



www.kompetenznetz-schizophrenie.de

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dieser vierten Ausgabe des Newsletters informieren wir Sie über Studien zur Langzeitbehandlung von Schizophrenie-Patienten und über die Kongressaktivitäten, die das Kompetenznetz Schizophrenie im November des letzten Jahres in Berlin durchgeführt hat. Auch in diesem Jahr wird das Kompetenznetz auf mehreren nationalen und internationalen Kongressen präsent sein. Für die breite Öffentlichkeit ist wiederum eine Informationsbörse Schizophrenie geplant. Beginnend mit der vorliegenden Ausgabe wird der Newsletter – wie in der letzten Ausgabe angekündigt – primär den Abonnenten direkt zugestellt. Aufgrund der erfreulich hohen Nachfrage bleibt dabei eine Auflage in Höhe von 10.000 Stück erhalten. Auf entsprechende Anregungen aus der Mitarbeiter- und Projektleiterbefragung im Rahmen des netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements ergänzen wir den Newsletter zukünftig um die Rubrik „Informationen aus dem Vorstand“ und hoffen auch hier auf breites Interesse.

Ihr Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Informationen aus dem Vorstand

Im September dieses Jahres steht die Zwischenbegutachtung der Projekte im Kompetenznetz an. Hierzu wird ein Zwischenbericht erstellt, der dem international besetzten Fachbeirat zur Begutachtung vorgelegt werden wird. Die englischsprachigen Projektberichte sollen bis Ende März in der Netzwerkzentrale eingereicht werden, um dem Vorstand deren frühzeitige Sichtung zu ermöglichen. Die Abgabefrist für den endgültigen Zwischenbericht beim Projektträger ist der 30.06.2002. Mit der Zwischenbegutachtung im September wird dann die Entscheidung für die zweite Förderphase der Studienprojekte fallen. Die zur Verfügung stehenden Mittel für die zweite Förderphase sind aus Gründen der allgemeinen Haushaltslage für alle Kompetenznetze in der Medizin gekürzt worden. Das Fördervolumen wird sich damit auf 4,5 Mio EUR für zwei Jahre reduzieren. Dies bedeutet, dass nicht alle Projekte wie geplant umgesetzt werden können und dass auch die Projekte, die weiterhin gefördert werden, mit Einschränkungen rechnen müssen.

Optimierung der Langzeitbehandlung und -versorgung

Der Teilverbund 2 des Projektverbundes II „Therapie und Rehabilitation“ des Kompetenznetzes Schizophrenie unter Koordination des Netzwerksprechers Prof. Dr. Wolfgang Gaebel hat sich der Optimierung der Langzeitbehandlung und -versorgung schizophrener Erkrankter verschrieben.

Nach einer erfolgreichen Akutbehandlung schizophrener Psychosen ist das wichtigste therapeutische Ziel der ambulanten Versorgung die Symptom- und Rückfallfreiheit der Patienten. Hierzu sind Leitlinien für eine wirksame Rezidivprophylaxe für die Gesamtheit der schizophrenen Patienten entwickelt worden (Gaebel et al., 1998).*

Bislang noch unzureichend evaluiert sind diese Leitlinien jedoch bezüglich der Behandlung von ersterkrankten Patienten, die aufgrund verschiedener Umstände eine besondere Patientengruppe darstellen:

- Aufgrund von monoepisodischen Krankheitsverläufen bedürfen 20 – 30% der ersterkrankten Patienten eigentlich keiner Langzeitmedikation, doch lassen sich diese Patienten bislang prospektiv nicht identifizieren.
- Das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen bei der Gabe von Neuroleptika ist bei Ersterkrankten überproportional hoch.
- Die Compliance von Ersterkrankten ist besonders gering.
- Bis zu 20% der Patienten erholen sich trotz leitlinienkonformer Behandlung nicht von der ersten Krankheitsepisode.

Aus diesem Grund befassen sich die Therapie-Studien im Teilverbund 2 primär mit der besonderen Situation ersterkrankter Patienten. Studienziele sind:

- Differenzielle Indikation für atypische und typische Neuroleptika
- Bessere Vorhersagbarkeit von Rückfällen

- Prodromgestützte Frühintervention bei drohenden Rückfällen
- Verbesserung von psychologischen Interventionsstrategien durch Veränderung der individuellen Vulnerabilität, Stressbewältigungs- und Copingkompetenz.

Drei von fünf miteinander verzahnten multizentrischen Studien möchten wir Ihnen gerne vorstellen. Die beiden ersten Projekte zur Pharmakotherapie und zur prodromgestützten Rezidivprophylaxe werden federführend von Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf, geleitet. Die Leitung der psychologischen Interventionsstudie obliegt Dr. Stefan Klingberg, Tübingen.

