

Der Einfluß des Behandlungsverlaufs auf den Erfolg einer Psychopharmakotherapie

W. Gaebel, Berlin

Treatment course and outcome of Psychopharmacologic Therapy

Psychiatric illness course is not characterized by total regularity. More often there is marked individual variability. This is an obstacle to making a valid prognosis and applying broadly based indication rules. Still today predictors of illness course as well as indication criteria for treatment are little elaborate and often fail in the individual case. The most reliable instrument for planning and assessing psychiatric treatment is the treatment course itself. The therapist as a participating observer can more easily check tendencies of illness course and adapt therapeutic strategies. Characteristics of treatment course in guiding further treatment are exemplified by means of neuroleptic treatment in the acute and maintenance phase of schizophrenic psychoses.

Zusammenfassung

Psychiatrische Krankheitsverläufe unterliegen keinen völlig regelhaften, überindividuellen Gesetzmäßigkeiten. Vielmehr überrascht oft eine ausgeprägte individuelle Verlaufsvariabilität. Für eine psychiatrische Prognostik und damit fundierte Therapieindikation bedeutet dies allerdings eher eine Erschwernis. Psychiatrische Prognose- und Therapieindikationskriterien sind auch heute noch wenig differenziert und versagen oft im individuellen Fall. Das verlässlichste Instrument für die Planung und Erfolgsbeurteilung einer therapeutischen Maßnahme ist in dieser Situation der Behandlungsverlauf selbst. Als teilnehmender Beobachter kann der Behandler am ehesten Verlaufstendenzen erkennen und seine Behandlungsmaßnahmen darauf abstellen. Therapiesteuernde Aspekte des Behandlungsverlaufs werden ausführlich am Beispiel der neuroleptischen Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen dargestellt.

Krankheitsverläufe in der Psychiatrie sind überwiegend Langzeitverläufe. Als solche sind sie immer mit einem individuellen Lebenslauf verflochten, werden von diesem mitgestaltet und wirken wieder auf diesen zurück. Bei der Beurteilung eines Krankheitsverlaufs muß daher der krankheitsbedingte Wandel eines Individuums immer vor dem Hintergrund seiner verbliebenen Entwicklungsmöglichkeiten betrachtet werden. Autoplastische und peristatische Einflüsse tragen gerade auch im Bereich schwerer psychiatrischer Erkrankungen mehr als früher angenommen zur individuellen Variabilität von Krankheitsverläufen bei.

Um die hieraus resultierende komplexe Verlaufsstruktur psychiatrischer Erkrankungen adäquat zu erfassen, werden in Diagnostik und Verlaufsbeurteilung verschiedene Untersuchungsebenen einbezogen. Multiaxiale psychiatrische Klassifikationssysteme (wie z.B. das amerikanische DSM III, American Psychiatric Association 1981) halten dementsprechend Beurteilungsebenen für deskriptive Symptomatik, Persönlichkeit, körperlichen Zustand, psychosoziale Stressoren

und adaptives Funktionsniveau eines Patienten bereit. Eine derart differenzierte Diagnostik ist die Voraussetzung, um im Rahmen heute üblicher mehrdimensionaler Behandlungsstrategien die Indikation zu pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen stellen zu können. Dies gilt auch deshalb, weil zu verschiedenen Zeitpunkten eines Krankheitsverlaufs verschiedene therapeutische Zielkriterien im Vordergrund stehen können.

Neben der Berücksichtigung der individuellen Variabilität ist andererseits die Kenntnis der überindividuellen Regelmäßigkeit von Krankheitsverläufen für das therapeutische Handeln notwendig. So kann zum Beispiel im Einzelfall die verlaufskorrigierende Wirkung einer therapeutischen Maßnahme, d.h. der Erfolg eines Behandlungsverlaufs, nur bei prognostischer Kenntnis der regelhaften und individuellen Anteile des Spontanverlaufs richtig eingeschätzt werden. Wie *Bochnik et al. (1976)* feststellen, kann eine verlässliche psychiatrische Prognose um so eher gestellt werden (s. Abb. 1), je kürzer der zu prognostizierende Zeitraum, je kleiner die Zahl der Einflußfaktoren, je stärker ein einzelner Faktor relativ zu anderen, je stärker Regelmäßigkeit das Individuelle überwiegt und schließlich je abnormer die Verhältnisse im Bereich des Psychischen und Sozialen und je pathologischer sie im Bereich des Biologischen sind. Trotz intensiver Forschungsbemühungen sind psychiatrische Prognosekriterien heute noch wenig differenziert und im individuellen Fall oft von nur geringer prädiktiver Validität. Wenige überindividuell gefundene Verlaufs- und Therapieregeln müssen daher im Einzelfall mit der Möglichkeit einer Fehlentscheidung angewendet werden.

