

N°3
MAI
21

Journal of Neurology Psychiatry and Neuroscience MAG

Prof. Dr. med. Annette Brühl

*«Als Psychotherapeutin bleibt
man im Kopf des Patienten als Figur,
Satz oder Ton»*

26 – Porträt

Narkolepsie erkennen, diagnostizieren und behandeln

46 – Livia Fregolente, MD, Dr. med. Elena Wenz,
Dr. med. Marie-Angela Wulf,
Dr. phil. Jan D. Warncke,
Prof. Dr. med. Claudio L.A. Bassetti

Von Kleptomanie, **Liebeswahn** und Doppelgängern

58 – Kongress der European
Psychiatric Association



Im Gespräch mit... Prof. Dr. med. Thomas Müller

«Es ist sehr wohl möglich, mit Schizophrenie gut zu leben»

Bei der Therapie der Schizophrenie stehen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten heute viel mehr im Fokus als früher – beispielsweise beim Entscheid für eine bestimmte Medikation oder die Reintegration in den Arbeitsmarkt. Prof. Dr. med. Thomas Müller, Ärztlicher Direktor der Privatklinik Meiringen, erklärt im Interview, warum es so wichtig ist, mit Betroffenen offen und psychoedukativ zu arbeiten, damit sie ein Verständnis für die eigene Krankheit entwickeln.

Interview | Dr. med. Eva Ebnöther

● **BrainMag:** Prof. Müller, die Therapie der Schizophrenie ist heute viel patientenzentrierter als früher. Woran zeigt sich das?

Thomas Müller: In den 1950er-Jahren wurden in der psychiatrischen Universitätsklinik Bern 1200 Menschen stationär behandelt – die damalige Klinik war

ein richtiges Dorf! Dann kam unter anderem Chlorpromazin auf den Markt, was enorm viele Möglichkeiten eröffnete. Die Patientinnen und Patienten konnten behandelt werden, so dass man damit beginnen konnte, sie in die Gesellschaft zu reintegrieren. Deswegen müssen die meisten Betroffenen heute nicht mehr in einer Institution leben.

Welche Rolle spielt dabei die Früherkennung?

Früherkennung ist wichtig, und in den letzten Jahren wurde viel dafür getan, zum Beispiel mit spezialisierten Zentren wie dem Früherkennungszentrum FETZ der UPD in Bern. Dass man die Krankheit heute früher diagnostiziert, heisst aber nicht automatisch, dass es den Betroffenen unbedingt besser geht als früher. Aber wir können nunmehr die jungen Menschen nach der Diagnose rascher einbinden und professionell begleiten.

Wie verläuft die Behandlung bei einer Erstpsychose?

Bei der Schizophrenie sind die Übergänge zwischen Kindheit und Jugend sowie Jugend- und Erwachsenenalter problematisch. Typisch wäre ein Gymnasiast, der einen plötzlichen Leistungsknick erlebt und sich seltsam zu verhalten beginnt. Im besten Fall einer frühen Erkennung zieht man eine erfahrene



Prof. Dr. med. Thomas Müller,
Ärztlicher Direktor, Privatklinik Meiringen

«Eine frühe Therapie ist extrem wichtig, denn wenn diese erst bei der zweiten Episode beginnt, ist der Outcome deutlich schlechter.»

Psychiaterin, einen erfahrenen Psychiater bei, die oder der sich mit jungen Menschen auskennt ist und es schafft, die betroffene Person regelmässig zu sehen. Nach Diagnosestellung wird nicht zwingend gleich mit Medikamenten behandelt. Zuerst einmal gilt es zu erkennen, zu erfassen und einzubinden. Wenn aber Symptome einer ersten psychotischen Episode auftreten, muss man medikamentös behandeln. Das ist extrem wichtig, denn wenn die Therapie erst bei der zweiten Episode beginnt, ist der Outcome schon deutlich schlechter. Meistens wird mit Aripiprazol begonnen, weil es gut verträglich ist und bei Erstpsychosen gute Resultate zeigt. Die Frage nach der Dauer der Medikation ist aber noch nicht beantwortet, die Daten hierzu sind nicht ausreichend. Eine gute psychiatrische Betreuung ist massgebend, etwa im Rahmen von gemeindenaher Psychiatrie. Man muss versuchen, die Betroffenen möglichst in einer Ausbildung oder im Arbeitsmarkt zu halten, und zwar in einem Umfeld, das den Anforderungen der Krankheit entspricht.

Und wenn das nicht möglich ist?

