PUBLIKATION ZUR FACHTAGUNG
VOM 19. MÄRZ 2015 IN WINTERTHUR

INTEGRIERTE PSYCHIATRIE IM DISKURS

1

HERAUSFORDERUNG PSYCHOSEN – VON DER JUGEND BIS INS ALTER

ipw Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

INHALT

04 | 05 **Wenn Emotionen «überschnappen»**
Zum Referat von Prof. Dr. med. em. Dr. h.c. Luc Ciompi:
«Soteria Bern» oder die therapeutische Wirkung der emotionalen Atmosphäre nach der Hypothese der Affektlogik

06 | 07 **Wir sind Psychiater und nicht «Bioiater»**
Interview mit Prof. Dr. med. em. Dr. h.c. Luc Ciompi

08 | 09 **Vier Jugendliche behandeln, um eine Psychose zu verhindern**
Zum Referat von Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter:
Prädiktion und Prävention von Psychosen

10 | 11 **Momentaufnahmen**

12 | 13 **Über Wirkungen und Nebenwirkungen antipsychotischer Medikamente**
Zum Referat von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Leucht:
Aktuelle «hot topics» der Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie

13 **Kardiometabolische Erkrankungen bei psychischen Erkrankungen: Daten, Fakten, Praxis**
Zum Workshop von Prof. Dr. med. Kai G. Kahl

14 **Alle an den runden Tisch!**
Zum Workshop von Dr. med. Jacqueline Minder und Peter Wolfensberger MScN:
Betagte Psychosepatienten in Alters- und Pflegeheimen

15 **Und wer denkt an mich?**
Zum Workshop von Constantine Bobst:
Angehörige von psychisch Erkrankten: Störfaktor oder Ressource?

16 **Gemeinsam ein Stück Weg gehen**
Zum Workshop von Manuela Grieser:
Adherencetherapie der Psychosen

17 | 18 **Die Zügel wieder in die Hand nehmen**
Zum Referat von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Vauth:
Die Chancen und Grenzen kognitiver Verhaltenstherapie in der modernen Schizophreniebehandlung

19 | 20 **An der Einstellung arbeiten – beim Arzt und Patienten**
Interview mit Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Vauth

21 | 22 **Von der Früherkennung bis zur Angehörigenarbeit**
Die Schizophreniebehandlung in der ipw

23 **Impressum**

«Psychosen» – dieser kaum diskriminierende Begriff wird heute an internationalen Kongressen auch dann propagiert, wenn hauptsächlich sein schizophrenes Spektrum gemeint ist. Und sprechen wir hier von «Herausforderung Psychosen – von der Jugend bis ins Alter», meinen wir vorab die schweren schizophrenen Prozesse, welche meist in jungen Jahren rätselhaft ins Leben treten und in unberechenbaren Formen bis ins hohe Alter aktiv bleiben können.

Der Fortschritt im Verstehen von und Umgehen mit Menschen in solchen tiefgreifend «ver-rückten» Wirklichkeiten ist allerdings gross. Weltweite Forschungsanstrengungen und integrierte biopsychosoziale Behandlungskonzepte haben die Versorgungsergebnisse seit den 1960er Jahren zunehmend verbessert. War einst Symptomlinderung der Erfolgsmassstab und später die Remission, bestimmen heute Recovery und Prävention die Qualität. Weiterer Fortschritt mit Biomarkern und personalisierter Behandlung zeichnet sich ab.

Heute erzielbare funktionale und soziale Autonomie sowie die Früherkennung haben in der ipw zu einer Stabilisierung und Reduktion der Behandlungsfälle geführt. Empowerment und vernetzte Wohnheime beugen zudem einer unterversorgten «Schattenpsychiatrie» mancher Länder vor.

Welchen Herausforderungen müssen wir uns heute stellen? An der Fachtagung 2015 der ipw sind die aktuellen und zukünftigen Möglichkeiten und Probleme in der Versorgungspraxis vertieft diskutiert worden.

Dr. med. Andreas Andreae,
Ärztlicher Direktor, ipw

WENN EMOTIONEN «ÜBERSCHNAPPEN»

REFERAT VON PROF. DR. MED. EM. DR. H.C. LUC CIOMPI

«SOTERIA BERN» ODER DIE THERAPEUTISCHE WIRKUNG DER EMOTIONALEN ATMOSPHÄRE NACH DER HYPOTHESE DER AFFEKTLOGIK

Für Luc Ciompi, den Begründer der «Soteria Bern», spielen Emotionen in den schizophrenen Psychosen eine Schlüsselrolle. Seine These: Steigen emotionale Spannungen bei vulnerablen Menschen in einem kritischen Mass, führt dies bei ihnen zu einem «Phasensprung». Die Emotionen schnappen buchstäblich über.

Irène Dietschi – Es ist über 30 Jahre her, seit Luc Ciompi seine Hypothese der «Affektlogik» erstmals der Fachwelt vorstellte. Dass die Erkenntnisse des heute 86-Jährigen zu den schizophrenen Psychosen noch immer hochaktuell sind, zeigte sein vielbeachteter Vortrag, mit welchem die Fachtagung der ipw in Winterthur eröffnet wurde. Gemäss Ciompi werden Emotionen in der Theorie zu den Schizophrenien nach wie vor unterschätzt – dabei spielen sie nach ihm beim Ausbruch der Krankheit eine Schlüsselrolle. Das Konzept der Wohngemeinschaft «Soteria Bern», von Luc Ciompi 1984 gegründet, stützt sich fast vollständig auf die therapeutische Wirkung der emotionalen Atmosphäre.

Mit diesem Ansatz liegt der emeritierte Professor der Universität Bern quer zum psychiatrischen Mainstream, denn: «In der Regel werden die Schizophrenien als kognitive Erkrankungen verstanden, als eine Erkrankung des Denkens», führte Ciompi aus. Schon Bleuler und Kraepelin hätten «flache» oder «unangemessene» Emotionen als Hauptmerkmale der Schizophrenien bezeichnet, und neuere Forschungsarbeiten würden ebenfalls primär die emotionalen Defizite der Erkrankten hervorheben. Ein Irrtum, so Ciompi: «Die Emotionen sind bei den Betroffenen nicht abwesend, ganz im Gegenteil. Doch sie sind oft auf merkwürdige Weise verschlüsselt, beeinflussen aber untergründig weiterhin – genau wie bei Gesunden – ständig das ganze Denken tiefgehend. Mit anderen Worten: Sie manifestieren sich hauptsächlich als kognitive Störung.»

Affekte entfalten Energien

Fühlen und Denken wirken immer untrennbar zusammen: Dies ist der Kern von Luc Ciompis These der Affektlogik, die empirisch inzwischen klar belegt ist. Neurobiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass im Hirn das limbische System – wo die Gefühle verarbeitet werden – aufs Engste verknüpft ist mit dem für kognitive Vorgänge zuständigen Neokortex. «Im Alltag bedeutet dies, dass der Mensch in jedem Zusammenhang mit sogenannten Schalter- und Filterwirkungen auf das Denken rechnen muss», erläuterte Ciompi. Sind wir zum Beispiel wütend, so präsentiert sich die Welt in aggressiveren Farben oder nehmen wir die Gesichter von Mitmenschen als feindseliger wahr, als sie «objektiv» gesehen sind. Im Zustand der Verliebtheit hingegen wirkt alles weich und freundlich. Auch nüchtern-neutral etwas anzupacken heisse, in einer bestimmten affektiven Stimmung, zum Beispiel derjenigen der Gelassenheit oder Entspannung zu sein.

«Es muss alles getan werden, um die Spannung der betroffenen Menschen herunterzufahren, und alles vermieden werden, was die emotionale Spannung erhöht.»

Affekte beeinflussen das Denken nicht nur, sie haben auch grosse energetische Wirkungen. Angst zum Beispiel, so Ciompi, ist eine überlebensnotwendige Verfassung, die sich im Lauf der Evolution herausgebildet hat: In Momenten von Gefahr treibt sie uns an zu fliehen oder zu

Prof. Luc Ciompi und Dr. med. Thomas Heinsius, Leitender Arzt, ipw, unterhalten sich angeregt.

kämpfen. Genauso nützlich und überlebenswichtig ist die Liebe im engeren wie auch weiteren Sinn, die «Bewegung des Hinzu», wie Ciompi sie nennt. Und auch die Wut birgt wichtige Energien: «Jede Zelle, jeder Organismus, jede Gruppe, jede Nation muss sich abgrenzen können.» Die Wurzel von aggressiven Impulsen heisse: «Bis hierher und nicht weiter.»

Für Luc Ciompis Verständnis der Schizophrenien ist die energetische Wirkung von Emotionen zentral. Er sagt: «Es sind kritisch steigende emotionale Spannungen, die bei vulnerablen Menschen zu einem ‹Phasensprung› in eine global andere Funktionsweise führen, in eine völlig andere Sphäre des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Die Emotionen schnappen buchstäblich über.» Bei den Betroffenen kommt es zu einem plötzlichen, nicht-linearen Umschlag von der Alltagslogik in eine andere, psychotische Logik; wie in der Chaostheorie, wo der Flügelschlag eines Schmetterlings einen Tornado auslösen kann.

Weniger Medikamente dank Entspannung

Was sind die therapeutischen Konsequenzen dieses Vorgangs? Für Ciompi liegen diese klar auf der Hand: «Es muss alles getan werden, um die Spannung der betroffenen Menschen herunterzufahren, und alles vermieden werden, was die emotionale Spannung erhöht.» Normalerweise passiere das Gegenteil, nämlich eine Eskalation: Aufregung zu Hause, Einweisung in die Klinik, ärztliche Untersuchung, Sedierung. All dies, obwohl es gut gemeint sei, erhöhe die Spannung, statt sie zu mindern, weshalb dann hohe Dosen Neuroleptika nötig seien.

SOTERIA

Der aus dem Griechischen stammende Begriff bedeutet «Geborgenheit, Sicherheit, Entspannung» – Schlüsselbegriffe des Soteria-Konzepts. Inzwischen hat sich dieses international verbreitet: In Deutschland gibt es 16 Soteria-Einrichtungen. Weitere existieren in den Niederlanden, Jerusalem und Tokyo.