In dieser Situation ist das verlässlichste Instrument für die Planung und Erfolgsbeurteilung einer therapeutischen Maßnahme der Behandlungsverlauf selbst. Als teilnehmender Beobachter kann der Behandler am ehesten Verlaufstendenzen erkennen und seine Behandlungsmaßnahmen darauf

Allgemeine Faktoren, die die Genauigkeit einer psychiatrischen Verlaufsprognose beeinflussen

(Modifiziert nach *Bochnik et al. 1976*)

- **Anzahl der Einflußfaktoren**
(Biologische, psychologische und soziale Einflüsse)
- **Relatives Gewicht der Einzelfaktoren**
(z.B. therapeutische Einflüsse)
- **Regelmäßigkeit des Verlaufs**
(z.B. individuelle Unabhängigkeit therapeutischer Einflüsse)
- **Beurteilter Zeitraum**
(z.B. Strecken – vs. Dauerprognose)

Abb. 1

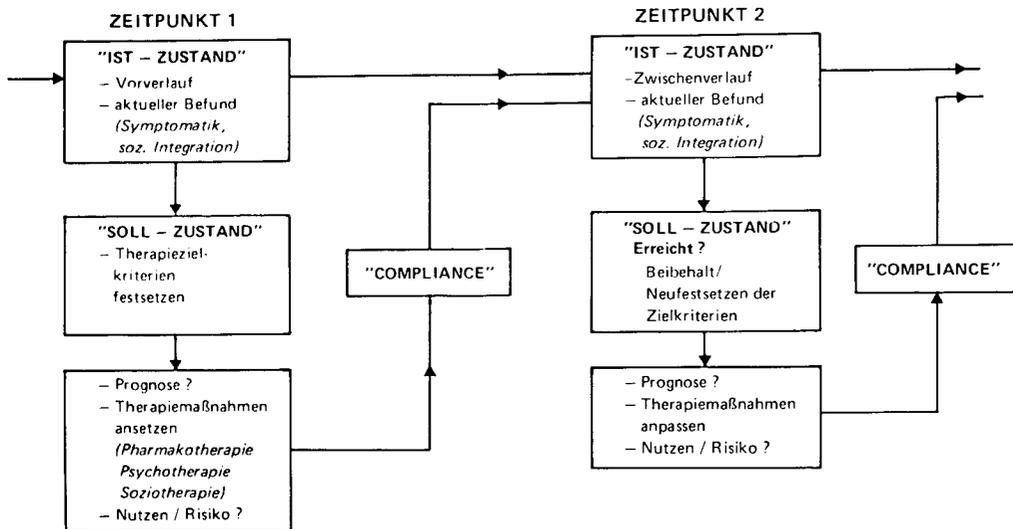


Abb. 2 Der Behandlungsverlauf in der fortlaufenden Planung und Erfolgsbeurteilung (Optimierung) psychiatrischer Therapie

abstellen (s. Abb. 2). Feststellung des gegenwärtigen „Ist-Zustandes“ unter Einschluß des zwischenzeitlichen Verlaufs, Vergleich mit dem „Soll-Zustand“ durch Arzt und Patient, Erfassung verschiedener Einflußfaktoren, Änderung und Neufestsetzung von Behandlungsmaßnahmen im Konsens führen unter Einhaltung der vereinbarten Maßnahmen durch den Patienten zu einer Verlaufsänderung und damit einem neuen „Ist-Zustand“, der einer neuerlichen Bewertung unterzogen wird.

Im Behandlungsverlauf einer psychiatrischen Erkrankung können grundsätzlich drei therapeutische Angriffspunkte mit verschiedener Zielsetzung unterschieden werden:

1. Primäre Prävention mit dem Ziel, den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern,
2. Akutbehandlung zur Symptomreduktion bei Erst- oder Wiedererkrankung sowie
3. Langzeitbehandlung, zum Beispiel unter dem Aspekt einer Rezidivprophylaxe.

Entsprechend den Indikationsschwerpunkten einer Psychopharmakotherapie in der Akut- und Langzeitbehandlung sollen im folgenden Aspekte des Behandlungsverlaufs am Beispiel der neuroleptischen Akut- und Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen dargestellt werden.

