ansatz dürfte praktisch kaum zu verwirklichen sein, denn Off Label Use findet zumindest auf jeder psychiatrischen und pädiatrischen Station täglich bei einer Vielzahl von Patientinnen und Patienten statt; ohne Off Label Use ist der medizinische Standard nicht einzuhalten. Fazit: Für mehr Rechtssicherheit im Off Label Use sind Maßnahmen in verschiedenen Bereichen notwendig: BfArM und Pharmazeutische Unternehmen sollten die Erweiterung arzneimittelrechtlicher Zulassungen anstreben, um den Off Label Use einzuschränken. Soweit dafür weitere klinische Studien erforderlich sind, ist zu überlegen, den pharmazeutischen Unternehmen finanzielle Anreize anzubieten. Der Gesetzgeber sollte in Anlehnung an das Urteil des BSG im SGB V nur die allgemeinen Forderungen an einen erstattungsfähigen Off Label Use festlegen. Die Entscheidung darüber, ob im Einzelfall ein Medikament außerhalb der Zulassung verordnet werden sollte, ist sinnvoller Weise den Medizinerinnen und Medizinern zu überlassen. Diese müssen die medikamentöse Behandlung sorgfältig abwägen und dokumentieren, was bereits durch die haftungsrechtlichen Anforderungen gewährleistet ist. Soweit Off Label Use nötig ist, um den medizinischen Standard zu wahren, muss die Erstattung durch die GKV gesichert sein.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 11/12

S-150 Symposium

Aktuelle Entwicklungen in der Verordnung von Psychopharmaka

Vorsitz: T. Messer (Augsburg), M. Schmauß (Augsburg)

0729

Kritische Analyse der Verordnungspraxis von Psychopharmaka – ein 10 Jahres-Rückblick

Jürgen Fritze (Universität Frankfurt a.M., Klinik für Psychiatrie, Pulheim)

Über die Verordnung unter vollstationärer Behandlung sind keine repräsentativen Daten zugänglich. Der jährliche Arzneiverordnungsreport erlaubt Analysen zur ambulanten Verordnung an GKV-Versicherte; ähnliche Analysen stellt der Verband der privaten Krankenver-

sicherung (PKV) an. Die Verordnungen (DDD) zu Lasten der GKV von Antidepressiva sind i.w. gestiegen, was mit einer Halbierung der nominalen Unterversorgung vereinbar wäre; 2004 gab es eine Abnahme infolge des grundsätzlichen Leistungsausschlusses für Phytopharmaka. Diejenigen DDD von Neuroleptika sind weitgehend stabil geblieben, die von Tranquilanzien/Hypnotika sowie Nootropika/Antidementiva sind gesunken, letztere 2004 dramatisch infolge des grundsätzlichen gesetzlichen Ausschlusses von Ginkgo biloba. Die Umsätze (Euro) von Neuroleptika und Antidepressiva sind zugunsten moderner Arzneimittel gestiegen, und zwar stärker als der Gesamtmarkt (Abb.), was gegen eine systematische Benachteiligung der Patienten bei ihrer Teilhabe am Fortschritt spricht. Die modernen Antidepressiva haben inzwischen einen Verordnungsanteil von 51%. Der Anteil moderner Neuroleptika liegt mit 33% im als medizinisch erwarteten Bereich. Trotz seit Jahren und weiter rückläufiger Verordnungen sind die Umsätze der Antidementiva gestiegen (erstmal 2001; Abb.) zugunsten der Cholinesterasehemmer und des Memantin. Diese haben nun einen Verordnungsanteil von 37%. Demenzzkranken wird also die Teilhabe am Fortschritt vorenthalten. Die Verordnungen von Acamprosat sind wieder gefallen; allenfalls 5% der geeigneten Patienten werden erreicht. Die Verordnung von Methylphenidat hat sich in den letzten 10 Jahren 37fach erhöht; angesichts des Off-Label-Problems können davon i.w. nur Kinder und Jugendliche profitiert haben. Während der Anteil von Generika im generikafähigen GKV-Psychopharmakamarkt bei über 70% liegt, liegt er im PKV-Markt bei 40%. Die Wahrscheinlichkeit, mit einer Innovation oder einem sog. Analog-Präparat behandelt zu werden, ist in der PKV rund 30% höher in der GKV.

0730

Trends in der Verordnung von Antipsychotika – Ergebnisse aus AGATE

Thomas Messer (Bezirkskrankenhaus Augsburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Wittmann, E. Haen

Einleitung: Die Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE) hat sich aus dem Anfang der 80er Jahre gegründeten AMÜP Projekt (Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie) in den vergangenen Jahren erfolgreich entwickelt. Die Aufgaben der AGATE, an der sich derzeit 33 psychiatrische Fachabteilungen und -krankenhäuser vorwiegend aus Bayern beteiligen, umfassen im Kontext eines Qualitätssicherungsprogramms für die Pharmakotherapie unter anderem die Nutzen-Risiko-Bewertung neuer Wirkstoffe, die Durchführung klinischer Studien und die ärztliche Fortbildung.

Methode: Im Rahmen von Stichtagserhebungen, die zweimal jährlich an den beteiligten Kliniken durchgeführt werden, wird die Verordnungspraxis von Psychopharmaka systematisch erfasst. Die Analysen beinhalten Hauptdiagnose, Geschlecht, Alter sowie Substanz und Dosis der Arzneimittelverordnungen. Die hier präsentierte Analyse konzentriert sich auf die Verordnungsrealität von Antipsychotika (Neuroleptika) an den beteiligten bayerischen Kliniken.

Diskussion/Ergebnisse: Im Jahr 2004 betrug der Anteil der Neuroleptika an allen Medikamentenverordnungen (n=36201) 25%. Die Verteilung der Neuroleptikaverordnungen (n=8848) auf die verschiedenen Wirkstoffe lässt über die vergangenen Jahre einen kontinuierlichen Zuwachs bei den so genannten modernen Antipsychotika erkennen. Im Jahr 2004 betrug der Anteil bei allen mit Neuroleptika behandelten Patienten für Olanzapin 22,86%, Risperidon 20,63%, Quetiapin 11,15%, Clozapin 7,92%, Amisulprid 7,05% und Ziprasidon 2,25%. Ältere Antipsychotika wurden wie folgt verordnet: Haloperidol 11,57%, Melperon 10,08%, Chlorprothixen 9,59%, Pipamperon 7,82%, Flupentixol 7,46%, Promethazin 5,60%, und Perazin 3,85%. Polypharmazie wird deutlich häufiger praktiziert als Monotherapie. Damit entspricht das Verordnungsverhalten an den beteiligten psychiatrischen Versorgungskliniken dem internationalen Trend.

0731

Trends in der Verordnung von Psychopharmaka – Ergebnisse aus AMSP

Renate Grohmann (LMU München, Psychiatrische Klinik)

M. Wolfsberger, A. Konstantinidis

Im Rahmen des AMSP-Projekts (AMSP=Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie), das seit 13 Jahren in derzeit 55 Kliniken in Deutschland, der Schweiz, Österreich, Ungarn und Belgien schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) bei stationär-psychiatrischen Patienten registriert, wird auch die Anwendung von Psychopharmaka bei den überwachten Patienten erfasst. Dazu werden zweimal jährlich in allen teilnehmenden Kliniken Stichtagserhebungen durchgeführt und für jeden Patienten Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose und alle am Stichtag verabreichten Medikamente mit der Tagesdosis dokumentiert. Im diesjährigen Beitrag werden aktuelle Trends in der Praxis der Antidepressiva-Anwendung bei stationären Patienten untersucht. Bei den Antidepressiva (AD) sank der Anteil der trizyklischen AD weiter auf nur noch 17% in 2005, die SSRI blieben mit 43% auf gleichem Niveau wie in den Vorjahren. Duale AD, vor allem Mirtazapin und Venlafaxin, stiegen weiter (jetzt 53% der AD-Behandlungen). Mirtazapin, Venlafaxin und Escitalopram waren in 2005 die am häufigsten eingesetzten Antidepressiva. Kombinationen von 2 Antidepressiva werden zunehmend eingesetzt (bei 26% aller antidepressiv behandelten Patienten mit Depressionen in 2005, bei nur 11% in 1994), ebenso steigt bei AD-behandelten Patienten die Kombinationen mit Tranquilizern und Hypnotika kontinuierlich; Kombinationen mit Antipsychotika werden seit 2000 bei mehr als der Hälfte depressiver Pat. mit Antidepressiva eingesetzt. Als Stimmungsstabilisierer werden zunehmend Antikonvulsiva in Kombination mit Antidepressiva eingesetzt, während die Gabe von Lithium zurückgeht. Einzelheiten dazu werden auch unter Berücksichtigung von Diagnosen, Alter und Geschlecht dargestellt. Insgesamt ermöglichen die AMSP-Daten eine Abbildung der Entwicklungen in der Anwendung von Psychopharmaka im klinischen Alltag und liefern damit Informationen zur wechselseitigen Überprüfung von klinischer Praxis und Behandlungsleitlinien.

0732

Aktuelle Verordnungspraxis von Psychopharmaka – Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2006

Bruno Müller-Oerlinghausen (Arzneimittelkommission, Berlin)

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 15/16

S-152 Symposium

Psychiatrische Anwendungen der Transkraniellen Magnetstimulation

Vorsitz: U. Herwig (Zürich), C. Schönfeldt-Lecuona (Ulm)

0739

Nah-Infrarot Spektroskopie (NIRS) zur Steuerung von rTMS-Therapien in der Psychiatrie

Andreas J. Fallgatter (Universität Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

A.-C. Ehli, M. M. Richter, M. M. Plichta

Einleitung: Auditorische verbale Halluzinationen (AVH) gehören zu den häufigsten und belastendsten Symptomen schizophrener Erkrankungen, die sich in ca. 25% nicht ausreichend durch eine neuroleptische Behandlung bessern lassen. Diese Patientengruppe könnte von einer adjuvanten Behandlung mit einer niederfrequenten (inhibitorischen) repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) profi-

tieren, die auf eine Herabregulierung AVH-assoziierter Hyperaktivität des auditorischen Kortex im Temporallappen abzielt. Die Messung der metabolischen Korrelate von AVH fMRT oder PET ist aufwändig und für den klinischen Einsatz nicht optimal geeignet.

Methode: Wir schlagen vor, die nicht-invasive optische Bildgebung (funktionelle Nah-Infrarot Spektroskopie, fNIRS) zur Steuerung der rTMS-Behandlung und zur Kontrolle des Behandlungserfolges auf Ebene der Hirnfunktion zu verwenden.

Diskussion/Ergebnisse: Bei einem schizophrenen Patienten mit therapieresistenten AVH haben wir mit fNIRS eine AVH-assozierte Hyperaktivität im linken auditorischen Kortex entdeckt. Diese hat sich nach einer inhibitorischen Behandlungsserie mit rTMS deutlich verringert. Die AVH sind während der Behandlung klinisch relevant zurückgegangen. Die Kombination von fNIRS und rTMS könnte das Potential haben, neue Behandlungsoptionen für kortikale Hyper- (AVH, Tinnitus), aber auch Hypoaktivitätssyndrome (präfrontaler Kortex bei Depressions- und Panikerkrankungen) zu etablieren.

0740

Sicherheit und Nebenwirkungen der transkraniellen Magnetstimulation – Ein multizentrisches Projekt der Arbeitsgemeinschaft „TMS in der Psychiatrie“

Frank Padberg (Universität München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) nicht-motorischer Areale ist als Forschungsmethode etabliert und gewinnt auch zunehmend als therapeutische Intervention an Bedeutung. Die derzeit noch gültigen Sicherheitsempfehlungen (Wassermann et al. 1998) beruhen auf den Erfahrungen der 90er Jahre und beziehen sich in ihren Vorgaben bezüglich der Begrenzung der Parameter auf die Anwendung am Motorkortex. Hauptfokus war dabei das Auftreten epileptischer Anfälle. Seit 1998 wurden insgesamt weitere fünf epileptische Anfälle berichtet, die z.T. bei Behandlungen innerhalb der vorgeschlagenen Sicherheitskriterien auftraten. Kürzlich wurde von Machii et al. 2006 eine Übersicht über in der Literatur berichtete Nebenwirkungen (NW) bei Stimulation nicht-motorischer Areale veröffentlicht, in die neben 3092 in Studien beschriebenen Behandlungsfällen auch 498 gut dokumentierte Fälle des Harvard Center for Non-Invasive Brain Stimulation einbezogen wurden.

Methode: Im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft TMS in der Psychiatrie wurden bisher 1116 Behandlungsfälle gesunder Probanden und psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Patienten gesammelt, die frontal, temporal, temporoparietal und cerebellär stimuliert wurden. Vor allem wurden Patienten mit Depressionen (63%) oder Tinnitus (19%) behandelt, daneben auch Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven Erkrankungen, Schmerzsyndromen, Angststörungen, Anorexie und Demenz sowie gesunde Probanden (11%).

Diskussion/Ergebnisse: Im einzelnen sollen anhand dieses Kollektives verschiedene Aspekte betrachtet werden: 1. Häufigkeit schwerwiegender NW (epileptische Anfälle, Synkopen, schwere psychiatrische NW), 2. Häufigkeit leichterer NW (Kopfschmerzen, Tinnitus, Myoklonien, Schwindel, Missempfindungen), 3. Verwendete Stimulationsparameter, die im Rahmen der Kriterien von Wassermann et al. (1998) bewertet und diskutiert werden, um eine Aktualisierung dieser Kriterien zu ermöglichen. Nach bisherigem Kenntnisstand erscheint die rTMS nicht-motorischer Areale als relative sichere und nebenwirkungsarme Interventionsform, wobei die weitere Auswertung großer Kollektive sinnvoll ist, um eine fundierte Bewertung zu ermöglichen. Literatur: Machii K, et al. Safety of rTMS to non-motor cortical areas in healthy participants and patients. Clin Neurophysiology 2006;117:455–471. Wassermann EM. Risk and safety of repetitive transcranial magnetic stimulation: Report and suggested guidelines from the International Workshop on the Safety of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, June 5–7, 1996. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1998;108:1–16.

0741

Ergebnisse der aktuellen Multicenterstudien zur TMS bei Depressionen

Uwe Herwig (Psychiatr. Universitätsklinik, GPZ Hegibach, Zürich)

Einleitung: Die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) gilt als mögliche neue Therapiemethode bei Depressionen. Entsprechende Studien wurden bisher in einzelnen Zentren mit geringen Patientenzahlen, inhomogenen Stimulationsparametern und widersprüchlichen Ergebnissen durchgeführt. Deshalb initiierten wir eine multizentrische Studie zur Untersuchung der antidepressiven Wirksamkeit der TMS parallel zu einer medikamentösen Behandlung.

Methode: Wir stimulierten 127 Patienten mit mindestens mittelschweren Depressionen in 7 Zentren im Rahmen einer multizentrischen randomisiert plazebo-kontrollierten Studie. Verum-Stimulationsparameter über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex waren 10 Hz, 110% Motorschwelle, 2000 Stimuli/d über 15 Werkstage. Die Plazebo-stimulation wurde disloziert mit reduzierter Intensität durchgeführt. Primäres Erfolgskriterium war ein Therapieansprechen definiert als Besserung um mindestens 50% in mindestens 2 der 3 durchgeführten Ratingskalen BDI, HAM-D und MADRS, sekundäres Kriterium war die Reduktion der Ratingwerte bei Verumstimulation, beides im Vergleich zur Plazebobedingung.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden in beiden Gruppen, Verum (n=19/62) und Plazebo (n=20/65), jeweils eine Ansprechrquote von 31%, also keinen Unterschied. Auch hinsichtlich der relativen Veränderung der Ratingwerte in der protokollgerecht stimulierten Stichprobe (n=105) fand sich kein signifikanter Unterschied: Verum/Plazebo BDI 39%/32%, HAM-D 43%/38%, MADRS 38%/39%. Wir sahen keine schweren Nebenwirkungen der rTMS. Unsere Ergebnisse sprechen nicht für eine antidepressive Wirkung der rTMS in einem klinischen Routinesetting mit Stimulation parallel zu antidepressiver Medikation. Dagegen zeigen vorläufige Ergebnisse einer amerikanischen Multizenter-Studie bei nicht-medizierten therapieresistenten Patienten moderate Effekte. Die Erforschung möglicher effektiverer Stimulationsparameter und möglicher profitierender Subgruppen depressiver Patienten ist notwendig. Grundsätzlich muss die Indikation der rTMS bei Depressionen kritisch gesehen werden und sie sollte vorläufig nur im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen angewendet werden.

0742

Prädiktoren für TMS-Erfolge bei der Behandlung von Depressionen

Eva-Lotta Brakemeier (Charité CBF, Affektives Modul, Berlin)

U. Herwig, F. Padberg, M. Bajbouj

Die Wirksamkeit der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) als alternatives antidepressives Behandlungsverfahren wird aktuell weltweit in einer Vielzahl von Studien untersucht. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt spricht die Datenlage zu diesem Behandlungsverfahren insgesamt für eine moderate antidepressive Wirksamkeit, allerdings ist die klinische Bedeutung dieser Effektivität noch nicht überzeugend, so dass weitere Studien zur Optimierung der Effektivität dieses Stimulationsverfahrens von Nöten sind. In zwei offenen Studien und einer kontrollierten Multizenter-Studie zur Effektivität von rTMS des linken DLPFC wurden daher klinische und psychopathologische Variablen hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes analysiert. In der Berliner Prädiktor Studie, welche in einem Patientenkollektiv von 70 depressiven, zum Teil medizierten Patienten Prädiktoren eines Ansprechens auf eine 2-wöchige rTMS untersuchte, respondierten 21% der Patienten auf die rTMS. Durch regressionsanalytische Methoden konnte gezeigt werden, dass neben generellen Prädiktoren wie eine kurze Episodendauer und ein geringes Maß an Therapieresistenz, insbesondere motorische Retardierung und Schlafstörungen klinische Prädiktoren für ein Ansprechen auf rTMS zu sein scheinen. Die München-Berlin Prädiktoren Studie, in der von 79 unmedizierten Patienten 34.2% respondierten, konnte kurze Episodendauer und niedrige Therapiere-

sistenz als positive Prädiktoren bestätigen, andere psychopathologische Variablen wurden nicht signifikant hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes. Die randomisierte doppel-blinde Multizenter Studie, die 127 medizierte depressive Patienten untersuchte, fand sowohl in der verum wie auch in der sham rTMS Bedingung 31% Response Raten nach 3 Wochen Behandlung. Hierbei zeigten Patienten mit einer negativen Familienanamnese und einer positive Anamnese bzgl. psychosozialen Belastungen ein besseres Ansprechen auf verum rTMS als auf sham rTMS. Die Zusammenschau dieser Befunde weist auf kein eindeutiges psychopathologisches Prädiktionsmuster hin. Allerdings gibt es Hinweise, dass eher leichter depressive Patienten mit kurzer Episodendauer und niedriger Therapieresistenz mit höherer Wahrscheinlichkeit auf rTMS respondieren als schwere Formen der Depression. Die Ergebnisse dieser Studien werden abschließend in der Zusammenschau mit anderen Studien zur Prädiktion bei rTMS diskutiert.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 21

S-173 Symposium

Neue Erkenntnisse zu Ursachen und Behandlung der Gewichtszunahme unter atypischen Antipsychotika

Vorsitz: J. Cordes (Düsseldorf), M. Agelink (Herford)

0836

Einfluss von grünem Tee auf die Adipogenese

Karin Fehsel (Universität Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die starke Gewichtszunahme unter der Behandlung mit atypischen Neuroleptika ist noch immer ungeklärt. Es werden ein verringertes Sättigungsgefühl und gesteigerter Appetit als mögliche Ursachen diskutiert. Wir haben untersucht, ob Clozapin einen direkten Einfluss auf die Differenzierung von Fettvorläuferzellen hat.

Methode: Humane Fettvorläuferzellen Präadipozyten - wurden mit 0, 5, 20 µM Clozapin in Differenzierungsmedium kultiviert mit und ohne den Wirkstoff des grünen Tees Epigallocatechingallat (EGCG). Gemessen wurde die Differenzierung an der Stärke der Fettspezischen Enzymaktivität von GPDH (Glycerol 3-Phosphat Dehydro-genase) und an der Einlagerung von Lipidvesikeln, die mit Ölrot anfärbbar waren

Diskussion/Ergebnisse: In den Ansätzen mit Clozapin differenzierten signifikant mehr Vorläuferzellen zu Adipozyten als in den Ansätzen, die kein Clozapin oder aber Clozapin und den Wirkstoff des grünen Tees Epigallocatechingallat (EGCG) enthielten. Ähnlich wie in Neutrophilen finden wir auch in Präadipozyten eine Clozapin-induzierte Superoxidation-Produktion, aber keine erhöhte Expression der Superoxid-Dismutase (SOD) 2. Clozapin hat keinen hemmenden Effekt auf die Proliferation der Präadipozyten. Wie aus der Literatur (Carriere et al. 2003,2004) bekannt ist, entscheidet der Redox-zustand der Präadipozyten über Proliferation und Differenzierung. Während oxidativer Stress die Proliferation der Zellen fördert, führt der Schutz vor oxidativem Stress zur Differenzierung. Die bivalenten Eigenschaften des Clozapins einerseits Superoxidationenfreisetzung, andererseits Radikalfänger durch den aromatischen Anteil des Moleküls unterstützen ähnlich wie das Narkosemittel Propofol sowohl die Proliferation als auch die Differenzierung der Vorläuferzellen. EGCG hemmt die Clozapin-induzierte Differenzierung der Präadipozyten vollständig, da es in diesen Zellen die mitochondriale SOD2 induziert, die den oxidativen Stress durch Bildung von H₂O₂ und Hydroxylradikalen erhöht. Unsere Versuche zeigen, dass der steten, langandauernden Gewichtszunahme unter Clozapin eine ungehemmte Proliferation und verstärkte Differenzierung der Präadipozyten zugrunde liegt. Ist der Erfolg der Clozapin-Behandlung ausschliesslich Rezeptor-mediert, könnte die Einnahme des Nahrungsergänzungsmittels EGCG die Gewichtszunahme deutlich verringern.

0837

Metabolische Risiken unter antipsychotischer Medikation

Maria Gilles (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Das metabolische Syndrom ist ein Cluster kardiovaskulärer Risikofaktoren, deren Komponenten (viszerale Adipositas, Hypertonus, Dyslipidämie und Insulinresistenz) teilweise mit antipsychotischer Therapie in Verbindung gebracht werden können. Das metabolische Syndrom tritt bei schizophrenen Patienten, im Vergleich zur Normalbevölkerung, zwei- bis vierfach häufiger auf (Saari, 2005).

Methode: Seit der Einführung der so genannten atypischen Antipsychotika erhalten metabolische Nebenwirkungen zunehmend Aufmerksamkeit. Überwiegend retrospektive Studien zeigen, dass atypische Antipsychotika in unterschiedlichem Ausmaß zu einer zusätzlichen Erhöhung des Risikos für Diabetes und Dyslipidämie beitragen.

Diskussion/Ergebnisse: Parallel zur Gewichtszunahme steigt das Risiko, einen Hypertonus und Diabetes zu entwickeln. Besonders die Zunahme des viszeralen Fettes ist für o. g. Entwicklungen verantwortlich: das viszerale Fett ist ein „aktives endokrines“ Organ, das Hormone (bes. Adipozytokine) freisetzt, die einen erhöhten Blutdruck, eine Fettstoffwechselstörung oder eine Insulinresistenz induzieren können. Hypertriglyceridämie und Hypercholesterinämie sind eng assoziiert mit der Gewichtszunahme. Auch führen bereits Gewichtszunahmen um 7% über die Erhöhung des Body Mass Index (BMI) zu einer deutlichen Erhöhung des Risikos für arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus. Die Störungen im Glukosemetabolismus wurden zunächst der Gewichtszunahme zugeschrieben: die Gewichtszunahme ist ein wesentlicher Mechanismus für das erhöhte Diabetesrisiko, die bei Olanzapin und Clozapin am ausgeprägtesten ist. Jedoch traten unter Antipsychotikatherapie auch Diabetesfälle bei Patienten auf, deren Gewicht unter der Therapie stabil blieb. Zusätzlich können Psychopharmaka direkte Rezeptor-vermittelnde Effekte auf die Insulinsensitivität ausüben. Beispielsweise ist der 5-HT_{2a}-Rezeptor an der Regulation des Glucosetransportes am Muskel beteiligt. Die Gabe von Ketanserin, einem spezifischen 5-HT_{2a}-Rezeptor-Antagonisten führt bei gesunden Probanden zu einer Minderung der Insulinsensitivität im Euglykämischen clamp (Gilles et al, 2005). Ähnlich wie bei depressiven Patienten könnte bei Schizophrenie eine Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems zu viszeraler Adipositas und Insulinresistenz beitragen.

0838

Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei psychiatrischen Erkrankungen

Kai G. Kahl (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Schizophrene und depressive Störungen sind mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Neben Todesfällen durch Suizid stehen vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen an der Spitze der Todesursachen. Der Vortrag macht deshalb einen Brückenschlag zur inneren Medizin und informiert anschaulich über Epidemiologie, Risikofaktoren und pathophysiologische Konzepte von „Herz- und Hirnerkrankungen“.

0839

Gewichtsmanagement unter Therapie mit atypischen Antipsychotika

Joachim Cordes (Heinrich-Heine-Universität, Klinik für Psychiatrie, Düsseldorf)

H. Hauner, J. Kornischka, M. W. Agelink, A. Klimke

Atypische Antipsychotika (ANL) induzieren offensichtlich weniger extrapyramidale Störungen im Vergleich zu klassischen

Neuroleptika. Ungeachtet dieses Vorteils scheint das Risiko für eine Gewichtszunahme unter neuroleptischer Therapie zumindest bei einigen ANL höher zu sein. Patienten mit Schizophrenie haben eine deutlich reduzierte Lebenserwartung, die neueren Daten zufolge auch Zusammenhang mit einer Vielzahl kardiovaskulärer Risikofaktoren steht. Etwa 58–72% der längerfristig mit Antipsychotika behandelten Patienten entwickeln eine zentrale oder viszerale Adipositas. Übergewicht erhöht u.a. das Risiko für Typ-2-Diabetes, Hypertonie, KHK, bestimmte Karzinome und degenerative Gelenkerkrankungen. Darüber hinaus ist eine signifikante Gewichtszunahme oftmals ein Grund für Non-Adherence. Das vor diesem Hintergrund im Consensus Papier der APA / ADA empfohlene Monitoring von mit ANL behandelten Patienten ist in der klinischen Praxis bisher unzureichend etabliert. So muss dringend geprüft werden, ob nicht insbesondere bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risikoprofil die Teilnahme an einem Gewichtsmanagement-Programm bereits aus präventiver Sicht sinnvoll ist. Ein derartiges spezielles Programm sollte die Elemente einer Ernährungstherapie, Verhaltenstherapie und Bewegungstherapie beinhalten. Erste offene Studien ergaben Hinweise auf eine effektive Prävention von Gewichtszunahme und metabolischen Veränderungen bei Anwendung eines derart strukturierten Programmes. Wir berichten über erste Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten Studie zur präventiven Wirksamkeit eines Gewichtsmanagement-Programms bei mit ANL behandelten schizophrenen Patienten.

T13 Forensik

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 10

S-005 Symposium

Begutachtung mangelhaft kooperativer Probanden: Ergebnisse aus der Praxis und methodische Hinweise

Vorsitz: A. Stevens (Tübingen), T. Merten (Berlin)

0018

Kognitive Beeinträchtigungen nach traumatischer Hirnschädigung

Andreas Stevens (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Zur Objektivierung und Quantifizierung kognitiver Beeinträchtigungen nach traumatischer Hirnschädigung sind neuropsychologische Befunderhebungen erforderlich. Die Studie berichtet über die Häufigkeit und den Einfluß unzureichender Anstrengungsbereitschaft beziehungsweise Manipulationsversuche auf die Testergebnisse.

Methode: N= 308 Unfallverletzte wurden 1 bis 4 Jahre nach dem Unfall neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch begutachtet. Die neuropsychologische Befunderhebung wurde durch Verfahren zur Symptomvalidierung ergänzt.

Diskussion/Ergebnisse: n= 203 Probanden hatten keine substantielle Hirngewebschädigung erlitten, bei n= 105 war eine substantielle Hirngewebschädigung durch radiologische Befunde gesichert. In der Gesamtstichprobe zeigten 43% unzureichende Anstrengungsbereitschaft, die Häufigkeit war bei Verletzten mit und ohne substantielle Hirngewebschädigung ähnlich. Nach Korrektur für die Anstellungsbereitschaft waren die kognitiven Leistungen in der Gruppe mit substantieller Hirngewebschädigung nicht schlechter, als in der Gruppe ohne. Schlußfolgerung: Die Prognose von substantiellen Hirngewebschäden hinsichtlich der Erholung kognitiver Leistungen ist besser als in der Literatur beschrieben. Bei der psychologischen Untersuchung ist eine Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft und Kooperation unverzichtbar.

0019

Methoden zur Diagnostik der Beschwerdenuvalidität

Thomas Merten (Vivantes Netzwerk f.Gesundheit, Klinik für Neurologie, Berlin)

N. Blaskewitz, A. Stevens

Eine angemessene Validierung der vorgetragenen Beschwerden sollte heute ebenso wie ein selbst erhobener psychischer Befund unabdingbarer Bestandteil von Gutachten sein. Zusätzlich muss vom Gutachter eine Plausibilitäts- oder Konsistenzprüfung auf unterschiedlichen Ebenen gefordert werden. Die Validierung beschränkt sich häufig auf solche Konsistenzprüfungen, die zwar ein äußerst wichtiges, empirisch aber kaum untersuchtes Qualitätsmerkmal von Gutachten sind. In der klinischen Neuropsychologie ist darüber hinaus eine Reihe von Methoden und Ansätzen entwickelt worden, die insbesondere Antwortverzerrungen auf dem Gebiet kognitiver Beschwerden überprüfbar machen. Traditionell lassen sich diese Ansätze zur „Diagnostik der Beschwerdenuvalidität“ in Methodengruppen unterteilen, die sich wie folgt zusammenfassen lassen: (1) Testdeckeneffekt; (2) Leistungskurve; (3) Fehlergröße; (4) Beschwerdenuvalidierungstests im engeren Sinne, Alternativwahlverfahren; (5) inkonsistente oder untypische Leistungsprofile; (6) Überprüfung der Validität geschilderter psychischer Be-

gleitbeschwerden. Gegenwärtig können Beschwerdvalidierungstests als die am besten entwickelten und am besten untersuchten Methoden zur Erfassung negativer Antwortverzerrungen angesehen werden. Neben einem Methodenüberblick soll eine Kasuistik veranschaulichen, wie mit Hilfe moderner, empirisch überprüfter und überprüfbarer Methoden eine übliche sozialrechtliche Fragestellung mit einer klaren Entscheidung beantwortet werden kann. Durch überzufällig häufige, gezielte Falschantworten konnte eine Antwortmanipulation nachgewiesen werden. Es war die Schlussfolgerung zu ziehen, dass weder die Beschwerdenschilderung des Antragstellers noch die neuropsychologischen Testergebnisse als valide angesehen werden konnten.

0020

Simulation und Dissimulation bei forensisch-psychiatrischen Patienten

M. J. Cima (Universität Maastricht)

Einleitung: In der ersten Studie wurden die psychometrischen Eigenschaften des strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (SFSS) untersucht, ein Instrument zur Messung von Simulation. Die zweite Studie beschäftigt sich mit der Frage der Dissimulation. Eine ergänzende Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, ob Simulation und Dissimulation durch den juristischen Kontext den Probanden (Gefängnis, Sicherungsverwahrung, Hafturlaub) beeinflusst werden.

Methode: In die erste Studie wurde der SFSS einer heterogenen Stichprobe forensischer Patienten ($n = 62$) und Studenten ($n = 204$) vorgelegt. Innerhalb der Studenten-Stichprobe wurden einige instruiert, bestimmte pathologische Zustände vorzutauschen, wohingegen andere gebeten wurden, den Fragebogen ehrlich auszufüllen. Hinsichtlich die zweite Studie, wurde hierzu ein Supernormalitäts Fragebogen entwickelt (SS-R).

Diskussion/Ergebnisse: In die erste Studie, zeigen die Ergebnisse dass der SFSS eine gute Reliabilität und Validität hat. Bei der Patienten-Stichprobe korrelierten SFSS-Werte hoch mit manipulativen und antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen. Insbesondere bei sexualdelinquenten Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung waren die Werte im SFSS erhöht. Diese Ergebnisse zeigen, dass der SFSS ein wertvolles Screeningverfahren zur Entdeckung vorgetäuschter psychiatrischer Symptome ist. Hinsichtlich die zweite Studie, zeigte sich dass die SS-R Fragebogen eine adäquate Stabilität und interne Konsistenz hat. Insbesondere bei Sexualdelinquenten, die wegen Missbrauchs von Kindern verurteilt waren, zeigte sich ein Zusammenhang zwischen erhöhten Supernormalitäts-Werten und der Behauptung keine Gedanken an Kindern zu haben ($r = .59$). Dieses Ergebnis unterstützt die Validität der SS-R. Die Ergebnisse hinsichtlich die Frage ob juristische Kontext eine Rolle spielt bei der Form von Täuschung (Simulation versus Dissimulation), wurden während das Symposium diskutiert.

0021

Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund

Matthias Fabra (Medizin. Gutachteninstitut, Hamburg)

Die drei wesentlichen Aufgaben des psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverständigen sind a) die Feststellung der Krankheitswertigkeit einer als Folge versicherten Ereignisses geltend gemachten seelischen Störung, b) die Einschätzung von deren Kausalität und c) die Bestimmung der dadurch verursachten Leistungsminderung. Dies geschieht in Zusammenschau von Anamnese und psychischem sowie körperlichem Befund und ggfs. standardisierten psychologischen Verfahren. Gerade in der Begutachtung kann der Untersucher nicht unbedingt davon ausgehen, dass der zu begutachtende Mensch bei der Befragung seine wirkliche Überzeugung im ganzen mitteilt. Dies gilt unabhängig davon, dass seine Selbsteinschätzung außerdem nicht der einer Begutachtung stets zugrund zu legenden medizinischen Lehr-

meinung entsprechend muss. In der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung bedeutet dies die Sicherung der Diagnose, Kausalität und Leistungsminderung nicht nur auf der Ebene anamnestischer Angaben, sondern möglichst umfassend außerdem auf der Befundebene. Wie dies geschehen kann, wird unter Bezugnahme auf die DSM-IV-Kriterien beispielhaft dargelegt werden.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-011 Symposium

Kriminalprognose

Vorsitz: N. Leygraf (Essen), H. L. Kröber (Berlin)

0051

Methodische Grundlagen der Kriminalprognose

Klaus-Peter Dahle (Charité Universitätsmedizin, Forensische Psychiatrie, Berlin)

Wissenschaftlich fundierte Kriminalprognosen lassen sich im Prinzip auf zweierlei Wegen erstellen. Der eine Weg setzt bei der Prognosebeurteilung vor allem auf Erfahrungen, die man bislang mit der Rückfälligkeit von Tätern gewonnen hat. Ausgangspunkt ist hier also zunächst nicht die zu beurteilende Person, sondern sind gruppenstatistisch gewonnene Erkenntnisse über Tat- und Tätermerkmale und weitere die Rückfallwahrscheinlichkeit beeinflussende Faktoren, die man vor allem in Form standardisierter Prognoseinstrumente für die Einschätzung individueller Rückfallrisiken nutzbar zu machen sucht. Der andere Weg beruht auf einem individuumszentrierten Ansatz und stellt die inhaltliche Aufklärung des im vorliegenden Einzelfall relevanten Bedingungsgefüges für das in Frage stehende Verhalten in den Vordergrund. Ausgangspunkt ist hier also die biographische Rekonstruktion des Täters und seiner strafrechtlichen Entwicklung bis zu den Anlassdelikten, um hieraus individuelle Hypothesen über Ursachen und Hintergründe des kriminellen Verhaltens und letztlich über die verantwortlichen Risikofaktoren abzuleiten. Der hiesige Beitrag gibt einen Überblick über Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in den beiden Methodenfamilien und informiert über den Stand der Evaluationsforschung, insbesondere auch im deutschsprachigen Raum. Es zeigt sich, dass beide Ansätze spezifische Vorzüge und methodenimmanente Begrenzungen aufweisen. Es scheint daher sinnvoll, sich im Rahmen von Prognosebegutachtungen beider Methodengruppen zu bedienen, um ihre jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten in die Einzelfallbeurteilung integrieren zu können.

0052

Kriminalprognose nach langjährigem Freiheitsentzug

Hans Ludwig Kröber (Universitätsmedizin Berlin, Forensische Psychiatrie)

Die letzten fünfzehn Jahre haben durch Auswertung empirischer Forschung auch der Kriminalprognose im Einzelfall ein recht stabiles Fundament verliehen. Dies hat dazu beigetragen, daß ein Arbeitskreis aus Juristen, forensischen Psychiatern und Rechtspsychologen beim Bundesgerichtshof Mindeststandards für kriminalprognostische Gutachten entwickelt und im Juli 2006 verabschiedet hat, die im Oktober in der „Neuen Zeitschrift für Strafrecht“ und demnächst auch im „Nervenarzt“ erscheinen werden. Aufbauend auf dem vorangehenden Beitrag von Dahle zur Methodik sollen hier nun wesentliche Aspekte der Mindeststandards erläutert werden. Zentral geht es dabei um die Feststellung, daß es bei jeder kriminalprognostischen Begutachtung zunächst um die Klärung der Frage gehen muß, worin die (in seinen Taten zum Ausdruck gekommene) „Gefährlichkeit“ eines Verurteilten

besteht, was die individuelle Disposition zu Straftaten bei ihm ausmacht. Mit diesem retrospektiven Teil der Begutachtung, der sich auch auf eingehendes Aktenstudium stützen muß, wird die Grundlage geschaffen, um die seitherige Entwicklung eines Probanden beurteilen und in die Zukunft extrapolieren zu können.

0053

Kriminalprognose bei psychisch gestörten Rechtsbrechern

Dieter Seifert (Universität Duisburg Essen, Forensische Psychiatrie)

Einleitung: Der Entscheidungsprozess der prognostischen Einschätzung, ob ein forensisch untergebrachter Patient weiterhin „gefährlich“ ist, stellt sich trotz des in den letzten Jahren vermehrten wissenschaftlichen Engagements unverändert komplex dar. Neben den so genannten statischen (anamnestischen) Merkmalen heißt es prognoserelevante klinische Veränderungen zu erkennen und entsprechend ihrer Bedeutung für die Rückfallgefahr zu gewichten. Es bleibt zu berücksichtigen, dass die Entscheidung kaum auf wenige allgemeingültige Kriterien für diese heterogene Patientengruppe fußen sollte. Gruppenstatistische Wahrscheinlichkeitsaussagen helfen nur bedingt weiter; dem individuellen Aspekt einer Gefährlichkeitseinschätzung ist stets Rechnung zu tragen.

Methode: In der Essener prospektiven Prognosestudie wurden zwischen 1997 und 2003 insgesamt 333 entlassene Patienten aus 23 forensischen Einrichtungen (§ 63 StGB) Deutschlands mit einem eigens erstellten Erhebungsbogen untersucht. Nach einer „time-at-risk“ von mindestens 2 Jahren wurden die rückfälligen Patienten einer gematchten Gruppe Nicht-Rückfälliger gegenüber gestellt. Mittels bivariater Analysen sowie multiplen logistischen Regressionsanalysen wurde die Vorhersagekraft der Einzelitems und Faktoren berechnet. Des Weiteren wurden die Berichte der Bewährungshelfer deskriptiv analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Auf dieser Basis werden anhand der Ergebnisse der Essener prospektiven Prognosestudie valide Prognosekriterien vorgestellt. Als ein Hauptergebnis ist die Extraktion klinischer Merkmale hervorzuheben, mit deren Hilfe eine im Vergleich zu herkömmlichen Checklisten (z.B. HCR-20, PCL-R) recht hohe Trefferquote (mittels ROC-Analysen: AUC bis ca. 0.83) zu erreichen ist. Des Weiteren ist die hohe Wertigkeit einer professionellen Nachbetreuung für die Frage der Wiedereingliederung deutlich geworden. Werden die Rahmenbedingungen ambulanter Nachsorge nicht eingehalten oder prognoserelevante Entwicklungen nicht bzw. zu spät erkannt, werden die vorangegangenen prognostischen Überlegungen unterminiert. Demnach kommt der Intensität der forensischen Nachsorge eine bislang offensichtlich vernachlässigte Relevanz zu.

0054

Kriminalprognosen und Gutachten aus Sicht der Strafvollstreckungskammer

Thomas Wolf (Landgericht Marburg)

Einleitung: Kürzlich wurden in der „Neuen Zeitschrift für Strafrecht“ Mindestanforderungen für Prognosegutachten veröffentlicht. Der Vortrag will folgende weiterhin erörterungsbedürftige Gesichtspunkte ansprechen:

Methode: - Gelten die „Mindestanforderungen“ für jedes Gutachten? - Welchen Wert haben verschiedene Prognoseverfahren für die normative Entscheidung des Gerichts? - Wo verlaufen die Grenzen zwischen forensischem Gutachten und normativem Erkenntnisprozess des Gerichts? - Wie kommunizieren Gutachter und Gericht zur bestmöglichen Wahrheitsfindung, aber innerhalb prozessrechtlicher Vorgaben?

Diskussion/Ergebnisse: Der Referent, der als Koordinator an der Erarbeitung der Mindeststandards beteiligt war, will zum vertieften Verständnis zwischen Gericht und Gutachter beitragen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-024 Symposium

Impulstaten und Affekttaten: Definition und forensische Beurteilung

Vorsitz: A. Marneros (Halle), S. Herpertz (Rostock)

0111

Differenzierung von Affekttaten und Impulstaten

Andreas Marneros (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Ein neuer Ansatz zur Lösung des Problems der Affektdelikte, das die forensische Psychiatrie schon seit mehreren Jahrzehnten beschäftigt, ist die Abgrenzung von Affekttaten und Impulstaten. Beide Taten verbindet das Merkmal der impulsiv-aggressiven Handlung, die aus einer Impulsivitäts-Dysbalance heraus entsteht. Als Impulstaten werden all diejenigen impulsiv durchgeführten, nicht geplanten aggressiven Handlungen bezeichnet, bei denen keine spezifische, aus einer relevanten Täter-Opfer-Beziehung abgeleitete Vorgeschichte der Tat vor der aktuellen Tatsituation bestanden hat. Affekttaten bzw. Affektdelikte dagegen sind an einen relevanten Anderen gerichtet und durch eine spezifische Vorgeschichte der Tat, abgeleitet aus der Täter-Opfer-Beziehung, gekennzeichnet. Damit werden die Affektdelikte als ein Resultat der Erschütterung der Selbstdefinition des Täters konzipiert. Es werden Orientierungsmerkmale zur Beurteilung von Affekttaten dargestellt, sowie indizielle Erscheinungen, die das Feststellen der Orientierungsmerkmale erleichtern können.

0112

Affektdelikte: Fortschritte in der Diskussion

Henning Saß (Universitätsklinikum, Aachen)

0113

Wie messbar ist Impulsivität

Ulrich W. Preuss (Universität Halle-Wittenberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Impulsivität umfasst vielfältige Verhaltensweisen, die ohne ausreichende Reflexion unternommen werden und ein Individuum mit geringerer Voraussicht handeln lassen. Verschiedene Ansätze zur deren Erfassung wurden vorgeschlagen. Darunter zählt neben Belohnungsaufschub-Paradigmen und evozierten Potentialen auch der Einsatz von Fragebögen. Die Barratt-Impulsiveness Scale (Version 11) wurde für eine größere deutsche Stichprobe untersucht, um die psychometrische Kennzahlen zu erhalten und die Möglichkeiten der Erfassung von Impulsivität zu untersuchen.

Methode: 811 gesunde Kontrollen, 117 Alkoholabhängige, 170 Patienten mit Suizidversuchen und 40 Patientinnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung wurden in die Studie eingeschlossen. Neben dem BIS 11 wurden eine Reihe weiterer Persönlichkeitsskalen und Fragebögen zur Aggressivität erhoben. Neben der Faktorenstruktur wurden auch Unterschiede für verschiedene Patientengruppen berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Die von Vorarbeiten berichtete Faktorenstruktur des BIS11 konnte nicht bestätigt werden. Demgegenüber weist aber die BIS11 Summenskala eine ausreichende Reliabilität auf. Signifikant höhere Werte für impulsives Verhalten wurden bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gegenüber allen anderen Gruppen gefunden, Suizidale und Alkoholranke berichteten ebenfalls über mehr Impulsivität. Zusammenhänge mit Messungen zur Persönlichkeit und Aggressivität waren niedrig bis moderat. Impulsivität ist ein schwierig zu messendes Konstrukt. Fragebogengestützte Verfahren ermöglichen, Teilaspekte dieser Verhaltensdimension zu erfassen. Die BIS11 erfasste eine eigenständige Dimension impulsiven Verhaltens, die auch zwischen Patientengruppe gut differenzieren kann.

0114

Zum Zusammenhang von Affektregulation und Impulskontrolle

Sabine Herpertz (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)

Klinisch hängen Impulskontrollstörungen eng mit intensiven, nicht ausreichend kognitiv regulierten Gefühlen zusammen. Dies wird bereits darin deutlich, dass emotional instabile Persönlichkeiten regelhaft impulsives Verhalten an den Tag legen. Zudem zeigen die rasch aufschießenden Affekte z.B. bei der Borderline Persönlichkeitsstörung eine deutliche phänomenologische Ähnlichkeit mit plötzlichen, heftigen Handlungsantrieben, wie man sie von Patienten mit Impulskontrollstörungen kennt. Analog der Bedeutung, die die Dimensionen Antrieb und Kontrolle bei Impulshandlungen haben, unterschiedet man auch bei der Affektregulation Affektaktivierung einerseits und Fähigkeit zur Kontrolle von affektiven Reaktionen andererseits, wobei letztere mehr oder weniger komplexe Regulierungsvorgänge einschließt. Diese phänomenologische Differenzierung lässt sich auch anhand neurobiologischer Befunde bestätigen. Umgekehrt gibt es aber auch impulsives Verhalten (z.B. bei der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung), dass außerhalb von Zuständen emotionaler Erregung auftritt. Es werden deshalb Modelle zum Zusammenhang und zur Abgrenzung von Störungen der Affektregulation und Impulskontrolle dargestellt werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 40

FF-010 Freie Vorträge**Forensische Psychiatrie und rechtliche Aspekte**

Vorsitz: H. L. Kröber (Berlin)

0044

Schizophren erkrankte Patienten in Maßregelunterbringung gem. § 63 StGB. Aktuelle Entwicklungen und Ergebnisse einer Studie in Nordrhein-Westfalen.Sven-Uwe Kutscher (Universität Duisburg-Essen, Forensische Psychiatrie)
D. Seifert

Einleitung: Verschärfungen der rechtlichen Rahmenbedingungen und Änderungen der allgemein-psychiatrischen Versorgungsstruktur in den letzten Jahren werden mit einem Anstieg der Unterbringungszahlen schizophren erkrankter Patienten in den Maßregelvollzug (MRV) gem. § 63 StGB in Verbindung gebracht.

Methode: Ziele der Untersuchung waren die Bestimmung der aktuellen Zahl der sich in Nordrhein-Westfalen (NRW) in stationärer MRV-Behandlung gem. § 63 StGB befindlichen Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich F 20 – F 25 nach ICD-10 sowie die Erfassung der psychiatrischen Vorbehandlung bis zur Begehung des Unterbringungsdeliktes. Hierzu wurde ein standardisierter und anonymisierter Evaluationsbogen von den zuständigen Behandlern ausgefüllt. Alle am MRV gem. § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen beteiligten forensischen und allgemein-psychiatrischen Kliniken konnten in die Studie einbezogen werden.

Diskussion/Ergebnisse: Im 1. Quartal des Jahres 2006 befanden sich in Nordrhein-Westfalen 1565 Patienten in einer MRV-Unterbringung gem. § 63 StGB. Bei 758 Patienten lag eine schizophrene Erkrankung (48.4%) vor. Von 652 schizophren Erkrankten liegen Erhebungsbögen vor (Rücklaufquote 86%). 79% der schizophrenen Patienten waren vor dem Unterbringungsdelikt mindestens einmal stationär psychiatrisch behandelt worden. Im Mittel waren zuvor 7 psychiatrische Krankenhausaufenthalte erfolgt. 190 Patienten (29.1%) sind aktuell wegen eines Tötungsdeliktes untergebracht. Bei den wegen eines Tötungsdeliktes unterbrachten schizophrenen Patienten wurden zu 53% Schwierigkeiten in der prädeliktischen Behandlung und bei 27% konkrete

Warnungen bzw. Hinweise auf eine durch den Patienten ausgehende Gefährlichkeit angegeben. Darüber hinaus beurteilten die aktuellen Behandler, dass bei 50% der schizophrenen Patienten das Tötungsdelikt durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden gewesen wäre. Diskussion: Die Ergebnisse dieser DFG-geförderten Studie zur Versorgungssituation schizophrener Patienten im MRV gem. § 63 StGB in NRW werden zu zwei Untersuchungen der Jahre 1984 und 1994, ebenfalls für den Bereich NRW, in Beziehung gesetzt. Der Anteil schizophrener Patienten im MRV betrug zu beiden Zeitpunkten etwa ein Drittel und die absolute Zahl lag bei Patienten n=177 (1984) bzw. n=189 (1994). Anhand der Daten zu den Warnungen vor einer Gefährlichkeit und den genannten Maßnahmen zu einer möglichen Vermeidbarkeit der Delikte werden Behandlungsnotwendigkeiten beim Vorliegen bestimmter Risikovariablen diskutiert und das weitere Forschungsvorgehen vorgestellt werden.

0045

Auf dem Weg zu einer differenzierten Anwendung der Prognoseinstrumente PCL-SV und HCR 20+3 in Abhängigkeit von der psychischen Störung und der Deliktategorie – Ergebnisse der Basler Kohortenstudie

Konstanze Dorothea Römer (UPK Basel, Forensische Psychiatrie)

V. Dittmann, M. Graf

Im Rahmen der Basler Kohortenstudie zur forensisch-psychiatrischen Risikobeurteilung werden gegenwärtig die PCL-SV und HCR-20+3 Daten von 406 begutachteten Personen im Hinblick auf eine differenzierte Anwendung dieser prognostischen Instrumente unter Berücksichtigung der zu Grunde liegenden psychischen Störung und der Art der Delinquenz untersucht. In Abhängigkeit von der tatrelevanten psychischen Störung variieren in dieser Stichprobe die medianen PCL-SV Werte von 4,5 bei affektiven Störungen über 8 bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bis hin zu 12 bei Persönlichkeitsstörungen. Auch die medianen HCR-20+3 Werte variieren von 10 bei affektiven Störungen bis hin zu 20,5 bei schizophrenen und 19 bei Persönlichkeitsstörungen. Auf der Grundlage der vollständigen Strafregisterauszüge mit einer mittleren time at risk von 78 Monaten und einer differenzierten Risikobeurteilung werden wir die prädiktive Wertigkeit von PCL-SV und HCR-20+3 in Abhängigkeit von unterschiedlichen Störungsbildern und Deliktategorien darstellen.

0046

Probleme bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen

Ferdinand Haenel (Behandlungszentrum, für Folteropfer, Berlin)

In der Vergangenheit war häufig festzustellen, dass klinische Gutachter in der Kausalitätsbeurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen oft zu extrem unterschiedlichen Ergebnissen gelangt sind (Denis et al. 2000, Bundessozialgericht 1995). War es vor ca 50 Jahren das Bundesentschädigungsgesetz (Pross 1993), so sind es heute in der Hauptsache das soziale Entschädigungsrecht (StrRehaG, OEG) und Asyl- und Ausländerrecht (GG, AufenthG), in deren Bereichen die Beurteilung der Gutachter mitunter enorme Divergenzen aufweist (Haenel 1998). Woran liegt das? Dieser Frage will sich dieser Vortrag widmen. Neben symptombedingter Behinderung der Exploration (v. Baeyer et al 1964), besonderen Beziehungsaspekten, die die Objektivität der gutachterlichen Beurteilung beeinträchtigen können (Hoppe 1967), sind es eine Vielzahl möglicher komorbider Störungen, die psychisch reaktive Traumafolgen überlagern und so zu Fehlbeurteilungen bei der Begutachtung führen können (Flatten et al 2005, Reichelt 2005). Literatur: Baeyer, W. von, Häfner, H. & Kisker, K. (1964). Psychiatrie der Verfolgten. Berlin: Springer. Denis D, Kummer P, Priebe S. (2000): Entschädigung und Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der SBZ/DDR. Med Sach 96 :77–83 Bundessozialgericht Urteil vom

18.10.1995 AZ: 9/9a RVg 4/92 Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol T, Petzold E R. (2005): Posttraumatische Belastungsstörungen, Leitlinie und Quelltext. Schattauer Verlag, Stuttgart
Haenel, F. (1998): Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In: Oehmichen M (Hrsg) Maltreatment and Torture. Schmidt Roemhild Verlag, Lübeck
Hoppe, K. (1967). The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. The Psychoanalytic Forum, 3, 187–196.
Pross, C. (1993). Wiedergutmachung Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt: Athenaeum Verlag
Reichelt, E. (2005): Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität. In Haenel, F., Wenk-Ansohn M. (Hrsg) Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Beltz-Verlag, Weinheim

0047

Die Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit

Christiane Hornstein (Psychiatr. Zentrum Nordbaden, Mutter-Kind-Station, Wiesloch)

Die Tötung eines Kindes durch seine Eltern ist ein komplexes Phänomen, das in zahlreichen Kulturen und zu verschiedenen Zeiten beschrieben wurde. Kinder unter einem Jahr haben das höchste Tötungsrisiko. Die Formen des Infantizids, die in der Postpartalzeit vorkommen, sind der altruistische Infantizid, der erweiterte Suizid, die Mißhandlung mit Todesfolge und der Neonatizid. Säuglinge werden vorwiegend von ihren Müttern getötet und diese leiden häufig unter psychischen Störungen. Sowohl bei depressiven als auch bei psychotischen Störungen stehen inhaltlich das neugeborene Kind und die Mutterschaftskonstellation im Zentrum der Symptomatik. Soziodemographische Charakteristika der filizidalen Mütter werden in bezug zu den unterschiedlichen Formen der Kindestötung dargestellt. Typische Risikokonstellationen, die zum Infantizid führen können, werden beschrieben. Hieraus lassen sich präventive Ansätze für den Filizid in der Postpartalzeit ableiten.

0048

Rechtssprechungspraxis und Erfahrungen mit neuen Therapieangeboten für Konsumenten von Kinderpornographie in der Schweiz

Marc Graf (Univ. Psychiatrische Kliniken, Forensische Abteilung, Basel)
A. Weisert, V. Dittmann

Einleitung: Mit einer Gesetzesnovelle vom 1. April 2002 zielte der Schweizerische Gesetzgeber darauf ab, den bis anhin straflosen Besitz harter Pornographie unter Strafe zu stellen und die weitere Verbreitung durch elektronische Medien einzuschränken. Die sich daraus entwickelnde Rechtspraxis in den verschiedenen Kantonen ist allerdings sehr heterogen: Während in den meisten Kantonen für den Konsum von Kinder- und anderer illegaler Pornographie in der Regel bedingte Haftstrafen sowie Bussen ausgesprochen werden, erteilt der Kanton Basel-Landschaft allen Verurteilten zusätzlich die Weisung, sich auf eigene Kosten in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Darüber hinaus wertete der Kassationshof des Schweizerischen Bundesgerichtes kürzlich das Betrachten entsprechenden pornographischen Bildmaterials bereits als Herstellung, indem es keinen Unterschied mache, ob Bilder ab einem Negativ, einer Vorlage oder einem elektronischen Datenträger hergestellt werden.

Methode: Vor diesem Hintergrund hat die Forensische Abteilung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel seit dem Jahr 2002 über 40 Personen untersucht, welche illegale Pornographie aus dem Internet konsumierten. Wenige meldeten sich freiwillig zu einer Therapie, der Grossteil der Personen wurde uns behördlich zugewiesen. Zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der angebotenen Therapien einerseits und dem Sammeln von Erfahrung sowie der Anpassung für andere Störungsbilder etablierter therapeutischer Verfahren andererseits wurde im vergangenen Jahr erstmals eine Gruppentherapie durchgeführt.

In der kognitiv-verhaltenstherapeutisch geführten Gruppe wurden alle wesentlichen Module behandelt, welche aus der Therapie pädophiler Straftäter abgeleitet und zwischenzeitlich auch von Taylor und Quayle als wirksam beschrieben wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Die Auswertung der abgeschlossenen Therapie fiel positiv aus, zeigte aber auch Verbesserungsbedarf. Die gesammelten Erkenntnisse zeigten zudem eine meist deutliche Abgrenzbarkeit der Konsumenten von Kinderpornographie zur Gruppe der Kindsmissbraucher.

0049

Neurobiologie paraphiler Störungen – neuere Erkenntnisse

Boris Schiffer (Rheinische Kliniken Essen, Forensische Psychiatrie)
T. Peschel, T. Krüger, M. Forsting, M. Schedlowski, N. Leygraf, E. Gizewski

Einleitung: Die neurobiologischen Grundlagen abweichender Sexualpräferenzen wie der Pädophilie sind bislang weitgehend unbekannt. Zwar dokumentieren einige neuropsychologische Arbeiten und neurologische Fallberichte frontokortikale Dysfunktionen im Zusammenhang mit paraphilen Störungen, aber es existieren bislang noch keine umfangreicheren Arbeiten, die diese Befunde mittels neuerer bildgebender Verfahren bestätigt oder erweitert hätten.

Methode: Um sowohl strukturelle als auch funktionelle Korrelate pädophiler Präferenzen in der Neuroanatomie bzw. der neuronalen Aktivierung erfassen zu können, wurde eine Stichprobe von 18 pädophilen Patienten aus zwei forensischen Krankenhäusern rekrutiert, von denen 9 ausschl. auf Jungen und 9 ausschl. auf Mädchen fixiert waren. Diese wurden sowohl neuropsychologisch als auch mittels struktureller und funktioneller Kernspintomografie untersucht und mit einer alters- und ausbildungsgematchten Kontrollgruppe von 28 gesunden Männern (je zur Hälfte homo- bzw. heterosexuell orientiert) verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl strukturell als auch funktionell zeigten sich Auffälligkeiten im Bereich des frontostriären System bei Pädophilie. Volumenreduktionen auf seiten der pädophilen Patienten fanden sich u. a. im Bereich des orbitofrontalen Kortex und dem ventralen Striatum. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten sich bei visuell sexueller Stimulation auch hinsichtlich der neuronalen Aktivierung Auffälligkeiten v. a. in diesen Regionen.

Donnerstag, 23.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-016 Postersitzung

Forensische und rechtliche Aspekte

Vorsitz: H. L. Kröber (Berlin)

0167

Die Bedeutung der Monomanielehre für die Herausbildung der forensischen Psychiatrie

Kathleen Haack (Rostock)
E. Kumbier

Einleitung: In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gewann die Psychiatrie zunehmend an Einfluss bei der Begutachtung psychisch kranker Straftäter. Ein seit der Aufklärung erkennbares verstärktes Interesse am einzelnen Individuum führte zu einer intensiven Auseinandersetzung mit deviantem Verhalten. Neben Juristen, Philosophen, Psychologen waren es vor allem Mediziner, die die Krankheiten des Seelenlebens erforschten. Sie begannen verstärkt, psychiatrische Erkrankungen zu klassifizieren und zu differenzieren. Dies führte auch zur Beschreibung psychischer Störungen, deren Existenz eher umstritten war. Gerade diese so genannten „zweifelhaften Gemütszustände“ waren für die forensische Praxis von besonderer Bedeutung.

Method: Anhand von archivalischen und gedruckten Quellen soll gezeigt werden, dass der Einfluss der „psychischen Ärzte“ im Verlauf des 19. Jahrhunderts immer mehr zunahm.

Diskussion/Ergebnisse: Die von Medizinern gestellten Diagnosen sollten den Richtern Hilfe und Unterstützung bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eines Täters geben, führten häufig jedoch zu Kompetenzstreitigkeiten. Eine dieser zweifelhaften psychiatrischen Krankheitsbilder war die von dem berühmten französischen Psychiater Jean Étienne Dominique Esquirol (1772–1840) beschriebene Monomanie. Diese war eine sehr häufig gestellte, jedoch auch sehr umstrittene Diagnose, da sie nur einzelne Handlungen der Kranken, die vordergründig auffallend waren, in den Mittelpunkt der psychiatrischen Betrachtung stellte. Viele Juristen aber auch Mediziner sahen ihn ihr lediglich ein bequemes Verteidigungsmittel. In der forensischen Praxis, dies lässt sich anhand der damaligen Fachliteratur und weiterer Quellen nachweisen, war die Lehre der Monomanien seit etwa den 30-iger Jahren des 19. Jahrhunderts von außerordentlicher Bedeutung. Mit ihrer Hilfe unterstrichen die Mediziner und insbesondere Psychiater ihren Anspruch, nicht mehr nur in offensichtlichen Fällen von psychischen Erkrankungen forensisch tätig zu werden, sondern gerade auch, wenn diese nicht augenscheinlich zu Tage traten. Obwohl das Konzept der Monomanie noch im 19. Jahrhundert weitestgehend aufgegeben wurde, setzte es einen Meilenstein für eine Entwicklung, die dem Psychiater dauerhaft eine wichtige Rolle bei der Beurteilung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher einräumte. Damit trug die Monomanielehre in besonderem Maße zur Etablierung der forensischen Psychiatrie bei.

0168

„Einsicht“ in der Psychiatrie

Kristin Rabovsky (UPK Basel, Allgemeine Psychiatrie)

Einleitung: „Einsicht“ spielt eine grosse Rolle in der Psychiatrie. Die Krankheitseinsicht des Patienten korreliert eng mit seiner Compliance, Einsichtsfähigkeit ist ein bedeutsames Kriterium bei der Begutachtung u.a. von Urteils- und Zurechnungs- (CH) bzw. Geschäfts- und Schuldfähigkeit (D), und Einsicht gilt als signifikanter Wirkfaktor in der Psychotherapie. Konzeptionell ist sie eng mit weiteren komplexen Begriffen wie Verstehen, Bewusstheit, Vernunft und Wille verbunden. Die Uneinheitlichkeit der zugrundeliegenden Konzepte ist möglicherweise ein wesentlicher Bedingungsfaktor für die inkonsistenten bis widersprüchlichen empirischen Befunde bzgl. Krankheitseinsicht. Trotz der verbreiteten Verwendung des Begriffs werden bei Begutachtungen direkte Stellungnahmen zur Einsicht(sfähigkeit) häufig zugunsten von Aussagen über benachbarte Aspekte (Psychopathologie, Willensbildung, Steuerungsfähigkeit) vermieden.

Method: Die zugrundeliegende Arbeit soll zur Klärung des Einsichtsbegriffs im psychiatrischen Kontext beitragen. Methodisch liegt eine umfangreiche Literaturrecherche unter Einbezug sämtlicher Psychiatrie-relevanten Datenbanken (medline, Psynex, PsycInfo), sowie von Handbüchern und Monographien zugrunde. Desweiteren wurden der Index- und verwandte Begriffe auf der Basis einer Übersicht über die neurologische, (neuro-)psychologische, neurowissenschaftliche, philosophische und juristische Literatur (letztere auf die Schweiz und Deutschland beschränkt) analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Präsentation wird einen Überblick über bisherige Befunde geben. Auf der Basis der (europäischen) Begriffs- und Ideengeschichte werden ausgewählte Aspekte (Krankheitseinsicht, Einsicht als Kriterium für Urteils- und Einwilligungsfähigkeit, und Einsicht im Kontext von Zurechnungsfähigkeit) hinsichtlich theoretischer Begründungen, Definitionen, Untersuchungsmethoden und empirischer Studienergebnisse analysiert. Problemfelder wie die uneinheitliche Begriffsverwendung und inkonsistente Daten, sowie – als wesentlicher Aspekt – die schwer zugängliche subjektive Dimension von Einsicht (das „Erleben“ von Einsicht bzw. das „Aha“ Wolfgang Köhlers) werden identifiziert und im Hinblick auf mögliche Lösungen

diskutiert. Die Notwendigkeit von interdisziplinären, innovativen und gut durchdachten Strategien für die Untersuchung dieses komplexen und klinisch hochrelevanten Phänomens wird zunehmend deutlich. Ein historisch, empirisch und aufgrund der modernen Literatur gestütztes integratives Modell wird vorgeschlagen, klinische und wissenschaftliche Implikationen werden erörtert.

0169

Psychopharmaka-Spiegel bei Gutachten in Pensionsverfahren

Christian Geretsegger (Christian Doppler Klinik, Psychiatrie, Salzburg)

Einleitung: Psychische Krankheiten nehmen weltweit als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Pensionierungen zu. Die Kosten psychischer Krankheiten betragen ca. 3–4% des Brutto-Inlandsprodukts (BIP), hauptsächlich verursacht durch Produktivitätsverlust (Frühpension, Invalidität). Bei der Mehrzahl der gerichtsanhängigen Pensionsverfahren in Österreich ist zumindest eine psychische Krankheit – zumeist Depression – neben den mehr oder weniger zahlreichen körperlichen Beschwerden ein Grund für den Pensionsantrag. Von vielen Untersuchten wird eine relativ große Menge angeblich regelmäßig eingenommener Medikamente angegeben und oft in Säcken mitgebracht, darunter meist mehrere Psychopharmaka. Häufig wird noch dazu angeführt, dass das Leben sowieso nur unter Einnahme dieser Medikamente halbwegs erträglich sei. Um die behauptete regelmäßige Einnahme der Psychopharmaka zu überprüfen, wurden bei all diesen Untersuchten eine Blutspiegelbestimmung der angeblich eingenommenen Antidepressiva, Mood Stabilizer und Antipsychotika durchgeführt.

Method: Bei allen Untersuchten wurde eine genaue Medikamentenanamnese erhoben. Die Blutabnahme erfolgte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung, die Analysen wurden im Labor des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Bisher wurde die Untersuchung an 85 Personen durchgeführt (52 weiblich, 33 männlich). Die Mehrheit der Untersuchten stammt aus Österreich (56,5%), die übrigen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Bei 45 (52,9%) der Untersuchten betrug der gemessene Blutspiegel für die primäre psychopharmakologische Medikation 0,0 ng/ml, bei weiteren 5 (5,9%) lag der Spiegel nahe am Null-Wert. Nur bei 23 (27,1%) der Personen lag er im Referenzbereich. Bei 75 (88,2%) Personen wurde eine affektive Störung nach ICD 10 diagnostiziert (67 Depression, 5 Dysthymia, 3 Manie), davon bei 24 eine schwere Depression (F32.2; 33.2). Im Vergleich zwischen Österreichern und Ausländern bestehen keine statistischen Unterschiede bezüglich der gemessenen Blutspiegel. Mehr als die Hälfte der Probanden hat die verordneten Psychopharmaka überhaupt nicht eingenommen, etwa ein weiteres Fünftel in zu niedriger Dosierung oder unregelmäßig. Auch in der Gruppe mit einer schweren Depression war die Compliance nicht besser. Zu diskutieren ist die Frage, ob es bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme zu einer Besserung der psychischen Symptome kommt und ob die Medikamenteneinnahme Einfluss auf Pensionsverfahren, Pensionierungen etc. hat, was auch für andere medizinische Bereiche (bes. Innere Medizin) zu diskutieren ist.

0170

Die Saisonalität von Gewaltdelikten. Eine epidemiologische Studie anhand von Körperverletzungsdelikten im Raum Mittelfranken

Udo Reulbach (Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Erlangen)

R. Stange, W. Sperling, J. Kornhuber, S. Bleich, A. T. Biermann

Einleitung: Die Existenz und die saisonalen Mustern zugrunde liegenden Mechanismen werden schon seit längerem kontrovers diskutiert und sind bislang unklar geblieben.

Method: Die vorliegende epidemiologische Studie umfasste 16843 Gewaltdelikte von schwerer bis gefährlicher Körperverletzung, die in Mittelfranken (Bayern) zwischen 1999 und 2003 verübt wurden. Diese

wurden bezüglich ihrer saisonalen Komponenten untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die rate ratio stieg von Februar bis zu ihrem Gipfel im Juni an (1,18; 95%-KI: 1,10–1,27; $p < 0.0001$). Weitere Häufigkeitsgipfel wurden im Frühling beobachtet (1,07; 95%-KI: 1,03–1,12; $p < 0.001$) sowie im Sommer (1,05; 95%-KI: 1,01–1,10; $p = 0.0001$), Tiefpunkte dafür im Winter (0,91; 95%-KI: 0,87–0,95; $p < 0.001$) und Herbst (0,96; 95%-KI: 0,92–1,00; $p = 0.0068$). Sowohl das Alter der Täter und der Opfer war signifikant mit den Monaten und der Jahreszeit, in der das Verbrechen stattfand, assoziiert. Die monatliche Verteilung der Gewalt ($\chi^2 = 85,7$; $p < 0.001$) und die Saisonalität ($\chi^2 = 50,3$; $p < 0.001$) unterschieden sich hinsichtlich des Tatortes (Im Freien bzw. im Hause), wobei zwischen April und Oktober mehr Gewaltdelikte im Freien verübt wurden.

0171

Einstellungen und Einschätzungen von Mitarbeitern psychiatrischer Aufnahmestationen zu Zwangsmaßnahmen

Jan Bergk (ZfP Weissenau, Ravensburg)
T. Steinert

Einleitung: Zwangsmaßnahmen gehören für Mitarbeiter psychiatrischer Aufnahmestationen mit zu den größten Belastungen. Am häufigsten werden Isolierung und Fixierung durchgeführt.

Methode: Mittels eines selbst entwickelten Fragebogens wurden Mitarbeiter zu einer kurz zuvor von ihnen durchgeführten Zwangsmaßnahme befragt, wie stark die Menschenwürde, die Bewegungsfreiheit, die Selbstbestimmung beeinträchtigt waren, in welchem Ausmaß Zwang angewendet wurde und die Kontaktmöglichkeiten eingeschränkt waren. Gleichzeitig wurde von den Mitarbeitern eingeschätzt, wie Isolierung und Fixierung im Allgemeinen die genannten Menschenrechte einschränken. Zudem wurde die subjektive Belastung der Mitarbeiter während der Zwangsmaßnahme erfasst. Es wurden 39 Mitarbeiter zu 102 Zwangsmaßnahmen (Isolierung $n = 60$, Fixierung $n = 42$) befragt.

Diskussion/Ergebnisse: Isolierung wird im Allgemeinen als die weniger beeinträchtigende Zwangsmaßnahme eingeschätzt und im Allgemeinen präferiert. Bei der konkreten Beurteilung kurz zuvor durchgeführter Zwangsmaßnahmen wird Fixierung als die wesentlich stärker einschränkende Maßnahme im Hinblick auf die Beeinträchtigung von Menschenrechten eingeschätzt. Trotz der Bevorzugung von Isolierung im Allgemeinen wird die jeweils durchgeführte Zwangsmaßnahme für die angemessenste gehalten, auch wenn Fixierung durchgeführt wurde.

0172

Gibt es Unterschiede zwischen Isolierung und Fixierung hinsichtlich der Beeinträchtigung von Menschenrechten? Erste Ergebnisse einer randomisierten Studie

Jan Bergk (ZfP Weissenau, Ravensburg)
T. Steinert

Einleitung: Etwa 10% aller stationär psychiatrisch behandelten Patienten werden zwangsbehandelt, meist werden Isolierung und Fixierung angewendet. Es gibt Forderungen, die „least restrictive alternative“ anzuwenden. Jedoch sind keinerlei Daten mit höherem Evidenzgrad verfügbar, welches die am wenigsten beeinträchtigende Maßnahme ist.

Methode: Es wurde eine Kohortenstudie mit optionaler Randomisierung durchgeführt zur Frage, ob es einen Unterschied in der subjektiven Einschätzung der Patienten hinsichtlich der Einschränkung von Menschenrechten während Isolierung und Fixierung gibt. Ein Fragebogen zur Beeinträchtigung von Menschenrechten während Zwangsmaßnahmen wurde für diese Fragestellung entwickelt.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt wurden 233 Patienten in einem Zeitraum von 2 Jahren gescreent. Analysiert werden konnten die Daten von 102 Patienten. Davon erfüllten 26 Patienten die Einschlusskriterien für Randomisierung (Isolierung $n = 12$, Fixierung $n = 14$), 76 Patienten waren nicht randomisiert (Isolierung $n = 48$, Fixierung $n = 28$). Weitere

Ergebnisse hinsichtlich der Einschränkung von Menschenrechten, Belastungen während Zwangsmaßnahmen, Traumatisierung, Wirksamkeit und Sicherheit werden präsentiert.

0173

Paranoide Persönlichkeitsstörung oder wahnhafte Störung – eine schwierige Differentialdiagnose im forensischen Kontext

Christian Prueter (Westfälisches Zentrum, Forensische Psychiatrie, Lippstadt)

Einleitung: Die differentialdiagnostische Einschätzung von Personen mit querulatorischem Verhalten im Erkennungsverfahren hinsichtlich der Abgrenzung zwischen paranoider Persönlichkeitsstörung und wahnhafter Störung stellt eine besondere Schwierigkeit dar. Insbesondere auch wegen der vergleichbaren Verhaltenstile und der häufigen Unkooperativität in der Untersuchung fällt eine Unterscheidung im Indexverfahren oft schwer.

Methode: Vorgestellt wird eine retrospektiven Analyse der Einweisungsgutachten von Patienten bei denen sich im Verlauf der Unterbringung im Maßregelvollzug ein Diagnosewechsel von der paranoiden Persönlichkeitsstörung zur wahnhaften Störung ergeben hat.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand dieser Analyse soll der Frage nachgegangen werden, ob bei sorgfältiger Anwendung psychopathologischer Kriterien die Differentialdiagnose bereits im Einweisungsverfahren möglich gewesen wäre.

0174

Basisdiagnostik im Maßregelvollzug bei Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen

Ulrike Rachvoll (Universität Rostock, Forensische Psychiatrie)
H. Eichberger, K. Schnoor, D. Karanediakova-Krohn, F. Häßler, D. Schläfke, R. Strohm, M. Gillner, J. Fegert

Einleitung: Ziel der vorliegenden Pilotstudie ist die differenzierte Diagnostik und Behandlung der Gruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen. Dabei stützten sich diese Überlegungen auf neuropsychologische Untersuchungen, die im Hinblick auf kriminelles Verhalten nahe legen, dass es vor allem persistent kriminelle und gewalttätige Straftäter sind, die in neuropsychologischen Testverfahren wiederholt Auffälligkeiten zeigen. Diese Studien beweisen und vermuten unterschiedliche Beeinträchtigungen in den exekutiven Funktionen bei Delinquenten und Personen mit Impulskontrollstörungen. Das herabgesetzte Funktionieren von exekutiven Systemen wird dabei mit antisozialem und aggressivem Verhalten assoziiert.

Methode: Im Rahmen einer Pilotstudie wurden 25 jugendliche, heranwachsende und junge erwachsene Patienten in den Kliniken für Forensische Psychiatrie Rostock, Stralsund und Ueckermünde neuropsychologisch sowie mittels weiterer Testinstrumente im Sinne einer erweiterten Differentialdiagnostik untersucht. Dabei wurden Patienten eingeschlossen, die sich aufgrund einer Einweisung gemäß § 64 StGB in einer Entziehungsmaßregelklinik befanden, die andere Gruppe umfasste Patienten, bei denen eine Maßregel nach § 63 StGB angeordnet wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse dieser Studie können einen Beitrag leisten, die zum Teil festgestellten Beeinträchtigungen in den exekutiven Funktionen zu bestätigen, wenngleich Auffälligkeiten nicht konsistent in allen untersuchten Bereichen festgestellt werden konnten. Defizite spiegelten sich insbesondere in den Bereichen wie Denkfähigkeit, Flüssigkeit sowie Konzentration wider sowie Wahrnehmungssensitivität und Insensitivität für Zukunftskonsequenzen. Zusammenfassend geben die Ergebnisse Anlass, über daraus abgeleitete therapeutische Implikationen nachzudenken. Aufgrund der Bedeutung der exekutiven Funktionen bezüglich eines erfolgreichen Abschlusses der Rehabilitation ist gerade in diesem Funktionsbereich eine detaillierte Diagnostik und darauf aufbauend ein klar strukturiertes Therapieprogramm für den Rehabilitationserfolg wichtig.

0175

Lockerungsverläufe bei jungen Straftätern im Maßregelvollzug

Ferdinand Keller (Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
K. Schnoor, U. Rachvoll, D. Karanedjalkova-Krohn, D. Schläfke, J. M. Fegert,
M. Köpke

Einleitung: Um die Entlassung des Täters und seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft vorzubereiten, werden im Maßregelvollzug graduell abgestufte Vollzugslockerungen gewährt. Für die Vergabe einer Lockerung gibt es Mindestanforderungen und klinikspezifische Handhabungen bezüglich der Zeiträume zwischen den Lockerungen, jedoch variiert die Länge der Zeit bis zur Gewährung der nächsten Lockerungsstufe personenabhängig sehr stark.

Methode: Im vorliegenden Beitrag wird die zeitliche Verteilung bis zum Erreichen bestimmter Lockerungsstufen bei der Gruppe der Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen im Maßregelvollzug in Mecklenburg-Vorpommern (MV) analysiert. Dazu herangezogen werden die Angaben des Sozialministeriums MV für die drei Einrichtungen Rostock, Stralsund und Ueckermünde. Die statistische Auswertung erfolgt mittels so genannter Survivalanalysen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Daten aus der Rostocker Klinik liegen bereits vor und zeigen bei den 90 Patienten (vorwiegend untergebracht nach § 64 StGB) eine breite Streuung in der Zeit bis zum Erreichen relevanter Stufen, aber auch eine relativ stetige Verteilung in der Survivalfunktion. Im nächsten Schritt werden diese Verläufe verglichen mit den Daten aus den beiden anderen Kliniken; außerdem sollen Subgruppen hinsichtlich ihrer Lockerungsverläufe verglichen und Prädiktoren für günstige Verläufe eruiert werden.

0176

Psychoedukative Gruppentherapie mit Patienten einer forensischen Therapieeinrichtung

Joachim Scharfetter (Universitätsklinik Wien, Allgemeine Psychiatrie)
H. Nassan-Agha, E. Resinger, S. Kasper

Einleitung: Seit Einrichtung unserer Institution 1997 führen wir an der Station eine wöchentliche Gruppentherapie für unsere Patienten durch. Im Lauf der Zeit hat sich der Charakter der Gruppentherapie gewandelt und ist nunmehr zu einer edukativ ausgerichteten, jedoch mit vielen psychotherapeutischen Elementen versehenen Veranstaltung geworden.

Methode: Angelehnt primär an das APES-Programm, jedoch auch andere Therapie-Manuale, wurde ein Programm mit Kernthemen und offenen Themen entwickelt. Einen prominenten Platz nehmen dabei speziell forensische Themen und Themen zum Krankheitskonzept Psychose ein. Die meisten Patienten werden an unserer Abteilung unter der Diagnose einer psychotischen Erkrankung (72%; meist Schizophrenie) behandelt, jedoch finden sich auch immer wieder Affektive Erkrankungen (11%), Persönlichkeitsstörungen (10%) etc. Die Patienten sind nach §429.4 StPO vorläufig angehalten, die Aufenthaltsdauer beträgt im Schnitt 6 Monate.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Evaluation unserer Gruppentherapie ist bislang noch nicht etabliert, eine Diskussion diesbezüglich soll aber auch auf dem Wege dieser Präsentation für uns Impulse geben. Die Besonderheiten des forensischen Settings mit daraus resultierender Notwendigkeit einer laufenden offenen Gruppe sollen präsentiert und diskutiert werden.

0177

Etablierung einer psychoedukativen Angehörigengruppe an einer forensisch-psychiatrischen Abteilung

Hadya Nassan-Agha (AKH-Wien, Allgemeine Psychiatrie)
E. Resinger, S. Kasper, J. Scharfetter

Einleitung: Seit Jahren gibt es im Bereich der allgemeinen psychiatrischen Grundversorgung im Deutschen Sprachraum ein inzwischen meist institutionalisiertes psychoedukatives Gruppenangebot, sowohl

für Patienten als auch für Angehörige betroffener Patienten. Der forensische Patient unterscheidet sich meist durch die Dauer, Schweregrad der Erkrankung und einem eher krisenhafteren Verlauf vom allgemein-psychiatrischen Patienten. Der erste stationäre Psychiatriekontakt vor Setzen des Deliktes war bei hierortigen Patienten im Durchschnitt vor elf Jahren. Dies impliziert für die Angehörigen der Patienten daher eine enorme Belastung. Für die Patienten bedeutet die Tatsache der Inhaftierung die Gefahr des Zusammenbruchs des sozialen Netzes. Ausgehend von dieser vulnerablen Situation haben wir für die Angehörigen dieser Patientengruppe eine psychoedukative Gruppe entwickelt. Inhaltlich soll neben Wissen über die Krankheit auch Wissen über rechtliche Rahmenbedingungen vermittelt werden, um die Angehörigen in die Therapie zu integrieren

Methode: Entwickelt wurde ein sechsteiliges Programm für eine von zwei Leitern geführte, geschlossene Gruppe unter der Teilnahme eines „stillen Beobachters“, der der Gruppenleitung Feedback gibt. Die ersten vier Einheiten umfassten ein Pflichtprogramm, das sich nach einer einführenden Sitzung den Themen psychische Erkrankung, Forensik und Therapie widmet. In den zwei letzten Sitzungen wurde auf Wunsch der Teilnehmer auf den Themenkomplex „Notfallplan und Krisenintervention“ sowie „Pharmakotherapie“ eingegangen. Begleitend findet eine Evaluierung mittels spezieller Fragebögen für die Angehörigen statt.

Diskussion/Ergebnisse: Der erste Durchgang der psychoedukativen Angehörigengruppe konnte erfolgreich beendet werden. Es werden erste Daten bezüglich der Teilnehmer vorgestellt werden. Weiters sollen Alternativen zum Erfolgsparameter Rückfallshäufigkeit diskutiert werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.2

S-050 Symposium**Psychopathy: Therapie – Neurobiologie – Begutachtung**

Vorsitz: J. Müller (Göttingen), H. Saß (Aachen)

0244

Wirklich unverbesserlich? – Therapieansätze bei Psychopathie

Nahlah Saimeh (Westfälisches Zentrum, Forensische Psychiatrie, Lippstadt)

Menschen mit Psychopathy im Sinne des anglo-amerikanischen Konstrukts zeichnen sich durch gewohnheitsmäßige Delinquenz und ungünstiger Legalprognose aus. Sie beschäftigen von daher vor allem die Justiz und die Forensische Psychiatrie als gutachterliche, aber auch therapeutische Disziplin. Wenngleich das Ausmaß der Störung des Persönlichkeitsgefüges sicher geeignet ist, die Kriterien einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ zu erfüllen, so sind die Dekulpationsbestrebungen in diesen Fällen eher gering. Als komplexe Störung des Sozial- und Bindungsverhaltens, des affektiven Erlebnisfähigkeit und der kognitiven Prozesse ist die Psychopathy korreliert mit dem Beginn kriminellen Verhaltens im Jugendalter, und fortgesetzter polytroper Kriminalität. Über die dissoziale Persönlichkeitsstörung, die ebenfalls durch deutliche Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Unfähigkeit zum Lernen aus Bestrafung und geringe Schwelle für aggressives Verhalten gekennzeichnet ist, geht die Psychopathy jedoch hinaus. Während Rauffleisch in der Dissozialität eine Pathologie der Gewissensinstanz entdeckt und nicht das Fehlen von Gewissen selbst und zudem eine enge Verbindung zur Depression aufzeigt, besteht bei Psychopathen eine negative Beziehung zu Affektstörungen. Es wird bei den Psychopathen ferner nach Lernverhalten, Impulskontrolle und sozialer Geselligkeit unterschieden. Der Vortrag beschäftigt sich mit dem Versuch, die Psychopathy von der Dissozialität zu differenzieren und, ausgehend von dieser Typisierung, für unterschiedliche „Dissozialitäten“ verschiedene Therapiekonzepte aufzuzeigen, aber auch Grenzen darzustellen. Stellung bezogen wird auch auf die Vor- und Nachteile separater Schwerpunktsta-

tionen in Forensischen Kliniken. Literatur: B.M. Hicks, K. E. Markon, C. J. Patrick, R. F. Krueger: Identifying Psychopathy Subtypes on the Basis of Personality Structure. *Psychological Assessment* 2004; 16, 3: 276–288, A. Möller, D. Hell: Das gegenwärtige Verständnis des Psychopathiebegriffes in der forensischen Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 2001; 69: 597–602 C. Nuhn-Naber, U. Rehder: Psychopathie- Gegenindikation für Sozialtherapie? *Mschr. Krim.* 2005; 88, 4: 257–272 S. Pridmore, A. Chambers, M. Mc Arthur: Neuroimaging in psychopathy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39: 856–865 U. Rauchfleisch: Außenseiter der Gesellschaft. Vandenhoeck & Ruprecht 1999 H. Walter: Emotionale Dysfunktion, Psychopathie und kognitive Neurowissenschaft. *Nervenarzt* 2005; 76: 557–568

0245

Emotionsmodulation bei Psychopathie mit Hilfe funktioneller Bildgebung in Echtzeit

Ralf Veit (Universität Tübingen, Institut für Med. Psychologie)

Einleitung: Psychopathie ist gekennzeichnet durch eine verminderte Emotionalität, die sich in furchtlosem, abgestumpftem und gefühllosem Verhalten widerspiegelt, das weder Reue noch Schuld kennt. Die gestörte Verarbeitung von emotionalen Inhalten bei Psychopathen konnte wiederholt in psycho- und neurophysiologischen Studien bestätigt werden und umfasst eine Vielzahl abnorm veränderter physiologisch-humoraler (z.B. Schreckreflex, Hautleitfähigkeit), motorisch-behavioraler (Disinhibition, Perservation, passives Vermeidungsdefizit) und subjektiv-verbaler (Valenz/Arousal) Merkmale. Studien unter Verwendung bildgebender Verfahren konnten bei Psychopathen eine veränderte, meist verminderte Aktivierung im limbischen und paralimbischen System bei emotionalen Aufgaben feststellen.

Methode: Methodische und technische Weiterentwicklungen in den letzten Jahren ermöglichen die Echtzeitrückmeldung von lokaler Hirndurchblutung mittels funktioneller Bildgebung (realtime = rt-fMRI). Die Selbstregulation der lokalen BOLD Antwort (ein Korrelat neuronaler Aktivität) mittels rt-fMRI ist ein neues Paradigma in den kognitiven Neurowissenschaften. Aktuelle Daten belegen, dass durch rt-fMRI Feedback die Regulation umschriebener Hirnareale erleichtert wird und erfolgreiche Selbstregulation Auswirkungen auf das Verhalten hat. Die Studie haben wir auf 2 emotionsrelevante Regionen beschränkt. Die ventrale anteriore Inselregion, die beim Wiedererleben emotionaler autobiographischer Ereignisse eine bedeutsame Rolle spielt und die Amygdala, die eine Schlüsselrolle in der Neurobiologie der Emotionen besitzt.

Diskussion/Ergebnisse: Aktuelle Daten zeigen, dass Psychopathen teilweise in der Lage sind durch mentale Vorstellung (z.B. negative persönliche Erlebnisse) eine Veränderung der Gehirndurchblutung in den beschriebenen Arealen zu erreichen und dass diese Veränderungen mit einer erhöhten Empfindlichkeit für emotionale Inhalte einhergeht, und zwar dahingehend, dass negative Emotionen auslösendes Stimulusmaterial nach Selbstregulation im Vergleich zur Baseline mit niedriger Valenz bewertet wird. Mit dem Erlernen der Selbstregulation emotionsrelevanter Areale mit Hilfe von rt-fMRI setzt unser Verfahren auf neurobiologischer Ebene an. Dies ermöglicht zum einen ein tieferes Verständnis der Neurobiologie der Psychopathie. Zum anderen könnte diese Ebene, die bislang im therapeutischen Prozess mit Psychopathen vernachlässigt wurde, als zusätzliche Maßnahme zur Therapie psychopathischer Straftäter eingesetzt werden. Da Verhaltensänderungen in kortikalen Arealen repräsentiert sind, könnte unser Verfahren auch für Verlaufs- und Erfolgskontrolle therapeutischer Interventionen eingesetzt werden.

0246

Hirnstrukturelle Veränderungen bei Psychopathy – Eine VBM Studie

Jürgen Müller (Universität Göttingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Das gegenwärtige „Psychopathy“-Konzept fußt auf einer langen Tradition zur Beschreibung dissozialen Verhaltens. Mit Hilfe der

PCL-R können homogene Gruppen von Probanden mit „Psychopathy“, einer Unterform der dissozialen bzw. der antisozialen Persönlichkeitsstörung auch zu empirischen Forschungszwecken definiert werden. Trotz verschiedener Studien sind die neurobiologischen Grundlagen „psychopathischen“ Verhaltens weiterhin unklar. Verschiedene Studien wiesen auf eine Veränderung präfrontaler beziehungsweise temporaler Hirnareale als wesentlich in der Pathogenese der „Psychopathy“ hin.

Methode: Um strukturelle Hirnveränderungen bei Probanden mit „Psychopathy“ nach Hare zu untersuchen, nutzten wir das Verfahren der Voxel basierten Morphometry (VBM), einer Ganzhirn Analysetechnik, um Regionen spezifische Veränderungen der grauen Substanz bei 17 forensischen Patienten mit hohen PCL-R Werten (PCL-R >28) und 17 Kontrollprobanden mit niedrigeren PCL-R Werten (PCL <10) zu untersuchen.

Diskussion/Ergebnisse: Wir fanden signifikante Volumenminderung der grauen Substanz in fronto-temporalen Hirnregionen bei Probanden mit „Psychopathy“ im Vergleich zu Kontrollprobanden. Insbesondere fanden wir eine hoch signifikante Volumenminderung des rechten suprioren temporalen Gyri ($p < 0.05$ corr.). Dies ist die erste VBM-Studie, die darauf hinweist, dass „Psychopathy“ mit einer Veränderung insbesondere des rechten suprioren temporalen Gyri verbunden ist. Dies unterstützt die Hypothese, dass ein dysfunktionales fronto-temporales Netz kritisch an der Pathogenese der „Psychopathy“ beteiligt ist.

0247

Implikationen des Konstruktes Psychopathy für die gutachtliche Beurteilung

Henning Saß (Universitätsklinikum, Aachen)

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 10

S-068 Symposium

Stalking – von der Neurobiologie bis zur Forensischen Praxis

Vorsitz: H. Dreßing (Mannheim), P. Gass (Mannheim)

0333

Neurobiologie von Stalkern

Peter Gass (ZI für Seelische Gesundheit, Forensik, Mannheim)

Einleitung: Mit dem Begriff Stalking wird ein abweichendes Verhaltensmuster beschrieben, das darin besteht, dass der Stalker eine andere Person belästigt, verfolgt und bedroht, was in der Regel beim Opfer Angst auslöst. Stalkingverhaltensweisen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Hinter den relativ gleichförmig erscheinenden Stalkingverhaltensweisen verbergen sich allerdings sehr unterschiedliche Täter, Täter-Opfer-Beziehungen und Motivationsstrukturen. Auf psychopathologischer Ebene finden sich einerseits bei Stalkern daher mitunter ganz unterschiedliche Achse I oder II Störungen, wobei sich andererseits auch häufig keine eindeutigen Störungen im Sinne der DSM-IV oder der ICD-10 identifizieren lassen. Derzeit gibt es auch kaum neurobiologische Konzepte für Stalkingverhalten. Angesichts des zunehmenden Problembewusstseins bezüglich Stalkingverhalten (Stalkinggesetz) ergibt sich Frage, inwieweit diese Verhaltensweisen mit biologisch messbaren Parametern korrelieren, ob es gar neurobiologische Erklärungsansätze gibt, und ob diese bestimmte Therapiemöglichkeiten bzw. ein Therapiemonitoring nahe legen könnten. Dies soll im vorliegenden Vortrag in ersten Ansätzen diskutiert werden.

Methode: Im Fokus stehen hier zwei Typen von Stalkern: 1.) solche, die einen früheren Intimpartner verfolgen, der sie inzwischen zurückgewiesen hat; 2.) solche, die einen Fremden/Bekannten mit unerwiderten romantischen Avancen verfolgen. Der Autor diskutiert dabei Bildgebungsstudien von Verliebten, die nahe legen, dass diese Art von Stal-

king mit einer erhöhten Aktivität subkortikaler dopaminerger Bahnen des „Reward-Systems“ einhergehen könnte, möglicherweise in Verbindung mit einer erniedrigten zentralen serotonergen Aktivität.

Diskussion/Ergebnisse: Der Autor schlägt ein Set von neurobiologischen Parametern vor, die möglicherweise zu den gezeigten Verhaltensauffälligkeiten beitragen könnten, als da wären fokussierte Aufmerksamkeit, erhöhtes Energieniveau, permanentes Nachstellen, obsessives Denken an und impulsives Verhalten gegenüber dem Opfer. Dazu wird ein eigenes Fallbeispiel präsentiert werden.

0334

Psychiater als Stalkingopfer

Gian Maria Galeazzi (Department of Neuroscience TCR, University of Modena)

Einleitung: Stalking, a behavioural pattern characterized by persistent and unwanted attentions which cause distress to the target, is of common occurrence in the general population. Psychiatrists are considered to be a professional category at heightened risk to become victims of stalking by clients, but research on this topic is scant and sparse.

Methode: Evidence regarding occurrence and consequences of stalking to mental health professionals is presented, reviewing own published research and relevant literature retrieved from Medline and PsycINFO databases from 1990 to mid 2006.

Diskussion/Ergebnisse: Despite general problems in defining and operationalising stalking and specific problems pertaining to the mental health setting, three surveys with sound methodology have found a cumulative incidence of stalking to mental health professionals ranging from 10 to 20%. Consequences for the victims are high, not only in terms of psychological well being and work morale, but also because of the associated risk of physical violence and the adoption of increased safety measures. Albeit there is still no definitive evidence that victimisation rate is higher than in other professional groups, the already documented extent of the problem calls for the importance education, training and clear guidelines to prevent, recognise early and minimizing consequences of stalking by patients.

0335

Gewaltvorhersage und Risikomanagement bei Stalkern

Isabel Wondrak (Techn. Universität Darmstadt, Inst. Psychologie–Sicherheit, Aschaffenburg)

Bei einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen tritt Stalking gemeinsam mit physischer Gewalt auf. Eine an der TU Darmstadt durchgeführte Befragung von Stalkingopfern fand beispielsweise, dass jedes fünfte Opfer bereits einmal geschlagen oder mit einer Waffe angegriffen wurde. Internationale Studien haben zwar mehrere einschlägige Risikofaktoren herausarbeiten können, ein generelles Instrument zur Gewaltprognose in Fällen von Stalking wurde bislang jedoch nicht publiziert. Vorgestellt wird ein differentielles Modell, welches davon ausgeht, dass verschiedene Entwicklungswege zu Gewalttaten bei Stalking existieren, die von jeweils spezifischen Risikofaktoren begleitet sind. Eine Möglichkeit der praxisnahen Anwendung des Modells wird vorgestellt. Dabei werden auch Instrumente des Bedrohungsmanagements vorgestellt, die qualitative Analysen des Einzelfalles ermöglichen.

0336

Gesundheitliche Folgen von Stalking und Folgerungen für die psychiatrische Versorgung

Christine Kühner (ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

Einleitung: Weltweit existieren nur wenige epidemiologische Studien, die Aufschluss über die Verbreitung von Stalking in der Bevölkerung und dessen Auswirkungen auf die Opfer geben. Studien aus dem an-

gloamerikanischen Raum legen nahe, dass ca. 4–10% der männlichen und 12–30% der weiblichen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von Stalking werden. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen von Stalking auf die Opfer und Möglichkeiten therapeutischer Interventionen.

Methode: Neben einer Übersicht aus anderen Studien werden anhand von Daten der Mannheimer Stalking-Studie (Bevölkerungsstichprobe, n=675) Zusammenhänge zwischen Stalking-Viktimisierung und psychischer Gesundheit vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Im Vergleich zu Nichtopfern war das aktuelle psychische Befinden von Stalking-Opfern in unserer Studie deutlich reduziert. Sie hatten höhere Raten an psychischen Störungen (50% vs. 22%), insbesondere an komorbiden psychischen Störungen (22% vs. 5%) sowie höheren Medikamentengebrauch aufgrund psychischer Probleme. Die Auswirkungen von Stalking auf männliche und weibliche Opfer waren weitgehend vergleichbar. Aufgrund der hohen Relevanz des Themas wird für eine stärkere Berücksichtigung der Problematik in der ärztlichen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung plädiert.

0337

Begutachtungsproblematik bei Stalkingfällen

Harald Dreßing (ZI für Seelische Gesundheit, Forensik, Mannheim)

Einleitung: Mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 11% ist Stalking ein weit verbreitetes Phänomen. Hinter den relativ gleichförmig erscheinenden Stalkingverhaltensweisen verbergen sich sehr unterschiedliche Täter, Täter-Opferbeziehungen und Motivstrukturen. Aufträge zur Begutachtung von Stalkingfällen nehmen zu, die Tendenz dürfte in Anbetracht eines eigenen Straftatbestandes „Stalking“ weiter steigen.

Methode: Die bisher vorgelegten „Stalkertypologien“ stammen alle aus dem angelsächsischen Raum und sind deshalb für die Begutachtung in Deutschland nur bedingt tauglich, zumal die psychopathologische Dimension in diesen Typologien weitgehend vernachlässigt wird. Vorgestellt wird eine eigene multiaxiale Stalkertypologie, die für die Schudfähigkeitsbegutachtung nach deutschem Recht einen Leitfaden darstellt, sowie relevante Prognosekriterien für die Risikoeinschätzung einer gewalttätigen Eskalation bei Stalking.

Diskussion/Ergebnisse: Die Schudfähigkeitsbegutachtung von Stalkingfällen muss differenziert erfolgen. In der großen Mehrzahl der Fälle sind die Täter für ihr Verhalten als verantwortlich anzusehen. Es gibt aber auch eindeutig psychotisch motiviertes Stalking sowie Grenzfälle, in denen aufgrund einer psychopathologischen Entwicklung möglicherweise eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit vorliegt. Die für die Prognosebeurteilung relevanten Kriterien unterscheiden sich teilweise erheblich von den üblichen Prognosekriterien. Das gilt insbesondere für die Prognose schwerer Gewalthandlungen im Kontext von Stalking.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 10

S-085 Symposium

Neurobiologie forensisch relevanter Störungen

Vorsitz: J. Müller (Göttingen), M. Rösler (Homburg)

0415

Inhibition bei Erwachsenen mit ADHS – eine Studie mittels transkranieller Magnetstimulationstechnik (TMS)

Marc Schneider (Universität des Saarlandes, Neurozentrum IGPUP, Homburg)

Einleitung: Mit Hilfe der Doppelpuls-Stimulationstechnik kann die transkranielle Magnetstimulation inhibitorische und exzitatori-

sche Mechanismen des Motorkortex analysieren. Von besonderem wissenschaftlichen und forensischem Interesse sind hierbei ADHS-Patienten, die in Bezug auf ihre Psychomotorik Enthemmungspänomene im Sinne der Hyperaktivität und Impulsivität an den Tag legen. Die laufende Studie konnte bis dato 25 adulte Patienten mit ADHS gemäß den ICD-10 Kriterien rekrutieren, die mit dement-sprechenden alters- und geschlechtsgemachten Kontrollprobanden verglichen wurden.

Methode: Muskelaktionspotentiale (MAP) wurden mit einem Vorpuls gebahnt, der 20% unter der motorischen Ruheschwelle lag und mit einem Testpuls ausgelöst, der für sich genommen ein MAP von ca. 1mV erreicht. Die Zeitintervalle zwischen dem Vorpuls und dem Testpuls lagen variabel zwischen 1 und 31 ms. Während kurze Zeitintervalle (<5–7ms) MAP auslösen, die kleiner sind als das ursprüngliche Testpuls-MAP (<100% „Inhibition“), führen längere Zeitabstände zu fasilitatorischen Effekten im Sinne eines MAP über 100%.

Diskussion/Ergebnisse: In dieser Studie zeigt sich, dass adulte ADHS-Patienten eine signifikant niedrigere Inhibition an den Tag legen (20,8% des Testpuls-MAP versus 28,5% bei Kontrollen ($p<0,015$)). Die motorische Fazilitation ist bei adulten ADHS-Patienten mit Werten bis 167% des Testpuls-MAP im Vergleich zu 135% bei den Kontrollen verstärkt. Diese Ergebnisse deuten auf eine erhöhte motorische kortikale Exzitabilität bei adulten ADHS-Patienten. Neurophysiologisch finden sich in erster Hinsicht Effekte der verminderten motorischen Inhibition, die mit der Hyperaktivität und Impulsivität der ADHS-Patienten assoziierbar sind.

0416

Störung der Wahrnehmung emotionaler und sozialer Reize bei „Psychopathy“ – dysfunktionale Emotionsverarbeitung im fMRI

Johannes Schwerdtner (Bezirksklinikum Regensburg, Forensische Psychiatrie)

M. Sommer, U. Fritz, K. Döhnel, G. Hajak, J. Müller

Einleitung: „Psychopathy“ beschreibt eine Untergruppe der antisozialen Persönlichkeitsstörung (DSM-IV), die häufig straffällig wird und auch durch Gewalttaten auffallen. Im Verhalten zeigt diese Gruppe eine geringe Wahrnehmung für Risikosituationen, sodaß die Hypothese von einer eingeschränkten Wahrnehmung in sozialen Situationen und dem Erkennen von emotionalen Gesichtsausdrücken gestellt wird. Blair et al. konnten eine selektive Einschränkung im Erkennen von traurigen und wütenden Gesichtern bei psychopathischen Jugendlichen feststellen. Ziel unserer Untersuchung ist der Nachweis von dysfunktionalen Hirnarealen, die eine veränderte Emotionsverarbeitung bei „Psychopathy“ bedingen könnten.

Methode: Anwendung eines Match/Mismatch-Paradigma für die emotionale Gesichtererkennung im fMRI. In einem Reiz-Reaktionsversuch mit Ekman-Tafeln und Bildern aus dem International Affective Picture System (IAPS) an insgesamt 48 Probanden mit „Psychopathy“, einer forensischen Kontrollgruppe aus dem Maßregelvollzug und einer gesunden Kontrollgruppe wurden die Fehlerrate und die Aktivierungsmuster während der Untersuchung erfasst. Anschließend wurde für das Bildmaterial ein Rating für die Einzelemotionen Trauer, Freude, Ekel, Ängstlichkeit und Neutral durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Das Paradigma war geeignet Unterschiede in der Wahrnehmung der Einzelemotionen für die verschiedenen Probandengruppen abzubilden. Ekel und Ängstlichkeit wurde signifikant weniger von der Gruppe mit „Psychopathy“ gegenüber den anderen beiden Kontrollgruppen erkannt. Die Fehlerrate für „match“ war deutlich höher bei „Psychopathy“. Es wird eine verminderte Aktivierung im medialen PFC, dem rechten superioren temporalen Sulcus und den Amygdala erwartet, da diese Hirnareale bei der Verarbeitung emotionaler Gesichtsausdrücke und der sozialen Wahrnehmung bei Gesunden eine entscheidende Rolle spielen.