Die sozio- und psychotherapeutische Gemeinschaft «Soteria Bern» setzt auf andere Behandlungsansätze. Am wichtigsten ist das offene, normale, familienähnliche Milieu, welches die Chance zu einer nachhaltigen Entspannung bieten soll. Auf Medikamente wird nicht verzichtet, aber sie werden sehr zurückhaltend eingesetzt. Der eigentliche Schlüssel des Soteria-Modells sind aber die Betreuerinnen und Betreuer: Sie stehen den Patienten in 48-Stunden-Schichten kontinuierlich zur Seite, auch im reizarmen «weichen Zimmer», wohin sich Betroffene mit ihren Bezugspersonen zurückziehen können. «Durch diese Nähe entsteht ein Vertrauensverhältnis, in dem sich die psychotisch verängstigten Personen zusehends entspannen», erklärte Ciompi dem Publikum.

«Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten geht es nach dem Soteria-Aufenthalt gut bis sehr gut.»

Dass der Ansatz funktioniert, zeigen die Resultate der Langzeit-Begleitforschung: Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten geht es nach dem Soteria-Aufenthalt gut bis sehr gut, was ungefähr den Zahlen entspricht, wie sie in konventionellen Behandlungsformen in der Klinik erzielt werden. «Der Unterschied liegt darin, dass wir dieses Outcome mit bis zu fünfmal weniger Medikamenten erreichen», so Ciompi. Soteria habe eine neuroleptika-artige Wirkung – ohne die toxischen Nebenwirkungen dieser Medikamente. ■

Prof. Dr. med. em. Dr. h.c. Luc Ciompi

Prof. Dr. med. em. Dr. h.c. Luc Ciompi (*1929) gilt in der Psychiatrie als wichtiger Vertreter des biopsychosozialen Krankheitsmodells. Ciompi selbst nennt es «psychosoziobiologisch». Schon in den 1960er und 1970er Jahren führte er Langzeitstudien mit Schizophrenie-Erkrankten durch, die wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zum Verständnis der Schizophrenien beitrugen. Unter dem Einfluss der Reform-Psychiatrie und nach dem Vorbild des Amerikaners Loren Mosher gründete Luc Ciompi 1984 in Bern die psychotherapeutische Wohngemeinschaft «Soteria».

INTERVIEW

WIR SIND PSYCHIATER UND NICHT «BIOIATER»

INTERVIEW: DR. MED. BENJAMIN DUBNO

Luc Ciompi, der bekannte Begründer des Konzepts der Affektlogik und der «Soteria Bern», begreift Psyche, Soziales und Biologie als Zusammenspiel. Mit seinem Konzept hat er angeeckt, aber auch viele Anhänger gefunden. Mit Luc Ciompi sprach Benjamin Dubno, Chefarzt Akutpsychiatrie für Erwachsene der ipw.

Sie überblicken einen sehr langen Zeitraum der Psychiatriegeschichte und haben schon Psychiatrie betrieben, als ich noch nicht geboren war. Welches sind für Sie ganz grosse Meilensteine in der Behandlung von Schizophrenien?

Ein grosser Entwicklungsschritt, den ich noch gerade miterlebt habe, war die Einführung der Neuroleptika in den 1950er Jahren. Sie veränderten die Atmosphäre in den psychiatrischen Kliniken radikal und setzten eine Rehabilitationsbewegung in Gang mit dem Ziel, möglichst alle Langzeitpatienten wieder in die offene Gesellschaft einzugliedern. Dieser neue Ansatz steht auch im Zusammenhang mit den in den 1960er Jahren durchgeführten grossen Langzeituntersuchungen zum Schizophrenieverlauf über mehrere Jahrzehnte – darunter auch unsere eigenen über durchschnittlich 37 Jahre – die gezeigt haben, dass das seinerzeitige Dogma «einmal schizophren, immer schizophren» falsch war. Bei etwa einem Viertel bis der Hälfte der Patienten heilt die Krankheit ganz aus oder bessert sich. Das hat die Sicht auf Schizophrenien tiefgehend verändert. Insbesondere verstärkte diese Erkenntnis die genannten Rehabilitationsimpulse und stimulierte die Schaffung von neuartigen sozialpsychiatrischen Einrichtungen zur Teilzeitbehandlung. Man kam weg von den jahrzehntelangen Dauerhospitalisationen, welche zu meinen Anfangszeiten, also in den späten 1950er und frühen 1960er Jahren, noch gang und gäbe waren.

«Im Zentrum steht das psychische und soziale Wohlbefinden. Die Neurobiologie ist eine Hilfswissenschaft der Psychiatrie – natürlich eine sehr wichtige Hilfswissenschaft.»

Sie haben auch das Soziale angesprochen. Wir haben ja ein biopsychosoziales Krankheitsmodell. In Ihren Schriften ist es

ein psychosoziobiologisches. Da ist die Gewichtung etwas anders. Das hat mir sehr gefallen.
Ja, ich stelle das Psychische an den Anfang und schwimme damit gegen den Strom. Ich will damit sagen, dass das Wichtigste letztlich das Psychische ist. Wir sind Psychiater und nicht «Bioiater». Im Zentrum steht das psychische und soziale Wohlbefinden. Die Neurobiologie ist eine Hilfswissenschaft der Psychiatrie – natürlich eine sehr wichtige Hilfswissenschaft: Es gibt keine Psyche ohne ein Gehirn und ich bin weit davon entfernt, die biologische Psychiatrie irgendwie herabzumindern. Aber letztlich geht es nicht um die Synapsen – es geht um den ganzen Menschen.

«Mich erfüllt es mit Sorge, dass man neue Mauern zwischen diesen drei Bereichen aufrichten will, kaum dass man endlich angefangen hat, sie mit dem Begriff des Biopsychosozialen oder Psychosoziobiologischen langsam abzubauen.»

Mein erster Oberarzt erklärte einer älteren, depressiven Patientin und ihrem Mann die Depression, indem er ihnen eine Synapse zeichnete. Ich fand das absurd.
Natürlich ist es interessant zu wissen, dass im Gehirn irgendwelche chemische und andere Mechanismen stattfinden. Unser eigentliches Ziel aber ist, dass es den Leuten gut geht als Person, als Mensch in ihrem Kontext.

Es besteht die Tendenz, das Soziale wieder aus der Psychiatrie herauszunehmen. Mich persönlich erfüllt das mit Sorge.
Mich auch. Ich finde, man kann und darf die drei Pfeiler – das Psychologische, das Soziale und das Biologische – nicht voneinander trennen. Wenn man dies versucht, dann splittet man den Menschen auf in verschiedene Sektoren, in verschiedene Schublädchen. Jede Schublade, zum Beispiel die soziale, hat ihre Spezialisten, die nicht oder nur schlecht mit den anderen Spezialisten kommunizieren. Wir haben seinerzeit sehr gekämpft, in den 1970er und 1980er Jahren, um alle drei Aspekte wirklich zu integrieren, und ich glaube, dass es dies braucht. Zwischen dem psychischen, sozialen und biologischen Bereich bestehen zirkuläre Wechselwirkungen. Wenn es jemandem sozial schlecht geht, so hat dies eine Wirkung auf seine Psyche – er wird zum Beispiel depressiv oder aggressiv. Es ist sinnvoll, alles zusammen zu behandeln. Mich erfüllt es mit Sorge, dass man neue Mauern zwischen diesen drei Bereichen aufrichten will, kaum dass man endlich angefangen hat, sie mit dem Begriff des Biopsychosozialen oder Psychosoziobiologischen langsam abzubauen.

Eine Frage zum Soteria-Konzept. Warum hat sich dieses nicht überall durchgesetzt?
Ja, das frage ich mich auch! Ich habe keine klaren Antworten. Die Soteria war zumindest am Anfang eine psychiatriekritische, fast antipsychiatrische und auch antineuroleptische Bewegung. Das hat Widerstand beim sogenannten Establishment sowie bei der Pharmaindustrie geweckt. Es gibt natürlich auch ein paar praktische Hindernisse, darunter namentlich bürokratische: In Deutschland sind mehrere Soteria-Projekte gescheitert, weil die administrativen Strukturen so eine Einrichtung überhaupt nicht vorgesehen haben. Im Übrigen ist es schwer zu sagen, warum in der Schweiz keine weiteren Soterias geschaffen wurden, während in Deutschland in den letzten 10 bis 15 Jahren insgesamt 15 soteriaartige Einrichtungen entstanden sind. Ich hoffe immer noch, dass sich das Konzept auch hierzulande durchsetzen wird; Voraussetzung dafür ist allerdings, dass jemand, der über genügend Einfluss verfügt, dies wirklich mit aller Kraft will.

Viele Elemente der Soteria haben sich aber durchgesetzt.
Ja, viele sogenannte Soteria-Elemente sind mancherorts eingeführt worden: Als erstes vielleicht ein anderer Umgangston, eine grössere Berücksichtigung des subjektiven Erlebens des Patienten, dann vielleicht auch noch, zum Teil wenigstens, ein vorsichtigerer Umgang mit Neuroleptika. Und vor allem glaube ich, dass es vielen Leuten einleuchtete, dass man die ganze Behandlungsatmosphäre, auch architektonisch, vom Krankenhaustypus entfernen muss. Diese Idee kann sich zwar nicht allein Soteria auf die Fahne schreiben, aber dort ist sie am konsequentesten realisiert worden. Ein weiteres wichtiges Element, das die therapeutische Wohngemeinschaft Soteria kennzeichnet, wird neuerdings da und dort versucht: Nämlich das ganze Alltagsleben – Kochen, Einkaufen, Haushalts- und Gartenarbeiten usw. – auf natürliche Weise therapeutisch zu nutzen, anstatt dem Patienten jede Verantwortung für diese Aufgaben zu nehmen und die verlorenen alltagspraktischen Fähigkeiten dann mit komplexen realitätsfremden Übungsprogrammen neu einzutrainieren.

Luc Ciompi und Benjamin Dubno im Gespräch.

Eine letzte Frage: Wenn ich Ihre Sachen lese, oder auch so im direkten Kontakt, erhalte ich das Gefühl, dass Sie prinzipiell ein gutes Menschenbild haben.
(Lacht)… Ja, das ist, wie soll ich sagen, eine komplexe Frage. Also, ich muss mich hin und wieder dagegen wehren, dass ich einfach meine, die Welt sei gut und wir seien Gutmenschen unter Gutmenschen. Das glaube ich nun wirklich nicht. Hingegen propagiere ich eine 51-Prozent-Regel: 51 Prozent Liebe, oder doch im weitesten Sinne positive Gefühle der Welt und den Menschen gegenüber, versus 49 Prozent negative Gefühle. Das ist schon gar nicht schlecht. Das ist wie in einer Abstimmung oder einer Aktiengesellschaft: Schon ein kleines Übergewicht von positiven Gefühlen kann genügen, um unser individuelles wie kollektives Leben in eine konstruktive Richtung zu lenken.