Für diejenigen Patientinnen und Patienten, die nicht im ersten Arbeitsmarkt integrierbar sind, gibt es heute eine Vielzahl von Angeboten, etwa gemeindenaher, sozialpsychiatrischer Arbeitseinrichtungen und Ambulatorien mit Tagesstätten. Diese helfen dabei, dass Schizophrenie-Betroffene mit chronischem Verlauf nicht einfach auf der Strasse landen. Das ist in anderen Ländern leider häufig der Fall, zum Beispiel in den USA oder Kanada, wo viele Obdachlose eine Psychose haben.

Welche Bedeutung hat die Therapie der Negativsymptomatik?

Bei den Positivsymptomen lässt sich medikamentös viel erreichen, beispielsweise was das Stimmenhören angeht. Doch bei der Negativsymptomatik zwischen den Schüben, die auch die Kognition stark beeinflusst, sind die Behandlungsoptionen immer noch sehr begrenzt. Leider, denn diese Symptomatik bestimmt das Leben der Patienten oft wesentlicher als die Positivsymptome, die sie in die Klinik bringen. Es gibt zwar Ansätze mit neueren Wirkstoffen, so haben möglicherweise Partialagonisten bei Negativsymptomatik einen zusätzlichen Benefit. Aber man muss mit diesen Wirkstoffen erst noch klinische Erfahrungen sammeln. Wenn alles nicht hilft, können

die Betroffenen auch auf Clozapin eingestellt werden, dem Goldstandard. Clozapin ist ein hoch wirksames, aber anspruchsvolles Medikament, und manchmal ist es schwierig, Betroffene bei der Stange zu halten, wenn Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme oder Sedation auftreten.

Wie lässt sich die Adhärenz der Betroffenen verbessern?

Behandelnde müssen den Betroffenen auf Augenhöhe begegnen und sie ernst nehmen. Will man etwas erzwingen, führt das nur zu Abwehr oder Eskalation. Daher ist eine wohlwollende Haltung mit gemeinsamen Entscheidungen so wichtig, im Sinne des *shared decision-making*. Auch schwierige Themen wie die sexuelle Dysfunktion als Nebenwirkung von Antipsychotika sollten angesprochen werden. Man sollte mit den Patienten offen, informativ und psychoedukativ arbeiten und es ihnen ermöglichen, Fragen zu stellen, damit sie ein Verständnis für die eigene Krankheit entwickeln.

Sind damit nicht viele Patientinnen und Patienten überfordert?

Eine paternalistische Kommunikation wie früher ist kontraproduktiv. Es stärkt das Vertrauen des Patienten, wenn seine Entscheidungen respektiert werden, und wenn Sie jemanden vertrauensvoll begleiten, ist auch die Adhärenz besser. Als Behandler sollte man aber auch klare Empfehlungen äussern. Will jemand die Medikamente nicht mehr einnehmen, tritt man in einen Dialog und analysiert die Vor- und Nachteile.

«Die Negativsymptomatik bestimmt das Leben der Patienten oft wesentlicher als die Positivsymptome, die sie in die Klinik bringen.»

Wenn die oder der Betroffene ablehnt, ist es wichtig, nicht gekränkt zu reagieren. Ich bemühe mich darum, dass die Patienten möglichst zu Experten ihrer Krankheit werden. Beispielsweise begleite ich einen ausländischen Patienten mit schizoaffektiver Störung, der mir jeweils schreibt, wenn er wieder beginnt, Stimmen zu hören. Ich sage ihm dann, wie er die Medikamente erhöhen soll, er macht das dann auch und hat so die Krankheit unter Kontrolle. Leider gibt es aber auch Fälle, in denen es nicht anders geht, als dass man den Patienten die Medikamente mit einem gewissen Nachdruck geben muss. →

Spielt die Form, wie die Medikamente verabreicht werden, bei der Adhärenz eine Rolle?

Depotmedikamente bieten eine Möglichkeit, die Adhärenz zu verbessern. Die Rate von Depotpräparaten ist in der Schweiz relativ niedrig, ebenso in den USA und in Deutschland. In Österreich bekommen deutlich mehr Patienten Depotmedikamente, und Spanien hat eine der höchsten Depotraten. Offenbar spielt die Kultur eine wichtige Rolle. Die Gabe einer Spritze wird hierzulande als Einschränkung und Eingriff in die Selbstbestimmung empfunden. Mich überrascht immer wieder, dass Betroffene noch nie von der Möglichkeit von Depotmedikamenten gehört haben. Behandelnde sollten die Patienten unbedingt darüber informieren und mit ihnen besprechen, ob das eine Option ist.

In Studien ist die Senkung der Hospitalisationsrate oft ein Endpunkt. Wieso ist diese so wichtig?

