**Psychosen (Grundlagen und Intervention)**

**HS 2022, 20.10.2022**

**Thema: Remission und Recovery**

Autorin: Yaribe Schmitter

yaribe.schmitter@unifr.ch

Lektor: Daniel Müller

Tutorin: Roana Valli

**Zusammenfassung:**

Die Recovery und die Remission sind wie bei jeder anderen psychischen Störung auch bei der Schizophrenie eine wichtige Thematik. In dieser Arbeit wird als erstes über die Definition von Remission und Recovery gesprochen und näher beleuchtet, wieso die fehlende einheitliche Definition ein Problem darstellt in der Forschung. Danach werden unterschiedliche, wichtige Bereiche genannt, die Chancen bieten könnten für einen besseren Verlauf. Da die Schizophrenie oft chronisch verläuft, stellt die Recovery ein grosses Problem dar. Die Schizophrenie greift auf mehrere Lebensaspekte über und beeinträchtigt Betroffene massgeblich in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit. Dies bedeutet, dass wenn man die Symptomatik verbessern möchte, mehrere Lebenssphären in Betracht ziehen muss. Dazu gehören unter anderem soziale Beziehungen, die Reintegration in das Berufsleben, die Behandlung mit Psychopharmaka zur Verbesserung der Positiv- und Negativsymptomatik und die Motivationssteigerung im Recovery-Prozess. All diese Aspekte werden in der folgenden Arbeit näher beleuchtet und kritisch diskutiert.

**Inhaltsverzeichnis:**

[Definition von Remission und Recovery 3](#_Toc117196781)

[Soziale Beziehungen 3](#_Toc117196782)

[Compliance in der Behandlung 5](#_Toc117196783)

[Stigmatisierung und der Einfluss auf die Motivation in der Recovery 7](#_Toc117196784)

[Peer-Support-Programme 7](#_Toc117196785)

[Arbeit und Recovery 8](#_Toc117196786)

[Diskussion 9](#_Toc117196787)

[Quellenverzeichnis 10](#_Toc117196788)

Definition von Remission und Recovery

In der Geschichte wurde Schizophrenie als chronische, zunehmend verschlechternde psychische Störung gesehen. Neuere Evidenz zeigt jedoch, dass Betroffene durchaus eine Chance auf eine symptomatische Verbesserung und ein Wiedererlangen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit haben (Lally et al., 2017). Die Definition von Remission und Recovery bei der Schizophrenie ist schon seit längerem eine Debatte in der Wissenschaft. Verschiedene Studien haben unterschiedliche Definitionen darüber, ab wann Betroffene remittiert oder gänzlich „recovered“ sind. Dies stellt bei Prognosen der Schizophrenie ein grosses Problem dar. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Recovery in Studien, ist es schwierig, positive Einflussfaktoren für einen guten klinischen Verlauf einheitlich zu begründen. Dies liegt vor allem daran, dass Recovery bei der Schizophrenie viele Aspekte des Lebens mit einschliesst. Nicht nur die akuten Episoden der Psychosen sind beeinträchtigend, sondern auch der Verlauf danach schränkt die Betroffenen in ihrem alltäglichen Leben ein, da die Positivsymptomatik von der Negativsymptomatik abgesetzt wird. Die Reintegration in die Gesellschaft bei der Schizophrenie ist ein Hindernis, welches dementsprechend auf mehreren Ebenen angegangen werden muss.

Die meisten neueren Studien sehen Betroffene der Schizophrenie als remittiert bei einer Symptomverbesserung von mehr als 6 Monaten. Recovery tritt dann ein, wenn Patient:innen mehr als zwei Jahre in sozialen, beruflichen und schulischen Bereichen eine funktionale Verbesserung erfahren. Insgesamt wird studienübergreifend von Recovery bei einer symptomatischen Remission und einer guten psychosozialen Funktionsfähigkeit gesprochen. Lally et al. (2017) zeigten in ihrer Meta-Analyse, dass 58% der Patient:innen mit einer ersten Episode der Psychose als remittiert und 38% nach 7.2 Jahren als „recovered“ gelten. Dies bedeutet, dass viele Betroffene durchaus eine Chance haben auf eine Symptomverbesserung und die Schizophrenie sich nicht zunehmend verschlechtern muss (Lally et al., 2017). Es ist jedoch zu beachten, dass die Recovery-Raten stark variieren aufgrund der unterschiedlichen Kriterien von Recovery (Vita & Barlati, 2018). Die Faktoren, welche begünstigend wirken für den Verlauf, werden des Weiteren in dieser Arbeit genauer erläutert.

