

Diplomarbeit

**Die Bedeutung der Psychoedukation versus ärztlicher
Beratung in der Therapie schizophrener Störungen**

**Der Versuch einer wissenschaftlichen Gegenüberstellung dieser
beiden Interventionsformen**

eingereicht von

Christina Jirosch

Mat.Nr.: 0211878

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

Univ.-Doz. Dr. Hans-Bernd Rothenhäusler

Graz, Mai 2008

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, Mai 2008

Zur Erleichterung der Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit habe ich mich entschlossen, das generische Maskulinum zu verwenden. In dieser Schreibweise sind allerdings sowohl männliche als auch weibliche Personen eingeschlossen.

Inhaltsbezogene Überlegungen spielen dabei keine Rolle, alleine die Praktikabilität ist dafür ausschlaggebend.

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt all jenen, die mir diese Arbeit ermöglicht haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei Univ.-Doz. Dr. Hans-Bernd Rothenhäusler für die Vergabe des Themas, die Betreuung und die Begutachtung bedanken.

Herrn Dr. Günter Herzog danke ich für die umfassende Hilfestellung bei diversen Problemen und das Beisteuern vieler Ideen, sowie für Verbesserungsvorschläge und für die Diskussionsbereitschaft.

Nicht versäumen will ich, einen Dank an Ferdinand Pilz auszusprechen, der sich meiner computerbezogenen Probleme annahm und mich bei der graphischen Gestaltung unterstützte.

Ich möchte mich an dieser Stelle auch bei Frau Dipl. päd. Christiana Badegruber für die Durchsicht und Korrektur meiner Arbeit bedanken.

Über diese Arbeit hinaus gebührt meinen Eltern, Ingrid und Gerhard Jirosch, ein spezieller Dank. Sie haben mir durch ihre finanzielle und moralische Unterstützung das Studium ermöglicht und mich mit Liebe und Vertrauen durch alle Höhen und Tiefen begleitet.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch meiner Schwester Angela, die mich durch ihre liebevolle Art immer wieder ermutigt hat.

Ich bedanke mich bei Florian Pilz für seine Geduld und dafür, dass er mich zwischendurch auch auf andere Gedanken gebracht hat.

Weiters bedanke ich mich noch bei meinen Freunden, die mir ständig Rückhalt gegeben und mir die Studienzeit unvergesslich gemacht haben.

Zusammenfassung

Wenngleich die unterschiedlichen Erscheinungsbilder psychotischer Störungen erst im 19. Jahrhundert zusammengefasst wurden und im 20. Jahrhundert der Name „Schizophrenie“ dafür eingeführt wurde, so sind sie doch schon weitaus länger bekannt.

Annahmen über den Ursprung und Ansichten bezüglich einer erfolgreichen Therapie variierten dabei je nach Epoche.

Aus heutiger Sicht versteht man unter Schizophrenien Krankheiten eines Formenkreises mit einer multifaktoriellen Ätiopathogenese.

Dabei werden unterschiedliche Anschauungen über den Mechanismus, der zum Auftreten einer schizophrenen Psychose führt, berücksichtigt.

Eine große Rolle bei der Entwicklung psychotischer Symptome scheint die Dopamin-Dysregulation zu spielen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell stellt eine Erklärung der Ätiopathogenese der Schizophrenien dar, die sowohl biologische, als auch psychologische und soziale Mechanismen berücksichtigt.

Moderne Richtlinien zur Behandlung der Schizophrenien zielen auf eine Reduktion, beziehungsweise ein Abklingen der Symptomatik, wollen die Lebensqualität steigern und den Patienten wieder in die Gesellschaft integrieren.

Dies alles soll in einem an die jeweilige Krankheitsentwicklung angepassten Stufenplan umgesetzt werden.

Neben der medikamentösen Behandlung und den psychosozialen Interventionen stellt die Information über die Schizophrenien und deren Management im Alltag einen zentralen Punkt in den Empfehlungen dar. Sie richtet sich im Optimalfall an Patienten und Angehörige.

Die ärztliche Beratung und die Psychoedukation stellen zwei Möglichkeiten der Informationsvermittlung dar.

Dabei steht die Information im Zuge eines „Shared decision-making“, einer speziellen Form des Arzt-Patienten-Gesprächs, zwischen zwei Personen der strukturierten Wissensvermittlung einer Gruppe, die alle Teilnehmer zu Experten machen will, gegenüber. Die Psychoedukation zielt auf eine umfassende Information des Patienten über Schizophrenien ab, während im ärztlichen Gespräch eine gemeinsame Entscheidung bezüglich der Diagnostik oder Therapie gefunden werden soll.

Mit Hilfe beider Interventionsmöglichkeiten kann eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden, wenn auch durch die Beeinflussung unterschiedlicher, in dieser Arbeit auszuführender Faktoren. Die Psychoedukation bietet zusätzlich den Vorteil, dass manche Konzepte den Patienten nahestehende Personen ebenfalls berücksichtigen und auf diese in Form von speziellen Angehörigengruppen eingehen. Diese Integration hat positive Effekte auf den Langzeitverlauf von schizophrenen Störungen.

Die Inanspruchnahme sowohl des ärztlichen Gesprächs, als auch der Psychoedukation bringt postinterventionell jedenfalls Erfolge und auch eine positive Beeinflussung des Langzeitverlaufs scheint möglich zu sein, vorausgesetzt, diese Interventionsformen kommen mit einer gewissen Kontinuität zum Einsatz.

Die Stärken der Psychoedukation liegen in der Vermittlung allgemeiner Information und in der Bildung von Schicksalsgemeinschaften. Außerdem wird die emotionale Entlastung gefördert. Sind allerdings individuelle Probleme zu besprechen oder konkrete Entscheidung in der Diagnostik oder Therapie zu treffen, ist das ärztliche Beratungsgespräch zu bevorzugen.

Eine Kombination von beiden ist ebenfalls möglich, da sie unterschiedliche Foci haben und in keinem Widerspruch zueinander stehen.

Abstract

Background:

The development of the antipsychotic drugs and especially of the atypicals in the last century represents a milestone in the treatment of schizophrenia. Though the medical therapy tends to result in an improvement of the pathology, the patients also have to deal with side effects. The compliance is on a low level and the relaps rate is high. A model of the etiopathogenesis, which respects biological, psychological and sociological aspects, indicates the necessity of a multidimensional intervention to achieve lasting success in therapy.

The aim of the present paper is to elicit the importance of the medical advisory service and the psychoeducation respectively in the treatment of schizophrenic psychoses.

Methods:

A research of literature was undertaken to analyse the importance of the two possible interventions as stated above.

Results:

Numerous factors can be influenced by using either psychoeducation or medical advisory service, which further on lead to an improvement of the quality of life. During the long term observation the usage of psychoeducation resulted in an increase of compliance and a decrease of rehospitalisation rate. Those outcomes are due to the integration of close family members, who attended family groups.

Conclusion:

The patients can profit from both options of intervention. The structured psychoeducation is particularly suitable to communicate general information to the patient. Further on the formation of a community of destiny encourages emotional discharge and education in a group facilitates the development of social aptitudes.

Medical advisory service is superior to psychoeducation in the case of special or individual problems or if decisions concerning diagnostics or therapy have to be made.

A combination of these two interventions, if repeatedly used, can be recommended for a lasting therapeutic effect.

Abstrakt

Hintergrund:

Die Entwicklung der Neuroleptika im letzten Jahrhundert und vor allem die Einführung der atypischen Antipsychotika stellt einen Meilenstein in der Behandlung der Schizophrenien dar. Die medikamentöse Behandlung führt zwar zu einer Verbesserung der Symptome, bringt aber auch Nebenwirkungen mit sich. Daher ist die Compliance niedrig und die Rückfallsrate hoch. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell weist auf die Notwendigkeit hin, auf mehreren Ebenen gleichzeitig zu intervenieren um nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen.

In der vorliegenden Arbeit soll eruiert werden, welche Rolle die ärztliche Beratung beziehungsweise die Psychoedukation in der Therapie schizophrener Störungen spielen.

Methoden:

Zur Untersuchung der Bedeutung dieser beiden oben angeführten Interventionsformen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.

Resultate:

Durch die Anwendung jeweils eines Verfahrens können zahlreiche Faktoren beeinflusst werden, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Patienten führen. Die Psychoedukation steigert auch im Langzeitverlauf die Compliance und senkt die Rehospitalisierungsrate, was auf die Integration der Angehörigen in Form von eigenen Gruppen zurückzuführen ist.

Zusammenfassung:

Die Patienten können von beiden Interventionsformen profitieren. Die strukturierte Psychoedukation eignet sich besonders gut zur allgemeinen Informationsvermittlung, die Bildung von Schicksalsgemeinschaften fördert die emotionale Entlastung und der Unterricht in Gruppen erleichtert die Entwicklung sozialer Kompetenzen.

Bei konkreten individuellen Problemen und beim Treffen diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen ist die ärztliche Beratung der Psychoedukation überlegen.

Für einen anhaltenden Therapieeffekt ist eine Kombination dieser beiden Interventionen empfehlenswert. Der Patient sollte diese im Optimalfall in Form von Auffrischungseinheiten in Anspruch nehmen können.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNGEN	II
ZUSAMMENFASSUNG	III
ABSTRACT.....	V
ABSTRAKT.....	VI
INHALTSVERZEICHNIS.....	VII
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN.....	IX
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XI
TABELLENVERZEICHNIS	XII
1 EINLEITUNG	1
1.1 Diagnostik der Schizophrenien	1
1.2 Behandlung der Schizophrenien	5
1.3 Aufklärung, Information und Entscheidungsfindung	5
1.4 Material und Methoden	6
2 DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE ANSCHAUUNGEN UND ENTWICKLUNGEN IN DER THERAPIE SCHIZOPHRENER STÖRUNGEN.....	8
2.1 Schizophrene Erkrankungen in der Antike.....	8
2.2 Schizophrene Erkrankungen im Mittelalter.....	9
2.3 Schizophrene Erkrankungen in der Neuzeit.....	10
2.3.1 Vom Beginn der Neuzeit bis zur Aufklärung.....	10
2.3.2 Das 19. Jahrhundert.....	11
2.3.3 Das 20. Jahrhundert.....	12
2.3.3.1 Somatische Behandlungsverfahren.....	12
2.3.3.2 Milieuthherapie.....	13
2.3.3.3 Psychotherapeutische Strategien	14
2.3.3.3.1 Die Psychoanalyse:.....	14
2.3.3.3.2 Die kognitiv-verhaltensorientierte Therapie:.....	15
2.3.3.3.3 Familientherapie:.....	16
2.3.3.4 Antipsychiatrie	18

2.4	Schizophrenien im 21. Jahrhundert – gegenwärtige Anschauungen	19
2.4.1	Ätiologie	19
2.4.1.1	Biologische Faktoren	19
2.4.1.1.1	Genetik:	19
2.4.1.1.2	geburtshilfliche Komplikationen	21
2.4.1.1.3	immunologische Auffälligkeiten	22
2.4.1.1.4	morphologische Entdeckungen	23
2.4.1.1.5	Störungen der Neurotransmission	25
2.4.1.2	Psychosoziale Faktoren	28
2.4.1.2.1	Life-Events	29
2.4.1.2.2	Expressed Emotion	29
2.4.1.2.3	Reaktionen der Patienten auf Stressoren	31
2.4.2	Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell	32
2.4.3	Richtlinien zur Behandlung der Schizophrenien	35
3	DIE BEDEUTUNG DER PSYCHOEDUKATION FÜR DIE THERAPIE SCHIZOPHRENER STÖRUNGEN	40
3.1	Definition	40
3.2	Entwicklung der Psychoedukation	40
3.3	Exemplarischer Ablauf eines Psychoedukationszyklus	47
3.4	Variationsmöglichkeiten der Psychoedukation	53
3.5	Wirkfaktoren	57
3.6	Kritik	61
4	DIE BEDEUTUNG DER ÄRZTLICHEN BERATUNG IN DER THERAPIE SCHIZOPHRENER STÖRUNGEN	63
4.1	Das Grundgerüst einer Kommunikation.....	63
4.2	Merkmale eines guten ärztlichen Gesprächs	66
4.3	Die Funktionen des ärztlichen Gesprächs	68
4.4	psychotherapeutischer Einfluss auf das ärztliche Gespräch	71
4.5	Stellenwert der ärztlichen Beratung	73
5	DISKUSSION.....	78
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	90
	LEBENS LAUF	104

Glossar und Abkürzungen

mod.	modifiziert
vgl.	vergleiche
Tab.	Tabelle
p.	page (Seite)
ICD-10	10. Version der International Classification of Diseases
DSM-IV	4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual
USA	United States of America
et al.	et alii (und andere)
v. Chr.	vor Christus
NRG 1	Neuregulin 1-Gen
DTNBP 1	Dysbindin 1-Gen
RGS 4	Regulator of G-Protein signaling 4
IL	Interleukin
HVA	Homovanillin-Säure
TNF- α	Tumor-Nekrose-Faktor- α
MRT	Magnetresonanztomographie
PET	Positronenemissionstomographie
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
DTI	Diffusion-Tensor-Imaging
D2-Rezeptor	Dopamin-2-Rezeptor
D2 ^{High} -Rezeptoren	Dopamin-2-Rezeptoren im Zustand der hoher Affinität für Dopamin
D1-Rezeptor	Dopamin-1-Rezeptor
PFC	präfrontaler Cortex
5-HT ₂ -Rezeptor	5-Hydroxytryptamin-Rezeptor, Subtyp 2
EE	Expressed Emotion
Abb.	Abbildung
CATIE	Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness
PIP	Psychosen-Informations-Projekt
SAFE-Program	Support and Family Education Program
min.	Minuten

OPCRIT	Operational criteria checklist for psychotic and affective illness
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
GAF	Global Assessment of Function
IS	Insight Scale
VSSS	Verona Service Satisfaction Scale
SSQ-6	Six-item Social Support Questionnaire
FBIS	Family Burden Interview Schedule
SES	General Perceived Self-Efficacy Scale
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
FMSS	Five Minute Speech Sample
FSSI	Family Support Service Index
SLOF	Specific Level of Functioning Scale
GAS	Global Assessment Scale
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
CGI	Clinical Global Impressions
MWT-B	Multiple-choice vocabulary test
SANS	Schedule for the Assessment of Negative Symptoms

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der Modifikation der Ausgangsfaktoren bis zur Erkrankung.....	34
Abbildung 2: Synapsen-Modell (mod. nach Bäuml 1994).....	49
Abbildung 3: Kritischer Grenzwert (mod. nach Bäuml 1994).....	50
Abbildung 4: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation	64
Abbildung 5: Der „vierohrige Empfänger“	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome der Schizophrenien nach Eugen Bleuler	1
Tabelle 2: Symptome 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider (mod. nach Rothenhäusler und Täschner)	2
Tabelle 3: Positiv- und Negativsymptomatik bei Schizophrenien	3
Tabelle 4: Vulnerabilitätsfaktoren und Protektoren	34
Tabelle 5: Verlauf der Rehospitalisierungsrate	52
Tabelle 6: Variationsmöglichkeiten der Psychoedukation	56

1 Einleitung

1.1 Diagnostik der Schizophrenien

Die Störungen des schizophrenen Formenkreises bieten eine sehr vielfältige Symptomatik, was für die Diagnostik eine gewisse Herausforderung darstellt. Es gab unterschiedliche Ansätze, deren Ziel es immer war, die Symptome einzuteilen und dadurch den Weg zur Diagnose zu vereinfachen.

Eugen Bleuler nahm eine Unterteilung in Grund- und akzessorische Symptome, sowie in primäre und sekundäre Symptome vor (vgl. Tab. 1). Grundsymptome stellen dabei jene Gruppe an Symptomen dar, die ab einer gewissen Ausprägung der Krankheit auftreten. Akzessorische Symptome hingegen können auch mit anderen Erkrankungen einhergehen. Von den primären Symptomen wird angenommen eine direkte Folge der Krankheit zu sein. Diese führen in weiterer Folge zu den sekundären Symptomen (1).

Grundsymptome	Akzessorische Symptome
<ul style="list-style-type: none">- Denkzerfahrenheit- Parathymie- Ambivalenz- Autismus- Störungen des subjektiven Erlebens des eigenen Ichs	<ul style="list-style-type: none">- Halluzinationen- Wahn- Katatone Symptomatik- Störungen der Schrift und Sprache
Primäre Symptome	Sekundäre Symptome
<ul style="list-style-type: none">- Lockerung der Assoziation- Disposition zu Halluzinationen- Katatone Anfälle- Tremor	<ul style="list-style-type: none">- Verschiebung- Verdichtung- Affektstörungen- Gedächtnisstörungen- Unberechenbarkeit- Wahnideen- Halluzinationen- Stereotypien- Negativismus

Tabelle 1: Symptome der Schizophrenien nach Eugen Bleuler (1)

Kurt Schneider versuchte durch eine Gliederung in Symptome ersten und zweiten Ranges die Diagnostik zu strukturieren (vgl. Tab. 2). Demnach liegt eine schizophrene Störung bei der Präsentation mindestens eines Symptoms ersten Ranges vor, das allerdings nicht mit einer körperlichen Grunderkrankung assoziiert ist (1).

Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
<ul style="list-style-type: none"> - dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden - leibliche Beeinflussungserlebnisse (Leibhalluzination oder zönästhetische Halluzinationen) - Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Willensbeeinflussung (Fremdbeeinflussungserlebnisse, Gelenktwerden) - Wahnwahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> - sonstige akustische Halluzinationen - Zönästhesien ohne Kriterium des „Gemachten“ - optische, olfaktorische und gustatorische Halluzinationen - Wahneinfall, Wahnideen oder Wahngedanken

Tabelle 2: Symptome 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider (mod. nach Rothenhäusler und Täschner) (2), p. 306

Eine weitere Einteilung der Krankheitsmerkmale ist die Aufspaltung in positive und negative Symptome. Einfach formuliert handelt es sich laut Zubin (3) bei positiven Symptomen um Verhaltensweisen, die bei Schizophrenen auffallen, bei gesunden Individuen allerdings fehlen. Umgekehrt sind negative Symptome bei schizophrenen Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung vermindert oder gar nicht vorhandene Merkmale (vgl. Tab. 3).

Positive Symptome	Negative Symptome
<ul style="list-style-type: none"> - Wahnvorstellungen - Halluzinationen - Ich-Erlebnisstörungen (z.B.: Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alogie - Affektverflachung - Apathie - Anhedonie - Asozialität - Aufmerksamkeitsstörungen

Tabelle 3: Positiv- und Negativsymptomatik bei Schizophrenien (4)

Crow (5) unterteilte die Schizophrenien ausgehend von den positiven und negativen Symptomen in zwei Gruppen. Die erste Gruppe – Typ I Syndrom – ist durch die positiven Symptome charakterisiert. Sie entspricht der akuten Phase einer schizophrenen Psychose und soll mit einer Dopamin-Dysregulation zusammenhängen. Die zweite Gruppe – Typ II Syndrom – zeichnet sich durch die negativen Symptome aus. Dieser Zustand ist dem „Defekt-Stadium“ (5) äquivalent und soll in keiner Verbindung mit der dopaminergen Dysregulation stehen, wenngleich er aber mit intellektueller Beeinträchtigung und eventuell mit strukturellen Veränderungen des Gehirns korrespondieren soll. Typ I Symptome sind seiner Ansicht nach reversibel und sprechen gut auf eine neuroleptische Therapie an, ganz im Gegensatz zu den Typ II Symptomen. Diese sind möglicherweise durch Irreversibilität gekennzeichnet und zeigen ein schlechteres Langzeitergebnis. Die Entwicklung eines Typ II Syndroms kann außerdem die Folge von Typ I Symptomen sein und auch eine gleichzeitige Präsenz von positiven und negativen Symptomen ist möglich.

Heute stützt sich die Diagnostik ebenfalls vor allem auf die Operationalisierung psychotischer Kernsymptome der Patienten und die Einteilung erfolgt mittels der 10. Version der International Classification of Diseases (ICD-10) (6). Die vierte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) (7) findet vor allem in den USA und bei Forschungsprojekten Verwendung.

In der ICD-10 (6) werden die Symptome je nach diagnostischer Wichtigkeit in zwei Gruppen eingeteilt.

In der ersten Gruppe finden sich folgende Merkmale:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten in Bezug auf Körper- oder Gliederbewegungen, sowie auf Gedanken, Handlungen oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
- kommentierende oder dialogische Stimmen, Stimmen aus bestimmten Körperteilen kommend
- anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer Wahn

Die zweite Gruppe beinhaltet folgende Kriterien:

- anhaltende Halluzinationen jeder Art, die täglich vorkommen oder über mindestens ein Monat andauern und von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder von langanhaltenden überwertigen Ideen begleitet werden
- Neologismen, Gedankenabreißen, Einschreibungen in den Gedankenfluss, woraus Zerfahrenheit und Danebenreden resultieren
- katatone Symptome (Erregung, Haltungstereotypien, wächserne Biagsamkeit), Negativismus, Mutismus, Stupor
- negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte

Für die Diagnose einer schizophrenen Störung ist mindestens ein Merkmal aus der ersten oder es sind zwei Symptome aus der zweiten Gruppe, die gleichzeitig vorkommen, erforderlich. Daneben spielt auch die zeitliche Dimension eine wichtige Rolle, denn die Anzeichen müssen während der Zeitspanne eines Monats fast immer bestehen. Primäre affektive Störungen, organische Störungen, Intoxikationen, Abhängigkeits- oder Entzugssyndrome müssen zusätzlich ausgeschlossen werden.

Eine weitere Klassifikation der Schizophrenien kann nach dem Verlauf erfolgen: kontinuierlich, episodisch mit Zunahme negativer Symptome, episodisch mit konstanten

Symptomen, episodisch-remittierend, unvollständige Remission, vollständige Remission, sonstiger Verlauf oder unsicherer Verlauf aufgrund eines Beobachtungszeitraumes unter einem Jahr.

Weiters existieren auch noch Unterformen schizophrener Psychosen, für die es zusätzlich zu den allgemeinen Merkmalen eigene Kriterien gibt: paranoide Form, hebephrene Form, katatone Form und die undifferenzierte Form. Außerdem differenziert man noch in eine postschizophrene Depression, in ein schizophres Residuum und auch die Diagnose der Schizophrenia simplex ist möglich.

1.2 Behandlung der Schizophrenien

Um die Schizophrenien zu therapieren wird ein multidimensionaler Behandlungsansatz verfolgt. Eine Säule im Behandlungsplan stellt die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika dar. Neben psychosozialen Interventionen spielt die Aufklärung über die vorliegende schizophrene Störung eine wichtige Rolle. Man wendet sich dabei an Patienten und Angehörige (8).

Sehr häufig ist die Empfehlung der täglichen Einnahme einer verordneten Medikation mit dem Nicht-Befolgen derselben verbunden. Der Effekt der mangelnden Compliance kommt vor allem dann zum Tragen, wenn es sich um eine Dauermedikation trotz fehlender aktiver Symptome handelt. Ein schizophrener Patient, der sich in einer stabilen Phase befindet, bemerkt keine Symptome, was das Absetzen der Medikation erleichtert. Daraufhin verschwinden zwar eventuell vorhandene Nebenwirkungen, was zu einer kurzzeitigen Verbesserung des Befindens, im weiteren Verlauf allerdings zu einem Rückfall führt (9).

1.3 Aufklärung, Information und Entscheidungsfindung

Blanchard et al. (10) weisen in ihrer Studie an Krebspatienten darauf hin, dass das patriarchistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung, in dem der Patient die passive Position des Rezipienten von Information innehat, überholt ist. In der aktuellen Auffassung wird diese Beziehung als partnerschaftliches Verhältnis dargestellt, in dem viel Wert auf Kommunikation und Information gelegt wird. Diese Empfehlung ergeht vor allem an die Behandlung chronisch kranker Menschen.

Es konnte auch nachgewiesen werden, dass Patienten mit einer schizophrenen Störung am Entscheidungsprozess bezüglich der Therapie, der ihre Erkrankung und damit auch sie selbst und ihr Leben beeinflusst, teilhaben wollen (11).

Aufklärung und Auskunft bringen dabei allerdings nicht nur Klarheit in die medizinischen Zusammenhänge, sondern verbessern außerdem die Compliance. Die Kommunikation trägt weiters zur Bildung einer Partnerschaft zwischen Arzt und Patient bei und fördert dadurch die Zufriedenheit des Patienten (12).

Eine Möglichkeit, den Wissenstand des Patienten seine Krankheit betreffend zu verbessern, stellt die Psychoedukation dar. Dabei handelt es sich um eine Intervention, die sich auf strukturierte und aktive Informationsvermittlung stützt (13). Es soll ein grundlegendes Verständnis für die Krankheit und deren Behandlungsstrategien geschaffen werden. Die Psychoedukation stellt allerdings keine einmalige „Unterrichtseinheit“ dar, erstreckt sich über einen mehr oder weniger langen Zeitraum und soll es dem Patienten erleichtern, an Entscheidungsprozessen bezüglich der Therapiemöglichkeiten teilzunehmen (14).

Eine andere Strategie ist das ärztliche Beratungsgespräch, das unter anderem auch eine beratende und informative Funktion innehat (15). Im Idealfall kommt der Patient durch den Prozess des „Shared decision-making“ zur Entscheidung in einer konkreten Situation. Arzt und Patient stehen dabei in einem partnerschaftlichen Verhältnis, von beiden Seiten werden Maßnahmen gesetzt um zu einer Entscheidung zu kommen, es findet gegenseitiger Informationsaustausch statt und schließlich wird ein Konsens gefunden, mit dem beide Parteien einverstanden sind (16).

1.4 Material und Methoden

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit ist eine Literaturrecherche und eine Zusammenschau dieser bezüglich der Fragestellung, welche Bedeutung die Psychoedukation und die ärztliche Beratung in der Therapie schizophrener Patienten haben.

Zum Gewinn von Basisinformation habe ich mich mehreren Lehrbüchern der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie bedient.

Eine weitere Informationsquelle stellten Bücher im Bereich der Psychiatriegeschichte, Gesprächsführung, Kommunikationspsychologie und Psychoedukation dar.

Die Verwendung eines Arbeitsbuches für die Durchführung einer Psychoedukation bei Schizophrenen und deren Angehörigen erlaubte mir die Darstellung eines Psychoedukationszyklus.

