

[Anzeige]

neuro
aktuell

LA-MED



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial		
„Psycho-Soziale Medizin“ – und was nun?	3	
Kommentare		
Wenn „Leitlinien“ nicht leiten	8	
Psychische Krankheiten gewinnen weltweit an Bedeutung	10	
Neuroradiologie		
Neurophysiologen fordern sorgsamem Umgang mit MRT-Bildern	12	
Kindesmisshandlung häufig erst durch Bildgebung objektivierbar	13	
Neuro Forschung		
Hirndruck auch mittels Sehnerv- Ultraschall messbar	13	
Schlaganfall: Kein zusätzlicher Nutzen durch ultrafrühe Intervention mit Aspirin bei Lyse-Patienten	14	
Bei schlechter Akustik werden zu viele Alphawellen verbraucht	16	
Mortalitätsrisiko sinkt mit Verständnisfähigkeit	16	
LASCA: Bemerkenswerte Neuerung bei Hirndurchblutungsmessung	17	
Borreliose		
Was ist dran an der „Chronischen Borreliose“?	17	
Morbus Parkinson		
Kombinations-Therapie bei M. Parkinson	18	
Depression		
Schlechte Schlafqualität bei Patienten mit Herzerkrankungen als Vorhersage- maß für komorbide depressive Symptome	22	
Pharmakologie		
Verbesserte Arzneimitteltherapie- sicherheit bei Alterspatienten durch Therapeutisches Drug Monitoring	26	
Demenz		
Individuelle Diagnostik neuro- degenerativer Erkrankungen mit multimodaler Bildgebung	31	
Panik		
Die Bedeutung des MAO-A-Poly- morphismus für Entstehung und Therapie der Panikstörung	33	
Kurz berichtet	35	
SS-Ecke	39	
Für Sie gelesen	40	
Ausschreibung / Preise	41	
News	42	
Forum	48	
Urlaub	49	
Impressum	51	

Schizophrenie und Jugendalter

Rainer Huppert, Berg am Starnberger See

In der Psychiatrie galten und gelten schizophrene Psychosen als exemplarische schwere psychische Störungen. Nosologische Konzeptionen, auf denen die heute etablierten und sich in ständiger Überarbeitung befindenden Klassifikationssysteme ICD (aktuell ICD-10), DSM 4-TR und demnächst DSM 5 fußen, wurden vor mehr als hundert Jahren von Bleuler (1911) bzw. Kraepelin (1896) formuliert. Die Frage „warum sich gerade in der Zeit der größten Vitalität – nämlich um das 20. Lebensjahr – die schwersten Geisteskrankheiten häufen (Wolfgang Kretschmer 1973), hat die Psychiatrie bei diesen in vielerlei Hinsicht bedeutsamen Erkrankungen stets beschäftigt. Etwa ein Prozent der Weltbevölkerung ist von ihnen betroffen. Schizophrenien gehören zu den zehn am häufigsten zu einer Behinderung führenden Erkrankungen überhaupt, wobei bei etwa 10% der Betroffenen eine dauerhafte Behinderung zu konstatieren ist. Mehr als 80% können im Verlauf nicht oder nicht mehr einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen (Jansen et al. 2006). In Deutschland ist jährlich mit etwa 13.000 Neuerkrankungen zu rechnen.

Fortsetzung auf Seite 3

[Anzeige]

„Psycho-Soziale Medizin“ – und was nun?

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

die DGPPN will gesundheitspolitische Entwicklungen in Wissenschaft und Versorgung aufgreifen und konstatiert, dass die „Psychosomatik ihren Platz in der Psychiatrie gefunden“ habe. Sie will dem Rechnung tragen, und hat ihren Namen um den Begriff „Psychosomatik“ ergänzt und heißt seit einem halben Jahr „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“. Das Kürzel DGPPN bleibt bestehen. So entschied die Mitgliederversammlung der DGPPN mit großer Mehrheit im November letzten Jahres.