Akuter Behandlungsverlauf

Ungeachtet der individuellen Variabilität lassen sich schizophrene Krankheitsverläufe nach formalen Kriterien betrachten. M. Bleuler (1972) hat hier die Form des Beginns (akut oder chronisch), die Form des weiteren Verlaufs (wellenförmig oder geradlinig) sowie die Form des erreichten Endzustandes (Defekt oder Heilung) unterschieden. Alle drei Kriterien sind kombinierbar und ergeben unterschiedliche Verlaufstypen mit unterschiedlicher prognostischer Bedeutung.

Die Akuität des Krankheitsausbruchs wird seit den prognostischen Arbeiten von Langfeldt (1937) als günstiges pro-

gnostisches Kriterium sowohl für den kurzfristigen wie auch langfristigen Verlauf einer schizophrenen Psychose angesehen. Gegenüber schleichenden, chronisch-progredienten und vom Lebenslauf des Patienten schwer abgrenzbaren Krankheitsverläufen wird der akute, sich in Tagen oder wenigen Wochen zum Vollbild entwickelnde Krankheitsausbruch eher bei prämorbid intakter Persönlichkeitsstruktur mit guter sozialer Adaptation beobachtet. Der sich in diesem steilen zeitlichen Gradienten ausdrückenden „Mobilität“ des Krankheitsgeschehens als günstigem „formalen Krankheitsfaktor“ (Ciompi et al., 1976) kommt auch für die Ansprechbarkeit auf eine neuroleptische Behandlung besondere Bedeutung zu. Akute, mit lebhafter Dynamik einhergehende psychotische Erlebnisbildungen sprechen besser als chronisch unproduktive Wahnformen auf Neuroleptika an (Overall et al., 1969).

Darüber hinaus bestehen Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt des Beginns einer Behandlung und dem Behandlungserfolg. So konnten Huber et al. (1979) zeigen, daß eine Behandlung vor Ablauf eines Jahres nach Krankheitsbeginn mit einer günstigeren Dauerprognose als später einsetzende Behandlung einherging. Nedopil et al. (1980) fanden, daß bereits innerhalb von 2 Wochen nach Krankheitsbeginn neuroleptisch behandelte Patienten die höchste Besserungsrate aufwiesen. Wenn man davon ausgeht, daß Patienten mit akuterem und damit prognostisch günstigerem Verlaufsformen rascher sozial auffällig und damit schneller einer Behandlung zugeführt werden, besagen diese Befunde noch nichts Schlüssiges über den ausschließlich therapeutischen Erfolg eines frühen Behandlungsbeginns. Insbesondere akute schizophrene Episoden remittieren häufig auch ohne neuroleptische Behandlung. Andererseits und wahrscheinlicher scheint eine frühzeitig einsetzende neuroleptische Behandlung den mehrphasigen Stadienablauf einer psychotischen Desorganisation (Docherty et al., 1978) zu einem Zeitpunkt aufzuhalten, wo es noch nicht zu einem psychotischen Gleichgewicht oder durch Wahrarbeit zu einer Wahnfixierung und damit Chronifizierung der Erkrankung kommen konnte.

Übereinstimmend mit der klinischen Erfahrung konnten Herz et al. (1980) zeigen, daß im Vorfeld der psychotischen Dekompensation meist über mehrere Tage unspezifische, zum Teil vegetative Frühsymptome wie zum Beispiel Schlafstörungen, Spannungsgefühle oder Konzentrationsstörungen auftreten. Während diese Symptomatik im Falle einer Erst-erkrankung wohl selten schon zur Behandlung führen wird, bekommt sie für die therapeutische Frühintervention zur Verhinderung eines Rezidivs besondere Bedeutung und muß daher als „Alarmzeichen“ mit dem Patienten und eventuell auch seinen Angehörigen genau besprochen werden.