Datenbanken und Zeitschriften stellten ebenfalls eine Säule der Literaturrecherche dar. Mit Hilfe von Artikeln habe ich versucht, einen Überblick über den derzeitigen Stand der Wissenschaft zu geben.

2 Diagnostische und therapeutische Anschauungen und Entwicklungen in der Therapie schizophrener Störungen

1898 fasste Emil Kraepelin die unterschiedlichen Erscheinungsbilder der schizophrenen Störungen erstmals zusammen und bezeichnete diese „Krankheitseinheit“ als „Dementia praecox“. Der Begriff „Schizophrenie“ wurde schließlich 1911 von Eugen Bleuler geprägt, der damit auf eine Spaltung des psychischen Erlebens hinwies (4).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die schizophrenen Störungen auch zuvor schon bekannt waren, wenngleich sie unter anderen Namen erwähnt wurden. Auch die Definition eines neuen Krankheitsbegriffes änderte nichts an dem Problem, mit dem sich schon Generationen von Ärzten beschäftigten: Man kannte keine Therapie, die zu einer grundlegenden Symptomverbesserung oder zur Heilung der Patienten mit schizophrenen Störungen führte und dieser Zustand sollte auch noch bis ins 20. Jahrhundert anhalten.

Dieses Kapitel soll die Entwicklungen therapeutischer Strategien von der Antike bis ins Heute im Überblick darstellen.

2.1 Schizophrene Erkrankungen in der Antike

Aus den Aufzeichnungen griechischer Ärzte der Antike geht hervor, dass auch damals schon Geisteskrankheiten, die unserer heutigen Definition der Schizophrenien entsprechen, bekannt waren.

Bevor sich eine wissenschaftliche Forschung etablierte, betrachtete man Krankheiten als etwas Übernatürliches, welches kein Mensch kontrollieren konnte. Im Sinne der Dämonologie ging man davon aus, dass Körper und Geist von bösen Wesen gesteuert wurden. Zur Behandlung dieser Besessenheit wandte man Gebetsrituale oder übel schmeckende Getränke an. Ein weiteres therapeutisches Element war der Tempelschlaf (17). Die Menschen wurden dabei in Trance, einen schlafähnlichen Zustand, versetzt und erhielten von Priestern Suggestionen, die zur Heilung führen sollten (18).

Hippokrates (um 460-377 v. Chr.) trennte schließlich die Medizin von der Mystik und der Religion (17).

Der Auffassung dieser Epoche zufolge hatten die Erkrankungen des Geistes körperliche Ursachen, wobei auch dem Gehirn bereits eine gewisse Bedeutung zugemessen wurde.

Die damalige Bezeichnung für diese Krankheitszustände war Phrenitis oder Manie, wie es auch Hippokrates, Galen oder Celsus in ihren Schriften übermitteln.

Die therapeutischen Ansatzpunkte veränderten sich ebenfalls.

Auf die Hirnstörungen Bezug nehmend wurden Maßnahmen zur Stärkung der kognitiven Leistungen angeordnet: Reisen und Schach spielen schienen den antiken Ärzten heilsam zu sein. Zentrale Elemente waren des Weiteren einerseits die Isolierung des Kranken, wobei bei großer Unruhe auch vorsichtige Fesselungen vorgenommen wurden, andererseits ermunterte man die Patienten auch zu Spaziergängen. Außerdem wurden Ölumschläge, Aderlässe, Massagen und Schröpf-Therapien empfohlen (19). Beim Schröpfen erzeugt man in Gläsern einen Unterdruck und setzt diese auf die Haut auf. Durch den Unterdruck sollen Schadstoffe aus dem Körper ausgeleitet werden (20).

2.2 Schizophrene Erkrankungen im Mittelalter

Mit dem Niedergang des Römischen Reiches gewann die Kirche zusehends an Einfluss. In diesem Zeitalter war man überzeugt, dass die gesamte Natur dem Willen Gottes unterlag. Man betrachtete die Krankheiten unter einem moralischen Aspekt nicht als Zufall, sondern als von Gott gesandt. Es kann sich dabei um eine Bestrafung für eine Verfehlung handeln oder aber auch um eine Abbüßung von Schuld, die bereits auf Erden möglich ist. Krankheiten und Seuchen interpretierte man allerdings auch als Zorn Gottes, als eine Art Machtdemonstration. Umgekehrt war man damals auch überzeugt davon, dass Gott durch seine Größe und Macht auch in der Lage ist die Kranken wieder zu heilen (21).

Die psychisch Kranken streunten herum, wurden von ihren Familien verleugnet oder weggesperrt oder aber in einem Kloster versorgt. Als heilsam galten sowohl Gebete und gebraute Getränke, als auch die Berührung mit Reliquien. Teilweise existierten in den Klöstern auch medizinische Schriften aus der Antike, die jedoch nicht generell angewandt wurden (17).

Im späteren Mittelalter sollen zwei große „therapeutische Bereiche“ nebeneinander existiert haben. Zum einen griff man die antike Viersäftelehre wieder auf, zum anderen versuchten Exorzisten Dämonen auszutreiben, wenn aufgrund der Äußerung der Psychose eine Besessenheit festgestellt wurde.

Im Vergleich zu Europa fand in den arabischen Ländern durchaus eine gewisse Weiterentwicklung in der Therapie statt. In Institutionen, die oft an Spitäler angeschlossen waren, erhielten die Patienten eine Art Musiktherapie, wobei sich die Trommelmusik nach der Stimmungslage richtete (19).

2.3 Schizophrene Erkrankungen in der Neuzeit

Die Neuzeit war von Anfang an von Forschergeist geprägt. Dies führte in weiterer Folge zu zahlreichen fehlgeschlagenen Therapieversuchen, zu Rückschritten, allerdings auch zu einigen vielversprechenden Ansätzen und zur Entwicklung einer Therapie, die nicht mehr derart spirituell war.

2.3.1 Vom Beginn der Neuzeit bis zur Aufklärung

Am Beginn der Neuzeit fand auch in Europa ein Umdenken statt. Die Ärzte griffen die alte Meinung wieder auf, wonach es sich bei den psychotischen Zustandsbildern um Erkrankungen des Gehirns handelt.

Die Therapieoptionen waren nach wie vor empirisch und reichten von Pflanzenabgüssen über das Eintauchen von Patienten in kaltes Wasser, bis sie das Bewusstsein verloren, bis hin zu Behandlungsversuchen mit Cannabis und Morphinum. Die Patienten waren zu Hause untergebracht (19).

In der Epoche der Aufklärung war man der Überzeugung, dass es sich bei dem Irresein um eine überwindbare Krankheit handle. Um eine adäquate Behandlung zu ermöglichen, forderte man eine Unterbringung und eine Therapie unter der Aufsicht eines Arztes (22).

Allerdings wuchs in den Köpfen der Menschen gleichzeitig auch immer mehr das Bedürfnis, die psychiatrisch Kranken aus der Gesellschaft zu entfernen. Diese Entwicklung verdankte man der Annahme, dass das „Irresein“ mit dem Verlust der Selbstkontrolle gleichzusetzen sei. Diese Vorstellung schürte in der Bevölkerung die Angst und förderte die Entwicklung neuer Unterbringungsformen. Die Schizophrenen wurden in Arbeits- oder Zuchthäusern interniert und erfuhren dort teilweise einen sehr brutalen Umgang. Spezialisierte Toll- oder Irrenhäuser fand man damals nur vereinzelt (23).

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts gab es kritische Stimmen gegen die bis dahin barbarischen und auch unmenschlichen Behandlungsmethoden, allen voran Philippe Pinel

(1745-1826). Er stellte fest, dass die Bedingungen der Unterbringung einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten der Patienten haben. Seiner Meinung nach sollte der Umgang mit den Kranken von Mitleid und Verständnis geprägt sein (17).

2.3.2 Das 19. Jahrhundert

Während im 18. Jahrhundert nur ein Teil der Patienten in Asylen oder Pflegeheimen unterschiedlicher Qualität untergebracht war und sich der Großteil noch in familiärer Pflege befand, sollte sich dies im 19. Jahrhundert ändern.

Im Zuge der Industrialisierung fand auch ein Wandel in der Familienstruktur statt. Aus den zahlreichen am Land lebenden und arbeitenden Großfamilien entwickelte sich allmählich eine Industriegesellschaft, in der die Unterbringung und Pflege eines Menschen mit einer schizophrenen Störung immer schwieriger wurde. Als Folge dieser familiären Strukturänderung boomte die Errichtung psychiatrischer Anstalten regelrecht und damit setzte auch die Isolierung der Patienten ein (24).

Durch die lange Internierung in Anstalten und Heimen, die für die Patienten eine ruhige und stabile Umgebung schaffen sollte, erhoffte man sich, die schizophrenen Störungen heilen zu können – doch diese Hoffnung war vergebens.

Therapeutisch setzte man weiterhin auf warme Bäder zur Beruhigung, Diäten wurden verordnet und körperliche Symptome behandelt. Die medikamentöse Therapie bestand hauptsächlich aus Laxantien und Morphinum.

Da die Mediziner die psychischen Krankheiten nun als Störungen der Vernunft betrachteten, versuchten sie zuerst, den Patienten durch gezielte Gesprächsführung die Wahnideen auszureden. Auch mit dieser Methode stellte sich kein Erfolg ein, weshalb ein neues therapeutisches Prinzip aufkam: Die frühe Schocktherapie.

Durch die Verwendung von Brechmitteln erzeugte man Ekel und erhoffte sich dadurch eine zentral anregende oder beruhigende Wirkung. Das Eintauchen des Patienten in kaltes Wasser sollte durch den Schock wieder Raum für gesunde Gedanken schaffen und das Ziel des Drehstuhlbettes war es die „Gehirndurchblutung zu verbessern“.

Im Gegensatz dazu sprachen sich andere Ärzte für die Bettruhe von Schizophrenen aus. Das ermöglichte einerseits Ruhe und Rückzug, andererseits resultierte daraus auch eine Unterbringung in riesigen Schlafsälen.

Die ersten neurochirurgischen Operationen wurden ebenfalls in dieser Zeit durchgeführt. Aufgrund der zahlreichen Todesfälle konnte sich die chirurgische Intervention nicht durchsetzen (19).

2.3.3 Das 20. Jahrhundert

2.3.3.1 Somatische Behandlungsverfahren

Rassenhygienische Maßnahmen mit der Anwendung von Euthanasie erreichten im Dritten Reich ihren Höhepunkt.

Allerdings war man am Beginn des letzten Jahrhunderts auch durchaus bestrebt, somatische Behandlungsstrategien zu entwickeln.

Julius Wagner von Jauregg versuchte Anfang des 20. Jahrhunderts die Schizophrenien mittels einer Fiebertherapie zu heilen. Dabei verwendete er zuerst Tuberkulin und später Thyphusvakzine. Beides stellte sich allerdings als wirkungslos heraus.

Der Schweizer Jakob Klaesi narkotisierte die Patienten mit Hilfe von Barbituraten über mehrere Tage, was als „Dauerschlaf-Therapie“ bezeichnet wurde.

In den frühen 1930er Jahren erzeugte man ein künstliches Koma durch die Injektion von Alt-Insulin. Geprägt wurde diese sogenannte Insulin-Koma-Therapie durch Manfred Sakel. Der ungarische Psychiater Ladislas von Meduna wollte durch eine Konvulsions-Behandlung eine Besserung erzielen. Er verabreichte Cardiazol, löste dadurch epileptische Krämpfe aus und erhoffte sich eine Linderung der Symptomatik.

Ein sehr radikales Verfahren wurde in den USA der 40er und 50er Jahre entwickelt – die Psychochirurgie. Durch die Entfernung von Anteilen des Frontalhirns wollte man eine Ruhigstellung der Patienten erreichen.

Die eben erwähnten Therapiestrategien stellten sich aufgrund zahlreicher unerwünschter Nebenwirkungen als durchaus gefährlich heraus und ihre Anwendung wurde infolge dessen eingestellt.

Zu erwähnen ist allerdings noch die Krampftherapie mittels Elektroschock, die von den Italienern Ugo Cerletti und Lucio Bini 1938 zur Behandlung der Schizophrenien eingeführt wurde.

Anders als die anderen genannten Interventionen findet die Elektrokrampftherapie auch heute noch bei schweren, ansonsten therapierefraktären Depressionen und katatonen

Zuständen ihre Anwendung. Die Krämpfe werden unter Verabreichung von Muskelrelaxantien während einer Kurznarkose ausgelöst. Die Elektrokrampftherapie stellt demnach die erste erfolgreiche Therapie in der Schizophreniebehandlung dar (23).

Ein wesentlicher Meilenstein in der Behandlung der Schizophrenien war die Erkenntnis, dass es nicht notwendig ist alle Patienten dauerhaft von der Gesellschaft zu isolieren. Die Beschäftigungstherapie – heutige Ergotherapie – wurde in frühen Phasen des Genesungsprozesses eingesetzt und unter dem Namen Arbeitstherapie begann man die Schizophrenen in landwirtschaftlich orientierten Betrieben einzusetzen. Damit waren die ersten Schritte in Richtung einer Öffnung der Psychiatrie und einer Wiedereingliederung von Menschen mit schizophrenen Störungen in die Gesellschaft getan.

1952 folgte eine weitere bahnbrechende Neuerung: Die Entdeckung und anschließende Einführung des Neuroleptikums Chlorpromazin (24).

Durch die Wirkung dieses Medikaments war sowohl eine psychodynamisch dämpfende als auch eine antipsychotische Therapie möglich (25).

2.3.3.2 Milieuthherapie

Die Wurzeln der heutigen Auffassung der Milieuthherapie gehen bis ins 18. Jahrhundert zurück. Philippe Pinel erkannte den Einfluss der Umgebung auf die Schizophrenen und zeitgleich entstanden auch in Großbritannien Institutionen, die eine ruhige Atmosphäre schufen, in der sowohl Erholung als auch Arbeit möglich waren (17).

Hatten die Einrichtungen anfangs noch eine bewahrende Funktion, so dienten sie später dem Ausschluss der psychiatrischen Patienten aus der Gesellschaft (26).

Die Soziotherapie versucht heute eine Krankheit zu beeinflussen indem die Umwelt modifiziert wird. Bei schizophrenen Patienten sind besondere Aspekte zu beachten. Einerseits sollen Schizophrene nicht unterfordert werden, da dies zu einer Verstärkung der Negativsymptomatik führt. Andererseits löst eine Überforderung Stress aus, was mit dem Auftreten positiver Symptome einhergehen kann. Der ideale Mittelweg ist also eine schrittweise Aktivierung, wobei darauf geachtet werden soll, dem Tag eine Strukturierung zu geben.

Möglichkeiten der soziotherapeutischen Intervention sind: Gruppenaktivitäten, Ergotherapie, Physiotherapie, Case Management oder Angehörigenarbeit, um einige zu nennen (27).

2.3.3.3 Psychotherapeutische Strategien

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war immer noch ein Mangel an wirksamen somatischen Behandlungsmöglichkeiten spürbar. Dies war mitverantwortlich, dass die Psychotherapien mehr Einfluss gewannen.

2.3.3.3.1 Die Psychoanalyse:

Sigmund Freud (1856-1939) gilt als Begründer der Psychoanalyse.

Er hat das Modell der drei Instanzen entwickelt, wobei ein Kampf zwischen diesen zu einem seelischen Konflikt führen kann. Während der Therapie wird der Therapeut zum Spiegel des Seelenlebens des Patienten und im Sinne der Übertragung projiziert der Patient Wünsche, Gefühle oder Ängste auf den Therapeuten, die eigentlich jemand anderem gelten. Während der klassischen Psychoanalyse liegt der Patient auf einer Couch und der Therapeut sitzt am Kopfende. Er deutet das vom Patienten in freier Assoziation Erzählte. Dabei geht es keinesfalls um Belehrung oder Zurechtweisung. Dieser Mechanismus soll dem Patienten helfen seine Innenwelt klarer zu sehen.

Die klassische Psychoanalyse kam vor allem bei Neurosen zur Anwendung und dauerte oft jahrelang. Freud selbst stand der Anwendung bei Psychosen skeptisch gegenüber, da er diese Patienten als nicht übertragungsfähig einschätzte (28).

Andere frühe Psychoanalytiker widmeten sich durchaus dieser Patientengruppe: Carl Gustav Jung und Karl Abraham beispielsweise.

Während im deutschsprachigen Raum die Psychoanalyse erst nach dem Zweiten Weltkrieg wieder auflebte, genoss sie in den Jahren zuvor in den USA bereits eine große Popularität (29).

Frieda Fromm-Reichmann modifizierte das analytische Verfahren und schenkte ihre Aufmerksamkeit der Behandlung von Psychosen, womit sie auch Erfolge verzeichnen konnte (30).

Heute geht man bei schizophrenen Patienten von einer „Ich-Schwäche“ aus. Das heißt, dass diese Menschen eine zu geringe innere Strukturierung und Stabilität aufweisen. Im Gegensatz zu Sigmund Freud ist man der Ansicht, dass Schizophrene sogar besonders übertragungsfähig sind. Von einer psychoanalytischen Behandlung während eines akuten psychotischen Schubes sollte allerdings Abstand genommen werden. Für die Therapie ist

eine gewisse Stabilisierung, für die oft eine medikamentöse Behandlung von Nöten ist, erforderlich. Denn nur dann ist es für den Patienten möglich, eine tragfähige Beziehung zu dem Therapeuten aufzubauen.

Der Patient kommt über mehrere Jahre zur Therapie. Allerdings verhält sich der Therapeut aktiver als bei der Neurosen-Behandlung und strukturiert die Sitzung etwas mehr.

Die Behandlung kann stationär begonnen und ambulant fortgeführt werden. Meist bedarf es zu Beginn einer Einzeltherapie, bevor eine Gruppentherapie möglich ist (28).

Minauf (31) beschreibt den Effekt der Psychoanalyse bei schizophrenen Patienten basierend auf ihren eigenen Erfahrungen. Ihrer Ansicht nach erreicht man beim Patienten mehr Verständnis für psychodynamische Prozesse. Daraus resultiert ein besseres Krankheitsverständnis und damit eine höhere Compliance. Weiters weist sie auf die Wichtigkeit der medikamentösen Therapie, vor allem in der akuten Phase einer Psychose, hin.

Malmberg und Fenton (32) stellen in ihrem Review fest, dass die medikamentöse Therapie effektiver ist als psychodynamische Therapien um eine Entlassung aus der stationären Behandlung zu erreichen .

2.3.3.3.2 Die kognitiv-verhaltensorientierte Therapie:

Die Verhaltenstherapie entstammt mehreren Wurzeln und hat die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Psychologie als Basis. Sie entstand in den 50er Jahren, stütze sich auf die Lerntheorien der experimentellen Psychologie und beinhaltete vorerst ein mechanistisch geprägtes Menschenbild (33).

Der russische Neurologe Pawlow prägte das „klassische Konditionieren“ und zeigte an seinen Versuchen an Hunden die Verknüpfung eines ursprünglichen Reizes mit einem neutralen. Die Theorie, dass ein Individuum durch Erfolg oder Misserfolg lernt, wird auch „operantes Konditionieren“ genannt und geht auf Skinner zurück (34).

In den 70er Jahren gewannen auch Gedanken, Gefühle, Selbstkontrolle und das Problemlösungsverhalten an Bedeutung für diese therapeutische Richtung – man spricht von der kognitiven Wende. Der Begriff „Verhalten“ wird demnach weiter definiert und umfasst neben dem beobachtbaren Verhalten und den Reaktionen auch Motive, Einstellungen, Gedanken und Gefühle (33).

Im therapeutischen Prozess werden die aktuellen Schwierigkeiten identifiziert, bewusst gemacht und anschließend wird versucht, in- und außerhalb der Behandlung Lernprozesse in Gang zu setzen, um auf diese Weise Verhaltensmuster zu verändern.

Bei den schizophrenen Störungen wird davon ausgegangen, dass die Patienten aufgrund einer biologisch determinierten Vulnerabilität eine reduzierte Anpassungsfähigkeit an Veränderungen in ihrer Umwelt und eine verminderte Bewältigungskapazität bezüglich belastender Ereignisse aufweisen.

Die Behandlung kann in Einzelgesprächen, unter Einbeziehung von Bezugspersonen oder in Gruppen stattfinden. Ein Therapiezeitraum von einem Jahr beziehungsweise 25 Sitzungen ist in der Regel ausreichend (34).

Rathod und Turkington (35) kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass die kognitiv-verhaltensorientierte Therapie in der Behandlung von Schizophrenien eine wichtige Stelle einnehmen soll. In Kombination mit medikamentöser Therapie kann die Symptomatik akuter, aber auch chronischer Stadien beeinflusst werden.

Eine andere Forschergruppe untersuchte den Einfluss kognitiver Verhaltenstherapie auf die Einsicht der Patienten. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeichnete sich die Interventionsgruppe nach der fünf-monatigen Therapie durch eine höhere Einsicht in die Behandlungscompliance und in die Neubezeichnung psychotischer Erfahrungen aus. Bezüglich des Bewusstseins diese Erkrankung zu haben, gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Nach einem Jahr war die Einsicht, im Gesamten betrachtet, weiterhin besser. Die höheren Drop-out-Raten von afrikanisch-karibischen Patienten nach der Therapie und die von Schwarzafrikanern nach einem Jahr im Vergleich zur kaukasischen Population weisen jedoch nach Ansicht der Autoren darauf hin, dass in der Therapie auch kulturelle Aspekte der Erkrankung berücksichtigt werden sollen (36).

2.3.3.3 Familientherapie:

In den 50er Jahren entwickelte sich die Familientherapie aus der psychoanalytischen Kindertherapie. Dabei wurde versucht, alle Beziehungen in Zweierbeziehungen aufzugliedern und zu analysieren.

Als Vater der heutigen Familientherapie gilt Gregory Bateson, der die „double-bind“-Hypothese entwickelt hat. Seiner Ansicht nach waren deren Auswirkungen der Grund für die psychische Verwirrung, vor allem bei den schizophrenen Patienten (37).

Die Kernaussage dabei ist, dass ein Widerspruch im Verhalten und in den Botschaften naher Bezugspersonen die Entstehung von Schizophrenien bedingt (38).

Bei der systemischen Familientherapie werden Menschen als Teile eines Netzwerkes verstanden, wobei jeder seine eigene Sichtweise der Realität konstruiert. In den Therapien wird auf kommunikativer Ebene interveniert, wobei der Therapeut die Beteiligten beim Verdeutlichen ihrer Sichtweisen ein vorliegendes Problem betreffend unterstützt. Durch diesen Austausch wird die Meinungsbildung für alle transparenter, es werden Selbstheilungskräfte aktiviert und Familienprobleme können gelöst werden. Die Durchführung erfolgt stationär oder ambulant und schließt auch die Inanspruchnahme weiterer Behandlungsformen wie medikamentöse Therapie oder Einzeltherapien anderer Richtungen nicht aus (37).

Bei schizophrenen Patienten wird deren Verhalten meist nicht verstanden, da der Sinn der Taten oder Worte nicht erkannt werden kann. Dadurch büßt der Patient seinen Status als kommunikationsfähiger Partner ein. Das erste Ziel dabei ist, den Patienten wieder in den Kreis der Kommunizierenden einzugliedern. Der Therapeut verhält sich stets neutral und unterlässt Eingrenzung oder Strukturierung. Veränderungen werden zwar in den therapeutischen Einheiten angestoßen, sollen aber in den Intervallen zwischen den Sitzungen umgesetzt werden.

Die Gesamtanzahl der Therapiesitzungen beträgt maximal zehn, wobei zwischen den Sitzungen mindestens vier Wochen vergehen (39).

In einer Studie, welche die Effektivität einer systemischen Familientherapie untersuchte, zeigten sich Vorteile der Kontrollgruppe gegenüber. Die Therapie erstreckte sich über ein Jahr. Postinterventionell zeichnete sich die Interventionsgruppe durch einen besseren klinischen Verlauf aus, da weniger Rückfälle verzeichnet wurden. Weiters beobachtete man in der Interventionsgruppe eine bessere Compliance bezüglich der Medikation. Nach zwei Jahren waren diese Ergebnisse allerdings nicht mehr nachweisbar (40).

2.3.3.4 Antipsychiatrie

Trotz dieser therapeutischen Erfolge kam im Zuge der sozialen Turbulenzen der 60er und 70er Jahre Kritik gegen die gegenwärtig angewandte Psychiatrie auf. Diese richtete sich vor allem gegen die Möglichkeit der Unterbringung von Patienten in einer geschlossenen Abteilung, im Speziellen, wenn dies zwangsmäßig vor sich ging, aber auch gegen die zunehmende medikamentöse Behandlung. 1967 prägte der südafrikanische Psychoanalytiker David Cooper den Begriff „Antipsychiatrie“, der sich als Name für diese Bewegung durchsetzte (41).

Ihre Anhänger forderten nicht nur Verbesserungen in der Versorgung psychiatrischer Patienten sondern wollten auch ein neues Krankheitsverständnis einführen. Sie vertraten die Ansicht, dass Geisteskrankheit eine Verhaltensabweichung sei und durch die kapitalistische Gesellschaft verursacht wird. Teilweise wurde die Existenz der Krankheit sogar gänzlich abgelehnt. Die Folgen davon waren die Ablehnung somatotherapeutischer Behandlungsmethoden und auch die Forderung nach der Schließung der psychiatrischen Stationen oder Kliniken.

Damit machten die „Antipsychiater“ einerseits auf Missstände aufmerksam und wandten sich gegen das eindimensionale biologische Krankheitsmodell, andererseits wurden psychische Störungen missinterpretiert und die postulierten Hypothesen waren nicht empirisch begründet, was die Bewegung wieder schwächte. Trotz allem wurde die Sichtweise der Psychiater auch erweitert. Man erkannte, dass neben den hirnmorphologischen auch psychodynamische, verhaltensmedizinische und anthropologische Einflussfaktoren existierten und dies brachte dementsprechende therapeutische Konsequenzen mit sich (42).

In den 80er Jahren führte die Übernahme des biopsychosozialen Krankheitsmodells und die an Studien und Nebenwirkungen angepasste Dosisreduktion der Neuroleptika schließlich zur markanten Abschwächung dieser Bewegung (43).

2.4 Schizophrenien im 21. Jahrhundert – gegenwärtige Anschauungen

2.4.1 Ätiologie

Heutzutage wird von einer multifaktoriellen Entstehung der Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ausgegangen.