In erster Linie wegen der Kosten. Chronisch Schizophrene sind für das Gesundheitswesen teuer, und um diese Kosten zu senken, sind eine gute Vernetzung der involvierten Fachpersonen, gemeindeintegrierte und nahe Psychiatrie sowie aufsuchende Pflege wertvoll. Viele Hospitalisationen bedeuten auch, dass ein Medikament schlecht wirkt.

Sie haben erwähnt, wie wichtig es ist, dass die Betroffenen im Arbeitsprozess bleiben.

Die Reintegration hat sich in den letzten 20 Jahren in der Schweiz deutlich geändert. Die IV zahlt nicht mehr einfach eine Rente. Menschen mit chronischer Schizophrenie erhalten zwar mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine IV-Rente, aber die IV achtet genau darauf, dass Behandelnde dabei helfen, die Betroffenen in den Arbeitsprozess zu reintegrieren. Diese Wiedereingliederungsprozesse werden von der IV sehr gut unterstützt. In vielen Kliniken gibt es inzwischen entsprechende Angebote, damit man die Patienten zumindest in den zweiten Arbeitsmarkt integrieren kann. Arbeiten zu können, bedeutet immer auch Sinnhaftigkeit und ein soziales Umfeld. Natürlich gibt es auch schwer Kranke, bei denen eine Beschäftigung über eine Tagesstätte hinaus nicht möglich ist. Die Inklusion ist aber etwas enorm Wichtiges und gelingt auch bei Schizophrenen gut. Eine enge Vernetzung zwischen Sozialdienst, IV und Psychiatern ist extrem wertvoll, denn die Abläufe sind komplex und bedürfen guter Absprachen.

Wirkt sich eine gute Integration positiv auf den Krankheitsverlauf aus?

Ja, Studien zeigen ganz klar, dass die Lebensqualität der Betroffenen steigt. Auch mit Sport kann man viel erreichen. Sport verbessert bei chronisch schizophrenen Personen nicht nur das Wohlbefinden, sondern

auch die Kognition. Ebenfalls wichtig für die Lebensqualität ist die Tatsache, dass mit den neuen Medikamenten weniger schwere Nebenwirkungen auftreten. Ich erinnere mich noch gut an die Zeiten, als die armen Patienten nach Depotgabe stocksteif waren – das sieht man heute nicht mehr. Aber: Trotz all dieser positiven Entwicklungen haben Menschen mit Schizophrenie immer noch eine um rund 15 Jahre geringere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung.

«Ich bemühe mich darum, dass die Patienten möglichst zu Experten ihrer Krankheit werden.»

Warum?

Das ist ein grosses Rätsel. Grundsätzlich darf man einfach nicht vergessen, dass es Menschen mit schweren Verläufen gibt, bei denen kaum eine Behandlung möglich ist. Ein weiterer Faktor ist vielleicht das wegen der Medikation erhöhte Risiko für ein metabolisches Syndrom. Tatsächlich haben schizophrene Personen aber schon vor der Behandlung ein erhöhtes Diabetes-Risiko. Sehr interessant ist auch eine Publikation im JAMA Psychiatry: An COVID-19 Erkrankte mit Schizophrenie haben eine fast dreifach erhöhte Sterberate¹. Es wird vermutet, dass dabei Störungen im Immunsystem eine Rolle spielen. Die Resultate von Studien, welche die geringere Lebenserwartung untersuchen, deuten auf ein genuines Risiko hin.

Sie haben schon viele Menschen mit Schizophrenie behandelt – gibt es eine Person, die Sie besonders beeindruckt?

Ich behandle eine Ärztin mit einer seit Jahrzehnten bestehenden Schizophrenie. Sie erkrankte ganz am Anfang der Pandemie mit dem Wahn, an COVID-19 schuld zu sein. Heute arbeitet sie wieder. Sie ist fit und hat gelernt, mit ihrer Erkrankung umzugehen – und sie ist gut mit Clozapin eingestellt. Sie ist für mich das Paradebeispiel, dass es sehr wohl möglich ist, mit Schizophrenie gut zu leben. Man kann sogar Nobelpreisträger werden, wie das Beispiel des Mathematikers John Forbes Nash Jr. zeigt: Er erhielt 1994 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften und war Inspiration für den Film «A Beautiful Mind». Ich erlebte ihn einmal live an einem Vortrag. Es war faszinierend, wie er über seine Krankheit berichtete. ○

Bibliografie

¹Nemani K, et al.: Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. JAMA Psychiatry 2021; 78(4): 380–386.

Das Abstract zur Studie finden Sie auf Seite 17.