

Handhabung von Schizophreniefamilien in der hausärztlichen Praxis

Dr.med.Ursula Davatz
www.ganglion.ch

Die Hausärzte als Primärversorger und Triageinstitution bei der Frühbehandlung von Schizophreniekranken und ihren Angehörigen

- Hausärzte sind Primärversorger und somit erste Anlaufstelle für die Behandlung sämtlicher Krankheiten inklusive der Schizophrenie.
- Die Schizophreniekrankheit hat keine grosse Prävalenz, nur ca. 1% der Bevölkerung erkrankt daran. Somit stellt sie ein verschwindend kleines Problem für die Hausärzte dar, das man beinahe vernachlässigen könnte.
- Die Folgeschäden dieser Krankheit sind aber relativ gross, da sie häufig, d.h. in 2/3 aller Fälle, auf eine Chronifizierung hinauslaufen, in welche die ganze Familie mit hineingezogen wird, was viel Leid verursacht.
- Die Folgekosten für die Behandlung dieser chronischen Krankheit sind für unser Gesundheitssystem beträchtlich. Dazu kommt die Ausgliederung des Patienten aus dem Arbeitsprozess, was zum Bezug einer Frührente führt, häufig schon mit Beginn der Volljährigkeit, d.h. ab 18 Jahren.
- Seit der Panepidemie des Cannabiskonsums bei Jugendlichen hat die Schizophrenieerkrankung bei jungen Menschen nach neueren Beobachtungen nochmals zugenommen, was die Aktualität für eine adäquate Früherfassung und Frühbehandlung dieser Krankheit durch den Hausarzt wesentlich erhöht und geradezu zur Pflicht macht.

Krisenintervention bei Schizophrenieersterkrankungen unter Einbezug der Angehörigen

1. Kurze Beschreibung der Schizophrenieerkrankung

Der Grossteil der Schizophrenieerkrankungen beginnt in der Pubertät und hat mit einer missglückten Ablösung des Jugendlichen von seinen Eltern zu tun. Wir bezeichnen die Schizophrenie deshalb auch als maligne Pubertät.

Dem Beginn einer Schizophrenieerkrankung geht eine lang dauernde, chronisch akute Krisensituation voraus. Die davon betroffene Familie ist ununterbrochen in Alarmstellung und meint, etwas dagegen unternehmen zu müssen. Sie weiss aber weder wie noch was zu tun ist und passt sich deshalb immer wieder an den pathologischen Zustand des Patienten an. Der Patient seinerseits ist ständig damit beschäftigt, sich vor den „drohenden“ Massnahmen seines Umfeldes in Sicherheit zu bringen, Gleichzeitig weiss er aber auch, dass er von diesen Bezugspersonen abhängig ist und ohne sie nicht existieren kann.

Die offizielle Diagnosestellung vor dem Ausbruch einer akuten Schizophrenieersterkrankung findet in der Regel nach 2-5 Jahren statt. Es ist deshalb erste Priorität, die Diagnose früher zu stellen, um damit die unbehandelte Phase zu verkürzen im Sinne einer Früherfassung und Frühbehandlung. Dies ermöglicht es, den chronischen Verlauf der Schizophreniekrankheit zu verhindern.

Doch wie lässt sich dies bewerkstelligen? Der Patient ist in seinem Krankheitszustand fremder Hilfe durch eine Fachperson kaum zugänglich. Familienmitglieder sind eher in der Lage, sich Hilfe zu holen, doch müssen sie wissen, wo sie diese erhalten können.

2. Systemische Betrachtungsweise der Schizophrenieerkrankung als bessere Verständnisgrundlage für Interventionsstrategien