Erst in zukünftigen Ausgaben des Newsletters werden zwei eher grundlagenbezogene Teilprojekte detaillierter vorgestellt: Eines dieser Projekte befaßt sich ausgehend vom Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell mit der Risikoidentifizierung von Prodromen und Rezidiven (Leitung: Prof. Dr. W. Gaebel, Dr. W. Wölwer, Düsseldorf), während das andere Teilprojekt kernspintomographisch hirnfunktionelle Korrelate emotionaler und kognitiver Dysfunktionen erfasst und auf Verlaufsstabilität und prädiktive Valenz überprüft (Leitung: Prof. Dr. F. Schneider, Düsseldorf).

Die komplette Verbundstudie mit ihren fünf Teilprojekten zur Langzeitbehandlung schließt an eine Studie zur stationären Akutbehandlung von Ersterkrankten an, die im Rahmen des Kompetenznetzes von Prof. Dr. H. J. Möller, München, koordiniert wird und ebenfalls in weiteren Ausgaben des Newsletters noch genauer vorgestellt werden wird.

*Die vollständigen Referenzen der zitierten Literatur sind in der Netzwerkzentrale erhältlich.



Pharmakotherapeutische Interventionsstrategien ■

Die Wirksamkeit der medikamentösen Akut- und Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten gilt als erwiesen. Seit Einführung der Neuroleptika vor etwa 50 Jahren konnte die Krankenhausverweildauer deutlich gesenkt werden. Heute kann die Langzeitbehandlung zu 90% ambulant erfolgen. Dabei kommen zunehmend neue atypische Neuroleptika zum Einsatz, denen ein günstigeres Wirkungsprofil zugeschrieben wird: bei einer vergleichbaren oder gar besseren Rückfallverhütung wird eine bessere Wirkung auf die Negativsymptomatik (z. B. Affektverflachung, sozialer Rückzug) und auf kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme) beschrieben, während belastende motorische Nebenwirkungen weniger häufig auftreten. Hierdurch erhofft man sich auch eine Erhöhung der Compliance. Neuere Berichte über ernst zu nehmende nichtmotorische Nebenwirkungen atypischer Neuroleptika wie Gewichtszunahme und Stoffwechseleränderungen dämpfen die zwischenzeitliche Euphorie jedoch ein wenig und unterstreichen den noch bestehenden Forschungsbedarf, insbesondere bezüglich der langfristigen (therapeutischen wie unerwünschten) Wirkungen dieser Medikamente. Zudem machen neue Forschungsübersichten deutlich, dass sich die motorischen Nebenwirkungen klassischer Neuroleptika bei unvernünftiger therapeutischer Wirkung durch eine niedrigere Dosierung deutlich reduzieren lassen (Geddes et al., 2000).

Zusammen mit den zuvor geschilderten Besonderheiten bei der Behandlung ersterkrankter Patienten gab diese Situation den Ausschlag, erstmals eine vergleichende Langzeituntersuchung von typischen und atypischen Neuroleptika an dieser speziellen Patientengruppe durchzuführen. In einer groß angelegten multizentrischen Studie wird an bis zu 280 ersterkrankten Patienten über 2 Behandlungsjahre untersucht, ob sich mögliche Vorteile atypischer (hier: Risperidon) im Vergleich zu niedrig dosierten typischen Neuroleptika (hier: Haloperidol) bezüglich der Rückfallhäufigkeit verifizieren lassen und welche Unterschiede bezüglich der Nebenwirkungen, Compliance, kognitiven Störungen und Lebensqualität unter gleichzeitiger Berücksichtigung pharmakökonomischer Gesichtspunkte bestehen. Damit bietet die Untersuchung

die Möglichkeit, neue Erkenntnisse zur Therapieoptimierung ersterkrankter schizophrener Patienten zu erlangen. Durch eine im 2. Behandlungsjahr durchgeführte, schrittweise Absetzstrategie mit begleitender prodromgestützter Frühintervention sollen zudem individuelle Erfolgsaussichten für ein Absetzen der Medikation abgeschätzt und die Möglichkeiten einer verbesserten Nutzung von individuellen Prodrommustern und -verläufen für eine wirksame Rückfallprophylaxe untersucht werden.

Projektzentren:

Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitäten Aachen, Berlin, Bonn*, Düsseldorf*, Essen, Göttingen, Halle, Jena, Köln*, Mainz (bis 28.02.02), LMU München* und Tübingen* sowie das Zentrum für Seelische Gesundheit in Mannheim

*Zentren mit gleichzeitiger Untersuchung psychotherapeutischer Strategien

Prodromgestützte Rezidivprophylaxe und Frühintervention ■

Das Konzept der Prodrome (für Schizophrenie eher unspezifische Symptome wie Schlaf- oder Konzentrationsstörungen) bzw. Frühwarnzeichen (auch spezifischere wie z. B. Verfolgungsideen oder Derealisationsphänomene) wurde schon sehr früh im Zusammenhang mit Schizophrenie diskutiert. Von solchen Symptomen wird angenommen, dass sie als sogenannte Vorläufersymptome der Vollmanifestation einer schizophrenen Ersterkrankung und einem erneuten Rezidiv vorausgehen. Damit kommt ihnen eine große Bedeutung zu bei der Früherkennung und Frühintervention von Re-Manifestationen oder Rezidiven der Schizophrenie, deren Verhinderung ein primäres Ziel der Langzeitbehandlung darstellt. Dementsprechend gehört das Prodrom-Konzept in der Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe z. B. im Rahmen von Psychoedukationsprogrammen zur gängigen Praxis.

