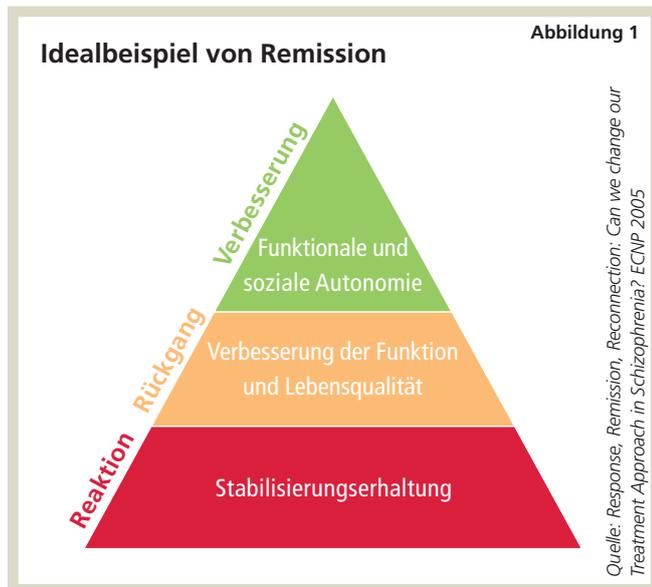


Remission bei Schizophrenie

Einleitung

Stand in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts noch die Akutbehandlung der Schizophrenie im Vordergrund therapeutischen Bemühens, wird heute versucht, eine möglichst dauerhafte Remission zu erreichen. Antipsychotika der zweiten Generation sowie umfassende sozialpsychiatrische Maßnahmen sollen es den Betroffenen ermöglichen, ein weitgehend normales Leben führen zu können. Dazu gehört die selbstständige Gestaltung des Alltags ebenso wie ein intaktes Sozialleben und Berufstätigkeit (siehe Abbildung 1).



Um Rückfälle zu verhindern und die Remissionsphasen zu verlängern, ist die Compliance der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung – und zugleich eines der größten Probleme. Studien wie CATIE (Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness“, J. Lieberman et al., September 22, 2005, N ENGL J MED, 353, 12) haben gezeigt, dass im normalen Leben die Compliance der Betroffenen sehr zu wünschen übrig lässt.

Neben den Nebenwirkungen kann die Notwendigkeit, täglich ein Medikament einnehmen zu müssen, zu einer Abnahme der Compliance führen – dieses Problem zeigt sich besonders in der Erhaltungsphase.

Es ist bekannt, dass es mit der Zahl der Rückfälle zu einer Zunahme der sozialen und beruflichen Probleme kommt. Außerdem dauert es länger, bis eine Remission erzielt wird, und das Ansprechen auf die Therapie nimmt ab.

Definition von Remission

In der Behandlung der Schizophrenie werden drei Phasen unterschieden:

- Akutphase: floride Psychose, ausgeprägte Positivsymptomatik;
- Stabilisationsphase: Symptome werden schwächer und verschwinden;
- stabile Phase: länger dauernde reduzierte Intensität der Symptome.

Im langfristigen Verlauf ist vor allem die dritte Phase von zentraler Bedeutung, da es für den Patienten und seine längerfristige Prognose umso günstiger ist, je länger eine Remissionsphase anhält.

Remission

Der Begriff Remission bei Schizophrenie ist wissenschaftlich nicht einfach zu systematisieren. Eine US-amerikanische Expertengruppe schlug vor, dass einige zentrale Symptome über zumindest sechs Monate unter einem bestimmten Grenzwert liegen sollen. Bei Verwendung der PANSS-Skala sollen alle acht der in Tabelle 1 (siehe Seite 2) angeführten Symptome maximal „mild“ ausgeprägt sein.

Recovery

Eine Steigerungsstufe der Remission stellt der Begriff Recovery dar, wobei Recovery hier nicht im Sinne von „Heilung“ zu verstehen ist. Vielmehr steht die Verbesserung der psy-

chosozialen Funktion des Patienten, mehr Stabilität und eine bessere soziale Integration im Vordergrund. Der Patient soll wieder die Fähigkeit gewinnen, den Alltag „normal“ zu bewältigen, und Coping-Strategien für seine besondere Situation erlernen.