Soziale Beziehungen

Ein soziales Bezugssystem ist bei jeder psychischen Störung ein wichtiger Puffer. Die Schizophrenie geht einher mit sozialen Schwierigkeiten. Im Vergleich zur gesunden Population sind Beeinträchtigungen in sinnvollen Freizeitaktivitäten, sozialen Beziehungen und Arbeitsbeschäftigungen zu sehen. Die soziale Wiedereingliederung stellt vor allem nach einer Psychose ein grosses Problem dar. Es wird vermutet, dass die sozialen Beeinträchtigungen der Erstmanifestation vorangehen und sich der funktionale Bereich in der Prodromalphase noch weiter verschlechtert. Die Studie von Hodgekins et al. (2015) hat zu diesem Thema verschiedene Prädiktoren untersucht, die einen negativen sozialen Verlauf vorhersagen könnten. Das Kriterium für einen negativen Verlauf war hierfür die Anzahl der Stunden, die sie mit einer strukturierten Aktivität verbrachten. Mehr als die Hälfte der Patient:innen zeigte dabei eine schwere Beeinträchtigung in der sozialen Sphäre, d.h. soziale Isolation, die sich auch nach 12 Monaten nicht erholte. Ungünstige Faktoren sind das männliche Geschlecht, ein jüngeres Alter bei Ausbruch der Störung, prämorbide soziale Schwierigkeiten in der Jugend sowie die ethnische Zugehörigkeit. Umgekehrt haben Frauen und Personen, die zu keiner ethnischen Minderheit gehören, einen besseren Verlauf. Vor allem bei Frauen ist zu sehen, dass sie älter sind beim Erstauftreten einer Psychose und weniger Negativsymptome aufweisen. Der wichtigste zugrunde liegende Faktor bei all den genannten Punkten ist die soziale Kompetenz, d.h. die Fähigkeit, die soziale Umwelt zu ihrem Vorteil zu beeinflussen. Erhöhte Negativsymptome, Probleme in der Jugend und ein jüngeres Alter bei Ausbruch der Störung spiegeln Verzögerungen wider bezüglich der Fähigkeit, Lebensprobleme zu lösen und Bindungen zu knüpfen. Bei Männern und ethnischen Minderheiten sieht man in Bezug mit der Schizophrenie ein eingeschränktes soziales Netzwerk, was das Erstauftreten einer Psychose begünstigen könnte (Hodgekins et al., 2015).