Außer diesen Faktoren wie Krankheitsakuität und Behandlungsbeginn läßt auch der akute Behandlungsverlauf selbst frühzeitig Rückschlüsse auf den Behandlungserfolg zu. Nach den Befunden von May et al. (1980) gibt der zeitliche Gradient des Behandlungsverlaufs einen frühen Hinweis auf den Behandlungserfolg: Rasche klinische Besserung in den beiden ersten Tagen einer Neuroleptikabehandlung korrelierte hoch mit der Befundbesserung nach 28tägiger Behandlung. Für die Praxis bedeutet dies, daß bei ungebessertem Behandlungsverlauf bereits nach wenigen Tagen Dosisänderung oder Medikamentenwechsel erwogen werden müssen. In die gleiche Richtung weisen Ergebnisse derselben Autorengruppe (van Putten, 1978), wonach eine innerhalb der ersten beiden Behandlungstage vom Patienten subjektiv als angenehm erlebte Neuroleptikawirkung mit dem späteren Therapieerfolg korrelierte. Gerade diese Befunde unterstreichen die Bedeutung, im Behandlungsverlauf das Erleben des Patienten als wichtige Einflußgröße zu berücksichtigen. Im Fall einer Krisenintervention mit dem Ziel, eine stationäre Aufnahme zu vermeiden, ist der rasch vom Patienten gespürte entängstigende Effekt einer zum Beispiel intravenösen Neuroleptikainjektion für die weitere Behandlungsmotivation und damit auch den Therapieerfolg besonders bedeutsam (Müller et al., 1980).

Nach der Übersicht von Davis et al. (1980) zur neuroleptischen Akutbehandlung steht einer Besserungsrate von 75 % unter Neuroleptika eine Verschlechterungsrate von 50 % unter Placebo gegenüber. Das Vorkommen von 25 % sogenannter „Placeboerfolge“ betont zwar die Bedeutung einer individuellen Behandlungsindikation; andererseits zeigen Untersuchungen zum Beispiel von Marder et al. (1979), daß auch unbehandelt gebesserte Patienten von einer anschließenden Neuroleptikabehandlung weiter profitierten. Auch Langzeitkatamnesen wie die von Huber et al. (1979) lassen noch nach Jahren psychopathologisch und sozial günstige Einflüsse einer neuroleptischen Initialbehandlung erkennen, so daß übereinstimmend mit Davis et al. (1980) eine neuroleptische Akutbehandlung grundsätzlich, und zwar so früh wie möglich, durchgeführt werden sollte.

Langfristiger Behandlungsverlauf

Während für Kraepelin (1896) der ungünstige Verlaufsausgang ein diagnostisches Kriterium seiner „Dementia praecox“ war, hat E. Bleuler (1911) mit der „Gruppe der Schizophrenien“ die Verlaufsvielfalt dieses Krankheitsbildes betont.

Ohne spezielle Berücksichtigung therapeutischer Verlaufseinflüsse zeigt der Vergleich (M. Bleuler et al., 1976) langfristiger Katamnesen wie der von Huber et al. (1979) und M. Bleuler (1972), daß 75 % der Patienten über Jahre hin-

Tab. 1 Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen (nach M. Bleuler et al. 1976)

Verlaufskriterien	Häufigkeit (gesamt n = 1066)
Krankheitsbeginn	
akut	2/3–3/4
chronisch	1/3–1/4
Verlaufsform	
phasisch remittierend	22 %
„Katastrophenverlauf“	1–4 %
Verlaufsausgang	
stabiler Dauerzustand	75 %
erwerbstätig	50 %
Heilung	25 %

weg verlaufsstabil sind (s. Tab. 1). 50 % der Ausgangspopulation bleiben erwerbstätig, 25 % sind psychopathologisch und sozial geheilt. Bereits 5 Jahre nach Erkrankungsbeginn werden eher Zustandsbesserungen als Zustandsverschlechterungen beobachtet (M. Bleuler et al., 1976). Prognostisch günstig sind eine gesunde präpsychotische Persönlichkeit sowie phasische Verlaufsformen, die in diesem Krankengut für 22 % vertreten waren. Aus dem weitgehenden Verschwinden foudroyant verlaufender, sogenannter „Katastrophenschizophrenien“, einer Syndromverschiebung von schweren zu leichteren Krankheitsverläufen sowie der günstigeren Dauerprognose erstmals nach 1950 Erkrankter wird zurückhaltend auf eine günstige psychopharmakologische Beeinflussung der Langzeitprognose schizophrener Erkrankungen geschlossen (Huber et al., 1979; M. Bleuler, 1972).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse muß im Einzelfall die weitere Verlaufsprognose abgeschätzt und die Indikation zur Langzeitbehandlung differenziert werden. Dabei treten nach dem Abschluß einer stationären Akutbehandlung und Entlassung des Patienten in ambulante Weiterbehandlung, auf die sich hier beschränkt werden soll, neue Therapiezielkriterien in den Vordergrund. Hierzu gehören neben der Verhinderung von Symptomverschlechterungen insbesondere die Vermeidung von Rezidiven und Wieder- aufnahmen mit ihren gewöhnlich negativen Konsequenzen für die soziale Integration. Daneben geht es aber immer auch primär um die Verbesserung oder den Erhalt der Fähigkeit des Patienten zu adäquater Lebensbewältigung (Helmchen, 1978). Wie die Ergebnisse von Strauss et al. (1972, 1977) zeigen, sind diese Verlaufskriterien nur mäßig miteinander assoziiert. Dem entspricht die kasuistische Erfahrung, daß zum Beispiel einige Patienten mit chronischem Residualwahn oder andere trotz häufiger psychotischer Rezidive sozial gut integriert bleiben, während andererseits relativ symptomlose Patienten autistisch zurückgezogen sein können.