Im Mittelpunkt dieses personenzentrierten Modells steht der Patient: Wie kann sie oder er sich weiterentwickeln? Welche Potenziale sind trotz der Erkrankung „Schizophrenie“ vorhanden?

Resilienz

Einen weiteren wichtigen Punkt in der Erhaltung der Remission bildet der Begriff Resilienz – was so viel wie Widerstandskraft, Belastbarkeit heißt. In der Schizophrenietherapie bedeutet Resilienz die Fähigkeit der Betroffenen, bestimmte Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln und aus ihren psychotischen Krisen zu lernen. Werden die Betroffenen in ihrer Krankheitsbewältigung auf diese Weise gestärkt, so verbessert sich auch die Compliance. Aussagekräftige Studien zu Recovery und Resilienz fehlen derzeit aber noch großteils.

Medikamentöse Erhaltungstherapie

Schizophrenie verläuft bei einem Teil der Kranken chronisch, was häufig eine lang dauernde medikamentöse Therapie erforderlich macht. Aus Studien ist bekannt, dass die Compliance von Schizophreniepatienten, gerade in der Erhaltungsphase, häufig eher ungenügend ist. Dazu kommt die Problematik mit eventuellen Komorbiditäten und deren medikamentöser Therapie.

Um Rückfälle zu vermeiden, ist es daher sinnvoll, mit dem Betroffenen einen exakten Behandlungsplan zu erstellen, der sowohl die aktuelle Symptomatik des Betroffenen als auch die Zahl der täglich einzunehmenden Medikamente berücksichtigt. Dabei sind auch das soziale Umfeld und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten zu bedenken, ebenso wie die Möglichkeit psychoedukativer Maßnahmen (siehe Abschnitt Psychoedukation auf Seite 5).

Die Applikationsform ist den Bedürfnissen des Patienten entsprechend zu wählen, wobei die parenterale Applikation nicht selten einer oralen Gabe eines Antipsychotikums überlegen ist.

Remissionskriterien bei Schizophrenie

Tabelle 1

Alle acht Symptomgruppen	Ausprägung auf der PANSS-Skala: „mild“ oder weniger
P ₁ Wahn	1. nicht vorhanden
P ₂ Formale Denkstörungen	2. minimal, fraglich pathologisch
P ₃ Halluzinationen	3. mild
G ₉ Ungewöhnliche Denkinhalte	4. moderat
G ₅ Manierismen und unnatürliche Körperhaltung	5. moderat bis schwer
N ₁ Affektverflachung	6. schwer
N ₄ Sozialer Rückzug	7. extrem schwer
N ₆ Mangel an Spontanität und Flüssigkeit der Sprache	

Zeitkriterium: Mindestens sechs Monate

Quelle: Andreasen et al., Am. J. Psychiatry, 2005

Patientenzitat:

„Täglich stehe ich vor der Entscheidung, meine Medikamente weiter einzunehmen oder nicht.“

Die Betroffenen stehen ihrer Medikation oft sehr ambivalent gegenüber, was durch das oben stehende Zitat eines Schizophreniepatienten deutlich gemacht wird: Sie wissen einerseits um die Notwendigkeit der Einnahme ihres Antipsychotikums für die Erhaltung der Remission, andererseits stehen viele einer täglichen Medikamenteneinnahme eher skeptisch gegenüber.

Dem Behandlungsteam rund um den Patienten, also Arzt, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegepersonen, Psychotherapeuten etc., kommt hier die Aufgabe zu, gemeinsam mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen einen Behandlungsplan zu erarbeiten, der sich nicht damit begnügt, ein Rezept auszustellen und den Kranken damit allein zu lassen. Vielmehr muss genau abgestimmt werden, welches Medikament der Patient in welcher Form erhält und wer ihn oder sie im täglichen Umgang mit der Erkrankung unterstützen kann.