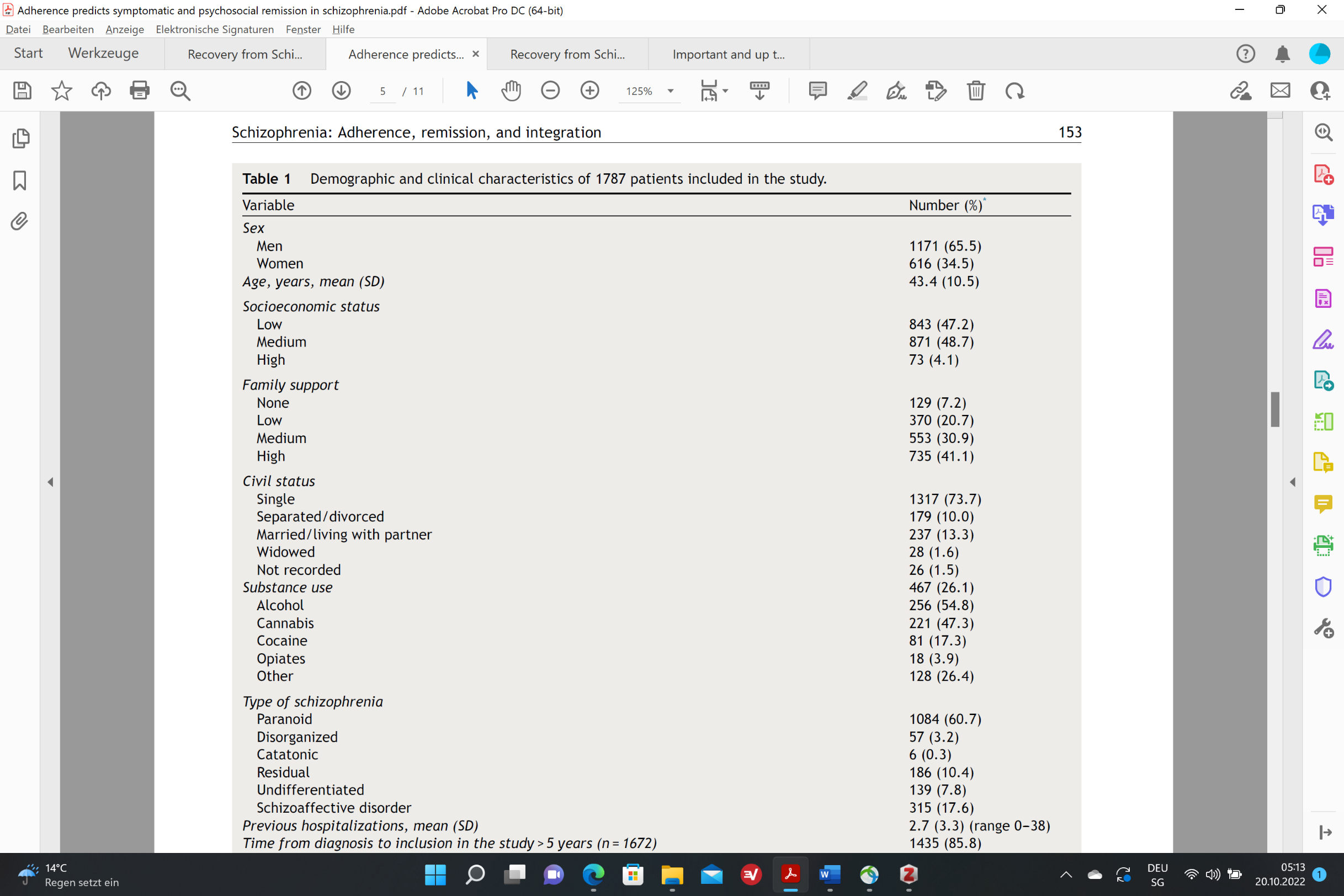


Abbildung 1

Wie in der Studie von Bernardo et al. (2017) mit ambulanten Patient:innen zu sehen ist *(siehe Abbildung 1),* liegt bei immerhin einem Viertel der Patient:innen ein mangelhaftes familiäres Netzwerk vor. Erschreckend sind die fehlenden romantischen Beziehungspartner:innen. Demzufolge scheint es für Betroffene schwierig zu sein, romantische Beziehungen zu finden, einzugehen oder beizubehalten.

Die genannten Faktoren beeinflussen die individuelle Resilienz und die interpersonellen Ressourcen, die es für die Remission braucht, v.a. direkt nach einer psychotischen Episode. Umgekehrt unterstreicht dies die Wichtigkeit eines sozialen Netzwerkes, welches die Betroffenen auffängt und gegebenenfalls frühzeitig interveniert.