Dieser angenommene Zusammenhang von Prodromsymptomen und schizophrenem Rückfall wurde auch mehrfach im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen empirisch überprüft, die Ergebnisse dieser Studien sind jedoch uneinheitlich (s. z. B. zusammenfassend Jørgensen, 1998). Einerseits geht nicht jedem Rückfall eine Prodromsymptomatik voraus (Sensitivitäten zwischen 10% und 81%), andererseits

finden sich auch Phasen mit Prodromen, auf die kein Rückfall folgt (Spezifitäten zwischen 70 und 90%). Wir selbst haben zur Vorbereitung dieses Programms eine Mitte bis Ende der 80er Jahre durchgeführte Studie zur Optimierung der Langzeitbehandlung der Schizophrenie nochmals analysiert. Dabei hat sich zum einen gezeigt, dass eine ununterbrochene Dauer- oder Erhaltungsmedikation mit Neuroleptika einer Intervallmedikation (Absetzen der neuroleptischen Medikamente und prodromgestützte Frühintervention oder Krisenintervention) insgesamt eindeutig überlegen ist, dass diese Bilanz für ersterkrankte Patienten jedoch ausgeglichen ausfällt (Gaebel et al., 2002). Zum anderen hat sich ergeben, dass die Vorhersagekraft der einzelnen Prodrome für Rückfälle als unbefriedigend zu bezeichnen ist (Sensitivitäten unter 40% bei Spezifitäten zwischen 69 und 95%), durch eine Zusammenfassung der einzelnen Prodrome zu einem Gesamt-Prodrom-Score aber immerhin 72% der Rückfälle im Vorfeld 'entdeckt' werden können.

Weitere Ergebnisse waren:

- Die Vorhersage ist besser, wenn die Erhebungszeitpunkte für Prodrome und Rezidiv zeitlich näher zusammenliegen.
 - Auch wenig sensitive Prodrome tragen noch dazu bei, einzelne Rezidive im Vorfeld zu entdecken.
 - Neben den Prodromen gibt es andere klinische Parameter, die die Vorhersagequalität verbessern (psychopathologische Symptome wie erste Anzeichen der schizophrenen Symptomatik selbst).
- Ausgehend von diesen Ergebnissen, wurde ein Entscheidungsalgorithmus entwickelt, der festlegt, welche Indikatoren in welcher Ausprägung vorliegen müssen, um eine medikamentöse Frühintervention zu starten.

Neben einer Liste von 45 Prodromal-symptomen (s. nebenstehenden Kasten) gehen dabei mit ein:

- Erste Anzeichen einer schizophrenen (Positiv-)Symptomatik.
- Eine allgemeine Einschätzung des behandelnden Arztes, dass sich der Zustand des Patienten seit dem letzten Kontakt verschlechtert hat.
- Das soziale Funktionsniveau.
- Eine subjektive Gesamteinschätzung des Rezidivrisikos des behandelnden Arztes sowie
- Das Auftreten belastender Lebensereignisse seit dem letzten Kontakt.



Prodromalsymptome, die in der Ersterkrankenstudie erfasst werden.

(Auswahl; Zusammenstellung aller Prodrome in Kooperation mit Projekten des Projektverbundes I)

Insgesamt 45 Prodrome:

22 unspezifische Prodrome, z. B.:

- Gespanntheit und Nervosität
- Depressive Verstimmung
- Schlafstörungen
- Unruhe
- Konzentrationsstörungen
- Interessenverlust

5 spezifische Prodrome, z. B.:

- Misstrauen
- Geräuschempfindlichkeit
- Gefühl verfolgt oder beobachtet zu werden

10 psychoseferne Prodrome, z. B.:

- Derealisation
- Gedankeninterferenz
- Gedankenblockierung

6 psychosenahe Prodrome, z. B.:

- Beziehungsideen
- seltsame Denk- und Sprechweise
- Argwohn und paranoide Vorstellungen

2 Positiv-Symptome:

- Halluzinationen
- Denkzerfahrenheit

Der Entscheidungsalgorithmus wird gegenwärtig anhand der bisher vorliegenden Daten des ersten Studienjahres überprüft und ggf. modifiziert und kommt dann im 2. Behandlungsjahr mit Beginn der Frühinterventionsstudie zur Anwendung.