Nun werden gerade wir vertragsärztlichen Nervenärzte immer wieder z. B. aus dem linken politischen Spektrum angegriffen wegen des bei uns angeblich fehlenden multifaktoriellen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. Heilpraktiker, Heiler, Handaufleger etc. seien da viel feinfühlicher. Es sei nur an die griffigen Slogans des seinerzeit in Berlin sogar zum Ärztekammerpräsidenten gewählten Dr. Ellis Huber („Liebe statt Valium“) erinnert. Und wie stellt sich die Szene heute dar?

Inzwischen verschreiben mehr und mehr niedergelassene Ärzte für psychosomatische Medizin selbst häu-

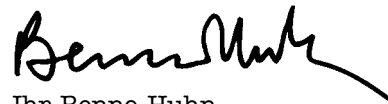
fig keine Psychopharmaka. Und wenn sie, nachdem sie die Grenzen der „sprechenden Medizin“ erreicht haben, zu der Erkenntnis gelangen, dass Psychopharmaka in vielen solcher Fälle vielleicht doch ganz nützlich sein könnten, überweisen sie zur Weiterbehandlung zum Nervenarzt. Sie begründen das damit, dass sie die Behandlung mit Psychopharmaka nicht gelernt und damit auch keine Erfahrung hätten.

Für uns Nervenärzte und Psychiater bedarf es keiner eindeutigen Belege für die herausragende Rolle, die psychosomatische Aspekte im Fachgebiet im Sinne der Interaktion von psychischen und körperlichen Faktoren spielen.

Eine große Zahl von Fachärzten aller möglichen Disziplinen, in Psych-Kompress-Kursen psychosomatisch konfirmiert, tummelt sich aber inzwischen auf dem weiten Feld von Stress, posttraumatischer Belastungsstörung, Anpassungsstörung, psychosomatischer Störung usw. Dabei kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass psychosomatische Abrechnungsziffern eine wesentliche Rolle zu spielen scheinen.

Alter Wein in neuen Schläuchen? Vertrauen wir darauf, dass man auch innerhalb des „neuen“ Fachgebiets der Psychosomatik auf unser Fachwissen und unsere Kompetenz nicht verzichten können wird.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Schizophrenie und Jugendalter

Der Erkrankungsbeginn liegt beim männlichen Geschlecht bei etwa 40 % der Betroffenen vor dem 21. Lebensjahr, beim weiblichen Geschlecht sind dies etwa 20 bis 25 %. Nehmen im stationären Erwachsenenbereich Schizophrene etwa 30 % der Behandlungsplätze in Anspruch (Gaebel 2006), trifft dies im Jugendbereich nur für 1,5 bis 10 % der stationär aufgenommenen Patienten zu. Der Erkrankungsbeginn liegt beim männlichen Geschlecht am häufigsten zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, beim weiblichen Geschlecht zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr (Häfner et al. 1995), wobei Männer und Frauen von der Erkrankung gleich häufig betroffen sind. Auch wenn der Ausbruch der manifesten Psychose bei dem größten Teil der Erkrankten außerhalb des Zuständigkeitszeitfensters der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bis zum 18. Lebensjahr) fällt, belegten sehr genaue empirische Studien über den Erkrankungsbeginn (u. a. Häfner

2005) Beobachtungen, die in der klinischen Psychiatrie schon lange geläufig waren: Dem Ausbruch einer manifesten schizophrenen Psychose gehen bei einem hohen Prozentsatz der Patienten psychische Auffälligkeiten voraus – oft als pubertär fehlgedeutet –, die sich bis zu fünf Jahre vor Erkrankungsbeginn als sogenannte Vorfeldsymptomatik zurückverfolgen lassen. In den gängigen Klassifikationsschemata werden schizophrene Psychosen im Kindes- und Jugendalter nach den gleichen Kriterien diagnostiziert wie im Erwachsenenalter, auch wenn sich, wie bei allen anderen psychischen Störungen, alterstypische Besonderheiten bei Symptomatologie, Verlauf und Prognose ergeben.

