***Prof. Dr. Christoph Correll***

**Moderne Schizophreniebehandlung**

Vorweg: Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die heute zumeist gut behandelbar, wenn auch noch allzu häufig nicht heilbar ist. Die Therapie setzt sich im Idealfall aus einer individuell abgestimmten Kombination von medikamentöser Therapie, Psychotherapie und anderen therapeutischen Verfahren wie z.B. Ergotherapie, Soziotherapie etc. zusammen. Als Medikamente kommen Antipsychotika zum Einsatz. Diese beeinflussen die Botenstoffe in bestimmten Gehirnregionen dahingehend, dass vor allem die sogenannten psychotischen Positiv-Symptome (z.B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Zerfahrenheit der Gedanken) gehemmt werden. Moderne Antipsychotika (Antipsychotika der 2. Generation, atypische Neuroleptika) weisen im Gegensatz zu den alten, „klassischen“ Antipsychotika deutlich weniger Nebenwirkungen auf, vor allem was die Körpermotorik betrifft, aber Nebenwirkungen treten dennoch auf.

„Da die Erstmanifestation einer Schizophrenie zumeist sehr früh auftritt, im jungen Erwachsenenalter, und häufig einen chronischen Verlauf nimmt, stellt sie eine enorme Belastung für den weiteren Lebensweg von Betroffenen und Angehörigen dar“, umriss Prof. Dr. Christoph U. Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Ausgangssituation. Die Lebensqualität der Betroffenen leide, neben sozialen und funktionellen[[1]](#footnote-1) Beeinträchtigungen, einerseits durch die Symptomatik der Krankheit selbst, andererseits durch die teilweise die Patienten deutlich beeinträchtigenden Nebenwirkungen mancher Antipsychotika. „Der Wahl der richtigen und vor allem rechtzeitigen Therapie, die auch gut verträglich ist und somit eine Langzeit-Behandlung ermöglicht, ist daher von essentieller Bedeutung“, betonte Correll.

**Therapiebeginn – je schneller, desto besser**

Der Therapieerfolg ist maßgeblich von der Dauer der unbehandelten Psychose abhängig. Je schneller nach Auftreten der ersten psychotischen Phase mit einer geeigneten Therapie begonnen wird, desto besser wirke sich dies auf den weiteren Verlauf aus. Eine frühe Diagnose und eine rasche, ausreichende Behandlung seien aber nicht nur mit einem besseren klinischen Verlauf assoziiert, sondern, so Correll weiter, „es gibt auch Hinweise dafür, dass eine frühzeitige Intervention die Entstehung von zum Teil irreversiblen Schäden am Gehirn verringern oder gar verhindern kann[[2]](#footnote-2).“

**Gefährliche Rückfälle: Das Gehirn lernt nicht nur Schifahren**

„Rückfälle produzieren mehr Symptome und die Symptome produzieren wiederum mehr Rückfälle.“ Somit gelte es, führte Correll aus, jeden psychotischen Rückfall zu verhindern. Denn je mehr Rückfälle, also psychotische Phasen, der Patient\* erleide, desto schneller entwickle er eine weitere psychotische Episode und desto schwerer komme er/sie wieder daraus heraus. „Das Gehirn lernt eben nicht nur Schi zu fahren oder eine neue Sprache zu sprechen, es ‚lernt‘ auch eine Psychose“, erläuterte Correll. Rückfälle verschlechtern auch das Ansprechen auf die medikamentöse Therapie enorm. Mit der Anzahl der Rezidive steige einerseits das Risiko für eine sekundäre Therapieresistenz, andererseits auch für eine fortschreitende Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten. „Dadurch verschlechtern sich auch Funktionalität und Lebensqualität. Und all dies bedeutet mehr Leiden für die Patienten und deren Familien. Die stärkste ‚Nebenwirkung‘ aber ist der Tod. Denn mit der Anzahl der Rezidive steigt auch die Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen. Das ist durch mehrere Studien belegt.[[3]](#footnote-3),[[4]](#footnote-4),[[5]](#footnote-5),[[6]](#footnote-6)“

**Rückfallprophylaxe für Suizidprävention von essentieller Bedeutung**

Der beste Weg, um Rückfälle zu vermeiden, ist eine kontinuierliche Langzeittherapie; dies belegen diverse Daten.[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8) Ähnlich verhält es sich mit der Mortalität (Sterblichkeit): Eine finnische Datenbankstudie[[9]](#footnote-9) aus über 20 Jahren zeige, laut Correll, genauso wie eine an rund 30.000 Patienten durchgeführte schwedische Datenbankstudie[[10]](#footnote-10), dass sich eine kontinuierliche Langzeittherapie positiv auf die Mortalität auswirkt.

