

mit oralen Antipsychotika therapiert worden waren, bei nicht akut erkrankten Patienten (n=472), die bis dahin mit oralen Antipsychotika behandelt worden waren, sowie bei nicht akut erkrankten Patienten (n=174), die vorher mit Depot-Therapeutika therapiert worden waren.

Patienten mit akuter Schizophrenie

Die Behandlung mit Paliperidonpalmitat führte zu einer frühzeitigen und klinisch relevanten Besserung, die anhand der PANSS-Skala dokumentiert werden konnte. Zwei Drittel der Patienten zeigten eine Verbesserung von über 30% im mittleren PANSS-Gesamt-Score und eine signifikante Verbesserung der Werte von der Studienaufnahme bis zum LOCF-Endpunkt (Last observation carried forward) ($p < 0,0001$). Bereits am 8. Tag war eine deutliche Senkung des mittleren PANSS-Gesamt-Scores erkennbar.

Patienten mit nicht akuter Schizophrenie

Auch bei nicht akut erkrankten Patienten, die von einer Monotherapie mit

einem oral verabreichten Neuroleptikum auf Paliperidonpalmitat umgestellt wurden, kam es unter der Paliperidonpalmitat-Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung des PANSS-Gesamt-Scores. Bis zu drei Viertel der Patienten zeigten eine Verbesserung von über 20% beim mittleren PANSS-Gesamt-Score. Die Werte besserten sich von der Studienaufnahme bis zum LOCF-Endpunkt ($p < 0,0001$).

Bei Patienten mit nicht akuter Schizophrenie, die von einem Depot-Neuroleptikum umgestellt wurden, zeigte sich unter der Behandlung mit flexibel dosiertem Paliperidonpalmitat ebenfalls eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik und der Funktion im persönlichen und im sozialen Bereich. Am LOCF-Endpunkt war bei 54% (Zuclopenthixoldecanoat), 55% (Haloperidoldecanoat), 59% (Fluphenazindecanoat) und 62% (Flupentixoldecanoat) der auf Paliperidonpalmitat umgestellten Patienten eine Verbesserung des PANSS-Gesamt-Scores von über 20% gegenüber dem Ausgangswert bei Studienaufnahme zu verzeichnen.

Fazit

Mit einer Psychopharmakotherapie der Schizophrenie sollte früh begonnen werden. Die LAI (Long acting injectable)-Medikation zeigt in offenen Studien gegenüber der oralen mehrere Vorteile. Der Wirkspiegel ist konstant, die Nebenwirkungen sind geringer. Da die Applikation durch den Arzt durchgeführt wird, ist sichergestellt, dass der Patient die Behandlung erhält.

Quelle

Prof. Dr. med. Klaus Wiedemann, Hamburg, Prof. Dr. med. Andreas Bechdolf, Berlin; Presseveranstaltung „3 Jahre Xeplion® – Therapieanspruch im Wandel“, Neuss, 20. März 2014, veranstaltet von Janssen-Cilag GmbH.

*Dr. Claudia Borchard-Tuch,
Zusmarshausen*

Schizophrenie

Kognitive Verhaltenstherapie vermindert Symptomatik

Eine kognitive Verhaltenstherapie reduziert die psychiatrische Symptomatik bei Schizophrenie-Patienten, die keine Antipsychotika einnehmen wollen.

Sicherheit und Akzeptanz der Intervention sind gut. Das ist das Ergebnis einer Pilotstudie mit 74 Teilnehmern [3].

Antipsychotika sind Mittel der Wahl in der Schizophrenie-Behandlung. Ein Teil der Patienten bricht die Behandlung allerdings früher oder später ab, die Non-Compliance über ein bis zwei Jahre liegt bei schätzungsweise 40% bis 50%. Dieses Verhalten wird oft als Uneinsichtigkeit der psychotisch Erkrankten interpretiert. Ein systematischer Review von Lepping et al. [2] kam zum Ergebnis, dass die unter Antipsychotika erzielten Verbesserungen nicht immer von klinischer Rele-

vanz sind. Eine andere Metaanalyse von Correll und Kollegen [1] bestätigte zwar einen Unterschied in der Effektivität von Antipsychotika im Vergleich zu Placebo – das Ausmaß dieser Effekte war aber klein im Verhältnis zu den unerwünschten Wirkungen. Neben einer häufig zu beobachtenden Gewichtszunahme und damit verbundenen kardiovaskulären und metabolischen Risiken werden auch strukturelle Veränderungen beim Hirnvolumen diskutiert. Vor diesem Hintergrund mag die Entschei-

dung der Schizophrenie-Patienten, keine Antipsychotika mehr einzunehmen, durchaus rational erscheinen. Bei den nichtmedikamentösen Behandlungen hat sich die kognitive Therapie bewährt, allerdings bisher nur in einem multimodalen Behandlungskonzept zusammen mit Antipsychotika-Einnahme. In einer exploratorischen Studie wurde der klinische Effekt einer kognitiven Therapie bei Schizophrenie-Patienten ohne Antipsychotika-Einnahme untersucht [3].

