

SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung,
Therapie und
psychosozialem Management

Jahrgang 36

September 2020

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Michael Linden</i> Nebenwirkungen in der Psychotherapie.....	05
<i>Dieter Naber</i> Wie kommt das Subjektive in die Schizophrenie?.....	16
<i>M. Köhne, U. Sprick</i> Wirkfaktoren und Rahmenbedingungen: Der Raum Architektur und Psychiatrie – Können Räume deeskalieren?.....	25
<i>Gerlinde Tobias</i> Vom Ich- und Du-Wissen zum Wir-Wissen?.....	39
<i>Arno Deister</i> S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.....	41
<i>Daniel Schöttle</i> Vortrag im Rahmen der Podiumsdiskussion „Nutzen und Nebenwirkungen von Antipsychotika“.....	47
Mitteilungen des gfts-Vorstandes.....	59

Mitteilungsorgan der **gfts**

Impressum

- Herausgeber:** Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch
begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“,
gfts e.V.
- Redaktion:** W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
- Gestaltung:** W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
- Webseite:** www.gfts.de
- ISSN-Nr.** 0938 -2720

SCHIZOPHRENIE

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>Michael Linden</i> Nebenwirkungen in der Psychotherapie.....	05
<i>Dieter Naber</i> Wie kommt das Subjektive in die Schizophrenie?.....	16
<i>M. Köhne, U. Sprick</i> Wirkfaktoren und Rahmenbedingungen: Der Raum Architektur und Psychiatrie – Können Räume deeskalieren?.....	25
<i>Gerlinde Tobias</i> Vom Ich- und Du-Wissen zum Wir-Wissen?.....	39
<i>Arno Deister</i> S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.....	41
<i>Daniel Schöttle</i> Vortrag im Rahmen der Podiumsdiskussion „Nutzen und Nebenwirkungen von Antipsychotika“	47
Mitteilungen des gfts-Vorstandes.....	59

Kongressankündigungen

September 2019 bis September 2020

Tagungen unter: www.zbmed.de >> Kongresskalender
ZPID Kalender

Datum	Name der Veranstaltung	Tagungsort
12.09.2020 15.09.2020	33rd ECNP Congress - European College of Neuropsychopharmacology—Virtual!; https://2020.ecnp.eu	Virtual!
04.10.2020 08.10.2020	49. Lübecker Psychotherapietage - Leitthema: „Gewissen – mehr oder weniger“; kongress@luebeck-tourismus.de	Lübeck (DE)
14.10.2020 17.10.2020	20th WPA World Congress of Psychiatry (WCP 2020); http://www.bitec.co.th	Bankok (TH)
09.11.2020 10.11.2020	Psychiatrie und Psychotherapie Update Refresher; www.fomf.at	Wien (AT)
25.11.2020 28.11.2020	Kongress der DGPPN 2020; dgppn.registrierung@mcon-mannheim.de	Berlin(DE)
03.02.2021 06.02.2021	49. Annual Meeting of the International Neuropsychological Society; ins@the-ins.org	San Diego (US)
03.03.2021 07.03.2021	31. Kongress für Klin. Psychologie, Psychotherapie und Beratung "Brave New (Psycho) Therapy"; www.dgvt-kongress.de	Berlin (DE)
11.04.2021 23.04.2021	Lindauer Psychotherapiewochen; 1.Wo: 11.-16.04.2021; 2. Wo: 18.-23.04. 2021; www.lptw.de	Lindau (DE)
21.04.2021 24.04.2021	37. Deutscher Kongress f Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; dgkjp2021@cpo-hanser.de	Magdeburg (DE)
01.05.2021 05.05.2021	American Psychiatric Association (APA) 2021 Annual Meeting; apa@psych.org	Los Angeles (US)
12.05.2021 15.05.2021	38. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs; https://symposium-2021.de/	Mannheim (DE)
25.05.2021 28.05.2021	25. Suchttherapietage - „Veränderte Gesellschaft, veränderte Sucht.....“; kontakt@suchttherapietage.de	Hamburg (DE)
16.06.2021 18.06.2021	DGPM-DKPM-Kongress 2021; https://deutscher-psychosomatik-kongress.de	Ljubljana (SI)
06.07.2021 09.07.2021	17th European Congress of Psychology; @ecp2021	New York (US)
16.09.2021 17.09.2021	17. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie; marion.roggo@upd.ch	Wien (AT)
24.09.2021 26.09.2021	5. International DVG-Conference "Gestalt for Future – Creating a Network for Research"; https://www.dvg-gestalt.de	Hamburg (DE)
24.09.2021 26.09.2021	16. Int. Psychodrama Conference „Riding the waves in stormy times“; pafeconference@gmail.com	Berlin (DE)
02.10.2021 05.10.2021	34th European College of Neuropsychopharmacology (ECNP); congress2021@ecnp.eu	Lisboa (PT)

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**
Jahrgang 36(2020)

Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2019 und 2020

- Achtsamkeitstraining. Ein Trainingsmanual für psychiatrische Patienten: Wolf-Arehult, Martina (2019, 2. aktualis. Ausg.). Störungsspezifische Psychotherapie. ISBN 978-662-60318-5
- Angst und Angststörungen. Psychoanalytische Konzepte: Ermann, Michael (2019, 2. Aufl.). Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik. ISBN 978-3-17-033696-4
- Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen: Riedel, Andreas (2020, 1. Aufl.). PraxisWissen Band 7. ISBN 978-3-96605-031-9
- Borderline-Störung: Bohus, Martin (2019, 2. vollst. überarb. Aufl.). Fortschritte der Psychiatrie, Band 14. ISBN 978-3-8409-2853-6
- Cannabis, Potential und Risiko; eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme: Hoch, Eva (2019, 1. Aufl.). ISBN 978-3-662-57291-7
- Depression: Schmauß, Max (2019, 4. Aufl.). Therapietabellen Psychiatrie, Band 83. ISBN 978-3-96474-226-1
- Depression, Psychodynamik und Therapie: Will, Herbert (2019, 4. Aufl.). Psychoanalytische Krankheitslehre. ISBN 978-3-17-032979-9
- Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch: Petermann, Franz (Hrsg.) (2020, 6. überarb. Ausg.). ISBN 978-3-621-28697-8
- Forensische Psychiatrie. Leitfaden für die klinische und gutachterliche Praxis: Oefele, Konrad von (2019, 2. Aufl.). ISBN 978-3-662-58849-9
- Gewalt durch psychisch Kranke. Ein Dilemma (nicht nur) des Maßregelvollzugs?: Steinböck, Herbert (Hrsg.) (2019). ISBN 978-3-95853-513-8
- Gruppentherapie: Sipos, Valerija (2019, 1. Aufl.). Standards der Psychotherapie, Band 6. ISBN 978-3-8409-2921-2
- Handbuch der integrativen Therapie: Leitner, Anton (2020, 2. Aufl.). ISBN 978-3-662-60594-3
- Impulskontrollstörungen in der Verhaltenstherapie: Ehret, Alfred (2019, 1. Aufl.). ISBN 978-3-621-28672-5
- Individualisierte Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Behandlungskonzept: Sack, Martin (2019). ISBN 978-3-608-20379-0
- Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT: Roder, Volker (2019, 7. überarb. Aufl.). Materialien für die klinische Praxis. ISBN 978-3-621-28558-2
- Kompendium der Psychotherapie. Für Ärzte und Psychologen: Kircher, Tilo (Hrsg.) (2019, 2. Aufl.). ISBN 978-3-662-57287-0
- Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen: Schlimme, Jann E. (2019, 1. Aufl.). ISBN 978-3-88414-926-3

-
- | | |
|--|--|
| Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT): Euler, Sebastian (2020, 2. aktual. Ausg.). Psychotherapie kompakt. ISBN 978-3-17-038696-9 | Suizidalität und Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Gerngroß, Johanna (Hrsg.) (2020). ISBN 978-3-608-20467-4 |
| Narzissmus. Grundlagen-Formen-Interventionen: Walter, Marc (2020, 1. Aufl.). ISBN 978-3-17-034215-6 | Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art: Voderholzer, Ulrich (2019, 14. Aufl.). ISBN 978-3-437-18886-2 |
| Neuropsychologie der Schizophrenie: Thoma, Patrizia (2019). Springer Essentials. ISBN 978-3-658-25736-1 | Therapie-Tools Verhaltenstherapie. Therapieplanung, Probatorik, Verhaltensanalyse: Neudeck, Peter (2020, 2. Aufl.). Therapie-Tools. ISBN 978-3-621-28674-9 |
| Das Persönlichkeits-Störungs-Rating-System (PSRS): Sachse, Rainer (2020 erste Aufl.). Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, Band 19. ISBN 978-3-8409-2994-6 | Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen: Hans Ulrich Schmidt, Thomas Stegemann, Carsten Spitzer (Hrsg.) (2020, 1. Aufl.). ISBN 978-3-437-21113-3 |
| Praktische Psychopharmakotherapie: Laux, Gerd (2020, 7. Aufl.). ISBN 978-3-437-09738-6 | Metakognitive Therapie: Cornelia Exner, Jana Hansmeier (2020, 1. Aufl.) Hogrefe Göttingen. ISBN 978-3-8017-2769-7 |
| Psychoneurowissenschaften: Roth, Gerhard (2020). Springer Spektrum Lehrbuch. ISBN 978-3-662-59038-6 | Alles, was Recht ist : der Rechtsratgeber für die Psychotherapie und Psychiatrie: Peter Kalb ; Barbara Wild (2020). Schattauer. ISBN 978-3-608-40032-8 |
| Psychosomatik– neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert: Egle, Ulrich T. (2020, 1. Aufl.). Kohlhammer Medizin. ISBN 978-3-17-030664-6 | Selbstverletzendes Verhalten: Christian Schmahl ; Christian Stiglmayr (2020). Hogrefe Göttingen. ISBN 978-3-8017-2751-2 |
| Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit: Sulz, Serge K.D. (2020, 1. Aufl.). ISBN 978-3-17-36834-7 | Die Methoden-Matrix der Psychotherapie : systemische und verhaltenstherapeutische Techniken kombinieren: H. Grünwald, T. Held, B. Horni (2020, 1. Aufl.). ISBN 978-3-621-28682-4 |
| Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen: Bramesfeld, Anke (2019, 1. Aufl.). Hogrefe Programmbereich Gesundheit. ISBN 978-3-456-95869-9 | Begutachtung psychischer Störungen: Frank Schneider, Helmut Frister, Dirk Olzen (2020, 4. Aufl.). Springer Berlin. ISBN 978-3-662-59120-8 |
| Suchtmedizin: Soyka, Michael (2019, 1. Aufl.). ISBN 978-3-437-17051-5 | |
-

Nebenwirkungen in der Psychotherapie¹⁾

Michael Linden

Es ist eine alte medizinische Weisheit, dass Behandlungen schaden können. "Nil nocere (verursache keinen Schaden)" ist eine der ersten und wichtigsten ethischen Regeln in der Medizin, die bis auf Hippokrates zurückgeht. In der Geschichte der Medizin gab es zahlreiche Beispiele, wie Behandlungen Patienten getötet haben, obwohl die Therapeuten dabei die besten Absichten hatten und überzeugenden Theorien folgten, sei es die Phlebotomie (Aderlass) in früheren Zeiten oder die Behandlung mit Cholesterinsenkenern oder Opiaten in neuerer Zeit. Darüber hinaus gilt auch als eine klinische Weisheit, dass Behandlungen ohne Nebenwirkungen in den meisten Fällen auch keine Hauptwirkungen haben.

Da alle Ärzte oder Therapeuten ihren Patienten helfen wollen, ist ihre Aufmerksamkeit auf positive Behandlungseffekte gerichtet. Dennoch sollten bei der Zulassung von Behandlungen durch die Aufsichtsbehörden und mehr noch im konkreten Behandlungsfall, Nebenwirkungen ebensoviel Berücksichtigung finden, wie Positivwirkungen. Dies ist in der Pharmakotherapie oder Chirurgie inzwischen allgemein anerkannt.

In der Psychotherapie stellen sich beim Umgang mit Nebenwirkungen jedoch eine Reihe besonderer Probleme. Es ist jedermann bekannt, dass es negative Auswirkungen haben kann, wenn zwei Menschen miteinander sprechen. Dies

gilt für alltägliche Gespräche, aber ebenso für psychotherapeutische Interventionen. Dennoch gibt es bis heute keinen Konsens darüber, was man als Psychotherapie-Nebenwirkung ansehen sollte. Es gibt keine Regelungen, wie eine systematische Nebenwirkungsüberwachung in klinischen Studien durchzuführen ist. Es gibt keine international anerkannten Instrumente und Methoden zur Beurteilung von Nebenwirkungen. Es gibt kaum Kurse zu diesem Thema in der Ausbildung neuer Psychotherapeuten. Es gibt keine Empfehlungen oder Richtlinien, wie man Nebenwirkungen in der Routinepsychotherapie erkennen und behandeln kann.

Es findet sich sogar die Meinung, dass Psychotherapie keine Nebenwirkungen haben könne, da sie ja eine wohlwollende Interaktion zwischen zwei Menschen sei. Schon Sigmund Freud (1926) hat dieses Thema eher verharmlost, indem er schrieb: *„Schwere, dauernde Verschlimmerungen des Krankheitszustandes sind nach meinem Urteil auch bei ungeschickter Anwendung der Analyse nicht zu befürchten. Die unerfreulichen Reaktionen klingen nach einer Weile wieder ab. Neben den Traumen des Lebens, welche die Krankheit hervorgerufen haben, kommt das bisschen Miss-handlung durch den Arzt nicht in Betracht. Nur dass eben der ungeeignete Versuch nichts Gutes für den Kranken geleistet hat.“*

Hinzu kommt, dass empirisch gezeigt wurde, dass Psychotherapeuten sich schwer tun vorherzusagen, welcher Patient von der Behandlung profitieren wird und eine Tendenz haben, Behandlungsfehler oder -probleme eher dem Patienten als der Therapie zuzuordnen (Bystedt et al., 2014; Hannan et al., 2005; Dimidjian und Hollon, 2010; Hatfield et al., 2010; Märten 2005; Brodsky, 2011). Es scheint einen Recognition-Bias oder Selbstesteem-Attributionsstil zu geben, der eine nüchterne Reaktion auf Nebenwirkungen erschwert.

Definition von Psychotherapie Nebenwirkungen

Psychotherapie Nebenwirkungen müssen abgegrenzt werden gegenüber sonstigen Negativentwicklungen. Dazu gehört die

Unterscheidung zwischen positiven und negativen Effekten (Freyberger und Spitzer, 2018), die Abgrenzung gegen therapieunabhängige Krankheitsentwicklungen oder Therapieversagen, und insbesondere die Trennung von Kunstfehlerfolgen oder gar Folgen unethischen Verhaltens (Hoffmann et al 2008). Solche Unterscheidungen sind von großer Bedeutung für einen sachlichen und rationalen Umgang mit dem Thema Nebenwirkungen. Auf diesem Hintergrund sind bei der Nebenwirkungserfassung mehrere Schritte (Tab. 1) erforderlich (Linden 2013).

Was ist ein unerwünschtes Ereignis?

Zunächst ist es notwendig, "unerwünschte Ereignisse" zu erkennen. Als solche werden alle negativen Veränderungen der Krankheitssymptome, aber auch der familiären oder beruflichen Beziehungen bezeichnet. Während ein Patient in der Therapie ist, kann vieles passieren. Die Symptome können sich ver-

Tabelle 1: Entscheidungsschritte bei der Beurteilung von Psychotherapie Nebenwirkungen

1. Unerwünschte Ereignisse

Gibt es Veränderungen im Status oder im Lebenszustand des Patienten, die als negativ anzusehen sind, d.h. man sie vermeiden würde, wenn es eine andere Optionen gäbe?

2. Therapiebedingte Effekte

Wurde das negative Ereignis durch die Behandlung verursacht, d.h. besteht ein Zusammenhang mit therapeutischen Eingriffen und Prozessen?

3. Therapiequalität

Wurde die Behandlung nach professionellen Standards durchgeführt?

> Nebenwirkungen sind unvermeidliche Begleiterscheinungen einer korrekt durchgeführten Behandlung.

schlimmern, es kann eine Scheidung oder ein anderes Lebensereignis vorkommen. Zum Beispiel könnte ein Arbeitskollege Selbstmord begehen oder der Patient seinen Job verlieren. Die Frage ist, wo der Therapeut nach potentiellen Nebenwirkungen suchen sollte und aus welcher Quelle gültige Informationen über Nebenwirkungen gewonnen werden können. Aus Studien zur Psychopharmakotherapie ist bekannt, dass Patienten mehr Nebenwirkungen berichten als ihre Ärzte und diese auch als schwerer einschätzen (Lindström et al., 2001; Lapshin et al., 2006). Der Befragung von Patienten kommt also eine besondere Bedeutung zu (Gahleitner et al 2014). Das ist aber nicht hinreichend, da sie beispielsweise zwischen Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen nicht sicher unterscheiden und auch das Gesamtspektrum potentieller Nebenwirkungen nicht überblicken können.

Eine Hilfe, wo therapeutischerseits nach unerwünschten Ereignissen während der Therapie gesucht werden muß, gibt die UE-ATR-Checkliste (Linden, 2013). Sie listet Bereiche auf, die bei der Suche nach psychotherapeutischen Nebenwirkungen zu berücksichtigen sind. Es gibt die subjektiven Beschwerden des Patienten und die Symptome der Erkrankung. Sie können sich verschlechtern oder nicht verbessern oder wieder aufleben. Es gibt den Therapieprozess mit interaktionalen Problemen und Konflikten zwischen Therapeut und Patient oder zwischen Patienten in Gruppentherapien. Es kann aber auch zu einer Abhängigkeit vom Therapeuten mit einem extrem guten Therapeut-

-Patienten-Verhältnis und einer Verlängerung der Therapiedauer kommen. Es kann zu negativen Veränderungen im sozialen Umfeld kommen, seien es Konflikte in der Familie, bei der Arbeit oder in der Freizeit. Es können Probleme bezüglich der Krankheitsbewältigung entstehen, beispielsweise durch die Induktion falscher Erinnerungen oder durch Demoralisierung, da die bestehenden Probleme im Laufe der Therapie immer komplexer werden (Linden et al 2015). Schließlich kann es auch zu externen Problemen wie Stigmatisierung oder Nichtzulassung in der privaten Krankenversicherung kommen (Schomerus und Freyberger, 2014). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass man alle Lebensbereiche durchleuchten muss. Ein "Ereignis" ist definiert durch Veränderungen in zeitlicher, lokaler oder persönlicher Verbindung zur Therapie.

Wann ist ein Ereignis negativ?

