

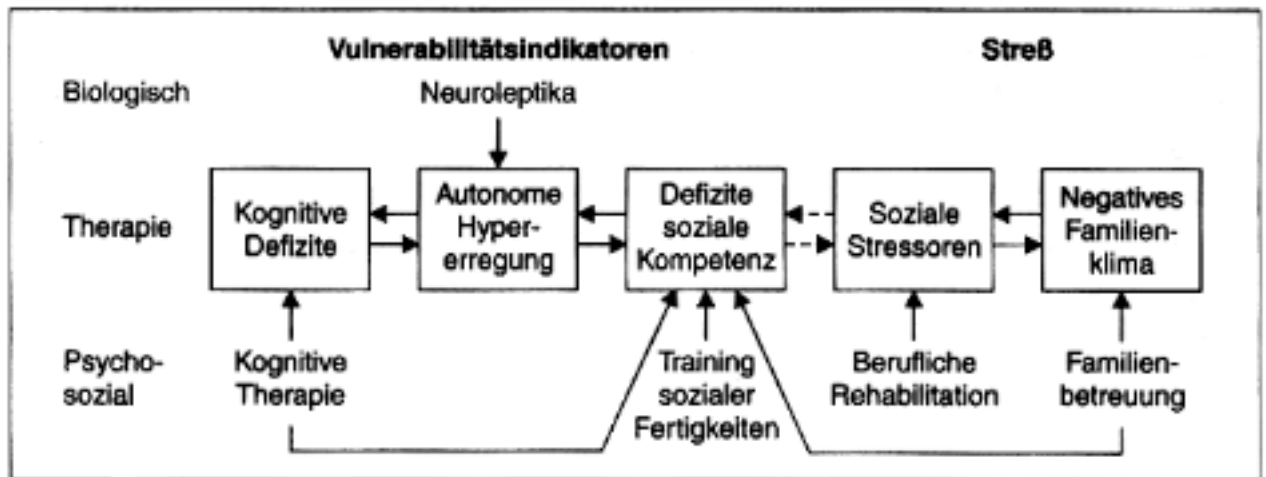
Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Psychotische Störungen II

## Therapie der Schizophrenie

Mehrere Ansatzpunkte entsprechend des Vulnerabilitäts-Stress-Modells



**Abbildung 4:**  
Vulnerabilitäts-Streß-Modell und Therapiemethoden

### Therapiekomponenten

- **Autonome Hyperaktivität** => Neuroleptika
- **Halluzinationen, Wahn** => Neuroleptika, KVT
- **Kognitive Defizite bei der Informationsverarbeitung** => Kognitives Training (z.B. IPT, Roder et al. 1988)
- **Defizite in der sozialen Kompetenz** => Training sozialer Fertigkeiten (z.B. IPT; auch Liberman et al. 1987)
- **Bereich sozialer Stressoren** => Maßnahmen zur gestuften beruflichen Rehabilitation
- **Veränderung des negativen Familienklimas** => Psychoedukative Rückfallprophylaxe als Familienmanagement (Hahlweg et al. 1995) oder Angehörigengruppen
- **weitere unspezifische Maßnahmen** => z.B. Gruppentrainings zum Erkennen von Frühwarnzeichen, Medikationsmanagement, Informationsvermittlung über Psychosen und Medikation

### Phasenspezifische Behandlung der Schizophrenie

#### 1. Phase:

Behandlung der akuten Symptomatik

#### 2. Phase:

Behandlung residualer Symptome und Vorbeugung von Rückfällen (Nachbehandlungsphase)

#### evtl. weitere Phase:

Behandlung chronischer Fälle

### **Akutbehandlung der Schizophrenie**

- Neuroleptika seit den 50er Jahren verfügbar für die Akutbehandlung der Schizophrenie; 1952 per Zufall dämpfende Wirkung von Chlorpromazin auf schizophrene Symptomatik entdeckt von den französischen Ärzten Delay und Deniker
- Wirksamkeit gilt mittlerweile als unbestritten nachgewiesen (mehr als 100 Placebo-kontrollierte Studien); durchschnittlich 75% nach 6 Wo. gebessert (Placebo: ~ 25%)
- Nebenwirkungen in der Akutbehandlung meist gering und unproblematisch (z.B. Ruhelosigkeit, Tremor, Rigor)
- Ergänzende Psychotherapie im Rahmen der Behandlung florider Episoden: Wirksamkeit gilt als gesichert (Metaanalyse von Wunderlich et al. 1996)

### **Neuroleptika**

- Sammelbegriff für Chlorpromazin-ähnliche Substanzen; die wichtigsten Gruppen sind die Phenothiazine und Butyrophenone
- Wirkung beim Menschen: (a) psychomotorische Verlangsamung, (b) emotionale Ausgeglichenheit, (c) affektive Indifferenz
- Wirkung bei psychotisch erregten Pat.: beruhigend, dämpfend, entspannend; keine bewusstsverändernden Wirkungen, nur geringe Auswirkung auf die „seelische Wachheit“, keine Toleranzentwicklung, kein Abhängigkeitsrisiko
- Wirkmechanismus: m Aktivität des dopaminergen Systems, hauptsächlich durch Blockade postsynaptischer Dopaminrezeptoren; aber auch Interaktion mit noradrenergen, serotonergen, cholinergen und histaminergen Rezeptoren
- Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen: z.B. Zungen-Schlund-Krämpfe, Bewegungsstörungen (Parkinsonoid, akut-dystone Reaktionen, Akathisie, Spätdyskinesien)

### **Gängige Neuroleptika**

Klassische Neuroleptika	Dosis	Atypische Neuroleptika	Dosis
Haloperidol (Haldol)	3-15 mg	Aripiprazol (Abilify)	15-30 mg
Perphenazin (Decentan)	8-20 mg	Amisulprid (Solian)	400-800 mg
Fluphenazin (Lyogen)	10-20 mg	Clozapin (z.B. Leponex)	200-450 mg
Flupentixol (Fluanxol)	3-15 mg	Olanzapin (Zyprexa)	10-20 mg
Bromperidol (Impromen)	5-10 mg	Quetiapin (Seroquel)	300-750 mg
Benperidol (Glianimon)	1,5-6 mg	Risperidon (Risperdal)	3-6 mg
		Ziprasidon (Zeldox)	80-160 mg