Studienziel und -design

Einbezogen in die einfachblinde, randomisierte und kontrollierte Studie an zwei Zentren in Großbritannien wurden 74 Schizophrenie-Patienten im Alter zwischen 16 und 65 Jahren, die sich gegen die Einnahme von Antipsychotika entschieden hatten. Sie wurden randomisiert der Interventionsgruppe mit einer kognitiven Therapie plus der üb-

lichen Behandlung (n=37) oder der Kontrollgruppe mit der üblichen Therapie ohne weitere psychotherapeutische Maßnahmen (n=37) zugewiesen. Primäres Zielkriterium war der Gesamtscore auf der PANSS-Skala (Positive and negative syndrome scale), der zu Studienbeginn sowie nach 3, 6, 9, 12, 15 und 18 Monaten erfasst wurde. Den Auswertern war nicht bekannt, zu welcher Gruppe die Studienteilnehmer gehörten.

Ergebnisse

Die durchschnittlichen PANSS-Gesamtscores waren in der Gruppe mit der kognitiven Verhaltenstherapie konsistent niedriger als in der Vergleichsgruppe, die Effektgröße zwischen beiden Gruppen lag bei $-6,52$ (95%-Konfidenzintervall [95%-KI] $-10,79$ bis $-2,25$; $p=0,003$). Acht schwere unerwünschte Ereignisse wurden dokumentiert: Zwei in der Interventionsgruppe (ein Teilnehmer nahm eine Überdosis, ein Teilnehmer bedrohte andere, beide Vorfälle ereigneten sich nach der Behandlung) und sechs in der Kontrollgruppe (zwei vermutlich nicht mit der Studie bzw. psychischen Stö-

rungen zusammenhängende Todesfälle, drei Zwangseinweisungen und eine Überdosierung).

Diskussion

In einer Pilotstudie mit Schizophrenie-Patienten, die keine Medikamente einnehmen wollten, verbesserte eine kognitive Verhaltenstherapie die Symptomatik über 18 Monate im Vergleich zu Patienten, die lediglich die übliche Versorgung erhielten. Zusätzlich verbesserten sich persönliche und soziale Funktionen sowie einige Aspekte bezüglich Wahnvorstellungen und Stimmenhören. Allerdings verminderte die kognitive Therapie nicht den Distress, der mit den Wahnvorstellungen und dem Stimmenhören verbunden war, ebenso wenig das Ausmaß der Depressionen sowie der sozialen Ängste. Insgesamt verschlechterte sich keine der beiden Patientengruppen in ihrer Verfassung, im Einzelfall gab es allerdings Rückfälle, die beispielsweise in Zwangseinweisungen endeten. Prinzipiell ist die kognitive Therapie damit auch bei Schizophrenie-Patienten ohne Antipsychotika-Einnahme durchführbar – auch wenn die Sitzun-

gen für die Therapeuten oftmals sehr herausfordernd waren und einige Teilnehmer auch ausgeschlossen wurden. In einer adäquat gepowerten, multizentrischen Studie sollten diese Ergebnisse überprüft werden. Dann könnte vielen Schizophrenie-Patienten, die keine Medikamente einnehmen wollen, besser geholfen werden. Ein solches Vorgehen ist in den jüngsten NICE-Richtlinien zum Management von Psychosen und Schizophrenie vorgesehen. Danach können schon jetzt, ohne Evidenz, psychosoziale Interventionen auch ohne Medikamenteneinnahme eingeleitet werden.

Literatur

1. Correll CU, et al. Antipsychotics for acute schizophrenia making choices. *Lancet* 2013; 382:919–20.
2. Lepping P, et al. Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011;198:341–5.
3. Morrison APW, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1395–403.

Dr. Barbara Kreutzkamp,
Hamburg

Psychopharmaka

Trialog mit Betroffenen und ihren Angehörigen

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) legt großen Wert auf den aktiven Austausch zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und den Therapeuten. Daher haben sich die Trialog-Foren – gemeinsam mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden veranstaltete Podiumsdiskussionen – zu einem festen Bestandteil der DGPPN-Jahrestagungen entwickelt.

Die Notwendigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka bei psychotischen Erkrankungen wird unter Betroffenen und ihren Angehörigen häufig kontrovers diskutiert. So wird beispielsweise beklagt, dass es unter medikamentöser Therapie zu einer gewissen „Abstumpfung“ oder „Gefühlsleere“ kommt und dass Nebenwirkungen wie Angstzustände, Depression bis hin zu Suizidgedanken, Muskelverkrampfungen (z. B.

Zungenschlundkrämpfe) oder Bewegungsstörungen (Dyskinesien) auftreten, die genauso belastend sein können wie die behandelte Erkrankung. Gelegentlich wird auch der Begriff der „pharmakogenen Gewalt“ verwendet, die es zu erkennen und zu beenden gilt.

Sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung

Die von der DGPPN herausgegebene S3-Leitlinie Schizophrenie, die derzeit

Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) unterstützt Patienten und ihre Familien durch kostenlose Beratung und Information, Vermittlung von Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen. Er fördert den Erfahrungsaustausch, vor allem im Rahmen von Selbsthilfegruppen, organisiert Tagungen und Seminare.
Website: www.psychiatrie.de/bapk.

überarbeitet wird, enthält die Aussage, dass eine Subgruppe von Patienten existiert, die nach einer ersten psychotischen Episode ohne Antipsychotika remittieren. Da jedoch eine klare Identifikation dieser Patienten derzeit nicht möglich ist, kann auch keine generelle Empfehlung zur Therapie ohne Antipsychotika gegeben werden.