Im nächsten Schritt muss entschieden werden, was man als ein "negatives oder unerwünschtes Ereignis" definiert. Ist es positiv oder negativ, wenn der Patient gelernt hat, nein zu sagen, wenn Angst bei Expositionsübungen ausgelöst wird oder wenn es zu einer Scheidung kommt? Die Antwort auf die Frage, was gewollt und unerwünscht ist, ist unter Psychotherapeuten sehr umstritten (Freyberger & Spitzer 2018). Es gibt die Ansicht, dass eine therapeutisch unvermeidliche oder gar beabsichtigte therapeutische Wirkung keine Nebenwirkung sein kann. Bei der Einreichung eines Manuskripts über psychotherapeutische

Nebenwirkungen beim Journal of Psychiatric Practice lehnte der Hauptherausgeber Dr. Oldham dieses ab, obwohl es von den Reviewern bereits akzeptiert worden war und schrieb: "Die hier berichteten Nebenwirkungen könnten in vielen Fällen als gewöhnliche Reaktionen auf den Prozess der kognitiven Verhaltenstherapie und als ein notwendiger Teil des Therapieprozesses ausgelegt werden. Beispielsweise wird bei Expositionsbehandlungen typischerweise ein negatives Wohlbefinden und Belastung erwartet. Wenn ein Mann in einer schwierigen Ehe lernt sich durchzusetzen, dann kann das seine Frau unzufrieden machen. Effekte, die eine integrale Rolle im therapeutischen Prozess spielen, können nicht als "Nebenwirkungen" interpretiert werden". Diese Auffassung besagt, dass es keine Nebenwirkung sein könne, wenn ein negatives Ereignis erwartet wird, beabsichtigt, unvermeidlich oder sogar notwendig ist, um die Behandlungsziele zu erreichen. Diese Position ist allerdings wenig empathisch dem Patienten gegenüber und fachlich gefährlich, wenn nicht sogar unethisch. Ein Vergleich mit einer Operation kann das Problem verdeutlichen. Bei der Behandlung von Brustkrebs mussten die Chirurgen bis vor einigen Jahren regelmäßig die Brust entfernen und die Patientin stark verstümmeln. Dies war notwendig, erwartet, beabsichtigt und unvermeidlich und die Patientinnen hatten auch darin eingewilligt. Dennoch wußten die Chirurgen und vor allem auch die Patientinnen, dass dies ein negativer Begleiteffekt der Krebstherapie war. Dies war ein wesentlicher Anlass, mikrochirurgische Verfah-

ren zu entwickeln mit dem Ergebnis, dass heute in den meisten Fällen „brusterhaltend“ operiert werden kann. Das frühere Vorgehen wäre heute ein Kunstfehler. Ebenso kann es beim derzeitigen Wissensstand unvermeidlich sein, während der Expositionsbehandlung Angst zu erzeugen oder Spannungen mit dem Partner als Folge eines Assertivnesstrainings auszulösen. Dennoch sind diese Belastungen nicht gut, und der Therapeut und die Wissenschaft sollten daran arbeiten, neue, ähnlich wirksame, aber weniger belastende Behandlungen zu entwickeln.

Was ist therapiebedingt?

Im Weiteren muss festgestellt werden, ob das negative Ereignis durch die Behandlung verursacht wird. Der Patient kann eine Scheidung oder eine Verschlechterung der Symptome ohne Bezug zur Therapie erleiden. Auch ein Therapie-Nonresponse kann unabhängig von der laufenden Therapie sein.

Wissenschaftlich fundierte Beweise für therapieabhängige Negativwirkungen können aus randomisiert-kontrollierten Studien stammen, die die Häufigkeit und Art unerwünschter Ereignisse in der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe vergleichen. Im klinischen Kontext gibt der zeitliche Ablauf einen Hinweis auf eine therapieabhängige Entwicklung, was alleine aber nicht hinreichend ist.

Die UE-ATR-Checkliste (Linden, 2013) nennt eine Reihe prozessuraler Merkmale, die für eine Therapiebedingtheit sprechen. Dies umfasst theoretische Vorannahmen, diagnostische Schwerpunktsetzungen, die Wahl des Therapieansatzes,

die Art der Interventionsmethode, Sensibilisierungsprozesse oder die therapeutische Beziehung. Wenn es zu Problemen in den Familienbeziehungen kommt, nachdem der Therapeut theoriegeleitet die Mutterbeziehung problematisiert hat, dann kann dies mit gewisser Wahrscheinlichkeit als Therapiefolge angesehen werden. Wenn der Therapeut sich diagnostisch auf einen potentiellen Mißbrauch konzentriert, dann kann die Induktion von Fehlerinnerungen der Therapie zugesprochen werden. Wenn eine Expositionsbehandlung durchgeführt wird und der Patient in der Folge verstärkte Angst zeigt, dann ist ein Therapiezusammenhang wahrscheinlich. Wenn der Therapeut negative Lebenserfahrungen wieder aufrührt und der Patient in der Folge diese ursprünglich vergessenen Bilder nicht mehr aus dem Kopf bekommt, dann kann von einer Nebenwirkung gesprochen werden. Wenn der Patient und Therapeut die laufende Behandlung als sehr wirksam ansehen und der Patient dann meint, ohne Therapeut sein Leben nicht mehr gestalten zu können, dann ist das als Therapieabhängigkeit zu sehen.

Was ist eine korrekte Therapie?

Es muss schließlich geklärt werden, ob das negative Ereignis durch eine korrekte Behandlung verursacht wurde. Es gibt negative Ereignisse, die mit der Behandlung zusammenhängen, aber die durch eine unprofessionelle Behandlung oder durch ein Fehlverhalten verursacht werden. Die Folgen einer unsachgemäßen Behandlung sind keine Merkmale der Psychotherapie und dürfen nicht damit in

Zusammenhang gebracht werden, was ein Psychotherapeut regelkonform tut. Diese Unterscheidung ist unerlässlich, da sie ermöglicht, Nebenwirkungen ohne Vorwürfe gegen den Therapeuten zu diskutieren.

Ein allgemeines Problem ist, dass es in der Psychotherapie viel schwieriger als in anderen Bereichen der Medizin ist, zu sagen, was eine adäquate Therapie ist. Die therapeutischen Standards sind oft unspezifisch. Da Nebenwirkungen eine Folge therapeutischer Maßnahmen sind, stellt sich unweigerlich die Frage, ob sie unvermeidlich waren oder gar die Folge von Fehlhandlungen sind. Der Vorwurf eines Fehlverhaltens kann zu einer Umkehr der Beweislast führen, d.h. der Therapeut muss beweisen, was er getan hat und dass dies angemessen und "lege artis" war. Es liegt zunächst einmal an dem Therapeuten zu beweisen, dass seine Behandlung professionellen Standards entspricht. Das Nebenwirkungsproblem zwingt daher sowohl den Berufsstand als auch den einzelnen Therapeuten, die richtige Behandlung zu definieren, zu ermitteln und zu dokumentieren. Psychotherapie gilt als eine wissenschaftlich geführte und evidenzbasierte Therapieform, die trotz individueller Anpassungen an den einzelnen Patienten nach etablierten Fachkonzepten folgen sollte.

Eine Grundregel ist allerdings auch, dass kein Therapeut perfekt sein muss. Von einer korrekten Behandlung kann ausgegangen werden, solange es keinen eindeutigen Hinweis auf grob falsches Verhalten gibt, wie z.B. unethisches Verhalten, wie sexuellen Missbrauch oder Verletzung der Vertraulichkeit.

Neben der juristisch relevanten Fehllhandlung gibt es natürlich auch eine schlechte Behandlung. Dies ist schwieriger zu ermitteln. Beispiele dafür sind, dass der Therapeut technische Fehler bei der Erteilung einer Hausaufgabe macht, eine Reiz- anstelle von einer Reaktionsexposition durchführt oder über grundlegende Überzeugungen diskutiert, anstatt den sokratischen Dialog zu nutzen. Es ist eine ethische und berufliche Anforderung, dass Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten sollten. Dieses Ziel wird durch das Nebenwirkungsproblem noch einmal verdeutlicht, da davon ausgegangen werden kann, dass eine korrekte Behandlung auch für den Patienten die sicherste sein sollte. Unter einer Nebenwirkungsperspektive sollten Therapeuten ihre Dokumentation der Psychotherapie im Einzelfall sorgfältig führen. Dazu gehört auch die Begründung ihres Handelns und warum diese professionellen Standards folgt. Darüber hinaus sollte jeder Therapeut auch regelmäßig zu Nebenwirkungen Stellung nehmen, als Hinweis dass er das Problem im Blick hat. Wenn dies nicht geschieht, kann der Verdacht entstehen, dass die Behandlung nicht den professionellen Standards entsprach mit einer erhöhten Verantwortlichkeit des Therapeuten, wenn es zu Problemen kommt.

Häufigkeit und klinische Bedeutung von Psychotherapienebenwirkungen

Umfragen zu Nebenwirkungen der Psychotherapie deuten darauf hin, dass fast alle Patienten die eine oder andere Belastung erleiden. Es ist belastend, über

eigene Unzulänglichkeiten zu sprechen, mit belastenden Erinnerungen konfrontiert zu werden, bedrohlichen Situationen ausgesetzt zu sein oder Behandlungsanforderungen zu unterliegen. An schweren und/oder dauerhaften Nebenwirkungen gibt es je nach Art der Behandlung, der Patienten und abhängig von der Erfassungsmethode eine Mindestrate von 5 bis 10% (Moos, Boisvert und Faust, 2007; Berk und Parker, 2009; Barlow, 2010; Klingberg et al., 2012; Gahleitner et al, 2014; Kaczmarek & Strauß, 2012; Schermuly-Haupt et al 2018, Linden & Strauss 2018). So ist die Rate der Nebenwirkungen der Psychotherapie ähnlich, wenn nicht sogar höher, als in der Psychopharmakotherapie. Die hohe Häufigkeit von Nebenwirkungen in der Psychotherapie hat therapeutische, versorgungsorganisatorische und ethische Konsequenzen, da die Patientensicherheit eine hohe Priorität haben muss.

Eine Offenheit gegenüber Nebenwirkungen ist wichtig, um die Patientensicherheit zu verbessern. Therapeuten sollten über die Risiken ihrer Behandlung Bescheid wissen und zu diesem Thema speziell geschult sein. Der Einsatz von standardisierten Instrumenten kann helfen, negative therapeutische Effekte zu erkennen, da sie die Aufmerksamkeit auf kritische Bereiche lenken können. Therapeuten sollten mit Blick auf den Einzelfall Probleme vorhersehen, negative Entwicklungen erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen.

Das Wissen über Nebenwirkungen ist auch für die Auswahl des therapeutischen Vorgehens im Einzelfall wichtig.

Es gibt bestimmte Patienten, bei denen ein erhöhtes Risiko für bestimmte Nebenwirkungen besteht (Hardy et al 2017). So kann das Sprechen über die Vergangenheit Erinnerungen verändern. Bei suggestiblen Patienten, wie beispielsweise Borderlinestörungen kann dies zu „false memories“ über einen sexuellen Missbrauch oder biographische Traumata führen, die nie stattgefunden haben (Nash & Ost 2016, Otgaar et al 2017). Die Diskussion des „Reparentings“ (Bach et al 2018) kann bei Patienten mit einer Externalisierungstendenz dazu führen, dass der Patient die Mutter für die eigene Erkrankung verantwortlich macht und die Beziehung abbricht. Schizophrene Patienten können Inhalte der Psychoedukation paranoid verarbeiten. In Gruppensettings können sie sich schnell unter Druck gesetzt fühlen. Beim Hinterfragen von Wahnhaltungen kann es zu einer Verstärkung des Wahnsystems kommen. Beim Assertivnesstraining können schizophrene Patienten schnell überfordert sein mit der Folge einer Verstärkung von Insuffizienzerleben. Schließlich können schizophrene Patienten die emotionale Zuwendung des Therapeuten auch schnell als Bedrohung erleben.

Patienteninformation und Patientenkooperationen

Unter ethischen, rechtlichen und beruflichen Gesichtspunkten ist es unbestritten, dass Patienten als Voraussetzung für eine gültige Einverständniserklärung über mögliche Risiken einer Behandlung informiert werden müssen (Blease et al 2016, WMA 2017). Es kann auf Seiten

der Therapeuten aber Hemmungen geben, über Psychotherapie Nebenwirkungen mit dem Patienten zu sprechen, da dies möglicherweise ein Eingeständnis darstellt, dass etwas in der Behandlung schiefgelaufen ist, dass der Therapeut schuld sein muss und dass dies die Bereitschaft des Patienten zur Therapiekooperation beeinträchtigen könnte (Eaton et al., 1993; Frohburg, 2002; Märten, 2018, Fuertes et al 2017). Ebenso können Patienten Hemmungen haben, über Nebenwirkungen zu sprechen oder darüber zu berichten, aus Angst, dass es wie eine Kritik am Therapeuten klingen und die gegenseitige Beziehung beeinträchtigen könnte.

Aus der Compliance-Forschung in der Pharmakotherapie lässt sich ableiten, dass das Sprechen über Nebenwirkungen nicht unbedingt negative Auswirkungen hat, sondern auch eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient fördern und die Zusammenarbeit des Patienten verbessern kann (Brown et al 2016). Wenn ein Therapeut dem Patienten sagt, dass er Belastungen antizipiert, dann ist dies ein Signal, dass der Therapeut über die Therapieform gut informiert ist, dass er die Notwendigkeit einer Behandlung sieht, dass er sich um den Patienten kümmert und Empathie für sein Leiden hat. Es ist auch ein Zeichen, dass er den Patienten als Partner auf Augenhöhe akzeptiert, wenn er solche schwierigen Fragen mit ihm beredet. Wenn der Therapeut erst einmal über mögliche Nebenwirkungen gesprochen hat, dann ist es für den Patienten kein Problem mehr, über negative Erfahrungen zu berichten. Das Thema liegt bereits auf dem Tisch

Der Patient kann den Therapeuten zufriedenstellen und nicht kritisieren, indem er über negative Ereignisse berichtet.

Eine Information des Patienten über Nebenwirkungen ist auch hilfreich, um die Zusammenarbeit in der Therapie und die Patientensicherheit zu verbessern. In der Psychotherapie wird einer aktiven Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess seit jeher eine große Bedeutung zugemessen. (Horvath & Luborsky 1993; Goldman et al 2018). Dies schließt auch das Nebenwirkungsthema mit ein. Die Patienten müssen sich potentieller Nebenwirkungen bewusst sein und mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, um unerwünschte Effekte zu mindern. Das Management von Nebenwirkungen erfordert, dass der Patient hilft, negative Entwicklungen zu erkennen, zu melden und ihnen entgegenzuwirken.

Schlussfolgerung

Angesichts des ethischen Standards, dass Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten und keinen Schaden erleiden sollten, ist es überraschend, wie relativ wenig Aufmerksamkeit Nebenwirkungen der Psychotherapie bislang gefunden haben. Es gibt mehrere Bereiche, die mehr Aufmerksamkeit von Wissenschaftlern, Therapeuten, Ausbildern und Regulierungsbehörden finden sollten.

Es sollte keine Psychotherapie-Wirkksamkeitsstudien mehr geben, ohne explizites Screening auf Nebenwirkungen. Alle Institutionen, die Forschung finanzieren, sollten dies verbindlich vorschreiben. Da es bisher keine etablierten, validierten und international anerkannten Instrumen-

te zur Beurteilung und Quantifizierung von Nebenwirkungen gibt (Linden & Strauss, 2018), ist die Wissenschaft gefordert, diesbezüglich Lösungen zu erarbeiten. Da man davon ausgehen kann, dass die vielen verschiedenen psychotherapeutischen Interventionen unterschiedliche Nebenwirkungen haben können, werden viele verschiedene Instrumente benötigt.

Die Ausbildung von Therapeuten in der Psychotherapie ist in vielen Fällen mit Blick auf die Nebenwirkungsproblematik unzureichend. Es sollte in der Therapeutenausbildung verbindlich auch Seminare über Nebenwirkungen geben. Bei Abschlussprüfungen sollten immer auch Fragen zu Nebenwirkungen gestellt werden.

Auch bei der Organisation und Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen sollten Nebenwirkungen mehr Beachtung finden. Da Psychotherapie schwere und anhaltende Schäden verursachen kann, muss die Indikationsstellung und Einbeziehung der Patienten mit großer Sorgfalt erfolgen. Es ist nicht akzeptabel, Psychotherapie als harmlos zu betrachten und kritiklos jeden zu behandeln. Bei schweren Krankheiten sind schwere Nebenwirkungen akzeptabel, aber bei leichten Krankheiten ist die Nebenwirkungstoleranz eher gering, da sonst der Schaden den Nutzen übersteigt. Evidenzbasierte Schwellenwerte sollten festgelegt werden, bevor mit der Psychotherapie begonnen werden kann. Bestimmte Behandlungen sollten möglicherweise vom Markt genommen werden, da bekannt ist, dass sie ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen darstel-

len (Ladwig et al 2014). Beispiele könnten sehr emotional aufwühlende Gruppentherapien sein, bei denen es zu erheblichen Nebenwirkungen bis hin zu psychotischen Zusammenbrüchen kommen kann, während die Behandlungsziele in der Regel auch mit anderen Methoden erreicht werden können.

Literatur

- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349.
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments. A perspective. *American psychologist*, 65, 13-20.
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794.
- Blease, C. R., Lilienfeld, S. O., & Kelley, J. M. (2016). Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Frontiers in psychology*, 7, 1170.
- Brodsky, S.L. (Ed.) (2011). *Therapy with coerced and reluctant clients*. 31-44. American Psychological Association, Washington.
- Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication adherence: truth and consequences. *The American journal of the medical sciences*, 351(4), 387-399.
- Bystedt, S., Rozentel, A., Andersson, G., Boettcher, J. & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319-331.
- Dimidjian S. & Hollon, S.D. (2010). How would we know if psychotherapy is harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33.
- Eaton, T.T., Abeles, N. & Gutfreund, M.J. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 115-123.
- Freud S (1926) *Die Frage der Laienanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.
- Freyberger HJ, Spitzer C (2018) Zum dialektischen Verhältnis von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie: Wo gehobelt wird, da fallen Späne. In: Linden M., Strauss B, Hrsg. *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Frohburg, I. (2002). Untersuchung zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeuten. In: Märtens, M., Petzold, H. (Hrsg.) *Therapieschäden*. 72-108. Matthias Grünewald-Verlag Mainz.
- Fuertes, J. N., Toporovsky, A., Reyes, M., & Osborne, J. B. (2017). The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient education and counseling*, 100(4), 610-615.
- Gahleitner, S.B., Schigl, B., Gerlich, K., Hinterwallner, H. (2014). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was Therapeuten von PatientInnen

- nen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(1), 7-29.
- Goldman, R. E., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Owen, J. J., & Levy, S. R. (2018). Psychotherapy integration and alliance: An examination across treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 14.
- Grüneberger, A., Einsle, F., Hoyer, J., Strauß, B., Linden, M. & Härtling, S. (2017). Subjektiv erlebte Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, Therapeutenmerkmalen und der Therapiebeziehung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 67(08), 338-344.
- Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'Hara, R. & Parry, G.D. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2017.1393575.
- Hannan, C., Lambert, M., Harmon, C., Nielson, S., Smart, D., Shimokawa, K., Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 4-16.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Jarrett, C. (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21, 10-12.
- Klingberg, S., Herrlich, J., Wiedemann, G., Wölwer, W., Meisner, C., Engel, C., Jakobi-Malterre, U. E., Buchkremer, G. & Witorf, A. (2012). Adverse Effects of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Remediation in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 569-576.
- Ladwig, I., Rief, W., Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24, 252-263.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Linden, M., Walter, M., Fritz, K. & Muschalla, B. (2015). Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Der Nervenarzt*, 86, 1371-1382.
- Linden, M., & Strauß, B., Hrsg. (2018) Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Märtens, M. (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6, 145-149.

Märtens M. (2018) Der Therapeut als Ansatzpunkt zur Vermeidung von Psychotherapienebenwirkungen. In: Linden M., Strauss B, Hrsg. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Moos, R.H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 534-536.

Nash, R. A., & Ost, J. (Eds.). (2016). False and distorted memories. Psychology Press.

Otgaar, H., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, T. (2017). The potential for false memories is bigger than what Brewin and Andrews suggest. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 24-25.

Schermuly-Haupt, M-L., Linden, M., Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy: An Examination of 100 Cases in the General Health Care Sector. *Cognitive Therapy and Research* 42, 219-229.

Schomerus, G. & Freyberger, H.J. (2014). Psychotherapie und Stigma. *Psychotherapeut*, 59, 273-274.