Compliance in der Behandlung

Die Compliance während der Behandlung, d.h. die Kooperationsbereitschaft der Patient:innen mit den Behandlungsmitteln, ist ein immer wieder besprochenes Thema, da diese bekanntlich gering ist bei Betroffenen der Schizophrenie. Vor allem der Einsatz von Psychopharmaka, meistens antipsychotische Medikation, ist ein unabdingbares Hilfsmittel für die Symptomreduktion und der Rückfallprävention bei Betroffenen einer Schizophrenie. Die Compliance der Medikamenteneinnahme stellt hier aber ein signifikantes Problem dar. Antipsychotika können den Betroffenen helfen, eine weitere psychotische Episode zu verhindern. Eine Verbesserung der Compliance würde demzufolge einen erheblichen Beitrag zur Remission leisten. Medikamente können oral eingenommen oder durch Injektionen verabreicht werden. Injektionen werden je nach Antipsychotikum alle zwei Wochen bis zu mehreren Monaten verabreicht, da die Wirkungsdauer effizienter ist als bei oralen Antipsychotika. Bernardo et al. (2017) haben untersucht welche Art von Medikation eine höhere Compliance und ob die Compliance für die gesamte Therapie eine höhere Remissions- und Recoveryrate erzielt als bei Patient:innen mit einer tiefen Compliance. Zusätzlich wurde die Integration in die Gemeinschaft, die symptomatische und psychosoziale Remission, die prämorbide Anpassung, sowie der Grad der Einsicht in die Remission untersucht. Die Probandenanzahl lag bei 1787 ambulanten Patient:innen (Durchschnittsalter = 43.4 Jahre), welche psychiatrische Einrichtungen in Spanien besuchten. Das Studienmaterial wurde mit Psychiater:innen zusammen ausgefüllt und beinhaltete soziodemographische Angaben, klinische Daten sowie mehrere Fragebögen zur Compliance, der Medikationszufriedenheit und zur Einsicht über die eigene psychische Störung. Zudem wurde die symptomatische und psychosoziale Remission erhoben.60.5% der Patient:innen waren therapietreu in Bezug auf pharmakologische Behandlung und 41% auf eine nicht-pharmakologische Behandlung. Die nicht-pharmakologische Behandlung beinhaltete Programme und Interventionen in der psychiatrischen Einrichtung, wie Psychoedukation, Trainings zu sozialen Kompetenzen und Familientherapie. 84.9% der Patient:innen wurden mit atypischen Antipsychotika behandelt. Die orale Einnahme war die häufigste mit 59.1%. Wie in *Abbildung 2 (nächste Seite)* zu sehen ist, lag die Compliance für Injektionen bei 77.1%, lediglich 56.1% bei der oralen Einnahme und 60.6% für die Mischform.