0417

Neuronale Korrelate abnormen sexuellen Verhaltens in der Paedophilie

Georg Northoff (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

M. Walter, K. Schiltz, B. Bogerts, J. Witzel

Einleitung: Patienten mit einer Pädophilie zeigen sowohl emotionale Auffälligkeiten als auch Defizite in der kognitiv-emotionalen Impulskontrolle.

Methode: Wir haben daher ein Paradigma zur kognitiven Kontrolle von Emotionen mittels Aufmerksamkeit entwickelt; es wurden 13 pädophile und 13 gesunde Probanden untersucht

Diskussion/Ergebnisse: Die pädophilen Patienten zeigten signifikante Defizite im ventromedialen und ventrolateralen präfrontalen Kortex (VMPFC, VLPFC) sowie im Mittelhirn im Vergleich zu gesunden Probanden. Der VMPFC wird mit emotionalen Processing assoziiert und der VLPFC mit der kognitiven Kontrolle von Emotionen. Unsere Befunde sind daher in guter Übereinstimmung mit den klinischen Auffälligkeiten im emotionalen Bereich und der gestörten kognitiv-emotionalen Impulskontrolle.

0418

Veranlagung oder Prägung ? – Genetische Einflüsse gewalttätigen Verhaltens

Michael Rösler (Universität des Saarlandes, Neurozentrum IGPUP, Homburg)

W. Retz, C. Freitag, A. Reif, J. Thome, K.-P. Lesch

Einleitung: Für die Entwicklung gewalttätig-aggressiven Verhaltens werden neurobiologische und peristatische Faktoren verantwortlich gemacht.

Methode: In einer Studie mit 184 Probanden einer forensisch-psychiatrischen Begutachtungs-Population wurde die Assoziation von habituell gewalttätigem Verhalten mit Polymorphismen des Serotonintransporter-Gens (5HTTLPR) und des Monoaminoxidase-A-Gens (MAOA-μVNTR) sowie mit verschiedenen Entwicklungsparametern in der Kindheit untersucht. Es wurden in standardisierter Form sozialer Status der Primärfamilie, Familienstruktur, Gewalterfahrungen in der Kindheit, soziale Integration und Schulausbildung der Probanden beurteilt und als Adverse Environment Index (AEI, 0: günstig 2: ungünstig) erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: In univariaten Auswertungen zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen gewalttätigem Verhalten im Erwachsenenalter und hohem AEI ($p=0,002$) sowie ein Überwiegen der kurzen Allelvariante des MAOA-μVNTR Gens ($p=0,040$) und des 5HTTLPR s/s-Genotyps ($p=0,015$) in der Gruppe habituell gewalttätiger Probanden. In der multivariaten Analyse zeigten sich unabhängige Effekte des AEI und des MAOA-μVNTR sowie einer Interaktion zwischen 5HTTLPR Genotyp und AEI. Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass genetische und Umweltfaktoren die Entwicklung gewalttätigen Verhaltens begünstigen und weisen darauf hin, dass hierbei auch Interaktionen zwischen neurobiologischen und peristatischen Faktoren wirksam sind.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 04/05

S-116 Symposium

Kindstötung

Vorsitz: F. Haessler (Rostock), D. Schläke (Rostock)

0561

Sexuell motivierte Kindstötungen durch verheiratete Täter

Norbert Konrad (Charité Universitätsmedizin, Forensische Psychiatrie, Berlin)

Einleitung: Sexuell motivierte Tötungen an Kindern erregen in Deutschland regelmässig heftige Reaktionen in der Öffentlichkeit.

Method: Ausgehend von drei Kasuistiken werden tat- und tätertypologische Aspekte einer speziellen Tatsituation (Tötung durch verheiratete Täter) behandelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Partnerbeziehung in der institutionalisierten Form der Ehe wurde nicht nur als Maske nach außen eingesetzt, sondern auch mit der durch laienpsychologische Erwartungen gestützten Hoffnung verknüpft, pädophile und/oder sadistische Impulse zu verlieren.

0562

Motive für mütterliche Kindstötungen

Maya Krischer (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Köln)

0563

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Plötzlichem Kindstod, Münchhausen by proxy Syndrom und Infantizid

Frank Haessler (Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Plötzlicher Säuglingstod – sudden infant death syndrome (SIDS) ist die häufigste Todesursache im 1. Lebensjahr. Er ist definiert als der plötzliche und unerwartete Tod eines Säuglings, welcher weder durch die Vorgeschichte noch durch post-mortem Untersuchungen erklärt werden kann. Die Inzidenz in der BRD hat von 1,7 auf 1000 Lebendgeburten im Jahre 1990 auf 0,62 im Jahre 2000 abgenommen. Hinter 5 bis 11% der SIDS Fälle verbergen sich Infantizide. Diese Kindstötungen können durch ein Münchhausen by proxy Syndrom (MSBP) verursacht sein. MSBP ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes erfinden oder gar induzieren (provizieren), was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt.

Method: Anhand von drei Kasuistiken soll auf die Vielschichtigkeit der Problematik, die häufig fließenden Übergänge zwischen MSBP und Infantizid sowie die Differenzierungsmöglichkeiten eingegangen werden.

Diskussion/Ergebnisse: Für die Unterscheidung zwischen SIDS, MSBP und Infantiziden sollte auf sich wiederholende Krankheitssymptome, häufige Krankenhausaufenthalte bzw. ambulante Vorstellungen, keine verifizierbare Diagnose, eine gewisse Therapieresistenz, unklare Krankheiten oder Todesfälle bei Geschwistern, wiederholte Vergiftungs- bzw. Erstickungserscheinungen geachtet werden. Die Differenzierung sollte sehr sorgfältig und tiefgründig erfolgen, da die zu ziehenden Konsequenzen von Fall zu Fall variieren und weitreichend sein können.

0564

Infantizide – Erfahrungen aus Sicht eines Forensikers

Detlef Schläpke (Universität Rostock, Forensische Psychiatrie)

Einleitung: Gewalt an Kindern äußert sich sehr vielfältig in physischer, psychischer und sexueller Form sowie in Vernachlässigung. Die Kindstötung ist der schreckliche Kulminationspunkt von Gewalt oder psychischer Störung der Täterin/des Täters. Diese Kindstötungen erzeugen in Deutschland ein hohes Medieninteresse. Der Terminus Infantizid wird als Sammelbegriff für die Tötung von Kindern gebraucht, betrifft also als Opfer Neugeborene (Neonazide) als auch größere Kinder bis/über 12 Jahre (Filizide). Die Häufigkeitszahlen bezogen auf den Anteil an den Tötungsdelikten differieren zwischen 1–2 % in Deutschland und 5–6 % in den USA.

Method: Anhand eigener gutachterlicher Erfahrungen werden die Besonderheiten der Begutachtung der Täter und Täterinnen aufgezeigt. Sowohl für die Beurteilung der Schuldfähigkeit als auch der Kriminalprognose werden Beispiele aufgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Klassifikation der Infantizid-Täter erfolgt wie auch bei anderen Delikten mittels einer Persönlichkeitsbeschreibung und Diagnostik von psychiatrischen Erkrankungen. Die Besonderheit bei Infantiziden liegt in der sehr heterogenen Motivlage, die in Beziehung zur Persönlichkeit und psychischen Erkrankung betrach-

tet werden muss und den gesetzlichen Grundlagen gegenüber gestellt wird. Hierzu gibt es in der Literatur brauchbare Subtypisierungen der Täter/Täterinnen.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Stockholm 3

S-129 Symposium

Entwicklungen im Maßregelvollzug

Vorsitz: K. Leipziger (Bayreuth), J. Muysers (Langenfeld)

0624

Spezielle Qualitätssicherung in der Forensik, Entwicklung von Qualitätsstandards

Klaus Hoffmann (ZfP Reichenau, Forensische Psychiatrie)

M. Flesch

Einleitung: Im Unterschied zu den Krankenhausabteilungen des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZPR) ist die Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des ZPR nicht nach KTQ zertifiziert, profitiert aber von den entsprechenden Erfahrungen. Die Abteilung nahm an der multizentrischen COMSKILLS-Studie teil, in der unter anderem mit dem BEST-Index eine von allen Berufsgruppen mit den Patienten erarbeitete Einschätzung des Alltagsverhaltens sowie die heute aktuellen Prognoseskalen verwendet werden.

Method: Dargestellt werden die für den Maßregelvollzug übertragenen KTQ-Konzepte, ferner aktuelle Standards für Akutbehandlungen, psychotherapeutische und rehabilitative Verläufe, wie sie auch der Justiz mitgeteilt werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die durch KTQ und COMSKILLS verbesserte Transparenz der Verläufe erhöht die grundsätzliche Übereinstimmung zwischen Patienten und Mitarbeitern bei der Verwirklichung der Behandlungsziele, verringert damit Krisen und stellt einen Baustein zur gewünschten Verkürzung der Unterbringungszeiten dar.

0625

Kurzzeitprognosen und Standards von Lockerungsentscheidungen – ihr Stellenwert in der Einschätzung der Gefährlichkeit psychisch Kranker

Guntram Knecht (Asklepios Klinik Nord, Campus Ochsenzoll, Hamburg)

J. Muysers

Einleitung: Fremdgefährdung, Selbstgefährdung und impulsive Fehlhandlungen sind häufige Begleitphänomene psychischer Störungen. Die Fähigkeit zu einer adäquaten Risikoeinschätzung stellt deshalb ein zentrales Qualitätsmerkmal psychiatrischen Handelns dar. Diesbezüglich konnten inzwischen in der Forensischen Psychiatrie deutliche Fortschritte in Methodik und Entwicklung erzielt werden. Ihre Bedeutung und Anwendungsmöglichkeiten auch für eine verbesserte Prognosequalität im Gesamtfach werden dargestellt.

Method: Ein wesentlicher Fortschritt zum Erreichen korrekter Prognosen und Entscheidungen liegt in der Entwicklung und Verwendung strukturierter Instrumente zur Risikoeinschätzung. Vorgestellt wird u.a. ein modernes Instrument (START – Short Term Assessment of Risk and Treatability) zur Kurzzeitprognose verschiedener klinisch relevanter Risikobereiche. Erstmals werden dabei neben Risikofaktoren auch protektive Faktoren oder Stärken mitbeurteilt. Eingegangen wird auch auf die Methodik von wissenschaftlich begründeter Risikoeinschätzung und Risikomanagement mit notwendiger Informationsbasis, klinischer Modellvorstellung und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Diskussion/Ergebnisse: Die Standards von wissenschaftlich begründeten Kurzzeitprognosen und Lockerungsentscheidungen werden im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Risikomanagement bei psychisch Kranken diskutiert. Ganz neue Entwicklungen zeigen dabei in die Richtung, aus aktuellen Risikoeinschätzungen Leitlinien für die weitere Behandlung mit Relevanz sowohl für Maßregelvollzug als auch Allgemeinpsychiatrie abzuleiten.

0626

Das Spezielle des Maßregelvollzugs – nach welchen Regeln funktioniert er? Welche Aspekte sind für Prävention und Nachsorge bedeutsam?

Roland Freese (Forensische Ambulanz Hessen, Forensische Psychiatrie, Haina)

M. von der Haar

Die Möglichkeiten, aus dem Maßregelvollzug heraus präventiv tätig zu werden, sind begrenzt. Maßregelvollzug beginnt dort, wo Vorbeugung erfolglos war, die psychisch Störung chronifiziert ist und Straftaten bereits eingetreten sind. Eine direkte, primäre Prävention aus dem Maßregelvollzug heraus nicht praktisch nicht zu leisten. Allerdings kann der Maßregelvollzug sehr wohl im Sinne sekundärer Prävention sehr erfolgreich einer weiteren Chronifizierung und neuerlichen Straftaten entgegen wirken. Aktive Nachsorge aus den Institutionen des Maßregelvollzugs heraus und/oder die Befähigung Dritter zu suffizienter Nachbetreuung ehemaliger Patienten des Maßregelvollzugs reduzieren Rückfälligkeit in psychische Krankheit und Delinquenz signifikant. Insbesondere die Vermittlung spezifisch forensischer Blickweisen auf psychisch gestörte Menschen, die Weitergabe von Praktiken der Risikoeinschätzung, der Prognosebildung und des suffizienten Managements gegebener Risiken sollte sich zukünftig bei gezielter Anwendung in einer Vielzahl psychosozialer Bereiche positiv im Sinne einer tertiären Prävention auswirken. Der Beitrag wird die derzeitigen formalen Strukturen des bundesdeutschen Maßregelvollzugs und die jüngsten Entwicklungen darstellen sowie aufzeigen, wo und wie Möglichkeiten für kriminalpräventives Handeln ansetzen können oder aktuell bereits wirken.

0627

Stichtagserhebung gem. §§ 63 und 64 StGB – Ergebnisse mit Darstellung von regionalen Unterschieden

Michael von der Haar (Niedersächsisches LKH Wunstorf, Fachabteilung Bad Rehburg, Rehburg-Loccum)

K. Leipziger

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 10

S-141 Symposium

Die Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – nationale und internationale Perspektiven

Vorsitz: T. Steinert (Ravensburg), R. Müller-Isberner (Haina)

0687

Gewalttatenrisiko in der forensischen Psychiatrie und in der Allgemeinpsychiatrie

Tania Lincoln (Philipps-Universität Marburg, Klinische Psychologie)

S. Hodgins, R. Müller-Isberner

Einleitung: Ziel der vorgestellten Studie war der Vergleich von forensischen und allgemeinpsychiatrischen Patienten in Deutschland bezüg-

lich des Risikos von Gewalttätigkeit bei und nach der Entlassung sowie des Verlaufs der Psychopathologie und der Inanspruchnahme therapeutischer Nachsorgeangebote.

Methode: 50 forensische und 29 allgemeinpsychiatrische Patienten wurden zum Zeitpunkt der Entlassung und zu vier Katamnesezeitpunkten in einem zwei-Jahres-Zeitraum im Hinblick auf das durch den HCR-20 eingeschätzte Risiko für Gewalthandlungen sowie tatsächlich aufgetretenes aggressives Verhalten und Psychopathologie miteinander verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt zeigte sich zum Zeitpunkt der Entlassung nur ein geringer Unterschied zwischen den forensischen Patienten und denen der Allgemeinpsychiatrie im Bezug auf die mit dem HCR-20 erfasste Einschätzung späterer Gewalthandlungen. Das Risiko von Gewalthandlungen verringerte sich in beiden Gruppen signifikant während des Katamnesezeitraumes. Die forensischen Patienten fielen nicht häufiger mit aggressiven Handlungen auf als die Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Forensische Patienten zeichneten sich durch etwas häufigere Einzelkontakte zu Psychiatern/Psychologen und mehr betreute Freizeitaktivitäten aus. Die zum Zeitpunkt der Entlassung noch ausgeprägte schizophrene Positivsymptomatik der allgemeinpsychiatrischen Patienten erreichte nach sechs Monaten das Niveau der forensischen Patienten. Schlussfolgerung: Das bestehende Nachsorgeangebot erscheint für die untersuchten allgemeinpsychiatrischen und forensischen Patienten grundsätzlich hinreichend, um das Risiko von Gewalthandlungen nach der Entlassung weiter zu reduzieren. Einige Delikte könnten jedoch möglicherweise verhindert werden, wenn in der Allgemeinpsychiatrie mehr Augenmerk darauf gerichtet werden würde, Patienten mit hohem Gewaltisiko rechtzeitig zu erkennen und psychotische Symptome vor der Entlassung hinreichend zu reduzieren.

0688

Die Versorgung psychisch Kranker im Strafvollzug in Europa – das EUPRIS-Projekt

Hans Joachim Salize (ZI für Seelische Gesundheit, AG Versorgungsforschung, Mannheim)

H. Dreßing

Der Zuwachs psychisch Kranker im Strafvollzug ist ein weltweites Problem, das sich aus den vielfältigen Ursachen speist. Der Anteil der Gefängnisinsassen mit fachpsychiatrischen Versorgungsbedarf liegt in vielen Ländern im hohen zweistelligen Bereich, wobei z.B. in den USA die Zahl der psychisch Kranken mit schweren Störungen im Strafvollzug als doppelt so hoch wie in den psychiatrischen Krankenhäusern geschätzt wird. Trotz dieser Problemdimension fehlt es auch in Industrienationen mit gut ausgebauten psychiatrischen Versorgungssystemen immer noch an den grundlegendsten Daten, wie z.B. Diagnosestatistiken oder Angaben über fachpsychiatrische Versorgungskapazitäten bzw. Behandlungsroutinen im Strafvollzug. Weiterführende Analysen, etwa über mögliche Interdependenzen zu Entwicklungen in der forensischen oder Allgemeinpsychiatrie sind Zukunftsmusik. Die Europäische Union fördert deshalb gegenwärtig eine Studie, die eine Übersicht über die verfügbaren administrativen Daten der EU-Länder erarbeiten, die nationalen Konzepte und Ansätze beschreiben und die eklatantesten Erkenntnislücken hinsichtlich der Prävalenz und der Versorgung psychisch kranker Insassen im Strafvollzug schließen soll. In der vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim geleiteten und bis zum März 2007 laufenden Studie arbeiten Experten aus 25 Ländern mit. Das Studiendeign und erste Zwischenergebnisse werden vorgestellt.

0689

Die Zukunft des österreichischen Maßregel(Maßnahmen)vollzugs an zurechnungsunfähigen Straftätern: Prognosen, Probleme

Hans Schanda (Justizanstalten Göllersdorf)

Einleitung: In der zweiten Hälfte der 1970er Jahre kam es in Österreich – wie in sämtlichen Ländern der westlichen Welt – zu einer schritt-

weisen Veränderung der allgemeinpsychiatrischen Versorgungsstrukturen. Ebenso war – ebenfalls mit der internationalen Entwicklung vergleichbar – zeitversetzt eine Zunahme der Zahl zurechnungsunfähiger Straftäter zu beobachten. Deren Prävalenz war bis zum Ende der 1980er Jahre noch unverändert, danach setzte jedoch ein massiver Anstieg ein (zum 31.12.2005 +188%). Dieser Umstand stellt die Justizverwaltung, die in Österreich die Kosten für die Behandlung schuldunfähiger psychisch kranker Straftäter zu tragen hat, vor zunehmende finanzielle und administrative Probleme.

Methode: Auf Basis vorliegender Vollzugsdaten bzw. Daten der Gerichtlichen Kriminalstatistik der Jahre 1996 bis 2003 wurden mathematische Modelle erstellt, aufgrund derer die Entwicklung der Prävalenz schuldunfähiger Straftäter bis zum 31.12.2010 prognostiziert wird.

Diskussion/Ergebnisse: Selbst unter der (äußerst konservativen) Annahme einer in Zukunft stabilen Inzidenz von Einweisungen und Entlassungen ist aufgrund des Überhangs von Einweisungen in den kommenden fünf Jahren mit einer weiteren Steigerung der Prävalenz um 34% zu rechnen. Zur Gegensteuerung erforderliche Maßnahmen (Kriminalitätsprophylaxe bei psychiatrischen Patienten, Verkürzung der Behandlungsdauer im Maßnahmenvollzug, Rückfallprophylaxe, Klärung der administrativen und finanziellen Zuständigkeiten) werden diskutiert. Grundsätzlich ist festzustellen, dass diese Entwicklung nicht auf einzelne Details der Psychiatriereformen wie Reduzierung der Zahl psychiatrischer Betten, Mangel an extramuralen Einrichtungen oder strengere gesetzliche Bestimmungen zur unfreiwilligen Behandlung zurückgeführt werden kann. Ursache könnte vielmehr der geänderte Umgang der Allgemeinpsychiatrie mit einer Risikogruppe schwer kranker, mehrfach belasteter und schwierig zu behandelnder Patienten sein, darüber hinaus aber auch eine geänderte Einstellung der politisch Verantwortlichen gegenüber diesen das Gesundheitsbudget am meisten belastenden Patienten. Demnach wäre die Zunahme forensisch-psychiatrischer Patienten keineswegs ein isoliertes Problem der Gesundheitsverwaltung, sondern vielmehr ein unerwarteter „Nebeneffekt“ allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen, im Zuge derer die Reformen der psychiatrischen Versorgung stattfanden.

0690

Bestandsdynamik des Maßregelvollzugs und Präventionsmöglichkeiten der Allgemeinpsychiatrie

Gerd Weithmann (Universität Ulm, ZfP Weissenau, Psychiatrie I, Ravensburg)

Einleitung: Die Anzahl forensisch untergebrachter Patienten nimmt in Deutschland stetig zu. Zusammen mit der Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung stellt sich für die Versorgungsforschung auch die Frage nach Möglichkeiten der Gegensteuerung. Um Möglichkeiten der Gegensteuerung auszuloten, werden im Vortrag zwei Aspekte beleuchtet. Zunächst erscheint es hilfreich, den Blick weg vom generellen Trend in Deutschland hin auf die Varianz dieser Entwicklung zu richten. Ein weiterer theoretisch möglicher Ansatzpunkt zur Reduzierung des Bettenzuwachses liegt in der Prävention von Straftaten durch psychisch Kranke.

Methode: Im ersten Teil des Vortrages (J. Traub) werden die Unterschiede der Entwicklungszahlen (Bestand, Aufnahmen, Entlassungen) der einzelnen Bundesländer anhand der Daten von forensischen Kliniken, Regierungs- und Justizbehörden aufgezeigt. Die teilweise deutlichen Differenzen zwischen den Ländern werden mit Hilfe eines einheitlichen Maßes („Bestandsdynamik“) verglichen. Über den Vergleich der Bundesländer hinaus werden zur genaueren Analyse von Ursachen die unterschiedlichen Entwicklungen und Einflussvariablen der zwei größten MRV-Kliniken in Baden-Württemberg dargestellt. Im zweiten Teil des Vortrages (G. Weithmann) werden die Rahmenbedingungen einer potentiellen Prävention durch die Allgemeinpsychiatrie untersucht. Es wird der Frage nachgegangen, ob und zu welchem Zeitpunkt die Gewaltbereitschaft späterer Maßregelpatienten bei früherer allgemeinpsychiatrischer Behandlung erkennbar gewesen wäre. Entsprechende Daten zur

Behandlungsvorgeschichte und Delinquenzentwicklung wurden in den beiden größten forensischen Kliniken Baden-Württembergs erhoben. Die Daten zu allgemeinpsychiatrischen Vorbehandlungen werden mit den Ergebnissen internationaler Studien verglichen

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt ergibt sich entgegen dem allgemeinen Trend der steigenden Belegung ein Spielraum zur Gegensteuerung. Durch die Identifizierung einer zentralen Variablen erschließen sich Steuerungsmöglichkeiten. Die Möglichkeiten und Grenzen einer weiteren Steuerungsmöglichkeit durch Prävention im Vorfeld der Allgemeinpsychiatrie werden diskutiert.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.1

S-164 Symposium

Zwangseinweisungen und Zwangsmassnahmen – aktuelle Ergebnisse aus der Versorgungsforschung

Vorsitz: A. Spengler (Wunstorf), T. Kallert (Dresden)

0792

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen – Ergebnisse eines Projekts zur kommunalen Psychiatrieberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Michael Regus (Universität Siegen, Sozialmedizin)

Einleitung: Angesichts stark gestiegener Unterbringungszahlen wurden im Auftrag des Landesgesundheitsministeriums NRW in den Jahren 2001/2002 Hintergründe dieser Entwicklung untersucht und Möglichkeiten einer kommunalen Berichterstattung zu dem Thema erkundet.

Methode: In vier Modellregionen (Köln, Münster, Kreis Viersen, Kreis Olpe) wurden in den Institutionen vorhandene Daten zur Praxis freiheitsbeschränkender Maßnahmen nach PsychKG und BtR sowie Hintergrundinformationen gesammelt und in örtlichen Arbeitskreisen mit relevanten Akteuren sowie Betroffenen und Angehörigen diskutiert. Außerdem wurden über einen begrenzten Zeitraum hinweg alle Unterbringungsfälle in den Kliniken der Modellregionen erfasst, um zusätzliche Informationen über die Maßnahmen zu erhalten. Ziel war die Entwicklung von Empfehlungen für das gemeindepsychiatrische Qualitätsmanagement vor Ort.

Diskussion/Ergebnisse: Referiert werden ausgewählte Ergebnisse der quantitativ-deskriptiven Analysen auf Landesebene und in den Modellregionen (Häufigkeiten und Dauer der Maßnahmen, Verhältnis von freiwilligen und unfreiwilligen Klinikaufnahmen, Verhältnis von Zwangseinweisungen und Rückhaltungen, Anwendung körperlicher Gewalt, Diagnosen etc.). Außerdem wird eine Arbeitshilfe zur kommunalen Psychiatrieberichterstattung über das Thema vorgestellt, die inzwischen auf der Basis der im Projekt gemachten Erfahrungen entwickelt wurde.

0793

Zwangsfixierungen an einem psychiatrischen Fachkrankenhaus: Versorgungsevaluation im Längsschnitt 1997–2005

Andreas Spengler (Nds.Landeskrankenhaus Wunstorf)

Einleitung: Zielsetzung und Fragestellung: Im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs wird der Mangel an empirischen Daten bei Zwangsmassnahmen beklagt. Die Arbeit soll über Anwendungshäufigkeiten von Fixierungen Aufschluss geben und den langjährigem Verlauf und mögliche Einflussgrößen herausarbeiten.

Methode: Das Aufkommen an Fixierungen am Nds.Landeskrankenhaus Wunstorf wird in einer Vollerhebung für die Jahre 1997–2005 erfasst. Zielvariablen sind die Zahl der Fixierungen pro Fall und Person und die Dauer einzelner Fixierungen. Die Daten sind mit der psychiatrischen

Basisdokumentation (BADO) verknüpft. Unterschiede zwischen Abteilungen (Gerontopsychiatrie, Allgemeinpsychiatrie, Suchtbereich) und zwischen prototypischen Patientengruppen (u.a. Alter, Diagnose) werden aufgeschlüsselt. Im Längsschnitt soll versucht werden, Veränderungen herauszuarbeiten, die sich auf die Rahmenbedingungen beziehen (z.B. Personalsituation, Aufnahmedruck, Sitzwachenpflicht).

Diskussion/Ergebnisse: Die Auswertungen sind noch nicht abgeschlossen. Die Ergebnisse sollen mit Blick auf das Qualitätsmanagement und mit dem Ziel einer Vermeidung und Begrenzung von Zwangsmassnahmen diskutiert werden.

0794

Lässt sich die Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen senken? Evaluation von Interventionen in der Gerontopsychiatrie und in der Allgemeinpsychiatrie

Tilman Steinert (Universität Ulm, ZfP Weissenau, Psychiatrie I, Ravensburg)
J. Tenter, F. Eisele, R. Goebel

Einleitung: Der Arbeitskreis „Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ (www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de) erhebt seit 2000 Daten über die Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen in den beteiligten Kliniken. Für Zwecke eines Benchmarking wurden 4 verschiedene Qualitätsindikatoren entwickelt, die aus diesen Daten berechnet werden können. Mittels der Qualitätsindikatoren können nicht nur Querschnittsvergleiche angestellt werden, sondern auch Entwicklungen im Längsschnitt analysiert und Interventionen evaluiert werden. Wir untersuchten in Weissenau einerseits die Effekte eines Bündels verschiedener Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie über mehrere Jahre, die Effekte einer Änderung der Leitlinie in der Allgemeinpsychiatrie zum 1.3.2006 mit einer Reduzierung der Überprüfungsintervalle und Anordnung kontinuierlicher Sitzwachen bei Fixierungen und die Auswirkung einer konzeptuellen Umgestaltung mit der Eröffnung einer Spezialstation für Kriseninterventionen und Persönlichkeitsstörungen.

Methode: In den Diagnosegruppen Fo bis F6 werden jeweils Anteil der betroffenen Patienten, durchschnittliche Dauer einer Maßnahme, durchschnittliche Anzahl der Maßnahmen pro Fall und kumulative Dauer der Maßnahmen pro Fall berechnet. Kontrollen sind im Längsschnitt die Daten der eigenen Klinik, im Querschnitt die Daten anderer Kliniken des Arbeitskreises. In allen beteiligten Kliniken wird allerdings mehr oder weniger kontinuierlich mit verschiedenen Mitteln (Qualitätszirkel, Leitlinienentwicklung, Rückmeldungen des Benchmarking) an einer Senkung der Inzidenz von Zwangsmaßnahmen gearbeitet. Dies erschwert die Evaluation umschriebener Interventionen.

Diskussion/Ergebnisse: In der Gerontopsychiatrie konnte von 2002 bis 2005 ein kontinuierlicher Rückgang des Anteils der betroffenen Patienten in der Diagnosegruppe Fo von 51% auf 15% erreicht werden. Die durchschnittliche Dauer einer Maßnahme blieb unverändert. Allerdings war auch in den anderen Kliniken (Kontrollen) ein Rückgang zu verzeichnen. In der Allgemeinpsychiatrie war im Vergleichszeitraum nur ein geringfügiger und uneinheitlicher Rückgang in den Diagnosegruppen F2-F6 zu verzeichnen. Die Änderung der Leitlinie führte nach vorläufigen Daten zu einem signifikanten Rückgang von Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen. Zwangsmaßnahmen bei Patienten/-innen mit Persönlichkeitsstörungen und Krisen kommen nur noch sehr vereinzelt vor (endgültige Daten der Evaluation liegen bis zur Kongresspräsentation vor).

0795

Zur Variation des Outcome zwangsweiser psychiatrischer Klinikbehandlung in 12 europäischen Ländern: Vorläufige Ergebnisse aus der EUNOMIA-Studie

Thomas Kallert (Universitätsklinikum Dresden, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Nationale Forschungsprojekte haben eine signifikante Variation verschiedener Aspekte zwangsweise durchgeführter Be-

handlungen akutpsychiatrischer Patienten in psychiatrischen Kliniken ermitteln können. Vor diesem Hintergrund, den auch ansteigende Raten von Zwangsaufnahmen in psychiatrische Kliniken bilden, wird in einem auf internationaler Ebene implementierten einheitlichen Studiendesign das Ergebnis solcher Klinikbehandlungen untersucht.

Methode: Mittels einer standardisierten Batterie von Instrumenten (u.a. Psychopathologie, wahrgenommener Zwang, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität) werden in den 13 Projektzentren des EUNOMIA-Projektes, das in 12 europäischen Ländern durchgeführt wurde, Patienten über einen 3-Monats-Zeitraum hinweg untersucht (Befragungszeitpunkte: 1 Woche, 4 Wochen und 3 Monate nach Index-Aufnahme), die nach rechtlichen Kriterien unfreiwillig aufgenommen worden waren.

Diskussion/Ergebnisse: Die vorläufige Analyse des Verlaufs auf den verschiedenen Outcome-Domänen bezieht sich auf eine Gesamtzahl von ca. 2500 in die Studie eingeschlossenen Patienten und präsentiert ein relativ homogenes Bild im Zentrumsvergleich mit deutlicheren Verbesserungen im Bereich psychopathologischer Symptomatik und sozialer Funktionsfähigkeit sowie geringeren Verbesserungen betr. subjektive Outcome-Kriterien. Die Studie erweitert die bislang spärliche Literatur zu der Thematik beträchtlich und relativiert die Vermutung des generell schlechteren Outcome zwangsweise in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten deutlich. Dies ergibt v.a. ein Vergleich mit den Ergebnissen eines weiteren Studienarms, in dem rechtlich freiwillig aufgenommene Patienten untersucht wurden, die sich bei Klinikaufnahme durch ein hohes Maß an subjektiv wahrgenommenem Zwang auszeichnen.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 19

S-172 Symposium

Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten

Vorsitz: H. Saß (Aachen), E. Habermeyer (Rostock)

0831

Mindestanforderungen an die Schuldfähigkeitsbegutachtung aus juristischer Sicht

Dieter Dölling (Universität Heidelberg, Institut für Kriminologie)

Die Beurteilung der Schuldfähigkeit des Angeklagten gehört zu den schwierigsten Aufgaben im Strafverfahren. Sie ist von großer Tragweite, denn von ihr kann es abhängen, ob der Angeklagte zu einer hohen Freiheitsstrafe verurteilt, in den Maßregelvollzug eingewiesen oder freigesprochen wird. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit setzt sich aus aufeinander bezogenen empirischen Feststellungen und normativen Wertungen zusammen. Das Gericht ist für die Erfüllung dieser Aufgabe auf die Hilfe von Sachverständigen angewiesen. Für eine sachgerechte Schuldfähigkeitsbegutachtung ist Klarheit über Inhalt und Grundlagen der Strafbarkeitsvoraussetzung der Schuldfähigkeit und über die strafverfahrensrechtlichen Regelungen über das Verhältnis zwischen Gericht und Sachverständigem erforderlich. In dem Referat werden daher die Grundlagen der Regelungen über die Schuldfähigkeit in den §§ 20 und 21 StGB dargelegt und die Aufgaben des Gerichts und des Sachverständigen bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit des Angeklagten definiert und voneinander abgegrenzt. Die rechtlichen Anforderungen an Gutachten über die Schuldfähigkeit werden erörtert. Es wird dargelegt, welches Vorgehen die Strafprozessordnung vom Sachverständigen bei der Erstellung, Abfassung und Erläuterung des Gutachtens verlangt, welche Fragestellungen in dem Gutachten zu behandeln sind und wie die Beurteilungskompetenzen von Gericht und Sachverständigem verteilt sind.

0832

Aussagen zur Steuerungsfähigkeit

Henning Saß (Universitätsklinikum, Aachen)

0833

Mindestanforderungen an die Begutachtung von Sexualdelinquenten

Wolfgang Berner (UKE Hamburg-Eppendorf, Sexualforschung / Forensik)

Einleitung: Der Bundesgerichtshof hat unter der Leitung des Richters am BGH Dr. A.Böttcher zwei Experten-Kommissionen einberufen, die Mindestanforderungen an Schuldfähigkeitsgutachten bzw. Prognosegutachten formulieren sollten. Mindestanforderungen an Schuldfähigkeitsgutachten wurden im Februar 2005 in der NSTz schon veröffentlicht, Mindestanforderungen an Prognosegutachten sind abgeschlossen und ihr Druck wird in der gleichen Zeitschrift vorbereitet. Konsequenzen für die Begutachtung von Sexualstraftätern werden dargestellt.

Methode: Experten-Konsensuskonferenz

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl bei Schuldfähigkeit als auch bei Prognose sind für Sexualdelinquenten prinzipiell die gleichen Untersuchungsmethoden und Kriterien anzuwenden, wie für alle anderen Straftäter auch, denn Sexualkriminalität verdankt ihre Entstehung ähnlichen psychologischen und medizinischen Mechanismen wie allgemeine Kriminalität. Allerdings weist sie auch einige Besonderheiten auf, die sie zumindest gelegentlich von der allgemeinen Kriminalität abhebt und bedacht werden müssen. Dies gilt für die Formen von Störungen der Sexualpräferenz und besonders für den Sadismus.

0834

Sexualstraftäter in SicherungsverwahrungElmar Habermeyer (Universität Rostock, Psychiatrie und Psychotherapie)
D. Passow, P. Puhlmann, K. Vohs

Einleitung: Gemäß § 66 StGB kann die Sicherungsverwahrung bei rezidivierenden Straftätern mit einem Hang zur Begehung erheblicher Straftaten angeordnet werden. Im Gesetz zur Bekämpfung von Sexualstraftaten aus dem Jahr 1998 wurde eine Ausrichtung dieser Sicherungsmaßregel auf die Klientel der Sexualstraftäter angestrebt. Obwohl die Unterbringungszahlen stetig steigen, fehlen bislang aussagekräftige Daten zum Vorgehen der Gutachter, aber auch den Eigenschaften von in der Sicherungsverwahrung untergebrachten Straftätern.

Methode: Im Rahmen einer mit Hilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft durchgeführten Studie (HA 3414/2) zur „psychiatrischen Gutachtenpraxis im Kontext der Sicherungsverwahrung“ werden Gutachten und Urteilssprüche zu Sexualstraftätern ausgewertet, bei denen die Sicherungsverwahrung angeordnet wurde. Hierbei wird auf die BGH-Mindeststandards zur Begutachtung von Sexualstraftätern und auf Prognoseinstrumente zurückgegriffen.

Diskussion/Ergebnisse: Die Analyse ermöglicht Aussagen zum gutachterlichen Vorgehen und zu soziodemographischen Aspekten bzw. der Delinquenzvorgeschichte der Sexualstraftäter. Der Vortrag wird auch dazu Stellung nehmen, ob und inwiefern sich diese Tätergruppe von anderen Sicherungsverwahrten unterscheidet.

T14 Sozialpsychiatrie

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 06

S-031 Symposium**Migration als Belastungsfaktor für psychische Störungen: Früherkennung, Prävention und Versorgungsfragen bei russisch-stämmigen Migranten**

Vorsitz: H.-J. Assion (Bochum), W. Machleidt (Hannover)

0148

Prävention von Suchterkrankungen bei russischsprachigen MigrantenAlbina Bondar (Medizin. Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrie)
W. Machleidt

Einleitung: Obwohl Migranten laut Statistik einen Anteil von ca. 15% der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland stellen, ist die verfügbare Datenlage zu seelischer Gesundheit, Suchterkrankungen und Präventionsverhalten von Migranten unzureichend, unsystematisch und widersprüchlich. Eine der größten Populationen von Migranten in Deutschland sind die russischsprachigen Migranten. Die sprachlichen und kulturellen Unterschiede erschweren die Prävention, Diagnostik und Therapie von Migranten.

Methode: Ein Ziel dieses Projektes ist es, die Erreichbarkeit von Migranten durch muttersprachliche Präventionsberater über unterschiedliche Zugangswege zu evaluieren. Außerdem wird das Inanspruchnahmeverhalten präventiver Maßnahmen analysiert und diesbezügliche Barrieren identifiziert. In diesem Zusammenhang werden zur Befragung der russischen Migranten weitgehend standardisierte Instrumente eingesetzt, die zuerst auf deutsch erstellt und in einem weiteren Schritt in die russische Sprache übersetzt werden. Eine weitere Aufgabe des Projekts besteht darin, den Zusammenhang zwischen der seelischen Gesundheit und Suchtproblematik am Beispiel der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit bei russischsprachigen Migranten in Hannover zu erforschen.

Diskussion/Ergebnisse: Abschließend werden Implikationen für die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung von Migranten diskutiert.

0149

Versorgungssituation russisch-stämmiger Migranten: Was sind die Besonderheiten?

Julia Zolotova (Westfälisches Zentrum Bochum, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Russisch-stämmige Migranten stellen mittlerweile in Deutschland eine der größten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund dar. Unter „russisch-stämmig“ versteht man einen sehr vielfältigen Anteil der Migranten, die zwar als Muttersprache russisch sprechen, jedoch sich durch kulturelle Besonderheiten ihrer Herkunftsländer im Umgang mit psychischen Problemen bedeutsam unterscheiden.

Methode: Im Zentrum für interkulturelle Therapie in Bochum, genannt ZiTi, werden russischsprachige Patienten aus Russland, Ukraine, Weißrussland, Moldawien, Kirgisien, Dagestan, Kasachstan und anderen ehemaligen Staaten der russischen Konföderation betreut. Den größten Anteil der Patienten repräsentieren jüdische Flüchtlinge und kasachische Spätaussiedler. Seit der Eröffnung einer ambulanten Sprechstunde für diese Patientengruppe, wurde diese systematisch untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die Probleme sind zwar vielfältig, stehen jedoch fast immer mit einem komplexen Migrationsprozess in einem engen Zusammenhang. Neben den typischen Erscheinungen von Migration, wie Trennungsschmerz, Verständigungsschwierigkeiten, unklare berufliche Zukunft und enttäuschte Erwartungen, tragen die Besonderheiten, wie massive Vorurteile gegenüber psychiatrischen Einrichtungen, Schamgefühl vor eigenen Familienangehörigen, erheblicher Widerstand im psychotherapeutischen Kontext, Idealisierungen und Entwertungen sowie geringe Auswahl von Therapeuten, zur Komplexität der Betreuung dieser Patientengruppe bei.

0150

Gelungende Integration russland-deutscher Rechtsbrecher in einem therapeutisch orientierten forensischen Setting

Klaus Hoffmann (ZfP Reichenau, Forensische Psychiatrie)

Einleitung: Vor allem junge russland-deutsche Straftäter mit geringer deutscher Sprachkompetenz gelten im Justizvollzug als Problemgruppe. Sie kapseln sich untereinander ab, kultivieren ihre „russische“ Kultur und haben einen deutlich höheren Anteil an Bewährungswiderufen als eine einheimische Vergleichsklientel.

Methode: Auch in der Abteilung Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Reichenau sind russland-deutsche Patienten im § 64 Bereich deutlich überrepräsentiert gegenüber ihrem Anteil in der Bevölkerung. In einer konsequent gestalteten therapeutischen Gemeinschaft mit intensiver obligatorischer Gruppentherapie (4 Sitzungen pro Woche à 90 Minuten), anspruchsvoller Arbeitstherapie, speziell indizierter Einzelfallförderung in Sprachkompetenz durch einen in der Abteilung beschäftigten Lehrer und klaren hauswirtschaftlichen Strukturen (die Patienten reinigen ihre Zimmer selbst) gelingt es, auch diese Klientel gut in die Gemeinschaft zu integrieren. Russisch wird auf der Station praktisch nicht mehr gesprochen, die individuellen Migrationsschicksale einschließlich der häufig erlebten kriminellen Strukturen können sinnvoll durchgearbeitet werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die russland-deutschen Patienten unterscheiden sich in der ohnehin im ZPR niedrigen Abbruchrate und bei Rückfällen und Krisen nur unwesentlich von der einheimischen Klientel, was zum einen auf gute gutachterliche Vorempfehlungen, zum anderen auf das therapeutische Setting zurückgeführt wird.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 11/12

S-056 Symposium

Bevölkerungsbasierte Katamnesen: Welche Umweltfaktoren sind relevant für den Ausbruch einer psychiatrischen Erkrankung?

Vorsitz: P. Falkai (Göttingen), W. Maier (Bonn)

0273

Themenbereich Schizophrenie

Heinz Häfner (ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

Einleitung: Prämorbid Risikofaktoren beeinflussen das Krankheitsrisiko meist lebenslang. Auslösefaktoren stoßen den Krankheitsausbruch an. Präkursoren und Prodromi sind meist Ausdruck des Krankheitsprozesses selbst. Wann aber beginnt die Schizophrenie?

Diskussion/Ergebnisse: Embryonale Hirnschäden, morphologische Hirnveränderungen und kognitive Entwicklungsdefizite wurden als Hirnentwicklungsstörungen zur Grundlage der Krankheit gemacht. Beginnt die Schizophrenie im Mutterleib? Ähnliche Hirnentwicklungsstörungen werden auch bei anderen psychischen Krankheiten

gefunden. Ein Teil vor allem der späten Schizophrenien bleibt von kognitiven Defiziten frei. Die erste psychotische Episode bringt eine neue Qualität von Symptomen. So scheint es sinnvoll, sie als Ausbruch der Krankheit zu definieren. Da ihr meist eine mehrjährige präpsychotische Prodromalphase vorausgeht, sind zwei Initialereignisse zu unterscheiden: Ausbruch der Krankheit und Ausbruch der Psychose. Krankheitsferne Umweltfaktoren wirken meist über eine Beeinträchtigung der frühen Hirnentwicklung. Bevölkerungsstatistiken, Geburtskohorten- und Register-Linkage-Studien zeigen das höhere Alter der Väter bei Geburt der Probanden und Komplikationen von Schwangerschaft und Entbindung als risikoe erhöhende Faktoren. Schwere Hungerzustände in der Schwangerschaft und Viruserkrankungen der Mutter zählen als Risikofaktoren. Zur Risikoe erhöhung mit RR zwischen etwa 4–8 führen bakterielle Meningoenzephalitiden und Virusencephalitiden in den ersten Lebensjahren. Die saisonale Geburtsterminverteilung scheint als biologisches Phänomen kein schizophreniespezifisches Risiko zu vermitteln sondern vielfältige Auswirkungen bis hin zur Lebenserwartung zu haben. Ein lebenslang protektiv wirkender Faktor scheint, so im Organismus verfügbar, Östrogen zu sein. Den risikoe erhöhenden versus schützenden Einfluss von Familienmilieu bei Interaktion mit dem genetischen Risiko zeigen zwei repräsentative Adoptionsstudien. Krankheitsnähere Risikofaktoren sind Migrationsströme – die sich noch in der Folgegeneration risikoe erhöhend auswirken und Land-Stadt-Land-Wanderungen unter selektiver Beteiligung genetischer Risiken. Vorzeitige Auslösung und wahrscheinlich die Verursachung der Krankheit kann durch Cannabismissbrauch erfolgen. Das Vulnerabilität-Coping-Stress-Modell entbehrt der Bestätigung durch häufige Auslösung erster Episoden nach belastenden Lebensereignissen. Die Interaktion zwischen Umweltbelastung und Krankheitsdisposition wird eher in einer permanenten biologischen Balance zwischen belastungsbedingter Neurodegeneration und der Restitution bei Plastizität des Gehirns gesehen.

0274

Demenzen

Horst Bickel (TU München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Die Inzidenz von Demenzerkrankungen steigt exponentiell mit dem Alter an und verdoppelt sich oberhalb von 60 Jahren nach jeweils etwa weiteren fünf Altersjahren. Diese enge Altersassoziation macht die Demenzen vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen zu einer der größten medizinischen und sozialen Herausforderungen. Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen setzen die Kenntnis der Risikofaktoren und ihrer Interaktion voraus.

Methode: Überblick über Ergebnisse aus epidemiologischen Beobachtungsstudien, insbesondere aus prospektiven Kohortenstudien, und über Resultate aus randomisierten, plazebokontrollierten Studien.

Diskussion/Ergebnisse: Einige Risikofaktoren aus epidemiologischen Studien sind mit dem Modell der funktionellen und strukturellen Reservekapazität des Gehirns verknüpft. Dazu zählen geringere geistige Leistungsfähigkeit in Kindheit und Jugend, geringe schulische und berufliche Qualifikation, unterdurchschnittliches Hirnvolumen und verminderte geistige und körperliche Aktivität im späteren Lebensalter. Vaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Übergewicht und Rauchen scheinen nach zahlreichen Studien nicht nur mit vaskulären, sondern auch mit degenerativen Demenzen assoziiert zu sein, doch ist ihr ursächlicher Beitrag noch unklar. Ferner zeichnen sich in einigen Studien Beziehungen zwischen Demenzen und Ernährungsfaktoren wie Alkoholkonsum, Fettverzehr, Aufnahme von Antioxidantien, B-Vitaminen und Folsäure ab. Gen-Umwelt-Interaktionen wurden beschrieben zwischen dem APOE-Polymorphismus als wichtigstem genetischen Risikofaktor und Schädel-Hirn-Traumen, Nikotinkonsum und körperlicher Aktivität, die Resultate sind jedoch teilweise noch widersprüchlich. Künftige Studien erfordern eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit und

die Überwindung von methodischen Schwierigkeiten, wie sie z.B. in der langen klinisch stummen Phase von Demenzen oder in der oft zu ungenauen Messung von Umweltfaktoren bestehen.

0275

Themenbereich Alkoholabhängigkeit

Ulrich John

0276

Welche Umweltfaktoren sind relevant für den Ausbruch von affektiven Erkrankungen

Jules Angst (Universität Zürich, Psychiatrie und Psychotherapie)

A. Gamma, V. Ajdacic-Gross, W. Rössler

Einleitung: Die Verletzlichkeit für traumatische Umweltereignisse entwickelt sich in Kindheit und Jugend, wobei Anlagefaktoren mitspielen.

Methode: (1) In einer über 20 Jahre dauernden klinischen Studie von 220 bipolar und 186 depressiv Erkrankten wurden Lebensereignisse (LE) erfasst. (2) Ferner auch in einer prospektiven epidemiologischen Studie (N=591) mit 6 Interviews vom 20. bis 41. Altersjahr. Dabei wurden die subjektive Ursachenzuschreibung, das soziale Netzwerk und das Bewältigungsvermögen erhoben. Als statistische Verfahren wurden GEE-Modelle und multiple Regressionen angewandt.

Diskussion/Ergebnisse: Resultate: (1) In der klinischen Studie wurden bei bipolar Kranken depressive und manische Phasen gleich häufig und durch die gleichen LE ausgelöst (Erlanger 1973); ferner fand sich eine klare Abnahme der LE mit steigender Phasenzahl (Angst 1966). (2) In der epidemiologischen Studie fand sich fast ausnahmslos eine subjektive Ursachenzuschreibung für Depressionen. Familiäres Vorkommen von Depressionen und ungünstige Entwicklungsbedingungen in Kindheit/Jugend waren signifikante Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressivität. Die Inzidenz von schwereren Depressionen korrelierte geschlechtsabhängig mit kritischen Lebensereignissen: Bei jungen Männern mit Delinquenz sowie in späteren Jahren mit Arbeits- und Ausbildungsproblemen, und bei Frauen mit Beziehungsproblemen und einem niedrigeren Bewältigungsvermögen. Bei beiden Geschlechtern spielte eine mangelnde soziale Unterstützung (allein lebend) mit. Schlussfolgerungen: Ein emotionell belastendes frühkindliches Milieu schafft, zusammen mit familiären Faktoren, eine Vulnerabilität, die später unter dem Einfluss von Stressoren zur affektiven Erkrankung führen kann. Phasenauslösende Stressoren, obwohl in ihrer Wirkung unspezifisch, unterscheiden sich nach Alter und Geschlecht.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Stockholm 1

S-075 Symposium

Soziale Exklusion psychisch Kranker – neue Befunde, neue Strategien?

Vorsitz: B. Eikermann (Karlsruhe), T. Reker (Münster)

0368

Die Rückkehr des Sozialen

Thomas Reker (Westfälische Klinik Münster, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die in den 60er und 70er Jahren entwickelten sozialpsychiatrischen Konzepte (z.B. Enthospitalisierung, Gemeindepsychiatrie, Rehabilitation chronisch Kranker) haben in der praktischen Versorgung weiterhin einen hohen Stellenwert. An die gegenwärtig dominierenden pharmakologisch, neurobiologisch oder genetisch orientierten Forschungsansätze

sind sie jedoch nur begrenzt anschlussfähig. Entsprechend ist es fast zu einem Erliegen der Forschungsaktivitäten in diesem Bereich gekommen. Die sozialen Aspekte psychischer Störungen können in die derzeit dominierenden Forschungsbereiche integriert werden. Konzeptionell sind z.B. mit der Entdeckung der neurobiologischen Plastizität des Gehirns, der im weitesten Sinne Umwelteinflüssen unterliegenden Genexpression und der identischen neuroradiologischen Repräsentation von „körperlichen und seelischen“ Schmerz Möglichkeiten der Überwindung eines einfachen biologisch versus psychologisch/sozial Dualismus möglich. In der Therapieforschung spielen soziale Parameter wie soziale Inklusion, patientenrelevante Endpunkte und Lebensqualität einen immer größeren Rolle, ergänzen die üblichen psychopathologischen Kriterien und führen teilweise zu einer kritischen Neubewertung der Therapiebemühungen. In der Rehabilitation erweisen sich alltagsnahe Programme mit einer kontinuierlichen Lebenspraktisch orientierten Unterstützung (z.B. supported employment Programme) effektiver als Trainingsprogramme in artifiziiellen Milieus. Einen eigenständigen Forschungsbereich stellt das soziale Problem der Stigmatisierung psychisch Kranker. Der Beitrag versucht einen Überblick über in diesem Sinne neue soziale Fragestellungen und Befunde.

0369

Frühberentung bei psychischen Störungen - Soziale Einflüsse und Armutsrisiken

Dirk Richter (WPK Münster)

Die deutsche Forschung zu krankheits- bzw. behinderungsbedingten Frühberentungen ist im Wesentlichen ökonomisch und sozialpolitisch geprägt. Mit den von der Deutschen Rentenversicherung herausgegebenen Scientific Use Files besteht nun die Möglichkeit (sozial-)medizinische Aspekte zu untersuchen. Psychische Störungen sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, als diese Diagnosegruppe in den vergangenen Jahren einen erheblichen relativen Anstieg verzeichnet. Der Beitrag gibt zunächst einen Überblick über die den Zusammenhang von psychischen Störungen mit dem Ereignis der Frühberentung. Anhand ausgewählter Diagnosen und Merkmale werden dann Hintergründe (Berentungsalter, Angaben zur Erwerbsbiografie etc.) und finanzielle Folgen für die berenteten Personen beschrieben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf Analysen zum Rentenniveau und zur Frage möglicher Armutsfolgen. Die Problematik der sozialen Exklusion psychisch Kranker kann anhand der vorliegenden Daten sowohl für die Zeit vor der Berentung als auch danach auf einer repräsentativen Datenbasis beschrieben werden.

0370

Immer, überall, jederzeit, ohne jeden Grund? Psychiatrische und psychosomatische Rehabilitation in Deutschland

Bernd Eikermann (Städtisches Klinikum Karlsruhe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Psychisch Kranke werden in Deutschland in großem Umfang rehabilitiert. Gleichzeitig steigt die Bedeutung psychischer Gesundheitsstörungen in wichtigen Sozialstatistiken, z.B. bei Arbeitsunfähigkeit oder vor allem auch Frühverrentung und -pensionierung.

Methode: Rehabilitation findet implizit in psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken, explizit in gemeindenahen komplementären Einrichtungen und durch spezielle Dienste statt. Damit unverbunden wird Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in psychiatrischen oder psychosomatischen Rehabilitationskliniken in großem Stil durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Die empirisch erfolgreichste Methode zur Rehabilitation ist das Supported employment, von der allerdings wenig Gebrauch gemacht wird. RPK's spielen einstweilen nur am Rande eine Rolle. Die gemeindenahen Einrichtungen sind den chronisch Kranken vorbehalten. Wie kann also Rehabilitation künftig organisiert werden?

S-090 Symposium

Geschlechtsspezifische Aspekte in der psychiatrischen Versorgung im Kontext von Migration

Vorsitz: H.-J. Assion (Bochum), W. Machleidt (Hannover)

0441

Geschlechtsspezifische Aspekte bei Migranten

Marianne Kastrup (Videnscenter for Transkulturel, Psykiatrisk klinik, Kopenhagen)

Einleitung: Weibliche und männliche Migranten haben sehr verschiedene Lebensbedingungen und wird von verschiedene Traumata betroffen. Es ist aber erstaunlich wie begrenzt Aufmerksamkeit geschlechtsspezifische Faktoren in Migrantinnen genossen haben und wie diese Faktoren beitragen zur ihre psychische Gesundheit.

Diskussion/Ergebnisse: Die Komplexität der sozialen Situation der Migrantinnen darf im Fokus sein, als diese Frauen eine zentrale Rolle in der Versorgung emotionaler Stütze haben. Aussetzung für postmigratorische Stress kann ihre Kapazität Stress zu meistern überhäufen. Migrantinnen, die psychiatrische Hilfe suchen, haben viele gemeinsame Züge und oft leiden sie aus Mangel an Empowerment und erfahren kontinuierliche Schikane gegen ihre selbst und ihre Kinder. Mein Vortrag behandelt eine Übersicht die verschiedene Charakteristika dass Migranten im Exil erfahren und wie diese Charakteristika beitragen zu der Verschlechterung ihre psychische Gesundheit. Weiterhin, wie es möglich ist Gefahr Signale früh zu identifizieren und auch Weise Migrantinnen Empowerment zu geben mit ein Fokus auf die Rechte dieser Frauen. In therapeutische Kontexte dürfen der Therapeut und der Patient über gemeinsame Ziele für Behandlung in Erkenntnis kulturellen Unterschiede einig zu werden.

0442

Probleme in der stationären und ambulanten Behandlung von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund

Hülya Bingöl (Westfälisches Zentrum Bochum, Tagesklinik II/ Türk. Ambulanz)

H.-J. Assion

Einleitung: Patienten mit türkischem Migrationshintergrund sind die größte Gruppe der Migranten in Deutschland. Gerade in den letzten Jahren ist es durch das Phänomen der Heiratsmigration zu einem Zustrom von Frauen aus der Türkei gekommen, wobei die Frauen weder sprachlich noch kulturell auf die neue Heimat vorbereitet sind. Zudem sollten bei Frauen türkischer Herkunft eine Reihe von besonderen Faktoren berücksichtigt werden, die im ärztlichen Kontakt von Bedeutung sind.

Methode: In dem vorliegenden Beitrag werden die Erfahrungen in der Versorgung mit türkisch-stämmigen Frauen dargestellt, mit denen eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer zweiwöchentlich stattfindenden Gruppentherapie durchgeführt wurde. Die Erfahrungen, Themen und psychotherapeutischen Probleme werden denen von türkisch-stämmigen Männern gegenüber gestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Gruppenbehandlung wird besonders effektiv, wenn durch die Präsenz einer kultur- und sprachkompetenten Therapeutin die Sprach-, Kultur- und geschlechtsspezifischen Barrieren nicht mehr ins Gewicht fallen. Die Patientinnen profitieren von der gleichgeschlechtlichen Gruppe und besprechen Themen, die sonst scham- und schuldhaft besetzt sind. Es fällt den türkischen Frauen schwer, sich von männlicher Autorität abzugrenzen und eigene Bedürfnisse zu formulieren. Es mangelt den Frauen an Selbstbewusstsein, bedingt durch die traditionelle Erziehung, und es wird häufig über ein

Gefühl von Insuffizienz berichtet. Kulturspezifische Werte werden dabei kaum in Frage gestellt. Diskussion: Der folgende Beitrag will dazu beigetragen, ein spezifisches Modul zu entwickeln, um die psychotherapeutische Versorgung von türkisch-stämmigen Frauen zu verbessern.

0443

Subjektive Krankheitstheorie und psychische Befindlichkeit bei türkischen und deutschen Frauen

Theda Borde (Alice Salomon Fachhochschule B, Berlin)

0444

Pharmakotherapeutische Besonderheiten unter geschlechtsspezifischen und kulturellen Aspekten

Hartmut Reinbold (Westfälisches Zentrum Dortmund, Klinik für Psychiatrie)

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-027 Postersitzung

Gemeinde- und Sozialpsychiatrie

Vorsitz: K.-H. Beine (Hamm)

0284

Profitieren Patienten aus verschiedenen Diagnosegruppen gleichermaßen von der Behandlung in einer allgemein-psychiatrischen Tagesklinik? Eine prospektive Längsschnittuntersuchung über 3 1/2 Jahre

Bernd Brüggemann (Med. Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrie)

Einleitung: In den meisten deutschen Tageskliniken werden Patienten aus dem gesamten psychiatrischen Diagnosespektrum behandelt. Seltener sind Tageskliniken, die sich auf ein spezielles Klientel spezialisiert haben wie gerontopsychiatrische Tageskliniken oder teilstationäre Behandlungen von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Unserer Untersuchung lag die Frage zugrunde, ob Patienten aus verschiedenen Diagnosegruppen gleichermaßen von der Behandlung in einer allgemein-psychiatrischen Tagesklinik profitieren. Hierbei sollten als Outcomeparameter sowohl psychosoziale als auch psychopathologische Merkmale aus Patienten- und Therapeutenperspektive berücksichtigt werden.

Methode: Im Rahmen der Hannover-Studie wurden über einen 3 1/2-Jahreszeitraum (1. Juli 2000 bis 31. Dezember 2003) Daten zum Ausgangsniveau und zu Veränderungen psychopathologischer (u.a. ICD-10-Diagnosen, Global Assessment of Functioning Scale [GAF], Symptom-Checkliste [SCL-90-R]) und psychosozialer Merkmale (Profil der Lebensqualität psychisch Kranker [PLC], Freiburger Fragebogen zur sozialen Unterstützung [F-SozU]) erhoben und auf etwaige Unterschiede zwischen Patienten aus den ICD-10-Diagnosegruppen F2, F3 und F4 untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: 253 Behandlungsepisoden konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Ein vollständiger Datensatz lag für 114 Behandlungsepisoden vor (F2: n=32, F3: n=54, F4: n=28). In der Fremdbeurteilung ergab sich eine hochsignifikante Abnahme der Ausprägung der Psychopathologie (ES=0,93). Die subjektive Beeinträchtigung durch die Beschwerden nahm in allen Subskalen des SCL-90-R bei kleinen bis mittleren Effektstärken hochsignifikant ab. In den Bereichen der Lebenszufriedenheit konnten hochsignifikante Besserungen bei mittleren Effektstärken erreicht werden. Die wahrgenommene soziale Unterstützung nahm bei kleiner Effektstärke (ES=0,23) hochsignifikant zu. Positive Veränderungen in den psychosozialen und psychopathologischen Merkmalen waren in der

Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen am ausgeprägtesten und bei den schizophren Erkrankten am geringsten. Die Konsequenzen der Ergebnisse für die tagesklinische Behandlung werden kritisch diskutiert.

0285

Langzeiteffekte tagesklinischer Behandlung der Sozial-Psychiatrischen Tagesklinik des a.ö. KH Neunkirchen Ergebnisse einer 1-Jahres-Nachuntersuchung

Barbara König (KH Neunkirchen, Sozial-Psychiat. Abteilung)

Einleitung: Die Tagesklinik der Sozial-Psychiatrischen Abteilung des a.ö. KH Neunkirchen begann ihren Betrieb im Mai 2003. Da es die erste Tagesklinik mit 2 störungsspezifischen Behandlungsprogrammen in Österreich war, entschied das Team dieses Konzept (F2 & F3 Diagnosen mit spezifischen psychoedukativen Programmen) zu evaluieren und ein Jahr nach der Entlassung die Patienten des ersten Behandlungsjahres über den weiteren Verlauf zu befragen.

Methode: Die Daten aller Patienten, die im ersten Jahr für die Tagesklinik geplant waren wurden in einer eigens entwickelten Computerdatenbank erfasst, ein Jahr nach Entlassung wurden alle Patienten, die länger als fünf Tage an der Tagesklinik in Behandlung waren neuerlich interviewt. Patienten, die trotz fixer Zusage nicht an die Tagesklinik kamen bzw. die Behandlung innerhalb von 5 Tagen abbrachen wurden gesondert erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Von den 162 datenmäßig erfassten Personen verblieben 125 über 5 Tage in tagesklinischer Behandlung, diese Patientengruppe wurde nach einem Jahr neuerlich befragt. Die 37 Abbrecher unterschieden sich nur durch das Vorhandensein von zusätzlichen somatischen Erkrankungen von den Patienten, die die Behandlung in Anspruch nahmen. Die verbliebenen 125 Personen blieben im Schnitt 25,6 Tage (exkl. Wochenende) in tagesklinischer Behandlung, 58% waren weiblich, 95% hatten bereits psychiatrische Vorepisoden. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt waren 4 Personen verstorben (2 an Suizid), 40% hatten keine weitere Krankheitsepisode und 62% keinen weiteren stationären Aufenthalt aufgrund der psychiatrischen Erkrankung. 100% der Patienten mit einer psychotischen Erkrankung und 92% der Patienten mit einer affektiven Erkrankung waren nach einem Jahr immer noch in psychiatrischer Nachbetreuung. Auffällig ist, dass 20% der Untersuchten in Zeitraum eines Jahres mindestens einen stationären Aufenthalt wegen physischer Probleme hatten.

0286

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Depressionstherapie in einer Akuttagesklinik: Welche Patienten profitieren?

Ulrich Junghan (Uniklinik für Psychiatrie, Gemeindepsychiatrie, Bern)
C. Teschner, M. Pfammatter, Z. Kupper, W. Tschacher

Einleitung: Gemeindepsychiatrische Ansätze zur Akutbehandlung schwerer psychischer Störungen haben sich in den letzten Jahren zunehmend etabliert. Sie bieten in der Regel in einem begrenzten Zeitraum eine multimodale, symptomorientierte Behandlung für eine diagnostisch sehr heterogene Patientenpopulation an. Gegenwärtig bestehen zahlreiche Fragen hinsichtlich geeigneter psychotherapeutischer Angebote, die sich in diese Strukturen integrieren lassen und für einen möglichst grossen Anteil der behandelten Patienten sinnvolle Hilfestellung bieten. Ziel der Studie ist die Identifikation von Untergruppen mit unterschiedlichem Behandlungsverlauf in einer Gruppe von akuttagesklinisch behandelten Patienten mit mittleren bis schweren Depressionen anhand ihrer initialen Symptomprofile.

Methode: Das statistischen Verfahrens einer latenten-Klassen-Analyse wurde verwendet, um in einer Gruppe von depressiven Patienten (n=150) Untergruppen mit unterschiedlichen Symptomprofilen zu Beginn einer tagesklinischen Akutbehandlung zu identifizieren. Diese

Patienten erhielten für die Dauer ihrer Behandlung wöchentliche Gruppensitzungen einer manualisierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie. Mehr-Ebenen Regressionsmodelle („random mixed models“) wurden verwendet, um Patientengruppen mit unterschiedlichen initialen Symptomprofilen in einer longitudinalen naturalistischen Studie bezüglich ihrer Behandlungsergebnisse zu vergleichen.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand ihres initialen Symptomprofils liessen sich vier Untergruppen depressiver Patienten identifizieren. Die Rate der klinisch signifikanten, reliablen Veränderung depressiver Symptomatik in der gesamten Patientengruppe war vergleichbar mit publizierten Raten kontrollierter Psychotherapiestudien. Die identifizierten Untergruppen zeigten jedoch signifikant unterschiedliche Verläufe in ihrer Symptomentwicklung über die Zeit. Patienten mit initial stärker ausgeprägter Depression und depressiven Kernsymptomen wie Traurigkeit, Ambivalenz und imperativem Weinen verbesserten sich deutlich, während solche mit höheren Skalenwerten für überwiegend kognitive Symptome wie Selbsthass, Bestrafungserleben oder Schuldvorstellungen unter Therapie tendenziell eine Verschlechterung zeigten.

0287

Auswirkungen einer wohnortnahen Therapie auf die stationäre Behandlungsdauer psychiatrischer Patienten

Susanne Joisten (Johanniter-Krankenhaus, Abteilung für Psychiatrie, Geesthacht)

C. G. Huber, G. Suffrian, H. Krämer, M. Heißler

Einleitung: Psychiatrische Erkrankungen liegen in der Rangliste der Verursacher direkter Behandlungskosten im deutschen Gesundheitssystem mit 22,4% auf dem vierten Platz (Statistisches Bundesamt 2004). Die teuerste Therapiephase stellt hierbei die (teil-)stationäre Behandlung dar. Eine Minimierung der Verweildauer spielt daher aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle. Die vorliegende Arbeit soll überprüfen, ob wohnortnahe Behandlung, wie sie im Sinne einer „community psychiatry“ gefordert wird, die Verweildauer psychiatrischer Patienten in stationären und teilstationären Einrichtungen vermindern kann.

Methode: Die Datenerhebung erfolgte an der psychiatrischen Abteilung des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht. Die Klinik verfügt über 50 vollstationäre und 43 teilstationäre Behandlungsplätze, sowie über eine Institutsambulanz, die auch aufsuchend tätig ist. Die Abteilung erfüllt den regionalen Versorgungsauftrag für den überwiegend ländlich geprägten Kreis Herzogtum Lauenburg (185.919 Einwohner). Die vollstationäre Versorgung erfolgt in Geesthacht, wobei die Zuweisung der Patienten zu den drei allgemeinspsychiatrischen, fakultativ geschlossenen Stationen im Sinne einer Sektorisierung in Abhängigkeit von ihrem Wohnsitz erfolgt. Mit Hilfe von Kasuistiken wurde zunächst an repräsentativen Behandlungsverläufen überprüft, inwieweit die Nähe des Wohnortes zur Klinik/Tagesklinik zu einer Stabilisierung der Patienten beiträgt. Um diese Beobachtungen aus dem klinischen Alltag zu objektivieren, wurden zudem die Belegungsdaten aus dem Zeitraum von 11/2003 bis 05/2006 ausgewertet. Erfasst wurden die Entfernung des Wohnorts von der behandelnden psychiatrischen Einrichtung, Geschlecht, Alter, Diagnosen, Verweildauer und Zahl der Wiederaufnahmen. Um den Behandlungserfolg zu überprüfen, wurden weiterhin mittels zufällig ausgewählter Stichproben Daten über die Betreuung nach Entlassung ermittelt.

Diskussion/Ergebnisse: Erste statistische Analysen der (teil-)stationären Behandlungsdaten stützen die anhand der Kasuistiken belegbaren Erfahrungen aus dem klinischen Alltag. Danach ist eine größere Entfernung der behandelnden Einrichtung vom Wohnort des Patienten mit höheren Verweildauern verbunden. Die Hypothese einer günstigen therapeutischen und gesundheitsökonomischen Auswirkung wohnortnaher Behandlung hält somit einer ersten Analyse stand und sollte daher weiter geprüft werden.

0288

Aufnahmegrund bei Patienten mit affektiven Störungen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis an einer Sozialpsychiatrischen Abteilung

Johanna Bacher (Krankenhaus Hollabrunn, Sozialpsychiatrische Abteilung)
R. Gross

Einleitung: Zielstellung: In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse einer retrospektiven Untersuchung zu den Aufnahmegründen und der Compliance bei Patienten mit affektiven und schizophrenen Psychosen vorgestellt, die an einer sozialpsychiatrischen Abteilung mit Versorgungsauftrag (eines Landeskrankenhauses in Niederösterreich) aufgenommen wurden.

Methode: Methode: Im Zeitraum von Jänner bis Juni 2005 erfassten wir den Aufnahmegrund von Patienten mit F2 bzw F3 Diagnosen nach ICD-10, die medikamentöse Compliance bei Aufnahme, den Anteil an Erstaufnahmen, die soziodemografischen Daten und die Aufenthaltsdauer.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 193 Patienten mit F2- bzw F3-Diagnose nach dem ICD-10 aufgenommen, davon 87 Männer und 116 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahre (17 bis 87 Jahre). 83 Patienten mit F2-Diagnosen waren im Durchschnitt 16 Tage stationär (1–53 Tage), davon 17 Erstaufnahmen. 19 Patienten, die schon mehrmals aufgenommen waren, setzten vor Aufnahme die Medikamente selbsttätig ab. In diesem Zeitraum waren 10 Patienten mehrmals (2–6mal) stationär. Bei den restlichen Patienten kam es aufgrund der Progredienz der zugrundeliegenden Erkrankung zur Wiederaufnahme. 110 Patienten mit F3-Diagnosen waren im Durchschnitt 18 Tage (1–55 Tage) stationär, davon 37 Erstaufnahmen, wobei 5 Patienten suizidal waren. 31 Patienten kamen aufgrund fehlender Medikamentencompliance an unsere Abteilung, 6 davon mit erhöhter Suizidalität.

0289

Wege zur Angehörigenrunde

Beate Schrank (Ludwig Boltzmann Institut, Sozialpsychiatrie, Wien)
I. Sibitz, M. Schaffer, M. Amering

Einleitung: Das Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie schizophrener Erkrankter spielt für ein optimales Therapieergebnis eine zentrale Rolle. Die Angehörigenrunde dient dazu, Kompetenz und Autonomie der Angehörigen zu erhöhen und zur Entlastung beizutragen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war, zu erfassen, wie welche Angehörige das Angebot der Angehörigenrunde erhalten und welche Gründe aus Sicht der Angehörigen für bzw. gegen eine Teilnahme an der Angehörigenrunde sprechen.

Methode: Angehörige von schizophren Erkrankten wurden mittels einem per post zugesendeten Fragebogen zu Wegen und Hindernissen bei der Nutzung des Angebotes der Angehörigenarbeit befragt. Zusätzlich wurden die behandelnden ÄrztInnen gefragt, wie, welche und warum Angehörige zur Angehörigenrunde eingeladen bzw. nicht eingeladen wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Von 217 ausgesendeten Fragebögen wurden 147 (68%) zurückgeschickt. Von den 147 Angehörigen waren laut Befragung der ÄrztInnen 91 zur Angehörigenrunde eingeladen worden und 56 nicht. Gründe für die Nicht-Einladung waren: kein Kontakt zu den Angehörigen, entfernter Wohnort und kein Nahverhältnis der Angehörigen zum/r Patienten/in. 60 der 91 eingeladenen Angehörigen, meist Mütter, Väter oder PartnerInnen haben an der Angehörigenrunde teilgenommen, alle anderen haben nicht teilgenommen (n=87). Informationswunsch, Aussprache und Austausch untereinander, Hilfe im Umgang mit den PatientInnen und Hilfe bei der Überwindung des eigenen Schocks wurden vielfach als Gründe für eine Teilnahme gesehen. Gründe, nicht zur Angehörigenrunde zu kommen, bezogen sich am häufigsten auf zeitliche und örtliche Rahmenbedingungen. Weitere Gründe waren Informationsmangel

und persönliche Gründe wie Erschöpfung, Müdigkeit, Unsicherheit, Scheu oder Angst, über die Krankheit zu reden. Dem gegenüber nannten Angehörige, gefragt nach den Gründen anderer, nicht zur Angehörigenrunde zu kommen an erster Stelle persönliche Gründe (u.a. Desinteresse, Angst, Verleugnung, Scham, Schuldgefühle, Erschöpfung). Schlussfolgerung: Die genannten Gründe gegen die Inanspruchnahme der Angehörigenrunde weisen auf Berührungsängste mit Angeboten der Angehörigenarbeit und eine hohe Stigmatisierung von Angehörigen psychisch Kranker hin. Die erfolgreiche Integration von Angehörigen in die Therapie erfordert daher von professionellen HelferInnen Einfühlsamkeit und besonderes Engagement.

0290

Integrative alterspsychiatrische Versorgung – eine Modelleinrichtung im Zürcher Oberland

Ivanka Radman (Psychiatrische Klinik Schlössli, Oetwil am See)

Die Struktur unserer Bevölkerung ist einem markanten Wandel unterworfen. Mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt. Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass ca. 30% älterer Menschen an einer leichten bis schweren psychischen Störung leiden, 12–15% davon sind behandlungsbedürftig. Unter diesen Aspekten wächst die Verantwortung der Gesellschaft, älteren, oft multimorbiden Patienten eine fachkundige und patientenorientierte Diagnostik und Therapie anzubieten. Der alterspsychiatrische Bereich der Schlössli-Gruppe bietet ein differenziertes Angebot an Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Dabei wird modellhaft die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung im Zürcher Oberland (250'000 Einwohner) von einem Dienstleister erbracht, „Hilfe aus einer Hand“. Mit der umfassenden Neuorganisation konnte eine gemeindenahе, gut koordinierte Netzversorgung entwickelt werden. Im Zentrum steht eine individuelle, der Problematik der Alterspatienten gerecht werdende Behandlung, die interdisziplinär erbracht wird. Innovativ sind die störungsspezifischen, modulartig gestalteten Therapieangebote, die in allen drei Bereichen (ambulant, teilstationäre und stationär) angeboten werden. Unter dem Einbezug der regionalen Ressourcen in das integrative Behandlungsmodell konnten die therapeutische Konstanz und die Behandlungsqualität deutlich verbessert werden.

0291

Psychische Störungen bei Spätaussiedlern

Jürgen Kornischka (Klinikum Herford, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Seit den 70er Jahren kamen mehr als 3,8 Millionen Spätaussiedler nach Deutschland. Sie stellen mittlerweile die größte Migrantengruppe dar. Wie in einer Übersichtsarbeit (Kornischka et al.; Psychiatrische Praxis, im Druck) schon dargestellt, existieren bislang kaum Studien zum Erkrankungsspektrum dieser von der Psychiatrie insgesamt eher vernachlässigten Migrantengruppe. Spätaussiedler sind zwar formal Deutsche, doch faktisch kommen sie als Fremde zu uns und viele haben nur unzureichende deutsche Sprachkenntnisse. Muttersprachliche psychiatrische Versorgungsangebote sind jedoch wichtig. Aus diesem Grunde haben wir in unserer Klinik auch zwei russischsprachige Kolleginnen angestellt.

Methode: Alle nicht in Deutschland geborenen Patienten bekamen kurz nach der Aufnahme einen Migrationsfragebogen vorgelegt, um die spätausgesiedelten Patienten herauszufiltern. Letztendlich wurden innerhalb eines Jahres 78 Spätaussiedler aufgenommen (6% aller Aufnahmen). Die meisten (n=59) stammten aus mittelasiatischen Regionen und Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, und waren in den letzten 15 Jahren ausgesiedelt. Die Patienten (42 Männer; 36 Frauen) wurden psychiatrisch (Eigen- und Fremdanamnese) und testpsychologisch (HAMD, BDI, SCL-90) untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Bei 54 Patienten (69%) zeigte sich nach test-psychologischer Auswertung eine manifeste depressive Symptomatik. Bei 42 Patienten (54%) konnte die Diagnose einer depressiven Episode (ICD 10 F31–33) gestellt werden. Bei den Männern war allerdings Alkoholabhängigkeit (n=35) die häufigste Diagnose, während bei den Frauen neben einer depressiven Episode (n=26) noch Somatisierungsstörungen (n=15) häufig diagnostiziert wurden. Die Spätaussiedler stellen eine heterogene Population dar. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen tendenziell in eine ähnliche Richtung wie die Ergebnisse früherer Pilotstudien (Branik 1982, Kornischka 1992). Die Spätaussiedler der 70er und 80er Jahre kamen allerdings überwiegend aus Polen und Rumänien und die Integrationsbedingungen waren damals teilweise noch etwas besser als für die sogenannten „späten Spätaussiedler“ (Kornischka 1998), die seit den 90er Jahren umgesiedelt sind.

0292

Transkulturell-psychiatrische Versorgung türkischer Patienten: Charakteristika von Zuweisern und Patienten

Eckhardt Koch (Zentrum für Soziale Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psy, Marburg)

S. Kamcili-Kubach, M. Kraus, M. R. Ortmann, N. Volker, M. Feldhordt

Einleitung: Die angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bedarf eines wohnortnahen Versorgungsnetzes mit transkultureller Kompetenz. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd bestehen seit Jahren Beratungs- und Therapieoptionen für türkische Patienten mit psychiatrischen Störungen. In der vorliegenden Analyse werden die Ergebnisse einer systematischen Erhebung der Charakteristika von Zuweisern und Patienten dargestellt.

Methode: Vor jeder ambulanten Untersuchung wurde ein Fragebogen an den zuweisenden Arzt verschickt. Nach einem ambulanten Vorgespräch wurden transkulturelle Besonderheiten und Therapiealternativen dokumentiert. Die im Zeitraum 2000–2005 erfolgten Zuweisungen türkischer Patienten zur transkulturell arbeitenden Ambulanz der KPP Marburg-Süd wurden in Bezug auf Charakteristika der Zuweiser und der türkischen Patienten deskriptiv analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Aus 620 patientenbezogenen Kontaktaufnahmen der zuweisenden Ärzte (11% türkischsprachig; über 50% Allgemeinärzte, etwa 30% Psychiater und Nervenärzte, 10% andere Fachärzte, 5% Psychotherapeuten) ergaben sich 475 (73%) ambulante Untersuchungen. Die Vorbehandlung dieser Patienten (Alter 43±11 J., 59% Frauen) beim Zuweiser betrug in über 50% über ein Jahr. Bei 14% lag eine Asylproblematik vor, bei 16% ein Berentungsanliegen. Etwa 1/3 der Patienten hatte keine Probleme bei der sprachlichen Verständigung, in 34% der Fälle fungierte ein Familienangehöriger als Dolmetscher. Häufigste Hauptdiagnosen waren Depressionen (ICD-10 F32/F33, 41%), Belastungsstörungen (F43, 26%) und somatoforme Störungen (F45 16%); über 75% der Patienten erhielten Medikamente (v.a. Antidepressiva). Bei 37% der Patienten wurde die Indikation zur stationären Behandlung gestellt, bei 23% der Patienten eine muttersprachliche psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung (9% in der eigenen Institutsambulanz), bei 11% der Patienten wurden Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen und bei 10% die Versorgung in einer komplementären Einrichtung. Von 222 Patienten konnten migrationsspezifische Belastungsfaktoren erhoben werden, am häufigsten wurden Statusverlust (71%) und Familienunstimmigkeiten (65%) genannt. Die Kenntnis der Charakteristika von Patienten mit Migrationshintergrund und die frühe Kontaktaufnahme der Zuweiser mit weiterbehandelnden, insbesondere stationären Einrichtungen, macht angemessene und ökonomische therapeutische Interventionen im transkulturell-psychiatrischen Versorgungsnetz möglich. Die Untersuchung migrations-assoziiierter Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Therapie wird derzeit weiter vertieft.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 07

S-118 Symposium

Stationäre psychiatrische Versorgung im deutschsprachigen Raum: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Vorsitz: R. Rupprecht (München), W. Rössler (Zürich)

0571

Stationäre psychiatrische Versorgung in Deutschland

Rainer Rupprecht (Universität München, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Nach Erhebung der WHO nehmen neuropsychiatrische Erkrankungen eine herausragende Stellung hinsichtlich einer psychosozialen Beeinträchtigung ein. Bereits in der Psychiatrie-Enquete 1975 wurde auf vielschichtige Probleme der stationären psychiatrischen Versorgung hingewiesen und die Forderung nach einer dezentralen gemeindenahen Psychiatrie erhoben.

Methode: Es soll ein Überblick über wichtige Determinanten stationärer psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten, gegeben werden.

Diskussion/Ergebnisse: In der BRD gilt bislang ein duales Prinzip der Krankenhausfinanzierung, welches auch für psychiatrische Krankenhäuser greift. Der größte Teil der Betriebskosten wird dabei von der GKV aufgebracht. Personalkosten machen einen Großteil des Budgets einer psychiatrischen Klinik aus, die Bemessungsgrundlage des Bedarfs an therapeutischen und pflegerischen Personals ist die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). In den letzten Jahren kam es in der BRD zu einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern bei gleichzeitiger Abnahme der Verweildauer. In der BRD besteht prinzipiell Freiheit bei der Auswahl der therapeutischen Maßnahmen, die Verweildauer kann jedoch in Abhängigkeit von den therapeutischen Maßnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden. Der gemeinsame Bundesausschuss beurteilt auch im Krankenhaus diejenigen Verfahren, die zu Lasten der GKV abgerechnet werden dürfen. Probleme der stationären Versorgung werden durch Therapieresistenz, mangelnde Verfügbarkeit von Übergangseinrichtungen, Fehlbelegung aufgrund sozialer Indikation, Schnittstellenproblematik beim Übergang zur ambulanten Versorgung und durch häufige Wiederaufnahmen verursacht. Noch gelten in der BRD keine DRG für die Psychiatrie, auch psychiatrische Kliniken sind jedoch gehalten, ihr Leistungsprogramm-Management weiterzuentwickeln und aktiv den Übergang zur ambulanten Versorgung, z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung, zu gestalten.

0572

Stationäre psychiatrische Versorgung in Österreich

Johannes Wancata (Universität Wien, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: In den letzten 30 Jahren kam es in Österreich so wie in den meisten anderen europäischen Ländern zu einer kontinuierlichen Abnahme der psychiatrischen Krankenhausbetten.

Methode: Derzeit beträgt die Bettenplan-Ziffer für psychiatrische Betten 0,3–0,5 Betten pro 1000 Einwohner. Tagesklinikplätze zählen dabei wie psychiatrische Betten und können nur durch Umwidmung von vollstationären Kapazitäten innerhalb der Planbettenobergrenze eingerichtet werden. Um einen finanzielle Anreiz für die Krankenhäuser zur Einrichtung von Tageskliniken zu schaffen wurde die Finanzierung der Tageskliniken stark an jene von psychiatrischen Betten angelehnt. Im Sinne der Dezentralisierung wird von der Gesundheitsplanung für jede Versorgungsregion eine psychiatrische Abteilung in einem Schwerpunkt Krankenhaus gefordert, deren

Mindestgröße 30 Betten betragen sollte. Seit einigen Jahren werden für die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung zusätzliche Betten vorgeschlagen, wobei eine Bettenmessziffer von 0,06 Betten/1000 EW errechnet wurde.

Diskussion/Ergebnisse: Vor einigen Jahren wurde in Österreich die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF), ein an DRGs orientiertes System eingeführt, bei dem für jede Leistungs-Diagnose-Gruppe eine Verweildauerober- und untergrenze festgelegt wurde. Eine Unterschreitung der Verweildaueruntergrenze führt zu einer proportional abnehmenden Bepunktung, während eine Überschreitung der Verweildauerobergrenze mit einer degressiven Zusatzbepunktung verbunden ist. Auf diese Weise wurde für die Krankenhäuser ein Anreiz geschaffen, die Verweildauerobergrenze nicht zu überschreiten. Ähnlich der internationalen Entwicklung kam es zu einer Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer, die in den letzten Jahren auch durch das Anreizsystem LKF beeinflusst wurde. Im Jahr 2002 betrug die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung für Österreich 27,7 Tage, wobei starke regionale Unterschiede festzustellen sind. An den psychiatrischen Universitätskliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern betrug die mittlere Verweildauer nur 19,1 Tage. Die häufigste psychiatrische Diagnose (psychiatrische Betten insgesamt) war im Jahr 2002 „Substanzbezogene Erkrankung“, gefolgt von affektiven Störungen und Schizophrenie.

0573

Stationäre psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Wulf Rössler (Universität Zürich, Psychiatrische Klinik)

Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz hat sich in vielerlei Hinsicht unterschiedlich als die deutsche oder österreichische Psychiatrie entwickelt, sodass nicht selten von einem Sonderweg der Schweizer Psychiatrie gesprochen wird. Vorrangig ist zu erwähnen, dass sich die universitäre Psychiatrie in der Schweiz nicht aus den Universitätskliniken heraus entwickelt hat, sondern dass Ende des 19. Jahrhunderts die Anstaltsdirektoren der Kantone, die über eine Universität verfügen, zu Ordinarien ernannt wurden. Vor diesem Hintergrund entstand nicht die enge Verzahnung mit der somatischen Medizin insbesondere mit der Neurologie. Die Schweizer Psychiatrie hat früh einen Schwerpunkt in der Psychotherapie gesetzt. Hervorzuheben in diesem Zusammenhang ist Eugen Bleuler, der in die Schizophreniebehandlung die Psychoanalyse einbezogen hat. Aufgrund dieser Entwicklung wurde schon in den frühen 60er Jahren ein eigenständiger Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz eingeführt. Die Finanzierungssituation der stationären psychiatrischen Versorgung ist für die gesamte Schweiz durch ein gemischt staatliches-versicherungsrechtliches System gekennzeichnet. Es bestehen strenge kantonale Grenzen mit entsprechender kantonalen Planungshoheit. Dementsprechend weit gespannt ist Art und Umfang der stationären psychiatrischen Versorgung. Grosse Kantone verfügen in der Regel über einige eigene Kliniken, während mittlere Kantone neben eigenen Kliniken auch Privatkliniken in die Versorgung mit einbeziehen. Die kleinen Kantone stellen die psychiatrische Versorgung meistens über sogenannte Vertragskliniken sicher, die oft nicht in dem jeweiligen Kanton liegen und die Inanspruchnahme stationärer Leistung wesentlich erschweren. Gesamthaft ist die Zahl der Betten im europäischen Vergleich immer noch hoch wie auch die Aufenthaltsdauer. Gerade in den letzten 10 Jahren ist aber eine Dynamik in Gang gekommen, mit einer rasch steigenden Zahl von Aufnahmen, die intensive Diskussionen über die Weiterentwicklung des stationären Versorgungssektors in der Schweiz eingeleitet haben. Die Weiterentwicklung der stationären Versorgung ist auch dadurch erschwert, weil die ambulante Nachsorge entlassener Patienten trotz enorm hoher Dichte von niedergelassenen Psychiatern schwierig ist. Die Kennzahlen der verschiedenen Versorgungssektoren werden in dem Vortrag vorgestellt und diskutiert werden.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 13/14

S-151 Symposium

Versorgung psychischer Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Großstädten

Vorsitz: M. Schouler-Ocak (Berlin)

0734

Interkulturelles Profil einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Eckhardt Koch (Psychiatrie und Psychotherapie, Marburg)

Einleitung: Ab 1992 wurde an der KPP Marburg-Süd ein Projekt zur Versorgung von Patienten türkischer Herkunft aufgebaut, das seit 2000 wissenschaftlich evaluiert wird. Die Erfahrungen werden aktuell ausgewertet mit dem Ziel, interkulturelle Kompetenz in allen Abteilungen der Klinik zu verbessern.

Methode: In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd ist in einer spezialisierten Station in Zusammenarbeit mit der Ambulanz ein Behandlungsangebot für Patienten entwickelt worden, die aus der Türkei zugewandert sind. Ein ambulantes Vorgespräch vor der stationären Aufnahme sowie ein Fragebogen an den zuweisenden Arzt, um dessen Informationsstand und Sichtweise zu erfahren, werden ebenso wie die Arztbriefe nach ambulanter und ggf. auch stationärer Behandlung kontinuierlich ausgewertet.

Diskussion/Ergebnisse: Das Interesse der zuweisenden Ärzte an dem Projekt und der mit 22% überdurchschnittlich hohe Anteil von stationären Patienten mit Migrationshintergrund hat zu Überlegungen geführt, die interkulturelle Kompetenz in allen Abteilungen der Klinik zu verbessern. Die vielfältigen sprachlichen Kompetenzen der therapeutischen Mitarbeiter (durch gesonderte Befragung ermittelt) sollen zukünftig gezielter genutzt werden. Regelmäßige Fallkonferenzen erhöhen die Sensibilität aller Mitarbeiter für spezielle Probleme der Patienten mit Migrationshintergrund. In der Institutsambulanz sollen kultursensible Angebote auch in russischer Sprache und zusätzlich in der gerontopsychiatrischen Ambulanz installiert werden. Die Fortbildung der Klinik berücksichtigt Themen, die sich mit Krankheitskonzepten, Krankheitsdarstellung („idioms of distress“) und Behandlungserwartungen beschäftigen. Dabei gilt es, nicht nur die Kultur der Patienten, sondern auch die Einstellungen der Behandler wie auch der Institution zu berücksichtigen. Schlussfolgerungen: Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in Deutschland ist 2005 bereits auf 19% gestiegen. Es ist erforderlich, kultursensible Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, um Fehlbehandlungen und mögliche Chronifizierung zu vermeiden. An der KPP Marburg-Süd wurden langjährige Erfahrungen aus der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ausgewertet und zur Entwicklung von praktikablen und kostenneutralen Konzepten genutzt.

0735

Untersuchung zur Erfassung depressiver Störungen bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Meryam Schouler-Ocak (PUK Charité im SHK, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

S. Temur-Erman

Einleitung: Depressionen zählen zu den Erkrankungen, die oft unerkannt bleiben, weil viele Betroffene selber nicht erkennen, dass sie an einer Depression leiden oder Depression und Trauer, gedrückte Stimmung verwechselt werden und insbesondere körperliche Beschwerden häufig die Depression überdecken können. Dies ist bei Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der sprachlichen und kulturgebundenen Kommunikationsprobleme häufiger zu er-

warten. Daher ist davon auszugehen, dass in verschiedenen kulturellen Kontexten Depressionen bei Menschen mit Migrationshintergrund und schwieriger zu diagnostizieren und zu behandeln sind.

Methode: Es wurden in allgemeinärztlichen Praxen in Berlin bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund Daten zu u.a. soziodemografischen und migrationspezifischen Parametern sowie zum Akkulturationsgrad erhoben. Zudem kamen zwei unterschiedliche Depressionserfassungsbögen zum Einsatz.

Diskussion/Ergebnisse: Im Beitrag werden Ergebnisse u.a. zur Erfassung depressiver Störungen bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und der Umgang damit vorgestellt und diskutiert.

0736

Erklärungsmodelle psychischer Erkrankungen bei türkischen, deutsch-russischen und deutschen Jugendlichen vorgestellt und mögliche Implikationen für die klinische Praxis in der Großstadt

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

H. Plake, S. Penka

Einleitung: Es gibt deutliche Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung von Migranten mit Suchterkrankungen. Neben Sprachbarrieren werden kulturelle Differenzen angeschuldigt. Wir untersuchten Unterschiede in der Erklärung abhängigen Verhaltens bei türkisch-stämmigen, deutsch-russischen und deutschen Jugendlichen.

Methode: Mittels Free Listing wurden die am häufigsten zur Charakterisierung einer Sucht verwandten Begriffe bei 200 Jugendlichen aus den genannten Gruppen erfragt. Nachfolgend wurden die Erklärungsmodelle mittels des sogenannten Pile Sort Verfahrens erhoben, das das semantische Netz verwandter Begriffe abbildet. Erfasst wurden auch Begriffe, die die Jugendlichen als ungeeignet zur Beschreibung einer Sucht ablehnten.

Diskussion/Ergebnisse: Die deutschen und deutsch-russischen Jugendlichen unterschieden sich nur wenig in ihren Erklärungsmodellen abhängigen Verhaltens, während die türkisch-stämmigen Jugendlichen einerseits wenig Unterscheidungen zwischen illegalen und legalen Drogen vornahmen und andererseits zentrale Begriffe des medizinischen Erklärungsmodells (z.B. körperliche Abhängigkeit) als ungeeignet zurückwiesen. Informations- und Aufklärungsmaterial sollte diese Unterschiede im Verständnis von Suchterkrankungen berücksichtigen.

0737

Feldstudie zu familiären Strukturen bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Großstadt

Mehmet Toker (Westfälisches Institut, Hamm)

R. Schepker

Einleitung: In der Diskussion um „Parallelgesellschaften“ stellen sich der Versorgungspsychiatrie Fragen zur Relevanz familiärer Strukturen, Copingstrategien und Ressourcen in ihrer Bedeutung für psychiatrische Erkrankungen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. **Methode:** In der „Essener Feldstudie“ 1992–1996 stellten sich 77 Familien türkischer Herkunft aus dem Ballungsraum Ruhrgebiet für strukturierte Interviews zur Verfügung. Jugendliche Kinder in den Familien wurden zusätzlich mit den Verfahren YSR / CBCL, klinischem Interview, Kontrollüberzeugungen und strukturierter Selbstbeurteilung untersucht. Die Interviews wurden qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet, die Ratings quantifiziert und die Eingangshypothesen zur psychischen Gesundheit der Kinder mit multivariaten Verfahren statistisch überprüft. Familienkohäsion und -adaptabilität wurde mittels der Clinical rating scale (CRS) nach Olsson codiert, weitere Familienvariablen nach dem Modell der kontextuellen Familientheorie operationalisiert, das auch soziodemografische und familienstrukturelle Merkmale umfasst. Im letzten Abstraktions-

schrift wurde eine Familientypologie bezogen auf psychisch gesunde Kinder und auffällige Kinder erstellt. Eine Nachbefragung erfolgte v.a. hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Jugendlichen.

Methode: Die Familien wiesen heterogene Migrationsschicksale und Strukturen auf, 10% lebten in großfamiliären Strukturen mit Mehrgenerationenhaushalt und ein großer Teil war sozial unterprivilegiert mit beengten oder schlechten Wohnverhältnissen. Die Elternbiografien und die Familienstruktur zeigten keinen Einfluss auf spätere Störungen der Kinder. Der CRS kam ein Prädiktorwert für seelische Störungen erst nach einer Recodierung zu, die einen Übergangsbereich migrationsstypisch erhöhter Kohäsion und verminderter Flexibilität der Regulationsformen definierte. Eine negative Wirkung kamen der Arbeitslosigkeit des Familienoberhauptes zu ebenso wie einem nicht erfüllten Migrationsziel oder väterlichem Absentismus. Ressourcen in den Familien verhinderten Pathologie weniger als Risiken sie förderten. Eine monokulturelle Orientierung der Elterngeneration erwies sich in der Familientypologie nicht als problematisch für die seelische Gesundheit der Kinder, sondern ein klarer Habitus, auch eine erfolgreiche Existenz in der Migrantensubkultur waren protektiv, sofern den Kindern eine eigene Orientierung in der Aufnahmegesellschaft offen stand.

Diskussion/Ergebnisse: Monokulturelle Verhaftungen der Eltern oder großfamiliäre Strukturen wirken für Jugendliche in der Migration nicht per se entwicklungsbehindernd oder psychopathogenetisch, sondern eher mangelnder Kontakt zur Aufnahmekultur oder mangelnde Chancen wie Arbeitslosigkeit eines Elternteils. Familientypologisch sind funktionierende Netzwerke und subkulturelle Identitäten psychoprotektive Faktoren.

T15 Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.4

S-010 Symposium

Jugendliche Mütter und ihre Kinder – Eine Hochrisikogruppe mit frühem Interventionsbedarf

Vorsitz: S. P. Böhne (Rostock), O. Bilke (Berlin)

0045

Warum ist die frühe Elternschaft ein Risiko für die Kindesentwicklung?

Wolfgang Ihle (Universität Potsdam, Institut für Psychologie)

Einleitung: Theoretischer Hintergrund: Kinder junger Mütter weisen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensstörungen sowie Störungen der kognitiven- und Sprachentwicklung auf. Dieser Befund ist wissenschaftlich recht gut belegt. Weniger gesichertes Wissen existiert bisher über die Korrelate früher Elternschaft sowie die Wirkungsmechanismen, die zu günstigen und ungünstigen Entwicklungsverläufen beitragen.

Methode: Fragestellungen: In der vorliegenden Arbeit stehen folgende Fragen im Vordergrund: 1. In welchen Entwicklungsbereichen (kognitive Entwicklung, sozial-emotionale Entwicklung: internalisierende vs. externalisierende Störungen, soziale Anpassung) zeigen sich wann Entwicklungsrückstände?, 2. Welches sind die wichtigsten Korrelate früher Elternschaft?, und 3. Unter welchen Bedingungen weisen die Kinder günstige und ungünstige Entwicklungsverläufe auf? **Methode:** Es werden Ergebnisse einer Längsschnittstudie berichtet, die die Entwicklung von 362 zwischen 1986 und 1988 geborenen Kindern von der Geburt bis ins Alter von 11 Jahren begleitete.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Als bedeutsamste Korrelate früher Elternschaft erwiesen sich sowohl distale (mangelnde Schulbildung, beengte Wohnverhältnisse, psychische Störungen der Eltern) als auch proximale (mangelnde Bewältigungsstrategien, Streit in der Partnerschaft) psychosoziale Merkmale. Entwicklungsrückstände zeigten sich sowohl in der kognitiven als auch der sozial-emotionalen Entwicklung. Es konnte ferner gezeigt werden, dass die Effekte wenig spezifisch für junge Mütter, sondern eher als Folge von Risikokumulation zu sehen sind. Auf Schutzfaktoren wie die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion sowie des elterlichen Erziehungsverhaltens wird eingegangen.

0046

Teenagerschwangerschaften- Nur ein psychosoziales Risiko? Medizinischen und psychosozialen Risiken bei früher Mutterschaft.

Andrea Viertel (Vivantes Klinikum, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin)
S. P. Böhne- Suraj, O. Reis, B. Gerber, F. Haßler

Einleitung: Teenagerschwangerschaften wurden in den letzten Jahren auch in Deutschland ein „public health“ Problem. Ein Zuwachs an Schwangerschaften im minderjährigen Alter ist zwar nicht bundesweit aber länderspezifisch zu bemerken. Einen drastischen Anstieg findet man hingegen bei den Abtreibungen von Frauen im minderjährigen Alter. Die Literatur diskutierte zur Zeit vermehrt nicht nur psychosoziale Risiken sondern auch biologisch-medizinische Risiken und vor diesem Hintergrund beschreibt auch diese Studie sowohl medizinische wie auch psychosoziale Risiken früher Mutterschaft in Mecklenburg Vorpommern.

Methode: Es wurden alle Geburtsakten minderjähriger erstgebären-

der Mütter einer städtischen Frauenklinik, die zwischen (2000 und 2004) anfielen, anhand eines Kataloges ausgewertet und hinsichtlich definierter Risiken codiert. Die erste Geburt von volljährigen Frauen, die unmittelbar nach der Indexgeburt stattfand wurde ebenfalls codiert. Beide Gruppen wurden in der Häufigkeit einzelner Risiken verglichen. Hypothese 1: Minderjährige Frauen sind nicht stärker von biologischen prä- oder perinatalen Risiken betroffen (z.B. Zervixinsuffizienz)². Minderjährige Frauen weisen mehr psychosoziale Risiken auf (alleinerziehend)³. Die Häufung psychosozialer Risiken korrelieren mit biologischen Risiken.

Diskussion/Ergebnisse: Minderjährige Mütter rauchen mehr, sind häufiger alleinerziehend, weisen häufiger Untergewicht vor der Schwangerschaft auf, werden häufiger als Notfälle stationär gesehen und sie entbinden vermehrt unter Allgemeinanästhesie. Schlussfolgerung: Die bis zum heutigen Zeitpunkt ausgewerteten Daten weisen darauf hin, dass eine enge Korrelation zwischen psychosozialen und medizinischen Risiken besteht. Geplant ist die erhobenen Daten verschiedenen regionalen Hilfsinstanzen der Primärversorgung zu Verfügung zu stellen, um eine bedarfsgerechte Anpassung der vorhandenen Angebote vorzunehmen.

0047

Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie

Michael Franz (Universität Giessen-Marburg, Zentrum für Psychiatrie)

Erst seit wenigen Jahren schenkt die Fachöffentlichkeit den vielschichtigen Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern stärkere Aufmerksamkeit. Der emotionale und psychosoziale Druck auf diese Kinder ist zwar unterschiedlich, aber überwiegend erheblich, wie aus qualitativen Studien und kasuistischen Beiträgen bekannt wurde. Es besteht nicht nur ein stark erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen, sondern auch die Gefahr, im späteren Leben einmal selbst psychisch zu erkranken. Diese Kinder werden zur Zeit noch überwiegend von der Erwachsenenpsychiatrie ignoriert, von der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst wahrgenommen, wenn sie selbst bereits massiv erkrankt sind, und von den Institutionen der Jugendhilfe erst dann unterstützt, wenn ihre Auffälligkeit oder ihre familiären Verhältnisse ein direktes Eingreifen nötig und legal machen. Notwendig ist eine stärkere Vernetzung der beteiligten Institutionen wie Jugendamt, Schulumt, Kinder-, Jugend- und auch Erwachsenenpsychiatrie und Träger von Hilfsangeboten, um die Erfordernisse für ein zeitnahe und angemessenes Präventionsangebot, welches sich als Gratwanderung zwischen Unterversorgung und Über-Intervention darstellt, erfüllen zu können. Am Universitätsklinikum Giessen-Marburg wird zur Zeit ein Projekt unternommen, das durch die Organisation von problembezogenen Fortbildungsveranstaltungen für die genannten Institutionen diese in einem Arbeitskreis vernetzt. Ein weiterer Projektteil besteht in der Erfassung der Prävalenz betroffener Kinder und der Analyse von Belastungs- und Schutzfaktoren. Der Beitrag stellt erste Ergebnisse der Datenerhebungen dar und berichtet über die praktischen Erfahrungen mit der Vernetzung der Hilfsangebote.

0048

Risikoeinschätzung und präventive Intervention bei Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung am Beispiel der Hochrisikogruppe jugendlicher Mütter

Ute Ziegenhain (Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Einleitung: Die Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung ist in den ersten fünf Lebensjahren am größten. Misshandlung und Vernachlässigung findet häufiger in so genannten (Hoch-) Risikofamilien mit multiplen Belastungen, wie Armut, fehlende soziale Unter-

stützung, psychische Erkrankungen der Eltern und/oder Alkohol-/Drogenmissbrauch statt. In der Gruppe jugendlicher und allein erziehender Mütter sind solche Risiken, zumindest in unserer Kultur und Gesellschaft, gehäuft vorhanden.

