

# Pro Früherfassung und Frühbehandlung von schizophrenen Psychosen

Was ist unter Frühintervention zu verstehen, und wie sollte diese stattfinden?

Anita Riecher-Rössler und Ute Gschwandtner

*Früherkennung von Psychose ist notwendig, allerdings benötigen wir mehr Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet, um das Risiko noch zuverlässiger einschätzen zu können. Eine vorschnelle medikamentöse Behandlung sollte ebenso vermieden werden wie eine zu lange Verzögerung der (Verdachts-)Diagnose, mit der Konsequenz der verspäteten Hilfe für Patienten und Familien. Dagegen sind psychotherapeutische Unterstützung und sozial-arbeiterische Massnahmen oft schon indiziert lange bevor sich der Verdacht auf eine Psychose erhärtet und sollten integraler Bestandteil einer Früherkennungssprechstunde sein.*

**W**ie die Forschung der letzten Dekaden gezeigt hat, beginnen schizophrene Psychosen meist mit ganz unspezifischen Frühsymptomen, und es dauert im Mittel 3 bis 4 Jahre, bis sich psychotische Symptome zeigen, und weitere 1 bis 2 Jahre, bis die Erkrankung schliesslich erkannt und behandelt wird (1). Im Folgenden wird die Position «Pro Früherkennung» vertreten, das heisst, es soll dargestellt werden, warum Früherkennung wichtig ist. Auf die Probleme der Früherkennung soll nur kurz eingegangen werden; diese

«Kontra-Position» nimmt Gerhard Ebner im selben Heft ein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang aber weniger die Frage, *ob* Früherkennung, sondern vielmehr die Frage, *wie* Früherkennung stattfinden sollte, und schliesslich was wir unter Frühintervention verstehen sollten.

## Warum Früherkennung und Frühbehandlung?

Bezüglich dieser Fragestellung soll kurz auf 3 Punkte eingegangen werden: zunächst auf die Frage, weshalb die Diagnose und Therapie bisher häufig verzögert wurde, dann auf die fatalen Konsequenzen, welche die Erkrankung schon in diesem präklinischen Frühstadium haben kann, und schliesslich auf die Tatsache, dass die Frühbehandlung den Krankheitsverlauf entscheidend verbessern kann.

**Verzögerung der Diagnose und Therapie von Psychosen**  
Dass die Diagnose mit Verzögerung gestellt wird, konnten wir schon in den 80er-Jahren erstmals systematisch in einer grossen Studie, der ABC-Studie (2), an 267 psychotisch Ersterkrankten aus dem Grossraum Mannheim zeigen. *Abbildung 1* zeigt das mittlere Alter bei Männern und bei Frauen, zum einen bei der ersten Aufnahme in eine Klinik mit der Diagnose einer Schizophrenie, zum anderen bei den ersten Anzeichen dieser Erkrankung. Diese Studie verdeutlicht, dass von den ersten Vorboten der Erkrankung bis die endgültige Diagnose gestellt wird im Mittel 3–4 Jahre verstreichen. Diese Verzögerung ist inzwischen auch aus zahlreichen anderen internationalen Studien bekannt (*Abbildung 2*).