WMA. World Medical Association (2017) Declaration of Geneva. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Published October 5, 2017.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Michael Linden
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik,
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation (FPR)
Hindenburgdamm 30, CBF, Hs IIIA,
Rm 13/14, D 12200 Berlin
Email: michael.linden@charite.de

Wie kommt das Subjektive in die Schizophrenie?¹⁾

Dieter Naber

Der Titel ist eine Provokation, „das Subjektive“ hat die Schizophrenie selbstverständlich nie verlassen. Psychiater sind eben nur dann in der Lage, die Diagnose einer Schizophrenie zu stellen, wenn sie den Bericht ihrer Patienten über deren subjektives Fühlen, Wahrnehmen und Denken aufmerksam wahrgenommen haben.

Die subjektive Sicht der schizophrenen Patienten, insbesondere auch bezüglich ihrer Behandlung, war sicherlich schon immer von klinischem Interesse, aber erst seit kurzer Zeit Thema der Forschung.

Mich stimulierten zwei klinische Erfahrungen, die subjektive Sicht bzw. die Patientenperspektive wissenschaftlich zu untersuchen. Zum einen meine eigene neugierige subjektive Erfahrung nach Einnahme von drei Milligramm Haloperidol, die keine motorischen Symptome auslösten, aber ein Wochenende, geprägt von Anhedonie und Dysphorie. Zum anderen in den 80er Jahren die klinische Erfahrung mit Patienten, die von typischen Antipsychotika auf Clozapin umgestellt wurden. Fast alle diese Patienten äußerten trotz der Nebenwirkungen wie z.B. der Hypersalivation sehr schnell eine deutliche Besserung ihrer subjektiven Befindlichkeit, aus objektiver bzw. psychiatrischer Sicht zeigte sich zumeist erst einige Tage bis Wochen später eine allmähliche Reduktion der psychopathologischen Symptome. Was

war das Besondere an diesem atypischen Antipsychotikum?

Lebensqualität in der Psychiatrie

Verglichen mit den anderen Disziplinen der Medizin hat sich das wissenschaftliche Interesse an der Lebensqualität der Patienten bzw. an ihrer subjektiven Sicht in der Psychiatrie erst spät entwickelt. Dieses lang andauernde Defizit ist angesichts der Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität als die „vom Patienten selbst berichtete Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit in körperlicher, mentaler und sozialer Hinsicht“ (Bullinger und Naber 1999) erstaunlich.

Gerade in der Psychiatrie sind subjektive Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit der Patienten als Bestandteile der psychiatrischen Symptomatik besonders relevant und ihre Verbesserung selbstverständliches Ziel der Therapie. Diese Bereiche mussten somit für die tägliche Arbeit nicht „entdeckt“ werden, wohl aber als Forschungsgegenstand. Ein wichtiger Grund für die Verzögerung ist auch das lang anhaltende Vorurteil gewesen, wonach aufgrund der psychischen Erkrankung der Selbstbericht der Patienten Verzerrungen unterworfen und damit nicht zuverlässig sei. Oft wurde insbesondere bei psychotischen Patienten in Frage gestellt, ob sie ihre Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit überhaupt reliabel beurteilen können. Auch wurden eine hohe Überlappung des Lebensqualitätskon-

struktes mit depressiver Symptomatik und die damit verbundene Schwierigkeit der Abgrenzung diskutiert.

Das wissenschaftliche Interesse an der Lebensqualität psychiatrischer Patienten steigerte sich insbesondere mit der Entwicklung neuer Psychopharmaka mit unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil. Auch der zunehmende Therapieerfolg durch soziale Unterstützungsprogramme bei chronisch psychisch Kranken ließ das Interesse an der Evaluation durch die betroffenen Patienten ansteigen. Die Lebensqualitätsforschung beinhaltet somit vor allem die Chance auf eine verstärkte Mitbestimmung des Patienten. Er wird zunehmend als ernst zu nehmender Experte für seine Erkrankung angesehen, die Erfassung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit aus der Sicht des Patienten ist elementarer Bestandteil der Therapie und wissenschaftlicher Untersuchungen geworden.

Definition der Lebensqualität

Neu ist nicht die Orientierung an der Lebensqualität des Patienten als Ziel ärztlichen Handelns, sondern der Versuch, Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer eigenen Sicht messbar und damit der wissenschaftlichen Untersuchung zugänglich zu machen. In jüngeren Studien mehren sich die Hinweise, dass nur ein geringer Teil der Varianz der Lebensqualität über die Symptomatik erklärt wird und die Lebensqualität aus diesem Grund als eigenständige Variable, ergänzend zu der Psychopathologie, erhoben werden sollte. Die Definition für den im Kontext der

medizinischen Behandlung und Evaluierung verwendeten Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lautet international übereinstimmend: „die vom Patienten berichtete Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit in körperlicher, mentaler und sozialer Hinsicht.“ Es handelt sich um ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, zu dessen Erfassung die unterschiedlichen Dimensionen standardisiert gemessen werden und dessen Ergebnis durch das subjektive Erleben des Patienten wesentlich bestimmt wird. Bei dem Konzept der Lebensqualität handelt es sich um ein dynamisches Konstrukt, das letztlich durch Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seiner Umgebung bestimmt wird und immer auch in Bezugnahme auf die individuelle Lebenssituation beurteilt werden muss. So beschrieb Calman Lebensqualität als „the gap between a person's expectations and achievements“ (Calman 1984).

Die Messung der Lebensqualität

Bei der Konstruktion von Lebensqualitäts-Messinstrumenten steht die Sicht der Patienten im Vordergrund, aus diesem Grund sind die meisten der Instrumente Selbstbeurteilungsverfahren. Häufig wird Lebensqualität als eine Kombination aus Lebenszufriedenheit und allgemeinem Wohlbefinden verstanden, wobei in diesem Falle letztlich nur der Betroffene über den Grad seiner Zufriedenheit Auskunft geben kann. Andererseits spielen die „objektiven Anteile“ (wie materielle Lebensbedingungen, Arbeit, Wohnung etc.), bei denen die Frage nach Begrenzung in psychischen und körperlichen

Funktionen und sozialen Rollen gestellt wird, ebenfalls eine entscheidende Rolle. Die subjektive Beurteilung (Selbstbeurteilung) des Patienten ist unverzichtbar, zusätzlich kann eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität durch professionelle Helfer oder Personen aus der engeren Umgebung des Patienten und das Einbeziehen der Lebensumstände nützlich sein, um die Einschätzung verschiedener Funktionsbereiche zu erweitern und der Dynamik des Konstruktes Lebensqualität gerecht zu werden. Die Messung der Lebensqualität sollte sich weder auf momentane Stimmungen, noch auf das ganze Leben beziehen, daher erscheint der Einbezug einer Zeitachse wichtig, wobei der übliche Bezugsrahmen bei 4 Wochen liegt. Um krankheits-übergreifende Aspekte der Lebensqualität zu erfassen, werden "generische Lebensqualitätsinstrumente" verwendet. Der Vorteil solcher unspezifischen Instrumente liegt in der Vergleichbarkeit verschiedener Patienten-Gruppen (z. B. somatische Erkrankungen vs. psychiatrische Erkrankungen) und der ökonomischen Untersuchung von Lebensqualitäts-Parametern. Diese Instrumente sind jedoch häufig nicht sensitiv genug, um Therapieeffekte abzubilden. "Spezifische Lebensqualitäts-Instrumente" beziehen sich auf bestimmte Populationen, Krankheiten oder Funktionen.

Zur Erfassung der Lebensqualität schizophrener Patienten werden überwiegend zwei Skalen angewandt, bis 2000 weitgehend ausschließlich die Quality of Life Scale (QLS), entwickelt von Heinrichs und Mitarbeitern (1984). Es handelt

sich dabei um ein Fremdbeurteilungsinstrument, welches zur Beurteilung schizophrener Defizit-Symptomatik entwickelt wurde und daher für die Messung der Lebensqualität nach oben genannter Definition nur bedingt geeignet erscheint. Aus den o.a. Gründen ist eine Selbstbeurteilung insbesondere im Antipsychotika-Vergleich vorzuziehen. Häufig angewandt wird die Skala SWN zur „Subjektiven Wirkung von Neuroleptika“ (Naber et al., 2001). Die SWN kann von der großen Mehrheit der schizophrenen Patienten, wenn sie nicht mehr akut psychotisch oder kognitiv erheblich beeinträchtigt sind, innerhalb von 5 bis 10 Minuten ausgefüllt werden, die subjektive Befindlichkeit bezieht sich als „Kernmodul“ der subjektiven Lebensqualität auf die vergangenen 7 Tage. Die erhebliche Differenz zwischen Arzt- und Patienten-Perspektive wurde in vielen Studien gezeigt, auch in einer 12-Monatsstudie bei 1462 Patienten, bei denen sowohl die QLS wie auch die SWN erhoben wurde. QLS und SWN korrelierten zu Beginn der Behandlung nur mäßig miteinander ($r=0,49$), im Laufe der Behandlung stieg die Übereinstimmung an, nach 12 Monaten betrug sie $r=0,71$ (Wehmeier et al., 2007).

Die Lebensqualität schizophrener Patienten

Die subjektive Lebensqualität schizophrener Patienten liegt im Allgemeinen deutlich niedriger als die der Normalbevölkerung, aber höher als bei anderen psychiatrischen Stichproben, wie z. B. depressiven Patienten. Gelegentlich bewerten chronisch schizophrene Patien-

ten, insbesondere nach langjähriger Hospitalisierung oder Heimunterbringung über 10 — 30 Jahre ihre subjektive Lebensqualität erstaunlich hoch. Diese Daten sind vorsichtig zu interpretieren, beruhen überwiegend darauf, dass diese Patienten unter sozial sehr depravierten Bedingungen vergleichsweise wenige Quellen benennen, aus denen sie ihre Lebensfreude schöpfen. Sie vergleichen primär ihre eigene Lebensqualität mit der ihrer Mitpatienten und kommen auf diese Weise zu einer überraschend positiven Einschätzung (Franz et al. 2000).

Ansonsten wird der Sinn einer Selbstbeurteilung schizophrener Patienten z.B. zur Beurteilung des Erfolgs einer antipsychotischen Therapie mittlerweile nicht mehr bezweifelt. Zahlreiche Studien zeigen in großer Übereinstimmung, dass die meisten schizophrenen Patienten, wenn sie weder akut psychotisch, noch kognitiv oder sozial erheblich eingeschränkt sind, sehr wohl in der Lage sind, ihre subjektive Lebensqualität in entsprechenden Fragebögen reliabel wiederzugeben (u.a. Huppert und Smith, 2001; Karow und Naber, 2002; Voruganti et al., 2000; Wehmeier et al., 2007).

Ambulant behandelte Patienten berichten eine bessere Lebensqualität als stationär behandelte Patienten, was sich durch unterschiedliche Krankheitschwere erklären lässt, aber auch auf die Bedeutung von Milieu, Wiedereingliederung und Rehabilitation hinweist. Die Mehrheit der Untersuchungen zeigt wenig überraschend, dass Schweregrad der schizophrenen Erkrankung und subjektive Lebensqualität negativ miteinander korreliert sind, d.h. je ausgeprägter

die schizophrene Symptomatik, desto schlechter die Lebensqualität. In mehreren Untersuchungen wurde übereinstimmend gefunden, dass depressive Symptome und Ängste, und in geringerem Maß auch negative Symptome vom Patienten beeinträchtigender wahrgenommen werden als positive Symptome wie Wahn oder Halluzinationen (u.a. Huppert und Smith, 2001; Karow et al. 2005; Narvaez et al., 2008). So fanden sich zwischen produktiv psychotischer Symptomatik und selbstbewerteter Lebensqualität bislang weder während der akut psychotischen Phase, noch bei weitgehender Stabilisierung relevante Zusammenhänge. Dieser Befund ist von klinischer Bedeutung, z.B. für die Compliance bzw. Bereitschaft der Patienten zur langjährigen Einnahme ihrer Antipsychotika. Eine zu starke (manchmal exklusive) Fokussierung auf die schnelle Reduktion der positiven psychotischen Symptome kann eine zu hohe Dosierung zu Folge haben und sekundäre depressive oder negative Symptome auslösen (s.u. Relevanz der subjektiven Befindlichkeit für den Langzeitverlauf).

Subj. Befindlichkeit/Lebensqualität unter antipsychotischen Therapien

Die ersten systematischen Untersuchungen subjektiver Wirkungen von Antipsychotika zeigten, dass eine initiale Dysphorie nach der Einnahme von konventionellen Neuroleptika mit geringer antipsychotischer Wirkung, insbesondere aber auch mit schlechter Compliance korreliert. Diese ersten Ergebnisse, insbesondere aber die klinischen Erfahrungen mit Clozapin führten dann dazu,

dass die Patientenperspektive auch bei der Untersuchung der Wirkung von Antipsychotika zunehmend wissenschaftliches Interesse fand. Die erste Studie dazu veröffentlichten Meltzer et al. (1990), die in einer offenen Studie feststellten, dass die Umstellung der Therapie von typischen Antipsychotika auf Clozapin zu einer erheblichen Besserung der Lebensqualität führte. Die bisherigen Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung zum Vergleich verschiedener Antipsychotika lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität der Patienten nimmt sowohl unter der Behandlung mit atypischen als auch mit typischen Antipsychotika zu. In den meisten Studien, in denen die Patientenperspektive erhoben wurde bzw. Selbstbeurteilungsbögen benutzt wurden, zeigte sich eine Überlegenheit der atypischen Antipsychotika im Vergleich zu den konventionellen Antipsychotika (u.a. Karow und Naber, 2002; Voruganti et al., 2000. Von klinischer Relevanz zum Unterschied zwischen Arzt- und Patientenperspektive ist die Studie von Voruganti et al. (2000), in der ein Unterschied in der Lebensqualität im Vergleich atypischer versus typischer Neuroleptika „nur“ subjektiv nachweisbar war, nicht aber in der Fremdbeurteilung.

Ein weiterer Beleg für die unterschiedliche Beurteilung des Erfolges einer antipsychotischen Therapie ist eine Untersuchung bei 96 schizophrenen Patienten, die über 6-8 Wochen mit Risperidon, Olanzapin oder Clozapin behandelt wurden. Die individuelle Besserung der Psychopathologie (PANSS) und der SWN korrelierten nur gering ($r=-0,31$) miteinander

(Naber et al., 2001). Anzumerken ist, dass in den meisten Studien Haloperidol als Vergleichsmedikament gewählt wurde, auch zumeist in klinisch üblicher Dosierung (8-12 mg/d). In zwei neueren Studien, in denen insbesondere versucht wurde, z.B. durch weniger strenge Selektionskriterien den klinischen Alltag besser abzubilden als in den o.a. klinischen Prüfungen, wurde kein Unterschied zwischen Typika und Atypika bezüglich der Lebensqualität gefunden (Jones et al., 2006; Swartz et al., 2007). In einer neueren Studie bei überwiegend therapieresistenten Patienten gab es für Aripiprazol auf der QLS eine geringe, nicht signifikante ($p=0.52$) Überlegenheit gegenüber Perphenazin (Kane et al., 2007).

Die Lebensqualität wird somit zunehmend als ergänzendes Differenzierungskriterium zur Beurteilung der Güte eines Antipsychotikums herangezogen. Es konnten jedoch bislang kaum signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen atypischen Antipsychotika nachgewiesen werden. So zeigte sich im Vergleich zwischen Olanzapin und Ziprasidon weder einen Unterschied in der fremdbeurteilten QLS (Breier et al., 2005) noch im Selbstbeurteilungsinstrument der generischen Skala SF-36 (Philips et al., 2006). Der Vergleich zwischen Olanzapin und Quetiapin (Voruganti et al., 2007) zeigte ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden atypischen Antipsychotika. In einer weiteren Studie wurde Clozapin ($n=67$) mit Amisulprid ($n=10$), Olanzapin ($n=31$), Quetiapin ($n=21$) und Risperidon ($n=7$) verglichen, wiederum zeigte sich auf der QLS kein Unterschied

(Lewis et al., 2006). Schließlich ist noch eine doppelblind kontrollierte Studie zu erwähnen, in der mit der SWN Olanzapin und Clozapin verglichen wurden (Naber et al., 2005). Auch hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied und, wiederum in Übereinstimmung mit den meisten Studien, dass die Reduktion der Psychopathologie nur gering mit der Verbesserung der subjektiven Lebensqualität korreliert ($r=-0,30$ - $r=-0,45$). Hinsichtlich antipsychotischer Nebenwirkungen gehen in der Akutphase primär extrapyramidal-motorische Störungen, besonders Akathisie oder Parkinsonoid, mit Verschlechterungen der subjektiven Befindlichkeit einher (Putzhammer et al., 2005). Nebenwirkungen, die insbesondere in der Remissionsphase vom Patienten als subjektiv beeinträchtigend wahrgenommen werden, sind Gewichtszunahme, Sedierung und sexuelle Dysfunktionen (Lambert und Naber 2004).

Relevanz der subjektiven Befindlichkeit / Lebensqualität für den Langzeitverlauf

Etliche Studien zeigen, dass von den verschiedenen Faktoren, die für die Compliance gegenüber einer antipsychotischen Langzeittherapie von Bedeutung sind, neben der therapeutischen Allianz insbesondere die subjektive Befindlichkeit von hoher prädiktiver Relevanz ist (Karow et al., 2007).

Die oft beschriebenen psychischen Nebenwirkungen insbesondere unter hoch dosierten typischen Antipsychotika wie Anhedonie und Dysphorie werden von vielen schizophrenen Patienten berichtet. Diese Einschränkungen von Emotio-

nalität, Spontaneität und Lebensfreude, im Querschnitt kaum oder gar nicht von einer Negativsymptomatik zu differenzieren, sind wahrscheinlich durch eine zu hohe Blockade der dopaminergen D₂-Rezeptoren bzw. der Belohnungssysteme bedingt. Diese Hypothese, vor vielen Jahren schon geäußert, wurde kürzlich durch eine PET-Studie eindrucksvoll bestätigt (Mizrahi et al., 2007). Die Autoren fanden bei 12 Patienten, die mit Olanzapin oder Risperidon in moderater Dosierung behandelt wurden, eine hochsignifikante ($r=-0,65$ - $-0,76$) Korrelation zwischen D₂-Blockade und reduzierter subjektiver Befindlichkeit, sowohl temporal wie im Striatum.

Die Bedeutung einer frühen subjektiven Besserung für den Erfolg der antipsychotischen Therapie wird deutlich durch zwei Untersuchungen:

528 schizophrene Patienten, ambulant mit Amisulprid behandelt, wurden zu Beginn und 2,4 sowie 12 Wochen nachher untersucht. Für den Behandlungserfolg nach 12 Wochen bezüglich Psychopathologie, sozialem Funktionsniveau und subjektiver Befindlichkeit (Kombination von PANSS, SWN, CGI und soziales Funktionsniveau) war die Besserung der SWN innerhalb der ersten 4 Wochen der stärkste Prädiktor, gefolgt von der Besserung des sozialen Funktionsniveaus (Lambert et al., 2009).

Ähnlich sind die Ergebnisse einer holländischen Untersuchung, in der 110 erkrankte schizophrene Patienten über 5 Jahre untersucht wurden (de Haan et al., 2008). Die Gruppe mit einem sehr günstigen Verlauf, andauernde Remission über 5 Jahre ($n=30$), wurde mit den anderen

Patienten verglichen, die einen deutlich ungünstigeren Verlauf zeigten. Innerhalb der ersten 6 Wochen wurde die Besserung der Psychopathologie und der subjektiven Befindlichkeit gemessen. Während beide Gruppen in der PANSS eine ähnlich deutliche Besserung zeigten, unterschieden sie sich erheblich in der Besserung der SWN. Diese war bei den 30 Patienten mit dem günstigen Verlauf hochsignifikant ($p=0.002$) besser. Zusammenfassend deuten diese Ergebnisse an, dass die subjektive Befindlichkeit oder Lebensqualität und insbesondere ihre frühe Besserung nicht nur für die Adhärenz bzw. Compliance von Bedeutung ist, sondern darüber hinaus auch für die Chance auf Remission oder Recovery.