Psychologische Interventionsstrategien ■

Um Vulnerabilitätsfaktoren zu modifizieren, psychosoziale Stressoren abzubauen und protektive Faktoren aufzubauen, wurden für schizophrene Patienten kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien entwickelt. Für Interventionen, die auf die Verbesserung des Bewältigungsverhalten der Familien abzielen, gibt es zahlreiche Belege der Wirksamkeit (Pharoa et al., 2001).

Andere Interventionsstrategien sind bislang empirisch weniger gut gestützt. So ist zwar das Konzept eines umfassenden Therapieprogramms unter Einschluß eines Frühsymptommanagements für mehrfach erkrankte Patienten als erfolgreich belegt worden (Herz et al., 2000), für ersterkrankte Patienten ist dies jedoch noch nicht gezeigt worden. Um eine gesicherte Datenlage zu erhalten, werden in fünf der o. g. 13 Behandlungszentren, in denen die kontrollierte Gabe eines typischen bzw. atypischen Neuroleptikums durchgeführt wird, die Patienten zusätzlich in ein psychologisches Behandlungskonzept einbezogen.

Nach Randomisierung bedeutet das für eine Hälfte der Patienten eine 8-wöchige psychoedukative Maßnahme, für die andere Hälfte ein 1-jähriges bewältigungsorientiertes Belastungs-, Krisen- und Symptom-Management. Zugrunde liegt die bisher nicht geklärte Frage, ob bei ersterkrankten Patienten ein langfristiges, umfassendes Therapiekonzept einem kurzfristigen psychoedukativen Programm hinsichtlich der Wirkvariablen überlegen ist, ob dieses von den Patienten angenommen wird und ob es Wechselwirkungen mit der medikamentösen Intervention gibt. Die Tatsache, im Rahmen der Studie von einer engmaschigen psychosozialen Betreuung profitieren zu können, ist für viele Patienten ausschlaggebend, sich an der Studie zu beteiligen.



Interview mit Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Rheinische Kliniken Düsseldorf, Gesamtkoordination „Therapie und Rehabilitation“ (Projektverb. II) Koordination „Optimierung der Langzeitbehandlung und -versorgung“ (Teilverb. 2)

Wodurch zeichnen sich die Therapiestudien des Teilverbundes „Optimierung der Langzeitbehandlung und -versorgung“ aus?

Die Therapiestudien des Teilverbundes 2 erfolgen im koordinierten Einsatz integrierter multimodaler Behandlungsformen, den Schwerpunkt bildet die ambulante Versorgung. Hier greift auch das Ziel einer systematischen Implementierung eines leitliniengestützten und fallbezogenen Qualitätsmana-

gements in der Nervenarztpraxis. Bislang werden nur etwa die Hälfte der schizophrenen Patienten gemäß aktueller Therapieleitlinien behandelt. In der hier detaillierter geschilderten Verbundstudie fokussieren wir speziell auf die Behandlung Ersterkrankter, da für diese Gruppe sowohl Forschungsdefizite in der vergleichenden Pharmakotherapie als auch in der Entwicklung von Behandlungsleitlinien bestehen. Es interessieren uns aber auch die biologischen Grundlagen des Auftretens von Rückfällen und Residualverläufen.

Was sind die Studienziele in Bezug auf die Behandlungsleitlinien bei ersterkrankten Patienten?

Allgemein soll die empirische Basis für die Entscheidung verbreitert werden, welche Art des Neuroleptikums und welche Form der Psychotherapie bei schizophren Erkrankten nach ihrer ersten akuten Krankheitsepisode zum Einsatz kommen soll. Hierzu sagen die derzeitigen Leitlinien nur wenig aus. Insbesondere existieren bislang nur wenig Erkenntnisse über die notwendige Dauer einer stabilisierenden Langzeitbehandlung nach dem Abklingen der akuten Erstepisode. Entsprechend vage ist die diesbezügliche Behandlungsempfehlung (ein- bis zweijährige Weitermedikation) der derzeitigen Leitlinien.

Das komplexe Studiendesign erfordert sicher ein hohes Maß an Koordination?

Die Studien zeichnen sich durch ein multizentrisches Forschungsdesign mit miteinander vernetzten Forschungsprojekten aus. Dies erfordert zwar einen erhöhten Aufwand bezüglich Abstimmung und Koordination (z. B. Auswahl der Instrumente, Logistik für ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem), schafft jedoch Synergieeffekte im Sinne des Zusammenführens wissenschaftlicher Kompetenz auf hohem Niveau.

Welches sind die Ziele einer optimalen Langzeitbehandlung?