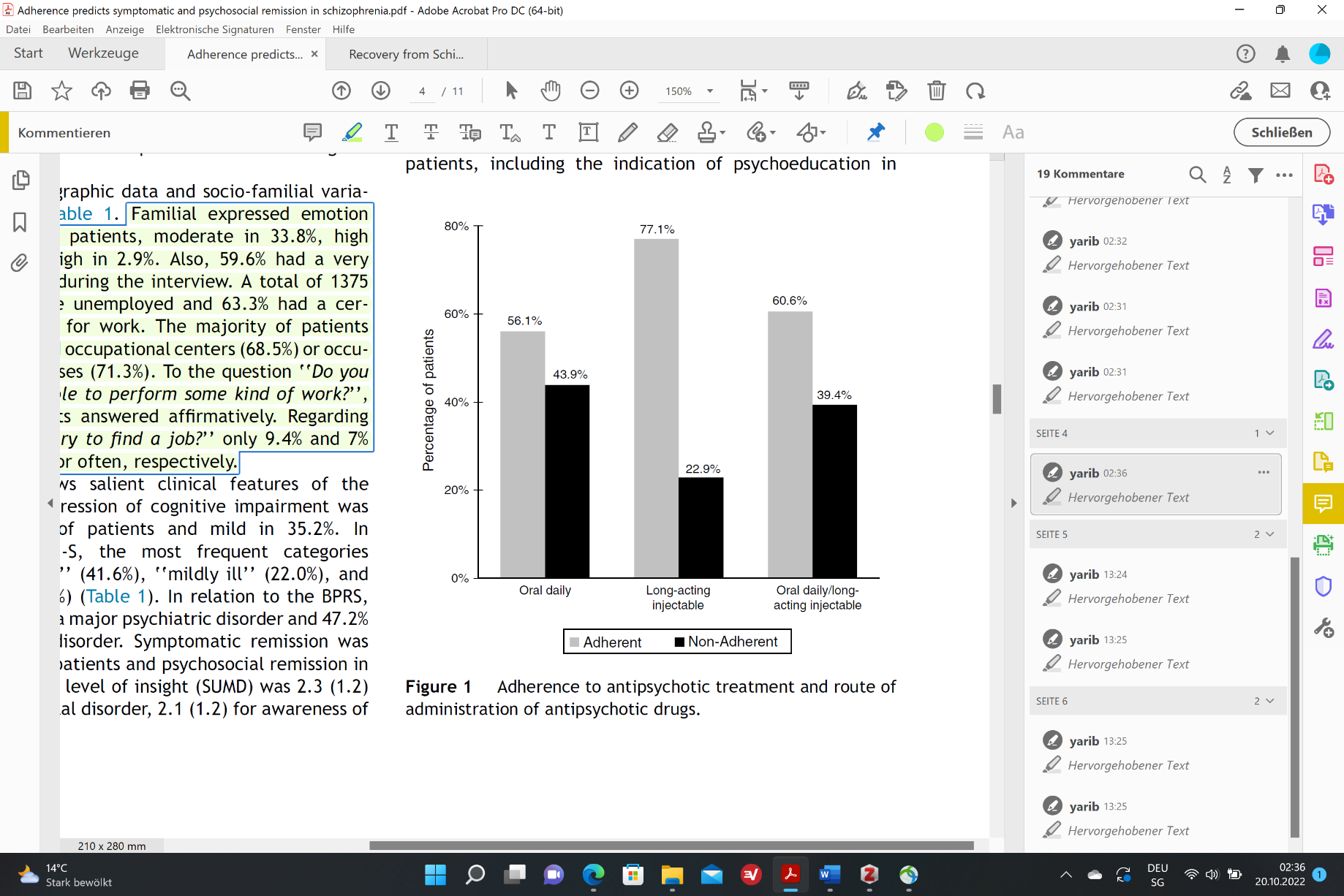


Abbildung 2

Es zeigt sich also, dass Antipsychotika optimalerweise injiziert werden um die Compliance von Patient:innen zu erhöhen. Dies könnte daran liegen, dass durch die seltenere Einnahme als bei der oralen Variante, die Betroffenen sich kognitiv nicht mehr mit ihrer Medikation beschäftigen müssen und sie diese dementsprechend nicht vergessen oder gar verweigern.

Die Compliance zur antipsychotischen Behandlung lag bei 60.5%, die Compliance zur nicht-pharmakologischen Behandlung bei 41%. Insgesamt liegt die Compliance bei ungefähr 50%, was ein grosses Problem darstellt, da diese ein zentraler Aspekt ist bei der Behandlung der Schizophrenie. Ebenfalls zeigte sich eine mangelnde Einsicht und eine tiefe Toleranz gegenüber der Medikation.

Die symptomatische Remission der Patient:innen lag bei 28.5% und war signifikant assoziiert mit der Compliance. Die tiefe Compliance beeinflusst vor allem die Positivsymptome. Andererseits stieg bei Patient:innen mit einer hohen Compliance die Wahrscheinlichkeit einer psychosozialen Remission und Integration in die Gemeinschaft. Die Compliance-Raten dieser Studie sind mit Vorbehalt zu betrachten, da sie die subjektive Einschätzung der Kliniker:innen widerspiegeln basierend auf dem Interview mit den Patient:innen. Dies könnte ebenfalls bedeuten, dass die Kliniker:innen die Compliance überschätzen und sie in Wahrheit noch tiefer ist (Bernardo et al., 2017). Zudem haben wir es in dieser Studie nur mit Betroffenen zu tun, die sich bereits unter psychiatrischer Beobachtung befinden. Eventuell wäre die Compliance noch tiefer, wenn Personen miteinberechnet werden, die weder Therapie noch Medikation erleben oder nicht regelmässig in Therapie gehen. Des Weiteren wird zwar erwähnt, dass 28.4% eine Änderung in der therapeutischen Strategie durchlaufen haben. Es wird aber nicht genannt, ob Patient:innen eventuell eine tiefere Compliance aufwiesen aufgrund von Nebenwirkungen der Medikation.