Ausblick

Die systematische Erfassung der Patientenperspektive ist zumindest eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Perspektive bzw. zur klassischen Psychopathologie. Angesichts der zunehmenden Differenzierung psychopharmakologischer und psychosozialer Interventionen ist insbesondere für eine langfristig erfolgreiche Therapie eine adäquate Berücksichtigung der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) von hoher Bedeutung.

Literatur

- Breier A, Berg P, Thakore J et al. (2005) Olanzapine versus ziprasidone: Results of a 28-week double-blind study in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 162: 1879-1887
- Bullinger M, Naber D (1999) Erfassung der Lebensqualität psychisch Kranker. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Hrsg.) 4. Auflage, Springer-Verlag Heidelberg, S. 235-260
- Calman KC. (1984) Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *J Med Ethics*, 10: 124-127
- De Haan L, van Nimwegen L, van Amelsvoort T et al, (2008) Improvement of Subjective Well-being and enduring symptomatic remission, A 5-Year Follow-up of first episode schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 41: 1-4
- Dombrovski AY, Lenze EJ, Dew MA et al. (2007) Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *J Am Geriatr Soc* 55: 1325-1332
- Endicott J, Nee J, Harrison W et al. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* 29: 321-326
- Franz M, Meyer T, Reber T, Gallhofer B. (2000) The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Qual Life Res* 9: 481-489

-
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT, Jr. (1984) The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 10: 388-398
- Huppert JD, Smith TE. (2001) Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis* 189: 669-75
- Jones PB, Barnes TR, Davies L, et al. (2006) Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CULASS 1). *Archives of General Psychiatry* 63: 1079-1087
- Kane JM, Meltzer HY, Carson WH Jr. et al. (2007) Aripiprazole for treatment-resistant schizophrenia: results of a multicenter, randomized, double-blind, comparison study versus perphenazine. *J Clin Psychiatry* 2: 213-223
- Karow A, Czekalla J, Dittmann RW et al., (2007) Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68: 75-80
- Karow A, Moritz S, Lambert M et al., (2005) PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology* 38: 320-326
- Karow A, Naber D. (2002) Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology* 162: 3-10
- Lambert M, Naber D (2004) Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life *CNS Drugs* 18: 5-17
- Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D et al., (2009) Early- and delayed antipsychotic response and prediction of outcome in 528 severely impaired patients with schizophrenia treated with amisulpride. *Pharmacopsychiatry*, 42: 277-283
- Lewis W, Barnes T, Davies L et al. (2006) Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 32: 715-723
- Meltzer HY, Burnett S, Bastiani B et al. (1990) Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Comm Psychiatry* 41: 892-897
- Mizrahi R, Rusjan P, Agid O et al. (2007) Adverse subjective experience with Antipsychotics and its relationship to Striatal and Extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164: 1-8
- Naber D, Riedel M, Klimke A et al. (2005) Randomized double blind comparison of olanzapine vs. clozapine on subjective well-being and clinical outcome in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand* 111: 106-115
- Naber D, Moritz S, Lambert M et al. (2001) Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research* 50: 79-88

-
- Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL et al. (2008) Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 98: 201-208
- Phillips GA, van Brunt DL, Roychowdhury SM et al. (2006) The relationship between quality of life and clinical efficacy from a randomized trial comparing olanzapine and ziprasidone. *J Clin Psychiatry* 67: 1397-1403
- Putzhammer A, Perfahl M, Pfeiff L et al., (2005) Correlation of subjective well-being in schizophrenic patients with gait parameters, expert-rated motor disturbances, and psychopathological status. *Pharmacopsychiatry* 38: 132-138
- Rapaport MH, Clary C, Fayyad R (2005) Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 162: 1171-1178
- Swartz M, Perkins D, Stroup T et al. (2007) Effects of Antipsychotic Medications on Psychosocial Functioning in Patients With Chronic Schizophrenia: Findings From the NIMH CATIE Study. *Am J Psychiatry* 164: 428-436
- Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, et al. (2000) Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *SchizophrRes* 43: 135-145
- Voruganti LP, Awad AG, Parker G et al. (2007) Cognition, functioning and quality of life in schizophrenia treatment: Results of a one year randomized controlled trial of olanzapine and quetiapine. *Schizophr Res* 96: 146-155
- Wehmeier P, Kluge M, Schachta et al. (2007) Correlation of physician and patient rated quality of life during antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *SchizophrRes* 91: 178-186
- Adresse:**
Prof. Dr. Dieter Naber
em. Ordinarius Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Email: naber@uke.de

Wirkfaktoren und Rahmenbedingungen: Der Raum ¹⁾

Architektur und Psychiatrie – Können Räume deeskalieren?

M. Köhne, U. Sprick

Zusammenfassung

Durch die Fusion zweier klassischer Fachkrankenhäuser für Psychiatrie in Neuss konnte in der Zeit von 2008 bis 2010/2012 ein Bauprojekt für 350 stationäre und 86 Tagesklinik-Plätze völlig neu entworfen und strukturiert werden, so dass ein modernes Therapie-Zentrum als psychiatrisch-psychotherapeutisches Krankenhaus der Maximalversorgung, mit einer Versorgungsverpflichtung für ein Gebiet von 480.000 Einwohnern, entstehen konnte. Die Gestaltung des Raumes in der Stadt-Region, aber auch die räumliche Gestaltung einzelner Fachbereiche (Akutpsychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Suchtabteilung) unter Beachtung ökonomischer Faktoren waren unter der Vorgabe, einen besonders geeigneten Raum zu gestalten, in dem eine Genesung durch Raum-Wirk-Faktoren unterstützend möglich sein sollte, für den psychiatrisch erkrankten Menschen umzusetzen.

Ruhe finden, entspannte Atmosphäre aufbauen, das Gefühl, Erholung in Verbindung mit Natur erzeugen - und das für sehr heterogene Patientengruppen (Borderline-Patienten, schizophrene Psychose-Patienten, Depressionserkrankte, Demenzerkrankte, Drogen- und Alkoholerkrankte), war die einem multi-professionellen Team, bestehend aus

Fachleuten der Psychiatrie, Architektur, Garten- und Landschaftsbau und Städtebau, gestellte Aufgabe. Nach Fertigstellung des Neubaus und nun fast zehnjähriger Erfahrung in den neuen räumlichen Strukturen bietet der vorliegende Artikel einen zusammenfassenden Überblick über die Erfahrungen aus Neuss und daraus resultierende Empfehlungen für zukünftige Neubauprojekte im psychosozialen Aufgabenfeld.

1. Die Entwicklung der institutionalisierten Psychiatrie von der Entstehung bis heute

Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein wurden Patienten mit psychischen Erkrankungen in Institutionen bewahrt, die eher Gefängnissen oder militärischen Einrichtungen glichen. Das psychisch kranke Individuum war über Jahrhunderte nicht Teil einer Gesellschaft, sondern nur Teil einer spezifischen Einrichtung. Sein Bedürfnis wurde auf eine bürokratische und oft unpersönliche Art und Weise erfüllt, wodurch die Distanz zwischen dem dort tätigen Personal und den Patienten nicht nur aufrechterhalten, sondern auch weiter vergrößert wurde. Erst mit den Entwicklungen der Psychiatrie-Enquête in Deutschland (1970er Jahre) wurden die zum Teil menschenunwürdigen Bedin-

gungen in der Gesellschaft wahrgenommen [1].

Die geschichtlichen Wurzeln der Psychiatrie reichen in unserem Kulturkreis bis in die Antike zurück. Realistische Behandlungsmethoden oder auch spezielle Gebäude für psychisch Kranke entwickelten sich erst vor etwa 1000 Jahren. Von der eigentlichen Institutionalisierung der Psychiatrie ist in Europa aber erst seit dem 18. Jahrhundert zu sprechen, der Wechsel vom Mittelalter zur Moderne. Interessanterweise finden sich bereits erste Berichte über ein „Krankenhaus“ aus Bagdad (800 n. Chr.). Einerseits war die „Irrenpflege“ durch eine rationale somatische Betrachtungsweise geprägt: Tagesstrukturgebung, Musik, Tanz, Theater, Bäder sowie ein diätetischer Plan. Andererseits ging man noch von einer Welt der guten und bösen Geister („Dschinn“) aus, die zur Besessenheit und Verzauberung führen konnte [2].

Ein Besucher schreibt über einen Besuch des Irrenhauses zu Bagdad: „Ich besuchte dort auch einen Palast, der den Namen ‚Dar al-Marhama‘ trägt, was heißt ‚Haus der Barmherzigkeit‘. In diesem hielten sich alle Wahnsinnigen der ganzen Gegend auf, in geschlossenen Abteilungen oder unter einer Kur. Vereinzelt hatte man sie auch angebunden, bis sie ihre Besinnung wiedererlangten. Wenn einer einigermaßen geordnet war, durfte er nach Hause gehen. Dies hatte die Obrigkeit aus Motiven der Barmherzigkeit und zu Zwecken der Wohltätigkeit errichtet.“ [3].

Erwähnenswerte Krankenhäuser im arabisch-sprachigen Raum, in denen auch

psychisch Kranke behandelt wurden, sind:

800: Psychiatrisches Krankenhaus in Bagdad

872: Gründung Bimaristan Krankenhauses in Kairo

1354: Gründung Bimaristan Krankenhauses von Aleppo

Der Einfluss und die Wichtigkeit der islamisch-arabischen Kultur in der Entwicklung psychiatrischer Institutionen setzen sich einige Jahrzehnte unter dem maurischen Einfluss in Europa fort. So wurden zunächst in Spanien 1365 Maristan in Granada und 1409 Casa de orates in Valencia gegründet. Valencia ist als eines der ältesten „Irrenhäuser“ Europas gegründet worden. Erstmals handelt es sich hier um eine vollständige, nur für psychisch Kranke geschaffene Einrichtung in Europa [4].

In der Zeit vom 14. bis 18. Jahrhundert wurden in Deutschland psychisch abnorme Menschen und Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen in erster Linie als Gefährdung für die öffentliche Ordnung und Sicherheit und damit potentiell als bedrohlich empfunden. Die Folgen waren Ausgrenzung, Asylisierung und Kontrolle [5].

Bis an die Schwelle der Neuzeit ging man bei psychischer Abnormalität nicht von einer Krankheit aus. Die „Irrenfürsorge“ oblag in Europa in erster Linie den Klöstern bzw. Orden, danach den Städten. Der Alexianer-Orden spielte hierbei eine wichtige Rolle, 1396 Ur-

sprung in Aachen, 1483 in Neuss. Der Orden kümmerte sich um Arme und andere soziale Randgruppen der Gesellschaft (Aussätzig, Irre, Pestkranke). Die Caritas (Wohltätigkeit) und die Misericordia (Barmherzigkeit) waren ihre Leitbilder. Ehemalige Pesthäuser und Leprosorien, die im 16. Jahrhundert keine Funktion mehr hatten, boten sich darüber hinaus für die Unterbringung Geistesgestörter an. Sie lagen stets abseits der Städte und waren oft von Wassergräben umgeben (z. B. Pesthof Hamburg, 1683).

In einer weiteren Entwicklungsstufe wurden die Geisteskranken in die Krankenhäuser selbst integriert (seit dem 15. Jahrhundert z. B. Heilig-Geist-Hospital in München). In der Folgezeit ging man dazu über, isolierte „Irrenanstalten“ hinter den Hauptkrankenhäusern zu errichten. Zudem sollten Zucht- und Tollhäuser separat eingerichtet werden, aus denen dann im Zuge der Medizinalisierung der Gesellschaft die „Irrenhäuser“ hervorgingen. Tollhäuser waren Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäuser. Psychisch Kranke waren mit Obdachlosen, Dirnen und Straftätern zusammen untergebracht [6].

Um 1800 kristallisierten sich einige Irrenanstalten heraus, die Einheit von Zucht- und Tollhäusern zerfiel. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts, initiiert durch die Aufklärung, wurden „Irre“ als zu behandelnde Menschen erkannt. Die Psychiatrie zeichnete sich erstmals als eigenes medizinisches Fach ab. Der Ruf nach humaneren Behandlungen der „Irren“ bzw. der psychisch Kranken wurde immer lauter und dieser Trend reicht bis heute.

Ernsthaft wird die Idee der gewaltfreien Behandlung aber erst seit der französischen Revolution verfolgt. In die Geschichte ging die Befreiung der psychisch Kranken von ihren Ketten durch den Psychiater Pinel im Hospital Bicêtre im November 1793 als Wendemarke ein.

Der Psychiater Griesinger führte 1864 die zwangsfreie Behandlung in Zürich und in Berlin ein. Wenige deutsche Psychiater folgten dem Weg der Zwangsfreiheit, viele Psychiater vertraten die Ansicht, dass eine Minimierung von Zwang ein gutes Prinzip sei, dass eine zwangsfreie Behandlung aber unrealistisch sei. Der Umgang mit den psychisch Kranken war in Deutschland entsprechend sehr heterogen, wirklich wesentliche Impulse konnten in Deutschland aber letztendlich erst in den 1970er Jahren durch die Psychiatrie-Enquête gegeben werden. Zwangsanwendungen sind gesetzlich reglementiert und werden entsprechend überprüft.

Aktuell gibt es zudem bereits einige psychiatrische Versorgungskliniken, die auf geschlossene Stationen verzichten

Die meisten Menschen in psychiatrischen Krisen werden heute wieder gesund. Dennoch gibt es Menschen, die chronisch schwer erkranken. Diese werden ebenfalls in der sogenannten „normalen Welt“ integriert. Das geschieht in betreuten Wohngruppen oder auch Einzelwohnungen. Viele von früher zeit lebens hospitalisierten Menschen existieren heute auf sich alleine gestellt und nehmen die für sie angemessene psychiatrische Hilfe in Anspruch.

Noch zu keiner Zeit konnten so viele psychisch kranke Menschen mit einem so

SCHIZOPHRENIE

M. Köhne, U. Sprick

hohen Maß in Freiheit leben wie heute. Dennoch bleiben die „Kerkerwände der Psychose“ [7] und andere schwere Krankheitsbilder stigmatisierend und bedürfen der weiteren Annahme und Integration in die Gesellschaft. Die räumliche Gestaltung, das Ambiente, ist dabei ein wesentlicher flankierender Baustein, der zur Gesundung und Entstigmatisierung der Psychiatrie beitragen

Beispiele baulicher Entwicklung [8]

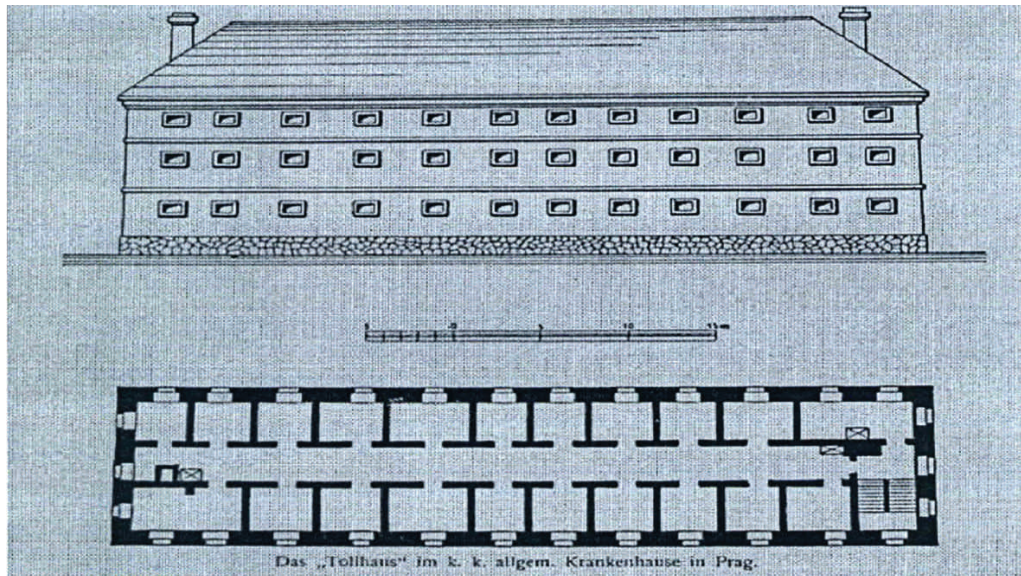


Abb 1: Typisches Zucht- und Tollhaus Prag, 18. Jahrhundert, Gefängnischarakter, gute Überwachung, gute Belüftung

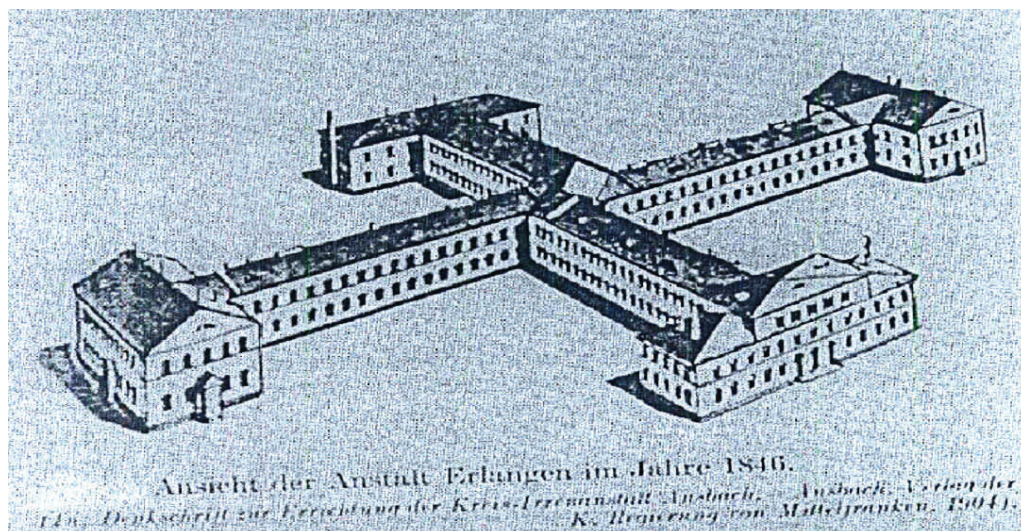


Abb 2: Panoptischer Anstaltstyp Erlangen, 1843, Überwachungszentrum in der Achsenkreuzung, übersichtlich bei minimalem Personaleinsatz

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*
Jahrgang 36(2020)

SCHIZOPHRENIE

M. Köhne, U. Sprick

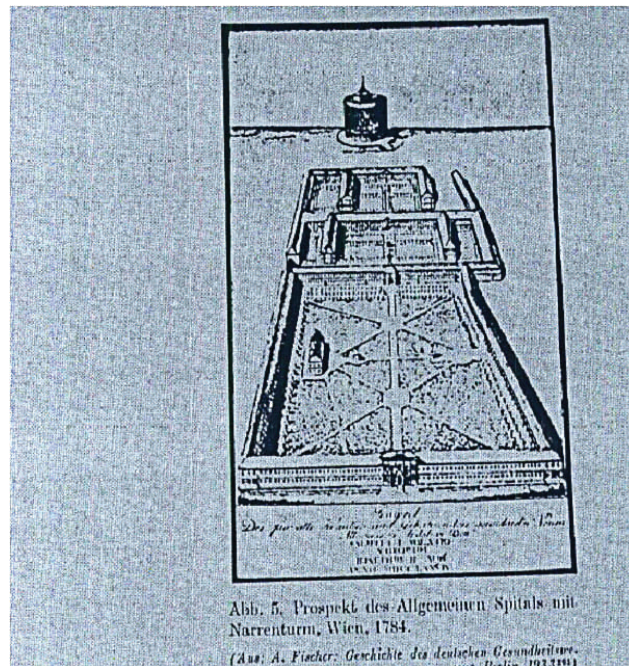


Abb 3: Narrenturm, Wien, Rundbau, gute Übersichtlichkeit, erstmals direkte Verbindung zum allgemeinen Spital