### Studie zur Behandlung mit Neuroleptika (Cole 1964)

Fragestellung: Therapievergleich von 3 Neuroleptika mit Placebo

Gruppeneinteilung: (1) Chlorpromazin (Standardpräparat); (2) Thioridazin (niederpotent); (3) Fluphenazin (hochpotent); (4) Placebo; Zufallszuweisung; Doppel-Blind-Verfahren

Applikation: Kapseln oder Injektionen (Minimal- und Maximaldosen vorgeschrieben); 6 Wochen Behandlungsdauer

Stichprobe: 417 akut psychotische Pat. in 9 psychiatrischen Kliniken; ausgewählt nach eher weiten diagnostischen Kriterien; Durchschnittsalter 28 J.; 60% Erstaufnahmen

Untersuchungsverfahren: Globaleinschätzung der Veränderung (IMPS, 14 Skalen; Burdock Ward Behavior Rating Scale WBRS, 7 Skalen)

Drop-out (getrennt nach Neuroleptika- und Placebo-Bedingungen):

	Neuroleptika (N = 296)	Placebo (N = 111)
<b>aufgrund rascher Besserung</b>	9 (3%)	1 (1%)
<b>wegen starker Nebenwirkungen</b>	11 (4%)	0
<b>wegen Versagens der Behandlung</b>	7 (2%)	36 (32%)
<b>Untersuchung abgeschlossen</b>	269	74

Ergebnisse #1 - Globaleinschätzung der Veränderungen zwischen Anfang und Ende: (a) keine Unterschiede zwischen den 3 Neuroleptika; (b) Unterschied Neuroleptika gegenüber Placebo

	Neuroleptika zusammen	Placebo
<b>verschlechtert</b>	0	25%
<b>unverändert</b>	5%	20%
<b>leicht gebessert</b>	20%	25%
<b>deutlich gebessert</b>	75%	30%

Ergebnisse #2 - Globaleinschätzung des Zustands nach 6-wöchiger Behandlung: (a) keine Unterschiede zwischen den 3 Neuroleptika; (b) Unterschied Neuroleptika gegenüber Placebo

	Neuroleptika zusammen	Placebo
<b>normal</b>	16%	5%
<b>grenzwertig</b>	30%	10%
<b>leicht gestört</b>	16%	15%
<b>mäßig gestört</b>	20%	20%
<b>deutlich gestört</b>	18%	50%

### **Längerfristige Behandlung der Schizophrenie**

- In der längerfristigen Behandlung weniger Rückfälle unter Neuroleptika als unter Placebo (~ 23 vs. 70% innerhalb eines Jahres; Metaanalyse von Dixon et al. 1995); auch Intervallbehandlungen unterlegen
- Jedoch Risiko von Spätdyskinesien (z.B. bizarre unwillkürliche Bewegungen von Zunge, Mund und Gesicht, Bewegungsunruhe); tritt bei ~ 15% auf, bei ~ 1% irreversibel
- Psychotherapie in der Langzeitbehandlung: Wirksam zur Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus, der sozialen Eingliederung, als Rückfallprophylaxe; wichtige Ergänzung und Erweiterung der medikamentösen Therapie

### **Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Mögliche längerfristige Behandlungsziele**

- ↑ Compliance (zur Behandlung)
- ↑ Beeinflussung von/ Coping mit Halluzinationen und Wahn
- ↑ soziale Fertigkeiten, ↓ soziale Defizite
- ↑ Sozialkontakte, „soziales Netzwerk“
- ↑ sinnvolle Beschäftigungen
- ↓ Abbau auffälligen Verhaltens (z.B. Selbstgespräche in der Öffentlichkeit, bizarre Haltungen)
- ↑ Eigeninitiative
- ↑ eigenständiges Wohnen
- ↑ Selbstversorgung
- ↑ adäquate Kommunikation (Familie, Gruppe)
- ↓ Emotionalität im Familienklima (bei Hoch-EE)
- Vermeidung von übermäßig belastenden Lebensereignissen (Überstimulation)
- Rückfallprophylaxe

### **Psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung schizophrener Störungen**

1. Trainingsprogramme zur Verbesserung kognitiver und sozialer Fertigkeiten
2. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
3. Psychoedukative Familienbehandlung

#### Weitere Komponenten:

Informationsvermittlung

Angehörigengruppen

### Informationsvermittlung und Angehörigengruppen

- Informationen über die Störung (Ursachen, Symptome, Verlauf, Prognose) und Behandlungsmöglichkeiten (Medikation, Psychotherapie) ⇒ Ziel: realistische Einschätzung der eigenen Erkrankung, Verbesserung der Krankheitsbewältigung
- Steigerung der Medikamentencompliance, selbstverantwortliches Umgehen mit Medikamenten
- Schulung in der Erkennung von Frühwarnzeichen
- Selbsthilfebücher und Ratgeber für Betroffene und Angehörige
- Aufklärung von Angehörigen über Krankheitsbegriff, Symptome, Ursachen, Akutbehandlung, Rückfallprophylaxe
- Emotionale Entlastung (Entlastung von Schuldgefühlen, Bearbeitung von Enttäuschungen, Resignation und Überforderung)
- Erfahrungsaustausch
- Vermittlung von praktischen Umgangsregeln
- Erklärung des „Expressed-Emotion“-Konzepts

### Frühwarnzeichen

Frühwarnzeichen sind Streßzeichen, die jeder von uns kennt. Diese Streßzeichen können Warnzeichen für Überlastungen sein. Frühwarnzeichen sind von Person zu Person unterschiedlich. Deshalb ist es wichtig, seine persönlichen Frühwarnzeichen zusammenzustellen.