Ein zentrales Anliegen des Kompetenznetzes Schizophrenie ist es, Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen nachhaltig zu verbessern und die Suizidrate der Betroffenen zu senken. Wir stehen heute vor der großen Herausforderung, ein individuell auf die Patientenbedürfnisse abgestimmtes Behandlungs- und Versorgungskonzept zu entwickeln. Dies beinhaltet insbesondere die Früherkennung und



das ambulante „Management“ von Symptomexacerbationen und Rückfällen, die medikamentöse Niedrigdosierung bzw. den Einsatz neuer atypischer Neuroleptika zur Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen und zur Verbesserung der Compliance. Dies muß regelhaft ergänzt werden durch eine psychosoziale Intervention unter Einbezug der Familie zur Reduktion der Rückfallrate und zur Verbesserung des Funktionsniveaus und nicht zuletzt durch die funktionelle Verzahnung verschiedener Institutionen mit Integration therapeutischer Modalitäten.



Interview mit Matthias Eickhoff, Arzt

Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Wie werden die Studienteilnehmer rekrutiert?

Nach Aufklärung und Einverständniserklärung werden ersthospitalisierte Patienten ohne frühere behandlungsbedürftige schizophrene Symptomatik in die Studie eingeschlossen, die die 10 ICD-Kriterien einer Schizophrenie (F20.0-F20.9) erfüllen. Auch werden Patienten rekrutiert, die auf Grund einer kontinuierlich zunehmenden Symptomatik erstmals stationär aufgenommen werden, ersthospitalisierte Patienten, bei denen eine schizophrene Symptomatik durch eine oder mehrere ambulante Vorbehandlungen nicht dauerhaft zur Remission gebracht werden konnte oder ersthospitalisierte Patienten, bei denen sich zwar frühere psychotische Episoden abgrenzen lassen, die jedoch bis zur stationären Aufnahme keine suffiziente Behandlung erfahren haben. Weitere Einschlusskriterien sind: Alter zwischen 18 und 55 Jahre, ausreichend gute Kenntnisse der deutschen Sprache, Patientinnen müssen sich zur Durchführung eines ausreichenden Kontrazeptionsschutzes verpflichten.

Zu den Ausschlusskriterien gehören:

Komorbidität mit einem Abhängigkeitssyndrom, Schwangerschaft oder mangelnde Bereitschaft der Patientin zur Durchführung einer Kontrazeption sowie Kontraindikationen einer Neuroleptikabehandlung (z. B. schwerwiegende internistische oder neurologische Erkrankungen). Zudem muss der

Patient hinsichtlich seiner Wohnsituation und seiner sozialen Lebensumstände in der Lage sein, die ambulanten Termine wahrnehmen zu können. Im „Studienalltag“ bedeutet dies: Von einhundert eingehend gescreenten Patienten können wir durchschnittlich 14 Patienten in die Studie einbeziehen.

Welche „Stationen“ durchlaufen die Patienten im Rahmen der Studien?

Meist finden die Aufnahmeuntersuchungen noch während der stationären Behandlung statt. Im Anschluss werden die Patienten in zweiwöchigen Abständen mittels eines standardisierten Instrumentariums untersucht. Beide Medikamente (Risperidon und Haloperidol) werden entsprechend der Behandlungsleitlinien nach klinischen Erfordernissen möglichst niedrig dosiert (2–4 mg/Tag). Hauptmessgrößen sind die in einer Baseline-Messung bei Aufnahme in die Langzeitstudie, nach Abschluss des 1. und 2. Behandlungsjahres sowie zum Teil auch bei den regelmäßigen Zwischenkontakten erhobene Psychopathologie, Medikamentenverträglichkeit und Nebenwirkungen, Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, Stressbelastung, Krankheitskonzept, soziodemographischen Daten, Compliance und Prodrome. Praktisch werden die Patienten alle zwei Wochen unter Berücksichtigung von Berufstätigkeit, Kindererziehung etc. in die Poliklinik einbestellt und sowohl psychiatrisch als auch psychotherapeutisch betreut.

Depressivität und kognitive Störungen – Belastung insbesondere für erkrankte Patienten?

Depressivität und kognitiven Störungen kommen insbesondere im ersten Jahr nach der akuten Psychose eine große Bedeutung zu. Minussymptomatik wie Antriebsarmut, mangelnde Energie, reduzierte Belastbarkeit sowie Konzentrationsstörungen, aber auch Depressivität scheinen für die Patienten zunächst unüberwindliche Hürden in der Erlangung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit zu sein. Die feinmaschige Erfassung objektiver und subjektiver Defizite und Beschwerden durch die Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente, therapeutische Interventionen durch eine Anpassung der Pharmakotherapie, sozialarbeiterische Unterstützung und insbesondere die Psychotherapiemodule der Psychotherapie leisten einen auch im Einzelfall erkennbaren Beitrag zur Überwindung der beschriebenen

Komplikationen. Neben der Rezidivprophylaxe für eine akute psychotische Exazerbation ist eine Verbesserung der bei Entlassung oftmals noch nicht voll remittierten Symptomatik und die Therapie von Komplikationen, wie postremissiver Depressionen, wichtiger Bestandteil in der ambulanten Behandlung.