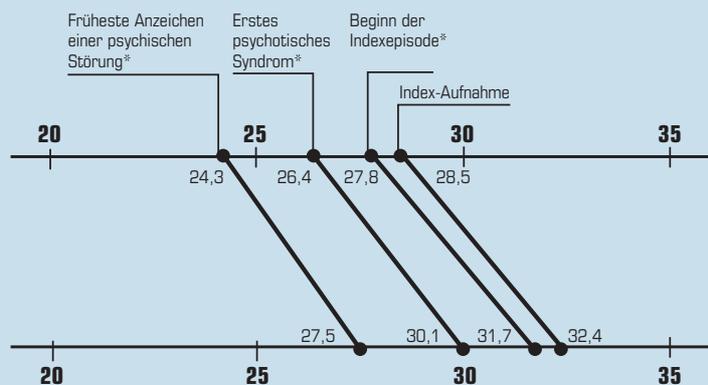
## Mögliche Frühzeichen einer Psychose

Die Frühzeichen einer Psychose kann man in verschiedene Symptomgruppen zusammenfassen (3, 4). Häufig kommt es zunächst zu Veränderungen des Wesens, vor allem mit erhöhter Sensibilität und Irritierbarkeit, oft auch mit Energielosigkeit und Antriebsstörungen. Das Gefühlsleben ändert sich, es tauchen Ängste auf. Auch die Leistungsfähigkeit lässt nach, v.a. bei Stress. Meist werden auch deutliche Konzentrationsstörungen beobachtet.

Viele Patienten entwickeln in dieser Phase auch ein erhöhtes Misstrauen mit sozialem Rückzug. Nicht selten beginnen die Patienten, sich für «Ungewöhnliches» zu interessieren, etwa im religiösen oder auch übernatürlichen Bereich. Schliesslich kommt es zu einer Verände-

Abbildung 1:  
**Mittleres Alter zu verschiedenen Zeitpunkten im frühen Verlauf der Schizophrenie**

Weitere Definition – IDC 9-295, 297, 298.3, 298.4  
Mannheim, Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis, Ostpfalz



\* nach Patienteninformation  
alle geschlechtsspezifischen Unterschiede:  $p \leq 0,01$

Quelle: Häfner A, Richer H, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, Munk-Jorgensen P, Strömgren E (1991): Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 59: 343–360.

beeinträchtigt, es kommt zu Beziehungsabbrüchen, zu Verlust von Ausbildungs- und Arbeitsplatz, zu Abgleiten in die Wohnsitzlosigkeit, häufig zu Substanzmissbrauch, insbesondere zu Cannabisabusus.

Diese Folgen treten, wie wir heute wissen, häufig schon im Vorfeld der Psychose auf, lange bevor die Erkrankung diagnostiziert wird, wie wir nicht zuletzt auch an unserer Mannheimer Studienpopulation schon gezeigt haben.

**Konsequenzen einer verzögerten Behandlung**

Abgesehen von diesen schweren, häufig irreversiblen *psychosozialen* Folgen gibt es inzwischen auch zahlreiche Befunde zu anderen fatalen Konsequenzen einer verzögerten Behandlung (1, 3, 4). So zeigte sich, dass sich die Symptomatik einer Psychose bei verzögerter Behandlung häufig nur noch unvollständig zurückbildet (6–18). Die Verzögerung der Behandlung scheint auch mit einer deutlicheren kognitiven Verschlechterung assoziiert (19, 20) sowie mit einer schlechteren Langzeitprognose (21, 22). Insgesamt werden höhere Neuroleptikadosen benötigt (7). Die Compliance der Patienten nimmt ab (23), da bedingt durch das Fortschreiten der Erkrankung und das zunehmende Misstrauen des Patienten kein Vertrauensverhältnis mehr zwischen Therapeut und Patient aufgebaut werden kann. Die Rehospitalisierungsrate wird insgesamt höher, und die Behandlungskosten steigen (24, 25, 26).

Familien erleben durch die Verzögerung der Diagnose und Behandlung eine sehr hohe Belastung (27). Gerade am Anfang der Erkrankung, wenn noch nicht erkannt wird, dass es sich um eine Krankheit handelt, kommt es oft zu schwersten familiären Auseinandersetzungen. Auch wird die gesamte psychologische und soziale Entwicklung sowie die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigt (28–31). Vor allem aber ist das Risiko des Patienten sehr hoch, in dieser Phase noch vor Behandlungsbeginn