Hier eine Liste von häufigen Frühwarnzeichen. Welche Streßzeichen sind bei Ihnen vor der letzten Episode aufgetreten?

	ja	nein
• Angespannt sein, Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Veränderungen im Tagesablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leistungsabfall im Beruf, Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appetitverlust oder Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rückzug von Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Persönliche Erscheinung vernachlässigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Körperliche Veränderungen wie Kopfdruck, Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gereiztheit, sich über Kleinigkeiten aufregen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlechte Träume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mißtrauen, Zunahme der Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zwanghafte Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sich ohne Grund schlecht fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beeinflussungsgedanken: Andere kontrollieren mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gedanken an Selbstmord, an Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alles auf sich beziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gedanken daran, andere zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mehr Alkohol, Drogen konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fremdartige Eingebungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fremdartige Wahrnehmungen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Therapeutische Grundregeln bei Schizophrenie (Ciompi 1986)

1. Ein möglichst entspannendes übersichtliches, reizarmes Behandlungsmilieu mit konstantem Personal
2. Personelle und konzeptuelle Kontinuität mit konstanter zentraler Bezugsperson und längerfristiger Koordination der Behandlungsmaßnahmen
3. Eindeutige, klare und affektiv-kongruente Kommunikation
4. Möglichst einheitliche Informationen und Ansichten bei Pat., Angehörigen, stationären und ambulanten Betreuern über die Störung, die konkreten Ziele der Behandlung und die Prognose
5. Erarbeitung gemeinsamer, möglichst realistisch-positiver Zukunftserwartungen
6. Vermeidung von Über- oder Unterstimulation
7. Kombination von Sozio- und Pharmakotherapie

### IPT - Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (Roder et al. 1997)

Ansatz: integriertes Training kognitiver, kommunikativer und sozialer Fähigkeiten; an Lerntheorie orientiert; 5 Unterprogramme

Ziele: Therapie und Rückfallprophylaxe

Multimodaler Ansatz: (a) mehrdimensionale psychotherapeutische Maßnahmen, (b) Milieu- und Soziotherapie, (c) Angehörigenarbeit, (d) optimale Versorgung mit Psychopharmaka  
Interdisziplinärer Ansatz (Psychologen, Ärzte, Pflegepersonal, Sozialpädagogen u.a.)

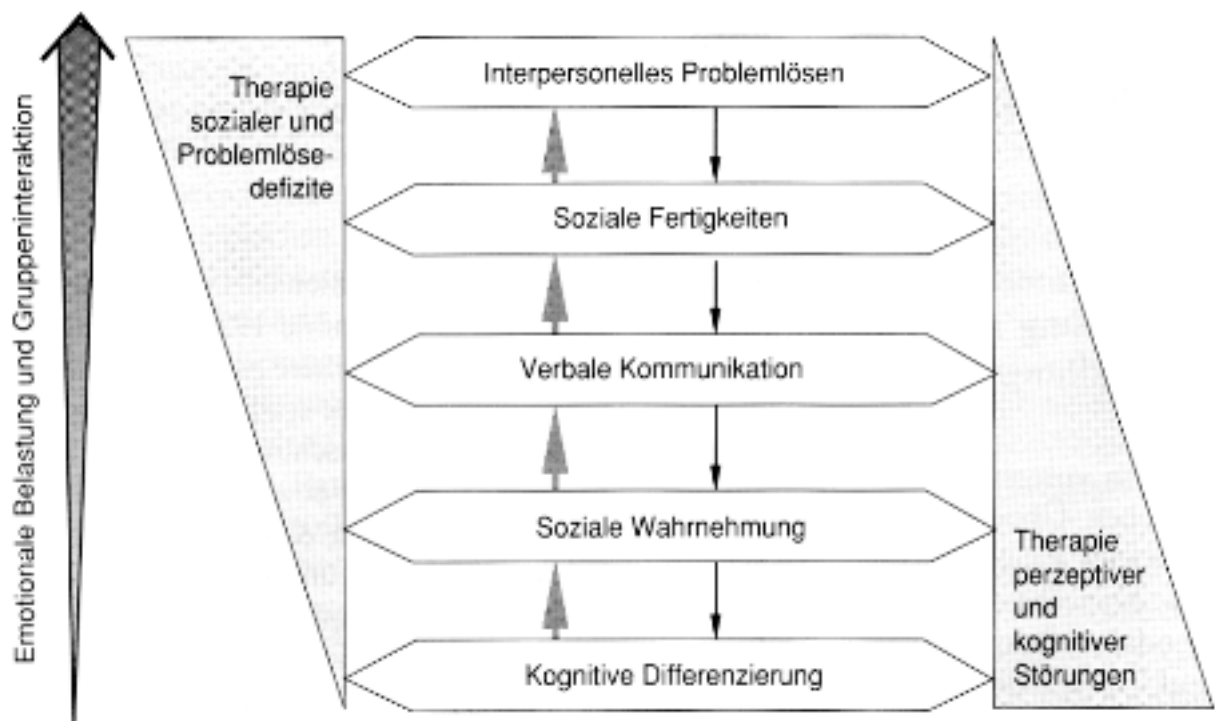


Abb. 10. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT)

## **Bereiche des IPT**

hier werden nur Beispiele gegeben; ausführliche Darstellung bei Roder et al. (1977)

- Kognitive Differenzierung: z.B. Kärtchenübung zur Differenzierung von Attributen, Begriffshierarchien bilden mit vorgegebenen Wörtern, Suche nach Synonymen oder Antonymen
- Soziale Wahrnehmung: z.B. Dias mit sozialen Situationen werden gezeigt, Pat. sollen zunächst beschreiben, dann interpretieren, dann eine „Gesamtüberschrift“ für das Dia finden
- Verbale Kommunikation: z.B. Sätze wörtlich oder sinngemäß wiedergeben
- Training sozialer Fertigkeiten: Situationen werden durchgesprochen und im Ronnespiel eingeübt; Themen:

- sich bedanken; Beispiel: Ein Mitpatient hat Ihnen, ohne dass Sie ihn darum gebeten hätten, beim Abspülen geholfen. Er hat das ganze Geschirr abgetrocknet und Ihnen damit viel Arbeit abgenommen. Jetzt sind Sie fertig und wollen sich bei ihm bedanken. Sie wollen ihm sagen, dass seine Mithilfe Sie sehr gefreut hat.

- Lob, Anerkennung äußern, ein Kompliment machen; Beispiel: Ein Mitpatient, der heute „Kochgruppe“ hat, hat Ihrer Meinung nach ein hervorragendes Essen gekocht. Sie sprechen ihn an, um ihm mitzuteilen, wie gut Ihnen sein Essen geschmeckt hat.