2.4.1.1 Biologische Faktoren

2.4.1.1.1 Genetik:

Ein zentrales Element ist die genetische Grundlage, deren Evidenz auf Familien-, Zwillings- und Adoptivstudien basiert.

Maier et al. (44) konnten zeigen, dass schizophrene Störungen nicht nur unter Verwandten ersten Grades sondern auch unter Verwandten zweiten und dritten Grades häufiger auftraten als in der Kontrollgruppe. Dabei sank das Risiko einer Erkrankung mit dem Ansteigen des Verwandtschaftsgrades.

In den Zwillingsstudien wiesen die Konkordanzraten auf eine genetische Komponente hin. Dabei zeigten monozygote Zwillinge mit 42% eine höhere Konkordanzrate als dizygote mit 2% (45).

Adoptivstudien versuchten, die genetischen Einflussfaktoren von den Umweltfaktoren, die das Risiko an einer schizophrenen Störung zu erkranken beeinflussen, zu trennen. Nachkommen von Müttern, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt waren, hatten ein erhöhtes Risiko, ebenfalls eine schizophrene Psychose zu entwickeln (5,1%). Im Vergleich dazu erkrankten nur 1,6% der Kinder der Kontrollgruppe, bei deren Müttern keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorlag oder auch keine andere psychiatrische Erkrankung festgestellt werden konnte (46).

Fasst man diese Beobachtungen zusammen, so weist das auf eine genetische Komponente in der Entwicklung schizophrener Erkrankungen hin. Wenngleich die Ergebnisse der oben erwähnten Studien beeindruckend sind, so sind sie allerdings nur ein indirekter Hinweis für

das Vorliegen von Veränderungen in den Genen. Der molekulargenetische Mechanismus dahinter wurde daraufhin der Fokus zahlreicher Studien.

Steffanson et al. (47) führten 2002 einen genomweiten Scan bei Schizophrenie-Familien in Island durch und konnten am Neuregulin 1-Gen (NRG 1), das sich am Chromosom 8 befindet, Veränderungen feststellen, die eine signifikante Assoziation mit der Erkrankung an einer schizophrenen Psychose aufwiesen.

Ein nahezu identisches Muster dieses Haplotyps, das das Risiko an einer schizophrenen Psychose zu erkranken erhöht, konnte kurze Zeit später auch in einer schottischen Population bestätigt werden. Allerdings wurde auch bei dieser Untersuchung die zugrundeliegende funktionelle Variation nicht aufgedeckt (48).

Ein weiteres Ziel molekulargenetischer Untersuchungen sollte das Chromosom 6 sein, genauer gesagt Einzel-Nukleotid-Polymorphismen im Dysbindin 1-Gen (DTNBP 1). Variationen in diesem Gen waren ebenfalls mit Schizophrenien und verwandten Phänotypen assoziiert (49).

Auch dieser Befund wurde evaluiert und schließlich bestätigten Schwab et al. (50) den Zusammenhang desselben Polymorphismus im Dysbindin-Gen mit den Schizophrenien. Allerdings entdeckten sie diese Genveränderung für andere Allele.

Am Chromosom 13 konnte das G72-Gen identifiziert werden, an dem auch Einzel-Nukleotid-Polymorphismen und Haplotypen vorkommen können, die dann eine Verbindung zu den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises aufwiesen (51).

Brzustowicz et al. (52) befanden das Chromosom 1 als wesentlich, was das Risiko betrifft, an einer schizophrenen Psychose zu erkranken. Das RGS 4 (regulator of G-protein signaling 4) Gen befindet sich eben auf diesem Chromosom und war bei schizophrenen Patienten stark vermindert exprimiert (53). Chowdari et al. (54) führten schließlich eine Gen-Expressions-Analyse durch, wobei Einzel-Nukleotid-Polymorphismen entdeckt wurden, die mit Schizophrenien assoziiert waren.

Trotz aller Bemühungen und Entdeckungen konnte bis jetzt allerdings kein Gen identifiziert werden, das ursächlich für die Erkrankung an Schizophrenien verantwortlich ist. Vielmehr wird momentan die Meinung vertreten, dass kein einzelnes Gen ausschlaggebend ist, sondern mehrere Suszeptibilitätsgene mit geringen Effekten zusammenspielen und in dieser Kombination das Erkrankungsrisiko erhöhen (55).

Aus den Konkordanzraten eineiiger Zwillinge kann man bereits erkennen, dass die genetische Disposition keine 100%ige Penetranz aufweist. Neben den genetischen Faktoren scheint es also auch bedeutende umweltbedingte Faktoren zu geben, die in der Ätiologie der Schizophrenien eine Rolle spielen.

2.4.1.1.2 geburtshilfliche Komplikationen

Die Schizophrenien wurden schon seit geraumer Zeit mit geburtshilflichen Komplikationen in Verbindung gebracht. Cannon et al. (56) geben einen historischen Überblick über die Erforschung dieses ätiologischen Modells und teilen die Studienergebnisse, die signifikant mit der Entwicklung schizophrener Psychosen assoziiert waren, in drei Gruppen ein:

- **Schwangerschaftskomplikationen:** Dazu gehören Blutungen, Diabetes mellitus Typ I und II, sowie Gestationsdiabetes, Rhesusinkompatibilität und Präeklampsie.
- **Abnormales Wachstum und Entwicklung des Feten:** Diese Untergruppe ist gekennzeichnet durch zu geringes Geburtsgewicht, kongenitale Malformationen und durch einen reduzierten Kopfumfang.
- **Komplikationen im Zuge der Entbindung:** In dieser Gruppe werden die Asphyxie, die Uterusatonie und der Notfallkaiserschnitt zusammengefasst.

Die dahinterstehenden Mechanismen wurden noch nicht restlos geklärt und sie stellten auch fest, dass diese Risikofaktoren nur einen kleinen Teilbereich der Ätiologie darstellen. Pränatale Infektionskrankheiten, wie Röteln (57), Influenza (58) oder Toxoplasmose (59) wurden ebenfalls mit der Entwicklung von Schizophrenien im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht, wiewohl auch diese Mechanismen weiterer Klärung bedürfen (60).

2.4.1.1.3 immunologische Auffälligkeiten

Ein weiterer Forschungsbereich, der mit den Schizophrenien in Verbindung gebracht wird, ist das Immunsystem, wobei besonders über auffällige Zytokinmuster berichtet wird.

Kim et al. (61) stellten Interleukine (IL), Neurotransmitter und die Psychopathologie bei Schizophrenen, die keine medikamentöse Behandlung erhielten, zueinander in Beziehung. Sie wiesen erhöhte Spiegel an IL-2 und auch an Homovanillin-Säure (HVA) im Plasma der Patienten nach, wobei diese auch miteinander korrelierten. Einen weiteren Zusammenhang entdeckten sie sowohl zwischen dem IL-2 Spiegel als auch zwischen dem Level der HVA und der Symptomatik. Die Patienten zeigten zwar nur einen Trend in Richtung einer Erhöhung von IL-6, allerdings korrelierte das positiv mit negativen Symptomen und der Dauer der Erkrankung. Nach einer achtwöchigen Behandlung mit Haloperidol verbesserten sich die Symptome und auch die Spiegel von IL-2 und HVA sanken. Am IL-6 Spiegel änderte sich nichts. Aufgrund dieser Beobachtungen vermuten sie also, dass die Zytokine den Dopaminmetabolismus und die Symptomatik beeinflussen.

Auch eine andere Forschergruppe konnte in der Patientengruppe erhöhtes IL-2 feststellen. Allerdings wurde auch ein Anstieg an IL-6 und IL-8 bemerkt und ebenfalls eine Korrelation mit der klinischen Symptomatik: Zwischen dem IL-2 Spiegel und der Skala für positive Symptome fand sich ein inverses Verhältnis, während zwischen dem IL-8 Spiegel und der Skala für negative Symptome eine positive Korrelation nachzuweisen war. Die Forschergruppe kam also zu dem Schluss, dass eine Störung des Immunsystems an der Entwicklung von Schizophrenien beteiligt sei (62).

In einer Folgestudie untersuchten Zhang et al. (63) den Einfluss von Haloperidol und Risperidon auf die Zytokinpiegel. Beide führten zu einer Senkung des erhöhten IL-2, wobei kein Unterschied zwischen dem typischen und dem atypischen Neuroleptikum zu erkennen war. Keines der beiden Medikamente zeigte einen Einfluss auf die Konzentrationen von IL-6 und IL-8. Eine weitere Erkenntnis war, dass niedrigere Spiegel von IL-2 oder IL-8 zu Beginn der Behandlung zu einer größeren Verbesserung führten. Daraus schließt das Forscherteam, dass die medikamentöse Behandlung zu einer Normalisierung des aus dem Gleichgewicht geratenen Immunsystems führt und außerdem einige Parameter einen prädiktiven Wert bezüglich des therapeutischen Ansprechens der Patienten besitzen.

Im Gegensatz dazu existieren andere Studien, die vor allem einen verminderten IL-2 Spiegel bei ihren Patienten verzeichnen (64;65).

Maes et al. (66) untersuchten im Serum IL-8 und IL-10 und stellten fest, dass sich die Patienten sowohl durch einen erhöhten Spiegel des proinflammatorischen IL-8 als auch durch eine verstärkte antiinflammatorische Antwort (erhöhtes IL-10) auszeichneten.

Kowalski et al. (67) stellten eine Erhöhung von IL-1 β und Tumor-Nekrose-Faktor- α (TNF- α) in ihrer Patientengruppe fest, wobei die Spiegel durch die Verabreichung von Neuroleptika wie Haloperidol oder dem in Österreich nicht erhältlichen Perazin gesenkt werden konnten.

Auch immunologische Prozesse lassen sich als weitere Hypothese in das ätiologische Modell der Schizophrenien integrieren, wenngleich die Forschungsergebnisse teilweise noch inhomogen sind (68).

2.4.1.1.4 morphologische Entdeckungen

Mit Hilfe bildgebender Verfahren, wie der Computertomographie oder der Magnetresonanztomographie (MRT), versuchte man strukturelle Abnormalitäten in den Gehirnen Schizophrener festzustellen. Untersuchungen diesbezüglich ergaben bei Patienten, die zum ersten Mal unter einer Psychose litten, eine Vergrößerung der Seitenventrikel und des dritten Ventrikels – wahrscheinlich in Zusammenhang mit einer möglichen Entwicklungsverzögerung in der Kindheit (69).

McDonald et al. (70) fanden in weiterer Folge heraus, dass die Seitenventrikel in Familien mit gehäuftem Vorkommen von Schizophrenien auch bei nicht erkrankten Verwandten erweitert sind. Deshalb wurde dieses morphologische Merkmal als Marker für die genetische Anfälligkeit an einer schizophrenen Psychose zu erkranken festgelegt.

Die Erweiterung des Ventrikelsystems war bei Fannon et al. (71) von einer Verminderung der grauen Substanz und des gesamten Gehirnvolumens begleitet, wobei als Ursache eine Alteration der Zellstrukturen und der neuronalen Konnektivität vermutet wurde.

Die größten Volumenveränderungen wiesen die Strukturen der medialen Temporallappen auf (72).

Weiters beobachtete man neben der genetisch medierten verminderten Dichte der grauen Substanz bei Hochrisiko-Patienten auch eine weitere Reduktion bei jenen Patienten, die tatsächlich später eine Psychose entwickelten (73).

Eastwood und Harrison (74) konnten in ihrer Untersuchung auch Veränderungen in der weißen Substanz nachweisen, was sie als Hinweis auf eine Abnormalität in der frühen Gehirnentwicklung interpretierten. Dabei handelte es sich um eine erhöhte Dichte der interstitiellen Neurone der superfiziellen weißen Substanz im dorsolateralen präfrontalen Cortex.

Im Gegensatz zu der Hypothese, dass Schizophrenien aufgrund von Entwicklungsstörungen neuronaler Strukturen entstehen, existiert auch die Annahme, dass die morphologischen Veränderungen im Gehirn nicht die Ursache, sondern die Folge von Schizophrenien sind. Nachdem eine Volumenreduktion des Hippocampus erst nach Ausbruch der Krankheit nachgewiesen werden konnte, wurde diese Beobachtung nicht als Marker für das Erkrankungsrisiko, sondern als Hinweis auf die Erkrankung gewertet (75). Eine Positronenemissionstomographie (PET)-Studie über den cerebralen Blutfluss konnte im Bereich des Frontalhirns eine verminderte Aktivität während episodischer Gedächtnis-Verschlüsselung und der Abfrage nachweisen (76).

Dieses Ergebnis konnte in funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT)-Untersuchungen reproduziert werden, wobei zusätzlich eine Überaktivität im Parahippocampus beobachtet wurde (77).

In neuern Studien wurde schließlich nach einer möglichen Verbindung zwischen Veränderungen der weißen Substanz und den Defiziten der funktionellen Aktivität gesucht. Mit Hilfe des Diffusions-Tensor-Imaging (DTI), einer Weiterentwicklung der diffusionsgewichteten Magnetresonanztomographie (MRT), ist es möglich, die Integrität der weißen Substanz und den Faserverlauf von Nervenbahnen zu beurteilen (78).

In einer Studie, die diese Form der Bildgebung mit Aufnahmen eines fMRI kombinierte, konnte man eine direkte Korrelation zwischen anatomischen Veränderung im fronto-temporalen Bereich (Reduktion der fraktionellen Anisotropie) und einer funktionellen Abnormalität im Sinne einer Hypoaktivität im präfrontalen Cortex nachweisen (79).

2.4.1.1.5 Störungen der Neurotransmission

Aus biochemischer Sicht versucht man die Entstehung von Schizophrenien mit Hilfe der „Dopamin-Hypothese“ zu erklären, wobei von einer dopaminergen Überreaktion ausgegangen wird.

Bereits 1963 haben Carlsson und Lindquist (80) in ihren Versuchen an Mäusen die Vermutung aufgestellt, dass die Wirkung von Haloperidol und Chlorpromazin auf einer Blockade monoaminerger Rezeptoren im Gehirn beruht.

1976 fand man in Tieruntersuchungen heraus, dass Butyrophenone und verwandte Medikamente in der Lage waren, das durch Dopamin hervorgerufene Verhalten zu ändern. Außerdem konnte eine Korrelation zwischen der klinischen Potenz von Butyrophenonen und Phenothiazinen und ihrer Affinität zum postsynaptischen Dopaminrezeptor demonstriert werden. Durch dieses Ergebnis wurde die Annahme von Carlsson und Lindquist unterstützt (81).

Laruelle et al. (82) konnten in ihrer Untersuchung von psychotischen Patienten zeigen, dass die relative Dopaminabgabe im Striatum im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich höher war und außerdem mit einer Verschlechterung der positiven Symptome korrelierte. Die Beobachtung der Dysregulation der zentralen Dopamin-Transmission bei psychotischen Patienten konnte 1998 bestätigt werden (83).

In einer Folgestudie demonstrierte man, dass es, im Vergleich zur Basisverfügbarkeit der D2-Rezeptoren, zu einer gesteigerten Besetzung mit Dopamin während der Psychose kam. Daraus resultierte eine gesteigerte Aktivität der dopaminergen Neurone. Die exzessive Stimulation der Rezeptoren erwies sich weiters als Hinweis auf ein gutes Ansprechen auf Antipsychotika (84).

Seeman et al. (85) führten Beobachtungen an den D2-Rezeptoren von Ratten durch. Dabei konnten sie nur eine geringe Vermehrung der Rezeptoren selbst feststellen, allerdings war die Zunahme der Rezeptoren im D2^{High}-Stadium, was dem Zustand hoher Affinität für Dopamin entspricht, beträchtlich. Läsionen im Hippocampus, Drogen, Gen-Knockouts und Kaiserschnitte führten dieser Studie zufolge zu Beeinträchtigungen des Gehirns, die wiederum eine Steigerung der D2^{High}-Rezeptoren im Striatum zur Folge hatten. Dieses Ergebnis zeigte, dass verschiedene Wege zur Entwicklung einer Psychose führen können.

Eine weitere, an transgenen Mäusen durchgeführte Untersuchung der D2-Rezeptoren im Striatum zeigte, dass eine Überexpression derselben zu einem Anstieg des Dopamin-

Levels, zu einem verminderten Dopamin-Turnover und zu einer erhöhten D1-Rezeptor-Aktivierung im präfrontalen Cortex führte. Die sekundären Veränderungen im präfrontalen Cortex (PFC) sollten für die beobachteten kognitiven Defizite verantwortlich sein und eine Erklärung für den Phänotyp, der durch Defizite in der Flexibilität des Verhaltens, sowie durch Defizite bei der Ausführung zweier unterschiedlicher experimenteller Aufgaben charakterisiert ist (86).

Meyer-Lindenberg et al. (87) erkannten auch die Veränderungen der dopaminergen Transmission und der Funktion des präfrontalen Cortex, gaben aber eine verminderte Aktivität des PFC als primäre Abnormalität an, die dann zu einer übertriebenen striatalen Dopamin-Transmission führte.

In einer Zwillingsstudie konnte eine Up-Regulation der D2-Rezeptoren festgestellt werden. Dabei wiesen monozygote, nicht erkrankte Zwillings-Geschwister eine höhere Dichte an postsynaptischen Rezeptoren im Nucleus caudatus auf als dizygote Zwillings-Geschwister oder gesunde Kontroll-Zwillinge. Auch dieses Untersuchungsergebnis korrelierte mit verminderten kognitiven Fähigkeiten. Aufgrund der Untersuchung von Zwillingen konnte man auch hier wieder von einem genetischen Risikofaktor ausgehen (88).

Eine weitere Unterstützung der „Dopamin-Hypothese“ liefern Studienergebnisse aus dem Bereich der Pharmakologie.

Die Effizienz der Neuroleptika galt längst als etabliert, als Kissling (89) darauf aufmerksam machte, dass die Rückfallsrate zwar rückläufig war, aber immer noch 56% betrug und die Patienten auch nach wie vor unter den unerwünschten Nebenwirkungen, wie extrapyramidalmotorischen Störungen oder Sedierung litten oder als Spätfolge eine tardive Dyskinesie entwickelten. Er gab auch zu bedenken, dass man trotz der Fortschritte noch nicht in der Lage war, die zugrundeliegenden Schizophrenien endgültig zu heilen.

Eine Meta-Analyse stellte außerdem fest, dass eine beträchtliche Verbesserung der klinischen Symptome nur bei etwas weniger als der Hälfte der Patienten möglich war (90).

Durch weitere Forschungsarbeit konnte eine neue Medikamentengeneration entwickelt werden: Die atypischen Neuroleptika.

Dabei ist festzuhalten, dass die Unterteilung in typische und atypische Neuroleptika zwar die größte Popularität genießt, aber nur eine von mehreren Klassifikationsmöglichkeiten ist. Wenngleich es auch keine generell gültige Definition von „atypisch“ gibt, so geben Gerlach und Peacock (91) Kriterien an, die diese neue Medikamentengeneration charakterisieren sollen:

- eine geringere Inzidenz extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen
- selteneres Auftreten von tardiven Dyskinesien
- kein Anstieg des Prolaktin-Spiegels
- eine Wirkung sowohl auf positive, als auch auf negative Symptome
- besseres Ansprechen von Non-Respondern.

Während sie den ersten Punkt als weithin akzeptiert bezeichnen, sind die anderen Aufzählungen Eigenschaften von Clozapin.

Clozapin war das erste Antipsychotikum dieser Art und zeichnete sich durch eben diese Eigenschaften aus. Allerdings weisen die diversen atypischen Neuroleptika, die bislang auf dem Markt sind, keinesfalls notwendigerweise die gleichen Charakteristika wie die Muttersubstanz Clozapin auf und zeichnen sich auch nicht durch ein identes Nebenwirkungsprofil aus (92).

Tollefson et al. (93) verglichen in ihrer Studie die therapeutischen Profile von Haloperidol und Olanzapin. Olanzapin führte dabei zu einer besseren Wirksamkeit sowohl positive als auch negative Symptome betreffend und zu einer höheren Ansprechrate. Das konventionelle Neuroleptikum Haloperidol führte vermehrt zu Nebenwirkungen, wie extrapyramidalmotorischen Störungen (Dystonien, Akathisie, parkinsonoide Bewegungsmuster), Schlafstörungen oder anticholinergen Nebenwirkungen. In beiden Patientengruppen war ein leichter Anstieg des Prolaktin-Spiegels nachzuweisen, wenngleich dieser in der Olanzapin-Gruppe geringer und gewöhnlich auch nicht persistent war. Im Vergleich zu Haloperidol war eine Behandlung mit dem atypischen Neuroleptikum mit einer Gewichtszunahme verbunden. Zusammenfassend spricht sich die Forschergruppe allerdings für eine Favorisierung der atypischen Neuroleptika aus.

Mojtabai et al. (94) bestätigten die Wirksamkeit der Antipsychotika der zweiten Generation auf die Negativsymptomatik und wiesen außerdem auf indirekte Wirkungen hin: Es gab weniger Medikationswechsel, weniger Abbrüche der medikamentösen Therapie und auch die Rehospitalisierungsrate war geringer.

Aufgrund der Unterschiede in der klinischen Wirksamkeit war man nun bestrebt, auch auf der Neurotransmitter-Ebene andere Mechanismen als die bislang bekannte Blockade der Dopamin-Rezeptoren nachzuweisen. Clozapin zeigte bei dieser Untersuchung eine signifikant geringere Besetzung der D2-Rezeptoren als typische Antipsychotika. Olanzapin und Risperidon hingegen waren bezüglich der D2-Rezeptorbesetzung durchaus vergleichbar mit den konventionellen Antipsychotika. Eine weitere Erkenntnis dieser Studie war, dass alle drei atypischen Neuroleptika auch zu einer Blockade der 5-HT₂-Rezeptoren führten. Allerdings machte die Studie gleichzeitig darauf aufmerksam, dass auch die Besetzung der 5-HT₂-Rezeptoren nicht die alleinige Erklärung für den antipsychotischen Effekt sein konnte, denn die Blockade der Serotonin-Rezeptoren war bereits bei der Verabreichung von Dosen, die unter dem therapeutischen Bereich lagen, nachweisbar (95).

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Studienergebnisse der letzten Jahre wird die schizophrene Symptomatik nun multifaktoriell verstanden, wobei sowohl die genetischen, als auch die pathophysiologischen und psychosozialen Faktoren einbezogen werden. Der genaue Mechanismus, der die genetische Disposition mit den umweltbedingten Risikofaktoren verbindet, ist allerdings bis heute noch nicht geklärt. Trotz allem scheint die Dopamin-Dysregulation mit der Entstehung psychotischer Symptome essentiell verknüpft zu sein (96).

2.4.1.2 Psychosoziale Faktoren

Obwohl die medikamentöse Behandlung mit Hilfe der Neuroleptika zu einer weitgehenden Verbesserung der Symptome geführt hat, gibt es trotz dieser therapeutischen Fortschritte nach wie vor Non-Responder beziehungsweise Rückfälle. Diese Beobachtung führte zu weiteren Untersuchungen, die zum Ziel hatten, weitere Faktoren, die entweder Einfluss auf die Entstehung oder den Verlauf der Schizophrenien haben, zu identifizieren.

Einerseits wurde festgestellt, dass mangelnde Compliance die vorgeschriebene Medikamenteneinnahme betreffend ein persistierendes Problem ist. Dabei ist allerdings zu erwähnen, dass auch dieses Verhalten selbst multifaktoriell bedingt ist. So wird es nämlich von patientenbezogenen, therapeutenbezogenen, behandlungsbezogenen und Umweltfaktoren beeinflusst (97).

Andererseits erkennt man auch die Wirkung potentieller Stressoren.

2.4.1.2.1 Life-Events

Ein Life-Event stellt als Ereignis, das einen Menschen mehr oder weniger vorbereitet trifft, einen Stressor dar. Es erfordert Anpassung und in weiterer Folge Umstellung und Neuorganisation im Leben einer Person. Beispiele dafür sind Hochzeit, Scheidung oder schmerzhafteste Verluste (98).

Migration, um ein anderes Beispiel eines Life-Events zu geben, stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung von Schizophrenien dar. Die erhöhte Inzidenz kann unter Migranten der ersten wie auch der zweiten Generation nachgewiesen werden (99).

Van Os und McGuffin (100) diskutieren die Frage, ob die soziale Umgebung Schizophrenien verursachen kann. Ersterer kommt dabei zu dem Schluss, dass sowohl psychologische als auch umweltbezogene Faktoren für die Erkrankung ausschlaggebend sind. Sein Diskussionspartner stellt fest, dass soziale Gegebenheiten zwar einen Teil der Ätiologie darstellen, aber Schizophrenien nicht gänzlich dadurch determiniert sind.

Nachdem sich die Studienergebnisse teilweise widersprechen, wird momentan davon ausgegangen, dass Life-Events und der dadurch entstandene Stress zur Entwicklung von Schizophrenien beitragen können, diese allerdings nicht alleine bedingen (101).

2.4.1.2.2 Expressed Emotion

Ein anderer Aspekt, der ebenfalls die Beziehung zwischen Stress und Schizophrenien beleuchtet, ist die Forschung im Bereich der Expressed Emotion (EE). Dieser Terminus wurde ursprünglich dazu verwendet um den Verlauf von Schizophrenien im Bezug zur familiären Atmosphäre zu beschreiben. Dabei differenzierte man verschiedene Komponenten der emotionalen Anteilnahme: Kritische Kommentare, Feindseligkeit, Unzufriedenheit, aber auch Wärme und emotionale Überbehütung, welche in einem Interview evaluiert wurden. Der gemeinsame Nenner ist ein emotionales Überengagement, unabhängig, ob in positiver oder negativer Richtung, meist mit einem temporärem Wechsel dieser Valenzen. Diese wurden weiters mit der Rückfallsrate in Verbindung gebracht. Wenn die Variablen „kritische Kommentare, Feindseligkeit und emotionale Überbehütung“ stark ausgeprägt waren, konnte eine signifikante Assoziation mit den Rückfällen nachgewiesen werden. Emotionale Wärme dem Patienten gegenüber stellte sich

als komplexere Variable heraus. Wenig Wärme war mit einer hohen Anzahl kritischer Kommentare verbunden und ein hoher Level an Wärme mit emotionaler Überbehütung – beides Variablen, die sich als ungünstig erwiesen. Patienten, denen ein Mittelmaß an Wärme ohne Kritik und Überbehütung entgegengebracht wurde, zeigten ein signifikant besseres Outcome. Zusammengefasst stellte man nach neun Monaten fest, dass Patienten, die einem hohen Grad an Expressed Emotions (high expressed emotions) ausgesetzt waren, stark zu symptomatischen Rückfällen neigten (102).