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**
Jahrgang 36(2020)

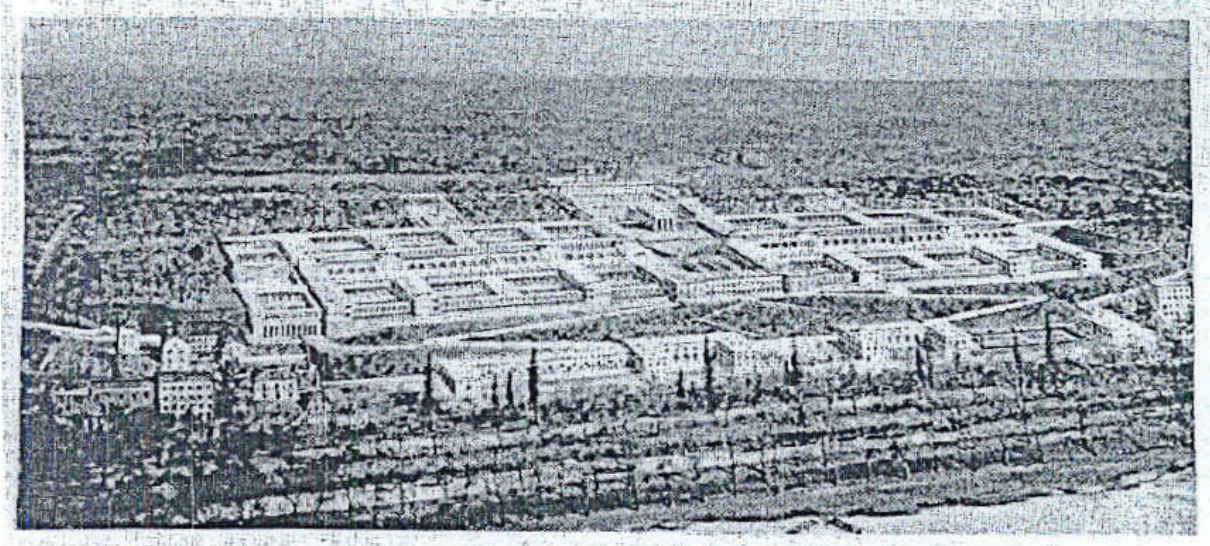


Abb 4: *La maison royale, Paris, 19. Jahrhundert, gute Raumordnung, Innenhöfe, Belichtung und Belüftung gut, geeignet für schwierige Notfalleinsätze*

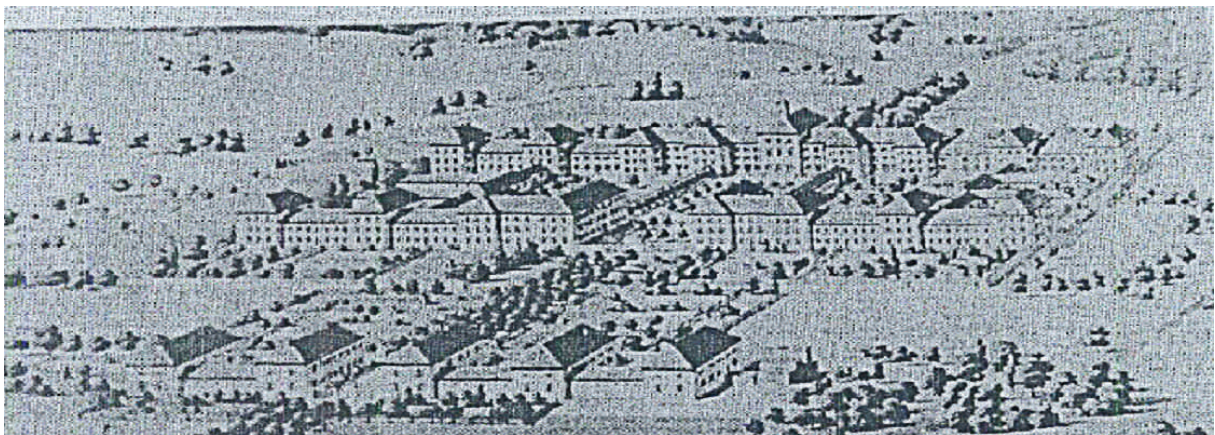


Abb 5: *Mustersanatorium Illenau, 1842, Vorzeigeeinrichtung, idyllische Landschaft, Männer- und Frauentrakte, Trennung von ruhigen und unruhigen Patienten, auf dem Land gelegen, Abstand zur Familie*

2. Raum und Psyche – Healing Architecture – eine sozialpsychiatrische – ökonomische – anthropologische – trialogische Annäherung

Psychiatrische Kliniken sind mittlerweile Kriseninterventionszentren geworden, die durchschnittliche Liegezeit beträgt etwa drei Wochen. Politischer Wunsch ist es, die Psychiatrie als Schutzraum zu entwickeln, mit Inklusion aller psychisch Erkrankten am täglichen Leben (= Gemeinschaft auf Augenhöhe).

Der Psychoanalytiker Fritz Riemann kristallisierte vier Grundängste in seiner Arbeit mit den Patienten heraus [9]:

Die erste Angst ist die Angst vor Isolation und Ungeborgenheit

Die zweite Angst lässt Menschen die Nähe zu anderen Menschen suchen – es ist die Angst vor der Masse und dem Identitätsverlust

Die dritte Angst bedingt, dass man Chaos und Veränderung nur schwer aushalten kann – es ist die Angst vor Wandel und Vergänglichkeit.

Die vierte Angst verhindert, sich zu binden und Verantwortung im Leben zu übernehmen – es ist die Angst vor Starre und Endgültigkeit.

Wir alle tragen in uns Wesenszüge dieser vielen Charaktere mit den unterschiedlichen Ängsten, jeder jedoch anders ausgeprägt mit anderen Schwerpunkten. Die Vielschichtigkeit der Angstverarbeitung bzw. Angstempfindung bedingt eine Vielschichtigkeit der Antwortmöglichkeiten.

Für psychisch erkrankte Menschen stel-

len sich Fragen, wie:

Welche Räume hält unsere Gesellschaft bereit, seelisch gesund zu werden?

Geht es in der Psychiatrie um Wohlfühl-Oasen?

Geht es um Zwangsunterbringung?

Wie erleben Patienten eine bestimmte Umgebung? Wie werden sie vom umgebenden Raum und dessen Gestaltung beeinflusst?

Es bleiben Fragen nach dem Raum, den wir dem seelischen Leid in der Psychiatrie geben. Betrachten wir das Individuum, so stellen sich Fragen nach dem Empfangsraum, was wünsche ich mir selbst in einer psychischen Krise? (Schutz – Ruhe – Respekt – Vertrautheit – Autonomie – Halt) [10].

Die Klinik ist zugleich ein Ort der Behandlung und Genesung, andererseits ein Ort des Kranksein-Dürfens, aber auch möglicherweise ein Ort für eine neue Kränkung (Zwang, Stigma).

Idealerweise sollte der Raum so gestaltet werden, dass Gesundheit entstehen kann. Die Klinik als Behandlungszentrum sollte angstfreie Räume vorhalten, die entstehenden Milieus sollten atmosphärisch entlastend sein. Beachtet werden sollte zudem, dass die Kliniken in Stadtnähe bzw. sozialer Heimat des Patienten gelegen sind. Weit außerhalb gelegene Kliniken lassen ein eigenständiges soziales Leben nur schwer zu. Die Klinik als Raum in der Region sollte zudem ein annehmbares Refugium sein. Es sollten Plätze zum sozialen Austausch, ebenso wie eine begehbare Infrastruktur (walkability) vorgehalten werden. Neben Beachtung der Durchlüftung, der Schad-

stoffreduzierung, der Wärmeverteilung, auch das Vorhalten von ausreichenden Grünflächen sollte eine psychiatrische Klinik zugleich angstreduzierend wirken und eine Schutzzone für den betroffenen Patienten darstellen.

Healing Architecture

Menschen erkennen die „Hier-stimmt-alles“-Orte intuitiv [11]. Unser Erleben ist dann sofort von Ruhe, Konzentration und Kommunikation bestimmt. Wenn wir uns in Räumen wohlfühlen, hat das entscheidenden Einfluss auf unser leibliches und seelisches Befinden. Neben einer Förderung der Kontemplation kann Healing Architecture Rückzugsorte (Refugien) bereitstellen. Wichtig sind Licht und Lichtchoreographie, ebenso die Integration von Naturelementen. Entschleunigungsinszenierungen können architektonische Mittel sein, die eine Choreographie der langsamen Bewegung bedingen.

Jeder von uns kennt sakrale Inszenierungen der Architektur. Betreten wir eine Kirche, so kann man Schwellenchoreographien entdecken, bestehend aus Licht (es wird dunkler, wenn man eine Kirche betritt), die Akustik ändert sich, es öffnet sich ein Raum der Stille. Die Absonderung des Kulturraumes vom Ritualraum kann auch als Schwellenchoreographie gesehen werden. Das Spiel in den sakralen Räumen von Höhe, Enge, Weite, Materialität, besonders festlich, besonders reduziert, führt zur Veränderung der Wahrnehmung des Raumes, führt zu zunehmender Kon-

Templation [12].

Embodied mind

Das Konzept des Embodied mind bezieht sich auf das verkörperte Wahrnehmen. Die Wahrnehmung ist demnach kein Prozess der Abbildung sensorischer Stimuli auf ein inneres Modell der Welt, sondern eine sensomotorische Koordination, die sich immer im Gesamtkonzept des handelnden Wesens ereignet[13]. Sie betont die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche. Der ganze Körper nimmt wahr, Wahrnehmungen sind von Geistigem durchdrungen und bestimmt. Rein sensorische Komponenten im Erleben gibt es nicht. Bekannte Beispiele aus der Architektur:

Holocaust-Mahnmal in Berlin. Auf einer schiefen Ebene angebracht mit unterschiedlich ausgeprägten Stelen, vermitteln diese eine Bedeutung des Raumes. Hohe Räume, wie z. B. Kirchen, implizieren freieres Atmen, Oben- und Unten-Orientierung spielen in der Architektur eine wichtige Rolle. Bezogen auf die räumliche Gestaltung in unseren Kliniken heißt das z. B., wie gestalte ich Eingangssituationen, lässt sich eine Tür leicht oder schwer öffnen, das kann ich an der Gestaltung und an der Mächtigkeit der Tür erkennen (die Schwere einer Eisenkugel sieht man). Eine schön gestaltete Bank kann dazu auffordern, sich hinzusetzen. Eine entsprechend gestaltete Treppe kann dazu auffordern, hinaufzugehen.

Biophile Architektur

1964 prägte der Analytiker Erich Fromm

in seinem Buch „The Heart of Man“ den Begriff Biophilie, was soviel bedeutet, wie Liebe zum Leben [14].

Das biophile Design fragt:

Wie kann man Natur in den Raum holen, wie kann man Naturanalogie integrieren, wie wirkt die Natur des Raumes (Begrünung von Dächern, Wälder auf Dachgaragen etc.)

Im Gegensatz dazu hat sich die moderne Krankenhausarchitektur in eine sehr technikaffine Architektur verwandelt, die kaum Verbindungen zur Natur entwickelt.

Die Kategorien des biophilen Designs beinhalten die Natur im Raum, also die Präsenz von Naturanalogien im umbauten Raum, d. h. die nicht lebendige und indirekte Verbindung zur Natur durch

Materialien (naturbelassene Werkstoffe, Oberflächen mit Maserung etc.) und die Natur des Raumes mit biophilen Mustern, wie Rückzugsmöglichkeiten, Aussicht etc. [15] und siehe Tabelle 1.

G. W. Evans [17], beschreibt in seinem Artikel „When buildings don't work“ gesundheitsrelevante Erlebnisdimensionen von Architektur. Es werden fünf Dimensionen von Architektur zusammengefasst, die für Erleben, Wohlbefinden und Gesundheit fundamental sind.

Dazu gehören:

1. **Stimulierung** (Sinne, Aktivität und Geist werden angeregt)
2. **Affordanz** (Kommunikation und lebensfreundliche Aktivitäten werden gesteigert)
3. **Kohärenz** (das Gebaute im Kontext

Natur im Raum	Naturanalogien	Natur des Raums
Direkte, physische, flüchtige Präsenz der Natur Vegetation, Wasser, Tiere, Wind, Geräusche und Gerüche	Organische, nicht lebende, indirekte Hervorrufung der Natur Objekte, Materialität, Farben, Formen, Muster, Abfolgen	Räumliche Konfigurationen in der Natur Blick über den Tellerrand, Gefahr, versteckte Blicke, das Unbekannte
Gestaltung eines experimentellen Raumes durch Vielfalt, Bewegung, multisensorische Interaktionen	Bereitstellung einer Fülle an Informationen durch ein Organisiertes, sich entwickelndes Auftreten	Gestaltung bewusster, ineinandergreifender Konstellationen in Kombination mit Mustern von Natur im Raum/ Naturanalogien

Tabelle 1: Biophiles Design [16]

der Umwelt)

4. **Kontrolle** (das Gebäude erlaubt dem Individuum die Umwelt aktiv so zu gestalten, einzurichten und zu nutzen, dass man sich wohl fühlt)
5. **Erholung** (Stressabbau durch bauliche Unterstützung der Umwelt)

Insgesamt ist im zeitlichen Kontext aus einer Ausgrenzungs-Architektur bzw. Verwehr-Architektur bei den psychiatrischen Bauten eine eher individuelle Bauform mit dem Ziel entstanden, Wohlbefinden zu erreichen, mit Übergängen von stationären, teilstationären und ambulanten Elementen. In Zukunft ist von einer weiteren Integration ambulanter und quartiersnaher Versorgung auszugehen, mit Öffnung zur Stadtbevölkerung (Café, Kino, Teestube, Tanzlokal etc.)

3. Impressionen aus Städte- und Gebäudeentwicklung

Gebäudeentwicklung der psychiatrischen Bauten im Kontext der Stadt- und Regionalentwicklung

Die Entschleunigungsinszenierungen sakraler Architektur, die Wohnchoreographie in Silentium-Hotels (Haus der Stille in Meschede von Peter Kulka) sind geprägt durch ruhige Gestaltung und akustische Reduziertheit. Die Integration in eine harmonische Naturlandschaft ermöglichen auch Entspannung, zur Ruhe kommen, Stille und Kontemplation. Diese Möglichkeiten sind jedoch in zentralen städtischen Regionen oftmals nicht gegeben. So sind die Patienten multiplen Umweltbelastungen, wie Lärm, Hektik, Hitze, Anonymität, Luftverschmutzung ausgelie-

fert. So sollten bei Bauten im psychosozialen Bereich stadtplanerische Überlegungen eine Rolle spielen, die eine Verbesserung von Stadträumen ermöglichen. Die Gestaltung von Grünzonen oder die Nähe zu Parks können hier wesentliche Entlastungen ermöglichen. Aber auch die Bepflanzung, der Klimazone und den Jahreszeiten angepasst, kann den Wohnraum bzw. die Wohnqualität deutlich erhöhen bzw. aufwerten und führt so zu erholsamen Refugien psychisch belasteter Menschen. Oftmals kommen diese ja gerade aus mehrfach belasteten Regionen (Lärm, Hitze, Dichte, Verkehr, fehlende Grünflächen), so dass ein ressortübergreifender Ansatz für eine gesundheitsorientierte und ökologisch ausgerichtete Stadtentwicklungs- und Umweltplanung sinnvoll erscheint [18].

4. Wissenschaftliche Evidenz über die Auswirkungen von Architektur auf Patienten der Psychiatrie – eine Literaturübersicht

Die Beurteilung der Wirkung von Architektur auf Patienten in der Psychiatrie hat viele methodische Probleme. Frühere psychiatrische Asyle hatten die Aufgabe zu überwachen, abzusondern oder „wegzusperren“. Mitte der 1970er Jahre kam es zu einem Settingwechsel, mehr zur sozialen Gemeindepsychiatrie; die totale Institution wurde zunehmend gegen Sozialpsychiatrie mit therapeutischem Milieu ausgetauscht.

Das therapeutische Milieu wird geprägt durch

Patienten, Mitarbeiter (Ausbildungsstand

*und Konzept),
Störungsbilder der Patienten,
wie sind die Räume gestaltet und organi-
siert (geschlossen, offen, lichtdurchflutet,
dunkel), gibt es Raumfaktoren, die wir-
ken?*

*Grundriss, Größe, offen-geschlossen,
Zugänglichkeit der Räume, Übersicht-
lichkeit der Raumanordnung, Rückzugs-
möglichkeiten mit Privatheit für Patien-
ten,*

*Tageslicht versus Kunstlicht, Farben,
Signaletik, Fenstergrößen,
Zugang zur Natur, Reizarmut,
Sauberkeit-Gerüche-Lärm*

Die Heterogenität der Zusammenstel-
lung dieser Faktoren zeigt allein schon,
wie schwierig es ist, Zusammenhänge
zwischen Wohlfühlen – Genesen - Er-
krankung zu finden.

In einer Review-Arbeit wurden über 20
Studien ausgewertet. Es wurden Wirkun-
gen von räumlichen Faktoren auf psychi-
atrische Patienten, Selbst- und Fremdra-
ting von Zielgruppen, prä- und poststati-
onäres Design, Stationsrenovierungen
versus Klinikrenovierung und Neubau-
projekte begutachtet. Ergebnis-Indi-
katoren waren Psychopathologie, Funkti-
onsniveau, Stationsatmosphäre, Aggres-
sionsereignisse, Patientenzufriedenheit,
Entweichungen und Verhaltensbeobach-
tungen [19].

Tendenziell ergaben sich positive Resul-
tate bis signifikant-positive Resultate,
vereinzelt jedoch auch negative Ergeb-
nisse.

Neuere Studien zeigten häufiger auch
eine fehlende Signifikanz der Ergebnis-

se. Prä- und poststationäre Designs er-
gaben mehrfach mehr positive Resultate.
Kontrollgruppen-Designs waren nicht
eindeutig positiv (Lit. [13] versus Lit. [8]).

Insgesamt kommt diese Studie zu einer
vorsichtigen und realistischen Einschät-
zung der Effekte der räumlichen Thera-
pieumgebung. Es sind diesbezüglich all-
gemeine Vorstellungen, die unsere Er-
wartungshaltung prägen. Es müssen
noch spezifizierte Studiendesigns und
Fragestellungen erarbeitet werden, um
eine Wissenschaftlichkeit der These,
dass eine erhöhte Wohnqualität auch mit
erhöhtem Wohlergehen bzw. psychi-
scher Genesung assoziiert ist, zu errei-
chen.

Aus der eigenen Erlebniswelt weiß man,
dass die räumliche Umgebung relevant
ist, ebenso das therapeutische Milieu
maßgeblich verbessern und zur Gene-
sung beitragen kann. Eine wissenschaft-
liche Evidenz ist hier aber nur schwer
bzw. eingeschränkt zu finden.

5. Empfehlungen für zukünftige Neu- bauprojekte

Das Neusser Neubauprojekt entstand
aus der Fusion zweier großer Fachkran-
kenhäuser. Es liegen fast zehn Jahre Er-
fahrungen mit dem Neubauprojekt vor. In
dem Fachkrankenhaus werden jährlich
6.500 Menschen stationär behandelt, es
stehen insgesamt 353 vollstationäre Bet-
ten und 86 Tagesklinikplätze in der Regi-
on von fast 500.000 Menschen zur Ver-
fügung.