Symptomatologie und Diagnosestellung

Schizophrene Psychosen können alle psychischen Funktionen betreffen. Das Symptompektrum reicht von Störungen der Sprache und des formalen Denkens, Wahn, Sinnestäuschungen, namentlich akustischen Halluzinationen, katatonen Symptomen, Störungen des Ich-Erlebens, gravierenden affektiven Auffälligkeiten, kognitiven Störungen, Störungen des Re-

alitätsbezugs, Auffälligkeiten der sozialen Interaktion und gestörter sozialen Anpassung bis hin zu Selbst- und Fremdgefährdung. Ein großer Teil der Patienten leidet unter den Symptomen, kann diese jedoch mitunter nicht als Ausdruck einer Erkrankung identifizieren. Die Psychopathologie zeigt ein hohes Maß an inter- und intraindividuelle Variabilität. Zu betonen ist immer wieder, dass es kein pathognomonisches Einzelsymptom für schizophrene Psychosen gibt. Die Diagnose fußt auf dem psychopathologischen Querschnittsbefund und auf der Beurteilung des Längsverlaufs der Auffälligkeiten. Vom Patienten geschilderte abnorme subjektive Erlebnisse und die Entwicklung des Beschwerdebildes müssen bei einer klinischen Diagnosestellung ebenso berücksichtigt werden wie objektiv beobachtbare Störungen des Verhaltens und psychischer Leistungen, die prämorbid Entwicklung, die Persönlichkeit und der familiäre Hintergrund. Die genannten Klassifikationsschemata ICD und DSM machen bezüglich der Symptomkonstellation und deren zeitlicher Dauer Vorgaben.

Eine schizophrenieartige Symptomatik ist diagnostisch immer umso gewichtiger, je mehr sie in besonnenen Zuständen und ausgeglichener Stimmung auftritt. Die Diagnose einer schizophrenen Psychose wird immer klinisch gestellt. Bei mit schizophrenen Symptomen einhergehenden Störungen sollten jedoch stets eine sorgfältige somatische und neurologische Untersuchung, Laborparameter wie Differenzialblutbild, CRP, Leber- und Nierenwerte, Schilddrüsenhormone, fakultativ auch eine Liquorpunktion sowie obligat ein bildgebendes Verfahren (CCT oder MRT des Schädels) durchgeführt werden (Leucht 2007). Das differenzialdiagnostische Spektrum anderer nichtorganischer psychischer Störungen, organischer Hirnerkrankungen, Allgemeinerkrankungen mit ZNS-Beteiligungen oder substanzinduzierter Störungen ist sehr weit. Die genannten Klassifikationssysteme beschreiben verschiedene Unterformen der Schizophrenie, die auf die nosologischen Konzeptionen von Bleuler und Kraepelin zurückgehen, wie paranoide Schizophrenie, Hebephrenie, Katatonie, undifferenzierte Schizophrenie und schizophrenes Residuum. Für kindliche bzw. juvenile Schizophrenien wurden sogenannte *Very-Early-Onset*- (VEOS, Störungsbeginn < 12. Lebensjahr) bzw. *Early-Onset*-Formen (EOS, < 18. Lebensjahr) beschrieben (Werry 1992).

Die Abgrenzung psychotischer Phänomene von nicht psychotischen idiosynkratischen Denkmustern und Wahrnehmungen der Adoleszenz erweist sich häufig als schwierig. Auch andere Auffälligkeiten einer beginnenden schizophrenen Psychose, wie sozialer Rückzug oder Kontaktvermeidung, können Ausdruck eines physiologischen Egozentrismus in der Adoleszenz sein. Häufig wird Adoleszenz per se als Entwicklungskrise gedeutet. Verstimmungszustände, asthenische Versagenszustände, Wechsel des Interessengebiets, heftige innerfamiliäre Auseinandersetzungen, delinquente Entgleisungen, Auffälligkeiten der psychosexuellen