Hahlweg et al. (103) untersuchten in weiterer Folge die Interaktionsmuster innerhalb von Familien genauer, wobei high EE-Familien und low EE-Familien unterschieden wurden. Als ungünstigster Zustand erwies sich der high EE-Haushalt, in dem Kritik dominierte. Dieser Zustand zeichnete sich durch ein negatives Interaktionsmuster, vermehrte Kritik und negative nonverbale Affekte aus. Patienten, die einem solchen Milieu ausgesetzt waren, regierten ebenfalls mit ablehnendem Verhalten, negativem Affekt und neigten vermehrt zu Selbst-Rechtfertigung.

In einer Meta-Analyse kamen Butzlaff und Hooley (104) nach der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Expressed Emotions und den Rückfällen bei Schizophrenen schließlich zu dem Ergebnis, dass der Expressed Emotion Status einer Familie eine Vorhersagekraft für Rückfälle besitzt. Dabei stieg die Stärke der Assoziation der beiden Variablen mit der Chronizität der Erkrankungen. Aus den Ergebnissen schließen die Autoren einen gesicherten Zusammenhang zwischen dem Rückfallrisiko und einer high EE-Umgebung.

Marom et al. (105) betrachteten in ihrer Studie über einen Zeitraum von neun Monaten den Einfluss der EE-Komponenten „Kritik“ und „emotionale Überbehütung“ auf den Krankheitsverlauf. Eine high EE-Umgebung war demnach mit einem schlechtern Verlauf der Erkrankung assoziiert, wobei die Inzidenz von Wiederaufnahmen erhöht war und vor allem beim Vorliegen eines hohen Kritik-Potentials die Zeit bis zur Rehospitalisierung verkürzt war. Bei einer Ausdehnung der Beobachtung auf einen Zeitraum von sieben Jahren bestätigten sich die Ergebnisse. Zusätzlich beobachtete man bei Familien mit einem high EE-Index-Status einen längeren Krankenhausaufenthalt. Somit wurde verdeutlicht, dass high EE nicht nur auf den kurzfristigen Verlauf der Schizophrenien einen negativen Einfluss haben sondern dass auch Langzeitergebnisse beeinträchtigt werden (106).

Im Gegensatz zu den bereits erwähnten Studien, die den Zusammenhang zwischen EE und der Rückfallshäufigkeit bestätigten, konnten Hogarty et al. (107) keine Assoziation zwischen dem EE-Level von Haushalten und der Rückfallsrate feststellen.

Auch Stirling et al. (108) waren nicht in der Lage einen Effekt der unterschiedlichen EE-Level von Haushalten auf die Rückfallsrate schizophrener Patienten bei ihrer Beobachtung über zwölf Monate nachzuweisen. Somit stellten sie den prädiktiven Wert der EE, zumindest was eine frühe oder erste psychotische Episode betrifft, in Frage.

Andere Forscher fanden heraus, dass der Zusammenhang zwischen Wärme, beziehungsweise emotionaler Überbehütung und Rückfallshäufigkeit nicht linear ist, sondern sich besser durch eine Kurve beschreiben lässt. Trägt man auf der x-Achse die Wärme und auf der y-Achse die Rückfallshäufigkeit auf, ergibt sich ein „umgekehrtes U“, wobei sich nur der rechte Schenkel der x-Achse annähert. Dadurch wird erkenntlich, dass bei zunehmender Wärme dem Patienten gegenüber die Rückfälle abnehmen. Die emotionale Überbehütung betreffend konnte konstatiert werden, dass sich ein hoher Level ungünstig auf das Outcome auswirkt, während ein mittlerer Level durchaus einen protektiven Effekt hat. Die Kurve ist demnach „U-förmig“ (109).

2.4.1.2.3 Reaktionen der Patienten auf Stressoren

Einerseits ist die Konfrontation mit Stressoren in Bezug auf die Entstehung von Schizophrenien von Bedeutung, andererseits auch die Reaktion auf die Belastung. Die Patienten unterschieden sich dabei deutlich von der gesunden Kontrollgruppe. Auffällig war eine erhöhte Stress-Reaktivität bei gleichzeitiger schlecht adaptierter Bewältigung. Die Patienten zeigten ein gewisses Vermeidungsverhalten, indem sie sich weder emotional, noch gedanklich mit der Stresssituation auseinandersetzen wollten. Auch andere Bewältigungsstrategien, wie logisches Nachdenken über den Stressor und die konsekutiven Effekte, Fähigkeiten im Bereich des Problemlösens, oder aktives Suchen nach Hilfe und Unterstützung wurden weniger genutzt. Außerdem wiesen die Patienten ein niedrigeres Selbstwertgefühl auf und erhielten weniger soziale Unterstützung als die Kontrollgruppe. Vor allem die Vermeidungsstrategie der Patienten führte nach Horan et al. (110) zu verbleibenden Stress-Symptomen.

2.4.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell

Zubin und Spring (98) zufolge gibt es verschiedene Annäherungen sich die Ätiologie der Schizophrenien zu erklären, die wiederum in drei Gruppen gegliedert werden können:

- **Feldtheorie-Modelle**, die auf die externen Kräfte in der Umgebung eines Individuums fokussiert sind.

Ein Beispiel dafür ist die ökologische Annäherung, wobei die Gesundheit oder Krankheit in Abhängigkeit von Parametern des jeweiligen Lebensraumes gesehen wird. Dabei handelt es sich um physische, kulturelle, soziale, ökonomische und erzieherische Parameter.

- **Verhaltenspsychologische Modelle**, die ihren Schwerpunkt auf die durch Lernen und Entwicklung erreichte Erfahrung legen.

Das Modell der Entwicklung befasst sich mit exogenen und endogenen Faktoren, mit denen sich ein Individuum während seiner Entwicklung auseinandersetzen muss.

Im Gegensatz dazu untersucht das Modell des Lernens weniger die historischen und mehr die aktuellen Ursachen, die zu einem psychopathologischen Verhalten führen.

- **Biologische Modelle**, in deren Mittelpunkt das innere Milieu des Organismus steht. In dieser Gruppe finden sich das genetische Modell, das von einer in den Genen veranlagten Ursache ausgeht und das Modell der inneren Umgebung, das die Ursache der Erkrankung im Metabolismus, in den Körperflüssigkeiten oder generell in der Chemie des Körpers vermutet. Als weitere Möglichkeit geht das neurophysiologische Modell von einer Störung des Nervensystems aus, wodurch es zu einer Störung in der Aufnahme und Verarbeitung von Information kommt.

Auf diesen Grundlagen aufbauend versuchten Zubin und Spring (98) ein sekundäres Modell zu entwickeln: Das Modell der Vulnerabilität. Dieses besagt, dass Jeder mit einem gewissen Grad an Vulnerabilität, die eine permanente Eigenschaft darstellt, ausgestattet ist und unter gewissen Umständen eine psychotische Episode, deren Häufigkeit variabel ist, entwickeln kann.

Vulnerabilität weist zwei Komponenten auf: Sie kann angeboren oder erworben sein, je nach Modell, und weist eine Schwelle auf. Solange der Stress durch Herausforderungen, seien es nun exogene wie Life-Events, oder endogene, wie Veränderungen innerhalb des Organismus die individuelle Schwelle nicht überschreitet, reagiert das Individuum adäquat. Steigt der Stresspegel über den Grenzwert hinaus, ist es wahrscheinlich, dass eine Person eine psychopathologische Störung entwickelt, wobei diese Episode nach dem Unterschreiten der Vulnerabilitätsschwelle wieder endet und das Ausgangsniveau der Adaptation wieder erreicht wird. Die Antwort auf Stressoren ist abhängig von der standardmäßigen Einschätzung der Schwere, von der individuellen Wahrnehmung, der Kompetenz, die Rollen des täglichen Lebens zu meistern, den Coping-Bemühungen in stressigen Situationen und der individuellen Vulnerabilität.

In katastrophalen Situationen können sich vorhandene Coping-Strategien als ineffizient erweisen und bei vulnerablen Personen zu einer zeitlich begrenzten schizophrenen Episode führen. Darauf stützt sich die Annahme, dass bei Schizophrenen lediglich die individuelle Vulnerabilität konstant ist, nicht aber die psychotischen Zustände.

Bei Akzeptanz dieses Modells ergeben sich auch therapeutische Konsequenzen. Einerseits kann durch eine medikamentöse Intervention die Vulnerabilitätsschwelle erhöht werden, und andererseits ergibt sich durch psychologische Unterstützung die Möglichkeit, die Coping-Fähigkeiten zu stärken und die bedrohliche Interpretation von Lebensereignissen zu verändern.

Nuechterlein et al. (111) untersuchten ebenfalls das Zusammenwirken von Vulnerabilität, Stressoren und protektiven Faktoren. Die Faktoren sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Forscher untersuchten deren Einfluss auf den Verlauf von Schizophrenien und entwickelten das oben beschriebene Modell von Zubin und Spring (98) weiter:

individuelle Vulnerabilitätsfaktoren	umweltbezogene Stressoren
<ul style="list-style-type: none"> - dopaminerge Dysfunktion - reduzierte Ressourcen der Prozessverarbeitung - autonome Hyperaktivität - schizotypische Persönlichkeitseigenschaften 	<ul style="list-style-type: none"> - high EE - soziale Überstimulation - Stress erzeugende Ereignisse
individuelle Protektoren	umweltbezogene Protektoren
<ul style="list-style-type: none"> - Coping - Selbstvertrauen - antipsychotische Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> - unterstützende psychosoziale Intervention - effektives Lösen familiärer Probleme

Tabelle 4: Vulnerabilitätsfaktoren und Protektoren

Die Interaktion von individuellen Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren, sowie Stressoren und Protektoren aus der Umwelt führt über Prodromalstadien zum tatsächlichen Outcome. Die Prodromalstadien ihrerseits sind über eine Feedback-Schleife mit den Ausgangsfaktoren verbunden, da die Symptome in der Lage sind, den Stress Level sowohl auf persönlicher Ebene als auch in der Umgebung zu erhöhen. Diesem Modell zufolge treten Rückfälle oder eine Erkrankung dann auf, wenn die Vulnerabilitätsfaktoren oder Stressoren aus der Umwelt ansteigen oder protektive Faktoren abnehmen (vgl. Abb. 1).

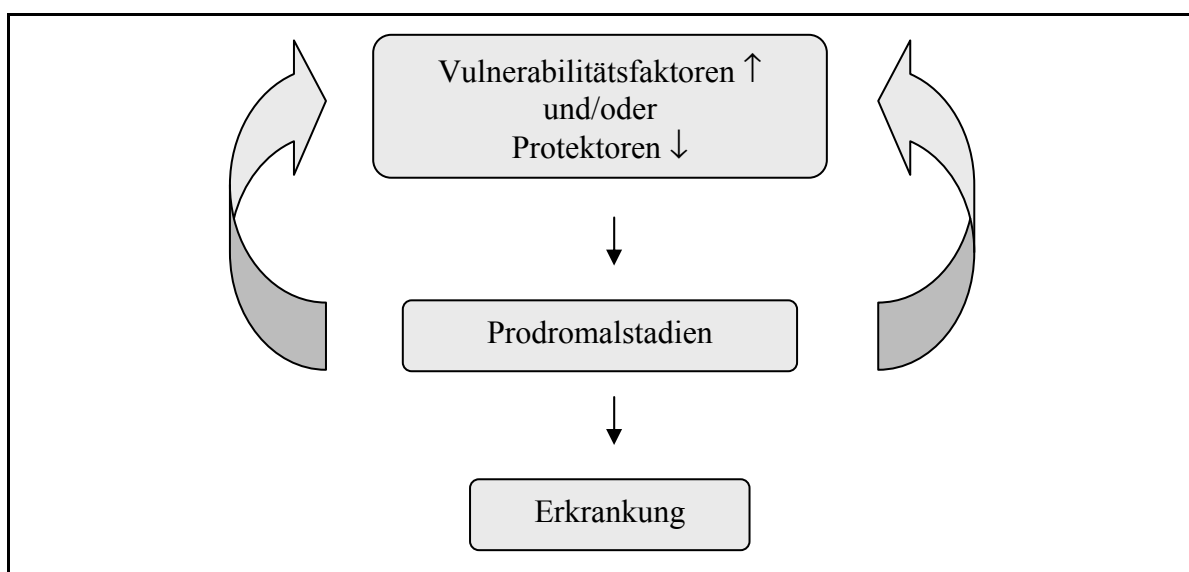


Abbildung 1: Von der Modifikation der Ausgangsfaktoren bis zur Erkrankung

Als Ergebnisse ihrer prospektiven Studie präsentierten sie, dass während einer medikamentösen Erhaltungstherapie das Einwirken psychosozialer Stressoren einen wesentlichen Einfluss auf die Rückfallhäufigkeit hat. Eine low EE-Umgebung erwies sich als protektiver Faktor. Sie bestätigten außerdem Zubin und Spring (98) darin, dass durch die antipsychotische Medikation die Vulnerabilitätsschwelle erhöht wird und so Rückfälle, unter der Voraussetzung, dass keine massiven Umweltstressoren einwirken, unwahrscheinlicher werden.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell als Erklärung der Ätiopathogenese der Schizophrenien gilt heutzutage als weithin akzeptiert, da es biologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt (112).

2.4.3 Richtlinien zur Behandlung der Schizophrenien

Nach genauer Untersuchung und gestellter Diagnose erfolgt eine phasengerechte Therapie, wobei die Phasenübergänge fließend sein sollen (8):

- **Akute Phase:**

Bei der Behandlung einer akuten Psychose stehen die Schadensprävention, Kontrolle des gestörten Verhaltens, Reduktion psychotischer Symptome, Identifikation der auslösenden Faktoren und Rückkehr zur bestmöglichen Funktionalität im Vordergrund. Weiters soll eine therapeutische Beziehung aufgebaut, Kurzzeit-, sowie Langzeittherapiepläne entwickelt und eine Verbindung mit Institutionen zur Nachbetreuung hergestellt werden. Auf die Einbeziehung der Familienmitglieder sollte auch nicht verzichtet werden, da sie für die Patienten unterstützend wirken können sich aber andererseits auch selbst in einer Stresssituation befinden.

Es wird empfohlen, die Behandlung mit Antipsychotika möglichst rasch zu beginnen, nach vorangegangener Aufklärung über den Nutzen und die Risiken der Medikation.

Psychosoziale Interventionen sollen den Stress und die Überstimulation reduzieren und ein strukturiertes, unterstützendes, wenig forderndes Umfeld schaffen. Eine weitere Empfehlung ist die Information des Patienten über seine Erkrankung, soweit dies individuell möglich ist und die Information der Familie über die Schizophrenien und deren Management.

- **Stabilisationsphase:**

Jetzt stehen Stressreduktion und Unterstützung im Vordergrund um Rückfälle unwahrscheinlich zu machen und die Stärkung des Patienten, damit eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft leichter wird.

Wurde die Verbesserung des Zustandes durch eine bestimmte Medikation erreicht, so wird dieses Regime für weitere sechs Monate verordnet.

Psychosoziale Interventionen sind in dieser Phase supportiv. Weitere Informationen über die Erkrankung für Patient und Familie sind angebracht. Diese betreffen den Verlauf sowie die Einflussfaktoren und die Einhaltung der Therapie.

- **Stabile Phase:**

Wichtige Punkte sind die Aufrechterhaltung der Remission, Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität, Sicherstellung, dass Symptome oder Rückfälle adäquat behandelt werden sowie die regelmäßige Beobachtung bezüglich des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen.

Pharmakologische Weiterbehandlung reduziert das Rückfallrisiko, wobei zusätzliche psychosoziale Interventionen das Ergebnis verbessern. Information für Patient und Familie über Frühzeichen, das Entwerfen von Plänen, sollten diese Zeichen auftreten und die Ermutigung des Patienten regelmäßige Arzttermine wahrzunehmen, sind empfohlen.

Durch alle Krankheitsphasen zieht sich die Empfehlung, dass Behandlungsprogramme die medikamentöse Therapie mit psychosozialen Interventionen verbinden sollen.

In der medikamentösen Behandlung erhoffte man sich viele Erfolge durch die Anwendung der zweiten Medikamentengeneration, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien getestet wurde (113-117). Dabei wurde hauptsächlich Haloperidol als Referenzsubstanz verwendet, da es bereits 1958 eingeführt wurde und sich wirksamer als Chlorpromazin erwies (22).

In einer Untersuchung von subchronischen und chronischen Patienten zeigte sich Olanzapin im Vergleich zu Haloperidol überlegen, sowohl positive Symptome als auch gemischte Symptomenkomplexe und vor allem negative Symptome betreffend (113).

Eine weitere Beobachtung an chronisch Schizophrenen, die in der Anamnese ein suboptimales Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung zeigten, kam man ebenfalls zu dem Schluss, dass sich die Atypika, in diesem Fall Clozapin, Olanzapin und Risperidon, durch eine bessere Effektivität Haloperidol gegenüber auszeichneten. Clozapin erwies sich

dabei als am stärksten wirksam gegen die Negativsymptomatik. Den generellen antipsychotischen Effekt betrachtend zeigten sich Clozapin und Olanzapin als ähnlich wirksam, Risperidon hingegen war etwas weniger effektiv (114).

Dossenbach et al. (115) bestätigten ebenfalls den Vorzug der zweiten Medikamentengeneration Haloperidol gegenüber, wobei auch die überlegene Wirksamkeit, positive, negative, kognitive und depressive Symptome betreffend, Olanzapins Quetiapin und Risperidon gegenüber betont wurde. Bei einer Betrachtung der Verträglichkeit standen Olanzapin und Quetiapin auf einer Stufe.

Auch bei Patienten mit ihrer ersten psychotischen Episode wurde ein Vergleich zwischen einem konventionellen und einem atypischen Neuroleptikum gezogen. In beiden Gruppen konnte eine Verbesserung der akuten Psychopathologie erzielt werden, wobei Olanzapin zu einer größeren Reduktion führte. In der mit Olanzapin behandelten Gruppe konnte man im Vergleich zur Haloperidol-Gruppe eine signifikante Gewichtszunahme feststellen, allerdings dafür eine geringere Rate an Parkinsonismus und Akathisie. Außerdem wurde weniger Begleitmedikation verordnet und es beendeten mehr Olanzapin-Patienten die Studie (116).

In einem weiteren Vergleich der beiden Medikamentengenerationen konnte bestätigt werden, dass die Zeitspanne bis zum Abbruch der medikamentösen Behandlung bei den untersuchten atypischen Neuroleptika Clozapin, Olanzapin, Risperidon, Quetiapin und Ziprasidon länger war als bei den konventionellen Perphenazin und Haloperidol. Im direkten Vergleich mit Haloperidol waren Clozapin, Olanzapin und Risperidon mit einer signifikant längeren Behandlungszeit verbunden, im Vergleich mit Perphenazin zeigten nur Clozapin und Olanzapin eine signifikante und andauernde Verlängerung. Aufgrund dieser Beobachtung wurde weiters hervorgehoben, dass es sich bei den atypischen Antipsychotika keinesfalls um eine homogene Gruppe handeln konnte, da sich nicht alle signifikant von den typischen Neuroleptika unterschieden (117).

Diesen Untersuchungen zufolge wurden die neueren Medikamente der zweiten Generation auch als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung von Schizophrenien angesehen. Zu beachten ist allerdings, dass Clozapin etwas zögerlich erst nach mangelndem Ansprechen auf vorige Therapieversuche eingesetzt wird (118). Der Grund für dieses Vorgehen ist die Tatsache, dass die Behandlung mit Clozapin zu einer Agranulozytose führen kann, weshalb regelmäßige Blutbildkontrollen erforderlich sind (117).

Etwas andere Erkenntnisse veröffentlichten Lieberman et al. (119) in der sogenannten CATIE-Studie. Sie untersuchten die relative Wirksamkeit der atypischen Neuroleptika Olanzapin, Risperidon, Quetiapin und Ziprasidon, und verglichen diese auch noch mit Perphenazin, einem Antipsychotikum der ersten Generation. Erwähnenswert ist, dass nur etwas mehr als ein Drittel der Patienten die verschriebene Medikation über die Dauer der Studie, 18 Monate, einnahm und somit beendete. Diese Beobachtung zeigte trotz deren Wirksamkeit einen mangelnden Therapieerfolg auf. Im Vergleich wies Olanzapin die längste Behandlungsdauer auf und zeichnete sich durch eine größere Reduktion der Psychopathologie und eine geringere Rate an Hospitalisierungen aufgrund von Exazerbationen schizophrener Psychosen aus. Allerdings verursachte Olanzapin die höchste Gewichtszunahme und führte zu einem größeren Anstieg von glykosyliertem Hämoglobin, Gesamtcholesterin und Triglyzeriden. Bezüglich der Häufigkeit neurologischer Störungen wurden in den verschiedenen Gruppen keine Unterschiede nachgewiesen. Zusammenfassend konnten in dieser Studie keine beträchtlichen Vorteile der neueren Medikamentengeneration gegenüber der konventionellen demonstriert werden. In der zweiten Phase der CATIE-Studie, die sich aus zwei Untersuchungen zusammensetzte, wurden die Patienten, welche die Medikation der Phase Eins unterbrochen hatten, aber in der Studie bleiben wollten, weiter verfolgt.

In einer Studie untersuchte man den Erfolg von Clozapin im Vergleich mit Quetiapin, Risperidon und Olanzapin. Erfolgte der Behandlungsabbruch aufgrund ungenügender Wirksamkeit, so wurden die Patienten in diese Studie rekrutiert und mit einem anderen Atypikum behandelt. Clozapin erwies sich dabei in Bezug auf die Wirksamkeit den neueren Medikamenten gegenüber überlegen. Man fand weniger Behandlungsabbrüche als bei Quetiapin und Risperidon und weniger Behandlungsabbrüche aufgrund eines inadäquaten Ansprechens als bei allen anderen Medikamenten. Alle diese Beobachtungen waren überzufällig bedeutsam (120).

In der anderen Studie fand man jene Patienten wieder, welche die Phase eins aufgrund aufgetretener Nebenwirkungen frühzeitig beendet hatten. Sie bekamen ein anderes atypisches Neuroleptikum der folgenden Gruppe: Quetiapin, Risperidon, Olanzapin und Ziprasidon. Olanzapin und Risperidon konnte anhand der Zeit bis zum Therapieabbruch aus irgendeinem Grund eine höhere Wirksamkeit als Quetiapin und Ziprasidon nachgewiesen werden. Im Unterschied zu Phase eins erreichten die mit Risperidon behandelten Patienten in der zweiten Phase einen vergleichbaren Benefit wie die Olanzapin-Gruppe (121).

Zur Beurteilung der medikamentösen Therapie der Schizophrenien kann man an dieser Stelle festhalten, dass die Neuroleptika die Therapie der Wahl darstellen. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils werden die atypischen Neuroleptika favorisiert.

3 Die Bedeutung der Psychoedukation für die Therapie schizophrener Störungen

3.1 Definition

„Unter dem Begriff Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten.

Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Austausch von Informationen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen“ (13) (p. 3).

3.2 Entwicklung der Psychoedukation

Wie im vorigen Kapitel beschrieben, erleichterte die medikamentöse Behandlung schizophrener Symptome, sofern die Patienten darauf ansprachen, das Leben mit den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises.

Andererseits trat ein anderes Problem zutage. Nahezu immer, wenn es darauf ankommt, dass ein Patient seine Medikation regelmäßig einnimmt, ist das Nicht-Befolgen der ärztlichen Verschreibung ein brisantes Thema. Als Gründe dafür werden folgende genannt:

- Übernahme der öffentlichen negativen Haltung Psychopharmaka gegenüber
- die Symptomatik an sich (Halluzinationen, Misstrauen und Feindseligkeit beispielsweise)
- mangelnde Krankheitseinsicht
- fehlende Erkenntnis der Notwendigkeit einer Therapie (122).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist das Auftreten von oft beträchtlichen Nebenwirkungen. Diese Gründe begünstigen die Non-Compliance und erhöhen die Rückfallsrate (123).

Im St. Luke's Methodist Hospital in Cedar Rapids (Iowa) erkannte man die Problematik der Abnahme der Compliance.

Man beobachtete, dass trotz des Nutzens der unterschiedlichen Medikamente schizophrene Patienten Vorurteile gegen diese Therapie hatten. In der Zeit der Hospitalisierung war die Akzeptanz der Medikation noch hoch, doch nach der Entlassung gab es sehr oft Therapieabbrüche.

Dem zufolge kam man zu der Erkenntnis, dass die Patienten über ihre Erkrankung besser informiert werden müssen. Es gibt Aufzeichnungen über Patientenschulungen, die der Idee der Psychoedukation bereits nahe kommen. Während die erste grundlegende Aufklärung durch den behandelnden Arzt erfolgte, sah man die weiterführende Information als eine Aufgabe der Pflegekräfte. Ziele dabei waren:

- Erhöhung der Compliance
- Reduktion des Medikamentenmissbrauches
- Unterstützung bei der Bewältigung der Nebenwirkungen
- Steigerung des Krankheitsverständnisses
- Integration des Patienten in die Pflege und Therapie.