Wenn eine jahrelange antipsychotische Behandlung nötig ist, ist die depotneuroleptische Behandlung für den Betroffenen immer wieder der praktikablere Weg. Vor einer depotneuroleptischen Therapie muss der Betroffene aber ausführlich aufgeklärt und die Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Die parenterale Applikation kann die Remissionsphase unterstützen und damit längerfristig zu einer besseren Lebensqualität führen.



Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer
Psychozialer Dienst
Burgenland



Univ.-Prof. Dr. Martina Hummer
Niedergel. Fachärztin für
Psych. und Neurol., Innsbruck



Prim. Univ.-Doz. Dr. Carl Miller
Psychiatrische Abteilung,
BKH Kufstein



Dr. Peter Poszvek
Niedergelassener Facharzt
für Psychiatrie und
Neurologie, Wien

Patientenzitat:

„Dann stehe ich nur noch alle 14 Tage vor der Entscheidung, die Behandlung fortzusetzen, und bin dann nicht mehr so blockiert.“

Depotmedikation in der Erhaltungstherapie

Depotneuroleptika spielen aus den bereits genannten Gründen eine wesentliche Rolle in der Erhaltungstherapie bei Schizophrenie. Die Auswahl an Medikamenten, die in dieser Applikationsform zur Verfügung stehen, erscheint auf den ersten Blick recht groß. Allerdings verkleinert sich diese Auswahl merklich, wenn der Blick auf die Nebenwirkungsrate gelenkt wird.

Konventionelle Antipsychotika (Neuroleptika der ersten Generation), von denen derzeit noch drei auf dem Markt sind, wirken zwar sehr rasch gegen die Positivsymptomatik, weisen aber auch eine ganze Reihe sehr unangenehmer Nebenwirkungen auf, die die Compliance stark beeinträchtigen können (siehe Tabelle 2).

Konventionelle Depotneuroleptika*	Intervall	Dosis (mg)
Zuclopenthixol-D	zwei bis drei Wochen	200–400
Flupentixol-D	zwei bis drei Wochen	20–100
Haloperidol	zwei bis vier Wochen	50–300

<ul style="list-style-type: none">• Frühdyskinesien• Parkinson-Syndrom• Akathisie• Spätdyskinesien (irreversibel)• Prolaktinspiegelerhöhung• Anticholinerg• Gewichtszunahme• Cholestase (eventuell Ikterus)• Vigilanzminderung• Delirante Syndrome (zentrale anticholinerge Effekte)• Pharmakogene Depression• Malignes neuroleptisches Syndrom
--

*In Österreich zugelassen

Quelle: Universität Mainz und www.kompetenznetz-schizophrenie.de



w.HR Prim. Univ.-Doz.
Werner Schöny
LNK Wagner-Jauregg und
Pro Mente, Linz



Univ.-Prof. Dr.
Johannes Wancata
Univ.-Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Wien

Das einzige derzeit auf dem Markt zugelassene atypische Depotantipsychotikum (Neuroleptikum der zweiten Generation) ist Risperidon. Es weist gegenüber den Depotneuroleptika der ersten Generation einige wesentliche Vorteile auf, vor allem was das Nebenwirkungsprofil betrifft:

- geringeres EPS-Risiko,
- weniger tardive Dyskinesien,
- wirkt besser gegen Negativsymptomatik,
- wirkt besser gegen Therapieresistenz,
- besser wirksam gegen Depressionssymptomatik,
- besser wirksam gegen kognitive Dysfunktion.

Auch auf die Rehospitalisierungsrate und damit direkt auf den Erfolg einer Erhaltungstherapie wirkt sich eine Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation positiv aus: Mehrere Studien (z.B. Rabinowitz 2001, Cernansky 2002) konnten zeigen, dass es unter konventionellen Antipsychotika in 40 Prozent der Fälle zu Rückfällen kommt, Antipsychotika der zweiten Generation führen dagegen nur in ungefähr 25 Prozent der Fälle zu einer Rehospitalisierung.