**Unterschiede im Nebenwirkungsprofil und Darreichungsform sind entscheidend**

„Der Punkt ist, dass sich die modernen Medikamente, die zur Behandlung der Schizophrenie eingesetzt werden, in ihrer Effektivität relativ wenig voneinander unterscheiden. Die Unterschiede bei den Nebenwirkungen sind jedoch relativ groß und besser vorhersehbar als die Unterschiede in der Wirksamkeit. Die Wahl des geeigneten Antipsychotikums sollte sich daher primär am Nebenwirkungsprofil des jeweiligen Medikamentes orientieren.“

Des Weiteren zeigte sich, dass die Darreichungsform des Wirkstoffes einen wesentlichen Einfluss auf den langfristigen Therapieerfolg habe. Correll: „Die geringste Gesamtmortalität hatten jene Patienten, die Antipsychotika der zweiten Generation als Depot-Formulierung erhielten. Es zeigte sich im Vergleich zur oralen Gabe derselben Wirkstoffe eine um 33% geringere Mortalität[[11]](#footnote-11).“ Für Correll steht auf Grund der Datenlage fest: Depot-Präparate, die z.B. monatlich injiziert werden, sind das Mittel der Wahl, da sie zahlreiche Vorteile bieten, die eine langfristige Therapieadhärenz und somit die bestmöglichen Outcomes in der Langzeit-Behandlung der Schizophrenie ermöglichen.

**Therapietreue bei Schizophrenie oft unzureichend – Depot-Präparate Mittel der Wahl**

Denn ein wesentlicher und therapeutisch gut beeinflussbarer Faktor für Rückfälle ist mangelnde Therapieadhärenz[[12]](#footnote-12). Fehlende Krankheitseinsicht, Vorurteile gegen Psychopharmaka im Allgemeinen, Misstrauen gegenüber Arzt und Therapie aufgrund der Erkrankung, Nebenwirkungen der Medikamente (wie z.B. Gewichtszunahme, Sedierung, innere Unruhe, Mundtrockenheit, sexuelle Funktionsbeeinträchtigung, kognitive Verlangsamung oder Bewegungsstörungen) und die Tatsache, dass eine wesentliche Besserung der psychotischen Beschwerden selbst bei optimaler Dosierung erst nach ein paar Wochen eintritt, sind oft die Gründe für mangelnde Therapietreue – mit allen mitunter tödlichen Konsequenzen.

Die Vorteile einer Depot-Formulierung lägen somit auf der Hand: Das Risiko für einen Therapieabbruch ist unter Depot-Behandlung weitaus geringer als bei oraler Behandlung. „Einerseits kann der Patient durch die Depot-Verabreichung keine Einnahme ‚vergessen‘, andererseits weiß der behandelnde Arzt bei einem Depot-Präparat genau, wann und in welcher Dosierung der Patient sein Medikament erhalten hat oder wann genau das Medikament abgesetzt wurde, und kann somit viel besser und genauer reagieren.“ Zudem sind die Patienten bei oraler Therapie täglich gefordert, sich aktiv für eine medikamentöse Therapie zu entscheiden, und sind durch das Auslassen von Dosen dem Risiko ausgesetzt, falsche Schlüsse über Nutzen und Risiken ihrer Medikation zu ziehen. Correll bringt ein Beispiel aus der Praxis: „Wenn ein Patient z.B. sein orales Präparat für ein oder zwei Tage absetzt, fühlt er sich besser, da er weniger Nebenwirkungen verspürt. Gleichzeitig führt das Absetzen nicht sofort zu einem Rückfall. Schnell zieht er den Schluss 'Ich bin ja gar nicht krank, der Arzt mit seinen Medikamenten macht mich krank.‘ und setzt das Präparat überhaupt ab. Das kann bei einer Depot-Formulierung nicht passieren. Hier können die Therapieerfolge mit der kontinuierlichen Gabe des Antipsychotikums in Verbindung gebracht werden.“ Studien[[13]](#footnote-13),[[14]](#footnote-14) zeigten zudem, dass besonders jüngere Patienten von den Depot-Präparaten profitierten.