- sich informieren, eine Auskunft einholen; Beispiel: Sie wissen nicht mehr, wann der genaue Termin mit Ihrem Arzt ist. Sie rufen deshalb im Dienstzimmer an und lassen sich den genauen Termin nochmals nennen.

- ein Ansinnen ablehnen, eine Bitte abschlagen; Beispiel: Ein Mitpatient, der nie eigene Zigaretten hat, bittet Sie heute schon zum dritten Mal um eine Ihrer Zigaretten. Da Sie selber nicht gerade viel Geld haben, lehnen Sie seine Bitte diesmal freundlich, aber bestimmt ab.

- Kritik üben, reklamieren, sich behaupten; Beispiel: Ihr Mitpatient, der im selben Raum wie Sie untergebracht ist, hört sehr laut Musik. Sie fühlen sich dadurch gestört und fordern ihn auf, sein Radio auszumachen. Ihr Mitpatient möchte zunächst den Grund hierfür wissen. Sie erklären ihm den Grund, worauf er das Radio leiser dreht.

- sich entschuldigen; Beispiel: Sie haben sich von einem Mitpatienten eine Illustrierte ausgeliehen und versehentlich Fruchtsaft darüber ausgeschüttet, so dass einige Seiten stark verklebt und verschmutzt sind. Sie erklären Ihrem Mitpatienten das Missgeschick und entschuldigen sich in angemessener Form. Ihr Mitpatient nimmt die Entschuldigung an.

- eine Bitte, Wunsch äußern, ein Anliegen vorbringen; Beispiel: Sie bitten einen Mitpatienten, Ihnen eine Tafel Schokolade vom Kiosk mitzubringen. Ihr Mitpatient erklärt sich hierzu bereit.

- Kontakt aufnehmen; Beispiel: Sie haben ein Zimmer in einer anderen Abteilung bekommen. Sie möchten gerne Ihre neuen Mitpatienten kennenlernen. Sie suchen deshalb Ihren neuen Zimmernachbarn auf, stellen sich ihm vor und stellen ihm einige Fragen. Nach er sie beantwortet hat, verabschieden Sie sich freundlich.

- eine gemeinsame Unternehmung initiieren; Beispiel: Sie sitzen eines Abends mit einigen Mitpatienten im Aufenthaltsraum. Sie haben Ihre Zeitung zu Ende gelesen und würden wohl gerne noch etwas Mühle spielen. Sie fordern einen Mitpatienten zu einem Spiel mit Ihnen auf. Der angesprochene Patient erklärt sich dazu bereit

## **Übungen zum interpersonellen Problemlösen im Rahmen des IPT**

### Bereich: Praktische Lebensfertigkeiten

#### Ziele:

- Körperpflege: sozial akzeptierten Hygienestandard
- Ordnung und Sauberkeit: Putz- und Aufräumverhalten gemäß den jeweils gültigen Standards
- Budgetieren und Einkaufen: Wissen um Preis wichtiger Konsumgüter, einfache Rechenoperationen, Konsum entsprechend den Bedürfnissen und Möglichkeiten
- Kochfertigkeiten: Grundkenntnisse und -fertigkeiten

### Bereich: Wohnungssuche

#### Ziele:

- Finanzierungsmöglichkeiten: eigene finanzielle Möglichkeiten einschätzen
- Charakteristika der gesuchten Wohnung: Bestimmung von Merkmalen wie Lage, Größe, Zahl der Zimmer
- Möglichkeiten der Suche: Wissen über Inserieren, Makler usw.

### Bereich: Zusammenleben und -arbeiten in der Wohngemeinschaft

#### Ziele:

- Arbeits- und Aufgabenbereiche: konkrete Bestimmung von Arbeitsbereichen, genaue Kenntnis der selbständig zu erfüllenden Aufgaben
- Haushaltsorganisation: Aufgabenbereichsverteilung, Bestimmung individueller Pflichten (z.B. kochen, putzen, einkaufen)
- Tagesverlauf: individuelle Tagespläne mit klarer Definition von Zeiten
- Integration in die Hausgemeinschaft: klare Definition der Rechte und Pflichten im Kontext einer Wohnungs- und Hausordnung

### Bereich: Soziales Zusammenleben

#### Ziele:

- Absprache mit den Mitbewohnern: Verteilung von Aufgaben, Koordination
- Aufnahme sozialer Kontakte: gemeinsame Gespräche, Aktivitäten

## Wirksamkeit der IPT

**Tab. 6.** Darstellung der Patientengruppen und der Therapievariablen zu den einzelnen Untersuchungen

Untersuchung	Patientenvariablen (Durchschnittswerte)			Therapievariablen	
	Alter (Jahre)	Intelligenz (IQ-Punkte)	Hospitalisations- dauer (Jahre)	Therapie- dauer	Therapeuten (Berufsgruppen)
I. (Brenner et al. 1987) 43 Patienten	35	98	1	3 Monate mit jeweils 4 wöchentlichen Sitzungen à 90 Minuten	Psychiater, Psychologen, Schwestern, Sozialarbeiter
II. (Brenner et al. 1987) 18 Patienten	30	97	2	4 Monate mit jeweils 4 wöchentlichen Sitzungen à 90 Minuten	Psychologen, Sozialarbeiter, Pfleger, Hauswirtschaftsleiterin
III. (Roder et al. 1987) 12 Patienten	44	102	11	5 Monate mit jeweils 3 wöchentlichen Sitzungen à 60 Minuten	Psychologen, Ärzte, Ergotherapeuten, Schwestern, Pfleger

**Tab. 7.** Gruppenmittelwerte sowie Effekte der Gruppenzugehörigkeit (Therapie- vs. Kontrollgruppen) für die unmittelbaren Behandlungsergebnisse mittels T-Test ( $n = 43$ )