Interview mit Dipl.- Psych. Birgit Conradt

Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Welche psychosozialen Interventions- strategien werden für Patienten mit Erster- krankung angeboten?

In der Langzeitbehandlung ersterkrankter schizophrener Patienten bieten wir eine Kombination unterschiedlicher psychosozialer Therapieverfahren an, die sich in der Behandlung schizophrener Patienten allgemein bewährt haben, die aber in der Wirkung speziell auf ersterkrankte Patienten nicht ausreichend untersucht sind. Dazu wurde ein umfangreiches neues Therapiemanual für die individuelle Therapie ersterkrankter Patienten erstellt. In Einzelsitzungen (8 x 50 Min.) erhalten alle Patienten eine psychoedukative Intervention, bei der die Informationsvermittlung über die Erkrankung, Diagnose, Hauptsymptome und Krankheitsverlauf, das Vulnerabilitäts-Stress-Krankheitsmodell, die Bedeutung der Medikation und der Aufbau eines selbstwertaufbauenden Krankheitskonzeptes im Vordergrund stehen.

Die Hälfte der Patienten erhält darüber hinaus eine langfristige kognitive Verhaltenstherapie (insgesamt ein Jahr mit „Auffrischungs“-Sitzungen im zweiten Jahr), die den individuellen Umgang mit Belastungen, Krisen und Symptomen umfasst. Hier steht die Erkennung von Frühsymptomen, die Identifizierung von Belastungsfaktoren und die Erarbeitung individueller Entlastungsstrategien im Mittelpunkt der Intervention. Diese Patientengruppe erhält als weiteren Behandlungsbaustein ein computergestütztes kognitives Training, das nach einer Eingangsmessung die kognitiven Defizite der Patienten spezifisch trainiert. Zusätzlich werden die Angehörigen in einem achtstündigen psychoedukativen Programm in ähnlicher Weise wie die Patienten informiert



und in zwei Sitzungen Krankheitskonzept und Alltagskonflikte gemeinsam mit dem Patienten bearbeitet.

Welche Bedeutung kommt dem Einbezug der Familie gerade bei Ersterkrankten zu?

Gerade bei Angehörigen ersterkrankter schizophrener Patienten ist das Informationsbedürfnis besonders groß. Da Angehörige und Patienten oft in häufigem und engem Sozialkontakt miteinander stehen, kommt der Schulung, Aufklärung und den Strategien im Umgang mit der Erkrankung sowie deren Auswirkungen eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung zu, die sich im Alltag unmittelbar auf die Gesundheit und Compliance des Patienten auswirkt. Durch Unkenntnis und Missverständnisse häufig ausgelöste Konflikt- und Stresssituationen können durch Angehörigenarbeit positiv beeinflusst werden. Zudem ist es häufig im Rahmen der akuten Psychose bereits zu einer Belastung der sozialen Beziehungen gekommen. Informationsvermittlung zu Erkrankung und Behandlung, Frühsymptomerkenkung, Krisenbewältigung und Umgang mit persistierenden Symptomen sind daher die wesentlichen Merkmale einer psychoedukativ orientierten Angehörigenarbeit.

Wie lassen sich die Erfolge dieser Interventionsstrategie „messen“?

Bei Beginn und nach Abschluss der psychologischen Interventionsverfahren, aber auch während des Therapieverlaufs, werden verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der Stressbelastung und Bewältigungskompetenz, der psychosozialen Anpassung, des Krankheitskonzepts und der Lebensqualität eingesetzt. Psychopathologische Variablen werden 14-tägig erfasst und die kognitiven Funktionen anhand von neuropsychologischen Testverfahren abgebildet. Die psychotherapeutische Intervention selbst wird von Patient und Therapeut nach jeder Sitzung in Bezug auf Akzeptanz, Zielerreichung und Kommunikationsverhalten mittels standardisierter Fragebögen beurteilt. Das zentrale Ziel der Studie ist zu prüfen, ob die Rückfallrate durch die ausführliche Intervention gesenkt werden kann. Darüber hinaus erlauben die verschiedenen Aspekte der Verlaufsbeobachtung, den Erfolg der Maßnahmen auf weiteren Beurteilungsebenen abzubilden.

Kongress-Splitter: Informationsbörse und DGPPN 2001 ■

Im Vorfeld des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) im November 2001 in Berlin fand erstmals eine vom Kompetenznetz Schizophrenie initiierte „Informationsbörse Schizophrenie“ statt. Über dreihundert Gäste nahmen die Gelegenheit wahr, sich auf dem Symposium in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften von Experten aus erster Hand über Erkrankungsbild, Ursachen und Behandlung der Schizophrenie zu informieren. Zwischen Publikum und Referenten entstand eine rege Diskussion und die Veranstaltung fand ihren Niederschlag in zahlreichen Presseveröffentlichungen. Aufgrund des Erfolgs ist geplant, die Informationsbörse auch in diesem Jahr durchzuführen.