**Resümee**

Es ist wichtig, Patienten die Therapie so angenehm wie nur möglich zu gestalten. Dies kann durch die Depot-Formulierung bewerkstelligt werden. Correll fasste zusammen: „Wir haben Daten über Daten, dass Depot-Präparate in der Schizophrenie-Therapie die Symptomatik der Erkrankung und das Rückfallrisiko sowie die Mortalität verringern, das Funktionsniveau verbessern und die Unabhängigkeit der Patienten bei der Bewältigung ihres Alltags erhöhen sowie ihre Lebensqualität steigern können. Und: Wenn Patienten langfristig gut eingestellt sind, wirkt sich das natürlich auch positiv auf das Thema Gewalt aus – sei es Gewalt gegen sich selbst in Form eines ungesunden Lebensstils oder gar eines Suizids oder, aufgrund von Wahnvorstellungen, eventuell Gewalt, die sich gegen andere richtet, auch wenn die meiste Gewalt in der Gesellschaft ja **nicht** von psychotischen Patienten ausgeht.“

**\*** *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Alle Bezeichnungen sowohl für Frauen als auch für Männer.*

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

**Prof. Dr. Christoph U. Correll**

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Campus Virchow

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

Tel.: 0049/30-450-566202

Fax: 0049/30-450-566921

E-mail: [christoph.correll@charite.de](mailto:christoph.correll@charite.de)

Professor of Psychiatry and Molecular Medicine

Hofstra Northwell School of Medicine, Hempstead, New York, USA

E-mail: [ccorrell@northwell.edu](mailto:ccorrell@northwell.edu)

1. Oktober 2019

1. Funktionalität („Functional Capacity“) ist die „Fähigkeit eines Individuums, normale Alltagsaktivitäten zu verrichten, die notwendig sind, um Grundbedürfnisse zu erfüllen, Selbstversorgung, Ausbildung, Arbeit und Freizeitaktivitäten zu gewährleisten sowie Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten. [↑](#footnote-ref-1)
2. Marin, NatMed. 2016; doi:10.1038/nm.4225 [↑](#footnote-ref-2)
3. Correll et al.,World Psychiatry 2018; 17(2):149-160. doi:10.1002/wps.20516; [↑](#footnote-ref-3)
4. Herings et Erkens, Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003; doi:10.1002/pds.837; [↑](#footnote-ref-4)
5. Andreasen et al. Am J Psychiatry 2013; doi:10.1176/appi.ajp.2013.12050674; [↑](#footnote-ref-5)
6. Kane, J Clin Psychiatry 2007; 68(Suppl 14): 27–30; [↑](#footnote-ref-6)
7. Sampson S et al. Cochrane Database Syst Rev 2013; doi:10.1002/14651858.CD006196.pub2; [↑](#footnote-ref-7)
8. DiBonaventura et al., BMC Psychiatry 2012; doi:10.1186/1471-244X-12-20; [↑](#footnote-ref-8)
9. Tiihonen J. et al. Am J Psychiatry 2018; doi:10.1176/appi.ajp.2018.17091001; [↑](#footnote-ref-9)
10. Taipale et al., Schizophrenia Research 2018; doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.010 [↑](#footnote-ref-10)
11. Tiihonen et al., JAMA Psychiatry 2017; doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1322; [↑](#footnote-ref-11)
12. Kane et al., World Psychiatry 2013; doi:10.1002/wps.20060*;* [↑](#footnote-ref-12)
13. Naber et al., Schizophr Res 2015; doi:10.1016/j.schres.2015.07.007*;* [↑](#footnote-ref-13)
14. Schöttle et al., BMC Psychiatry 2018; doi:10.1186/s12888-018-1946-x; [↑](#footnote-ref-14)