Abbildung 2:  
**Ausmass der Verzögerung vor Behandlung**

Studie	Patientenzahl n	Dauer ab Beginn Prodromi (Jahre)	Dauer ab 1. psychot. Symptom (Jahre)
Gross 1969, D	290	3,5	–
Heber et al., 1979, D	502	3,3	–
Lewine, 1980, USA	97	–	1,9
Häfner et al., 1991, D	267	4,6	2,3
Haas und Sweeney, 1992, USA	71	–	3
Loebel et al., 1992, USA	70	3	1
Beiser et al., 1993, CDN	72	2,1	1
Mc Gorry et al., 1996, AUS	52 (61)	2,1	1,4
Larsen et al., 1996, N	43	–	2,2
Ho et al., 2000, USA	74	2,5	1,2
Norman et al., 2001, CDN	113	3,3	1,2
Fuchs und Steinert, 2002, D	50	5,0	1,2
Malla et al., 2002, D	88	2,4	0,9
Perkins et al., 2004, USA	191	–	1,2
Melle et al., 2004, N	281	–	0,9

eine anhaltende Depression zu entwickeln, zu Alkohol und/oder Drogen zu greifen (27) oder sogar Suizid zu begehen.

**Knick in der Lebenslinie**

Diese Symptomatik führt zu Beeinträchtigungen in den verschiedensten Bereichen, ja häufig zu einem «Knick in der gesamten Lebenslinie» (5). Bei den meist noch jungen Menschen ist oft die ganze psychische Entwicklung

eine anhaltende Depression zu entwickeln, zu Alkohol und/oder Drogen zu greifen (27) oder sogar Suizid zu begehen.

**Probleme der Früherkennung von Psychosen**

Aus diesen Befunden ergibt sich eindeutig, dass Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen dringend notwendig sind. Entscheidend ist hierbei jedoch die Frage: Wie *früh* soll Früherkennung stattfinden? Sollen

### Die Basler Sprechstunde zur Früherkennung von Psychosen

Ein spezielles Abklärungs- und Beratungs-  
angebot zur Vorbeugung psychotischer Krisen

Psychiatrische Poliklinik  
am Universitätsspital Basel

Chefärztin: Dr. med. A. Riecher-Rössler

#### Was sind psychotische Krisen?

Psychotische Krisen sind ernstzunehmende psychische Erkrankungen. Bei jedem Menschen kann sich eine solche Erkrankung entwickeln. Während einer psychotischen Krise kann es zu einer Veränderung sowohl des Denkens und Wahrnehmens wie auch des Fühlens und Handelns kommen.

Es kann zum Beispiel sein, dass man

- grosse Angst hat
- sich beobachtet oder verfolgt fühlt
- etwas hört oder sieht, das in Wirklichkeit gar nicht da ist

oder dass man

- unter verwirrenden Gedanken leidet
- grosse Niedergeschlagenheit erlebt.

Häufig fällt den Betroffenen selbst oder ihren Partnern, Verwandten oder Freunden auf, dass der Erkrankte

- im Alltag nicht mehr zurechtkommt
- sich zurückzieht und abkapselt
- Probleme am Arbeitsplatz, mit der Schule oder dem Studium bekommt.

Solche psychotischen Krisen treten jedoch meist nicht «wie aus heiterem Himmel» auf, vielmehr gibt es eine Reihe von Anzeichen, die einer Krise vorausgehen können. Anhand dieser Anzeichen kann abgeschätzt werden, ob man gefährdet ist.

#### Was sind die möglichen Frühzeichen einer Psychose?

Wenn sich ein Mensch plötzlich, ohne ersichtlichen Grund, anhaltend verändert, sollte an eine beginnende Psychose gedacht werden, vor allem bei:

##### Veränderungen des Wesens

z.B. eigentümliches Verhalten, erhöhte Sensibilität, Irritierbarkeit oder Energielosigkeit