Diskussion/Ergebnisse: Elterliches Erziehungsverhalten bzw. elterliche Erziehungskompetenzen gehören zu den relevanten Faktoren, die sich bei der Risikoeinschätzung von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung ebenso wie als Ansatzpunkt für Prävention und Intervention bewährt haben. Dabei spielen insbesondere bindungstheoretische Methoden und bindungstheoretisch konzipierte Programme zur Förderung elterlicher Feinfühligkeit eine Rolle. Sie lassen sich im Rahmen eines Diagnoseinventars mit anderen Risikoeinschätzungsverfahren einsetzen bzw. werden darauf aufbauend als Präventionsprogramme eingesetzt. Die Anwendung von Interaktions- und Bindungsdiagnostik bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung sowie der Einsatz von Interventionsprogrammen zur frühen Bindungsförderung werden diskutiert und am Beispiel der Arbeit mit jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen dargestellt. Als weiterer Schwerpunkt werden die Anforderungen an eine klar geregelte interdisziplinäre Zusammenarbeit, auch im Zusammenhang mit der Novellierung des § 8a Aches Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) diskutiert.

0049

Psychiatrische Störungen bei minderjährigen Müttern ein interdisziplinäres Versorgungsforschungsprojekt

Oliver Bilke (Vivantes Klinikum, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin)
S. Willma, A. Viertler, W. Mendling

Einleitung: Teenager-Schwangerschaften werden auch in Deutschland zu einem Problem des öffentlichen Interesses und der versorgenden Institutionen. Bundesweit nehmen Schwangerschaften von Minderjährigen besonders in den Großstädten in den letzten Jahren zu. Dies steht im Widerspruch zum allgemeinen gesellschaftlichen Trend der Mutterschaft im reiferen Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Klinische Erfahrungen zeigen, dass eine Schwangerschaft im minderjährigen Alter häufiger bei psychiatrisch auffälligen Frauen vorkommt, die durch Anorexia nervosa, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Depressionen oder Suchterkrankungen belastet sind. In der Literatur wird ein vermehrtes Aufkommen von psychiatrischen Symptomen prä- und postnatal beschrieben.

Methode: Zur optimalen Betreuung dieser Patientengruppe wurde Ende 2005 ein Kooperationsprojekt zwischen zwei Vivantes- Kliniken für Geburtsmedizin und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen. Bei stationärem Aufenthalt in einer der beiden Geburtskliniken wird die werdende Mutter nach einem Screening durch den Gynäkologen einem Kinder- und Jugendpsychiater konsiliarisch vorgestellt. Dieser führt ein diagnostisches exploratives Gespräch und bei psychiatrischer Indikation wird die Mutter weiter betreut und behandelt. Ziel dieser Intervention ist die Früherkennung psychiatrischer Erkrankungen bei der minderjährigen werdenden Mutter und eine adäquate pharmakologische Behandlung der schwangeren Frau sowie die Prävention von psychiatrischen Erkrankungen beim ungeborenen Kind. Die Angebote sind komplementär zu sonst bestehenden psychosozialen Betreuungsmöglichkeiten.

Diskussion/Ergebnisse: Nach neun Monaten Projektdauer zeigte sich eine Häufung von Essstörungen und depressiven Erkrankungen. Borderline- Problematiken und Suchtstörungen standen im Hintergrund. Die Zuweisung auffälliger Frauen erfolgte nach Schulung der Gynäkologen mit präziser psychiatrischer Fragestellung. Die jungen Patientinnen nahmen das individuelle Gesprächsangebot sehr positiv wahr. Diskussion: Die ersten Beobachtungen dieses Kooperationsprojektes weisen auf einen altersentsprechend spezifischen Diagnostik- und Behandlungsbedarf schwangerer und entbindender Teenager hin, der sowohl in der jugendpsychiatrischen Diagnostik als auch in psychotherapeutischer Stützung besteht.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 17/18

S-013 Symposium

Leitlinienorientierte Behandlungspfade in der Psychiatrie

Vorsitz: I. Hauth (Berlin), I. B. Kopp (Marburg)

0060

Entwicklung von Behandlungspfaden in Psychiatrie und Psychotherapie aus Sicht der AWMF

Ina B. Kopp (Universitätsklinikum, Theoretische Chirurgie, Marburg)

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unterstützt, koordiniert und erfasst seit 10 Jahren die Entwicklung von Leitlinien ihrer jetzt 151 Mitgliedsgesellschaften. Diese Leitlinien sollen Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung über angemessene und effektive gesundheitliche Betreuung Hilfestellung leisten, insbesondere in Bereichen mit großen Unterschieden in der Versorgungsroutine oder Versorgungsqualität. Sie haben die Aufgabe, das umfangreiche Wissen zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren. Für die AWMF sind Leitlinien also Instrumente des Wissensmanagements, die Brücken zwischen angewandter klinischer Forschung und der Patientenversorgung im Alltag schlagen und dazu beitragen, die Qualität medizinischer Versorgung zu sichern und verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Leitlinien eine hohe methodische und fachliche Qualität besitzen und leicht verfügbar sein – in dieser Hinsicht wurden in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht. Dies allein reicht aber nicht aus. Studienlage, Erfahrungsberichte, aber auch die Stimmung „an der Basis“ zeigen, dass Akzeptanz und Umsetzung von Leitlinien verbesserungsbedürftig sind – sie müssen aktiv implementiert werden. Durch das richtig gewählte Implementierungsverfahren – wird das Wirkungspotenzial einer Leitlinie erst richtig ausgeschöpft, – erreichen die Inhalte der Leitlinien schneller die Entscheidungssituationen von Arzt und Patient, – wird der Aufwand bei der Umsetzung der Leitlinie reduziert und – erhöht sich die Transparenz der Versorgung für Anwender, Kostenträger und Patienten. Hier können Leitlinienentwickler Vorbereitungen treffen, z.B. durch praxisbezogene Anwender- und Patientenversionen, Vorschläge zur Leitlinienanpassung an lokale Gegebenheiten sowie Qualitätsindikatoren zur Messung von Leitlinienkonformität und Versorgungsqualität. Die eigentliche Aufgabe liegt aber in der Verantwortung der Einrichtungen selbst. Die Ausarbeitung von Leitlinien zu Behandlungspfaden bietet die Möglichkeit, verschiedene effektive Implementierungstechniken sinnvoll zu verknüpfen und Leitlinien in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu integrieren. Die besondere interprofessionelle Kommunikation innerhalb des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie stellt ein erhebliches förderliches Potential für eine solche Implementierungsstrategie dar.

0061

Entwicklung von Behandlungspfaden als Teil des Qualitätsmanagements und der transsektoralen integrierten Versorgung

Beate Dick (Frankfurt am Main)

Einleitung: Psychische Störungen verursachen hohe direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem. Die Versorgung psychisch Kranker wird durch eine Vielzahl von Berufsgruppen und Disziplinen im ambulanten und stationären Sektor mit einer erheblichen Zahl von Schnittstellen gewährleistet, wobei der Sicherung des Kontinuums der Versorgung eine besondere Bedeutung zukommt.

Methode: Ein Ansatz, um unter diesen Voraussetzungen den hohen Qualitätsansprüchen entsprechen zu können, liegt in der Optimier-

ung der Versorgungsprozesse mit Hilfe von leitlinienorientierten Behandlungspfaden.

Diskussion/Ergebnisse: Ein Behandlungspfad hat die Konformität der Behandlung mit der bestehenden Leitlinie zum Ziel. Die problem-, prozess- und einrichtungsspezifische Ausarbeitung beinhaltet die Berücksichtigung organisatorischer Aspekte und lokaler Gegebenheiten sowie eine Konsensbildung aller Beteiligten. Die im klinischen Alltag einsetzbare und nutzbare Aufarbeitung und Adaptation der Leitlinie trägt wesentlich zur Sicherung der Qualität der Behandlung bei. Die Abstimmung mit Einweisern und komplementären Einrichtungen ermöglicht eine Optimierung der Koordination im Rahmen der integrierten Versorgung. Behandlungspfade haben das Potential, Schnittstellen-übergreifende Versorgungsabläufe zu gewährleisten, die Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigen.

0062

Optimierung des Aufnahmeprozesses in der Allgemeinpsychiatrie auf der Grundlage eines EDV-gestützten Behandlungspfades

Frank Godemann (St. Joseph Krankenhaus, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Die Komplexität klinischer Prozesse und die Vielzahl beteiligter Berufsgruppen lassen vermuten, dass es in der stationären Behandlung psychiatrischer Patienten Optimierungspotential gibt. Diese Optimierung von Behandlungsprozessen ist ohne den Einsatz einer modernen EDV nur schwer denkbar. Eine Vielzahl somatischer Kliniken hat deshalb begonnen, eine Prozessoptimierung über die Einrichtung von EDV-gestützten Behandlungspfaden zu erzielen. Dabei gelten überschaubare Prozeduren mit klaren Handlungs- und Zeitabläufen als optimale Konstellation von Behandlungspfaden. Auf der Grundlage des bestehenden Krankenhausinformationssystems ein Tool entwickelt, mit dem der Auf- und Entlassungsprozess als Teil psychiatrischer Behandlungspfade optimaler gesteuert werden soll. Eine Mischung aus Checklisten, schnell erreichbaren Informationen, Absicherung verabrechter Standards und Wiedervorlagefunktionen wird dabei den Besonderheiten in der psychiatrischen Behandlung gerecht. Informationen zur Erfüllung der Behandlungspfade werden als „Abfallprodukt“ gewonnen. Der Vortrag stellt dar, wie der Aufnahme- und Entlassungsprozess multiprofessionell organisiert ist und bedienerfreundlich umgesetzt wurde. Außerdem werden erste Daten gezeigt, welche die Optimierungspotential bei der Umsetzung von EDV-gestützten Behandlungspfaden zu erwarten sind.

0063

Erfahrungen mit der Umsetzung eines S3-Leitlinien-basierten Behandlungspfades für Schizophrenie in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus

Hannes Uhlemann (St. Joseph Krankenhaus, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Zur DGPPN-Tagung 2005 wurde die S3-Leitlinie der Behandlung von Schizophrenien publiziert. Die Leitlinie ist evidenzbasiert und integriert eine Vielzahl von Empfehlungen auf der Basis von good clinical practice. Klinische Behandlungspfade sind Steuerungsinstrumente, die den optimalen Weg eines Patienten mit einem spezifizierten Störungsbild beschreiben. Sie erfassen die diagnostischen und therapeutischen Leistungen in ihrer optimalen zeitlichen Abfolge, die Zuständigkeiten, interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte und berücksichtigen Aspekte der Steuerung, der ökonomischen Unterbreitung einzelner Arbeitsschritte und die Verbesserung der Prozessqualität. Sie erlauben die Orientierung an Leitlinien und ermöglichen die Durchsetzung der Leitlinienbasierung im Alltag und verbessern als begleitendes Controlling- und Beratungsinstrument die Behandlungsqualität. Eine Arbeitsgruppe des Verbundes der Alexianer-Brüder entwickelte vor diesem Hintergrund einen klinischen Behandlungspfad für schizophrene und

wahnhaftige Störungen. Als Grundlage dienten das bestehende Krankenhausinformationssystem, auf das der Behandlungspfad aufsetzt. Es wurde ein Behandlungspfad entwickelt, der in der jetzigen Form als Portal und Zugangsoberfläche für eine zukünftige „papierfreie“, EDV-gestützte Krankenakte eignet. Die Gliederung in Module erlaubt es, eine zeitliche Abfolge von Abläufen zu generieren, die u.a. mittels Wiedervorlagefunktionen eine Qualitätskontrolle im Prozess erlaubt. Die erfassten Daten, die bei der Benutzung des Pfades entstehen, sozusagen die Spuren der Benutzer auf dem Pfad, werden in Dateninseln zusammengefasst und verwaltet, so dass rasche Analysen möglich sind. Eine besondere Herausforderung ergab sich aus der großen Heterogenität der Patienten und der Erfahrung, dass sich diese Patienten nicht immer linearen Prozessen anpassen, sondern eigenwillig Abläufe modifizieren. Der Behandlungspfad musste daher ein hohes Maß an Flexibilität mit einer größtmöglichen Anlehnung an optimierte Abläufe und Leitlinienempfehlungen verbinden. Der Pfad wurde mittlerweile auf zwei Stationen eingeführt und ist in der Praxiserprobung und Praktikabilitätsprüfung. Durch Begleitforschung wird es möglich sein, die Auswirkungen der Leitlinienbasierung auf die Ergebnisqualität zu überprüfen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 42

S-015 Symposium

Versorgungssysteme der Psychiatrie und Psychotherapie im Wandel

Vorsitz: A. Kordon (Lübeck), H. Peter (Hamburg)

0068

Verhaltenstherapie-Ambulanz im vertragsärztlichen System – neues MVZ in Hamburg

Iver Hand (UKE Hamburg, Verhaltenstherapie)

0069

Integrierte Versorgung in Psychotherapeutischer und Psychosomatischer Rehabilitation

Jochen Sturm (MedExpert Gesellschaft, für Klinikbetrieb mbH, Baden-Baden)

In Deutschland gibt es ein gut ausgebautes System hochdifferenzierter spezialisierter Behandlungsangebote für psychisch Kranke, das von ambulanter Psychotherapie über teilstationäre und stationäre Akutbehandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen bis hin zur ambulant teilstationären und stationären psychotherapeutischen Rehabilitation und Rehabilitationsnachsorge reicht. Von einer zielgenauen Nutzung dieser Leistungsangebote, die sich am jeweiligen spezifischen Behandlungsauftrag des Leistungsanbieters orientiert, sind wir weit entfernt. Eine stringente Behandlungskette fehlt. Nicht zuletzt dadurch kommt es zu langen Wartezeiten auf ambulante und stationäre Psychotherapieplätze. Die Chronifizierung wird gefördert, Kosten werden produziert. Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen und Arbeitsunfähigkeitsdauern hat die DAK gemeinsam mit der Klinik Carolabad, einer Rehabilitationsklinik für Verhaltensmedizin, ein integriertes Versorgungsprojekt realisiert, das nicht die bestehenden Versorgungsstrukturen ersetzen soll, sondern den Zugang von Patienten zum jeweils geeigneten Setting optimieren soll. Da die infrage kommenden Patienten überwiegend an chronische Störungen leiden, findet das „Fallmanagement“ in der Ambulanz der psychosomatischen Rehaklinik statt, sodass auch der Chronifizierungsaspekt hinreichend berücksichtigt wird. Die Patienten werden von niedergelassenen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Akutkliniken zugewiesen. Der „Fallmanager“ hat in Abstimmung mit der DAK die Option, sofort eine tagesklinische

Behandlung bis zu 13 Tagen fraktioniert oder en bloc einzuleiten oder den Patienten in eine ambulante kombinierte Einzel- und Gruppentherapie zu vermitteln, die maximal über ein halbes Jahr bis zu 25 Sitzungen beinhaltet und von der Klinikambulanz durchgeführt wird. Die Indikation für rehabilitative Maßnahmen oder eine Richtlinienpsychotherapie werden im Rahmen dieser „Überbrückungsbehandlung“ überprüft, der nahtlose Beginn gewährleistet. Das integrative Versorgungsprojekt PsychDirekt wird zur Zeit an mehreren Rehabilitationskliniken in mehreren Bundesländern durchgeführt. Eine gemeinsame Auswertung ist geplant, in der der Nachweis erbracht werden soll, dass ein derartiges Fallmanagement zu kürzeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, Unterbrechung von Chronifizierungsprozessen, Vermeidung von Akutkrankenhausaufenthalten, höherer Lebensqualität und Minderung der Krankheitsfolgekosten führt.

0070

Konzepte regionaler Budgets in der Psychiatrie

Arno Deister (Klinikum Itzehoe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: In Psychiatrie und Psychotherapie sind in den letzten Jahren verstärkt komplexe integrierter und integrative Behandlungsformen entwickelt worden. Die aktuellen Finanzierungssysteme bilden dieses Geschehen bisher jedoch nicht adäquat ab. Die gültigen Regeln der Finanzierung und der Budgetermittlung bergen die Gefahr gravierender Fehlsteuerung in sich, insbesondere da dadurch kürzere stationäre Verweildauern und umfassende ambulante Angebote nicht ausreichend unterstützt werden. Mit dem Ansatz eines Regionalen Budgets für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sollen Steuerungsanreize gesetzt werden, die zu einer flexibleren und individuelleren Behandlung führen könnten. Dabei könnten auch die verfügbaren finanziellen Ressourcen effektiver eingesetzt werden und somit vorhandene Reserven für die psychiatrische Versorgung nutzbar gemacht werden.

Methode: Im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein; Kreisstadt Itzehoe) wird seit 2003 ein Regionales Budget für den klinischen Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie als Modellprojekt erprobt. Dadurch ist es möglich, bei einem fest vereinbarten Budget die Behandlung weitgehend unabhängig von bestehenden Finanzierungsstrukturen an den individuellen Erfordernissen der einzelnen Patienten auszurichten und zwischen vollstationärer, teilstationärer sowie ambulanter Behandlung flexibel zu wechseln.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Erfahrungen mit diesem Modellprojekt belegen, dass es zu gravierenden strukturellen Veränderungen kommt. Die vorhandenen finanziellen Mittel können gezielter eingesetzt werden. Ein in diesem Budget implizites Gewährleistungsprinzip führt zu erhöhter Verantwortung der Leistungserbringer für die Nutzung der vorhandenen Ressourcen und zur Optimierung der Behandlungsabläufe. Fehlsteuerungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung können somit deutlich reduziert werden.

Mittwoch, 22.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 04/05

HS-002 Hauptsymposium

Modelle zukünftiger ambulanter Versorgung

Vorsitz: F. Bergmann (Aachen), F. Schneider (Aachen)

0004

Integrierte Versorgung – die Chancen nutzen

Frank Bergmann (BVDN, Aachen)

Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff beinhaltet die Chance zu besserer und leitliniengerechter Versorgung, effizienterem Arbeiten, aber auch zu einer Verbesserung der Vergütung und Teilhabe an den für integ-

rierte Versorgung bereitgestellten Geldern aus dem Honorarvorweg-Abzug im vertragsärztlichen sowie klinisch-stationären Bereich. Viele Kritiker sehen aber in den integrierten Versorgungsmodellen auch ein Instrument zur ausschließlichen Geldumverteilung und kritisieren überbordenden administrativen Aufwand und zu umfangreiche Dokumentationspflichten. Gleichzeitig kann integrierte Versorgung aber nicht nur als Möglichkeit zur besseren Bedienung der Schnittstellen verstanden werden, sondern auch als Einstieg in neue Versorgungsformen, z.B. in gemeindepsychiatrische Verbünde oder auch medizinische Versorgungszentren.

0005

Medizinische Versorgungszentren: Eine Perspektive für Psychiatrie und Psychotherapie?

Frank Schneider (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (2004) hielt das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als neues Zukunftsmodell Einzug in die ambulante vertragsärztliche Versorgungslandschaft. Ein MVZ ist eine fach- und berufsgruppenübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung. Eine ihrer historischen Wurzeln hat das MVZ in den Polikliniken und Ambulatorien der ehemaligen DDR. Diesen gegenüber bestehen allerdings zahlreiche Neuerungen. So können die Ärzte im MVZ als Angestellte oder als freiberufliche Vertragsärzte tätig sein. Weiterhin kann ein MVZ von Leistungserbringern gemäß SGB V, d.h. Ärzten, Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäusern, Pflegediensten usw., begründet werden. Sowohl die öffentliche Hand, als auch Krankenkassen sind als Träger ausgeschlossen.

Methode: Derzeit gibt es bundesweit 420 MVZs, wovon 14 einen Schwerpunkt im Fachbereich Psychiatrie und/oder Psychotherapie angeben. Wegen seiner Variabilität in den gestalterischen Umsetzungs- und Beteiligungsmöglichkeiten erhält das MVZ auch eine große Bedeutung für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Als Gesundheitszentrum mit interdisziplinärer Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen bietet sich hier die Kooperation mit Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, ambulanten Pflegediensten, Physiotherapeuten, Musik- und Kunsttherapeuten usw. an.

Diskussion/Ergebnisse: Eine Chance zur Verwirklichung einer bereits lange bestehenden Forderung an eine ganzheitliche Versorgung psychisch kranker Menschen? Vor dem Hintergrund der derzeitigen brisanten gesundheitspolitischen Entwicklung bietet das MVZ darüber hinaus neue Perspektiven hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung, insbesondere unter dem Aspekt der Implementierung von Integrationsverträgen.

0006

Chancen der ambulanten Versorgung in einem Regionalen Budget

Arno Deister (Klinikum Itzehoe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gehört seit vielen Jahren zu den Grundaussagen der Psychiatrie-Pläne aller Bundesländer. Obwohl sich in der letzten Zeit komplexe Systeme der integrativen Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie weitgehend durchgesetzt haben, hat das System der sektorierten Finanzierung die konsequente Nutzung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten stark limitiert. Im klinischen Bereich führen Fehlsteuerungs-Effekte häufig zu einer Bevorzugung der vollstationären Versorgung auch dann, wenn ambulante Behandlung sinnvoll und möglich wäre.

Methode: Im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein; Kreisstadt Itzehoe) wird seit 2003 ein Regionales Budget für den klinischen Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie als Modellprojekt erprobt. Dadurch ist es möglich, bei einem fest vereinbarten Budget die Behandlung weitgehend unabhängig von bestehenden Finanzierungsstrukturen an den individuellen Erfordernissen der einzelnen Patienten auszurichten und zwischen

vollstationärer, teilstationärer, ambulanter Behandlung in der Klinik und Home-Treatment flexibel zu wechseln. Das Modellprojekt wird durch die Universität Leipzig evaluiert; dabei werden auch die Schnittstellen zur Behandlung durch niedergelassene Ärzte untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Erfahrungen in diesem auf fünf Jahre angelegten Modellprojekt belegen, dass es dadurch zu gravierenden strukturellen Veränderungen kommt. Etwa ein Fünftel der bisher vorwiegend vollstationär behandelten Patienten kann jetzt ambulant versorgt werden. Dies betrifft insbesondere auch Patienten mit schweren psychischen Störungen, wie z.B. schizophrenen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Es hat sich gezeigt, dass die Steuerungswirkung, die von einem Regionalen Budget ausgeht, die Versorgungsstruktur gravierend in Richtung einer stärker ambulant geprägten Behandlung verändern kann. Dabei werden gleichzeitig sowohl die für eine ambulante Behandlung im Bereich niedergelassener Fachärzte als auch die für eine stationäre Behandlung schwerer psychischer Störungen notwendigen Ressourcen gesichert. Zukünftige Weiterentwicklungen dieses Ansatzes könnten dabei helfen, die sektorierte Finanzierung zu überwinden.

0007

Regionales Psychiatriebudget: Grundlage für die Psychiatrie der Zukunft?

Günter Ernst-Basten (Brücke SH gGmbH, Kiel)

Regelversorgung und Betreuung in der Psychiatrie sind geprägt durch eine starke Sektorisierung der einzelnen Leistungsbereiche. Schnittstellenprobleme und steigende Fallzahlen erhöhen den Kostendruck, führen zu Überforderungen bei den einzelnen Leistungserbringern und gefährden gleichzeitig die Versorgung der Patienten. Durch eine stärkere Verzahnung von Leistungsbereichen und Finanzierungsstrukturen in Form regionaler Behandlungs- und Betreuungsverbünde kann ein patientenorientiertes Behandlungs- und Betreuungsmanagement befördert werden. Grundlage für die Psychiatrie der Zukunft kann ein regionales Psychiatriebudget sein, in dessen Rahmen Leistungserbringer gemeinsame Budget- und Behandlungs-/Betreuungsverantwortung übernehmen. Die Überlegungen und Umsetzungsmodelle des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie werden vorgestellt. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. vertritt als Bundesverband die Interessen der sozialpsychiatrischen Trägerorganisationen in Deutschland. Seine Mitgliedsorganisationen gestalten regionale gemeindeintegrierte Hilfen der Beratung, Behandlung, Pflege, Rehabilitation, Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 17/18

S-027 Symposium

Erfahrungen in der englischen Psychiatrie – nützlich für Deutschland?

Vorsitz: W. Wiegmann (Salisbury), L. Fuhlrott (Bristol)

0127

Entwicklung und aktueller Stand des psychiatrischen Versorgungssystems in England

Jochen Binder-Dietrich (Callington Road Hospital, Bristol)

Mit zunehmenden Einfluss der angelsächsischen Sozialpsychiatrie seit Mitte des 20. Jh gibt es weltweit Bestrebungen die institutionalisierte Anstaltspsychiatrie aufzulösen und anstatt gemeindenähe Versorgungsstrukturen aufzubauen. Diese Entwicklung hat in England

und Deutschland zu sehr unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungsstrukturen geführt. In England gibt es heute nur halb so viele Psychiatriebetten wie in Deutschland, dafür ein komplexes Netz unterschiedlicher ambulanter Teams. Dieser Vortrag bietet einen kurzen Überblick über die historische Entwicklung und den aktuellen Stand des psychiatrischen Versorgungssystems in England.

0128

Umgang mit Risikopatienten, der Mental Health Act 1983

Lars Fuhlrott (AWP Mental Health NHS Trust, Severnvalle CMHT, Bristol)

Es wird versucht, einen Vergleich zwischen England und Deutschland im Umgang mit Risikopatienten im allgemeinen und der Behandlung von akut erkrankten, aggressiven Patienten auf einer Aufnahmestation zu ziehen. Dazu vermittelt der Vortrag auch einen Überblick über die derzeitige Gesetzgebung zu Fragen der Psychiatrie in England, welche im Mental Health Act 1983 geregelt werden. Das eigentliche Prozedere für Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken in England, Deutschland und der Schweiz wird beleuchtet und verglichen.

0129

Gute Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten mit eingeschränkter Therapiefreiheit in England?

Wolfgang Wiegmann (AWP Mental Health NHS Trust, CMHT Team for older People, Salisbury)

Auch hier ein Systemvergleich: Es soll aufgezeigt werden, welche Vorteile für gerontopsychiatrische Patienten die Arbeit im Community Team mit sich bringt. Dann soll aber auch gezeigt werden, dass auf der anderen Seite die Therapiemöglichkeiten deutlich eingeschränkt sind. Die Restriktionen durch NICE-Guidelines und die mangelhafte psychologische Versorgung werden diskutiert.

0130

Abschied von der Aufnahmestation – ambulante Krisenintervention in England

Maximilian Zöttel (St. Martins Hospital, Canterbury, Kent)

Auch in England gibt es eine Psychiatriereform – das National Service Framework for Mental Health. Nach der Auflösung der Großkrankenhäuser und der Langzeitbetten Anfang der 90er Jahre wird nun versucht, auch Krisenintervention und Notfallpsychiatrie (Crisis Assessment and Treatment) ambulant abzudecken. Ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern unter fachlicher Leitung eines Psychiaters ermöglicht dabei ansonsten eigentlich stationär eingewiesenen Patienten die engmaschige Behandlung daheim im Rahmen von bis zu vier Hausbesuchen am Tag. Die Vor- und Nachteile eines solchen Systems werden näher beleuchtet als Grundlage für eine Diskussion über die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse.

0131

Stärken und Schwächen des staatlichen britischen Gesundheitssystems (NHS) – Vergleich unterschiedlicher politischer Gesundheitssysteme

Carl-Christian Moor (University Hospital, North Staffordshire, Stoke-On-Trent)

In der Europäischen Union wird Gesundheitspolitik immer noch weitestgehend auf nationaler Ebene bestimmt. Historisch unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der europäischen Staaten fundamental hinsichtlich ihrer Finanzierung und Struktur. Einleitend bietet dieser Vortrag zunächst einen kurzen Überblick über unterschiedliche Gesundheitssysteme und vergleicht dann schwerpunktmäßig praktizierte Medizin und

Gesundheitsversorgung im NHS mit dem deutschen sozialversicherungs-basierten Modell. Dieser Vergleich berücksichtigt sowohl objektive Parameter als auch subjektiv gemachte individuelle Erfahrungen eines an einer britischen Universitätsklinik arbeitenden deutschen Neurologen.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 20

FW-003 Forschungsworkshop

YPP: Gesundheitsökonomische Aspekte in der Psychiatrie

Vorsitz: K. C. Treichel (London), I. T. Calliess (Hannover)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 08

S-033 Symposium

Aktives Kosten- und Erlösmanagement im psychiatrischen Krankenhaus

Vorsitz: A. Putzhammer (Regensburg), M. Schmauß (Augsburg)

0157

Neue Vergütungsformen und ihre Auswirkungen auf die Erlöse

Jürgen Fritze (Universität Frankfurt a.M., Klinik für Psychiatrie, Pulheim)

Im Jahr 2003 hat in zugelassenen (§ 108 SGB V) somatischen stationären Einrichtungen die Einführung des DRG-Systems als fallpauschalierendes Entgeltsystem begonnen mit dem Ziel, die Selbstkostendeckung über Tagespauschalen durch leistungsgerechte Fallentgelte abzulösen. Das DRG-System wird – eine deutsche Besonderheit – als umfassend verstanden. 2000 wurde integrierte Versorgung ermöglicht, mit dem GMG 2003 ab 2004 erleichtert; § 140a ff SGB V schreiben hierfür kein spezifisches Vergütungssystem vor, sondern überlassen dies der Vertragsfreiheit. Für die ambulante Versorgung schreibt das GMG bereits 2003 die Ablösung des Einzelleistungssystems (EBM) durch ein zumindest auch fallpauschalierendes System vor. Der 2005 eingeführte EBM2000plus enthält bereits einzelne pauschalierende Komponenten. Die Eckpunkte einer Gesundheitsreform 2006 sehen vor, je Fachgebiet ca. 20 Fallpauschalen neben einer begrenzten Zahl von Einzelleistungsvergütungen einzuführen. Die Psych-PV macht zur Vergütungsform keine Vorgaben, sondern zu einer bedarfs- (Patientenstruktur), leistungs- (spezifische Tätigkeitsprofile einzelner Berufsgruppen) und qualitätsgerechten Personalbemessung; die BpflV schreibt vor, das notwendig vorgehaltene Personal sei durch tagesgleiche Pflegesätze zu finanzieren. Mit guten, fortgeltenden, von der Politik verinnerlichten Gründen wurden psychische Krankheiten gemäß § 17b KHG vom DRG-System ausgenommen. Denn die von spezifischen Vergütungsformen ausgehenden Anreize bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Leistungen, die der Patient am Ende erhält. Mögliche Vergütungsformen spannen sich von strikter Einzelleistungsvergütung über Komplexpauschalen, Fallpauschalen und Kopfpauschalen (jeweils als Festpreis oder Höchstpreis oder fallzahlabhängig degressiver Preis) oder ohne Leistungsbezug Gehältern. Mischformen sind möglich, ebenso ergänzende Gratifikationen (z.B. für herausragend Ergebnisqualität). Grundsätzlich unterscheiden sich diese Vergütungsformen in ihrem zeitlichen Bezug (prospektiv, retrospektiv) und Horizont, der Aufteilung der Morbiditätsrisiken, ihrem bürokratischen Aufwand und ihren ökonomischen Anreizen in Hinsicht Produktivität, Risikoselektion, und Behandlungsqualität. Von jeder Vergütungsform gehen spezifische Verhaltensanreize mit dem Ziel der Erlösoptimierung (letztlich Gewinnmaximierung) aus, die auf der Hand liegen. Um diese Anreize zu steuern, dient als plumpstes (und wirksamstes) Instrument die Budgetdeckelung,

abgemildert durch Erlösausgleiche. Durch Kombination verschiedener Vergütungsformen lassen die Anreize mildern (z.B. im DRG-System durch Zusatzentgelte). Die ideale Welt gibt es nicht, so dass es ständiger Anpassungen bedürfen wird.

0158

Kosten- und Erlösentwicklung nach Implementierung eines Regionalbudgets

Arno Deister (Klinikum Itzehoe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Finanzierungssituation im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie steht aktuell unter einem starken Veränderungsdruck. Während zum einen die gültigen Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung nicht mehr durchgängig umgesetzt werden, beklagen die Kostenträger auf der anderen Seite weiterhin stark wachsende Kosten in diesem Bereich. Verschiedene neue Finanzierungsformen werden aktuell erprobt. Mit dem Ansatz eines Regionalen Budgets für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sollen Steuerungsanreize gesetzt werden, die zu einer flexibleren und individuelleren Behandlung führen könnten. Dabei könnten auch die verfügbaren finanziellen Ressourcen effektiver eingesetzt werden und somit vorhandene Reserven für die psychiatrische Versorgung nutzbar gemacht werden.

Methode: Im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein; Kreisstadt Itzehoe) wird seit 2003 ein Regionales Budget für den klinischen Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie als Modellprojekt erprobt. Die Realisierung des auf fünf Jahre festgeschriebenen Budgets setzt lediglich die Behandlung einer bestimmten Anzahl von Menschen voraus, unabhängig davon, ob diese vollstationär, teilstationär, ambulant in der Klinik oder auch zu Hause behandelt werden.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich die Erlösseite als stabil erwiesen hat. Die Zahl der jeweils behandelten Menschen schwankt nur geringfügig. Die erlösten Mittel können aber deutlich flexibler eingesetzt werden, was wiederum zu einer auch ökonomisch verbesserten Situation beiträgt. Auf der Seite der Kostenträger wird die mit diesem Budget gegebene Planungssicherheit als wesentlich angesehen. Die Steigerungsrate konnte weitgehend begrenzt werden. Ein Abfluss von finanziellen Mitteln aus dem Versorgungssystem erfolgt durch das Modellprojekt nicht.

0159

Alternative Erlösmöglichkeiten außerhalb der Kernaufgaben einer psychiatrischen Klinik

Wolfgang Schreiber (Bezirksklinikum Mainkofen, Deggendorf)
K. Höbler, M. Urban

Einleitung: Gedeckelte Budgets und angesichts der stetig wachsenden Personal- und Sachkosten völlig unzureichende Veränderungsraten zwingen die (psychiatrischen) Krankenhäuser, außerhalb ihres Kerngeschäftes alternative Erlösmöglichkeiten zu erschließen. Unter der Prämisse eines möglichst sparsamen Ressourcenverzehr zur Integration ökonomischer und ökologischer Interessen hat dies im Bezirksklinikum Mainkofen / Niederbayern zur Entwicklung zweier Modelle aus dem Bereich alternativer Energieerzeugung und Nutzung geführt.

Methode: Modell 1: Der Energiebedarf des Bezirksklinikums Mainkofen liegt bei mehr als 20 Millionen KWh pro Jahr. Durch die Nähe zum Bayerischen Wald steht über die örtliche, holzverarbeitende Industrie Abfallholz als Energieträger zur Verfügung. Diese Biomasse wird über eine Hackschnitzelfeuerung in zwei getrennten Kreisläufen zunächst zu Wärme und anschließend zu elektrischem Strom verarbeitet. Modell 2: Der Einsatz von Autogas (Liquefied Petroleum Gas) ist dazu geeignet, die Umwelt wirtschaftlich von Schadstoffen zu entlasten und gleichzeitig die Ausgaben für Treibstoff zu senken. Seit Mai 2006 fördert der Personalrat des Bezirksklinikums über ein Darlehen die Umrüstung der Personenkraftwagen interessierter Beschäftigter durch Gewährung zweckgebundener Darlehen. Die Höhe des Darlehens be-

trägt 50% der Umrüstkosten, höchstens jedoch 1000 €. Die Darlehensvergabe wird begrenzt durch die im Fonds zur Förderung der Betriebsgemeinschaft zur Verfügung stehende Summe.

Diskussion/Ergebnisse: Modell 1: Seit der Inbetriebnahme des Biomasseheizkraftwerkes im Jahre 2004 konnten die Energiegesamtkosten für Wärmeerzeugung durch Umstellung von Gas auf Holz um nahezu 60% auf gut 300.000 € pro Jahr gesenkt werden. Gleichzeitig wurden durch Einspeisung von Strom in öffentliche Netze im Rahmen des „Erneuerbare-Energien-Gesetzes“ knapp 450.000 € Erlöst. Modell 2: Bei einer Jahresfahrleistung von ca. 18.500 km im Klinikschnitt und zum Selbstkostenpreis an der Betriebs tankstelle abgegebenem Autogas erzielt jeder Mitarbeiter eine jährliche Ersparnis von nahezu 1.100,00 €. Maßnahmen wie diese ermöglichen es, auf Klinik- und Mitarbeiterseite eine wesentliche Verbesserung der jeweiligen Kosten- bzw. Erlössituation unter strikter Beachtung ökologischer Vorgaben zu erzielen, wie dies moderne Qualitätsmanagementsysteme unter dem Aspekt „Gesellschaftsbezogener Ergebnisse“ fordern.

0160

Was kostet der Patient wirklich? Eine Kostenträger- und Prozesskostenrechnung im psychiatrischen Krankenhaus

Albert Putzhammer (Universität Regensburg, Klinik für Psychiatrie)
I. Senft, A. Hammerschmid, J. Scherl, G. Hajak

Einleitung: Die betriebswirtschaftliche Kostenrechnung erfolgt in Kliniken meist über die Zuordnung der einzelnen Kosten zu Kostenstellen (z.B. Dienstarten, Stationen) oder Kostenarten (z.B. Personal- und Sachkosten). Auf dieser Basis lässt sich jedoch in der Regel keine Aussage über den Aufwand, der durch die Behandlung eines Patienten bzw. einer Patientengruppe für die Klinik entsteht, ableiten. Angesichts der Entwicklung, Vergütungen zunehmend über fallbezogene Entgeltsysteme (z.B. im Rahmen von IV-Verträgen oder DRGs) festzulegen, ist es jedoch unerlässlich, dass eine Klinik in der Lage ist, den Aufwand für die Behandlung bestimmter Patientengruppen zu ermitteln. Nur so kann mit den Kostenträgern ein realistisches Entgelt verhandelt werden.

Methode: Dargestellt werden an Hand eines praktischen Beispiels verschiedene Ansätze zur Ermittlung des im Rahmen einer Behandlung einzelner Patienten oder Patientengruppen geleisteten Aufwands (sog. Kostenträgerrechnung) sowie der Kosten für einzelne Behandlungsprozesse (Prozesskostenrechnung). Alternativ wird das Ergebnis einer Deckungsbeitragsrechnung vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Der Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Kostenrechnungsarten zeigt, welche praktischen Schwierigkeiten und methodischen Unschärfen bei der Umsetzung der verschiedenen Arten der Kostenrechnung auftreten. Die ermittelten Zahlen müssen deshalb mit besonderer Umsicht und mit klarem Bezug zur klinischen Realität interpretiert werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.2

S-037 Symposium

Präventive Psychiatrie

Vorsitz: J. Kornhuber (Erlangen), T. Kraus (Engelthal)

0178

Computergestützte Ernährungsberatung zur Risikoprävention

Thomas Kraus (Frankenalb klinik Engelthal, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Zahlreiche prospektive Interventionsstudien belegen, dass lebensstilverändernde Maßnahmen das kardiovaskuläre Risikoprofil verbessern können. Hierzu zählen auch Veränderungen der Ernährungszusammensetzung. Inwieweit Computer gestützte Verfahren

zur Ernährungsberatung geeignet sind, eine Veränderung der Lebens- und Essgewohnheiten herbeizuführen, ist wenig untersucht. Insbesondere die Auswirkungen im Sinne einer Prävention psychiatrischer Krankheiten (z.B. Demenzen, Depressionen) sind weitgehend unbekannt.

Methode: Neben einer Literaturübersicht sollen eigene Daten einer Pilotstudie vorgestellt werden, die im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts während der Veranstaltung „Gesundheitswoche 2005“ in Erlangen erhoben wurden. Risikopatienten erhielten eine Computer gestützte Ernährungsberatung und wurden nach 4 oder 8 Wochen hinsichtlich ihres Körperzusammensetzung und ihres Lebensstils im Verlauf untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Bereits nach der kurzen Zeit von 4 bzw. 8 Wochen zeigten sich geringe, jedoch signifikante Veränderungen des Body Mass Index. Sie waren allerdings nicht sicher auf positive Verschiebungen der Körperzusammensetzung im Sinne einer Fettreduktion zurückzuführen. Die Probanden hatten insgesamt jedoch durchwegs den Eindruck einer positiven Lebensstiländerung, so dass es sinnvoll erscheint, weitere Studien mit verbesserter Methodik und größerer Fallzahl anzuschließen. Dabei sollten auch vermehrt standardisierte psychometrische Daten erhoben werden.

0179

Prävention der Alzheimer-Demenz

Johannes Kornhuber (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

0180

Das Nürnberger Bündnis gegen Depression: ein psychiatrisches Präventionsprogramm?

Günter Niklewski (Klinikum Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)

0181

Suizidprävention

Armin Schmidtke (Universitätsklinik Würzburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 11/12

S-043 Symposium

Versorgung psychiatrischer Patientinnen in Mutter-Kind-Einheiten: Eine europäische Perspektive

Vorsitz: L. Turmes (Herten), E. Meisenzahl (München)

0208

Mutterschaft bei psychiatrischen Störungen: Fakten und Mythen

Eva Meisenzahl (LMU München, Psychiatrie, Spezialstation Depression)

Das Management von Schwangerschaft und nachfolgend Mutterschaft bei Patientinnen mit vorbekannten psychiatrischen Störungen ist klinisch anspruchsvoll und bezüglich der Prävalenz wissenschaftlich wenig untersucht. Auch bestehen wenige Erkenntnisse hinsichtlich der Frage, welche Auswirkungen diese besonderen Phasen auf den Verlauf von psychischen Erkrankungen hat, im Sinne einer Verschlechterung oder Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen. Zudem erscheint der Einfluss einer grundsätzlichen Familienentscheidung auf die Lebensqualität der Kernfamilie mit den geborenen Kindern in der Folge ein komplexes Themenfeld in dem es wenige gute wissenschaftliche Untersuchungen gibt, mit widersprüchlichen Daten. Der Vortrag zielt auf die Darstellung des aktuellen Datenstandes dieses anspruchsvollen Themengebietes.

0209

Mutter-Kind-Einheiten in Deutschland: eine Standortanalyse

Luc Turmes (Westfälisches Zentrum, Psychiatrie und Psychotherapie, Herten)

Bei hoher Inzidenz postpartaler psychischer Störungen (Postpartale Depression (PPD): 10–15%) gehört insbesondere in den angelsächsischen Ländern die gemeinsame Behandlung der postpartal erkrankten Frau mit ihrem Säugling zur Regelbehandlung, auch um die singuläre Möglichkeit der Primärprävention einer Hochrisikogruppe der Kinder zu nutzen. Die Entwicklung der deutschen Mutter-Kind-Einheiten (MKE) erfolgt im europäischen Vergleich zeitlich verzögert, u.a. wegen der nicht gedeckten höheren Behandlungskosten, die aus der Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Anleitung der Mutter in der Säuglingspflege resultieren. Der Arbeitskreis „Qualitätssicherung in der Mutter-Kind-Behandlung“ der deutschen Sektion der internationalen Marcé-Gesellschaft schrieb alle 470 psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland an mit dem Ziel eine erste Übersicht hinsichtlich der stationären MKE's zu bekommen. 173 Einrichtungen antworteten, davon bejahten 83 eine Mutter-Kind-Behandlung. Insgesamt wurden 157 Behandlungsplätze (134 stationäre und 24 tagesklinische) erfasst. Ausgehend von englischen Bedarfszahlen und vorausgesetzt, dass alle MKE's erfasst wurden, wäre der Bedarf an stationären Mutter-Kind-Behandlungsangeboten in der BRD erst zu 21% gesichert.

0210

Psychiatrische Mutter-Kindeinheiten in der Schweiz: das Basler Modell

Anita Riecher-Rössler (Universitätsspital Basel)

Einleitung: Die besonderen Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern in Diagnostik, Beratung und Behandlung wurden in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum zunehmend erkannt. 1998 wurde in Basel/Schweiz mit dem Aufbau eines der ersten psychiatrischen Mutter-Kind-Zentren begonnen.

Methode: Das Versorgungsangebot des Basler psychiatrischen Mutter-Kind-Zentrums wird beschrieben und die Evaluation einzelner Angebote dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Das ambulante Angebot befindet sich in der Psychiatrischen Poliklinik des Basler Universitätsklinikums und beinhaltet eine Eltern-Kind-Sprechstunde mit einem spezifischen Abklärungs- und Beratungsangebot, integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Einzeltherapie, auf Wunsch auch eine spezifische Gruppentherapie. Bei Bedarf folgen zusätzlich Paarberatung, Paartherapie oder Familientherapie. Häufig werden sozialarbeiterische Hilfen und vereinzelt auch häusliche Betreuung angeboten. Schwerer kranke Mütter werden mit ihren Säuglingen auf der der Psychiatrischen Poliklinik zugehörigen Kriseninterventionsstation aufgenommen. Das stationäre Angebot besteht neben der üblichen Betreuung auch aus einer spezifischen Beratung der Mütter, Anleitung in Babypflege und verschiedenen Massnahmen zur Förderung eines entspannten Mutter-Kind-Kontaktes. Bei schweren chronischen Erkrankungen kommt neben der Behandlung auch dem „Parenting-Assessment“, also der Einschätzung der elterlichen Fähigkeiten während des stationären Aufenthaltes, eine grosse Bedeutung zu. Das Angebot stösst auf eine breite Akzeptanz und wird gut genutzt. Einzelne Bausteine wie die von uns entwickelte Gruppentherapie konnten evaluiert und in ihrer Wirksamkeit bestätigt werden.

0211

Specialized Teams for Mother-Infant-Psychiatry

Ian Brockington

The psychiatry of motherhood, including pregnancy, parturition and the first year of the infant's life, is perhaps the most complex in this branch of medicine, because of the many possible complications of the

physical process and the psychological transition. Knowledge of over 20 disorders has gradually accumulated in the literature of many nations. There is also the special problem of the mother-infant relationship, with a range of disorders that increase the risk of child harm. This complexity deserves the establishment of a certain number of specialized teams, serving large conurbations or regions. The team should include, at the least, psychiatrists and psychologists, nursing staff of various kinds and social workers.

The functions of this team are

The treatment of severe and intractable illness, beyond the expertise of general psychiatrists

The training of medical, nursing and paramedical staff

Service development

Clinical and basic research, including treatment innovations

Medico-legal assessment

The full range of facilities include

A community service, with domiciliary assessment and home treatment

Day care

Facilities for conjoint admission of mother and infant, preferably to dedicated mother & baby units

An obstetric liaison service

Links with other agencies and the network of voluntary organisations

0212

Mother-Baby-Psychiatric Units: Data Collection in France and Belgium

N.M.-C. Glangeaud-Freudenthal (Villejuif)

Aims of Mother baby inpatient treatment are: to treat mothers' disorders, to facilitate and enhance a secure mother-baby attachment, to promote child's development and, when necessary for the child's safety, to arrange separation from the mother and placement at discharge. Data has been collected with the French version of the Marcé checklist for all mothers and their babies (less than 1 year old at admission) jointly admitted for more than five days to one of the participating MBUs in France and Belgium Analysis of data collected in 1999–2000 in 11 MBUs has been published in Archives of women's mental health vol8 numéro 3 Preliminary analysis of data collected in 13 MBUS (2001–2005; more than 600 files) are in process.

Results that will be presented concern Referral: Who refers a woman and her baby to a MBU? For what reasons? What is the legal status of mother and child in France and in Belgium in MBUs?

Clinical practice: Description of mother-baby units clinical setting-up Issues: What are the main issues for the mother and for the baby at discharge

Risk factors: What are the risk factors to negative issues for mother?

Factors may lead to mother-baby separation at discharge?

Father / Partner: who are they? What are their needs?

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 07

HS-009 Hauptsymposium

Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität

Vorsitz: J. Fritze (Pulheim), I. Hauth (Berlin)

0027

Gesetzliche Regelungen zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker – und inwieweit ist sie sichergestellt?

Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuß, Siegburg)

0029

**Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung psychisch kranker:
Werden Methodik und Ergebnis dem Bedarf gerecht? Perspektive der
Kostenträger**

Thomas Uhlemann (Wissensch. Institut der AOK, Bonn)

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Oslo

HS-010 Hauptsymposium

Nicht stoffgebundene Süchte aus der Public Health-Perspektive

Vorsitz: F. Müller-Spahn (Basel), J. Margraf (Basel)

Die Glücksspielindustrie boomt. Staatliche Lotterien, Geldspielautomaten, Sportwetten, Internetspiele und riskante Börsenspekulationen erfreuen sich zunehmender Beliebtheit und gewinnen als wichtiger Wirtschaftsfaktor immer mehr fiskalische Bedeutung. Dabei handelt es sich keineswegs um ein neuzeitliches Phänomen. Glücksspiel übt seit Jahrtausenden eine besondere Faszination aus. In der Schweiz erhielten 21 Spielbanken im Herbst 2001 eine Betriebsgenehmigung. Die Eröffnung der Spielbanken war von zahlreichen wirkungsmächtigen Schlagzeilen in der Presse begleitet, z.B. „mehr Spielsüchtige erwartet“, „Spielend in die Sucht – schöne neue Casinowelt“. Der Gesetzgeber hat – um diese Auswüchse einzudämmen – von den Casinobetreibern die Ausarbeitung eines Sozialkonzeptes gefordert, das in seinem Kern umfassende Informationen über die Risiken des Glücksspiels sowie über Beratungs- und Betreuungsangebote vorsieht und dessen Umsetzung von unabhängigen Fachkommissionen überwacht wird. Mit diesem Sozialkonzept beschreitet die Schweiz in vorbildlicher Weise Neuland innerhalb der Welt des professionellen Glücksspiels. Dazu wurde ein mehrdimensional abgestuftes Präventionsprogramm entwickelt, das folgende Komponenten umfasst: Informationsbroschüre, Fragebögen zur Selbstdeklaration, stichprobenartige Befragung der Spieler im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung durch eine unabhängige Fachkommission, umfassende Aus- und Weiterbildung sowie Supervision des mit der Umsetzung des Sozialkonzeptes betrauten Casinopersonals sowie systematische Spielerbeobachtungen. Im Zentrum des Konzeptes stehen die manifesten oder potenziellen Problemspieler. Das Basler Sozialkonzept sieht darüber hinaus auch proaktive Massnahmen vor. Diese werden vom eigens dafür eingerichteten psychologischen Dienst des Casinos Basel koordiniert. Die Umsetzung des Sozialkonzeptes wird von der Eidgenössischen Spielbankenkommission überwacht. Für die Früherkennung gefährdeter Spieler wurden vom schweizerischen Casinoverband spezielle Standards entwickelt. Die Casinobetreiber wurden von der Spielbankenkommission aufgefordert darüber hinaus „das Profil des regelmässigen Spielers sowie die Massnahmen zu definieren, mit welchen die Spielbank innerhalb dieser Zielgruppe die gefährdeten Spieler erkennen kann“. Damit soll eine bessere Sozialprävention erreicht werden. Dieses Referat soll über die Erfahrungen mit der Umsetzung des vom Gesetzgeber geforderten Sozialkonzeptes in die Praxis informieren, insbesondere auch über die Rolle der Spielsperren (freiwillig beantragt oder vom Casino angeordnet).

0030

Epidemiologie und Phänomenologie pathologischen Spielens

Jürgen Margraf (Universität Basel, Klin. Psychologie/Psychiatrie)

0031

**Möglichkeiten und Grenzen der Sozialkonzepte der Schweizer
Spielcasinos**

Franz Müller-Spahn (UPK Basel, Psychiatrische Klinik)

0032

Therapie des pathologischen Spielens

G. Bühringer (München)

D. Sonntag

Einleitung: Im Mittelpunkt des Vortrages stehen 1. die Auswertung der jährlich dokumentierten Behandlungsfälle mit einer entsprechenden Diagnose (ICD-10, F63.0) sowie 2. ein Überblick über eingesetzte Therapiekonzepte und -ergebnisse.

Methode: Grundlage der Analyse sind zum einen Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik der Erhebungsjahre 2000 bis 2004. Die jährlich gemeldete Anzahl der Patienten kann auf alle Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe hochgerechnet werden. Etwa ein Drittel der Fälle wird allerdings in Psychosomatischen Kliniken behandelt, über die kaum Daten vorliegen. Weiterhin werden therapeutische Konzepte und Studienergebnisse zusammengefasst.

Diskussion/Ergebnisse: Hochgerechnet wurden in 2004 etwa 3400 ambulant (2000: 2500) und 660 stationär (2000: 80) behandelte Patienten (ohne Psychosomatische Kliniken). Die steigende Zahl von Patienten verdeutlicht den Bedarf nach guten Therapiekonzepten, die in der Praxis anwendbar und effektiv sind. Die Behandlung pathologischen Glücksspielverhaltens ist sehr vielfältig und orientiert sich teilweise an den Konzepten für Substanzabhängigkeiten (v.a. in Suchthilfeeinrichtungen) und teilweise an anderen psychischen Störungen (z.B. Zwängen). Als besonders erfolgreich haben sich kognitive verhaltenstherapeutische Strategien erwiesen. In Deutschland liegt keine kontrollierte Therapiestudie vor.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Stockholm 3

S-076 Symposium

**Integrierte Versorgung – Modelle und erste Erfahrungen aus der
Sicht des niedergelassenen Psychiaters**

Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach), C. Vogel (München)

0373

**Integrierte Versorgung depressiver und schizophrener Patienten:
Das „Münchener Modell“**

Christian Vogel (Praxis, München)

W. Kissling

Seit dem 1.1.2004 können Kliniken und Niedergelassene zusätzlich zu ihren jetzigen Budgets eine Anschubfinanzierung beantragen, um innovative Versorgungsmodelle an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren zu implementieren. Für Anträge aus den verschiedenen medizinischen Fachrichtungen wurden hierfür in den letzten 3 Jahren ca. 2 Milliarden € (!) bereitgestellt und es wurden inzwischen ca. 2500 Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen. Für psychiatrische Indikationen wurden allerdings nicht einmal 50 Verträge abgeschlossen. Von den uns anteilmässig eigentlich zustehenden ca. 210 Millionen € sind gerade mal ca. 11 Millionen € an psychiatrische Projekte geflossen. D.h., 95% (!) des uns zustehenden Geldes wurden von uns nicht abgerufen und drohen zu verfallen oder für andere Indikationen ausgegeben zu werden. Da das für Integrierte Versorgungsprojekte bundesweit zur Verfügung stehende Geld nicht zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, sondern vorher von den stationären und ambulanten Budgets aller Fachrichtungen gleichermaßen einbehalten wird, bedeuten die obigen Zahlen nichts anderes, als dass mit dem aus psychiatrischen Budgets abgezogenen Geld die Integrierte Versorgung (IV) von z.B. Knie- und Hüftgelenkspatienten finanziert wird. Dies ist – über den finanziellen Verlust hinaus – auch versorgungspolitisch fatal. Denn

nach Abschluss der Modellphase (voraussichtlich Ende 2007) werden die Krankenkassen eine Auswertung aller Modellprojekte der verschiedenen Fachrichtungen vornehmen und werden die erfolgreichen Projekte dann im Rahmen der Regelversorgung weiterfinanzieren. Wenn die Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt aber keine erfolgreichen Modellprojekte vorzuweisen hat, dann werden auch keine neuen psychiatrischen Versorgungsformen im Rahmen der Regelversorgung finanziert werden. Die Versäumnisse werden also für unser Fach – über den kurzfristigen finanziellen Verlust hinaus – langfristige negative Folgen für die Ressourcenverteilung und damit für die Versorgungsqualität psychiatrischer Patienten haben. In dem Referat werden die Gründe für diese Versäumnisse analysiert und Möglichkeiten aufgezeigt, wie man doch noch rasch zu einem psychiatrischen IV Vertrag kommen kann. Da die Zeit für eine Antragstellung knapper wird, entscheiden sich Leistungserbringer zunehmend dafür, einem bereits laufenden IV Vertrag beizutreten und ihn nötigenfalls lokal zu modifizieren. Wie ein solches beschleunigtes Antragsverfahren aussehen könnte, wird an einem konkreten Beispiel („Münchener Modell“) dargestellt. Vor dem Hintergrund dieses bereits seit 18 Monaten erfolgreich laufenden Versorgungsvertrags für schizophrene und depressive Patienten berichten ein Kliniker und ein Niedergelassener über ihre praktischen Erfahrungen bei der Implementierung eines integrierten psychiatrischen Versorgungsmodells. Dabei kommen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung ebenso zur Sprache wie mögliche Hindernisse und praktische Probleme. Abschließend werden die Auswirkungen des Versorgungsmodells auf Behandlungsergebnisse und Kosten vorgestellt und diskutiert.

0374

IV Projekt AOK Depression Raum Aachen

Frank Bergmann (BVDN, Aachen)

Werkstattbericht: nach über 18monatiger sehr zäher Verhandlungsphase wurde das AOK-Projekt IV Depression im Raum Aachen im Mai 2006 abgeschlossen und in Gang gesetzt. Über die besonderen Bedingungen seitens der Krankenkasse und die Schnittstellen amb. Psychiatrische Praxis/Kliniksambulanz/Klinik wird im Vortrag berichtet.

0375

IV-Projekte in Niedersachsen

Matthias Walle (Hemmoor)

Werkstattbericht: Über Erfahrungen mit IV-Projekten in Niedersachsen zu verschiedenen Diagnosen mit Schwerpunkt von Kooperationsverträgen mit einer psychiatrischen Klinik unter Einbezug von psychiatrischer Krankenpflege wird im Vortrag berichtet.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 07

S-082 Symposium

Früherkennung von Psychosen: Aktuelle Ergebnisse aus der European Prediction of Psychosis Study (EPOS) und dem Kompetenznetz Schizophrenie

Vorsitz: J. Klosterkötter (Köln), S. Ruhrmann (Köln)

0402

Psychopathologische Befunde der European Prediction of Psychosis Study (EPOS)

Stephan Ruhrmann (Universität zu Köln, FETZ, Psychiatrie und Psychotherapie)

F. Schultze-Lutter, H. Graf v. Reventlow, H. Picker, M. Neumann, K. Savic, Y. Gudlowski, S. Ozgürdal, H. Witthaus, G. Juckel, J. Klosterkötter, f. d. EPOS Forschungsgruppe

Einleitung: Die European Prediction of Psychosis Study (EPOS) ist die erste europäische Multicenter-Studie, die in einem Mehrebenenansatz bei Patienten, die sich klinisch potentiell im Prodromalstadium einer Psychose befinden, den möglichen Beitrag psychopathologischer, psychosozialer, neurokognitiver und neurobiologischer Parameter zur Vorhersage eines späteren Übergangs in eine Psychose untersucht. Weiterhin wird die Studie auf europäischer Ebene Daten zur Entwicklung der genannten Parameter im Verlauf sowie zur gesundheitsökonomischen Dimension der Früherkennung liefern. Beteiligt sind sechs Zentren in vier europäischen Ländern (Deutschland: Köln mit Berlin; Niederlande: Amsterdam; Großbritannien: Birmingham mit Manchester; Finnland: Turku).

Methode: Untersucht wurden Personen zwischen 16 und 40 Jahren, bei denen entweder attenuierte Positivsymptome (APS), kurz anhaltende, spontan remittierende psychotische Symptome (BLIPS), zwei von neun hoch prädiktiven Basissymptomen oder eine Trait-State-Kombination aus familiärer Belastung oder schizotyper Persönlichkeitsstörung mit einem deutlichen Funktionsabfall vorlagen. Erstmals werden so das angloamerikanische ‚ultra-high risk‘ Konzept und der deutsche Basissymptomansatz direkt und prospektiv in einer Studie verglichen. Nachuntersuchungen erfolgten neun und achtzehn Monate später, die letzten Untersuchungen werden im August 2006 abgeschlossen werden. Als psychopathometrische Instrumente wurden die ‚Scale of Prodromal Symptoms‘, SOPS (Miller et al. 2003), die ‚BSABS-P‘, eine Kurzversion des Basissymptome erfassenden Kölner ‚Schizophrenia Prediction Instrument for Adults‘, SPI-A (Schultze-Lutter et al. 2004), und die Symptomliste des ‚Interview for the retrospective assessment of the onset and course of schizophrenia and other psychoses‘, IRAOS (Häfner et al. 1992) eingesetzt.

Diskussion/Ergebnisse: 240 Personen konnten in die somit gegenwärtig weltweit größte prospektive Studie zur Früherkennung von Psychosen eingeschlossen werden. Bei der Basisuntersuchung lagen bei 83% APS vor, bei 71% Basissymptome, bei 18% die Trait-State-Kombination und bei 10% BLIPS. Als häufigste SOPS-Positivsymptome wurden ‚ungewöhnliche Denkinhalte / ahnideen‘ (64%) und ‚Misstrauen / Verfolgungsideen‘ (54%) beobachtet, als häufigste Basissymptome ‚Subjekt-Zentrismus / Eigenbeziehungstendenz‘ (45%) und ‚Gedankendrängen / Gedankenjagen‘ (42%). Die erhobenen psychopathologischen Daten werden auf Basis der dann bekannten Übergangsraten im Hinblick auf ihren Beitrag zu einer validen Risikoeinschätzung analysiert und diskutiert werden.

0403

EPOS: Neurobiologische Befunde zur Hirnmorphologie und serotonergen Neurotransmission bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

Georg Juckel (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Einleitung: Verlust an grauer Substanz insbesondere im Bereich des präfrontalen Kortex und eine erhöhte zentralnervöse serotonerge Aktivität werden als wichtiger Faktoren in der Pathogenese der Schizophrenie diskutiert. Dabei stellt sich die Frage, ob bereits im Prodromalstadium, also von der eigentlichen Erstmanifestation solche neurobiologischen Veränderungen zu finden sind.

Methode: Es wurden große Kohorten von Prodromalpatienten des Früherkennungszentrum Berlin (meist psychosenah mit APS und BLIPS), erstmanifestierte und chronische Patienten mit Schizophrenie sowie gesunde Vergleichspersonen mittels voxelbasierter und ROI-basierter Volumetrie im MRT untersucht. Zudem wurde die Lautstärkeabhängigkeit der N1/P2-Komponente akustisch evozierter Potentiale (LAAEP) als Indikator für die zentrale serotonerge Neurotransmission abgeleitet.

Diskussion/Ergebnisse: Prodromalpatienten wiesen signifikante Reduktionen von grauer Substanz insbesondere im anterioren Cin-

gulum sowie in Teilen des Hippocampus auf, vergleichbar mit den Patienten im schizophrenen Vollbild. Alle Patientengruppen waren gekennzeichnet von einer serotonergen Überfunktion gemessen mit der LAAEP. Dies können als klare Hinweise gesehen werden, dass sich Schlüsselbefunde der schizophrenen Pathophysiologie bereits auch im Prodromalstadium nachweisen lassen.

0404

Neuropsychologische Vulnerabilitätsmarker und ihre prognostische Bedeutung – Ergebnisse aus dem Kompetenznetz Schizophrenie

Ingo Frommann (Universität, Neuropsychologie, Bonn)

A. Bechdorf, S. Ruhrmann, R. Pukrop, J. Brinkmeyer, W. Wölwer, P. Decker, H.-J. Möller, W. Gaebel, J. Klosterkötter, W. Maier, M. Wagner

Leistungseinschränkungen in Ausbildung und Beruf, Depressivität und abgeschwächte Positivsymptome gehen häufig der ersten akuten Phase einer schizophrenen Psychose voraus. Kognitive Einschränkungen könnten bei Personen in fraglichen Prodromalstadien prognostisch bedeutsam sein. Im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie wurden Rat suchende Patienten mit bestimmten Symptomen klassifiziert als (hypothetisch) psychoseferne Prodrome (die z.B. Wahrnehmungsveränderungen und Antriebsstörungen aufweisen) bzw. psychosnahe Prodrome (z.B. bei zeitlich begrenzten halluzinatorische Erlebnissen) und mit einer neuropsychologischen Testbatterie und Paradigmen zur Ableitung ereigniskorrelierter Potentiale (P300, MMN) untersucht. Verglichen mit hinsichtlich Alter, IQ und Geschlecht parallelierten Kontrollen zeigt sich, dass Personen mit einem psychosefernen Prodrom – bei erheblicher Varianz – im Durchschnitt etwas schlechtere Leistungen (~0.4 Standardabweichungen) in einer neuropsychologischen Testbatterie erzielen, mit dem deutlichsten Defizit im Bereich der Visomotorik. Noch deutlicher beeinträchtigt sind Personen mit einem psychosenahen Prodrom (~0.8 Standardabweichungen). Besonders die Bereiche Arbeitsgedächtnis, Langzeitgedächtnis sowie Visomotorik erwiesen sich als gestört. Die P300 Amplitude bei psychosefernen Prodromen war selektiv links temporal gegenüber Kontrollen reduziert und diese Reduktion korrelierte mit verbalen Gedächtnisdefiziten und mit der familiären Belastung mit Psychosen. Die P300 Defizite der psychosenahen Prodrome waren weitflächig vermindert mit einer links anterioren Betonung. Qualitativ entsprechen die Defizite vielfach denen bei ersterkrankten Schizophrenen. Für einige Parameter zeigte sich ein Zusammenhang mit einer psychotischen Erkrankung innerhalb der nächsten 12 Monate.

0405

Entwicklung und Evaluation eines neuen Früherkennungsinventars: aktueller Ergebnisstand des KNS-Projektes

Kurt Maurer (ZI für Seelische Gesundheit, Mannheim)

F. Hörmann, H. Häfner

Einleitung: Früherkennung ist eine notwendige Voraussetzung für Frühintervention. Früherkennungsinventare sollen Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko frühzeitig identifizieren.

Methode: Dazu wurde im Teilverbund I ?Früherkennung und Frühintervention? des Kompetenznetzes Schizophrenie (KNS) das 2stufige ?Early Recognition Inventory based on IRAOS? entwickelt. Auf der ersten Stufe kommt im Vorfeld (Hausarzt, niedergelassener Psychotherapeut, Beratungsstelle) eine kurze Checkliste (CL, 17 Items) zur Anwendung. Bei Überschreiten des Cutoffs folgt die Untersuchung mittels umfassender Symptomliste (SL, 110 Items) und weiteren ?Modulen? für relevante Risikofaktoren (z.B. familiäre Belastung, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen). Die KNS-Zentren in Bonn, Düsseldorf, Köln und München konnten n=236 Risikopersonen mit ERiraos untersuchen. Mittels Prädiktoranalysen wurde für ERiraos-Symptome und Risikofaktoren geprüft, welche Zusammenhänge mit dem Übergang in die Psychose bestehen.

Diskussion/Ergebnisse: Der CL-Cutoff wurde zur Verbesserung der

Übereinstimmung mit den Interventionskriterien auf den Wert 12 verdoppelt. Da sich nur die paranoiden CL-Symptome als psychoseprädiktiv herausstellten, wurden mehrere unspezifische CL-Items durch vorhergesagte SL-Symptome ersetzt. Die Analyse der SL-Daten erbrachte für den Interviewmonat 16 prognostisch relevante Symptome. Für die Symptomveränderung im Jahr vor dem Interview ließen sich sogar für 21 Symptome als signifikante Prädiktoren des Übergangs identifizieren. Die vorliegenden Ergebnisse zu CL und SL bilden die Grundlage für die ERiraos-Revision mit den Zielen Verbesserung der Praktikabilität und der Vorhersagevalidität. CL besteht nun aus drei Symptomgruppen mit jeweils 5 Items: die erste Gruppe zeigt kein bzw. nur ein geringfügig erhöhtes Risiko an, die zweite umfasst psychose-prädiktive Symptome der Prodromalphase und die dritte gibt einen Hinweis auf die beginnende Psychose. SL wird auf ca. 50 Anzeichen reduziert, die primär empirisch aufgrund der Prognose psychotischer Übergänge ausgewählt wurden. Die Module erbrachten bisher keine Zusammenhänge mit Übergängen, bleiben vorerst jedoch als wichtige Trait-Risikofaktoren in ERiraos enthalten.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 42

S-095 Symposium

Von der Deinstitutionalisierung zur Transinstitutionalisierung?

Aktuelle Entwicklungen und Forschungsergebnisse aus der komplexen Versorgung psychisch Kranker

Vorsitz: D. Richter (Münster), P. Denk (Maria Gugging)

0467

Die Transinstitutionalisierungs-These: Geschichte, Theorie und internationale empirische Befunde

Dirk Richter (WPK Münster)

Schon gegen Ende der 1970er Jahre wurden die Auswirkungen der psychiatrischen Deinstitutionalisierung in den USA kritisch diskutiert. Seit den 50er Jahren waren viele psychiatrische Kliniken geschlossen oder verkleinert worden. Für die meisten der ehemaligen Langzeitpatienten standen jedoch keine adäquaten Behandlungs- oder Betreuungsalternativen zur Verfügung. Daher wurden sie vielfach in zumeist privat geführte Pflegeheime verlegt, in denen sie den Rest ihres Lebens verbringen mussten. Die Transinstitutionalisierungstheorie beschrieb jedoch nicht nur diese Verlegepraxis, der Terminus wurde auch auf die häufig in regulären Gefängnissen einsitzenden psychisch Kranken angewendet, die kurz nach der Entlassung aus der Psychiatrie auffällig oder straffällig wurden, so dass die Gefängnisse als Systemalternativen für psychiatrische Einrichtungen fungierten. Der Beitrag fasst die amerikanischen, europäischen und vor allem die deutschen Erfahrungen der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten zusammen und geht auf aktuelle Weiterentwicklungen wie die Reinstitutionalisierungshypothese ein.

0468

Pflegeheime als psychiatrische Versorger? – Standortbestimmung und Entwicklungstendenzen am Beispiel Niederösterreich

Barbara Weibold (NÖGUS, St. Pölten)

Einleitung: Im Zuge der Psychiatrieplanung in Niederösterreich (1,5 Millionen Einwohner) wurde eine vollständige Erhebung des Versorgungsangebotes für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigten die Dominanz einer institutionenzentrierten Versorgungspraxis und führten dazu, deutliche Empfehlungen für die Schaffung personenzentrierter Versorgungsstrukturen im Niederösterreichischen Psychiatrieplan 2004 abzugeben.

Methode: Neben den auf die Versorgung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen spezialisierten Diensten und Einrichtungen wurden auch alle Pflegeheime sowie Einrichtungen für wohnungslose Personen in die Datenerhebung eingeschlossen. Für jeden Einrichtungstyp wurden angepasste Erhebungsinstrumente verwendet. Es wurden damit wesentliche Merkmale der Klienten-, Personal-, Einrichtungs-, Angebots- sowie Finanzierungsstruktur erfasst. Gleichzeitig wurde eine Analyse der Entlassungsziele der in einem Zeitraum von 5 Jahren enthospitalisierten Langzeitpatienten einer großen psychiatrischen Klinik durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Rund zwei Drittel der in allen niederösterreichischen Pflegeheimen versorgten Personen leiden an einer psychiatrischen Erkrankung. Die Jahresprävalenz der Pflegeheimbewohner mit psychiatrischer Diagnose ist höher als die der Klienten sämtlicher komplementärer psychiatrischer Dienste und Einrichtungen zusammen. Dieser Umstand schlägt sich auch in der Verteilung der finanziellen Mittel für die Versorgung nieder. Pflegeheime zählen somit von der Inanspruchnahme her zu den bedeutsamsten psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Epidemiologische Daten aus den Pflegeheimen in Niederösterreich werden dargestellt. Unter anderem zeigt sich, dass weder in der Personalstruktur noch in den Behandlungsangeboten den Qualitätserfordernissen (geronto-)psychiatrischer Versorgung adäquat entsprochen wird. Dies trifft sowohl auf die größere Gruppe der hoch betagten, in erster Linie an Demenzerkrankungen leidenden Pflegeheimbewohner zu, als auch auf die Gruppe der jüngeren Pflegeheimbewohner mit anderen psychiatrischen Diagnosen, die unter anderem im Zuge von Enthospitalisierungsmaßnahmen aus psychiatrischen Kliniken in die Pflegeheime entlassen wurden. Einige Hypothesen zum gegenwärtigen und zukünftigen Stellenwert der Pflegeheime in der psychiatrischen Versorgungslandschaft werden präsentiert und mit epidemiologischen Daten hinterlegt.

0469

Kreisläufe und Sackgassen in der komplementären psychiatrischen Versorgung und deren Kostenbedeutung

Peter Denk (NÖGUS, Maria Gugging)

Einleitung: Wie in anderen Ländern wurde auch in Niederösterreich in den letzten Jahrzehnten ein Prozess der systematischen und unsystematischen Enthospitalisierung von so genannten Langzeitpatienten durchgeführt. Anhand empirischer Analysen werden Aussagen über die Schritte der bisherigen Entwicklung getroffen. Damit kann der Frage nachgegangen werden, inwieweit dabei auch wirklich sozialpsychiatrische Reformschritte umgesetzt wurden und in welche Versorgungsformen sie mündeten.

Methode: Die für diese Einschätzung verwendeten Indikatoren der Versorgungssteuerung, -umsetzung und -finanzierung werden vorgestellt und hinsichtlich ihrer Gültigkeit diskutiert. Ergänzend dazu wird das Zusammenspiel von sozialpsychiatrischen Versorgungskonzepten einerseits und personal- und finanzierungspolitischen Sachzwängen andererseits an dafür typischen Beispielen aus der Praxis aufgezeigt. Die aus diesem Kräftespiel resultierenden Versorgungsstrukturen und -prozesse im komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich werden abschließend hinsichtlich der zu erwartenden Qualitäts- und Kosteneffekte überprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Als Ergebnis dieses Versuchs zeichnet sich ab, dass sozialpsychiatrische Zielsetzungen der Enthospitalisierung nur begrenzt erreicht wurden. Sehr deutlich sind neue Strukturen und Prozesse der Transinstitutionalisierung auszumachen, die nicht ausschließlich durch finanzpolitische Realitäten begründet sind, sondern speziell in personal- und mikropolitischen Realitäten zu suchen sind. Eine These ist es, dass diese Misere auch durch den eklatanten Mangel an einem kommunizierbaren sozialpsychiatrischen Theoriegebäude verursacht wird. Abschließend werden Zukunftsszenarien skizziert und es wird die Frage gestellt, in welcher Weise und ob überhaupt bisherige sozialpsychiatrische Leitlinien noch versorgungsrelevant sein werden bzw. welche Orientierungen stattdessen die Versorgung zukünftig bestimmen werden.

0470

Qualitätssicherung und Transparenz im komplementären Bereich durch einrichtungsübergreifende Dokumentation

Jens Bullenkamp (ZI für Seelische Gesundheit, Gemeindepsychiatrie, Mannheim)

Einleitung: Im Zuge der Psychiatriereform sind in den letzten drei Jahrzehnten viele Einrichtungen und Dienste außerhalb der psychiatrischen Klinik im so genannten komplementären Bereich aufgebaut worden. Damit einhergehend findet sich in vielen Regionen auch eine große Zahl von privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern solcher Institutionen. Mit dem in einigen Bundesländern bereits umgesetzten Konstrukt des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) soll unter anderem auch die Zusammenarbeit in diesem komplementären Bereich verbessert werden. Hierfür bedarf es allerdings einer gemeinsamen Datenbasis, die mehr Transparenz und Vergleichbarkeit bei unterschiedlicher Trägerschaft und fachlicher Ausrichtung der Einrichtungen erlaubt. Am Beispiel des GPV Mannheim werden Entwicklungen diskutiert und Daten vorgestellt, die seit dem Jahr 1999 gesammelt wurden.

Methode: Auf der Grundlage der 1999 für das Sozialministerium Baden-Württemberg erarbeiteten „Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund“ wurde für den GPV Mannheim eine Basisdokumentation erstellt, die durch Angaben zum Hilfebedarf ergänzt wurde. Erfasst werden sowohl auf Klienten- wie auch auf Einrichtungsebene Kerndaten der psychiatrischen Versorgungsqualität. Angewendet wird die Basisdokumentation in allen Mannheimer Einrichtungen des Ambulant und Stationär Betreuten Wohnens.

Diskussion/Ergebnisse: Die ursprüngliche Version der Basisdokumentation musste mehrmals überarbeitet werden. Neben Anpassungen an aktuelle Gesetzesänderungen gestaltete sich vor allem die Erfassung des Hilfebedarfs als sehr problematisch. Die modifizierte Version des Basisbogens findet inzwischen auch Anwendung in Einrichtungen außerhalb der „Kernzone“ des GPV (u.a. wohnungslose psychisch Kranke, chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke). Die gesammelten Daten finden sich in guter Übereinstimmung mit dem spezifischen Profil der jeweiligen Einrichtung. Im Längsschnitt ergeben sich auch Erkenntnisse für die regionale Psychiatrie-Planung. Wünschenswert wäre zukünftig eine EDV-Version der GPV-Dokumentation zur rascheren Verfügbarkeit der Gesamtdaten. Die gegenwärtige Papierversion bietet jedoch den Vorteil der unkomplizierten Anwendbarkeit auch in computertechnisch weniger gut ausgestatteten Einrichtungen und Diensten.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 13/14

FV-020 Freie Vorträge

Diagnostik und Basisdokumentation

Vorsitz: I. Hauth (Berlin), J. Fritze (Pulheim)

0095

Zur Übereinstimmung von Diagnosen bei Patienten mit psychischen Störungen in strukturierten vs. klinischen Interviews

Pia Theisen (Hamburg)

S. Andreas, R. Mestel, U. Koch, H. Schulz

Einleitung: Vor dem Hintergrund der Einführung der Diagnosis-Related-Groups (DRGs) gewinnt in letzter Zeit eine reliable und valide Diagnosestellung auch bei Patienten mit psychischen Störungen in stationärer psychotherapeutischer Behandlung zunehmend an Bedeutung. Es gibt zurzeit jedoch nur wenige Studien, die die Güte der

Diagnostik bei Patienten mit psychischen Störungen überprüfen. Empirische Ergebnisse der Studien zeigen eher schlechte bis moderate Übereinstimmungswerte in der Diagnosestellung zwischen strukturierten vs. klinischen Interviews auf. Zielsetzung vorliegender Studie war es deswegen, die Güte der Übereinstimmung von Diagnosen bei Patienten mit psychischen Störungen in stationärer psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitationsbehandlung, gewonnen in strukturieren Interviews mit Diagnosen, die im Rahmen der Routinediagnostik vergeben wurden, zu untersuchen.

Methode: Mit N=55 Patientinnen wurden in der ersten Woche einer stationären psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung Mini-DIPS und SKID-II Interviews durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Anhand dieser Videos wurden von vier zuvor geschulten, unabhängigen Ratern Diagnosen nach DSM-IV vergeben. Parallel hierzu wurden im Rahmen der Basisdokumentation von den behandelnden Therapeuten zu Behandlungsbeginn und am Ende Diagnosen nach ICD-10 vergeben. Zur Beurteilung der Güte der Übereinstimmung zwischen der Eingangs- bzw. Entlassungsdiagnostik der Therapeuten und der Diagnosen, die nach Mini-DIPS und SKID-II vergeben wurden, wurden Kappa-, Sensitivitäts- und Spezifitätswerte berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Güte der Übereinstimmung zwischen Diagnosen, vergeben nach Mini-DIPS und SKID-II verglichen mit der Eingangsdiagnostik der Therapeuten zeigte für die Diagnosegruppen „Affektive Störungen“, „Angststörungen“, „Suchterkrankungen“, „Somatisierungsstörungen“, „Essstörungen“ und „Persönlichkeitsstörungen“ eher moderate Kennwerte auf. Für die Diagnosegruppe „Anpassungs- und Belastungsstörung“ können zufrieden stellende Kennwerte festgestellt werden. Dabei kann auch aufgezeigt werden, dass die Güte der Übereinstimmung zwischen Diagnosen, die anhand des strukturierten Interviews vergeben wurden und der Entlassungsdiagnostik der Therapeuten, ansteigt. Die Ergebnisse sollen vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, differentieller Indikationsstellung und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychischen Störungen in stationärer Behandlung kritisch erörtert werden.

0096

Depression als Komorbidität hinreichend erfasst?

Jürgen Fritze (Universität Frankfurt a.M., Klinik für Psychiatrie, Pulheim)
S. Müller-Bergfort

Unter anderem Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, ischämischer cerebraler Insult und Brustkrebs sind überzufällig (15% bis 20%) mit depressiven Erkrankungen assoziiert. Für den Diabetes mellitus ist belegt, daß eine komorbide Depression mit einer schlechteren Kontrolle der Blutzuckerregulation einhergeht. Für die koronare Herzkrankheit ist belegt, daß eine komorbide Depression mit einer erhöhten Mortalität einhergeht, wobei die Depression einen unabhängigen Risikofaktor (entsprechend Übergewicht, Hypercholesterinämie, Nikotinkonsum, etc.) darstellt. Bisher ist leider wegen weitgehend fehlender Untersuchungen nicht belegt, aber sehr wohl plausibel zu erwarten, daß die Behandlung der Depression – wohlgerneht ein Wert an sich – auch die Prognose der somatischen Krankheit bessert. Im DRG-System erhöhen psychische Krankheiten komorbid zur somatischen Hauptkrankheit grundsätzlich den Schweregrad (PCCL) bei nach CCL geteilten DRGs. Dies kann erlösrelevant sein. Folglich könnte man erwarten, daß medizinische und ökonomische Motive die Erkennensraten im klinischen Alltag den in epidemiologischen Studien gefundenen Komorbiditätsraten annähern. Um dies zu prüfen, wurden die Abrechnungsdaten einer repräsentativen Stichprobe von n=242.028 somatischen Krankenhausfällen (133.659 Männer, 108.217 Frauen) des Jahres 2005 auf die Häufigkeit der Nebendiagnose F3- (Affektive Störungen) geprüft. N=4294 (1,77%) Fälle (1873 Männer, 2421 Frauen; Alter 62,7/66,8 Jahre, mittlere Verweildauer (VWD) 10,2 Tage) wiesen eine Nebendiagnose F3- auf. F3- war darin mit folgenden Frequenzen mit einer somatischen Hauptdiagnose assoziiert: Hauptdiagnose 2005

mit ND F3- Alter VWD gesamt Alter VWD Anteil ICD C50 Brustkrebs 57 61,2 10,2 2635 57,6 6,03 2,2% Frauen 57 61,2 10,2 2605 57,5 6,03 2,2% Männer 0 30 59,9 6,77 ICD E10-14 Diabetes mellitus 84 62 11,2 1918 59 10,3 4,4% Frauen 43 64,1 11,7 629 57,9 10,4 6,8% Männer 41 59,8 10,7 1289 59,6 10,3 3,2% ICD I20-25 Ischämische Herzkrankheiten 101 69,5 9,2 11072 65,6 5,3 0,9% Frauen 49 73,2 9,3 2165 70,3 5,7 2,3% Männer 52 65,9 9,1 8907 64,4 5,1 0,6% ICD I61-64 ischämischer / hämorrhagischer Hirninfarkt 142 74,1 15,5 3419 70,8 11,6 4,2% Frauen 71 77,1 15,3 1250 75,3 12,6 5,7% Männer 71 71,1 15,7 2169 68,2 11 3,3% Die gefundenen Frequenzen könnten zu dem Gedanken verführen, die somatische Krankheit wirke bezüglich der Depression protektiv. Die Verweildauern mit komorbider Depression sind deutlich höher als ohne, wozu aber auch andere Komorbiditäten beigetragen haben können.

0097

Zur psychometrischen Überprüfung einer Weiterentwicklung der deutschen Version der „Health of the Nation Outcome Scales“ (HoNOS-D)

Sylke Andreas (Universität Hamburg, Medizinische Psychologie)
M. Johst, R. Mestel, S. Rabung, T. Harfst, S. Kowski, U. Koch, H. Schulz

Einleitung: Bei der „Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)“, entwickelt vom Royal College of Psychiatrist's in Großbritannien, handelt es sich um ein häufig eingesetztes Fremdeinschätzungsinstrument zur differenzierten Erfassung des Schweregrades. Sowohl empirische Ergebnisse anderer als auch eigene Studien zur Reliabilität und Validität der HoNOS bzw. der deutschen Version (HoNOS-D) zeigten für einzelne Items moderate Kennwerte auf. Dabei ist insbesondere das Item 8 der HoNOS-D, welches andere psychische Probleme (wie z.B. Angst) erfasst, für den Bereich der stationären Behandlung von zentraler Bedeutung. Aufgrund der bislang unzufriedenstellenden psychometrischen Kennwerte des Items 8 wurde eine Weiterentwicklung vorgeschlagen. Zielsetzung der vorliegenden Studie ist es, die psychometrische Überprüfung des weiterentwickelten Items 8 der HoNOS-D zu präsentieren.

Methode: Die HoNOS-D besteht insgesamt aus 12 Items, Item 8 „Andere Probleme“ umfasst nochmals 9 Problembereiche, die in der weiterentwickelten Version jeweils separat beurteilt werden sollten. Die Überprüfung der Interraterreliabilität wurde auf der Grundlage von Ratings drei zuvor geschulter Beurteiler anhand einer Stichprobe von N=55 Patientinnen einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung vorgenommen. Die Validitätsüberprüfungen sollen an einer Stichprobe von N=2000 Patienten mit psychischen Störungen in stationärer Behandlung erfolgen. In dieser Studie werden außerdem noch verschiedene Fremdeinschätzungs- und Selbsteinschätzungsinstrumente eingesetzt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Überprüfung der Interraterreliabilitäten zeigte ein heterogenes Bild für das neu entwickelte Item 8 auf. Ein Vergleich der Höhe der Interraterkoeffizienten zwischen der Originalversion und der neuen Version zeigte etwas verbesserte Kennwerte für die neue Version auf, wobei diese generell eher als moderat zu bewerten sind. Erste Zwischenauswertungen auf der Basis von bisher N=409 Patienten liefern Hinweise auf die Validität der neuen HoNOS-D Item 8 Version und zeigen im Vergleich zur Originalversion bessere Kennwerte auf, wobei die noch laufenden Auswertungen abzuwarten sind. Die Ergebnisse sollen vor dem Hintergrund anderer Studien zu psychometrischen Eigenschaften der HoNOS kritisch erörtert werden.

0098

Verlauf schizophrener Störungen im Rahmen psychiatrischer Versorgungsforschung

Norbert Krischke (Universität Oldenburg, Gesundh.- u. Klin. Psychologie)

Einleitung: Berichtet wird über erste Ergebnisse zur Versorgung und Verlauf schizophrener Erkrankungen nach Entlassung aus der Psy-

chiatrischen Klinik der Johanna-Odebrecht Stiftung in Greifswald. Im Rahmen eines Projekts zur Begleitforschung der klinikeigenen Qualitätssicherung werden seit Juli 2004 alle Patienten mit F20.*-Diagnosen zu Beginn und am Ende ihres Aufenthalts zur Symptomatik (BPRS, CGI, GAF), zum subjektiven Befinden (SWN-K, WHO-QOL-BREF), zur Re-Hospitalisierung und zur Medikamenten-Compliance befragt. Gleichzeitig wurde mit einer monatlich durchgeführten 12- und 24-Monats-Katamnese aller entlassenen Patienten aus den zurückliegenden Jahren im Sinne einer Baseline-Erhebung begonnen.

Methode: Untersucht wird die Veränderung der stratifizierten und standardisiert erhobenen Outcome-Parameter über die Zeit mit Hilfe multivariater und nonparametrischer Verfahren.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisher erhobenen Daten sprechen in der Tendenz für eine weitgehende Stabilität der Psychopathologie und der Lebensqualität. Die im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Verlaufsdaten dienen vor der Hintergrund der Einführung zusätzlicher psychosozialer Interventionen als Referenzwert. Literatur: Berger, M. & Gaebel, W. (1997). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Wien- New York. Springer. Gaebel, W. (1995). Qualitätssicherung in der klinisch-stationären Versorgung. In: H.J. Haug & R.D. Stieglitz. Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Stuttgart. Enke.

0099

Bedarf die Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM einer Revision?

Godehard Stadtmüller (Adula-Klinik, Oberstdorf)
K. Tritt

Einleitung: Die Psy-BaDo-PTM wurde 1996 konzipiert. 1998 erfolgte eine Angleichung mit der Psy-BaDo von Heuft und Senf (1998). Inzwischen haben wir mit der angeglichenen Version jährlich über 10.000 Behandlungsverläufe untersucht an derzeit 17 Kliniken für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik.

Methode: Die Häufigkeiten der soziodemographischen Daten wurden non-parametrisch verrechnet, die Veränderungsmaße der Symptombelastung parametrisch mit t-Tests und Varianzanalysen.

Diskussion/Ergebnisse: Wir berichten über Erfahrungen mit der Basisdokumentation auf der Grundlage der Erhebungen an ca. 50.000 Patienten und stellen die Ergebnisse der Analyse zur Revision vor. Möglichkeiten der Revision werden erörtert im Hinblick auf die internen Erfordernisse der beteiligten Kliniken und eine mögliche Angleichung an andere Basisdokumentationen.

0100

Wie formulieren Kinder Therapieziele?Therapieevaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (PsyBaDoKJ)

Sibylle Winter (Campus Virchow Klinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Einleitung: Das Ziel dieser Studie war die Entwicklung eines neuen Instrumentes zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung bei Kindern und Jugendlichen, das erstmals die Erfassung individueller Therapieziele in eigener Formulierung ermöglicht.

Methode: Als Ausgangsinstrument diente die Psychotherapie Basisdokumentation (PsyBaDo) aus dem Erwachsenenbereich (Heuft u. Senf, 1998). Zur Entwicklung des neuen Instrumentes wurde eine Expertenbefragung (N=16) durchgeführt, die qualitativ nach der Grounded Theory (Glaser u. Strauss, 1967) und der Globalauswertung nach Legewie (1993) ausgewertet wurde. Eine Überprüfung der Reliabilität und Validität der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (PsyBaDoKJ) hat im Jugendlichenbereich (>14 Jahren) schon stattgefunden (Winter, 2005). Erstmals wird die Psy-BaDo-KJ Kindern (8–13 Jahre), deren Eltern und Therapeuten vorgelegt. Von Januar bis August 2006 können voraussichtlich Fragebögen von 40 Kindern ausgewertet werden. Die Diagnosen werden nach ICD-10 erfasst.

Diskussion/Ergebnisse: Die Therapieziele werden in fünf Hauptkategorien eingeteilt: Intrapsychische, interaktionelle und körperliche Probleme, Sucht, sozialmedizinische Ziele. Darüberhinaus erfolgt auch eine qualitative Auswertung der frei formulierten Therapieziele der Kinder nach den Einzelkategorien. Empirisch wird überprüft, inwieweit die Therapieziele der Kinder zu Beginn der Behandlung inhaltlich mit den Zielen der Eltern und mit den Zielen der Therapeuten übereinstimmen. Am Ende der Behandlung wird dokumentiert, inwieweit die Therapieziele der Kinder, Eltern und Therapeuten erreicht wurden. Zusätzlich erfolgt eine Gesamtbewertung des Therapieerfolges von Kindern, Eltern und Therapeuten. Lit.: Winter, S., Wiegand, A., Welke, M., Lehmkuhl, U. (2005): Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 33:113–22.

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Dachgarten

HS-016 Hauptsymposium

Internationale Modelle bei der Versorgung psychischer Erkrankungen

Vorsitz: T. Becker (Günzburg), H. Hinkov (Sofia)

In der psychiatrischen Versorgung in Europa gibt es eine große Variationsbreite hinsichtlich der Rahmenbedingungen, der verfügbaren Ressourcen, der traditionellen Versorgungsstrukturen und hinsichtlich aktueller Entwicklungen. Diese Vielfalt und einzelne Standards will das Symposium abbilden und diskutieren. Aktuelle Entwicklungstendenzen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Osteuropa werden dargestellt (Toma Tomov). Ein Modell „balancierter“ psychiatrischer Versorgung einerseits sowie „Balancen“ und „Dysbalancen“ im psychiatrischen Versorgungssystem Italiens werden dargestellt (Michele Tansella). Eine Reihe aktueller Konzepte (z.B. integrierte Psychiatrie-Versorgung, home treatment-Ansätze) werden exemplarisch dargestellt und diskutiert.

0051

The Balanced Community-Based Model of Mental Health Care. Experiences in Italy

Michele Tansella (University of Verona, Policlinico G.B. Rossi)

There is a controversy about whether mental health services should be provided in community or hospital settings. This lecture will present the evidence and the arguments for a balanced, community-based model of mental health care (Thornicroft and Tansella, 2003, 2004) that includes both community and hospital services. This model is proposed for two reasons: it is supported by the best available research evidence and by the weight of clinical experience in a range of locations worldwide. Within this general model, the specific nature of care will depend to a large extent upon the resources available. Countries and/or regions with low levels of resources should focus on (i) establishing and improving services in primary care settings, along with (ii) specialist back-up. For countries and/or regions with medium levels of resources it is recommended, in addition to such primary care mental health (i-ii), that 'mainstream' mental health care is provided with a series of related components: (iii) out-patient/ambulatory clinics, (iv) community mental health teams, (v) acute in-patient care, (vi) long-term community based residential care and (vii) occupation/day care). For countries and/or regions with high levels of resources, it is suggested that services include all those indicated above (i-vii), along with various types of evidence based specialised/differentiated care: (viii)

specialised out-patient/ambulatory clinics, (ix) specialised community mental health teams, (x) assertive community treatment teams, (xi) early interventions teams, (xii) alternatives to acute in-patient care, (xiii) alternative types of long-term community residential care, and (xiii) alternative forms of occupation and vocational. The balanced model will be illustrated within a seven step procedure for reforming mental health services. This procedure includes the following: 1. Establish service principles; 2. Define the planning process; 3. Assess population needs; 4. Assess current provision; 5. Formulate a strategic, balanced plan for local mental health services; 6. Implement service components; 7. Monitor and review. The present situation of mental health care in Italy will be briefly illustrated. The main features of the 1978 Italian psychiatric reform, that actually regulates the delivery of care in our country, will be summarised and some data will be shown to illustrate that the model of mental health care provided in Italy may be considered as «balanced» in some places and «unbalanced» in other. Thornicroft G. & Tansella M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), <http://www.euro.who.int/document/hen/mentalhealth.pdf> Thornicroft G. & Tansella M. (2004) Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence British Journal of Psychiatry 185, 283–290.

0052

Modelle und Konzepte in der Versorgung psychisch Kranker in Europa

Thomas Becker (BKH Günzburg, Abt. Psychiatrie II)

Internationale Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie folgen den Paradigmen von Integration, Gemeindenähe, Störungsspezifität, evidenzbasierter Medizin und Nutzerorientierung. Einige Erhebungsinstrumente und Indikatorensysteme für psychiatrische Versorgungssysteme werden vorgestellt, sind aber international noch nicht in nennenswertem Umfang vereinheitlicht. Beispiele psychiatrischer Versorgungsmodelle in einigen europäischen Ländern werden diskutiert. Auf die Bedeutung einer empirischen Public Health-Perspektive für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsplanung wird hingewiesen. Prävention und Rehabilitation werden in Europa für die künftige Gestaltung des Versorgungssystems bedeutsam sein. Klinische und Versorgungsforschung werden dichter zusammenrücken. Eine Reihe aktueller Konzepte (z.B. integrierte Psychiatrie-Versorgung, Home Treatment-Ansätze) werden exemplarisch dargestellt und diskutiert.

0053

Current models of mental health care provision in SEE countries

Hristo Hinkov (National Center, Public Health Protection, Sofia)

After 1989 the region of South East Europe went through profound changes. The last decade of the century imprinted on the people living in the countries of this region the bitter experience of the war, ethnic confrontation, economic crises and political instability. This had implications in all the realms of the public life including (and may be stressing on) the mental health care provision. Although each country had its own peculiarities, the final result was destruction of the old totalitarian system of mental health and lack of resources for replacement with a new one. In 2001 the Stability Pact for SEE (established in 1999 in order to strengthen social stability in the region) included health in its agenda in a form of the newly launched SEE European Health Network. Mental health was recognized as one of the priorities in this initiative in a form of a project, which included 8 countries of the region. The three components of the project aimed to fulfill the existing gaps in legislation, de-institutionalization and training. One of the most important outcomes of these activities is the fact that mental health issue has been put into the agenda of the politicians in each of

these countries. Establishing pilot community mental health centers was another success, although a great variety of local differentiations could be identified because of diversity of the ways of financing, health care organization, cultural peculiarities and recent history. It is expected that training and implementation of a system of common process indicators most of these varieties would be overcome.

Freitag, 24.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Oslo

HS-017 Hauptsymposium

Kooperationsmodelle zwischen Hausärzten und Psychiatern in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Vorsitz: H. Kurt (Solothurn), C. Stuppäck (Salzburg), F. Hohagen (Lübeck)

0054

Kooperation zwischen Allgemeinmediziner und Psychiatern in Österreich: gegenwärtige Initiativen und Ausblick in die Zukunft

Angelika Rießland-Seifert (Otto-Wagner-Spital, 1. Psychiatrische Abteilung, Wien)

Aus mehreren Quellen ist bekannt, dass bei Patienten in allgemeinmedizinischen Praxen psychische Störungen in großer Häufigkeit (21–26%) vorkommen, diese aber nur teilweise erkannt werden und daher oft nicht adäquat behandelt werden. Dies hat nicht nur individuelles Leid zur Folge, sondern auch hohe Kosten, sowohl für die Gesundheitsbudgets als auch auf volkswirtschaftlicher Ebene. Erhöhtes Augenmerk ist daher auf die psychosoziale, psychiatrische und psychosomatische Kompetenz von Allgemeinmedizinern zu legen bzw. auf eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Psychiatern. Gegenwärtige Situation in Österreich: Das Thema einer notwendigen und sinnhaften Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern und Psychiatern ist auf der Ebene der jeweiligen Fachgesellschaften präsent – so gibt es zumindest zwei Konsensuspapiere, an deren Erstellung Vertreter beider Gruppen mitgewirkt haben: Management von depressiven Patienten sowie Früherkennung der Demenz. Zusätzlich sind viele Kooperations-Initiativen auf lokaler und persönlicher Ebene im Gange, allerdings fehlt hier weitgehend eine wissenschaftlich begleitende Evaluierung. Einige Projekte mit interessantem Design sind erwähnenswert, wie z.B. die liaisonpsychiatrische Betreuung von Wohnungslosen in Wien. Erfreulich ist die deutliche Zunahme von psychiatrisch-psychosozialen Themen bei allgemeinmedizinischen Tagungen in Österreich. Die österreichische Ärztekammer bietet seit vielen Jahren Ausbildungsmodule in psychosozialer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Medizin an, die sich immer größerer Akzeptanz erfreuen und zu ca. 50% von Allgemeinmedizinern in Anspruch genommen werden. Ausblick in die Zukunft: Allgemeinmediziner werden weiterhin eine große Rolle spielen für die frühzeitige Erkennung, aber auch für die weitere Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Ihre praktische, postpromotivationale Ausbildung sollte daher verbessert werden (die meisten Allgemeinmediziner haben nie an einer psychiatrischen Abteilung gearbeitet), Fort- und Weiterbildungen in psychosozialer Medizin, Psychiatrie und Psychosomatik sollten verstärkt angeboten oder obligat werden; im Gegenzug sollten Leistungen, wie z.B. beratende Gespräche, besser abrechenbar sein. Evidenzbasierte Therapierichtlinien und Behandlungspfade sollten die Grundlage bilden; zeitgemäße Kooperationsformen wie Gruppenpraxen, liaisonpsychiatrische Modelle im ambulanten Bereich und der Einsatz von Case-Management und Disease-Management-Programmen sind ergänzend in Erwägung zu ziehen. Zusätzlich besteht ein großer Bedarf an Forschung und wissenschaftlicher Begleitung der weiteren Entwicklung der Medizin zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin.

0055

Modell Integrierte Psychiatrie Winterthur: Kooperation und Subsidiarität in der Primärversorgung

Andreas Andreae (IPW Integrierte Psychiatrie, Ärztliche Direktion, Winterthur)

Einleitung: Die Integrierte Psychiatrie Winterthur wurde seit 1999 als Modellprojekt des Kantons Zürich/Schweiz zur Erprobung des neuen Psychiatriekonzeptes entwickelt (urbane und ländliche Versorgungsregion mit 190.000 Einwohnern). Versorgungsgrundsätze sind Patientenorientierung, Behandlungskontinuität, Gemeindenähe, Ambulantisierung und integrierte Leistungen von privaten, gemeinnützigen, kommunalen und kantonalen (staatlichen) Anbietern mit Stärkung der Primärversorgung. Ziel war eine sanfte Versorgungsreform innerhalb von bewährten oder gesetzlich gegebener Abläufe. Schweizer Pioniererfahrungen in Winterthur mit Managed Care (Gate Keeping, Ärztenetzwerken, Qualitätsmanagement, Datenzugriff) flossen ein. Modellierung und Umsetzung erfolgten bottom up: mandatierte Vertreter der Hausärzte, der Spezialärzte, der psychologischen Psychotherapeuten, der Sozialleistungserbringer sowie der Nutzerseite erarbeiteten mit den Beauftragten der Institutionen, der Politik und mit Organisationsberatern neue Versorgungsformen. Der Kooperation in der Primärversorgung kam eine zentrale Bedeutung zu.

Methode: Projektmanagement mit Arbeitsgruppen der genannten Leistungserbringer und -träger, mit der Aufgabe, Systembedingungen, Qualitätsziele, Schnittstellen und Arbeitsweisen für eine verbindliche, steuer- und optimierbare patientenorientierte Kooperation in der Primärversorgung festzulegen. Klärung von Möglichkeiten der integralen Steuerung und Anreizsetzung in der ambulanten Versorgung über Kompetenzen, Budgets, staatliche subsidiäre Unterstützung. Entwicklung kooperationsfördernder Versorgungsstrukturelementen auf Fall- und Systemebene. Begleitevaluation über Fragebogenerhebungen.

Diskussion/Ergebnisse: Bestehende Kooperationselemente der Primärversorger in der Modellregion wurden gefestigt: ambulanter psychiatrischer Notfalldienst, Hausarztnetzwerke mit Psychiatrieeinbezug, Therapievermittlungsstelle, Balintgruppen. Das Maximalmodell einer durchgreifenden Leistungs-, Qualitäts- und Budgetsteuerung in der freien und institutionellen ambulanten Primärversorgung erwies sich als nicht realisierbar (fehlender Gesetzesrahmen, nicht mehrheitsfähige Konsequenzen für Freipraktizierende). Konsensfähige Lösungen für Kooperationsoptimierungen wurden auf einer tieferen Ebene angesetzt: (1) Einführung von Austausch-, Qualitäts- und Koordinationsgremien im Rahmen eines Netzwerkkonzeptes; (2) qualitative Versorgungssteuerung durch eine professionalisierte Psychiatriekommission der organisierten Versorgungspartnern, mit staatlichem Leistungsauftrag und Geschäftsstelle; (3) gezielte subsidiäre Leistungen der an das Netzwerkkonzept angepassten kantonalen psychiatrischen Institution zur Kooperationsunterstützung, mit Einführung eines Kriseninterventionszentrums, einer Koordinationsstelle und eines Case Management Angebotes, und mit Organisation von sozialpsychiatrischen Foren, Qualitätszirkeln, Fort- und Weiterbildung. (4) Weiterentwicklung einer elektronischen Patientenakte mit Leistungsstatistik und Qualitätsmessung im Netzwerk. Es besteht noch Handlungsbedarf bei aufwändigen komplexen Einzelfällen sowie im Netzwerkverständnis.