Oral versus Depot

Zur Erhaltungstherapie bei Schizophrenie stehen heute eine ganze Reihe von oralen Antipsychotika der zweiten Generation zur Verfügung. Eine regelmäßige orale Medikation (oft mehrmals täglich einzunehmen) führt allerdings häufig zu den bereits beschriebenen Problemen. Sie stellt den Betroffenen täglich erneut vor die Entscheidung, Medikamente einzunehmen zu müssen. Unter oralen Antipsychotika der zweiten Generation ist die Rezidivrate gegenüber einer Depotmedikation mit einem Antipsychotikum der zweiten Generation ebenfalls deutlich erhöht.

Je häufiger es zu Rückfällen kommt, desto länger dauert es, bis dann eine Remission erreicht wird. Eine Arbeit von Lieberman et al. (J Clin Psychiatry, 1996) zeigt dies deutlich: Nach dem ersten Rezidiv dauert es im Schnitt 47 Tage bis zum Erreichen einer Remission, nach dem zweiten Rückfall sind es bereits 76 Tage und nach dem dritten schon 130 Tage, bis erneut Remission erreicht werden kann.

Eine Depotmedikation kann den Patienten die Compliance erleichtern, da sie nur alle 14 Tage einen Termin bei ihrem Arzt einhalten müssen und nicht einmal oder mehrmals täglich an ihre orale Medikation denken müssen. Dies erleichtert dem behandelnden Arzt aber auch, die Therapietreue seines Patienten zu überprüfen. Versäumt ein Patient den nächsten Termin, kann dieser kontaktiert und erneut eingeladen werden.

Eine Depotmedikation mit einem Antipsychotikum der zweiten Generation, zu denen auch Risperidon gehört, erleichtert damit die Erhaltungstherapie und ermöglicht – neben der Kontrolle der Erkrankung – auch die Verbesserung der Lebenssituation und Lebensqualität der Betroffenen.

Studiendaten belegen zudem eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik unter Risperidon-Depot (Kane

et al., Am. J. Psychiatry 2003). Auch der Umweg über die orale Darreichungsform auf Risperidon-Depot ist dabei nicht mehr unbedingt erforderlich, wie die rezente StoRMI-Studie gezeigt hatte (Schmauss et al., Intern. Clin. Psychopharmacol 2007).

In einer anderen offenen Studie erhielten 615 Schizophreniepatienten, die bereits mit anderen Antipsychotika stabil eingestellt gewesen waren, über zwölf Monate Risperidon als Depotmedikation (Fleischhacker et al., J Clin Psychiatry 2003). In etwa der Hälfte der Fälle kam es zu einer Verbesserung des PANSS-Scores (Gesamtscore sowie Positiv- und Negativsymptomatik) um 20 Prozent. Die Rehospitalisierungsrate lag bei 18 Prozent und damit wesentlich unter den Raten bisher verfügbarer Therapien.

Trotz der erwähnten Vorteile eignet sich eine Depotmedikation aber nicht für jeden Schizophreniepatienten. Depotneuroleptika sind unter anderem nicht bei sehr akuten Zustandsbildern indiziert, wenn eine rasche Anpassung der Medikation erforderlich ist.

Depotneuroleptika haben vor allem in der Langzeitbehandlung jener Schizophreniepatienten Vorteile, die immer wieder auf die Medikation vergessen und die häufige und schwere Rückfälle erlitten haben. Bei der Entscheidung „Oral oder Depot“ muss aber immer die subjektive Sichtweise des Patienten berücksichtigt und im therapeutischen Gespräch angeschnitten werden.

Sozialpsychiatrische Aspekte

Schon in den 60er Jahren zeigte sich, dass die Verminderung untätig verbrachter Zeit vor allem die Minussymptomatik verringert. Heute ist bekannt, dass Unterforderung der Kranken die Minussymptomatik verstärkt, während Überforderung zu einem Wiederauftreten oder einer Verschlechterung der Positivsymptomatik führt. Dieses Risiko der Über- als auch der Unterforderung sollte daher möglichst vermieden werden.