Kontrollmittel	Therapiegruppe ( $n = 14$ )				Placebo-Attentiongruppe ( $n = 15$ )				Leer-Kontrollgruppe ( $n = 14$ )				Nach der Behandlung	
	$\bar{x}$		$SD$		$\bar{x}$		$SD$		$\bar{x}$		$SD$			
	vor-her	nach-her	vor-her	nach-her	vor-her	nach-her	vor-her	nach-her	vor-her	nach-her	vor-her	nach-her	Effekt $p$ (T-Wert)	
Benton-Test	81,92	91,00	15,30	10,13	74,53	86,07	4,99	12,47	79,86	89,86	12,59	13,73	0,560	n. s.
MMPI (Sc)	66,07	56,64	11,54	13,82	66,80	61,60	11,11	13,39	64,74	65,36	20,44	13,61	1,493	n. s.
FBF	25,79	5,29	11,78	5,34	22,27	13,60	11,94	10,34	25,27	13,57	11,57	8,78	6,037	$\leq 0,01$
Test D2	92,14	105,21	11,41	12,60	88,93	92,80	10,97	17,34	85,36	91,57	10,19	13,77	2,399	$\leq 0,01$
BPRS	50,86	32,14	11,04	5,44	46,33	42,53	8,06	9,42	53,61	38,00	12,18	10,13	6,788	$\leq 0,01$

**Tab. 8.** Gruppenmittelwerte sowie Effekte der Gruppenzugehörigkeit (Therapie- vs. Kontrollgruppen) für die Nachkontrolldaten nach ca. 18 Monaten mittels T-Test ( $n = 42$ )

	Therapiegruppe ( $n = 14$ )				Placebo-Attentiongruppe ( $n = 15$ )				Leer-Kontrollgruppe ( $n = 14$ )				Nachkontrolle nach ca. 18 Monaten	
	$\bar{X}$		SD		$\bar{X}$		SD		$\bar{X}$		SD		Effekt $p$ (T-Wert)	
	vor-her	kata-mnestisch	vor-her	kata-mnestisch	vor-her	kata-mnestisch	vor-her	kata-mnestisch	vor-her	kata-mnestisch	vor-her	kata-mnestisch		
FBF	25,79	11,29	11,78	9,26	22,27	19,77	11,94	12,78	25,57	18,57	11,57	9,26	5,37	$\leq 0,05$
Test D 2	92,14	108,36	11,41	11,74	88,93	92,21	10,97	0,76	85,36	87,71	10,19	16,87	9,10	$\leq 0,01$
BPRS	50,86	33,14	11,04	14,38	46,33	44,50	8,06	14,29	53,61	42,86	12,18	14,26	6,58	$\leq 0,05$
PSA	4,42	5,57	1,59	1,74	4,90	4,36	1,68	2,13	5,08	4,43	1,21	1,45	5,99	$\leq 0,05$

### Psychoedukative Familienbehandlung zur Rückfallprophylaxe

- Ansatz von Falloon et al. (1984) entwickelt; deutsches Manual von Hahlweg et al. (1995); hochwirksame Methode zur Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Störungen

#### Voraussetzungen:

- Pat. sollte so gering symptombelastet sein, dass er 45 Min. konzentriert mitarbeiten kann
- Die Medikation sollte optimal eingestellt und der Pat. ausreichend compliant sein
- Es sollte eine Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut und Psychiater erfolgen, bei der das Vorgehen und die Ziele abgesprochen sind
- Es sollten auch Hausbesuche möglich sein, damit sich der Therapeut ein genaueres Bild von den Lebensumständen der Familie zu Hause machen kann

### Komponenten der verhaltenstherapeutischen Familienbehandlung

- Neuroleptikamedikation
- Diagnostik, Analyse familiärer Konflikte und Belastungen
- Information über Schizophrenie und Medikation
- Kommunikationstraining (direkter Ausdruck positiver u. negativer Gefühle, aktives Zuhören)
- Problemlösetraining

### **Problemlösetraining**

Inhalt: Aktuelle oder längerdauernde Konfliktsituationen, unterschiedliche Interessen, schwierige Entscheidungen

Ziele: Erlernen von Möglichkeiten, gemeinsam nach Lösungen zu suchen, die jedem Beteiligten in bestmöglicher Weise gerecht wird; Aufbau der Fähigkeit, konstruktive, zielgerichtete Konfliktgespräche zu führen

Schritte:

1. Um welches Problem geht es?
2. Lösungsmöglichkeiten sammeln
3. Lösungsmöglichkeiten diskutieren
4. Beste Lösungsmöglichkeit(en) auswählen
5. Überlegen, wie die beste Lösung in die Tat umgesetzt werden könnte
6. Umsetzung und Überprüfung

### **Das familientherapeutische Programm von Hogarty & Anderson (1986)**

Phasen	Ziele	Techniken
Phase 1: Kontaktaufnahme	Kontakt mit der Familie aufnehmen und zur Kooperation gewinnen; Verminderung von Schuld und negativen Reaktionen auf die Krankheit	Behandlungskontrakt abschließen, Diskussion der Krankheitsgeschichte und der Gefühle dem Pat. und der Krankheit gegenüber; spezifische praktische Vorschläge, um Besorgnis in bewältigungsmechanismen umzusetzen
Phase 2 Training von Fertigkeiten, die einen Rückfall verhindern helfen	besseres Verständnis für die Krankheit und die Bedürfnisse des Pat.; soziale Kontakte; Erweiterung des sozialen Netzes	Wiederholte Familienedukation und -diskussion; konkrete Informationen über Schizophrenie; konkrete Management-Vorschläge; grundlegende Kommunikationsfertigkeiten
Phase 3: Wiedereintritt und Anwendung	Pat. in der Gemeinschaft halten; Stärken der ehelichen/elterlichen Koalition; mehr familiäre Toleranz für problematische Verhaltensweisen; graduelle Wiederaufnahme von Verantwortung durch den Pat.	Stärken der Grenzen zwischen Personen und Generationen; Liste von Aufgaben; Lösung einfacher Probleme
Phase 4: Aufrechterhaltung	Reintegration in normale Rollen in der Gemeinde (Arbeit, Schule); erhöhte Effizienz der Abläufe in der Familie	unregelmäßige Sitzungen; traditionelle und explorative Familientherapie-Techniken

**Studie zur Familienbehandlung bei schizophrenen Patienten (Leff et al. 1982)**

Fragestellung: Vergleich von Familienintervention mit Routinebehandlung

Methode: Behandlung zusätzlich zu Depot-Neuroleptika über 9 Monate, zufällige Aufteilung der Familien in Behandlungs- und Kontrollbedingung; (a) Familienintervention: 4 Informationssitzungen über Schizophrenie, Angehörigengruppen alle 2 Wochen, sechs Hausbesuche, Ziel war die Änderung kritischer und überinvolvierter Einstellungen; (b) Kontrollbedingung: Gespräche mit Psychiater oder Sozialarbeiter

Stichprobe: 24 Pat. aus Familien mit Hoch-EE und intensivem Zusammenleben, darunter 8 Ersterkrankte, Durchschnittsalter 30 J.