##### Veränderungen der Gefühle

z.B. Misstrauen, Ängste, Depressionen

##### Veränderungen der Leistungsfähigkeit

z.B. Konzentrationsstörungen, erhöhte Ablenkbarkeit, Leistungsknick

##### Veränderungen im sozialen Bereich

z.B. plötzliche Schwierigkeiten in Beziehungen, sich abkapseln

##### Veränderungen der Interessen

z.B. plötzliches ungewohntes Interesse für Religiöses oder Übernatürliches

##### Veränderungen der Wahrnehmung

z.B. Ereignisse auf sich beziehen, Veränderungen des Sehens, Hörens, Riechens. Risikofaktoren sind auch:

- Drogenkonsum
- psychiatrische Erkrankungen in der Familie

wir nur «die Schizophrenie» früh erkennen? Oder auch schon «die Psychose»? Oder sogar schon «die beginnende Erkrankung» in ihrer unspezifischen Prodromalphase? Wird einerseits die Psychose *zu spät* erkannt, so kann die Erkrankung – wie dargelegt – sehr negative Folgen haben. Wird andererseits die Verdachtsdiagnose *zu früh* gestellt, so würden wir die Patienten unnötigerweise beunruhigen. Im ungünstigsten Fall würden die Betroffenen stigmatisiert und unnötig behandelt werden (vgl. Kontra-Position von G. Ebner im selben Heft).

#### Wie Früherkennung und Frühbehandlung?

Um dieses Dilemma zu überwinden und den Betroffenen optimale Hilfe zukommen zu lassen, sollte sich Früherkennung auf bestimmte Ziele konzentrieren:

- Zum einen sollten wir selbstverständlich das klare Bild der Schizophrenie so früh wie möglich erkennen und behandeln.
- Zum Zweiten sollten wir bei Patienten mit fraglicher Schizophrenie eine differenzialdiagnostische Abklärung leisten. So haben wir im FePsy-Projekt (Früherkennung

von Psychosen) in Basel (s.u.) bei nicht wenigen Patienten, die uns mit Schizophrenieverdacht zugewiesen wurden, mit Hilfe einer genauen klinischen Untersuchung, einschliesslich MRI und EEG, verschiedene neurologische Krankheitsbilder wie Epilepsie, Enzephalitis, chronisches subdurales Hämatom et cetera entdeckt (52).

- Zum Dritten sollten wir in spezialisierten Zentren versuchen, die beginnende Schizophrenie schon in ihrer noch atypischen Frühphase zu erkennen, um das Risiko des Individuums, tatsächlich eine Schizophrenie zu entwickeln, möglichst zuverlässig einzuschätzen. Es gilt zum einen, die psychotische Vorphase zu erkennen, in der die Patienten schon einzelne, sehr kurze psychotische oder so genannte attenuierte, also abortive psychotische Symptome haben. Zum anderen geht es um die noch unspezifische Prodromalphase, in der noch keine psychotischen Symptome vorhanden sind, sondern lediglich andere unspezifische potenzielle Anzeichen einer beginnenden Psychose.

### Die Basler FePsy-Studie zur Früherkennung von Psychosen

An der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel führen wir die *FePsy*-Studie durch, die zum Ziel hat, die Früherkennung von Vorphasen einer Psychose zu verbessern (*Abbildung 3*) (35). Dabei untersuchen wir in einem Mehrebenenansatz die verschiedensten Risikofaktoren und Indikatoren für die Entwicklung einer Psychose. So erheben wir neben der Symptomatik zum Beispiel auch soziale Veränderungen, den so genannten «Knick in der Lebenslinie», die genetische Belastung, perinatale Komplikationen, bestimmte neuropsychologische und neurophysiologische Auffälligkeiten sowie den MRI- und EEG-Befund (34, 35).