Aus diesem Grund gehören heute stufenweise Aktivierung und Tagesstruktur noch immer zu den zentralen sozialpsychiatrischen Aspekten der Schizophreniebehandlung, die dazu beitragen, Rückfälle zu vermeiden und die Remission zu erhalten.

Angehörige, die lernen, ihre Kommunikation an die Bedürfnisse des Schizophreniekranken anzupassen (low expressed emotions), können dazu beitragen, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Zu den am häufigsten verwendeten Arbeitsweisen gehören expertengeleitete Angehörigenrunden, gezielte Angehörigen-Einzelinterventionen und Familiengespräche (d.h. mit Krankem und Angehörigem gemeinsam). Die Wirksamkeit dieser Angehörigen-Interventionen auf die Rückfallrate ist nachgewiesen.

Sowohl Aktivierung und Tagesstruktur als auch Angehörigen-Interventionen tragen also dazu bei, Rückfälle zu vermeiden und die Remission zu erhalten.

Remission aus der Sicht von Patienten und Angehörigen

Wenn eine völlige Remission nicht möglich ist, muss Stabilisierung und Reintegration des Erkrankten in die Gesellschaft ein wichtiges Therapieziel sein. Für die Patienten und deren Angehörige haben Remission und Recovery häufig noch ganz andere Bedeutungen als für die behandelnden Ärzte.

Mehr Möglichkeiten für eine sinnvolle Tätigkeit Betroffener wünscht sich der Obmann der Selbsthilfeorganisation Helping Friends Burgenland.

Remission, also das Zurückgehen oder Verschwinden von Krankheitszeichen, ist für die meisten Betroffenen sicher ein ganz wichtiges Ziel. Wissen um die eigene Erkrankung und selbst- und verantwortungsbewusstes Umgehen mit therapeutischen Angeboten sind wesentliche Voraussetzungen für Remission.

Remission sollte für Betroffene eigentlich auch bedeuten, dass die Chancen, wieder besser in die Gesellschaft eingebunden zu sein, größer werden. Das ist aber oft nicht der Fall. Vorurteile und Ablehnung („Stigma“) stehen im Weg. Manchmal kann die Remission die Vorurteile noch verstärken, weil die Krankheit nicht mehr sichtbar ist und daher dem Betroffenen, der noch nicht arbeiten oder der einfach keine passende Tätigkeit finden kann, auch noch Faulheit vorgeworfen wird. Auch den öffentlichen Stellen wie dem AMS fehlt oft das Verständnis für die besonderen Bedürfnisse von Betroffenen in Remission. Ganz besonders wichtig wären für Betroffene in einer Remission flexiblere Möglichkeiten, wieder den Einstieg in sinnvolle Tätigkeit zu ermöglichen. Flexible Arbeits- und Erwerbsmöglichkeiten bei gewährleisteteter Grundsicherung sind dazu ein Denkansatz.

Christian Grössing
Helping Friends Burgenland
Betroffenen-Selbsthilfe

Remission bedeutet eine spürbare Entlastung für die Angehörigen von SchizophreniepatientInnen, wissen die Obleute der Selbsthilfeorganisation HPE Burgenland

Der Expertendiskurs über die genaue Ab- und Eingrenzung des Begriffs Remission im Krankheitsverlauf einer Schizophrenie wird einen Angehörigen weniger berühren, weil dieser ja Verhalten und Befindlichkeit seines Familienmitglieds und nicht die Krankheit an sich wahrnimmt. Wenn Remission aber heißt, dass die Symptome der Krankheit entweder dauernd oder auch nur vorübergehend verschwinden bzw. so stark vermindert auftreten, dass das betroffene Mitglied der Familie wieder imstande ist, ein halbwegs selbstständiges Leben zu führen und Unterstützung nur mehr in besonderen Situationen braucht, dann bedeutet das für die Angehörigen eine ungeheure Erleichterung: Der Dauerstress, ständig verfügbar sein zu müssen, fällt weg oder ist drastisch zurückgegangen, und es eröffnen sich für den Angehörigen wieder Freiräume für sein eigenes Leben.