Untersuchungsverfahren: CFI (Camberwell Family Interview)

Ergebnisse:

	<b>Familien- intervention</b>	<b>Kontroll- gruppe</b>
Kritische Äußerungen im CFI vorher (M)	15.8	12.0
Kritische Äußerungen im CFI nach 9 Monaten (M)	6.8	10.7
Überengagement im CFI vorher (M)	4.0	4.0
Überengagement im CFI nach 9 Monaten (M)	2.4	3.7
psychotische Rückfälle während der 9 Monate	1 (9%)	6 (50%)

**Wirksamkeit psychologischer Therapie bei schizophrenen Psychosen**

Metaanalyse von Wunderlich et al. (1996): 31 Kontrollgruppenstudien mit Vergleich Psycho-/Pharmakotherapie mit psychiatrischer Standardbehandlung, N = 2.161

<b>Therapieansätze</b>	<b>Effektstärke r</b>	<b>Effektstärke %</b>
I. Kognitive Therapie	0.28	36-64
II. Verhaltenstherapie	0.20	40-60
III. Psychoedukative Familienbetreuung	0.28	36-64
Mittlerer Effekt I - III	0.25	37-63
Sozialtherapie	0.12	44-56
Psychoanalytische Therapie	0.08	46-54

### **Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie**

- Neue Behandlungsansätze, basierend auf dem allgemeinen Modell der KVT nach Beck
- Systematische Entwicklungen erst seit ca. Anfang der 90er Jahre, vor allem in Großbritannien
- Deutlicher am Individuum orientiert als bisherige Ansätze wie Familientherapie, Psychoedukation, Fertigkeitentraining oder Frühwarnsymptom-Monitoring

### **Einige Pioniere der Forschung und Behandlung**

Elizabeth Kuipers, Philippa Garety

King's College London, Institute of Psychiatry, Department of Psychology, UK

Paul Chadwick, David Kingdon

Royal South Hampshire Hospital, Southampton, UK

University of Southampton, UK

Max Birchwood

University of Birmingham, UK

Douglas Turkington

University of Newcastle upon Tyne, UK

Richard Bentall, Gillian Haddock, Anthony Morrison

University of Manchester, UK

### **KVT für Schizophrenie: Was ist anders ?**

1. Besonderer Fokus auf **Positivsymptomatik** (Wahn, Halluzinationen)
2. **Kognitive Interventionen** werden als zentrale Behandlungstechniken eingesetzt
3. Erstellung einer **individuellen Problemanalyse**, basierend auf der Sicht des Pat. über seine Probleme
4. Besondere Bearbeitung der **subjektiven Einstellung** des Pat. zu seiner Erkrankung

### **Elemente der KVT bei Schizophrenie**

1. Beziehungsaufbau und Problemerkfassung
  2. Individuelle Problemanalyse (Zusammenhänge Situationen <=> Verhalten <=> Kognitionen <=> Emotionen <=> Symptome)
  3. Copingstrategien im Umgang mit Symptomen
  4. Kognitive Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen und dysfunktionaler Überzeugungen
  5. Veränderung negativer selbst-bezogener Schemata
  6. Behandlung von Negativsymptomatik (angelehnt an Techniken der Depressionsbehandlung)
  7. Rückfallprävention
- [nach Lincoln 2006]

### **Halluzinationen**

Wie kann man einen veränderten Umgang mit Halluzinationen erlernen?

1. Schritt: Entpathologisieren

2. Schritt: Reduktion des Gefühls des Kontrollverlusts

- Einsatz von Copingstrategien
- Fokussierungsstrategien (Exposition)
- Umstrukturierung von Metakognitionen

### Halluzinationen als normalpsychologisches Phänomen

Davies et al. (2001): In nichtrepräsentativer Studie verschiedene Personengruppen befragt, ob sie schon einmal Stimmen ohne äußere Quelle gehört hätten; Ergebnis: Psychotische Patienten 100%, Gruppe evangelischer Christen 59%, unspezifische Kontrollgruppe 27%.

Romme et al. (1989, 1992): Fernsehsendung über Stimmenhören; 450 Personen mit entsprechenden Erfahrungen meldeten sich; von diesen waren 173 nicht in psychiatrischer Behandlung.

Barrett & Etheridge (1992): In einer Stichprobe von 586 Studenten gaben 60% an, schon einmal Stimmen gehört zu haben.

ECA-Studie mit SKID (Tien, 1991): Lifetime-Prävalenz für nicht-substanzbedingte Halluzinationen 10% für Männer und 15% für Frauen

### ... unsere Sinne können uns täuschen

❁ Ich denke, ich habe am Strand eine Perle entdeckt und stelle fest, dass es nur ein Stück Muschelschale ist, die von der Sonne angeleuchtet wird.

❁ Ich sehe auf dem Weg nach Hause einen unheimlich anmutenden Mann am Wegrand stehen, aber wenn ich näher komme, stelle ich fest, dass es ein Baum war.

❁ Ich höre die Nachbarn streiten, aber erkenne hinterher, dass es ein Fernsehprogramm war, das sie hörten.

❁ Mein Vater genießt das leckere Fleisch in der Suppe und ist hinterher erstaunt, dass es Tofu war.

❁ Nach einem lauten Konzert höre ich Pfeifen im Ohr, obwohl die Umgebung um mich herum still ist.