Ich danke Ihnen für das Gespräch. ■

VIER JUGENDLICHE BEHANDELN, UM EINE PSYCHOSE ZU VERHINDERN

REFERAT VON PROF. DR. MED. JOACHIM KLOSTERKÖTTER

PRÄDIKTION UND PRÄVENTION VON PSYCHOSEN

Zwischen den ersten Anzeichen und dem Ausbruch einer Psychose liegen in der Regel mehrere Jahre. Diese Phase birgt die Chance, der Krankheit vorzubeugen. Mit den Vorhersagemöglichkeiten schizophrener Erkrankungen befasst sich Joachim Klosterkötter, international einer der renommiertesten Wissenschaftler auf dem Gebiet der Früherkennung. Mit seinem Referat vermittelte der Kölner Professor einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand.

Irène Dietschi – Eine Psychose kommt nicht wie der Blitz aus heiterem Himmel. Schon 1995 zeigte die «Mannheimer ABC-Studie», dass der Frühverlauf einer schizophrenen Erstepisode durchschnittlich sechs Jahre beträgt. In dieser frühen Phase, im Jargon «Prodrom» genannt, liegt denn auch das Zeitfenster zur Früherkennung und Prävention. «In der prodromalen Phase treten Symptome und Defizite bereits zutage, zwar in abgeschwächter Form, aber oft so beunruhigend, dass viele Patienten und ihre Familien darunter leiden und Hilfe suchen», so Joachim Klosterkötter einleitend. Die Losung lautet also, die Zeichen zu erkennen und wenn möglich einzugreifen, bevor die Erstepisode eintritt.

Die abgeschwächten (attenuierten) Symptome einer nahen Psychose sind wissenschaftlich klar definiert und mittlerweile in den Regelwerken DSM-5 und ICD-11 als eigenständige mentale Störung anerkannt. Zum «Attenuierten Psychose-Syndrom» zählen eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, eigenartige Denk- und Sprechweise, Beziehungs- oder paranoide Ideen. Auch sogenannte BLIPS – das sind kurze, vorübergehende Episoden mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder formalen Denkstörungen – sind psychosenahe Warnsignale. Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2012 bescheinigte diesen psychosenahen Symptomen beachtliche Übergangsraten: «31,5 Prozent der Personen mit abgeschwächten psychotischen Symptomen entwickeln innert drei Jahren eine Psychose, wenn nicht spezifisch interveniert wird», erklärte Klosterkötter.

«Um die Vorhersagemöglichkeiten zu verbessern, stützen sich Wissenschaftler zunehmend auch auf neurobiologische Parameter.»

Neurobiologische Indikatoren verbessern Risikoabschätzung

Für möglicherweise Betroffene lautet die zentrale Frage: Welches Risiko habe ich persönlich? Um die Vorhersagemöglichkeiten zu verbessern, stützen sich Wissenschaftler immer mehr auch auf neurobiologische Parameter. So wurden in der Genomik und Proteomik – d.h. in den Gen- resp. Proteinsystemen von Menschen – bestimmte Biomarker identifiziert, denen die Forscher eine psychotische Risikoerhöhung zuschreiben. Zudem zeigen Bildgebungsstudien mit MRI oder PET, dass Hochrisikopersonen spezifische Besonderheiten in der Hirnstruktur aufweisen.

Genauso wichtig wie die individuelle Risikoeinschätzung ist die Frage, wie und ob überhaupt eine Psychose vermieden und den verheerenden Auswirkungen der Erstepisode vorgebeugt werden kann. Eine multizentrische Studie aus dem Jahr 2012, bei der Klosterkötters Gruppe unter der Leitung von Andreas Bechdolf federführend war, lieferte dazu bahnbrechende Ergebnisse: 128 als Ultra-Hochrisikofälle ein-

REFERENT

Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

Joachim Klosterkötter ist emeritierter Professor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Köln. Zusätzlich ist er seit Jahrzehnten wissenschaftlich auf dem Gebiet der Risikoabschätzungsforschung tätig. In Deutschland ist er Gründungsmitglied des «Kompetenznetzes Schizophrenie», das sämtliche deutschen Forschungsstellen und qualifizierten Versorgungseinrichtungen zur Schizophrenie verbindet. Für seine Leistungen in der Früherkennung von Schizophrenien wurde Joachim Klosterkötter in Deutschland mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

gestufte Jugendliche, die bei der Früherkennungsstelle Hilfe gesucht hatten, wurden entweder einer Beratungsstelle (Kontrollgruppe) oder einer integrierten psychotherapeutischen Intervention zugewiesen; die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten Einzeltherapie, Gruppentherapie und kognitives Training. Ausserdem wurden die Angehörigen beraten. Nach 12 Monaten war bei 16,9 Prozent der Kontrollgruppe eine Psychose eingetreten, in der Interventionsgruppe aber nur bei 3,2 Prozent; nach 24 Monaten betrugen die Übergangsraten 20,0 Prozent gegenüber 6,3 Prozent.

Präventive Strategien sind erfolgreich

Einen noch grösseren Präventions-Effekt zeigte eine ebenfalls aus 2012 stammende Meta-Analyse von sieben kontrollierten Studien: Mit Intervention – psychotherapeutisch und / oder medikamentös – entwickelten bloss 7,6 Prozent der Hilfesuchenden nach einem Jahr eine Psychose, unbehandelt betrug die Übergangsrate 23 Prozent. Anders gesagt: «Man muss vier Jugendliche behandeln, um eine Psychose zu verhindern – was ein hervorragendes Ergebnis ist», so Klosterkötter. Besonders interessant war eine Studie mit Omega-3-Fettsäuren aus dem Jahr 2010: Die Fischölkapseln erwiesen sich gegenüber der Placebo-Behandlung als äusserst wirksam (4,8 Prozent versus 27,5 Prozent Übergangsrate). «Diese Behandlung wäre natürlich viel einfacher als alle anderen», sagte Joachim Klosterkötter abschliessend. Sollten weitere Studien die Resultate bestätigen, wäre dies «eine Sensation». ■

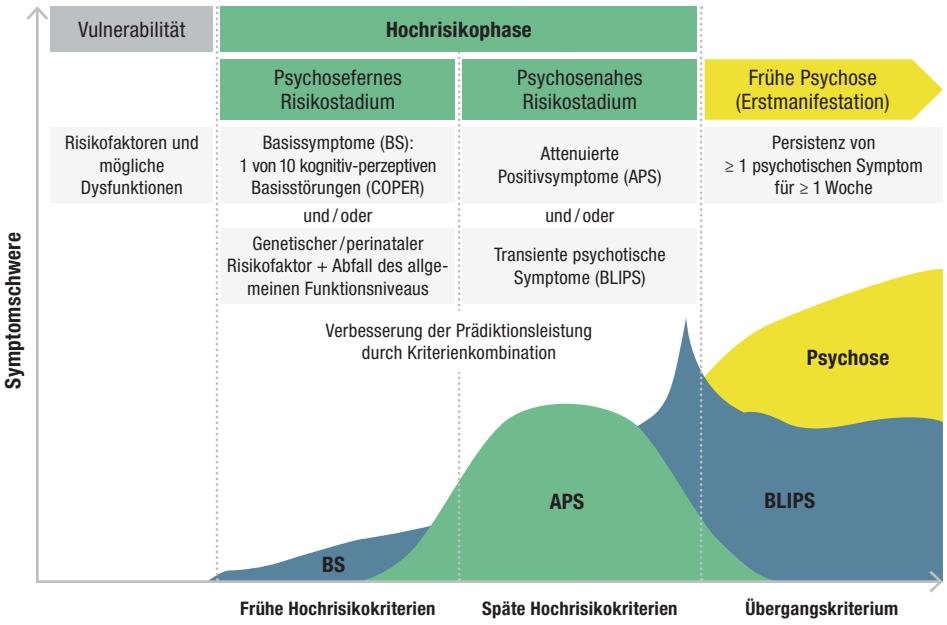
KOMMENTAR

PSYCHOSERISIKO EINSCHÄTZEN

Dr. med. Axel Guntermann, Leitender Arzt, ipw – *Prof. Joachim Klosterkötter hat in seinem Vortrag eindrücklich den wissenschaftlich immer deutlicher belegbaren Nutzen der Früherkennung und -intervention im Vor- und Frühverlauf von schizophrenen Psychosen dargelegt. Die Übergangsraten, an einer Psychose zu erkranken, fallen bei frühem Erkennen und Behandeln sehr viel geringer aus. Prof. Frauke Schultze-Lutter hat in ihrem Workshop darüberhinaus einen fundierten Einblick in die Erhebung der Psychoserisikokriterien anhand praktischer klinisch-relevanter Beschreibungen der Symptome gegeben. Instrumente wie SIPS, CAARMS; SPI-A und SPI-CY ermöglichen heute, gepaart mit gutem Training und klinischer Erfahrung, eine gute Vorhersage des Psychoserisikos. Die Entstehung einer der schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen, welche die gesundheitliche und persönliche Entwicklung von uns Menschen aufgrund starker Einbussen des kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionsniveaus massiv beeinträchtigt, kann und soll heute früh erkannt, günstig beeinflusst und im besten Fall verhindert werden.*

Nun liegt es an uns Klinikerinnen und Klinikern der Versorgungsorganisationen, dieses Wissen zu vertiefen und es im klinischen Alltag nutzbar zu machen. Es gilt, das Augenmerk zu richten auf die psychosefernen Symptome in Form subjektiver Veränderungen von Wahrnehmung, Gefühlen, Gedanken und Verhalten (COPER / COGDIS), auf die psychosenahen Symptome in Form kurz auftretender, vorübergehender (BLIPS) und abgeschwächter (APS) psychotischer Symptome sowie auf die Dauer der unbehandelten Erkrankung (DUI) und Psychose (DUP). Ziel ist, eine Verhinderung oder Verkürzung der Erkrankung zu erreichen und damit einem möglichen grossen Leid der Patienten und von deren Umfeld entgegenzuwirken.

Psychoseprädiktion im Hochrisikostadium



Der Frühverlauf einer schizophrenen Erstepisode beträgt durchschnittlich sechs Jahre. Wichtig ist das Erkennen von psychosenahen klinischen Phänomenen wie APS (attenuated psychosis syndrome) oder BLIPS (brief limited intermittent psychotic symptoms). Eine Intervention in der APS- und / oder BLIPS-Phase kann einer Psychose vorbeugen.