Entwicklung, Identitäts- und Selbstwertkrisen, Depersonalisationssyndrome bis hin zu suizidalen Krisen werden bei vielen in diesem biographischen Zeitfenster auffälligen Jugendlichen beobachtet. Sie können aber andererseits in seltenen Fällen bereits Ausdruck der genannten Vorfeldsymptomatik sein. 75% der Patienten, die später manifest an einer schizophrenen Psychose erkranken, leiden an einer Prodromalphase von durchschnittlich fünf Jahren Dauer. Bei 70% der im Jugend- und jungen Heranwachsendenalter Erkrankenden ist der Beginn schleichend, d. h., die manifeste Psychose setzt nicht mit einem akuten, z. B. paranoid-halluzinatorischen Bild ein, sondern entwickelt sich mit zunächst weniger auffälligen und missinterpretierbaren Symptomen, wie Rückzug, kognitive Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration und mnestischen Funktionen (Remschmidt et al. 2007). Man hat versucht, die Entwicklungsstadien einer schizophrenen Erkrankung psychopathologisch besser zu fassen. Man unterscheidet ein prämorbid Stadium von einem Prodromalstadium, das in eine Akuterkrankung übergehen und auf die eine vollständige Remission folgen kann, aber auch Rezidive sowie eine mögliche Chronifizierung (Gaebel 2010).

Typische Frühsymptome zu erkennen ist bei den jugendtypischen, zunächst unspezifischen Symptombildungen besonders schwierig, da sie sich häufig mit adoleszenten Erlebensformen überlagern. Charakteristischer ist bereits das Prodromalstadium, in dem fluktuierend sogenannte psychosenahe Symptome, wie Gedankendrängen, Interferenz, Schwierigkeiten, Vorstellungen und Wahrnehmungen zu diskriminieren, Wahrnehmungsstörungen, Eigenbeziehungstendenzen und ein erheblicher Einbruch im Leistungs- und Funktionsniveau auftreten. Tritt nach dieser Prodromalsymptomatik ein akutes psychotisches Bild ein, kann dieses je nach psychopathologischem Akzent ein paranoid-halluzinatorisches, hebephrenes oder auch katatonisches Gepräge haben. Im Verlauf vor allem beeindruckend sind die bisweilen postremissiv zurückbleibenden Auffälligkeiten der Affektivität in Form einer affektiven Verarmung, Antriebsstörungen sowie kognitive Defizite, die für die Prognose im Jugendalter beginnender Psychosen oft von entscheidender Bedeutung sind als die Symptome, die die Umgebung während der psychotischen Akutmanifestation häufig besonders beeindrucken.

Ätiologie

Trotz vieler wissenschaftlicher Daten ist die Ätiologie der schizophrenen Psychosen letztlich nach wie vor unklar. Es können Risikofaktoren ermittelt werden, der genetische Faktor gilt als das wesentlichste risikomodulierende Element, auch wenn sich bei 60% der ersterkrankten Patienten kein Blutsverwandter findet, der ebenfalls an einer psychotischen Erkrankung leidet und bei 80% kein Blutsverwandter mit schizophrenen Psychosen (Tandon et al. 2008). Schizophrenien gelten als genetisch heterogene Erkrankungen, in die

wahrscheinlich viele Chromosomenloci mit geringen bis mäßigen Auswirkungen auf das Erkrankungsrisiko involviert sind. Der genetische Faktor wurde vor allem an den hohen Konkordanzzahlen eineiiger Zwillinge demonstriert. Soziale, peristatische und demographische Faktoren – wie belastende Lebensereignisse, niedrige soziale Schicht, bis hin zur Jahreszeit der Geburt – erscheinen ebenso einen risikoerhöhenden Einfluss zu haben wie prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren. Insbesondere die Risikofaktoren der sogenannten prämorbid Phase, also noch vor Beginn der prodromalen Auffälligkeiten, sind vielschichtig und reichen von psychosozialen Elementen wie frühkindliche Betreuungsbedingungen, erschwerte pädagogische Führbarkeit, soziale Ängstlichkeit und auffälliges Spielverhalten bis zu manifest organischen Belastungsfaktoren wie einer ZNS-Infektion.