Allgemein formuliert können bei der neuroleptischen Langzeitbehandlung kurative von rezidiv-prophylaktischen Zielen unterschieden werden (Pietzcker, 1978). Indikationssteuern des Kriterium ist dabei die vermutete Spontanprognose, die sich wiederum vorrangig am bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf orientiert (zum Beispiel Erst- oder Wiedererkrankung, aktueller Remissionsgrad).

Unter vorwiegend kurativer Zielsetzung erfolgt eine symptom-suppressive Neuroleptikabehandlung. Hier ist nach

einer Erst- oder Wiedererkrankung eine Vollremission ausgeblieben; persistierende psychotische Symptome werden neuroleptisch nur partiell kontrolliert und flackern bei Dosisreduktion oder Absetzversuchen wieder auf. Im Behandlungsverlauf sind immer wieder Dosisanpassungen nötig. Versuche, durch Dosiserhöhung oder Medikamentenwechsel doch noch eine Remission zu erzielen, werden wesentlich von der Nutzen-Risiko-Relation bestimmt, d.h. inwieweit die Symptomatik den Patienten mehr als etwaige Nebenwirkungen (zum Beispiel extrapyramidale Nebenwirkungen wie Akathisie oder gar Späthyperkinesen) beeinträchtigt. Eine reine „Symptomkosmetik“ muß vermeiden, die Dosierung grundsätzlich so niedrig wie möglich gehalten werden. Demgegenüber wird bei chronisch-progredienten Krankheitsverläufen mit zunehmend ungünstiger sozialer Entwicklung unter der Zielsetzung einer „Verschlechterungsprophylaxe“ ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko eher in Kauf genommen werden müssen (Helmchen, 1978). In allen diesen prognostisch weniger günstigen Fällen wird sich die Behandlungsdauer nach dem Behandlungsverlauf und etwa damit einhergehender spontaner Stabilisierungen oder Besserungen richten.

Patienten mit akut abgelaufenen und gut remittierten Erst-erkrankungen werden demgegenüber in einer etwa halbjährigen Stabilisierungsphase nach Klinikentlassung mit dem Ziel, die soziale Reintegration zu erleichtern, neuroleptisch nachbehandelt. Bei unkompliziertem Verlauf wird dann versucht, die Medikation abzusetzen. Trotz einzelner Hinweise, daß auch für ersterkrankte Patienten eine Langzeitbehandlung rezidivprophylaktische Effekte entfaltet (Kane et al., 1982), ist doch die Gruppe von Erst-erkrankungen prognostisch noch so heterogen, daß die Indikation zur Langzeitbehandlung erst vom weiteren Verlauf abhängig gemacht werden sollte.

Zu einer rezidivprophylaktischen Behandlung wird man sich dagegen dann entschließen, wenn es sich um eine phasenhaft verlaufende Erkrankung mit mindestens zwei Krankheitsphasen handelt, besonders wenn im bisherigen Verlauf die Intervalldauer kurz war, frühere Rezidive eventuell nach dem Absetzen von Neuroleptika aufgetreten waren und gut auf eine neuroleptische Behandlung angesprochen haben. Weitere Indikationsgesichtspunkte wären die zu erwartenden sozialen Folgen eines erneuten Rezidivs oder früher aufgetretene ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung.