Grafik: Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

MOMENT-AUFNAHMEN

FACHTAGUNG VOM 19. MÄRZ 2015 IN WINTERTHUR

An der Fachtagung haben circa 200 Fachleute aus dem Gesundheitswesen teilgenommen. Sie haben ihre Erfahrungen rund um Psychosen in den Workshops und in den Pausen diskutiert.

«Was die Prädiktion von Psychosen und Joachim Klosterkötters Vortrag betrifft: In der Praxis finde ich es schwierig zu sagen, wer von den Patienten geeignet wäre für ein Präventionsprogramm. Und vor allem: Wo man die Leute hierzulande hinschicken würde. Diesbezüglich fehlt mir für die Schweiz, für den Kanton Zürich, die Information.»

Kathrin Müller, Fachpsychologin für Psychotherapie, in einer Gemeinschaftspraxis mit Allgemeinpraktikern tätig

«Mit dem Für und Wider von Medikamenten wird man ständig konfrontiert. Gefallen hat mir in Stefan Leuchts Vortrag das klare Statement, dass wenn sich zwei Wochen lang nichts tut, man auf ein anderes Medikament wechseln soll. Heute könnte es sich eine Klinik allerdings rein finanziell nicht mehr leisten, die Patienten vier Wochen lang ohne Verbesserung zu behalten. Man steht in der Klinik unter massivem Zeitdruck, so dass man schnell das Medikament wechselt. In Deutschland, wo ich bis vor zwei Jahren gearbeitet habe, habe ich eher die Kehrseite erlebt: dass man zu schnell wechselt.»

Dr. med. Jörg Polak, niedergelassener Psychiater in Wil SG

«Stefan Leuchts Vortrag hat mit dem Thema evidenzbasierte Gabe von Medikamenten einen wichtigen Punkt getroffen. Ich arbeite kunsttherapeutisch, und am Rande bekomme ich es mit, wie schwer sich Patienten oft mit Medikamenten tun. Zum Beispiel mit EPS, diesen Bewegungsstörungen. Auch das Gegenmittel dazu hat starke Nebenwirkungen. Uns gegenüber äussern Patienten ungefilterter als gegenüber dem Arzt, wenn sie sich mit Ideen herumtragen wie zum Beispiel die Medikamente abzusetzen. Das Konzept der Soteria kenne ich schon lange, ich habe 1984 begonnen, in der Psychiatrie zu arbeiten. Ich würde es sehr begrüssen, wenn es in der ipw auch eine Soteria gäbe.»

Katharina Brassel, Kunsttherapeutin, ipw

«Das Konzept der Soteria kenne ich seit Jahrzehnten. Mich beeindruckt, dass man dort mit aller Konsequenz auf ein reizarmes, stabilisierendes, emotional beruhigendes Klima setzt. … Tatsächlich zielen nämlich die Fragebögen, die zurzeit en vogue sind, viel zu sehr auf die Denkvorgänge, das heisst, es geht alles durch die kognitive Mühle, Körper und Gefühle bleiben draussen, und auch die Therapien sind entsprechend.»

Dr. med. Andreas Andreae, Ärztlicher Direktor, ipw

«Stefan Leucht stellte in seinem interessanten Vortrag die Herausforderungen bei der Pharmakotherapie, die unsere Arbeit begleitet, gut dar. In unserer Beratungsstelle behandeln wir auch Patienten, die zum ersten Mal eine Pharmakotherapie benötigen. Da braucht es oft ein hohes Mass an Geduld, Feingefühl und Aufklärung über Wirkung, Nebenwirkungen und Vorurteile, damit eine gute Compliance erreicht wird. Ich teile die Aussagen aus eigener Erfahrung, dass das Medikament auf die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen abgestimmt und der Nutzen gross genug sein muss, damit die Nebenwirkungen eher toleriert werden.»

Carina Galli, Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, ipw

ÜBER WIRKUNGEN UND NEBENWIRKUNGEN ANTIPSYCHOTISCHER MEDIKAMENTE

REFERAT VON PROF. DR. MED. DR. H.C. STEFAN LEUCHT

AKTUELLE «HOT TOPICS» DER AKUT- UND LANGZEITBEHANDLUNG DER SCHIZOPHRENIE

Medikamente sind in der Schizophrenie-Behandlung unverzichtbar. Gleichzeitig haben sie wegen ihrer Nebenwirkungen einen schlechten Ruf. Der Münchner Stefan Leucht beschäftigt sich mit dem wissenschaftlichen Vergleich antipsychotischer Medikamente. In Winterthur präsentierte er in seinem Referat «Aktuelle ‹hot topics› der Akut- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie» verschiedene Meta-Analysen, die er und seine Arbeitsgruppe durchgeführt haben.

Irène Dietschi – «Netzwerk-Metaanalyse». So heisst die Methode, welche die Gruppe um Stefan Leucht für ihre Vergleichsstudien antipsychotischer Medikamente eingesetzt hat. Das Prinzip: Direkte Evidenz – also Ergebnisse, die man durch den direkten Vergleich zweier Wirkstoffe gewinnt – wird mit indirekter Evidenz kombiniert. Konkret: «Wenn A mit B verglichen wird und A mit C, aber B und C nicht direkt, dann können die Ergebnisse von B versus C von jenen aus A versus B und A versus C abgeleitet werden.» Auf diese Weise hat Leuchts Gruppe eine Reihe von Antipsychotika der ersten mit jenen der zweiten Generation verglichen. Darauf erstellten die Forscher Listen, welche die Medikamente punkto Wirksamkeit und Nebenwirkungen bestimmten Rangfolgen zuteilten.

«Viele Ergebnisse waren nicht unerwartet», sagte Leucht, «einige waren aber dennoch überraschend.» So gab es im Gegensatz zur allgemeinen Lehrmeinung (alle Antipsychotika sind mit der Ausnahme von Clozapin gleich wirksam) kleine, aber statistisch signifikante Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Substanzen.

Auch nach ihren Nebenwirkungen wurden die Medikamente eingeordnet. Speziell ins Visier nahmen die Forscher Compliance, Gewichtszunahme, Bewegungsstörungen (extrapyramidales Syndrom EPS), Prolaktin-Anstieg und Sedierung. Auch hier ergaben sich interessante Rangordnungen mit teilweise erstaunlichen Unterschieden. Dasjenige Medikament zum Beispiel, welches die geringste Gewichtszunahme bewirkte (Haloperidol), schnitt dafür bei den Bewegungsstörungen (EPS) am schlechtesten ab. Das mit Abstand beste Medikament punkto genereller Wirksamkeit war dasjenige, welches die Patienten am meisten sedierte. «Ein wenig überraschendes, aber wichtiges Ergebnis», so Leucht, «denn viele Patienten empfinden die Sedierung als unangenehm.» In der akuten Phase könne diese Wirkung allerdings nützlich sein.

Bei den Untersuchungen zur Compliance zeigte sich anhand der Rangfolgen, dass die wirksamsten Medikamente gleichzeitig diejenigen sind, die von den Patienten am besten akzeptiert werden, ungeachtet ihrer Nebenwirkungen. In der Klinik werde aber oft das Gegenteil angestrebt, nämlich eine Behandlung mit möglichst wenig Nebenwirkungen. Zum Teil ein Irrtum, wie Leucht aufgrund seiner Ergebnisse darlegte: «Zumindest in klinischen Studien brechen Patienten eine Behandlung nicht wegen der Nebenwirkungen ab, sondern am ehesten dann, wenn die Medikamente nicht genügend helfen». Wichtig im klinischen Alltag sei es, Medikamente so zu verschreiben, dass sie den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen. Hierfür stünden heutzutage eine Vielzahl an Präparaten zur Verfügung.

Einschätzungen

Im zweiten Teil seines Vortrags ging der Referent auf Themen ein, die in den Schizophrenie-Netzwerken aktuell intensiv diskutiert werden. Leuchts Einschätzungen sind hier kursorisch wiedergegeben:

REFERENT

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Leucht

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Leucht ist stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München. Er ist Mitglied des Herausgeberteams der Cochrane Schizophrenia Group und war Co-Leiter des «Service Zentrums Cochrane Meta-Analysen» des «Kompetenznetz Schizophrenie» in Deutschland. Stefan Leuchts Forschungsschwerpunkt ist die Psychopharmakologie und evidenzbasierte Medizin bei Schizophrenie, mit speziellem Fokus auf Meta-Analysen, klinische Studien und die verbesserte Studien-Methodologie auf diesem Gebiet.

Innerhalb welcher Zeitspanne entfalten antipsychotische Medikamente bei Schizophrenie ihre Wirkung? «Diejenigen Patienten, deren Symptome (BPRS oder PANSS) nach zwei Wochen nicht um mindestens 20 bis 25 Prozent zurückgehen, werden kaum auf die Therapie ansprechen, wenn sie mit demselben Antipsychotikum weiterbehandelt werden.»

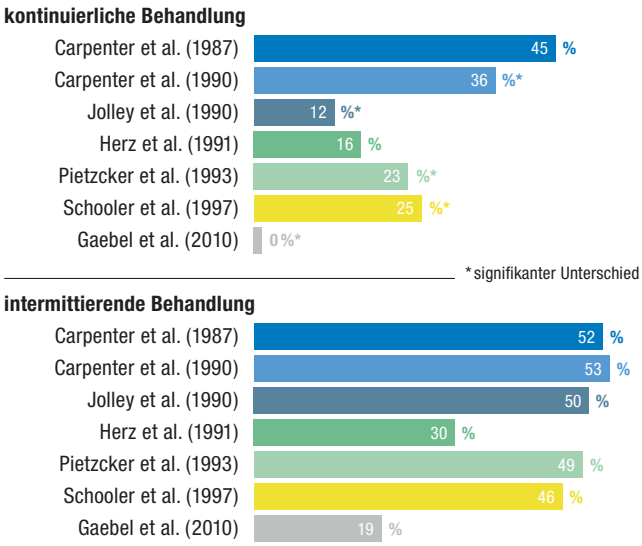
Wie lange sollen Antipsychotika prophylaktisch verschrieben werden, wenn ein Patient nicht rückfällig wurde? «Mit Vorbehalt kann gesagt werden, dass wiederholt erkrankte Patienten mindestens drei bis sechs Jahre Erhaltungstherapie bekommen sollten. Erstmals erkrankte Patienten mindestens ein Jahr.»

