Odebrecht-Symposium beleuchtet drei Schwerpunkte in der Therapie psychotischer Störungen

Am 16. November dieses Jahres fand im evangelischen Krankenhaus Bethanien in Greifswald das mittlerweile 15. Odebrecht-Symposium statt und widmete sich dem interessanten Thema „Die affektive Komponente in der Therapie psychotischer Störungen“.

Nach einer Begrüßung durch Prof. Dr. med. Jens M. Langosch (Ärztlicher Direktor, Evangelisches Krankenhaus Bethanien Greifswald) und Dr. med. Steffi Langner-Timm (Leitende Oberärztin, Evangelisches Krankenhaus Bethanien Greifswald), in der kurz auch die erreichten Ziele des Krankenhauses thematisiert wurden, begann mit dem Vortrag des ersten Referenten, PD Dr. med. Stefan Cohrs, der Hauptteil der Veranstaltung. Der gebürtige Göttinger, der im Rahmen seines Forschungsschwerpunktes unter anderem zwei Jahre in den USA verbrachte, ist heute leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Rostock. Sein Spezialgebiet ist dabei die Schlafforschung, auf welche sich auch sein Vortragsthema bezog: „Das Zusammenspiel von Schlaf und Affekt“. Ging er zunächst auf die grundlegenden Definitionen sowohl von Schlaf, als auch von Affekt ein, stellte sich sukzessive ein Zusammenhang zwischen beidem her. Fakt sei es, dass Affekte bzw. Emotionen belegbaren Einfluss auf das Schlafverhalten und ebenso andersherum haben. Das heißt, je negativer oder positiver gestimmt wir einschlafen, desto schlechter oder eben besser ist auch die Schlafqualität. Dies hat dann wiederum Konsequenzen für die Affektivität bzw. Stimmung am darauf folgenden Tag. Daraus ergeben sich verschiedene Störungen des Schlafverhaltens (z. B. REM-Schlaf-Störungen). Eines ist jedoch sicher, so Cohrs, Schlafstörungen, egal welcher Art, sind ein Risikofaktor für affektive Störungen, vor allem für Depressionen. Bei psychotischen Störungen andererseits verhält es sich häufig so, dass diese verstärkt den REM-Schlaf verändern und so über die psychotische Störung hinaus, für affektive Störungen verantwortlich sein können. „Dementsprechend ist eine Schlafstörung nicht nur ein Symptom, sondern Teil der Pathophysiologie psychotischer und affektiver Störungen“, fasste Cohrs schließlich zusammen.

Nach einer kurzen Kaffeepause übernahm Dr. med. Bengt Jeschke das Wort. Nach seinem Studium an der Universität Rostock promovierte er an der Greifswalder Universität und betreibt seit 1991 eine Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie in der Hansestadt Stralsund. Zu Beginn seines Vortrags zum Thema, „Langzeittherapie aus Sicht des niedergelassenen Psychiaters“, ging er zunächst auf die Schwierigkeiten der ambulanten, medikamentösen Langzeitbehandlung psychotischer Störungen, vor allem Schizophrenien, ein. Ziel einer solchen Behandlung mit Antipsychotika sei immer die Beseitigung der produktiv psychotischen Episoden und die Vermeidung einer Rehospitalisierung. „Dabei gilt aber auch, was nicht das Zielsymptom beseitigt, soll wieder abgesetzt werden“, so Jeschke. Haben Patienten mit einer psychotischen Grunderkrankung zusätzlich eine affektive Störung, so handelt es sich dabei meist um eine Depression. Über die Hälfte aller Schizophrenie-Patienten haben auch deutlich depressive Symptome. Dabei beeinflussen Intensität und Häufigkeit der psychotischen Symptome das Risiko einer Depression. Die Folgen depressiver Symptome bei einer psychotischen Grunderkrankung sind deutlich: erhöhte Suizid-Rate, häufigere Rehospitalisierungen und eine

PD Dr. med. Stefan Cohrs – leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Rostock

Dr. med. Bengt Jeschke – Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie Stralsund

Prof. Dr. med. Jens M. Langosch – Ärztlicher Direktor, Evangelisches Krankenhaus Bethanien Greifswald

wesentlich höhere Rückfallquote in produktiv psychotische Episoden. Schwierig ist es, dabei zwischen einer „echten“ Depression, Negativsymptomatik der psychotischen Erkrankung und möglichen Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung zu unterscheiden. In der Praxis sind schizoaffektive und rein schizophrene Störungen nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Depressive Episoden dauern bei Patienten nach einem psychotischen Schub zum Teil sehr lange an (post-schizophrene Depression) und erhöhen damit wieder das Risiko eines Rückfalls oder kündigen in anderen Fällen auch einen bevorstehenden Rückfall an. Depressionen erhöhen in jedem Fall das Risiko einer psychotischen Episode. „Es ist deshalb äußerst wichtig, dass diese depressiven Symptome ebenfalls behandelt werden“, folgerte Jeschke, bevor er mit Überlegungen zu geeigneten medikamentösen Behandlungsplänen fortfuhr.

Als dritter Referent des 15. Odebrecht Symposiums übernahm der ärztliche Direktor des evangelischen Krankenhauses Bethanien, Prof. Dr. med. Jens M. Langosch den Platz am Rednerpult. In seinem Vortrag „Überlegungen zur Differentialdiagnostik psychotischer, schizoaffektiver und bipolarer Störungen“ nahm er zunächst Bezug auf die historische Entwicklung der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen. Besonders hervorzuheben waren hier Karl-Ludwig Kahlbaum, der mit seinem Werk „Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und Seelenstörungen“ eine neue Gliederung psychiatrischer Erkrankungen aufstellte, in der er die Hebephrenie und Katatonie erstmals als Krankheiten definierte; und Karl Leonhard, der mit seinem Werk „Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie“, die bislang differenzierteste Klassifikation der endogenen Psychosen nach nosologischen Kriterien aufstellte. Ebenso dazu zählt Eugen Bleuler, der mit seinem „Lehrbuch der Psychiatrie“ ein Standardwerk hervorbrachte, das noch lange nach seinem Tod herangezogen wurde und wird. Er prägte den Begriff der Schizophrenie. Heute unterscheidet man zwischen bipolaren affektiven Störungen, schizoaffektiven Störungen, Schizophrenien und anderen psychotischen Störungen. Immer häufiger werden Mischformen diskutiert. Problematisch ist die Differentialdiagnose. Es ergeben sich Probleme mit den aktuellen Klassifikationssystemen (z. B. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5 oder International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 10). Dies führt zum Teil zu unsicheren Prognosen und Statistiken, die auf veralteten Beschreibungen und Zuordnungen beruhen. Dies nahmen die über 70 Zuhörer interessiert auf und nutzen auf der anschließenden Diskussionsrunde bei Kaffee und Kuchen die Möglichkeit zum Austausch.

A. Ulrich | RaSch