Der rezidivprophylaktische Effekt einer neuroleptischen Langzeitmedikation ist durch eine Fülle von Studien gut belegt. Trotzdem kann nicht übersehen werden, daß in einem prognostisch heterogenen Patientengut wie beispielsweise dem der Studie von Hogarty et al. (1974) knapp 50 % der Patienten trotz Neuroleptikabehandlung einen Rückfall erlitten (sogenannte Non-Responder), während andererseits 20 % der Patienten auch unter Placebo nach zwei Jahren nicht rezidiert waren (sogenannte Placebo-Responder). Berücksichtigt man die Möglichkeit, daß unter den Neuroleptika-Respondern auch noch Placebo-Responder, also Patienten, die auch ohne Neuroleptika keinen Rückfall erlitten hätten, verborgen sind (sogenannte Schein-Responder), wird die Notwendigkeit schärferer Indikationskriterien für eine neuroleptische Rezidivprophylaxe deutlich. Ansätze in dieser Richtung zeigen (Goldberg et al., 1977), daß rezidivprophylaktische Be-

handlungserfolge eher bei Patienten mit günstiger prä-morbider sozialer Adaptation zu erwarten sind. Selbstverständlich ist neben anderen, zum Teil der Lebenssituation des Patienten entstammenden Einflußfaktoren die Regelmäßigkeit der neuroleptischen Dauerbehandlung für einen Behandlungserfolg bedeutsam. Die Behandlungstreue („Compliance“) scheint neben verschiedenen Einflüssen auch von der Krankheitschronizität abzuhängen: Bereits mehrfach erkrankte Patienten halten sich offenbar eher an die Empfehlung zu einer Langzeitbehandlung als ersterkrankte Patienten, denen diese Behandlung im Einzelfall auch einmal empfohlen wird (Gaebel et al., 1983). Trotz der erheblichen Bedeutung einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme für den Erfolg der Behandlung, konnte mit Einführung injizierbarer Depotneuroleptika die Erfolgsquote einer rezidivprophylaktischen Behandlung grundsätzlich nicht wesentlich verbessert werden (Schooler et al., 1980).

Demgegenüber zeigen Absetzstudien an prognostisch homogenen Gruppen wie zum Beispiel unter neuroleptischer Behandlung voll remittierten Patienten (Hartmann et al., 1980; Rifkin et al., 1977), daß hier bei Rückfallquoten um 70 % unter Placebo die Rückfallquoten unter Neuroleptikabehandlung nach einem Jahr unter 10 % liegen. Diese Ergebnisse zeigen, daß gerade bei phasenhaft remittierenden Krankheitsverläufen, die auch unbehandelt eine gute Dauerprognose haben, die Streckenprognose hinsichtlich Rezidivhäufigkeit durch eine neuroleptische Langzeitbehandlung günstig beeinflusst werden kann. Der Rückschluß von der Remissionsqualität auf eine auch unbehandelte Remissionsstabilität ist also nicht gerechtfertigt. Diese Zusammenhänge verdeutlichen erneut, daß aus dem bisherigen Therapieansprechen und dem bisherigen Behandlungsverlauf am verlässlichsten auf eine erfolgreiche Weiterbehandlung geschlossen werden kann (Gardos et al., 1978).

Fragt man schließlich nach dem Zusammenhang zwischen Dauer und überdauerndem Erfolg einer Langzeitbehandlung, so zeigen Absetzstudien mehrjährig unter Neuroleptikabehandlung rezidivfrei gebliebener Patienten (Hogarty et al., 1976; Cheung, 1981), daß beim Absetzen auch nach dem fünften Behandlungsjahr noch Rezidivquoten über 60 % auftreten und damit ziemlich genau denen im ersten Behandlungsjahr entsprechen. Eigene kasuistische Beobachtungen aus einer speziellen Psychoseambulanz stützen die Annahme einer jahre- bis jahrzehntelangen Wirksamkeit einer rezidivprophylaktischen Behandlung. Der Vergleich der Rezidivquoten in identischen Zeitintervallen bis zu 10 Jahren vor und nach Eintritt in diese Langzeitambulanz läßt ebenfalls neben dem Einfluß des therapeutischen Settings auf einen langfristigen rezidivprophylaktischen Einfluß neuroleptischer Dauerbehandlung schließen (s. Abb. 3). Dies zeigt einerseits, daß trotz der von M. Bleuler (1976) beschriebenen Verlaufstendenz zur Stabilisierung nach 5 Jahren ein zeitlich darüber hinausgehender rezidivprophylaktischer Behandlungseffekt anzunehmen ist, daß andererseits aber eine behandlungsabhängige „Heilung“ auch mit zunehmender Behandlungsdauer nicht eintritt.