Führen Antipsychotika zum Verlust von Hirnmasse? «Es gibt neue kontroverse Daten, die diese Frage scheinbar belegen. Aber: Die gleiche Arbeitsgruppe veröffentlichte später eine andere Untersuchung derselben Studienteilnehmer. Diese zeigte, dass sich der Verlust an Hirnvolumen mit der Dauer von Rückfällen deckte, was den ersten Ergebnissen zum Teil widersprach.»

Sollen Medikamente abgesetzt werden, sobald die Patienten in Remission sind, und erst dann wieder aufgenommen werden, wenn Frühwarnzeichen auftreten? «Die intermittierende Behandlung hat sich in verschiedenen Studien gegenüber der kontinuierlichen Behandlung als weniger wirksam erwiesen. Neue Daten legen jedoch nahe, dass bei erstmals Erkrankten eine vorsichtige Reduktion der Medikamente unter Bereitschaft, diese bei leichtem Aufflammen neuer Symptome sofort wieder zu erhöhen, eventuell möglich ist.»

Ist eine Kombination mehrerer antipsychotischer Medikamente nützlich? «Die Monotherapie hat sich gegenüber kombinierten Therapien als ebenbürtig erwiesen. Es wird deshalb empfohlen, Kombinationen zu reduzieren. Erstens, weil sie nicht mehr nützen als eine Monotherapie, zweitens, um die Nebenwirkungen zu senken.» ■

Rückfallraten



Intermittierende Behandlung ist weniger wirksam als die kontinuierliche Behandlung. In den 1990ern und im Jahr 2010 untersuchten mehrere Studien die Frage, ob man bei Erstepisode-Patienten die Medikamente absetzen könne, sobald die Symptome verebbt seien, um sie erst wieder einzusetzen, sobald erste psychotische Warnsignale auftauchten. Die Strategie scheiterte: Patienten mit intermittierender Behandlung hatten durchwegs höhere Rückfallraten als Patienten mit kontinuierlicher Behandlung. Grafik: Prof. Dr. med. Stefan Leucht

KARDIOMETABOLISCHE ERKRANKUNGEN BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN: DATEN, FAKTEN, PRAXIS

WORKSHOP MIT PROF. DR. MED. KAI G. KAHL

Dr. med. Ruedi Schweizer, Leitender Arzt, ipw

– Die bei psychisch Kranken deutlich erhöhte Mortalität ist zu einem überwiegenden Teil auf das erhöhte kardiovaskuläre Risiko zurückzuführen und nicht primär auf das erhöhte Suizidrisiko, wie oft vermutet. Gerade bei Psychosepatientinnen und -patienten wird oft ein ungünstiger Lebensstil mit einseitiger Ernährung und geringer körperlicher Aktivität als Risikoprofil beschrieben. Für Prof. Kahl, Geschäftsführender Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Hannover, greift dieses Modell zu kurz. Vielmehr seien komplexe Wechselwirkungen zwischen zerebralen und peripheren biologischen Prozessen für die erhöhte Morbidität und Mortalität bei vielen psychischen Störungen verantwortlich.

«Eine Depression ist mehr als eine Stimmungsstörung», so der Referent. Diverse metabolische Auffälligkeiten bei depressiven Patientinnen und Patienten unterstreichen den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche. So ist das perikardiale Fettgewebe auch bei jüngeren und normalgewichtigen Depressiven erhöht und klar mit einem erhöhten Myokardinfarktrisiko assoziiert. Sport vermindert dieses Fett im Herzmantel und sollte neben der Pharmako- und Psychotherapie zur dritten tragenden Säule der Depressionsbehandlung werden.

Ein weiterer Fokus legte der Referent auf die bedeutsame Rolle des Gehirns, welches die Eigenart hat, sich die Energie durch Zuckerzufuhr, die es als wohl wichtigstes Organ benötigt, den anderen Geweben streitig zu machen (selfish brain theory). Bei hohem Fettgewebsanteil droht dem Gehirn die Unterversorgung mit Glucose (Neuroglucopenie), was sofort ausgeglichen wird – der Patient isst, obwohl er schon übergewichtig ist.

Der epigenetisch vermittelte Einfluss biographischer, zum Beispiel traumatischer Erfahrungen auf die relevanten metabolischen Parameter (metabolic programming) bildete den Abschluss des Workshops und gleichzeitig einen Ausblick in die Zukunft dieses weiten Forschungsfeldes. ■

ALLE AN DEN RUNDEN TISCH!

WORKSHOP MIT DR. MED. JACQUELINE MINDER, PETER WOLFENSBERGER

BETAGTE PSYCHOSEPATIENTEN IN ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN

Betagte Psychosepatienten in Alters- und Pflegeheimen stellen das behandelnde und betreuende Personal vor grosse Herausforderungen. Wie sich diesen begegnen liesse, wurde an einem Workshop unter der Leitung von Jacqueline Minder und Peter Wolfensberger diskutiert.

Irène Dietschi – «Sollte nicht jedes Alters- und Pflegezentrum eine psychiatrische Versorgung gewährleisten?» Die Frage fiel mitten in der Diskussion um betagte Psychosepatienten in den Institutionen. Tenor der Runde: Vieles, was von fachlicher Seite vorgeschlagen wird, ist mit dem Personalschlüssel in den Heimen nicht zu leisten. Bewohnerinnen und Bewohner, die an psychiatrischen Problemen leiden, sind tendenziell unterversorgt. Das Personal wähnt sich angesichts der Komplexität seiner Aufgaben oftmals in einem «Teufelskreis».

Rückblende zu den Fakten, welche die Fachärztin Jacqueline Minder und der Pflegewissenschaftler Peter Wolfensberger einleitend vortrugen: Mit der Umsetzung des neuen Psychiatriekonzeptes im Kanton Zürich (1998) wurde die Langzeitpflege psychiatrischer Patientinnen und Patienten zur kommunalen Aufgabe erklärt. Im ganzen Kanton wurden Langzeitbetten in der Psychiatrie abgebaut und die Patienten in Alters- und Pflegeheime oder in spezialisierte Einrichtungen überführt.

Diese Verlagerung stellt die Alters- und Pflegeheime vor grosse Herausforderungen, da die Behandlungsteams nicht über das gleiche psychiatrische Fachwissen verfügen wie Teams in der Psychiatrie. Die Zahlen des Bundesamts für Statistik zeigen aber, dass sieben von zehn Heimbewohnern an mindestens einer psychischen Störung leiden. Mehr als die Hälfte ist von einer neuropsychiatrischen Krankheit betroffen, und fast ebenso viele neigen zu Verhaltensauffälligkeiten: verbale Aggressivität, störendes und unangepasstes oder sich widersetzendes Verhalten gegenüber Behandlungen. Deswegen suchen die Altersinstitutionen zunehmend nach spezialisierter Unterstützung – von Fachärzten ebenso wie von spezialisierten Pflegefachpersonen.

Welche Lösungen gibt es? Die Workshop-Besucherinnen und -besucher eruierten die Kommunikation als A und O, um schwierige Fragen und Fälle anzugehen. Als Form wurde ein runder Tisch vorgeschlagen, der für beteiligte Partner regelmässig – zum Beispiel drei Mal jährlich – institutionalisiert werden sollte. Auch sogenannte Helferkonferenzen, wie sie mancherorts bereits bestehen, wären ein guter Ansatz. Mit proaktiver Kommunikation könne es gelingen, auch unter finanziellem Druck vorhandenes Wissen gezielt einzusetzen. ■

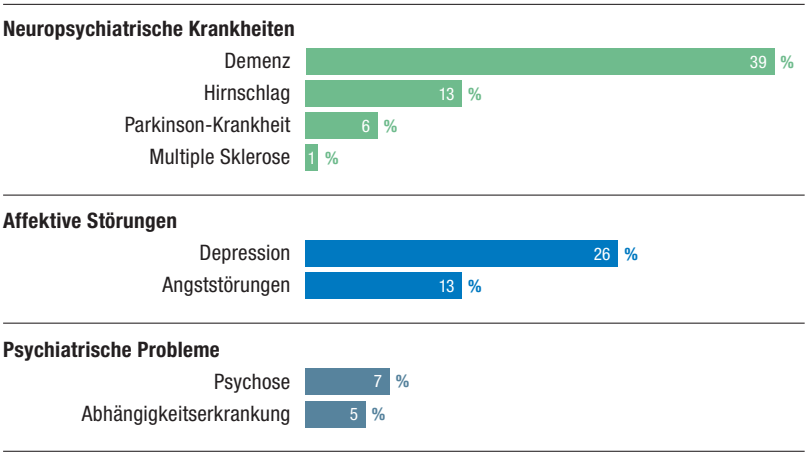
REFERENTEN

Dr. med. Jacqueline Minder

Dr. med. Jacqueline Minder, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie, ist Chefärztin und Bereichsleiterin Alterspsychiatrie bei der ipw.

Peter Wolfensberger

Peter Wolfensberger ist Pflegeexperte und Pflegewissenschaftler MScN für Bildung, Beratung & Entwicklung Pflege bei der ipw.



Psychiatrische Krankheitsbilder in Alters- und Pflegeheimen
Sieben von zehn Heimbewohnerinnen und -bewohnern in der Schweiz leiden an mindestens einer mentalen Störung. Mehr als die Hälfte weist eine neuropsychiatrische Strörung auf, wobei die Demenz die häufigste ist. Auch Depressionen kommen oft vor.

Quelle: BFS (EGBI)

UND WER DENKT AN MICH?

WORKSHOP MIT CONSTANTINE BOBST

ANGEHÖRIGE VON PSYCHISCH ERKRANKTEN: STÖRFAKTOR ODER RESSOURCE?

Wird jemand psychisch krank, zieht das oft die ganze Familie in Mitleidenschaft. Was Angehörige brauchen, um sich selbst vor Überlastung zu schützen und gleichzeitig den Kranken zu unterstützen, wurde in einem Workshop diskutiert.

Dr. Claudia Hoffmann – Ob Eltern, Geschwister, Partner oder Kinder: Viele Angehörige leiden sehr darunter, wenn ein Familienmitglied psychisch krank wird. Sie fühlen sich unsicher und haben starke Schuldgefühle, sind überlastet und stellen ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund. Dadurch haben sie ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken, etwa an Depressionen oder Angststörungen.

«Mir wurde der Teppich unter den Füssen weggezogen. Mir ist Angst und Bang und ich fühle mich völlig desorientiert und hilflos.»