Zu diesem Zweck führte man 1977 Patienten-Unterrichtsstunden ein, die von psychiatrischen Pflegekräften abgehalten wurden. Sie fanden einmal pro Woche statt, dauerten etwa eine Stunde und wurden sowohl für den offenen als auch für den geschlossenen Bereich angeboten. Um das vorhandene Wissen zu evaluieren, wurde zu Beginn eine Befragung durchgeführt. Im weiteren Verlauf führte man einen Film vor und informierte über Medikamente, deren Einsatzgebiete, Effekte und Nebenwirkungen. Nach einigen Monaten erkannte man Schwachstellen und es kam zu Veränderungen. Die schriftliche Befragung stellte sich als zu schwierig für manche Patienten heraus und wurde folglich durch ein mündliches Interview ersetzt. Der Film brachte auch nicht den gewünschten Erfolg das Krankheitsverständnis betreffend und wurde deshalb aus dem Programm gestrichen. Da die Patienten oft nicht wussten, welche Medikamente sie genau einnahmen, wurden die Kardices zu den Sitzungen mitgebracht. Weitere Zusätze waren Informationen über den Wirkmechanismus der Medikamente sowie Tipps für den Umgang

mit deren Nebenwirkungen. Nebenwirkungen, die die sexuelle Funktion beeinträchtigen, wurden zumeist in individuellen Einheiten besprochen. Durch diese Maßnahmen konnten den Patienten vielfach ihre Zweifel genommen werden und sie wurden gleichzeitig ermutigt, sich mit weiteren Fragen an ihre behandelnden Ärzte zu wenden. Die Aufklärung über den Grund einer spezifischen Medikation sowie die Beurteilung bestimmter Medikamente blieb weiterhin der Zuständigkeitsbereich der Ärzteschaft (124).

Die Psychoedukation selbst hat ihre Wurzeln in der Verhaltenstherapie und somit lerntheoretische Maßnahmen integriert. Während die Verhaltenstherapeuten aktuelle Probleme aufgreifen, liegt der Schwerpunkt der Psychoedukation in der Wissensvermittlung. Durch Information und laiengerechte Aufklärung des Patienten soll die Auseinandersetzung mit der Krankheit selbst gefördert werden (125).

Der US-amerikanische Arzt C.M. Anderson (126) war es schließlich, der als erster den Begriff „Psychoedukation“ („psychoeducation“) verwendet hat. Seine damalige Arbeit widmete sich der Behandlung Schizophrener, wobei er auch die Familie einbezog. Eine Grundlage bildete dabei das von Zubin und Spring (98) entwickelte Modell der Vulnerabilität. Anderson (126) berücksichtigt in seinem therapeutischen Ansatz die biologischen, psychologischen und umweltbedingten Faktoren und erkennt auch den Einfluss der des kommunikativen Verhaltens, beziehungsweise der EE, auf den Verlauf der Schizophrenien. Er nimmt an, dass selbst bei medikamentös therapierten Patienten ein Rückfall möglich ist, wenn entweder die Stimulation aus der Umgebung zu groß und/oder das psychologische Defizit, mit dem er die Probleme bei der Selektion relevanter Stimuli meint, zu schwer ist. Umgekehrt weist er gleichzeitig darauf hin, dass die Kombination seines psychoedukativen Ansatzes mit einer neuroleptischen Therapie der beste Weg für ein rückfallfreies Weiterleben ist. Die Psychoedukation richtet sich nicht nur an Patienten, sondern an die gesamte Familie um folgende Ziele zu erreichen:

- Durch die Information über die Schizophrenien soll es den Familienmitgliedern leichter fallen, dem Patienten Verständnis und Toleranz entgegenzubringen. Damit kann einem high-EE-Klima entgegengewirkt werden.
- Die Schaffung eines vorhersehbaren und unterstützenden Umfeldes soll den familiären Stress reduzieren. Man stellt sich auf mögliche Probleme ein, bevor sie auftreten und legt klare Grenzen und Regeln des Umgangs fest.
- Soziale Netzwerke sollen verstärkt werden.

- Die Bereiche, die immer wieder familiären Stress erzeugen, sollen vermindert werden.

Es wird versucht, diese durch unterschiedliche Arten von Interventionen zu erreichen: in Familiensitzungen mit oder ohne dem Patienten oder in Sitzungen mit mehreren Familien. Der therapeutische Ablauf selbst ist nun in vier Phasen gegliedert:

1. Kontaktaufnahme mit der Familie:

Diese Phase beginnt kurz nach der stationären Aufnahme, denn die Familie soll von Anfang an involviert werden. Der Therapeut wird zum Vertrauensmann, er informiert über den individuellen Behandlungsplan des Patienten, erkundigt sich nach den Gefühlen dem Patienten und der Erkrankung gegenüber und achtet auch auf die Bedürfnisse der Familie. Weiters wird versucht Reaktionen, die ungünstig für die Remission oder das Wiederauftreten der Erkrankung sind, zu identifizieren. Die Sorge der Verwandten wird genutzt, allerdings soll die oft vorhandene Hilflosigkeit durch hilfreiche Taten ersetzt werden. Danach wird ein Behandlungsplan unter der Berücksichtigung der Anliegen des Patienten und der Familie erstellt.

Diese Maßnahmen sollen eventuelle Schuldgefühle und die negative Einstellung der Erkrankung und des Erkrankten gegenüber sowie auch den Stress in der Familie vermindern.

Es werden zumindest zwei Sitzungen pro Woche abgehalten, meist ohne dem Patienten, da er in einer akuten Psychose nicht profitieren würde. Allerdings findet vor der Entlassung wenigstens eine Therapiestunde mit der gesamten Familie statt.

2. Lernen von Fähigkeiten um mit Schizophrenie leben zu können:

Dieser Teil ist vorwiegend edukativ und beinhaltet auch einen eintägigen Workshop, an dem alle Mitglieder von vier bis fünf Familien teilnehmen. Dabei lernt man Familien in ähnlichen Situationen kennen und bekommt gleichzeitig Informationen in einer klaren und verständlichen Weise. Diese betreffen die Pathogenese der Schizophrenien, deren Prognose und auch deren Behandlungsmöglichkeiten, wobei den Effekten und Nebenwirkungen der Medikamente besonderes Augenmerk geschenkt wird. Auch auf das Management des Alltagslebens mit einem Schizophrenen wird eingegangen, damit nicht jeder Verhaltensänderung eines Patienten eine emotionale Reaktion folgt. Die Familien bekommen außerdem Tipps wie sie die Kommunikation mit dem Patienten modifizieren

können und lernen auch, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse dem Kranken gegenüber und untereinander vertreten sollen.

3. Anwendung der erlernten Fähigkeiten im individuellen Familienleben:

Diese Phase beginnt nach der akuten Krankheitsphase und besteht aus Sitzungen mit den Familienmitgliedern und dem Patienten. Diese finden jede Woche oder alle zwei Wochen über einen Zeitraum von sechs Monaten statt. Dabei werden die interpersonellen Grenzen in der Familie gestärkt und die Abgrenzung zwischen der Familie und der Gemeinschaft soll vermindert werden. Außerdem werden die Beteiligten aufgefordert auf Signale zu achten, die darauf hinweisen, dass sie Unterstützung brauchen. Der Patient und die Familie werden ermutigt, die Privatsphäre zu wahren und gleichzeitig sich so zu verhalten, dass dies für niemanden ein Problem darstellt. Ein weiterer wichtiger Punkt dieser Phase ist die schrittweise Übernahme der Verantwortung. Der Patient kann langsam wieder in die Welt integriert werden, wie sie vor der Krise bestanden hat. In dem Bewusstsein, dass diese Phase auch die Zeit mit der größten Rückfallwahrscheinlichkeit ist, sollten Veränderungen nicht gleichzeitig erfolgen.

4. Kontinuierliche Behandlung oder Abkoppelung:

Einerseits gibt es an dieser Stelle die Möglichkeit eine intensivere Familientherapie einmal wöchentlich in Anspruch zu nehmen, die eine traditionellere Form einnimmt und sich mit ungelösten Problemen beschäftigt. Andererseits steht es den Familien auch frei, sich in Richtung einer Erhaltungstherapie, wobei die Anzahl der Therapiestunden abnimmt, zu bewegen. Dabei werden keine neuen Themen mehr aufgegriffen, sondern es wird Bekanntes nachbearbeitet um einen plötzlichen Stressanstieg zu vermeiden.

In den USA wurde die Idee dieses Therapiekonzeptes aufgegriffen und weiterentwickelt. Brenner (127) bezog sich schließlich auf das „Social and independent Living Skills – Symptom Management Module“, das eine amerikanische Forschergruppe um Robert Liberman entwickelt hatte, modifizierte diese „Vorlage“ etwas und übersetzte das Programm ins Deutsche: „Fertigkeiten für eine soziale und unabhängige Lebensführung – Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen“. Ziel dieses Programms ist es, den chronisch erkrankten Patienten zu lehren, wie man durch das Erkennen von Warnzeichen und der Inanspruchnahme von Therapien Rückfälle beziehungsweise den

Schweregrad einer Exazerbation vermindern kann. Zur strukturierten Informationsvermittlung erfolgt eine Gliederung in vier Fertigungsbereiche:

1. Erkennen der Warnzeichen eines Rückfalls
2. Umgehen mit Warnzeichen
3. Umgehen mit anhaltenden Symptomen
4. Ablehnen von Alkohol und Drogen

Jeder einzelne Bereich ist in sieben Lerneinheiten gegliedert, die sich auf den Stoff des jeweiligen Fertigungsbereichs beziehen:

- a. Einführung in den Fertigungsbereich
- b. Videoabend mit Fragen und Antworten
- c. Rollenspiel
- d. Anwendung von Hilfsmittel
- e. Anwendungsproblem
- f. In-vivo-Übung (vom Therapeuten begleitet)
- g. Hausaufgabe (ohne Therapeut)

Die Grundlage dieser Fertigungsbereiche bilden Strategien des Problemlösens, da es für einen unabhängigen Lebensstil von entscheidender Wichtigkeit ist, die Schwierigkeiten des täglichen Lebens zu bewältigen. Dabei sind sieben Schritte zu berücksichtigen:

- Wie löst man Probleme?
- Was ist das Problem?
- Auf welche Weisen kann ein Problem gelöst werden?
- Auswertung der Möglichkeiten.
- Auswahl und Planung der Ausführung einer oder mehrerer Möglichkeiten.
- Welche Hilfsmittel sind dazu nötig?
- Festsetzung von Datum und Zeit zur Ausführung der gewählten Lösung und Durchführung.

Bevor allerdings mit dem Programm der Fertigungsbereiche begonnen wird, finden Orientierungssitzungen statt. Dabei geht es um die erste Kontaktaufnahme, es werden die

ersten Rollenspiele durchgeführt um die wichtigsten Elemente einer guten Kommunikation bewusst zu machen und das Prinzip des allgemeinen Problemlösens wird erklärt. Bevor auf die Zielsetzung eingegangen wird und Fertigungsbereiche grob umrissen werden, führt der Therapeut noch eine Art Test durch, um Rückschlüsse auf den Kenntnisstand der Teilnehmer zu bekommen.

Es wird empfohlen, die Trainingseinheiten mit einer Gruppe von drei bis acht Patienten durchzuführen, wobei grundsätzlich auch Einzeltherapien möglich sind. Steht ein Co-Therapeut zur Verfügung sind auch Gruppen mit zehn bis zwölf Teilnehmern gut zu betreuen.

Neben den Therapeuten sollten die Patienten auch Vertrauenspersonen haben, da deren Mithilfe bei bestimmten Übungen (in-vivo-Übungen und Hausaufgaben) von Nöten ist. Diese Personen sollten schon zu Beginn des Therapieprogramms ausgewählt werden, damit eine Information bezüglich der Häufigkeit und Art ihres Einsatzes möglich ist.

Die für die Durchführung des Therapieprogramms benötigte Zeit beläuft sich etwa auf sechs Monate, je nach Frequenz der Sitzungen pro Woche. Idealerweise sollten diese ein bis zwei Stunden dauern und zwei bis drei Mal pro Woche stattfinden, wobei allerdings auf die Lernfähigkeit der Gruppe Rücksicht genommen werden soll.

Die Auswahl der Patienten richtet sich vor allem nach deren Fähigkeit zur Kooperation und Aufmerksamkeit sowie nach deren Bereitschaft, regelmäßig an den Sitzungen teilzunehmen. Demnach wird vom Einbezug akut Kranker Abstand genommen.

Neben dieser Arbeit wurden auch weitere Manuale englischsprachiger Autoren übersetzt und so schaffte es die Psychoedukation auch im deutschen Sprachraum Fuß zu fassen.

Aufgrund der sehr individuellen Behandlung, die mit einem großen therapeutischen Aufwand verbunden war, war man bestrebt, weitere Therapieprogramme zu entwickeln. Diese sollten relativ gesehen weniger Zeit in Anspruch nehmen und gleichzeitig alle wichtigen Elemente enthalten. Durch die Modifizierung sollte der Weg für die Integration in die Routinetherapie geebnet werden.

1996 kam es erstmals zu einem Arbeitstreffen. Dieses fand in Hamburg statt und es nahmen Mitarbeiter aus 13 Zentren mit ihren unterschiedlichen Konzepten teil. Das war die Gründung der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, die es sich zum Ziel setzte, den kleinsten gemeinsamen Nenner der Konzepte zu extrahieren und gemeinsame Ziele zu formulieren. 2003 verabschiedete diese Arbeitsgruppe ein Konsensuspapier, aus dem auch die oben angeführte Definition entnommen ist (13).

3.3 Exemplarischer Ablauf eines Psychoedukationszyklus

Das an dieser Stelle vorgestellte Konzept wurde bereits auf seine Wirksamkeit überprüft.

Im Rahmen der Münchner PIP-Studie (Psychosen-Informationen-Projekt), die sich von 1990 bis 1994 erstreckte, erhielten alle Patienten eine medikamentöse Therapie, die sich nach den jeweiligen individuellen Bedürfnissen richtete. Die Patienten der Interventionsgruppe nahmen zusätzlich an der Psychoedukation teil. Parallel dazu wurde auch eine Angehörigengruppe geführt. Es wurden mit jeder Gruppe acht Sitzungen abgehalten.

Die Integration von Patienten und Angehörigen bezeichnet man als bifokalen Ansatz (128).

Der Ablauf dieses Psychoedukationskonzeptes wird in einem Arbeitsbuch folgendermaßen beschrieben (129):

Die Patientengruppen sollen so rasch wie möglich begonnen werden. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass die Gruppenfähigkeit gegeben ist und der Patient nicht mehr durch schwere psychotische Symptome, wie imperative Stimmen, Suizidalität oder andere, beeinträchtigt ist. Die Gruppengröße beläuft sich auf acht bis 15 Teilnehmer. Die Treffen finden zwei Mal pro Woche statt und dauern 60 Minuten.

Voraussetzung für die Teilnahme von Verwandten an den Angehörigengruppen ist das Einverständnis des Patienten. Die Gruppengröße kann bis zu zwanzig Teilnehmer umfassen, die Treffen finden im Abstand von 14 Tagen statt und dauern 90 bis 120 Minuten.

In beiden Fällen handelt es sich um geschlossene, fortlaufende Gruppen.

Die Gruppenleitung wird von Psychologen oder Ärzten übernommen, wobei Ko-Therapeuten aus unterschiedlichen Berufssparten kommen können.

Sowohl in den Patienten- als auch in den Angehörigengruppen hat neben der Informationsvermittlung die emotionale Entlastung der Teilnehmer in jeder Einheit einen hohen Stellenwert. Wichtige Elemente sind deshalb das Finden einer „gemeinsamen Ebene“, das Wiederholen bedeutsamer Fakten und auch das Aufgreifen oder Ansprechen emotionaler Themen.

1. Sitzung: Begrüßung und Einführung

Der Beginn ist gekennzeichnet durch eine Vorstellungsrunde und gegenseitiges Kennenlernen. Es werden Gruppenregeln, die auch die Schweigepflicht nach außen beinhalten, vereinbart, die Themen der folgenden Treffen werden vorgestellt und deren

Termine fixiert. Weitere wichtige Punkte sind die Evaluierung des Wissens mittels Fragebögen, das Erfragen der individuellen Erwartungen und das Einschätzen der eigenen Befindlichkeit.

Nach jeder Sitzung sollte sich der Leiter bedanken, positive abschließende Worte finden, offen sein für Feedback und die Folgetermine noch einmal in Erinnerung rufen.

2. Sitzung: Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik

Nach der Begrüßung folgt ein kurzes Blitzlicht auf die letzte Einheit und der Therapeut erkundigt sich nach dem aktuellen Befinden. So beginnt von nun an jede Sitzung.

Die Teilnehmer werden gebeten ihre Beschwerden vor dem Aufenthalt in der Klinik zu beschreiben. Diese werden auf einer Tafel in einem Spektrum, das von ausgeprägten Plus-Symptomen über normales Befinden bis zur ausgeprägten Minussymptomatik reicht, angeordnet. Es folgt die Erklärung und Besprechung folgender Termini: Psychose, schizophrener Formenkreis, Frühwarnzeichen, Plussymptome, „Normbereich“, Minussymptome, postpsychotische Depression, Gesetzmäßigkeit des Ablaufs von Plus- und Minussymptomen, Mischzustände und schließlich geht der Therapeut auch noch auf den Verlauf und die Prognose ein.

3. Sitzung: „Somatische Brücke“

Zuerst erfolgt die Erklärung der Reizleitung, dann wird der Unterschied während einer Psychose hervorgehoben. Anhand eines sehr vereinfachten Synapsen-Modells, das auch graphisch präsentiert wird, soll der Dopaminüberschuss im synaptischen Spalt und als dessen Folge die Reizverstärkung dargestellt werden. Der Ansatzpunkt der Neuroleptika wird als postsynaptischer Puffer erklärt (vgl. Abb. 2). Man kann auch präsynaptisch intervenieren, indem versucht wird einer Reizüberflutung entgegenzuwirken. Sowohl Psychotherapien als auch des familiäre Umfeld sind in der Lage „an dieser Stelle“ einzugreifen.

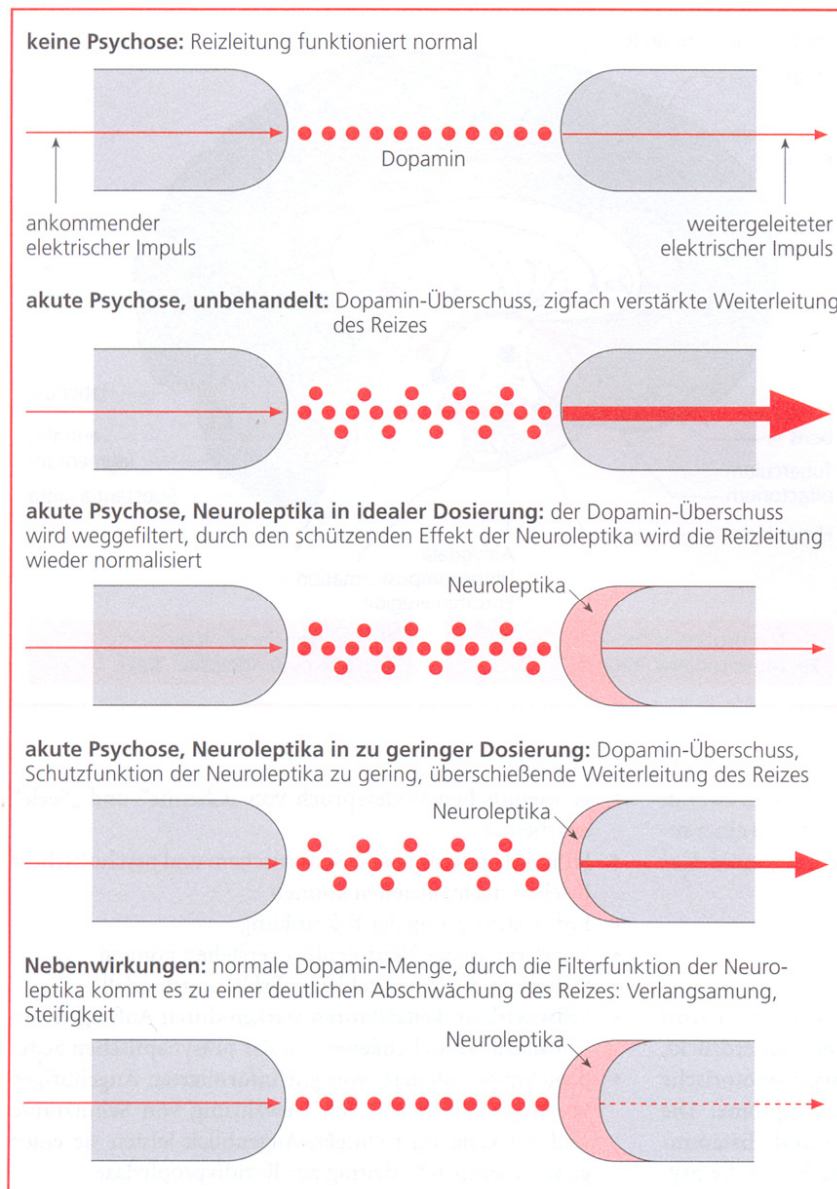


Abbildung 2: Synapsen-Modell (129), p. 72 (mod. nach Bäuml 1994)

Schließlich wird noch der Unterschied zwischen typischen und atypischen Neuroleptika erklärt, wobei sich die Atypika durch eine selektivere Dopaminblockade auszeichnen. Somit wird in dieser Sitzung die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie unterstrichen.

4. Sitzung: Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell

Die Patienten werden nach ihrer Meinung über mögliche Ursachen ihrer Erkrankung gefragt. Zur Verdeutlichung der Einflussfaktoren auf die Pathogenese erfolgt auf einer Tafel eine Einteilung in zwei Spalten – „Vulnerabilität“ und „Stress“.

Der Ausbruch der Erkrankung wird durch Vulnerabilität (Veranlagung) und das Einwirken von Stress erklärt (vgl. Abb. 3). Die Vulnerabilität kann unterschiedliche Ursachen haben: genetische, organische oder lebensgeschichtliche. Stress entsteht, wenn das Bewältigungsvermögen reduziert ist (Coping Defizit), bei Interaktionsschwierigkeiten mit anderen Menschen oder bei einer Kumulierung von schicksalhaften Lebensereignissen (Life-Events).

Bei erhöhter Vulnerabilität und erhöhtem Stresspegel kann ein „kritischer Grenzwert“ überschritten werden, woraus in weiterer Folge eine Psychose resultiert.

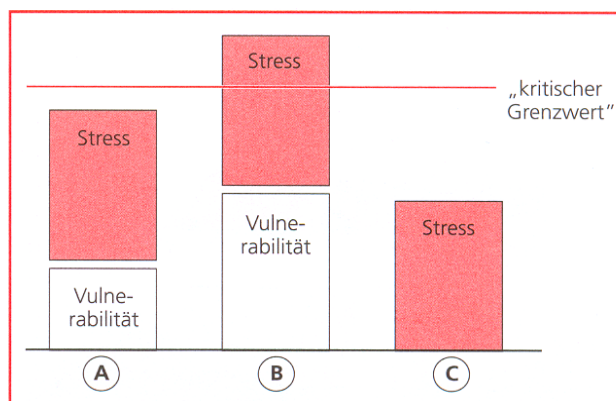


Abbildung 3: Kritischer Grenzwert (129), p. 75 (mod. nach Bäuml 1994)

Anschließend werden die Ansatzpunkte unterschiedlicher Therapien erläutert. Während durch die Medikamente die genetisch oder somatisch bedingte Vulnerabilität beeinflusst wird, widmen sich die Psychotherapie und die Soziotherapie den anderen Ursachen.

5. Sitzung: Medikamente und Nebenwirkungen:

Man lässt die Patienten ihre Erfahrungen mit den Medikamenten schildern, wobei man sowohl die Wirkung als auch das Nebenwirkungsprofil berücksichtigt. Die Nebenwirkungen werden auf einer Tafel in drei Säulen eingeteilt:

extrapyramidalmotorische Symptome, psychovegetative oder sonstige Nebenwirkungen. Darunter werden die dafür verantwortlichen Medikamente aufgeschrieben und in typische und atypische Neuroleptika sowie nach ihrer Potenz unterteilt. Danach erfolgt die Diskussion der jeweiligen Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Medikamentengruppen.

Anhand des Synapsen-Modells (vgl. Abb. 2) wird noch einmal die Wichtigkeit der medikamentösen Therapie hervorgehoben und auf die Rezidivprophylaxe je nach Krankheitsverlauf hingewiesen.

6. Sitzung: Psychotherapie und Psychosoziale Maßnahmen

Zuerst werden positive Bewältigungstechniken der Patienten diskutiert und deren Wichtigkeit betont. Darüber hinaus wird auch über professionelle Unterstützungsmaßnahmen, wie Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, systemische Familientherapie, psychosoziale Maßnahmen und auch die Unterstützung durch Angehörige informiert. Es werden deren Anwendungsmöglichkeiten und Indikationen erklärt und bisherige Erfahrungen damit thematisiert.

7. Sitzung: Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan

Trotz der bereits besprochenen Therapien und gerade, wenn diese nicht in Anspruch genommen werden, muss auf die Möglichkeit eines Rückfalls hingewiesen werden. Dabei wird auch auf die Bedeutung des Klimas in der Familie (Expressed Emotions) eingegangen. In diesem Zusammenhang findet die Besprechung möglicher Frühwarnzeichen und die Ermutigung der Patienten, sich einen Krisenplan zurechtzulegen, statt.

8. Sitzung: Abschluss-Sitzung

Es erfolgt noch einmal eine Wiederholung der wichtigsten Informationen, wobei möglichst viele Fragen an die Patienten zurückgegeben werden sollen. Perspektiven für weitere Therapien oder die mögliche Teilnahme an Selbsthilfegruppen werden besprochen und der Gruppenverlauf wird evaluiert.

Wenn es erwünscht ist, kann auch weiterführende Literatur empfohlen werden.

Die Schlussrunde soll eine persönliche Verabschiedung beinhalten, sodass die Patienten die Gruppe als „Krankheitsexperten“ mit einem positiven Gefühl verlassen können.

Die Themenschwerpunkte für die Angehörigengruppe sind analog.

In den Sitzungen wird vor allem auch hervorgehoben, dass in jedem Gruppenmitglied ein gewisses Unterstützungspotential steckt, das einen wesentlichen Einfluss auf die Genesung und den weiteren Krankheitsverlauf hat. Gleichzeitig wird aber auch darauf geachtet, die Angehörigen nicht zu überfordern oder ihnen bei Bedarf ebenfalls weitere therapeutische Maßnahmen zukommen zu lassen (130).

Nach 12 und 24 Monaten erfolgte ein Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe der PIP-Studie. Sowohl im ersten als auch im zweiten Beobachtungsjahr stellte man deutliche Unterschiede in den Rehospitalisierungsraten fest (vgl. Tab.5). Durch die Psychoedukation konnte auch die Compliance der Patienten positiv beeinflusst werden. Sie blieb in der Interventionsgruppe gleich hoch, während sie in der Kontrollgruppe sowohl nach einem als auch nach zwei Jahren niedriger war (128).