Auf dem Fachkongress der DGPPN präsentierte sich das Kompetenznetz mit Posterbeiträgen, einem Stand und auf zahlreichen Symposien.

Gegen die Diskriminierung schizophrener Erkrankter ■

Beim DGPPN-Kongress stellte das Kompetenznetz erstmals die Auswertung einer Bevölkerungs- und Patientenbefragung aus dem Jahr 2001 zur Diskriminierung schizophrener Erkrankter in Deutschland vor, die im Rahmen des weltweiten Aufklärungsprogramms „Schizophrenie - open the doors“ durchgeführt wurde.

Seit Oktober 2000 wird durch lokale Aufklärungsmaßnahmen, Schulungen, Informationsprogramme und Medienarbeit versucht, das Wissen über die Erkrankung Schizophrenie und die Einstellung der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu verbessern. Ziel dieses Anti-Stigma-Programms sei der Abbau von Vorurteilen und die Förderung der Akzeptanz schizophrener Erkrankter Menschen in der Öffentlichkeit, betonte Anja Baumann, M.A. Die durchgeführte telefonische Befragung von 7.246 Personen in sechs deutschen Großstädten zeigte: Mehr als die Hälfte der Befragten glaubt, dass schizophrene Erkrankte nicht in der Lage seien, einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen. Etwa jeder fünfte sieht in schizophrenen Patienten sogar eine Gefahr für die Öffentlichkeit. 72 Prozent der Befragten gaben an, dass sie keinen Schizophrenen heiraten würden, und 22 Prozent konnten

sich nicht vorstellen, mit einem schizophren Erkrankten eine Freundschaft fortzusetzen. Die Höhe der sozialen Distanz hängt in erster Linie von der Häufigkeit der Kontakte zu erkrankten Personen ab. Das Ausmaß der sozialen Distanz ist außerdem deutlich altersabhängig, denn die über 60-Jährigen zeigen eine höhere Distanz als jüngere Menschen.

Um die Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, wurde von vielen Befragten und auch von den befragten Schizophrenie-Patienten gefordert, die psychisch Kranken in den Medien positiver darzustellen und mehr Möglichkeiten für persönliche Kontakte zu den Betroffenen zu schaffen. Im Rahmen des Anti-Stigma-Programms soll in Zukunft das Wissen um die Erkrankung vor allem in den Zielgruppen (Kollegen, Vorgesetzte, Schüler, Lehrer) noch weiter gefördert werden.

Quelle: Hauptvortrag „Antistigma“, Vorsitz: Prof. Dr. W. Gaebel, Düsseldorf, und Prof. Dr. M. Angermeyer, Leipzig.

Trainingsverfahren zur emotionalen Informationsvermittlung ■

Bei dem Symposium des Kompetenznetzes Schizophrenie wurden u.a. erste Ergebnisse neuer Trainingsverfahren zur Behandlung von Störungen der emotionalen Informationsverarbeitung bei schizophrenen Erkrankten präsentiert. Die bei schizophrenen Personen beobachteten Störungen der emotionalen Informationsverarbeitung rücken zunehmend in das Interesse der Psychiater, da das Vorliegen einer solchen Dysfunktion Konsequenzen für das soziale Funktionsniveau der Schizophrenie-Patienten hat. Schizophrene haben vor allem Schwierigkeiten, den emotionalen Gesichtsausdruck des Gegenübers zu erkennen. An den Universitäten Düsseldorf und Freiburg wurden zwei unterschiedlich konzipierte Trainingsverfahren für die emotionale Informationsverarbeitung entwickelt und deren Effektivität verglichen.

Das eine Verfahren befasst sich vor allem mit der Verbesserung der Erkennung des mimischen Affektausdrucks. Dieses weitgehend computerbasierte Training zur Affekt-Dekodierung (TAD) beinhaltet sowohl Restitutions- als auch Kompensationsstrategien. Das andere Verfahren, das der Verbesserung der emotionalen Intelligenz (TEI) dient, verfolgt einen breiter angelegten Ansatz. Es geht über die Wahrnehmung und Erkennung des emotionalen Gesichtsausdrucks hinaus, bezieht auch Prozesse des emotionalen Verstehens und Schlussfolgerns mit



ein und befasst sich mit Strategien zur Bewältigung von negativen Emotionen. Bis jetzt sind etwa 90 Patienten in die Studie eingeschlossen, die Rekrutierung werde bis Ende des Jahres 2001 abgeschlossen, berichtete Dr. Wolfgang Wölwer, Leiter der Netzwerkzentrale. Schon jetzt zeige sich, dass die Erkennung des emotionalen Gesichtsausdrucks durch das TAD deutlicher verbessert werde als durch das TEI. Wie die Effekte in anderen Zielbereichen der emotionalen Intelligenz ausfallen und ob die bereits nachgewiesenen Effekte auch langfristig zur Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit führen, könne allerdings erst nach Abschluss der Untersuchung im Jahre 2002 beurteilt werden.