### Beispiele für Copingstrategien bei Halluzinationen

Kognitive Strategien	<ul style="list-style-type: none"><li>- gedankliche Ablenkung</li><li>- Aufmerksamkeitseinengung</li><li>- Selbstinstruktionen</li><li>- Eingrenzung</li><li>- Neutralisierung</li></ul>
Verhaltensstrategien	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aufsuchen von sozialen Interaktionen</li><li>- Rückzug von sozialen Interaktionen</li><li>- Aktivitäten, gezielte Ablenkungen</li><li>- lautes Lesen, Summen oder Singen</li><li>- Rechenaufgaben</li><li>- Entspannungsübungen</li></ul>
Sensorische Stimulation	<ul style="list-style-type: none"><li>- Musik über Kopfhörer</li><li>- Radio, Fernsehen</li><li>- Ohrstöpsel</li></ul>

### **Fokussierung, Exposition bei Halluzinationen**

Patient arbeitet daran, sich graduiert mit Inhalt, Bedeutung, assoziierten Gedanken und eigenen Überzeugungen im Hinblick auf die Stimmen zu konfrontieren (Haddock et al. 1996)

1. Fokussierung auf Eigenschaften der Stimme: wieviele Stimmen? wie laut? welches Geschlecht? aus welcher Richtung? mit Akzent? usw.
2. Konfrontation mit den Inhalten: wiedergeben, was die Stimme gesagt hat; Stimme imitieren, dies auf Tonband aufzeichnen und hinterher wieder abhören usw.
3. Fokus auf Gedanken und Emotionen, in denen die Stimmen eingebettet sind: diese schriftlich fixieren und ggf. verändern

### **Veränderung von Metakognitionen in Verbindung mit Halluzinationen**

Typische und belastende Überzeugungen:

- Stimmen sind omnipotent (allmächtig)
- Stimmen sind omniscient (allwissend)
- Stimmen teilen etwas Wichtiges mit

Stimmen geben Anweisungen, deren Nichtbefolgen bestraft werden würde

Überzeugungen sind keine Fakten, sondern Annahmen!

Was spricht dafür, was dagegen?

Welche Annahmen sind hilfreich, welche schädlich?

### **Verhaltensexperimente im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung in Verbindung mit Halluzinationen**

bei Überzeugung, die Stimmen seien unkontrollierbar:

z.B. durch lautes Lesen oder Sprechen werden die Stimmen meistens in der Hintergrund gedrängt, durch Konzentration auf die Stimmen oder assoziierte Gedanken werden sie häufig intensiver

bei Überzeugung, Nichtbefolgen der Stimmen hätte negative Konsequenzen:

z.B. Pat. ermutigen, die Anweisungen etwas weniger streng zu befolgen und zu prüfen, ob dies Konsequenzen hat

bei Überzeugung, die Stimmen seien allwissend:

z.B. testen, ob die Stimmen nur solche Informationen hat, über die man auch selbst verfügt (Beispiele: wenn Pat. Tagebücher hat: "Was ist in der ersten Maiwoche vor 5 Jahren passiert?" - wenn Pat. Fotoalbum hat: "Welche Kleidung habe ich an meinem 6. Geburtstag getragen?"

### **Wahn**

Wie kann man einen veränderten Umgang mit Wahn erlernen?

- Entpathologisieren
- Anhaltspunkte kritisch eruieren
- Mechanismen der Einstellungsbildung diskutieren
- Auseinandersetzung mit Konsequenzen des Wahns
- Kognitive Umstrukturierung

### **Vorbereitende Maßnahmen bei der kognitiven Wahnbehandlung**

"Was ich bisher von Ihnen mitbekommen habe, spricht dafür, dass Sie ein durchaus reflektierter und intelligenter Mensch sind."

"Man kann in jeder Situation anfällig sein für Verfehlungen, Verzerrungen und Irrtum. Dies passiert vor allem, wenn man versucht, für undurchsichtige Ereignisse eine sinnvolle Erklärung zu finden oder wenn man gerade besonders gestresst ist."

"Eine gute Freundin hat mir mal erzählt, dass sie den Eindruck hatte, etwas sei gegen sie im Gange, weil das Telefon an einem Tag dreimal klingelte und niemand ran ging. Als sie dann selbst telefonieren wollte, klickte es so seltsam in der Leitung. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass ein Freund versucht hatte, sie zu erreichen, aber sein Telefon kaputt war."

[aus Lincoln 2006]

### **Anhaltspunkte für den Wahn eruieren**

Hypothese: Ich werde seit 1996 vergiftet. Dies geschieht durch Vergiftung von Nahrungsmitteln, die ich kaufe, und Manipulation von persönlichen Dingen in meiner Wohnung.

Hypothesenentwicklung: Zunächst wurde ich nur bespitzelt. Man hatte mich im Auge.

Anhaltspunkte dafür: • Personen einer Freizeitgruppe wussten meine private Adresse. • In dieser Zeit habe ich jemanden kennengelernt, der nicht einschätzbar war und immer wieder Andeutungen über Geheimdienstarbeit machte. • Habe mich in dieser Zeit häufig mit Büchern in ein Café gesetzt und hatte den Eindruck, dass Leute mich am Nebentisch merkwürdig anschauten und über mich redeten. Beispielsweise hat eine Frau am Nebentisch zu einer anderen gesagt: Der Stefan kann Realität und Traum nicht mehr unterscheiden. • Zimmernachbarn aus dem Iran haben gesagt, sie sind Geheimagenten. • Zwei Männer haben versucht, mich für eine Tätigkeit als Geldanlagenberater anzuwerben. Dabei haben sie gesagt, ihre Arbeit sei "Magie".

Vermutete Gründe: Habe mich unbeliebt gemacht, indem ich beim Verfassungsschutz angerufen und Fragen zu bestimmten politischen Gruppen gestellt habe.

### **Besprechung von Mechanismen der Einstellungsbildung**

Beispiel für Änderungsresistenz:

"Kennen Sie jemanden, der eine starke politische Überzeugung vertritt oder einer bestimmten Partei anhängt. Wie leicht ist es, diese Überzeugung anhand von Tatsachen, die gegen die Partei sprechen, zu verändern? Haben Sie schon einmal versucht, seine Überzeugung zu verändern?"

Beispiel für die Suche nach Bestätigung der eigenen Position:

"Welche Zeitung liest Ihr Freund? Als CDU-Wähler bestimmt nicht die TAZ, als Grüner bestimmt nicht die FAZ ..."