In der Klinik werden suchtkranke Patien-

ten (20-30%, durchschnittlich 14 Tage), Gerontopsychiatrie-Patienten (15-20%, durchschnittlich 28 Tage), Akutpsychiatrie-Patienten (15-20%, durchschnittlich 24 Tage) und Psychotherapie-Patienten (30-40%, durchschnittlich 30 bis 40 Tage) behandelt. Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich neben einer Grundversorgung eine elektive Psychiatrie/Psychotherapie herausgebildet mit Schwerpunkten Depression/Burnout, Angst/Zwang, Borderline-Störungen, traumatisierte Patienten und psychosomatische Störungen. Das Versorgungsgebiet (Tabelle 2) ist städtisch-ländlich geprägt, in der Region sind sechs Tageskliniken mit angeschlossenen psychiatrischen Ambulanzen etabliert. Die Wege innerhalb des Rhein-Kreises Neuss zu psychiatrischen Hilfen sind für die Einwohner des Rhein-Kreises Neuss sehr kurz.

Die neu gestaltete Klinik ist eine Synthese aus Alt- und Neubau. Die Neubauten sind so konzipiert, dass vier Neubauten mit jeweils vier Außengärten und einem kleinen Innengarten zur Verfügung stehen. Die Akutpatienten sind verteilt auf die ebenerdigen Stationen, so dass schwerkranke Patienten direkten Garten-Zugang oder Innengarten-Zugang haben. Die Stationen sind für 20 bis 30 Patienten gedacht (Zwei-Bett-Zimmer, Standard). Auf dem Gelände befinden sich ein großer Ökotherapiebereich sowie ein größerer Sportkomplex mit Turnhallen und ein ergotherapeutisches Zentrum.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Versorgung im Rhein-Kreis Neuss sich in den letzten zehn Jahren gewandelt hat. Neben einer Grundversorgung

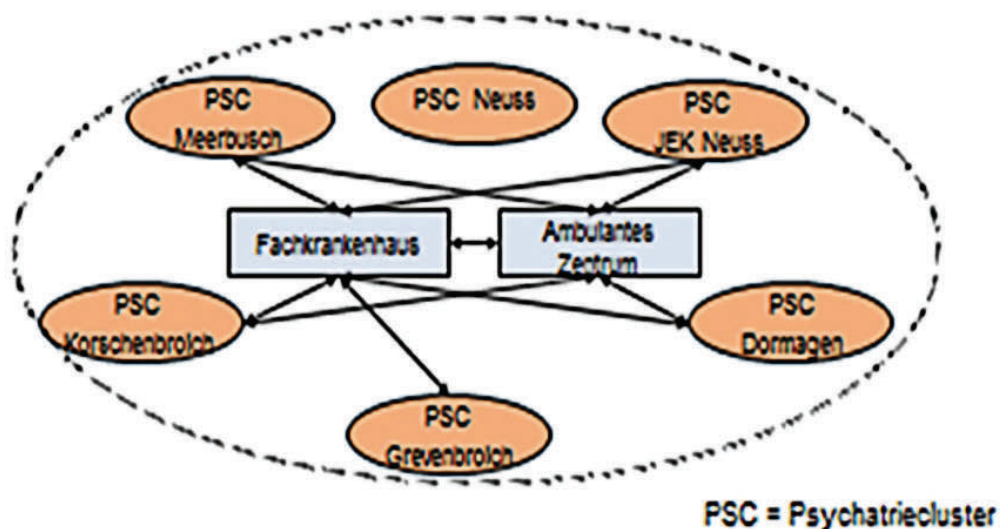


Tabelle 2: Schematische Darstellung des Versorgungssystems in der Versorgungsregion Rhein-Kreis Neuss mit zentraler Versorgung (Fachkrankenhaus, Ambulanz) und Psychiatrieclustern (Tageskliniken und Ambulanzen in der Region)

für fast 500.000 Menschen haben sich elektive Behandlungselemente für spezifische Krankheitsbilder herauskristallisiert (Borderline-Störungen, Trauma-Patienten, Ess-Störungen, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Comorbidität, Altersdepressionen). Die elektiv therapierten Patienten mit sehr strukturiertem psychotherapeutischen Behandlungsangebot lassen sich sehr gut auf größeren Stationen, die in einem „Hotel-Teil“ letztendlich zum Wohnen (bis zu 30 Betten) und einem „Therapie-Teil“ (Marktplatz) aufgeteilt sind, gut führen, das lässt sich auch ökonomisch gut darstellen. Die Akut-Stationen geraten trotz Großzügigkeit und Innen- und Außen-Gartenbenutzung bei Überlastung (mehr als 26 Patienten) an ihre Kapazitäts- und therapeutische Grenze. Hier wird sowohl für die Bereiche Demenz, Sucht und Akutpsychiatrie die Beibehaltung der Großzügigkeit der Räumlichkeiten bei Reduktion der Anzahl der Patienten auf unter 24 Patienten pro Station angestrebt. Diesbezüglich wird in Neuss ein zusätzlicher Erweiterungsbau derzeit umgesetzt. Die veränderten Räumlichkeiten, das sehr gelungene Ambiente und die Wohlfühlatmosphäre für Patienten und Mitarbeiter haben sowohl bei den Patienten wie auch bei den Mitarbeitern zu einer positiven Annahme, bisweilen auch Identifikation, beigetragen. Die verbesserte Wertigkeit der Räumlichkeiten im Vergleich zu den Räumlichkeiten aus der Mitte des 19. Jahrhunderts, der Altbauten, hat gerade auch bei den Mitarbeitern zu einem neuen Selbstbewusstsein und stärkerer Identifikation mit dem psychiatrischen Behandlungsauf-

trag geführt, was zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Psychiatrie in der Region (ab 2010) wie auch einer erhöhten Nachfrage außerhalb der Region geführt hat. Im Vergleich zu den Anfangsjahren in den alten Fachkliniken hat es zudem im Neubauklinikum eine deutliche Reduktion von Aggressionshandlungen und Zwangshandlungen gegeben.

Alles in allem bleibt, dass eine bauliche Aufwertung zu einer höheren Akzeptanz der Psychiatrie/Psychotherapie bei Patienten und auch bei Mitarbeitern und zu einer deutlichen Entstigmatisierung der Psychiatrie beiträgt. Neben der Gesamt-orchestrierung (Stadtplaner, Garten- und Landschaftsbauer, Architekten, Psychiatrie-Fachleute) sind wesentliche Elemente die Gartenzugänglichkeit und eine ausreichende Platzkapazität für schwerkranke Menschen, d. h. maximal 24 Patienten auf geschützten Stationen. Dieser Artikel soll Verantwortliche ermuntern, die baulich-räumliche Gestaltung von Einrichtungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich in Bezug auf Ambiente, Wohlfühlatmosphäre und Integration in städtebauliche Aspekte zu fördern, da ein gelungenes Ambiente psychisch-gesundheitliche Prozesse stärken kann und damit einen wichtigen Baustein in psychiatrisch-psychotherapeutischen Prozessen in der Behandlung von Patienten darstellt. Im Gegensatz dazu sind teure technische Untersuchungsmethoden und Ausstattungen, wie sie in somatischen Krankenhäusern vorgehalten werden, eher entbehrlich. Das Verständnis, dass das Ambiente adäquat zur Geräteausstattung

der somatischen Krankenhäuser gesehen werden kann, sollte Beachtung finden.

Literatur

- [1] L. Hofrichter, M. Köhne: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie, S. 56 - 65
- [2] L. Hofrichter, M. Köhne: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie, S. 56 - 65
- [3] Staehelin, J. E.: Zur Geschichte der Psychiatrie des Islams, Schweiz, Medizinische Wochenschrift 1957; 87: 1151-1153
- [4] Jetter, D.: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt; 1981, Band 43
- [5] Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Hamburg: Suhrkamp-Verlag, 1973
- [6] L. Hofrichter, M. Köhne: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie, S. 56 – 65
- [7] Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. München: C. H. Beck-Verlag; 2006
- [8] L. Hofrichter, M. Köhne: Architektur und Gestaltung trifft Psychiatrie, S. 66 – 75
- [9] Riemann, F.: Grundformen der Angst, Reinhardt-Verlag, 1961
- [10] Gaston Bachelard: Poetik des Raumes, Fischer-Verlag, Frankfurt a. Main, 1987
- [11] K. Brichetti, F. Mechsner: Heilsame Architektur, Bielefeld: Transcript-Verlag 2019
- [12] Haepke, N.: Sakrale Inszenierung in der zeitgenössischen Architektur, Bielefeld: Transcript-Verlag 2013
- [13] K. Brichetti, F. Mechsner: Heilsame Architektur, Bielefeld, Transcript-Verlag 2019
- [14] Fromm, E.: The Heart of Man, New York, Harper and Row 1964
- [15] Heimann, R., 2017, aus K. Brichetti, F. Mechsner: Heilsame Architektur, Bielefeld, Transcript-Verlag 2019
- [16] Aus Terrapin Great Green, aus K. Brichetti, F. Mechsner: Heilsame Architektur, Bielefeld, Transcript-Verlag 2019
- [17] Evans, G. W., McCoy, J. Mitchell: When buildings don't work. The Role of Architecture in human health, in Journal of Environmental Psychology 18: 85-94, 1998
- [18] C. Nickl-Weller: Healing Architecture, Brown Publishing-AG 2017
- [19] D. Richter, H. Hoffmann – Psychiatrische Praxis, 2014; 41: 128 - 133

Korrespondenzadresse der Autoren:

Dr. med. Martin Köhne
Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer
Alexius/Josef-Krankenhaus Neuss
St. Augustinus-Gruppe
E-Mail: m.koehne@ak-neuss.de

Prof. Dr. Dr. Ulrich Sprick
Chefarzt Ambulantes Zentrum und Tageskliniken
Alexius/Josef-Krankenhaus Neuss
St. Augustinus-Gruppe

Vom Ich- und Du-Wissen zum Wir-Wissen?¹⁾

Gerlinde Tobias

Mein Name ist Gerlinde Tobias,
Meine eigene Psychiatrierfahrung habe
ich in dem Zeitraum von 2009 – 2013
gemacht.

Ich habe die Ausbildung zur Genesungs-
begleiterin und auch die Trainerausbil-
dung für Genesungsbegleiter bei EX-IN
Deutschland gemacht.

Als Patientenfürsprecherin arbeite ich im
Klinikum Bremen Ost, Bereich Allge-
meinpsychiatrie und als Fürsprecherin
im Gemeindepsychiatrischen Verbund in
Bremen West.

Wir sind in Bremen auf einen guten Weg
Es werden in den 5 Regionen in Bremen
gemeinde-psychiatrische Verbünde ge-
gründet, die die bereits vorhandene Ko-
operationen verstärken. In 4 von den 5
Regionen in Bremen haben sich Für-
sprache- und Beschwerdestellen etab-
liert.

Die Beteiligung von Psychiatrie Erfahren-
en macht vor allen in den Gremien in
dem psychosozialen System bemerkbar
und wird auch immer mehr angenom-
men und geschätzt.

Die Implementierung von Genesungsbe-
gleitern in den unterschiedlichsten Ein-
richtungen wie in Kliniken und im betreu-
ten Wohnen nimmt immer mehr Gestalt
an.

Es ist der Plan, eine Einrichtung für
Menschen mit komplexen Hilfebedarf,

welcher Recovery orientiert geführt wer-
den soll, einzurichten.

**Wir sind auf einem guten Weg, aber
noch lange nicht am Ziel.**

Ich bin im Kontakt mit Menschen, die jah-
relange oder jahrzehntelange Psychiatrie
Erfahrung gemacht haben.

Weshalb sind Psychiatrie Erfahrene
Menschen so kritisch,
haben so wenig Vertrauen, möchten sich
nicht helfen lassen?

Muss es sein, dass sie zu Patienten wer-
den, die vielleicht eines Tages einen
komplexen Hilfebedarf, wie es im System
genannt wird, haben.

Das sind Fragen die mich beschäftigen.

Auffällig geworden in ihrem sozialen Um-
feld oder in der Öffentlichkeit werden sie
oftmals in der Krise auf den Akutstatio-
nen untergebracht, und mit Medikamen-
ten sediert.

Sie erfahren auch durch ihr Verhalten
und ihrem mangelndem Vertrauen zu an-
deren Personen, Gewalt wie Zwangsme-
dikation und Fixierung.

Oftmals ist notwendig, Eigen- oder
Fremdgefährdung zu verhindern.

In der Situation versteht es der Patient
nicht und leistet Widerstand.

Es entstehen Ängste oder Aggressionen.

Eine Empowerment und Recovery orientierte Behandlung hilft dem Patienten aus der Krise auf dem Weg der Genesung.

Er hat die Chance mit oder ohne Unterstützung seinen persönlichen Alltag zu erarbeiten.

Auf den Akutstationen ist zu wenig Personal, dabei fehlt an Gesprächsmöglichkeiten mit Fachpersonal.

Das Personal geht über ihre Leistungsgrenzen hinaus und wirkt gestresst, und manchmal auch aggressiv.

Dies sind Erfahrungen von Betroffenen, die ich als Fürsprecherin durch Gespräche im klinischen sowie im ambulanten Kontext höre.

Patienten verweigern Medikamente!
Weshalb ist das so?

Mangelnde Aufklärung über die Nebenwirkungen, Gespräche, weshalb ein Medikament notwendig ist, sind Aussagen die ich von Patienten höre.

Durch meine eigene Erfahrung als Patientin einer Psychiatrie kann ich die Menschen, sehr gut verstehen. Ich fühlte mich in der Zeit, als Individuum nicht richtig wahrgenommen und stigmatisiert. Leistete Widerstand gegen die Behandlung und habe meine Medikamente abgesetzt.

Es fehlte an Kommunikation und an Verlässlichkeit und dadurch konnte ich nicht das notwendige Vertrauen aufbauen.

Ich sehe es als unsere Aufgabe als Psychiatrie Erfahrene über unsere Bedarfe

zu kommunizieren.

Mit den Professionellen und in der Öffentlichkeit darüber zu sprechen, wer und wie wir sind, damit wir besser verstanden werden.

Das ist mein Weg, auf den ich mich vor 6 Jahren gemacht habe.

Es wird noch ein langer Weg sein aber die positiven Veränderungen sind spürbar.

Nur wenn Psychiatrie Erfahrene, Professionelle, Angehörige und die Gesellschaft miteinander kommunizieren, gelangen wir vom Ich- und Du-Wissen, zum Wir-Wissen.

Korrespondenzadresse der Autorin:

Gerlinde Tobias
Genesungsbegleiterin und
Patientenfürsprecherin im
Klinikum Bremen Ost
E-Mail: gerlindetobias@gmx.de

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“¹⁾

Arno Deister

"Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und in ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können"

Grundsatz der S3-Leitlinie; A-Empfehlung

Zusammenfassung

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ liegt inzwischen in der 2. Version vor. Sie beschreibt die wissenschaftliche Evidenz von Maßnahmen, die den individuellen Recovery-Prozess eines an einer schweren psychischen Erkrankung leidenden Menschen unterstützen sollen. Systembezogene Maßnahmen, Formen der individuellen Unterstützung und Maßnahmen der Selbsthilfe kombinieren sich zu einer unverzichtbaren Säule der Therapie auch bei Menschen mit schizophrenen Störungen.

Bedeutung und Grundlagen wissenschaftlicher Leitlinien

Wissenschaftlichen Leitlinien kommt in

der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eine besondere Bedeutung zu. Die Diskussion über die Frage, was in diesen Fachgebieten unter „Qualität“ zu verstehen ist, wird aktuell im Zusammenhang mit dem Thema der Personalbemessung, aber auch in vielen anderen Bereichen sichtbar. In der Psychiatrie gibt es inzwischen ein weitgehend vollständiges Set von Leitlinien, die sich mit definierbaren Krankheitsbildern auseinandersetzen. Darüber hinaus gibt es jedoch auch zunehmend mehr Leitlinien zu sogenannten Querschnittsthemen, die sich auf Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, aber vergleichbarem Behandlungsbedarf beziehen. Die Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen stellt eine solche Querschnitts-Leitlinie dar (DGPPN 2019). Unabhängig von den jeweiligen Diagnosen beschreibt sie Maßnahmen, die bei allen Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen anerkannter wissenschaftlicher Standard sind.

Mit dem Begriff der „**S3-Leitlinie**“ wird der höchste wissenschaftliche Standard von Leitlinien bezeichnet. Diese Leitlinien basieren auf einem komplexen Entwicklungs- und Entscheidungsprozess und auf dem umfassendem Konsens einer Vielzahl von Fachgesellschaften sowie den Verbänden von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Feder-

führend bei dieser Leitlinie war die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Neben dem wissenschaftlichen Text existiert auch eine Leitlinie, die sich speziell an Betroffene und Angehörige (Patientenleitlinie) richtet.

Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Leitlinie ist es, Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der **besten verfügbaren Evidenz** vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben.

Die hier beschriebene Leitlinie ist die zweite Version in der Historie dieser Leitlinie. Die erste Ausgabe erschien im Jahr 2013 (DGPPN 2013). Gemäß den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde dieser Leitlinie nach etwa fünf Jahren überprüft, revidiert und erweitert. Die aktuelle Ausgabe ist im Juli 2019 erschienen. In dem Zeitraum seit der ersten Version hat sich die wissenschaftliche Evidenz gerade in diesen Bereichen therapeutischen Handelns deutlich verbessert, sodass der zweiten Version deutlich mehr Evidenz zugrunde liegt, als dies in der früheren Version der Fall war. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich einzelne umschriebene Interventionen - wie zum Beispiel Psychoedukation oder das Training sozialer Fertigkeit leichter mittels kontrollier-

ter Studien untersuchen lassen als komplexe Versorgungsmodelle oder gar die therapeutische Haltung oder Recovery-Orientierung von psychiatrischen Einrichtungen.

Grundsätzlich werden bei wissenschaftlichen Leitlinien die Empfehlungen in mehreren Stufen gegeben. Unterschieden wird zwischen **Soll-Empfehlung** ("Die meisten Patienten sollen diese Interventionen einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden"; A-Empfehlung), **Sollte-Empfehlung** (B) und **Kann-Empfehlung** (C). Darüber hinaus werden Empfehlungen, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können oder die einer breiten Werte- und Referenzentscheidung unserer Gesellschaft entsprechen, als „Klinischer Konsens-Punkt (KKP)" aufgeführt (siehe Abb. 1)

Recovery	Empowerment	Partizipation	Autonomie
Milieu	Selbsthilfe	Stigma	Peer-Support
Teilhabe	Psychoedukation	Gesundheitsförderung	Netzwerk
Inklusion	UN-BRK	Arbeit	Selbstmanagement

Abb. 1 Schlüsselwörter der Leitlinie

Zielgruppe

Die Zielgruppe der Leitlinie zu psychosozialen Therapien ist nicht auf Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung begrenzt, sondern umfasst Menschen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als "people with severe mental illness (SMI)" beschrieben. Jedem praktisch in der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung Tätigen ist dieser Personenkreis als Gruppe mit besonderen Bedarfen und Bedürfnissen evident.