Die Neurobiologie hat mit bildgebenden Untersuchungen und neurochemischen Modellen, letztere insbesondere im Anschluss an die psychopharmakologischen Entwicklungen der Therapie, einen wesentlichen Beitrag zur Datengenerierung und Hypothesenformulierung ätiologischer Konstrukte geleistet. Es wurden verschiedene neurochemische Modelle entwickelt, die vor allem die Imbalance neurochemischer Regelkreise zwischen den Neurotransmittersystemen Dopamin, Serotonin, Glutamat und GABA betreffen. Nüchterlein (1986) hat mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell versucht, die verschiedenen ätiologischen Faktoren zusammenzufügen. Er geht dabei von einer individuellen Disposition (Vulnerabilität) aus, zu der diverse Stressoren (z. B. die skizzierten Risikoelemente) hinzukommen müssen, um je nach Ausgangsvoraussetzung und Ausmaß der peristatischen Einflüsse zu uncharakteristischen psychischen Auffälligkeiten, einer psychosefernen bzw. psychosenahen Prodromalsymptomatik bis hin zum Überschreiten der Schwelle zur manifesten Psychose zu führen. Die Integration der verschiedenen als ätiologisch relevant erkannten Faktoren wird auch als ein multifaktorielles Genesemodell der Schizophrenie benannt.

In einem entwicklungsbezogenen Verursachungsmodell (Weinberger 1985) werden die unterschiedlichen Risikofaktoren den Lebensphasen zugeordnet. In ähnlicher Weise bezieht sich das sogenannte „Three-Hit-Modell“ auf die Ausgangssituation einer genetisch angelegten neuronalen Entwicklungsstörung („First Hit“: z. B. pränatale Infektionen, Geburtskomplikationen), die über Veränderung der anatomischen funktionellen Konnektivität zu neurochemischen Modifikationen, Anfälligkeiten für Stress und biografische Ereignisse („Second Hit“) und bei gegebener Konstellation zum Ausbruch einer akuten Psychose führen kann. Dieses Modell integriert mit einem konsekutiven neurodegenerativen Prozess („Third Hit“: neurotoxische Faktoren, z. B. Glutamat) auch den Übergang der akuten Psychose zu einem schizophrenen Defizitsyndrom.

Therapie

Therapeutische Strategien schizophrener Psychosen im Jugendalter sind wie die der Erwachsenen am Syndrom orientiert, auf die Beseitigung beseitigbarer Ursachen ausgerichtet und in jedem Krankheitsstadium multimodal. Bei Jugendlichen ist naturgemäß die Familie noch im weitaus größeren Maße sowohl in die Zuführung zur Behandlung als auch die Behandlungsführung eingebunden. Steht im Akutstadium das Zurückdrängen der akut psychotischen Symptomatik mittels psychopharmakologischer Maßnahmen neben psychoedukativen Interventionen im Vordergrund, gewinnen mit Zurücktreten derselben psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen an Bedeutung. Insbesondere die Psychoedukation sowohl der betroffenen Jugendlichen als auch der Eltern ist für den weiteren Verlauf von essenzieller Bedeutung, da im Jugendbereich meist eine Erstbehandlung stattfindet. Die Psychopharmakotherapie unterscheidet sich nicht wesentlich von der der Erwachsenen. Auf eine längerfristige sinnvolle Rezidivprophylaxe angesichts der zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben (nicht zuletzt Schule, Beginn einer Berufsausbildung) ist unbedingt zu achten. Im stationären Umfeld bei einer derartigen Erstbehandlung stehen nach Abklingen der Akutsymptomatik die Optimierung der neuroleptischen Medikation, kognitive Übungen zur Wiederanbahnung von Schul- und Ausbildungstätigkeit, eine psychotherapeutisch angeleitete Auseinandersetzung mit der Erkrankung sowie die Betreuung der Familie im Vordergrund. Unter Umständen wird auch die Einschaltung von Jugendamt und Arbeitsagentur zur weiteren Perspektivplanung notwendig.