Beispiel Verfestigung der Überzeugung durch Verhalten:

"Überzeugungen, nach denen wir schon viel ausgerichtet haben, werden meist ungern aufgegeben. Jemand, der seit 20 Jahren Margarine isst, weil er davon ausging, dass Butter zu viel Cholesterin enthält, wird weniger bereit sein zu glauben, dass bestimmte Margarinesorten den Cholesterinhaushalt noch mehr belasten als jemand, der seine Ernährung nicht umgestellt hat."

**Auseinandersetzung mit Konsequenzen bei Aufgabe der Wahnüberzeugung**

<b>Annahme:</b>	<b>Ich wurde vergiftet</b>	<b>Ich wurde nicht vergiftet</b>
Konsequenzen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich denke, dass ich die letzten 10 Jahre richtig gelegen habe</li> <li>- Leute, die an der Sache beteiligt waren, laufen frei herum und werden mir begegnen</li> <li>- Mein Leben wurde kaputt gemacht, ich bin geschwächt</li> <li>- Ich muss damit rechnen, dass es jederzeit wieder losgehen könnte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich muss mir eingestehen, mich getäuscht zu haben. Bei dieser Vorstellung geht es mir schlecht. Ich zweifle an meiner Wahrnehmung</li> <li>- Ich habe es im Umgang mit anderen leichter</li> <li>- Ich kann mich auf meine wirklichen Probleme konzentrieren</li> </ul>

**Auseinandersetzung mit Konsequenzen bei Aufgabe der Wahnüberzeugung**

<b>Annahme:</b>	<b>Ich wurde vergiftet</b>	<b>Ich wurde nicht vergiftet</b>
<b>Realität:</b>		
<b>Ich wurde vergiftet</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich vertraue anderen Menschen fälschlicherweise</li> <li>- Ich nehme umsonst Medikamente</li> <li>- Ich verpasse die Gelegenheit, die Sache auszudecken</li> <li>- Der Umgang mit anderen Menschen wird leichter</li> </ul>
<b>Ich wurde nicht vergiftet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ich beschuldige Leute fälschlicherweise und habe mich umsonst von Leuten zurückgezogen</li> <li>- Ich verpasse die Möglichkeit, mich um eine mögliche psychische Erkrankung oder körperliche Probleme zu kümmern</li> <li>- Weitere Nachforschungen beim Verfassungsschutz sind vergebene Liebesmüh</li> </ul>	

[aus Lincoln 2006]

## **Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen**

Erarbeiten alternativer Erklärungen  
Selbstbeobachtungsaufgaben  
Aufdecken von Ungereimtheiten  
Fokussierung auf widersprechende Informationen  
Verhaltensexperimente  
Aufdecken dysfunktionaler Überzeugungen

## **Arbeiten innerhalb des Wahnsystems**

>>> Nehmen wir mal an, der Verfassungsschutz ist hinter Ihnen her. Wie könnten Sie trotzdem ein noch möglichst befriedigendes Leben führen? Was könnten Sie tun, um Ihre Beeinträchtigung durch die Verfolgung zu minimieren? Ist es sinnvoll, vielen Leuten davon zu erzählen? Machen Sie dann nicht erst recht auf sich aufmerksam? Wäre nicht die beste Tarnung, ein ganz gewöhnliches Leben zu führen?

[aus Lincoln, 2006]

## **Empirische Prüfung der KVT bei Schizophrenie**

Metaanalyse von Tarrier & Wykes (2004): Is there evidence that cognitive-behavioural therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? Behaviour Research and Therapy, 42, 1377-1401.

20 RCT (16 aus UK, je eine aus Kanada, NL, Italien, USA)

739 Patienten; 17 Studien mit chronischen ~, 3 mit akuten ~

Setting: in 16 Studien ambulant, in 4 Studien stationär

Vergleiche: meist mit TAU (treatment as usual), nur wenige Studien mit aktiver KG

Outcomekriterien: meist PANNS, BPRS

Gefundene Effektstärken: im Mittel  $d = 0.37$  (Range -0.49 - 0.99)

Prognosen: chronische, behandlungsresistente Pat. > akute Pat.; bessere Prognose bei Therapie mit Rückfallprävention als Schwerpunkt

## **Cochrane-Review**

Jones et al., 2004: Cognitive behavior therapy for schizophrenia

- ▲ Vergleich CBT mit Standardversorgung (SC = standard care), medikamentöser Behandlung, anderen Therapien und keiner Behandlung
- ▲ Auswahl der Studien: alle RCTs bis Januar 2004
- ▲ Datenbasis: aus insgesamt 74 Artikeln => 30 Artikel zu Studien mit methodischen Mindestanforderungen ausgewählt => darin 19 Therapiestudien beschrieben
- ▲ Ergebnisse:
  1. [CBT+SC] = [SC] für Rezidivrate und Wiederaufnahme
  2. [CBT+SC] besser als [SC] für Aufenthaltsdauer in Klinik
  3. [CBT] besserte Symptomatik mittel-, aber nicht langfristig stabil
  4. [CBT] = [supportive Psychotherapie] für Rezidive, Symptomatik

## Authors' conclusions

„CBT is a promising but under evaluated intervention. Currently, trial-based data supporting the wide use of CBT for people with schizophrenia or other psychotic illnesses are far from conclusive. More trials are justified, especially in comparison with a lower grade supportive approach. These trials should be designed to be both clinically meaningful and widely applicable.“

### **Empfohlene Literatur zu schizophrenen Psychosen**

- Häfner H (2001). Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München, Beck
- Hahlweg K, Dürr, H, Müller U (1995). Familienbetreuung bei Schizophrenen: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. München, Psychologie Verlags Union.
- Hahlweg K, Dose M (1998). Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.
- Lincoln T (2006). Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Göttingen, Hogrefe
- Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bentall RP (2004). Cognitive Therapy for Psychosis. A Formulation-Based Approach. East Sussex, Brunner-Routledge
- Olbrich HM, Fritze J, Lanczik MH, Vauth R (1999). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger M.: Psychiatrie und Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg.
- Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1997). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT) (2. Aufl.). München, Psychologie Verlags Union.

**[Stand: SS 2009]**