Die so verstandenen psychosozialen Interventionen zielen hauptsächlich darauf

ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die Reintegration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden. Es ist davon auszugehen, dass 1- 2 % aller Menschen die Kriterien einer schweren psychischen Erkrankung erfüllen. Diese Gruppe ist vor allem durch die Schwere der Funktionseinschränkungen gekennzeichnet, die sich in verschiedenen Lebensbereichen zeigen, und aufgrund der komplexen Behandlungsbedarfe, die oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer

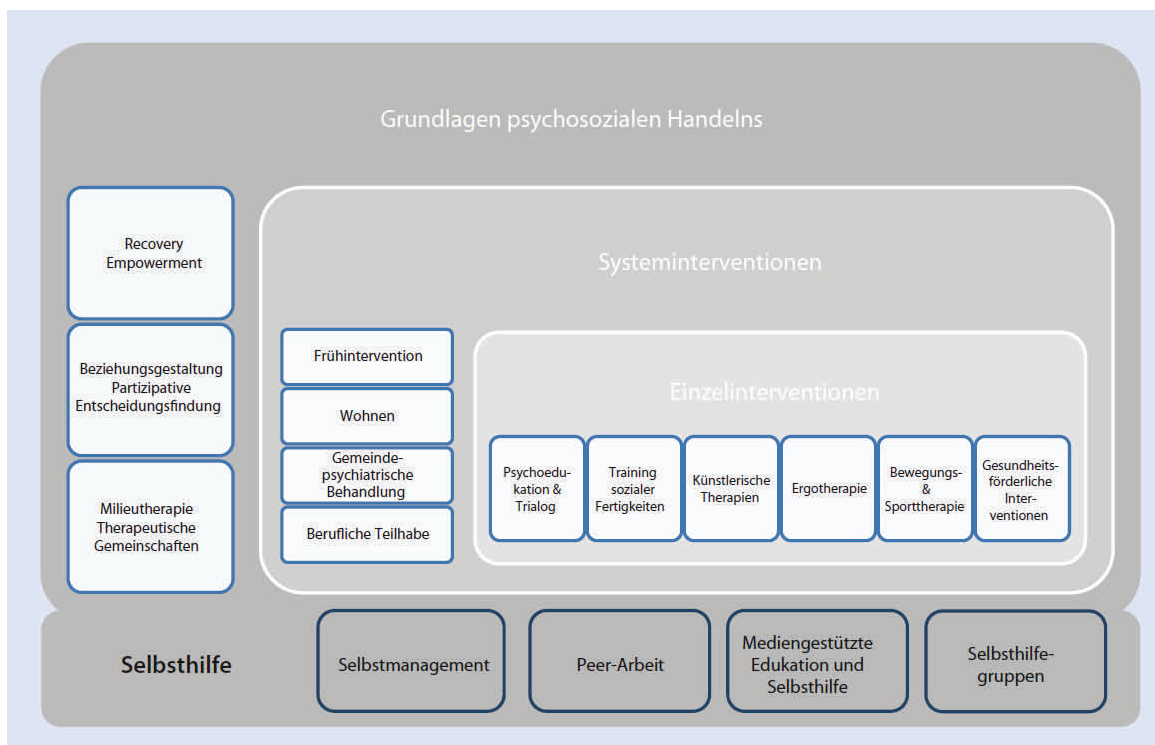


Abb. 2 Grundlagen psychosozialen Handelns

und psychosozialer Hilfen verbunden sind. Im Versorgungssystem wird grundsätzlich zwischen Interventionen auf der Systemebene (zum Beispiel Frühintervention, Wohnen, gemeindepsychiatrische Behandlung oder berufliche Teilhabe), den patientenbezogenen Interventionen (zum Beispiel Training sozialer Fertigkeiten, Psychoedukation, Ergotherapie und andere) und Maßnahmen der Selbsthilfe (Selbstmanagement, Peer-Arbeit oder Selbsthilfegruppen) unterschieden (siehe Abb 2).

Grundsätze

Wesentliche Grundsätze der Leitlinie sind folgende:

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in Ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Aushandlungsprozessen ist (Klinischer-Konsens-Punkt).

Selbsthilfe

Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie unterstützt die Selbstmanage-

ment-Kompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und (Selbst-)Heilungskräften und dem Verständnis und Akzeptanz der Erkrankung.

Frühintervention

Bei Menschen mit einem hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und bei Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen. Ziel sollte die Verhinderung von Krankheitsepisoden von schweren und chronischen Verläufen sein.

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams in definierten Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Aufsuchende Behandlung

Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen sollen

die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufgesucht und in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Supported Employment

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung berufliche Teilhabeprogramme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und die notwendige Unterstützung angeboten werden.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip **„erst trainieren - dann platzieren“** vorgehen. Diese Maßnahmen sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam.

Informationsvermittlung

Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Handlungsalternativen sowie Selbsthilfemöglichkeiten über den gesamten Behandlungsverlauf vermittelt zu bekommen. Die **Informiertheit des Patienten** ist Grundlage gemeinsamer Entschei-

dungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds erhalten können.

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig.

Soziale Kompetenz

Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Funktionen verbunden sind und dadurch die Teilhabe am sozialen Leben deutlich erschwert ist, haben Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung und die Befähigung zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen einen hohen Stellenwert in der Behandlung. Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ebenso wie ergotherapeutische und bewegungstherapeutische Maßnahmen - gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen - angeboten werden.

Fazit

Die jetzt in der 2. Auflage erschienene S3-Leitlinie stellt eine der wesentlichen Grundlagen in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dar. In ganz besonderer Weise gilt dies für Menschen, die an einer schi-

zophrenen Störung erkrankt sind. Die hier beschriebenen Maßnahmen müssen – gleichberechtigt neben psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen - die Basis jedes Behandlungskonzeptes werden.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, (Hrsg.) S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer, 2013.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer, 2019.

Korrespondenzadresse des Autors:

Prof. Dr.med. Arno Deister
Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin
Klinikum Itzehoe – Robert-Koch-Str. 2,
25524 Itzehoe
E-Mail: arno.deister@t-online.de

Vortrag im Rahmen der Podiumsdiskussion „Nutzen und Nebenwirkungen von Antipsychotika“¹⁾

Daniel Schöttle

Zusammenfassung

Schizophrene Erkrankungen beginnen häufig früh und haben einen weitreichenden Einfluss auf das Leben der Betroffenen. Sie gehen auch heutzutage noch mit einem deutlich gesteigerten Mortalitätsrisiko einher (ca. 2-5-fach erhöht) und die Lebenszeitverkürzung beträgt weiterhin bis zu ca. 20 Jahre. Neben anderen evidenz-basierten Therapien, stellt die psychopharmakologische Behandlung einen Schwerpunkt in der Behandlung von Schizophrenien dar, insbesondere in der Akutbehandlung und der Rezidivvermeidung. Es wird in dieser Zusammenfassung meines Vortrags dargestellt, dass die psychopharmakologische Behandlung den Verlauf der Erkrankung und unterschiedliche Parameter (wie Rezidive, Rehospitalisierungen, etc.) positiv beeinflussen und zu einer verminderten Mortalität beitragen kann. Die Unterschiede der Wirksamkeit zwischen den Substanzen sind weniger ausgeprägt als die Unterschiede in den Nebenwirkungen. Diese sollten daher aktiv erfragt und auf diese reagiert werden, zudem sollte die minimal ausreichende Dosis gewählt und die Dauer der Behandlung individuell mit den PatientInnen in einem interaktiven Prozess auf der Basis des individuellen Status diskutiert werden. Wichtig ist – trotz oder gerade wegen der Adhärenzprobleme – nicht nur zu

beachten, ob die Medikation eingenommen wird, sondern vor allem auch, in welchem Kontext des Behandlungssettings die psychopharmakologische Behandlung eingebettet ist und ob diese in einem multiprofessionellen, gut organisierten Gesamtbehandlungsplan erfolgt.

Abstract

Schizophrenia-spectrum disorders begin early and have a considerable effect on the life of the individuals. Even nowadays, patients with schizophrenia have a up to 20 year shorter life expectancy than the general population and higher mortality risks (2-5 times). Beside other evidence-based therapies, the psychopharmacological treatment is one of the mainstays in the treatment of individuals with schizophrenia, especially in the acute phase and for the prevention of relapses.

In this summary of my talk, I will show, that psychopharmacological treatment can have a positive effect on the course of the disorder and on different parameters (relapses, rehospitalizations etc.) and that it can contribute to a reduced mortality. The differences in the effectiveness of the used substances are less significant than those between their side effects. Patients should be actively asked about these and therapists should react if side effects occur. Furthermore,

a minimal effective dose should be chosen and the duration of treatment should be interactively discussed with patients on an individual basis. It is not only important – despite or because of the problem of adherence – if the medication is taken, but above all, in which context of a treatment setting the psychopharmacological treatment is included and if this is conducted within a multiprofessional and well organized treatment plan.

Beginn der Erkrankung und früher Verlauf

Die meisten psychischen Erkrankungen (außerhalb dementieller Störungen) beginnen vor dem 25. Lebensjahr und haben damit einen weitreichenden Einfluss auf das Leben der Betroffenen (Kessler et al., 2012). Schizophrenien beginnen häufig im frühen Erwachsenenalter zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, wobei bei Männern ein Erkrankungsgipfel um das 22. Lebensjahr zu verzeichnen ist, während Frauen zwar auch früh erkranken, das Erkrankungsrisiko jedoch im Laufe des Lebens langsamer als bei Männern abflacht (Sommer et al., 2020). Oft beläuft sich die Dauer der unbehandelten Psychose auf ca. 6-12 Monate und führt zu erheblichen Behandlungsverzögerungen, was weitreichende negative Auswirkungen auf den Gesamtverlauf der Erkrankung und die weitere Prognose haben kann (Penttilä et al., 2014). Schon bei der Erstvorstellung bestehen bei vielen Betroffenen Komorbiditäten (wie Abhängigkeitserkrankungen etc.) und komplexe soziale Probleme. Ein beträchtlicher Anteil der PatientInnen hat somit

schon zu Beginn der Erkrankung ein hohes Risiko fortlaufende Beeinträchtigungen zu haben. Gerade die ersten Behandlungsjahre nach Auftreten der Erkrankung sind aus meiner Sicht entscheidend und die Betroffenen haben in dieser Behandlungsphase wahrscheinlich den größten Nutzen bei erfolgreicher Therapie, aber auch weitreichendste negative Folgen zu erwarten, sollte die Behandlung unzureichend sein, gar nicht erst stattfinden oder abgebrochen werden. Das Ersterkrankungsalter hat einen Einfluss auf den weiteren Verlauf und es wurde ein Zusammenhang zwischen früherem Erkrankungsalter und dem - im weiteren Verlauf - Auftreten von Rückfällen, der Anzahl stationärer Aufenthalte, der Häufigkeit von Negativsymptomen und einem insgesamt schlechterem weiteren Funktionsniveau gefunden (Immonen et al., 2017). Dabei scheint außerdem das prämorbid Funktionsniveau und das Alter bei Ersterkrankung prädiktiv für das Auftreten von Therapieresistenz zu sein, was bei ca. 20-30% der Betroffenen im weiteren Verlauf auftreten kann (Legge et al., 2020). Es wird also deutlich, dass ein frühes und interdisziplinäres Zusammenarbeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie in der Adoleszenz häufig notwendig ist.

Mortalität und Verlauf der Erkrankung

Schizophrene Erkrankungen gehen immer noch mit einem deutlich gesteigerten Mortalitätsrisiko einher (ca. 2 - 5-fach erhöht im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) und die Lebenszeitverkürzung be-

trägt weiterhin ca. 10-20 Jahre (Hjorthøj et al., 2017; Ringen et al., 2014). Dabei spielen, um einige Ursachen zu nennen, unnatürliche Todesursachen (10-20-fach erhöht) wie Suizide und Unfälle eine bedeutende Rolle. Deren Häufigkeit ist gerade in den ersten Jahren nach Erkrankung sehr hoch ist, aber auch verhaltensbedingte und Gesundheits-Faktoren eine Rolle, die zu einem verfrühten Versterben durch z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen führen (Simon et al., 2018). Diese können u. a. eine schlechte Ernährung, Rauchen, Übergewicht, Sportmangel und fortlaufender Substanzgebrauch sein, die dann zur Entwicklung von somatischen Erkrankungen beitragen. Hierbei ist zusätzlich die somatische Versorgung dieser Patientengruppe häufig als sehr unzureichend zu bezeichnen. Gerade substanzbezogene Störungen und Schizophrenien gehen mit einem besonders (ca. 8-fach erhöht) hohen Risiko einer verfrühten Sterblichkeit einher (Heiberg et al., 2018).

Der Faktor Medikation und die z.T. damit einhergehenden metabolischen Nebenwirkungen, ein Bewegungsmangel durch motorische Nebenwirkungen oder eine Anhedonie mit einem verminderten Antrieb, spielen hierbei auch eine Rolle. Dabei sollte man aus meiner Sicht eine monokausale Ursachenzuschreibung zur Rolle der Medikation vermeiden. Im Weiteren soll es nicht darum gehen, die bekannten und in verschiedensten Studien nachgewiesenen Nebenwirkungen und das Risiko einer antipsychotischen Medikation zu relativieren oder zu beschönigen, sondern darum, den Nutzen und die Risiken im Gesamtkontext der Er-

krankung und einer möglichen Langzeittherapie abzuwägen. Hierzu sind in den letzten Jahren verschiedene Studien veröffentlicht worden, die zu einer kritischen Einschätzung beitragen können und einer Ursachenzuschreibung negativer Wirkungen rein zu Lasten einer Medikation entgegenstehen.

Es stellt sich immer wieder die Frage, wer längerfristig von einer Medikation profitieren wird und wer diese nur kurzfristig benötigt. Insgesamt wird von ca. 10-20 % der Betroffenen ausgegangen, die langfristig einen monophasischen Verlauf der schizophrenen Störung haben und/oder zur vollen Remission gelangen (Carbon and Correll, 2014). Bislang kennen wir jedoch keine Prädiktoren hierfür und wissen auch nicht, wann der beste Zeitpunkt ist, die Medikation abzusetzen. Dies wird weiterhin nach individueller Einschätzung gemeinsam mit den PatientInnen unter Risiko-Nutzen-Abwägung entschieden.

Adhärenz mit der Medikation und mögliche Gründe für ein Absetzen

Hierbei ist zu erwähnen, dass ein beträchtlicher Anteil der Betroffenen die Behandlung schon in den ersten 1-2 Jahren komplett abbricht (bis zu 25%), ferner setzen bis zu 50-75% der Erkrankten frühzeitig die Medikation ab oder nehmen diese unzureichend ein (Conus et al., 2010). Es erfolgt somit „automatisch“ ein Absetzversuch, der meist viel zu schnell und häufig mit begleitendem Substanzmissbrauch passiert und dann mit einem signifikant erhöhten Rückfallrisiko einhergeht. Die

Gründe hierfür können vielfältig sein und hängen u. a. mit der Einsicht, krank zu sein oder die Notwendigkeit einer Behandlung anzuerkennen, zusammen. Weiterhin mit der Schnelligkeit eines Wirkeintritts und dem damit verbundenen subjektiv erfahrenen Nutzen, mit der Einstellung gegenüber der Medikation (von Betroffenen und BehandlerInnen!), dem Auftreten von Nebenwirkungen (wie Gewichtszunahme, übermäßige Sedierung, sexuelle Funktionsstörungen) und ob diese aktiv erfragt werden und auf diese eingegangen wird, mit von außen kommendem und auch selbst auferlegtem Stigma (Velligan et al., 2017). Ferner spielt die Qualität der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle, wobei ich dies persönlich für den wichtigsten Faktor halte. Weitere Gründe können fortgesetzter Substanzkonsum, kognitive Einschränkungen, das Fehlen familiärer oder sozialer Unterstützung sowie ein zu hochschwelliger Zugang zum Behandlungssystem sein, um nur einige zu nennen (Velligan et al., 2017).

Pharmakologische Behandlung der Schizophrenie

In der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen hat die pharmakologische Therapie eine große Bedeutung. Die meisten Studien umfassen in Anbetracht der oft lebenslangen Auswirkungen der Erkrankung bei den meisten Betroffenen jedoch nur relativ kurze Beobachtungszeiträume von einigen Wochen oder Monaten. Es wird davon ausgegangen, dass in der Akutphase ca. 51% der mit Antipsychotika behandelten PatientInnen

eine sogenannte „minimale Response“ zeigen (definiert als mindestens 20%ige Verbesserung in Psychopathologieskalen (BPRS, PANSS) oder als minimale Verbesserung der Krankheitsschwere (CGI)), während dies bei nur 30% der mit Placebo behandelten PatientInnen der Fall ist. Eine „gute Response“ hingegen (definiert als mindestens 50%ige Verbesserung in Psychopathologieskalen BPRS und PANSS) oder als deutliche Verbesserung der Krankheitsschwere (CGI-Skala), welche für die PatientInnen wahrscheinlich von subjektiv besser zu bemerkender Bedeutung ist, erfahren hingegen 23% der antipsychotisch behandelten und 14% der mit Placebo behandelten PatientInnen (Leucht et al., 2017).

Hierbei scheinen die neueren Antipsychotika auf unterschiedliche Parameter wie Negativsymptomatik, Funktionsniveau, QoL (s.u.) eine bessere Wirkung zu haben (Zhang et al., 2013). Die Wirkung auf den Rückgang der Positivsymptomatik ist am stärksten, jedoch wirken, wenn auch mit im Vergleich hierzu reduzierter Effektivität, diese auch auf andere Parameter, wie affektive Symptome, Negativsymptomatik, kognitive Symptome oder die Lebensqualität. Diese Variablen für PatientInnen werden oft als bedeutender im Langzeitverlauf beschrieben (Haddad and Correll, 2018; Leucht et al., 2017). Ersterkrankte, PatientInnen mit kürzerer Erkrankungsdauer, schwerer Erkrankte, Frauen und antipsychotisch nicht vorbehandelte Menschen sprechen oft besser auf eine Medikation an (Haddad and Correll, 2018). Die einzelnen Substanzen scheinen sich hier in der

klinischen Wirkung nicht ausgeprägt voneinander zu unterscheiden. Vielmehr sind Unterschiede in Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen zwischen den einzelnen Substanzen von größerer Bedeutung. Deren Berücksichtigung in der gemeinsamen Planung einer Langzeittherapie wird hierdurch nochmals betont, weshalb die Langzeittherapie daher eher nebenwirkungsgeleitet sein sollte (Leucht et al., 2017). Nebenwirkungen können unterschiedlichster Art sein und umfassen u. a.

- Motorische Symptome (Früh-, Spätdyskinesien, Parkinsonoid, Akathisie etc.)
- Malignes neuroleptisches Syndrom
- Epileptische Anfälle, zerebrovaskuläre Ereignisse
- Blutbildveränderungen
- Psychische Veränderungen (Delir, Zwänge, Depression, Negativsymptome)
- Sedierung
- Gewichtszunahme, metabolisches Syndrom
- sexuelle Funktionsstörungen, Pro-laktinerhöhungen
- Kardiale Nebenwirkungen (zB. QTc-Zeit-Verlängerungen, Myokarditiden).

Diese sollten aktiv erfragt, beobachtet, dokumentiert und in der Behandlung adressiert werden, um optimale Ergebnisse zu erzielen und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Depotmedikamente

Bereits kurze Unterbrechungen der Medikation können einen signifikanten Einfluss auf Rückfälle/Krankenhausbehandlungen haben. So kann eine Unterbrechung der Einnahme der Medikation von 1-10 Tagen das Risiko für eine stationäre Behandlung verdoppeln und die intermittierende statt der kontinuierlichen Einnahme der Medikation kann zu einem dreifach erhöhten Risiko eines Rückfalls bei stabilen PatientInnen führen (De Hert et al., 2015; Weiden et al., 2004). Ich halte gerade in den Anfangsjahren der Erkrankung nach einer gesicherten Diagnose einer Schizophrenie eine kontinuierliche medikamentöse Behandlung beim überwiegendsten Anteil der Betroffenen für sehr sinnvoll und indiziert. Hierbei sollte die geringste wirksame Dosis gewählt werden und ein vorsichtiges Aufdosieren erfolgen, da häufig auch die Nebenwirkungsempfindlichkeit ausgeprägter ist (Zhu et al., 2017).