Vor allem aber würden diese Zeiten, in denen das betroffene Mitglied der Familie entweder überhaupt nicht oder nur kaum erkennbar an seiner Krankheit leidet, in einer ganz be-

sonderen Weise eine gewaltige Last von den Schultern seiner Angehörigen nehmen; nämlich dann, wenn wieder einmal eines der größten Angehörigenprobleme zum Thema wird: Was geschieht mit meinem Sohn/meiner Tochter, wenn ich nicht mehr für sie/für ihn sorgen kann? Denn dann würde sich eine Perspektive zeigen, die sehr oft für eher unwahrscheinlich gehalten wird: Vielleicht gibt es für mein Kind/ meinen Angehörigen doch eine Form eines einigermaßen selbstständigen Lebens, die nur in geringem Umfang an ganz bestimmten Punkten Unterstützung braucht.

Hermi Leiner und Bruno Wögerer,
HPE Burgenland (Angehörigen-Organisation)

Psychoedukation in der Remission

Um jedoch alle Ziele auf dem Weg zur Remission und zu Recovery zu erreichen, ist nicht nur eine adäquate (und regelmäßige!) Medikation nötig. Der Schizophreniepatient und seine Angehörigen benötigen zudem Unterstützung zur Bewältigung der Erkrankung und des Alltags. Richtig durchgeführte Psychoedukation bietet diese Unterstützung. Psychoedukation ist sowohl für den Erkrankten als auch für seine/ihre Angehörigen wichtig, denn sie sorgt für einen ausgeglichenen Wissensstand über die Erkrankung und bietet Coping-Strategien für den Alltag an. Genau definierte Ziele erleichtern die Durchführung wirksamer Psychoedukationsprogramme.

Ziele

für den Patienten/die Patientin sind:

- umfassende Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten,
- Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzepts mit Verbesserung der Krankheitseinsicht,
- Förderung von Compliance für weitere therapeutische Maßnahmen,
- Reduktion von Ängsten, die mit der Erkrankung verbunden sind,
- Stärkung einer gesundheitsfördernden Lebensweise,
- Verbesserung der Coping-Fähigkeiten und des Krisenmanagements,
- Vermittlung von Hoffnung.

Der Patient ist nicht nur als kranker Mensch zu sehen, sondern auch als Partner in der Bewältigung der Erkrankung, der über Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügt, die er oder sie nutzen kann. Psychoedukative Maßnahmen helfen dabei.

Für die Angehörigen stehen in der Psychoedukation folgende Ziele im Mittelpunkt:

- emotionale Entlastung der Angehörigen,
- Verbesserung des subjektiven Befindens der Angehörigen,
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und zur Unterstützung bei Krisen,
- Verbesserung des innerfamiliären Umgangs im Hinblick auf die Erkrankung.

Klar ist: Nicht der behandelnde Arzt allein kann alle diese Aufgaben – von der medikamentösen Therapie bis hin zur

Psychoedukation – leisten. Es bedarf vielmehr eines engmaschigen Netzwerks aus Krankenhaus, Arztpraxis, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Patienten, die im Idealfall eng zusammenarbeiten, um für den Patienten und seine Angehörigen das jeweils beste Behandlungspaket zu schnüren. Auf dem Weg zur Remission und in der Remission erzielt regelrecht durchgeführte Psychoedukation gute Erfolge, wie Tabelle 3 zeigt.

Tabelle 3

Langfristige Ergebnisse psychoedukativer Interventionen unter Einbeziehung der Angehörigen

Rehospitalisierungsraten nach

Autoren/ Behandlungsvergleich	5 Jahren	7 Jahren	8 Jahren
Tarrier et al., 1994:			
• Psychoedukativ-behavioral ausgerichtete Familienintervention versus	62%		67%
• Standardbehandlung	83%		88%
Hornung et al., 1999:			
• Psychoedukative Gruppe + kognitive Therapie für Pat. + psychoedukative Gruppe für Bezugspersonen versus	42%		
• Standardbehandlung (+Freizeitgruppe)	69%		
Bäumel et al., 2003:			
• Psychoedukative Gruppen für Patienten und Angehörige versus		54%	
• Standardbehandlung		88%	

Quelle: Modifiziert durch M. Hummer nach Pitschel-Walz, 2004

Information und Entlastung

Eine lege artis durchgeführte Psychoedukation steht auf zwei Beinen:

- Informationsvermittlung,
- emotionale Entlastung.