Überblickt man die berichteten Ergebnisse, so ließe sich mit einigen Autoren (Tamminga et al., 1982) salomonisch formulieren, daß Neuroleptika in der Schizophreniebehandlung für alle Patienten zu irgendeiner Zeit und für einige Pa-

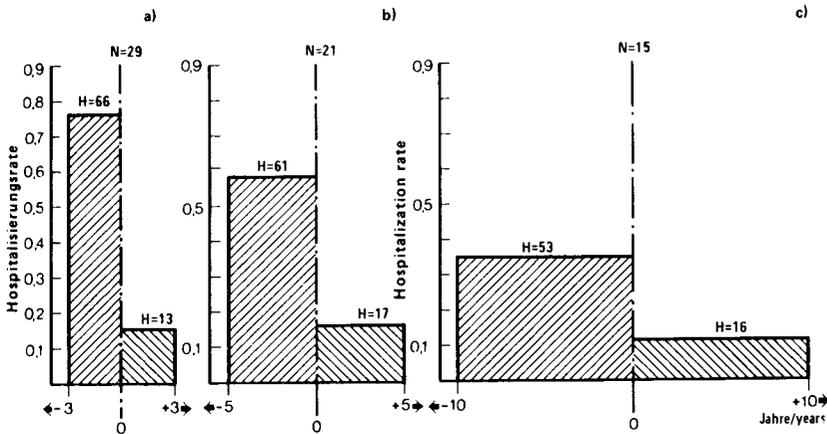


Abb. 3 Hospitalisierungsraten der Patienten vor und nach Behandlungsbeginn in der „Katamnese“ (Spiegelmethode)

Hospitalisierungsrate (Ordinate) = Hospitalisierungen pro Patient und Jahr

N = Anzahl der Patienten pro Untergruppe

H = Gesamtzahl der Hospitalisierungen pro Untergruppe innerhalb des gespiegelten Zeitraums.

1 a–c: Hospitalisierungsraten der Patienten, die mindestens

a) 3 Jahre

b) 5 Jahre

c) 10 Jahre

vor Behandlungsbeginn in der „Katamnese“ ersthospitalisiert worden waren und danach mindestens a) 3 Jahre, b) 5 Jahre, c) 10 Jahre in der „Katamnese“ behandelt wurden. ← – + → : Jahre vor und nach Behandlungsbeginn in der Katamnese (aus Gaebel et al. 1981)

tienten zu jeder Zeit effektiv sind. Bei einer Erkrankung wie der Schizophrenie, deren Dauerprognose nicht derart ungünstig ist wie früher angenommen und die in ihrem Verlauf einer Reihe biologischer und psychosozialer Einflußvariablen untersteht, kann die Streckenprognose und damit vermutlich auch die Dauerprognose in vielen Fällen psychopharmakologisch günstig beeinflusst werden. Die „Mobilität“ des Krankheits- und Behandlungsverlaufs bei einer prämorbid günstigen Persönlichkeits- und Umgebungsstruktur scheint am ehesten Rückschlüsse auf den weiteren Behandlungsverlauf zuzulassen. Nutzen und Risiken der Behandlung müssen abhängig vom Zeitpunkt des Behandlungsverlaufs und der jeweils im Vordergrund stehenden unterschiedlichen Therapieziele gegeneinander abgewogen werden. Schließlich steht eine Psychopharmakotherapie wie die Neuroleptikatherapie immer in einem therapeutischen Gesamtbehandlungsplan und muß im Einzelfall mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden. Wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist die Kontinuität des Behandlungsverlaufs, die sich nur in einer vertrauensvollen und kooperativen Arzt-Patienten-Beziehung etablieren kann.

Literatur

American Psychiatric Association (Ed.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM III. Washington: American Psychiatric Association 1981

Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg, G.: Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deuticke 1911

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme 1972

Bleuler, M., G. Huber, G. Gross, R. Schüttler: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Nervenarzt 47 (1976) 477–481

Bocknik, H.J. W. Pittrich: Der Versuch, Voraussagen zu machen. Ärztl. Praxis 28 (1976) 77–79

Cheung, H.K.: Schizophrenics fully remitted on neuroleptics for 3 to 5 years – to stop or continue drugs? Brit. J. Psychiat. 138 (1981) 490–494

Ciampi, L., C. Müller: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1976

Davis, J.M., C.B. Schaffer, G.A. Killian, C. Kinard, C. Chan: Important issues in the drug treatment of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 6 (1980) 70–87

Docherty, J.P., D.P. Van Kammen, S.G. Siris, S.R. Marder: Stages of onset of schizophrenic psychosis. Am. J. Psychiatry 135 (1978) 420–426

Gaebel, W., A. Pietzcker, A. Poppenberg: Prädiktoren des Verlaufs schizophrener Erkrankungen unter neuroleptischer Langzeitmedikation. Pharmacopsychiat. 14 (1981) 180–188