- Eine Schizophrenieerkrankung entwickelt sich, wenn eine Person über längere Zeit unter chronisch emotionalem Stress steht. Unter diesem Stresszustand desorganisiert sich die Hirnfunktion und dadurch sowohl das Verhalten wie auch das Denken des Betroffenen.
- Die Ursache dieses chronischen Stresses liegt meist im Umfeld und in der speziellen Lebenssituation.
- Um dem emotionalen Stress aus dem Umfeld zu entfliehen, zieht sich der Betroffene in seinem Verhalten oder in seinen Gedanken oder in beidem immer mehr zurück und weicht auf eine Metaebene aus. Dies hat meist zur Folge, dass das Umfeld aus Sorge und Angst sich noch mehr um den Patienten bemüht und dadurch zusätzlichen emotionalen Stress verursacht.
- Unerwartet für alle Beteiligten wehrt sich der Patient dann plötzlich aggressiv gegen den vom Umfeld verursachten Stress. Das Umfeld reagiert meist mit Aggressionen zurück, weil es die Verhaltensweise des Patienten nicht versteht, denn „man wollte ja nur behilflich sein.“
- Der Patient entwickelt dann seinerseits Schuldgefühle, weil er seine Nächsten nicht absichtlich verärgern oder verletzen möchte, was wiederum emotionalen Stress verursacht und seine Schizophreniesymptome verstärkt.
- Dieser interaktive Teufelskreis zwischen dem potentiellen Schizophreniepatienten und seinem Umfeld kann über Monate oder Jahre hinweg dauern, bis es schliesslich zu einer Eskalation kommt, sodass das Umfeld eine drastische Massnahme ergreift, z.B. eine psychiatrische Hospitalisation über den fürsorglichen Freiheitsentzug (FFE).
- Beweis für eine solche Interaktion in der Familie, die emotionalen Stress verursacht, sind die Studien von Leff und Vaughn, die aufzeigen, dass „high expressed emotions“, high EE's in einer Schizophreniefamilie zu schnelleren Rückfallsraten mit kürzerem freiem Intervall führen.
- Was lässt sich nun für den Hausarzt aus dieser systemischen Betrachtungsweise der Schizophrenieerkrankung als Interventionsstrategie für die Schizophreniefamilie in der Krisensituation ableiten?

3. Interventionsstrategien im familiären Umfeld bei Schizophrenieersterkrankten

- Als erstes sollte die Interventionsstrategie nicht beim Patienten, sondern beim Umfeld ansetzen. Der Patient flüchtet in der Regel vor der Fachperson und sieht diese als Bedrohung an (Schizophrenie als Fluchtkrankheit). Die Eltern oder sonstige Angehörige sind deshalb die primären Ansprechpartner.

- Auf das familiäre Umfeld muss der zuständige Hausarzt beruhigend einwirken, damit der emotionale Stress gegenüber dem Patienten vermindert werden kann.
- Eine anfängliche Beruhigung kann schon erzielt werden, indem man eine sorgfältige Anamnese aufnimmt. Dies bedeutet, dass man nicht nur die Krankheitsanamnese erfragt, sondern auch die Lebensgeschichte des Patienten als Ganzes zu erfassen versucht.
- Aus der Lebensgeschichte des Patienten sowie der aktuellen Situation im familiären Umfeld ergibt sich ein erstes Bild für das Verständnis der emotionalen Stressursache. Diese Einsicht kann dann als Erklärungsmodell der Familie (Eltern oder Partner) weitervermittelt werden. Dadurch können diese die Krisensituation besser verstehen, was wiederum eine beruhigende Wirkung auf das Familiensystem hat.
- Jegliche Sinnfindung im Sinne von konkreten Erklärungsmodellen beruhigt den Menschen, er hat dann das Gefühl, die Situation doch mindestens intellektuell wieder unter Kontrolle zu haben.
- Als weitere Strategie muss man der Familie, den Eltern oder dem Partner ganz konkrete Verhaltensanweisungen geben, die zur Stressreduktion führen:
 - Defokussierung vom Patienten als Indexpatient.
 - Ausweitung des Blickwinkels auf das ganze Familiensystem als therapeutische Ressource.
 - Kontrolle der Angst und Unterbindung des Ausagierens im Umfeld des Familiensystems.
 - Redeschwall der Angehörigen gegenüber dem Patienten massiv reduzieren.
 - Keinen emotionalen Druck aufsetzen, auch wenn dieser noch so gut gemeint ist.
 - Uneinigkeiten in Bezug auf den Umgang mit dem Patienten möglichst vermeiden, aber auch keine Pseudoeinigkeit erzielen wollen. Jeder Elternteil soll separat Stellung nehmen zum Patienten, aber die Eltern dürfen sich nicht gegenseitig disqualifizieren und ins Handwerk pfeuschen.
 - Bei Angstzuständen soll man in der Nähe des Patienten bleiben, ohne gross auf ihn einwirken zu wollen.
 - Die eigenen Ziele und Vorhaben der einzelnen Familienmitglieder sollen aber nicht quasi zugunsten des Patienten aufgegeben werden. Man soll den eigenen Weg weitergehen und nicht den ganzen Tagesablauf auf den Patienten ausrichten.
 - Der emotional distanzierte Elternteil, meist der Vater, soll in die Verantwortung mit einbezogen werden und klare Aufgaben erhalten.
 - Der Hausarzt soll mit ruhiger Hand die Führung übernehmen im Sinne eines Case Managers.