Eine Möglichkeit, die medikamentöse Adhärenz und die kontinuierliche Einnahme der Medikation zu verbessern und auch zu objektivieren, besteht nach Ansprechen auf die Medikation in der Darreichungsform einer langwirksamen Medikation, wie dies bei Depot-Antipsychotika möglich ist. Einige der damit einhergehenden Vorteile sind eine bessere Bioverfügbarkeit als bei peroraler Applikation, eine zuverlässigere Freisetzung über eine längere Zeitspanne und damit günstigere Symptomkontrolle, ein konstanterer Plasmaspiegel und dadurch potentiell sogar weniger Nebenwirkungen als bei der oralen Einnahme,

kein First-Pass-Effekt mit einer hierdurch möglicherweise auch geringer zu wählenden Dosierung, eine Entlastung der Angehörigen durch Sicherstellung der Medikation und eine verringerte selbststigmatisierende Wirkung, die teilweise mit der oralen Medikationseinnahme und der täglichen Erinnerung daran „krank zu sein“ einhergeht. Neuste Langzeitergebnisse aus Kohortenstudien, die gleich unten dargestellt sind, gehen sogar von einem insgesamt deutlich verbesserten Therapieergebnis in der Langzeittherapie aus.

Nachteile der langwirksamen Medikation sind u. a. die eingeschränkte Auswahl an hier verfügbaren Substanzen, die geringere Möglichkeit einer feineren und schnelleren Dosisabstimmung und schlechtere Steuerbarkeit beim Auftreten von Nebenwirkungen, Schmerzen an der Injektionsstelle und der mit der Applikation einhergehende invasive Eingriff, der auch als stigmatisierend und als Minderung der eigenen Autonomie erlebt werden kann.

Es stellt sich immer wieder die Frage ob Depots wirklich besser als die orale Medikation wirken. In randomisiert-kontrollierten Studien schneiden diese nicht besser als die orale Medikation ab, insofern lassen sich aus diesen Studien, die meist die beste Studienqualität mit der höchsten internen Validität haben, keine Vorteile für die Depots finden (Kivimies et al., 2016). In diese Studien können allerdings kaum schwer erkrankte PatientInnen aufgrund der regulatorischen Vorschriften aufgenommen werden. Diese zu Studien einwilligungsfähigen PatientInnen, werden nach strengen

Einschlusskriterien (oft Ausschluss von Komorbiditäten) ausgewählt und spiegeln häufig nicht die klinische Realität wider. In diesen Vergleichsbedingungen mit Randomisierung zu Kontrollpatienten finden sich oft sehr gute Konditionen und die Patienten wissen, dass sie sich in einer Studie befinden und haben sich insofern auch zur Therapie aktiv bereit erklärt. In retrospektiven, prospektiven oder zum Beispiel „mirror-image“-Studien, wie auch in den groß angelegten Kohortenstudien spiegeln die Studienbedingungen häufig besser die klinische Realität wider und die Einschlusskriterien sind weiter gefasst (es können schwer erkrankte, multimorbide PatientInnen ebenso untersucht werden). In diesen Studien zeigt sich dann ein Vorteil für die Depotmedikation z. Bsp. bezüglich dem Auftreten von Rezidiven, stationären Wiederaufnahmen und Behandlungsabbrüchen (Kishimoto et al., 2018). In letzter Zeit wurden von skandinavischen Forschungsgruppen hierzu mehrere Studien veröffentlicht, die diese Vorteile einer langwirksamen Medikation anhand von sehr großen Patientenpopulationen zeigen konnten. In einer schwedischen Studie von Taipale et al., 2018 (Taipale et al., 2018) an der 29823 PatientInnen mit einer Schizophrenie über knapp sechs Jahre beobachtet wurden, starben in dieser Zeit 2515 PatientInnen (8.4%). Es zeigte sich, dass die niedrigsten kumulativen Mortalitätsraten bei denjenigen Betroffenen gefunden wurden, die mit langwirksamen Antipsychotika der zweiten Generation behandelt worden waren. Die zweitbesten Ergebnisse wurden für langwirksame Antipsychotika

der ersten Generation gefunden, orale Medikation schnitt zudem deutlich besser als keine Medikationseinnahme ab. In Vergleichen vs. fehlender Einnahme einer Medikation sind positive Ergebnisse pro Medikation meist einfach zu erzielen. Es zeigte sich jedoch auch, dass langwirksame Substanzen mit einer um 33% erniedrigten Mortalität im Vergleich mit oraler Medikation assoziiert waren (Taipale et al., 2018).

Oft wird einer antipsychotischen Medikation die Hauptursache einer erhöhten Mortalität bei schizophrenen Erkrankungen zugeschrieben. Es zeigte sich jedoch z. Bsp. in einem systematischen Review und einer Meta-Analyse von Vermeulen et al., 2018 (Vermeulen et al., 2019), in die 24 Studien eingingen (1327 Todesfälle bei 217691 Patienten-jahren), dass gerade unter kontinuierlicher Clozapinbehandlung (also einem der Medikamente mit den potentiell gravierendsten Nebenwirkungen) im Vergleich mit einer Behandlung mit anderen Antipsychotika, dass die allgemeine Sterblichkeitsrate signifikant reduziert war (mortality rate ratio = 0.56, 95% CI = 0.36–0.85, P-Wert = .007) und es keine Unterschiede in den Suizidraten oder dem Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen gab, die die Ergebnisse vielleicht erklären könnten.

Monotherapie versus Kombinationsbehandlung

Im klinischen Alltag werden PatientInnen häufig mit Kombinationsbehandlungen – trotz unzureichender Evidenz – behan-

delt. Tiihonen et al., 2019 (Tiihonen et al., 2019) untersuchten in einer Studie an 62250 PatientInnen mit einer Schizophrenie, welche 29 verschiedene antipsychotische Monotherapien oder Polypharmazietypen erhielten, inwiefern sich eine Monotherapie im Vergleich zur Polypharmazie in Bezug auf die Rehospitalisierungsraten unterscheidet. Hierzu wurden intraindividuelle Vergleiche angestellt, der/die PatientIn diente also als seine/ihre eigene Kontrolle. Kurz zusammengefasst war die Kombinationsbehandlung aus Clozapin plus Aripiprazol die Behandlung mit der geringsten Hospitalisierungsrate (14% geringere Rehospitalisierungsrate im Vergleich mit der Monotherapie mit Clozapin (HR, 0.86; 95%CI, 0.79-0.94). Dieser Effekt war bei Ersterkrankten sogar noch ausgeprägter (22% (HR, 0.78; 95%CI, 0.63-0.96). Insgesamt kam es unter Polypharmazie im Vergleich mit Monotherapie zur einer 7-13%igen Risikoreduktion (HR, 0.87; 95%CI, 0.85-0.88, bis HR, 0.93; 95%CI, 0.91-0.95; P < .001) und Clozapin war die einzige Monotherapie unter den 10 besten Behandlungen (Tiihonen et al., 2019).

Dauer der Behandlung

Die Frage nach der Länge der Behandlung nach einer ersten Episode ist für die PatientInnen und deren Angehörige von großer Bedeutung. Die verschiedenen Empfehlungen aus diversen Leitlinien umfassen unterschiedliche Zeiträume oder geben keinen genauen Zeitraum als Vorgabe, sondern empfehlen eine Fortführung der Medikation basierend

auf einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung (Barnes et al., 2020; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2019; Galletly et al., 2016; Hasan et al., 2020).

Bei vielen TherapeutInnen besteht die Vorstellung, dass wahrscheinlich nach einer ersten Episode einer Schizophrenie die Rückfallrate mit der Dauer, der Medikation sinkt. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde von Tiihonen et al., 2018 (Tiihonen et al., 2018), eine Studie an 8719 ersterkrankten PatientInnen mit einer Schizophrenie durchgeführt. Es wurden alle PatientInnen, die auf Grund einer Schizophrenie im Zeitraum von 1996-2014 zum ersten Mal im Krankenhaus behandelt wurden und in den 12 Monaten zuvor keine antipsychotische Medikation eingenommen hatten, im Hinblick auf Unterschiede im Behandlungsversagen (definiert als erneute psychiatrische Wiederaufnahme im Krankenhaus oder Tod) nach Beendigung einer antipsychotischen, Behandlung zu verschiedenen Zeitpunkten im Vergleich zu Patienten mit fortgesetzter Therapie zum selben Zeitpunkt untersucht. Es wurden dann die angepassten Risiko- Ratios für das oben definierte Behandlungsversagen in Abhängigkeit von der Dauer der antipsychotischen Therapie vor dem Abbruch der medikamentösen Therapie analysiert. Das geringste Risiko für Re-Hospitalisierung oder Todesfall wurde bei denjenigen PatientInnen mit kontinuierlicher antipsychotischer Behandlung (angepasste Hazard-Ratio (HR) = 1,00) gefunden. Mit zunehmender Dauer der Einnahme stieg das Risiko, wie unten dargestellt, für Behandlungsversagen

dann im weiteren Verlauf (verglichen mit einer kontinuierlichen Behandlung) an, wenn die Behandlung abgebrochen wurde: unmittelbar nach Entlassung aus der ersten Krankenhausbehandlung (HR = 1,63), innerhalb eines Jahres (HR = 1,88), innerhalb von 1–2 Jahren (HR = 2,12), innerhalb von 2–5 Jahren (HR = 3,26). Sie war am höchsten, wenn diese nach über 5 Jahren (Mittelwert 7,9 Jahre) (HR= 7,28) beendet wurde. Das Sterberisiko erhöhte sich auf 214% (Nichtgebraucher) sowie auf 174% (PatientInnen mit vorzeitigem Absetzen von Antipsychotika) im Vergleich mit PatientInnen, die über einen Zeitraum von bis zu 16,4 Jahren kontinuierlich antipsychotisch behandelt wurden (Tiihonen et al., 2018).

Die Studie ist aus unterschiedlichen Gründen schwierig zu interpretieren, u. a. daher, da sich bei den PatientInnen mit einer langen Einnahme der Medikation um übermäßig viele Betroffene mit einer Clozapinbehandlung handelte, welche ein Hinweis auf einen schwereren oder therapieresistenten Verlauf sein kann, und die aufgrund der schwereren Verlaufsform per se ein erhöhtes Rückfallrisiko haben. Trotz der methodischen Schwierigkeiten zeigt die Studie, dass wir den genauen Zeitraum eines Absetzens oder wann wir den PatientInnen ein Absetzen empfehlen sollten, nicht wissen und diesbezüglich noch weitere differenzierte Langzeitstudien notwendig sind.

Resümee

Die oben dargestellte Auswahl an Stu-

dien mit großen PatientInnenkohorten, zeigt, dass eine psychopharmakologische Behandlung auch im Langzeitverlauf für die meisten PatientInnen mit einem deutlichen Vorteil einhergeht, auch wenn Veränderungen in den für Betroffene wichtigen Bereichen, wie z. B. Funktionsstatus, kognitive Dysfunktionen, Negativsymptomatik und Lebensqualität noch unzureichend in den meisten Studien abgebildet sind. Die psychopharmakologische Behandlung sollte, gerade während oder nach einer ersten psychotischen Episode, sehr ausführlich mit den PatientInnen und deren Angehörigen besprochen werden. Antipsychotika sollten, wenn möglich, vorsichtig aufdosiert werden, die niedrigste wirksame Dosis bestimmt, Nebenwirkungen kritisch erfragt und hinterfragt werden, und die Dauer der Behandlung mit den PatientInnen in einem ständigen interaktiven Prozess individuell besprochen werden. Entsprechend ist das individuelle Vorgehen nur unzureichend in den großen Studien abgebildet, viele Studien sind Kurzzeitstudien, die oft sehr heterogene Patientengruppen (Alter, Geschlecht, Ersterkrankte, Diagnosen, Komorbidität in etc.) zusammenfassen und in denen der Einfluss von begleitenden Therapien (wie Psychotherapien) nicht ausreichend untersucht wurde. Ferner spielt das Studiendesign eine Rolle, und wie und ob zum Beispiel überhaupt die Adhärenz in den pharmakotherapeutischen Studien erfasst wird, was wichtig ist, um eine Erkenntnis über die minimal wirksame Dosis zu erlangen. Adhärenz zur Therapie sollte sich jedoch nicht nur auf die PatientInnen beziehen, sondern genau-

so auf die TherapeutInnen, weiter die Behandlung fortzuführen, auch wenn der Wunsch auf Seiten der Betroffenen nach Absetzen besteht oder dies bereits erfolgt ist. Auch wenn möglicherweise diskrepante Meinungen zwischen PatientIn und TherapeutIn bestehen, so können kontrollierte, langsam erfolgende, engmaschig abgesprochene und psychotherapeutisch begleitete Absetzversuche für beide Seiten lehrreich sein, um die individuelle Notwendigkeit oder Dosishöhe einer pharmakologischen Therapie besser einschätzen zu können. Die weitere Begleitung geht dann - im Gegensatz zu einem Therapieabbruch – mit einem überschaubaren Risiko einer akuten Verschlechterung der Erkrankung einher.

Dieses kurze Resümee des Vortrags hatte bewusst den Fokus auf eine psychopharmakologische Behandlung und die positiven Seiten einer solchen gelegt, wobei festgestellt werden soll, dass die anderen Therapien, die sich in der Versorgung als sehr sinnvoll erwiesen haben (wie z. B. Psychotherapie, Metakognitives Training, Familientherapie, Soziales Kompetenztraining, Home Treatment, Peer-Arbeit etc.) genauso ihren Stellenwert haben. Denn schlussendlich kommt es nicht nur darauf an, ob Medikation eingenommen wird, sondern vor allem auch, in welchem Kontext des Behandlungssettings und ob die psychopharmakologische Behandlung eingebettet in einen multiprofessionellen, gut organisierten Gesamtbehandlungsplan erfolgt.

Literatur

- Barnes, T.R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S.J., Deakin, B., Ferrier, I.N., Gregory, C.J., Haddad, P.M., Howes, O.D., Jones, I., Joyce, E.M., Lewis, S., Lingford-Hughes, A., MacCabe, J.H., Owens, D.C., Patel, M.X., Sinclair, J.M., Stone, J.M., Talbot, P.S., Upthegrove, R., Wieck, A., Yung, A.R., 2020. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 34 (1), 3-78.
- Carbon, M., Correll, C.U., 2014. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 16(4), 505-524.
- Conus, P., Lambert, M., Cotton, S., Bonsack, C., McGorry, P.D., Schimmelmann, B.G., 2010. Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophr Res* 118(1-3), 256-263.
- De Hert, M., Sermon, J., Geerts, P., Vansteelandt, K., Peuskens, J., Detraux, J., 2015. The Use of Continuous Treatment Versus Placebo or Intermittent Treatment Strategies in Stabilized Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials with First- and Second-Generation Antipsychotics. *CNS drugs* 29 (8), 637-658.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P.u.N., 2019. S3 Leitlinie Schizophrenie.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., Tran, N., 2016. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 50(5), 410-472.
- Haddad, P.M., Correll, C.U., 2018. The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Ther Adv Psychopharmacol* 8(11), 303-318.
- Hasan, A., Falkai, P., Lehmann, I., Janssen, B., Wobrock, T., Zielasek, J., Gaebel, W., 2020. [Revised S3 guidelines on schizophrenia : Developmental process and selected recommendations]. *Nervenarzt* 91(1), 26-33.
- Heiberg, I.H., Jacobsen, B.K., Nesvåg, R., Bramness, J.G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., Ystrom, E., Hultman, C.M., Høye, A., 2018. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PloS one* 13(8), e0202028.
- Hjorthøj, C., Stürup, A.E., McGrath, J.J., Nordentoft, M., 2017. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 4(4), 295-301.
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., Miettinen, J., 2017. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 11(6), 453-460.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., He, J.P., Koretz, D., McLaughlin, K.A., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Merikangas, K.R., 2012.

SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*
Jahrgang 36(2020)

- Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 69(4), 372-380.
- Kishimoto, T., Hagi, K., Nitta, M., Leucht, S., Olfson, M., Kane, J.M., Correll, C.U., 2018. Effectiveness of Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis of Prospective and Retrospective Cohort Studies. *Schizophr Bull* 44(3), 603-619.
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E., Kautiainen, H., Maaranen, P., Muhonen, L.H., Heikkinen, M., Tiihonen, J., 2016. Opioid abuse and hospitalization rates in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 70(2), 128-132.
- Legge, S.E., Dennison, C.A., Pardiñas, A.F., Rees, E., Lynham, A.J., Hopkins, L., Bates, L., Kirov, G., Owen, M.J., O'Donovan, M.C., Walters, J.T.R., 2020. Clinical indicators of treatment-resistant psychosis. *Br J Psychiatry* 216(5), 259-266.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J.R., Salanti, G., Davis, J.M., 2017. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *Am J Psychiatry* 174 (10), 927-942.
- Penttilä, M., Jaaskelainen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., Miettunen, J., 2014. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 205(2), 88-94.
- Ringen, P.A., Engh, J.A., Birkenaes, A.B., Dieset, I., Andreassen, O.A., 2014. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease – A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions. *Frontiers in Psychiatry* 5(137).
- Simon, G.E., Stewart, C., Yarborough, B.J., Lynch, F., Coleman, K.J., Beck, A., Operskalski, B.H., Penfold, R.B., Hunkeler, E.M., 2018. Mortality Rates After the First Diagnosis of Psychotic Disorder in Adolescents and Young Adults. *JAMA Psychiatry* 75(3), 254-260.
- Sommer, I.E., Tiihonen, J., van Mourik, A., Tanskanen, A., Taipale, H., 2020. The clinical course of schizophrenia in women and men: a nation-wide cohort study. *NPJ Schizophr* 6(1), 12.
- Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Alexanderson, K., Majak, M., Mehtala, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., Tiihonen, J., 2018. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 197, 274-280.
- Tiihonen, J., Taipale, H., Mehtala, J., Vattulainen, P., Correll, C.U., Tanskanen, A., 2019. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 76(5), 499-507.
- Tiihonen, J., Tanskanen, A., Taipale, H.,

2018. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 175(8), 765-773.

Velligan, D.I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., Docherty, J.P., 2017. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence* 11, 449-468.

Vermeulen, J.M., van Rooijen, G., van de Kerkhof, M.P.J., Sutherland, A.L., Correll, C.U., de Haan, L., 2019. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. *Schizophr Bull* 45(2), 315-329.

Weiden, P.J., Kozma, C., Grogg, A., Locklear, J., 2004. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55(8), 886-891.

Zhang, J.P., Gallego, J.A., Robinson, D.G., Malhotra, A.K., Kane, J.M., Correll, C.U., 2013. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 16(6), 1205-1218

Zhu, Y., Li, C., Huhn, M., Rothe, P., Krause, M., Bighelli, I., Schneider-Thoma, J., Leucht, S., 2017. How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 27(9), 835-844.

Korrespondenzadresse des Autors:

PD Dr.med. Daniel Schöttle
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Martinistrasse 52
20246 Hamburg

E-Mail: d.schoettle@uke.de

Mitteilungen des gfts-Vorstandes

Die avisierte Jahrestagung der gfts 2020 in Hamburg findet wegen der Corona-Pandemie leider nicht statt; die auf der Jahrestagung obligatorische gfts-Mitgliederversammlung soll auf 2021 verschoben werden. Ersatzweise für die Jahrestagung ist eine Videokonferenz/Webinar geplant.

Die aktuelle gfts-Zeitschrift wird diesmalig und zukünftig aus Kostengründen nicht mehr als Print-Ausgabe, sondern nur als digitale Ausgabe (PDF-Datei) erscheinen und kann von der website der gfts abgerufen werden.