Quelle: Symposium „Kompetenznetz Schizophrenie“, Vorsitz: Prof. Dr. W. Gaebel, Düsseldorf, und Prof. Dr. H.-J. Möller, München, am 23. November 2001.

Auswahlkriterien für moderne Psychopharmaka

Eines der Ziele des Kompetenznetzes ist es, Menschen mit Schizophrenie durch eine optimale Behandlung den Weg zu einer Reintegration zu ebnet, so Professor Dr. Wolfgang Gaebel. Ein wesentlicher Baustein ist dabei die Pharmakotherapie. Mit der Einführung der atypischen Neuroleptika gelingt es zunehmend, sowohl Negativsymptome als auch kognitive Funktionen und affektive Symptome zu beeinflussen und zugleich extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen weitgehend zu vermeiden. Dennoch: Obwohl die atypischen Neuroleptika sich durch eine bessere motorische Verträglichkeit auszeichnen, sind viele schizophrene

Erkrankte mit ihrer Lebenssituation weiterhin unzufrieden. „Probleme stimulieren die Suche nach Alternativen“, beschrieb Privatdozent Dr. Michael Deuschle, Mannheim, die Situation vieler Schizophrenie-Patienten und ihrer Ärzte. Trotz großer therapeutischer Fortschritte ist auch mit den atypischen Antipsychotika eine psychopathologische Stabilisierung häufig nur auf Kosten essentieller Patienteninteressen möglich. Gründe für einen Therapieabbruch sind insbesondere Antipsychotika-induzierte sexuelle Dysfunktionen sowie Gewichtsprobleme. Die Tatsache, dass sexuelle Beeinträchtigungen mit 74 % zu den häufigsten Gründen

für Therapieabbrüche zählen, spricht für den zukünftigen Einsatz moderner Antipsychotika ohne Einfluss auf den Prolaktinspiegel. Jeder dritte Patient (30–35%) setzt sein Medikament wegen der Gewichtszunahme ab, die subjektiv als sehr belastend empfunden wird. Gewichtszunahmen sind außerdem ein potenter Risikofaktor für Bluthochdruck, Störungen des Glukose- und Lipid-Stoffwechsels und erhöhen die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität, unterstrich Dr. Hermann Grunze, München.

Quelle: Symposium „Auswahlkriterien für moderne Psychopharmaka“, Vorsitz: Prof. Dr. W. Gaebel, Düsseldorf, am 21. November 2001.

Veranstaltungskalender

- 04. – 08. Mai 2002 11th Association of European Psychiatrists Congress, Stockholm www.aep2002.org
- 14. – 18. Mai 2002 6th Congress of the European Society for Neuropharmacology (ESCNP), Budapest motesz@elender.hu
- 18. – 23. Mai 2002 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association (APA), Philadelphia www.wfsbp2002.dk
- 13. – 16. Juni 2002 The World Federation of Societies of Biological Psychiatry. European Regional Meeting, Kopenhagen www.wfsbp2002.dk
- 23. – 27. Juni 2002 23rd Congress of the Collegium Internationale Neuro Psychopharmacologium (CINP), Montreal www.cinp.org
- 14. – 18. Juli 2002 3. Weltkongress für Psychotherapie, Wien www.worldpsyche.org
- 24. – 29. August 2002 12th World Congress of Psychiatry (WCP), Yokohama www.wpanet.org

Impressum

Netzwerksprecher: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
Herausgeber: Kompetenznetz Schizophrenie, Netzwerkzentrale: Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Rheinische Kliniken Düsseldorf, Bergische Landstraße 2, D-40629 Düsseldorf, Tel.: +49 (0)211 / 922-2770, Fax: +49 (0)211 / 922-2780, e-mail: kompetenznetz.schizophrenie@uni-duesseldorf.de, internet: www.kompetenznetz-schizophrenie.de
Konzept, Redaktion: Ogilvy Healthcare, Geleitsstraße 14, Frankfurt/M.
Gestaltung: Impressum PR, Hamburg, Druck: ColorDruck, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen
Auflage: 10.000 © Kompetenznetz Schizophrenie, Düsseldorf, April 2002, Newsletter No. 4

Das Kompetenznetz Schizophrenie wird gefördert von



Die Herstellung dieses Newsletters wird durch freundliche Unterstützung von Pfizer ZNS ermöglicht.