Gaebel, W., A. Pietzcker: Indikation zur neuroleptischen Langzeitmedikation – Standardverfahren oder individual prognostisch geleitete Intervention? Nervenarzt 54 (1983) 467–476

Gardos, G., J.O. Cole: Maintenance antipsychotic therapy: For whom and how long? In: Psychopharmacology: A generation of progress. Ed.: Lipton, M.A., A. Dimascio, K.F. Killam, New York: Raven Press 1978

Goldberg, S.C., N.R. Schooler, G.E. Hogarty, M. Roper: Prediction of relapse in schizophrenic out-patients treated by drug and sociotherapy. Arch. Gen. Psychiatry 34 (1977) 171–184

Hartmann, W., J. Kind, J.E. Meyer, P. Müller, H. Steuber: Neuroleptic drugs and the prevention of relapse in schizophrenia: A workshop report. Schizophrenia Bulletin 6 (1980) 536–543

Helmchen, H.: Forschungsaufgaben bei psychiatrischer Langzeitmedikation. Nervenarzt 49 (1978) 534–538

Herz, M.I., C. Melville: Relapse in schizophrenia. Am. J. Psychiatry 137 (1980) 801–805

Hogarty, G.E., S.C. Goldberg, N.R. Schooler, R.F. Ulrich: Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: Two year relapse rates. Arch. Gen. Psychiatry 31 (1974) 603–608

Hogarty, G.E., R.F. Ulrich, F. Mussare, N. Arishgueta: Drug discontinuation among long-term successfully maintained schizophrenic out-patients. Dis. Nerv. System 37 (1976) 494–500

Huber, G., G. Gross, R. Schüttler: Schizophrenie: Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie, Berlin, Heidelberg, New York: 1979

- Kane, J.M., A. Rifkin, F. Quitkin, D. Nayak, J. Ramoslorenzi:* Fluphenazine versus placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 39 (1982) 70–73
- Kraepelin, E.:* Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Auflage. Leipzig: Barth, 1896
- Langfeldt, G.:* The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease. Copenhagen 1937
- Marder, S.R., D.P. van Kammen, J.P. Docherty, J. Rayner, W.E. Bunney:* Predicting drug-free improvement in schizophrenic psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 36 (1979) 1080–1085
- May, P.R.A., T. van Putten, C. Yale:* Predicting outcome of antipsychotic drug treatment from early response. *Am. J. Psychiatry* 137 (1980) 1088–1089
- Müller, P., H. Steuber:* Ambulante Behandlung akuter schizophrener Psychosen. *Pharmakotherapie* 2 (1980) 97–100
- Nedopil, N., E. Rüter, A. Strauss:* Zum Zeitverlauf der antipsychotischen Wirkung von Neuroleptika bei akuten Psychosen. In: Kryspin-Exner, K., H. Hinterhuber, H. Schuber (Hrsg.): Therapie akuter psychiatrischer Syndrome. S. 139–148. Stuttgart, New York: Schattauer 1980
- Overall, J.E., L.E. Hollister, I. Kimbell Jr., J. Shelton:* Extrinsic factors influencing responses to psychotherapeutic drugs. *Arch. Gen. Psychiatry* 21 (1969) 89–94
- Pietzcker, A.:* Langzeitmedikation bei schizophrenen Kranken. *Nervenarzt* 49 (1978) 518–533
- Rifkin, A., F. Quitkin, C.J. Rabiner, D.F. Klein:* Fluphenazine decanoate, fluphenazine hydrochloride given orally and placebo in remitted schizophrenics. I. Relapse rates after one year. *Arch. Gen. Psychiatry* 34 (1977) 43–47
- Schooler, N.R., J. Levine, J.B. Severe, B. Brauzer, A. Dimascio, G.L. Klerman, V.B. Tuason:* Prevention of relapse in schizophrenia. An evaluation of fluphenazine decanoate. *Arch. Gen. Psychiatry* 37 (1980) 16–24
- Strauss, J.S., W.T. Carpenter Jr.:* The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 27 (1972) 730–746
- Strauss, J.S., W.T. Carpenter, Jr.:* Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Arch. Gen. Psychiatry* 34 (1977) 159–163
- Tamminga, C.A., W.T. Carpenter Jr.:* The DSM-III diagnosis of schizophrenic-like illness and the clinical pharmacology of psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 170 (1982) 744–751
- van Putten, T., P.R.A. May:* Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 35 (1978) 477–480

Dr. med. W. Gaebel, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Eschenallee 3, 1000 Berlin 19