### Wie soll Frühintervention erfolgen?

Wenn wir bei einem Patienten davon ausgehen, dass ein Risiko für die Entwicklung einer Psychose besteht, erfolgt eine erste Intervention in einer schonenden Aufklärung über das mögliche Risiko. Gleichzeitig wird vorsichtig über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert. Das heisst, wir wählen eine Vorgehensweise, die auch sonst in der Medizin üblich ist, und machen dadurch eine Psychose zu einer Erkrankung wie jede andere auch. Wir versuchen, durch dieses Vorgehen die Erkrankung bzw. Bedrohung durch die Psychose zu entstigmatisieren. Von Anfang an versuchen wir, mit dem Patienten eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen, was entscheidend für den weiteren Verlauf ist. Wir legen grossen Wert darauf, ihn – gegebenenfalls in Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen –

weiter zu betreuen. Medikamentös behandeln wir zunächst allenfalls unspezifisch, syndromorientiert (also ohne hochpotente Neuroleptika). Vor allem aber überwachen wir die Krankheitsentwicklung sehr detailliert und engmaschig, um bei der Entwicklung einer Psychose sofort spezifisch, das heisst mit antipsychotisch wirksamen Neuroleptika, behandeln zu können.

Dieser Ansatz scheint sehr erfolgsversprechend. 21 von 54 Patienten, bei denen wir eine Psychose vermutet hatten, und die wir inzwischen 1 bis 5 Jahre beobachtet haben, haben in dieser Zeit auch tatsächlich eine Psychose entwickelt und konnten sofort behandelt werden (36). ■



Für die Autoren:  
Prof. Dr. med. A. Riecher-Rössler  
Psychiatrische Poliklinik  
Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4  
4031 Basel

Interessenskonflikte: keine

#### Literatur:

1. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J et al.: Early detection and treatment of schizophrenia – how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113 (429): 73–80.
2. Häfner H, Riecher A, Maurer K et al.: Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1991; 59/9: 343–360.
3. Riecher-Rössler A: Schizophrene Psychosen: Früh erkennen, früh intervenieren. *INFO Neurologie & Psychiatrie* 2004; 4: 11–14.
4. Riecher-Rössler A: Früherkennung schizophrener Psychosen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg.): *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Urban & Fischer Verlag, München, 2005, 522–533.
5. Riecher-Rössler A: Die beginnende Schizophrenie als «Knick in der Lebenslinie», in: Schneider H (Hrsg.): *Lieben und Arbeiten. Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Mattes Verlag 1999, 23–40.
6. Birchwood M, Macmillan F: Early intervention in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1993; 27: 374–378.
7. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ: EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305–326.
8. Haas GL, Garrat LS, Sweeney JA: Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical courses of illness. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 151–159.
9. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW: Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Brit J Psychiatry* 2000; 177: 511–515.
10. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO: Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1-year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000; 45: 1–9.
11. McGorry PD: Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 32: 145–149.
12. McGorry PD: Early psychosis reform: too fast or too slow? *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 249–251.
13. Norman RM, Malla AK: Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med* 2001; 31: 381–400.
14. Malla AK, Norman R, Manchandra R et al.: One-year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res* 2002; 54: 231–242.
15. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H: Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003; 33: 97–110.