Auch nach sieben Jahren spricht die niedrigere Rehospitalisierungsrate für die Anwendung von Psychoedukation (vgl. Tab. 5). Die Patienten der Interventionsgruppe verbrachten ferner durchschnittlich weniger Tage in stationärer Betreuung (131).

Beobachtungszeitraum	Rehospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe	Rehospitalisierungsrate in der Kontrollgruppe
1 Jahr	21%	38%
2 Jahre	41%	58%
7 Jahre	54%	88%

Tabelle 5: Verlauf der Rehospitalisierungsrate

Aguglia et al. (132) gingen von dem bifokalen Schema der Münchner PIP-Studie (128) aus und führten ebenfalls acht Sitzungen mit einer Dauer von 60 bis 90 Minuten durch. Die Gruppenleitung übernahmen zwei Mitarbeiter der Psychiatrie, meistens ein Psychiater und eine psychiatrische Krankenschwester. Über die Dauer von einem Jahr wurde die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe, deren Therapie aus medikamentöser Behandlung und psychosozialer Betreuung bestand, verglichen. In den ersten vier Monaten nahm die Symptomatik in beiden Gruppen ab. Danach konnte man nur noch in der Interventionsgruppe weiterhin Verbesserungen verzeichnen. Weiters zeigte sich nach der Psychoedukation eine signifikante Reduktion der zu einer stationären Aufnahme führenden

Rückfälle sowie der Dauer der Krankenhausaufenthalte. Außerdem stieg die Lebensqualität, die mittels eines Fragebogens erhoben wurde. Das führte wiederum zu einer besseren Einhaltung des ganzen Therapieprogramms.

3.4 Variationsmöglichkeiten der Psychoedukation

In unterschiedlichen Studien kommen verschiedene Modifikationen psychoedukativer Interventionen zu tragen, wobei an dieser Stelle einige davon exemplarisch angeführt werden sollen. Einen Überblick bezüglich einiger möglicher Variationen und deren postinterventionelle Erfolge gibt die Tabelle 6.

Das Programm von Merinder et al. (133) verfolgt einen bifokalen Ansatz, wobei die Patienten- und Angehörigengruppen getrennt abgehalten werden. Beide Gruppen konnten von der Psychoedukation postinterventionell profitieren. Zu einem weiteren Beobachtungszeitpunkt nach einem Jahr waren zumindest die Patienten auch weiterhin mit der Involvierung der Angehörigen zufrieden.

Das Support and Family Education (SAFE) Program (134) stellt eine Form der Psychoedukation dar, die nur für Angehörige gedacht ist. An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass die Gruppen offen geführt werden. Die Teilnehmer können immer dann einen Workshop besuchen, wenn sie wollen oder wenn das Thema für sie von Interesse ist. Außerdem ist die Gesamtdauer nicht beschränkt. Diese Sitzungen sollen einen fortlaufenden Prozess darstellen, an dem man je nach Belieben mehrere Male teilnehmen kann. Der Inhalt dieses Programms ist nicht auf den Formenkreis der Schizophrenien beschränkt, sondern diagnosenübergreifend. Neben allgemeineren Themen wie unter anderem Kommunikation, rechtliche Grundlagen, oder Tipps, wie man erkrankte Familienmitglieder unterstützen kann und nicht auf sich selbst vergisst, werden folgende Krankheitsbilder behandelt: Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenien. Die Leitung übernimmt ein Psychologe. Für einen Teil eines jeden Workshops ist auch ein Psychiater anwesend, der für Auskünfte die Medikation betreffend zur Verfügung steht.

In einer chinesischen Studie wurde die Anwendung eines Psychoedukationsprogramms mit einer Kontrollgruppe, die Standardinformationen über den Zustand des Patienten, den Behandlungsplan, Effekte und Nebenwirkungen der Medikamente sowie individuelle

Beratung durch Pflegepersonal oder Sozialarbeiter erhielt, verglichen. Auch hier zeigt sich ein Benefit für die Angehörigen (135).

Yamaguchi et al. (136) konnten sogar nach einer Kurzzeitintervention, die nur vier Einheiten Psychoedukation umfasste, einen signifikanten Rückgang der Ängstlichkeit, der subjektiven Belastung und der Verzweiflung messen.

Selbst wenn der therapeutische Ansatz primär auf eine Betreuung der Angehörigen abzielt, gibt es auch die Möglichkeit, die Patienten mit einzubeziehen. Chien und Chan (137) führten ihre Studie zwar mit Angehörigengruppen durch, die Patienten wurden allerdings insgesamt zu drei Treffen eingeladen. Dabei lag der Schwerpunkt auf dem Wissen über die Krankheit und deren Behandlung, auf der Medikamentencompliance und außerdem wurden die Teilnehmer über andere verfügbare Dienste für psychisch Kranke informiert. Die in der Tabelle 6 angeführten Erfolge konnten im Vergleich zu einer Gruppe, deren Teilnehmer eine Standardbehandlung erhielten, erzielt werden. Trotz allem erwies sich in dieser Untersuchung eine supportive Gruppenpsychotherapie für Angehörige als effektiver in Bezug auf die Anzahl der Rehospitalisierungen und das Funktionieren des Patienten, sowohl eine Woche als auch ein Jahr nach der Intervention.

Umgekehrt besteht auch die Möglichkeit, den Schwerpunkt auf die Patienten zu legen und die Angehörigen zu integrieren. Schaub et al. (138) haben innerhalb der 15 Therapiewochen für die Patienten auch vier Einheiten Psychoedukation für die Angehörigen in Form von Mehrfamilien-Gruppen angeboten. Nach der Therapie war das Wissen über die Krankheit größer und die Symptomatik konnte verbessert werden, vor allem im Hinblick auf Angst, Depression und Negativsymptomatik.

Im Gegensatz zu den bereits erwähnten Gruppen, die sich aus Angehörigen unterschiedlicher Familien zusammensetzen, gibt es auch die Möglichkeit, dass sich ein Therapeut einer einzigen Familie widmet. Dabei kann auch die ganze Bandbreite der Variationen der Psychoedukation zum Einsatz kommen. Bei der in Tabelle 6 erwähnten Form der „Ein-Familien-Psychoedukation“ werden zuerst drei Einheiten Psychoedukation für den Patienten alleine angeboten, die restliche Familie nimmt an einem Workshop teil. Anschließend folgen die gemeinsamen Sitzungen. Der Vergleich mit einer Gruppe, an der mehrere Familien teilnahmen, zeigte allerdings, dass der letztgenannte Ansatz effektiver ist in Bezug auf eine möglichst lange Remission (139).

Analog zu den angeführten Angehörigengruppen gibt es auch die Möglichkeit eines unifokalen Ansatzes, der nur die Patienten berücksichtigt (140). Dabei konnte man sowohl

nach der Behandlung als auch nach weiteren sechs Monaten eine signifikante Verbesserung der Psychopathologie feststellen.

Einen weiteren Unterschied in der Gruppenführung beschreiben Shin et al. (141), wobei ein Sozialarbeiter die Leitung übernommen hat.

Weiters gibt es Bestrebungen, Angehörige durch Absolvierung eines Stufenplans zu Gruppenleitern auszubilden. Diese sollen danach diagnosenspezifische Angehörigengruppen leiten. Da die Ausbildung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist, liegen diesbezüglich noch keine Daten einer Evaluation vor (142).

Das gleiche Konzept lässt sich auch für Patienten anwenden. Doch auch in diesem Fall ist deren Ausbildung noch nicht abgeschlossen (143).

Obwohl die beschriebenen Variationen der Psychoedukation in Gruppen abgehalten werden, gibt es auch die Möglichkeit das Programm eines Zyklus als individuelle Intervention anzuwenden, worauf Hornung et al. (144) hinweisen.

Variationsmöglichkeiten	Intervention	Gruppenleitung	Teilnehmer	Gruppengröße	Messmethodik	Ergebnisse
Merinder et al. (133)	8 Einheiten 1 Mal/Woche	nicht angegeben	Patienten und Angehörige	5-8 Teilnehmer	- Skalen (OPCRIT, BPRS, GAF) - Fragebogen (IS, VSSS, Knowledge of Schizophrenia) - Daten aus Krankenakten	Patienten und Angehörige: - Wissen bezüglich Schizophrenien ↑ - Zufriedenheit mit der Einbindung der Angehörigen ↑
Sherman (134)	14 Einheiten à 90 min. 1 Mal/Monat	Psychologe und Psychiater	Angehörige	4-25 Teilnehmer	- Fragebogen (Likert-Scale)	- Wissen über psychiatrische Krankheiten ↑ - Wissen über eigene Ressourcen ↑
Cheng und Chan (135)	10 Einheiten à 120 min. 1 Mal/Woche	psychiatrische Krankenschwester	Angehörige	max. 8 Teilnehmer	- Fragebogen (SSQ-6) - Interview (FBIS) - Skala (SES)	- Selbstvertrauen ↑ - Wahrnehmung familiärer Belastungen ↑ - Wahrnehmung sozialer Unterstützung ↑
Yamaguchi et al. (136)	4 Einheiten à 120 min. innerhalb von 2 Monaten	2-3 Ärzte, eine Krankenschwester und ein Sozialarbeiter	Angehörige	2-6 Teilnehmer	- Skalen (STAI, The Family Burden and Distress Scale) - Interview (FMSS)	- Ängstlichkeit ↓ - subjektive Belastung ↓ - Verzweiflung ↓
Chien und Chan (137)	12 Einheiten à 120 min. 14-tägig	2 psychiatrische Krankenschwestern	Angehörige	10-12 Teilnehmer	- Skalen (FSSI, SLOF) - Daten aus Krankenakten	- Anzahl und Dauer der Hospitalisierungen ↓ - besseres Funktionieren
Schaub et al. (138)	26 Einheiten à 90 min. 2 Mal/Woche	Psychologe	Patienten	nicht angegeben	- semistrukturierte Interviews (BPRS, GAS, PANSS, CGI) - Tests (Multiple-Choice Test des Symptom Management Moduls, MWT-B)	- Wissen über Krankheit ↑ - Verbesserung der Symptomatik
Bechdolf et al. (140)	8 Einheiten à 60-90 min. über 8 Wochen	Psychiater oder klinischer Psychologe	Patienten	8 Teilnehmer	- Skalen (PANSS, 4-Punkte Beurteilungsskala über Compliance) - Anzahl der Rehospitalisierung - Anzahl der Rückfälle - Daten aus Krankenakten	- Verbesserung der Symptomatik
Shin und Lukens (141)	10 Einheiten à 90 min. über 10 Wochen	Sozialarbeiter (später Student unter Supervision des Sozialarbeiters)	Patienten	8 Teilnehmer	- Skalen (BPRS, Stigma Devaluation Scale, Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale)	- Symptomatik ↓ - Coping Fähigkeiten ↑ - Empfindung der Krankheit als Stigma hat abgenommen
McFarlane et al. (139)	1 Einheit für Patient und Familie gemeinsam; 14-tägig; Dauer: 2 Jahre	Arzt	Familie	je nach Anzahl der Familienmitglieder	- Skalen (BPRS, SANS, dichotome Skalen bezüglich eines Arbeitsplatzes, ordinale Skala für Compliance) - Anzahl von Rückfällen und Hospitalisierungen	- Negativsymptomatik ↓

Tabelle 6: Variationsmöglichkeiten der Psychoedukation

3.5 Wirkfaktoren

Yalom (1956) erklärt, dass eine Veränderung von Klienten im Laufe einer Therapie über das Einwirken so genannter „therapeutischer Faktoren“ vor sich geht. Diese können je nach therapeutischem Ansatz in ihrer Intensität und Zusammenstellung variieren, sind aber grundsätzlich immer vorhanden und werden wie folgt unterteilt:

- **Hoffnung wecken**

Durch Motivation des Patienten zur Therapie soll sein Vertrauen in diese gestärkt werden und durch die Fortsetzung der Therapie können auch weitere Faktoren wirksam werden.

- **Universalität des Leidens**

Den Teilnehmern wird vermittelt, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind, was eine gewisse Entlastung mit sich bringt.

- **Mitteilen von Information**

Neben der Aufklärung über seelische Krankheit und Gesundheit durch den Therapeuten ist ein Informationsaustausch in Form von Tipps und Erfahrungsberichten unter den Patienten möglich.

- **Altruismus**

Durch das Geben und Empfangen von Unterstützung können die Patienten profitieren und die Erkenntnis, dass sie für andere eine Bereicherung sein können, führt zur Stärkung des Selbstwertgefühls.

- **Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe**

Die erneute Auseinandersetzung mit Familienkonflikten in Kombination mit dem Hinterfragen festgefahrener Rollen kann zu einer Modifikation der familiären Beziehungen und zu neuen Verhaltensmustern führen. Dadurch besteht die Möglichkeit bestehende Probleme abzuschließen.

- **Entwicklung sozialer Kompetenz**

Der Vermittlungsprozess kann dabei direkt vor sich gehen, wie beispielsweise in Form von Rollenspielen oder aber über gezieltes Feedback.

- **Imitationsverhalten**

Die gegenseitige Beobachtung beim Umgang mit Problemen kann bei verschiedenen Teilnehmern der Gruppe zu einer Veränderung des Verhaltensstils führen.

- **Interpersonales Lernen**

Im Idealfall einer Gruppentherapie entwickelt sich die Gruppe zu einem sozialen Mikrokosmos, in dem sich die Mitglieder ungezwungen verhalten können. Dadurch kommen die jeweiligen persönlichen Probleme zum Ausdruck. Unverarbeitete Affekte werden deutlich und können aufgrund von Feedback anderer, sowie deren Reaktionen und auch Selbstreflexion korrigiert werden.

- **Gruppenkohäsion**

Für den Zusammenhalt einer Gruppe ist die Anziehungskraft, die von dieser ausgeht, aber auch diejenige, die zwischen den Mitgliedern besteht, bedeutend. Besteht eine starke Kohäsivität, so ist das Maß an gegenseitiger Hilfe und Akzeptanz groß.

- **Katharsis**

Ein weiterer Ansatz für den therapeutischen Fortschritt ist die Reflexion und der Ausdruck von Emotionen.

- **Existenzielle Faktoren**

Es kommt zur Konfrontation mit dem individuellen Dasein. Mögliche Themen dabei sind: Akzeptanz gewisser Umstände, Unvorhersehbarkeit oder Verantwortung für die eigene Lebensführung.

Auch bei anderen Autoren werden ähnliche Wirkprinzipien, die nicht unmittelbar auf eine therapeutische Richtung beschränkt sind, gefunden:

- **Problembewältigung**

Die Schwierigkeiten des Patienten werden als eine Form des Nicht-Könnens aufgefasst und dann wird aktive Hilfe zur Bewältigung angeboten. Dabei ist es wichtig, das nötige problembezogene Wissen zu vermitteln.

- **Klärung**

Dabei erfolgt die Unterstützung durch den Therapeuten dahingehend, dass der Patient sich über sich selbst klarer wird. Denn nur, wenn er sich selbst und damit sein Erleben und Verhalten versteht, ist eine Eigenakzeptanz oder eine bewusste Veränderung möglich.

- **Beziehung**

Für die erfolgreiche Therapie ist ein angemessener zwischenmenschlicher Rahmen notwendig. Der Patient soll sich angenommen fühlen, denn dann ist es auch möglich, individuell belastende Veränderungen vorzunehmen.

Diese drei Perspektiven sollten immer berücksichtigt werden, wobei die Gewichtung variieren kann (146).

Die Wirkung der bis jetzt angeführten Faktoren ist nicht auf eine bestimmte therapeutische Richtung beschränkt. Deshalb finden sich Elemente davon auch in der Psychoedukation.

In den Gesprächen innerhalb der Gruppe lernen die Patienten Menschen kennen, mit denen sie über Erfahrungen und Erlebnisse sprechen können. Dabei merken sie, dass sie mit ihrem Schicksal nicht alleine sind. Laut Aussagen mancher Ärzte hilft dies einigen Betroffenen, ihren Außenseiterstatus in der Gesellschaft abzulegen, wodurch es zu einer Verbesserung der Lebensqualität kommt (147).

Angehörige treffen über einen gewissen Zeitraum immer wieder die selben Leute, die normale soziale Interaktionen formen. Innerhalb der Gruppe erfahren sie gegenseitige Unterstützung und verbessern so ihre Fähigkeit zu sozialem Engagement. Außerdem können die Teilnehmer als Modelle für andere fungieren, indem sie Möglichkeiten der

sozialen Interaktion vorleben. Leitlinien für zu Hause, wie beispielsweise niedrigere Erwartungen an den Patienten oder klare Kommunikation, wirken sich wiederum positiv auf die Reduktion der Negativsymptomatik aus (148).

Sherman (149) geht noch einen Schritt weiter, wenn sie beschreibt, dass sich auch in den offen geführten Gruppen schnell eine Gruppenzusammengehörigkeit entwickelt, aufgrund dessen sich die Teilnehmer nicht nur in den Sitzungen unterstützen, sondern auch außerhalb.

In einer Studie von Bäuml et al. (150) findet man eine Einteilung der Wirkfaktoren in spezifische und unspezifische. Die erste Gruppe besteht zum einen Teil aus der Schlüsselinformation über die Schizophrenien und deren Behandlungsmöglichkeiten. Der andere Teil ist die Diskussion über emotionale Themen, die die Patienten im alltäglichen Leben mit ihrer Erkrankung früher oder später betreffen können. Diese sind oftmals mit einem negativen Grundgefühl verbunden, wie beispielsweise Isolation oder Unsicherheit. Andererseits werden auch Gefühle mit einem positiven Grundton angesprochen. Dabei geht es um die Akzeptanz der eigenen Person, den Stolz darüber, ein Experte der eigenen Krankheit zu sein, oder um die Solidarität einer Schicksalsgemeinschaft. Bei der Beschreibung der unspezifischen Wirkfaktoren stützt sich diese Forschergruppe auf eine Arbeit von Penn et al. (151), wobei folgende grundlegend wichtige Punkte angeführt werden:

- Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung
- bedingungslose Wertschätzung
- empathische Haltung den Teilnehmern gegenüber
- respektvolle Aufmerksamkeit subjektiv abweichenden Meinungen gegenüber
- bedürfnis- und ressourcenorientierte Behandlung
- Hoffnung wecken und beruhigen
- Ermutigung zum persönlichen Erfahrungsaustausch
- Erleichterung durch gleiches Schicksal.

3.6 Kritik

Feldmann et al. (152) untersuchten, wann der beste Zeitpunkt für eine psychoedukative Intervention sei, um eine Reduktion der Rehospitalisierungsrate zu erzielen. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Dauer der Erkrankung für jene Patienten, die eine Therapie im Sinne einer Psychoedukation erhalten, entscheidend für deren Langzeitergebnis ist. Die Psychoedukation zeigte den größten präventiven Effekt bei einer mittleren Krankheitsdauer, die zwischen vier und sieben Jahren lag. Nur in dieser Gruppe konnte nach der Teilnahme an einer Psychoedukation und einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren die Rehospitalisierungsrate reduziert werden. Dieser Studie zufolge zeichneten sich die Patienten dadurch aus, dass sie die Krankheit lange genug hatten, um sie akzeptieren zu können, aber noch nicht so lange, um sie als langdauernde Belastung zu erleben.

Eine andere Forschergruppe konnte zwar zeigen, dass mit einem bifokalen Ansatz einer Psychoedukation über die Dauer von acht Sitzungen post interventionem eine Verbesserung des Wissens über Schizophrenien erreicht wurde, aber schon nach einem Jahr war dieser Fortschritt nicht mehr nachweisbar. Auch die anfängliche Zufriedenheit mit der Einbindung der Angehörigen in beiden Gruppen war nach einem Jahr nur mehr bei den Patienten vorhanden. Im Hinblick auf Rückfälle, Compliance, psychosoziales Funktionieren und Krankheitseinsicht konnten keine Erfolge mit dieser Kurzzeitintervention erzielt werden. Der EE-Status konnte ebenfalls nicht beeinflusst werden – für die Veränderung emotionaler Beziehungen scheint diese Form der Therapie ebenfalls zu kurz zu sein. Weiters wird kritisch angemerkt, dass noch keine Richtlinien über die Dauer und Intensität der Psychoedukation, die notwendig sind, um die Rückfallsrate, die Compliance, das psychosoziale Funktionieren oder die Krankheitseinsicht signifikant und langfristig beeinflussen zu können, bekannt sind (133).

In einem Vergleich mehrerer Therapieoptionen kam man zu dem Ergebnis, dass für eine nachhaltige Rezidivprophylaxe neben der Mitarbeit der Patienten auch die Einbindung der Bezugspersonen unabdingbar sei. Ohne Einbeziehung der Angehörigen kam es zu keinen effektiven Verlaufsverbesserungen über einen Zeitraum von zwei Jahren. Weiters ist anzumerken, dass der Erfolg der Intervention erst mittelfristig nach Abschluss der Behandlung zu tragen kam. Außerdem soll nach Auffassung der Forscher eine zusätzliche Therapie nötig sein, da durch eine weiterführende kognitive Psychotherapie die Rehospitalisierungsrate nochmals gesenkt werden konnte (153).

Zygmunt et al. (154) schließen ihre Meta-Analyse mit dem Resultat, dass die Psychoedukation ein wichtiger Bestandteil einiger Interventionen, die die Einhaltung der Therapie verbessern wollen, ist. Allerdings meinen sie, dass die Psychoedukation für Patienten und deren Familien weitgehend unproduktiv ist, was die bessere Einhaltung der medikamentösen Therapie betrifft. Um dies zu erreichen ist eine Kombination mit Elementen der Verhaltenstherapie und eine weitere Unterstützung nötig. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Schwierigkeiten bezüglich der Therapieeinhaltung immer wiederkehren, weshalb Auffrischungseinheiten empfohlen werden.

Auch in einer Gegenüberstellung von Meta-Analysen bezüglich compliancesteigernder Methoden in der medikamentösen Schizophreniebehandlung wird der Einfluss der Psychoedukation auf die Steigerung der Medikamentencompliance als gering eingeschätzt. Es wird zwar eingeräumt, dass das nicht das alleinige Anliegen dieser Intervention sei, da sie mehr auf die Vermittlung von Wissen über die Krankheit und die Medikamente ausgelegt ist. Aus diesem Grund zweifeln die Autoren an der Annahme, dass ein Wissenszuwachs zu einer höheren Compliance führt (155).

Carrà et al. (156) konnten zwar zeigen, dass Psychoedukation, die sich nur an Angehörige richtete, die Patienten-Compliance verbesserte, erwähnten aber gleichzeitig, dass dieser Effekt nach zwei Jahren nicht mehr nachweisbar war. Weiters wiesen die Angehörigen nach 24 Monaten eine größere Belastung bezogen auf das soziale Funktionieren des Patienten auf. Laut Meinung der Autoren stellen die erlernten Fähigkeiten demnach einen Risikofaktor dar, wenn sie nicht regelmäßig gestärkt werden. Aus diesem Grund soll auch ein Langzeitprogramm entwickelt werden.

4 Die Bedeutung der ärztlichen Beratung in der Therapie schizophrener Störungen

4.1 Das Grundgerüst einer Kommunikation

Das ärztliche Gespräch stellt eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation dar. Deshalb ist es auch für diese Interaktion zwischen Arzt und Patient wichtig allgemeine kommunikationstheoretische Aspekte von Information zu beachten.

Nach Schulz von Thun (1977) ist dabei nicht nur der Prozess des Sprechens an sich von Bedeutung sondern auch der Sender, der sein Anliegen zum Ausdruck bringt indem er eine Nachricht verschickt, und der Empfänger, von dem es abhängt, wie er die Nachricht aufnimmt und versteht.

Die gesandte Information beinhaltet unterschiedliche Aspekte:

- **Sachinhalt:**

Eine Nachricht beinhaltet eine Sachinformation, es wird über etwas informiert, wie beispielsweise die Übermittlung einer Diagnose oder eines Befundes.

- **Selbstoffenbarung:**

Der Sender gibt etwas von sich preis, wobei man hier wiederum zwischen der ungewollten beziehungsweise unbeabsichtigten „Äußerung“ von Persönlichkeitsmerkmalen und der angestrebten Selbstdarstellung unterscheiden muss.

Die Art, wie der Arzt auf den Patienten reagiert verrät, zum Beispiel Einiges über seine Grundeinstellung und seinen Berufsethos.

- **Beziehung:**

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird beispielsweise genauer charakterisiert. Besteht ein asymmetrisches Verhältnis aufgrund des Wissensvorsprunges des Arztes oder wird versucht, eine freundschaftliche Beziehung, in dem es zwei gleichwertige Kommunikationspartner gibt, aufzubauen.

- **Appell:**

Der Sender möchte durch diese Seite einer Nachricht etwas bewirken, den Empfänger beeinflussen. Ein Beispiel dafür wäre die Verordnung einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten bei Vorliegen einer Hypercholesterinämie.

Abbildung 4 verdeutlicht noch einmal die Vielschichtigkeit der Informationsübertragung.

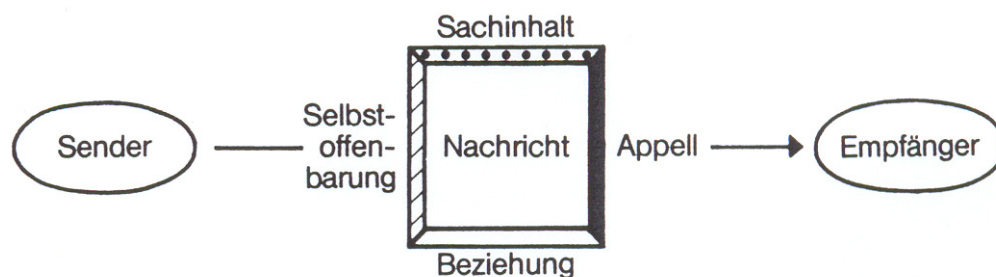


Abbildung 4: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (157), p. 30

Bis jetzt wurde in der Auflistung vor allem auf den Sender einer Nachricht Rücksicht genommen. Allerdings ist auch die Aufnahme einer Nachricht durch den Empfänger ein wichtiger Baustein im Grundgerüst der Kommunikation.