Die psychische Erkrankung eines Menschen löst oft tiefste Verunsicherung und Hilflosigkeit bei Familienmitgliedern aus.

Welche Bedürfnisse Angehörige haben und welche Unterstützung sie brauchen, diskutierten die Teilnehmenden des Workshops «Angehörige von psychisch Erkrankten: Störfaktor oder Ressource?» unter der Leitung von Constantine Bobst, Präsidentin der Vereinigung von Angehörigen seelisch-psychisch Kranker (VASK). Sie selbst wuchs mit einem psychisch kranken Vater auf und hat eine Schwester, die seit ihrer Jugend an einer bipolaren Erkrankung leidet. «Ich habe mich lange Zeit in der Psychiatrie als Störfaktor empfunden», sagt Bobst. Viele der Menschen, die sie bei der VASK berät, würden dieselbe Erfahrung machen. Die Betroffenen wünschten sich häufig, besser über Krankheit und Behandlungsmassnahmen ihres Familienmitglieds informiert zu werden und konkrete Hilfestellungen im Alltag zu erhalten.

Sich mitteilen – auch als Angehörige

Das bestätigten die etwa 15 Workshop-Teilnehmerinnen und -teilnehmer, die in verschiedenen stationären und ambulanten Kontexten mit Angehörigen psychisch Kranker zu tun haben. Viele kennen deren Sorgen und Nöte. Sie wünschen sich, dass Betroffene aktiv auf das Therapeutenteam zugehen und ihre Belastungen mitteilen. Sie erleben teils auch, dass Familienmitglieder von Erkrankten Druck auf sie ausüben und wenig Verständnis für den Krankheitsverlauf zeigen. Dass der Umgang mit den Angehörigen nicht immer leicht ist, zeigt auch folgender Beitrag aus der Teilnehmerrunde: «Bei Beratungsgesprächen geht man oft davon aus, dass der Patient aus einem gesunden Familiensystem kommt. Doch das ist meistens nicht so. Patienten haben häufig auch schwierige Eltern, Geschwister oder Partner.»

VASK leistet wertvolle Unterstützung

Viele der Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer würden sich zwar gerne intensiver um Angehörige kümmern, doch fehlt ihnen dafür schlicht die Zeit. Umso mehr betonten sie, wie wertvoll die Arbeit sei, welche die VASK leistet. Eine konkrete Verbesserungsmöglichkeit im Klinikalltag sahen viele darin, Angehörige grundsätzlich bei Ein- und Austrittsgesprächen miteinzubeziehen, was bisher im normalen Ablauf kaum vorgesehen ist. ■

REFERENTIN

Constantine Bobst

Sozialarbeiterin, Systemisch-lösungsorientierte Therapeutin, Präsidentin VASK Zürich

Constantine Bobst ist seit fünf Jahren Beraterin, seit einem Jahr Präsidentin der Vereinigung von Angehörigen seelisch-psychisch Kranker (VASK) im Kanton Zürich, welche Beratungen und Schulungen anbietet. Bobst arbeitete bis zu ihrer Pensionierung viele Jahre als Sozialarbeiterin und systemisch-lösungsorientierte Therapeutin mit kranken Menschen und deren Angehörigen.

«Als Angehörige einer Schwester, die schwer psychisch krank ist, habe ich mich selbst lange Zeit in der Psychiatrie als Störfaktor empfunden.»

Constantine Bobst

GEMEINSAM EIN STÜCK WEG GEHEN

WORKSHOP MIT MANUELA GRIESER

ADHERENCETHERAPIE DER PSYCHOSEN

«Ich nehme keine Medikamente mehr!» – Allen Teilnehmenden des Workshops «Adherencetherapie der Psychosen – Gemeinsam ein Stück Weg gehen» waren Sätze wie dieser aus der täglichen Arbeit mit psychoseerkrankten Patienten wohlbekannt.

Med. pract. Joachim Lotze, Leitender Arzt, ipw

– Manuela Grieser, die Leiterin des Worksops, untermauerte die Problematik mit eindrucksvollen Zahlen: Im Durchschnitt nehmen nach einem Jahr 50 Prozent der an Schizophrenie erkrankten Menschen, nach zwei Jahren bereits rund 75 Prozent, ihre verordneten Medikamente nicht mehr ein – mit allen Folgen für sie selbst und ihr Umfeld.

Die Adherencetherapie will in dieser Problematik hilfreich sein. Auf der Grundlage von Erkenntnissen, unter anderem aus der Verhaltenstherapie, wurde sie 2001 von Richard Gray, Institute of Psychiatry London, erstmals vorgestellt und hat sich als berufsbegleitende Ausbildung auch in der Schweiz etabliert.

Den Patienten befähigen

Anders als der schon länger übliche Begriff der «Compliance», der mehr als «Fügsamkeit» des Patienten gegenüber fixen Therapievorgaben verstanden werden kann, betont die «Adhärenz» eine aktivere Rolle des Patienten: In einer strukturierten Intervention, aufgegliedert in acht Behandlungseinheiten, werden durch eine ausgebildete Fachperson Therapieziele mit dem Patienten gemeinsam formuliert.

Umsetzung scheitert oft an praktischen Problemen

Nach initialem Beziehungsaufbau und dem Lösen ganz praktischer Probleme – zum Beispiel, dass kein Bus zur Apotheke fährt, um die Medikamente abzuholen – liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung von Ambivalenzen und Bedenken sowie der Informationsgabe. Schlussendlich soll der Patient zu einer selbständigeren Entscheidungsfindung gelangen. So wurde verständlich, warum der Titel des Workshops ergänzt war um den Zusatz: «Gemeinsam ein Stück Weg gehen.» ■

REFERENTIN

Manuela Grieser

Manuela Grieser, Diplom-Pflegewirtin (FH) und Master of Arts Erwachsenenbildung, ist Dozentin und Studiengangsleiterin an der Berner Fachhochschule sowie Adherencetrainerin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kompetenzanalysen und evidenzbasierte Pflegeinterventionen.

DIE 8 SCHRITTE DER ADHERENCE-THERAPIE

1
Beziehungsaufbau, Auftragsklärung; Assessment (Praktische Umsetzung, Nebenwirkungen, Bereitschaft / Wichtigkeit / Zuversicht)

2
Praktische Probleme lösen

3
Blick zurück

4
Vor- und Nachteile besprechen; Ambivalenzen (Vierfelder Pro- / Contra-Liste, Rating, Zusammenfassung)

5
Sorgen und Bedenken bearbeiten

6
Informationen geben

7
Blick nach vorne

8
Evaluation, Weiterplanung, Abschluss

Die Adherencetherapie ist eine strukturierte Intervention, die im Rahmen von acht Behandlungseinheiten in Einzelkontakten durch entsprechend qualifizierte Fachpersonen verabreicht wird. Die Intervention hat zum Ziel, dass der Patient aus eigener Kraft heraus, auf der Grundlage einer eigenen Entscheidung in der Lage ist, therapeutische Vorgaben langfristig umzusetzen, oder aber, was auch denkbar ist, eine fundierte und zu seiner aktuellen Lebenssituation passende Entscheidung gegen die Einnahme von Medikamenten zu treffen. Adherencetherapie zielt demnach sowohl auf eine informierte Entscheidungsfindung als auch auf die Möglichkeit der Verhaltensänderung.

DIE ZÜGEL WIEDER IN DIE HAND NEHMEN

REFERAT VON PROF. DR. MED. DIPL.-PSYCH. ROLAND VAUTH

DIE CHANCEN UND GRENZEN KOGNITIVER VERHALTENSTHERAPIE IN DER MODERNEN SCHIZOPHRENIEBEHANDLUNG

Um die bessere Symptomkontrolle durch moderne Pharmakotherapie der Schizophrenie auch zum Rückerobern der Alltagsnormalität zu erschliessen, ist die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) eine der wissenschaftlich am besten begründeten Methoden der klinischen Psychiatrie. Die Betroffenen lernen, trotz Krankheit wieder Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen. Wie die KVT die medikamentöse Behandlung vielfältig unterstützt, erläuterte der Leitende Arzt und Psychologe Roland Vauth in seinem Vortrag.

Dr. Claudia Hoffmann – Eine psychotische Krise stellt ein einschneidendes Erlebnis im Leben eines Menschen dar. «Viele Patienten sind zutiefst verstört und verunsichert», sagt der Psychiater und Psychologe Roland Vauth. «Sie empfinden ihr Leben als einen einzigen Scherbenhaufen.» Als Folge geraten viele in eine negative Gedankenspirale, verlieren die Hoffnung auf Besserung und geben ihre bisherigen Ziele auf.

Eine kognitive Verhaltenstherapie kann Betroffenen helfen. Im Vordergrund steht der so genannte Recovery-Ansatz: «Der Patient lernt, die Zügel in seinem Leben wieder in die Hand zu nehmen», sagt Vauth. Es wird davon ausgegangen, dass der Erkrankte die Verantwortung für seinen eigenen Genesungsprozess übernehmen kann. Dazu muss der Patient die Zusammenhänge zwischen seiner eigenen Wahrnehmung und seinen Gefühlen, seinem Verhalten und den Krankheitssymptomen verstehen. Mit Hilfe des Therapeuten lernt er, pathologisches Verhalten zu erkennen und Problemlösestrategien zu entwickeln.

Selbstkonzept neu aufbauen, wirksame Problemlösung unterstützen

Ein Patentrezept gibt es nicht: «Jeder Patient hat seine individuelle Lebens- und Krankheitsgeschichte, die es zu berücksichtigen gilt», sagt Vauth. Die Therapiemassnahmen richten sich deshalb nach der sozialen Situation des Patienten, seinen spezifischen Problemen sowie der Phase der Erkrankung. «Die kognitive Verhaltenstherapie kann man sich wie eine Art Baukasten vorstellen, der immer neu individuell zusammengestellt wird.»

Kernelement ist die Arbeit am Selbstkonzept. Erkrankte neigen häufig zur Selbst-Stigmatisierung und fühlen sich hilflos. Deshalb werden zu Beginn gemeinsam mit dem Therapeuten bedeutende Lebensziele und Wünsche des Patienten definiert. Zudem gilt es zu klären: Wer bin ich, was habe ich für eine Krankheit? Das hilft, Optimismus und Selbstwertschätzung wieder aufzubauen und die eigene Identität neu zu definieren – trotz und mit der Krankheit. Das sei auch wichtig, um die Behandlungsbereitschaft und die Medikamenten-Compliance zu verbessern, sagt Vauth. Denn: «Nur Menschen, die auch eine Zukunft für sich sehen, werden in sich und ihre Genesung investieren».