0056

Integrierte Versorgung bei depressiven Erkrankungen in Deutschland – vom nationalen Rahmenkonzept zur regionalen Umsetzung

Martin Härter (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind mit erheblichen Beeinträchtigungen für die Betroffenen und gesundheitsökonomischen Belastungen verbunden. Studien zeigen, dass eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Behandlungsebenen am ehesten zu einer dauerhaften Stabilisierung des Behandlungserfolgs führt. Insbesondere die Vernetzung von Haus-, Fachärzten, Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen, ein auf den Patienten ausgerichtetes Behandlungs-Management und der aktive Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess

verbessern die Prognose depressiver Störungen. Ziel einer Integrierten Versorgung (IV) für depressive Erkrankungen ist es, Patienten mit depressiven Erkrankungen eine adäquate, kontinuierliche und ganzheitliche Versorgung anzubieten. Hierzu gehören die qualitative Verbesserung der Versorgung im Hinblick auf verbesserte Behandlungsergebnisse, eine schnelle und umfassende Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben, eine Vermeidung von Fehlallokationen und -behandlungen, langen stationären Aufenthalten sowie eine Reduzierung von Behandlungskosten. Dies erfordert die Integration aller Leistungen im Rahmen eines sektorenübergreifenden, ambulant-stationären Behandlungskonzeptes. 2005 haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und weitere ärztlicher und psychologische Fachgesellschaften bzw. Berufsverbände ein „Rahmenkonzept – Integrierte Versorgung Depression“ publiziert. Inzwischen sind auf dessen Grundlage mehrere Verträge zur IV in unterschiedlichen Regionen Deutschlands realisiert worden. Im Vortrag werden die Grundprinzipien des Modells, die erfolgten Realisierungen sowie Erfahrungen aus den Modellregionen vorgestellt und Ansätze der Evaluation dieser neuen Versorgungsformen diskutiert.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-023 Postersitzung**Versorgungsforschung**

Vorsitz: T. Becker (Günzburg)

0237

Welche Patienten werden aus der Notaufnahme in die psychiatrische Klinik aufgenommen?

Marc Ziegenbein (Med. Hochschule Hannover, Sozialpsych. / Psychotherapie)

C. Andreis, B. Brüggem, M. Ohlmeier, S. Kropp

Einleitung: Anlaufstelle bei psychischen Beschwerden sind oft die Notaufnahmen von Krankenhäusern. Deren wichtige Aufgabe ist es zu entscheiden, ob Patienten stationär aufgenommen werden sollen, oder eine ambulante Weiterbehandlung möglich ist.

Methode: Die psychiatrischen Behandlungen in der Zentralen interdisziplinären Notfallaufnahme (ZNA) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) des Jahres 2002 wurden retrospektiv untersucht.

Diskussion/Ergebnisse: Es wurden 2632 Patienten behandelt, davon 51,4% aufgenommen. Patienten mit demenziellen Syndromen wurden relativ öfter aufgenommen als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Suizidalität führte häufiger zur stationären Aufnahme; Patienten in Begleitung wurden seltener aufgenommen, außer es bestand eine juristische Betreuung. Sowohl Zwangsmassnahmen als auch Medikamentengaben hatten Einfluss auf die Aufnahmequote. Die Kenntnis der vorliegenden Ergebnisse könnte den Psychiatern in der Notaufnahme Hinweise geben, eine dem einzelnen Patienten gerechte und effiziente Entscheidung für oder gegen eine stationäre Aufnahme zu treffen.

0238

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit für die therapeutische Praxis – ein neues Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychischer Gesundheit

Sven Rabung (UKE Hamburg-Eppendorf, Institut für Med. Psychologie)

T. Harfst, S. Kowski, U. Koch, H.-U. Wittchen, H. Schulz

Einleitung: Für die wissenschaftliche Evaluation sowie die Qualitätssicherung von Angeboten der psychotherapeutischen wie auch der medizinischen Versorgung insgesamt wurde ein neues kurzes, aber

gleichzeitig mehrdimensionales Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit entwickelt und psychometrisch überprüft.

Methode: Der HEALTH-Fragebogen umfasst 79 Items, die sieben eigenständigen Modulen zugeordnet sind (Psychische und somatoforme Beschwerden, Interaktionelle Beeinträchtigung, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Beeinträchtigung). Bearbeitet wurde er im Rahmen einer 12-Monats Follow-up Untersuchung der DETECT Studie von 5.630 Patienten in 806 primärärztlichen Einrichtungen sowie im Rahmen des QS-Reha*-Verfahrens von 755 Patienten in acht psychotherapeutischen Fachkliniken. Im Zuge der psychometrischen Überprüfung wurden Praktikabilität, Dimensionalität, Reliabilität und Validität der HEALTH-Module analysiert.

Diskussion/Ergebnisse: Der HEALTH-Fragebogen erweist sich als praktikables Instrument. Die intendierte dimensionale Struktur und die relative Eigenständigkeit der entwickelten Module lassen sich faktorenanalytisch weitestgehend bestätigen. Die HEALTH-Skalen zeichnen sich durch hohe Zuverlässigkeit aus, für ihre Validität finden sich erste Hinweise. Der HEALTH-Fragebogen erlaubt die umfassende und zugleich ökonomische Erfassung generischer Aspekte psychischer Gesundheit und erscheint damit für den Routineeinsatz in der therapeutischen Praxis geeignet. Durch seine modulare Anlage lässt er sich flexibel an den jeweiligen Anwendungskontext anpassen. Zur Untersuchung differenzierterer Fragestellungen sollten spezifische Zusatzmodule ergänzt werden. Der Fragebogen ist im Internet frei verfügbar (www.hamburger-module.de).

0239

Entwicklung eines web-basierten Screeningtools für psychische Beschwerden und Störungen

Karin Landolt (PUK Zürich, Forschungsgruppe PMH)
V. Ajdacic-Gross, N. Stulz, P. Ryf

Einleitung: Die Versorgungsforschung hat unbefriedigende Erkennungsraten bei psychischen Erkrankungen wie auch bei Suizidalität in der Hausarztpraxis ausgewiesen. Verschiedene Hilfsmittel wie Checklisten sollen den Hausarzt motivieren, die entsprechenden Symptome öfter und besser abzuklären. Computerunterstützte Erhebungsinstrumente sind in der Hausarztpraxis bis anhin erst wenig genutzt geblieben.

Methode: Wir beschreiben die Ziele und die Entwicklung eines web-basierten Tools zum Screening von psychischen Beschwerden und psychischen Störungen in der Hausarztpraxis und weiteren vergleichbaren Settings.

Diskussion/Ergebnisse: Das web-basierte Screeninginstrument WeSeE erlaubt Screenings auf drei Ebenen: 1. Ebene: Allgemeines Screening nach psychischer Belastung 2. Ebene: Identifikation von besonders belastenden Symptombereichen 3. Ebene: Vertiefte Erfragung einzelner Syndrome Je nach Erfordernis bietet das Instrument somit verschiedene Anwendungsmöglichkeiten (Erstbestandesaufnahme, Früherkennung, Second Opinion) und potentiell auch verschiedene Anwendungsvorteile (Zeitersparnis in der Anamnese, Sensibilisierung des Patienten, Zugang zu zusätzlichen Informationen). Neben dem primären Ziel bessere Erfassung von psychischen Beschwerden und psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis schafft das Screeninginstrument Kommunikationsoptionen, um z.B. fachspezifische Informationen, Weiterbildungsangebote etc. an die Hausärzte zu übermitteln.

0240

Modelle Psychosomatischer Versorgung in Psychiatrischen Abteilungen am Beispiel eines Allgemeinkrankenhauses in Brandenburg Sönke Paulsen (Städt. KKH Eisenhüttenstadt, Psychiatrie)

Einleitung: Die stationäre psychosomatische Versorgung sollte nach einer neueren Empfehlung der DGPPN wohortnah erfolgen. Ein großer

Teil der Versorgung könne hier von den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geleistet werden. Das Land Brandenburg folgt unter anderem dieser Empfehlung und verzichtet auf die Einrichtung von psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Das Städtische Krankenhaus Eisenhüttenstadt entwickelt derzeit ein kombiniertes ambulant-stationäres Versorgungsmodell das überwiegend durch die psychiatrische, aber auch durch die somatischen Abteilungen des Hauses getragen werden soll.

Methode: Vergleichende Darstellung unterschiedlicher psychosomatischer Versorgungsmodelle an Allgemeinkrankenhäusern. Konzeptuelle Besonderheiten in der Planung des Städtischen Krankenhauses Eisenhüttenstadt.

Diskussion/Ergebnisse: Nachteile der aufgeführten Versorgungsmodelle lassen sich durch ein psychiatrisch-somatisches Gesamtkonzept an Allgemeinkrankenhäusern teilweise reduzieren, wobei der Blickwinkel hier auch auf gesundheitsökonomischen Aspekten liegt.

0241

Budgetierung der Behandlungsdauer – ein wirksamer Ansatz in der stationären Behandlung von Anpassungsstörungen?

Johannes Lindenmeyer (Salus Klinik Lindow, Psychosomatik / Sucht)

Einleitung: Viele Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation sind dazu übergegangen die durchschnittlich 5–6 wöchigen Behandlungsmaßnahmen in psychosomatischen Kliniken dergestalt zu budgetieren, dass die Klinik im indizierten Einzelfall Verlängerungen vornehmen kann, wenn sie die Behandlung von Patienten mit weniger gravierenden Störungen entsprechend verkürzt. Vor diesem Hintergrund wird untersucht, inwieweit die stationäre Behandlung von Patienten mit einer Anpassungsstörung verkürzt werden kann, ohne den Therapieerfolg zu gefährden.

Methode: Alle Patienten einer psychosomatischen Fachklinik mit der Erstdiagnose Anpassungsstörung (F43.2) wurden in die Auswertung einbezogen (N=183). Die Patienten waren im Durchschnitt 44 Jahre alt (SD: 9,1), 68% waren weiblich, 60% hatten einen festen Partner, 48% waren am Behandlungsbeginn arbeitslos. Alle Patienten erhielten ein interdisziplinäres Behandlungsangebot mit dem Schwerpunkt auf einer engmaschigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapie. Bei der Auswertung wurden nur die Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen berücksichtigt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlungsdauer erstreckte sich im Durchschnitt über 40 Tage (SD: 8,7). Die meisten Patienten (65%) wurden zwischen 41 bis 43 Tage behandelt, bei nur 11% war eine längere Behandlungszeit notwendig und 14% wurden zwischen 28 bis 40 Tage behandelt. Bei 10% betrug die Behandlungszeit weniger als 28 Tage. Mit Ausnahme der Behandlungen unter 28 Tagen bestand ein positiver Zusammenhang zwischen dem psychopathologischen Befund (BDI, IIP, SCL-90 R und UFB) und der vereinbarten Behandlungsdauer. Im Prä-Post-Vergleich veränderten sich die Patienten mit der kurzen Behandlungszeit (<28 Tage) überhaupt nicht in ihrem psychischen Befund. Am stärksten profitierten die Patienten mit einer Behandlungsdauer von 41–43 Tagen von der stationären Therapie. Sie waren am Behandlungsende weniger aggressiv, ängstlich, depressiv, unsicher, psychisch belastet und hatten weniger psychosomatische Beschwerden (jeweils $p < .001$). Zwar weniger stark ausgeprägt, aber sehr gute Verbesserungen zeigten auch die Patienten mit kürzeren (28–40 Tage) und längeren (44–56 Tage) Behandlungszeiten. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung: Bis auf die Therapien unter 28 Tage hatten sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten von allen Patienten von durchschnittlich 13 Wochen (SD: 15,4) im letzten Jahr vor Beginn der Behandlung auf eine Woche (SD: 2,8) im Katamnesezeitraum reduziert ($p < .01$). Schlussfolgerung Die Ergebnisse deuten darauf hin dass auch bei einer vergleichsweise leichten Ausprägung einer Anpassungsstörung die Dauer stationärer Behandlungen nur in sehr wenigen Ausnahmefällen unter 28 Tage liegen sollte. Neben dem aktuellen Therapieverlauf eignen sich die psychologischen Testbefunde am Behandlungsbeginn zur indikationsgerechten Festlegung der Behandlungszeit.

0242

Die Kosten von Alkoholkonsum in Deutschland 2002

Alexander Konnopka (Leipzig)

H.-H. König

Einleitung: Alkoholkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor für Morbidität und Mortalität. Aufgrund seiner gesundheitsschädlichen Wirkung kann Alkoholkonsum relevanten Einfluss auf die Gesundheitssausgaben haben und erhebliche Produktivitätsverluste verursachen. Ziel dieser Studie war die Berechnung der direkten und indirekten Kosten alkoholattributabler Morbidität und Mortalität in Deutschland aus der gesellschaftlichen Perspektive im Jahr 2002.

Methode: Basierend auf dem Konzept des attributablen Risikos und dem Prävalenzansatz wurden die alters- und geschlechtsspezifische alkoholattributable Morbidität und Mortalität durch Neoplasien, endokrinologische, psychiatrische, neurologische, kardiologische, digestive, dermatologische und perinatale Erkrankungen, sowie Verletzungen und Vergiftungen kalkuliert. Angaben zum Alkoholkonsum in Deutschland nach Geschlecht, Alter und Menge sowie relative Risiken nach Geschlecht und Trinkmenge wurden der Literatur entnommen. Direkte Kosten wurden anhand von Routinestatistiken und indirekte Kosten nach dem Human-Kapital-Ansatz (Diskont-Rate 5%) berechnet.

Diskussion/Ergebnisse: 5,5% aller Todesfälle in 2002 und 970.000 verlorene Lebensjahre waren auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Insgesamt entstanden Kosten von 24,4 Mrd. EUR, entsprechend 1,16% des deutschen Bruttoinlandsprodukts. Die indirekten Kosten betragen 16,0 Mrd. EUR (69% Mortalität, 31% Morbidität), die direkten Kosten 8,4 Mrd. EUR (74% stationäre/ambulante Behandlung, 10% Rehabilitation, 16% nichtmedizinische Kosten). Andererseits wurden durch protektive Wirkungen von Alkohol Kosten von 4,8 Mrd. EUR vermieden.

0243

Eingliederungshilfe für psychische Kranke nach dem SGB XII- Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation? Eine Prozessanalyse am Beispiel der Praxis in der Region Hannover

Stefanie Lampen-Imkamp (Medizin. Hochschule Hannover, Psychiatrie und Psychotherapie)

W. Dillo, U. Blanke

Einleitung: Ergänzend zu den medizinischen Therapieformen der Psychiatrie hat sich ein breit gefächertes Spektrum komplementärer Hilfen für psychisch Kranke etabliert. Während die medizinische Behandlung in der Regel durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen getragen wird, sind die komplementären Hilfen von den Betroffenen selbst zu finanzieren. Sind sie dazu nicht in der Lage kann bei den zuständigen Sozialhilfeträgern die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53 und 54 SGB XII gestellt werden. In der Region Hannover wurde zur Bearbeitung dieser Anträge das Hilfeforenzverfahren eingeführt. Getragen wird dieses Verfahren von der Leitidee institutionsbezogene Hilfen durch personenbezogene Hilfe zu ersetzen. Untersucht wird der Prozess von der Beantragung der Hilfen bis zu ihrer Umsetzung unter der Fragestellung, ob das Verfahren diesem Postulat entspricht.

Methode: Im Jahr 2005 wurden insgesamt 148 Hilfeforenzen im Sektor 11 (Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover (=77.000 Einwohner)) der Region Hannover durchgeführt. Retrospektiv wurden die Unterlagen zu diesen Hilfeforenzen ausgewertet. Im Fokus des Interesses standen das Antragsverfahren und die Frage wer den Hilfebedarf definiert.

Diskussion/Ergebnisse: In vielen Fällen wurde die komplementäre Hilfe durch den Sozialdienst einer Psychiatrischen Klinik als Erstmaßnahme beantragt, bei den Hilfeplanfortschreibungen wurde ferner der weitere Hilfebedarf durch den bisherigen Maßnahmeträger begründet, wobei einige Betroffenen den Text gegengezeichnet und andere Betrof-

fene hatten den Antrag selbst gestellt. Erst- und Folgemaßnahmen der Eingliederungshilfe werden überwiegend durch InstitutionsvertreterInnen, und nicht durch die Betroffenen Personen beantragt und begründet. Dies ist vermutlich in erster Linie durch die von der Region Hannover vorgegebenen Verfahrensleitlinien determiniert.

0244

„Effektstärken“ und „klinische Signifikanz“ Eine Gegenüberstellung von zwei Berechnungsmodalitäten für das Ausmaß der Reduktion psychischer Symptombelastung bei stationärer psychiatr. Rehabilitation

Birgit Senft (Reha-Klinik, Seelische Gesundheit, Viktring)

T. Platz, S. Hochfellner

Einleitung: Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit in Klagenfurt wurde 2002 eröffnet. Die Konzeptionen des Hauses umfassen eine geblockte turnusmäßige Aufnahme von je 33 PatientInnen für sechs Wochen, ein BezugstherapeutInnensystem, störungsspezifische Hauptgruppen, sowie ein umfangreiches Therapieangebot mit bis zu 8 Therapieeinheiten pro Tag. Die Zielsetzung der Behandlung umfasst die Erreichung individuell, mit allen PatientInnen erarbeiteter Therapieziele, sowie eine Verbesserung des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens. Ein weiteres Ziel ist die Erhaltung, bzw. Wiedererlangung der Berufsfähigkeit. Zur Beurteilung dieser Zielerreichung stehen meist nur Daten in Form von Selbsteinschätzungen (psychometrische Testverfahren) zur Verfügung. Eine möglichst suffiziente Auswertung derselben ist Thema dieser Untersuchung.

Methode: Die Erhaltung, bzw. Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit kann unter anderem auch am Ausmaß der Symptomreduktion „gemessen“ werden. Dazu stehen verschiedene Berechnungsmodi zur Verfügung. Eine häufig gebrauchte Methode ist jene, für die Gesamtstichprobe die Effektstärke einer Veränderung in psychometrischen Testwerten, unter Berücksichtigung der Stichprobengröße, zu berechnen. Dabei bekommt man Informationen über die durchschnittliche Veränderung der ganzen Gruppe, die jedoch auch Personen beinhaltet, die sich nicht verändert, bzw. sogar verschlechtert haben. Das trägt möglicherweise zur Schmälerung des Gesamteffekts bei. Eine differenziertere Betrachtung ist durch die Berechnung des „Reliable Change Index“ möglich; dabei wird ein Wert berechnet, der für jede Person die Klassifikation „verbessert“, „gleich geblieben“ oder „verschlechtert“ ermöglicht. Somit kann eine genaue Aussage darüber getroffen werden, wie viele PatientInnen sich im Ausmaß der klinischen Signifikanz wie verändert haben.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigt sich, dass sich abhängig von Therapiemotivation und beruflichem Status 42 bis 65% aller PatientInnen hinsichtlich der psychischen Symptombelastung (erfasst durch das Brief Symptom Inventory / BSI) im Sinne der klinischen Signifikanz verbessert haben. Somit kann gesagt werden, dass sich eine Berechnung beider Veränderungsindizes als vorteilhaft erweist, da somit Aussagen über die Gesamtgruppe, aber auch auf Personenebene möglich sind.

0245

Strukturqualität in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm der GKV („QS-Reha“-Verfahren“)

Stephan Kawski (UKE Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie)

S. Rabung, P. Follert, U. Koch

Einleitung: Spätestens seit den neunziger Jahren hat auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Bedeutung von Qualitätssicherungsverfahren erheblich zugenommen. In diesem Kontext wurde für die Abschätzung der Strukturqualität im Rahmen des QS-Reha*-Verfahrens der Gesetzlichen Krankenkassen zunächst durch die Freiburger AQMS ein „Strukturqualität-Erhebungsbogen“ für Rehabilitationskliniken mit hinterlegten „Bewertungskriterien und Zuweisungssteuerungskriterien“

entwickelt, der in weiten Teilen auf der „Klinikdokumentation Strukturmerkmale“ des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und einem „Strukturqualität-Bogen“ des VdAK Bayern basiert. Durch das Hamburger Institut für Medizinische Psychologie erfolgte eine expertengestützte Anpassung und Weiterentwicklung des Verfahrens für die psychischen Indikationsbereiche. In Abstimmung und im Konsens mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen wurden expertengestützt Basiskriterien und Zuweisungssteuungskriterien für Rehabilitationskliniken festgelegt: Basiskriterien geben grundlegende Qualitätsanforderungen an eine qualitativ hochwertige Rehabilitation wieder, Zuweisungssteuungskriterien stellen keine Qualitätskriterien dar, aber unterstützen die adäquate Belegung von Rehabilitationskliniken.

Methode: 25 Kliniken zur stationären medizinischen Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Erkrankungen dokumentierten auf Basis des Selbstdokumentationsbogens ihre strukturelle Ausstattung (u.a. personelle und technische Ausstattung und vorgehaltenes Behandlungsangebot) sowie konzeptuelle Merkmale. Die Angaben wurden durch telefonische Rückfragen und stichprobenweise durch Vor-Ort-Visitationen validiert und inhaltlich vertieft. Das Instrument erfragt die Erfüllung von Anforderungen in sieben thematischen Bereichen: (1) Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung, (2) Medizinisch-technische Ausstattung, (3) Therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung, (4) Personelle Ausstattung, (5) Konzeptionelle Grundlagen, (6) Internes Qualitätsmanagement und (7) Interne Kommunikation und Personalentwicklung. Im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens als externem Qualitätssicherungsverfahren wurde für jede Einrichtung ermittelt, welche Kriterien sie erfüllt und wie hoch der Anteil erfüllter Anforderungen je Inhaltsbereich ist. Diese Ergebnisse wurden miteinander anonymisiert verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Über die sieben thematischen Bereiche der Strukturqualität werden durchschnittlich zwischen 79% und 98% der festgelegten Basiskriterien erfüllt. Bezogen auf die definierten Anforderungen wird damit ein Qualitätsniveau vorgegeben, das von den Einrichtungen in der Regel zumindest weitgehend erreicht werden kann. Es zeigen sich für fast alle einbezogenen Einrichtungen noch Verbesserungsmöglichkeiten, so dass die Orientierung an den Basiskriterien zu einer Qualitätsentwicklung beitragen würde. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen somit den Anspruch der Basiskriterien, „grundlegende Qualitätsanforderungen für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation“ abzubilden.

0246

Evaluation des teil-/stationären Behandlungsprogramms der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken der SALUS gGMBH (Sachsen-Anhalt): Methodik und erste Ergebnisse

Claus Barkmann (Universitätsklinikum Hamburg, Kinderpsychosomatik)
I. Gentzsch, M. Schulte-Markwort

Einleitung: Dieses Evaluationsprojekt untersucht die Wirksamkeit des stationären Behandlungsprogramms der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken der SALUS gGMBH in Sachsen-Anhalt. Die Fragestellungen befassen sich u.a. mit der Verbesserung der Symptomatik, dem Erreichen der Behandlungsziele, der Beurteilung der Behandlungsqualität sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Methode: Es handelt sich um eine quasiexperimentelle Ergebnisevaluierung, durchgeführt anhand einer prospektiven Längsschnittstudie mit fünf Erhebungszeitpunkten (t0 bei Anmeldung, t1 bei Aufnahme, t2 bei Entlassung, t3 sechs und t4 18 Monate später). Die Daten werden mit Hilfe von Fragebögen und Dokumentationsschemata über Selbst-, Eltern- und Expertenurteile erhoben. Die Untersuchungss Stichprobe wird aus einer konsekutiv erfassten Patientenkohorte gebildet.

Diskussion/Ergebnisse: Erste Zwischenauswertungen von Aufnahme- und Entlassungsdaten zeigen eine hypothesenkonforme Entwicklung der Patientengesundheit. Dabei sind die Ergebnisse v.a. vom Urteiler und den Störungsbildern der Patienten abhängig. Schwierigkeiten bereitet die Kontrolle von Selektions- und Regressionseffekten. Methodik

und Zwischenergebnisse werden vor dem Hintergrund des Projektzieles diskutiert, empirische Daten zur Qualität der Behandlung zu generieren, die zur Verbesserung der stationären Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten dienen können.

0247

Überblick über 3 Jahre Mutter-Kindbehandlung an Österreichs einziger diesbezüglicher Einrichtung an psychiatrischen Abteilungen mit Versorgungsauftrag

Friedrich Riffer (KH Waidhofen/Thaya, Psychiatrie)

M. Schlüter, E. Schwarz

Einleitung: Weltweit bestehen nur in England und Australien hochentwickelte, flächendeckende, stationäre Mutter-Kind Behandlungsmöglichkeiten psychisch Kranker Mütter. Im deutschsprachigen Bereich fehlt eine systematische Entwicklung. Im Jahre 2002 wurde am Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit die erste – und bis dato einzige – Mutter-Kind-Behandlungseinrichtung Österreichs geschaffen. Es soll ein Überblick über deren Arbeit gegeben werden.

Methode: Narrativer Überblick über die Jahre 2002 bis 2005, sowie entsprechende Datenpräsentation anhand der Krankengeschichten.

Diskussion/Ergebnisse: Die Praxis bestätigt die wissenschaftlich abgesicherte Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit solcher Mutter-Kind-Behandlungseinrichtungen im stationären psychiatrischen Bereich. Daraus ergibt sich die Forderung nach der Entwicklung eines systematischen Ausbaus dieser Einrichtungen.

0248

Zur Behandlungssituation psychisch Kranker aus der Sicht der Patienten – Fragebogenerhebung bei stationären Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Friedrich Riffer (KH Waidhofen/Thaya, Psychiatrie)

E. Schwarz, I. Burgstaller, M. Schlüter, M. Purgina

Einleitung: Es ist durch Forschungsergebnisse hinlänglich belegt, dass die Behandlungssituation psychisch Kranker große Mängel aufweist. Wir erhoben anhand einer Patientenbefragung entsprechende Daten, in einer psychiatrischen Versorgungsregion mit 148.000 Einwohner in Niederösterreich.

Methode: Patientenbefragung mittels Fragebogen durch das psychiatrisch-fachärztliche Personal, während eines stationären Aufenthaltes an der psychiatrischen oder einer somatischen Abteilung im Allgemeinkrankenhaus.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse werden, da die Untersuchung noch nicht abgeschlossen ist, im Rahmen der Posterpräsentation veröffentlicht.

0249

Kooperation zwischen Psychiatrischer Klinik und niedergelassenen Psychotherapeuten – Aufbau einer Datenbank

Hanspeter Weber (Ettlingen)

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal o8

S-098 Symposium

RPK-Gründerseminar: Informationsveranstaltung zur Implementierung rehabilitativer Angebote für psychisch kranke Menschen nach der neuen RPK-Empfehlungsvereinbarung

Vorsitz: W. Weig (Osnabrück), E. Grosch (Giesen)

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.1

S-101 Symposium

Mental Health Services in England und Wales – Ein Modell für Deutschland?

Vorsitz: J. Thome (Swansea), T. Becker (Günzburg)

0489

Community Mental Health Teams (CMHTs) in Wales

David Linden (University of Wales Bangor, School of Psychology)

J. Thome

Die Versorgungsstrukturen fuer psychisch Kranke in Grossbritannien unterscheiden sich deutlich von denen in Deutschland. Da es im britischen National Health Service (NHS) keine niedergelassenen Fachaerzte gibt, ist die ambulante und stationaere Behandlung in der Hand desselben Facharztes (Consultant). Ein Consultant betreut alle Patienten eines bestimmten Einzugsgebietes (catchment area), wobei fuer diese die erste Anlaufstelle meistens das Community Mental Health Team ist, in dem Aerzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekraefte interdisziplinär zusammenarbeiten. Eine Spezialisierung findet vor allem nach Altersgruppen (Child and Adolescent Mental Health Service, Adult Mental Health, Elderly Mental Health) statt. Daneben unterhalten die meisten NHS Trusts Spezialabteilungen fuer Abhaengigkeitserkrankungen und Lernbehinderung und in manchen Faellen auch fuer Forensische Psychiatrie. Nach einem Ueberblick ueber diese Versorgungsstrukturen wird anhand der Behandlungsstatistiken walischer NHS Trusts die Verteilung ambulanter und stationaerer Patienten nach Diagnosegruppen analysiert und zu deutschen Vergleichszahlen in Beziehung gesetzt.

0490

Rolle der Forschung und zukünftige Entwicklungen

Stefan Priebe (Queen Mary, University London, Social & Community Psychiatry)

Einleitung: Die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, insbesondere die Teams der ambulanten Versorgung für unterschiedliche Gruppen von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, wurden in den vergangenen 10 Jahren in England und Wales erheblich ausgebaut und umgestaltet. Weitere substantielle Veränderungen stehen bevor. Der Beitrag versucht aufzuzeigen, welchen Einfluss dabei die Versorgungsforschung und entsprechende wissenschaftliche Evidenz ausüben.

Methode: Bericht aufgrund eigener Erfahrung in der Versorgungsforschung und der Entwicklung von Versorgungsansätzen und einrichtungen auf lokaler und nationaler Ebene.

Diskussion/Ergebnisse: Befunde wissenschaftlicher Studien waren und sind durchaus von Einfluss auf die Überlegungen des Gesundheitsministeriums. Darüberhinaus haben wissenschaftliche Experten einen indirekten Einfluss auf Entscheidungsträger. Dieser Einfluss ist auf lokaler Ebene gesunken, auf nationaler Ebene aber weiterhin groß und verbunden mit einer signifikanten Forschungsförderung durch das nationale Gesundheitssystem. Anstehende Umgestaltungen können diese Kooperation von Forschung und Versorgungsentwicklung verändern. Die psychiatrische Versorgung in England profitiert von einem intensiven Dialog zwischen politischen Entscheidungsträgern und wissenschaftlichen Experten. Ein solcher Dialog kann ein Modell für andere Länder sein, erfordert aber sowohl entsprechendes Interesse und Entscheidungsstrukturen als auch eine bedeutsame Versorgungsforschung, die wiederum eine aktive Forschungsförderung voraussetzt.

0491

Specific treatment approaches for patients with comorbidities of Substance Use Disorders and Common Mental Disorders in the NHS

Gunter Schumann (King's College London, Institute of Psychiatry, MRC-S)

Einleitung: In order to support applied research in the UK the Department of Health has devised a programme, named "Best Research for Best Health" to set out a 5-year Research and Development Strategy for the NHS in England. The goals of this programme are to · Provide evidence to improve health outcomes in England through promotion of health, prevention of ill health, and optimal disease management, with particular emphasis on conditions causing significant disease burden. · Enable NHS trusts to tackle areas of high priority or need for health; · Provide some stability of funding to support the long-term development of top quality applied research groups working in the NHS; and **Methode:** As part of this programme, we have proposed the "Development, implementation and assessment of specific treatment approaches for patients with comorbidities of Substance Use Disorders and Common Mental Disorders", which aims (1) To develop, implement and assess novel targeted and concurrent behavioural interventions for patients with comorbidity of alcohol dependence and common mental disorders (i.e. affective and anxiety disorders) in both, addiction and general mental health services. (2) To develop and implement novel, optimized and economic models of service delivery for patients with such comorbidities. (3) To identify treatment-predictive clinical and genetic variables among this population and apply this understanding to the development of new practice guidelines in the NHS. (4) To assess health economic benefits of treatment approaches proposed. (5) To disseminate results of our treatment programme within the NHS and to contribute to national guidelines.

Diskussion/Ergebnisse: We will report on this proposal in the context of the overall effort to improve the transfer of results from bench to bedside in the NHS.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-106 Symposium

Psychiatrische Akutsituationen: Individuelles Krisenmanagement vor und bei stationärer Behandlung

Vorsitz: J. Höffler (Gleisweiler), K.-H. Beine (Hamm)

0512

Systemsprenger in der psychiatrischen Versorgung: Hypothesen zu Systemschwächen und Stärken

Ingmar Steinhart (Universität Greifswald, Institut für Sozialpsychiatrie)

Einleitung: Zunächst werden die Ergebnisse des aus der Praxis entstandenen Versorgungsforschungsprojektes „Systemsprenger“ zusammengefasst: Ausgehend von dem „Druck“ in Mecklenburg-Vorpommern möglicherweise weitere geschlossene Heimbereiche schaffen zu müssen, wurden in einer Totalerhebung aller komplementären und stationären psychiatrischen Angebote zunächst die zahlenmäßige Erfassung der so genannten „Systemsprenger“, eine differenzierte Beschreibung dieser Klientel und die offensichtlichen Systemschwächen herausgearbeitet.

Diskussion/Ergebnisse: Die Gesamtzahl der so genannten „Systemsprenger“ im Land wurde auf etwa 60–160 pro Jahr geschätzt, wobei in dieser Modellrechnung nicht die Personen enthalten sind, die aufgrund ihres hohen Mortalitätsrisikos sterben, in die Obdachlosigkeit abdriften oder Patienten in forensisch-psychiatrischen Kliniken werden, was nach Expertenschätzungen die Gesamtzahl verdoppeln würde. Obwohl so genannte „Systemsprenger“ durch die Faktoren „Aggres-

sivität, Unangepasstheit und Impulsivität“, „Suizidalität“, „Delinquenz und Konsum“ sowie „Manipulation und Belästigung“ und einige weitere Merkmale gut charakterisiert werden können, sprechen unsere Daten für eine hohe Kontextabhängigkeit, wann eine Person als Systemsprenger identifiziert wird. Die „Systemsprenger“ werden in den meisten Einrichtungen deutlich durch ihre interaktionellen Fähigkeiten in Gruppen charakterisiert, so dass die individuelle Unfähigkeit, sich in Gruppenprozesse zu integrieren, zum „Systemsprengerverhalten“ prädisponiert und ein Passgenauigkeitsproblem zwischen „Systemsprenger“ und Einrichtung resultiert: „Systemsprenger“ werden relativ zu ihrer Umgebung als „schwierig“ wahrgenommen. Das Hilfesystem selbst produziert durch seine Konfiguration, die mangelnde Kooperation zwischen medizinischen und Sozialhilfe finanzierten Bausteinen und seine partielle Unfähigkeit, den Hilfe- und Strukturierungsbedarf individuell anzupassen, viele so genannte „Systemsprenger“. Im zweiten Teil des Vortrages wird ausgehend von einem gemeindepsychiatrischen Grundkonzept nach Optimierungsmöglichkeiten der Hilfen gesucht. Berichtet werden über Veränderungen der Hilfeplanung, der Einführung von Expertenteams, der Suche nach Lösungen innerhalb bestehender Angebote, die Verbesserung der Kooperation und die Finanzierung absolut individueller personenbezogener Lösungen. Das Bündel bestehender und geplanter Maßnahmen soll in Mecklenburg-Vorpommern zukünftig dazu beitragen, dass möglichst alle Menschen innerhalb der Landesgrenzen bzw. innerhalb ihrer Heimatregion ein passendes Hilfeangebot erhalten.

0513

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik als Motor eines regionalen Kompetenzzentrums für integrierte Behandlung

Iris Hauth (St. Joseph Krankenhaus, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie haben sich im letzten Jahrzehnt zunehmend zu Kompetenzzentren für seelische Gesundheit mit einem differenzierten Leistungsangebot entwickelt. Störungsspezifische Diagnose- und Therapieangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Kontext werden vorgehalten. Eine enge Kooperation mit ambulant komplementären Anbietern in der Region sind zum Standard geworden. Trotz dieser Vielfalt gibt es nachweislich Diagnosegruppen, z.B. Depressionen, chronisch schizophren Erkrankte, die unzureichend versorgt werden. Diese Defizite sind multifaktoriell bedingt, z.T. durch das fragmentierte Finanzierungssystem oder durch falsche Anreize (Überbetonung der ambulanten Psychotherapie) entstanden. Das jüngste Reformgesetz (GMG) mit den Regelungen des § 140 a ff SGB V eröffnet neue Chancen, die Versorgungslücken zu schließen und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern. Das St. Joseph-Krankenhaus in Berlin Weißensee hat mit niedergelassenen Fachärzten ein Konzept der sektorübergreifenden Versorgung für die Diagnosegruppen F 20 und F 30 erstellt. Leitliniengestützte klinische Behandlungspfade garantieren eine schnittstellenfreie Behandlungsqualität, sichern eine transparente und fachlich hochwertige Diagnostik und Therapie. Die niedergelassenen Fachärzte sind die federführenden Behandler, weitere Leistungen wie Psychoedukation, kognitives Training, Angehörigengruppen u.ä. werden von der Klinik modulförmig um die Basisleistungen herum angeboten. In Krisenzeiten wird ein gestuftes Vorgehen mit aufsuchender Behandlung (hometreatment), Akuttagesklinik, sowie stationäre Krisenintervention vorgegeben. Die Klinik ist als Koordinator tätig und stimmt mit den anderen Beteiligten ab, welche Leistungen der Patient aus dem Modulsystem erhalten soll. Darüber hinaus organisiert die Klinik Fallkonferenzen, Fortbildung und Erstellung der Abrechnungslogistik. In der zweiten Stufe der integrierten Versorgung sollen ambulante Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und zu einem späteren Zeitpunkt auch Rehaeinrichtungen einbezogen werden. Im Vortrag werden die einzelnen Schritte zur Entwicklung eines integrierten Versorgungskonzepts sowie die vertragliche Umsetzung und erste Erfahrungen erläutert.

0514

Stationäre psychiatrische Akutbehandlung: Setting und Therapiestrategien

Jürgen Höffler (Privatklinik Bad Gleisweiler)

Einleitung: Die Akutphase stationärer psychiatrischer Behandlung hat in mehrerlei Hinsicht enorme Auswirkungen. Der potentielle Einsatz restriktiver Maßnahmen, der Umgang mit Hostilität, divergente Krankheits- und Behandlungskonzepte des Patienten und Therapeuten sind auch weit über die Akutphase hinaus von Bedeutung für den Patienten, aber auch seine Angehörigen oder der Wahrnehmung von Psychiatrie in der Öffentlichkeit. Der Beitrag analysiert kritische Aspekte stationärer Akutbehandlung vor dem Hintergrund von Patientenaussagen zu diesem Thema.

Methode: In einer Literaturübersicht werden zunächst Erwartungen von Patienten und Patientinnen zu einer aus ihrer Sicht idealen psychiatrischen Behandlung dargestellt und analysiert. Anhand von Beispielen werden Versuche, dieses umzusetzen, konkretisiert.

Diskussion/Ergebnisse: In den meisten Studien, die sich empirisch mit den Erwartungen der Patientinnen und Patienten, beschäftigen, wird als zentrales Anliegen aus Patientensicht die Qualität der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet. Von hoher Relevanz für die Patienten sind darüber hinaus das Respektieren von Autonomie und Würde sowie ein positiver Therapieerfolg. Aus Patientensicht nachgeordnet sind differenzielle Aspekte von Psycho- oder Pharmakotherapie respektive eine störungsspezifische Behandlung, wobei hierzu anhand des Designs der zugrunde liegenden Studien nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden können.

0515

Langfristige Prophylaxe von Gewalt

Karl-H. Beine (St. Marien-Hospital, Psychiatrie und Psychotherapie, Hamm)

Gewalt und Zwang in psychiatrischen Institutionen sind nicht selten. In dem Beitrag werden die Prädiktoren für gewalttätiges Verhalten im Einzelfall, wie z.B. ungünstige Umgebungsfaktoren und psychopathologische Auffälligkeiten dargestellt und gewichtet. In Abhängigkeit von der Grundstörung und der akuten Umstände werden unterschiedliche Möglichkeiten einer deeskalierenden Kontaktaufnahme beschrieben. Langfristig lässt sich Gewalt in psychiatrischen wahrscheinlich durch partizipative Entscheidungen vermindern, z.B. durch Behandlungsvereinbarungen, die als Mittel zur Beziehungsgestaltung und als verbindlicher Absprachenkatalog wirksam sind. Schließlich wird die widersprüchliche Haltung der Psychiatrie zur Gewalt beleuchtet: Die Psychiatrie und Psychotherapie als medizinisches Fach soll einerseits die Selbstbestimmung fördern, andererseits „im wohlverstandenen Interesse des Patienten“ diese Selbstbestimmung unter Umständen auch verhindern. Aus der Reflexion dieses Problems sollen Umgangsweisen mit diesem Widerspruch aufgezeigt werden.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 03

S-115 Symposium

Prävention psychischer Erkrankungen

Vorsitz: J. Klosterkötter (Köln), W. Maier (Bonn)

0555

Präventionsperspektive aus Sicht der psychiatrischen Genetik

Wolfgang Maier (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Entscheidend für die Effizienz präventiver Interventionen ist die Sicherheit der Prädiktion der Krankheitsmanifestation. Die Prä-

diktion monogener Erkrankungen mit genetischen Markern erlaubt effektive und wenig einschneidende präventive Interventionen (z.B. bei der Phenylketonurie). Die häufigen psychischen Störungen stehen aber unter dem Einfluss vieler Gene. Die monogenen Erfolgsmodelle können für die genetisch beeinflussten polygenen Störungen kaum Vorbildfunktion einnehmen: Die Effekte einzelner Dispositionsgene auf die psychischen Erkrankungen ist gering; viele Dispositionsgene sowie epigenetische und umgebungsbezogene Faktoren spielen eine Rolle. Die Voraussagegenauigkeit allein mit den absehbaren genetischen Mitteln wird gering sein. Kombinationen mit anderen Risikofaktoren können aber die Voraussagekraft fördern. Die praktische Nutzung der Prognosemöglichkeiten hängt zudem wesentlich von der Art und Wirksamkeit von präventiven Interventionen ab. Auch Gefahren einer Stigmatisierung sind zu beachten. Am Beispiel von Schizophrenie und Demenz werden die vorgenannten Probleme und Möglichkeiten diskutiert.

0556

Von der Prävention zur gezielten Frühintervention

Hans-Ulrich Wittchen (TU Dresden, Klinische Psychologie)

0557

Indizierte Prävention psychischer Erkrankungen

Joachim Klosterkötter (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Die WHO sieht in der Prävention psychischer Störungen einen ihrer wichtigsten Zukunftsaufgaben und in eine ähnliche Richtung gehen auch die Initiativen in der EU und in der BRD zur Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit. Dabei steht die eigentliche Bedeutung des in den 50iger Jahren entwickelten Präventionsbegriffs im Vordergrund, nämlich die des Vorbeugens oder Verhütens im Sinne einer Reduktion der Neuerkrankungsraten.

Methode: Der Beitrag präsentiert zunächst den neuen begrifflichen Ordnungsrahmen, der in den 90iger Jahren den vom „Institut of Medicine“ in Washington ausgearbeiteten Empfehlungen für die Prävention psychischer Störungen zu Grunde gelegt wurde. Er unterscheidet in einer in der BRD noch zu wenig beachteten Weise zwischen einem universalen, einem selektiven und einem indizierten Ansatz der Primärprävention. Der universale Ansatz bezieht sich auf die Allgemeinbevölkerung, der selektive auf Risikopersonen und der indizierte auf solche Personen, die schon erste Symptome, jedoch noch keine diagnostizierbare psychische Störung bieten. Differenziert nach diesen Ansatzpunkten werden die heute bereits verfügbaren, vornehmlich in den USA entwickelten und dort auch schon als praktikabel und effizient erwiesenen Präventionsprogramme für Depression, Suizidalität, Angst, Psychosen u.a. dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die kritische Übersicht zeigt, dass in der BRD ein ganz erheblicher Aneignungs- und Umsetzungsbedarf besteht. Insbesondere Angebote im Sinne der indizierten Prävention lassen beim heutigen Kenntnisstand schon methodologisch befriedigende Wirksamkeitsnachweise und damit auch verantwortungsbewusste ethische Beurteilungen zu. Die Chancen des Transfers in die Versorgungspraxis werden auch im Hinblick auf die dritten Förderphasen der bundesdeutschen Kompetenznetze für psychische Störungen diskutiert.

0558

Präventive Ansätze im Psychiatrischen Versorgungssystem

Thomas Becker (BKH Günzburg, Abt. Psychiatrie II)

Im Rahmen des vorliegenden Beitrags wird die Rolle des psychiatrischen Versorgungssystems im Rahmen der Prävention psychischer Erkrankungen diskutiert und der sich aus dieser Rolle ergebende Forschungsbedarf beschrieben. Zur Bestimmung der Rolle des psychiatrischen Versor-

gungssystems muss den genannten Präventionsebenen eine Differenzierung von Präventionsprogrammen nach Zielgruppen zugeordnet werden. Die Universalprävention richtet sich dabei an die Gesamtbevölkerung, die selektive Prävention richtet sich an definierte Zielgruppen mit bestimmten Risikomerkmalen und die indikative Prävention richtet sich an Personen, die bereits subklinische Symptome psychischer Störungen aufweisen. Hinsichtlich der Universalprävention auf der primären Ebene besteht die Rolle des psychiatrischen Versorgungssystems vor allem darin, die Kenntnisse über die Risikofaktoren der Entstehung psychischer Erkrankungen zu erweitern bzw. bestehende Kenntnisse zu vertiefen. Im Bereich der selektiven Prävention auf der primären und der sekundären Ebene kommen vor allem die im klinischen Alltag gewonnenen Erkenntnisse über die typischen Rahmenbedingungen psychischer Erkrankungen zum tragen. Die wichtigste Rolle des psychiatrischen Versorgungssystems liegt allerdings in der Vermeidung negativer Krankheitsfolgen im Rahmen der indikativen Prävention auf der tertiären Ebene. Neben einer effektiven psychiatrischen Versorgung gewinnt hier vor allem die Reduzierung von Stigmatisierungsprozessen und die Förderung der sozialen und beruflichen Rehabilitation eine besondere Bedeutung. Vor dem Hintergrund der dargestellten Funktionen des psychiatrischen Versorgungssystems ergibt sich ein zunehmender Forschungsbedarf im Bereich der Epidemiologie, aber auch in der Analyse der Einflussfaktoren wirksamer psychiatrischer Interventionen im Rahmen der psychiatrischen Versorgungsforschung.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Stockholm 1

S-128 Symposium

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Vorsitz: F. Leiding (Köln), Y. Erim (Essen)

0620

Migrantinnen und Migranten in der Gemeindepsychiatrie

Friedrich Leiding (Landschaftsverband Rheinland, Dezernat 8, Köln)

M. van Brederode

Psychisch Kranke sind auf familiäre Selbsthilfe und professionelle psychosoziale Unterstützung angewiesen. Vor allem MigrantInnen der ersten und zweiten Generation sind in dieser Beziehung benachteiligt. Ihr Anteil an der Klientel der inzwischen flächendeckend vorhandenen Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland ist gering. Seit 1998 werden zwei Zentren in Köln und Duisburg mit der Zielsetzung des Aufbaus von spezifischen Beratungs- und Betreuungsangeboten für Migrantinnen und Migranten gefördert. Seit 2002 erfolgt die Förderung mit dem Ziel der Entwicklung zu überregional ausstrahlenden Fachstellen, um so den Wissens- und Konzeptionstransfer in der regionalen Umgebung zu unterstützen. Die Ergebnisse des Förderprogramms und die Konzeption von regional ausstrahlenden Fachstellen („Leuchtturm-Projekten“) als Baustein eines umfassenden integrativen Konzepts zur Versorgung psychisch kranker MigrantInnen werden dargestellt und diskutiert.

0621

Projekt für interkulturelle Kompetenz im Klinikverbund

Yesim Erim (Universitätsklinikum Duisburg, Psychosomatische Medizin, Essen)

D. Sander, A. K. Gün, W. Senf, P. Mehne

Einleitung: Psychische Probleme bei Migranten werden sowohl in der Primärversorgung als auch in psychiatrischen Ambulan-

zen zu spät erkannt und aufgrund von kulturellen Problemen oft nicht ausreichend behandelt. In den Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland wurde ein Projekt zur Verbesserung der psychiatrischen Behandlung von Migranten ins Leben gerufen, um die sozialen und kulturellen Zugangsschwellen zur psychiatrischen Versorgung zu senken und die interkulturellen Kompetenzen von einheimischen Behandlern zu verbessern. In einer Umfrage wurde untersucht, in wieweit eine gleiche Versorgungsqualität für einheimische Patienten und Patienten mit Migrationshintergrund gegeben ist

Methode: Der Bedarf an migrationsspezifischen Materialien und Angeboten wurde mit einem eigens dafür entwickelten Fragebogen ermittelt. Die Umfrage diente dem Ziel, einen Überblick über bereits vorhandene Materialien, Formulare, Aufklärungsbögen sowie über bestehende Kooperationen zu sammeln und diese Informationen allen Rheinischen Kliniken zur Verfügung zu stellen

Diskussion/Ergebnisse: Von den neun befragten Rheinischen Kliniken des LVR gaben 8 Kliniken die türkische (92%) und russische Sprache (85%) als relevanteste Sprachen in der Betreuung von Migranten an. Als schon vorhandene migrationsspezifische Informationsmaterialien wurden Informationsbroschüren zur Psychose, zur Suchterkrankung, zur Neuroleptika und zur Schizophrenie (türkisch, russisch) angegeben. Als übersetzungsrelevante Materialien erster Priorität gaben die befragten Kliniken Übersetzungen von Behandlungsverträgen (82%), Einwilligungserklärungen zur stationären Behandlung (81%), das Merkblatt zu Praxisgebühren (91%), Aufklärungsbögen zur medikamentösen Behandlung (93%) und Informationen zur Schizophrenie (74%) und Suchttherapien (82%) an. Insgesamt wurden zwölf Dolmetscherinstitute als zuverlässige Kooperationspartner benannt. Elf Reha-Kliniken mit türkischsprachigen und zwei mit russischsprachigen Settings wurden benannt und lange Wartezeiten beklagt. Lediglich vier institutionelle migrationsspezifische Fortbildungsangebote waren bekannt. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass trotz intensiver Bemühungen die Versorgungsqualität von Patienten mit Migrationshintergrund noch unter dem Niveau von einheimischen deutschsprachigen Patienten liegt. Es gibt einen enormen Bedarf an weiteren Verbesserungen von Aufklärung und Versorgung dieser Patientengruppe sowie eine Sensibilisierung der Mitarbeiter für die besonderen Probleme der Migranten.

0622

Kultursensibilität und interkulturelle Kompetenz im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Klinik

Jaroslav Malevani (Heinrich-Heine-Universität, Klinik für Psychiatrie, Düsseldorf)

B. Janssen, W. Gaebel

Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund wird in Deutschland auf 15–20% geschätzt. Qualifizierungsmaßnahmen für die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der kultursensiblen Aspekte mit dem Ziel einer Chancengleichheit bei der Gesundheitsversorgung ist eine wichtige Aufgabe der psychiatrischen Kliniken. Am Beispiel der Rheinischen Kliniken Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, werden Maßnahmen zur Verbesserung des Therapieangebots für Migrantinnen und Migranten vorgestellt. Außer den Versorgungseckdaten werden konkrete Maßnahmen im Bereich der kulturkompetenten Diagnostik und Therapie, z.B. Bildung multikultureller Behandlungsteams, Einsatz von klinikinternen und externen Dolmetschern, Verbesserung mehrsprachiger Patienten- und Angehörigeninformationen sowie Kooperation mit externen Einrichtungen und sozialen Strukturen, dargestellt.

0623

Zwischenergebnisse der bundesweiten Befragung zur Inanspruchnahme stationärer psychiatrisch – psychotherapeutischer Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund

Meryam Schouler-Ocak (PUK Charité im SHK, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

E. Koch, N. Hartkamp, R. G. Siefen, I. Hauth, A. Heinz

Einleitung: Die AG „Psychiatrie und Migration“ hat Januar 2004 eine Pilotstudie zur Inanspruchnahme stationär psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung durch Patienten mit Migrationshintergrund in 12 Kliniken durchgeführt.

Methode: Die Befragung wurde mit einem eigens konstruierten Erhebungsbogen durchgeführt. Dieser umfasste zum einen abteilungs- und stationsbezogene Merkmale der befragten Einrichtung und zum anderen diagnostische, therapeutische, soziodemografische und sozialmedizinische Merkmale von Patienten mit Migrationshintergrund. Die Bögen wurden auf der Ebene der Stationsteams ausgefüllt.

Diskussion/Ergebnisse: Insgesamt waren 376 Patienten mit Migrationshintergrund mit einem prozentualen Anteil von 17,4% zum Zeitpunkt der Datenerhebung stationär. Der höchste Anteil befand sich in den befragten forensischen Abteilungen mit 27,2%. Die geringste Inanspruchnahme wies die Psychosomatik/Psychotherapie auf mit 4,5%. Im Rahmen der Stichtagserhebung Juli 2006 wurde die Befragung auf die bundesweite Ebene ausgeweitet. Im Beitrag sollen Zwischenergebnisse präsentiert und zur Diskussion gestellt werden.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 43

S-135 Symposium

Entwicklungsperspektiven der stationären und ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Vorsitz: M. Koehne (Neuss), M. Schmauß (Augsburg)

0657

Gibt es eine Alternative zum Bettenabbau? Das neue Versorgungskonzept des Rhein-Kreises Neuss (450.000 EW) nach Fusion zweier historisch gewachsener Versorgungspsychiatrien im Jahre 2005

Martin Koehne (St.-Alexius-St.-Josef KH, Psychiatrie und Psychotherapie, Neuss)

Einleitung: Am 01. Juli 2004 fusionierten in der Stadt Neuss zwei direkt benachbarte psychiatrische Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft, die zuvor etwa 150 Jahre die bestehende Pflichtversorgung (je ca. 220.000 Einwohner) sicherstellten, aber auch fachlich konkurrierten. Die fusionsbedingte Aufgabenstellung war es, eine adäquate fachliche Versorgung des nun gemeinsamen Pflichtversorgungsgebietes des Rhein-Kreises Neuss mit 450.000 Einwohnern aufzubauen.

Methode: Nach intensiver Marktanalyse und Prüfung verschiedener Versorgungsmodelle (Ambulantisierung versus Abteilungspsychiatrien versus psychiatrisches Großkrankenhaus) resultierte als Lösungskonzept 1. Einrichtung eines neuen psychiatrischen Zentralkrankenhauses 2. Schaffung einer zentralen Institutsambulanz und 3. Aufbau von fünf sogenannten „Psychiatrie-Clustern“ (Tagesklinik und PIA + optionale Angebote) in der Region. Die Größe des neu konzipierten Zentralkrankenhauses bietet mit ca. 320 stationären Behandlungsplätzen eine Funktionsgröße, die in Zusammenarbeit mit der Zentralen Ambulanz Möglichkeiten der fachlichen Spezialisierungen eröffnet. Die Versorgung der ländlichen Regionen des

Versorgungsgebietes ist durch das Modell der Psychiatrie-Cluster auf Facharzt-Niveau sichergestellt worden. Die Psychiatrie-Cluster sind räumlich an somatische Krankenhäuser der Region angegliedert. Sowohl die Zentrale Aufnahme wie auch die Psychiatrie-Cluster sind als Kompetenzzentren so konzipiert, dass optionale Erweiterungsmöglichkeiten (MVZ, SPZ, betreute Wohnformen, etc.) möglich und auch gewünscht sind.

Diskussion/Ergebnisse: Mit der gewählten Versorgungsstruktur ist ein auf die Region Neuss regional angepasstes, ökonomisch tragbares Modell entstanden, das historisch gewachsene Strukturen aufnimmt und in Kombination mit neueren Entwicklungsmöglichkeiten, die versorgungsstrukturell möglich sind, weiterentwickelt. Die entstehenden fünf Psychiatrie-Cluster sowie die zentralen Versorgungsmöglichkeiten mit Spezialisierung in Neuss bieten eine deutliche Verbesserung der fachpsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung in der Region.

0658

Die Versorgungsentwicklung im Rahmen des Regionalbudgets im Landkreis Itzehoe – Ausgangslage – aktuelle Entwicklung – Perspektiven

Arno Deister (Klinikum Itzehoe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein; Kreisstadt Itzehoe) wird seit 2003 ein Regionales Budget für den klinischen Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie als Modellprojekt erprobt. Dadurch ist es möglich, bei einem fest vereinbarten Budget die Behandlung weitgehend unabhängig von bestehenden Finanzierungsstrukturen an den individuellen Erfordernissen der einzelnen Patienten auszurichten und zwischen vollstationärer, teilstationärer sowie ambulanter Behandlung flexibel zu wechseln. Von diesem Modellprojekt wird eine grundlegende Veränderung der Versorgungssituation erwartet. Im bisherigen Verlauf hat sich gezeigt, dass die Bedingungen des Regionalen Budgets Anlass zu tief greifenden Veränderungen der Behandlungsstruktur geben. Insbesondere ist die Einrichtung von Behandlungsteams sinnvoll, die setting übergreifend tätig werden können. Aufnahme- und Entlassungsmanagement sind den veränderten Rahmenbedingungen angepasst worden. Die Zahl der vollstationären Behandlungsplätze hat sich um 16% reduziert, die tagesklinischen Kapazitäten haben sich fast verdoppelt. Etwa jeder fünfte Patient wird ausschließlich ambulant behandelt. Die durchschnittliche kumulierte jährliche Verweildauer ist um 20% zurück gegangen. Es hat sich bisher gezeigt, dass die Steuerungswirkung, die von einem Regionalen Budget ausgehen kann, die Versorgungsstruktur gravierend in Richtung einer stärker ambulant geprägten Behandlung verändern kann. Dabei werden gleichzeitig die für eine stationäre Behandlung schwerer psychischer Störungen notwendigen Ressourcen gesichert.

0659

Möglichkeiten und Perspektiven in der Entwicklung von psychiatrischen Fachkrankenhäusern unter den Bedingungen der zunehmenden Ökonomisierung

Iris Hauth (St. Joseph Krankenhaus, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser „müsse alle 10 Jahre neu diskutiert werden“ äußerte Finanzen 1994 nicht ohne Ironie. Die psychiatrischen Fachkliniken, bis zur Psychiatrie Enquete 1975 wohnortferne Großkrankenhäuser mit defizitärer personeller Ausstattung, vollzogen in den letzten 30 Jahren eine von der Psychiatriereform getragene Entwicklung. Enthospitalisierung, Dezentralisierung, Eröffnung von Tageskliniken und Institutsambulanzen sowie innere Differenzierung mit störungsspezifische Abteilungen. Aktuell stellen sich den Fachkliniken neue Problemfelder: Aushöhlung der PsychPV, Verkürzung der Verweildauern, steigende Patientenzahlen,

Budgetdeckelung bei gleichzeitiger Tarifierhöhung, Einschnitte durch die Gesundheitsreform, Unterversorgung im ambulanten Bereich, Privatisierung der Kliniken mit Shareholder-Value-Ansprüchen. Die größte Herausforderung für die Fachkliniken sind, den Konflikt zwischen den zunehmend begrenzten finanziellen Ressourcen und den Erhalt und die Weiterentwicklung eines guten fachlichen Standards als Herausforderung zu sehen und zu bewältigen. Neben der gemeindeintegrierten Pflichtversorgung als psychiatrische psychotherapeutische Grundversorgung entwickeln die Fachkliniken im Sinne der zweistufigen Versorgung überregional Schwerpunkangebote in störungsspezifischen Behandlungszentren mit stationärem, teilstationärem und ambulantem Angebot, die aufgrund ihrer Spezialisierung auch überregional aufnehmen. Der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen sowohl in die Entwicklung neuer Leistungen als auch im Qualitätsmanagement und in der Prävention hat im Rahmen der Empowermentbewegung begonnen. Aus Sicht der psychiatrischen Versorgungsforschung und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen sind flexible, ambulante, personenzentrierte Leistungen zu entwickeln, wie z.B. ambulante Pflege, ambulante Psychotherapie, Krisendienst, Hometreatment, psychiatrisch psychotherapeutisch ausgerichtete medizinische Versorgungszentren, Kooperationskliniken unter Einbezug der Niedergelassenen, akute Tagesklinik. Die integrierte Versorgung SGB V § 140 bietet Chancen zur ambulant-stationären, schnittstellenfreien, kontinuierlichen Behandlung. Die Fachkliniken bringen sich als Baustein in gemeindepsychiatrische Verbände ein. Die Diskussion um die Privatisierung der Kliniken läßt beim Vergleich der verschiedenen Trägerformen den Schluss zu, dass am wesentlichsten für die Entwicklung der Fachkliniken ein modernes Management ist, das Kundenorientierung, Marktveränderung, innovative Leistungsangebote, Personalmanagement, Optimierung von Prozessorganisationen und Qualitätsmanagement auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien umsetzt. Psychiatrische Fachkrankenhäuser sind und bleiben zukunftsfähig, wenn sie marktorientiert neben der gemeindeintegrierten Pflichtversorgung Spezialangebote, sowie ambulante, teilstationäre, flexible, patientenzentrierte, innovative medizinische Produkte entwickeln und die Chance erkennen, die sie aufgrund ihrer Größe haben, zu einem Dienstleistungs- und Kompetenzzentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu werden. Beispielhaft werden Entwicklungen innovativer Leistungsangebote sowie neue Management- und Prozessorganisationen dargestellt.

0660

Deinstitutionalisierung der Psychiatrie: Die Betten sind nicht weg – sie sind bei den anderen!

Bernd Eikermann (Städtisches Klinikum Karlsruhe, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen hat in der letzten Dekade erheblich zugenommen, am besten zu erkennen an der früher aus der Sicht der Patienten hoch problematischen Leistung „stationär psychiatrische Behandlung“. Im Jahr 2001 werden mehr als 800.000 Patienten stationär behandelt, das entspricht gegenüber 1980 etwa einer Verdoppelung. 100.000 Personen mit steigender Tendenz werden teilstationär behandelt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Besonderheit des deutschen Systems wird durch eine hohe Bettenmessziffer von mehr als einem Bett pro 1000 Einwohner dokumentiert, ferner durch die Redundanz aus stationärer Akutpsychiatrie, stationärer psychotherapeutischer Akutmedizin einerseits und stationärer psychiatrischer bzw. psychosomatischer Rehabilitation andererseits, während gleichzeitig ein gemeindenahes psychiatrisches Verbundsystem aus komplexen Einrichtungen und Diensten vorgehalten wird. Die Systeme sind unverbunden.

FW-010 Forschungsworkshop

Von der Forschung in die Versorgung: Zum Stellenwert neuropsychiatrischer Kompetenznetze

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), W. H. Oertel (Marburg)

0043

Deutsches Bündnis gegen Depression (KN Depression / Suizidalität)

Ulrich Hegerl (Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie)

0044

Leitlinienimplementierung und Qualitätssicherung in der fachärztlichen Versorgung (KN Schizophrenie)

Birgit Janssen (HHU Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Innerhalb der Gesamtheit psychiatrischer Erkrankungen kommt den schizophrenen Störungen eine wesentliche Bedeutung zu. Schizophrenie gilt als die teuerste psychische Erkrankung überhaupt. Die Versorgung von mehr als 60 Prozent der schizophren erkrankten Patienten wird durch den niedergelassenen Nervenarzt oder Psychiater gewährleistet. Hier ergibt sich die Möglichkeit, der systematischen Implementierung eines leitliniengestützten, fallbezogenen Qualitätsmanagements für die Schizophreniebehandlung in der ambulanten nervenärztlichen Versorgung. Bereits 1998 wurden von der DGPPN Leitlinien für die Behandlung schizophren erkrankter Patienten publiziert. Eine mögliche Methode der Leitlinienimplementierung stellen elektronische Decision-Support-Systeme (CDSS) dar, welche die ärztliche Entscheidungsfindung interaktiv unterstützen und systematisieren. Mit dem Schizophrenie-Modul liegt ein neues CDSS vor, das EDV-gestützte ärztliche Dokumentation und interaktive leitlinienbasierte Entscheidungsunterstützung in der ambulanten Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen vereint.

Methode: In einer Vergleichsstudie wurde in Kooperation mit drei Praxisnetzwerken (Düsseldorf, Freiburg, München) untersucht, ob ein auf dem Schizophrenie-Modul basierendes Qualitätsmanagement die Leitlinienkonformität der Behandlung und damit die Ergebnisqualität in der ambulanten Schizophreniebehandlung verbessern kann. Erwartet wurde, dass die Experimentalpraxen gegenüber den Kontrollpraxen (mit traditionellen Methoden der Qualitätssicherung bzw. ausschließlicher PC-Dokumentation) eine höhere Leitlinienkonformität sowie verbesserte Behandlungsergebnisse aufweisen.

Diskussion/Ergebnisse: Es zeigte sich, dass sowohl die Patientengruppe, deren Ärzte mit dem Schizophrenie-Modul gearbeitet hatten, als auch die Patientengruppe der an Qualitätszirkeln teilnehmenden Ärzte eine deutliche Verbesserung der schizophrenen Symptomatik aufwies. Dabei konnte in der CDSS-Gruppe ein erkennbar schnellerer Behandlungseffekt gemessen werden.

0045

Datenerhebung und Datenqualität an der Schnittstelle zwischen Versorgung und Forschung – auch ein Hard- und Software-Problem? (KN Parkinson)

Gisela Antony (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf)

0046

KN Demenzen: Beobachtung von Kohorten: Aufbau von Daten- und Biomaterialbanken. Nutzen für die Praxis

Oliver Peters (ZI für Seelische Gesundheit, Kompetenznetz Demenzen, Mannheim)

Das Kompetenznetz Demenzen (KNDem) hat binnen der letzten drei Jahre eine der weltweit größten Daten- und Biomaterialbanken auf-

gebaut. Das KNDem besteht aus drei Modulen: Während das erste Modul (E 1) der Verbesserung der Diagnostik und Früherkennung dient, werden im zweiten Modul (E 2) neue medikamentöse Therapiestrategien auf ihre Wirksamkeit geprüft. Das dritte Modul (E 3) hat sich die Verbesserung der Früherkennung in der hausärztlichen Praxis zum Ziel gesetzt. Gegenwärtig wird mit der Auswertung der in der Datenbank befindlichen Informationen in Kombination mit den gesammelten Biomaterialien begonnen. Der Workshop umreißt die etablierten Strukturen, stellt einzelne erste Ergebnisse und deren Nutzen für die Praxis vor.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-148 Symposium

Integrierte Versorgung aus der Sicht der Angehörigen psychisch kranker Menschen

Vorsitz: I. Hauth (Berlin), B. Lisofsky (Berlin)

0722

An der Integrierten Versorgung führt kein Weg vorbei

K.-Dieter Voß (Bundesverband BKK, Büro des Vorstandes, Essen)

Mit der Gesundheitsreform 2000 und dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) von 2003 waren politisch u.a. eine – stärkere Patientenorientierung – die Steigerung der Qualität der Patientenversorgung und die – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gewollt. Es sind erkennbar allesamt Ziele, die auch und gerade bei der Versorgung chronisch psychisch Kranker eine wesentliche Rolle spielen. Ein wichtiger Baustein ist hierbei die in diesen Gesetzen geregelte integrierte Versorgung. Mit der Reform von 2000 eingeführt, wurden mit dem GMG juristische und wirtschaftliche Hemmnisse, die viele Verträge verhindert haben, beseitigt. Zudem wurden finanzielle Anreize für ihre Förderung geschaffen: Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für die integrierte Versorgung nicht. Außerdem steht eine Anschubfinanzierung von knapp 700 Mio. Euro p. a. für die GKV zur Verfügung. Die in diesem Jahr endende Anschubfinanzierung soll mit Hilfe des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz, das noch nicht verabschiedet ist, um (mind.) 1 Jahr verlängert werden. Und es gibt Anreize für die Patienten. Neben einer durch Verzahnung besseren Versorgung können sie – in Abhängigkeit von der jeweiligen Kassensatzung – einen Bonus in unterschiedlicher Form oder gar eine Beitragsermäßigung erhalten. Die in der Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 15/1525) angesprochenen Ziele einer integrierten Versorgung, vor allem „die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen“ sind eine fast unverzichtbare Notwendigkeit gerade in der Versorgung psychisch Kranker. Mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren, Psychotherapeuten, Institutsambulanzen, Psychiatrischen Krankenhäusern, Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, Nachtkliniken, RPK's, Psycho-Somatischen Reha-Einrichtungen, Ergotherapeuten, soziotherapeutischen Leistungserbringern und psychiatrisch orientierten häuslichen Krankenpflegeangeboten ist eine Vielzahl von Institutionen und Berufsgruppen an der medizinischen Akut- und Langzeitversorgung betroffener Menschen beteiligt. Daneben spielen komplementäre Versorgungs- und Betreuungsangebote, deren aktives Tätigwerden häufig erst eine außerstationäre Behandlung ermöglicht und einen stationären Aufenthalt verhindert oder verkürzt, eine ganz wichtige, fast zentrale Rolle. Diese Vielfalt an Angeboten in der konkreten Versorgungssituation zu Gunsten Betroffener psychisch Erkrankter so zu bündeln

und wirksam werden zu lassen, dass eine auch in wechselnden Phasen der Erkrankung jederzeit flexible, bedarfsgerechte Versorgung mit der notwendigen Verbindlichkeit organisiert wird, ist zur Erreichung von Versorgungszielen unverzichtbar, zugleich aber bei vorhandenen Egoismen und Beharrungstendenzen eine Herausforderung. Hier bietet das neue Instrument der integrierten Versorgung nach Maßgabe der §§ 140 a ff SGB V eine hervorragende Möglichkeit, die medizinische Versorgung chronisch psychisch Kranker aus einem Guss und mit der notwendigen Verbindlichkeit über alle Phasen einer Erkrankung hinweg zu organisieren. Auch die Rehabilitation gehört dazu. Und nach den Eckpunkten der aktuell beabsichtigten Gesundheitsreform soll künftig sogar die Phase der Pflege mit einbezogen werden. Bisher sind in der GKV über 2000 integrierte Versorgungsverträge geschlossen oder als solche „deklariert“ worden. Sie beziehen sich fast ausschließlich auf die Versorgung somatisch Kranker, in extrem geringer Zahl auf psychisch Kranke. Verträge gibt es hier in Sonderheit für den Bereich der Betriebskrankenkassen. Abweichend von der Normalversorgung gibt es in der IV insbesondere eine unter allen Beteiligten abgestimmte gemeinsame Behandlungsphilosophie, strukturierte Prozesse bei Übergang der Behandlung, besondere Qualitätsanforderungen und eine konsequente Verfolgung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse. Das wird am bayerischen BKK-Modell der integrierten Versorgung, das auch bundesweit implementiert werden soll, exemplarisch verdeutlicht: – gezielte Förderung der Compliance, insbesondere durch Schulung der Patienten und Angehörigen (edukativer Ansatz) – Verbesserung der Überleitung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Verbund, u.a. durch qualifizierte Zweitmeinung vor Einleitung einer Krankenhausbehandlung und strukturierte Vorbereitung der Entlassung von Patienten in Abstimmung aller Beteiligten, auch und gerade mit dem nachbehandelnden Arzt – besondere Qualifikationsanforderungen der beteiligten Ärzte (u. a. Fortbildungspflichten); sie werden vertraglich gebunden und verpflichtet – Einverständnis-Erklärung der Patienten nach umfassender Information und Aufklärung; partieller Verzicht auf freie Arztwahl zu Gunsten der Behandlung im Netz der Integrierten Versorgung – Organisation (u.a. Abhaltung von Fallkonferenzen) und Evaluation des Netzverbundes durch die Psychiatrische Klinik der TU München – gemeinsame Anreize für Ärzte und Patienten: bessere Behandlungsergebnisse; für Ärzte höhere Vergütung, für Patienten eventuell zusätzlicher Bonus Das hier beschriebene Modell ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Es leistet das, was das Gesetz zulässt. Gerade aber im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen erscheint es notwendig, wenn Integrierte Versorgung auch die Bereiche Arbeit (BTZ, RPK, Werkstätten für Behinderte), Wohnen (Übergangswohnheime, betreutes Wohnen) und Freizeit (z.B. Tagesstätten) ausreichend berücksichtigt und mit der medizinischen Versorgung sinnvoll verknüpft. Hier müssten Schnittstellen zu anderen verpflichteten Leistungsträgern definiert und funktional geregelt werden. Und um die Nahtlosigkeit zu gewährleisten, wäre zudem ein leistungsbereichsübergreifendes Fallmanagement – ausgehend vom Kernbereich der medizinischen Versorgung – wünschenswert.

0723

Integrierte Versorgung – ein Wunschtraum der Familien wird Wirklichkeit?

Eva Straub (BAPK e.V., Bonn)

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-149 Symposium

European Psychiatry after 1989: What is new and what has remained?

Vorsitz: P. Falkai (Göttingen), F. Hohagen (Lübeck)

0724

Organization of the modern psychiatric services

Hristo Hinkov (National Center, Public Health Protection, Sofia)

The development of the psychiatry as a pragmatic system of actions to solve and deal with phenomena related with the psychic suffering in the Western world could be divided in two periods: institutionally-medical and humanitarian-pragmatic. The first one begins from 19 century with the notion of the psychiatric phenomena as medical problem and is connected with the establishment of the system of psychiatric asylums-hospitals. The last decade of 20th century is crucial for that period because of the revolution of the new pharmaceutical findings. This revolution had two-sided effect. On one hand it deepened the biological knowledge and related attitudes among the professionals. On the other hand, it created possibilities for new approaches in the provision of psychiatric services outside of the medical institutions. Development of the more and more precise psychotropic drugs paradoxically reinforced the grounds and arguments of the two emerging as confronting professional groups – those of biologically oriented and those of community oriented psychiatrists. Nevertheless, the recent development of the psychiatric systems of care shows, that such confrontation could be inverted into cooperation. There is a room for allying the efforts of different by its definitions services as pure social and pure medical for the benefit of the users and the society. The key question is what would be the right technology to be applied in order to achieve cost-effective services, continuity of care, comprehensive and community oriented approach. It seems to be not the classic client-provider relation, but rather team based services including all the actors concerned: GPs, social workers, educationalists, medical professionals etc. The result would be one integrated model, which includes as well biological (and linked with it standard medical service) and socio-rehabilitative efforts to get the psychiatric disordered back into the society.

0725

Veränderungen im Fachbereich Psychiatrie seit 1989 in Russland

Yury Savenko (The Indep. Psychiatr. Assoc., Moskau)

0726

Veränderungen im Fachbereich Psychiatrie seit 1989 in Polen

Janusz K. Rybakowski (Polish Psychiatric Association, Warschau)

0727

Veränderungen im Fachbereich Psychiatrie seit 1989 in Ungarn

Istvan Bitter (Simmelweis Univ. of Medicine, Psychiatry and Psychotherapy, Budapest)

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Salon 19

S-153 Symposium

Modelle der Integration stationär-ambulanter Behandlung

Vorsitz: B. Janssen (Düsseldorf), T. Becker (Günzburg)

0744

Optimierung der poststationären Versorgung schizophrener erkrankter Patienten durch leitlinienunterstützte ärztliche, psychoedukative und soziotherapeutische Maßnahmen – erste Ergebnisse

Simone Ludwig (Rheinische Kliniken Düsseldorf, Psychiatrie und Psychotherapie)

Fast jeder dritte schizophrene erkrankte Patient, der aus der stationären Behandlung entlassen wird, muss innerhalb der nächsten

12 Monate erneut aufgenommen werden. In einem Modellprojekt wurden die Auswirkungen einer stärkeren Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote überprüft. Ziel war die Senkung der Wiedereinweisungsrate. Methode In einer Längsschnittuntersuchung mit Kontrollgruppendesign wurde die im Rahmen des Modellprojekts betreute Patientengruppe im Vergleich zur Standardbehandlung u.a. hinsichtlich Wiederaufnahmerate, psychopathologischer Symptomatik (PANSS), des sozialen Funktionsniveaus (über GAF), Compliance, Lebensqualität (BELP) und Zufriedenheit (ZUF-8) untersucht. Die niedergelassenen Studienärzte der Interventionsgruppe dokumentierten computergestützt die Zielvariablen und erhielten über die Software Schizophrenie-Modul Leitlinienempfehlungen, die anhand der eingegebenen Patientendaten automatisch getriggert wurden. In individueller Zusammenstellung konnten daraufhin Interventionsmaßnahmen wie z.B. Psychoedukationsgruppen, Familientherapie, soziales Kompetenztraining und bei Bedarf Hausbesuche von einem interdisziplinären Team angeboten werden. Ergebnisse Patienten der Interventionsgruppe zeigten eine durchschnittlich deutlich geringere Wiedereinweisungsrate im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zudem zeigten sich positive Effekte auf Compliance, Zufriedenheit und Lebensqualität. Fazit: Eine leitliniengestützte ambulante Behandlung mit Bereitstellung eines breitgefächerten psychosozialen Interventionsangebotes kann zur Verringerung von Krankenhausaufenthalten beitragen.

0745

Die Verknüpfung von drei Leistungssektoren im Harburger Modell der integrierten Versorgung Depression

Hans-Peter Unger (Asklepios Klinik Harburg, Psychiatrische Abteilung, Hamburg)

Die DAK hat am 01.05.2005 mit dem Hausarztkreis Harburg Süderelbe e.V., niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie der LBK Hamburg GmbH einen Vertrag zur integrierten Versorgung von Patienten mit Depressionen geschlossen. Nach Vorstellung der einzelnen Depressionsmodule und der Behandlungspfade soll über die bisherigen Erfahrungen berichtet werden. 30 Haus- und 10 Fachärzte beteiligen sich im Bezirk Harburg. Einige sind sehr engagiert, andere aufgrund des organisatorischen Aufwandes zurückhaltend. Es hat sich gezeigt, dass die Schnittstellen zwischen den drei Leistungssektoren neue Wege der Kommunikation und Organisation erfordern. Dieses gilt besonders für die ambulante Komplexbehandlung im Krankenhaus (Modul 2), die parallel zur haus- oder fachärztlichen Behandlung ambulant in der Klinik an fünf Tagen in der Woche stattfindet. Dieses Behandlungsmodul ist auf zwei Monate begrenzt und besteht aus Gruppenpsychotherapie (IPT), Psychoedukation sowie Selbstachtsamkeitstraining mit Yoga und Körpertherapie. Die bisherigen Erfahrungen mit dieser neuen Behandlungsleistung sowie therapeutische Konsequenzen werden ausführlich dargestellt. Abschließend sollen die Schwierigkeiten, aber auch Vorteile integrierter Versorgung bezogen auf die drei Leistungssektoren diskutiert werden.

0746

Integrierte Versorgung depressiver und schizophrener Patienten: Das „Münchener Modell“

Werner Kissling (TU München, Psychiatrische Klinik)

Seit dem 1.1.2004 können Kliniken und Niedergelassene zusätzlich zu ihren jetzigen Budgets eine Anschubfinanzierung nach § 140 SGB V beantragen, um innovative Versorgungsmodelle an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren zu finanzieren. Obwohl viele der chronisch rezidivierenden

psychiatrischen Erkrankungen für solche sektorübergreifenden Versorgungsformen geradezu prädestiniert sind, hat die Psychiatrie die Chancen, die der § 140 bietet, bisher so gut wie nicht genutzt. Von den für psychiatrische Modellvorhaben anteilmäßig zur Verfügung stehenden ca. 210 Millionen € sind bisher gerade mal ca. 11 Millionen € beantragt und bewilligt worden. D.h., 95% (!) des uns zustehenden Geldes wurden nicht abgerufen und drohen zu verfallen oder für andere Indikationen ausgegeben zu werden. Dies ist – über den finanziellen Verlust hinaus – auch versorgungspolitisch fatal. Denn nach Abschluss der Modellphase (voraussichtlich Ende 2007) werden die Krankenkassen eine Auswertung aller Modellprojekte der verschiedenen Fachrichtungen vornehmen und werden die erfolgreichen Projekte dann im Rahmen der Regelversorgung weiterfinanzieren. Wenn die Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt aber keine erfolgreichen Modellprojekte vorzuweisen hat, dann werden auch keine neuen psychiatrischen Versorgungsformen im Rahmen der Regelversorgung finanziert werden. Die Versäumnisse werden also für unser Fach langfristige negative Folgen für die Ressourcenverteilung und damit für die Versorgungsqualität psychiatrischer Patienten haben. In dem Referat werden die Gründe für diese Versäumnisse analysiert und Möglichkeiten aufgezeigt, wie man doch noch rasch zu einem psychiatrischen IV Vertrag kommen kann. Da die Zeit für eine Antragstellung knapper wird, entscheiden sich Leistungserbringer zunehmend dafür, einem bereits laufenden IV Vertrag beizutreten und ihn nötigenfalls lokal zu modifizieren. Wie ein solches beschleunigtes Antragsverfahren aussehen könnte, wird an einem konkreten Beispiel („Münchener Modell“) dargestellt. Vor dem Hintergrund dieses bereits seit 18 Monaten erfolgreich laufenden Versorgungsvertrags für schizophrene und depressive Patienten wird über die praktischen Erfahrungen bei der Implementierung eines integrierten psychiatrischen Versorgungsmodells berichtet. Dabei kommen die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung ebenso zur Sprache wie mögliche Hindernisse und praktische Probleme. Abschließend werden die Auswirkungen des Versorgungsmodells auf Behandlungsergebnisse und Kosten vorgestellt und diskutiert.

0747

Bedarfsorientierte Planung und Monitoring der Entlassung aus dem Krankenhaus für Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung: Hintergrund und erste Ergebnisse der „NOD-PAM“-Studie

Bernd Puschner (Universität Ulm, Psychiatrie II, Günzburg)

H. Freyberger, W. Gaebel, H. E. Klein, T. Steinert, R. Muche, T. Becker

Einleitung: Es ist davon auszugehen, dass eine hohe Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgungsleistungen durch gezielte Maßnahmen während der kritischen Zeit des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung reduziert werden kann.

Methode: Seit Januar 2006 (Rekrutierungsbeginn April 06) wird eine DFG-geförderte multizentrische klinische Studie durchgeführt. Patienten in der Interventionsgruppe wird eine manualisierte Intervention bestehend aus bedarfsorientierter Entlassplanung und Monitoring angeboten. In der ersten Sitzung (zum Zeitpunkt der Entlassung) wird ein bedarfsorientierter Entlassungsplan erstellt, der dann dem Nachbehandler zugeht. Die zweite Sitzung (drei Monate nach der Entlassung) dient dazu, die Umsetzung des Entlassungsplanes in Zusammenarbeit mit dem Nachbehandler zu evaluieren. Einschlusskriterien sind Erwachsenenalter, das Vorliegen einer Hauptdiagnose F2 oder F3, sowie eine definierte hohe Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung. Es werden folgende Hypthesen überprüft: a) Die Intervention führt zu einer signifikanten Reduktion der Anzahl und Dauer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte; b) Die Intervention trägt zu höherer Lebensqualität und besserem klinischen Ergebnissen bei

und zeigt Kosten-Effektivität und Kosten-Nutzen.

Diskussion/Ergebnisse: Bis November 2006 werden ca. 300 Patienten in die Studie aufgenommen worden sein. Es werden Stichprobenmerkmale sowie symptomatische Beeinträchtigung, Bedarfe, Lebensqualität und therapeutische Arbeitsbeziehung zu To (Entlassung) dargestellt. Weiterhin wird über erste Erfahrungen bei der Durchführung der Intervention (Kooperation mit niedergelassenen Fach- und Hausärzten) berichtet. Unter der Voraussetzung, dass der Wirksamkeitsnachweis der Intervention erbracht wird, kann diese Studie zu einer Stärkung der Integration von Gesundheitsleistungen für psychisch kranke Menschen in Deutschland beitragen.

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 07

HS-021 Hauptsymposium

Integrierte Versorgungsmodelle psychischer Erkrankungen

Vorsitz: M. Berger (Freiburg), I. Hauth (Berlin)

0068

Neue Versorgungsformen und das Konzept Managed Care

Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e.V., Epidemiologie, Sozialmedizin, Hannover)

0069

So gehen Krankenkassen bei der Integrierten Versorgung vor

Nikolaus Schmitt (BEK, Integrierte Versorgung, Wuppertal)

Integrierte Versorgung hat zum Ziel, den Behandlungsprozess des Patienten sektorenübergreifend zu optimieren. Dabei sollen insbesondere die u.a. durch unterschiedliche Vergütungssystematiken belasteten Schnittstellen zwischen den ambulanten und der stationären Versorgung verbessert werden. Bei der kassenindividuellen Entscheidung für einen Vertrag zur Integrierten Versorgung werden neben den formalen Kriterien (z.B. die Beteiligung zugelassener Leistungserbringer aus mehreren Sektoren sowie die Abdeckung des Versorgungsauftrages der Integrierten Versorgung durch die Zulassung der beteiligten Leistungserbringer) zwei gleichermaßen wichtige strategische Fragen gestellt: 1. Führt die Integrierte Versorgung zu einer Versorgungsverbesserung für den Patienten gegenüber der Regelversorgung? 2. Ist die Integrierte Versorgung gegenüber der Regelversorgung zumindest mittelfristig wirtschaftlich? Viele Verträge in der Integrierten Versorgung zeigen, dass die Erhöhung der Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit keinen Widerspruch darstellen. So gehen zumeist mit abgestimmten Behandlungsprozessen eine höhere Patientenzufriedenheit und Ergebnisqualität sowie Aufwandsminderungen in den Behandlungsprozessen einher. Diese Fragen können und müssen auch bei einer Integrierten Versorgung für psychisch Erkrankte positiv beantwortet werden. Nikolaus Schmitt

0070

Zukunftswerkstatt des Gesundheitswesens – Integrierte Versorgung

Thomas-F. Gardain (Klinikum Saarbrücken)

0071

Integrierte Versorgung aus politischer Sicht

Franz Knieps (BMG, Kranken-/Pflegeversicherungen, Berlin)

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Dachgarten

HS-022 Hauptsymposium

Gibt es Primärprävention psychischer Erkrankungen?

Vorsitz: J. Siegrist (Düsseldorf), W. Maier (Bonn)

0072

Primärprävention im Spannungsfeld zwischen Medizin und Gesellschaftspolitik

Johannes Siegrist (Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Soziologie, Düsseldorf)

Mit der Stagnation des geplanten Präventionsgesetzes hat sich der Stellenwert primärpräventiver Maßnahmen in der deutschen Gesundheitspolitik weiter verringert. Dies wird von manchen begrüßt, sehen sie doch in der Ausweitung der primären Prävention vornehmlich die Gefahr einer fortschreitenden Medikalisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen bzw. eine verstärkte soziale Kontrolle von Grenzbereichen gesellschaftlicher Normalität durch die Ärzteschaft. Befürchtet wird ebenfalls, dass in größerem Umfang Indikationen zur Pharmakotherapie bei fraglichen Kosten-Nutzenverhältnissen gestellt sowie soziale Stigmatisierungen bei falsch-positiven Personen geschaffen werden. Es gibt gute Gründe, diese Befürchtungen ernst zu nehmen. Auf der anderen Seite steht das Leid von Menschen mit nicht oder nicht angemessenen bzw. nicht rechtzeitig behandelten psychischen Störungen oder, in der Sprache von Public Health, das Problem einer begrenzten Inzidenzsenkung psychiatrischer Morbidität und Ko-Morbidität sowie der dadurch fortbestehenden hohen direkten und indirekten Kosten im Gesundheitswesen. Im Vortrag wird das Pro und Contra einer medizinnahen primären Prävention bei Hochrisikogruppen (einschließlich der ‚indizierten Prävention‘) diskutiert, und es werden Chancen und Grenzen gesellschaftspolitischer Präventionsmaßnahmen in zwei Bereichen erörtert: Erstens der Optimierung prä-, peri- und postnataler Entwicklungschancen guter Gesundheit und zweitens der Verringerung psychischer Morbidität und Ko-Morbidität im Erwerbsleben durch theoriebasierte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Beide gesellschaftspolitischen Handlungsfelder werden in den größeren Kontext einer wachsenden sozialen Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften (einschließlich Deutschlands) gestellt.

0073

Indizierte Prävention bei Psychosen: Ist Frühintervention erfolgreich?

Joachim Klosterkötter (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Als in den 90er Jahren der Amerikanische Kongress dem „Institut of Medicine“ in Washington den Auftrag erteilte, Empfehlungen für die Prävention psychischer Störungen auszuarbeiten, wurde im ersten Schritt ein neuer begrifflicher Ordnungsrahmen erstellt. Darin findet man den in seiner klassischen Definition aus den 50er Jahren alleine auf chronische Körperkrankheiten bezogene Präventionsbegriff auf die eigentliche Bedeutung des Vorbeugens oder Verhütens, also die Reduktion der Neuerkrankungsrate zurückgeführt. Strategien mit dieser strengen Zielsetzung können sich universal auf die Allgemeinbevölkerung, selektiv auf Risikogruppen oder im Sinne einer indizierten Prävention auch auf solche Personen beziehen, die schon erste Symptome, jedoch noch keine diagnostizierbare psychische Störung bieten. **Methode:** Der Beitrag präsentiert zunächst den in der BRD noch zu wenig beachteten Ansatz der indizierten Primärprävention und konkretisiert dann das damit Gemeinte am Beispiel der Frühinterventionsprogramme, die in Australien und Nordamerika sowie in der BRD und der EU für Psychosen entwickelt wurden. Im Mittelpunkt der

Darstellung stehen die in den letzten Jahren erarbeiteten Kriteriensätze für psychoseferne und psychosnahe Stadien des initialen Prodroms sowie die Methoden und die jeweiligen Ergebnisse der inzwischen fünf sich auf diese Kriterien stützenden Studien zur indizierten Prävention erster psychotischer Episoden.

Diskussion/Ergebnisse: Die kritische Übersicht zeigt, das sich sowohl mit kognitiver Verhaltenstherapie als auch mit atypischen Antipsychotika wie Risperidon, Olanzapin und Amisulprid erfolgreiche Frühinterventionen bei Hochrisikopersonen in psychosnahen Prodromen durchführen ließen. In unterschiedlichem Ausmaß konnten bestehende Prodromalsymptome gebessert, sich entwickelnde soziale Behinderungen vermindert und drohende erste psychotische Episoden verhindert oder doch verzögert werden. Auch der erstmalige Versuch, mit einem neu erarbeiteten psychologischen Programm schon in psychosfernen Prodromen zu intervenieren und die Entwicklung der Psychose bereits vor dem Auftreten stärkerer Defizite abzufangen, erwies sich als erfolgreich. Bei allen Limitationen und Vorläufigkeiten zeichnet sich damit für diesen Präventionsansatz ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis ab.

0074

Indizierte Prävention bei Demenzen: Ist Frühintervention erfolgreich?

Johannes Kornhuber (Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Dachgarten

S-163 Symposium

BADO (DGPM-Symposium)

Vorsitz: T. Loew (Regensburg), M. Linden (Teltow / Berlin)

0789

DGPPN-BADO – Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der „Psycho-Fächer“

Hermann Spießl (Universitätsklinik Regensburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die psychiatrische Basisdokumentation (DGPPN-BADO) wurde 1995 von Cording, Gaebel und Mitarbeitern als bundeseinheitliches Instrument zur Qualitätssicherung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken eingeführt.

Methode: Unter Berücksichtigung ihrer Limitationen und bei adäquater Methodik in der Auswertung stellt sie ein nachgewiesenermaßen wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und der Versorgungsforschung dar.

Diskussion/Ergebnisse: Zahlreiche Evaluationen mit z.T. sehr hohen Fallzahlen erbrachten plausible und klinisch relevante Daten, zeigten bei einigen Variablen aber auch Defizite auf. Für die notwendige Überarbeitung der DGPPN-BADO und ihrer Verknüpfung mit anderen Basisdokumentationen innerhalb der „Psycho-Fächer“ (PsyBADO, C-L-BADO, AmBADO, BADO-K) ist wesentlich, wie valide und reliabel die Daten sind und welche Struktur-, Prozess- und Ergebnisvariablen nutzbringend analysiert werden können. Für die Weiterentwicklung des Instrumentes sind neben den Ergebnissen der bisherigen Evaluationen auch Missing-Data-Analysen, der Variablen-Vergleich mit anderen BADOs, Forderungen an Qualitätsberichte, Anforderungen eines KIS und schließlich die „Nutzerperspektive“ zu berücksichtigen. Die Weiterentwicklung der DGPPN-BADO sollte im Sinne eines neuen Paradigmas psychiatrischer Qualitätssicherung erfolgen, das neben den institutionenzentrierten Auswertungen auch personenzen-

trierte Evaluationen des Langzeit-Outcomes vorsieht und damit den Interessen der Betroffenen wie auch der gesamtgesellschaftlichen Perspektive besser gerecht wird.

0790

Die multizentrische Basisdokumentation CL-BaDo für den Konsiliar- und Liaisondienst

Barbara Stein (Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychosomatik)

Einleitung: Die ökonomische Absicherung psychosomatischer/ psychiatrischer Konsiliar- /Liaisondienste ist im Fallpauschalensystem G-DRG nicht gesichert. Die genaue Dokumentation der psychischen Komorbidität und der CL-Leistungen ist eine Voraussetzung, um Finanzierungsmodelle für CL-Dienste zu entwickeln.

Methode: Eine Arbeitsgruppe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften in Deutschland (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie) hat in einem mehrstufigen Prozess eine Basisdokumentation für den CL-Dienst (CL-BaDo) entwickelt. Die 30 Items umfassende CL-BaDo erfasst Patienten- und CL-Leistungsdaten. EDV-gestützte Dateneingabe- und Auswertungsroutinen wurden entwickelt und beispielhaft in einem CL-Zentrum in das Klinikinformationssystem integriert. Untersucht wird die multizentrische Implementierung der CL-BaDo sowie ihre Nutzungsmöglichkeiten für Qualitätsmanagement, Kostenkalkulation und Organisationsentwicklung.

Diskussion/Ergebnisse: Nach der mehrmonatigen Entwicklungs- und Pilotphase in psychosomatischen und psychiatrischen CL-Diensten in Deutschland und Österreich wird die überarbeitete CL-BaDo-2005 seit 2005 in mehr als 20 Konsiliar-/Liaisondiensten eingesetzt. Die Items sind mit Hilfe des Manuals leicht verständlich und rasch auszufüllen und die CL-BaDo wird von den Konsilmitarbeitern gut akzeptiert. Die Auswertung der CL-Versorgungsdaten ist lokal auf Zentrumssebene möglich, sowie in Zentrumsübergreifender gepoolter Form für gesundheitspolitische Fragestellung. In der Pilotphase wurden 2116 CL-Episoden von 8 CL-Diensten ausgewertet. Aktualisierte Daten von 2005 der multizentrischen Verbundstudie werden präsentiert. Diskussion: Die CL-BaDo ist ein zeitökonomisches, klinisch praktikables und akzeptables Instrument zur Dokumentation von CL-Leistungen. Eine vollständig EDV-gestützte Version ermöglicht die Vernetzung mit den Klinikinformationssystemen und führt zu verbesserter Datenqualität. Mit Hilfe der CL-BaDo können Daten einerseits lokal für das interne Qualitätsmanagement und für die Kommunikation mit den zuzuweisenden Abteilungen und andererseits multizentrisch für versorgungspolitische Fragestellungen und wissenschaftliche Projekte gewonnen werden.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 02.3

S-165 Symposium

Methodik klinischer Studien bei Demenz und Depression: Design und Bewertung

Vorsitz: S. Weinmann (Günzburg), C. Barbui (Verona)

0796

Nutzenbewertung von Antidementiva bei Alzheimer-Demenz aus Sicht des IQWiG

Stefan Lange (IQWiG, Köln)

Die Bewertung des Nutzens medizinischer Interventionen geht über die reine Wirksamkeitsprüfung hinaus, da (a) Kriterien zur Überprüfung

des Nutzens häufig unmittelbarer den Aspekt der Patientenrelevanz berühren, (b) bei bewiesener Wirksamkeit besonders „Head-to-head-Vergleiche“ eine zunehmend bedeutende Rolle spielen und (c) die Nutzenbewertung zumeist dem Prinzip einer systematischen Übersicht folgt. Aus (a) ergibt sich das Erfordernis der Definition von so genannten „patientenrelevanten Endpunkten“. Unter patientenrelevanten Endpunkten sollen diejenigen beabsichtigten und unbeabsichtigten Effekte von Interventionen verstanden werden, die für Patienten unmittelbar spür- bzw. erlebbar sind. Diese Effekte können krankheits- und behandlungsbedingte Beeinflussungen bzw. Veränderungen insbesondere folgender Zielgrößen beinhalten: (i) (krankheitsspezifische) Mortalität bzw. Lebenserwartung, (ii) Beschwerden und Komplikationen und (iii) gesundheitsbezogene Lebensqualität. Surrogatendpunkte können in der Regel nicht als Beleg für den Nutzen einer Intervention herangezogen werden, es sei denn, es sind eindeutige Belege aus Interventionsstudien für einen konsistenten und gleichgerichteten Zusammenhang zwischen der Änderung des Surrogats und der Änderung des patientenrelevanten Endpunkts vorhanden. Im Hinblick auf die Nutzenbewertung von Antidementiva zur Behandlung der Alzheimer-Demenz wurden prospektiv solche patientenrelevanten Zielgrößen definiert und in einem Berichtsplan veröffentlicht, der daneben noch weitere Schritte des Vorgehens enthält (<http://www.iqwig.de/index.403.html>). Zur Nutzenbewertung gehören neben der Identifikation von Studien, die in einem interpretierbaren Design die Effekte auf patientenrelevante Zielgrößen untersucht haben, die Bewertung der jeweiligen Studien- und Berichtsqualität sowie die quantitative Einordnung von beobachteten Effekten. Beide bilden die Grundlage zur Darstellung der Ergebnissicherheit. Diese wiederum erlaubt Aussagen darüber, ob für einen bestimmten patientenrelevanten Endpunkt der Nutzen belegt ist, oder ob es Hinweise auf einen Nutzen gibt. In gleicher Weise kann das Schadenspotential dargestellt und daraus eine Nutzen-Schaden-Relation abgeleitet werden. Das IQWiG wird in Kürze den ersten Vorbericht zur Nutzenbewertung von Antidementiva veröffentlichen. Dieser Vorbericht dient dem wissenschaftlichen Dialog mit allen Interessierten und Betroffenen, dessen Ergebnis zusammen mit dem Vorbericht Grundlage des Abschlussberichts sein wird.

0797

Methodological problems in assessing the efficacy and effectiveness of antidepressants

Corrado Barbui (Università di Verona, Medicina e Sanità Pubblica)

Einleitung: In the field of antidepressants (ADs) discrepancies between treatment recommendations and everyday clinical practice have frequently been highlighted. These refer to the use of ADs, which is only partially consistent with indications derived from randomised controlled trials (RCTs) and systematic reviews, and to the effect of ADs, in terms of beneficial and adverse outcomes, which is in too many cases quite different from that measured in experimental conditions. Although the reasons of these discrepancies are only partially known, one crucial issue is that the evidence that should guide physicians is not optimal. Several methodological shortcomings bias the results of RCTs. In AD RCTs, sample sizes are inadequate, and systematic reviews, though including data from hundreds of studies, rarely reach overall sample sizes comparable to that of single RCTs conducted in other field of medicine, say for example cardiology. Secondly, patients are highly selected, shortly followed, and assessed with rather sophisticated outcome parameters, rarely adopted in clinical practice.

Methode: As a consequence of these limitations, in order to reduce heterogeneity and provide unbiased treatment estimates, systematic reviews need to take quality into consideration when pooling data. In the field of re-analyses of data extracted from AD RCTs, however, quality remains an elusive concept. It is unclear whether a relationship exists between quality measures and treatment estimates and, additionally, it is unclear whether different quality measures provide different estimates of treatment efficacy. An ongoing Cochrane review concerned with fluoxetine

included published clinical trials comparing fluoxetine to other ADs, and offered an opportunity for investigating whether RCT quality, assessed by either validated rating scales or individual components, influences treatment estimates. The main results of this analysis, which included a total of 39 RCTs in the efficacy and 74 in the tolerability analysis, suggested absence of correlation between the methodological quality of reports of RCTs and treatment estimates of efficacy and tolerability. Subgroup analyses of high-quality trials provided treatment estimates that did not materially change from overall estimates. This finding was further confirmed by a meta-regression analysis.

Diskussion/Ergebnisse: It seems therefore that, although quality remains a central issue, current quality measures are not related with treatment estimates in AD trials, and may not be useful weighting tools when meta-analyses of data extracted from AD RCTs are carried out. These results will be discussed taking into account the existing literature collected in other fields of medicine and considering the need of developing innovative quality measures.

0798

Wirksamkeitsbewertung von Antidementiva: Probleme und klinische Relevanz von randomisierten Studien o.ä.

Lutz Frölich (ZI für Seelische Gesundheit, Gerontopsychiatrie, Mannheim)

0799

Beurteilung der Wirksamkeit von Behandlungsverfahren bei der Depression – Vorgehen und Erfahrungen aus dem Entwicklungsprozess der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression

Martin Härter (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Depressive Störungen zählen mit einer Lebenszeitprävalenz von 16–20%, einer hohen Rezidiv- und Chronizitätsneigung und einer hohen Beeinträchtigung der Lebensqualität von Betroffenen zu den epidemiologisch und gesundheitspolitisch relevantesten Erkrankungen überhaupt. Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien sollen Hilfestellungen bei der Indikationsstellung und prognostischen Beurteilung einer Therapiemethode geben. Zurzeit koordiniert die DGPPN die Erstellung der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der unipolaren depressiven Störung. Gleichzeitig soll dieser Entwicklungsprozess Grundlage der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression sein, die vom Ärztlichen Zentrum in der Medizin (ÄZQ) koordiniert wird. Bei der Entwicklung der Behandlungsempfehlungen werden bestehende evidenzbasierte Leitlinien über Synopsen inhaltlich zusammengeführt. Dem liegt auch eine Beurteilung der verfügbaren, in den Leitlinien abgebildeten Evidenz zugrunde. Zentrale Quelleitlinie ist die Guideline des National Institute for Clinical Excellence (NICE / Großbritannien). Im Vortrag wird die Methodik der Leitlinienerstellung dargestellt: Leitend sind hierbei u.a. forschungsmethodische Fragen, die „Kreuzvalidierung“ der in den Leitlinien gegebenen Empfehlungen durch andere Leitlinien sowie durch systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen und die Konsentierung der daraus abgeleiteten Empfehlungen durch Experten aus 31 Berufsgesellschaften und Fachgruppen.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 1

S-168 Symposium

Erste Ergebnisse Integrierter Versorgung nach § 140a ff im Rahmen ambulanter Komplexleistungsprogramme in einer ländlichen Region und einem Stadtteil einer Großstadt

Vorsitz: M. Walle (Hemmoor), W. Machleidt (Hannover)

0810

Optimierung der wohnortnahen Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker durch die Integrierte Psychiatrische Versorgung am Ostebogen in Hemmoor durch Aktivierung von Qualitätsreserven Matthias Walle (Hemmoor)

Einleitung: An der Versorgung schwer psychisch Kranker sind zahlreiche Behandlungsmodule beteiligt. Aufgrund der schwierigen ambulanten Versorgungssituation bedingt durch die engen Budgets auf mehreren Versorgungsebenen konnten bislang schwer und chronisch psychisch Kranke nur unzureichend ambulant behandelt werden. Daneben fehlten die in der Klinik üblichen ergänzenden Behandlungselemente, hier insbesondere die psychiatrische Fachpflege und die Soziotherapie. Die bereits von der Psychiatrie-Enquete 1975 gemachte Forderung „ambulant vor stationär“ konnte so nicht umgesetzt werden, fehlte es doch an tragfähigen ambulanten Strukturen, welche diese Maxime umsetzten.