So wie in der Aussendung einer Nachricht mehrere Botschaften enthalten sind, gibt es auch beim Empfang verschiedene Kanäle, vergleichbar mit vier Ohren, über die man die Informationen aufnehmen kann (vgl. Abb. 5). Es obliegt dem Empfänger, welchen Kanal er in einer Situation vor allem aktiviert hat, das heißt, auf welchen Aspekt der Nachricht sich seine Reaktion bezieht.

- **„Sach-Ohr“:**

Im medizinischen Kontext geht es dabei beispielsweise um das Verstehen von Diagnosen und das Erkennen ihrer Bedeutung.

- **„Selbstoffenbarungs-Ohr“:**

Mit diesem Empfangskanal versucht man etwa herauszufinden, wie der Arzt über seinen Beruf denkt oder ob es Hinweise über die Art und Weise der Betreuung gibt.

- **„Beziehungs-Ohr“:**

Ein Patient könnte sich in diesem Kontext die Frage stellen, ob ihn der Arzt für verrückt hält.

- **„Appell-Ohr“:**

Auf diesem Kanal versucht der Patient zu eruieren, welche weiteren Handlungen sich der Arzt von ihm erwartet.



Abbildung 5: Der „vierohrige Empfänger“ (157), p. 45

Kommunikation ist allerdings nicht nur ein einmaliges Übersenden von Information sondern auch Interaktion. Der Empfänger reagiert auf die Nachricht und wird dadurch selbst zum Sender.

Nach dieser lupenhaften Betrachtung der Übermittlung von Nachrichten sei weiters darauf hingewiesen, dass noch andere Botschaften in einer Nachricht gleichzeitig übermittelt werden.

Botschaften können generell explizit, das heißt unmissverständlich und klar artikuliert, oder implizit, also ohne direkten Ausdruck aber doch mitschwingend sein.

Betrachtet man verbale und nonverbale Anteile einer Nachricht gleichzeitig, so können diese kongruent, das heißt deckungsgleich, sein und sich verstärken oder aber widersprüchlich (inkongruent).

Derartige inkongruente Nachrichten führen zu einer Verwirrung des Empfängers. Sie beinhalten gegensätzliche Handlungsaufforderungen und werden „Doppelbindung“ genannt.

Sie können auch zur Entstehung einer schizophrenen Störung beitragen. Als krankmachend wird die Situation dann angesehen, wenn sich der Empfänger in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Sender befindet und keine Möglichkeit der Flucht aus dieser misslichen Lage besteht, wie dies beispielsweise zwischen Kinder und Eltern der Fall ist.

4.2 Merkmale eines guten ärztlichen Gesprächs

Die ärztliche Beratung als wesentlicher Bestandteil einer förderlichen Arzt-Patienten-Beziehung gilt nach Egger (158) als wichtige Voraussetzung für eine gute Compliance des Patienten und beeinflusst auch das Wohlbefinden im positiven Sinn.

Die Ziele des therapeutischen Gesprächs lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Eine tragfähige Beziehung soll die gemeinsame Basis zwischen Arzt und Patient sein.
- Zur Planung der individuellen Therapie ist es wichtig, Auskunft über den Patienten zu bekommen.
- Schließlich kann man auf die Problemeinsicht des Patienten Einfluss nehmen.

Um eine gemeinsame Basis mit dem Patienten zu finden, bedarf es laut Egger (158) der Einhaltung einiger Kriterien:

- **verbale Merkmale:**

Der Gesprächsbeginn wie auch das Ende sollen auf den Patienten bezogen sein. Damit sich der Patient wohlfühlt, ist es wichtig, Äußerungen des Patienten mit eigenen Worten wiederzugeben, Rückmeldung über das Gesagte zu erstatten und auch eigenen

Empfindungen und Annahmen Ausdruck zu verleihen. Sollte der Patient vom Thema abweichen, liegt es am Arzt, ihn wieder zurückzuführen. Auch gelegentliche Zusammenfassungen geben dem Gespräch eine bessere Struktur. Optimal ist es, die Fragen offen zu formulieren, auf Suggestiv-, Alternativ- und „Warum-Fragen“ zu verzichten und nicht zu viele Fragen gleichzeitig zu stellen.

- **nonverbale Merkmale:**

Durch aufmerksames Zuhören und Beobachten des Gegenübers erlangt man wichtige Informationen über die Persönlichkeit und Stimmung. Blickkontakt und körperliche Zuwendung sind ebenso wichtige Merkmale wie die Gestik. Es ist weiters auf Lautstärke, Verständlichkeit und Sprechtempo zu achten. Man soll den Patienten in seinen Schilderungen nicht unterbrechen, gelegentlich durch Kopfnicken oder Ähnliches verstärken, aber auch Gesprächspausen zulassen.

- **situative Merkmale:**

Die Räumlichkeit sollte eine ungestörte Kommunikation in einer möglichst angenehmen Atmosphäre ermöglichen, wobei die Gesprächspartner im rechten Winkel zueinander sitzen sollten. Es ist auch hilfreich, den zeitlichen Rahmen genau zu definieren. Gegebenfalls benötigte Utensilien werden bestenfalls vor dem Gesprächsbeginn organisiert.

Während des Gesprächs ist es bedeutsam, sich Kardinalfragen vor Augen zu halten:

Welches subjektive Krankheitsmodell hat der Patient? Was erwartet sich der Patient von der Therapie?

Zur Förderung eines Dialoges ist die Bereitschaft des Patienten sich zu öffnen ein wesentlicher Faktor. Neben den bereits genannten Gesprächsmerkmalen bringt eine empathische Grundhaltung ebenfalls Erleichterung.

Sollte es im Verlauf eines Gesprächs zu Konfrontationen kommen, ist darauf zu achten, den Patienten nicht zu verletzen.

Bei Ratschlägen ist Vorsicht geboten, da diese nur dann eine Wirkung mit sich bringen, wenn der Patient ohnehin schon zu einer Veränderung bereit ist.

Day et al. (159) weisen auf die Wichtigkeit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung bei Schizophrenen hin. Vor allem jene Ärzte, die die antipsychotische Medikation verschreiben, sollen danach streben, die Standpunkte des Patienten bezüglich Gesundheit und Krankheit zu verstehen, diese zu respektieren und ihn in Behandlungsentscheidungen einzubeziehen. In diesem Kontext ist es auch notwendig, den Patienten über mögliche Nebenwirkungen aufzuklären, ihm aber gleichzeitig zu versichern, dass das Therapieregime beim Auftreten unerwünschter Effekte adaptiert werden kann. All diese Faktoren sind wichtig um einen patientenzentrierten Zugang zu finden und dem Patienten das Gefühl zu geben, dass die Behandlung ohne Zwang und vor allem zu seinem Besten erfolgt. Auf diesem Weg kann auch die Compliance gesteigert werden.

4.3 Die Funktionen des ärztlichen Gesprächs

Nach Speierer (15) lassen sich vier Aufgabenbereiche des ärztlichen Gesprächs unterscheiden.

1. Die psychosoziale Funktion:

Diese Dimension widmet sich der Beziehungsgestaltung. Es soll eine partnerschaftliche Basis geschaffen werden, die es dem Patienten ermöglicht, seine Ängste abzulegen und gleichzeitig Raum bietet für Eigeninitiativen des Patienten. Sie dient dazu, sich mit dem Kranksein zu beschäftigen und Erwartungen auszudrücken. Schließlich stellt sie die Grundlage für eine funktionierende Zusammenarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung dar.

2. Die diagnostische Funktion:

Dabei wird vor allem auf das Sammeln von Informationen über den Patienten Wert gelegt. Wesentlich dabei ist das Zuhören und Beobachten, da der Patient über die nonverbale Ebene viel über sich preisgibt.

Dann ist es wichtig das Beziehungsangebot des Patienten wahrzunehmen. Ausgehend von Schilderungen über die Qualität der Verhältnisse zu anderen Ärzten kann man Rückschlüsse darauf ziehen, was nun im Bereich des Möglichen liegt. War bis jetzt die Partnerschaftlichkeit ein wichtiger Aspekt, so ist anzunehmen, dass der Patient auch jetzt zu einer derartigen Beziehung bereit ist.

Als nächstes wird der Fokus auf die Krankheit, das Kranksein und die soziale Situation gelenkt. Neben Informationen über die Krankheit, wie Beginn, Verlauf und bisherige Behandlungen wird hier auch das Thema der Belastung durch diese Situation thematisiert und schließlich wird auch noch die Frage der Versorgung geklärt. Zu diesem Bereich gehört auch das Erkundigen nach der Krankheitstheorie des Patienten sowie nach dem früheren Gesundheitszustand beziehungsweise nach Erkrankungen. Des Weiteren erfolgt die Erhebung einer Familienanamnese und einer ökologischen Anamnese, die beispielsweise Faktoren am Arbeitsplatz oder in der Lebensführung berücksichtigt. Schließlich erfragt man noch biographische Daten. Dabei spielt die seelische und soziale Entwicklung eine wesentliche Rolle. Am Ende dieser Gesprächsphase sollte noch Platz sein für Informationen, die aus verschiedenen Gründen bis jetzt nicht zur Sprache gekommen sind.

Neben dem Informationsgewinn für den Arzt gewinnt in dieser Gesprächsphase auch der Patient etwas. Durch die Datensammlung wird dem Patienten eine differenziertere Sicht seines Zustandes ermöglicht, indem ihm beispielsweise vor Augen geführt wird, dass er nicht immer und gänzlich krank ist, sondern gewisse Symptome unter bestimmten Bedingungen auftreten.

3. Die informatorische Funktion:

Im Zentrum dieser Phase steht die Aufklärung des Patienten, wobei mehrere Ziele verfolgt werden: Dem Patienten soll signalisiert werden, dass die Verantwortung über sich selbst immer bei ihm liegt, der Arzt aber für Diskussionen über die Diagnose und Therapie zur Verfügung steht. Weiters soll eine wirkungsvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient entstehen und schließlich soll der Patient auch fähig sein, die Grenzen des medizinischen Wissens und Könnens zu erkennen und anzunehmen.

Um dies zu erreichen, ist allerdings eine umfassende Aufklärung notwendig. Diese beinhaltet neben den Ursachen und der Diagnose auch Auskunft über den Verlauf, die soziale Prognose, mögliche Behandlungsansätze samt deren Wirkungsweisen und eventuellen Risiken, sowie auch die Erklärung der Funktion und des Zwecks diagnostischer und präventiver Handlungen.

Erfolgt dies in einer verständlichen und individuell angepassten Art und Weise, erlangt der Patient neue Kompetenzen und entwickelt ein Expertenwissen auf dem Gebiet seiner eigenen Erkrankung. Zusätzlich wird dem Patienten die Einsicht in die Krankheit und

nötigen therapeutischen Schritte erleichtert und gleichzeitig können auch eventuell vorhandene Befürchtungen beseitigt werden.

4. Die beratende und (psycho)therapeutische Funktion:

Durch die ärztliche Beratung soll es dem Patienten ermöglicht werden, sich einerseits an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen, andererseits auch an der Planung und Durchführung der Therapien zu beteiligen.

Dabei ist es wichtig die individuellen Interessen des Patienten mit den medizinischen Notwendigkeiten in Einklang zu bringen. Gelingt dies dem Arzt, so kann der Patient selbst die Entscheidungen treffen.

Damit der Patient seine Therapie auch selbstständig durchführen kann, ist es wichtig, ihm ein gutes „Gerüst“ mitzugeben. Dafür wird die Behandlung gemeinsam und möglichst konkret geplant. Die Empfehlungen sollen einfach gehalten werden und eine nicht zu starke Veränderung der Lebensgewohnheiten abverlangen. Ansonsten steigt das Risiko der Non-Compliance. Ein Beispiel dafür wäre, dass sich der Patient an einen speziellen Diät-Plan bis zur gewünschten Gewichtsreduktion halten soll, anstatt ihm einfach nur zu sagen, dass er abnehmen soll.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Patienten durch die Beratung unterstützt und gleichzeitig entlastet werden. Sie können durch genau auf sie abgestimmte individuelle Bewältigungsstrategien, für die sie sich entschieden haben, eine gewisse Kontrolle und Selbstständigkeit zurückgewinnen.

In einer Untersuchung über die Kommunikation während einer Arzt-Konsultation schizophrener Patienten konnte die Bedeutung der Information hervorgehoben werden. Die Patienten versuchten immer wieder über ihre Symptome, im Speziellen über deren Inhalt zu sprechen. Das bringt deren Interesse über die Natur ihrer Symptome und Erkrankung zum Ausdruck (160).

Prince (161) betont in seiner Arbeit allerdings die Beziehungskomponente. Er stellt fest, dass gerade bei Patienten, die sich aufgrund der Chronizität ihrer schizophrenen Störung oftmals in stationärer Behandlung befunden haben, die therapeutische Beziehung zu den Ärzten geschwächt ist. Da sich diese Patienten allerdings durch ein besseres Krankheitsbewusstsein auszeichnen, empfiehlt er, besonders auf den Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung zu achten.

In einer anderen Studie gab man Patienten vor dem Gespräch mit dem Arzt eine Checkliste, die die häufigsten Bedürfnisse Schizophrener in Bezug auf deren Therapie beinhaltete. Diese Maßnahme sollte es ihnen erleichtern ihre Anliegen dem Arzt gegenüber auszudrücken. Die Patienten in der Interventionsgruppe stufen die Kommunikation besser ein als die Kontrollgruppe und der Behandlungsplan wurde eher an ihre Bedürfnisse angepasst. Information über die Erkrankung und deren Therapie – als Bedürfnis der Patienten betrachtet – führte zu den meisten Therapie-Veränderungen, vor allem im nicht-medikamentösen Bereich (162).

4.4 psychotherapeutischer Einfluss auf das ärztliche Gespräch

Die Beschreibung der Merkmale eines guten Gesprächs zwischen Arzt und Patient beschränkte sich bisher auf die Vorgabe gewisser Rahmenbedingungen und rief grundlegende Empfehlungen für die Durchführung eines medizinischen Gesprächs ins Gedächtnis (158). Durch die Analyse der Funktionen eines ärztlichen Gesprächs wird allerdings verdeutlicht, dass dieses neben anderen Aufgaben auch eine gewisse psychotherapeutische Komponente besitzt (15).

Wenngleich diese Gespräche nicht primär als eine Form von Psychotherapie bezeichnet wurden, so versuchte man dennoch, gewisse Prinzipien, die sich in der Psychotherapie bereits bewährt hatten, einfließen zu lassen (163):

- **Den Patienten zu Wort kommen lassen**

Im ärztlichen Gespräch ist es wichtig dem Patienten eine gewisse Grundlage zu bieten, von der aus er seine Beschwerden schildern oder sein Anliegen äußern kann.

Dabei variiert die Notwendigkeit einer Aufforderung durch den Arzt interindividuell.

Die Probleme werden aus der ganz persönlichen Sicht des Patienten erzählt und der Arzt nimmt dabei eine neutrale und vorurteilsfreie Haltung ein.

- **Verständnisschwierigkeiten ansprechen**

Bitten von Seiten des Arztes, das Sprechtempo oder die Lautstärke zu verändern signalisieren dem Patienten das Bemühen um ein gewissenhaft geführtes Gespräch. Ebenso verhält es sich mit dem gezielten Nachfragen an bestimmten Stellen.

- **Verständnis für den Patienten aufbringen**

Durch Fragen stellen von Seiten des Arztes und durch entsprechende Erläuterungen von Seiten des Patienten ist ein Vergleich zwischen dem Verstandenen und dem Gemeinten möglich. Besonders wichtig ist dabei auch sich nach Hypothesen des Patienten sein Krankheitskonzept betreffend zu erkundigen. Dabei geht es nicht darum, die Ansichten des Patienten unbedingt zu teilen, sondern vielmehr kommt es darauf an, Verständnis für ihn aufzubringen. Es ist allerdings darauf zu achten, dass der Patient die Fragen nicht als Misstrauen seinen Äußerungen gegenüber empfindet.

- **Den Patienten zur Subjektivität anspornen**

Durch die Wertschätzung der Subjektivität des Patienten kommt es zu einer Entlastung, da die Notwendigkeit objektiver Daten zum Beweis einer vorhandenen Krankheit in den Hintergrund rückt.

- **Andere Informationsquellen einbeziehen**

Ohne Frage stellt der Patient die primäre Informationsquelle dar, was auch für die Entwicklung von Empathie ein wichtiger Prozess ist. Im weiteren Gesprächsverlauf besteht aber durchaus die Möglichkeit, auf sekundäre Quellen wie etwa Vorbefunde zurückzugreifen und auch die Bedeutung der Erkrankung für andere Bezugspersonen zu diskutieren. Dadurch wird die subjektive Welt wieder etwas mehr verlassen und alles in einem größeren Kontext dargestellt.

- **Die Arbeitsgemeinschaft**

Nach der Phase des Kennenlernens und Verstehens sämtlicher Aspekte rund um die Erkrankung ist es dem Arzt nun möglich den Patienten in seinen gesundheitlichen Belangen in der von ihm erwarteten Art und Weise zu vertreten.

Im Idealfall empfindet der Patient das Gespräch als gelungenen Austausch von Informationen.

4.5 Stellenwert der ärztlichen Beratung

In einer Patientenumfrage in der Schweiz wurde festgestellt, dass nahezu 90% der Patienten die Beziehung zu ihrem Hausarzt als vertrauensvoll beschreiben. Einerseits wird der Wissenszuwachs eine bestimmte Krankheit betreffend geschätzt und bringt Zufriedenheit mit sich, andererseits führt es auch zu Verunsicherung. Diese Konstellation verlangt nach intensiver Beratung. Etwa die Hälfte der befragten Patienten bringt auch zum Ausdruck, dass sie sich eine noch bessere Betreuung wünscht, die neben einem vermehrten Angebot an Alternativtherapien auch eine umfassende Gesundheitsberatung und mehr Raum für persönliche Probleme beinhalten soll (164).

Teilweise geben Patienten sogar an sich als Teil eines unbarmherzigen Systems zu fühlen, was zu einer Entfremdung zwischen Arzt und Patient führt. Das Voranschreiten dieses Prozesses kann lediglich durch eine Medizin, welche die Kommunikation als wesentliche Säule des therapeutischen Prozesses anerkennt, aufgehalten werden. Ein zentrales Element ist dabei das Mitgefühl. Ein weiteres Gefühl, das in der Arzt-Patienten-Beziehung oftmals präsent ist, ist das Gefühl der Angst. Der kranke Patient befindet sich in einer für ihn beängstigenden Situation, in einer Stresssituation. Dieser Zustand reduziert die Bereitschaft des Patienten, sich auf aktive Weise mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen und nimmt ihm damit die Möglichkeit gewisse Selbstheilungskräfte anzukurbeln. Der Arzt neigt häufig dazu die Angst durch Objektivierung der Fakten und Betonung der fachlichen Kompetenz zu mindern. Dabei wird allerdings die Bedeutung des Mitgefühls und der Information in Hinblick auf Angstreduktion unterschätzt (165).

Den Zusammenhang von Angst und Mitgefühl untersuchten Fogarty et al. (166) in einer Studie über Brustkrebspatientinnen. Dabei fanden sie heraus, dass die Ärzte als mitfühlender empfunden wurden, wenn sie die emotionale Lage der Patienten anerkannten. Der Ausdruck des verstärkten Mitgefühls im Vergleich zur Kontrollgruppe dauerte etwa 40 Sekunden. Wenngleich der Angstlevel durch die Information zwar generell stieg, so waren die Teilnehmer der Interventionsgruppe signifikant weniger besorgt. Außerdem konnte durch das Mitgefühl vermittelt werden, dass sich der Arzt wirklich um das Wohlergehen des Patienten sorgt, dessen Gefühle wahrnimmt, ihn zu Fragen ermutigt und in die Entscheidungsfindung einbezieht. Somit konnte der positive Einfluss von Mitgefühl auf die Angstreduktion verdeutlicht werden. Es zeigte sich allerdings keine Auswirkung des ärztlichen Verhaltens auf die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie.

Auffällig war jedoch, dass Patientinnen mit höherem Angstpegel die Empfehlungen der Ärzte annahmen. Eine weitere Beobachtung war, dass verstärktes Mitgefühl keinen Einfluss hatte auf die Fähigkeit zur Wiedergabe mitgeteilter Information.

Hall et al. (12) wiesen in ihrer Meta-Analyse darauf hin, dass durch die Vermittlung von Information sowohl das Verständnis für die Erkrankung als auch die Compliance verbessert wurden. Vor allem aber wurde die Zufriedenheit der Patienten im positiven Sinn beeinflusst. Dazu trugen weiters, wenn auch in einem geringeren Ausmaß, die technische Kompetenz und die interpersonellen Fähigkeiten des Arztes bei. Während der Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung keinen wesentlichen Einfluss auf die Compliance hatte, trug er doch einen Teil zur Steigerung der Zufriedenheit bei.

Für die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung spielt auch die nonverbale Kommunikation eine wesentliche Rolle, da sie zur Gestaltung einer Atmosphäre beiträgt, in der subjektive Einstellungen, Überzeugungen und Erwartungen berücksichtigt werden sollen.

Eine Arzt-Patienten-Beziehung wird demnach nicht allein durch die Masse der übermittelten Information aufgebessert sondern durch die Einbindung in Entscheidungsprozesse und vor allem durch die Fähigkeit, die Krankheit aus dem Blickwinkel des Patienten zu betrachten (Empathie) (165).

Auf die wichtige Rolle der Information sei allerdings an dieser Stelle noch einmal hingewiesen. Eine Studie ergab, dass Patienten über ihre gesundheitliche Situation Bescheid wissen wollten, auch wenn das durch ihr Verhalten nicht immer deutlich hervorging, weil sie beispielsweise relativ wenig Fragen stellten. Trotz des Wissenszuwachses blieb das Treffen von Entscheidungen größtenteils in den Händen der Ärzte. Betrug der zeitliche Rahmen der ärztlichen Beratung allerdings 19 Minuten oder mehr, zeigte sich eine Veränderung im Kommunikationsverhalten der Patienten dahingehend, dass sie mehr Fragen stellten. Ein längeres Gespräch bringt deshalb Voraussetzungen mit sich, die es dem Patienten erleichtern am Entscheidungsprozess teilzunehmen (167).

Es wurde auch nachgewiesen, dass Patienten, vor allem, wenn sie an einer chronischen Erkrankung leiden, den Wunsch nach Information verspüren.

Der Wunsch nach Information ist allerdings nicht gleichzusetzen mit dem Verlangen in therapeutische Entscheidungen einbezogen zu werden. Während 92% einer Patientenpopulation über alles informiert werden wollten, wollten nur 69% in Entscheidungen ihre Behandlung betreffend eingebunden werden. Es konnten dabei Eigenschaften des Arztes identifiziert werden, die sich positiv auf das Zustandekommen

eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses auswirkten. Das Verwenden des Vornamens bei der Anrede des Patienten, das Schaffen einer Privatsphäre während der körperlichen Untersuchung und schließlich die Untersuchung selbst wurden als förderlich empfunden. Weitere wichtige Verhaltensweisen des Arztes waren die Diskussion über zukünftige Untersuchungen oder Behandlungen sowie die Erläuterung von Ergebnissen nach durchgeführten Tests oder Therapien, die Übermittlung von guten Nachrichten, aber auch das Ansprechen von unerwünschten Nebenwirkungen. Der Wunsch nach informativen Gesprächen ist besonders bei Patienten mit chronischen Erkrankungen vorhanden (10).

Da es sich auch bei den Schizophrenien um chronische Erkrankungen handelt, die das Leben der Patienten beeinflussen, ist der Wunsch nach einer adäquaten Information der Patienten durchaus nachvollziehbar. Bemerkenswert ist vor allem die Beobachtung, dass Schizophrene auch daran interessiert sind sich an therapeutischen Entscheidungen zu beteiligen. Diesen Wunsch hegen vor allem junge Patienten, diejenigen, die mit der bisherigen Behandlung nicht zufrieden waren und Patienten, die unfreiwillig behandelt wurden. Da die letztgenannte Patientengruppe die Erkrankung eventuell abstreitet und die Anwendung von Therapien generell in Frage stellt, ist es schwierig sie an therapeutischen Entscheidungen teilhaben zu lassen. Andererseits ist es einen Versuch wert, da die Einstellung den Therapien gegenüber modifiziert werden kann und somit eine Verbesserung der Compliance möglich ist. Ebenso ist es von Nöten Beschwerden von Seiten der Patienten mit Ernsthaftigkeit zu begegnen. Denn Unzufriedenheit, beispielsweise aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen, würde bei Nichtbeachtung möglicherweise einen Therapieabbruch nach sich ziehen (11).

Eine Möglichkeit der Einbeziehung des Patienten ist das „Shared decision-making“.

Dabei gibt es keine genaue Anleitung zur der Durchführung, es sollten aber gewisse fundamentale Prinzipien berücksichtigt werden. Es wird ein Mittelweg zwischen dem paternalistischen System, das durch die absolute Dominanz des Arztes gekennzeichnet ist, und dem „informed decision-making“ Modell beschritten. Letztgenanntes reduziert die Aufgaben des Arztes auf Informationsvermittlung und soll den Patienten ermutigen, selbstständig die notwendigen Entscheidungen zu treffen und dann aber auch die Verantwortung dafür zu übernehmen. Beim „Shared decision-making“ bleibt es die Aufgabe des Arztes den Patienten zu informieren. Gleichzeitig beteiligt er sich am Prozess des Treffens von Entscheidungen, allerdings ohne dabei eine dominante Position einzunehmen. Es ist wichtig die Vorlieben des Patienten herauszufiltern, diese

anzuerkennen, dem Patienten Auswahlmöglichkeiten anzubieten und die jeweilige Wahl zu respektieren. Für den Patienten ergibt sich dadurch die Möglichkeit das weitere Procedere mitzubestimmen ohne dabei die volle Verantwortung zu tragen (16).

Um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen ist es laut einem Review von Stewart (168) wichtig während der Anamnese eine Vielfalt an Fragen zu stellen. Es sollen sowohl Symptome, die mögliche Wahrnehmung von Beeinträchtigungen, Gefühle, Bedenken, aber auch Erwartungen an die Therapie abgefragt werden. Gleichzeitig ist es aber auch notwendig den Patienten mit Information zu versorgen und ihn emotional zu unterstützen. Somit wird der Patient zu einem aktiven Partner und in die Entwicklung eines Behandlungsplanes integriert. Ein derartiger Zugang war in der Lage, die emotionale Gesundheit, die Symptome und die Schmerzkontrolle zu verbessern.