Stigmatisierung und der Einfluss auf die Motivation in der Recovery

Die Stärkung und Aufrechterhaltung der Motivation im Prozess der Recovery ist ein zentrales Thema bei psychischen Störungen. Personen mit psychischen Störungen fühlen sich oft machtlos mit ihrem Störungsbild und von der Gesellschaft stigmatisiert. Die Konsequenz kann ein sozialer Rückzug sein und die Übernahme einer Opfermentalität. Es kommt zu einer Überzeugung der fehlenden Kontrolle über ihre Symptome und sie beginnen, die gesamte Verantwortung auf Kliniker:innen zu übertragen, die ihnen bei der Therapie helfen sollten. Diese negativen Kognitionen hindern die Betroffenen an einer Symptomverbesserung. Eine hohe Einsicht über das Störungsbild gepaart mit einem moderaten Stigma führt zu geringeren Werten von Hoffnung und Selbstwertgefühl. Eine hohe Einsicht und eine tiefe Stigmatisierung weist die besten Chancen auf eine Symptomverbesserung. Es wird also vermutet, dass internalisierte Stigmatisierung die Motivation verringert, und als Konsequenz daraus, das Funktionslevel abnimmt. Internalisierte Stigmatisierung ist ebenfalls assoziiert mit Vermeidungsverhalten, einer externalen Kontrollüberzeugung, sozialem Rückzug und Depressivität. Beim Prozess der Recovery müssen unbedingt internale Kontrollüberzeugungen gestärkt und die internale Stigmatisierung reduziert werden, um Motivation bei Betroffenen zu erzeugen (Warner, 2009).

Peer-Support-Programme

Peer-Support-Programme können ebenso ein geeignetes Hilfsmittel zur Motivationsstärkung sein. Peers sind Personen mit dem gleichen Störungsbild wie die Patient:innen und haben demzufolge ähnliche Erfahrungen, die ihnen dabei helfen können, zu sehen, wie andere Betroffene mit ihren Problemen umgehen. Dadurch lernen Betroffene neue Strategien und Perspektiven kennen und damit erhalten sie auch neue Ressourcen für einen besseren Umgang mit der Störung. Auch können Peers die Patient:innen mit deren ungünstigen Einstellungen und Verhalten konfrontieren. Es ist jedoch nicht klar, ob diese Resultate nur kurzfristig sind oder ob sie auch eine Langzeitwirkung haben.

In einigen Programmen führen die Peers und Patient:innen gemeinsame, sinnhafte Aktivitäten aus, die aus simplen Aufgaben bestehen wie gemeinsam Essen zubereiten. Diese gemeinsame Freundschaft ist somit nützlich für neue Aktivitäten, eine positive Rolleinnahme sowie die Übernahme von Verantwortung. Die Partizipation in den Peer-Programmen war auch signifikant positiv assoziiert mit einem positiven Recovery-Outcome (Warner, 2009).

Diese Peers können eine interpersonelle Stütze bilden und ein positives Vorbild sein. Sie können mit ihnen übe Situationen sprechen, in denen sich Patient:innen normalerweise von der Gesellschaft stigmatisiert fühlen und die sonst mit Scham verbunden sind. Betroffene können von dem Erfahrungsschatz der Peers viel lernen und mit ihnen nebenbei eine positive Beziehung aufbauen, die mit sinnhaften Aktivitäten verbunden ist. Dies gilt jedoch nur für Peers, die selbst einen gesunden Umgang haben mit der Schizophrenie. Unklar ist hier also, wie es mit Peers steht, die selbst gerade einen Rückfall erleiden oder selbst ungünstige Verhaltensweisen oder Einstellungen zeigen.

Arbeit und Recovery

Es wird angenommen, dass das Nachgehen einer geregelten Arbeit die Recovery massgeblich unterstützen kann. Eine Arbeitsstelle bringt eine finanzielle Entschädigung mit sich, die es den Betroffenen erlaubt, wieder selbständig zu werden und aus der Abhängigkeit von anderen herauszukommen. Die Ausübung eines Berufes gehört auch zum Erwachsenenleben dazu und ist ein Bereich, in dem Menschen einen Teil ihrer Identität sehen. Zusätzlich gilt es als Tätigkeit, die den Menschen Struktur und Sinnhaftigkeit gibt. Durch das Berufsleben können Betroffene, die zuvor isoliert waren, wieder sozial eingegliedert werden und neue Kontakte knüpfen. Arbeitslosigkeit hingegen ist verbunden mit sozialem Rückzug, Apathie, Substanzmissbrauch und schlechter physischer Gesundheit.

Die Behandlung der Schizophrenie sollte auch eine Reintegration in das Berufsleben vorsehen, um die Stärken und das Potential der Individuen wieder zu stärken und ihnen eine Sinnhaftigkeit zu geben.