Methode: Im Rahmen der Verträge zur Integrierten Psychiatrischen Versorgung am Ostebogen in Hemmoor wurden für unterschiedliche Patientengruppen Eingangskriterien in die Integrierte Versorgung definiert. Dazu wurden international übliche Skalen genutzt, um den Schweregrad der jeweiligen Störung zu quantifizieren (PANSS, MADRS, YMRS, MMST, Behave-AD, GDS-s, SCL-27, GAF und CGI). Die Verlaufsbeobachtungen wurden durch eine quartalsweise Erhebung dieser Skalen gewährleistet. Daneben wurden die soziodemographischen Grunddaten erhoben und der Ressourcenverbrauch patientenbezogen im Verlauf dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand der vorliegenden Daten über einen Zeitraum von nunmehr zwei Jahren konnte gezeigt werden, dass durch ein ambulantes Komplexleistungssystem mit im Zentrum stehender Sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxis auch eine Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker gelingt, selbst wenn diese rasch wiederkehrend akut erkranken. Auch wurde deutlich, dass hierfür trotz deutlich intensiverer ambulanter Leistungsmaßnahmen kein erhöhter Gesamtressourcenverbrauch notwendig ist. Dies gelang im wesentlichen durch eine deutliche Reduktion der Hospitalisierungsrate und durch die Implementierung einer zentralen Koordinierungsstelle in der Sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxis. Es deuten sich zudem insbesondere für den Bereich der schizophrenen Störungen geringere Wiedererkrankungsraten an, wahrscheinlich durch die Effekte des Bezugstherapeutesystems und des Krisendienstes. Insgesamt gelang der Nachweis, dass ohne höheren finanziellen Ressourcenverbrauch die Qualität und Effizienz der Versorgung von schwer und chronisch psychisch Kranken innerhalb einer definierten Region durch Installation eines Integrierten Versorgungssystems mit im Zentrum stehender Schwerpunktpraxis verbessert werden kann.

0811

Integrierte gerontopsychiatrische Versorgung in einem Stadtteil einer Großstadt

Matthias Hamann-Roth (Praxis für Neurologie, Hannover)

Seit dem Jahr 2000 wurden in Hannover im Rahmen eines im wesentlichen von der Bundesregierung aus Mitteln der Pflegeversicherung geförderten Projektes drei Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren (AGZ) in Trägerschaft großer gemeinnütziger Träger der Altenhilfe aufgebaut und im Verlauf auch gerontopsychiatrische Pflegemöglichkeiten eröffnet. Ziel war die bessere Versorgung schwer gerontopsychiatrisch Erkrankter, denen die Möglichkeiten der Nutzung ambulanter Leistungen krankheitsbedingt nur deutlich eingeschränkt zur Verfügung stehen. Im Bereich eines der AGZ kam es zu einer schrittweise enger werdenden Kooperation mit der Praxis des niedergelassenen Referenten; Mittel der Kooperation sind zuerst gemeinsame Hausbesuche, regelmäßige Dienstbesprechungen, Fallkonferenzen und gemeinsame Fortbildungen. Den Patienten konnte so ein umfassendes Casemanagement, eine gerontopsychiatrische Fachpflege (ab 2002) und die

Möglichkeiten einer störungsadäquaten fachärztlichen Behandlung in Kooperation mit der hausärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Seit dem 1.4.2005 wurde das Modell im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen mit verschiedenen Kostenträgern in die Standardversorgung übernommen.

0812

Aktivierung von Qualitätsreserven durch integrierte Versorgung

Gerhard Holler (Medizin, Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrie)

Einleitung: Die integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V entsprechend dem Niedersächsischen Programm bedeutet eine Verlagerung komplexer Behandlungsprogramme, wie sie bislang als klinische Versorgungselemente angeboten werden, in den ambulanten Bereich. Dieses ist möglich durch Vertragsabschlüsse zwischen Sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen und der AOK, der BKK und der DAK sowie der Barmer Ersatzkasse. In dieser Position als Sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis haben die niedergelassenen Vertragspraxen die Pflicht, schwer und dauerhaft psychisch erkrankte Menschen, in enger Kooperation mit psychiatrischen Fachpflegekräften zu behandeln, einen Qualitätszirkel mit Hausärzten und wo-möglich auch Klinikärzten zu etablieren und eine enge Einbindung der integrierten Versorgung in den kommunalen Sozialpsychiatrischen Verbund nach NPsychKG sicherzustellen. Hiermit verbindet sich die Erwartung, dass für schwer und dauerhaft psychisch erkrankte Menschen Klinikweisungen vermieden bzw. sogar ersetzt wird. Mittlerweile haben über 20 Facharztpraxen solche Verträge abgeschlossen. Direktverträge mit psychiatrischen Versorgungskliniken sind bislang in Niedersachsen nicht erfolgt.

Methode: Nachdem nunmehr Erfahrungen von annähernd zwei Jahren vorliegen und somit die Orientierungsphase als abgeschlossen gelten kann, lassen sich anhand einer umfassenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation der Entwicklungen in Beispielregionen Aussagen darüber treffen: · wie die Vertragspraxen ihre Leitstellenfunktion wahrnehmen; · welche Folgen die Integration psychiatrischer Fachkrankenpflege in das ärztliche Behandlungsprogramm hatte; · wie die Kooperation und Vernetzung mit den relevanten Leistungsanbietern in den Bezugsregionen gelungen ist; · in welchem Umfang bislang klinisch versorgte Patienten in ambulante Komplexleistungsprogramme integriert werden können; · in welchem Umfang leitlinienorientierte Behandlungspfade als ambulante Komplexleistungsprogramme realisiert werden können?

Diskussion/Ergebnisse: Die inzwischen vorliegenden Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung lassen es zu, die durch integrierte Versorgungsprogramme erweiterten Leistungsprogramme der Vertragsärzte detailliert nach Leistungskomplexen zu spezifizieren, ebenso wie die für die integrierte Versorgung prototypischen Leistungsprogramme psychiatrischer Fachkrankenpflege. Des Weiteren sind Aussagen zu den Kooperationsstandards der Vertragspraxen mit der jeweiligen Versorgungsklinik, wie auch mit den Hausärzten möglich.

0813

Effektivität ambulanter integrierter psychiatrischer Versorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht

Anke Bramesfeld (Med. Hochschule Hannover, Epidemiologie, Sozialmedizin)

Einleitung: Seit knapp zwei Jahren besteht in Hemmoor, einem ländlichen Gebiet in Niedersachsen eine ambulant basierte integrierte psychiatrische Versorgung. In diesem Konzept ist eine psychiatrische Gemeinschaftspraxis eng mit psychiatrischer Krankenpflege verzahnt. Die ärztliche Leistung der Praxis ist sowohl um die Möglichkeit der Hausbesuche als auch der konsiliarischen Mitbetreuung von Patienten in der Klinik erweitert. Ziel dieses integrierten Konzeptes ist nicht nur die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Vermeidung

und Verringerung des Bedarfs stationärer psychiatrische Versorgung sondern auch eine Verbesserung der Effektivität der Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten. Die Verträge mit den Krankenkassen sehen als Vergütungsgrundlage der ärztlichen Leistung innerhalb der integrierten Versorgung sowohl Kopfpauschalen (DAK, BKK) als auch ein Globalbudget (AOK) vor. Ambulante Krankenpflege wird unbudgetiert nach den üblichen Abrechnungsmodi erstattet.

Methode: Auswertung von Daten der AOK über Leistungen im stationär-psychiatrischen Bereich im Einzugsgebiet der Praxis. Daten liegen für die Jahre 2004 und 2005 vor.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse: Insgesamt hat sich die Anzahl der Krankenhausbehandlung im Gebiet der Praxis um ca. 20% leicht verringert. Insbesondere Patienten mit den Entlassdiagnosen Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (F2) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) wurden weniger behandelt. Die Krankenhaustage und die Liegezeiten verringerten sich um 25 bzw. 40%. Die Kosten pro stationär behandelten Fall sanken von ca. 5080 € auf 3600 €. **Diskussion:** Ein positiver Effekt integrierter Versorgung unter einer globalen oder fallbezogenen Vergütung wird auch aus den Managed Care Modellen in der US-amerikanischen psychiatrischen Versorgung berichtet. In den Managed Care Modellen war es insbesondere die Verringerung und Verkürzung der Krankenhausaufenthalte, die für die finanziellen Einspareffekte verantwortlich war. Zur umfassenden Bewertung der ökonomischen Effektivität des hier untersuchten ambulanten integrierten Versorgungssystems aus der Perspektive der Kostenträger sollten 1. auch die Kosten für die ambulante Versorgung und die Krankenpflege berücksichtigt werden, 2. die Kosten mit einer Kontrollregion verglichen werden um säkulare Trends zu kontrollieren. Aus gesellschaftlicher Sicht sind in einer ökonomischen Evaluation darüber hinaus anfallende Kosten für die Patienten und ihre Angehörigen von Belang.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 43

S-175 Symposium

Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Basisversorgung bei allgemeiner Ressourcenverknappung – die gesundheitsökonomische Quadratur des Kreises?

Vorsitz: C. Roth-Sackenheim (Andernach), H. Melchinger (Hannover)

0847

Wird die derzeitige Verteilung der Ressourcen dem Bedarf der psychisch Kranken gerecht?

Heiner Melchinger (Medizin, Hochschule Hannover, Versorgungsforschung)

Einleitung: Die Forderungen der Psychiatrieenquête nach einem vorrangigen Abbau der Benachteiligung von chronisch psychisch Kranken und nach einer konsequenten Umsetzung der Maxime ‚ambulant vor stationär‘ wurden in der kassenärztlichen Versorgung bis heute nicht oder nur in Ansätzen erreicht.

Methode: Untersuchungen belegen eine Zunahme der Fallzahlen in den nervenärztlichen Praxen und eine rückläufige Entwicklung der Fallwerte. Es gibt zu wenig niedergelassene Fachärzte und die Behandlungsmöglichkeiten werden durch die bestehenden Budget-/Honorarregelungen massiv eingeschränkt. Wenn gegenwärtig nur ein halbstündiges Patientengespräch pro Quartal finanziell gedeckt ist, muss die Behandlung von chronisch psychisch Kranken oft auf Pharmakotherapie reduziert bleiben. Leichter erkrankten Patienten mit Psychotherapieindikation steht dagegen ein differenziertes und umfangreiches therapeutisches Angebot zur Verfügung. Von den Gesamtausgaben für psychiatrische Leistungen (EBM) entfallen rund drei Vi-

ertel auf Psychotherapie. Mehr als 50 Prozent der Honorare entfallen auf Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, auf Nervenärzte/Psychiater weniger als 20 Prozent. Mit rund 60 Prozent der Ausgaben stellt stationäre Behandlung den größten Ausgabenblock der Krankenkassen dar. Durch Druck auf die Verweildauer (in den letzten zehn Jahren Reduktion um fast 50 Prozent) versuchen die Krankenkassen, dort einzusparen. Gleichzeitig korrespondiert aber die Verkürzung der Verweildauer mit einer Zunahme von stationären Wiederaufnahmeraten und mit einer Zunahme an AU-Tagen.

Diskussion/Ergebnisse: In dem Beitrag wird die Notwendigkeit diskutiert, alle psychiatrischen Versorgungsleistungen nach den Maßstäben von Bedarfsorientierung, Evidenz und Wirtschaftlichkeit einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und dabei auch die traditionelle Sektorisierung der Versorgung in unterschiedliche Kostenzuständigkeiten in Frage zu stellen. Es wird dargestellt, dass Einsparungen in der kassenärztlichen Versorgung eher zu einer Steigerung der Gesamtausgaben in der psychiatrischen Versorgung führen.

0848

Integrierte Versorgung – arbeiten die Psychiater dann wieder psychiatrisch?

Tobias Müller (Nürnberg)

Einleitung: Die gegenwärtigen ambulanten Arbeits- und Vergütungsbedingungen führen zu einem Rückzug der Psychiater und Nervenärzte aus der eigentlichen ambulanten psychiatrischen Arbeit in die Bereiche Gutachtenerstellung, Psychotherapie, neurologisch-apparativer Bereich, Privatpraxis, Fortbildung/ Supervision für Psychotherapie, Coaching, Naturheilkunde, IgeL, Altenpflgeheimen etc.; Die Tätigkeiten in diesen Bereichen scheinen folgende Vorteile zu haben: bessere (und kalkulierbare) Honorierung, weniger Kontakt mit psychisch Schwerkranken, höheres Sozialprestige. Die eigentlich notwendige ambulante psychiatrische Arbeit mit psychisch schwer beeinträchtigten Patienten wird demgegenüber als sehr belastend erlebt, die Honorierung als nicht ausreichend, Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team (Pflegekräfte, Sozialarbeiter) ist nicht möglich. Die ambulante Behandlung psychisch Schwerkranker bleibt deshalb weit hinter dem Notwendigen und Möglichen zurück, die Folge sind nicht zuletzt höhere Folgekosten (stationäre Behandlung, höhere AU-Zeiten, frühere Berentung, etc.)

Diskussion/Ergebnisse: Verträge zur integrierten Versorgung (IV) scheinen hier die Möglichkeit zu bieten, sachfremde Hürden auf dem Weg zu einer wirksamen ambulanten psychiatrischen Behandlung zu überwinden. Das Referat skizziert die Problematik der gegenwärtigen Versorgungssituation und mögliche Auswege durch Verträge zur IV.

0849

Der psychiatrisch tätige Nervenarzt, ein Auslaufmodell?

Joachim Beutler (Braunschweig)

Anhand einer regionalen über mehrere Jahre verfolgten Analyse der Versorgungsdaten in Niedersachsen wird der Wandel der nervenärztlichen Tätigkeit dargestellt. Die betriebswirtschaftlichen Bedingungen der ambulanten Praxis werden den Versorgungsanforderungen gegenübergestellt und ein Ausblick auf die sich künftig ergebenden Versorgungsprobleme gegeben.

0850

Wer versorgt in Zukunft psychisch erkrankte Menschen?

Christa Roth-Sackenheim (Praxis, Andernach)

Anhand neuester Versorgungsdatenerhebungen wird dargestellt, wie die derzeitige Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen in Deutschland aussieht. Es wird versucht, die folgenden bri-

santen Fragen zu beantworten: Welche Ressourcenströme sind wohin gerichtet? Wem kommen sie zugute? Hat sich die Situation schwer psychisch erkrankter Menschen seit der Psychiatrie-Enquete verbessert? Wie kann die Zukunft aussehen? Hierbei wird sowohl auf die Arztzahlentwicklung Bezug genommen als auch auf die Auswirkungen der aktuellen Gesundheitsreform, des Arzneiverordnungswirtschaftlichkeitsgesetzes sowie auf das Grünbuch der EU.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 11/12

FV-027 Freie Vorträge

Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Vorsitz: I. Hauth (Berlin)

0132

Prozessqualität in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Analysen zur Validität des Peer Review – Verfahrens

Stephan Kowski (UKE Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie)
S. Rabung, H. Schulz, C. Bleich, P. Follert, U. Koch

Einleitung: Spätestens seit den neunziger Jahren hat auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Bedeutung von Qualitätssicherungsverfahren erheblich zugenommen. In diesem Kontext wurde das Peer Review-Verfahren entwickelt, um die Güte von therapeutischen Prozessen zu bewerten und zu vergleichen. Dieses Verfahren basiert auf der Begutachtung von Entlassberichten durch erfahrene und geschulte Experten. Dabei steht den Reviewern für die Erfüllung ihrer Aufgaben eine Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale zur Verfügung, das durch ein erläuterndes Manual begleitet wird. Einvernehmlich gilt das Verfahren als geeignet für eine differenzierte Erfassung und Analyse von Stärken und von Optimierungsbedarfen bei der Durchführung rehabilitativer Behandlungen. Bislang liegen jedoch zumindest im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation psychischer / psychosomatischer Erkrankungen keine Ergebnisse einer systematischen Validierung des Verfahrens vor.

Methode: Grundlage der Analysen bildete eine Stichprobe von 164 Patienten aus 11 psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens des Qualitätssicherungsprogramms der Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation gewonnen wurden. Untersucht wurden Zusammenhänge der mit dem Peer Review-Verfahren ermittelten Prozessqualität mit der erfassten Ergebnisqualität. Die Abschätzung der Prozessqualität mit dem Peer Review-Verfahren erfolgte nach einer randomisierten Zuteilung der zu bewertenden Entlassberichte innerhalb einer Gruppe geschulter Experten. Die Ergebnisqualität wurde über Kurzversionen standardisierter Messinstrumente und expertenbasierte Instrumente erfasst, die bei Aufnahme, Entlassung und zu einem 6-Monats-Katamnesezeitpunkt eingesetzt wurden. Die Bewertungen der Prozessqualität wurden den risikoadjustierten Werten der Ergebnisqualität korrelations- und regressionsanalytisch gegenübergestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Güte der mit dem Peer Review-Verfahren bewerteten Rehabilitationsprozesse wies für die hier einbezogene Stichprobe bei insgesamt guten bis sehr guten Einschätzungen nur eine eingeschränkte Varianz auf. Für den Bereich der Ergebnisqualität zeigten sich zwischen Aufnahme und Entlassung bzw. 6-Monats-Katamnese Veränderungen mit mittleren Effektstärken. Statistisch fanden sich Belege für spezifische Beziehungen zwischen Prozessqualität und Ergebnisqualität. Signifikante statistische Korrelationen der Prozessqualität mit der Ergebnisqualität bezogen sich hierbei u.a. auf zentrale Aspekte therapeutischer Zieldefinition und Behandlungsplanung in der psychosomatischen Rehabilitation.

0133

Qualitätssicherung durch (faire) Einrichtungsvergleiche – das Problem mit dem Dropout

Sven Rabung (UKE Hamburg-Eppendorf, Institut für Med. Psychologie)
S. Kowski, U. Koch, H. Schulz

Einleitung: Einrichtungsvergleiche stellen in der medizinischen Versorgung einen zentralen Bestandteil von Qualitätssicherungsprogrammen dar. Vergleiche verschiedener Einrichtungen sollen dabei als Grundlage für die Beurteilung der Qualität einzelner Kliniken dienen. Allerdings ist bei derartigen Vergleichen zu berücksichtigen, dass die gemessenen Behandlungsergebnisse nicht unbedingt direkt die Qualität der erbrachten Leistungen widerspiegeln. Neben der tatsächlichen Behandlungsqualität determinieren vor allem die spezifischen Eigenschaften der behandelten Patienten das Therapieergebnis, ohne dass diese durch die Einrichtungen zu kontrollieren wären. Zur Kontrolle derartiger mit dem Behandlungsergebnis konfundierter Faktoren haben sich statistische Verfahren der Risikoadjustierung bewährt. In nahezu allen Outcome-Untersuchungen ergeben sich jedoch auch mehr oder weniger hohe Dropout-Quoten, die die Generalisierbarkeit ermittelter Befunde einschränken. Ziel der vorliegenden Studie war es, Möglichkeiten zur Kontrolle derartiger Dropout-Effekte zu überprüfen.

Methode: Untersucht wurde eine konsekutive Stichprobe von 2.386 Patienten, die in 11 Rehabilitationsfachkliniken stationär psychotherapeutisch behandelt wurden. Zu Beginn und Ende der Behandlung wurden standardisierte Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt (SF-8, SCL-14, IIP-25, ADS-K, HoNOS-D). An einer Teilstichprobe von Patienten mit komplett vollständigen Daten (n=1.351) wurde in Analogie zu den empirisch ermittelten Dropout-Quoten systematischer Dropout simuliert. Die simuliert fehlenden Outcome-Daten wurden daraufhin mittels verschiedener statistischer Verfahren (z.B. EM-Algorithmus) ersetzt und auf Übereinstimmung mit den Original-Daten überprüft.

Diskussion/Ergebnisse: Die Dropout-Raten in den einzelnen Kliniken schwanken zwischen 2 und 40 Prozent. Die mittleren Effekstärken für die psychische Summenskala des SF-8 bewegen sich zwischen 0,6 und 1,1. Auffällig ist, dass ausgerechnet die Klinik mit der höchsten Dropout-Quote zugleich die höchsten Effekstärken aufweist. Die Ersetzung simulierter Dropout-Daten ergibt für den SF-8 hohe Übereinstimmungen mit den Original-Daten (ICC=0,9). Bei Anwendung der in der Simulation erprobten Ersetzungsmethodik auf die Dropout-behafteten Originaldaten resultiert für die Einrichtung mit der zunächst höchsten Effekstärke eine deutlich reduzierte Effekstärke von 0,5. Die Ersetzung fehlender Outcome-Daten erweist sich somit unter bestimmten Voraussetzungen als möglich und zeigt erhebliche Konsequenzen bezüglich der Bewertung der Ergebnisqualität untersuchter Einrichtungen.

0134

Qualitätssicherung in der Sozialpsychiatrischen Hilfeplankonferenz

Norbert Krischke (Universität Oldenburg, Gesundh.- u. Klin. Psychologie)

Einleitung: Berichtet wird über Ergebnisse eines seit 2003 fortlaufenden Projekts zur Qualitätssicherung bei der Bemessung des sozialpsychiatrischen Hilfebedarfs in der Stadt Delmenhorst nach § 53 SGB XII. Auf der Grundlage von N=140 Personen werden das Ausmaß und der Verlauf des individuellen Hilfebedarfs, die subjektive Lebensqualität (WHOQOL-BREF), der Drogen- und Alkoholkonsum und die Ergebnisse zur Prozessqualität der Hilfeplankonferenz dargestellt.

Methode: Der individuelle Hilfebedarf wurde anhand eines neu entwickelten und stark vereinfachten Instrumentariums zur Bemessung des individuellen Hilfeplans in Anlehnung an die Vorschläge des Bundesministerium für Gesundheit (1998) zur Planung per-

sonenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung erhoben. Vorgestellt werden die aufeinander abgestimmten Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Anamnese, des persönlichen Hilfebedarfs, zur Planung der institutionellen Hilfen, zur fachärztlichen Stellungnahme, zur Dokumentation der Empfehlungen der Hilfeplankonferenz sowie zur Entwicklung des persönlichen Hilfebedarfs. Anhand qualitativ ausgewerteter Interviewdaten zur Klienten- und Helferzufriedenheit wird die Prozessqualität der Hilfeplankonferenz anhand subjektiv geschilderter Urteile zu be- und entlastenden Aspekten im Verlauf der Vorbereitung und Durchführung sowie zur subjektiven Ergebnis- und Kosten-Nutzenbewertung von sozialpsychiatrischen Hilfeplankonferenzen dargestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Die neu entwickelten Instrumente eignen sich aus Sicht der teilnehmenden Institutionen hervorragend zur Planung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Hilfeplankonferenzen. Die subjektive globale Lebensqualität der Patienten steigt im Durchschnitt von der Prä- zur Postmessung leicht an. Bezogen auf die durchschnittliche Ausprägung der Hauptkategorien des individuellen Hilfebedarfs ergibt für die Bereiche Umgang mit Auseinandersetzungen, soziale Kontakte / Freizeitgestaltung, Behörden Angelegenheiten, Wahrnehmung von Krisenzeichen, Tagesstruktur, Arbeit / Ausbildung / berufliche Wiedereingliederung, Geldverwaltung, Wohnen und Selbstversorgung eine signifikante Reduktion des Hilfebedarfs. In den Bereichen Ängste / Depressionen, Krankheitseinsicht, Arztbesuche / Medikamenteneinnahme und Sinnestäuschungen zeigt sich im Durchschnitt keine Veränderung. Beim Umgang mit Suchtmitteln wir nach sechs Monaten im Durchschnitt eine Erhöhung des Hilfebedarfs festgestellt. Verglichen mit der Wolfsburger Studie zur Durchführungsqualität von Hilfeplankonferenzen (vgl. Schulz & Bittner-Lorenz, 2003) zeigen sich für die Kriterien Motivation, Transparenz und Partizipation vergleichbare Angaben zur Zufriedenheit. Das Verhalten der Mitarbeiter wird durchweg als positiv angesehen.

0135

Evaluation der Behandlungsqualität auf psychiatrischen Regelstationen: Projektbeschreibung und erste Ergebnisse

Iris Tatjana Calliess (Medizin, Hochschule Hannover, Sozialpsychiatrie)
A. Wilkening

Qualitätssicherung und Qualitätsmonitoring erlangen in allen Bereichen der Medizin zunehmend an Bedeutung, und auch die Psychiatrie muss sich in all ihren Aufgabenbereichen diesen Fragen stellen (Gabel 1995). Im deutschsprachigen Bereich liegen für den vollstationären Bereich der psychiatrischen Versorgung bisher nur wenige Studien zur Evaluation von Behandlungsergebnissen, -strukturen und -prozessen vor, welche sich zumeist auf einzelne Diagnosegruppen [Depression (Mann et al. 2003, Stieglitz et al. 1998, Wolfersdorf et al. 1997) und Schizophrenie (Janssen et al. 2000, Jansen et al. 1998)] beschränken. Ziel der vorliegenden Studie ist die Evaluation der Behandlungsqualität auf den Regelstationen einer nach dem Sektorprinzip arbeitenden psychiatrischen Klinik. Ein wesentlicher Aspekt ist die Erfassung der gesamten Patientenpopulation unter Einbezug aller diagnostischer Subgruppen. Mittels einer explorativen Feldstudie werden anhand eines eigens entwickelten Evaluationssystems Behandlungsverläufe von Patienten erfasst. Die Studie ist auf einen Zeitraum von drei Jahren angelegt. In unserer Untersuchung werden neben Psychopathologie und psychosozialen Funktionsniveau auch Gewaltausübung von Seiten des Patienten, Zwangsmaßnahmen und rechtlicher Status sowie Veränderungen im Krankheitserleben und Therapiemotivation des Patienten als Ergebnisindikatoren erfasst. Vorgestellt werden die Methodik der Studie und erste Ergebnisse aus dem Probelauf. Perspektivisch soll basierend auf den gewonnenen epidemiologischen Daten eine Grundlage für weiterführende Untersuchungen geschaffen werden. Diesbezüglich werden erste Projekte skizziert.

0136

Qualitätssicherung des Schnittstellenmanagements zwischen einem psychiatrischen Krankenhaus und einem gemeindepsychiatrischen Dienst

Christian Korbel (Psycho Sozialer Dienst, PSD-Mostviertel, Amstetten)
I. Taschler, S. Frühwald

Einleitung: Für die Zusammenarbeit zwischen sozialpsychiatrischen (psychosozialen) Diensten (PSD) und psychiatrischen Krankenhäusern existieren bisher keine klaren Richtlinien. Im Zentralraum NÖ wurde begonnen, sowohl die Zuweisungspraxis seitens des überwiegend zuweisenden Fachkrankenhauses, als auch die darauffolgende Praxis der initialen Betreuung durch den PSD einer Evaluation zu unterziehen.

Methode: Die seitens des regionalen Fachkrankenhauses dem PSD der Versorgungsregion (ca. 250.000 Einwohner) vorgestellten PatientInnen wurden während eines Zeitraums von 6 Monaten systematisch registriert, diagnostischen Kategorien zugeordnet und konkreten MitarbeiterInnen des PSD zugewiesen. Innerhalb einer 10-wöchigen Frist erfolgte eine Rückmeldung der befassten Fachkraft an die regionale PSD – Leitung. Die Ergebnisse dieser über mehrere Jahre wiederholten Auswertung werden vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Es liegt eine erste Beschreibung der üblichen nachgehenden Arbeit eines gemeindepsychiatrischen Dienstes vor (Kontaktversuche des PSD, um Patienten mit geringer Krankheitseinsicht bzw. Compliance zu erreichen), welche für die Erarbeitung fachgerechter Standards zur bedarfsgerechten Begleitung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen als Grundlage dienen kann.

0137

Critical incident reporting in der Psychiatrie

Christian Schaefer (Klinik Sonnenhalde, Psychiatrie, Riehen)

Einleitung: Unter einem kritischen Zwischenfall in der Medizin wird ein Ereignis verstanden, das ohne Prävention zu einem unerwünschten Ausgang, d.h. einer psychischen oder physischen Beeinträchtigung eines Patienten (bis zum Tod) hätte führen können. Kritische Zwischenfälle haben letztendlich einen negativen Einfluss in der Führung eines Systems (Klinik) und auf deren Ziele (Gesundheit). Zwischenfälle sind deshalb kritisch, weil sie abweichend vom gewohnten und daher erwarteten Ablauf erfolgen und eine Herausforderung für die reguläre Führung des medizinischen Betriebes darstellen.

Methode: Die private Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, eine Klinik mit 60 offenen Betten, verteilt auf drei Abteilungen, führt im Rahmen des Qualitätsmanagements seit Februar 2004 ein critical incident reporting durch. Auf einem semistrukturierten Fragebogen werden insgesamt elf für die psychiatrische Behandlung wichtige critical incidents (CI) gelistet. Eine Anonymisierung der Daten erfolgt bei Aufnahme in eine zentrale Datenbank, die nur dem Projektverantwortlichen zugänglich ist.

Diskussion/Ergebnisse: Innerhalb des Jahres 2005 wurden insgesamt 67 critical incidents in der Klinik erfasst. Am häufigsten ereigneten sich Medikamentenfehler gefolgt von Unfällen und Verletzungen in somatische Hospitäler. Die Häufigkeit der CI war auf den Abteilungen unterschiedlich. Patienten, die einmal einen CI erlebten, waren meist auch nochmals von einem CI betroffen. Auf internen Fehlerkonferenzen werden halbjährlich die Daten ausgewertet und Verbesserungen im Klinikablauf besprochen. Critical incident reporting half Schwachstellen in einem System aufzuzeigen und bewirkte Veränderungen die auf Basis von erhobenen Daten begründbar und überprüfbar waren.

FF-028 Freie Vorträge

Versorgungsforschung

Vorsitz: W. Rössler (Zürich)

0138

De-, Re- oder Transinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung?

Holger Hoffmann (UPD Bern)

Einleitung: Seit Mitte der 70er Jahre hat in fast allen Ländern Westeuropas ein drastischer Abbau der Klinikbetten stattgefunden. Mit einem gesamt-europäischen Median von 0.8 Betten pro 1'000 Einwohner entsprechen heute die Hälfte aller europäischen Staaten dem WHO-Standard. Die als Deinstitutionalisierung bezeichnete Reduktion der Betten hat fast ausschliesslich im Langzeitbereich stattgefunden. In deutlichem Zusammenhang mit Art und Umfang der Bettenreduktion steht die durchschnittliche Verkürzung der Verweildauer in stationären Einrichtungen. In einer in sechs europäischen Ländern durchgeführte Studie konnten Priebe et al. (2005) zeigen, dass gleichzeitig mit der Reduktion der allgemeinpsychiatrischen Klinikbetten die Zahl der forensischen Betten und der betreuten Wohnplätze drastisch zunimmt. Das gleiche fanden die Autoren für forensische Betten und Plätze in Strafanstalten. Sie schliessen daraus, dass in Europa eine Reinstitutionalisierung im Gange ist. Die Reduktion der Langzeitbetten geht einher wie in vielen Ländern beobachtet – mit einem Anstieg an kostengünstigeren Wohnformen, wie Wohnheimen, Wohngemeinschaften oder Pensionen. Dieser Verlagerungsprozess wird mittlerweile in der Literatur als Transinstitutionalisierung bezeichnet. Dazu sind auch die zahlreichen Fehlplatzierungen in somatischen Kliniken zu rechnen, die Zunahme an psychiatrischen Privatkliniken und an psychosomatischen Kliniken.

Methode: Ziel des Beitrages ist in erster Linie der Frage nachzugehen, welcher der Begriffe „De-, Re- oder Transinstitutionalisierung“ die Entwicklung der letzten dreissig Jahre in der psychiatrischen Versorgung am treffendsten beschreibt. Bettenmessziffern alleine genügen heute nicht mehr, ein umfassendes Bild des Versorgungsangebotes einer Region abzugeben. Es soll deshalb im weiteren den Fragen nachgegangen werden, welche Richtwerte heute benötigt werden, wie diese von einander abhängen und ob es alternative Steuerungsmechanismen für eine zeitgemässe, qualitativ hochstehende und dennoch kosteneffektive Versorgung gibt?

Diskussion/Ergebnisse: Fazit ist, dass die Summe an Verantwortung für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung einer fest umschriebenen Region konstant bleibt, sie kann höchstens auf unterschiedliche Behandlungsformen oder Kostenträger umverteilt werden.

0139

Praxisorientierte Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Klaus Keller (Herzogsägmühle, Medizinische Rehabilitation, Peiting)

Einleitung: Die WHO hat zur Erfassung der funktionellen Gesundheit die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2001) zur Verfügung gestellt. Diese kann im Bereich Rehabilitation psychisch kranker Menschen genutzt werden. Damit wurde die ICDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) abgelöst.

Methode: Seit 1998 arbeitet das Reha-Zentrum für psychisch Kranke „Häuser am Lattenbach“ in einem multiprofessionellen Team mit Hilfe der ICDH. Nach der Revision und Einführung der ICF wurde nun in Zusammenarbeit mit zwei weiteren Reha-Einrichtungen aus der ICF ein einrichtungsspezifisches Core-Set (für Menschen mit chronischen psy-

chischen Erkrankungen) mittels eines Delphi-Verfahrens gebildet. Seit Oktober 2004 ist dieses Core-Set im Einsatz.

Diskussion/Ergebnisse: Die Effekte einer längjährigen Anwendung einer standardisierten Reha-Klassifikation und erste Erfahrungen aus der Praxis mit der ICF werden vorgestellt. Eine Kompatibilität mit dem Gesamtplanverfahren der Sozialhilfeträger kann hergestellt werden, wodurch insbesondere Längsschnittuntersuchungen auch bei unterschiedlichen Leistungsträgern ermöglicht werden.

0140

Stärkung der hausärztlichen Versorgung bei Demenzen – das Projekt IDA: Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin

Elmar Gräbel (Universitätsklinik Erlangen, Medizinische Psychologie)

R. Holle, M. Gaudig, H. Mehlig, D. Hruschka, H. C. Vollmar, J. Lauterberg

Einleitung: Im Bereich Versorgungsforschung erfüllt das Projekt IDA, Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, zwei zukunftsweisende Anforderungen. Bereits während der Projektphase wird auf eine tatsächliche Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzzkranken und ihren helfenden Angehörigen geachtet. Außerdem wird eine elaborierte Methodik zur Evaluation der Ergebnisse verwendet. Als Träger von IDA haben sich die AOK (Bundesverband und Bayern) und die Firmen Pfizer und Eisai in einem gemeinsamen Kodex zur Durchführung des Projektes verpflichtet, um damit eine Vorbildfunktion für die Umsetzung einer neuen Form von „public-private-partnership“ im Gesundheitswesen einzunehmen. Die wissenschaftlichen Partner sind das Universitätsklinikum Erlangen, das GSF Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit München/Neuherberg sowie die Universität Witten/Herdecke.

Methode: Bei IDA kommen vier Versorgungsansätze zur Anwendung. Die teilnehmenden Hausärzte werden zuerst zum Thema Diagnostik und Therapie der Demenzen mehrstündig geschult. Durch eine verstärkte Einbindung ambulant tätiger Nervenärzte, sog. Konsiliarärzte, soll versucht werden, die auf die Demenzsymptomatik bezogenen Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Um die Angehörigen zu entlasten, vermitteln die geschulten Hausärzte angeleitete Angehörigengruppen sowie eine zugehende Form der Angehörigenberatung. Bei IDA handelt es sich um eine dreiarmsige Längsschnittstudie über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren. Vor der Schulung wurden die teilnahmebereiten Ärzte zufällig auf die drei Studienarme verteilt. Der Studienarm A, in dem die Hausärzte zur Demenzdiagnostik geschult wurden, spiegelt die Routineversorgung wieder. Im Studienarm B und C kommen die therapiebezogene Hausarztschulung, der Kontakt zu den Konsiliarärzten und die Vermittlung von Angehörigengruppen als Interventionsmassnahmen hinzu. Das Interventionsangebot in Gruppe C wird durch die hausärztliche Vermittlung von Angehörigenberatung komplettiert. Forschungsdaten werden durch ärztliche Dokumentation, telefonische Angehörigeninterviews und GKV-Routinedaten zur Versorgungssituation gewonnen. Die Hauptfragestellung des Projektes lautet: Kann durch eine Intensivierung hausarztbasierter Versorgung der Verbleib der Demenzzkranken in der Häuslichkeit gefördert werden?

Diskussion/Ergebnisse: Zum gegenwärtigen Zeitpunkt (April 2006) Ärzte nehmen 181 Hausärzte aus der Studienregion Mittelfranken (20% aller in Frage kommender Ärzte) teil. Die Patientenrekrutierung verläuft mit stetigem Wachstum.

0141

Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen

Mike Mösko (UKE Hamburg, Medizinische Psychologie)

B. Watzke, U. Koch, H. Schulz

Einleitung: In Deutschland leben zur Zeit mehr als 14 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Beauftragte der Bundesregierung für

Migration, Flüchtlinge und Integration, 2004). Bislang liegen nur wenige Studien vor, die die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen und Migrationshintergrund zum Gegenstand haben. Fragestellungen bezogen sich auf epidemiologische Beschreibung (Schmeling-Kludas, 2003) oder Prozesse der Inanspruchnahme (Rommel, 2005). Die vorliegende Arbeit analysiert die Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation psychischer Störungen bei Patienten mit Migrationshintergrund.

Methode: Die konsekutiven Stichproben bestehen aus einer Gruppe von N=753 stationären Patienten einer psychosomatischen Fachklinik mit deutscher Muttersprache und selbiger Nationalität (D-Gruppe) und einer Gruppe von N=186 Patienten derselben Fachklinik mit Migrationshintergrund (M-Gruppe).

Diskussion/Ergebnisse: Hinsichtlich der Erfassung des GSI des SCL-14 finden sich zu Behandlungsbeginn in der M-Gruppe signifikant höhere Ausgangsbelastungen und geringere Verbesserungswerte zum Entlassungszeitpunkt, was sich in der Wechselwirkung bei kleiner Effektstärke widerspiegelt ($p=.002$; $\eta^2=.01$). Vergleicht man beide Gruppen direkt miteinander, finden sich bei mittlerer Effektstärke signifikant höhere Belastung in der M-Gruppe ($p<.001$; $\eta^2=.065$). Ähnliche Muster finden sich bei den Unterskalen Depression, Phobische Angst und Somatisierung und den Summenskalen des SF-8.

0141A

Responsiveness psychiatrischer Versorgung: Wie möchten Nutzer psychiatrischer Einrichtungen behandelt werden? Eine qualitative Untersuchung

Anke Bramesfeld (Med. Hochschule Hannover, Epidemiologie, Sozialmedizin)

Einleitung: Das Konzept der Responsiveness wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt als Maß für die Qualität der nicht-medizinischen Leistung eines Gesundheitssystems. Responsiveness repräsentiert dabei in wie weit ein Gesundheitssystem den legitimen Erwartungen seiner Nutzer in Bezug auf die nicht-medizin-bezogenen Versorgungsaspekte entspricht. WHO-Responsiveness setzt sich aus acht Kategorien zusammen: Würde, unmittelbare Aufmerksamkeit, Partizipation/Autonomie, Wahlfreiheit, verständliche Kommunikation, Vertraulichkeit, Qualität der Umgebung und Zugang zu sozialer Unterstützung. Bisher wurde Responsiveness nur im Hinblick auf allgemeine Gesundheitssysteme untersucht.

Methode: Mit dem Ziel, Responsiveness speziell für psychiatrische Versorgungssysteme zu untersuchen, testeten wir das WHO-Responsiveness Konzept hinsichtlich seiner Gültigkeit für diese: In fünf Fokusgruppen wurden Nutzer psychiatrischer Versorgung über ihre Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche an die nicht-medizinischen Aspekte psychiatrischer Versorgung befragt und mit ihnen das Responsiveness Konzept diskutiert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Fokusgruppen identifizierten in ihren Diskussionen präzise Stärken und Schwächen der psychiatrischen Versorgung und benannten konkrete Verbesserungsvorschläge. In der qualitativen Diskussionsanalyse konnten 492 Statements zum Thema Erwartungen und Wünsche an die psychiatrische Versorgung identifiziert werden, die 9 Kategorien und 12 Sub-Kategorien zugewiesen werden konnten. Acht der Kategorien entsprachen dem WHO-Responsiveness Konzept, eine neunte, die Kategorie „Kontinuität“ wurde ergänzt. Der Bedarf für die neue Kategorie „Kontinuität“ repräsentiert den Charakter psychiatrischer Versorgung, der von Langzeitkontakten geprägt ist. Die Kategorien, auf die sich die Fokusgruppen am meisten bezogen waren „Aufmerksamkeit“, „Würde“ und „Partizipation/Autonomie“. Dieses Ergebnis entspricht der Literatur über Erwartungen an Gesundheitsversorgung von nicht-psychiatrischen Patienten. Das Ergebnis unterscheidet sich jedoch partiell von den Ergebnissen einer international vergleichenden Studie der WHO zur Responsiveness allgemeiner Gesundheitssysteme.

T16 Philosophische, geschichtliche und andere übergreifende Themen

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 04/05

S-001 Symposium

Behandlung von Patienten mit psychischen und komorbiden körperlichen Erkrankungen

Vorsitz: F. Lederbogen (Mannheim)

0001

Körperliche Erkrankungen bei Schizophrenie. Eine Literaturübersicht

Stefan Leucht (Klinikum rechts der Isar, Psychiatrie und Psychotherapie, München)

Einleitung: Es ist seit langem bekannt, dass Patienten mit Schizophrenie ein erhöhtes Risiko haben, an körperlichen Erkrankungen zu versterben. Bisher gab es aber keinen systematischen Review, der die epidemiologische Literatur hierüber zusammenfasste.

Methode: MEDLINE Recherche, bei der der MESH Begriff für Schizophrenie mit den MESH Begriffen aller übergeordneten Krankheitskategorien für körperliche Erkrankungen kombiniert wurde. Darstellung der Ergebnisse in narrativer Form.

Diskussion/Ergebnisse: Mehr als 40000 MEDLINE Abstracts wurden überprüft. Auf der einen Seite ist das Erkrankungsrisiko schizophrener Patienten für eine Reihe von körperlichen Erkrankungen (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Geburtskomplikationen, Diabetes) erhöht. Auf der anderen Seite gibt es medizinische Besonderheiten wie z.B. niedrige Krebsraten. Programme zur Prävention und Behandlung körperlicher Erkrankungen bei Patienten mit Schizophrenie sind dringend erforderlich.

0002

Affektive Störungen und körperliche Erkrankungen: Empfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien

Martin Härter (Universitätsklinikum Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Affektive Störungen, insbesondere Depressionen, zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen, z.B. mit muskuloskelettalen, kardiovaskulären, onkologischen sowie pneumologischen Erkrankungen. In den letzten Jahren wurden national und international zahlreiche Leitlinien zur Diagnose und Behandlung affektiver Störungen publiziert. Im Vortrag werden die entsprechenden Leitlinien bezüglich der vorgeschlagenen therapeutischen Grundprinzipien bei vorliegender Komorbidität dargestellt und einer kritischen Überprüfung bzgl. der pharmakologischen und / oder psychotherapeutischen Strategien unterzogen. Referenzen: Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Berlin: Springer. Evans, D.L., Charney, D.S., Lewis, L. et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175–189.

0003

Krankenhausbehandlung von Patienten mit psychischen und komorbiden körperlichen Erkrankungen. Das Mannheimer Modell

Florian Lederbogen (ZI für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Psychotherapie, Mannheim)

Einleitung: Im Zuge der stationären Behandlung psychiatrisch Kranker mit erheblicher somatischer Komorbidität entstehen Situationen,

in denen die Schwere sowohl der psychiatrischen als auch der körperlichen Erkrankung einer adäquate Behandlung im Wege steht. Der Autor beschreibt eine am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, eingerichtete Station, auf der dieses möglich ist.

Diskussion/Ergebnisse: Grundgedanke dieser Einrichtung ist es, dass sowohl psychiatrische als auch internistisch-allgemeinmedizinische Behandlung aus einer Hand erfolgen. Dies besagt, dass im Behandlungsteam genügend psychiatrisch-psychotherapeutische, internistische, neurologische und allgemeinmedizinische Kenntnisse vorhanden sein müssen, um Patienten mit erheblichen psychiatrischen als auch körperlichen Erkrankungen behandeln zu können. Dies gilt sowohl für die ärztliche als auch die pflegerische Seite. Psychologe, Sozialarbeiter, Physiotherapeut und Ergotherapeut vervollständigen das Behandlungsteam. Ein regelmäßiger und dichter Informationsausgleich sichert den gleichmäßigen Informationsstand aller Mitarbeiter. Kompetentes Vorgehen in Notfallsituationen ist von zentraler Bedeutung für die Arbeit auf Station. Für somatische Akutsituationen wurden standardisierte Vorgehensweisen festgelegt, insbesondere für den Fall eines Herz-Kreislaufstillstandes. Das Diagnosespektrum der behandelten Patienten lässt sich entweder nach der psychiatrischen oder der internistischen Diagnose gliedern. Häufige psychiatrische Diagnosen sind Delir aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, fortbestehende Suizidalität nach Suizidversuch mit organmedizinischen Komplikationen, Katatonie und seltener, malignes neuroleptisches Syndrom. Häufige organische Diagnosen sind akute kardiopulmonale Erkrankungen sowie fortgeschrittene Stadien von Leber- oder Niereninsuffizienz bei Patienten mit ausgeprägter psychiatrischer Erkrankung. Weiter häufige internistische Leitdiagnosen sind thromboembolische Erkrankungen, akute febrile Infektionen und Elektrolytstörungen. Große personelle und materielle Anstrengungen sind nötig, um Patienten mit einer Besiedelung durch methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* zu behandeln. Der steigende Anteil älterer Patienten lässt erwarten, dass die Notwendigkeit, Patienten mit gleichzeitig bestehenden psychischen und körperlichen Erkrankungen zu versorgen, weiter zunehmen wird. Auf der vorgestellten interdisziplinären Station erscheint es möglich, diesen Patienten eine anspruchsvolle Behandlung zu gewährleisten.

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.3

S-009 Symposium

Tiefenhirnstimulation bei psychiatrischen Erkrankungen

Vorsitz: J. Klosterkötter (Köln), M. Berger (Freiburg)

0039

Tiefenhirnstimulation als mögliche therapeutische Option bei therapieresistenten Zwangserkrankungen

Joachim Klosterkötter (Universität zu Köln, Klinik für Psychiatrie)

W. Huff, S.-H. Lee, D. Lenartz, V. Sturm

Einleitung: Nach dem erfolgreichen Einsatz der Tiefenhirnstimulation („Deep-brain stimulation DBS“) bei Bewegungsstörungen vor allem im Rahmen des Parkinson-Syndroms ist das Verfahren in den 90er Jahren erstmals auch auf schwererkrankte therapieresistente Zwangspatienten angewandt worden. Bisher liegen diesbezügliche Fallberichte von vier Arbeitsgruppen vor, die eine beidseitige DBS vornehmlich im Bereich der Capsula interna vorgenommen haben. Demgegenüber werden in diesem Beitrag die ersten Ein-Jahres-Ergebnisse aus einer auf 20 (16) therapieresistente Zwangspatienten geplanten Interventionsstudie mit einseitiger DBS im rechten Nucleus accumbens präsentiert.

Methode: Es handelt sich um die erste randomisierte kontrollierte Doppelblindstudie zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der DBS mit Messungen der Symptomausprägung sowie der Auswirkungen auf das

soziale Funktionsniveau, die Lebensqualität und die Exekutivfunktionen 2,14,26,52 und 104 Wochen nach der Operation, bei denen in einem Cross over-Design über die ersten sechs Monate die Elektroden entweder ein- oder ausgeschaltet wurden. Gemäß streng gehandhabter Ein- und Ausschlusskriterien ließen sich bisher 10 Patienten mit schwerer Zwangsstörung (Y-BOCS >25, GAF <40) der Maßnahme zuführen und inzwischen über 12 Monate postoperativ nachuntersuchen.

Diskussion/Ergebnisse: Die sechs männlichen und vier weiblichen Zwangskranken waren durchschnittlich 36,3 ($\pm 6,4$) Jahre alt, hatten eine Krankheitsdauer von durchschnittlich 22,2 ($\pm 8,4$) Jahren hinter sich und erfüllten in sechs Fällen zugleich die Diagnosekriterien einer Major Depression. Im Vergleich zu den präoperativen Baseline-Werten ließ sich nach 12 Monaten in der Tat eine signifikante Verbesserung der Symptomausprägung und der mit ihr einhergehenden Funktionseinbußen feststellen, die sich zugleich auch auf die Depressivitäts-, nicht aber die Angstwerte mit erstreckte. Komplikationen oder Nebenwirkungen wurden im bisher überschauten Zeitraum nicht beobachtet. **Diskussion:** Die Ergebnisse sprechen dafür, dass man bei schweren chronifizierten therapieresistenten Zwangsstörungen und Depressionen durch DBS noch patientenrelevante Verbesserungen erreichen kann. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Ursachen- und Therapieforschung sowie auch für die ethischen Rahmenbedingungen werden kritisch diskutiert.

0040

Tiefenhirnstimulation bei therapieresistenten Störungen

Thomas Schläpfer (Universitätsklinikum Bonn, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Tiefe Hirnstimulation ist ein neurochirurgisches Therapieverfahren, das innerhalb des letzten Jahrzehnts die Behandlung gewisser neurologischer Erkrankungen revolutioniert hat. Seit wenigen Jahren wird systematisch untersucht, ob das Verfahren auch in der Behandlung schwerer, therapieresistenter psychiatrischer Erkrankungen anwendbar ist, insbesondere bei schweren therapieresistenten Zwangserkrankungen sowie bei therapieresistenten Depressionen. Mit der Tiefe Hirnstimulation steht nun erstmals ein vollkommen reversibles und modifizierbares Verfahren zur Verfügung, welches die systematische Überprüfung der Wirksamkeit in Doppelblindversuchen ermöglicht. Bei diesem Verfahren werden stereotaktisch uni- oder bilateral Elektroden in einer Zielregion implantiert und mit einem implantierten Neurostimulator verbunden. Eine chronische Hochfrequenz-Stimulation mit 100–185 Hz führt zu einer Verminderung der neuronalen Erregungsausbreitung. Da die Stimulation ein- und ausgeschaltet werden kann, ohne dass die Patienten dies unmittelbar spüren, erlaubt das Verfahren auch die Effekte einer neurochirurgischen Intervention im Doppelblindverfahren zu testen. Seit 2 Jahren wird in wenigen Zentren die Wirksamkeit der tiefen Hirnstimulation bei therapieresistenter Depression untersucht. Eine Arbeit einer amerikanischen Arbeitsgruppe über die Ergebnisse bei 6 Patienten mit „multi-therapieresistenter Depression“, d.h. mehrfachen erfolglosen medikamentösen Vorbehandlungen und auch Elektrokrampftherapie, vor wurde im März veröffentlicht. Die Stimulation der subgenualen Region des anterioren Cingulums führte bei vier von sechs schwerst therapieresistenten Patienten zu einer anhaltenden Verbesserung der depressiven Symptomatik. Andere Gruppen in den USA, Belgien, den Niederlanden und Deutschland untersuchen die Wirksamkeit der tiefen Hirnstimulation in anderen Hirnregionen, so im vorderen Schenkel der Capsula Interna oder dem Nucleus Accumbens. Gerade die Geschichte neurochirurgischer Verfahren im Bereich der Psychiatrie verlangt dass Studien an depressiven Patienten nur unter Einhaltung strengster Kriterien durchgeführt werden können. So muss absolut gewährleistet sein, dass bei diesen Patienten vor Studieneinschluss alle evidenz-basierten Therapiemöglichkeiten über einen ausreichend langen Zeitraum durchgeführt wurden und dass ein von der Forschergruppe unabhängiger Psychiater die gestellte Indikation überprüft.

0041

Psychopathologische Risiken bei der Tiefenhirnstimulation: Erfahrungen bei Parkinsonkranken

Klaus Lieb (Universitätsklinik Freiburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die Tiefenhirnstimulation stellt ein vielversprechendes Therapie-Verfahren dar, das bei Parkinson-Patienten insbesondere schweren Tremor hervorragend und besser als eine medikamentöse Therapie kontrollieren kann. Hauptstimulationsort ist der Nucleus subthalamicus (STN), der jedoch nicht nur Regelkreise des motorischen Systems reguliert, sondern auch kortikal-subkortikale Regelkreise, die in die Emotionsregulation eingreifen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass eine Stimulation des STN zu psychiatrischen Nebenwirkungen wie affektiven und kognitiven Störungen bis hin zum Suizid führen kann. Die bisherigen Studienergebnisse zu psychiatrischen Nebenwirkungen der Tiefenhirnstimulation werden referiert und mögliche Ursachen diskutiert. Aus den vorliegenden Daten kann geschlussfolgert werden, dass ein engmaschiges psychiatrisches Monitoring zu jeder Tiefenhirnstimulation gehören sollte, um potentiell fatale Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen und entsprechend darauf reagieren zu können.

0042

Ethische Implikationen der Tiefenhirnstimulation

Mathias Berger (Universitätsklinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg)

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 15/16

FV-002 Freie Vorträge

Historische und philosophische Aspekte

Vorsitz: M. Heinze (Bremen), I. Eckle (Zürich)

0006

Psychopolis Berlin 1900–1933: Autismus, Balint-Gruppe, Hyperkinetisches Syndrom... Personen, Orte und Konzepte (Ein stadt- und medizingeschichtlicher Exkurs)

Peter Vogelsänger (Praxis, Berlin)

Einleitung: Zur Wissenschaftsgeschichte Berlins gehört die faszinierende Entwicklung der Psychologie und Medizin zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts. Im Berlin dieser Jahre wird wegweisende medizinische Grundlagenforschung betrieben, halten an der Charité und anderen Krankenhäusern der Stadt moderne Methoden der Diagnostik und Therapie Einzug in die Krankenversorgung. In dieser Zeit ist die Stadt auch der Ort, an dem wesentliche Konzepte der Gestaltpsychologie, Psychoanalyse, Psychosomatischen Medizin und Neurowissenschaften entstehen bzw. weiter entwickelt werden. Hier erfolgt die Erstbeschreibung des hyperkinetischen Syndroms, entsteht das heute weltweit praktizierte System der psychoanalytischen Ausbildung und eine der ersten psychoanalytischen Kliniken. Die damals in der Stadt Wirkenden prägen uns auch heute noch geläufige Begriffe wie „Balint-Gruppe“, „Gestalt“ und „Gruppendynamik“. Durch die Erinnerung an jeweils wichtigen Vertreter ihres Faches und deren Wirkungsorte sollen die Ideen und die Atmosphäre dieser Jahre lebendig werden. Die im Vortrag Porträtierten verbringen eine wichtige Zeit ihres Lebens zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Berlin, ein großer Teil von ihnen wird mit dem Machtantritt der Nationalsozialisten in das Exil gezwungen. Damals in Berlin erarbeitete Konzepte prägen die Psychologie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin in den Exilländern. Sie finden weiterentwickelt nach dem 2. Weltkrieg den Weg zurück auf den europäischen Kontinent und sind heute Grundlage für Forschung und

Praxis auf verschiedenen Feldern der Neurowissenschaften.

Methode: Freier Vortrag mit Abbildungen

Diskussion/Ergebnisse: Vorstellung der Wirkungsstätten (u.a. Charité-Kliniken, Psychologisches Institut der Universität, Krankenhaus Moabit, Sanatorium Schloß Tegel, Berliner Psychoanalytisches Institut), Personen (u.a. Franz Alexander, Michael Balint, Karl Bonhoeffer, Kurt Goldstein, Leo Kanner, Franz Kramer, Friedrich Kraus, Kurt Lewin, René Spitz, Ernst Simmel) und Konzepte (u.a. Autismus, Gestalt, Gruppendynamik, Hyperkinetisches Syndrom, Psychosomatische Medizin)

0007

Wie die Vereinigten Staaten von der Euthanasie erfuhren

Thorsten Noack (Universitätsklinikum Düsseldorf, Inst. f. Geschichte d. Med.)

Einleitung: Die sog. Aktion T4 sollte – verheimlicht vor der eigenen Bevölkerung und vor den Alliierten – im Verborgenen durchgeführt werden. Tatsächlich wurde sie noch 1940 sowohl in Deutschland als auch in den Vereinigten Staaten bekannt. Der Vortrag soll a) die Informationsquellen analysieren b) die Berichterstattung über die Euthanasieverbrechen in amerikanischen Medien rekonstruieren und sie c) mit der späteren über den Holocaust vergleichen.

Methode: Die Arbeit beruht vorwiegend auf einer inhaltsanalytischen Auswertung amerikanischer Presseberichte aus dem Zeitraum 1939–1945 (New York Times, Washington Post, Chicago Daily Tribune, Los Angeles Times, New Republic und Time Magazine).

Diskussion/Ergebnisse: Zu a) Wesentliche Informationsquellen stellten bis zum Sommer 1941 die US-amerikanischen Deutschlandkorrespondenten großer Tageszeitungen dar, später Informanten aus dem Vatikan. Zu b) und c) Die Euthanasie war, wie später der Holocaust, in teilweise detaillierten Presseberichten in den amerikanischen Medien präsent und spielte nur eine untergeordnete Rolle. Eine Untersuchung der in den Artikeln genannten Opfergruppen zeigt, dass primär Alte, Kriegsveteranen und Tuberkulosekranke erwähnt wurden. Vermutlich als Folge der Stigmatisierung im eigenen Land trat die Gruppe der psychisch Kranken und Behinderten eindeutig in den Hintergrund.

0008

Die Universitätsnervenklinik Rostock im Spannungsfeld von Politik und Wissenschaft Ein Beitrag zur Aufarbeitung der Psychiatriegeschichte in der frühen DDR

Ekkehardt Kumbier (Medizin, Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)
K. Haack

Einleitung: Die Diskussion um die Aufarbeitung von Ursachen und Folgen der Diktatur in der DDR wird derzeit in der Öffentlichkeit kontrovers geführt. Um sich gegen ein mögliches Verdrängen von geschehenem Unrecht unter der DDR-Diktatur zu wenden, werden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock in einem Projekt die Vorgänge an der Universitätsnervenklinik in der frühen DDR untersucht.

Methode: Mit Hilfe von archivalischen Originalquellen soll am Beispiel von Professor Franz Günter von Stockert (1899–1967) gezeigt werden, wie schwierig es für einzelne Hochschullehrer war, ihre Aufgaben im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik wahrzunehmen.

Diskussion/Ergebnisse: Von Stockert war, obwohl Bürger der BRD, 1954 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie berufen worden. Entsprechend der nach dem Tod Stalins einsetzenden Entspannung der politischen Lage in der DDR, konnte von Stockert in ersten beiden Jahre ohne große Probleme wirken. Ab Mitte 1957 war er jedoch zunehmend Repressalien ausgesetzt, welche schließlich zu seiner Verhaftung am 1. April 1958 führten. Wegen Staatsverleumdung wurde er zu einem Jahr Haft unter Auferlegung einer Bewährungsfrist von zwei Jahren verurteilt. Kurze Zeit später flüchtete er in die BRD, wo er als

Extraordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Frankfurt am Main tätig war. Die Arbeit untersucht, inwieweit diese Ereignisse im Kontext einer Politik stehen, deren Ziel die Rekrutierung einer „neuen Intelligenz“ war, die zwar die alte, wenn möglich, nutzte oder, wenn nicht möglich, ersetzte. Stand der gegen von Stockerts geführte Prozess im Zusammenhang mit den Vorbereitungen zur III. Hochschulekonferenz von 1958, in deren Zuge einzelne, „unliebsame“ Hochschullehrer durch Nachwuchskräfte abgelöst wurden? Außerdem wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Auseinandersetzungen Einfluss auf die Teilung des Rostocker Lehrstuhls hatten, der nach sowjetischem Vorbild umgestaltet werden sollte und in dessen Zuge es Ende 1958 zur Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Kinderpsychiatrie in der DDR kam.

0009

„Grundlegungen und Übergänge des Selbst“. Neuropsychiatrische Phänomenologie (O. Sacks), neurowissenschaftliche Forschung (G.M. Edelman), und philosophische Untersuchung (D. Henrich): Konzepte des ‚Selbst‘ und das ‚psychophysische Problem‘

Ernst H. Hische (Universitätsklinikum Frankfurt, Abt. Psychiatrie)

Einleitung: “However, even a successful investigation of the correlative relationship between conscious experience and neuronal activities ... will not answer a more profound problem: How does the categorically different nonphysical phenomenon of subjective experience come from the physical activities of nerve cells? This problem has been termed the ‘hard problem’ by the philosopher David Chalmers (1996).” Libet B (2004) Mind Time, 157 f. Am Thema ‚Grundlegungen und Übergänge des Selbst‘ wird eine erste systematische integrierende Interpretation des ‚psychophysischen Problems‘ aus der Einheit von neuropsychiatrischer Phänomenologie (O. Sacks), neurowissenschaftlicher Forschung (G.M. Edelman), und philosophischer Untersuchung (D. Henrich) vorgestellt. Nach Problemexposition durch B. Libet (2004) Mind Time, Debatten um ‚Brain and Conscious Experience‘ (J.C. Eccles 1966 und H.T. Engelhardt Jr. 1976), werden Konzepte von O. Sacks, G.M. Edelman und D. Henrich vorgestellt. Argumentlogisch können neuropsychiatrisches ‚Experimentum suitatis‘ (Sacks), philosophische ‚Syneidesis‘ in ‚Selbstverhältnissen‘ von Selbsterhaltung und Selbstbestimmung (Henrich), und neuronale ‚Reentry‘-Prozesse innerhalb der TNGS (Edelman) im Rahmen der Aufwärts- und Abwärtskomplementaritäten von physischen und psychischen Prozessen aufeinander bezogen werden.

Methode: philosophische Untersuchung.

Diskussion/Ergebnisse: Beiträge zum psychophysischen Problem.

0010

Forschungsobjekt Mensch - Über einige wissenschaftstheoretische Defizite in der Psychiatrie

Philipp Gutmann (Universität Halle, Psychiatrie)

Vor etwa 200 Jahren begann die Etablierung der Psychiatrie als praktische und wissenschaftliche Institution. Dabei waren die Ansichten über Ursachen und Therapiemöglichkeiten psychischer Erkrankungen anfangs überfrachtet von spekulativ-metaphysischen und religiösen Einflüssen. Etwa Mitte des 19. Jahrhunderts integrierte sich die Psychiatrie verstärkt in den Kanon der naturwissenschaftlichen Medizin, wobei sie auch deren methodologische Grundannahmen weitgehend übernahm. Im Zuge der fortschreitenden Professionalisierung als Wissenschaft kam es zu einer zunehmenden Vernachlässigung der Reflektion über die philosophischen und wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen. Die Psychiatrie orientierte sich an einem einheitswissenschaftlichen Konzept, das angelehnt an die Vorstellungen einer mathematisch verfassten Physik als Modell für jegliches wissenschaftliches Erklären fungieren sollte. Für diese monistische Position stehen der Logische Empirismus und der Kritische

Rationalismus. Auf der anderen Seite entwickelte sich von der Hermeneutik ausgehend eine auch Verstehensprozesse einbeziehende dualistische Wissenschaftskonzeption, der zu Folge sich das jeweilig verwendete methodische Verfahren dem Forschungsobjekt anzupassen habe. Es werden einige Argumente für eine dualistische Sicht auch im Rahmen der Psychiatrie angeführt und auf aktuelle Defizite der ohnehin nur spärlichen deutschsprachigen Veröffentlichungen wissenschaftstheoretischer Themen hingewiesen. Abschließend werden Vorschläge für eine Ergänzung der aktuellen Forschungspraxis durch qualitative Methoden gemacht.

Mittwoch, 22.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal Stockholm 3

HS-006 Hauptsymposium

Neuronale Grundlagen der Subjektivität

Vorsitz: H. Walter (Bonn), A. Heinz (Berlin)

0019

Das mitfühlende Gehirn. Neuronale Grundlagen der Empathie

Christian Keysers (University Medical Center, BCN Neuro-Imaging Center, Groningen)

Oft verstehen wir beim ersten Hinsehen, was in anderen Personen vor sich geht. Wenn wir einem Fußballspieler beim Kicken zuschauen, verstehen wir sein Ziel. Wenn wir sehen, wie sich jemand in den Finger schneidet, verstehen wir seinen Schmerz. Wenn wir den verekelten Gesichtsausdruck einer Person sehen, verstehen wir ihren Ekel. In all diesen Fällen verstehen wir das Innenleben anderer Personen ganz intuitiv. Hier werde ich Ergebnisse vorstellen, die darauf hinweisen, dass wir andere Personen verstehen, weil wir ihre Handlungen, Sinnesgefühle und Emotionen in unserem Gehirn teilen. Premotorische Areale werden aktiv, wenn wir Handlungen sehen oder hören, somatosensorische und schmerzverarbeitende Areale, wenn wir Berührungen und Schmerzen anderer beobachten und limbische Areale, wenn wir die Emotionen anderer betrachten. Diese Aktivität ist bei besonders mitfühlenden Menschen am stärksten. Indem dieses Spiegelungssystem die Handlungen und Gefühle anderer in unsere eigenen übersetzt, können wir dann über andere nachdenken, so wie wir über uns selbst nachdenken.

0020

Auslesen subjektiver Bewusstseinszustände aus der Hirnaktivität

John-Dylan Haynes (Max Planck Institute, Human Cogn. and Brain Sciences, Leipzig)

Kann man allein auf der Basis der Gehirnaktivität einer Person bestimmen, was sie gerade denkt, fühlt, oder gar was sie gleich tun wird? Neueste Forschung hat gezeigt, dass man die Gedanken einer Person mittels bildgebender Verfahren sehr gut dekodieren und vorhersagen kann. Dazu macht man sich zunutze, dass jeder Gedanke mit einem charakteristischen räumlichen Aktivierungsmuster im Gehirn einhergeht. Wenn man einen Computer trainiert, diese Aktivierungsmuster zu erkennen, ist es möglich die Gedanken einer Person zu erraten. Damit kann man zum Beispiel allein aus der Aktivität in visuellen Gehirnregionen einer Person erschließen, was sie gerade sieht, sich vorstellt, oder wohin sie gerade ihre Aufmerksamkeit richtet (Abb. 1). Es ist sogar möglich, zu ermitteln, welches von verschiedenen Bildern sie gerade beobachtet und verarbeitet, selbst wenn die Bilder nicht das Bewusstsein erreichen weil sie nur flüchtig dargeboten werden. Eine andere faszinierende Anwendung, ist dass sich sogar die Absichten einer Person aus ihrer Gehirnaktivität in

frontalen Hirnregionen auslesen lassen. Dies ist sogar möglich lange bevor die Absichten der betreffenden Person selbst bewusst werden. Solche Forschung hat vielfältige klinische Anwendungsmöglichkeiten, wie etwa bei der Steuerung von Computern und künstlichen Prothesen mittels der Hirnaktivität von Patienten, oder bei der Diagnostik kognitiver Aktivität bei völlig paralysierten („locked-in“) Patienten. Aber es ergeben sich auch unmittelbare Parallelen zu psychiatrischen Fragestellungen, wie etwa der unbewussten Repräsentation von Absichten und Wünschen. Die Möglichkeit, die Gedanken einer Person aus ihrer Gehirnaktivität auszulesen wirft jedoch auch wichtige ethische Fragen auf, vor allem was den Schutz der „mental- en Privatsphäre“ betrifft. Literatur: Haynes, J.-D. & Rees, G. (2006): „Decoding mental states from brain activity in humans.“ *Nature Reviews Neuroscience* 7, 523–534.

0021

Subjektives Erleben und Gehirn: Neue Erkenntnisse und ihre Bedeutung für Psychiatrie und Psychotherapie

Manfred Spitzer (Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrie III)

Mittwoch, 22.11.2006 – 14.15–15.45 Uhr, Saal 03

S-018 Symposium

Nationales Aktionsbündnis für seelische Gesundheit – Für die Menschen - Gegen Ausgrenzung

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), F. Hohagen (Lübeck)

0083

Mental Health Promotion in Europe

Jürgen Scheftlein (European Commission, DG Health and Cons. protection, Luxembourg)

Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist ein Wert an sich, eine Determinante der Lebensqualität in der EU und ein wichtiger Faktor für die Erreichung der strategischen Ziele der EU: Wohlstand, Solidarität und sozialer Zusammenhalt, Sicherheit. Die Situation ist gekennzeichnet von einer Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen in den EU-Mitgliedstaaten, bei gleichzeitig großen Unterschieden im Hinblick auf die Gesundheitssituation, die politischen Rahmenbedingungen und die Gesundheitssysteme. Diese müssen anerkannt werden, sie eröffnen aber auch Möglichkeiten für einen Erfahrungsaustausch und verstärkte Koordinierung. Erfahrungen im Rahmen des EU Programms der Öffentlichen Gesundheit (2003–2008) haben gezeigt, dass Lösungen besser über gemeinsame Anstrengungen derjenigen Akteure zu erreichen sind, die die psychische Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen, z.B. der Gesundheitssektor, Schulen und der Bildungsbereich sowie die Arbeitswelt. Der Gesundheitsförderung, der Prävention und Früherkennung von Erkrankungen kommt dabei besondere Bedeutung zu. Im Oktober 2005 legte die Europäische Kommission ein konsultatives Grünbuch zur psychischen Gesundheit vor. Darin schlug sie die Erarbeitung einer Strategie zur psychischen Gesundheit auf EU-Ebene vor, im Rahmen der durch die Europäischen Verträge bestimmten Zuständigkeiten. Als Prioritäten wurden vorgeschlagen: die Förderung der psychischen Gesundheit, die Krankheits- und Suizidprävention, die Erhöhung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch sozialen Einschluss und eine Daten- und Forschungsbasis für die EU. Das Grünbuch hat große Aufmerksamkeit und viel Unterstützung gefunden. Die Reaktionen werden nun von den Kommissionsdienststellen analysiert und es ist geplant, im Frühjahr 2007 ein Strategiepapier vorzulegen.

0084

Die Bedeutung einer gesamtgesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Albert Statz (BMG, Bonn)

T. Stracke

In vielen Staaten – so auch in Deutschland – ist die Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken sozialrechtlich verankert. Dennoch ist unverkennbar, dass eine umfassende gesellschaftliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in vielen Bereichen noch nicht realisiert ist. Gründe liegen vor allem in einer unerändert bestehenden Tabuisierung und Mystifizierung psychischer Störungen. Die damit einhergehende Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen abzubauen, haben sich internationale und nationale Institutionen (Weltgesundheitsorganisation, Europarat, Europäische Union (EU), Europäisches Parlament, Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer u. v. m.) zum Ziel gesetzt. Dementsprechend unterstreichen der im Rahmen der Ministeriellen WHO-Konferenz in Helsinki im Januar 2005 konsentierter Europäische Aktionsplan oder das Grünbuch der EU-Kommission „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ die immense Bedeutung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung für die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Menschen. Die Regierungen, Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, aber auch die Gesundheitsberufe, andere Stakeholder und nicht zuletzt die Vertreterorganisationen der Patienten selbst sind aufgerufen, sich aktiv gegen jegliche Diskriminierung psychisch Kranker einzusetzen. Nationale Anti-Stigma-Programme haben sich dann als wirksam erwiesen, wenn es gelingt, alle gesellschaftlichen Kräfte auf gemeinsame Ziele hin auszurichten und zu bündeln. Nur so kann die Bevölkerung auf breiter Basis über das Wesen und die Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen aufgeklärt werden. Aus diesem Grund unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit das „Nationale Aktionsbündnis für seelische Gesundheit“. Die dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann die dort vorhandene Kompetenz einbringen. Auch die Erkenntnisse aus den innerhalb des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung geförderten Forschungsnetzen sowie der Wissensstand der Selbsthilfe müssen integriert werden.

0085

Antistigma in Forschung und Praxis – wo stehen wir heute?

Wolfgang Gaebel (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf)

Seit über 10 Jahren werden in zahlreichen Ländern zunehmend Anstrengungen unternommen, um der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter systematisch zu begegnen. Hierzu zählen Länder übergreifend die Programme der Weltgesundheitsorganisation WHO und des Weltpsychiatrieverbandes WPA, auf Länderebene Programme wie die des Royal College of Psychiatry (Großbritannien) sowie in Deutschland das Open the doors-Programm und das Nationale Bündnis für seelische Gesundheit. Durch die Stigma-Forschung und die aus den Antistigma-Interventionen gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen konnten verschiedene Strategien als besonders wirksam in der Bekämpfung des Stigmas herausgearbeitet werden, die sowohl in der Praxis neu aufgelegter Programme wie dem Nationalen Bündnis als auch bestehender lokal und regional agierender Antistigma-Initiativen zur Anwendung kommen.

S-021 Symposium

Konsiliarpsychiatrie und Konsiliarpsychosomatik – separate or united?

Vorsitz: G. Niklewski (Nürnberg), A. Diefenbacher (Berlin)

0095

Die psychiatrische Seite der Konsilmedaille

Albert Diefenbacher (Ev. KH Königin Elisabeth GmbH, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

Einleitung: Weltweit einmalig hat Deutschland im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung körperlich kranker Patienten mit psychischer Komorbidität ein zweisträngiges System entwickelt, dass auch die Trennung in zwei Facharztdisziplinen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ebenfalls weltweit einmalig, widerspiegelt. Die vergangenen Jahre waren durch, teilweise recht polemische, Auseinandersetzungen zwischen Vertretern beider Gruppen geleitet, wobei insbesondere die Angst der Psychosomater vor einer Vereinnahmung durch die „größere“ Psychiatrie zu notieren war. Auch diese konfrontative Diskussion wurde so im Bereich der konsiliarpsychiatrisch bzw. psychosomatischen Versorgung weitergeleitet.

Methode: Im Folgenden werden, auf der Grundlage von empirischen Daten (ECLW-Studie sowie ein Vergleich eines berliner psychiatrischen Konsiliardienstes mit einem Konsiliardienst in New York) hausgearbeitet, welche Schwerpunkte der psychiatrische Konsiliardienst im Vergleich zum psychosomatischen Konsildienst hat und in welchen Bereichen es Überschneidungen gibt.

Diskussion/Ergebnisse: Auf dieser Grundlage werden Vorschläge für eine verbesserte Kooperation beider Richtungen vorgelegt, die z.B. in einer gemeinsamen Leitung eines gemeinsamen CL-Dienstes bestehen könnte.

0096

Die psychosomatische Seite der Konsilmedaille

Wolfgang Söllner (Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychosomatik)
B. Stein, T. Herzog

Einleitung: In Deutschland bestehen an den meisten Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung psychiatrische und psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste nebeneinander. Es stellt sich die Frage, was diese Dienste unterscheidet und ob sie konkurrierende oder komplementäre Versorgungsangebote sind.

Methode: In der Folge der Quality Management Studie der European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) wurden in Deutschland Aspekte der Prozessqualität psychiatrischer und psychosomatischer CL-Dienste in einer multizentrischen Studie untersucht. Nach einer im Nervenarzt publizierten Einladung zur Studienteilnahme, nahmen 4 psychiatrische, 6 psychosomatische und ein klinisch-psychologischer CL-Dienst an der Studie teil. Am Klinikum Nürnberg partizipierten sowohl die psychiatrische als auch die psychosomatische Klinik an der Untersuchung. Für die Studie wurden fortlaufende Konsile mit Hilfe einer im Rahmen der ECLW-Studie entwickelten Basisdokumentation untersucht [1].

Diskussion/Ergebnisse: Psychiatrische und psychosomatische CL-Dienste unterschieden sich in mehrfacher Hinsicht. Die häufigsten Überweisungsgründe waren bei psychiatrischen Diensten „aktuelle psychische Symptome“ und die Beurteilung der Geschäftsfähigkeit, während psychosomatische Dienste am häufigsten wegen unklarer körperlichen Beschwerden und Coping- und Complianceproblemen beigezogen wurden. Die mit Abstand häufigsten Diagnosen in psychiatrischen Diensten

waren organisch begründete psychische Erkrankungen (44.1%), während dies bei psychosomatischen Diensten Angst- und Anpassungsstörungen (44.7%) waren. Affektive Störungen waren ungefähr gleich verteilt, während F1 und F2-Diagnosen häufiger in psychiatrischen, F5-Diagnosen häufiger in psychosomatischen Diensten gestellt wurden. In psychiatrischen Diensten wurden häufiger pharmakologische, in psychosomatischen Diensten häufiger psychotherapeutische Interventionen durchgeführt. Psychosomatische Dienste führten mehr Follow-up-Visiten durch und verwandten insgesamt mehr Zeit für die Interventionen, insbesondere für die Kommunikation mit Angehörigen und den Behandlungsteams. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung weisen darauf hin, dass psychiatrische Dienste eher als „schnelle Eingreiftruppe“ bei Patienten mit akuten psychiatrischen Störungen als Konsildienste zum Einsatz kommen, während psychosomatische Dienste eher zur Mitbehandlung bei chronisch Kranken mit psychischer Komorbidität im Sinne einer Liaisonkooperation beigezogen werden. Die Dienste scheinen sowohl von der Inanspruchnahme als auch von den Interventionen her komplementäre Versorgungsangebote zu sein. Literatur: [1] Herzog T, Stein B: Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie, Teil II: Europäisches Forschungsprogramm, Qualitätsmanagement und Basisdokumentation. Schattauer 2003.

0097

Konsiliar-Liaisonpsychosomatik aus universitärer Sicht

Burghard Klapp (Charité Berlin, Medizinische Klinik)

0098

Ältere Patienten im Konsildienst – die vernachlässigte Mehrheit?

Hartmut Lehfeld (Klinikum Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)
G. Niklewski

Einleitung: Untersuchungsergebnisse aus der ECLW-Studie, die in den Jahren 1997/8 im Zentrum Nürnberg erhoben wurden, warfen die Frage auf, ob ältere Patienten eine vom psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliardienst vernachlässigte Gruppe darstellen (Niklewski et al. 2001; Lehfeld et al. 2003). Der Vergleich der damals erhobenen Daten mit aktuellen Ergebnissen soll Veränderungen der gerontopsychiatrischen und -psychosomatischen Konsiliartätigkeit in den somatischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses aufzeigen.

Methode: Die Konsilianforderungen des Jahres 2005 für Patienten im Alter von 65+ Jahren an den psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliardienst des Klinikums Nürnberg wurden mit den Anmeldungen im Zeitraum August 1997 bis Juli 1998 verglichen. In die Auswertung einbezogen wurden alle Abteilungen des Standorts Süd des Klinikums Nürnberg. Berücksichtigt wurden Angaben zum Überweisungsanlaß, die vorläufigen Diagnosen sowie die Empfehlungen des Konsiliararztes für das weitere Procedere. Die Auswertung wurde deskriptiv anhand von Häufigkeitsvergleichen vorgenommen.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl der psychiatrische als auch der psychosomatische Konsiliardienst hatten zwischen 1997/8 und 2005 eine Zunahme der Konsile bei über 65jährigen Patienten zu verzeichnen. Beim Überweisungsanlass war bei beiden Diensten ein Anstieg der Bitten um diagnostische Abklärung in Kombination mit einer Therapieempfehlung feststellbar. Gleichzeitig wurde im psychiatrischen Konsildienst ein Rückgang der Geschäftsfähigkeitsbegutachtungen um 15% deutlich, die in der ECLW-Studie mit 50% den häufigsten Anforderungsrund darstellten. Diagnostisch war im psychiatrischen wie im psychosomatischen Konsiliardienst eine prozentuale Abnahme der Fo-Diagnosen, ein Anstieg der F3-Diagnosen sowie eine Zunahme der Fälle zu beobachten, bei denen beim Erstkontakt noch keine Diagnose gestellt wurde, sondern die weitere Abklärung bzw. follow-ups empfohlen wurden. Die Ergebnisse lassen sich als Hinweise auf einen Wandel gerontopsychiatrischer und -psychosomatischer Konsiliartätigkeit hin zur stärkeren Übernahme diagnostischer und kotherapeutischer Aufgaben bei somatischen Alterspatienten interpretieren.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 43

S-029 Symposium

Arbeit und psychische Krankheit

Vorsitz: M. Linden (Teltow / Berlin), W. Müller-Fahrnow (Berlin)

0138

Berufsbezogene Behandlungsangebote im stationären psychosomatischen Setting: Bedarf, Konzepte, Ergebnisse

Stefan Koch (Klinik Roseneck, Reha-Forschungsprojekt, Prien am Chiemsee)
A. Hillert

Einleitung: Berufliche Belastungen gehen nachweislich mit einem erhöhten psychosomatischen Erkrankungsrisiko einher. Zugleich führen psychosomatische Erkrankungen vermehrt zu Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und bilden einen wesentlichen Risikofaktor für Arbeitsplatzverlust und vorzeitige Berentung. Ziel von mittlerweile vier kontrollierten längsschnittlichen Evaluationsstudien bildet die Entwicklung und Evaluation kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierter, berufsbezogener Behandlungskonzepte zur Förderung der Arbeitsbewältigung psychosomatischer Patienten.

Methode: Nach Einschlusskriterien einer erhöhten beruflichen Belastung wurden in Kontrollgruppendesigns Patienten der stationären Standardtherapie (Kontrollgruppe) bzw. ergänzenden berufsbezogenen Interventionsbausteinen (Interventionsgruppe) zugewiesen. Erhoben wurden u.a. Erwerbstätigkeit und AU-Zeiten, berufliche Belastungsratings und der Gesundheitsstatus (u.a. SCL-90-R), Facetten der Arbeitsbewältigung (u.a. AVEM) sowie die berufsbezogene Behandlungszufriedenheit. Die störungsübergreifend ausgerichteten Interventionen umfassen dabei die „Berufliche Belastungserprobung (BE)“, die berufsgruppenübergreifend angebotene Therapiegruppe „Stressbewältigung am Arbeitsplatz (SBA)“, die berufsspezifische Therapiegruppe „Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf (AGIL)“ sowie das berufsbezogene Schulungskonzept „Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA)“ für Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation (Orthopädie, Kardiologie).

Diskussion/Ergebnisse: Die Behandlungsangebote werden vorgestellt und es wird ein Überblick über die Ergebnisse zum Teil laufender Evaluationen (BE: n=265; SBA: n=289; AGIL: n=160 und GSA: n=1440/angestrebt) gegeben. Insgesamt konnte ein hoher Bedarf und eine hohe Akzeptanz berufsspezifischer psychotherapeutisch fundierter Behandlungsangebote festgestellt werden. Beispielsweise ist 12 Monate nach Entlassung eine signifikante Überlegenheit von Teilnehmern der SBA-Intervention in der beruflichen Wiedereingliederung festzustellen: Während in der Kontrollgruppe (KG) die Erwerbstätigkeitsquote sank (-8,7%), war bei Teilnehmern der SBA eine Zunahme um +1,7% zu beobachten. SBA-Teilnehmer zeigten eine Abnahme des Burnout-Bewältigungstypus (AVEM) um -12,2% (KG: +3,9%), bei signifikant höherer berufsbezogener Behandlungszufriedenheit. Die Integration berufsbezogener Interventionsbausteine in die stationäre Behandlung erweist sich als wertvolle Ergänzung der Standardtherapie im Erhalt der Erwerbstätigkeit und der Reduktion risikobehafteter Bewältigungsmuster.

0139

Berufliche Reintegration schizophrener Patienten

Wolfgang Weig (Niedersächs. Landeskrankenhaus, Osnabrück)

Die Quote der Berentung schizophrener Patienten wegen Erwerbsunfähigkeit ist hoch, lange galt hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben für diese Gruppe eine eher resignative Haltung. Zur

dauerhaften Eingliederung im allgemeinen Erwerbsleben bedarf es für an schizophrenen Störungen leidende Menschen zum einen einer („katalytischen“) Rehabilitation mit spezifischer Förderung von Arbeitsfähigkeiten, zum anderen einer Anpassung von Settingbedingungen („Prothetik“). Im Rahmen der komplexen Rehabilitationsleistungen nach der Empfehlungsvereinbarung RPK wurden solche Konzepte entwickelt. Die Erfolgsaussichten sind ermutigend. Anhand der regelmäßigen Basiserhebungen und Katamnesen der BAG RPK wird diese These erläutert.

0140

Psychische Störungen nach ICD und (Arbeits-)Fähigkeitsstörungen nach ICF

Stefanie Baron (Charité Berlin – Rehazentrum, FG Psychosomatische Medizin, Teltow)
M. Linden

Einleitung: Nach den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien basiert die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit weniger auf dem aktuellen psychopathologischen Befund sondern auf sich daraus ergebenden Handlungsfähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen, die den Betroffenen daran hindern, seine berufliche Tätigkeit weiterhin auszuüben, d.h. zu Partizipationsstörungen führen. Die Feststellung einer Krankheit ist nicht hinreichend. Mit dem „Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen“ (Mini-ICF-P, Linden & Baron, 2005) lässt sich die Schnittstelle der Fähigkeitsstörungen zwischen Psychopathologie (Funktionsstörung) und Arbeitsunfähigkeit (Partizipationsstörung) operationalisieren und quantifizieren.

Methode: Es wurden 213 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik mit dem „Mini-ICF-P“ beurteilt, um festzustellen, welche Rolle Fähigkeitsstörungen und damit Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Partizipationsstörungen bei psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 spielt.

Diskussion/Ergebnisse: Ergebnisse Am stärksten beeinträchtigt waren die Bereiche „Flexibilität“, „Durchhaltefähigkeit“ und die „Fähigkeit zur Strukturierung und Planung von Aufgaben“. Es ergaben sich für ausgewählte Diagnosegruppen unterschiedliche Profile von Fähigkeitsstörungen. Bei Patienten mit phobischen Störungen (F40) beispielsweise fand sich erwartungsgemäß am stärksten eine Einschränkung bzgl. der „Wegefähigkeit“ (F-40-Diagnose: M=1,76, SD=1,10; ohne F40-Diagnose: M=0,17, SD=0,48; $p<0,001$). 125 Patienten waren bei Aufnahme arbeitsfähig, 88 arbeitsunfähig und davon 40% 4–6 Monate, 29% 7–12 Monate und 19% länger als 12 Monate. Bei Aufnahme arbeitsfähige Patienten hatten in allen Fähigkeitsdimensionen weniger Beeinträchtigungen als Langzeitarbeitsunfähige (über 12 Monate). Besonders relevant für eine AU sind die Fähigkeitsstörungen im Bereich des „Durchhaltevermögens“ (z.B.: AU, M=1,56, SD=1,02; nicht-AU: M=0,81, SD=0,91; $p<0,001$) der „Fachlichen Kompetenz“ und der „Flexibilität“. Diskussion Die Ergebnisse zeigen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Fähigkeitsstörungen einerseits und Fähigkeits- und Partizipationsstörungen im Sinne von Arbeitsunfähigkeit andererseits gibt. Aus dem psychopathologischen Befund müssen Handlungsfähigkeitsstörungen abgeleitet werden, die Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine psychische Störung kann nicht mit Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt werden. Literatur Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V, Bundesanzeiger Nr. 61 vom 27.3.2004 Linden, M., Baron, S. (2005). Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P): Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Rehabilitation, 44: 144–151 Schlüsselwörter: ICF, Arbeitsunfähigkeit, Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen, Partizipationsstörungen Kontakt: Dipl.-Psych. Stefanie Baron, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow Tel.: 03328 / 345-678 Fax: 03328 / 345-555 e-mail: FPR@charite.de

0141

Grundsätze der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Werner Müller-Fahrnow (Charité Berlin, Versorgungssystemforschung)
M. Radoschewski

Einleitung: Der Stellenwert medizinisch-beruflicher Orientierung in der Rehabilitation lässt sich auf drei Argumentationsebenen ableiten, der empirisch-epidemiologischen (1), der theoriegestützten (2) und der sozialrechtlichen (3).

Methode: 1. Chronische Krankheiten, Multimorbidität und ihre mittel- und langfristigen Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität dominieren auch die medizinische Rehabilitation in der Erwerbsphase. Drei Krankheitsgruppen decken etwa $\frac{2}{3}$ des Diagnosespektrums der stationären Reha-Leistungen der Rentenversicherung sowohl bei Männern als auch Frauen ab, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (36%), Psychische und Verhaltensstörungen (18%) und Krankheiten des Kreislaufsystems (10%). Nahezu die Hälfte der Patienten hat das Alter von 50 Jahren noch nicht erreicht (DRV Bund 2005). Etwa $\frac{1}{3}$ der Rehabilitanden in den somatischen und nahezu die Hälfte in den psychosomatischen Indikationsbereichen weisen bereits stärkere Einschränkungen der Teilhabe am Erwerbsleben auf (lange AU-Zeiten, reduzierte Belastbarkeit). Diese Gruppe mit erhöhtem Bedarf an medizinisch-beruflich Orientierung imponiert auch durch schlechtere psychische Befindlichkeit und bei somatischer Indikation durch häufigere psychische Co-Morbidität. 2. Das bio-psycho-soziale Modell der funktionalen Gesundheit der Internationalen Klassifikation der Funktionsstörungen (ICF) gilt als Paradigma der Rehabilitation. Es definiert die Komponenten und die Komplexität der funktionalen Gesundheit (Körperfunktion-/struktur, Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren), ihre wechselseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBO) findet ihre theoretische Begründung im Aktivitätskonzept, einem Bestandteil des ICF-Modells. Nicht die Krankheit sondern ihre funktionalen Folgen stehen im Mittelpunkt von Diagnostik und Therapie. Idealtypisch leitet sie die individuellen Leistungsanforderungen aus dem subjekt- und umweltbezogenen Kontext beruflicher Teilhabe ab. Sie betrachtet die Leistung (Performance) und ihre Defizite gegenüber den Leistungsanforderungen. Sie bestimmt die Leistungsfähigkeit (Capacity) und sie beeinträchtigende Faktoren und optimiert die Leistungsfähigkeit durch therapeutische Maßnahmen so, dass eine größtmögliche Übereinstimmung von Leistung (Performance) und Leistungsanforderung resultiert. 3. Erwerbsfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung der Teilhabe am Erwerbsleben. Sie bei bestehenden gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen zu gewährleisten, zu bessern oder wiederherzustellen, ist spezifischer gesetzlicher Auftrag der Rentenversicherung als Reha-Träger (§§ 9, 10 SGB VI). Literatur DRV Bund 2005 VDR Statistik Rehabilitation 2004, Band 154 Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM: Theoretische Grundlagen der MBO-Rehabilitation; In: Müller-Fahrnow/Hansmeier/Karoff (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation; Lengerich: Pabst Science Publishers 2006. S. 36–46

0142

Arbeitsängste und Arbeitsplatzphobie

Beate Muschalla (Charité Berlin – Rehazentrum, FG Psychosomatische Medizin, Teltow)
M. Linden

Einleitung: Die Angst vor dem Arbeitsplatz ist ein häufiges Phänomen, das nach klinischer Erfahrung wesentlich zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit beiträgt. Das Thema hat bislang in der wissenschaftlichen Literatur jedoch kaum Beachtung gefunden.

Methode: In einer Untersuchung an Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurde mittels eines standardisierten diagnostischen Interviews auf der Basis des DSM-IV nach psychischen Erkrankungen insgesamt und arbeitsplatzbezogenen Ängsten im Speziellen gefragt.

Diskussion/Ergebnisse: 71% der Frauen und 54% der Männer berichteten Arbeitsplatzbezogene Ängste. 20,5% klagten über Panik am Arbeitsplatz, 58% über phobische Ängste bezüglich des Arbeitsplatzes, 34,1% über sozialphobische Ängste am Arbeitsplatz, 39,4% über generalisierte Ängste bezüglich des Arbeitsplatzes und 1,5% über eine arbeitsplatzbezogene PTSD. 14% der Patienten mit Arbeitsplatzängsten litten nicht unter einer generellen Angststörung. Diskussion: Arbeitsplatzängste sind häufig, sie kommen unabhängig von sonstigen Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen vor, sie sind kein uniformes Phänomen und sie sollten mehr wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten. Literatur: LINDEN M, OBERLE-THIEMANN C, WEIDNER C: Arbeitsplatzphobie. Münchener Medizinische Wochenschrift Fortschritte der Medizin, 2003, 145, 33–36 LINDEN M: Angst vor dem Arbeitsplatz. In: MEISSEL T (Hrsg.): Zur Einbürgerung des psychisch Kranken. Edition pro mente, Linz 2005, S. 175–183 LINDEN M, WEIDNER C: Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Der Nervenarzt 2005, 76, 1421–1431 LINDEN M: Arbeitsplatzängste und -phobien. In: MÜLLER-FAHRNOW W, HANSMEIER T, KAROFF M (Hrsg.): wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Verlag, Lengerich 2006, S. 181–192

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 04/05

DF-001 Diskussionsforum

Hirn als Subjekt? Diskussionsforum des Referates Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie

Vorsitz: T. Fuchs (Heidelberg), M. Heinze (Bremen)

Mit dem diesjährigen Schwerpunktthema „Subjektivität und Hirnentwicklung“ macht die DGPPN auf die Aufgabe von Psychiatrie und Psychopathologie aufmerksam, das Subjektsein der behandelten Patienten zu reflektieren und adäquate Konzeptionen von Subjektivität zu entwickeln. Angesichts der von den Neurowissenschaften ausgelösten Debatten stellt sich dabei die Frage, wie historisch und kulturell tradierte Konzeptionen von Subjektivität mit den Ergebnissen der Neurobiologie zur Deckung zu bringen sind. Ist das Gehirn mit seinen Funktionen als Substrat oder Träger von Subjektivität anzusehen? Ist das Subjekt nur sein eigener Schein und das eigentliche Subjekt das Gehirn selbst? Was bedeuten diese Fragen schließlich für unser Verständnis von psychischer Krankheit und für das Selbstverständnis von Patienten? In der öffentlichen Veranstaltung sollen prominent vertretene Positionen zu diesen Fragen aus Psychiatrie, Neurowissenschaften, Psychotherapie und Philosophie vorgestellt und kontrovers diskutiert werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.3

S-038 Symposium

Ärztliches Entscheidungsverhalten als Determinante der Behandlungsqualität

Vorsitz: W. Kissling (München), M. Linden (Teltow / Berlin)

0183

Medical Decision Making: ein neues Gebiet der medizinischen Grundlagenforschung?

Werner Kissling (TU München, Psychiatrische Klinik)
J. Hamann, R. Mendel

Entscheidungsforschung ist seit Jahrzehnten ein wichtiger Bestandteil der wirtschaftswissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen-

forschung (1). Sie beschäftigt sich mit der Frage, wie Entscheidungen zustande kommen, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen und wie der Entscheidungsprozess und die Ergebnisse von Entscheidungen optimiert werden können. In dem hierzulande noch relativ unbekannten Teilgebiet Medical Decision Making (MDM) werden die Methoden der Entscheidungsforschung auf medizinische Entscheidungen übertragen. Dabei wird u.a. der Frage nachgegangen, wie diagnostische und therapeutische Entscheidungen getroffen werden, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen und wie Fehlentscheidungen vermieden werden können. Besonderheiten medizinischer Entscheidungen liegen u.a. darin, dass hier der ärztliche Entscheider nicht für sich selbst sondern für einen anderen (den Patienten) entscheidet. Oft sind an einer im Behandlungsteam getroffenen Entscheidung auch mehrere Personen und Berufsgruppen beteiligt. Diese besonderen Rahmenbedingungen medizinischer Entscheidungen stellen – ebenso wie die verstärkte Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungen (Shared Decision Making) – eine große methodische Herausforderung auf diesem neuen Forschungsgebiet dar. Da fast alle relevanten medizinischen Fragen mit ärztlichen Entscheidungen zusammenhängen, handelt es sich bei der Erforschung des Medical Decision Making um medizinische Grundlagenforschung. MDM ist auch eng mit Evidenz basierter Medizin verknüpft. Denn ob und wie wissenschaftliche Evidenz in medizinisches Handeln umgesetzt wird, hängt letztlich immer von der Entscheidung des behandelnden Arztes ab und seine Entscheidungen wiederum werden von zahlreichen nicht Evidenz basierten Faktoren beeinflusst (persönliche Charakteristika des Arztes, institutionelle oder gesundheitspolitische Rahmenbedingungen etc.). Angesichts der immensen Bedeutung ärztlicher Entscheidungen für Behandlungsergebnisse und Kosten überrascht es, wie wenig bekannt und wie wenig gefördert das Gebiet des MDM in Deutschland noch ist. Ziel des Referates ist es, die Bedeutung dieses neuen Forschungsgebiets herauszustellen und zu zeigen, für welche psychiatrischen Fragen mit Hilfe dieser Methode eventuell neue Antworten gefunden werden können. Literatur: 1. KAHNEMAN, D, SLOVIC, S, & TVERSKY, A (Eds.). (1982). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. New York: Cambridge University Press. 2. HAMANN J, LANGER B, LEUCHT S, BUSCH R, and KISSLING W. Medical decision making in antipsychotic drug choice for schizophrenia. Am J Psychiatry 161:1301–1304, 2004. 3. HAMANN J, KOLBE G, COHEN R, LEUCHT S, and KISSLING W. How do psychiatrists choose among different antipsychotics? Eur J Clin Pharmacol 61:851–854, 2005. 4. HAMANN J, ADJAN S, LEUCHT S, and KISSLING W. Psychiatric decision making in the adoption of a new antipsychotic agent. Psychiatr.Serv. 57:700–3, 2006.

0184

Altersstereotyp und Therapiewahl

Michael Linden (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

Einleitung: Ärztliches Handeln ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass ständig Entscheidungen zu fällen sind. Von daher stellt sich die Frage, warum und wie eine bestimmte Entscheidung so gefällt wird, wie sie gefällt wird. Dies betrifft die Auswahl eines Arzneimittels ebenso wie die Wahl einer bestimmten verbalen Äußerung bei einer Psychotherapie oder die Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus. Trotz der enormen Bedeutung sind die Prozesse einer rationalen ärztlichen Entscheidungsfindung bislang jedoch kaum wissenschaftlich untersucht worden bzw. entsprechende wissenschaftliche Kenntnisse kaum in der Praxis rezipiert worden.

Methode: Zur Untersuchung von Therapieentscheidungen bei alten Patienten wurden 121 niedergelassenen Allgemeinärzten identische Fallvignetten vorgelegt, bei denen als Alter einmal 86 und einmal 36 angegeben wurde. Die Ärzte wurden um ihre diagnostische Einschätzung und ihre Therapieempfehlungen gebeten.

Diskussion/Ergebnisse: Abhängig von der Altersangabe unterschieden sich die diagnostischen und therapeutischen Schlussfolgerungen sig-

nifikant. Die Entscheidungen bei dem „alten“ Patienten dauerten signifikant länger als bei dem „jungen“ Patienten. Alter ist eine wichtige Variable in der ärztlichen Entscheidungsfindung. Sie beeinflusst Diagnose und Therapie. Hierbei spielen Altersstereotype und die mit dem Alter einhergehende Informationskomplexität eine wichtige Rolle.

0185

Beeinflusst die Rolle des Entscheiders das Ergebnis medizinischer Entscheidungen?

Rosmarie Mendel (TU München, Psychiatrische Klinik)

J. Hamann, W. Kissling

Obwohl ärztliche Entscheidungen für zahlreiche Probleme im Medizinbetrieb verantwortlich gemacht werden, spielt die medizinische Entscheidungsforschung immer noch eine untergeordnete Rolle (1). Um festzustellen, wo und von wem bei medizinischen Entscheidungen welche Fehler gemacht werden und um Ansatzpunkte für Strategien zur Verbesserung ärztlicher Entscheidungen zu finden, reichen die bisherigen Analysen auf der Makroebene, wie z.B. die globale Auswertung von Verordnungsdaten, nicht aus. Vielmehr bedarf es einer detaillierten Untersuchung einzelner Entscheidungsprozesse. Im Rahmen solcher Untersuchungen konnte z.B. gezeigt werden, dass die Qualität einer diagnostischen Entscheidung maßgeblich von der Art der ärztlichen Informationssuche abhängt (2). So zeigte sich, dass Ärzte, die bevorzugt solche Informationen suchen, die ihre Vorannahmen unterstützen, häufiger eine falsche Diagnose stellten als Ärzte, die eine ausgewogene (d.h. vorannahmenunterstützende und -widersprechende) Informationssuche zeigten. In einer weiteren Studie wurde jetzt überprüft, inwieweit die Rolle, die eine Person bei einer medizinischen Entscheidung innehat, den Entscheidungsprozess und das Entscheidungsergebnis beeinflusst. Es wurde untersucht, ob Personen, die für sich selbst eine Entscheidung treffen (Patientenrolle), sich anders verhalten, als Personen, die andere Menschen bei einer Entscheidung beraten (Arztrolle, Angehörigenrolle). Diese Frage wurde zuerst anhand einer Stichprobe von 54 medizinischen Laien untersucht. Dabei sollte die eine Hälfte der Probanden für sich selbst ein Neuroleptikum auswählen (Patientenrolle), die andere Hälfte der Probanden sollten einem Patienten ein Neuroleptikum empfehlen (Beraterrolle). Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen: die Personen, die für sich selbst ein Medikament auswählen sollten, legten mehr Wert auf einen schnellen Wirkeintritt während sich die Berater eher für das Medikament mit der stärksten Wirkung entschieden. Außerdem suchten die Selbstentscheider weniger nach zusätzlichen Informationen über das Medikament als die Berater und änderten auch häufiger ihre Entscheidung als die Berater, wenn sie zusätzliche Informationen über die beiden Medikamente erhielten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei medizinischen Entscheidungen die Rolle des Entscheiders einen großen Einfluss auf die Entscheidung hat. Inwieweit sich diese Ergebnisse auf ärztliche Entscheidungen übertragen lassen, wird momentan geprüft. Literatur HAMANN J, LANGER B, LEUCHT S, BUSCH R, and KISSLING W. Medical decision making in antipsychotic drug choice for schizophrenia. Am J Psychiatry 161:1301–1304, 2004. MENDEL R. Informationssuche im psychiatrischen Entscheidungsprozess. Der Nervenarzt. DGPPN-Kongress 2005, Abstractband.

0186

Welche Entscheidungen werden eigentlich bei der stationären Behandlung schizophrener Patienten getroffen?

Johannes Hamann (Technische Universität München, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Die Einbeziehung von Patienten in wichtige therapeutische Entscheidungen wird zunehmend als notwendig und wünschenswert angesehen („Shared Decision Making“, „Partnerschaftliche Entscheid-

ungsfindung“). Unklar ist jedoch, ob dieser häufig aufwendige – Prozess wirklich bei jeder Entscheidung durchlaufen werden muss, oder ob es auch Entscheidungen gibt, die weiterhin allein der Arzt treffen sollte. Um diese Frage beantworten zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Entscheidungen überhaupt in der realen Patientenversorgung getroffen werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb am Beispiel der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie abzubilden, welche Entscheidungen im Laufe des Behandlungsprozesses aus Sicht der Ärzte und Patienten getroffen werden.

Methode: Querschnittuntersuchung stationär behandelter Patienten mit Schizophrenie und ihrer behandelnden Ärzte. Interviews zu in der Vorwoche getroffenen Entscheidungen.

Diskussion/Ergebnisse: Hinsichtlich der Anzahl, Art und Detailliertheit erinnelter Entscheidungen zeigten sich z.T. deutliche Unterschiede zwischen Patienten und Ärzten. Zu den häufigsten genannten Entscheidungen gehören medikamentöse Veränderungen sowie Ausgangsregelungen. Psychosoziale Themen/Entscheidungen werden nur selten erwähnt.

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 03

HS-007 Hauptsymposium

Subjektivität und Gehirn – lässt sich das Subjekt naturalisieren?