16. Malla AK, Norman R, Manchanda R et al.: A Canadian programme for early intervention in non-affective psychotic disorders. *Aust NZJ Psychiatry* 2003; 37: 407-413.
17. Uco A, Polat A, Genc A et al.: Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 163-168.
18. Addington J, Van Mastrigt S, Addington D: Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychol Med* 2004; 34: 277-284.
19. Cosway R, Byrne M, Clafferty R et al.: Neuropsychological change in young people at high risk for schizophrenia: results from the first two neuropsychological assessments of the Edinburgh High Risk Study. *Psychol Med* 2000; 30: 1111-1121.
20. Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ et al.: Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 54: 223-230.
21. Wyatt RJ: Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophr Res* 1991; 5: 201-202.
22. Bottlender R, Möller HJ: The impact of the duration of untreated psychosis on short- and long-term outcome in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 39-43.
23. Stirling J, Tantam D, Thomas P et al.: Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one-year follow-up. *Psychol Med* 1991; 21: 675-685.
24. Moscarelli M: Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 382: 84-88.
25. Lincoln CVC, McGorry P: Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1166-1171.
26. McGorry PD, Edwards J: Early psychosis training pack. 1997. Victoria Mill/Australia. Gardiner-Caldwell Communications.
27. Ruhrmann S, Schlutze-Lutter F, Klosterkötter J: Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry Suppl* 2003; 36: 162-167.
28. Riecher A, Maurer K, Löffler W et al.: Schizophrenia – a disease of young single males? *Eur Arch Psychiatry Neurolog Sci* 1989; 239: 210-212.
29. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 62: 80-86.
30. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al: The ABC-Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results 1. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 380-386.
31. Browne S, Clarke M, Gervin M et al: Determinants of quality of life at first presentation of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 173-176.
32. Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J et al.: Chronisch subdurales Hämatom bei einem Patienten mit Verdacht auf Prodromalstadium einer Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 7/2004; 5: 691-693.
33. Aston J, Gschwandtner U, Riecher-Rössler A: Screening zur Früherkennung von Psychosen in der Hausarztpraxis. *Swiss Medical Forum* 2002; 41: 971-974.
34. Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S et al.: Neuropsychological and neurophysiological findings in individuals suspected to be at risk for schizophrenia: Preliminary results from the Basel early detection of psychosis study – Früherkennung von Psychosen (FEPSY). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 108: 152-155.
35. Borgwardt SJ, Radue EW, Götz K et al.: Radiological findings in individuals at high risk of schizophrenia and patients with first-episode psychosis. *JNNP* 2006; 77: 229-233.
36. Riecher-Rössler A, Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Fuhr P, Pflüger M, Radü W, Schindler Ch, Stieglitz RD: The Basel early detection-of-psychosis-study (FEPSY) – design and preliminary results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 115: 114-125.

## Psychiatrische Rehabilitation

Rössler Wulf (Hrsg.)  
Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2004

Allmählich schon ein Standardwerk, ist die vorliegende Buchbesprechung wohl eher eine Würdigung denn die Besprechung einer Neuerscheinung: Wulf Rösslers Arbeit, bei der er eine Vielzahl von kompetenten Autoren gewinnen konnte, umfasst wohl wirklich – sofern man das von einem Standardwerk sagen kann – umfassend das Gebiet der psychiatrischen Rehabilitation einschliesslich der damit verbundenen Randgebiete. So führt es über die allgemeinen Grundlagen, die den Paradigmenwechsel von der Institutions- zur patientenzentrierten Versorgung beleuchten, hin zur Diagnostik sowie verschiedenen Therapie-

ansätzen – immer stark bezogen auf Rehabilitation und «Empowerment». Es widmet sich auch den ausdrücktherapeutischen Verfahren, der Psychoedukation, nimmt Bezug auf spezifische Diagnosegruppen, ferner auch spezielle Probleme wie Fahrtüchtigkeit, Ernährung, Sport, Sucht, Sexualität, forensische Aspekte. Dass Stigmatisierung und Diskriminierung nicht zu kurz kommen, versteht sich von selbst, wie auch die Rehabilitation im internationalen Vergleich, gilt es doch vermehrt, voneinander zu lernen. Nach so einem Werk ist es eigentlich unverständlich, dass die Schweiz diesen Paradigmenwechsel – hört man auf das



Urteil der Fachleute – noch zu wenig umgesetzt hat; dies obwohl die psychiatrischen Ordinarien bereits 2002 in einem Positionspapier auf die Notwendigkeit eines solchen hingewiesen haben.

Als Nachschlagewerk, als Lehrbuch, als anregende

Lektüre sei sie allen in der Psychiatrie Tätigen, Medizinern wie Nichtmedizinern, aber auch dem interessierten Laien empfohlen; so habe ich auch die Kapitel über die Arbeitsrehabilitation und das Empowerment wie diejenigen über Diskriminierung und Stigmatisierung auszugsweise unserem Patientenrat zum Studium gegeben.

(ge)