Um mit einer Erkrankung wie der Schizophrenie leben zu lernen, ist es wichtig, möglichst genau über Ursachen, Symptome, Diagnose und Therapie informiert zu sein. Zu erläutern ist die Akut- und die Notwendigkeit einer Langzeittherapie. Dazu kommt das Erlernen von Selbsthilfestrategien, die dabei helfen, Symptome frühzeitig zu erkennen und entsprechendes Krisenmanagement anzuwenden. Dies gilt sowohl für den Patienten als auch für seine Angehörigen.

Eine Schizophrenieerkrankung kann sowohl für die Betroffenen wie für die Angehörigen eine große emotionale Belastung darstellen. Hier Entlastungsstrategien anzubieten, ist die zweite große Schiene der Psychoedukation. So werden Belastungsreaktionen, die durchaus nicht immer unbegründet sind (Beispiel Stigmatisierung), ebenso bearbeitet, wie z.B. Trauerarbeit erforderlich sein kann, da Ziele vielleicht nicht erreicht werden können und neu formuliert werden müssen. Wichtig ist auch eine Entlastung der Erkrankten und ihrer Angehöriger von Schuld- und Versagensgefühlen.

Einen wesentlichen Punkt stellt auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Erkrankten bzw. Angehörigen Schizophrenieerkrankter dar, weshalb Psychoedukation nach Möglichkeit in Gruppen angeboten werden sollte. Nicht zuletzt will die Psychoedukation den Betroffenen Mut und Hoffnung für die Bewältigung der Erkrankung bieten.

Psychoedukation beginnt nicht erst in der Remission. Vielmehr stellt bereits das aufklärende Erstgespräch in der Akutsituation eine psychoedukative Maßnahme dar. Psychoedukation hat den aufgeklärten Patienten als Ziel, der – mit professioneller Unterstützung und gemeinsam mit seinen Angehörigen – aktiv an der Bewältigung seiner Erkrankung arbeitet, um so nicht nur die Remission, sondern – wenn irgend möglich – Recovery zu erreichen. Das bedeutet letzten Endes die optimale sozialpsychiatrisch unterstützte, soziale Integration im Rahmen der Notwendigkeiten der im Hintergrund weiter bestehenden Erkrankung.

Zusammenfassung

Remission bei Schizophrenie ist ein erreichbares Ziel. Es setzt aber unter anderem die Compliance der betroffenen Patienten für eine medikamentöse Langzeittherapie voraus. Eine Depotmedikation mit einem Antipsychotikum der zweiten Generation stellt eine Option dar, die dem Betroffenen die Entscheidung für die Medikation erleichtern kann.

Um die Remission zu erhalten und die Krankheitssymptome zu minimieren, spielen die Psychoedukation der Patienten, die Arbeit mit den Angehörigen und die Tagesstruktur eine wesentliche Rolle. Das wichtigste Ziel von Psychoedukation ist Informationsvermittlung, um dem Kranken die Möglichkeit zu geben, mit seiner Krankheit eigenverantwortlich umzugehen. All diese Aspekte dienen dem Ziel, eine Remission möglichst lange zu erhalten und ein möglichst autonomes Leben zu ermöglichen. n

n Impressum Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 0753211 Verlags- und Redaktionsadresse: Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at Geschäftsführung: Thomas Zembacher DW 110 Für den Inhalt verantwortlich: Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer, Univ.-Prof. Dr. Martina Hummer, Prim. Univ.-Doz. Dr. Carl Miller, Dr. Peter Poszvek, w.HR Prim. Univ.-Doz. Werner Schöny, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata Lektorat: Karl Heinz Javorsky Art Direction: Karl J. Kuba Layout und DTP: Johannes Spandl Druck: Friedrich VDV, 4020 Linz Auflage: 5.000 Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung von Janssen-Cilag