«Die kognitive Verhaltenstherapie kann man sich wie eine Art Baukasten vorstellen, der immer neu individuell zusammengestellt wird.»

Ein wichtiges Element der Therapie ist das Management von Positivsymptomen. Denn trotz Medikation hören etwa 25 bis 30 Prozent der Schizophrenie-Patienten weiterhin Stimmen oder haben Wahnvorstellungen. Durch die An-

wendung verschiedener Techniken (siehe Interview) können sie lernen, ihre Stimmen besser auszublenden und ihre Wahnvorstellungen in Zweifel zu ziehen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass sich die Positivsymptomatik dadurch um bis zu 35 Prozent verringern lässt.

Kognitive und soziale Fähigkeiten trainieren

Eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs lässt sich auch mit dem Training kognitiver Fähigkeiten erzielen. Diese sind bei Patienten oftmals beeinträchtigt, unter anderen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprachfähigkeit und Problemlösung. Viele sind deshalb nicht mehr in der Lage, ihren Beruf auszuüben. Die kognitiven Fähigkeiten lassen sich jedoch gezielt trainieren, beispielsweise mit Hilfe spezieller Computerprogramme.

«Nur Menschen, die auch eine Zukunft für sich sehen, werden in sich und ihre Genesung investieren.»

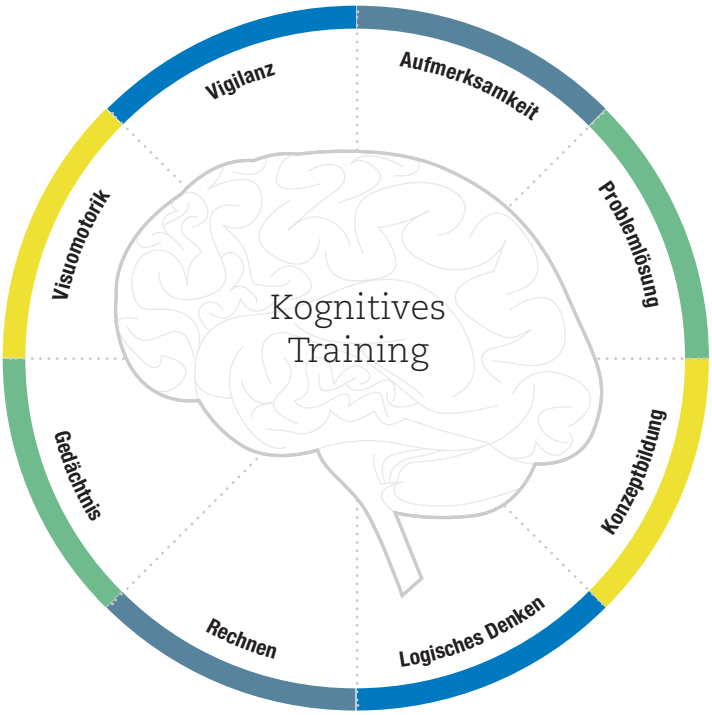
Üben lassen sich darüber hinaus auch die sozialen Fähigkeiten. Viele Erkrankte haben Schwierigkeiten vorauszusehen, wie sich andere Menschen in einer bestimmten Situation verhalten werden, oder deren Gefühle zu interpretieren. Eine Verbesserung bringen hier zum Beispiel Rollenspiele, was sich besonders bei Ersterkrankungen als wirksam erwiesen hat.

Das Umfeld lernt mit

Aber nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für Angehörige kann eine kognitive Verhaltenstherapie hilfreich sein. Diese kann dazu beitragen, einen besseren Umgang mit dem Kranken zu erlernen und so die familiären Beziehungen zu stärken. Das wiederum begünstigt einen positiven Krankheitsverlauf und reduziert den Substanzmissbrauch.

Ein weiterer Bereich, bei dem Angehörige miteinbezogen werden sollten, ist die Rückfallprävention. Denn eine psychotische Episode tritt nicht unvermittelt auf, sondern kündigt sich zuvor durch bestimmte Warnzeichen wie erhöhte Unruhe, Schlaflosigkeit oder sozialen Rückzug an. «Das wird häufig zuerst von den Angehörigen bemerkt», sagt Vauth. Auch der Patient kann lernen, solche Anzeichen bei sich wahrzunehmen und darauf zu reagieren, beispielsweise indem er seinen Arzt informiert, sodass dieser die Medikamentendosis anpassen kann. Das Aufstellen eines individuellen Krisenplans kann die Rückfallquote um 30 bis 50 Prozent reduzieren.

Vauth betont, dass die kognitive Verhaltenstherapie lediglich ein Aspekt in einem Mehrebenen-Ansatz zur Behandlung von Schizophrenie ist. «Sie versteht sich nicht als Alternative zur medikamentösen Behandlung, sondern geht mit dieser Hand in Hand». Dennoch kann sie einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, dass Betroffene – trotz Restsymptomen – ihren Alltag wieder bewältigen können. ■



Beispiel Cogpack® – trainierte Funktionen
Verschiedene kognitive Funktionen lassen sich mit Übungsprogrammen wie dem Cogpack trainieren, wodurch Patienten im Alltag wieder besser zurechtkommen.

Quelle: Roland Vauth

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Vauth

Roland Vauth ist Psychologe und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er arbeitet an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, wo er als Leitender Arzt der Ambulatorien für Psychotische Erkrankungen und Transkulturelle Psychiatrie am Gesundheitszentrum Psychiatrie tätig ist. Zudem forscht Roland Vauth zu Problemen der alltäglichen Versorgungspraxis, unter anderem zu kognitiven und emotionalen Trainingsmethoden sowie subjektiven Genesungskonzepten von Patienten. Er hat zu diesen Themen mehrere praxisnahe Therapiehandbücher veröffentlicht.

INTERVIEW

AN DER EINSTELLUNG ARBEITEN – BEIM ARZT UND PATIENTEN

INTERVIEW: DR. CLAUDIA HOFFMANN, WISSENSCHAFTSJOURNALISTIN

Menschen mit seelischen Erkrankungen brauchen eine ganzheitliche Medizin – davon ist der Arzt und Psychologe Roland Vauth überzeugt. Im Interview sagt er, wie eine kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie helfen kann, wo sie an ihre Grenzen stösst und weshalb sie trotz erwiesener Wirksamkeit in der Schweiz noch so wenig eingesetzt wird.

Herr Vauth, was zeichnet die kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der klassischen Verhaltenstherapie aus?

Um ein Verhalten zu beeinflussen, arbeitet die klassische Verhaltenstherapie mit Anreizen wie Belohnung und Bestrafung. Bis vor etwa vierzig Jahren hat man sie gelegentlich bei Schizophrenie-Patienten eingesetzt. So hat man beispielsweise einfach versucht zu ignorieren, wenn ein Patient berichtete, dass er Stimmen hört, um ihn so davon abzubringen. Mittlerweile wird das natürlich nicht mehr so mechanistisch gemacht. Die kognitive Verhaltenstherapie versucht stattdessen, nicht nur das Verhalten zu verändern, sondern auch Einstellungen, Gedanken und Überzeugungen. Dabei geht man davon aus, dass es nicht entscheidend ist, ob jemand Stimmen hört oder ob sie laut oder leise sind. Viel wichtiger ist, wie der Betroffene diese bewertet. Erlebt er sie als übelwollende Feinde oder vielmehr als unterstützende Ratgeber? Das entscheidet darüber, wie er emotional und im Verhalten darauf reagiert. Fühlt sich jemand den Stimmen hilflos ausgeliefert, folgt er eher ihren Anweisungen.

«Dabei geht man davon aus, dass es nicht entscheidend ist, ob jemand Stimmen hört oder ob sie laut oder leise sind.»

Sind solche Patienten überhaupt in der Lage, sich den befehlenden Stimmen zu widersetzen?

Nur, wenn sie das gelernt haben. Hier kann die kognitive Verhaltenstherapie einiges bewirken. Diese nutzt die Trias zwischen Empfinden, Bewerten und Verhalten, um einen differenzierteren Umgang mit den Stimmen zu erlernen und sich Selbsthilfestrategien anzueignen. Aufgabe des Therapeuten ist hierbei, den Patienten wie in einem Parcours durch unterschiedliche Strategien zu führen, die anderen Patienten bereits geholfen haben. Der Betrof-

fene kann dann die Techniken auswählen, die ihm am meisten nützen, oder diese seinen Bedürfnissen entsprechend weiterentwickeln. Eine einfache Massnahme, die bei vielen Patienten wirkt, ist das eigene Lieblings-Hörspiel oder eine andere Sendung über Kopfhörer abspielen, um die Stimmen zu übertönen und in den Hintergrund zu drängen. Bei Wahnvorstellungen wiederum können andere Ansätze helfen. Hat beispielsweise jemand den Eindruck, Passanten starren ihn böse an und würden ihm etwas Böses wollen, kann er lernen, seiner Wahrnehmung zu misstrauen und diese zu überprüfen. Zum Beispiel, indem er sich dann selbst die Frage stellt, ob sein Eindruck stimmen kann oder ob es auch andere Erklärungen für die vermeintlich bösen Blicke der Leute geben könnte. Oder wenn der Patient in Panik gerät, kann die Vorstellung helfen, eine vertraute Person würde ihm die Hand auf die Schulter legen und beruhigend auf ihn einreden.

Gibt es auch Patienten, bei denen die kognitive Verhaltenstherapie an ihre Grenzen stösst?
Ja, bei Patienten mit einem Intelligenzquotienten zwischen 50 und 70. Ihre kognitiven Fähigkeiten bewegen sich auf dem Niveau von acht- bis zwölfjährigen Kindern. Diese Menschen können kaum von kognitiven Therapien profitieren. Bei ihnen würde man eher klassisch verhaltenstherapeutisch intervenieren, also indem man Handlungsanreize setzt. Eine zweite Gruppe von Patienten sind solche mit formalen Denkstörungen. Bei ihnen fehlt der rote Faden im Denken. Sie können zum Beispiel keine passende Antwort auf eine Frage geben. Je nachdem, ob man in einem ambulanten oder stationären Setting ist, bewegt sich der Anteil dieser Patienten zwischen 10 und 30 Prozent. Da die Störung der Denkprozesse eine Folge ihrer Erkrankung ist, ist es wichtig, zunächst einmal mit Medikamenten zu behandeln, um eine Normalisierung zu erreichen. Erst dann bringen kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze auch einen Lernertrag.