Vorsitz: M. Heinze (Bremen), T. Fuchs (Heidelberg)

Zunehmend genaue Korrelationen von subjektiven Erlebnisformen und neurobiologischen Funktionen legen den Versuch nahe, Subjektivität und Bewusstsein zu naturalisieren, also gänzlich auf neuronale Prozesse zurückzuführen. Dies hätte bedeutsame Konsequenzen für das psychiatrische Verständnis seelischer Störungen und ihre mögliche Behandlung. Die unmittelbare Veränderung zerebraler Funktionen und Stoffwechselvorgänge könnte dann gegenüber der Beeinflussung subjektiver Erlebnisweisen den Vorrang erhalten. Auch wenn monistische Auffassungen des Verhältnisses von Gehirn und Geist derzeit dominieren, bleibt jedoch die Frage, ob für die Psychiatrie ein methodischer und praktischer Dualismus der Perspektiven der 1. und der 3. Person nicht unerlässlich ist. Diese Problemstellungen sollen in einem interdisziplinären Symposium, nämlich aus philosophischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht, beleuchtet werden.

0022

Ist Subjektivität naturalisierbar?

Manfred Frank (Universität Tübingen, Philosophisches Seminar)

‘Naturalisieren’ heißt: Phänomene unseres geistig-seelischen Lebens auf natürliche Tatsachen zurückzuführen, wie es die sind, von denen die Physik (als Basiswissenschaft aller Entitäten des Raum-Zeit-Systems) handelt. Die Naturalisierung ist eine Form der Reduktion; und unter ‘Reduktion’ versteht man die Ersetzung einer Klasse von Phänomenen durch eine andere *salva veritate*, also ohne Veränderung des Wahrheitswerts. Für Reduktionen spricht die Sparsamkeitsmaxime („Occams Rasiermesser“), nach der Entitäten nicht ohne Grund vervielfältigt werden sollen. Im gegebenen Fall: Kann ich Geistig-Seelisches auf Naturales reduzieren, so ist meine Ontologie sparsamer als etwa die des Substanz-Dualismus, der für Geist und Leib zwei irreduzible Seinsbezirke annehmen muss. Ich verstehe unter Subjektivität die Klasse der mentalen Aktivitäten und Erlebnisse, für die es wesentlich ist, dass sie mit sich vertraut sind. Diese Vertrautheit kann das mentale Ereignis selbst (anonym, unbegrifflich) oder den Träger desselben (das ‘Ich’, begrifflich) betreffen. Im ersten Falle ist es üblich geworden, von Selbstbewusstsein (self-awareness, self-consciousness), im zweiten, von Selbstwissen (self-knowledge) zu sprechen. In beiden

Varietäten jedoch scheint Subjektivität auf naturale Prozesse bzw. auf Gegenstände irreduzibel. Die Analogie, die etwa zwischen Wasser und H₂O oder zwischen Wärme und mittlerer Molekülbewegung besteht, lässt sich nicht ebenso auf das Verhältnis (etwa) von Schmerz und der entsprechenden C-Faser-Reizung übertragen. Parallel lässt sich ein Ich-Wissen nicht auf die Kenntnis eines Gegenstandes (etwa eines mich reflektierenden Spiegels) reduzieren. Gegenständliche Selbstthematisierungen (‘Reflexionen’) gelingen nur auf der Basis eines vorgängigen ungegenständlichen (‘präreflexiven’) Vertrautseins. Natürlich gibt es in der Philosophy of Mind zahlreiche scharfsinnige Versuche, Selbstbewusstsein, Selbstwissen und neuronale Vorgänge doch aus verschiedenen Zugangsweisen zum selben Phänomen verständlich zu machen. Immer wieder werden sie jedoch mit dem „explanatory gap“ konfrontiert. Die Funktion dieses Einwandes ist freilich nicht, neurobiologische Aufklärungsanstrengungen zu entmutigen, sondern sie zu angemessen differenzierter Phänomenwahrnehmung anzuhalten.

0023

Psychiatrie – Philosophie der Berührung: Spontaneität als Konstituenten von Subjektivität

Hinderk M. Emrich (Medizin, Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Subjektivität bedeutet eine spezifische Erlebens- und Wirklichkeitserfahrungsstruktur lebendiger Wesen, von Personen. Subjektivität hat man, indem man in ihr steht; man kann sie nicht quasi noch einmal „von außen gewinnen“. Insofern ist eine neurobiologische Theorie der Subjektivität ein erratischer Block, eine Quadratur des Kreises. Letztlich geht es um die Frage, ob es ein Neurophilosophie in legitimen Sinne geben kann, zumindest eine Subjekt-Neurophilosophie.

Methode: Zur Bewegung der Fragestellung wird ausgegangen von J.G. Fichtes Konzept der „Spontaneität des Ich“ und seiner Konzeption der Brechung von Spontaneität durch die „Widerständigkeit“ des Außenstehenden.

Diskussion/Ergebnisse: Im Hinblick auf die aktuelle Gehirn-Geist-Debatte wird diese Argumentationslinie weitergeführt.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 08

S-047 Symposium

Subjektivität und psychiatrische Praxis

Vorsitz: M. Heinze (Bremen), A. Heinz (Berlin)

0228

Eine kurze Geschichte der Subjektivität

Klaus Brücher (AMEOS Klinik Dr. Heines, Bremen)

Der diesjährige Kongress nimmt unter dem Hauptthema „Subjektivität und Hirnentwicklung“ vielfach Bezug auf Subjektivität. Aber wissen wir, was Subjektivität ist oder auch nur, was wir damit jeweils meinen? Der Vortrag untersucht Subjektivität als Problem wie als Lösung, d.h. als neues Problem. Drei Aspekte werden beleuchtet: 1. Subjektivität als Problem für Wissenschaft und seit Kant als Programm, Wissenschaft zu begründen. 2. Subjektivität als Beschreibung unserer selbst im Sinne von autonom handlungsmächtigen Wesen, die interaktiv geteilte Bedeutungen generieren und damit eine gemeinsame Welt. 3. Neuere Erosionstendenzen des Subjekt-Konzepts. Wie die Welt der Wissenschaft mit der Alltagswelt zusammenhängt, lässt sich unter Rekurs auf George Spencer Browns „Laws of Form“ (1969) zeigen. Die ursprüngliche Namenlosigkeit wird gebrochen durch eine erste Unterscheidung,

diese setzt ein Motiv voraus (denn was soll in welcher Hinsicht unterschieden werden?), dieses Motiv aber eine vorgängige Unterscheidung usf. Dieser infinite Regress zeigt: Die erste Entscheidung liegt immer ausserhalb des jeweiligen formalisierten Systems, d.h. Objektivität ist prinzipiell in Subjektivität fundiert und diese durch jene nicht einzuholen. Das höchste Wissenschaftsideal wäre daher Selbsttransparenz, nicht methodischer Rigorismus.

0229

Subjekt und Individuum oder Die psychiatrische Praxis und das Problem der interindividuellen Varianz

Christian Kupke (Charité Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Unter dem Einfluss empirischer und pragmatistischer Theorien und eines damit einhergehenden Niedergangs transzendentalistischer Konzepte wird in den gegenwärtigen psychiatrischen Debatten, wenn überhaupt, immer weniger zwischen Subjekt und Individuum unterschieden: Eine subjektzentrierte psychiatrische Forschung (z.B. im sozialpsychiatrischen Kontext) scheint auch eine individuumszentrierte Forschung zu sein und umgekehrt. Das aber heißt: In der Psychiatrie geht zunehmend das Wissen darüber verloren, wodurch sich eigentlich ein Subjekt von einem Individuum oder – was für die Praxis der Psychiatrie noch weitaus gravierender ist – wodurch sich ein Individuum von einem Subjekt unterscheidet. In meinem Vortrag möchte ich zeigen, dass es, gegenüber diesem zeitgenössischen Trend, wichtig ist, im psychiatrischen Kontext weiterhin an der Differenz zwischen Subjekt und Individuum festzuhalten, u.z. auch unabhängig davon, ob man bereit ist, einem transzendentalistischen Begriff des Subjekts zu folgen oder nicht. Die Relevanz des Unterschieds zeigt sich – so meine erste These – ganz einfach daran, dass wir es in der Praxis der Psychiatrie stets mit einem Individuum und nie nur mit einem Subjekt zu tun haben; d.h. das Subjekt besitzt einen weitaus höheren Allgemeinstatus. Und sie zeigt sich – so meine zweite These – an der bislang noch uneingeschalteten Subjektorientierung der Neurowissenschaften, die mit einem Re-entry dieser Unterscheidung in dem Moment konfrontiert sind, in dem sie sich eigentlich, um ihre Forschungen falsifizieren zu können, dem „individuellen Gehirn“ zuwenden müssten. Zur letztgenannten Problematik werde ich, gemeinsam mit meinem neurophilosophischen Kollegen Kai Vogele, auf einige aktuelle, v.a. methodologische Probleme der gegenwärtigen neurowissenschaftlichen Forschung eingehen. Dabei wird die Entdeckung der so genannten „interindividuellen Varianz“ eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

0230

Der Leib – vom natürlichen zum sozialen Subjekt

Thomas Fuchs (Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgem. Psychiatrie)

Die Fortschritte der Entwicklungspsychologie und der Neurobiologie haben den grundlegenden Zusammenhang der biologischen mit der sozialen Natur des Menschen auf neue Weise in den Vordergrund gerückt. Es zeigt sich, dass sowohl der menschliche Organismus als auch das subjektive Leberleben von Anfang an auf Intersubjektivität, auf „Zwischenleiblichkeit“ hin angelegt sind. Dieser besonders für die Entwicklungspsychopathologie bedeutsame Zusammenhang wird anhand verschiedener Funktionsweisen dargestellt, in denen der Leib erscheint: 1. als „fungierender“, mit der Umwelt vertrauter Leib, der sich in der frühen Kindheit vor allem im Umgang mit kulturellen Gegenständen ausbildet; 2. als „pathisch-triebhafter“ Leib, der sich im Begehren immer schon an die Anderen wendet; 3. als „Resonanzleib“, der durch seine Spiegelungs-, Simulations- und Nachahmungsprozesse die grundlegende Kommunikation mit anderen und damit die primäre Zwischenleiblichkeit herstellt; 4. als „inkorporativer Leib“, der aus der sozialen Sphäre Haltungen und Rollen anderer übernimmt und sich als zweite Natur aneignet. Es wird gezeigt, wie der menschliche Leib auf verschiedene Weisen den Übergang von der natürlichen zur sozialen Subjektivität vermittelt.

0231

Aspekte von Subjektivität: Sich-verhalten-können und Assoziativität

Martin Heinze (Klinikum Bremen Ost, Behandlungszentren Mitte/West)

Der Vortrag geht im Wesentlichen drei Hauptthesen nach. Erstens: die Grundlegung einer Philosophie der Psychopathologie lässt sich nur im Rahmen einer Theorie der Subjektivität leisten. Zweitens: die zu dieser Grundlegung notwendige Theorie der Subjektivität muss eine Theorie konkreter Subjektivität sein, d.h. sie muss die historische Bedingtheit menschlicher Existenz akzeptieren und die konkreten sozialen Verhältnisse der Patienten mit in die Analyse einbeziehen. Und drittens: als angewandte Theorie konkreter Subjektivität ergründet die Psychopathologie in ihrem klinischen Vorgehen den in den Aussagen und Ausdrucksphänomenen der Betroffenen deutlich werdenden Verlust an Selbstbestimmung bzw. stellt das Leiden an der durch einen solchen Verlust erlebten Einschränkung oder sogar Verunmöglichung von Selbstverwirklichung ins Zentrum ihrer Arbeit. Mit diesem letzten Punkt wird deutlich, dass Subjektivität als Leitbegriff der Psychopathologie praktisch psychiatrisch und psychotherapeutisch darauf abzielt, Realisierung von Freiheit in der menschlichen Existenz zu untersuchen und im therapeutischen Prozess zu befördern. Die Explikation einer solchen Orientierung an subjektiv gelebter Freiheit erfolgt durch zwei Begriffe der Tradition: Dem Begriff des Sich-verhalten-Könnens von Wolfgang Blankenburg und dem der assoziativen Freiheit von Milan Prucha.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-055 Symposium

Emil Kraepelin zum 150. Geburtstag

Vorsitz: H. Hippus (München), P. Hoff (Zürich)

0268

Kraepelin in Leipzig: Die Begegnung mit Wilhelm Wundt

Holger Steinberg (Universität Leipzig)

Einleitung: Der Philosoph und Psychologe Wilhelm Wundt (1832–1920) übte sowohl auf die persönliche als auch auf die wissenschaftliche Findungsphase des jungen Emil Kraepelin (1856–1926) wesentlichen Einfluss aus. Obgleich sich eine forschersche Kooperation nachfolgend kaum ergab, blieb der Leipziger Lehrvater, auch aufgrund einer engen menschlichen Übereinstimmung, ein wichtiger Bezugspunkt im Leben und Werk Kraepelins. Nachdem Letzterer bereits als Medizinstudent der Universität Leipzig die Bekanntschaft Wundts gesucht und dessen Aufmerksamkeit gefunden hatte, geht er ihn als unbefriedigter psychiatrischer Assistenzarzt um Rat an. Er will in Wundts Labor die experimentalpsychologische Methodik erlernen und erhofft sich durch deren Anwendung bei seinen Patienten für das Verstehen der zu einem Großteil noch nicht voneinander unterschiedenen psychischen Krankheiten wesentliche Aufschlüsse. Während seiner Leipziger Phase der Jahre 1882/83 wird Wundt nicht nur zu einem väterlichen Freund und Rückhalt, sondern es wandelt sich auch Kraepelins Auffassung von der Wissenschaft Psychiatrie, die sich an Wundts epistemologischem Vorgehen ausrichtet.

Methode: Der Vortrag will vor allem die Begegnung Kraepelins mit Wundt anhand ihres persönlichen Schriftverkehrs illustrieren und abschließend einige Implikationen über Niederschläge des Wundt'schen Einflusses in der Kraepelin'schen Psychiatrie anfügen.

Diskussion/Ergebnisse: Zwar gelingt es Kraepelin nicht nachhaltig, seine ursprüngliche Intention zum Erfolg zu führen und die Erkenntnisgrundlage der Psychiatrie durch die Einführung des experimen-

talpsychologischen Versuchs grundlegend zu erweitern, aber er erkennt, geschult an der experimentellen Methodik, die Bedeutung streng deskriptiv-empirischer Arbeitstechniken. Diese unterliegen als eine Vorbedingung seiner klinisch-empirischen Psychiatrie und fernerhin prägt diese Wundt'sche Schule seinen ausgesprochenen Pragmatismus und seine Überzeugung von den zu entdeckenden naturgegebenen Krankheitsentitäten. Der Experimentalpsychologie weist Kraepelin schließlich den Status einer psychiatrischen Hilfswissenschaft innerhalb eines ganzen pluridimensionalen Konzeptes zu.

0269

Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Kraepelins Dorpater Antrittsvorlesung von 1886

Matthias M. Weber (Max-Planck-Institut, Historisches Archiv, München)

Einleitung: Emil Kraepelin (1856–1926) ist der Psychiatrie heute hauptsächlich als Autor seines in neun Auflagen erschienenen Lehrbuchs bekannt. Programmatische Äußerungen Kraepelins, die für das Verständnis seines Werkes nicht weniger wichtig sind, finden sich jedoch auch in anderen Texten, die bisher nur in weitaus geringerem Umfang rezipiert wurden. Diesbezüglich kommt insbesondere Kraepelins Antrittsvorlesung „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung“ von 1886 eine herausragende Bedeutung zu. Vor allem aufgrund der Fürsprache seines Mentors Wundt erreichte Kraepelin trotz der unruhlichen und für seine akademische Karriere nachteiligen Auseinandersetzung mit Flechsig in Leipzig 1882 sein Lebensziel, im Alter von 30 Jahren eine Professur für Psychiatrie zu erhalten. Die kaiserlich-russische Universität Dorpat (Tartu/Estland) berief ihn 1886 als Nachfolger von Emminghaus.

Methode: Kraepelin wies in seiner Antrittsvorlesung, die er im September 1886 hielt, nicht nur die spekulativen Auffassungen der romantischen Epoche, wie etwa von Heinroth zurück, sondern auch die weitreichenden Vermutungen der zeitgenössischen Neuroanatomie und -pathologie, insbesondere von Meynert. Ebenso kritisierte er das Modell der Einheitspsychose und das häufig zu beobachtende Zurücktreten der eigentlichen klinischen Forschung hinter Fragen aus den – als solchen zweifellos notwendigen – „Hilfswissenschaften“. Das Ziel eines „naturwissenschaftlichen Verständnisses der psychischen Krankheiten“ war für Kraepelin dagegen am ehesten durch eine differenzierte klinische Beobachtung in Verbindung mit den Methoden der experimentellen Psychologie zu erreichen, wobei er insgesamt eine kritische Haltung hinsichtlich der zu erwartenden Ergebnisse einnahm.

Diskussion/Ergebnisse: Damit hatte Kraepelin sowohl seine grundsätzliche Auffassung von psychiatrischer Forschung dargelegt als auch ein langfristiges Untersuchungsprogramm entwickelt, das teilweise auch noch sein 1916 verfaßtes Konzept für die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in bestimmte.

0270

Zur Kraepelin-Rezeption nach 1926

Paul Hoff (Universitätsklinik Zürich, Soziale Psychiatrie)

Wie bei fast allen prägenden Figuren in der Geschichte der Psychiatrie pendelt auch bei Emil Kraepelin die aktuelle Wahrnehmung seines Werkes zwischen den beiden Extremen der unkritischen Hagiographie und der ebenso unkritischen pauschalen Disqualifizierung. Und genau diese Spannbreite findet sich auch in der Kraepelin-Rezeption nach seinem Tod im Jahre 1926. Der Vortrag arbeitet unter Betonung des deutschsprachigen Bereiches wesentliche Linien dieser Entwicklung heraus und stellt einzelne Positionen in ihren jeweiligen Kontext. Dabei handelt es sich um Äusserungen über Kraepelin, wie sie heterogener nicht sein könnten – etwa von Robert Gaupp, Kurt Kolle, Kurt Schneider, Werner Janzarik, Michael Shepherd sowie von massgeblichen „antipsychiatrischen“ und „neokraepelinianischen“ Autoren. Obwohl es gewiss keine ungebrochene Linie gibt zwischen Kraepelins ur-

sprünglichen Positionen und ihren heutigen Spielarten, so bleibt doch festzuhalten, dass Kraepelins Kernaussage – die Existenz und Erkennbarkeit „natürlicher psychiatrischer Krankheitseinheiten“ – auch für die stark neurowissenschaftlich geprägte Psychiatrie des beginnenden 21. Jahrhunderts einen markanten Orientierungspunkt darstellt.

0271

Der neue Instaurationsdiskurs in der Psychiatrie: Emil Kraepelin in der Retrospektive

Eric J. Engstrom (Charité Universitätsmedizin, Geschichte der Medizin, Berlin)

Das Programm einer ‚biologischen‘ und statistisch ausgerichteten Psychiatrie hat einen enormen Einfluß auf die Entwicklung des Faches am Ende des 20. Jahrhunderts ausgeübt. Die Wortführer dieses Programms sehen sich als Erben einer wissenschaftlichen Tradition, die über hundert Jahre bis auf den deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926) zurückreicht. Man hat versucht, Kraepelin gewissermaßen zum ‚Vater‘ des DSM-Handbuchs und der multiaxialen, operationalen Diagnostik zu stilisieren und seinem Werk einen nahezu paradigmatischen Status innerhalb der Geschichte der Psychiatrie zugesprochen. Man kann diese Bemühungen als Versuche einer – um mit Francis Bacon zu reden -- Instauratio Kraepelins verstehen, d.h. als Versuche seiner Renovation und Restauration zum „Vater der modernen und humanen psychiatrischen Klinik.“ Ob diese Instaurationsbemühungen mit Erfolg gekrönt sein werden oder nicht, steht noch aus, und der Streit darüber wird z.T. auf historischem Terrain auszutragen sein. Der Vortrag befasst sich mit dem Instaurationsdiskurs der letzten Jahren und analysiert sie im Kontext der gegenwärtigen wissenschaftshistorischen Forschung zu Kraepelins Leben und Werk.

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Salon 22

S-060 Symposium

Neue Therapieansätze bei Psychosen unter Berücksichtigung der immun-inflammatorischen Pathogenese

Vorsitz: N. Müller (München), V. Arolt (Münster)

0294

Entzündliche Vorgänge im Verlauf schizophrener Psychosen

Matthias Rothermundt (Universitätsklinikum Münster, Abt. Psychiatrie)

Die wissenschaftlichen Anstrengungen zum besseren Verständnis ätiopathogenetischer Zusammenhänge der Schizophrenie führten in den letzten Jahren zu richtungsweisenden Erkenntnissen in verschiedenen Bereichen. So gelang die Identifizierung mehrerer Kandidatengene und im Bereich der Entzündungsforschung konnten neben Zeichen unspezifischer Evidenz zunehmend spezifische Faktoren charakterisiert werden, die auf eine entzündliche Pathogenese hinweisen. Die unspezifische Evidenz umfasst epidemiologische Hinweise, dass ein gesteigertes Risiko einer intrauterinen Infektion im zweiten Trimenon mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für Schizophrenie assoziiert ist. Die mit einer schlechteren Verlaufsprognose verbundene, nachgewiesene progressive Hirnvolumenreduktion bei einem Teil der Betroffenen, der eine Schrumpfung zerebraler Zellen zugrunde liegt, kann auf entzündlichen Pathomechanismen basieren. Einen weiteren unspezifischen Hinweis auf eine immunologische Pathogenese stellt die Tatsache dar, dass eine immunmodulatorische Behandlung bestimmter Erkrankungen (z.B. Hepatitis, malignes Melanom) psychosetypische Symptome auslösen kann. Die spezifische Evidenz basiert auf folgen-

den Befunden: Im Gehirn Schizophrener fand sich eine Aktivierung der immunologisch aktiven cerebralen Zellen, der Mikrogliazellen und der Astrozyten. Sowohl zerebral als auch peripher wurden veränderte Konzentrationen von Immunmodulatoren (z.B. Zytokine) festgestellt. Bei einem Teil Schizophrener können Infektionen mit neurotrophen Viren (z.B. HERV, Bornavirus) nachgewiesen werden. Im Vortrag wird die Evidenz dargestellt und in Ihrer Bedeutung für die Pathogenese und den Krankheitsverlauf der Schizophrenie kritisch diskutiert.

0295

Lassen die immun-modulatorischen Effekte von Antipsychotika und Antidepressiva Rückschlüsse auf alternative Wirkmechanismen zu?
 Markus J. Schwarz (Universitätsklinik München, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Riedel, N. Müller

Die Beteiligung eines Immunprozesses wird sowohl in der Pathophysiologie der Depression, als auch der Schizophrenie diskutiert. Zahlreiche Untersuchungen weisen auf einen pro-inflammatorischen Vorgang im Rahmen der Depression hin. Nach einer aktuellen Hypothese wird bei Depression durch pro-inflammatorische Zytokine die Serotoninsynthese herabreguliert. Gleichzeitig stimulieren pro-inflammatorische Zytokine den Serotonintransporter. Interessanterweise zeigen diverse in vitro- und in vivo-Studien, dass Antidepressiva (TCAs und SSRIs) die Produktion pro-inflammatorischer Zytokine hemmen. Im Gegensatz zur Depression scheinen bei Schizophrenie anti-inflammatorische Zytokine zu überwiegen und eine verstärkte antikörpervermittelte Immunantwort vorzuliegen. Eine verstärkte Expression anti-inflammatorischer Zytokine könnte in Zusammenhang mit einer erhöhten Produktion des endogenen NMDA-Rezeptor-Antagonisten Kynureninsäure stehen. Allerdings existieren auch Befunde zu einer möglicherweise erhöhten in vivo-Produktion pro-inflammatorischer Zytokine bei Schizophrenie. Die Datenlage zur immunmodulatorischen Wirkung der Antipsychotika ist ebenfalls weniger konsistent, als die zur Wirkung der Antidepressiva. Diverse Studien zeigen, dass verschiedene klassische und atypische Antipsychotika die Expression anti-inflammatorischer Zytokine reduzieren. Allerdings existieren auch Daten zur Reduktion pro-inflammatorischer Zytokine durch Antipsychotika. Wir führten eine Reihe von Untersuchungen zur in vivo-Wirkung diverser Antipsychotika auf die Expression von Zytokinen, Adhäsionsmolekülen und Lymphozytensubpopulationen bei schizophrenen Patienten durch. Insgesamt zeigen unsere Daten, dass sich die bei schizophrenen Patienten im unbehandelten Zustand gegenüber Kontrollpersonen auffälligen Immunparameter – wie z.B. erniedrigtes sICAM-1 oder erhöhte B-Zellen – tendenziell normalisieren und dass die Veränderung der Immunparameter in Zusammenhang mit dem Ansprechen auf die Therapie steht. Bei depressiven Patienten fanden wir in einer aktuellen Studie sehr stark erhöhte Spiegel des pro-inflammatorischen und HPA-Achsen-stimulierenden Zytokins MIF, die sich zwar im Verlauf einer fünföchigen Therapie mit Reboxetin nur tendenziell reduzierten, deren Abnahme jedoch mit dem Therapieerfolg korrelierte. Zusammenfassend betrachtet, könnten die immun-modulatorischen Effekte von Antipsychotika und Antidepressiva in direktem funktionellem Zusammenhang mit dem therapeutischen Wirkmechanismus stehen.

0296

Differenzierte immun-inflammatorische Diagnostik und Therapie bei Psychosen (Kasuistiken)

Karl Bechter (BKH Günzburg, Abt. Psychiatrie II)

Einleitung: Immer mehr Befunde deuten auf eine Beteiligung immun-inflammatorischer Mechanismen in der Pathogenese affektiver und schizophrener Spektrumspsychosen. Aus der langjährigen Beschäftigung mit diesem Thema einschl. der Liquordiagnostik

bei klinisch stationären psychiatrischen Patienten mit therapieresistenten Psychosen und Komorbiditäten wie chronischen Schmerzsyndromen u.a., ergaben sich differentialdiagnostische Aspekte, welche einzelfallbasiert zu neuen differentiellen noch experimentellen Therapieansätzen führten.

Methode: Die ausführliche Differentialdiagnostik, insbesondere durch Blut- und Liquoruntersuchungen, ergab folgende ätiopathogenetische Spezifitäten als möglichen Hintergrund oder Auslöser oder Teilfaktor in der Pathogenese von Psychosen: Borreliose, Streptokokken-assoziierte Autoimmunerkrankung, Borna Disease Virus-assoziierte Autoimmunerkrankung, Lupus erythematoses (verbunden mit der Fragestellung, ob die Psychose als ZNS-Beteiligung bei entsprechender Klassifikation der Erkrankung nach ARA-Kriterien anzusehen sei), Mischkollagenose. Differentielle Therapieansätze zielten auf Immunmodulation (unspezifisch in Form von Liquorfiltration in Analogie zur Behandlung des Guillain-Barre-Syndroms), spezifische Behandlungen durch Penicillin + Tonsillektomie bei streptokokken-assoziiierter Autoimmunerkrankung u.a. Therapien bei Borreliose und multipler Sklerose oder tertiärer Syphilis, meist in interdisziplinärer Kooperation mit Neurologen, sind zu erwähnen.

Diskussion/Ergebnisse: Bei therapieresistenten Psychosen können Therapieeffekte sowohl durch unspezifische als auch durch spezifische Therapieansätze entstehen und gleichzeitig angewandt werden. Allgemein sind in der Medizin gezielte Therapieansätze meist besonders effektiv. Deshalb haben die hier beobachteten Einzelfälle hypothesen-generierenden Wert für weitere Studien. Die Ätiopathogenese der affektiven und schizophrenen Spektrumspsychosen bleibt bisher meist unklar, die hier dargestellten Fälle deuten in Richtung einer zukünftig möglichen Differenzierung verschiedener spezifischer Ätiologien mit gemeinsamer pathogenetischer Endstrecke. Interessant könnte sein, die inzwischen zunehmend bekannt gewordenen immunmodulatorischen oder antiinflammatorischen Effekte einer Reihe von Antidepressiva und Neuroleptika zukünftig besser zu beachten, um mögliche differentielle Therapieeffekte zu identifizieren und therapeutisch besser zu nutzen.

0297

Der Einsatz antiinflammatorischer Therapie bei Schizophrenie und Major Depression

Norbert Müller (Klinikum der LMU München, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit immun vermittelte Mechanismen eines entzündlichen Geschehens zur Pathogenese psychischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie und depressiver Störungen beitragen können. Es wird ein Modell vorgestellt, das psychoneuroimmunologische Befunde mit aktuellen Ergebnissen aus pharmakologischen, neurochemischen und genetischen Studien zusammenführt.

Methode: Sowohl bei Schizophrenie, als auch bei Depression scheinen Veränderungen im Glutamat-Stoffwechsel von Bedeutung zu sein, bei Schizophrenie eine Unterfunktion, bei Depression eher eine Überfunktion. Diese Veränderungen im Glutamatstoffwechsel scheinen vor allem auf der Polarisierung der Immunantwort, nämlich einem Überwiegen der Typ-1 Immunantwort bei Depression und der Typ-2 Immunantwort bei Schizophrenie zu beruhen, die über den Mechanismus der Beeinflussung von Enzymen im Tryptophan/Kynurenin-Stoffwechsel differentiell auf den NMDA Rezeptor wirken.

Diskussion/Ergebnisse: Deshalb wurden sowohl bei Schizophrenie, als auch bei Depression klinische Untersuchungen mit dem Cyclooxygenase-2 Inhibitor Celecoxib durchgeführt. COX-2 Inhibitoren modulieren die Typ-1 und die Typ-2 Immunantwort. Bei depressiven Patienten zeigte sich in einer add-on Studie eine signifikante Überlegenheit der Gruppe, die zu Reboxetin Celecoxib bekommen hatte gegenüber der, die Placebo erhielt. Bei schizophrenen Patienten

wurden inzwischen mehrere Studien im add-on design durchgeführt. Sie zeigten, dass bei Schizophrenie ein Therapieerfolg mit COX-2 Inhibitoren nur in frühen Erkrankungsstadien erwartet werden kann. Diese Befunde stellen zum einen die Grundlage für einen möglichen neuen Therapieansatz dar, sie unterstreichen aber auch, dass die Pathogenese psychischer Störungen eng mit entzündlichen Mechanismen verknüpft zu sein scheint. Allerdings sind weitere Untersuchungen erforderlich, z.B. um mögliche Subgruppen der Erkrankungen zu identifizieren und um die zugrunde liegenden Mechanismen besser zu verstehen.

0298

Der Stellenwert der Psychoneuroimmunologie bei psychiatrischen Erkrankungen

Volker Arolt (Universitätsklinikum Münster, Psychiatrie)

Donnerstag, 23.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 44

S-063 Symposium

Frauen in der Psychiatrie: Als Patientinnen – und als Ärztinnen mit vielseitigen Chancen für die Vereinbarkeit mit der Familie

Vorsitz: S. Herpertz (Rostock), A. Bühren (Murnau)

0310

Psychopharmakotherapie – Geschlechtsdifferente Aspekte

Petra Thürmann (Wuppertal)

I. Hach

Einleitung: Das Ansprechen auf eine Pharmakotherapie kann geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt sein, 1) wenn der Arzneistoff unterschiedlich metabolisiert wird und dementsprechend die Wirkung oder Wirkdauer modifiziert wird, 2) die Empfindlichkeit der Zielstrukturen wie Rezeptoren oder Kanäle geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist, 3) die Pathophysiologie der Erkrankung als solche geschlechtsspezifisch ist und 4) auf einer soziomedizinischen Ebene Unterschiede in der Wahrnehmung und Beschreibung von Symptomen zwischen Männern und Frauen existieren.

Methode: Unterschiede im Metabolismus sind insbesondere für die mikrosomalen Enzyme der Cytochrom P450 Familie bekannt, z.B. CYP1A2 (Clozapin, Fluvoxamin) oder CYP2D6 (Haloperidol, Metoprolol). Frauen weisen ein niedrigeres Körpergewicht und einen höheren Anteil an Körperfett als Männer auf, ihr Gehirnvolumen ist kleiner, die zerebrale Durchblutung vor allem im 2./3. Lebensjahrzehnt höher. Meist kleinere Unterschiede im Metabolismus sind i.d. Regel nicht von klinischer Relevanz, können aber bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren (niedriges Körpergewicht, herabgesetzte Nierenfunktion, Interaktion mit anderen Medikamenten) doch zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen führen. Unterschiedliche Sensitivitäten an den Rezeptoren und Kanälen sind bekannt für Opiod-, Benzodiazepin- und GABA-Rezeptoren. Ein besonderes Beispiel ist die weibliche Sensitivität für QT-Verlängerung, die auch bei einigen Psychopharmaka von Relevanz ist.

Diskussion/Ergebnisse: Sowohl bei der Entwicklung neuer Psychopharmaka (verstärkte Einbeziehung von Frauen in klinische Studien ist notwendig) als auch bei der Verordnung bekannter Arzneimittel sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beachten. Gerade im Bereich der Psychiatrie spielen die einleitend unter 3. und 4. genannten Aspekte eine besondere Rolle, deren Grundlagen weitgehend unerforscht sind. Evidenz-basierte geschlechtssensible Therapieempfehlungen können derzeit nur sehr beschränkt ausgesprochen werden, da auch die vorliegenden Daten meist retrospektiv aus Subgruppen-Analysen gewonnen wurden.

0311

Gynäkopsychiatrie - Psychiatrie für die speziellen Bedürfnisse von Frauen

Anke Rohde (Universitätsfrauenklinik Bonn, Gynäkologische Psychosomatik)

Bei vielen psychischen Störungen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, z.B. hinsichtlich Häufigkeit, Symptomatik und Verlauf. Von Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen und bestimmten Suchterkrankungen (Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln) sind Frauen besonders häufig betroffen. Epidemiologische Untersuchungen konnten zeigen, dass Depressionen im Leben von Frauen etwa zweimal so häufig auftreten wie bei Männern, und zwar zeigt sich dieser Unterschied bereits ab der Pubertät. Als mögliche Ursache für diese Geschlechtsunterschiede wird das Zusammenwirken einer Vielzahl verschiedener Faktoren diskutiert. Zur „multifaktoriellen Verursachung“ trägt wahrscheinlich eine biologische „Vulnerabilität“ ebenso bei wie hormonelle Einflüsse, die jeweilige Lebens- und Partnerschaftssituation, geschlechtsspezifische Unterschiede und Bewältigungsmechanismen bei Krankheitssymptomen, und nicht zuletzt ein anderer Umgang mit Krankheitssymptomen von Seiten der Ärzte. Der Menstruationszyklus, eine Schwangerschaft, die Zeit nach der Entbindung, der Eintritt der Wechseljahre sowie eine evtl. erforderliche Hormonbehandlung sind Situationen, in denen manche Frauen teils ausgeprägte psychische Veränderungen bzw. den Beginn psychischer Störungen erleben. Neben diesen „hormonellen Umbruchphasen“ kommen vielfältige Krisensituationen hinzu (wie etwa Fehlgeburt oder sonstiger Verlust eines Kindes, Krebserkrankungen, traumatische Erlebnisse, Gewalterfahrungen etc.), die psychische Probleme und insbesondere reaktive Depressionen nach sich ziehen können. Diese „psychiatrische Realität“ spiegelt sich in den psychiatrischen Behandlungsansätzen und Forschungsprojekten bisher nur unzureichend wieder. Nur eine kleine Zahl von Psychiatern bzw. Psychotherapeuten hat sich bisher den „gynäkopsychiatrischen“ Fragestellungen speziell zugewandt; die Mehrzahl von ihnen sind Frauen. Auch wenn es natürlich sinnvoll ist, sich mit geschlechtsspezifischen Aspekten psychischer Erkrankungen zu beschäftigen und nicht nur mit frauenspezifischen, so kann doch die Fokussierung auf das Thema Gynäkopsychiatrie vielleicht etwas mehr Aufmerksamkeit auf die spezifischen Bedürfnisse von psychisch kranken Frauen lenken.

0312

Hot-Line für Burn-out gefährdete Ärztinnen

Isabell Hach (LMU, Medizin. Studienzentrum, FN Ambulante Versorgung, Nürnberg)

A. Remane

Einleitung: Lange Zeit war das Burn out Syndrom (BOS) nicht eindeutig von anderen psychischen Störungen abzugrenzen. Es besteht Konsens darüber, dass im Kern der Bezug zur Arbeitssituation zu fordern ist (während eine Depression beispielsweise alle Lebensbereiche erfasst). Vor allem Menschen in Sozialberufen werden von BOS betroffen. Erschöpfung, Depersonalisation und Ineffektivität stellen die 3 Hauptdimensionen des BOS dar. Da gerade die oft für Ärztinnen schwierigen Arbeitsbedingungen (z.B. Doppelbelastung) theoretisch die Entstehung eines BOS begünstigen können, wurde beim deutschen Ärztinnenbund ein telefonisches Beratungsangebot für Burn out gefährdete Mitglieder im April 2006 eingerichtet

Methode: Die Beratung erfolgt durch Psychotherapeutinnen, auf Wunsch anonym. Anrufen können alle Ärztinnen mit psychischen Problemen, bestenfalls schon, wenn erste Symptome einer psychischen Belastung auftreten, so dass frühzeitige Interventionen möglich sind. Sofern nötig wird auf lokale Ansprechpartner verwiesen.

Diskussion/Ergebnisse: Es führten vor allem allgemeine psychische Probleme zum Anruf bei der Burn-out-Hotline. Bisher zeigte keine der Anruferinnen das Vollbild eines BOS. Die Inanspruchnahme des

Beratungsangebotes erscheint insgesamt eher zurückhaltend. Es wäre denkbar, dass es sich bei Mitgliedern des Deutschen Ärztinnenbundes um nur gering burn out gefährdete Ärztinnen handelt und eine Generalisierung auf die gesamte Berufsgruppe nicht möglich ist. Inwieweit und ob diese Hypothese zutrifft, sollen der weitere Verlauf der Hotline und die Diskussion der Ergebnisse im Symposium zeigen.

0313

Ergebnisse der Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes zur Kinderbetreuung in deutschen Kliniken – mit Best-Practice Beispielen

Astrid Bühnen (Deutscher Ärztinnenbund, Murnau)

Nur 15% der beteiligten Kliniken gaben in einer bundesweiten Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes an, eigene Kinderbetreuungseinrichtungen anzubieten. Real ist davon auszugehen, dass bisher höchstens 10% aller deutschen Krankenhäuser diese sowohl betriebswirtschaftlich sinnvollen als auch bedarfsgerechten familienfreundlichen Rahmenbedingungen geschaffen haben. Förderlich für die Vereinbarung von Beruf und Familie sind weiterhin flexible Arbeitszeitmodelle und Angebote für Hausaufgabenbetreuung, Mittagsbeköstigung, Feriengruppen und sog. Notgruppen bei Ausfall der sonstigen Kinderbetreuung, Ferienbetreuung, Bügel- und Einkaufsservice und die Unterstützung bei der Logistik für die Betreuung pflegebedürftiger Familienangehöriger. Psychiatrische und neurologische Kliniken und Abteilungen brauchen engagierte Ärztinnen und Ärzte – und diese wollen im Sinne der zeitgemäßen Vorstellungen von einer zufrieden stellenden work-life-balance den Beruf auch mit Familienaufgaben und Freizeit vereinbaren können. Zur Erhebung von Basisdaten führte der Deutsche Ärztinnenbund 2005 / 2006 eine Fragebogenerhebung zur Kinderbetreuung an allen deutschen Kliniken durch. Die durchschnittliche Beteiligung an dieser bundesweiten Umfrage lag beeindruckender Weise bei einem Drittel, exakt 32,45%. Insgesamt liegen dem Deutschen Ärztinnenbund 721 Antwortbogen vor. Im Ost-West-Vergleich war der Rücklauf in etwa ausgewogen. 107 Kliniken der insgesamt 721 geben an über Kinderbetreuungsangebote zu verfügen, 70 davon mit Wartelisten. Das entspricht einem Anteil von 14,84%. Real dürfte der Anteil aber deutlich niedriger liegen, da Kliniken mit Kinderbetreuung überproportional häufig antworteten. Bezüglich der Altersgruppen der Kinder fällt auf: Bundesweit gaben insgesamt 97 Kliniken an, 3–6 Jährige zu betreuen und 84 Kleinkinder im Alter von 0–3 Jahren. Lediglich 36 Krankenhäuser stellen Betreuung für Kinder im schulpflichtigen Alter von 6–10 Jahren zur Verfügung. Von den insgesamt 36 deutschen Universitätskliniken haben 25 geantwortet, davon verfügen 16 über eigene Kinderbetreuungsangebote. Insgesamt 5 speziell neurologische bzw. psychiatrische Kliniken in verschiedenen Bundesländern benannten eigene Kinderbetreuungseinrichtungen und 3 weitere eine enge Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen. Die Medizin wird ein Frauenberuf und berufstätige Mütter die Regel. Die Positionierung als attraktiver familienfreundlicher Arbeitgeber im Sinne eines Wettbewerbsvorteils auf dem Arbeitsmarkt des Gesundheitswesens wird zukünftig auch von Angeboten zur Unterstützung bei der logistischen Bewältigung der Mehrfachbelastungen durch einen zeitlich, physisch und psychisch höchst anspruchsvollen Beruf und zusätzlich Familie und Haushalt bestimmt werden. Der Phantasie sollten hierbei prinzipiell keine engen Grenzen gesetzt und ggf. MitarbeiterInnenbefragungen zielorientiert durchgeführt werden. Die Umfrage ergab u.a. Beispiele „Guter Praxis“ wie: Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau: Zusätzlich zu zahlreichen anderen familienfreundlichen Maßnahmen wird seit rund 30 Jahren eine klinikeigene Kindertagesstätte mit 82 Plätzen betrieben. Öffnungszeiten morgens 5.15 Uhr bis 21.30 Uhr abends an 365 Tagen im Jahr. Betreut und gefördert werden Kinder ab der 8. Lebenswoche bis zum 10. Lebensjahr. Die Effizienz der Einrichtung wurde durch eine Kosten-Nutzen-Analyse belegt. Der finanzielle Vorteil für die Klinik belief sich z.B. im Jahr 2004 auf rund 82 800 Euro. Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ in Ravensburg: Hier wurden nach einer Bedarfsanalyse 2004 Projekte in Angriff genommen, die die

Familienorientierung des Hauses unterstreichen sollen: Angebot einer Ferienbetreuung seit Sommer 2005 und die aktive Vermittlung von Plätzen in den kommunalen Kinderbetreuungseinrichtungen durch die Klinik- Personalabteilung.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal Oslo

S-074 Symposium

Neuroethik zwischen Philosophie, Neurowissenschaft und Psychiatrie

Vorsitz: G. Northoff (Magdeburg), A. Heinz (Berlin)

0363

Erkenntnistheoretische und wissenschaftsgeschichtliche Aspekte der Aggressions-Forschung

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Im Rahmen der US-amerikanischen Federal Violence Initiative und nachfolgender Projekte wurde in der letzten Dekade des 20. Jahrhunderts untersucht, ob impulsives und aggressives Verhalten mit genetisch bedingten, serotonergen Funktionsstörungen verbunden ist. Dazu wurden Primatenmodelle untersucht und Studien beim Menschen durchgeführt. Die Übertragung der Befunde aus dem Tiermodell auf den Menschen wirft verschiedene Fragen auf.

Methode: Übersicht über die Befunde zu Impulsivität, Aggression und serotonerger Funktionsstörung bei Primaten und Menschen. Darstellung und Diskussion von Befunden, die im wissenschaftlichen und im begleitenden sozialpolitischen Diskurs überbetont bzw. vernachlässigt wurden.

Diskussion/Ergebnisse: In den 90ziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden fast ausschließlich genetische Befunde rezipiert, während Auswirkungen sozialer Stressfaktoren erst mit der Entdeckung spezifischer Gen-Umwelt-Interaktionen wieder Beachtung fanden. Die Interpretation der Tiermodelle veränderte sich in Abhängigkeit vom öffentlichen Diskurs zu ihren sozialpolitischen Implikationen und zur Reform des US-amerikanischen Sozialstaates.

0364

Bedingungen moralischer Verantwortlichkeit

Thomas Schmidt

0365

Entscheidungsfähigkeit unter den Aspekten von Biographie und Persönlichkeit

Henning Saß (Universitätsklinikum, Aachen)

0366

Neurowissenschaft des Entscheidungsverhaltens und der Informed Consent

Georg Northoff (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

Der Fortschritt in den Neurowissenschaften führt nicht nur zu neuen therapeutischen Möglichkeiten sondern wirft auch vielfältige ethische Probleme auf. Diese werden gegenwärtig unter dem Begriff der „Neuroethik“ subsumiert. Im vorliegenden Beitrag werden die Fragen der Einwilligungsfähigkeit, des freien Willens, des Selbstes, und der Persönlichkeit vor dem Hintergrund des zunehmenden Fortschrittes in den Neurowissenschaften diskutiert. Aufgrund der unterschiedlichen Geltungsansprüche und Referenzrahmen können diese philosophisch-eth-

ischen Begriffe jedoch nicht vollständig auf den des Gehirns reduziert werden; es können lediglich Relationen bzw. Verknüpfungen hergestellt werden. Hierdurch wird die „ethische Sonderstellung des Gehirns“ berücksichtigt ohne in einen Reduktionismus oder Eliminativismus zu verfallen. Nur eine Neuroethik in diesem Sinne kann der ethischen Komplexität bei neuropsychiatrischen Erkrankungen gerecht werden.

Donnerstag, 23.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Raum 40

FW-007 Forschungsworkshop

Leitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie – methodologische Rahmenbedingungen

Vorsitz: W. Gaebel (Düsseldorf), H.-K. Selbmann (Tübingen)

0027

Regelwerk der AWMF und GRADE-Empfehlungen

Hans-Konrad Selbmann (Universität Tübingen)

0028

Angewandte Leitlinien-Methodik bei der LL Schizophrenie

Stefan Weinmann (Bezirkskrankenhaus Günzburg, Psychiatrie II)

Einleitung: Die Schizophrenie-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde ist die erste S3-Leitlinie, die von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zertifiziert wurde.

Methode: Die Schizophrenie-Leitlinie wurde als evidenzbasierte Konsensusleitlinie zwischen 2003 und 2005 in einem aufwändigen Verfahren entwickelt, welches zum Ziel hatte, hohen methodischen Kriterien gerecht zu werden. Um die Evidenzbasiert zu gewährleisten, wurde in den wichtigsten Kernbereichen der Therapie systematisch nach klinischen Studien und Meta-Analysen recherchiert und die identifizierte Literatur anhand von Extraktionsbögen ausgewertet. Um eine möglichst breite Legitimationsbasis zu erreichen, wurden Vertreter aller wesentlichen mit der Therapie der Schizophrenie befassten Berufsgruppen, von der Erkrankung Betroffene und Vertreter von Angehörigenverbänden in der sogenannten Konsensusgruppe zusammengeführt, die im Rahmen eines strukturierten Gruppenprozesses die Empfehlungen der Leitlinie diskutierte und konsentierten. Die Leitlinie wurde durch externe Reviewer begutachtet und soll in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden. Neben einer klaren Präsentation der Leitlinienempfehlungen und der den Empfehlungen zugrunde liegenden Evidenz soll auch die Aufteilung des Leitlinientextes in Algorithmen, eine Kurzversion, eine Langversion und eine Anhangversion zu einer besseren Lesbarkeit und Übersichtlichkeit führen. Damit wird die Implementation der Leitlinie erleichtert.

Diskussion/Ergebnisse: Die Schizophrenie-Leitlinie ist ein Beispiel für eine konsequente Orientierung an internationalen methodischen Kriterien der Leitlinienentwicklung. Hierdurch soll die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung in der Praxis und einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse erhöht werden.

0029

Die Methodik der Nationalen Versorgungsleitlinien

Monika Ielgmann (ÄZQ, Evidenzbasierte Medizin, Berlin)
F. Thalau, G. Ollenschläger

Einleitung: Das gemeinsam von der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragene

Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) zielt auf die Entwicklung und Implementierung versorgungsbereichübergreifender Leitlinien, zu Krankheiten mit hoher Prävalenz. Der besondere Schwerpunkt des Programms liegt dabei · auf der Empfehlungsvergabe zu Fragen der Organisation der Patientenversorgung; · der Diskussion und – wenn möglich – Vereinheitlichung divergierender Empfehlungen der beteiligten Fachgesellschaften; · Maßnahmen zur Implementierung der Empfehlungen, u.a. über eine breite Beteiligung der Fachöffentlichkeit an der Leitlinienerstellung in Form eines Konsultationsverfahrens, einer öffentlichen Kommentarseite, Verknüpfung mit bestehenden Programmen zur Qualitätssicherung, Entwicklung von Modulen der ärztlichen Fortbildung und der Entwicklung von Patienten-Leitlinien. Mit der Entwicklung der NVL ist das Zentrum für Ärztliche Qualität in der Medizin (ÄZQ) beauftragt.

Methode: Die durch die spezifischen Zielsetzungen von S3 Leitlinien (AWMF Klassifikation) und Nationalen Versorgungsleitlinien bedingten Unterschiede in der Leitlinien-Entwicklung werden am Beispiel des Themas „Depression“ dargestellt. Hierzu befinden sich zurzeit die S3 Leitlinie unter Federführung DGPPN und die NVL unter Federführung des ÄZQ in der Entwicklung. Im Sinne einer optimalen Ausnutzung vorhandener Ressourcen einerseits und der späteren Möglichkeiten der Implementierung andererseits wird hier modellhaft versucht, beide Leitlinien gemeinsam zu entwickeln. Die hierzu erarbeitete Vorgehensweise wird vorgestellt.

Diskussion/Ergebnisse: Der beschriebene gemeinsame Entwicklungsprozess (seit 12 / 2005), macht Unterschiede in der Themenauswahl, den Anforderungen bezüglich einer repräsentativen Zusammensetzung der Gruppen und der methodischen Vorgehensweise deutlich. Die Vorgehensweise für die NVL beruht in erster Linie auf der Verwendung bereits vorhandener Leitlinien, so genannter Quell-Leitlinien, zur Leitlinien-Erstellung, welche in Form von Leitlinien-Synopsen anderen Leitlinien, so genannten Referenz-Leitlinien, gegenübergestellt werden. Die so extrahierten „medizinischen Inhalte“ werden dann durch Empfehlungen zum Thema Versorgungsmanagement ergänzt. Hierbei werden Spezifika des deutschen Gesundheitssystems, die ein Abweichen von internationalen Leitlinien-Empfehlungen erforderlich machen, in besonderem Maße berücksichtigt. Gerade für die Formulierung von Empfehlungen zum Thema Versorgungsmanagement spielt die repräsentative Zusammensetzung der Leitlinien-Gruppe eine entscheidende Rolle. Auch die Priorisierung der Empfehlungen innerhalb des Themas ist unter „Managementaspekten“ eine andere als unter dem Aspekt „Definition des medizinischen Standards“, welcher ein zentrales Element der Formulierung der Empfehlungen der S3 Leitlinie darstellt. Die Vorteile einer gemeinsamen Entwicklung beider Leitlinien, werden den auftretenden Schwierigkeiten gegenübergestellt und gegeneinander abgewogen. Die Chancen und Erkenntnisse, die sich aus dem gemeinsamen Prozess für die Leitlinien-Entwicklungen in Deutschland ergeben, werden dargestellt und diskutiert.

0030

Leitlinien aus Sicht der betroffenen Familien

Gudrun Schliebener (BAPK e.V., Landesverband NRW, Herford)

Leitlinien, insbesondere S-3-Leitlinien, sind aus Sicht der betroffenen Familien ein weiterer Schritt in Richtung besserer Behandlung und Unterstützung der Erkrankten und ihrer Familienmitglieder. Es sind drei wichtige Punkte nennen: 1. Erstmals haben Betroffene und Angehörige bei Erarbeitung dieser Leitlinien die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und ihre Sichtweise im Zusammenhang mit der Erkrankung, den unterschiedlichen therapeutischen Interventionen und einem angemessenen Umgang mit den betroffenen Familien einzubringen. 2. Nach wie vor ist bei jeder Behandlung einer psychischen Erkrankung der Schwerpunkt der therapeutischen Intervention abhängig von der Grundhaltung des Behandlers. Leitlinien bieten in komprimierter Form für die betroffenen Familien eine umfassende Möglichkeit, sich sowohl über Krankheitsbilder als auch über alle möglichen Therapieverfahren

zu informieren. Die angeführten Möglichkeiten therapeutischer Interventionen sind nach ihrer Wirksamkeit bewertet auf der Basis von Untersuchungen, Studien und klinischen Erfahrungen. 3. Leitlinien sind für die betroffenen Familien Argumentationshilfe bei Einforderung von Hilfen und Behandlung nach Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gegen institutionsbezogene oder ökonomische Interessen.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal o6

S-081 Symposium

Hölderlin und Subjektivität Was Psychiater von Friedrich Hölderlin lernen können

Vorsitz: J. E. Schlimme (Hannover), U. Gonther (Bremen)

0397

Mit Hölderlin die Subjektivität diskutieren

Uwe Henrik Peters (Universität zu Köln, Psychiatrie und Psychotherapie)

1981/1982 entstand eine philologisch-kriminalistisch-psychiatrische Kontroverse um Hölderlin, die weite Kreise in zahlreichen Disziplinen und den Medien zog. Daran beteiligte ich mich mit einem Buch „Hölderlin – Wider die These vom edlen Simulanten“. Ausgehend davon, daß sich vieles auch beim spätesten Hölderlin verstehen läßt, wurde behauptet, er sei nicht psychisch krank gewesen. Dem stellte ich die These entgegen, daß schizophran-psychotisches nur so lange unverständlich ist, als man nicht den mit Sinnbedeutungen überladenen Text entschlüsselt. Hölderlin ist der am besten dokumentierte schizophrane Kranke der Geschichte überhaupt. Darüber hinaus hat er in WAIBLINGER einen Zeitzeugen gefunden, der sich bei seinen zahlreichen Besuchen über die sonst übliche Mißachtung des Irren hinwegsetzte. Daher besitzen wir in deutscher Sprache zu einem Sprachgenie dieser Sprache ein Corpus, welches tausendfältige Einblicke in die subjektive Welt eines Schizophrenen ermöglicht. Der vollen Erschließung steht vor allem eine psychiatrische Tradition entgegen, welche auf der vergeblichen Suche nach dem sog. Objektiven die Innenwelt als irrelevant beiseite läßt.

0398

Hölderlins Verständnisangebot des Psychotischen

Jann E. Schlimme (Medizin. Hochschule Hannover, Klinische Psychiatrie)

Einleitung: Als Friedrich Hölderlin (1770–1843) 1806 im Tübinger Universitätsklinikum als „wahnsinnig“ aufgenommen wurde, brachte er sein eigenes Verständnis des „Wahnsinns“ gleich mit. Ausgeführt hat er dies beispielsweise in seinem Gedicht „Brod und Wein“. Allerdings stand sein Verständnis dem sich entwickelnden psychiatrischen Verständnis des Wahnsinns diametral entgegen, es kann aber trotzdem für den psychiatrischen Diskurs fruchtbar gemacht werden.

Methode: In Hölderlins Verständnis geschehe dem Menschen im „göttlichen Wahnsinn“ das versammelnde Erinnern des „Ewigeinigen“. Dieses „Ewigeinige“ eines der vielen Worte Hölderlins für das in letzter Konsequenz Unbestimmbare, das Transzendente hatte er bereits in seinem Fragment „Urtheil und Seyn“ (1794/95) in philosophischer Hinsicht als die a posteriori anzunehmende („ontologische“) Herkunft bzw. als den a posteriori anzunehmenden „Grund und Boden“ auch des (Selbst-)Bewusstseins formuliert. Dies kann sowohl als eine fundamentale Kritik der aufgeklärten Überschätzung des „Selbstbewusstseins“ verstanden werden, eröffnet uns aber darüber hinaus ein aktuelles, phänomenologisches Verständnis des akut Psychotischen. Dabei scheint dieses Verständnis gerade darin zu liegen, dass im Psychotischen das „Ewigeinige“ eben nicht mehr versammelnd erinnert werden

kann. Dann werde der Mensch „wie Wasser von Klippe zu Klippe geworfen“, wenn er sich in solch fundamentaler Art nicht mehr mit sich einig werden könne.

Diskussion/Ergebnisse: In einem phänomenologischen Verständnis gilt tatsächlich, dass das eigene Leben hier und jetzt mit konkreten Bedeutungen und Optionen überflutet wird, wenn man sich nicht auf einen „Grund und Boden“ seiner selbst beziehen kann, der einen mit sich selbst und seinen Situationen einigt. Auf diesem Weg kann Hölderlins Verständnisangebot des Psychotischen für ein aktuelles, phänomenologisches Verständnis fruchtbar gemacht werden.

0399

Fremdsein im eigenen Leben. Die schizophrene Alienation

Uwe Gonther (AMEOS Klinik Dr. Heines, Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen)

Einleitung: Friedrich Hölderlins Leben (1770–1843) zerfällt in zwei scheinbar sehr unterschiedene Hälften. Nach bewegten Jugendjahren verbrachte er 36 Jahre zeitweise in psychotischer Verfassung im Turm am Neckar in Tübingen. Wie mit dem Rücken zu seinen Zeitgenossen setzte er sein Dichten dort in seltsam veränderter Form fort.

Methode: Psychohistorisches Quellenstudium. Leben und Werk dieses heute weltberühmten Dichters gaben Anlaß zu unzähligen Interpretationsversuchen und Mißverständnissen auch von psychiatrischer Seite. Die Frage bleibt aktuell: Wie verrückt war Hölderlin?

Diskussion/Ergebnisse: Es soll der Blick gerichtet werden auf das eigentümliche Fremdwerden eines Menschen im eigenen Leben, in der eigenen Zeit. Trotz und wegen der herausragenden Genialität Hölderlins lassen sich aus der Beschäftigung mit seiner Biografie, seinen spätesten Werken und den Berichten über seine mündlichen Äußerungen Erkenntnisse gewinnen für ein allgemeines Verständnis schizophrener Lebensläufe. Dabei wird zurückgegriffen auf das alte Konzept der Alienation, im Sinne des Verlustes der natürlichen Selbstverständlichkeit.

0400

Hölderlins andere Subjektivität in seinen spätesten Gedichten

Wolfgang Emmerich (Universität Bremen, FB 10 Literaturwissenschaft)

Die im Tübinger Turm zwischen 1806 und 1843 entstandenen sog. spätesten oder auch Turmgedichte von Hölderlin sind lange als ästhetisch und gedanklich minderwertig abgetan worden. So sah sie z.B. der Psychiater W. Lange (1909) als Ausdruck einer „katatonischen Form der Verblödung“. Aber es gab auch schon frühe Stimmen, die dafür votierten, diese Gedichte ernst zu nehmen und den ihnen eigenen Rang zu würdigen. Und 1964 konnte der polnische Germanist Z. Zygulski behaupten, der geistesranke Hölderlin habe klarer als der angeblich gesunde gedichtet. Hochdifferenzierte Analysen der sprachlichen Verfassung dieser Gedichte aus den 60er bis 80er Jahren (zuerst B. Böschenstein und R. Jakobson) präsentierten dann widersprüchliche Befunde: einerseits thematische Beschränkung (zumeist auf Naturphänomene und die Jahreszeiten), lexikalische und syntaktische Reduktion, Stereotypie und Formelhaftigkeit des Ausdrucks (im Vergleich zu den früheren Gedichten) - andererseits eminent präziser Einsatz von Metrum, Kadenz und Reim, eine Fülle paronomastischer und semantischer Entsprechungen und eine durchaus kunstvolle Architektur der Gedichte. Jedenfalls bestehen mittlerweile keine Zweifel mehr, daß die spätesten Gedichte Hölderlins in sich sowohl sprachlich als auch gedanklich stimmige Gebilde sind. Warum aber hat der Dichter für sich, dominant monologisch, diese Form des sprachlichen Ausdrucks gewählt, die er, wie Besucher berichteten, virtuos und mit großer Geschwindigkeit in fertige Texte umzusetzen vermochte? Das Referat versucht die These plausibel zu machen, daß die Herstellung dieser Gedichte für den Autor selbst eine gleichsam diätetische Funktion, den Status von Überlebenshilfe hatte. Wider die extreme innere Unruhe, gegen nicht aushaltbare innere Spannungszustände, das Andrängen

früherer lebensgeschichtlicher Verletzungen half nur die Produktion stark zurückgenommener, unterkomplex scheinender, formal beruhigter, ja: gelassener Texte. Gleichwohl halten sie die lebenslange Welt-Anschauung des Dichters von der gleichzeitigen sinnhaften Spannung und Entsprechung zwischen dem je Individuellen und dem Ganzen der Welt hartnäckig fest.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 09

S-084 Symposium

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO

Vorsitz: M. Seidel (Bielefeld), M. Linden (Teltow / Berlin)

0411

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) - eine Einführung

Michael Seidel (v. Bodelschwinghsche Anstalten, Bielefeld)

Die ICD-10 ist allgemein bekannt und angewendet. Die ICF als das jüngere Instrument findet zunehmend Eingang in die Literatur und in die Praxis. Trotzdem ist sie noch längst nicht allgemein bekannt. Methode: Geschichte, Ziele, Anwendungsmöglichkeiten, Anwendungsbereiche, Struktur, Grundbegriffe, zentrale Grundlagen usw. der ICF werden erläutert. Die zentrale Bedeutung des biopsychosozialen Grundverständnisses und das integrierte Behinderungsmodell werden erläutert. Es wird deutlich, die praktische Anwendung und theoretische Berücksichtigung der ICF im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie bleibt derzeit noch weit hinter den vorhandenen Möglichkeiten zurück.

0412

Die Aktivitäten zur Anwendung der ICF in Deutschland – ein aktueller Überblick

Michael Schuntermann (DRV-Bund, Berlin)

Einleitung: Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person unter den Aspekten der Körperfunktionen einschließlich des mentalen Bereichs, der Körperstrukturen, der Aktivitäten in Form von Leistung und Leistungsfähigkeit und der Teilhabe an Lebensbereichen (SGB IX) vor dem Hintergrund ihres Kontextes beschrieben und dokumentiert werden kann.

Diskussion/Ergebnisse: Derzeitige Aktivitäten. ICF für Kinder und Jugendliche (ICF-CY). Die Entwicklung der ICF-CY begann 2002 und befindet sich jetzt in der Schlussphase. Die Veröffentlichung ist für 2006 vorgesehen. Eine Arbeitsversion kann eingesehen werden unter: www.who.int/classifications. Manuale zur ICF. Das Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) hat den ICF Australian User Guide herausgegeben. Die American Psychological Association (APA) entwickelt ein ICF-Manual unter Einbeziehung von Assessmentmethoden für die Kategorien. Teilhabekonzept. Das Teilhabekonzept der ICF ist nicht operationalisiert. Erste Ansätze hierzu liefern Schuntermann und Ueda vom Japanischen WHO Collaborating Centre. Personbezogene Faktoren. An diesem Problem wird international wenig gearbeitet. Ein erster beim MDK Niedersachsen (SEG 1) entwickelter Ansatz ist in dargestellt. ICF-Checklisten. Eine Methode, um die ICF für die praktische Routine anwendbar zu machen, ist das Checklistenkonzept. Krankheitsspezifische und generische ICF-Checklisten befinden sich in Erprobung oder Entwicklung. ICF-Anwenderkonferenzen. Sie dienen dazu, allgemeine Fragen zur ICF, zur Implementierung der ICF in Deutschland sowie Ergänzungsvorschläge aus den Institutionen zu diskutieren.

0413

Das Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P) - ein Beispiel für ein Core-Set auf dem Gebiet der Psychiatrie

Michael Linden (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

Einleitung: In der ICF werden im ersten Kapitel Funktionsstörungen bzw. Krankheitszeichen und Symptome beschrieben und im zweiten Kapitel Aktivitäts- bzw. Fähigkeits- und Kapazitätsstörungen. Während diese Unterscheidung bei somatischen Erkrankungen selbsterklärend ist, wirft die Unterscheidung zwischen Symptomen und Fähigkeitsstörungen bei psychischen Störungen besondere Probleme auf. Zudem ist die ICF ein System von Kategorien, das nicht ohne Weiteres als Erfassungsinstrument genutzt werden kann und in jedem Fall für den klinischen Gebrauch zu komplex ist.

Methode: Unter Bezug auf das ICF wurden 12 zentrale Dimensionen von Fähigkeitsstörungen zusammengestellt und definiert, wie sie als Folge von psychischen Störungen vorkommen können. Diese wurden zusammengefasst in einer Ratingskala, dem Mini-ICF-P (Linden & Baron, 2005). In einer Untersuchung an 213 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurde diese Skala auf Validität und Reliabilität getestet.

Diskussion/Ergebnisse: Die 12 Dimensionen des Mini-ICF-P lassen sich auf die Kategorien des ICF projizieren. Das Rating von Fähigkeitsstörungen mit Hilfe des Mini-ICF-P ist reliabel möglich. Die Ergebnisse zeigen, (1) dass es einen engen Zusammenhang zwischen Zahl und Schwere der Symptomatik und Fähigkeitsstörungen gibt, (2) dass bestimmte Symptome mit bestimmten Fähigkeitsstörungen eng assoziiert sind (z.B. Phobie Wegfähigkeit), (3) dass unterschiedliche Symptome zu gleichen Fähigkeitsstörungen führen können. Das Konzept der Fähigkeitsstörungen stellt in Ergänzung zu den Funktionsstörungen bzw. Krankheitssymptomen eine wichtige Zusatzdimension in der Evaluation psychischer Erkrankungen dar. Das Mini-ICF-P ist ein für die klinische Routine wie für Forschungsfragen praktikables Instrument zur Operationalisierung von Fähigkeitsstörungen. Literatur Linden, M., Baron, S. (2005): Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P): Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 44: 144–151

0414

Das Verhältnis des Kapitels F (V) der ICD-10 zur ICF – Schnittmengen und Ergänzungen

Michael Seidel (v. Bodelschwinghsche Anstalten, Bielefeld)

Im Kapitel F (V) der ICD-10 werden im Rahmen der operationalisierten Diagnostik für die meisten Störungsbilder relevante diagnostische Merkmale aufgeführt. Viele dieser diagnostischen Merkmale sind auch als Schädigungen der körperlichen Funktionen (einschließlich der psychischen Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe darzustellen und damit dem Oberbegriff der Behinderungen in der Begrifflichkeit der ICF zuzuordnen. Methode: Anhand einiger ausgewählter Beispiele werden diagnostische Merkmale psychischer Störungen nach Kapitel F (V) im Hinblick auf ihre Zuordnung zu den einzelnen ICF-Kategorien der Schädigungen der körperlichen Funktionen (einschließlich der psychischen Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe untersucht. Es zeigt sich, dass die von der ICD-10 definierten diagnostischen Merkmale vieler psychischer Störungen den ICF-Kategorien Schädigungen der körperlichen Funktionen (einschließlich der psychischen Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe zuordnen sind. Es zeigt sich ferner, dass vor allem Beeinträchtigungen der (sozialen) Teilhabe wichtige diagnostische Merkmale psychische Störungen sind. Die Implikationen diese Überschneidungen zwischen -ICD-10 und ICF werden diskutiert.

Freitag, 24.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Dachgarten

S-086 Symposium

Einstellung zur Forschung in der Psychiatrie

Vorsitz: W. W. Fleischhacker (Innsbruck), D. Naber (Hamburg)

0420

Einstellung von Patientinnen und Patienten zu psychiatrischer Forschung

Ingo Schäfer (UKE Hamburg-Eppendorf, Psychiatrische Klinik)
C. Gschwend, D. Naber

Einleitung: Die subjektive Perspektive psychiatrischer Patienten wird bislang im Forschungsprozess kaum berücksichtigt. Dies erscheint jedoch aus verschiedenen Gründen sinnvoll und notwendig. So deuten die wenigen Untersuchungen, die sich bislang mit dieser Frage auseinandersetzen, darauf hin, dass die aktuell am häufigsten beforschten Fragestellungen sich nicht mit denen decken, die von den Patientinnen und Patienten als vordringlich empfunden werden. Zudem kann durch den Einbezug der Patienten im Forschungsprozess eher sichergestellt werden, dass ihre spezifischen Bedürfnisse im Falle einer Teilnahme berücksichtigt und eine partnerschaftliche Forschungspraxis realisiert werden kann. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es deshalb, die Einstellungen schizophrener Patienten zu verschiedenen inhaltlichen und methodischen Aspekten psychiatrischer Forschung und ihre subjektiven Bedürfnisse im Falle einer Teilnahme zu erfassen.

Methode: Anhand eines standardisierten Instrumentes (Hamburg Attitudes to Psychiatric Research Questionnaire) wurden 83 konsekutiv aufgenommene Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis befragt. Neben der generellen Einstellung zu psychiatrischer Forschung deckt der Fragebogen Einstellungen zu verschiedenen Forschungsthemen und -methoden, Gründe für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme und weitere relevante Fragen im Zusammenhang mit psychiatrischer Forschung ab. Die klinische Symptomatik wurde mit der „Clinical Global Impression Scale“ erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patienten zeigten eine überwiegend positive Einstellung zu psychiatrischer Forschung im Allgemeinen. Forschung zu psychosozialen und klinischen Themen (z.B. Früherkennung und Rehabilitation) wurde gegenüber biologisch orientierten Forschungsfragen positiver beurteilt. Für die Mehrheit der Patienten wurde ein hoher Informationsbedarf vor und nach der Teilnahme an Forschungsprojekten deutlich. Krankheitsdauer und -schwere, Anzahl vorheriger Psychiatrieaufenthalte, und vorherige Teilnahme zeigten signifikante Zusammenhänge mit bestimmten Variablen der Einstellung und Motivation der Patienten. Die Ergebnisse bestätigen die Befunde vorheriger Studien und machen deutlich, dass die derzeitige Forschungspraxis von einer stärkeren Berücksichtigung der subjektiven Einstellungen psychiatrischer Patienten profitieren könnte.

0421

Was halten PatientInnen mit Schizophrenie oder Depression von der Wissenschaft?

Monika Edlinger (Medizinische Universität, Biologische Psychiatrie, Innsbruck)

Einleitung: Obwohl sich nur 16% der Patienten mit Schizophrenie, die diesbezüglich befragt wurden, prinzipiell gegen klinische Studien aussprachen, nimmt nur ein kleiner Teil der Patienten tatsächlich als Versuchsperson an einer Studie teil. In Bezug auf affektive Störungen konnte zu diesem Thema keine Literatur gefunden werden. Ziel dieser explorativen Befragung war es, die generelle Haltung von Menschen mit psychischen Störungen zur Forschung zu untersuchen, sowie ihre bisherigen Erfahrungen und die theoretische Bereitschaft, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen, zu erheben. Des Weiteren wurden die Gründe ermittelt, die zur jeweiligen Entscheidung führen, bzw. diese beeinflussen.

Methode: Diese Studie ist Teil eines europäischen Projekts, an dem 13 Ländern beteiligt sind. In Innsbruck wurden je 50 Patienten in einem nicht-akuten Zustandsbild mit den Diagnosen Schizophrenie (ICD-10: F20.-) oder affektive Störung (ICD-10: F31.3–5, F32.-, F33.-) befragt. Großteils handelte es sich um ambulante Patienten, ein geringerer Anteil waren tagesklinisch oder stationär betreute Patienten kurz vor der Entlassung. Das Alter der Befragten lag zwischen 18 und 65 Jahren, entsprechend den allgemeinen Einschlusskriterien für klinische Studien bei diesen Patientengruppen. Die Datenerhebung erfolgte mittels des Hamburg General Attitudes to Psychiatric Research Questionnaire (deutsche Version), einem Fragebogen der speziell zur Erhebung der Einstellung und Erfahrung von Patienten zu psychiatrischer Forschung erstellt wurde. Weiters wurden demographische Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Krankheitsgeschichte), der GAF- (Global Assessment of Functioning) und der CGI- (Clinical Global Impression) Score erhoben.

Diskussion/Ergebnisse: Die bisher ausgewerteten Daten lassen darauf schließen, dass die Patienten der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck Wissenschaft und Forschung durchwegs positiv gegenüberstehen. Viele Patienten haben bereits Erfahrungen, großteils gute, mit der Teilnahme an einer klinischen Studie gemacht, nur einzelne lehnen Forschung prinzipiell und auch das Ausfüllen des Fragebogens ab. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere auch ein Vergleich zwischen den beiden Diagnosegruppen, werden präsentiert.

0422

Angehörige von PatientInnen in der Schweiz und ihre Einstellung zur psychiatrischen Forschung

Christoph Lauber (Psychiatrische Univ.Klinik, Zürich)

0423

Ist die Psychiatrie auch im Hinblick auf Forschungsförderung ein diskriminiertes Fach?

Wolfgang Gaebel (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf)

Ist die Psychiatrie auch im Hinblick auf Forschungsförderung ein diskriminiertes Fach? W. Gaebel Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Wie die von psychischer Erkrankung Betroffenen und ihre Angehörigen ist auch die Psychiatrie selbst mit ihren diagnostischen Entitäten, Behandlungsmethoden, Professionen und Institutionen immer noch eine gesellschaftlich stigmatisierte und diskriminierte medizinische Disziplin. Auf längere Sicht dürfte nur der Forschungsfortschritt an dieser Situation grundlegend etwas ändern, wenn nämlich psychische Erkrankungen und damit auch alle diejenigen, die von ihnen affiziert sind oder mit ihnen (professionell) befasst sind die seit langem erstrebte Gleichstellung mit somatischen Erkrankungen in konzeptueller, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht erreicht haben und dieser Kenntnisstand in der Öffentlichkeit angekommen ist. Vor diesem Hintergrund schien es reizvoll zu untersuchen, wie die Förderung welcher psychiatrischer Forschungsthemen im interdisziplinären Vergleich national und international einzuordnen ist und ob etwaige Schief lagen einer fachspezifischen Diskriminierung oder anderen Erklärungsmöglichkeiten zuzuordnen sind. Dabei wird zwischen Grundlagen-, grundlagennaher Patienten-, klinischer und Versorgungs-Forschung differenziert. Der Beitrag stellt die Ergebnisse dieser Recherche im Kontext der Diskriminierungshypothese vor. Literatur: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W (Hrsg) (2005) Stigma Diskriminierung Bewältigung. Kohlhammer, Stuttgart

Freitag, 24.11.2006 – 12.30–13.15 Uhr, Saal 03

PL-003 Plenarvortrag

Vortrag des Präsidenten der DGPPN

Vorsitz: A. Zacher (Regensburg)

0003

Vortrag des Präsidenten der DGPPN

Fritz Hohagen (Universitätsklinikum SH, Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck)

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-037 Postersitzung

Kasuistiken

Vorsitz: A. Deister (Itzehoe)

0395

Treatment of Chronic Fatigue Syndrome with Duloxetine and Trijodthyronine

Marcus Rosenhagen (Max-Planck-Institut, Psychiatrie, München)
M. Ebinger, T. Nickel, M. Uhr

Einleitung: Chronic fatigue syndrome (CFS) is characterized by disabling fatigue associated with complaints of fevers, myalgia, lymphadenopathy and depression. CFS is a medically still unexplained illness. Most patients with CFS have elevated IgG serum antibodies to common viruses. Obviously, lymphocyte subsets are directly involved in the pathophysiology of CFS, or are secondary effects of the causal agents. In the cerebrospinal fluid (CSF) about 30% of the CFS patients have elevations in either protein levels or number of cells without any evidence, that infections of the central nervous system with a specific causal agent leads to CFS. So far, there is no effective somatic treatment of painful physical symptoms of CFS. In treatment of overall painful severity it has been shown that the serotonin noradrenergic reuptake inhibitor (SNRI) duloxetine is superior to the SSRI paroxetine.

Methode: We present a 26 year old woman which reported that first symptoms of CFS appeared after a severe common cold two years ago. Since this time she was continuously afflicted with different symptoms of CFS. Clinical and neurological investigations, including cNMR and investigations of the cardiovascular system were normal. In the spinal fluid we found slightly elevated white cell account and signs of intrathecal antibodies. We established a treatment with a selective serotonin and noradrenalin inhibitor (duloxetine (cymbalta® [120 mg/d])). Successful treatment with a similar medication (venlafaxin) and resemble receptor profile has been reported as a case study. Duloxetine has been shown as a powerful analgetic and antidepressive drug. Most symptoms of CFS disappeared within 4 weeks and no adverse drug effects occurred. We established an additional treatment with trijodthyronine because of new incidence of daily somnolence three months later. Within two weeks all symptoms were disappeared. 12 months later, she continued to show improvement in overall function. NK cell activity in terms of cytotoxic function improves with the combination therapy of duloxetine and trijodthyronine.

Diskussion/Ergebnisse: It has been shown in mice, that trijodthyronine plays an important role in the modulation of NK cell activity and provide a new insight into the mechanisms by which the endocrine system is able to influence the expression of natural immunity and to interfere with chronic fatigue. For that administration of duloxetine in combination with trijodthyronine is not only recommended for clinical improvement but also for advancement of the immunological impairment in patients suffering from CFS.

0396

Pseudophäochromozytom-Syndrom unter Clozapin-Therapie - Ein Fallbericht

Thomas Sobanski (Thüringen-Kliniken gGmbH, Psychiatrie und Psychotherapie, Saalfeld)

G. Wagner, S. Schubert, I. Dafov

Einleitung: Unter der Behandlung mit Clozapin treten häufig hypotone Kreislaufzustände mit orthostatischer Dysregulation in Erscheinung. Eine Blutdrucksteigerung unter Clozapin imponiert daher zunächst paradox und wurde bislang in der Literatur nur sehr selten beschrieben.

Methode: Fallbericht: Ein 39-jähriger Mann litt unter einer therapierefraktären Schizophrenie. Clozapin wurde eingesetzt, nachdem eine ausgeprägte paranoid-halluzinatorische Symptomatik nicht auf die Behandlung mit verschiedenen atypischen Neuroleptika (u.a. Olanzapin, Aripiprazol) angesprochen hatte. Ab dem 13. Behandlungstag traten plötzlich Zustände mit ausgeprägter Blutdrucksteigerung (max. 200 / 140 mm Hg) und Beschleunigung des Ruhepulses (max. 132 BPM) auf. Zum Ausschluss eines Phäochromozytoms als möglicher Ursache dieser Phänomene wurden die Adrenalin-, Noradrenalin- und Dopaminkonzentrationen im 24-Stunden-Urin bestimmt. Diese Werte waren auf das Zwei- bis Vierfache des Normalen erhöht. Nach ca. fünf Wochen wurde Clozapin abgesetzt, und innerhalb einer Woche bildeten sich sowohl der Bluthochdruck als auch die Pulsbeschleunigung weitgehend zurück.

Diskussion/Ergebnisse: Bislang wurden in der Literatur fünf Fälle einer paradoxen Blutdruckerhöhung bzw. eines Pseudophäochromozytoms unter Clozapin-Therapie beschrieben. Bei diesen Fällen war die Substanz jedoch mit anderen Antipsychotika kombiniert worden. Clozapin zeigt komplexe pharmakodynamische Effekte. Im In-vitro-Versuch konnte eine Affinität zu adrenergen sowie zu 5-HT₂-Rezeptoren nachgewiesen werden. Auch eine Erhöhung der Noradrenalin-Plasmakonzentration unter Clozapin wurde bereits beschrieben, als ursächlicher Mechanismus wurde eine Inhibition des präsynaptischen Reuptakes vermittelt durch α_2 -adrenerge Rezeptoren postuliert. Das Pseudophäochromozytom-Syndrom stellt eine seltene aber gefährliche Nebenwirkung dar, die beim Auftreten einer Blutdruckerhöhung unter Clozapin-Behandlung erwogen werden muss.

0397

Rezidivierende Hyponatriämie und Rhabdomyolyse nach Polydipsie bei chronifizierter Psychose mit im Vordergrund stehender Minussymptomatik: Ein klinischer Einzelfallbericht

Stefan Löffler (Klinikum Offenbach, Psychiatrie und Psychotherapie)
A. Klimke

Einleitung: Ein an Minderbegabung und residueller paranoider (Pfropf-) Psychose leidender, 44-jähriger Patient entwickelte aufgrund zwanghafter Polydipsie mehrfach eine Wasserintoxikation bzw. Verdünnungshyponatriämie von bis 118 mmol/l und eine Rhabdomyolyse mit einer CK >30.000 U/l. Die Befunde gingen zum Teil mit Kollaps, Somnolenz und Erbrechen, stets aber ohne vital bedrohliche Folgen einher.

Methode: Ein vollstationärer Einzelfall wurde einer deskriptiven Längsschnittbeobachtung unterzogen.

Diskussion/Ergebnisse: Die seit August 2004 aktenkundige, unvermittelt und phasenweise auftretende Verhaltensstörung konnte bisher weder durch Psycho- bzw. Verhaltenstherapie, begleitet von neuroleptischer Mono- oder Polymedikation einschließlich Atypika und Clozapin, noch durch zusätzliches Bereitstellen natriumreicher Mineralwässer kuptiert werden. Der Patient reagierte mitunter fremdaggressiv, wenn er am Trinken übermäßiger Mengen verschiedenster, auch heißer Flüssigkeiten gehindert wurde. Im Verlauf zeigte sich, dass der Patient ohne Fixierungsmaßnahmen durch tagesstrukturierende ergotherapeutische Maßnahmen und eine phasenweise Einzelbetreuung unter

Kombination von Clozapin, Quetiapin, Lorazepam und Natriumchlorid Kps. von Trinkexzessen distanziert werden konnte. Die Pathophysiologie der psychogenen Polydipsie, deren potentielle somatische Komplikationen sowie mögliche Therapieansätze in der Literatur werden kritisch diskutiert.

0398

Starke Kontrastmittelanreicherung der pontinen Läsionen und Diffusionsstörung in der Frühphase der zentralen pontinen Myelinolyse

Thomas Nickl-Jockschat (Universitätsklinikum Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

M. Mull, M. Grözinger

Einleitung: Bei der zentralen pontinen Myelinolyse (CPM) handelt es sich um eine erworbene symmetrische demyelinisierte Läsion der Basis pontis. Bulbäre Symptome dominieren das klinische Bild. Bei noch nicht vollständig aufgeklärter Ätiologie gilt die zu rasche Korrektur einer Hyponatriämie als wichtigster Risikofaktor. Da chronischer Alkoholabusus und Mangelernährung begünstigend wirkend, sind gerade primär psychiatrische Patienten von diesem Krankheitsbild betroffen. Neuroradiologische Beschreibungen früher Stadien dieses Krankheitsbildes sind selten, beschreiben kernspintomographisch hyperintense Darstellungen in der T₂-Wichtung. Bislang existiert nur eine Fallbeschreibung, die kernspintomographisch auch eine Diffusionsstörung in der Frühphase der Erkrankung feststellen konnte.

Methode: Hier beschreiben wir den Fall einer 43-jährigen chronisch alkoholkranken Frau mit zentraler pontiner Myelinolyse.

Diskussion/Ergebnisse: Die Patientin wurde uns nach Behandlung einer oberen gastrointestinalen Blutung von unserer Intermediate Care Station zuverlegt und zeigte initial eine deutliche Vigilanzminderung, Unruhe, eine starke Gangataxie, sowie einen Up-beat-Nystagmus. Ein drei Tage nach Auftreten der Symptomatik durchgeführtes cMRI ergab den Befund einer starken flächigen Kontrastmittelaufnahme zentral im Pons mit Differentialdiagnose einer malignen Raumforderung. Die betroffenen Bereiche wiesen eine Diffusionsstörung auf. Nach Besserung der Symptomatik konnte 18 Tage später ein Kontroll-cMRI durchgeführt werden, welches nun keine Kontrastmittelaufnahme im Bereich der Pons zeigte. Die Längcho-Spektroskopie konnte ein Malignom ausschließen. In der Kontrolluntersuchung nach 2 1/2 Monaten zeigte sich jetzt eine deutlich kleiner werdende Läsion der zentralen Pons mit beginnender Defektbildung ohne Nachweis einer Schrankenstörung. Bis auf einen Up-beat-Nystagmus und eine leichtgradige Gangataxie war die Patientin zu diesem Zeitpunkt symptomfrei.

0399

Perimenstruelle psychotische Störung ein Fallbericht

Andreas Hasenöhl (Universitätsklinik Dresden, Psychiatrie)

Einleitung: Psychotische Symptome bis hin zur Exazerbationen einer schizophrenen Erkrankung treten bei Frauen gehäuft perimenstruell auf. In der Literatur findet man über diesen Zusammenhang einige Studien bzw. Fallberichte. Die vorgeschlagenen Behandlungsansätze variieren deutlich, was sich auch im Spektrum der daran beteiligten Fächer bzw. Fachzeitschriften widerspiegelt (Psychiatrie, Psychosomatik, Gynäkologie). Eine kurze Übersicht hierüber wird gegeben.

Methode: Es wird ein Fall einer 31-jährigen Patientin vorgestellt, die mit einer akuten schizophreniformen Symptomatik zur Aufnahme kam. Es wurde nur ein kurzer stationärer Aufenthalt nötig, da die psychotische Symptomatik rasch abklang. Erst im Rahmen der ambulanten Weiterbetreuung wurde deutlich, dass die zyklisch auftretenden Symptome perimenstruell einzuordnen waren. Zusätzlich besteht bei der Patientin seit Jahren eine epileptische Erkrankung, sodass psychische Alterationen bisher eher in diesem Zusammenhang gedeutet wurden.

Diskussion/Ergebnisse: Es wurde eine perimenstruelle neuroleptische Behandlung über 4–5 Tage/ Zyklus begonnen, wovon die Patientin deutlich profitieren konnte. Mittlerweile ist die Probandin wieder psychosefrei. Es ist zu diskutieren, inwieweit andere medikamentöse Interventionsmöglichkeiten beim Wiederauftreten der Eingangssymptomatik als Alternative zur phasenweisen Neuroleptikabehandlung eingesetzt werden könnten.

0400

Der Fall Juliane Hochrießer (1898): Zur Entstehungsgeschichte und Entwicklung des Anton-Syndroms

Ekkehardt Kumbier (Medizin. Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Noch heute fasziniert Kliniker und Wissenschaftler das Phänomen der Anosognosie. Das mit einer umschriebenen Hirnschädigung einhergehende Nichterkennen einer offensichtlich bestehenden neurologischen Funktionsstörung beeindruckt dadurch, dass den Patienten offenbar das Bewusstsein für ihre Erkrankung fehlt. In der klassischen Fachliteratur finden sich Fallberichte, die durch ihre detaillierte Schilderung nach wie vor faszinieren. Sie spielen in der Diskussion um die Entstehung solcher Phänomene noch heute eine wichtige Rolle. Hierzu gehören auch Gabriel Antons (1858–1933) Beschreibungen. Erstmals gab er hier eine zusammenhängende Darstellung der Störung, die später von Babinski als Anosognosie bezeichnet wurde. O. Albrecht hatte im Jahre 1918 vorgeschlagen, die Anosognosie der kortikalen Blindheit als Anton-Syndrom (-Symptom) in die medizinische Nomenklatur einzuführen.

Methode: Anhand der Original-Krankenakte von 1895/96 soll Antons Fallbeschreibung der Sennerin Juliane Hochrießer vorgestellt werden. Damit ist erstmals die quellengestützte Rekonstruktion eines klassischen Falles von Anosognosie möglich. Bei der 69-jährigen Frau mit seniler Demenz fand sich eine Anosognosie bei kortikaler Taubheit infolge beidseitiger Temporallappenläsion.

Diskussion/Ergebnisse: Trotz aller Bemühungen ist es bis heute nicht gelungen, den zugrunde liegenden Entstehungsmechanismus dieses interessanten Phänomens hinreichend erklären zu können. Auf den aktuellen Stand der Forschung wird deshalb näher eingegangen. Diskutiert werden auch verschiedene Erklärungshypothesen. Typischerweise finden sich bei Patienten mit Anosognosie für kortikale Blindheit beidseitig und bei Anosognosie für Hemianopsie einseitig Schädigungen der Okzipitallappen. Letztlich ist aber noch unklar, welche Hirnstrukturen speziell für das Auftreten der Anosognosie verantwortlich sind. Eine Meta-Analyse zur Anatomie der Anosognosie bei Hemiplegie konnte zeigen, dass diese meist in Verbindung mit unilateralen rechtsseitigen oder bilateralen Schädigungen von verschiedenen Hirnarealen (kortikal und/oder subkortikal) auftritt. Möglicherweise spielen Läsionen, die kombiniert parietale und frontale Strukturen betreffen, hierbei eine besondere Rolle.

0401

Michelin-Tire-Baby-Syndrom: Assoziation mit affektiven Störungen als Ausdruck eines Mikrodeletionssyndroms?

Friedmar Kreuz (Vivantes Humboldt-Klinikum, Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin)

P. Bräunig

Einleitung: 1969 erstmals durch Ross beschrieben, erinnern die bei Säuglingen und Kleinkindern beobachteten ringförmigen tiefen Hautfurchen an den Extremitäten an das Maskottchen der französischen Reifenfirma „Michelin“. Diese gutartigen Hautfurchen, deren eigentliche Pathogenese noch immer unklar ist, bilden sich im Laufe der Kindheit zurück und lassen sich im Erwachsenen-

alter gelegentlich als Pigmentierungsanomalien nachweisen. Nach den ersten Literaturberichten über das autosomal-dominante „Michelin tire baby syndrome“ (MTBS; OMIM 156610), das lediglich als pathologisch unbedeutende Anomalie aufgefasst wurde, mehren sich in jüngster Zeit Berichte über Kinder mit MTBS, die Assoziationen mit weiteren Anomalien, Entwicklungsverzögerungen und geistiger Behinderung zeigen. Allerdings fehlen Langzeitbeobachtungen, sodass über die Entwicklung im Jugend- und Erwachsenenalter keine Erkenntnisse vorliegen.

Methode: Wir berichten über einen jetzt 20jährigen männlichen Patienten aus einer 1985 von Kunze und Riehm beschriebenen Familie, in der bei dem Vater und den beiden älteren Halbschwestern väterlicherseits ein MTBS beschrieben wurde. Bei der jüngeren der beiden Halbschwestern, bei der während der Schwangerschaft ein Hydramnion bestand, wurden eine Mikrognathie, Ohrmuschel-anomalien und eine mediane Gaumenspalte beschrieben. Unser Patient, der drei Monate vor dem errechneten Termin geboren wurde, für ein dreiviertel Jahr beatmet und bei dem ein offener Ductus Botalli operativ geschlossen werden musste, zeigt ebenfalls eine cranio-faciale Dysmorphie und eine submuköse Gaumenspalte und weist zusätzlich eine Telebrachydaktylie, ein flaches palmares Hautleistenmuster und beidseits Sandalenlücken auf. Seine Entwicklung verlief verzögert, jedoch schaffte er den Realschulabschluss mit einem Leistungsdurchschnitt von 3,0. Im Alter von 18 Jahren traten bei ihm erstmals eine depressive Stimmungslage, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und Suizidgedanken auf, die zum Abbruch der Ausbildung als Zerspanner führten. Er fühle sich „wie ferngesteuert“ und beging wiederholt selbstverletzende Handlungen.

Diskussion/Ergebnisse: Da dies die erste Beobachtung einer affektiven Störung beim MTBS ist, ist eine Assoziation der Symptome, deren Ursache ähnlich wie beim CATCH 22-Syndrom in einer chromosomalen Mikrodeletion liegen könnte, in Form eines contiguous gene syndrome zu diskutieren.

0402

Tot eines türkischen Patienten und dessen Folgen

Björn Kardels (St. Marien-Hospital Hamm, Psychiatrie und Psychotherapie)
K.-H. Beine

Einleitung: In der früheren Zechenstadt Ahlen wird der Rettungsdienst und Notarztdienst durch die Feuerwehr betrieben. Den größten Ausländeranteil in der Stadt stellt die türkische Bevölkerung dar.

Methode: Im Januar 2006 wurden der Notarzt und ein Rettungswagen zu einem Verkehrsunfall in einer hauptsächlich von der türkischen Bevölkerung bewohnten Straße gerufen. Bei diesem Verkehrsunfall verstarb ein 19-jähriger Türke. Anschließend versammelten sich viele türkische Mitbürger an der Einsatzstelle. Dabei dekompenzierte sowohl die Mutter als auch eine Bekannte des Toten. Der Notarzt verabreichte beiden 10 mg Diazepam intramuskulär und ordnete den Abtransport der beiden Patientinnen in das nächste Krankenhaus an. Der Ehemann der Bekannten rief jedoch über Handy noch mehr Verwandte und Bekannte des Toten an, sodass sich innerhalb kürzester Zeit sowohl an der Einsatzstelle als auch dann im Krankenhaus in der Ambulanz ca. 60 türkische Mitbürger eingefunden hatten. Drei Stunden später wurde der Notarzt erneut in dieselbe Straße gerufen, weil eine türkische Mitbürgerin psychisch dekompenziert war, obwohl sie den Verstorbenen nicht persönlich kannte.

Diskussion/Ergebnisse: Notärzte müssen beim Einsatz von Menschen aus der türkisch-islamischen Kultur berücksichtigen, daß der Tod und die Trauer eines Verstorbenen zum Teil intensiver erlebt wird. Dies sollte auch bei der ärztlichen Ausbildung berücksichtigt werden.

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 02

PS-038 Postersitzung

Übergreifende Themen

Vorsitz: U. Voderholzer (Freiburg)

0403

Integration des Faches Medizinethik in die psychiatrische Lehre. Erfahrungen mit fallbasiertem Ethik-Unterricht für Studierende des Reformstudiengangs Medizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
Annette Fröhmel (Charité Universitätsmedizin, AG Reformstudiengang Medizin, Berlin)

A. Dieterich, S. Graumann, C. Kiessling, C. Nahlik, I. Puls, D. Strech

Einleitung: Es existieren verschiedene Ansätze das Fach Medizinethik zu unterrichten und zu prüfen. Für ein problemorientiertes Curriculum wie in Berlin ermöglicht ein fallbasierter Ansatz theoretische Grundlagen mit relevanten klinischen Konfliktsituationen zu verknüpfen. Ethische Reflektionsfähigkeiten und Entscheidungen können so gelernt und geübt werden.

Methode: Entwickelt wurde ein longitudinales Curriculum, das fünf Module vom 6. bis 10. Semester beinhaltet. Jedes Modul ist in die Lehre eines klinischen Faches integriert. Neben dem Fachgebiet Psychiatrie sind dies die Fächer Gynäkologie, Pädiatrie, Geriatrie und Chirurgie. Ein Modul besteht aus drei didaktischen Einheiten: einer einstündigen Einführung zu rechtlichen Aspekten des jeweiligen Fachgebietes, einem dreistündigen Kurs in Kleingruppen anhand eines videografierten Fallbeispiels, sowie einem Internet-basierten Selbststudiumsteil mit zusätzlicher Literatur, dem Fall und der Möglichkeit zu online Diskussionen.

Diskussion/Ergebnisse: In der Präsentation werden die Lernziele, das Kurskonzept und die zugehörige Prüfung für das Fachgebiet Psychiatrie dargestellt.

0404

Explorationspraktikum mit simulierten PatientInnen in der Psychiatrie

Gerhard Lenz (Medizin. Universität Wien, Univ. Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Simulierte PatientInnen sind Schauspieler, die durch spezielles Training gelernt haben, einen klinischen Fall konsistent und realistisch darzustellen. Im vorliegenden Praktikum für Medizinstudenten in der Psychiatrie geht es um Einübung von Basisfertigkeiten (Gesprächsführung, Anamneseerhebung, Psychopathologie, Mitteilung diagnostischer und therapeutischer Überlegungen). Beziehungs- und Informationsaspekte des Gespräches werden im Beisein des Praktikumsleiters diskutiert, die Schauspieler geben den Studenten Rückmeldung, Gespräche sind jederzeit unterbrechbar, die Belastung realer Patienten fällt weg.

Methode: 3 SchauspielerInnen haben Fallgeschichten anhand realer PatientInnen zu den Themen Angststörung, Depression, Alkoholabhängigkeit, Borderline-Störung, Somatoforme Störung, Schizophrenie, Verwirrtheit, Wahnkrankung und Zwangsstörung einstudiert. Das Seminar wird als Blockpraktikum über 14 Stunden 1× im Semester für ca 20 StudentInnen abgehalten. Schriftliche Unterlagen zur Gesprächsführung, Psychopathologie und Diagnostik werden ausgeteilt

Diskussion/Ergebnisse: Eine Evaluierung bei 75 StudentInnen (72% weiblich) zeigte folgende Beurteilung nach dem österreichischen Schulnotensystem (1 = sehr gut, 5 = nicht genügend) (Mittelwerte): Gesamtqualität der Lehrveranstaltung: 1,11 Praxisrelevanz des Unterrichts: 1,12 Realitätsnähe der schauspielerischen Darstellung: 1,2 Wissensverbesserung über psychische Erkrankungen: 1,92 Verbesserung der Gesprächsführung: 2,33

0405

Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Zur Unschärferelation humaner Systeme und klinische Studien im Spannungsfeld zwischen Konstruktion und WirklichkeitEdgar Cordruwisch (Eli Lilly GmbH, Medizinische Abteilung, Wien)
H. Rittmannsberger

Einleitung: Spiegeln randomisierte klinische Vergleichstudien die Wirklichkeit? 58 Jahre nach Veröffentlichung der ersten randomisierten Studie im Jahr 1948 stellt sich die Frage, ob moderne wissenschaftliche Methoden für die Erfassung Therapieeffekte und Gruppenunterschiede tatsächlich ausreichen.

Methode: Klinische Studien sind Experimente und entwerfen ein Modell der Wirklichkeit. Modelle sind theoretische Näherungen der Wirklichkeit. Dies bedeutet Reduktion der Wirklichkeit. Im Modell werden Ereignisse als abhängige Variable von unabhängigen Variablen determiniert. Der Schluss von einer Stichprobe auf ein theoretisches Modell ist Induktion. In der Statistik wird diese Schlussfolgerung von der Stichprobe auf ein theoretisches Modell mit induktiver Inferenz durchgeführt. Die induktive Inferenz beschreibt das Ausmaß an Unsicherheit des theoretischen Modells. Naturwissenschaftliche Experimente können eine Wirklichkeit nicht spiegeln. Vielmehr wird eine neue Wirklichkeit des Modells geschaffen. Das Modell erlaubt Voraussagen, die mit Ungewissheit behaftet sind. Was Wirklichkeit ist, bleibt letztendlich eine Sache der gesellschaftlichen Übereinkunft und Konvention.

Diskussion/Ergebnisse: Anhand von einigen Beispielen klinischer Studien soll auf die vielfältigen Probleme klinischer Studien eingegangen werden. Ganz allgemein könnte man von einer „Unschärferelation humaner Systeme“ sprechen: Der Mensch lebt nicht nur in einem offenen System, sondern ist über seine Fähigkeit der Symbolbildung und Sinngebung in der Lage, Dinge und Sachverhalte idiosynkratisch zu interpretieren. Je mehr man versucht, dem Ideal experimenteller Forschung zu folgen und Einflussfaktoren so weit wie möglich zu kontrollieren, umso weiter entfernt man sich von der Realität menschlichen Erlebens und Handelns, umso weniger sind die Ergebnisse für den Alltag zu verallgemeinern.

0406

Die Einführung von Muskelrelaxantien in die Heilkrampftherapie. Eine medizinhistorische Abhandlung.

Tobias Buzello (Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie)

Einleitung: Bereits kurz nach der Einführung der Heilkrampftherapie in die Psychiatrie 1935 wurde erkannt dass diese große Erfolge bei Depressionen und Schizophrenie eröffnete (1,2). Dennoch lehnten viele Ärzten die Krampftherapie unter Hinweis auf ihre traumatischen Komplikationen ab. Kompressionsfrakturen der Wirbelsäule wurden vorsichtig auf nicht weniger als 50% geschätzt, ca. 20% der Patienten erlitten Gelenksluxationen und bis zu 2% Humerus oder Femurfrakturen (3). Maßnahmen wie das künstliche Insulinkoma, Fixierung, oder Spinalanästhesie konnten diese Komplikationen nicht wesentlich reduzieren.

Methode: Erst die Einführung des südamerikanischen Pfeilgifts Curare zur künstlichen Lähmung der Skelettmuskulatur reduzierte die traumatischen Komplikationen der Heilkrampftherapie drastisch. Der Vorreiter der Methode, A.E. Bennett aus Omaha, verwendete Curare in der Präparation Intocostrin (Squibb & Sons), einer wässrigen Lösung, welche aus natürlichem Curare ungesicherter Herkunft hergestellt worden war (4). Die Muskelrelaxation erfolgte noch ohne Narkose. Der Rückgang der Verletzungen war so eindeutig, dass Bennett die Metrazol-Krampftherapie danach nahezu ausschließlich an curarisierten Patienten durchführte. Die Anwendung von Curare hatte jedoch ihre eigenen Nachteile. Diese bestanden in der inkonstanten Zusammensetzung der Lösung und damit unsicheren Dosierung, der trägen Pharmakokinetik mit langer Wirkdauer sowie einer peripheren Atemlähmung bei nur gering entwickelten Beatmungstechniken. Mit

der Einführung von Succinylcholin Anfang der 50er Jahre wandte man sich von Curare ab, da Succinylcholin eine kürzere Anschlagszeit und eine mit ca. 10 Minuten unerreichbar kurze Wirkungsdauer bot (5). Bis heute ist Succinylcholin der Standard bei der Heilkrampftherapie. Die gleichzeitige Anwendung der Narkose zur Heilkrampftherapie mit künstlicher Muskellähmung und Beatmung schaltete die Gefahr des Sauerstoffmangels für die Patienten aus und nahm ihnen die zuvor bestehenden großen Ängste vor der Krampfbehandlung.

Diskussion/Ergebnisse: Die Muskelrelaxation am fachgerecht narkotisierten Patienten ermöglichte erst die sichere Durchführung der Krampftherapie in ihrer heutigen Form und revolutionierte so die Behandlung schwerer psychischer Krankheiten. 1) Bennet, A.E.; Am. J. Med. Sci., 1936:420 (Oct.) 1939 2) Bennett, A.E.; Am. J. Med. Sci., 198:695–701 (Nov.) 1939 3) Polatin, Philip, Friedman and Harris; J.A.M.A., 112 1684 1687 (April 29), 1939 4) Bennett A.E., Am. J. Psychiatry 151:6, 249–258, 1941 5) Bourne, J.G., Collier, H.O.J., Summers, G.F. Lancet I 1225–1229, 1952

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 09

S-099 Symposium**YPP: Alte Werte auf dem Prüfstand**

Vorsitz: I. T. Callies (Hannover), K. C. Treichel (London)

0480

Psychopathologie: ein alter Zopf oder conditio sine qua non?

Henning Saß (Universitätsklinikum, Aachen)

0481

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung im beschleunigten klinischen Alltag

Wielant Machleidt (Medizin. Hochschule Hannover, Sozialpsych. u. Psychotherapie)

Je kürzer die stationären Verweildauern auf psychiatrischen Stationen werden umso wichtiger ist die Qualität und die Expertise der interaktiven Beziehungen in dem meist kurzem Aufnahmeinterwall. Die interaktiven Beziehungen zum Behandlungsteam sind von großer Bedeutung, weil der therapeutische Erfolg stationärer Behandlungen höchstens zu ein Drittel bis der Hälfte den Medikamentenwirkungen zu zuschreiben ist. Die anderen 50–66% sind den Behandlern zu zuschreiben. Dies macht noch einmal deutlich, dass von den verfügbaren Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten und KGs ein noch höheres Maß an Beziehungsfähigkeit gefordert ist als bei längeren Verweildauern. Wie ist das zu leisten? Zum einen dadurch, dass Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen wie Psychosen nicht unter eine kritische Zeitgrenze verkürzt werden können. Zum anderen dadurch, dass alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zumindest die Grundlagen psychotherapeutischen Vorgehens und interaktive Trainings erhalten, um unterschiedlichen Patientengruppen hinsichtlich des Persönlichkeitstyps und der diagnostischen Zuordnungen qualitativ besser und therapeutischen wirksamer begegnen zu können. In die Ausbildungscurricula insbesondere von „Young Psychiatrist“^{****} müssen solche Ausbildungsmodule besser und mit einer höheren Priorität integriert werden. Es wird diskutiert, was und wie dies in den Ausbildungsgängen präsentiert werden muss.