Verlauf und Prognose

Der Verlauf im Jugendalter beginnender schizophrener Psychosen zeigt wie der der später beginnenden eine sehr breite Varianz. Die Häufigkeit der primär chronisch schleichenden Entwicklungen ist bei den früh beginnenden Psychosen allerdings deutlich höher. Auch auf die suizidale Gefährdung ist im Verlauf vor allen Dingen der mit vielen Enttäuschungen und Erlebnissen von Scheitern konfrontierten Patienten zu achten. Männliches Geschlecht, jüngeres Alter bei Beginn der Erkrankung, schleichender Beginn, prämorbid Anpassungsauffälligkeiten oder Komorbiditäten – wie Sucht und belastete Familienanamnese – sind prognostisch wesentliche Faktoren, die den Verlauf ebenso wie die Symptomatik und die familiäre Atmosphäre erheblich mitbestimmen können. Auch neurologische Vorerkrankungen oder Vorbelastungen bzw. Auffälligkeiten sind hier zu nennen. Trotz aller therapeutischen Verbesserungen bleibt die Schizophrenie eine lebenslange, schwer in die Biographie eingreifende Erkrankung mit vielfältigen Folgen für das psychische, soziale und berufliche Leben. Dies gilt besonders dann, wenn sie in einem Lebensabschnitt ausbricht, in dem viele Entwicklungsaufgaben noch nicht erfüllt wurden. Gerade bei den früh beginnenden Schizophrenien ist in

60% mit einem schlechten Verlauf, bei einem Viertel der Patienten mit einem mäßigen Verlauf zu rechnen. Monoepisodische Verläufe werden insgesamt nur bei einem Fünftel der Patienten bei gesicherter Diagnose gesehen. Insbesondere bei Jugendlichen sollte die Diagnose allerdings mit der gebotenen Zurückhaltung gestellt werden. Die Hauptschwierigkeit von Verlauf und Behandlung liegt erfahrungsgemäß weniger in den die Umgebung meist besonders irritierenden akuten psychotischen Manifestationen, sondern in den Störungen bei chronifizierten Verläufen. Hier dominieren häufig vage und unspezifische Beschwerden, wie Konzentrationsstörungen, schnelle Erschöpfbarkeit, vage Einbußen des Allgemeinbefindens, Leistungsinsuffizienz, erhöhte Irritierbarkeit, Stressintoleranz, Schlafstörungen, Selbstunsicherheit, Verstimmungszustände und zunehmende affektive Indifferenz (modifiziert nach Huber et al. 1987), vielfach also Symptome, die es den Familien der Betroffenen oft besonders schwer machen, die Veränderungen, die mit ihren Angehörigen vor sich gegangen sind, als krankheitsbedingt zu akzeptieren.

Auf die suizidale Gefährdung wurde bereits hingewiesen; ca. 25 % der im Kindes- und Jugendalter an einer Schizophrenie Erkrankten unternehmen wiederholt ernsthafte Suizidversuche und es kommt zu 4,5 bis 10 % vollendeten Suiziden (Pompili et al. 2008). Insbesondere die ersten zehn Jahre nach der Erstmanifestation gelten als besonderer Risikozeitraum. Da davon ausgegangen wird, dass die Dauer einer unbehandelten psychotischen Symptomatik diagnostisch besonders ungünstig zu werten ist, wurden auf Früherkennung und Frühintervention in den letzten Jahren ein besonderes Augenmerk gelegt. Wie bereits ausgeführt, fällt dieses Zeitfenster vorwiegend in das ältere Jugend- und jüngere Heranwachsendenalter.