4. Umgang mit dem Patienten selbst

- Ist der Patient noch nicht bereit, in die Behandlung zu kommen, sollte man dies akzeptieren. Die Eltern oder sonstige Angehörige bleiben deshalb die primären Ansprechpartner.
- Hat das Coaching der Eltern eine positive Auswirkung auf das Familiensystem, ist der Patient zu einem späteren Zeitpunkt von sich aus zur Therapie bereit.

- Den Patienten muss man so locker und entspannt wie möglich angehen, keinen Psychostatus aufnehmen, sondern mit ihm ein normales Gespräch über seine Lebenssituation führen und zusammen allenfalls kurzfristige Strategien realitäts- und problemlösungsorientiert erarbeiten.
- Falls der Patient über Symptome wie Angst, Durcheinander im Kopf, Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwäche etc. klagt, soll ihm die ärztliche Fachperson die nötigen Neuroleptika in einer einfachen und verständlichen Form verschreiben.
- Um eine gute Compliance des Patienten zu erreichen, ist es hilfreich, die Neuroleptika 1x täglich am Abend zum Schlafen abzugeben, quasi als "Beruhigungsmittel fürs Gehirn".
- Will der Patient wissen, was mit ihm los ist, kann man ihm die Dysfunktion des Gehirns erklären, die unter der Einwirkung von chronisch emotionalem Stress entstanden ist. Dabei kann der Vergleich mit dem Computer nützlich sein, der Fehlschaltungen macht oder abstürzt, wenn man ihm gleichzeitig zu viele Befehle erteilt.
- Man sollte dabei aber immer bei einer dynamischen funktionellen Dysfunktionserklärung bleiben und nicht den Begriff der Krankheit verwenden, weil dieser Angst macht.
- Wenn der Patient jedoch fragt, ob dies eine Schizophrenie sei, soll man ihm offen und ohne Umschweife antworten. Man soll die Krisensituation als schizophrene oder psychotische Episode bezeichnen, die durchaus behandelbar ist und vorüber gehen kann.
- Ist der Patient bereit, mitzuarbeiten und die Medikamente einzunehmen, dann ist eine ambulante Behandlung ohne psychiatrische Hospitalisation durchführbar.
- Eine telefonische Krisenberatung für Eltern und Patient anzubieten, ist sinnvoll und nützlich. Dadurch können schnell aufkommende Eskalationen im System frühzeitig verhindert bzw. effizient beruhigt werden.
- Von dieser Möglichkeit wird in der Regel nicht übermäßig Gebrauch gemacht, d.h. sie wird nicht missbraucht.
- Das Case Management sowie die telefonische Krisenberatung sollte nach Möglichkeit immer von der gleichen ärztlichen Fachperson durchgeführt werden, da diese mit den Familienverhältnissen vertraut ist und den besten Überblick über den sich schnell ändernden Prozessverlauf hat.

Schlussfolgerung

Gelingt es der ärztlichen Fachperson einerseits, die Eltern in der akuten Krisensituation zu beruhigen, sodass sie geschickter mit dem Patienten umgehen können, und andererseits die Mitarbeit des Patienten zu gewinnen, kann eine akute schizophrene Krise durchaus ambulant und mit relativ wenig Aufwand behandelt werden. Wichtig dabei ist, dass man das turbulente System mit ruhiger selbstsicherer Hand führt und jederzeit für einen zusätzlichen Rat zur Verfügung steht. Durch die ambulante Krisenintervention erspart man dem Patienten die Stigmatisierung einer psychiatrischen Hospitalisation. Mit der Wiedereingliederung ins normale Leben kann viel schneller weitergefahren werden, ebenso mit der langfristigen Therapie und Begleitung des Familiensystems.

Eine solche Früherfassung der ersten schizophrenen Episode und die damit einhergehende Frühbehandlung verbessern die Prognose auf lange Sicht ganz wesentlich.