0482

Ist Empathie eine Möglichkeit zur ‚Signalverstärkung‘?

Ernst Lürßen (Berlin)

0483

Wer definiert die seelischen Krankheiten?

Michael Linden (Charité Universitätsmedizin, Reha-Zentrum Seehof, Teltow / Berlin)

Einleitung: Es hat weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen, für die Medizin und die Gesellschaft, was als „Krankheit“ verstanden und gesellschaftlich akzeptiert wird. Von daher ist es eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, wer aus welchen Gründen Krankheiten „definiert“.

Methode: Aus wissenschaftstheoretischer Sicht sind Diagnosen oder Krankheitsbezeichnungen „hypothetische Konstrukte“, die in „Theorien“ eingebettet und weder wahr noch falsch sind, sondern ausschließlich nach den Kriterien der Einfachheit, Widerspruchsfreiheit und prognostischen Utilität zu bewerten sind. So hat noch niemand eine „Appendizitis „gesehen“, weil dies eine „Schlussfolgerung“ ist, in der mehrfache Krankheitszeichen über Regeln zusammengefasst sind und die probabilistische prognostische Aussagen ermöglicht. Die Frage ist letztlich also immer „cui bono“, bzw. welchem Zweck eine bestimmte diagnostische Kategorie dienen soll. Klassische diagnosebegründende Zwecke sind die Vorhersage von Letalität, von Leistungseinschränkungen, von ästhetischen Veränderungen oder von subjektivem Leid. Unter dem Stichwort des „disease mongering“ ist in letzter Zeit auch das Ziel der Definition von Krankheiten zum Zweck des Vertriebs von Therapien diskutiert worden. Ein spezielles Problem ist die Definition von Krankheiten zur sozialen Exkulpierung oder Unterstützung von bestimmten Personengruppen aufgrund der ihnen über eine Diagnose zugewiesenen Krankenrolle.

Diskussion/Ergebnisse: Ärzte dürfen nicht dem wissenschaftstheoretischen Fehler unterliegen, hypothetische Konstrukte, d.h. Diagnosen zu reifizieren, d.h. wie einen „Tatbestand“ zu behandeln. Ärzte benötigen eine gute wissenschaftstheoretische Ausbildung. Sie müssen des Weiteren für die sozialen Rahmenbedingungen ihres Tuns sensibel sein.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Dachgarten

S-100 Symposium

Sigmund Freud und die Psychoanalyse – Blick zurück und voraus

Vorsitz: H. Häfner (Mannheim), M. Springer-Kremser (Wien)

0484

Trauer und Melancholie – aktuelle psychoanalytische Beiträge zur Depressionsbehandlung

Marianne Springer-Kremser (Medical University of Vienna, Department of Psychoanalysis, Wien)

Die Lebenszeitprävalenz schwerer depressiver Störungen, die gesundheitsökonomische Belastung, das subjektive Leiden durch Depression und die hohe Rückfallrate bei Patienten, die anfangs auf eine Antidepressive Medikation ansprechen, fordern eine kritische Reflexion der gängigen psychiatrischen Behandlungskonzepte. Auch wenn die Unverzichtbarkeit psychotherapeutischer Strategien 'state of the art' zu sein scheint, wird darunter meist Verhaltensmodifikation oder Familientherapie verstanden, für die Effizienz-Studien aus verschiedenen Gründen einfacher zu konzeptualisieren sind. Ein profundes nosologisch-klinisches Konzept bietet die psychoanalytische Theorie. Eine Studie der Tavistock-Klinik, London, an therapierefraktären depressiven PatientInnen nützt den psychoanalytischen Ansatz. Dieser Ansatz, gestützt durch die Ergebnisse der biochemischen Forschung, orientiert sich an: 1. den Folgen der infantilen Entwicklung (z.B.: De-

privation erhöht die Wahrscheinlichkeit depressiver Störungen im Erwachsenenalter) 2. dem Charakter von Sadismus und Aggression; 3. einem sadistischen Gewissen; 4. der Qualität bzw. Zwiespältigkeit verlorener Objektbeziehungen; 5. der Art der Identifizierungen; 6. dem zentralen Gefühl von Hilf-/Machtlosigkeit und 7. dem Gefühl von Schmerz. Psychoanalytisch-psychotherapeutische Interventionen, dem jeweiligen emotionalen und kognitiven Zustand der PatientInnen angepasst, müssen sich auf diese Elemente beziehen; nur so gelingt es, die PatientInnen wirklich zu erreichen und die 'Gegenübertragungsfallen', welche die PatientInnen unbewusst stellen, zu erkennen. Depressive Patienten bringen Therapeuten oft dazu, mit ihrer – der PatientInnen – Verzweiflung zu kollaborieren und sie ungeduldig, unfreundlich, verletzend oder nachlässig zu behandeln.

0485

Der Einfluss der Psychoanalyse auf Literatur und Geistesleben

Horst Thomé (Inst. f. Literaturwissenschaft, Neuere Deutsche Literatur, Stuttgart)

Die Psychoanalyse gehört, ähnlich wie der Marxismus oder die Evolutionstheorie, zu jenen geistigen Bewegungen, die weit über die Grenzen der (Fach)wissenschaft hinaus gewirkt haben und gemeinkulturell prägend geworden sind. Die Einflussbereiche reichen von sublimen intellektuellen Gebilden wie der Literatur oder der Philosophie bis zum Orientierungswissen des Alltags. Die Wirkung geht mannigfache Wege: vom Studium der immer neu gedeuteten Schriften der ‚Klassiker‘ bis zum blossen Hörensagen. Der kulturelle Einfluss ist demgemäß schlicht unüberschaubar. Der Vortrag soll an exemplarischem Material einen Eindruck von der immensen Wirkung der Psychoanalyse vermitteln. Die Leitlinie der Darlegungen wird die Grundthese Freuds bilden, dass alle sinnhaften Zeichensysteme (‚Texte‘ im weiteren Sinne) eine manifeste Bedeutung präsentieren, die Fassade eines latenten ‚tabuisierten‘ Gedankens ist. Einleitend wird dieses Basistheorem in die europäische Tradition einer ‚Kunst der Verdächtigung und des Zweifels‘ (französische Moralistik, Schopenhauer, Nietzsche) eingeordnet werden, um das kulturelle Umfeld für die Entstehung und die Wirkung der Psychoanalyse zu beleuchten. Im zweiten, ausführlicheren Teil wird an Beispielen gezeigt, wie einerseits die psychoanalytische Grundannahme zu Theorien der Deutung kultureller Gebilde (Literatur, Religion, aber auch des symbolischen Fundus von Kulturen) weiterentwickelt wurde, andererseits aber auch die Produktion von Texten (am Beispiel des literarischen Schreibens in psychoanalytischen Wissenskontexten) bestimmt hat.

0486

Der Einfluss Sigmund Freuds und der Psychoanalyse auf Psychiatrie und Psychotherapie der Gegenwart

Gerhard Buchkremer (Universitätsklinik Tübingen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 10

DF-003 Diskussionsforum

Muttersprachliche Beratung und Behandlung für Migrantinnen und Migranten

Vorsitz: F. Leidinger (Köln), A. K. Gün (Köln)

Anhand verschiedener Beispiele aus der Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Möglichkeiten muttersprachlicher Angebote für türkisch bzw. russisch sprechende MigrantInnen vorgestellt und diskutiert. Schließlich geht es um die Frage: Braucht die Psychiatrie ein Kopftuchverbot?

0006

Niedrigschwelliges gerontopsychiatrisches Beratungs- und Behandlungsangebot für ältere türkische Migrantinnen und Migranten in Köln

Johannes Johannsen (Rheinische Kliniken, Gerontopsychiatrie, Köln)

Psychisch kranke Migranten, insbesondere ältere Migranten – hier die Gruppe der älteren türkischen Migrantinnen und Migranten in Köln – sowie ihre Angehörigen erfahren nach wie vor zu wenig Beratung, Diagnostik und Behandlung ihrer psychischen Störungen. Im Versorgungsgebiet der Rheinischen Kliniken beträgt der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung etwa 11 bis 13%, der Anteil der Ausländer an den Aufnahmen in den neun Kliniken des LV Rheinland dagegen nur ca. 3,5%. In dem Vortrag wird das seit Herbst des Jahres 2005 in Köln angelaufene Migrantenprojekt, insbesondere die Verbesserung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Beratung und Behandlung von älteren, d.h. 60 Jahre und älteren türkischen Migrantinnen und Migranten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen dargestellt. Diese Kooperation wird nicht nur im Rahmen der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung in der Klinik in Köln-Merheim und im Gerontopsychiatrischen Zentrum in Köln-Mülheim praktiziert, sondern „vor Ort“, d.h. in islamischen Zentren in Köln, in Zentren der Migrationshilfe sowie im Rahmen von Hausbesuchen. Die unterschiedlichen Arrangements werden beschrieben. Dazu werden erste Ergebnisse vorgelegt, einerseits hinsichtlich des behandelten Klientels, andererseits bzgl. des Umfeldes der behandelten Patienten, insbesondere der Angehörigen. Besondere Risikogruppen bzw. Erkrankungen werden aufgezeigt.

0007

Seelische Gesundheit und Migration Konzeption einer Sprechstunde für russisch sprechende Migranten

Olga Sokolova (Rheinische Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Düsseldorf)

Migration – Wechsel in einen neuen Kulturkreis – ist häufig verbunden mit Schwierigkeiten der psychosozialen Anpassung. Dies gilt für Erwachsene und auch (oft noch schärfer) für Kinder. Seit 2004 bieten wir in der Institutsambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Sprechstunden für russisch sprechende Kinder, Jugendliche und deren Familien an. In den letzten Jahren haben sich vermehrt Familien aus den Republiken der ehemaligen Sowjetunion an unsere Institutsambulanz gewandt. Im Mittelpunkt der Anfrage steht häufig die Sorge, ob es sich bei Verhaltensauffälligkeiten um Anpassungsprobleme und Schwierigkeiten handelt, die durch fremdes Land, fremde Kultur, fremde Schrift, fremde Sprache, unbekannte Sitten und Gebräuche bedingt sind, oder um das Vorhandensein einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung bzw. Störung. Die Sprechstunde wird von einer russisch sprechenden Kinder- und Jugendpsychiaterin angeboten. In dem Vortrag wird eine Übersicht über die Konzeption der Sprechstunde, kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder sowie Weiterbehandlung gegeben.

0008

Migrantenambulanz für türkische PatientInnen

Wolfgang Schwachula (Rheinische Kliniken Langenfeld)

Einleitung: Um die Schwelle von Menschen mit Migrationshintergrund zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfsangeboten zu senken, wurde an den Rheinischen Kliniken Langenfeld im März 2004 mit dem Aufbau einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Migrantenambulanz begonnen.

Methode: Aufgrund des Verteilungsmusters der Herkunftsländer wurde in der Aufbauphase zunächst vorwiegend auf die heterogene Gruppe

der türkischsprachigen Patienten fokussiert. Derzeit wird die interkulturelle Kompetenz der Migrantenambulanz durch insgesamt vier türkischsprachige Mitarbeiter dargestellt. Darüber hinaus wurden auch Maßnahmen eingeleitet, die allgemeinfachliche Kompetenz der Rheinischen Kliniken Langenfeld in Bezug auf migrantenspezifische Themenstellungen zu sensibilisieren: Seit ca. einem Jahr steht allen therapeutischen Mitarbeitern der Klinik die Möglichkeit einer migrantenspezifischen Supervision offen. Die Migrantenambulanz steht für die Behandlung von Erkrankungen des gesamten Spektrums der psychischen Erkrankungen zur Verfügung. Es hat sich in den letzten Jahren aufgrund der hier gewachsenen Nachfrage gezeigt, dass sich zu Schwerpunkten der Migrantenambulanz die Behandlung der psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sowie die Früherkennung und Behandlung von psychotischen Störungen entwickeln konnten. Die Migrantenambulanz hat sich stets bemüht, sich an den Angeboten der regionalen Regelversorgung partizipierend auszurichten, um nicht Gefahr zu laufen, eine integrationshemmende Nischenbildung in Form eines „sozialpsychiatrischen Migrantenghetto“ zu fördern.

Diskussion/Ergebnisse: Mit dem bestehenden Angebot konnte eine deutliche Schwellensenkung des Zugangs türkischsprachiger Patienten mit einem raschen Anstieg der tatsächlichen Inanspruchnahme dieser Ambulanz erreicht werden. Dies bezieht sich insbesondere auf Patientinnen, die zurzeit etwa zwei Drittel des Klientels der Migrantenambulanz ausmachen. Dies ist insoweit bemerkenswert, da sich im stationären Kontext dieses genderspezifisch zu interpretierende Verhältnis umkehrt: hier finden sich unter den Migranten zu etwa 75% männliche türkischsprachige Patienten. Insbesondere für einen relativ großen Teil der Frauen mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen eröffnet sich offensichtlich erst mit einem spezifischen ambulanten Angebot eine adäquate Behandlungsmöglichkeit.

0009

Das Kopftuch und die Psychiatrie

Friedrich Leidinger (Landschaftsverband Rheinland, Dezernat 8, Köln)

Der Vortrag behandelt vor dem Hintergrund des „Kopftuchurteils“ des Bundesverfassungsgerichts die Frage, ob eine aus religiösen Gründen ein Kopftuch tragende Frau als Ärztin bzw. Therapeutin in einer öffentlichen psychiatrischen Klinik angestellt sein kann. Die unterschiedlichen fachlichen und rechtlichen Positionen werden erläutert.

Freitag, 24.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 40

FV-023 Freie Vorträge

Suizidalität

Vorsitz: M. Wolfersdorf (Bayreuth), F. M. Böcker (Naumburg)

0112

Suizidversuche bei jüngeren türkischen Mitbürgern: Ergebnisse aus dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“

Hartmut Leheld (Klinikum Nürnberg, Psychiatrie und Psychotherapie)
K. Richter, G. Niklewski

Einleitung: Im Rahmen des Subprojekts „Depression, Suizidalität“ des „Kompetenznetzes Depression“ wurden im Zeitraum 2000–2003 die Suizidversuche im Stadtgebiet Nürnberg dokumentiert. Anlässlich einer im letzten Jahr vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ veranstalteten Tagung zum Thema „Migranten“ wurde mit der entsprechenden Auswertung der Daten begonnen.

Methode: Ausgewertet wurden die Ergebnisse eines umfangreichen Dokumentationsbogens, der überwiegend von Mitarbeitern des psych-

iatischen und des psychosomatischen Konsiliardienstes des Klinikums Nürnberg ausgefüllt wurde. Neben demographischen Angaben wurden u.a. die vorläufige psychiatrische Diagnose, Motiv und Schweregrad der suizidalen Handlung, deren Begleitumstände, die Anbindung des Patienten an das Gesundheitssystem sowie Empfehlungen für das weitere Vorgehen erfasst. In der vorliegenden Untersuchung werden die Ergebnisse jüngerer deutscher (n = 652) und türkischer Patienten (n = 124) der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre verglichen, die nach einem Suizidversuch konsiliarisch gesehen wurden.

Diskussion/Ergebnisse: In der türkischen Substichprobe war der Frauenanteil mit fast 72% gegenüber der deutschen Vergleichsgruppe (59%) signifikant erhöht ($p < .01$). Statistisch bedeutsame Unterschiede waren auch hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen zu verzeichnen, wobei sich bei den türkischen Patienten F3- und vor allem F4-Diagnosen, bei den deutschen F4- und F6-Diagnosen fanden. Weiterhin fiel auf, dass türkische Patienten seltener als deutsche (4% vs. 11%) „harte“ Methoden für den Suizidversuch wählten ($p < .05$). Dementsprechend stellte in der türkischen Teilstichprobe der Wunsch nach einer „Pause“, d.h. nach einer temporären Unterbrechung einer momentanen Krisensituation (Feuerlein 1971), das häufigste Motiv für die suizidale Handlung dar. Weiterhin zeigte sich, dass türkische Patienten vor dem Suizidversuch deutlich seltener als deutsche Kontakt mit dem Gesundheitssystem hatten (28% vs. 42%). Hinsichtlich der empfohlenen Weiterbehandlung fanden sich keine Gruppenunterschiede. Um türkische Mitbürger durch die vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ initiierte Aufklärungskampagne über Depression und Suizidalität besser zu erreichen, wurde im Herbst 2005 vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ eine zweisprachige türkisch-deutsche Kampagne gestartet.

0113

Epochaler Wandel des suizidalen Verhaltens in Ostdeutschland – das Beispiel der Landeshauptstadt Magdeburg

Axel Genz (Psychiatrie und Psychotherapie, Magdeburg)
J. Salziger, B. Bogerts

Einleitung: Die statistischen Daten zeigen einen Rückgang der Suizide auf der Bevölkerungsebene in Ostdeutschland. Eine detaillierte Analyse der Korrelationen und Ursachen steht aus – kann aber möglicherweise Schlussfolgerungen weit über die Region hinaus ermöglichen.

Methode: In einer ersten Annäherung wurden in einer kleinräumigen Untersuchung die Totenscheine der Stadt Magdeburg 1985–1989 und 1999–2003 analysiert, die nichtnatürlichen Todesfälle identifiziert und das suizidale Sterbegeschehen beider Zeiträume miteinander verglichen.

Diskussion/Ergebnisse: Es ist ein seit Beginn zuverlässiger Aufzeichnungen nicht gesehener Rückgang der Suizidhäufigkeiten mit auffällender Altersakzentuierung und insbesondere bei Frauen und einem tiefgreifenden Wandel der verwandten Suizidmethoden zu verzeichnen. Die Ursachen sind bislang wissenschaftlich nicht identifiziert. Die bisherigen Ergebnisse werfen grundlegende Fragen hinsichtlich Theorie und Praxis der Suizidprävention auf – die Problemfelder können im Ergebnis benannt und weitergehende Untersuchungserfordernisse identifiziert werden.

0114

Kliniksui-zid Erleben und Unterstützungsbedarf von Angehörigen

Rita Schmid (Klinik für Psychiatrie, Klinische Sozialpsychiatrie, Regensburg)
D. Mehlsteibl, B. Hübner-Liebermann, C. Cording, H. Spießl

Einleitung: Obgleich die Suizidforschung in den USA bereits seit den 70iger Jahren die Frage nach dem Erleben der Angehörigen nach einem Suizid stellte und sich dort Hinterbliebenen-Gruppen und regelmäßig stattfindende Kongresse zum Thema fest etabliert haben, ist die Situation von Angehörigen nach Suizid ihres Familienmitgliedes

in Deutschland noch wenig erforscht und es fehlen häufig konkrete Unterstützungsangebote für die Angehörigen.

Methode: Alle Angehörige von Patienten, welche sich in den Jahren 1995 bis 2004 während ihres stationären Klinikaufenthaltes suizidierten, wurden angeschrieben und zu einem persönlichen Gespräch eingeladen (n=19). 6 Anschreiben konnten postalisch nicht zugestellt werden, 4 Angehörige lehnten die Teilnahme ab, 9 (=47,4%) Angehörige kamen zum Gespräch. Anhand problemzentrierter Interviews wurde das Erleben von Angehörigen nach Suizid ihres Familienmitgliedes und der von ihnen gewünschte Unterstützungsbedarf erhoben. Die Auswertung erfolgte anhand einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Diskussion/Ergebnisse: Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 74,7 Minuten, das Durchschnittsalter der neun Gesprächsteilnehmer lag bei 59,7 Jahren. Sechs der Gesprächsteilnehmer waren weiblich, drei männlich. Fünf Angehörige verloren durch den Suizid ihr Kind, zwei ihre(n) Ehepartner/in und zwei ein Elternteil. Alle Angehörigen gaben (starke) Belastungen infolge des Suizides an, je 44,4% der Angehörigen belasten auch heute noch Schuldgefühle und die quälende Frage nach dem Sinn des Suizides. 55,6% der Angehörigen fanden nach dem Suizid Trost in Gesprächen innerhalb der Familie, 22,2% gaben an, innerhalb der Familie bis heute kaum oder nicht über den Suizid sprechen zu können und weitere 22,2% waren nach dem Suizid alleine ohne Unterstützung. 44,4% der Angehörigen konnten in ihrem Bekanntenkreis/sozialem Umfeld nicht über den Suizid sprechen. 88,9% der Angehörigen hätten sich nach dem Suizid mehr Initiative zum Gespräch von Seiten der Klinik gewünscht. 44,4% der Angehörigen meinten, dass ihnen auch ein Austausch mit anderen Suizid-Hinterbliebenen Hilfe gewesen wäre. Schlussfolgerung: Angehörige fühlen sich nach einem Suizid häufig alleingelassen, erleben Ambivalenzen in ihrem Umgang mit dem Suizid und leiden an Schuldgefühlen. Sie benötigen mehr Unterstützungsangebote von der Klinik, sowohl direkt nach dem Suizid als auch in den Folgemonaten.

0115

Prädiktoren von Suizidalität bei intravenös Drogenabhängigen

Markus Backmund (Krankenhaus Schwabing, Suchtmedizin, München)
K. Meyer, C. Schütz, J. Reimer

Einleitung: Personen mit Suchterkrankungen, und hier insbesondere Opiatabhängige, haben ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten. Zur Prävention von Suizidversuchen ist die Kenntnis von Risikofaktoren wichtig.

Methode: Wir erfassten daher bei 1049 intravenös Drogenabhängigen bei Aufnahme in die Opiatentgiftung soziodemografische und suchtspezifische Charakteristika sowie die Anamnese bezüglich Suizidversuchen.

Diskussion/Ergebnisse: Jeder fünfte Patient (20,0%) berichtete von einem oder mehreren vorangegangenen Suizidversuchen. In der bivariaten logistischen Regression waren weibliches Geschlecht und der Familienstand als ‚Single‘ mit Suizidalität assoziiert, während jüngerer Alter, eine leere Anamnese für Notfall- und Entzugsbehandlungen, fehlender Benzodiazepingebrauch und fehlender Barbituratgebrauch mit einem Fehlen von Suizidversuchen einherging. In der multiplen logistischen Regression waren ein weibliches Geschlecht und fehlende Drogenberatung mit Suizidalität verbunden, während jüngerer Alter, eine leere Anamnese für Notfall- und Entzugsbehandlungen in der Anamnese mit einem Fehlen von Suizidversuchen einhergingen. Suizidalität sollte im Kontakt mit Opiatabhängigen regelhaft angesprochen und bei Bedarf mit entsprechenden Kriseninterventionen verbunden werden. Jüngere Patienten mit einem weniger stark ausgeprägten Suchterkrankung scheinen seltener unter Suizidalität zu leiden, während weibliche Opiatabhängige und solche, die vom Drogenhilfesystem nicht erreicht werden, verstärkt unter Suizidalität leiden. Die Bemühungen, um Frauen und Nicht-Erreichte in das Drogenhilfesystem zu integrieren, sollten verstärkt werden.

0116

Electrodermal Activity (EDA) and Event Related Potentials (ERP) as markers for suicide risk in depressionMartin Jandl (Universität Ulm, Psychiatrie I, Ravensburg)
J. Steyer, H. Baier, W. P. Kaschka

Einleitung: Regarding the possibilities for medical prophylaxis of suicide, it appears crucial to search for predictors of increased suicidal risk. Depressed patients who later committed suicide exhibited decreased EDA values, compared to depressed patients without suicidal tendencies. We assume that both EDA and ERP can act as trait markers in major depressive disorder (MDD) patients with severe suicidal tendencies.

Methode: 38 inpatients with an episode of MDD were included in an ongoing controlled, one-time cross-section study. They were explored for a history of severe attempted suicides and allocated to groups with 1) a history of at least one severe attempted suicide (SASG) or 2) no attempted suicide (CG). Patients had to be free of suicidal impulsiveness and ideation, restlessness, psychotic symptoms, and had not received benzodiazepines or anticholinergic drugs for at least one week. After 3 min rest, 24 sine tones were presented with pseudo-randomized interstimulus intervals over a period of 8 minutes. The primary measures were skin conductance response (SCR) amplitude, SCR latency, habituation rate (HabR), and non-specific SCR frequency (NS.SCR freq.). A 28-electrode EEG was sampled in parallel and P300 amplitude differences were computed between the first and the last 12 stimulus locked epochs. Additional measures: Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI). For group comparisons, unpaired t-tests were used. To predict group allocation, discriminant analysis was applied.

Diskussion/Ergebnisse: 23 depressed patients (8m, 15f) were included in SASG, 15 (7m, 8f) in CG. Mean NS.SCR freq., HabR, and differences of P300 amplitude differed significantly between the groups: NS.SCR freq. 2.61 (SD 2.57) SASG vs. 5.21 (SD 3.89) CG ($p < 0.05$); HabR 2.96 (SD 3.76) SASG vs. 12.53 (SD 9.56) CG ($p < 0.005$); P300 difference 2.23 (SD 2.47) μV SASG vs. -0.06 (SD 3.40) μV CG ($p < 0.05$). 86.7% of patients could be correctly classified. There were no significant differences in mean age, BDI, HDRS, or STAI scores between the groups. According to our preliminary results NS.SCR freq., HabR, and decrease of P300 amplitude can be proposed as group distinctive features for suicidal risk in MDD patients.

Freitag, 24.11.2006 – 17.15–18.45 Uhr, Saal 02.2

S-124 Symposium**Ethik in der Psychiatrie**

Vorsitz: S.-H. Lee (Köln), J. B. Aldenhoff (Kiel)

0601

Ethische Probleme des Neuroenhancement

Ludger Honnefelder (IWE-Institut für Wissenschaft und Ethik e.V., Bonn)

Einleitung: Während diagnostische und therapeutische Eingriffe in das menschliche Gehirn durch die Kriterien des ärztlichen Handelns ethisch legitimiert werden, stehen für Eingriffe zum Zweck der Optimierung (enhancement) solche Kriterien keineswegs fest. Der Beitrag fragt, welche Kriterien für optimierende Eingriffe ethisch maßgeblich sind.

0602

Evidenzbasierte Ethik in der Psychiatrie ? – eine kritische Auseinandersetzung

Sun-Hee Lee (Psych. Universitätsklinik, Psychiatrie und Psychotherapie, Köln)

0603

Zum Menschenbild in der psychiatrischen Pharmakotherapie

Hanfried Helmchen (Berlin)

Behandelt wird die Frage, ob und inwieweit die Festlegung von Therapiezielen vom impliziten Menschenbild des Therapeuten beeinflusst wird. Vereinfacht werden 2 Menschenbilder ein adaptives und ein emanzipatorisches gegeneinander gestellt. Ihr möglicher Einfluss wird anhand ethischer Konflikte bei der psychiatrischen Pharmakotherapie exemplifiziert: 1) individuelles Patientenwohl versus individuelle Schadensvermeidung bzw. Risiko-Risiko-Abwägung bei der Verordnung von Neuroleptika mit dem Risiko persistierender Veränderungen; 2) individuelles Patientenwohl versus Patientenautonomie bei der Wahrnehmung bzw. Zuweisung von Verantwortung in der Langzeitmedikation; 3) Patientenautonomie versus Schadensvermeidung bei der Zwangsmedikation; 4) individuelles Patientenwohl versus Wohl aller Patienten bei der Verordnung von Antidementiva mit geringer Wirksamkeit, oder bei der placebokontrollierten Prüfung von Antidepressiva. Die Ergebnisse dürften von ethischer Relevanz sein. Denn bei Konflikten ethischer Prinzipien wie in den genannten Beispielen könnte ein kaum reflektiertes individuelles Menschenbild als hintergründige Moderatorvariable wirksam werden.

0604

Ethische Fragen bei Psychotherapie

Josef B. Aldenhoff (ZIP-gGmbH, Kiel)

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 06

S-137 Symposium**Körperliche Krankheit und seelisches Leiden – mehr als ein Problem der Compliance**

Vorsitz: S. Herpertz (Dortmund), S. Zipfel (Tübingen)

0667

Ist Adipositas eine Essstörung?

Stephan Zipfel (Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin)

Die Ernährungs- und Bewegungssituation, sowie die sozioökonomischen Umstände haben sich in den vergangenen 50 Jahren in den Industrienationen radikal gewandelt. Folgen dieser Entwicklung sind rasante Steigerungen der Prävalenzraten der Adipositas. Bevölkerungsbasierte Studien in Deutschland haben ergeben, dass zwischen 12% und 18% der erwachsenen Bevölkerung adipös ist (BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$). Untersuchungen zur Ätiologie der Adipositas verweisen auf eine komplexe Interaktion genetischer, sozioökonomischer, sowie psychosozialer Faktoren. Innerhalb des Gesamtkollektivs adipöser Menschen ist von einer Subgruppe auszugehen, bei der besonders psychische Probleme zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht und Adipositas ist. Dieses Krankheitsbild, die so genannte Binge Eating Störung (BES), wurde 1994 als vorläufige psychische Störung in das DSM-IV aufgenommen. In der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenz bei 2%, wobei Frauen etwa 1,5 mal häufiger betroffen sind als Männer. Bis zu 30% der Teilnehmerinnen an Gewichtsreduktionsprogrammen erfüllen die Kriterien der BES. In den meisten Untersuchungen zur BES zeigten sich hohe Komorbiditäten zu weiteren psychischen Störungen und assoziierten somatischen Erkrankungen zumeist im Rahmen des Übergewichts. Dabei handelte es sich vornehmlich um Angststörungen und depressive Störungen. Alarmierend ist ebenfalls, dass Untersuchungen im primärärztlichen Kontext zeigten, dass bei we-

niger als 10% der betroffenen BES-Patienten die Verdachtsdiagnose einer Essstörung gestellt wurde. Diagnostische und therapeutische Optionen für die spezifische Gruppe zumeist adipöser BES-Patienten werden dargestellt.

0668

Moderne Psychodiabetologie am Beispiel der Komorbidität von Depression und Diabetes mellitus

Stephan Herpertz (Westfälische Klinik, Psychosomatische Medizin, Dortmund)

M. J. Müller, J. Kruse, B. Kulzer, N. Hermanns, R. Meinert, L. G. Schmidt, F. Petrak

Einleitung: Diabetes mellitus und Depression sind einer der häufigsten Erkrankungen in den Industrienationen. Aktuell leiden ca. 8% der deutschen Bevölkerung an Diabetes mellitus, 16% der Menschen jenseits des 55. Lebensjahres sind betroffen, davon über 90% vom Typ 2 Diabetes. Mehr als 4 Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Depression. Patienten mit Diabetes haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine zweifach erhöhte Depressionsrate. So beträgt die Punktprävalenz depressiver Störungen etwa 10–15% für Patienten mit Typ 2 Diabetes. Neben den mikrovaskulären Komplikationen des Diabetes sind insbesondere die makrovaskulären Komplikationen lebensbegrenzend. Patienten mit Typ 2 Diabetes erkranken deshalb besonders häufig an Herzinfarkt, Schlaganfall und peripherer Verschlusskrankung. Weiterhin reduziert die Komorbidität die Lebensqualität der betroffenen Patienten erheblich. Neben einer unzureichenden Compliance werden bei Patienten mit Depression eine Vielzahl von pathophysiologischen Veränderungen im Hinblick auf die Entstehung bzw. Beschleunigung einer Arteriosklerose diskutiert, u.a. eine Hyperaktivität der HPA-Achse und eine durch Serotonin induzierte Hyperaktivität der Thrombozyten.

Methode: Der Vortrag skizziert u.a. eine seit Anfang des Jahres laufende prospektive multizentrische Therapiestudie von komorbiden Menschen mit Diabetes und Depression und unzureichender Stoffwechselleistungsstörung (Diabetes and Depression, DAD-Studie). Behandelt werden ca. 300 Patienten mit Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), die eine unzureichende Stoffwechseleinstellung aufweisen ($HbA_{1c} > 8\%$), auf Insulin eingestellt sind und unter Depression leiden. Entsprechend einem randomisierten, kontrollierten Design werden Patienten mittels einer im Hinblick auf den Diabetes modifizierten kognitiven Verhaltenstherapie oder Sertralin behandelt, um die Frage zu prüfen, ob eine hinsichtlich der Depression erfolgreichen Psychotherapie bzw. Pharmakotherapie auch die Blutzuckereinstellung des Patienten mit Diabetes nachhaltig verbessern kann.

Diskussion/Ergebnisse: Neue Ansätze zur Grundlagen- wie auch Versorgungsforschung der neuen Forschungsrichtung „Psychodiabetologie“ werden vorgestellt und am Beispiel der DAD-Studie diskutiert.

0669

Wieviele Seele braucht das Herz? – Zum Kenntnisstand der Psychokardiologie

Karl-Heinz Ladwig (Technische Universität München, Institut für Epidemiologie, Oberschleissheim)

Einleitung: Wohl in keinem Bereich der inneren Medizin liegen weltweit so umfangreiche Datensätze vor, die einen somatopsychischen Zusammenhang zwischen Entstehung und Verlauf einer somatischen Erkrankung untersucht haben.

Methode: Es werden gemäß den Kriterien der evidence based medicine die Untersuchungen zusammengestellt und bewertet, die sowohl in der Vorphase vor einem akuten Koronarereignis als nach Eintritt der Koronarerkrankung den Zusammenhang von psychischen Faktoren auf Entstehung und Unterhalt der Erkrankung geprüft haben.

Diskussion/Ergebnisse: Angst, Besorgnis, Zustände vitaler Erschöpfung

und eine depressive Symptomatik sind bedeutsame Indikatoren für chronischer Stress und gehören als Parameter von negativem Affekt zu den in epidemiologischen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen an scheinbar gesunden Probanden am häufigsten untersuchten Faktoren für eine später auftretende koronare Herzerkrankung. Wir haben 12 bevölkerungsbezogene Studien mit einer Nachbeobachtungszeit zwischen 2 Jahren bis zu 27 Jahren und mit einer eingeschlossenen Probandenzahl zwischen 730 und 33.999 Untersuchten in unsere Auswertung einbezogen. Die Vorhersage bezieht sich auf plötzlichen Herztod und tödlichen wie nicht-tödlichen Myokardinfarkt und ergab ein mittleres risk ratio von 3.00 für die Vorhersage harter Endpunkte. Häufig war die Prädiktion unbeeinflusst von weiteren klassischen Risikofaktoren (Cholesterinspiegel, Bluthochdruck, Rauchen). Nach Eintritt einer der koronaren Herzerkrankung hat sich das Konzept der „Post-Infarktdepression“ als aussagekräftigster Parameter für einen kritischen klinischen Verlauf herausgestellt. In den ca. 20 zur Zeit verfügbaren Postinfarktstudien liegen Angaben zur 6-Monats-, 12- und 18-Monatsletalität vor. Die signifikante Mehrheit dieser Studien an über 10 000 eingeschlossenen Patienten belegt ein unabhängiges Letalitätsrisiko der Postdepression mit risk ratios zwischen 1.15 und 7.8. Von Bedeutung ist, dass die Mehrzahl der Studien keinen Zusammenhang der initialen depressiven Symptomatik mit Indizes des Schweregrades der zugrundeliegenden koronaren Herzerkrankung zeigen kann. Psychische Faktoren (andauernder negativer Affekt) tragen zu der Entstehung und einem malignem Verlauf der koronaren Herzerkrankung bei.

0670

Somatoforme Störungen auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V

Bernd Löwe (Universität Heidelberg, Zentrum für Psychosoz. Medizin)

Einleitung: Die anstehende Überarbeitung von DSM-IV bzw. ICD-10 bietet eine herausragende Gelegenheit, die diagnostischen Kriterien für spezifische psychische Störungen zu verbessern. Unter den am kontroversesten diskutierten diagnostischen Kategorien ist die der somatoformen Störungen, welche 1980 in DSM-III eingeführt wurde. Dieser Beitrag untersucht die Validität der aktuellen Klassifikation somatoformer Störungen und gibt einen Überblick über den aktuellen Diskussions- und Forschungsstand.

Methode: In den Beitrag gehen Ergebnisse einer Recherche in MEDLINE, PSYCINFO und Literaturverzeichnissen sowie Resultate von aktuellen Kongressen und Arbeitsgruppen zur Klassifikation somatoformer Störungen ein.

Diskussion/Ergebnisse: Der substantielle Zusammenhang von somatoformen Störungen mit funktionellen Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeit und erhöhten Gesundheitskosten verweist auf die klinische und gesellschaftliche Relevanz dieser Störungsgruppe (konvergente Validität). Der Befund, dass somatoforme Störungen einen von Depression und Angst unabhängigen Beitrag zu funktionellen Einschränkung leisten, unterstreicht die Spezifität des gegenwärtigen diagnostischen Konzeptes (divergente Validität). Allerdings beruhen die aktuellen diagnostischen Kriterien im Wesentlichen auf dem Ausschluss organischer Störungen, nicht auf positiven diagnostischen Kriterien; sie bilden damit die psychologischen, interpersonalen und sozialen Dimensionen der somatoformen Störungen nur unzureichend ab. Folglich ist die Kriteriumsvalidität der somatoformen Störungen erheblich eingeschränkt. Schließlich fehlen überprüfbare konzeptuelle Modelle, was die prädiktive Validität erheblich einschränkt. Die unzureichende Kriteriums- und prädiktive Validität der somatoformen Störung unterstreicht die Notwendigkeit, die diagnostischen Kriterien der somatoformen Störung zu verbessern. Eine komplette Abschaffung der Kategorie der somatoforme Störung würde dagegen die klinische und gesellschaftliche Relevanz der Störung ignorieren und viele Patienten mit somatoformen Symptomen faktisch aus dem gegenwärtigen Gesundheitssystem ausschließen. Die von den meisten Autoren bevorzugte Überarbeitung der gegenwärtigen Diagnosekriterien, welche auf

positiven Kriterien basiert und psychologische, soziale und somatische Merkmale einschließt, könnte erheblich zur besseren Reproduzierbarkeit und zur erhöhten klinischen Nützlichkeit der Klassifikation somatoformer Störungen beitragen.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.3

S-145 Symposium

Risikofaktoren für psychische Störungen eine evolutionspsychologische Bestandsaufnahme

Vorsitz: M. Brüne (Bochum), G. Juckel (Bochum)

0707

Früher Cannabis-Konsum als Störung wichtiger Entwicklungsprozesse und Risiko der Ausbildung psychischer Erkrankungen

Georg Juckel (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Einleitung: Cannabis wird heutzutage von vielen Jugendliche und junge Erwachsenen konsumiert. So hat sich der Cannabis-Gebrauch in den letzten 5 Jahren verdoppelt (38% der 16jährigen haben bereits einen Joint geraucht). Neben den bekannten körperlichen Folgen können durch Drogen auch psychische Störungen und speziell Psychosen ausgelöst werden. Insbesondere für das Cannabis ist man intensiv der Frage nachgegangen, ob Cannabis kausal schizophrene Psychosen verursacht. Mehrere schwedische Studien konnten tatsächlich einen solchen Zusammenhang zutreffend sein sollte, die Prävalenz und Inzidenz der Schizophrenie in z.B. Amsterdam der 70er und 80er Jahre nach oben gegangen sein, was jedoch nicht zu beobachten gewesen war.

Methode: Daher geht man heute eher davon aus, dass Cannabis nur bei denjenigen eine schizophrene Psychose auslösen kann, bei denen eine erhöhte Vulnerabilität oder Disposition für diese Erkrankung besteht, und zwar frühzeitig als sie sonst ausgebrochen wäre.

Diskussion/Ergebnisse: Darüber hinaus führt Cannabis bei frühen und vermutlich bei erhöhtem Konsum zum sog. amotivationalen Syndrom, einer Art Negativsymptomatik. Hintergrund hierfür ebenso bei der Triggerung schizophrener Psychosen dürfte die Tatsache sein, dass Cannabis als Dopaminagonist ein Stressor für das Gehirn darstellt und das mesolimbische dopaminerge Belohnungs- und Motivationssystem nachhaltig schädigt. Aber auch neuropsychologische Defizite als Folge der Beeinträchtigung der synaptischen Plastizität sind insbesondere beim frühen Gebrauch, in der vulnerablen Phase des Gehirns in der Pubertät, zu erwarten und bereits gefunden worden. Notwendige individuelle Entwicklungsschritte und verhaltensweisen können so nicht eingeübt und etabliert werden, dessen Folgen gesamtgesellschaftlich in den nächsten 10 Jahren bislang überhaupt nicht abzusehen ist.

0708

Kultur und Migration als Risikofaktoren für psychische Belastungen unter evolutionsbiologischen Aspekten

Hans-Jörg Assion (Westfälisches Zentrum Bochum, Klinik der Ruhr-Universität)

Kultur beinhaltet ein System von Verhaltensweisen, Ereignissen, Wörtern und Symbolen, die in einer kulturellen Gemeinschaft gepflegt und verstanden werden. Kulturelle Werte sind langsam gewachsen, über Generationen tradiert und haben evolutions- und neurobiologische Prozesse mit geformt. Die Wirkung auf das Individuum ist entsprechend groß. Gaw (2001) sieht sechs essentielle Komponenten von Kultur. Sie ist erlernt und kann daher gelernt werden, sie erschließt sich in einem System von Bedeutungen, dient als Schablone für Verhalten, ist

überdauernd und beinhaltet subjektive und objektive Verhaltensweisen. Evolutionsbiologische und -psychologische Anpassungsprozesse entsprechen dabei nicht dem Tempo, wie es technologische Entwicklungen mit hoher Mobilität und modernen Kommunikationstechnologien vorgeben. Entsprechend belastend wirken sich die interkulturelle Vernetzung, die Multikulturalität und Infragestellung tradierter kultureller Werte auf das Individuum aus. Der Beitrag dient einer Bestandsaufnahme. Gaw AC. Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. Washington, DC, Am Psychiat Publishing, 2001

0709

Biologische Anpassung und Mismatch: Machen moderne Umwelten krank?

Martin Brüne (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Einleitung: Menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen stellen in vielfältiger Weise Anpassungen an stammesgeschichtlich weit zurückliegende Selektionsbedingungen dar. John Bowlby (1969/1973) postulierte für die bedeutsamste selektionsrelevante Konstellation äußerer Bedingungen den Begriff der „Umwelt der evolutionären Angepasstheit“. Ein in evolutionspsychologischem Kontext weit verbreitete Auffassung ist, dass die menschliche Psyche zum Teil nur unzureichend an moderne Umweltbedingungen angepasst ist, weil die biologische Evolution in den vergangenen 10.000 bis 100.000 Jahren der kulturellen nicht hat Schritt halten können. David Buss (1995) spricht sogar vom Menschen als „lebendes Fossil“, das gezwungen ist, moderne Umwelten mit einem steinzeitlichen Gehirn zu meistern. Diese Sichtweise suggeriert die Existenz relativ starrer Verhaltensprogramme und vernachlässigt scheinbar die außergewöhnlich große Flexibilität der menschlichen Psyche. An welche Bedingungen sind wir Menschen denn tatsächlich angepasst? Gibt es hier Raum für mögliche Erklärungsansätze psychischer Störungen? Liegt die Zunahme psychischer Störungen etwa an der schon von Kraepelin und anderen unterstellten fehlenden Selektion in „zivilisierten“ Gesellschaften?

Diskussion/Ergebnisse: Im vorliegenden Beitrag werden exemplarisch die evolutionäre Mismatch-Hypothese sowie die evolutionäre Theorie zur frühkindlichen Sozialisation von Belsky et al. (1990) als Modelle zum Verständnis von Vulnerabilität für psychische Störungen vorgestellt.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Saal 02.4

S-146 Symposium

Nehmen psychische Störungen zu? Aktuelle epidemiologische Trends

Vorsitz: D. Richter (Münster), H. Spießl (Regensburg)

0711

Methodische Aspekte der Trendbeobachtung bei psychischen Störungen

Dirk Richter (WKP Münster)

Numerische oder grafische Darstellungen von Trends zur (psychiatrischen) Morbidität sind höchst suggestiv. Zum einen legen sie die Extrapolation zukünftiger Entwicklungen nahe, zum anderen wird nicht selten nach sozialen Wirkfaktoren gesucht, die auf diese Trends möglicherweise einen Einfluss genommen haben. Der hohen Suggestibilität zum Trotz gibt es kaum Bereiche mit größeren methodischen Schwierigkeiten als Trenddarstellungen. Da ist zunächst die Problematik der Gesamtheit, die der Beobachtung zugrunde liegt, zu klären. Hier sind vor dann Alterseffekte zu berücksichtigen; mit zunehmendem Alter können Personengruppen zu- oder abnehmende Morbiditätsrisiken entwickeln. Dann können Kohorten bestimmte Einflüsse erfahren

haben, beispielsweise Kinder, die in Kriegszeiten aufgewachsen sind. Schließlich können Periodeneffekte möglich sein, das heißt sämtliche Personen sind von bestimmten Faktoren, etwa massiven soziale Veränderungen oder ökonomischen Krisen, gleichermaßen betroffen. Als weitere größere Problematik ist das Risiko des ökologischen Fehlschlusses zu nennen. Nicht selten werden Morbiditätstrends und soziale Trends miteinander assoziiert, um mögliche kausale Faktoren zu identifizieren. Dabei ist in der Regel nicht klar, ob die von der Morbidität betroffenen Personen auch tatsächlich im Einzelfall den angenommenen sozialen Trends unterlegen haben. Zum dritten ist es gerade bei psychischen Störungen schwierig, zwischen der ‚tatsächlichen‘ und der beobachteten bzw. diagnostizierten Morbidität zu unterscheiden. Entstigmatisierungsphänomene und andere sozial wirksame Konstrukte überlagern vermutlich ‚wirkliche‘ Entwicklungen. Der Beitrag stellt die bekannten Schwierigkeiten zusammen und diskutiert Limitationen und eventuelle Lösungen für die genannten Punkte.

0712

Prävalenz und Inzidenz depressiver Störungen im Zeitverlauf

Hermann Spießl (Universitätsklinik Regensburg, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Depressionen sind nach den Daten der WHO weltweit die häufigste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre und somit nicht nur von erheblicher medizinischer, sondern auch gesundheitsökonomischer Relevanz.

Methode: Eine nach wie vor kontrovers diskutierte Frage ist, ob Depressionen tatsächlich zunehmen oder ob es sich dabei um methodologische Artefakte handelt.

Diskussion/Ergebnisse: Neuere epidemiologische Studien finden nicht nur insgesamt höhere Prävalenz-Zahlen als ältere Studien, sondern zeigen auch, dass in den letzten Jahrzehnten das Erkrankungsrisiko für jüngere Geburtskohorten angestiegen ist. Dieser sog. „Alters-Kohorten-Effekt“ wird in methodisch unterschiedlichen Studien international immer wieder bestätigt. Als Ursachen dafür werden überwiegend soziale Faktoren wie zunehmende Urbanisierung und geographische Mobilität sowie abnehmende soziale und familiäre Unterstützung genannt. Das sinkende Ersterkrankungsalter und das erhöhte Erkrankungsrisiko in jüngeren Geburtskohorten lässt sich dabei auch bei Kontrolle möglicher artifizieller Einflussfaktoren (z.B. Antworttendenzen der Befragten) nachweisen. Die zunehmende Inzidenz und Prävalenz der Depression spiegelt sich auch in der Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten, der hohen Rate an Erwerbsunfähigkeit und der vermehrten stationären Aufnahmen von Patienten mit depressiven Störungen wider. Nicht zuletzt sind bei depressiven Störungen die nach wie vor hohe Zahl an Suiziden und die erhöhte Mortalität aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen von Relevanz. Aufgrund der erheblichen gesundheitsökonomischen Implikationen depressiver Störungen sollten zukünftig neben regelmäßigen Bevölkerungssurveys und prospektiven Kohortenstudien auch routinemäßig erhobene Daten der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (z.B. DGPPN-BADO und Krankenkassen-Daten) systematisch analysiert werden, um Morbiditätsverschiebungen genauer evaluieren zu können, damit frühzeitig und gezielt Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden können.

0713

Internationale Trendergebnisse für ausgewählte psychische Störungen

Ilja Ruhl (Münster)

Der Zuwachs psychischer Erkrankungen scheint unbestritten eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der westlichen Industriestaaten zu werden. Der von den Krankenkassen beschriebene Anstieg von Arbeitsausfalltagen aufgrund psychischer Störungen suggeriert eine Zunahme dieser Störungen selbst. Magersucht gilt vielen als Erkrankung der heutigen Zeit mit zunehmender Verbreitung. Die

WHO sieht in den psychischen Erkrankungen die Volksleiden der Zukunft. An soziologischen Thesen zur Erklärung dieser Entwicklungen mangelt es nicht. Sie sehen die wachsenden Erkrankungszahlen in gesellschaftlichen und ökonomischen Umbrüchen begründet. Diese reichen von Überforderung und Unsicherheit aufgrund der Angst vor Arbeitslosigkeit oder auch Migration bis zur Auflösung sozialer Strukturen und dem Wegfall eines ideologischen mentalen Rahmens der Nachwendeära in den neuen Bundesländern. Andererseits scheint die Genese einiger psychischer Erkrankungen von diesen Faktoren aber nicht beeinflusst werden zu können. So wird die Prävalenz der Schizophrenie weiterhin häufig zeit- und länderübergreifend mit einem Prozent beziffert. Es stellt sich die Frage, ob all diese Aussagen einer empirischen Überprüfung standhalten? Anhand einer Übersicht über epidemiologische Studien aus verschiedenen Ländern zur Schizophrenie, Bulimie und zum Konsumverhalten bzw. substanzgebundenen Suchterkrankungen soll der empirische Gehalt obiger Ausführungen überprüft werden.

0714

Häufigkeit, Störungsbeginn und Schweregrad psychischer Störungen im Kohortenvergleich: Trends in bevölkerungsbezogenen Surveys

Frank Jacobi (TU Dresden, Klinische Psychologie)

Dass psychische Störungen in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend in den Fokus allgemeinen Interesses geraten sind, hat mehrere Ursachen. Zum einen wurde im Zuge der Neukonzeption der diagnostischen Kriterien in der Folge von DSM-III eine reliablere Diagnostik entwickelt, die es ermöglichte, erstmals für ein breites Spektrum an psychischen Störungen gesicherte Aussagen zu ihrer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung zu machen. Seitdem ließen Befunde aus epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung, nach denen fast jeder Zweite zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen ist, die Öffentlichkeit aufhorchen. Zum anderen wurden immer häufiger psychische Diagnosen im ärztlichen Bereich – insbesondere bei Krankschreibungen und Frühberentungen – vergeben, so dass psychische Störungen mittlerweile zu den kostenträchtigsten Erkrankungen gerechnet werden. Auch die bekannten WHO-Studien seit den 1990er Jahren zum „burden of disease“ sprechen psychischen Störungen eine ausgesprochen hohe gesellschaftliche Krankheitslast zu. Ob aber diese erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Störungen auch damit zu tun hat, dass psychische Störungen – z.B. aufgrund von Umbrüchen in den sozialen Verhältnissen etwa im Zusammenhang mit Globalisierung und Wertewandel – real zugenommen haben, ist ungeklärt, da in regelmäßigen Zeitabständen mit der gleichen Erhebungsmethodik durchgeführte epidemiologische Studien weitgehend fehlen. In diesem Beitrag werden einerseits die wenigen Wiederholungs-Studien vorgestellt, die eine Trendabschätzung erlauben (USA, UK); hier scheinen die Prävalenzen über 10 Jahre hinweg relativ stabil geblieben zu sein. Außerdem wird anhand von Kohortenvergleichen (auch anhand deutscher Daten) untersucht, ob das Risiko für jüngere Kohorten für psychische Störungen größer als für ältere ist. Hier zeichnet sich der Trend ab, dass in der Tat vermehrt jüngere Personen betroffen sind (insbesondere im Bereich Depression), dass psychische Störungen in jüngeren Kohorten früher beginnen, und dass der Schweregrad in jüngeren Kohorten zuzunehmen scheint.

Samstag, 25.11.2006 – 08.30–10.00 Uhr, Raum 17/18

FV-024 Freie Vorträge

Stigmatisierung und Einstellungen in der Psychiatrie

Vorsitz: A. Baumann (Düsseldorf), A. Brooks (Schwerin)

0117

Wissen über Symptome und Behandlung von Depressionen – eine aktuelle Umfrage des „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“

Anja Baumann (Heinrich-Heine-Universität, Psychiatrische Klinik, RKD, Düsseldorf)
W. Gaebel

Einleitung: Vor Start des Aufklärungsprogramms „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ wurden in den Bevölkerungen von Düsseldorf und Essen Befragungen durchgeführt, um den Stand des Wissens über Symptome und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen sowie das Ausmaß sozialer Distanz gegenüber an Depressionen erkrankten Personen zu erfassen.

Methode: Im November 2005 wurden in Düsseldorf als Interventionszentrum 800 und in Essen als Kontrollzentrum 831 deutschsprachige Personen über 18 Jahre mittels repräsentativer Telefonbefragungen interviewt.

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass die Bevölkerung in beiden Städten relativ gut über Symptome von Depressionen aufgeklärt ist und eine geringe soziale Distanz gegenüber Erkrankten aufweist. Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten sind jedoch lückenhaft und von stark negativen Einstellungen zur Pharmakotherapie geprägt.

0118

Postalische Bevölkerungsbefragung im Kontext der Eröffnung einer psychiatrischen Tagesklinik und Institutsambulanz

Harald Zäse (Heinrich-Heine-Universität, Psychiatrie und Psychotherapie, Düsseldorf)
A. Baumann, W. Gaebel

Einleitung: Das Stigma psychischer Erkrankungen wirkt sich auch auf die Akzeptanz lokaler psychiatrischer Einrichtungen in der Bevölkerung aus, wie Berichte über Proteste in der lokalen Bevölkerung gegenüber neuen psychiatrischen Einrichtungen zeigen. Die Frage, inwiefern das Vorhandensein einer psychiatrischen Einrichtung sich mit der Zeit auf die Einstellungen in der Bevölkerung auswirkt, wird in dieser Studie untersucht.

Methode: Im Jahr 2004 wurde in Düsseldorf eine psychiatrische Tagesklinik und Institutsambulanz eröffnet. Im Vorfeld der Eröffnung wurde eine repräsentative postalische Befragung der Anwohner im Umfeld der Tagesklinik und in Kontrollregionen durchgeführt. Erhoben wurden Einstellungen gegenüber der geplanten Einrichtung sowie Einstellungen gegenüber schizophren und depressiv Erkrankten (Soziale Distanz, Stereotype). 2006 wird eine Nachbefragung durchgeführt.

Diskussion/Ergebnisse: Von insgesamt 3600 verschickten Briefen wurden 489 (13,7%) beantwortet. Es gab in der Bevölkerung sowohl Gegner als auch Befürworter der Tagesklinik. Gegner der Tagesklinik fanden sich häufiger in der Nachbarschaft als in weiter entfernten Kontrollregionen. Es werden Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen und Einstellungsvariablen dargestellt.

0119

FEEP – Fragebogen zur Erfassung von Einstellungen zur Psychiatrie; Gütekriterien im Vergleich zum ATP-30

Olaf Kuhnigk (UKE, Modellstudiengang Medizin, Hamburg)
A. M. Boethern

Einleitung: Bisher wurden psychiatriebezogene Einstellungen im deutschen Sprachraum mit veralteten oder nicht-standardisierten Instrumenten gemessen. Der FEEP, der seit 2005 entwickelt wird, soll nun die Möglichkeit bieten, grundlegende Einstellungen zur Psychiatrie sowie deren Veränderungen, z. B. im Rahmen von Aus- und Weiterbildungssituationen, reliabel und valide zu erfassen.

Methode: Das Konstruktionsprinzip des Fragebogens basiert auf der

Annahme, dass jedes Item durch die erforderliche Stellungnahme einen Reflektionsprozess hervorruft, der die Selbsteinschätzung präzisiert. Dies ermöglicht eine abschließende Beurteilung der eigenen Einstellung anhand einer einzelnen zusammenfassenden Frage. Nach einem Pretest im Jahr 2005 wurde der 42 Items umfassende Fragebogen und der ATP-30 (Fragebogen: „Attitudes towards Psychiatry“) bei Studierenden des klinischen Studienabschnitts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eingesetzt. Befragt wurden Studierende der Themenblöcke „Psychosoziale Medizin“ und „Diagnostische Medizin“ zu Beginn und gegen Ende des Trimesters. Da der Themenblock „Psychosoziale Medizin“ die Einstellung zur Psychiatrie verändern könnte, wurden nur Letztere zur Prüfung der Re-Test-Reliabilität herangezogen. Zur Beurteilung der Kriteriumsvalidität dient der Vergleich mit dem ATP-30.

Diskussion/Ergebnisse: Für den ersten Messzeitpunkt liegen Daten von 218 Studierenden vor (Rücklaufquote 80%). Die Erhebung zum zweiten Messzeitpunkt war bei der Erstellung des Abstracts noch nicht abgeschlossen. Die Befragungsergebnisse werden unter nachfolgenden Gesichtspunkten dargestellt: § Einschätzung der Gütekriterien im Vergleich zum ATP-30 § grundlegende Einstellungen Medizinstudierender zur Psychiatrie (FEEP/ATP-30) § Einstellungsveränderungen abhängig vom Themenblock / psychiatrischem Unterricht Ausblick: Bei erfolgreicher Validitäts- und Reliabilitätsprüfung, liegt mit dem FEEP ein erstes teststatistisch geprüftes, deutschsprachiges Messinstrument zur Erfassung von Einstellungen zur Psychiatrie vor. Dabei handelt es sich um ein sehr ökonomisches Verfahren, da nur die zusammenfassenden Items auszuwerten sind. Der zentrale Nutzen des Messinstruments liegt darin, dass zum einen deskriptive Erhebungen (z. B. Erforschung der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in der Gesellschaft) und zum anderen Veränderungsmessungen standardisiert durchgeführt werden können (z. B. in medizinischer Hochschulausbildung) und somit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.

0120

„Seit ich ihn kenne, ist es ein Auf und Ab...“ – Die Situation von Angehörigen von Patienten mit bipolaren Störungen

Rita Schmid (Klinik für Psychiatrie, Klinische Sozialpsychiatrie, Regensburg)
G.-U. Huttel, H. Binder, C. Cording, H. Spießl

Einleitung: Bisherige Studien zu Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Familie des Erkrankten differenzieren entweder nicht nach der Art der psychischen Erkrankung des Familienmitgliedes oder haben in der Mehrzahl Angehörige von schizophren Erkrankten untersucht.

Methode: 32 problemzentrierte Interviews mit Angehörigen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen wurden mittels einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zur Evaluation der Einflussfaktoren auf das Belastungserleben wurden die Ergebnisse der Itemanalyse zusammen mit den Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) Regressions-, Faktoren-, Cluster- und CART-Analysen unterzogen.

Diskussion/Ergebnisse: Die 722 Aussagen der Angehörigen konnten inhaltsanalytisch 11 Bereichen zugeordnet werden, welche durch die Faktorenanalyse weitgehend bestätigt wurden: Emotionale Belastungen (22,3%), Belastungen in der Beziehung zum Patienten (15,5%), Belastungen infolge der Krankheitssymptomatik (12,2%), Belastungen in der Zusammenarbeit mit Institutionen (11,2%), Gesundheitliche Belastungen (9,7%), Innerfamiliäre Belastungen (9,3%), Belastungen im sozialen Umfeld (6,1%), Zeitaufwand für die Fürsorge des Erkrankten (5,4%), finanzielle Belastungen (4,0%), Belastungen in der Zeitgestaltung (3,0%), Belastungen in der beruflichen Arbeit (1,3%). Während die Clusteranalysen keine Subgruppen identifizieren konnten, ergibt sich aus den Ergebnissen der Regressions- und CART-Analysen, dass diejenigen Angehörigen mehr Belastungen nennen, deren erkranktes Familienmitglied bereits länger erkrankt ist, aktuell eine kürzere

Verweildauer in der Klinik hatte, bei Aufnahme (GAF-Wert) und bei Entlassung (CIG-Wert) schwerer erkrankt war und/oder bereits einen Suizidversuch unternommen hat. Ferner wurden von den Angehörigen mehr Belastungen genannt, wenn für den Erkrankten eine gesetzliche Betreuung besteht und die Angehörigen Ehe- oder Lebenspartner des Erkrankten sind, nicht berufstätig sind und keine Unterstützung in der Fürsorgen um den Patienten durch Dritte erhalten. Schlussfolgerung: Die Belastungen der Angehörigen von bipolar affektiv Erkrankten sind vielfältig und insbesondere bezüglich ihres Umgang mit der Krankheitssymptomatik spezifisch. Entsprechend den bereits relativ gut etablierten Angeboten für Angehörige von schizophren Erkrankten sollten diagnosespezifische (psychoedukative) Angebote auch für Angehörige von bipolar affektiv Erkrankten entwickelt und angeboten werden.

0121

Religiös begründete Grundeinstellungen und Aktivitäten bei psychisch erkrankten Menschen

Andreas Broocks (Carl-Friedrich-Fleming-Klinik, Klinik für Psychiatrie, Schwerin)

A. Haar

Einleitung: In einer Vielzahl von Studien wurden Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Gesundheit einerseits und einer gelebten Spiritualität andererseits beschrieben. Es wird postuliert, dass Religiosität möglicherweise einen protektiven Faktor in Hinblick auf psychische Erkrankungen und darüber hinaus eine bisher nicht genügend beachtete Ressource für die Bewältigung psychischer Beeinträchtigungen darstellt.

Methode: Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden insgesamt 303 Patienten mit Hilfe eines semistrukturierten Interviews und eines Fragebogens untersucht. Der in dieser Arbeit erstmals vorgestellte Fragebogen erfasst fünf Dimensionen von Religiosität mit befriedigender interner Konsistenz ($\alpha > 0,8$): Selbsteinschätzung der eigenen Religiosität (globale Selbstbeurteilung), Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft (soziale Ebene), Zustimmung zu spezifischen Glaubensaussagen (kognitive Ebene), eigene religiöse und übersinnlichen Erlebnisse (Erfahrungsebene) sowie religiös motivierte Tätigkeiten (Handlungsebene).

Diskussion/Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen u.a., dass für ca. 20% der Patienten religiös begründete Glaubensvorstellungen eine vorrangige Rolle für die Lebensgestaltung und für den Umgang mit der psychischen Erkrankung spielt. Dies wird möglicherweise von therapeutischer Seite unterschätzt und zu wenig genutzt. Darüber hinaus zeigten sich Beziehungen zwischen der religiösen Grundeinstellung und der zur stationären Behandlung führenden Hauptdiagnose.

Samstag, 25.11.2006 – 10.30–12.00 Uhr, Saal 03

HS-019 Hauptsymposium

Ich- und Selbstentwicklung

Vorsitz: C. Mundt (Heidelberg), T. Fuchs (Heidelberg)

0061

Gefährdete Einheit: Kohärenz und Fragmentierung des Selbsterlebens

Thomas Fuchs (Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgem. Psychiatrie)

In der phänomenologischen Psychologie werden gegenwärtig vor allem drei Ebenen des Selbsterlebens unterschieden: (1) das basale Selbst oder präreflexive Selbstgewahrsein, (2) das subjektive Selbst (Meinhaftigkeit, Urheberschaft, Ich-Bewusstsein) und (3) das perso-

nale, autobiographische oder narrative Selbst. Diese Ebenen treten in der frühkindlichen Entwicklung stufenweise hervor; aus ihrer Integration ergibt sich schließlich die Kohärenz des Selbsterlebens. Dabei wird die Entwicklung von Selbstkohärenz durch die Dimensionen der Leiblichkeit, Affektivität, Zeitlichkeit und Intersubjektivität entscheidend ermöglicht und beeinflusst. Sowohl im Zusammenwirken dieser Einflüsse im Entwicklungsverlauf als auch in den dazu erforderlichen neurobiologischen Substratfunktionen kann es zu Störungen kommen, die die Selbstkohärenz gefährden und zu Fragmentierungen führen. Aufgrund der inhärenten Verknüpfung des Selbsterlebens mit der Intersubjektivität bedeutet jede Störung der Selbstkohärenz zugleich eine Störung in der Beziehung zu anderen. Entweder wird die Abgrenzung des eigenen Selbst von der Intentionalität und Urheberschaft anderer brüchig, was den schizophrenen Kohärenzstörungen auf der ersten und zweiten Ebene des Selbsterlebens entspricht. Oder aber die Bezugspersonen können nicht in ihrer Kontinuität wahrgenommen werden und zerfallen, je nach der eigenen affektiven Zuständigkeit, gleichsam in verschiedene Teilansichten. Hier ist eher die Ebene des personalen, zeitübergreifenden Selbst betroffen, wie dies bei Borderline-Strukturen der Fall ist. Auf der dargestellten konzeptuellen Grundlage sollen paradigmatische Störungen des Selbsterlebens etwa bei Schizophrenien, Borderline-Störungen und dissoziativen Störungen einem phänomenologischen bzw. entwicklungspsychopathologischen Modell zugeordnet werden.

0062

Das Selbst als soziales Organ

Christoph Mundt (Universität Heidelberg, Psychiatrische Klinik)

Unter Bezug auf Philosophie und Neuropsychologie werden Aussagen und empirische Befunde aus Psychologie, Sozialpsychologie und Psychoanalyse zu den Funktionen des Selbst referiert. Die Organisation dieser Aussagen orientiert sich an ihrer Wertigkeit für die Psychotherapie. Drei konzeptionelle Doppelungen begründen die entwicklungsdynamische Potenz des Selbst: Das reflektierende Selbst (Ich, Prozessaspekt des Selbst) versus reflektiertes Selbst (empirisches Selbst, Strukturaspekt); individuelles und soziales Selbst (der Kern der individuellen Persönlichkeit versus Repräsentanz des generalisierten sozialen Anderen); ideales versus reales Selbst (selbst gesetzte bzw. sozial induzierte entwicklungspsychologische Vorgabe versus reales historisch gewordenes aktuelles Selbst). Entwicklungspsychologisch spielen für die Entstehung des Selbst zunächst die Imitationen und Interaktionen über die Mimik eine zentrale Rolle mit Erlernen der Affektsprache und dem „inner working model“, das sich aus dem erlernten affektdynamischen Interaktionsrepertoire ableitet. Für die in den späteren Entwicklungsphasen wesentliche Beeinflussung der Selbstentwicklung durch den generalisierten sozialen Anderen spielen die Selbst-bewertenden Emotionen Scham und Schuld eine zentrale Rolle. Der Begriff Selbstzeitigung bezieht sich auf die Manifestation der im Selbst strukturell gebundenen Erfahrungen, Haltungen und Werte, wie sie im Austausch von Narrativen zur Geltung gebracht werden. Dabei präsentiert sich das Selbst und sendet eine Botschaft in der Interaktion, erfährt aber auch eine Bewertung, die verarbeitet und ggfs. internalisiert werden kann. Das Konzept der Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Fähigkeit des Selbst, sich selbst und andere zu beeinflussen und zu kontrollieren. Selbstwirksamkeit ist in hohem Maße mit seelischer Gesundheit bzw. im Fall ihres Verlustes psychischer Morbidität korreliert. Die Doppelungen des Selbst vor allem in reflektierendes Ich und empirisches Selbst stellen eine wesentliche Vorbedingung und den zentralen Topos für die Psychotherapie dar. Die drei Doppelungen des Selbst können wesentliche Aspekte der Psychopathologie vieler Krankheitsbilder beleuchten, vor allem aber enthalten sie ein gewaltiges Entwicklungspotential, das durch Psychotherapie wesentlich stimuliert und geleitet werden kann.

0063

Re-examining the concept of schizophrenia: The notion of self-disorder

Josef Parnas (Hvidovre Hospital, University, Danish National Research Found, Copenhagen)

The recent 20 years have witnessed a revolutionary progress in the medical sciences with important discoveries of pathogenic mechanisms and with rational developments of treatments. A corresponding progress has failed to take place in psychiatry, where, instead, we see a steadily widening gap between technological sophistications of the neurobiological approaches and the continuously limited comprehension of mental disorders. This discrepancy is emblematically visible in schizophrenia research. There are multiple reasons for this discrepancy, perhaps mainly linked to unresolved (and un-discussed) epistemological issues. I suggest that an obvious place to start addressing these problems is to revisit and revise the theoretical framework for 1) conceiving and studying consciousness, 2) developing its taxonomy, and 3) modelling various ways in which mental causation may operate. A series of empirical studies of schizophrenia, focusing on the alterations of self-awareness and self-identity, is presented as a concrete example of encounters with epistemological problems: 1) Developing adequate study approach to mental phenomena. 2) Empirical disclosure of the essential facets of altered field of experience and locating those facets in a theoretical framework. 3) Development of testable empirical hypotheses. 4) Advancing theoretical pathogenic models that allow for a cross talk between psychopathology, neurobiology and developmental psychology. The disorder of "primitive" (basic) self-hood may be considered as being conceptually definitive of the true schizophrenia, implying formal transformations of consciousness, with causal potentialities, and developmental origins.

0064

Neurale Korrelate der Selbstreferenz und der sozialen Kognition

Kai Vogeley (Universität zu Köln, Klinikum, Psychiatrie und Psychotherapie)

So-genannte metakognitive Prozesse, nämlich selbstbezügliche und/oder sozial kognitive Prozesse, sind Schlüsselthemen der kognitiven Neurowissenschaft geworden und haben mittlerweile ein eigenes Forschungsfeld der sozialen Neurowissenschaft (social neuroscience) begründet. Die soziale Neurowissenschaft untersucht die neurobiologischen Mechanismen von Selbstreferenz und sozialer Kognition. Soziale Kognition beschäftigt sich dabei mit all solchen kognitiven Prozessen, die das Verständnis des Erlebens oder Verhaltens von sich selbst oder anderen zum Zweck der Kommunikation und Interaktion betreffen. Dabei ist die Fähigkeit essentiell, zwischen den eigenen mentalen Prozessen und solchen anderer Personen zu unterscheiden. Neurowissenschaftliche Studien mittels funktioneller Bildgebung zeigen konsistent, dass insbesondere die anterior medial präfrontal und temporoparietal gelegenen Hirnregionen maßgeblich an diesen Prozessen beteiligt sind. Interessanterweise sind diese Regionen auch unter Ruhebedingungen, also ohne gezielte, experimentell gestalteten kognitiven Anforderungen aktiv. Diese relative Aktivitätsverteilung unter Ruhebedingungen ist auch als Hirnruhezustand (default mode of the brain) bezeichnet worden. Diese Überlappung von Aktivierung bei selbstreferentiellen und sozial kognitiven Prozessen einerseits und beim Hirnruhezustand andererseits lässt die neurobiologisch gestützte Spekulation zu, dass wir eine natürliche Disposition für selbstreferentielle und soziale Kognition haben. Im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen ist hiermit eine konzeptionelle Neufassung und neurobiologische Untersuchung von Erstrangssymptomen der Schizophrenie (Ich-Störungen, Halluzinationen, Wahn), aber auch anderer sozial kognitiver Störungen wie Autismus möglich.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal o8

S-160 Symposium

Sterbehilfe – eine kritische Auseinandersetzung aus interdisziplinärer Sicht

Vorsitz: M. Seidel (Bielefeld), T. R. Payk (Bochum)

0776

Aktive Sterbehilfe – ein brisantes, aktuelles Problem

Theo R. Payk (Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychiatrie)

Seit Legalisierung der Euthanasie in den Niederlanden im Jahr 2001 und ein Jahr später in Belgien wird auch in Deutschland und anderen europäischen Ländern wieder lebhaft über das Für und Wider aktiver Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen gestritten. Außer dem Verweis auf den hohen Rang von Selbstbestimmung und Willensfreiheit wird als Argument von den Euthanasie-Protagonisten auch die Notwendigkeit einer rechtlichen Absicherung sterbehilfeleistender Personen angeführt, auch vor dem Hintergrund der bekanntgewordenen Serientötungen in Heimen und Krankenhäusern. Ideologischen Flankenschutz und praktische Hilfe bieten die Schweizerischen Sterbehilfeorganisationen. Gegner der Euthanasie, die im übrigen eine lange Tradition hat, beziehen sich auf die Einzigartigkeit und Einmaligkeit menschlicher Existenz und fordern einen würdigen, den Wert des Lebens respektierenden Beistand des Sterbenden unter Ausschöpfung aller schmerz- und angstlindernder ärztlicher und pflegerischer Möglichkeiten bis zuletzt. Als Ausweg aus der vielfach ganz anders erlebten Realität wird eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten und stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen gesehen.

0777

Aktive Sterbehilfe – Kritik aus psychiatrischer Sicht

Michael Seidel (v. Bodelschwingsche Anstalten, Bielefeld)

In der gegenwärtigen und zunehmend aggressiveren Diskussion um die aktive Sterbehilfe dominiert eine Verabsolutierung der Konzepte von Autonomie, Selbstbestimmung usw. Es bleibt dabei weithin unberücksichtigt, dass es seelische Zustände und Befindlichkeiten des Menschen gibt, die eben jene Grundannahmen der Autonomie usw. relativieren. Es werden unter Bezug auf psychiatrische Literatur und Erfahrung kritische Einwände gegen die aktive Sterbehilfe und die sie legitimierenden Argumente formuliert. Dabei wird auf die Systematisierung der psychiatrischen Kritik orientiert. Wesentliche Argumentationsgrundlagen für die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe halten aus psychiatrischer Sicht der Kritik nicht stand.

0778

Sterbehilfe oder Sterbebegleitung?

Gerda Graf (Deutsche Hospizstiftung, Niederzier)

0779

Aktive Sterbehilfe – Die Sicht der Kirchen

Ingolf Hübner (Diakonisches Werk der EKD, Berlin)

Im Zusammenhang mit der Debatte um eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung wird immer wieder die Frage nach der Zulässigkeit von Sterbehilfe thematisiert. Wenn in einer Patientenverfügung der Wunsch nach so genannter passiver Sterbehilfe in Form eines Behandlungsverzichts oder -abbruchs zulässig und verbindlich ist, können dann nicht in besonderen Situationen auch Formen aktiver Sterbehilfe zulässig sein? Hinter dieser Argumentation steht eine

problematische Überschätzung menschlicher Selbstbestimmung, die aus christlicher Sicht, aber auch aus säkularen ethischen Überlegungen zu kritisieren ist: Die Möglichkeit der Selbstbestimmung im Zusammenhang medizinischer Behandlung in Extremsituationen kann nicht einfach vorausgesetzt werden. Selbstbestimmung muss vielmehr im Hinblick auf existenziell bedrohliche Situationen „gestützt“ werden. Dies bedeutet, dass die Verantwortung für Entscheidungen von existenzieller Bedeutung im Kontext medizinischer Behandlung „geteilt“ werden muss. Selbstbestimmung entfaltet sich in sozialen Kontexten und der Respekt vor Selbstbestimmung darf nicht zu einer Schwächung der Fürsorge führen. In einer asymmetrischen Situation starker Abhängigkeit, wie sie im Umgang mit Sterbenden häufig gegeben ist, besteht eine besondere Schutz- und Fürsorgepflicht. Die Vorstellung vom Sterben verbindet sich oft mit Befürchtungen zu leiden, vollständig abhängig zu sein, körperlich und geistig zu verfallen. Durch die Sterbehilfe, die ein möglichst kurzes und leidfreies Sterben herbeiführen soll, versuchen vorwiegend gesunde Menschen, einer kaum absehbaren und schwer kontrollierbaren Dimension menschlichen Lebens auszuweichen. Durch solch ein Plädoyer für eine aktive Sterbehilfe wird die Gefahr vergrößert, dass der Lebenswille schwerstkranker und behinderter Menschen gering geschätzt wird und aus schwer lebbaren Stadien wie Demenz oder Wachkoma lebensunwerte und vermeidbare Stadien gemacht werden. Das in Deutschland bestehende Verbot aktiver Sterbehilfe ist in christlicher Perspektive so zu deuten und zu begründen, dass das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen nicht höher als das Leben selbst zu bewerten ist.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 10

S-162 Symposium

Suizidalität: Prädiktoren, Therapie, Postvention

Vorsitz: F. M. Wurst (Basel), M. Wolfersdorf (Bayreuth)

0785

Neurobiologie und Pharmakotherapie der Suizidalität

Thomas Bronisch (MPI, Psychiatrie, München)

Einleitung: Der Suizid setzt Selbstreflexion voraus, d.h., das Individuum muss zwischen einem beobachtenden und einem erlebenden Ich unterscheiden können. Die Tatsache, dass suizidales Handeln eine genuin menschliche Eigenschaft zu sein scheint, macht es nahe liegend, den topographisch-anatomischen Ort für ein solches Verhalten in den phylogenetisch jüngsten Bereichen des Gehirns anzusiedeln, nämlich dem Stirnhirn und hier wiederum im präfrontalen Kortex.

Methode: Biochemische Studien beinhalten Post-mortem Studien, Liquorstudien, endokrine Stimulationstests, Erfassung peripherer Parameter sowie molekulargenetische Untersuchungen. Direkte und indirekte Therapiestudien.

Diskussion/Ergebnisse: Als wichtigster Befund ist hierbei eine Dysfunktion des serotonergen Transmittersystems, aber auch eine Dysregulation des Stesshormonsystems, welches das serotonerge System beeinflusst, anzusehen. Diese neurobiologischen Befunde zeigen sich über die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen hinweg. Sie korrelieren mit den Verhaltensparametern Impulsivität und Aggressivität, wobei Aggressivität sowohl nach innen (Autoaggressivität/suizidales Verhalten) wie nach außen (Heteroaggressivität) gerichtet zu sein scheint und in Bezug auf suizidales Verhalten vor allem aggressive Suizidmethoden beinhaltet. Schließlich sind Impulsivität und Aggressivität auch vereinbar mit einer gestörten Impuls- und Aggressionskontrolle im Bereich des orbito-frontalen und dorso-lateralen präfrontalen Kortex. Impulsivität, Auto- und Heteroaggressivität sind psychopharmakologisch schlecht behandelbar. Die pharmakologische

Behandlung der Suizidalität bei unipolaren und bipolaren Störungen umfasst Antidepressiva, Neuroleptika, Lithium und Mood Stabilizer. Für eine antisuizidale Wirksamkeit bei diesen Störungen bietet Lithium derzeit die beste empirische Evidenz, für Antidepressiva wird eine starke bis schwächere oder gar fehlende Wirksamkeit postuliert. Indirekte Studien (Post-mortem, psychologische Autopsie, epidemiologische und Interventionsstudien) geben den besten Hinweis für eine starke Wirksamkeit von Antidepressiva. Für Neuroleptika und Mood Stabilizer ist die Datenlage zu schwach, um eine Aussage machen zu können. Bei schizophrenen Psychosen zeigen klassische Neuroleptika keinen antisuizidalen Effekt. Für atypische Neuroleptika konnte ein antisuizidaler Effekt von Clozapin und Olanzapin nachgewiesen werden, wobei Clozapin effektiver in der Prävention von Suizidversuchen zu sein scheint. Insgesamt sind dringend prospektive, möglichst Placebo kontrollierte Studien, an akut und chronisch suizidalen, unipolar und bipolar Depressiven und Schizophrenen notwendig.

0786

Suizid und Alkohol im Alter

Gerhard A. Wiesbeck (Univ. Psychiatrische Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)

K. Dürsteler MacFarland, S. Petitjean, S. Müller, F. Wurst

Einleitung: Untersuchungen aus der Gerontologie betonen die hohen, meist unerkannten und deshalb unterschätzten Raten exzessiven Trinkens im höheren Lebensalter. Schätzungen der Alkoholismusprävalenz bei über 65jährigen reichen bis zu 14%. Bei Selbsttötungen im Alter spielt der Alkohol eine wichtige Rolle.

Methode: Der amerikanischen National Mortality Followback Survey sucht nach Risikofaktoren für vollendete Suizide. Die beiden Faktoren, welche bei älteren Menschen im letzten Lebensjahr das Suizidrisiko am deutlichsten erhöhten waren Krebserkrankungen (odds ratio: 51.9), moderater Alkoholkonsum (odds ratio: 29.4) und schwerer (odds ratio: 22.9) Alkoholkonsum. Dies wird auch durch eine schwedische Untersuchung belegt, bei der die Suizide von 85 älteren Menschen untersucht wurden. Als einer der stärksten Prädiktoren erwies sich die Diagnose „substance use disorder“. Mit dieser Diagnose erhöhte sich das Suizidrisiko auf das 15fache.

Diskussion/Ergebnisse: In einer Zusammenfassung von sechs Studien aus vier Ländern, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, wird die Häufigkeit von vollendeten Suiziden bei insgesamt 248 Alkoholikern dargestellt. Die Suizidhäufigkeit in der Gruppe der über Sechzigjährigen erwies sich als gleich hoch wie die Suizidhäufigkeit bei den 30–39jährigen. Bei Selbsttötungen im Alter spielt der Alkohol eine wichtige Rolle. Neben Krebserkrankungen erhöht er das Suizidrisiko am deutlichsten.

0787

Reaktionen von Therapeuten auf den Suizid von Patienten – Ergebnisse einer Umfrage

Friedrich Martin Wurst (Univ. Psych. Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, Basel)

S. Euler, R. Vogel, M. Wolfersdorf, G. Wiesbeck, S. Petitjean

Einleitung: Die Reaktion von professionellen Helfern auf den Suizid eines von ihnen behandelten Patienten ist ähnlich der von Familienangehörigen oder Freunden. Die zu dieser Thematik durchgeführten Studien kommen jedoch oft nur auf begrenzte Fallzahlen und/oder fokussieren eng umschriebene Fragestellungen. Ziel der vorliegenden Studie ist die Beantwortung folgender Fragen: 1. Wie reagieren ambulant (a) und stationär (s) tätige Therapeuten auf den Suizid eines von ihnen behandelten Patienten. 2. Sind die Reaktionen ambulant und stationär Tätiger verschieden? 3. Von welchen Faktoren (bezogen auf die eigene Person, die Person des Suizidenten oder die Umstände des Suizids) hängt diese Reaktion ab? 4. Welche Konsequenzen ergeben sich

aus den Ergebnissen für den Umgang von Therapeuten mit dem Suizid eines von ihnen behandelten Patienten im Sinne der ‚postvention‘ bzw. einer ‚psychological autopsy‘?

Method: Befragt wurden mittels eines Fragebogens mit 63 items a) über die Arbeitsgemeinschaft Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus stationär tätige Kolleginnen und Kollegen aus 16 süddeutschen Kliniken b) die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater von Basel (n=170). Die Reaktionen wurden mittels VAS zu drei Zeitpunkten erfasst: Zum Zeitpunkt des Suizids, nach 2 Wochen und nach 6 Monaten. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS 13. Die Studie wurde von der Ethikkommission beider Basel genehmigt.

Diskussion/Ergebnisse: Es gingen insgesamt 130 Antworten ein, davon 56 aus dem stationären und 74 aus dem ambulanten Bereich. In 71 Fällen wurde ein Suizid berichtet. Nicht von einem Suizid betroffen waren aus dem stationären Bereich 7, aus dem Bereich der Niedergelassenen 51 Studienteilnehmer. Die stationär Tätigen waren signifikant jünger, hatten signifikant weniger Berufserfahrung und über signifikant mehr Suizide berichtet. Hinsichtlich der Reaktionen unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant bei a) Angst vor der Reaktion der Angehörigen (s>a), b) Erleichterung zum Zeitpunkt des Suizids und 2 Wochen später (a>s), Schuldgefühlen nach 6 Monaten (diejenigen mit Berufserfahrung <5 Jahre mehr als die mit Berufserfahrung >5 Jahre). Bis auf die 3 beschriebenen items reagieren niedergelassene und stationär tätige Psychiaterinnen und Psychiater auf den Suizid eines Patienten ähnlich. In beiden Gruppen geht über den Zeitverlauf das Ausmass der Reaktion deutlich zurück.

0788

Risikofaktoren für einen Suizidversuch bei alkoholabhängigen Patienten mit einer vorangehenden depressiven Episode – eine Subgruppenanalyse der WHO / ISBRA Studie.

Özgür Yaldizli (Univ. Psych. Kliniken, Abhängigkeitserkrankungen, U3, Basel)

M. Graf, G. Wiesbeck, F. M. Wurst

Einleitung: Nach Schätzung der WHO sterben weltweit jährlich fast 1 Millionen Menschen infolge eines Suizids. Fast 60% der Suizide sind begleitet von affektiven Störungen. Depression und Alkoholismus sind die wichtige Risikofaktoren für den Suizid, dennoch bleibt die Beurteilung des Suizidrisikos eine Herausforderung für den klinisch tätigen Arzt. Das Ziel vorliegender Studie ist die Untersuchung von Risikofaktoren für den Suizidversuch bei alkoholabhängigen Patienten mit vorangegangener depressiver Episode (mindestens 2 Wochen).

Method: Die vorliegende Arbeit ist eine Subgruppenanalyse der WHO/ISBRA collaborative study on biological state and trait markers of alcohol use and dependence. Es handelt sich um eine internationale, multizentrische Querschnittsstudie, die ein standardisiertes persönliches Interview verwendete sowie biologische Marker des Alkoholkonsums und der Alkoholabhängigkeit untersuchte. Von insgesamt 1314 Variablen, wurden 42, nach bisherigem Kenntnisstand, Suizidversuch-relevante Variablen analysiert. Korrelationsanalysen wurden mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Anschliessend wurden alle statistisch signifikanten Faktoren in eine binär logistische Regressionsanalyse eingeschlossen, um mögliche ko-variate Effekte zu untersuchen.

Diskussion/Ergebnisse: Von insgesamt 1863 Patienten wurden 292 mit Alkoholabhängigkeit und einer kurzen depressiven Episode in der Vorgeschichte in die Subgruppenanalyse eingeschlossen. Die 42 ausgewählten Variablen bezogen sich auf demographische Charakteristika, Abhängigkeitsparameter, Begleiterkrankungen, Persönlichkeitsspezifische Parameter und Familiengeschichte. 27 von 42 Variablen korrelierten signifikant mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte. Nach logistischer Regressionsanalyse waren (I) somatische Beschwerden in unmittelbarem Zusammenhang mit Alkoholkonsum, (II) depressive Symptome insbesondere Suizidgedanken und (III) die Einnahme von Antidepressiva unabhängige Risikofaktoren für den Suizidversuch.

Schlechte Erfahrungen im Umgang mit Drogen, das Gefühl der Wertlosigkeit, Konzentrationsschwäche, antisoziale Persönlichkeitszüge sowie Alkoholismus unter den erstgradigen Verwandten waren dabei modell-verbessernde Variablen. Die Güte des Prognosemodells betrug nach Nagelkerkes 0.59, d.h. 59% der Varianz werden durch diese Faktoren erklärt. Das Prognosemodell abgeleitet aus den Daten der WHO/ISBRA Studie zeigt wichtige Risikofaktoren für den Suizidversuch bei alkoholabhängigen Patienten mit Status nach einer kurzen depressiven Episode auf.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Oslo

S-167 Symposium

Das Selbst und sein Gehirn: Neuropsychiatrie und Neuropsychologie

Vorsitz: G. Northoff (Magdeburg), H. Förstl (München)

0806

Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine systemtheoretische Analyse des Selbst

Thomas Fuchs (Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgem. Psychiatrie)

Aktuelle neurobiologische Konzeptionen des Verhältnisses von Geist und Gehirn tendieren häufig zu einer reduktionistischen Auffassung von Subjektivität. Das Selbst erscheint dabei als ein Konstrukt oder Modell, das von subpersonalen Mechanismen erzeugt wird, dem aber nur eine illusionäre Rolle zukommt, insofern es nur den jeweiligen Zustand physikalisch determinierter Gehirnprozesse widerspiegelt. Dem wird eine systemische Sicht des Gehirns gegenübergestellt, die Kognition und Bewusstsein als Komponenten in einer zirkulären Beziehung von Organismus und Umwelt auffasst. Das Gehirn fungiert in diesen Kreisprozessen als ein Organ der Transformation, das elementare und komplexe Systemzustände wechselseitig ineinander übersetzt und so dem Organismus integrale Wahrnehmungs- und Handlungsoptionen in seiner Umwelt eröffnet. Das Selbst entsteht dabei als höchste Integrationsstufe komplexer organischer Prozesse, wobei dieser Stufe durchaus eine vertikale oder „top-down“-Kausalität zukommt. Das Selbst entsteht also nicht in einem isolierten Gehirn, sondern es ist von vorneherein auf Beziehung und Intersubjektivität hin angelegt. Seine Interaktionen mit der natürlichen und sozialen Umwelt verändern fortlaufend die Mikrostruktur des Gehirns, das damit als gleichermaßen biologisch und sozial geprägtes Organ zu betrachten ist. Die Konsequenzen dieser systemischen Konzeption für das Verständnis der Subjektivität in der Psychiatrie werden aufgezeigt.

0807

Das Selbst bei Frontotemporaler Degeneration

Hans Förstl (Technische Universität München, Psychiatrische Klinik)

0808

Sucht und Selbststeuerung

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Deterministische Modelle menschlichen Verhaltens geraten in Schwierigkeiten, wenn sie die allgemeines individuelles Handeln gegenüber dem Verhalten eines Abhängigkranken abgrenzen sollen. Denn wenn alle Handlungen determiniert sind, was macht dann das Spezifische der Suchterkrankungen aus? Ein Lösungsansatz verweist hier auf das Vorliegen „höherstufiger“ Ziele, die bei Suchterkrankungen nicht mehr erreicht werden.

Methode: Überblick über neurobiologische Daten zur Determination und Prädiktion des Rückfallgeschehens und Diskussion der Modelle höherstufiger „Volitionen“.

Diskussion/Ergebnisse: Aus den neurobiologischen Daten ergeben sich korrelative Befunde zu einem erhöhten Rückfallrisiko bestimmter Patientengruppen. Eine individuelle Prädiktion ist damit derzeit nicht möglich, was auf meßtechnische Probleme, aber ebenso auf die erhebliche inter- und intra-individuelle Varianz der Hirnaktivierung bei Präsentation von Schlüsselreizen zurückzuführen ist. Das Modell höherstufiger Volitionen verweist auf eine normative Höherbewertung verbalisierbarer und sozial akzeptabler Ziele, die sich nicht aus den biologischen Daten ergibt und kritisch reflektiert werden kann.

0809

Selbst, Gehirn und Umwelt warum wir ein Selbst benötigen?

Georg Northoff (Universität Magdeburg, Psychiatrische Klinik)

Einleitung: Der Begriff und die Definition des Selbst wurden lange in Philosophie und Psychologie diskutiert. In den letzten Jahren haben auch die Neurowissenschaften und insbesondere die funktionelle Bildgebung neue Einblicke in die dem Selbst möglicherweise zugrundeliegenden neuronalen Prozesse vermittelt. Dabei stellt sich die Frage sowohl nach den neuronalen Korrelaten als auch nach dem dabei vorausgesetzten Konzept des Selbst.

Methode: Es sollen eigene bildgebende Untersuchungen zur Unterscheidung zwischen Selbst und Nicht-Selbst vorgestellt werden. Dabei stellt sich eine zentrale Rolle der sogenannten kortikalen Midline Strukturen, dem medialen Kortex, heraus. Hieran anknüpfend soll das Konzept des selbst-referentiellen Prozessings vorgestellt werden, wodurch das Selbst als subjektives Erleben von Meinigkeit („mein“) definiert wird.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal Stockholm 3

S-169 Symposium

Zum Verhältnis von Subjektivität, Psychopathologie und Neurowissenschaften

Vorsitz: T. Kircher (Aachen), W. Gaebel (Düsseldorf)

0814

Wie haben Neurowissenschaften unsere Konzepte über emotionales Erleben verändert?

Andreas Heinz (Campus Mitte Charité, Berlin, Psychiatrie und Psychotherapie)
G. Juckel

Einleitung: Konzepte menschlicher Emotionen unterliegen zeitgenössischen Wandlungen. Insbesondere die Bewertung hedonischer Erlebnisse änderte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts in der deutschsprachigen Psychiatrie. Empirische Befunde zu den neurobiologischen Korrelaten des Lusterlebens und der Erwartung von Belohnung haben diese Konzepte weiter modifiziert. Dies wird am Beispiel der Schizophrenieforschung diskutiert.

Methode: Übersicht über historische Modelle emotionaler Störungen bei Schizophrenien und zu deren Wandlung unter dem Einfluss des Behaviorismus, psychoanalytischer Theorien und neurobiologischer Befunde.

Diskussion/Ergebnisse: Klassische Schizophrenietheorien verstanden ein autistisches Wunschenken als wichtiges Kennzeichen schizophrener Erlebens. Demgegenüber betonte der Behaviorismus Anhedonie im Sinne einer mangelnden Motivierbarkeit der Patienten durch so-

ziale Verstärker. Zeitgenössische Forschung verweist auf Unterschiede in der Antizipation und im Genuss von Belohnung und zeichnet ein differenziertes Bild entsprechender Störungen bei unbehandelten und mit Typika und Atypika behandelten Patienten.

0815

Über die Rolle der Psychopathologie: Grundlagen- oder Hilfswissenschaft?

Paul Hoff (Universitätsklinik Zürich, Soziale Psychiatrie)

Die verschiedenen „Rollen“, die die Psychopathologie im Laufe ihrer Geschichte eingenommen hat, sind ebenso vielfältig wie die Prognosen für ihre zukünftige Weiterentwicklung im Kontext eines dominierenden neurowissenschaftlichen Paradigmas mehrheitlich düster sind. Im Unterschied dazu soll der Beitrag aufzeigen, dass gerade diese heikle Position der Psychopathologie zwischen den drei Polen Deskription, Verstehen/Deutung und anthropologischer Matrix („Menschenbild“) ihr die Chance gibt, nicht nur als Hilfswissenschaft, sondern auch – im Sinne von Karl Jaspers und Werner Janzarik – als Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie zu fungieren. Freilich wird dieser hohe Anspruch nur dann eingelöst werden können, wenn sich die Psychopathologie als methodenkritische, wissenschaftstheoretisch wie -geschichtlich informierte Disziplin definiert. Der Begriff der „Personalität“ könnte für eine solcherart weiter gefasste Psychopathologie als Klammer dienen. Praktischer Leitgedanke dabei ist, dass eine für Diagnostik und Therapieplanung hinreichende Annäherung an das subjektive Erleben des/der Patienten/-in niemals mit nur einem „Werkzeug“ möglich sein wird, sei es nun die neutral-kriterienorientierte Beschreibung im Sinne des ICD 10, die neuropsychologisch und neurobiologisch orientierte „funktionale Psychopathologie“ oder das individuell oder systemisch deutende Verständnis.

0816

Die Zukunft der Psychopathologie in den Zeiten der Neurowissenschaften

Wolfgang Gaebel (H.-H. Universität / RKD, Psychiatrische Klinik, Düsseldorf)

Die Zukunft der Psychopathologie in den Zeiten der Neurowissenschaften W. Gaebel Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Wie die wechselvolle Geschichte zeigt, bewegt sich die konzeptuelle Entwicklung der Psychiatrie noch bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts – zwischen den Positionen einer biologisch-somatischen und einer psycho-sozialen Krankheitskonzeption. Erstere ist oft mit dem sog. medizinischen Modell gleichgesetzt und als zu kurzgreifend kritisiert worden nicht nur im Hinblick auf das Teilgebiet der Psychiatrie, sondern auch auf das Gesamtgebiet der Medizin. Erst die Wahrnehmung und Berücksichtigung auch des (psychosozialen) Kontextes von Krankheit machen den „guten Arzt“ aus (Dörner 2001). Die Arzt-Patient-Beziehung ist demnach die interaktionelle Matrix von Diagnostik und Therapie, in der sich die Krankheitssymptomatik erst erschließt. Die Psychiatrie bewegt sich mehr als andere klinische Fächer im konzeptuell-methodologischen Dualismus nomothetischer – auf überindividuelle gesetzmäßige Zusammenhänge zielender – und idiographischer auf individuelle lebensgeschichtliche Zusammenhänge gerichteter – Erfahrung (Heimann 1991). Im naturwissenschaftlichen Kontext ist die Anwendung einer objektiven Beobachtungssprache unverzichtbar. Mentale Vorgänge, die in dieser Sprache nicht abbildbar sind, bleiben einer biologisch orientierten Forschung vorerst verschlossen. Der damit verbundene notwendige Forschungsreduktionismus ist legitim, solange er auf diesen Anwendungsbereich beschränkt bleibt und nicht auf den klinischen Bereich übertragen wird. Die noch heute verwendete psychopathologische „Sprache“ mit einem Kanon von Konzepten, Begriffen sowie grammatischen und syntaktischen Regeln zur Beschreibung psychischer Störungen bildete sich im wesentlichen in der französi-

schen und deutschen Psychiatrie zwischen 1815 und 1880 heraus (Berrios 1994). Die deskriptiv phänomenologische, auf Verstehen des Erlebens gerichtete allgemeine Psychopathologie Jaspers' (1965) wurde von K. Schneider (1950) zur klinischen Psychopathologie weiterentwickelt, die Eingang in die modernen diagnostischen Klassifikationssysteme gefunden hat. Zugleich mit der Entwicklung operationaler Definitionen und diagnostischer Algorithmen hat eine von verschiedener Seite beklagte Krise der Psychopathologie Platz gegriffen (Saß 2003). Psychopathologisch orientierte Funktionsdiagnostik und Methoden der kognitiven Neurowissenschaft komplementieren zunehmend die symptomorientierte klassische Psychopathologie, ohne diese zu ersetzen. Dabei geht es in der psychopathologischen Diagnostik nicht primär um nosologische Entitäten, sondern um Störungen nosologieübergreifender psycho-neurobiologischer Funktionssysteme („Module“), die bei ähnlichen Syndromen im Rahmen verschiedener Erkrankungen involviert sein können (van Praag et al. 1987, Gaebel & Zielasek 2006). Als diagnostischer Bezugspunkt, insbesondere unter Forschungsgesichtspunkten, wird der psychopathologische zunehmend durch einen neurobiologisch definierten Phänotyp (Endophänotyp; Gottesman et al. 1987) ergänzt, der z.B. mit dem familiären Auftreten der Störung assoziiert ist und eine höhere Spezifität für den postulierten Genotyp aufweist. Jenseits genetischer Forschung eröffnet sich im Aufsuchen neurobiologischer Krankheitskorrelate und in der Charakterisierung ihres Zusammenhangs untereinander sowie mit dem zeitlichen Verlauf bzw. Stadium der Erkrankung (Risikofaktor, Vulnerabilitätsmarker, Episodenmarker, Residualmarker) ein Weg zur Aufklärung der (Ätio-) Pathogenese und zur Entwicklung kausaler Therapien und damit zu einem weiteren Anschluß der Psychiatrie an die Medizin. Es ist davon auszugehen, daß derartige Untersuchungen künftig mit zum Routineinventar psychiatrischer Befunderhebung gehören und eine rein deskriptive durch eine funktionale Psychopathologie ersetzt werden. Literatur: Gaebel W (2004) Die Stellung der Psychiatrie in der Medizin. Die Psychiatrie 1: 9–23

0817

Zum Verhältnis von subjektivem Erleben und neurowissenschaftlicher Erkenntnis

Tilo Kircher (RWTH Aachen, Psychiatrie und Psychotherapie)

Die in den letzten Jahren gewonnenen Erkenntnisse der Neurowissenschaften haben unser Wissen um die zerebralen Korrelate geistiger Phänomene dramatisch anwachsen lassen. Dieses Wissen hat auch deutlichen Einfluss auf die Konzeptualisierung psychiatrischer Störungen in Diagnostik, Ätiologie und Pathogenese. Im Vortrag soll das Verhältnis von im rein subjektiven verbleibenden Erleben und Befinden zu den objektiven Befunden der Neurowissenschaften in Beziehung gesetzt sowie auf die vermittelnde Position der Psychopathologie näher eingegangen werden. Es werden verschiedene Positionen der gegenwärtigen Geist/Gehirn-Debatte und der Philosophie des Geistes auf psychiatrische und neurowissenschaftliche Fragestellungen angewandt und eine eigene Position vorgestellt.

0818

Das schizophrene „Präcox“ - Gefühl: Neuronaler Programmfehler und kein subjektiver Mythos

Jobst Böning (Höchberg)

Am Beispiel des für eine Kernschizophrenie einst diagnostisch als bedeutsam gehaltenen schizophrenen Präcox-Gefühl (Müller-Suur 1960) wird eine neurobiologische Analyse unter phänomenologisch-psychopathologischem Bezug versucht. Die Interpretation der Schizophrenie als „Erkrankung des Selbstbewusstseins“ (Vogeleit et al. 2002) sowie der schizophrenen Ich-Störung als einer gestörten „Ersten-Person-Perspektive“ impliziert die phänomenologisch-philosophischen wie neurophysiologischen Aspekte von Positionalität, Intentionalität, Per-

spektivität und vor allem Intersubjektivität. Die schwer fassbare Phänomenologie intersubjektiver Kommunikationseigenart im Präcox-Erleben steht im Einklang mit der Funktion so genannter „Spiegelneurone“ (Rizzolatti et al 1996; Gallese 2003), die das Geheimnis instinktiv wahrnehmbarer zwischenmenschlicher Kommunikation (Bauer 2006) zu lüften vermögen. Dies erlaubt unseren Zugang zu den Empfindungen, Gefühlen und Verhaltensweisen anderer Personen auf neurobiologischer Ebene. Offensichtlich findet jede non-verbale Kommunikation stets im sich gegenseitig spiegelnden Erlebenskontext sensibler und „resonanzfähiger“ neuronaler Aktivitätsmuster statt. Auch die durch Empathie und Intentionalität generierte „ganzheitliche Wesensschau“ im Präcoxerleben steht für „die nicht intendierte unmittelbare Einsicht in (hochkomplexe) Zusammenhänge“ (Gruhle 1956), welche phänomenologisch in der intersubjektiven Arzt-Patienten Beziehung wahrgenommen werden. Der für das Präcox-Erleben verantwortliche neuronale Programmfehler des Kranken mit Auseinanderbrechen des leibseelischen Einheitserlebens wird nicht nur vom Betroffenen selbst im Sinne eines gespürten Selbstauflösungsprozesses subjektiv erlebt. Offenbar spürt rein wahrnehmungsphysiologisch die unvoreingenommene neuronale Netzwerk-Kapazität des Psychopathologen mit hoher subjektiver Evidenz den atmosphärisch vermittelten „Programmfehler“ im Sinne einer desynchronisierten neuronaler Netzwerkorganisation beim Schizophrenen Gegenüber.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Raum 44

S-176 Symposium

Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Ärzten

Vorsitz: M. Braun (Ulm), R. Freudenmann (Ulm)

0852

Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Nervenärzten

Maxi Braun (Universität Ulm, Psychiatrie III)

C. Schönfeldt-Lecuona, J. Beck, H. Kessler, R. Freudenmann

Einleitung: Ärzte sollen häufiger an Burnout, Depression und Suchterkrankungen leiden als andere Berufsgruppen. Für Deutschland liegen jedoch kaum epidemiologische Daten vor. Auf dem letztjährigen DGPPN-Kongress haben wir erstmals Daten bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten zu diesem Thema erhoben.