«Doch bisher gibt es zu wenige Oberärzte, die kognitiv-verhaltenstherapeutisch gut ausgebildet sind.»

Obwohl die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei schizophrenen Störungen nachgewiesen ist, wird sie in der Schweiz kaum angewendet. Wie erklären Sie sich das?
Aus meiner Sicht ist das ein strukturelles Problem. Wenn wir diese Form der Therapie stärker in den Klinikalltag einbringen wollen – und die Betroffenen und ihre Angehörigen warten darauf – brauchen wir mehr Oberärzte mit dem entsprechenden Know-how. Denn diese bilden den Nachwuchs aus. Doch bisher gibt es zu wenige Oberärzte, die kognitiv-verhaltenstherapeutisch gut ausgebildet sind. Das zweite, was wir brauchen, sind Supervisionsstrukturen, die bei Umsetzungsproblemen helfen. Die Schweiz hinkt da im Vergleich zu Österreich oder Deutschland hinterher. Zwar tut sich auch bei uns etwas. In Basel hat zum Beispiel der Anteil der verhaltenstherapeutisch gut ausgebildeten Psychologen stark zugenommen. Und an den grossen Unikliniken wie Zürich, Bern oder Basel werden Kurse zu kognitiver Verhaltenstherapie bei Schizophrenie angeboten. Aber das Angebot reicht noch nicht aus.

Wie liesse sich das verbessern?
In den 1990er Jahren hat der Psychotherapeut Klaus Grawe ein Buch geschrieben mit dem Titel «Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession». Darin sprach er sich dafür aus, dass Therapeuten, die für den Patienten nach wissenschaftlichen Ergebnissen wirksamste Behandlung auswählen, anstatt nur die eigene Haltung zu vertreten. Aus meiner Sicht müsste das heute noch mehr umgesetzt werden. In der Versorgungspraxis werden evidenzbasierte Therapien immer noch zu wenig eingesetzt. ■

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI SCHIZOPHRENEN ERKRANKUNGEN

Eine kognitive Verhaltenstherapie wird oft als Einzeltherapie über etwa 25 Sitzungen angeboten. Patient und Therapeut erarbeiten gemeinsam die anstehenden Veränderungsschritte. Ziel ist, die eigenen Überzeugungen und Bewertungen zu prüfen und zu verändern.

Elemente der Therapie sind:
1. Beziehung zum Patienten aufbauen, Vertrauen gewinnen
2. Behandlungsbereitschaft entwickeln
3. Lebensziele definieren (Sinnstiftung) und Hindernisse erkennen (zum Beispiel Restsymptome, Coping-Defizite, Ohnmachtsgefühle)
4. Individuellen Behandlungsplan festlegen mit folgenden möglichen Inhalten:
   – Rollenfunktionsfähigkeit verbessern, indem kognitive, soziale und Problemlösefähigkeiten trainiert werden
   – Bewältigungsstrategien entwickeln bei Wahn und Stimmenhören
   – Rückfall-Prävention, zum Beispiel durch Erstellen eines Krisenplans

VON DER FRÜHERKENNUNG BIS ZUR ANGEHÖRIGENARBEIT

DIE SCHIZOPHRENIE-BEHANDLUNG IN DER IPW

Die schizophrenen Psychosen können sich bereits in der Jugend mit deutlichen Vorboten bemerkbar machen und – je nach Verlauf – bis ins hohe Alter das Leben begleiten oder gar bestimmen.

Die ipw hat drei Versorgungsbereiche, die durch das Alter definiert werden: Den Bereich für Jugendliche und junge Erwachsene, den Erwachsenenbereich und den Bereich für ältere Menschen. In allen werden Menschen mit schizophrenen Psychosen behandelt, betreut und begleitet.

«Ein Kilo Prävention ist besser als eine Tonne Behandlung.»

Wie bei jeder Krankheit gilt auch bei den Schizophrenien salopp formuliert: Ein Kilo Prävention ist besser als eine Tonne Behandlung. Die Früherkennung, die in der Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene stattfindet, begleitet junge Menschen, die ein hohes Risiko haben, schizophren zu werden. Sie haben Risikosignale oder vereinzelt Symptome einer schizophrenen Psychose gezeigt, ohne jedoch die Gesamtkriterien einer solchen zu erreichen. Diese Begleitung findet meist ohne Medikamente statt, ermöglicht aber eine Risikoreduktion oder eine rasche Behandlung, falls eine Psychose ausbricht.

Während eines schizophrenen Erkrankungsschubs können vor allem am Erkrankungsanfang akutstationäre Behandlungen notwendig werden. Nach einer erfolgreichen Behandlung plant die ipw mit dem Betroffenen und seinem Umfeld klare Behandlungspfade in der integrierten Versorgung im regionalen ambulanten Netzwerk und trifft Abmachungen für allfällige weitere Krisen. Dies kann zum Beispiel mittels einer Patientenverfügung geschehen.

Der Einbezug der Fachleute ist nicht zwingend, aber sehr zu empfehlen. Die ipw hilft dabei gerne. Für die Angehörigen, Partner und das übrige Umfeld kann der Umgang mit einem akutschizophrenen Menschen, der vorübergehend in seiner eigenen psychotischen Realität gefangen ist, sehr schwierig sein. Die ipw engagiert sich daher auch aktiv in Angehörigenvereinigungen wie der VASK und dem Trialogischen Seminar. ■

Neues Angebot

Gruppentherapie für Menschen mit Psychoseerfahrung
Das Konzept basiert auf einer adaptierten Form des kognitiv-behavioralen Gruppentherapieansatzes «Integriertes Neurokognitives Training für schizophren Erkrankte» von Prof. Dr. phil. Volker Roder und Dr. phil. Daniel Müller (2013). Neben psychoedukativen Elementen werden in der Gruppe kognitive sowie soziale Fertigkeiten geübt und die Teilnehmenden erlernen den Umgang mit der Krankheit. Der Austausch zwischen den oft isoliert lebenden Betroffenen ist ein weiterer, hilfreicher Effekt. Die Gruppe steht stationären und ambulanten Patienten der ipw offen. (Details siehe S. 22).

Dr. med. Benjamin Dubno, Chefarzt Akutpsychiatrie für Erwachsene, ipw

ⓘ
www.vask.ch
www.promentesana.ch/de/angebote/trialog-schweiz.html

BEHANDELNDE EINRICHTUNGEN DER IPW

Anmeldungen in alle Angebote erfolgen über unser Triagezentrum TAZ:
052 224 37 77
oder taz@ipw.zh.ch

Früherkennung

Früherkennungssprechstunde
Trollstrasse 18
8400 Winterthur
Tel. Sekretariat 052 267 68 55

Gruppentherapie

Gruppentherapie für Menschen mit Psychoseerfahrung
Klinik Schlosstal
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur
Tel. Sekretariat 044 866 13 12

Akutstationen

Akutstation für Jugendliche
Klinik Schlosstal
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur
Tel. Station 052 224 36 60

Akutstationen für Erwachsene
Klinik Schlosstal
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur
Tel. Zentrale 052 224 33 33

Zentrum Hard
Römerweg 51
8424 Embrach
Tel. Zentrale 052 224 33 33

Akutstationen für ältere Menschen
Klinik Schlosstal
Wieshofstrasse 102
8408 Winterthur
Tel. Station 052 224 36 10

Zentrum Hard
Römerweg 51
8424 Embrach
Tel. Station 044 866 14 01

Tageskliniken

Tageskliniken für Erwachsene
Rudolfstrasse 19
8400 Winterthur
Tel. Sekretariat 052 224 37 37

Gartematt 6
8180 Bülach
Tel. Sekretariat 044 866 37 00

Tageskliniken für ältere Menschen
Salstrasse 48
8400 Winterthur
Tel. Sekretariat 052 224 38 00

Zentrum Hard
Römerweg 51
8424 Embrach
Tel. 044 866 14 02

Ambulatorien

Ambulatorien für Erwachsene
Rudolfstrasse 19
8400 Winterthur
Tel. Sekretariat 052 224 37 37

Gartematt 6
8180 Bülach
Tel. Sekretariat 044 866 37 00

Geerenstrasse 6
8157 Dielsdorf
Tel. 044 854 05 40

Winterthurerstrasse 501
8051 Zürich
Tel. 044 325 12 50

Ambulatorium für ältere Menschen
Salstrasse 48
8400 Winterthur
Tel. Sekretariat 052 224 38 00

Hauptadresse

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Klinik Schlosstal
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur

Tel. Zentrale 052 224 33 33
Fax 052 224 33 34
info@ipw.zh.ch
www.ipw.zh.ch

IMPRESSUM

Reihe Integrierte Psychiatrie im Diskurs, Nr. 1
Publikation zur Fachtagung vom 19. März 2015 in Winterthur

Herausgeberin Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland
Verantwortlich Dr. Hanspeter Conrad, Spitaldirektor, ipw
Gesamtleitung Marianne Schurter, Leiterin Stab Spitaldirektion, ipw; Susanne Gimmi, Kommunikation, ipw
Fachliche Verantwortung Dr. med. Andreas Andreae, Ärztlicher Direktor, ipw; Dr. med. Benjamin Dubno, Chefarzt Akutpsychiatrie für Erwachsene, ipw
Autoren Dr. med. Alex Guntermann, Leitender Arzt, Psychiatrie für Jugendliche und junge Erwachsene, ipw; med. pract. Joachim Lotze, Leitender Arzt Erwachsenenpsychiatrie, ipw; Dr. med. Ruedi Schweizer, Leitender Arzt Erwachsenenpsychiatrie, ipw; Irène Dietschi, Wissenschaftsjournalistin; Dr. rer. nat. Claudia Hoffmann, Wissenschaftsjournalistin
Konzept / Redaktion / Gestaltung P-ART, Dr. Cornelia Bachmann, Anita Walser, Winterthur
Fotos Beat Märki, Winterthur, Foto S. 21: ipw
Druck FO-Fotorotar AG, Egg
Auflage 2500
Papier Z-Offset Rough

© 2015
Die Verwendung der Texte und Bilder, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung der ipw nicht erlaubt.

Patientennah – Engagiert – Vernetzt

Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur
Tel. 052 224 33 33
Fax 052 224 33 34
info@ipw.zh.ch
www.ipw.zh.ch