Es ist anzunehmen, dass die Arbeitsbeschäftigung die Recovery bei Menschen mit Psychosen unterstützt. Die Partizipation in einem Arbeitsprogramm ist assoziiert mit einer reduzierten Klinikeinweisungsrate, geringeren Gesundheitskosten und einer reduzierten Positiv- und Negativsymptomatik. Erfolgreiche Programme führen zu einer Verbesserung in der Lebensqualität, einem erhöhten Selbstbewusstsein, einem erhöhten Funktionslevel und einem erweiterten sozialen Netzwerk. In diesen Programmen werden Betroffene, vor allem zu Beginn, begleitet von einem Coach, der auch als Vermittlungsstelle dient zwischen den Betroffenen und den Arbeitgebern (Warner, 2009).

Es spricht also viel dafür, dass die Reintegration in die soziale Gesellschaft mithilfe der Arbeitsbeschäftigung ein wichtiger Fokus für die Recovery von Betroffenen sein sollte. Dafür müssen die Betroffenen jedoch zuerst stabil in ihrer Symptomatik sei.

Diskussion

Es gibt viele Faktoren, welche Betroffenen von einer Schizophrenie dabei helfen können, ihren Funktionsgrad zu erhöhen und die Positiv- und Negativsymptomatik zu reduzieren. Dazu gehört ein gutes soziales Netzwerk, sei dies im familiären Kontext, in romantischen Beziehungen, mit Peers oder bei der Arbeit. Neben nicht-pharmakologischen Therapien können auch Antipsychotika bei der Remission helfen. Jedoch muss bei der Pharmakologie noch die Compliance erhöht werden oder gar neue, verbesserte Antipsychotika gefunden werden mit weniger Nebenwirkungen. Bei der Therapie-Compliance sind auch internale Überzeugungen und Kognitionen relevant. Die Motivation soll gefördert werden und die Stigmatisierung in der Gesellschaft reduziert werden durch Psychoedukation. Zusätzlich hilft auch eine Reintegration in das Berufsleben, nicht nur für das soziale Netzwerk aber auch für eine Sinnhaftigkeit und verantwortungsbewusste Rolleinnahme.

Recovery und Remission bei der Schizophrenie bleiben somit facettenreiche Themen, welche noch weiter erforscht werden müssen. Die Definitionen von Recovery sind nicht einheitlich. Dies liegt wohl an einer unterschiedlichen Bedeutungszuweisung, was Recovery alles beinhalten sollte. Entweder wird diese als eine Abnahme von Symptomen gesehen, die quantitativ zu erfassen ist oder umgekehrt als ein persönlicher Lebensweg, der mit Fortschritten und Rückschlägen verbunden ist, welche die Geschichte jedes Einzelnen prägen. Rückschläge sollten meiner Meinung nach auch nicht als Versagen gewertet werden, sondern auch als Zeichen dafür, dass es zwischendurch auch gute Phasen geben kann. Ebenfalls kann sehr schön gesehen werden, dass man in verschiedenen Bereichen die Fäden ziehen kann, um gute Prognosen zu erzielen. Dabei ist die Motivation zur Besserung ein ausschlaggebender Faktor, der nicht nur für Betroffene relevant ist, sondern auch für die Mitmenschen.

Die Schizophrenie bleibt ein komplexes Thema, bei dem alle Parteien gefragt sind, und vor allem aber auch Verständnis und Geduld nicht fehlen dürfen.

Quellenverzeichnis**:**

Bernardo, M., Cañas, F., Herrera, B., & García Dorado, M. (2017). Adherence predicts symptomatic and psychosocial remission in schizophrenia: Naturalistic study of patient integration in the community. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *10*(3), 149–159. https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.05.008

Hodgekins, J., Birchwood, M., Christopher, R., Marshall, M., Coker, S., Everard, L., Lester, H., Jones, P., Amos, T., Singh, S., Sharma, V., Freemantle, N., & Fowler, D. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: A latent class growth analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(6), 536–543. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153486

Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F., & Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: Systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *211*(6), 350–358. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475

Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: Is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(3), 246–255. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, *22*(4), 374–380. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b