Methode: An 1800 Kongressteilnehmer wurden Fragebogen mit Angaben zur Person, Arbeitssituation, Anamnese und Medikamentengebrauch sowie mit dem Maslach-Burnout-Inventar (MBI), dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) und dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) als standardisierte Selbstbeurteilungsinstrumente ausgegeben. Der Fragebogenrücklauf betrug 52%.

Diskussion/Ergebnisse: 11% der Kollegen erzielten auf der MBI-Subskala „Emotionale Erschöpfung“ erhöhte Werte, was auf ein mildes Burnout-Syndrom hinweist. Knapp 20% erreichten einen BDI-Wert >11 Punkte; 44,6% sahen bei sich bereits einmal die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode erfüllt. 6,2% befanden sich in Psychotherapie und 30,8% hatten früher bereits eine Psychotherapie gemacht. 9% der Untersuchten nahmen gegenwärtig Psychopharmaka ein. 66,9% der Teilnehmer hatten einen AUDIT-Score >= 3 Punkte, was als Hinweis für risikoreichen Alkoholkonsum gilt. Assistenzärzte und jüngere Ärzte waren nicht häufiger von Burnout und Depression betroffen als Fachärzte und ältere Kollegen. Niedergelassene Ärzte wiesen signifikant höhere Werte als Klinikärzte auf der MBI-Subskala „Emotionale Erschöpfung“ auf. Ärztinnen hatten signifikant höhere Werte für „Emotionale Erschöpfung“, frühere Depressivität und aktuellen BDI-Score. Mit unserer Erhebung werden erstmals Daten zur Häufigkeit von Burnout, Depression und Substanzgebrauch

an einem größeren Kollektiv deutscher Ärzte vorgelegt. Die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Werte hinsichtlich aktueller und früherer Depressivität, Inanspruchnahme von Psychotherapie und Psychopharmakagebrauch erstaunen. Ursachen könnten in der Überlastung, der generellen Unzufriedenheit oder in der Persönlichkeitsstruktur liegen. Insgesamt scheint das Bewusstsein für das Thema „Ärztegesundheit“ unter den Kollegen hoch zu sein, wofür die hohe Akzeptanz der Befragung und die nahezu vollständig positiven Äußerungen der teilnehmenden Kollegen sprechen. Für eine bessere Generalisierbarkeit und weitere epidemiologische Absicherung der Ergebnisse sind allerdings noch vergleichbare Erhebungen bei Ärzten anderer Fachrichtungen und außerhalb eines Kongresses wünschenswert.

0853

Depression bei Ärzten in Weiterbildung – die Rolle der beruflichen Belastungen

Raluca Petru (Ludwig-Maximilians-Universität, München)

J. Glaser, F. Pedrosa Gil, P. Angerer

Einleitung: Die Arbeit soll zur Klärung der Frage beigetragen, ob und welche beruflichen Stressoren und Ressourcen von Ärzten in der Weiterbildung das Risiko für depressive Zustände beeinflussen. Ferner soll der Einfluss der individuellen Neigung zur beruflichen Verausgabung auf die Depression untersucht werden.

Methode: 1000 Ärzte im 2. und 3. Jahr der Facharzt-Weiterbildung in Krankenhäusern wurden angeschrieben und gebeten, eine Reihe von Fragebögen zu beantworten, u.a. zur beruflichen Situation und Belastung (selbstenwickelte Fragen und Bedingungsbezogene Belastungsanalyse TAA-KH-S; Büssing et al. 2002), Neigung zur beruflichen Verausgabung (Overcommitment; OC-Fragebogen; Siegrist 1996) und zur Depression als Eigenschaft und Zustand (STDS-Fragebogen; Spielberger et al. 2002). 621 Probanden (62%; 328 Frauen und 293 Männer, $30,5 \pm 2,7$ Jahre alt) erfüllten das Einschlusskriterium und schickten auswertbare Fragebögen zurück.

Diskussion/Ergebnisse: Die Arbeitszeit der Probanden betrug $51,1 \pm 9,7$ h/ Woche, von den geleisteten Überstunden wurden $4,1 \pm 7,3$ h/ Woche vergütet. 34,8% der Teilnehmer erreichten OC- Werte im obersten Tertil; 10% erreichten erhöhte Werte auf der Depressions-Zustandsskala ($>$ Normwert+1SD). Dabei fielen bei 7% der Männer und bei 14,5% der Frauen erhöhte Depressions-Werte auf ($p=0.002$). In der multivariaten Analyse des Einflusses der Belastungsfaktoren auf die Depression wurden 16,2% der Varianz durch die Arbeitsbedingungen und 16,8% durch das OC aufgeklärt. Stärkste Belastung war die informatorische Erschwerung (Probleme bei der Beschaffung und Weiterleitung von Informationen), stärkste Ressource war der Tätigkeitsspielraum. Klar definierbare berufliche Belastungen sowie die individuelle Neigung zur beruflichen Verausgabung stehen in direktem Zusammenhang mit der Depression als Zustand.

0854

Berufliche Belastung und Burnout- Erhebung in einem ärztlichen Kreisverein

Roger Schmidt (Kliniken Schmieder Konstanz, Bereich Psychotherapie)

J. Burmeister, K. Amann

Methode: Ausgehend von der Überlegung, eine Veranstaltung zum Thema „Burnout“ nicht nur zur Fortbildung, sondern auch zur kollegialen Diskussion und zur Gewinnung von Information zu nutzen, wurden mit der Anmeldung alle Ärzte der Region angesprochen und über 1200 Fragebögen versandt. Davon wurden 223 beantwortet. Da nach Schätzungen maximal 600 der Angeschriebenen ärztlich tätig sind und bis auf wenige Ausnahmen nur aktive Ärzte geantwortet haben, ist das eine respektable Quote. Gegenwärtig findet die statistische Auswertung der Fragebögen statt, die in knapper Form die sozioökonomischen Kerndaten und insgesamt 16 Items aus dem Maslach Burnout Inventory bzw. dem Fragebogen zur Berufs- und Arbeitszufriedenheit (Enzmann und Kleiber, 1989) abfragten.

Diskussion/Ergebnisse: Erste noch rein deskriptive Ergebnisse zeigen verbreitet wirtschaftliche Sorgen (Sorgen 23%, große Sorgen 17%), die sich im Verhältnis mehr bei Ärzten im Krankenhaus als bei Niedergelassenen finden. Etwa 20% gaben an, deutliche Hinweise auf Burnout-Symptome bei sich selbst festgestellt zu haben, weitere 13% sichere Symptome. Zwar zeigte sich eine Tendenz zu mehr bzw. schwereren Symptomen bei gleichzeitigen wirtschaftlichen Sorgen, aber selbst wer rundum sorgenfrei ist, kann Symptome entwickeln. 23,7% der Ärzte gaben eine Schwäche der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Wünsche an, weitere 19,9% konnten sich in dieser Frage nicht festlegen. Symptome eines Burnout wurden häufiger von denen angegeben, die eigene Wünsche und Bedürfnisse schlecht wahrnehmen oder sich nicht festlegen können. Diese und einige andere Zwischenergebnisse wurden in die mit 140 Teilnehmern gut besuchte Fortbildungsveranstaltung hineingetragen, in der die Diskussion unter den Kollegen dadurch gefördert wurde, dass die beiden Vortragenden im Vortrag selbst untereinander Zwiesprache hielten und diskutierten. Auch wenn unsere Erhebung die bekannten epidemiologischen Probleme nicht löst, verspricht sie doch einen Einblick in die konkrete Realität vieler Ärzte. Unser Vorgehen könnte als Modell dienen, wie Kollegen in die Diskussion für die eigene Tätigkeit und das eigene Befinden wichtiger gesundheitspolitischer Themen involviert werden können.

0855

Aktivitäten und Programme der Ärztekammern zur Unterstützung suchtkranker Ärzte

Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer, Berlin)

None-Track-Independent Sessions

Mittwoch, 22.11.2006 – 08.30–17.00 Uhr, Concept Hotel

CBASP-01 Workshop

The Cognitive-Behavioral-Analysis-System of Psychotherapy (CBASP) - Workshop I

Vorsitz: J. P. McCullough (Richmond, VA), E. Schramm (Freiburg)

Chronische Depressionen sind häufige und schwer beeinträchtigende Störungen, die in der Vergangenheit als behandlungsresistent galten. Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) von James McCullough ist das einzige Psychotherapieverfahren, das spezifisch zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. Bei CBASP werden behaviorale, kognitive und interpersonelle Strategien integriert. Aufgrund des bereits erfolgten Wirksamkeitsnachweises hat dieser Ansatz in den USA große Aufmerksamkeit erlangt, während er im deutschen Sprachraum noch wenig bekannt ist. Neben der Herleitung der Methode werden im Workshop die wichtigsten therapeutischen Strategien und Techniken demonstriert und eingeübt. Besondere Berücksichtigung findet die Gestaltung der therapeutischen Beziehung anhand vieler Beispiele aus der Praxis und Rollenspielen. Abschließend werden Pläne zur Etablierung des CBASP im deutschsprachigen Raum vorgestellt.

Mittwoch, 22.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal 06

PC-001 Pro-Con Debatte

Ist die Wirkung von Antidepressiva klinisch bedeutsam?

Vorsitz: J. Fritze (Pulheim)

Mittwoch, 22.11.2006 – 17.00–19.00 Uhr, Saal 03

Thomas Kohler (Ravensburg)

PF-S167 Pflegesymposium

Aspekte pflegerischer Praxis

Vorsitz: S. Bögershausen (Lengerich), T. Müller (Neustadt/H.)

0001

Familienorientierte psychiatrische Pflege

Susanne Schoppmann (Universität Witten/Herdecke, Institut f. Pflegewissenschaft, Moers)

0002

Was heißt psychiatrische Pflege bei Menschen mit geistiger Behinderung?

Astrid Boll (AMEOS Psychatrium, Pflegen, Neustadt)

0003

Der Beitrag von Pflege am Medikamentenmanagement

Michael Schulz (Ev. Krankenhaus Bielefeld, Psychiatrie und Psychotherapie)

0004

Forensische Pflege, quo vadis ?

Jörg Dondalski (WTZ Marsberg)

Donnerstag, 23.11.2006 – 08.30–17.00 Uhr, Concept Hotel

CBASP-02 Workshop

The Cognitive-Behavioral-Analysis-System of Psychotherapy (CBASP) - Workshop II

Vorsitz: J. P. McCullough (Richmond, VA), E. Schramm (Freiburg)

Donnerstag, 23.11.2006 – 10.15–11.45 Uhr, Dachgarten

PF-S168 Pflegesymposium

Ambulante psychiatrische Versorgung im Dialog

Vorsitz: M. Schulz (Bielefeld), F. Vilsmeier (Rickling)

0005

Erfahrungen bei fachärztlicher Begutachtung zu Anträgen auf HKP für ambulante psychiatrische Pflicht aus Sicht des MDK

Andreas Marg (MDK, Heidelberg)

0006

Fachärztliche Perspektiven zum Thema HKP

Frank Bergmann (BVDN, Aachen)

0007

Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Thema HKP

Wolfgang Meunier (Kassenärztl. Bundesvereinigung, Saarbrücken)

0008

Ein Jahr ambulante psychiatrische Pflege, wo zeigen sich Verbesserungspotentiale?

Michael Theune (Klinikum Weissenhof, Akademisches Lehrkrankenhaus, Weinsberg)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 23

PF-WS169 Pflegeworkshop

Familienorientierte psychiatrische Pflege

Vorsitz: S. Schoppmann (Moers)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 24

PF-WS170 Pflegeworkshop

Forensische Pflege, wohin geht der Weg ?

Vorsitz: J. Dondalski (Marsberg)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 25

PF-WS171 Pflegeworkshop

Humor als pflegerische Intervention

Vorsitz: C. Müller (Andernach)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 26

PF-WS172 Pflegeworkshop

Herausforderungen in der psychiatrischen Pflege bei Menschen mit geistiger Behinderung

Vorsitz: A. Boll (Neustadt)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 27

PF-WS173 Pflegeworkshop

Der Beitrag von Pflege und Medikamentenmanagement

Vorsitz: M. Schulz (Bielefeld)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 30

PF-WS174 Pflegeworkshop

Umgang mit ‚Systemsprengern‘

Vorsitz: H. Thiel (Neuwied)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 31

PF-WS175 Pflegeworkshop

Sucht: im Spannungsfeld der unterstellten Absicht

Vorsitz: F. Vilsmeier (Rickling)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 35

PF-WS176 Pflegeworkshop

Co-therapeutisches Handeln bei Patienten mit Angsterkrankungen

Vorsitz: R. Schmors (Lübeck), S. Havemann (Lübeck)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 36

PF-WS177 Pflegeworkshop

Essstörungen bei Patienten mit Borderlinestörungen

Vorsitz: D. Tegmeier (Lübeck), I. Wischnewski (Lübeck)

Donnerstag, 23.11.2006 – 12.30–14.45 Uhr, Raum 37

PF-WS178 Pflegeworkshop

Mir sprechen hück all dieselve Sproch (Zur Einführung von Pflegediagnosen)

Vorsitz: S. Bögershausen (Lengerich)

Donnerstag, 23.11.2006

PC-002 Pro-Con Debatte

Privatisierung von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – das Ende einer patientenorientierten Versorgung?

Vorsitz: I. Hauth (Berlin)

Freitag, 24.11.2006 – 13.30–15.00 Uhr, Saal 03

PC-003 Pro-Con Debatte

Evidenzbasierung in Psychiatrie und Psychotherapie

Vorsitz: M. Schmauß (Augsburg)

Freitag, 24.11.2006 – 19.00–21.00 Uhr, Saal 03

DF-004 Diskussionsforum

Dialog Forum Psychiatrie: Über-, Unter- und Fehlversorgung in Psychiatrie und Psychotherapie

Vorsitz: J. Hein (München), G. Schliebener (Herford)

0010

Aspekt der Prävention im Arbeitsleben

Jurand Daszkowski (Hamburg)

Arbeit ist neben Wohnung einer der wichtigsten Faktoren, die die soziale Integration der Menschen in der Gesellschaft beeinflussen. Von einer Seite soll die geleistete Berufs(Arbeit) finanzielle Unabhängigkeit der Berufstätigen gewährleisten und von der anderen Seite ihr Selbstwertgefühl steigern und weitgehend auch ihre Stellung innerhalb der Gesellschaft bestimmen. Die Arbeit kann also sowohl zum psychischen Wohlbefinden beitragen, zum Beispiel durch Anerkennung der beruflichen Leistung, wie auch psychisch und körperlich krank machen z.B. durch Mobbing, Überforderung, und ungünstige Arbeitszeiten wie Schicht- und Nachtdienst. Ich, als Mensch mit Migrationshintergrund möchte kurz über meine eher negative Erfahrungen während meiner beruflichen Laufbahn berichten, die wesentlich zu meiner gesundheitlichen Beeinträchtigung und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit beigetragen haben. Gleichzeitig möchte ich auch in meinem Kurzreferat erzählen, was meiner Meinung nach als Prävention getan werden muß, damit deutlich weniger Menschen durch Stress in Beruf dauerhaft psychisch- und körperlich krank werden und vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden müssen.

0011

Berufliche REHA und (Wieder-)Eingliederung

Lothar Grafe (Osnabrück)

Ein möglicher Weg für psychisch Kranke, die schon längere Zeit arbeitslos sind, ist, eine Rehabilitationsmaßnahme zu durchlaufen. In Deutschland gibt es z. Z. ca. 40 sogenannte Rehabilitationszentren für psychisch Kranke (RPK), die diese Maßnahmen durchführen. Oft setzt sich die Rehabilitationsmaßnahme aus einem medizinischen und einen beruflichen Teil zusammen, der sog. Medizinischen und beruflichen Reha. In der medizinischen Rehabilitation wird der Schwerpunkt auf die Auseinandersetzung und den Umgang mit der Erkrankung gesetzt. Der Übergang von der medizinischen zur beruflichen Reha ist dabei fließend, d. h. Elemente der beruflichen Reha gehen im Vorfeld auch schon in die medizinische Reha ein. Es wird dort z. B. geprüft, inwiefern grundlegende Arbeitsfertigkeiten gegeben sind (Konzentration, Ausdauer, Arbeiten nach schriftlichen Anleitungen, soziale Kompetenz), die für die spätere berufliche Reha von Bedeutung sind. Auf der beruflichen Seite steht dem Reha-Teilnehmer ein relativ breites Spektrum zur Verfügung. Dies kann reichen von einer kompletten Berufsausbildung (wenn vorher keine Berufsausbildung vorlag) über Anpassungsmaßnahmen, um vorhandene berufliche Kenntnisse zu aktualisieren bis hin zu Praktika, die im Idealfall zu einer Festanstellung auf den 1. Arbeitsmarkt

führen. Bei meinem Kurzvortrag werde ich meine Erfahrungen in einem Reha-Zentrum für psychisch Kranke skizzieren, dabei auch die Vorteile und Nachteile hinreichend berücksichtigen.

0012

Psychisch krank im Job. Was tun?

Beate Lisofsky (BAPK e.V., Berlin)

Leistungsdruck, Überforderung, Angst, psychische Belastungen sind Faktoren, die betrieblichen Erfolg oder Misserfolg massgeblich mitgestalten. Kaum einem Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind sie mehr fremd. Psychische Erkrankungen als Ursachen von Fehlzeiten am Arbeitsplatz rangieren sehr weit oben in der Krankheitsstatistik, verursachen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem und rücken zunehmend in den Blickpunkt auch betrieblicher Gesundheitspolitik. Unabhängig von der Kostenfrage steht fest, dass psychische Erkrankungen zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen, Angehörigen und im sozialen Umfeld führen. Hier präventiv arbeiten, heißt zukunftsweisend denken und handeln, nicht nur um Fehlzeiten zu reduzieren und Kosten zu senken. Gemeinsam haben die Familien- Selbsthilfe Psychiatrie (BAPK e.V.) und der Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Rahmen der Selbsthilfeförderung ein Projekt in Leben gerufen, um im beruflichen Umfeld psychisch Erkrankter präventiv für die Betroffenen tätig zu werden. Ziel des Projekts ist es, Information über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten in die Betriebe zu transportieren und durch die Beratung über Möglichkeiten des angemessenen Umgangs mit Betroffenen einen Beitrag zur sekundären und tertiären Prävention der Erkrankungen zu leisten. Gerade am Arbeitsplatz werden persönliche Veränderungen auf Grund einer Krise oder einer beginnenden psychischen Erkrankung oft zuerst erkennbar. Wird rechtzeitig adäquate Hilfe angeboten, kann möglicherweise eine Eskalation, ein Klinikaufenthalt verhindert werden. Um hier Kollegen wie Personalverantwortlichen gleichermaßen Unterstützung und Hilfestellung zu geben, werden im Rahmen dieses Kooperationsprojektes mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen Schulungsveranstaltungen angeboten für Multiplikatoren, Mitarbeiter und Führungskräfte. Inhalte sind Informationen über Krankheitsbilder, Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen, Frühwarnsymptome, Auswirkungen der Erkrankungen auf die Arbeitssituation, dann sehr konkrete Handlungshilfen für Krisensituationen, für die Rückkehr in den Betrieb oder Informationen über vorhandene regionale Hilfsstrukturen. Durchgeführt werden die Veranstaltung von Angehörigen psychisch Kranker, die über breites Wissen und große Erfahrung im Umgang mit Betroffenen verfügen und die ihr Wissen in die betriebliche Praxis weitergeben.

0013

Arbeit und psychische Gesundheit

Peter Brieger (Bezirkskrankenhaus Kempten, Psychiatrie und Psychotherapie)

Einleitung: Arbeit ist ein wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenz. Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Arbeit und Krankheit/Gesundheit, der weit über den Bereich der Existenzsicherung hinausgeht.

Methode: Wichtige Erkenntnisse und Studien werden so präsentiert, dass sie Grundlage eines dialogischen Diskussionsprozess werden (können).

Diskussion/Ergebnisse: Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen haben sehr hohe Arbeits-/Erwerbslosenquoten. Erwerbstätigkeit beeinflusst den Verlauf psychischer Störungen. Es gibt inzwischen viele Ansätze und Projekte, Menschen mit psychischen Erkrankungen in Arbeit zu bringen. Diese sollen kurz beleuchtet werden. Dabei ist natürlich der gesamtgesellschaftliche Kontext bedeutsam.

Samstag, 25.11.2006 – 13.00–14.30 Uhr, Saal 09

DF-005 Diskussionsforum

Dialog Forum Psychiatrie: Über-, Unter- und Fehlversorgung in Psychiatrie und Psychotherapie

Vorsitz: R. Fricke (Herford), E. Straub (Bonn)

0014

Persönliche Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Doris Steenken (Osnabrück)

Weil ich selber Opfer von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie geworden bin, habe ich mich für das Referat zu Verfügung gestellt. In diesem Referat möchte ich über meine traumatischen Erlebnisse in der Psychiatrie berichten. Bei mir fing es an mit einer Zwangseinweisung, die mit Suizidversuch begründet wurde, obwohl ich überhaupt keinen Gedanken damit verbrachte, mir das Leben zu nehmen. Von Pflegern auf der geschlossenen Station wurde ich ohne Grund beschimpft. Von 6 Mann wurde ich fixiert und eine ganze Nacht in einen stockdunklen Raum geschoben. Mehrfach hat man mir eine Spritze gegen meinen Willen verpasst und mich zur Medikamenteneinnahme gezwungen. Ich war ca. 4 Wochen lang alleine in ein Isolierzimmer gesperrt. Alle Mahlzeiten mußte ich in diesem Isolierzimmer alleine zu mir nehmen. Ich hatte überhaupt keinen Kontakt zu anderen Patienten. Zur Toilette und zum Duschen durfte ich nur mit einem Pfleger/in. Diese Zeit war für mich die schlimmste Horrorzeit meines Lebens. Ich wußte nicht mehr, ob es ein Albtraum oder die wahre Realität war. Nach diesem Aufenthalt in der Psychiatrie hatte ich noch sehr lange schreckliche Albträume, so dass ich nachts schweißgebadet aufgeschreckt bin. Diese grausamen Erlebnisse in der Psychiatrie kann man leider nicht auslöschen, sie verfolgen einen das ganze Leben lang. Ich erhoffe mir mit meinem Beitrag, das Professionelle zum Nachdenken kommen und in Zukunft vor jeder Gewalt- und Zwangshandlung überlegen, was sie bei den Patienten damit für einen Riesenschaden anrichten.

0015

Zwangsbehandlung und Freiheitsrechte der PatientInnen aus Sicht einer Angehörigen mit eigener Psychiatrie-Erfahrung

Dagmar Barteld-Paczowski (BPE e.V., Itzehoe)

Als ehemalige Patientin ohne Unterbringungsbeschluss und ohne Fixierungserfahrung bin ich immer wieder entsetzt wie die seelisch sehr belasteten Patienten in ihrer seelischen Not allein gelassen werden. Die freiheitsberaubenden Maßnahmen werden häufig angewandt, ohne mit den PatientInnen Gespräche geführt zu haben. Sie werden entweder angewandt, um die PatientInnen zu beruhigen oder um dem Personal Ruhe zu verschaffen; in den seltensten Fällen, um den fixierten Menschen vor sich oder andere vor ihm zu schützen. Das ist immer wieder ein retraumatisierendes Erlebnis, auch als besuchender Mensch diese Situation miterleben zu müssen. Was bewirken die Maßnahmen bei den PatientInnen, außer eine verstärkte Angst hervorzurufen? Was bedeutet die Traumatisierung der PatientInnen in der Klinik im Hinblick auf später erneut auftretende seelische Ausnahmezustände? Sind diese Maßnahmen für eine Genesung überhaupt befruchtend? Als Angehörige mit eigener Psychose-Erfahrung werde ich über zweifelhafte Wirkung der Betthaft und des Medikamentenzwangs sprechen.

0016

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

Gudrun Schliebener (BAPK e.V., Landesverband NRW, Herford)

Mit großen regionalen Unterschieden wurden ca. 5% und punktuell mehr als 20% der psychisch kranken Menschen, die sich wegen einer

akuten Erkrankung in stationärer Behandlung befinden, gegen ihren Willen in die Klinik gebracht. Zwangsmaßnahmen im stationären Alltag sind bekannt. Es gibt die massiven dokumentationspflichtigen Maßnahmen wie z.B. Fixierungen ebenso wie die nicht auf den ersten Blick als Zwang erkennbaren Gegebenheiten wie die verschlossene Stationstür, die PatientInnen, die sich in freiwilliger Behandlung befinden, zu Bittstellern/Bittstellerinnen degradiert. Zwangsmaßnahmen im teilstationären und ambulanten Bereich werden gar nicht diskutiert. Es stellen sich die Fragen: Welche Kriterien gelten für die Anwendung von Zwang gegen den Willen der/des Betroffenen? Wer definiert diese Kriterien? Welchen Stellenwert haben hier die Lebenssituationen der betroffenen Familien? Wer entscheidet über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen? Es ist aber auch zu fragen, ob Zwangsmaßnahmen in besonderen Situationen insbesondere in akuten Krankheitsphasen in jedem Fall als Maßnahmen gegen den Willen des/der Betroffenen abzulehnen sind. Jeder Mensch hat das Recht auf Respektierung seines freien Willens, aber jeder Mensch hat auch, insbesondere in schwierigen Krankheitsphasen, den Anspruch auf Hilfe und Fürsorge, auch wenn diese in Einzelfällen Zwang einschließt.

0017

Zwangsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Behandlung

Dieter Naber (Universitätsklinikum Eppendorf, Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg)

Die Häufigkeit von Zwangseinweisungen innerhalb Deutschlands ist nicht gut dokumentiert, wahrscheinlich ist in den letzten Jahren eine regional sehr unterschiedliche Zunahme eingetreten. Noch schlechter untersucht und dokumentiert ist die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen innerhalb einer stationären psychiatrischen Behandlung. Dazu gehören die zwangsweise Behandlung, überwiegend die i.m. Verabreichung von Antipsychotika und die Fixierung. Abhängig von der Versorgungsstruktur (Sektorzugehörigkeit ja oder nein), von lokalen medizinischen und juristischen Gegebenheiten, liegen erhebliche Unterschiede vor. Ein völliger Verzicht auf Zwangsmaßnahmen ist unter Alltagsbedingungen nicht möglich, ein möglichst seltener Gebrauch im Interesse primär der Betroffenen, aber auch der in der Psychiatrie Tätigen anzustreben. Daten aus der eigenen Klinik zeigen über die letzten zehn Jahre eine deutliche Zunahme an Zwangseinweisungen, die Zahl der Zwangsmaßnahmen blieb weitgehend konstant. Neben einem Überblick über die spärliche Literatur sind diejenigen Maßnahmen referiert, die zur Prävention von Zwangsmaßnahmen zu beachten sind.

Samstag, 25.11.2006 – 15.30–17.00 Uhr, Saal o6

PC-004 Pro-Con Debatte

Ist eine kürzere Verweildauer der richtige Weg in der Versorgung psychisch Kranker?

Vorsitz: H. Kunze (Bad Emstal)

- Abendschein, B. S288, S389
Abholz, H.-H. S202
Abler, B. S173, S194
Achenbach, S. S413
Aderhold, V. S276
Adler, G. S199, S206
Adli, M. S191, S194
Agelink, M. S393, S408, S416
Agelink, M. W. S393, S416
Aigner, M. S175
Ajdacic-Gross, V. S198, S434, S457
Albrecht, J. S181
Aldenhoff, J. S137, S319, S502
Aldenhoff, J. B. S137, S502
Alling, C. S258
Altman, C. S153
Amann, K. S513
Amelung, V. S468
Amering, M. S377, S437
Ammiche, S. S187
Andreae, A. S456
Andreas, S. S452, S453
Andreis, C. S456
Andres, F. S362, S404
Andres, F. J. S404
Andresen, B. S386
Andriy, K. S402
Angerer, P. S513
Angermeyer, M. C. S189, S202, S337
Angheliescu, I. S400
Angst, J. S198, S434
Antes, G. S286
Antony, G. S465
Appels, A. S171
Aradottir, S. S258
Arends, M. S290, S408, S410
Arlt, S. S214, S222
Arndt, M. S260, S275, S284, S330, S352
Arolt, V. S148, S154, S261, S278, S342, S344, S346, S354, S487, S489
Assion, H.-J. S432, S435, S504
Aston, J. S152
Athanasiou, E. S351
Auwärter, V. S258
Axer, M. S148, S335
Baar, S. S361
Bacher, J. S437
Bachmann, C. S202
Bachmann, S. S351
Backens, M. S150
Backes, V. S146, S284
Backestrass, M. S197
Backhaus, J. S319
Backmund, M. S247, S501
Bade, H. S301
Bader, W. S395, S399
Baghai, T. S265
Bahn, S. S371
Bähne, C. G. S232, S301, S330, S354, S363
Bahnmann, M. S343
Baier, H. S502
Baitz, A. S138
Bajbouj, M. S185, S331, S405, S415
Bajinski, C. S229
Ball, S. S267
Banaschewski, T. S308
Bandelow, B. S265, S279, S398
Bär, K.-J. S157, S328
Bär, O. S277
Barbui, C. S469, S470
Barghaan, D. S275
Barkmann, C. S459
Barnes, T. R. S158
Barnow, S. S235, S260, S284
Baron, S. S482
Barta, W. S348
Barteld-Paczkowski, D. S516
Bartels, M. S222
Bartenstein, P. S159, S160, S252, S253
Barthel, H. S337
Basdekis, R. S247
Batra, A. S229, S239, S248, S388, S389
Bätz, B. S247
Baudewig, J. S338
Bauer, C. S236, S237
Bauer, J. S344, S354
Bauer, M. S175, S183, S185, S190, S194, S195, S198, S237, S391
Bauer, P. S229
Baumann, A. S505, S506
Baumann, B. S174, S212
Bäumel, J. S133, S166, S194, S375
Baune, B. S313, S342, S344, S346
Baune, B. T. S344
Bayer, T. S359
Bayerl, M. S296
Bayerlein, K. S230, S251
Beate, K. S319
Becekbaum, S. S316
Bechdorf, A. S451
Becht, J. S395
Bechter, K. S367, S488
Beck, J. S284, S512
Beck, M. S137, S316
Beck, O. S316
Becker, G. S337, S387
Becker, J. S284
Becker, T. S387, S454, S455, S456, S460, S462, S466, S467
Becker, W. S158
Beckmann, H. S313
Beckmann, M. S316
Beer, U. S265
Behl, C. S224, S340, S412
Behles, C. S412
Behnken, A. S346
Behrendt, B. S376
Behrens, I. S381
Beine, K.-H. S267, S435, S460, S461, S497
Bender, M. S284
Bender, S. S332
Benecke, H. H. S209
Bengesser, I. S209
Benninghoff, J. S180
Berea, C. S303
Berger, C. S407
Berger, G. S372
Berger, M. S169, S187, S188, S281, S339, S468, S477, S478
Berghöfer, A. S190, S195, S196
Bergk, J. S423
Bergmann, F. S444, S450, S514
Bergthaler, A. S175
Bernardie, C. S389
Berner, M. S239, S240, S260, S310
Berner, W. S317, S318, S432
Bernhard, B. S170
Bernhard, W. S352
Bernstein, H.-G. S174, S365
Bert, B. S349
Berthoz, S. S184
Bertram, I. S365
Beuthien-Baumann, B. S212
Beutler, J. S472
Beuzen, J.-N. S141
Beyer, S. S398
Beyreuther, K. S201
Bianchi, P. S153
Bibl, M. S216
Bickel, H. S202, S203, S217, S226, S433
Bielau, H. S365
Biermann, A. T. S252, S422
Biermann, T. S136, S191, S252, S422
Bilke, O. S441, S442
Binder, E. B. S370
Binder, H. S506
Binder-Dietrich, J. S445
Bingöl, H. S435
Binkowski, F. S148
Birkmann, S. S353
Bitter, I. S466
Bittner, R. S163
Blanke, U. S458
Blaskewitz, N. S417
Blechert, J. S274
Bleich, C. S473
Bleich, S. S136, S158, S173, S229, S230, S232, S236, S251, S252, S271, S398, S399, S422
Blitz, E. S209
Böcker, F. M. S500
Böcker, M. S188, S368, S392, S500
Böckers, T. M. S368, S392
Boeckh, J. S405
Boeker, H. S321, S340
Boening, J. S240
Boethern, A. M. S506
Bofinger, C. S173
Bögershausen, S. S514, S515
Bogerts, B. S147, S171, S174, S362, S365, S427, S501
Bohlken, J. S227
Bohne-Suraj, S. P. S441
Bohne, S. P. S441
Bohnkamp, I. S263
Böhlinger, A. S221
Bohus, M. S276, S293, S294, S328, S387, S388
Boll, A. S514
Bölte, S. S131, S306
Bondar, A. S432
Böning, J. S360, S512
Bönsch, D. S230, S232, S252
Borde, T. S435
Borgart, E.-J. S270, S388
Born, C. S181, S347
Börner, I. S207
Bößhenz, K. S188
Böttcher, M. S316
Böttger, S. S157
Boy, C. S159, S160
Braeman, C. S341
Brakemeier, E.-L. S331, S405, S415
Bramesfeld, A. S471, S476
Brand, M. S250, S264
Brand, S. S223, S309, S383
Brandeis, D. S348
Brandt, S. A. S223
Brassen, S. S160
Braun, M. S354, S512
Bräunig, P. S172, S178, S496
Bräuninger, I. S197
Braus, D. F. S153, S160, S186
Breder, C. S141
Breit-Gabauer, B. S175
Brenner, H. S248
Brieger, P. S516
Briken, P. S318
Brinken, J. S377
Brinkmeyer, J. S144, S451
Bröcheler, A. S159, S160
Brockington, I. S448
Broelsch, C. E. S316
Bronisch, T. S509
Broocks, A. S505, S507
Brote, I. S154, S346
Brücher, K. S485
Brück, R. S239
Brückl, T. S267
Brückmann, S181
Brückner, A. S191
Brückner, T. S194
Brueck, R. S245
Brüggemann, B. S435
Brüggen, B. S456
Brüne, M. S334, S504
Bruning, N. S306
Bschor, T. S194, S195, S239
Büchel, C. S160
Bücheler, M. M. S221
Buchholz, H.-G. S159, S252, S253
Buchkremer, G. S165, S213, S222, S223, S248, S264, S270, S350, S388, S389, S499
Buchmann, J. S300, S309
Budde, H. S229
Buddensiek, N. S269, S296
Bühler, M. S229
Bühren, A. S489, S490
Bühringer, G. S449
Bull, N. S152
Büll, U. S159, S160
Bullenkamp, J. S452
Bullinger, M. S214, S275
Bundy, B. D. S404
Buness, A. S288
Bunk, C. S139
Burgstaller, I. S459
Burke, S. S151, S346
Burkhardt, A. S166
Burkhardt, S. S138
Burmeister, J. S513
Burtscheidt, W. S249
Buschmann, W. S263, S391, S400
Busse, F. S312
Butterweck, V. S401
Buzello, T. S498
Calabrese, P. S211
Calliess, I. T. S446, S474, S498
Canisius, S. S323
Carlsson, A. S134
Carraro, G. S276
Carson, W. S141, S401
Catani, C. S279

- Cattapan-Ludewig, K. S345
 Cerovecki, A. S308
 Chartowski, P. S193
 Christ, M. S353
 Christmann, C. S274
 Cima, M. J. S418
 Clark, D. M. S281
 Clement, H.-W. S368, S369
 Cohen, S. S326
 Cohnen, M. S217
 Cohrs, S. S391
 Collins, S. S229, S248
 Colombo, A. S291
 Commentz, N. S386
 Conca, A. S400
 Conus, P. O. S135
 Convit, A. S343
 Cordes, J. S377, S393, S408, S410, S416
 Cording, C. S140, S167, S178, S501, S506
 Cordruwisch, E. S498
 Croissant, B. S241, S242, S249, S250, S260
 Cvetanovska, G. S202
 Czekalla, J. S210, S211, S212
 Czobor, P. S401
 D'Amelio, R. S408
 Dafov, I. S495
 Dahle, K.-P. S418
 Dahmen, N. S193, S366
 Dahmen, U. S316
 D'Amelio, R. S131, S263
 Dammann, G. S257
 Dams, A. S287
 Daniela, H. S157
 Dannlowski, U. S344
 Danos, P. S174
 Daszkowski, J. S515
 Daub, M. S341
 Daumann, J. S254
 Davids, E. S139, S297, S298, S301
 Davidson, K. W. S317
 de Greiff, A. S341
 de Groot, M. S172
 de Jonge, P. S171
 de Kloet, C. S328
 de la Fontaine, L. S352
 de Zwaan, M. S233, S234, S271, S278, S281
 Decker, P. S451
 Deckers, H. S252, S253
 Deckert, J. S344, S354, S370
 Deco, G. S338, S360
 Dedner, C. S389
 Degner, D. S252
 Dehning, S. S308
 Deister, A. S444, S446, S464, S495
 Delb, W. S408
 Delini-Stula, A. S322
 Dellani, P. R. S345
 Delsignore, A. S311
 Demelbauer, S. S175
 Demling, J. S191, S398
 Dempfle, A. S304
 Denk, P. S451, S452
 Dermietzel, R. S193
 Detke, M. S267
 Dettenborn, L. S317
 Deutsch, G. S305
 Deutschle, M. S143, S171, S172, S338, S355, S361
 Di Gianantonio, M. S273
 di Salle, F. S345
 Dibbelt, L. S352
 Dick, B. S294, S442
 Diebels, E. S286
 Diefenbacher, A. S225, S481
 Diehl, A. S235, S237, S238, S242, S250
 Dielentheis, T. F. S296
 Diener, C. S184, S185
 Dierkes, W. S192
 Dierks, T. S157, S348, S355
 Dierssen, O. S158
 Dieterich, A. S497
 Dietrich, D. E. S156
 Dilling, A. S275
 Dillo, W. S458
 Dimpfl, D. S173
 Dinkel, J. S192
 Dittmann, R. S299, S300
 Dittmann, V. S420, S421
 Dobmeier, M. S169, S170, S176
 Dobrowolny, H. S174, S365
 Dogs, C. P. S390
 Döhnel, K. S145, S217, S427
 Dölling, D. S431
 Domes, G. S295
 Domma, J. S188, S190, S266, S287, S384
 Domschke, K. S313, S354
 Dondalski, J. S514
 Dotten, A. S298
 Drach, L. M. S206
 Dragicevic, A. S140
 Drerup, U. S401
 Dresel, S. S299
 Dressing, H. S159
 Dreßing, H. S425, S426, S429
 Driessen, M. S240, S245, S246, S259, S294, S357
 Drücke, H. S365
 du Mesnil de Rochmont, A. S221
 Ducommun, V. S377
 Duketis, E. S307
 Dunner, D. S192
 Dürsteler MacFarland, K. S247, S509
 Dürsteler-MacFarland, K. S240, S247, S258
 Dürsteler-MacFarland, K. M. S240, S247
 Durstewitz, D. S360
 Düzel, E. S362
 Dyck, M. S284, S288
 Dziobek, I. S343
 Eberhardt, A. S252, S253
 Eberhardt, F. S367
 Eberle, N. S188
 Ebinger, M. S495
 Ebner, C. S178, S268, S376, S404
 Ebner-Priemer, U. S292, S293, S330
 Ebrecht, M. S141, S142, S160, S161, S401
 Eckermann, G. S411
 Eckle, I. S197, S478
 Edlinger, M. S324, S494
 Egger, C. S143, S263, S391, S400
 Eggermann, T. S150, S154
 Egle, U. T. S294
 Ehlen, C. S308
 Ehlers, B. S405
 Ehlert, U. S176
 Ehlis, A.-C. S232, S301, S330, S354, S363, S414
 Ehrhard, K. S265, S347
 Ehrlich, C. S157
 Ehrlich, S. S309
 Eich, D. S296
 Eichberger, H. S423
 Eichenberg, C. S374
 Eichenlaub, M. W. S222
 Eichhammer, P. S348, S408, S409
 Eikermann, B. S286, S434, S464
 Einhäupl, K. M. S223
 Eisele, F. S431
 Eismann, G. S151, S366
 El Masri, D. S296
 Elbert, T. S279, S280
 Eles-Zöpfl, S. S380
 Ellenbroek, B. S165
 Emmerich, J. S133
 Emmerich, W. S492
 Emrich, H. M. S156, S269, S312, S485
 Ende, G. S181, S182
 Endicott, J. S267
 Engel, C. S189, S297
 Engel, R. S265
 Engelen, A. S154, S346
 Engstrom, E. J. S487
 Ennen, J. S156, S204
 Ennen, J. C. S204
 Enzinger, C. S404
 Eppendorfer, S. S177
 Erfurth, K. S311
 Erhardt, A. S370
 Erickson, J. S267
 Erim, Y. S316, S462
 Erk, S. S359
 Ermann, M. S277
 Ernst-Basten, G. S445
 Eschweiler, G. S222, S223, S361
 Eschweiler, G. W. S222
 Eser, D. S265
 Esposito, F. S345
 Essig, M. S336
 Euler, S. S509
 Eustacchio, S. S271
 Ewers, M. S216
 Exner, C. S146
 Fábíán, T. K. S322
 Fabra, M. S418
 Falkai, P. S138, S145, S147, S150, S151, S155, S157, S170, S197, S329, S333, S341, S342, S345, S346, S350, S354, S369, S376, S407, S408, S409, S433, S466
 Falkenberg, I. S139, S379
 Falkenhahn, K. S157
 Fallgatter, A. S232, S298, S301, S330, S353, S354, S363, S406, S414
 Fallgatter, A. J. S232, S301, S330, S353, S354, S363, S414
 Fanolla, A. S190
 Farnbacher, G. S247
 Fartacek, R. S263, S391
 Fast, K. S406
 Faustmann, P. S193
 Federspiel, A. S153, S155
 Fegert, J. S270, S295, S368, S392, S423, S424
 Fegert, J. M. S270, S295, S368, S392, S424
 Fehr, C. S229, S252, S253
 Fehsel, K. S416
 Feige, B. S294
 Feldhordt, M. S438
 Fellgiebel, A. S137, S209, S218, S321, S345
 Fellows, C. S159, S160
 Ferrea, S. S367
 Ferstl, R. S137
 Fetzi, J. S382
 Fichter, M. M. S261, S263, S282, S313
 Fiebig, B. S224
 Fiedler, P. S283
 Fink, G. S255, S256, S303, S315, S356
 Fink, G. R. S255, S256, S303, S315
 Fink, H. S349
 Fink, P. S281
 Fischer, S. S324
 Fisher, R. S140, S158
 Fleck, S. S343
 Fleischhacker, W. W. S147, S324, S397, S494
 Flesch, M. S428
 Flor, H. S185, S250, S274, S339
 Fluegge, G. S402
 Flüß, M. O. S217
 Foff, C. S394
 Folkerts, H. S403
 Follert, P. S458, S473
 Forkmann, T. S188
 Forster, C. S403
 Forster, S. S243
 Forsting, M. S341, S421
 Förstl, H. S136, S356, S510
 Forstmeier, S. S208, S214
 Frank, E. S307, S409, S479
 Frank, M. S162, S168, S199, S306, S351, S358, S485
 Franke, P. S245, S264
 Franke-Sievert, C. S264
 Franz, M. S441
 Freese, R. S429
 Frei, A. S294, S296, S310
 Freidl, M. S175
 Freitag, C. S304, S308, S427
 Frenzen, A. S202
 Freudenmann, R. S512
 Freyberger, H. S260, S277, S284, S467
 Freyberger, H. J. S260, S277, S284
 Freyer, T. S336
 Frick, K. S239
 Frick, U. S348
 Fricke, R. S516
 Fricke, S. S268
 Friedel, E. S342
 Friedel, S. S304
 Friedrich, W. S188, S190, S217, S266, S287
 Frieling, H. S230, S236, S251, S252, S271, S398
 Fritsch, A. S137
 Fritz, U. S427
 Fritze, J. S303, S413, S446, S448,

- S452, S453, S513
 Fritzer, G. S319
 Froböse, T. S133
 Frodl, T. S181
 Fröhmel, A. S497
 Frölich, L. S188, S199, S215, S397, S470
 Frommann, I. S451
 Frommann, N. S245
 Frommberger, U. S272, S275, S357
 Frühwald, S. S474
 Frühlwirth, R. S394
 Fuchs, A. S154
 Fuchs, E. S402
 Fuchs, T. S197, S483, S485, S486, S507, S510
 Füefßl, H. S410, S412
 Fuhlrott, L. S445
 Fuhrmann, P. S197
 Fulda, S. S392
 Fydrich, T. S386
 Gaab, J. S176
 Gäbel, U. S261
 Gabriel, A. S225
 Gaebel, W. S144, S145, S146, S162, S164, S165, S245, S249, S408, S451, S463, S465, S467, S480, S491, S494, S506, S511
 Galeazzi, G. M. S426
 Gallinat, J. S255, S330, S354
 Gamma, A. S198, S434
 Gansmüller, R. S396
 Gapp, V. S187, S352
 Gardain, T.-F. S468
 Gaser, C. S152, S372
 Gass, P. S425
 Gasselseder, B. S175
 Gastpar, M. S139, S244, S297, S298, S326, S344, S405
 Gattaz, W. F. S150
 Gaudig, M. S475
 Guggel, S. S188, S342, S384
 Gawaz, M. S222
 Gawlik, M. S366
 Gebicke-Härter, P. J. S367
 Geilfuß, P. S215
 Geiselhart, H. S237, S238, S246
 Geithe, V. S151
 Gelenberg, A. S192
 Genee, C. S191
 Gentzsch, I. S459
 Genz, A. S501
 Geomelas, M. S269
 Georgescu, D. S281
 Georgi, A. S188
 Gerber, B. S441
 Gerber, S. S179
 Geretsegger, C. S400, S422
 Gerhard, U. S382
 Gerken, G. S316
 Gerlach, M. S390
 Gerloff, C. S362
 Gerth, C. W. S371
 Gertz, H.-J. S200
 Gerwe, M. S210, S211, S212
 Gesierich, T. S296
 Gefßner-Özokyay, D. S311
 Geuze, E. S328
 Giegling, I. S146
 Gierow, W. S309
 Giersch, D. S179
 Giesel, F. S336
 Giesler, M. S284
 Gilles, M. S416
 Gillhoff, K. S176
 Gillner, M. S423
 Giupponi, G. S190
 Gizewski, E. S421
 Glaeske, G. S135
 Glangaud-Freudenthal, N. M.-C. S448
 Glaser, J. S513
 Go, C. S236, S245
 Göbel, R. S358
 Gödecke-Koch, T. S209
 Godemann, F. S443
 Göder, R. S319
 Goebel, R. S431
 Goering, S. S135
 Goessler, R. S377
 Göhre, C. S300
 Golke, S. S169
 Gölz, J. S247
 Gonther, U. S492
 Gorfer, S. S202
 Görke, M. S324
 Gothe, H. S135, S192
 Gotthardt, S. S280
 Gouzoulis-Mayfrank, E. S225, S241, S254, S257
 Gozner, A. S271
 Graf v. Reventlow, H. S450
 Graf, C. S229
 Graf, G. S508
 Graf, M. S420, S421, S510
 Grafe, L. S515
 Gräbel, E. S475
 Grass-Kapanke, B. S217, S220
 Graumann, S. S497
 Green, A. S346, S347
 Greil, W. S176, S179, S183, S184, S196
 Greiner, C. S395, S399
 Greß, H. S197
 Greverus, D. S218
 Grimm, J. S151
 Grimm, S. S171
 Griskova, I. S331
 Grohmann, R. S412, S414
 Grön, G. S347
 Grosch, E. S459
 Gross, R. S437
 Gross, S. S148, S271, S371, S437
 Grossauer, S. S271
 Grosshans, M. S249
 Großheinrich, N. S406, S407
 Grossman, F. S141
 Grözing, M. S396, S404, S496
 Grube, M. S168, S341, S351
 Gruber, E. S138, S157, S341, S342
 Gruber, O. S138, S145, S150, S151, S157, S329, S338, S339, S341, S342, S345, S346, S363
 Gruber, R. S308, S342, S352
 Gruber, S. S341, S342, S346
 Gründer, G. S142, S150, S154, S159, S160, S243, S253, S334, S397
 Grundmann, O. S401
 Grünler, D. S139
 Gruss, B. S173, S226
 Gruß, B. S207
 Grüsser, S. S231, S234, S327
 Grüsser-Sinopoli, S. M. S231, S234
 Gschwandtner, U. S136
 Gschwend, C. S494
 Gsottschneider, A. S133
 Gudowski, Y. S450
 Gulbins, E. S371, S372
 Gün, A. K. S462, S499
 Gündel, H. S313
 Günther, O. S189
 Günther, W. S169
 Günzler, C. S239, S310
 Guthke, T. S221
 Gutmann, P. S479
 Gutzmann, H. S218
 Haack, K. S421, S478
 Haar, A. S507
 Haarmeier, T. S156
 Haas, S. S382
 Haasen, C. S136, S246, S247, S275
 Habel, U. S145, S146, S284, S288
 Haberkorn, U. S350
 Habermeyer, B. S269, S345, S392
 Habermeyer, E. S374, S431, S432
 Habermeyer, V. S374, S375
 Hach, I. S489
 Haen, E. S395, S399, S400, S414
 Haenel, F. S261, S420
 Haenschel, C. S153, S155, S156, S163, S220, S222
 Haessler, F. S237, S427, S428
 Häfner, H. S433, S451, S499
 Hagenah, J. S365
 Hager, A. S291
 Hager, K. S211
 Haghi, D. S317
 Hagmayer, Y. S380
 Hahn, N. S391
 Hahne, H.-H. S383
 Hajak, G. S145, S217, S305, S306, S319, S348, S408, S409, S427, S447
 Halfmann, S. S245
 Haller, F. S202
 Hallett, M. S362
 Haltenhof, H. S322
 Hamann, J. S386, S387, S483, S484
 Hamann-Roth, M. S471
 Hammerschmid, A. S447
 Hampel, H. S216
 Hand, I. S265, S443
 Hanke, A. S301
 Hänni, B. S209
 Hansmann, J. S362
 Hardt, J. S294
 Harfst, T. S276, S279, S453, S456
 Hargarter, L. S298
 Harms, A. S310
 Harter, C. S393
 Härter, M. S239, S240, S245, S260, S380, S456, S470, S476
 Harthaus, J. S287
 Hartkamp, N. S463
 Härtling, F. S163
 Hartmann, D. S381
 Hartmann, S. S257
 Hartmut, H. S220
 Hasemann, S. S251
 Hasenöhl, A. S496
 Haslinger, B. S311, S320
 Hasmann, A. S169, S176
 Häßler, F. S441
 Häßler, F. S189, S235, S297, S300, S423
 Hässler, F. S309
 Hatzinger, M. S309, S323
 Hauch, M. S317
 Haude, V. S207
 Haug, M. S209
 Hauner, H. S377, S416
 Haupt, M. S218, S226
 Hauser, S. S348
 Häussler, B. S192
 Hauth, I. S442, S448, S452, S461, S463, S464, S465, S468, S473, S515
 Hautzinger, M. S170, S175, S183, S199
 Havemann, S. S515
 Havemann-Reinecke, U. S191, S402
 Haynes, J.-D. S479
 Hebebrand, J. S302, S304
 Heekeren, H. R. S343
 Hegerl, U. S146, S186, S348, S465
 Heidenreich, T. S281, S387
 Hein, J. S408, S416, S463, S468, S515
 Heindel, W. S344, S346
 Heindl, B. S320
 Heine, M. S303, S463, S485, S492
 Heinemann, U. S204
 Heinrich, A. S367, S506
 Heinz, A. S195, S233, S244, S250, S333, S354, S383, S440, S463, S479, S485, S490, S510, S511
 Heinz, G. S155, S197
 Heinze, M. S327, S478, S483, S485, S486
 Heiser, P. S284
 Heißler, M. S436
 Helander, A. S316
 Helbing, N. S187, S352
 Hell, D. S321, S340
 Heller, S. S202, S203, S396
 Hellweg, R. S352, S367
 Hellwich, A. K. S236, S241, S242
 Helmchen, H. S502
 Helsberg, K. S299, S300
 Hemmeter, U.-M. S284, S322, S323
 Hemminger, U. S304
 Heneka, M. S224
 Henke, M. S281
 Henkel, A. S371
 Henn, F. S159, S182, S367
 Henn, F. A. S159, S367
 Hennighausen, A.-E. S382
 Henning, U. S367
 Henseler, I. S341
 Henze, M. S350
 Hepp, U. S276, S311
 Herbrecht, E. S307
 Herdener, M. S345
 Herholz, K. S212
 Hermann, C. S274
 Hermanns, N. S503
 Hermle, L. S289
 Herot, K. S197
 Herpertz, S. S277, S283, S290, S297, S315, S331, S419, S420, S489, S502, S503
 Herpertz, S. C. S315

- Herpertz-Dahlmann, B. S145, S281, S303, S304, S307, S315, S356
Herrmann-Lingen, C. S262
Hertweck, M. S357
Herwig, U. S407, S414, S415
Herzog, S. S367
Herzog, T. S481
Herzog, W. S281
Hess, M. S392
Hess, R. S429, S448
Hesse, S. S337
Heßlinger, B. S294, S302
Heuft, G. S277
Heuser, I. S201, S340
Hewer, W. S199, S206, S207, S217, S225, S410
Hiemke, C. S140, S141, S159, S160, S191, S395, S396, S399, S400
Hill, A. S317, S318, S366, S482
Hillemacher, T. S230, S236, S251, S252, S271, S398
Hiller, A. S366, S482
Hillert, A. S482
Hilti, C. C. S345
Hilz, M. J. S337
Hinckers, A. S276
Hinkov, H. S454, S455, S466
Hinnenthal Mandelli, I. M. S273
Hinterhuber, H. S324
Hinze-Selch, D. S137
Hinzpeter, A. S253
Hippius, H. S486
Hirschfeld, R. S192
Hische, E. H. S479
Höbler, K. S446
Hochfellner, S. S458
Hock, C. S201, S202
Hodgins, S. S429
Höer, A. S135, S192
Hofer, A. S324
Hoff, P. S341, S486, S487, S511
Höffler, J. S460, S461
Hoffmann, H. S475
Hoffmann, K. S341, S428, S433
Hoffmann, K.-P. S341
Hoffmann-Richter, U. S272
Hofmann, P. S178, S268, S376, S404
Hohagen, F. S148, S271, S281, S305, S319, S384, S386, S455, S466, S480, S495
Höhler, A. S380
Hohm, E. S168, S196, S388
Hohmann, N. S252, S253
Hohoff, C. S344
Holl, E. S271
Holle, R. S475
Holler, G. S471
Holmes, E. S371
Holsboer, F. S340, S370
Holsboer-Trachsler, E. S309, S322
Holthoff, V. S212
Holthues, J. S225
Holtmann, M. S306
Holzbach, R. S238
Honer, W. G. S401
Honnefelder, L. S502
Höppner, J. S309, S331, S407
Horbach, R. S319
Horn, A. S265, S347
Horn, A. B. S347
Horn, H. S153, S155, S214
Hornstein, C. S168, S196, S388, S421
Hornung, J. S214
Hörrmann, F. S451
Höschel, K. S294
Hösl, K. S344, S378, S403
Houenou, J. S184
Hoyer, C. S148
Hoyer, D. S157
Hoyer, S. S205
Hruschka, D. S475
Huang, J. T.-J. S371
Huber, B. S312
Huber, C. G. S135, S160, S436
Huber, T. S326, S381, S383
Huber, T. J. S326
Hübers, S.-B. S312
Hubl, D. S355
Hübner, I. S508
Hübner, T. S297, S315
Hübner-Liebermann, B. S501
Huether, G. S391
Huff, W. S391, S477
Huffziger, S. S361
Hug, C. S348
Hügler, M. S223
Hüll, M. S199, S200, S217, S219, S224, S349
Hummel, F. S362
Hummel, T. S320
Hundemer, P. S177
Hunt, A. S336, S350
Huth, V. S137
Huttel, G.-U. S506
Hüttermann, E. S155
Hwang, R. S401
Ibach, B. S217, S219
Idziak, K. S158
Ihle, W. S441
In-Albon, T. S268
Irle, E. S146, S186, S285
Ising, M. S370
Israel-Laubinger, K. S187, S352
Issa, K. S381
Jacob, C. S303
Jacob, G. S264, S286, S288
Jacob, G. A. S286
Jacobi, F. S505
Jacoby, G. E. S264
Jahn, H. S214, S222, S370
Jahn, T. S133, S194
Jakob, F. S331
Jalali, M. S. S144
Jandl, M. S502
Janiri, L. S272
Jänner, M. S217
Janouschek, H. S159, S160, S404
Janssen, B. S463, S465, S466
Janssen, G. S194, S211
Jarchow, J. S405
Jentzsch, C. S392
Jessen, F. S202, S203, S216, S223, S228, S365, S369, S370
Jochims, A. S328
Jockers-Scherübl, M. S132
Johann, M. S248, S295, S300, S301
Johannes, S. S156
Johannsen, J. S500
John, U. S434
Johst, M. S453
Joisten, S. S436
Jordan, W. S391
Jovnerovski, M. S366
Juckel, G. S165, S172, S184, S244, S333, S450, S504, S511
Jugel, C. S259
Jülicher, A. S249
Jung, P. S304, S311
Jung, R. S304, S342
Jung, S. S310, S366
Junghan, U. S174, S436
Junghanns, K. S257, S319, S324
Kaatz, M. S157
Kadovic, D. S350, S407, S409
Kaduszkiewicz, H. S202, S203, S227
Kahl, K. G. S416
Kaiser, J. S163
Kalb, R. S391
Kalbe, E. S343
Kallenberg, K. S203
Kallert, T. S430, S431
Kamcili-Kubach, S. S438
Kapfhammer, H.-P. S325
Kaplan, P. S264, S292, S391, S400
Karanedialkova-Krohn, D. S423, S424
Karch, S. S146, S348, S381
Kardels, B. S267, S497
Karl, A. S358
Karow, A. S134
Karus, T. S257
Kaschka, W. P. S502
Kasper, S. S424
Kassubek, J. S270
Kasten, M. S151, S366
Kastrup, M. S435
Kathmann, N. S405
Katschnig, H. S377
Kaufeler, T. S202
Kaufmann, C. S337
Kawohl, W. S269, S392
Kawski, S. S453, S456, S458, S473
Keck, M. E. S370
Keilhoff, G. S365
Kelber, O. S401
Keller, F. S424
Keller, K. S475
Keller, M. S192
Kellermann, T. S145, S146, S150, S154, S284, S288, S308
Kemmer, C. S150
Kempermann, G. S340, S356, S357
Kempter, G. S265
Kennedy, J. L. S401
Kerkhoff, G. S382
Kern, N. S370
Kersting, A. S168, S174, S277, S278, S344
Kessler, H. S173, S512
Kessler, J. S343
Keysers, C. S479
Khalil, L. S157
Khalili, R. S217
Kiefer, F. S232, S233, S236, S240, S249, S250, S256, S397
Kienast, T. S233, S235, S249
Kiess, O. S193, S344, S378, S403
Kiessling, C. S497
Kilgus, E. S245
Kinder, D. S152, S372
King, N. S401
Kip, M. S259
Kircher, T. S139, S144, S145, S150, S154, S156, S243, S297, S308, S335, S345, S346, S347, S511, S512
Kirsch, V. S146
Kirschbaum, K. M. S141
Kis, B. S297, S298
Kischkel, E. S405
Kissling, W. S449, S467, S483, S484
Klaerding, C. S139
Kläger, M. S252, S253
Klapp, B. S481
Klatt, J. S249
Klauer, T. S309
Kleimann, M. S231
Klein, C. S151, S365, S366
Klein, H. E. S467
Klein, M. S150, S154, S284
Klein, S. S229, S250
Kleindienst, N. S290, S294
Kleinjung, T. S409
Kleinwaechter, R. S259
Kletschka, E. S187
Klieser, E. S193
Klimaschewski, L. S138
Klimke, A. S144, S164, S377, S393, S416, S495
Klingberg, S. S132, S137, S165, S388
Klöpper, C. S314
Klosterkötter, J. S148, S162, S164, S249, S371, S450, S451, S461, S462, S468, S477
Kluth, S. S235, S260, S284
Knaevelsrud, C. S280
Knecht, G. S428
Knieps, F. S468
Kniest, A. S242
Knolle-Veentjer, S. S137
Knopf, U. S143
Knops, A. S342
Knorr, C. S188
Köberle, U. S194
Kobiella, A. S229
Koch, E. S438, S439, S463
Koch, K. S148, S335
Koch, M. S165
Koch, S. S482
Koch, U. S335, S452, S453, S456, S458, S473, S475
Kocielski, M. S383
Kocsis, J. S192
Koczorowska, M. S389
Koehler, N. S222
Koehne, M. S463
Koethe, D. S148, S249, S371
Köföncü, E. S222
Kohila, M. S279
Köhler, S. S268
Kohler, T. S514
Kohnen, R. S193, S366
Kokai, J. S286
Kolbe, S. S174
Kölkebeck, K. S133, S148, S342
Koller, M. S206
Konhäuser, T. S264, S270
König, B. S175, S436
König, H.-H. S189, S458
König, S. S175, S301

- Konnopka, A. S458
Konrad, C. S154, S346, S353
Konrad, K. S297, S303, S304, S315, S346, S347, S356
Konrad, N. S427
Konstantinidis, A. S412, S414
Kopatschek, K. S243
Kopf, D. S337, S411
Köpke, M. S424
Kopp, I. B. S442
Korbel, C. S474
Kordon, A. S296, S336, S386, S443
Kordy, H. S375
Körner, K. S146
Kornhuber, J. S173, S191, S193, S207, S213, S215, S216, S218, S219, S221, S230, S236, S251, S252, S271, S344, S371, S372, S378, S403, S422, S447, S469
Kornischka, J. S393, S416, S437
Kornstein, S. S192
Korte, A. S263, S270
Koss, F. S380
Köster, M. S382
Kothe, A. S403
Kotrotsios, G. S367, S408
Koutsouleris, N. S181
Kowalewski, I. S209
Kozian, R. S138, S311
Krack, P. S305
Kraemer, B. S276, S311
Kraemer, S. S133
Kraft, S. S150
Krämer, H. S436
Kranaster, L. S148, S153, S371
Kraska, M. S378
Krasnianski, A. S203, S218
Kratzsch, T. S221
Kraus, M. S438
Kraus, T. S193, S208, S243, S320, S344, S378, S403, S447
Krause, J. S299
Krause, K.-H. S299
Krause, T. S208, S320
Krause, W.-R. S322
Krauseneck, T. S320
Krebs-Roubicek, E. S209
Kreil, W. S271
Kreis, B. S319
Kretzschmar, H. S369
Kreuz, F. S496
Krieg, J. C. S323
Krieg, J.-C. S284
Kriegelstein, C. S252
Krisam, K. S298
Krischer, M. S428
Krischke, N. S135, S453, S473
Kriston, L. S245, S260, S310
Kröber, H. L. S418, S420, S421
Kroener-herwig, B. S389
Kroenke, K. S265
Kröger, N. S383
Kroker, K. S168, S174
Kroll, M. S337
Kropp, S. S142, S143, S158, S312, S398, S456
Krug, A. S150, S154
Krüger, S. S171, S178, S184
Krüger, T. S421
Krumm, B. S159
Krumm, S. S387
Krumme, J. S383
Krupalija, T. S324
Kruse, A. S333, S374
Kruse, J. S503
Kudling, R. S193
Kuechenhoff, J. S383
Küfner, H. S241, S242
Kugel, H. S154, S344, S346, S354
Kugler, C. S208
Kugler, Y. S297
Kuhlmann, T. S245
Kuhlmei, A. S367
Kühn, K.-U. S327
Kühner, C. S185, S426
Kuhnigk, O. S506
Kukolja, J. S256
Kulzer, B. S503
Kumbier, E. S421, S478, S496
Kunde, I. S319
Kundermann, B. S284
Kungel, M. S141, S142, S160, S161, S401
Kunstmann, C. S372
Kunstmann, W. S513
Kunz, D. S324
Kunz, S. S240, S246
Kunze, H. S517
Künzel, H. E. S143, S353, S394, S404
Kupke, C. S486
Kupper, Z. S134, S174, S381, S436
Küppers, K. S342
Kurt, H. S455
Kurz, A. S210
Kutscher, S.-U. S420
Kuwert, P. S277
Kuwert, T. S221
Kuwilsky, A. S143, S159
la Fougere, C. S299
Labudda, K. S250
Lächler, M. S133
Ladwig, K.-H. S503
Lais, C. S221
Lambert, M. S135
Lammers, C. S283, S287
Lammers, C.-H. S283
Lampen-Imkamp, S. S458
Landgrebe, M. S348, S408, S409
Landolt, H. S314
Landolt, K. S457
Landvogt, C. S159, S252, S253
Lanfermann, H. S220, S221
Lang, M. S146, S274, S428
Lang, S. S274, S469, S500
Langbein, K. S341
Lange, A. S374
Lange, C. S146, S186, S285, S359
Lange, K. S248, S500
Lange, S. S469, S500
Lange, W. S243, S500
Lange-Asschenfeldt, C. S359
Langer, H. S222
Langer, J. S363
Langguth, B. S348, S408, S409
Lasch, J. S152, S372
Laske, C. S213, S222
Lauber, C. S494
Lauterberg, J. S475
Leboyer, M. S184
Lederbogen, F. S317, S356, S410, S476
Lee, S.-H. S477, S502
Lehfeld, H. S173, S220, S226, S410, S481, S500
Lehmann, A. S327
Lehmann, M. S156, S299, S300
Lehmkuhl, G. S299, S300, S306
Lehmkuhl, U. S263, S270, S308, S309, S386
Leicht, G. S146, S348
Leidinger, F. S462, S499, S500
Leipziger, K. S428, S429
Leitlein, G. S264, S270, S361
Lelgemann, M. S491
Lenartz, D. S477
Lencer, R. S132, S134, S148, S151, S364, S365, S366
Lendeckel, U. S365
Lenz, A. S167
Lenz, B. S230, S252, S271
Lenz, G. S175, S285, S497
Lenz, K. S309
Lenz, M. S341
Lesch, K.-P. S303, S304, S354, S427
Lesch, O. S257
Leube, D. S156, S243, S336
Leucht, S. S149, S176, S177, S397, S476
Lewczuk, P. S213, S216, S219, S221, S371
Leweke, F. M. S148, S249, S371
Lex, C. S175
Leygraf, N. S418, S421
Leyhe, T. S222, S223
Lieb, K. S284, S286, S293, S294, S397, S398, S478
Lieb, R. S370
Liebeck, H. S380
Liebermann, J. A. S401
Lieber, A. S207
Lightman, S. S339
Liliya, K. S402
Limberger, M. S294
Lincoln, T. S429
Linden, D. S153, S155, S163, S220, S460
Linden, D. E. J. S155, S220
Linden, M. S186, S199, S276, S279, S378, S385, S469, S482, S483, S484, S493, S499
Lindenberg, A. S186
Lindenberg, U. S340, S357
Lindenmeyer, J. S266, S378, S379, S457
Lindner, A. S156
Lindner, H. S394
Linka, T. S344
Linke, W. S382
Linn, J. S181
Lipina, K. S346
Lipinski, S. S274
Liske, B. S342
Lisofsky, B. S465, S516
Liszka, R. S351
L'Italien, G. S161
Lo, H. S265, S347
Löber, S. S242, S250, S259
Loeber, S. S241
Loeffler, J. S383
Loew, T. S263, S264, S281, S292, S469
Löffler, S. S393, S495
Lohmann, P. S359
Lorenz, D. S188
Löschmann, P.-A. S202, S224
Löwe, B. S265, S503
Löwe, N. S252
Luborzewski, A. S331, S405
Lucae, S. S370
Luck, T. S202
Luckhaus, C. S217, S367
Lüdeke, M. S207
Ludescher, B. S361
Ludolph, A. S270, S295, S368, S392
Ludolph, A. C. S270
Ludolph, A. G. S368, S392
Ludwig, S. S437, S466
Luethi, A. S314
Luethi, M. S309
Luggin, J. S271
Lühmann, M. S322
Lüken, U. S212
Lunkenheimer, B. S223
Lunkenheimer, J. S223
Lürßen, E. S498
Lutz, J. S146
Lutz, R. S377
Lützel, J. S393
Maccarrone, G. S150
Machann, J. S361
Machleidt, W. S432, S435, S470, S498
Maercker, A. S208, S214, S272, S357, S374
Magdeburg, K. S215, S362
Maggiorini, M. S276
Mahlstedt, M. S182
Maier, W. S144, S202, S223, S227, S244, S329, S333, S340, S433, S451, S461, S468
Maler, M. S252
Malevani, J. S141, S288, S290, S463
Mamistvalov, N. S239
Manahan-Vaughan, D. S335
Mann, K. S230, S232, S233, S235, S237, S238, S239, S241, S242, S245, S246, S248, S249, S250, S256, S259, S294, S337, S395, S397
Mänz, C. S238
Marcus, R. S142, S161, S401
Marg, A. S514
Margraf, J. S274, S449
Markov, V. S150, S154
Markovic, K. S136, S223
Markowitsch, H. S250, S264, S358
Markowitsch, H. J. S250, S264
Marneros, A. S149, S175, S183, S351, S419
Martin, B. S310, S351
Martin, G. S298
Martincic-Punzengruber, U. S400
Martinot, J.-L. S184
Martins, D. S150
Marwitz, M. S283
Marx, I. S297
Maß, R. S136
Masuhr, F. S223
Matakas, F. S286
Mathiak, K. S130
Mattejat, F. S298

- Mattmüller, A. S188
 Matura, S. S222
 Mauchnik, J. S274
 Maurer, K. S153, S155, S156, S162, S163, S187, S220, S358, S451
 Mayer, M. S202
 Mayr, R. S394
 Mazanek, M. S296
 McCullough, J. P. S513, S514
 McGorry, P. D. S135
 McQuade, R. S142, S161
 Meermann, R. S270, S388
 Mehlig, H. S475
 Mehlisteibl, D. S501
 Mehne, P. S462
 Meier, A. S391
 Meinel, I. S169
 Meinert, R. S503
 Meinert, T. S326
 Meisenzahl, E. S181, S325, S370, S447
 Meisenzahl, E. M. S370
 Meissner, B. S203
 Meißnest, B. S207
 Melchinger, H. S472
 Melchner, D. S395
 Meltzer, H. Y. S401
 Mende, M. S366
 Mendel, R. S483, S484
 Mendling, W. S442
 Menzel, M. S326
 Merkl, A. S287
 Mersch, J. S175
 Merten, T. S417
 Messer, T. S139, S395, S396, S413, S414
 Mestel, R. S287, S452, S453
 Meunier, W. S514
 Meyer zur Capellen, K. S395
 Meyer, J. S304, S308
 Meyer, K. S395, S501
 Meyer, P. S175, S337
 Meyer, T. S169, S170, S175, S198
 Meyer, T. D. S169, S170, S198
 Meyerer, R. S344
 Meyer, R. S345
 Michael, N. S353
 Michael, T. S274
 Michalak, J. S388
 Michels, C. S340
 Michelson, G. S378
 Mielke, R. S343
 Milenkovic, N. S268
 Milleit, B. S152, S372
 Milos, G. S311
 Miltner, W. S328
 Mittelhaus-Radke, D. S154
 Mitterwachauer, K. S175
 Mobascher, A. S141, S408
 Modell, S. S141, S142, S160, S161, S401
 Moergeli, H. S276
 Mohs, R. S192
 Möller, B. S235, S260, S284, S407
 Möller, H.-J. S172, S181, S211, S451
 Möller-Ehrlich, K. S366
 Moor, C.-C. S445
 Moormann, J. S144
 Moritz, S. S134, S260, S275, S330
 Morsch, D. S306
 Mösch, E. S217
 Mösko, M. S475
 Mößle, T. S231
 Mossner, A. S259
 Muche, R. S467
 Mühlbacher, M. S143, S263, S264, S292, S391, S400
 Mulert, C. S146, S348, S353, S406
 Mull, M. S496
 Müller, A. S233, S410
 Müller, B. S221, S240, S280, S298, S341, S344, S370, S414
 Müller, B. W. S298, S341, S482
 Müller, C. S385, S514
 Müller, D. S133, S291, S292, S390, S401, S410, S503
 Müller, D. J. S401, S503
 Müller, D. R. S291, S390
 Müller, E. S394, S404
 Müller, J. S137, S138, S141, S193, S218, S280, S316, S321, S366, S401, S424, S425, S426, S427, S503
 Müller, K. S137, S218, S269, S307, S371
 Müller, K.-M. S137
 Müller, M. S137, S138, S141, S193, S209, S218, S321, S352, S366, S410, S503
 Müller, M. J. S137, S138, S141, S193, S218, S321, S366, S503
 Müller, N. S141, S308, S352, S487, S488
 Müller, S. S221, S240, S247, S257, S453, S509
 Müller, T. S153, S155, S472, S514
 Müller, U. S213, S410
 Müller-Bergfort, S. S453
 Müller-Fahrnow, W. S482, S483
 Müller-Isberner, R. S429
 Müller-Myhsok, B. S370
 Müller-Oerlinghausen, B. S414
 Müller-Siecheneder, F. S173
 Müller-Spahn, F. S202, S209, S215, S221, S392, S449
 Müller-Vahl, K. S269, S307
 Müller-Vahl, K. R. S269
 Münchau, A. S365
 Mundle, G. S240
 Mundt, C. S197, S385, S389, S507
 Münte, T. S194
 Murafi, A. S327
 Muschalla, B. S483
 Muth, K. S222
 Mutschler, J. S240
 Muysers, J. S428
 Naber, D. S134, S135, S147, S158, S386, S494, S517
 Nagel, M. S148
 Nahlik, C. S497
 Najib, A. S361
 Nakovics, H. S237, S238, S246, S250
 Nassan-Agha, H. S424
 Nater, U. S293
 Naujokat, E. S352
 Nazirizadeh, Y. S140
 Neff, F. S197
 Nehen, H.-G. S210
 Nekwasil, B. S284
 Nemeroff, C. S192
 Nenadic, I. S148, S335
 Neudoerfl, K. S311
 Neugebauer, R. S189
 Neuhaus, A. S331
 Neumann, F. S295
 Neumann, M. S450
 Neumann, T. S259
 Neuner, F. S279, S280
 Neuner, I. S308
 Neuner, T. S140
 Nickel, C. S143, S263, S264, S292
 Nickel, M. S143, S263, S264, S292, S391
 Nickel, T. S495
 Nickl-Jockschat, T. S396, S404, S496
 Nicolay, C. S177
 Nikitopoulos, J. S235
 Niklewski, G. S173, S226, S249, S410, S447, S481, S500
 Ninan, P. S192
 Nissen, C. S187, S314
 Noack, T. S478
 Nödl, H. S197
 Noffke, H.-U. S352
 Nofzinger, E. S187, S314
 Nofzinger, E. A. S187
 Nolden, B. M. S249
 Noll, T. S311
 Nonenmacher, T. S395
 Nordbeck, R. S300
 Normann, C. S334, S365
 Norra, C. S188, S352, S361, S362
 Northoff, G. S170, S174, S340, S362, S427, S490, S510, S511
 Nosiska, D. S175, S285
 Nowak, M. S345
 Noy, C. S159
 Nürnberger, J. S308
 Nyhuis, P. W. S405
 Obrig, H. S363
 Oertel, V. S153, S155
 Oertel, W. H. S465
 Ofer, J. S274
 Ohlmeier, M. S296, S312, S456
 Ohrmann, P. S133, S148, S154, S278, S344, S354
 Okasha, A. S262
 Okon, E. S388
 Olbrich, R. S235, S260
 Ollenschläger, G. S491
 Oltmanns, K. M. S367
 Opgen-Rhein, M. S308
 Oren, D. S160
 Ortman, M. R. S438
 Ossege, M. S175
 Oswald, W. D.
 Otte, C. S317, S356
 Ottner, S. S400
 Ozgürdal, S. S450
 Pach, J. L. S193
 Padberg, F. S320, S325, S406, S407, S415
 Paillère, M. L. S184
 Pajonk, F. G. S176, S177
 Pajonk, F.-G. B. S386, S387
 Palmasson, H. S308
 Pantel, J. S220, S222, S349, S350
 Papassotiropoulos, A. S369
 Pape, M. S188, S235, S237
 Papengut, F. S188
 Parnas, J. S508
 Paslakis, G. S236, S249
 Passie, T. S259
 Passow, D. S432
 Paton, C. S158
 Patt, M. S337
 Paulsen, S. S457
 Pauly, K. S145
 Paulzen, M. S396
 Pausch, M. S403
 Pawelzik, M. S373
 Payk, T. R. S508
 Pedersen, A. S133, S148, S154, S342
 Pedrosa Gil, F. S264, S391, S513
 Penka, S. S440
 Pentzek, M. S203
 Perlov, E. S296
 Peschel, T. S421
 Peter, H. S325, S443, S467, S492
 Petermann, F. S290
 Peters, A. S367
 Peters, O. S465
 Peters, U. H. S492
 Petitjean, S. S240, S247, S509
 Petra, R.-B. S243
 Petrak, F. S503
 Petrella, F. S273
 Petru, R. S513
 Pfammatter, M. S436
 Pfeiffer, E. S263, S270, S309
 Pfennig, A. S190
 Pfliederer, B. S154, S353
 Pflueger, M. O. S136
 Pfütze, E.-M. S186
 Philipsen, A. S294
 Phillips, D. S339
 Picker, H. S450
 Piel, M. S141
 Pietsch, R. S178
 Pihurik, V. S394
 Pikalov, A. S141, S160
 Pilatus, U. S221, S222
 Pilhatsch, M. S194
 Pillmann, F. S187, S319, S351
 Pinhard, K. S392
 Pinkhardt, E. H. S270
 Pinnow, M. S186
 Pitschel-Walz, G. S133
 Plake, H. S440
 Platz, T. S458
 Plewnia, C. S269, S331, S332, S409
 Plichta, M. S232, S301, S330, S354, S363, S406, S414
 Plichta, M. M. S232, S301, S330, S354, S363, S414
 Ploeger, W. S310
 Poepel, N. S380
 Pogarell, O. S146, S348, S381, S406
 Pohl, C. S133, S194
 Poljansky, S. S349
 Pollack, M. S267
 Pollmächer, T. S265, S353, S394, S404
 Popp, J. S369
 Poustka, F. S306
 Prager, A. S380
 Pragst, F. S258
 Preul, C. S221
 Preuss, U. W. S183, S229, S258, S419
 Preuß, U. W. S239

- Pridzun, L. S157
Priebe, S. S460
Priller, J. S147
Prinz, B. S215
Pritchett, Y. S267
Prößl, J. S173
Prueter, C. S423
Prvulovic, D. S220, S222
Puhlmann, P. S432
Pukrop, R. S451
Puls, I. S497
Purgina, M. S459
Püschel, O. S373
Puschner, B. S467
Putzhammer, A. S145, S446, S447
Pycha, R. S190
Quante, A. S405
Quednow, B. B. S254
Raabe-Banze, P. S243
Rabovsky, K. S375, S392, S422
Rabung, S. S453, S456, S458, S473
Rachvoll, U. S423, S424
Radman, I. S437
Radoschewski, M. S483
Ramseyer, F. S291
Raskin, J. S192, S267
Rathgeber, K. S172
Rathgeb-Fuetsch, M. S265
Rau, A. S400, S406
Rauscher, A. S400
Rave, E. S388
Rechsteiner, E. S152
Reck, C. S196, S197
Reg, S. S145, S166, S243, S349, S427, S469, S504, S505
Regner, V. S145
Regus, M. S430
Rehbein, F. S231
Reich, A. S190
Reichenbach, J. R. S148, S335
Reichenbach, O. S243
Reif, A. S303, S427
Reiff, J. S305
Reilmann, R. S313
Reimer, J. S134, S246, S247, S501
Reimold, M. S229, S409
Reinbold, H. S435
Reindl, G. S217
Reinersmann, A. S214
Reininghaus, B. S178, S268, S376, S404
Reis, O. S235, S237, S297, S441
Reisch, T. S191, S291
Reischies, F. M. S200, S225
Reisinger, B. S394
Reith, W. S150
Reker, T. S434
Remane, A. S489
Rommel, A. S263
Reneman, L. S255
Renevey, Y. S291
Renner, T. S304
Rentzsch, J. S331
Resing, M. S243
Resinger, E. S424
Reske, M. S146, S288
Retz, W. S301, S303, S304, S427
Retz-Junginger, P. S304
Reulbach, U. S136, S191, S193, S223, S252, S345, S422
Rex, A. S402
Richardt-Salzbürger, E. S222, S379
Richter, D. S434, S451, S504
Richter, G. S380
Richter, H. S272, S294, S318, S374
Richter, K. S173, S410, S500
Richter, M. S232, S298, S301, S330, S354, S363, S406, S414
Richter, M. M. S232, S301, S330, S354, S363, S414
Richter, R. S374, S384, S385, S389
Richter-Appelt, H. S318, S374
Richter-Schmidinger, T. S207
Ridder, S. S274
Riecher-Rössler, A. S136, S152, S448
Rieckmann, N. S317
Riedel, M. S170, S308, S320, S352, S488
Riedel-Heller, S. S202, S203
Riedel-Heller, S. G. S202
Riederer, P. S205
Rief, W. S261, S313, S314
Riemann, D. S187, S305, S314
Riepe, M. S212, S359
Rieß, O. S229
Rießland-Seifert, A. S455
Rietschel, M. S150, S154, S182, S188, S341
Riffer, F. S459
Riklin, S. S285
Rilk, A. S332, S362
Rinck, D. S252
Rist, F. S260, S342
Ritter, K. S283
Ritter, M. S376
Rittmannsberger, H. S394, S498
Rockstroh, B. S279
Rodenbeck, A. S391
Roder, V. S133, S291, S292, S390
Rodriguez, E. S156, S162, S163
Roebel, M. S148, S335
Roediger, E. S373
Roestel, C. S168
Roettig, D. S149
Rogers, K. S343
Rohde, A. S489
Röher, C. S391
Rohr, W. S386
Röhrig, M. S351
Roick, C. S189
Romanos, J. S303
Romanos, M. S303, S304
Romberg, H.-P. S202
Römer, K. D. S420
Röpke, S. S287
Rösch, F. S159, S160
Rose, M. S160, S282, S283, S495
Rosenhagen, M. S495
Rösler, M. S295, S300, S301, S302, S304, S426, S427
Rössler, W. S198, S434, S438, S439, S475
Rossmanith, S. S277
Rotarska-Jagiela, A. S153, S155, S163
Rothenhäusler, H.-B. S316
Rother, W. S143, S263, S264, S292, S391
Rothermundt, M. S152, S325, S352, S364, S487
Roth-Sackenheim, C. S449, S472
Rothschild, A. S192
Röttig, D. S175
Röttig, S. S149, S175
Rottmann, F. S207
Rotz, B. S192
Roy, M. S312
Rubly, M. S155
Ruchow, M. S289
Rücker, G. S286
Ruf, D. S240, S260
Ruf, M. S279, S280
Ruffing-Tabaka, S. S408
Ruhl, I. S505
Ruhl, U. S380, S389
Ruhrmann, S. S450, S451
Rujescu, D. S146, S193, S366
Rummel, C. S396
Rumpf, H.-J. S365
Rupp, A. S351
Rupp, M. S395
Rupprecht, R. S265, S438
Russel, J. S267
Rüther, E. S201, S215, S391, S412
Rybakowski, J. K. S466
Ryf, P. S457
Rygula, R. S402
Rzezika, A. M. S181
Saar, K. S304, S341, S409, S468
Sabri, O. S337
Sachse, U. S285
Sack, M. S331, S358
Sadre Chirazi-Stark, M. S386
Saimeh, N. S424
Salbach, H. S263, S270
Salihi, M. S380
Salize, H. J. S429
Salkovic-Petrisic, M. S205
Salkovskis, P. S262
Salziger, J. S501
Sand, P. S331, S409
Sander, D. S462
Sander, P. S331
Sandhoff, K. S371
Sandholzer, H. S202
Sartorius, A. S182, S404
Sartory, G. S298, S341, S344
Saß, H. S419, S424, S425, S431, S432, S490, S498
Sasse, J. S180
Sauer, H. S148, S152, S335, S372
Sauer, S. S304
Saur, R. S223
Savaskan, E. S209, S221
Savenko, Y. S466
Savic, K. S450
Schächinger, H. S221
Schacht, A. S134, S299, S300
Schachtzabel, C. S148, S335
Schaefer, C. S474
Schaefer, J.-E. S361
Schäfer, I. S268, S275, S276, S386, S494
Schäfer, M. S253
Schäfer, S. S346
Schäfer, U. S412
Schaffer, M. S175, S437
Schanda, H. S429
Schandorf, N. S386
Schanz, B. S209
Schanze, A. S193, S344, S378, S403
Schanze, C. S326
Schärer, L. S169
Scharfetter, F. S319
Scharfetter, J. S424
Schatzberg, A. S192
Schaub, A. S170
Schauer, E. S279
Schauer, M. S279, S280
Schaz, U. S368, S392
Schecklmann, M. M. S232, S301, S363
Schedlowski, M. S421
Scheel, C. S289
Scheffler, K. S345
Schefflein, J. S480
Schenck, M. S372
Schepker, R. S440
Scherbaum, N. S233, S245, S257, S258
Scherg, M. S351
Scherk, H. S150, S176, S177, S198, S345, S346, S355
Scherl, J. S447
Schermuly, I. S137, S321
Schermuly-Sammer, I. S137
Scheuerecker, J. S181
Scheurich, A. S137, S138, S209, S218, S296, S321
Schick, F. S361
Schielein, T. S167, S178
Schiepek, G. S381, S389
Schiff, M. S193
Schiffbauer, H. S154, S346
Schiffer, B. S421
Schik, G. S381
Schiller, M. S243
Schilling, G. S382
Schiltz, K. S362, S427
Schimmelmann, B. G. S135
Schlälke, D. S423, S424, S427, S428
Schlagenhauf, F. S333
Schlöpfer, T. S134, S171, S179, S182, S194, S195, S365, S406, S477
Schlemper, V. S288
Schliebener, G. S491, S515, S516
Schlimme, J. E. S492
Schlossbauer, T. S181
Schlösser, R. S148, S335, S361
Schlotterbeck, P. S243, S404
Schlummer, J. S284, S288
Schlüter, M. S459
Schmahl, C. S284, S290, S328, S330, S331
Schmäl, C. S188
Schmauß, M. S169, S396, S413, S446, S463, S515
Schmauss, M. S395
Schmeck, K. S295
Schmid, R. S140, S166, S167, S178, S207, S272, S501, S506, S513
Schmidt, D. S328
Schmidt, E. S178, S268, S376, S404
Schmidt, L. G. S252, S253, S296, S503
Schmidt, M. S205, S342
Schmidt, P. S253, S268, S328, S342, S404
Schmidt, R. S272, S513
Schmidt, S. S342
Schmidt, T. S490

- Schmidt, U. S282, S404
Schmidtke, A. S447
Schmidtke, K. S217, S227
Schmiedel, O. S221
Schmitt, A. S147, S150, S165, S369
Schmitt, J. S301
Schmitt, N. S468
Schmitz, H. J. S286
Schmoller, A. S367
Schmors, R. S515
Schneider, A. S155, S197
Schneider, E. S134, S192, S267
Schneider, F. S145, S146, S150, S154, S284, S288, S307, S308, S396, S444
Schneider, M. S304, S426
Schneider, P. S165, S345
Schneider, S. S165, S268
Schneider, T. S239
Schneyer, T. S284
Schnitker, J. S172
Schnoor, K. S233, S424
Schnorf, M. S340
Schnyder, U. S276, S311
Schoenmeyer, R. S155
Scholz, F. S410
Schondelmaier, S. S245
Schönfeldt-Lecuona, C. S414, S512
Schöning, S. S154, S346
Schönknecht, P. S336, S350
Schopper, C. S321
Schoppmann, S. S514
Schott, K. S222, S379
Schott, K. J. S379
Schouler-Ocak, M. S439, S463
Schramm, E. S169, S185, S280, S281, S386, S513, S514
Schränk, B. S437
Schreckenberger, M. S252, S253
Schreiber, D. S371
Schreiber, W. S134, S446
Schröder, J. S145, S201, S212, S335, S336, S350
Schröder, M. M. S194
Schroeter, M. L. S221, S348, S363
Schröter, M. S248
Schubert, S. S495
Schuld, A. S265, S353, S394, S404
Schüle, C. S265, S355, S356
Schulte, B. S247
Schulte, T. S257
Schulte-Körne, G. S356
Schulte-Markwort, M. S308, S356, S459
Schultes, B.
Schultz, G. S239
Schultze-Lutter, F. S450
Schultze-Venrath, U. S286, S384
Schulz, E. S368, S369
Schulz, H. S452, S453, S456, S473, S475
Schulz, J. B. S201
Schulz, M. S240, S246, S407, S514
Schulze, A. S368
Schulze, J. S340
Schulze, T. G. S179, S180, S182
Schumann, G. S229, S230, S460
Schuntermann, M. S493
Schüssler, P. S323
Schütte, N. S277
Schütz, C. S244, S245, S251, S501
Schützwohl, M. S279
Schwachula, W. S500
Schwalen, S. S212
Schwarting, A. S321
Schwarz, E. S459
Schwarz, M. S251, S308, S352, S488
Schwarz, M. J. S308, S488
Schwarze, C. S343
Schweiger, E. S212
Schweiger, U. S182, S201, S282, S293
Schweikert, H. S190
Schwerdtner, J. S427
Schwitzer, J. S190
Seeber, M. S405
Seemüller, F. S170, S320
Seese, A. S337
Seidel, M. S326, S493, S508
Seidl, U. S212
Seidlitz, C. S135
Seifert, D. S419, S420
Seifert, N. S145
Seifritz, E. S345
Seitz, C. S304, S308
Selbmann, H.-K. S491
Senf, W. S278, S316, S462
Senft, B. S458
Senft, I. S447
Seo, B.-K. S298
Sestak, A. S383
Severus, E. S170, S196
Shah, J. N. S308
Shah, N. J. S145, S146, S150, S154
Sheikh, J. S192
Sheldrick, A. S142
Shelton, R. S192
Shimbo, D. S317
Sibitz, I. S377, S437
Sicard, T. S401
Siebner, H. S335
Siefen, R. G. S463
Siegel, A. S192
Siegmond, A. S154, S342
Siegrist, J. S468
Siemung, A. S148
Siessmeier, T. S159
Sigges, E. S193
Silbermann, A. S234
Simek, M. S263
Simhandl, C. S175, S196
Singer, P. S396
Singer, W. S156, S162, S163
Sinzig, J. S306
Sipos, V. S263, S282
Sitzer, M. S391
Skowronek, M. S150, S154
Skrabo, A. S311
Slawik, H. S224
Ślodziński, J. S284, S288
Smesny, S. S152, S372
Smolka, M. S229, S230, S252
Smolka, R. S230, S264, S270
Smolczyński, H. S389
Sobanski, E. S300
Sobanski, T. S495
Soekadar, S. S332
Sokollu, F. S146
Sokolova, O. S500
Söllner, W. S481
Somasundaram, D. S279
Sommer, M. S145, S217, S427
Sommer, O. S368, S369
Sonn, J. S241, S242
Sonntag, D. S236, S237, S242, S449
Sonntag, R. S373
Soyka, M. S131, S237, S248, S251, S253, S259
Spanagel, R. S229, S230
Spannenberger, R. S223
Specka, M. S139, S297, S405
Spellmann, I. S151
Spengler, A. S430
Sperling, W. S136, S157, S422
Spevakné-Göröcs, T. S141, S142, S160, S161, S401
Spies, C. S258, S259
Spieß, H. S140, S167, S178, S469, S501, S504, S505, S506
Spitzer, C. S275, S277, S330
Spitzer, M. S149, S265, S480
Spitzer, R. L. S265
Splittgerber, M. S136
Sprenger, A. S148
Springer-Kremser, M. S499
Stadler, C. S315
Stadtmüller, G. S380, S454
Staedt, J. S210, S228
Stahlberg, J. S365
Stampfer, I. S175
Stange, R. S422
Stangier, U. S280, S281
Stanislav, P. S402
Stark, H. W. S207
Stassen, H. H. S193, S366
Statz, A. S480
Stauch, R. S174
Steenken, D. S516
Stefenelli, U. S197
Stegmayer, K. D. S341
Steil, R. S276, S280
Stein, B. S391, S469, S481
Stein, M. S348
Steinberg, H. S486
Steinert, T. S423, S429, S431, S467
Steinhagen-Thiessen, E. S374
Steinhart, I. S460
Steinlechner, S. S365, S366
Steinmetz, B. S391
Steinmetz, H. S391
Stelzig, R. S400
Stengler-Wenzke, K. S337
Sterr, A. S406
Stevens, A. S342, S417
Steyer, J. S502
Stieglitz, R. D. S136
Stieglitz, R.-D. S149, S295
Stiens, G. S215
Stiglitz, C. S291, S330
Stirn, A. S358
Stöber, G. S366
Stöcker, T. S146
Stoecker, T. S308
Stoeter, P. S218, S296, S345
Stoffels, B. S381
Stoffers, J. S286
Stohler, R. S240
Stöhr, K. S404
Stolerman, I. S255
Stoppe, G. S228, S375
Stopsack, M. S235, S239, S260, S284
Storkebaum, S. S316
Stoy, M. S244
Stracke, T. S480
Stransky, E. S222
Straub, E. S466, S516
Straube, B. S346, S347
Strech, D. S497
Strik, W. S153, S155, S157, S348, S354
Strik, W. K. S354
Ströhle, A. S244
Strohm, R. S423
Strößenreuther, N. S220
Struve, M. S185
Stübner, S. S412
Stulz, N. S457
Stuppäck, C. S400, S455
Sturm, J. S443
Sturm, V. S477
Stüve, B. S303
Suffrian, G. S436
Supprian, T. S217, S359
Suslow, T. S278, S344, S354
Svitek, J. S221
Swindle, R. S267
Szegedi, A. S193, S366
Tabakoff, B. S258
Tadic, A. S193, S366
Tagay, S. S316
Tansella, M. S454
Taschler, I. S474
Täschner, K.-L. S246
Tatyana, S. S402
te Wildt, B. S158, S231
te Wildt, B. T. S231
Tegtmeier, D. S515
Teipel, S. S216
Teising, M. S199
Temur-Erman, S. S439
Tenter, J. S431
Tertschnig, K. S376
Teschner, C. S436
Tettenborn, C. S381
Teusch, L. S327
Thalau, F. S491
Thalemann, R. S231
Tharmalingam, S. S401
Thase, M. E. S192
Thau, K. S175
Theisen, P. S452
Theune, M. S514
Thiel, C. M. S255, S256
Thiel, H. S515
Thienel, R. S150, S154
Thier, P. S156
Thiergart, S. S311
Tholuck, J. S176
Thomann, P. S336
Thomas, K. S157
Thomasius, R. S247, S248, S254
Thomé, H. S499
Thome, J. S304, S427, S460
Thommen, M. S291, S292
Thum, A. S284
Thünker, J. S377, S408
Thürauf, N. S223, S236
Thürmann, P. S489
Tietz, U. S319
To, M. S144, S377, S440
Toker, M. S440
Tomasi, R. S190
Tominschek, I. S381

- Torchalla, I. S248
Toro, P. S350
Tost, H. S341
Träder, A. S277
Traeger, S. S235
Trapp, W. S169, S176
Trautmann-Villalba, P. S168, S196, S388
Treichel, K. C. S446, S498
Tretter, F. S360
Tribl, F. S205
Tritt, K. S454
Trivedi, M. H. S192
Trost, J. S400
Trummer, M. S271
Tsang, T. M. S371
Tschacher, W. S134, S174, S291, S292, S381, S436
Tumur, I. S286
Turck, C. S150
Turmes, L. S447, S448
Tuschen-Caffier, B. S264
Tüscher, O. S154
Udo, R. S252
Uhlemann, H. S443
Uhlmann, T. S449
Uhlhaas, P. S156, S162, S220
Uhlmann, C. S288
Uhr, M. S370, S495
Ukas, T. S154
Ulrich, H. S193
Ulrich, I. S235, S239, S260, S284
Ulrich, S. S194, S210
Umbreit, J. S173
Unbehaun, T. S311
Unger, A. S377
Unger, F. S271
Unger, H.-P. S467
Unglaub, W. S301
Unschuld, P. G. S370
Urban, M. S446
Urmann, I. S404
v. Beust, J. S290
van Brederode, M. S462
van Calker, D. S199, S368, S391
van de Ven, V. S153
van den Bussche, H. S202, S227
Vassiliadu, A. S223
Vauth, R. S149, S150
Vazquez, J. S368, S369
Veit, R. S425
Vermetten, E. S328
Vernaleken, I. S159, S160, S334
Vernelaken, I. S159
Verthein, U. S246
Veselinovic, T. S159
Vesely, B. S194
Vesely, Z. S194
Viertler, A. S441, S442
Vilsmeier, F. S514, S515
Vitali, M. S402
Vitaliy, P. S402
Viviani, R. S265, S347
Vloet, T. D. S315
Voderholzer, U. S271, S305, S314, S336, S497
Vogel, C. S449
Vogel, F. S140, S396
Vogel, R. S509
Vogel, T. S320
Vogeley, K. S130, S508
Vogelgesang, M. S301
Vogelsänger, P. S478
Vohs, K. S432
Voigt, J.-P. S349
Volavka, J. S401
Völker, A. K. S235
Völker, K. S235, S260, S284
Völker, K. A. S284
Völker, L. S212
Volker, N. S438
Volkmer, E. S320
Vollmar, H. C. S475
Vollmar, P. S193
Vollmayr, B. S182, S334, S367
Vollmer, H. S188, S190, S241, S242, S266, S287, S384
Vollmer, H. C. S241, S242, S384
Volmer, T. S192
von Ahsen, N. S251
von Cramon, D. Y. S221, S348
von der Goltz, C. S236
von der Haar, M. S429
von Dobschütz, E. S368
von Döbschütz, E. S369
von Eitzen, U. S319
von Gontard, A. S197, S308
von Osterhausen, K. S291
von Planta, A. S309
von Wilmsdorff, M. S146
Voß, K.-D. S465
Voss, T. S326
Vossel, S. S255, S256
Vriends, N. S274
Vucurevic, G. S296
Wagner, G. S148, S335, S495
Wagner, M. S202, S451
Wagner, T. S134
Wahl, M. M. S348
Walitza, S. S303, S304
Walle, M. S450, S470, S471
Walter, H. S130, S194, S222, S479
Walter, M. S209, S427
Walther, S. S153
Wälz, C. S225
Wancata, J. S438
Warnke, A. S302, S303, S304
Wartberg, L. S254
Waschgler, R. S400
Watzke, B. S475
Watzke, S. S132
Weber, B. S187
Weber, H. S459
Weber, M. M. S487
Weber, R. S130
Weber, S. S309
Weber-Fahr, W. S160
Wedekind, D. S191
Wegener, D. S276
Wehmeier, P. S134, S299, S300
Weibold, B. S451
Weig, W. S310, S326, S459, S482
Weigand, A. S405
Weigand-Tomiuk, H. S351
Weigl, V. S271
Weih, M. S213
Weinamann, W. S258
Weinmann, S. S469, S491
Weis, S. S139, S346, S347
Weisbrod, M. S351
Weiser, D. S401
Weisert, A. S421
Weiß, T. S328
Weiss, U. S277, S288
Weiss-Gerlach, E. S259
Weithmann, G. S430
Weixler, C. S404
Weniger, G. S146, S186, S285
Wenninger, S. S265
Werner, C. S141, S142, S160, S161, S401
Wernicke, A. S376
Wernz, F. D. S229
Werth, L. S324
Wessa, M. S184
Wessels, T. S139
Westenberg, H. G. S328
Westphal, S. S337
Wetterling, T. S187, S207, S208, S228, S352
Weyerer, S. S202, S203
Whitehead, R. S141
Wiebel, B. S187
Wiedemann, E. S219
Wiedemann, G. S132, S261, S266
Wiedemann, K. S236
Wiegand, M. H. S194
Wiegmann, W. S445
Wiehn, T. S188, S190, S266, S287, S384
Wiesbeck, G. S240, S247, S257, S258, S509, S510
Wiesbeck, G. A. S240, S247, S509
Wiese, B. S203
Wiesmann, M. S181
Wiest, R. S153
Wilhelm, F. S274, S403
Wilhelm, J. S230, S251, S252, S271
Wilhelm, S. S192, S267
Wilkening, A. S322, S474
Will, A.-K. S279
Willhardt, I. S152, S372
Williams, J. B. W. S265
Willich, S. N. S190
Willma, S. S442
Willmes, K. S346, S347
Wiltfang, J. S203, S204, S205, S207, S213, S215, S216, S219, S221, S370, S371
Wiltse, C. S192
Windhagen, A. S322
Wingenfeld, K. S294
Winkler, C. S312
Winter, S. S382, S454
Winterer, G. S255, S256, S354, S360, S361
Winterhoff, H. S144
Wirth, M. S153, S155
Wirtz, M. S188
Wischnewski, I. S515
Wittchen, H.-U. S267, S456, S462
Witthaus, H. S450
Wittke, S. S370
Wittmann, G. S142
Wittmann, M. S399, S414
Wittmund, B. S166
Wittorf, A. S132, S137, S222
Wittrup-Jensen, K. S135
Wittsack, H.-J. S217
Witzel, J. S427
Wobrock, T. S131, S145, S245, S350, S376, S407, S408, S409
Wodarz, N. S248, S249, S301
Wolf, H. S201
Wolf, K. S136, S414
Wolf, O. T. S250, S343, S381
Wolf, R. S165, S210, S358
Wolf, S. S215
Wolf, T. S250, S343, S381, S419
Wolfersdorf, M. S199, S500, S509
Wolfsberger, M. S414
Wollny, A. S202
Wolter, D. S207
Wolters, A. S309
Wölwer, W. S144, S145, S245, S451
Wondrak, I. S426
Wong, J. S251
Wormstall, H. S213
Wortmann, V. S154
Wortmann-Fleischer, S. S388
Wrase, J. S244
Wübben, T. S284
Wunsch, C. S175
Wurst, F. S247, S256, S257, S258, S509, S510
Wurst, F. M. S256, S257, S258, S509, S510
Wuttke, W. S391
Xu, J. S192
Yakushev, I. S252, S253
Yaldizli, Ö. S510
Yegles, M. S258
Zabel, P. S367
Zacher, A. S495
Zahn, R. S349
Zajacka, J. S192
Zamorski, H. S300
Zäske, H. S506
Zaunmüller, T. S394
Zerhoch, N. S225
Zerr, I. S203, S219
Zerrel, K. S150
Zerres, K. S154
Zeyer, K. J. S384
Zhang, Y. S156
Zibold, J. S264, S270
Ziegenbein, M. S142, S143, S158, S398, S456
Ziegenhain, U. S441
Zieglgänsberger, W. S313
Zierhut, K. S298, S362, S363, S406
Zill, P. S251
Zilles, D. S345
Zilles, K. S150, S154
Zimmer, A. S250
Zimmermann, J. S239
Zimmermann, P. S267, S383
Zimmermann, T. S202
Zink, M. S143, S159, S367
Zinke, A. S407
Zipfel, S. S502
Zlenko, H. S402
Zolotova, J. S432
Zorn, P. S291, S292
Zöttl, M. S445
Zurowski, B. S336
Zwanzger, P. S370
Zwitserslood, P. S154
Zysset, S. S348

Hier steht eine Anzeige.

Hier steht eine Anzeige.