Für die Familie wirft die Erkrankung eines Sohnes oder einer Tochter viele neue Fragen auf: Was kann innerhalb der Familie getan werden und was im Hinblick auf die Erkrankung und Behandlung? Wie gehen wir mit Symptomen und Notfallsituationen um? Die Verlaufsbegleitung stellt aber nicht nur an die Angehörigen, sondern auch an die behandelnden Ärzte und sonstige Betreuungspersonen hohe Anforderungen. Individualisierte behutsame Psychoedukation thematisiert Möglichkeiten individueller Risikoreduktion, die allerdings häufig mit den Präferenzen jugendlicher Lebenswelt kollidieren (Abstinenz von Suchtmitteln, regelmäßige Lebensführung, Stressreduktion). Bei dem Jugendlichen und der Familie eine gewisse Krankheitsakzeptanz und Therapietreue zu erreichen, ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungs- und Betreuungsprozesses.

Die zunehmende Entwicklungsdiskrepanz zu Altersgleichen führt immer wieder zu schweren depressiven Entwicklungen. Möglichst weitgehende Eigen- und Selbstständigkeit zu erreichen, mindestens aber die Verantwortungsübernahme für die Behandlung, sollte integrativer Bestandteil derselben sein. Die Frage, ob es so weitergehen kann wie bisher, müssen sich alle

Beteiligten, insbesondere bei einer nicht abgeschlossenen Ausbildung, aber auch bei einer konfliktreichen Wohnumgebung stellen. Der Jugendliche sollte unbedingt lernen, Überlastungs- und Frühwarnzeichen im Hinblick auf ein psychotisches Rezidiv identifizieren zu können. Der Schritt zur Akzeptanz der Erkrankung erfordert meist große kognitive und emotionale Anstrengungen: Anpassung der Grundeinstellung aufgrund der Einschränkungen in der Lebensführung und Lebensgestaltung ebenso wie in den Lebenszielen und darauf basierend die praktische Umsetzung der geänderten Perspektiven. Angesichts der vielen Bemühungen in den letzten Jahren ist sicherlich abschließend zu konstatieren, dass es bei einer weitgehend unveränderten Prognose insgesamt zu Verbesserungen und Erleichterungen im Verlauf gekommen ist. Rehabilitative Maßnahmen, die im Jugendalter besonders wichtig sind, um etwaige Entwicklungsoptionen wahrnehmen zu können, spielen eine wichtige Rolle. Angesichts der Gesamtsituation ist jedoch eine geduldige, bescheidene und belastbare Grundhaltung in der Betreuung und Behandlung schizophrener Psychosen angesichts von Verlauf und Prognose insbesondere im Jugendalter unbedingt angezeigt.

Literatur beim Verfasser

OA Dr. Rainer Huppert
Heckscher-Klinikum eGmbH · Abteilung Rottmanshöhe
82335 Berg / Starnberger See
Tel.: 08151/507-0 · Fax: 08151/5073-111
E-Mail: rainer.huppert@heckscher-klinik.de

kommentare

Wenn „Leitlinien“ nicht leiten

Bisher pflegten wir davon auszugehen, dass man sich eigentlich darauf verlassen kann, dass Leitlinien Behandlungsanleitungen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft vorgeben.

Nun stellt sich aber mehr und mehr heraus, dass es sich häufig um Fleißarbeiten „industrienaher Experten“ handelt (s. Kasten). So ist wohl grundsätzlich Skepsis angebracht, wenn sich z. B. der Vorsitzende einer Leitliniengruppe als ein Experte mit Interessenskonflikt herausstellt, was wohl gar nicht so selten der Fall ist, wenn man einmal nachfragt. Überhaupt sollten Experten mit Interessenkonflikten, die also besonders industrienah tätig sind, tunlichst überhaupt nicht an Leitlinien-Entscheidungsprozessen teilnehmen. Ich kann Ihnen nur raten, einmal die Probe aufs Exempel zu machen: Wie oft machen die Autoren der für uns Neurologen/Psychiater relevanten und ständig neu auf dem Markt erscheinenden Leitlinien, die wir dann zur Grundlage unseres therapeutischen Handelns machen sollen, überhaupt Angaben zu Interessenkonflikten?

Laut Recherchen des „ARZNEIMITTELBRIEFS“ werden in weniger als der Hälfte der Leitlinien überhaupt