Mit Hilfe einer derartigen Intervention gelang es auch, schizophrenen Patienten das Gefühl zu geben an Entscheidungen beteiligt zu sein. Weiters konnten das krankheitsspezifische Wissen der Patienten und die Einstellung den Behandlungen gegenüber verbessert werden. Auch die Bereitschaft, an psychoedukativen und soziotherapeutischen Interventionen teilzunehmen, konnte gesteigert werden. In weiterer Folge konnte dadurch die Zufriedenheit, die Einsicht zur Notwendigkeit der Therapie und die Langzeitcompliance beeinflusst werden. Außerdem wurde dadurch das Recht des Patienten in Entscheidungen einbezogen zu werden ebenfalls berücksichtigt. An dieser Stelle ist allerdings erwähnenswert, dass das Gefühl der Patienten am Entscheidungsprozess beteiligt zu sein, mit der Zeit abnahm. Für einen anhaltenden Effekt sind also repetitive Interventionen nötig (169).

Die Datenlage bezüglich der Anwendung dieses partnerschaftlichen Entscheidungsprozesses in der Psychiatrie und im Speziellen bei schizophrenen Patienten ist allerdings noch nicht sehr umfangreich. Es besteht auch die Möglichkeit, dass gewisse Schwierigkeiten auftreten. Generell wird es leichter sein, einen Patienten in einer stabilen Phase in Entscheidungen über die Diagnostik und Therapie einzubeziehen als denjenigen, der gerade unter einer akuten Psychose leidet. Doch auch ein Schizophrener, der sich in Remission befindet, zweifelt eventuell an dem Vorliegen einer Erkrankung. Nichts desto trotz sollte jedenfalls ein Versuch diese Technik anzuwenden, unternommen werden, da es dem Patienten durch die Einbindung in den Therapieprozess nicht nur leichter fällt, diese zu befolgen sondern er gewinnt dadurch auch Selbstwertgefühl und Lebensqualität (170).

Kommunikation in der Medizin ist demnach nicht gleichzusetzen mit reiner Informationsübermittlung, das Betätigungsfeld ist größer zu ziehen. Psychosoziale Begleitphänomene während des Krankheitsverlaufs sollen berücksichtigt und ernst genommen werden. Ein weiterer Aspekt der ärztlichen Beratung ist das Management der Stressfaktoren. Die Summe dieser Einzelbestandteile, das direkte Gespräch mitsamt der Informationsvermittlung und die empathische Kommunikation auf nonverbaler Ebene wirken sich förderlich auf die Motivation und Zufriedenheit des Patienten aus (165).

5 Diskussion

Aufbauend auf einem multifaktoriellen Modell der Ätiopathogenese schizophrener Störungen, das biologische, psychologische und soziale Einflüsse berücksichtigt (98;111), setzen moderne Behandlungsrichtlinien auch auf eine multidimensionale Therapie. Die wesentlichen Säulen stellen dabei die medikamentöse Behandlung, die Psychotherapie und psychosoziale Interventionen dar. Dabei wird von Anfang an auf die Aufklärung und Einbeziehung des Patienten großen Wert gelegt (8).

Zwei Möglichkeiten der Informationsvermittlung stellen die Psychoedukation und die ärztliche Beratung dar, die im Folgenden miteinander verglichen werden.

Die Ziele:

Der Definition der Arbeitsgruppe Psychoedukation zufolge zielt diese Intervention darauf ab die Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung der Krankheit zu unterstützen, indem Information über die Erkrankung und ihre Behandlung angeboten und somit das Krankheitsverständnis gefördert wird (13).

Demgegenüber steht das ärztliche Beratungsgespräch, das neben drei weiteren auch eine informative Komponente enthält. Optimal durchgeführt entwickelt sich der Patient auch hier zu einem Experten auf dem Gebiet seiner eigenen Krankheit, womit es ihm erleichtert werden soll, verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen (15).

Trotz einiger Gemeinsamkeiten verfolgen diese Interventionen unterschiedliche Ziele. Die Psychoedukation möchte durch die Bereitstellung von „Background-Information“ das Leben mit der Krankheit erleichtern und die Compliance fördern. Natürlich sind im Laufe des Alltags eines Schizophrenen auch immer wieder Entscheidungen zu treffen, die möglicherweise die weiterführende Therapie betreffen, und es ist sinnvoll, die angeeignete Information einfließen zu lassen. Allerdings wird der Patient in diesem Fall nicht primär aufgeklärt um Entscheidungen zu treffen. Anders verhält es sich bei der ärztlichen Beratung. Dabei stellt die Informationsvermittlung einen Schritt in dem Prozess dar, mit dem Patienten zu einer Entscheidung in der Diagnostik oder Therapie zu finden.

Die Struktur:

Das Beratungsgespräch zwischen Arzt und Patient ist im Vergleich zur Psychoedukation nur leicht strukturiert. Für ein gutes ärztliches Gespräch ist die Berücksichtigung einiger Merkmale von Vorteil. Das Gespräch soll auf den Patienten zentriert sein, wobei auch die nonverbale Ebene zu berücksichtigen ist. Ein Raum zur ungestörten Kommunikation sollte vorhanden und der zeitliche Rahmen definiert sein (158).

Dem gegenüber steht eine strukturierte Informationsvermittlung der Psychoedukation. Wenngleich bei der Durchführung von Psychoedukationszyklen viele Variationen möglich sind, erfolgen diese nach einem festgelegten Schema, wie es beispielsweise vorher beschrieben wurde (129).

Der „Lehrplan“ der Psychoedukation bringt dabei einige Vorteile mit sich. Aufgrund des vorgegebenen Inhalts der einzelnen Therapieeinheiten ist die Wahrscheinlichkeit etwas Relevantes nicht zu erwähnen sehr klein. Man ist dabei auch nicht auf das gezielte Nachfragen der Patienten angewiesen, wobei man darauf natürlich eingehen kann. Weiters behält man leichter den Überblick über bereits Gesagtes. Rekapitulationen des durchgenommenen Stoffs am Beginn oder Ende einer Einheit können daher mühelos integriert werden, wodurch die Merkfähigkeit gefördert wird. Außerdem können sich die Patienten durch den vorgegebenen Inhalt der einzelnen Sitzungen auf die Thematik einstellen und werden mit den Themen nicht überrascht.

Die Beteiligten:

Das ärztliche Gespräch wird, wie es Egger (158) beschreibt, beim Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung als wichtiger Bestandteil betrachtet. Es handelt sich dabei also um eine Interaktion zwischen lediglich zwei Personen.

Bei der Psychoedukation hingegen gibt es zahlreiche Varianten. Die Gruppenleitung kann von unterschiedlichen Personen übernommen werden: von Psychiatern in Zusammenarbeit mit Krankenschwestern (132) und einem Sozialarbeiter (136), von Krankenschwestern alleine (135), von Psychologen mit Sozialarbeitern oder Krankenschwestern als Ko-Therapeuten (138) oder von psychiatrischen Sozialarbeitern (141). Mittlerweile gibt es auch Ansätze Angehörige (142) und Patienten (143) zu Gruppenleitern auszubilden. Umgekehrt sind die Zielpersonen auch unterschiedlich. Während manche Konzepte ausschließlich für Angehörige ausgerichtet sind (134;134-136;149), wird teilweise versucht, den Patienten einzubeziehen (137) oder aber Angehörige in einzelne Einheiten der Patienten-Psychoedukation zu integrieren (138). Weiters existieren folgende

Möglichkeiten: Ein unifokaler Ansatz, der nur Patienten berücksichtigt (140), eine „Single-Family“-Therapie, wobei ein Therapeut eine Familie betreut (139) oder der bifokale Ansatz, bei dem Patienten- und Angehörigengruppen getrennt, aber parallel geführt werden (128;133).

Im Vergleich zu unifokalen Ansätzen, wie es auch bei der ärztlichen Beratung der Fall ist, scheint mir die Integration von Angehörigen beziehungsweise engen Bezugspersonen ein wichtiger Faktor zu sein. Man kann dadurch nicht nur den Patienten beim Management seines Alltags unterstützen sondern auch das Leben der Angehörigen mit dem Patienten und seiner Erkrankung erleichtern. Die Information bringt Verständnis für Verhaltensweisen oder Reaktionen, kann Konfliktsituationen vorbeugen und schärft auf beiden Seiten die Wahrnehmung für Frühsymptome. Während durch einen unifokalen Ansatz nur auf einen Bestandteil eines Systems, sei es nun der Patient oder ein Angehöriger, eingegangen wird, so bietet ein bifokaler Ansatz die Möglichkeit, einzelne Faktoren, aber auch ein kleines Netzwerk zu modifizieren. Dies ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, da die Umgebung, in welcher der Patient lebt, im Sinne der EE durchaus einen Einfluss auf den Verlauf von Schizophrenien hat (102). Auch Anderson (126) weist auf diesen präventiven Effekt der Psychoedukation hin.

Die Haltung des Arztes beziehungsweise Therapeuten:

Ausgehend von den bereits beschriebenen divergierenden Zielen dieser beiden Interventionsformen lassen sich auch Unterschiede in der Haltung des Arztes oder Gruppenleiters feststellen.

Im ärztlichen Gespräch wird die Planung einer individuellen Therapie angestrebt, zu deren Realisierung Information über den Patienten notwendig ist. Eine empathische Grundhaltung des Arztes soll es dem Patienten erleichtern sich im Dialog zu öffnen und etwas von sich preiszugeben (158).

Bei der Psychoedukation wird den Teilnehmern Information angeboten, die als Unterstützung im Leben mit einer schizophrenen Störung beziehungsweise einem schizophrenen Patienten gedacht ist (13).

In diesem Fall nimmt sich also der Therapeut etwas zurück und beschränkt sich auf allgemeine Informationen. Der Informationsfluss geht vor allem vom Gruppenleiter zu den Teilnehmern, wobei mögliche konkrete, individuelle Probleme in den Hintergrund treten. Allerdings ist es in den Sitzungen immer wieder erwünscht, dass die Teilnehmer persönliche Erfahrungen oder Meinungen kundtun. Diese dienen anschließend als Basis

der weiteren Besprechung, Klärung oder Diskussion (129). Durch diese Gestaltung erweitert sich der Informationsaustausch und es kommt neben dem Therapeuten und dem einzelnen Patienten ein neuer Faktor hinzu – die anderen Teilnehmer. Diese Haltung des Gruppenleiters führt daher zu einer Erweiterung des Horizontes jedes einzelnen Teilnehmers.

Im Gegensatz dazu liegt es im ärztlichen Gespräch am Patienten, nachdem der Arzt versucht hat, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, sein Anliegen und seine Erwartungen zu äußern. Die nächste Phase ist gekennzeichnet durch das Nachfragen von Seiten des Arztes bis endlich die Aufklärung des Patienten folgt, die ihn schließlich dazu befähigt, an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen teilzuhaben (15).

Der Patient geht demnach zu Beginn eine Art „Informationsschuld“ ein, indem er vorerst den Arzt mehr oder weniger aktiv über seine Lage in Kenntnis setzt. Diese wird schließlich wieder ausgeglichen, wenn die Rollen des Informanten getauscht werden. Allerdings besteht bei diesem Akt der Informationsvermittlung eher die Gefahr, im Sinne der umfangreichen Aufklärung auf Fakten, die zwar grundsätzlich relevant sind, aber im Augenblick für das Treffen notwendiger Entscheidungen keine große Rolle spielen, zu übergehen. Mit dem Ziel einen gemeinsamen Konsens in einem Problem zu finden ist die Haltung des Therapeuten im Vergleich zur Psychoedukation eventuell auch etwas direkter, denn die Information soll schließlich konkrete Folgen nach sich ziehen.

Die Wirkfaktoren:

Es gibt Wirkfaktoren, die nicht auf eine spezielle therapeutische Richtung beschränkt sind und somit auch im ärztlichen Beratungsgespräch ihren Effekt zeigen können. Beispiele dafür sind die von Grawe (146) beschriebenen drei Perspektiven Problembewältigung, Klärung und Beziehung.

Ich wage an dieser Stelle sogar zu behaupten, dass sich diese Prinzipien in einem guten Arzt-Patienten-Gespräch besser realisieren lassen als in einer Gruppe. Denn in einer gelungenen Zweierkonstellation bleibt mehr Raum für ein individuelles Problem, der Arzt kann sich voll und ganz einem Patienten widmen und zu ihm eine tragfähige Beziehung aufbauen, die es wiederum ermöglicht, Veränderungen im Sinne einer Therapie vorzunehmen.

Erwähnenswert ist diesem Zusammenhang noch die Sichtweise von Speierer (15), der im Prozess der genauen Anamneseführung neben dem Informationsgewinn des Arztes auch

eine positive Wirkung auf den Patienten sieht. Dieser soll nämlich dadurch beispielsweise erkennen, in welchen Situationen welche Symptome auftreten.

Angesichts der Tatsache, dass sich ein erkrankter Mensch möglicherweise in einer beängstigenden Stresssituation befindet, in der er sich nur begrenzt aktiv mit seiner Erkrankung auseinandersetzt (165), scheint mir die Aussage, dass der Patient die Anamnese derart für sich nutzen kann, gewagt. In diesem Zusammenhang ist es einleuchtender, dass der Patient direkt angebotene Information eher aufnehmen kann. Sei es nun durch Aufklärung im ärztlichen Beratungsgespräch, durch Präsentation in der Psychoedukation oder durch Identifikation mit den Schilderungen anderer Gruppenmitglieder.

Im Gegensatz dazu existieren allerdings die von Yalom (145) beschriebenen „therapeutischen Faktoren“. Auch sie sind nicht charakteristisch für eine therapeutische Richtung. „Hoffnung wecken“, um den Patienten zur Kontinuität in der Therapie zu motivieren und „Informationsvermittlung“ lassen sich sowohl in Einzelgesprächen, als auch in Gruppentherapien umsetzen, die restlichen Faktoren verlangen allerdings das Vorhandensein einer Gruppe. Bei der Psychoedukation treten einige Faktoren besonders in den Vordergrund. Die „Universalität des Leidens“ stellt insofern einen wichtigen Faktor dar, als den Gruppenteilnehmern dadurch verdeutlicht wird, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind (147), es bilden sich also Schicksalsgemeinschaften. In weiterer Folge entwickelt die Gruppe eine gewisse Zusammengehörigkeit („Gruppenkohäsion“) (145), was sich durch gegenseitig Unterstützung der Teilnehmer bemerkbar macht. Dyck et al. (148) konnten in ihrer Untersuchung außerdem den Einfluss eines weiteren Faktors zeigen. Die Teilnehmer sahen sich gegenseitig als Modelle in Bezug auf das Vorleben sozialer Interaktionen. Dies entspricht dem Faktor „Imitationsverhalten“(145).

Bäumel et al. (150) erwähnen in ihrer Arbeit über Psychoedukation spezifische und unspezifische Wirkfaktoren. Information über Schizophrenien und die Diskussion über emotionale Themen stellen dabei den spezifischen Anteil dar.

Neben dem Informationsgewinn auf der einen Seite bringt die Zusammenschau der Wirkfaktoren einen weiteren positiven Effekt mit sich. In einer Schicksalsgemeinschaft, die sich durch gegenseitige Unterstützung und Annahme jedes einzelnen auszeichnet, fällt die Diskussion über emotionale Themen leichter, wodurch eine gewisse Entlastung der Teilnehmer erreicht werden kann. Wenn sie schließlich erkennen, dass sie voneinander profitieren können und für andere eine Bereicherung sind, resultiert daraus eine Steigerung des Selbstwertgefühls und es kommt ein weiterer Faktor von Yalom zum Tragen

(„Altruismus“) (145). Damit kann gezeigt werden, dass nicht alle therapeutischen Faktoren von Anfang an vorhanden sind. Sie entwickeln sich und bedingen einander und es ist anzunehmen, dass sie auch nicht in jeder Gruppe gleich stark ausgeprägt sind.

Doch sowohl bei den spezifischen als auch bei den unspezifischen Faktoren, wobei sich die Forschergruppe auf eine Arbeit von Penn et al. (151) stützt, gibt es Überschneidungen mit den Wirkfaktoren der ärztliche Beratung. Egger (158) und Gottschlich (165) weisen auf die Bedeutung der Empathie im ärztlichen Gespräch hin, die Informationsvermittlung und der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung beschreibt Speierer (15) und schließlich betont Schonauer (163) die Wertschätzung der Subjektivität des Patienten.

Daraus wird deutlich, dass sich diese beiden Interventionsformen in gewissen Charakteristika ähneln, beziehungsweise teilweise auf die Wirkung der selben Faktoren im therapeutischen Prozess bauen.

Die Erfolgsaussichten:

Hamann et al. (11) haben gezeigt, dass schizophrene Patienten nach Information streben und auch durchaus daran interessiert sind, in Entscheidungsprozesse, die ihre Therapie betreffen, integriert zu werden. Durch den Prozess des „Shared decision-making“ ist dies im Zuge der ärztlichen Beratung möglich (16). Nach Durchführung dieser Intervention konnten mehrere Erfolge erzielt werden. Die Einbindung in den therapeutischen Prozess erleichterte die Einhaltung der Therapie und der Patient gewann dadurch Selbstwertgefühl und Lebensqualität (170). Das krankheitsspezifische Wissen konnte gesteigert und die Einstellung den Therapien gegenüber verbessert werden. Weiters stieg die Bereitschaft, an psychoedukativen und soziotherapeutischen Interventionen teilzunehmen, wodurch die Zufriedenheit, die Einsicht in die Notwendigkeit der Therapie sowie die Langzeitcompliance positiv beeinflusst wurden (169).

Aus Gründen der Vergleichbarkeit möchte ich an dieser Stelle nur auf diejenigen Ansätze der Psychoedukation eingehen, die den Patienten integrieren.

Durch die Anwendung von Psychoedukation, die das Hauptaugenmerk auf Patienten legte, konnte ebenfalls das Wissen der Patienten über die Krankheit gesteigert und zusätzlich die Symptomatik gebessert werden (138). Ein bifokaler Ansatz ermöglichte eine Reduktion der zu stationären Aufnahmen führenden Rückfälle, eine Reduktion der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, eine bessere Beziehung zum Personal und die Einsicht in die Krankheit

und in die Notwendigkeit einer Behandlung stieg. Zusätzlich wirkte sich auch die positive Einstellung der Angehörigen aus. Dadurch konnte die Lebensqualität gesteigert werden, was die genauere Einhaltung des Therapieregimes nach sich zog (132). Pitschel-Walz et al. (128) wiesen ebenfalls auf die verbesserte Compliance hin. Die größere Zufriedenheit bei dem parallelen Angebot für Patienten und Angehörige ist laut Merinder et al. (133) auf die Integration der Angehörigen zurückzuführen.

Die Psychoedukation ist außerdem in der Lage die Empfindung der Krankheit als Stigma zu reduzieren und die Coping-Fähigkeiten zu steigern (141).

Es mag sein, dass man an dieser Stelle aufgrund der Studienergebnisse in Versuchung kommt, der Psychoedukation im Vergleich zur ärztlichen Beratung eine höhere Priorität in der Behandlung Schizophrener zuzusprechen. Allerdings möchte ich deshalb noch einmal gezielt auf die Tatsache hinweisen, dass vergleichsweise wenig Forschungsberichte über die ärztliche Beratung im Speziellen bei schizophrenen Störungen vorliegen. Dieser Umstand erschwert einen objektiven Vergleich.

Die Einflüsse des „Shared decision-making“ sind jedenfalls erwähnenswert.

Allerdings bringt diese Interventionsform weniger Verbesserungen auf direktem Weg mit sich. Die weiteren Folgen ergeben sich aus der Bereitschaft an zusätzlichen Therapien teilzunehmen. Es wird also durch die ärztliche Beratung bildlich gesprochen eine Tür geöffnet. Doch auch dieser Prozess ist von enormer Wichtigkeit. Denn bei dessen Ausbleiben gäbe es zwar ein gewisses Therapieangebot, doch die Inanspruchnahme desselben wäre geringer und weniger Patienten würden in den Genuss der positiven „Nachwirkungen“ einer psychoedukativen Intervention kommen.

Die Steigerung der Lebensqualität ist in diesem Zusammenhang ein sehr wesentlicher Faktor. Anscheinend wirken dabei mehrere Komponenten zusammen. Anhand der oben genannten Verbesserungen kann Folgendes angenommen werden:

Durch die adäquate Information der Patienten ist es möglich die Krankheit und notwendige medikamentöse Behandlung zu verstehen. Dadurch wird eine Symptombesserung erreicht. Eine kontinuierliche Einnahme führt zu einer gewissen Stabilität im alltäglichen Leben, da die Rückfälle reduziert werden können. Aufgrund der therapeutischen Erfolge gewinnt der Patient mehr Vertrauen, wodurch sich die Beziehung zum Personal verbessert. In weiterer Folge steigt auch die Compliance.

Durch den bifokalen Ansatz profitiert der Patient zusätzlich, da die Angehörigen dadurch eher in der Lage sind, ihm gegenüber eine positive Haltung einzunehmen.

An dieser Stelle ist es allerdings wichtig noch einmal auf die Erfolge der ärztlichen Beratung zurückzublicken, denn nur dort konnte eine Steigerung des Selbstwertgefühls der Patienten erreicht werden, was auch zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann.

Die Summe dieser einzelnen Faktoren beziehungsweise deren positive Beeinflussung macht demnach eine Steigerung der Lebensqualität möglich.

Den großen Erfolg der psychoedukativen Interventionsform führe ich auch noch auf ein Phänomen zurück, das man bei somatischen Erkrankungen festgestellt hat. Selbst wenn Patienten es nicht durch ihr Verhalten signalisieren, möchten sie informiert werden. Das definitive Treffen von Entscheidung wird allerdings den Ärzten überlassen (167).

Durch die Präsentation laiengerecht aufbereiteter Information in der Psychoedukation ist es nicht nötig, eine umfangreiche Aufklärung, beispielsweise durch gezieltes Fragestellen, einzufordern. Die Patienten bekommen Erklärungen und Antworten auf eventuelle Fragen, die sie, aus welchem Grund auch immer, nicht stellen, regelrecht serviert. Infolge dessen wissen sie Bescheid und können therapeutische Schritte oder Empfehlungen leichter nachvollziehen. Gleichzeitig sind sie nicht dem Druck ausgesetzt, zu einer, wenn auch gemeinsamen, Entscheidung kommen zu müssen.

Bezugnehmend auf die Therapieempfehlungen bei der Behandlung von Schizophrenien (8) schließt sich an dieser Stelle der Kreis. Denn durch die Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychoedukation ist es demnach möglich, die Symptomatik zu verbessern, die Coping-Strategien zu steigern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Nachdem die erzielten Wirkungen dieser Interventionsformen gezeigt werden konnten, drängen sich in diesem Kontext weitere diskussionswürdige Fragen auf. Einerseits ist die für den Erfolg notwendige Dauer der Interventionen interessant und andererseits die Dauer des anhaltenden Erfolges.

Bezüglich der ärztlichen Beratung war es mir nicht möglich genau herauszufinden, ob es sich dabei um eine einmalige Intervention handelt oder mehrere Sitzungen stattfinden. Ich persönlich neige allerdings zu der Annahme, dass derartige, ausführliche Gespräche immer dann stattfinden, wenn konkrete Probleme aufgetreten sind oder eine neue Entscheidung im therapeutischen Procedere zu treffen ist.

Es ist allerdings dokumentiert, dass das Gefühl der Integration in Entscheidungsprozesse mit der Zeit abnimmt. Um einen anhaltenden Effekt zu gewährleisten, sind deshalb repetitive Interventionen nötig (170).

Bei der Psychoedukation handelt es sich um Zyklen von Sitzungen, die jedoch in ihrer Dauer variieren können. Schaub et al. (138) erzielten nach 26 Einheiten Psychoedukation eine Reduktion der Symptome und eine Steigerung des Wissens. Bechdorf et al. (140) konnten bereits nach acht Therapiestunden eine Verbesserung der Psychopathologie beschreiben. Dieser Effekt war auch nach sechs Monaten noch nachweisbar. Weiters konnte verdeutlicht werden, dass acht Einheiten ausreichen um den Wissensstand und die Zufriedenheit positiv zu beeinflussen. Dabei war der Wissensvorsprung allerdings nach einem Jahr nicht mehr nachzuweisen und ebenso die Zufriedenheit auf Seiten der Angehörigen. Auf Rückfälle, EE, Compliance, Krankheitseinsicht und psychosoziales Funktionieren konnte kein Einfluss genommen werden (133). Aguglia et al. (132) zeigten, dass die Teilnehmer einer acht Einheiten umfassenden Psychoedukation auch nach einem Jahr in Bezug auf die Beziehung zum Personal, die Rückfallshäufigkeit, die Einsicht in Krankheit und Behandlung und die Lebensqualität profitierten. Zur Beeinflussung der Coping-Fähigkeiten und zur Modifikation der Einstellung, die Krankheit als Stigma zu betrachten, waren zehn Einheiten Psychoedukation notwendig. Dieser Erfolg wurde lediglich postinterventionell nachgewiesen (141). Während sich die Beobachtungen der bisher genannten Studien auf einen relativ kurzen Zeitraum beschränkten, konnten Pitschel-Walz et al. (128) auch nach 12 und 24 Monaten eine Verminderung der Rehospitalisierungsrate und eine bessere Compliance verzeichnen. Die im Vergleich zur Kontrollgruppe niedrigere Rate an Krankenhauseinweisungen hielt auch nach sieben Jahren noch an (131).

Feldmann et al. (152) wiesen ebenfalls auf eine noch nach fünf Jahren erkennbare Reduktion der Rehospitalisierungsrate hin, allerdings ist seiner Meinung nach der Einsatz der Psychoedukation zum richtigen Zeitpunkt von wesentlicher Bedeutung.

Hornung et al. (153) zeigten, dass ohne Einbindung der Angehörigen eine Verlaufsverbesserung über zwei Jahre nicht möglich sei.

Die Studienlage zur Evaluation der therapeutischen Effekte der ärztlichen Beratung ist wirklich sehr beschränkt, wobei ein Trend dahingehend erkennbar ist, dass es einer Art „Auffrischungsgespräche“ bedarf, um dieser Intervention längerfristigeren Erfolg zu ermöglichen. Gelegentliche, terminlich fixierte Konsultationen des Arztes, ohne dass dabei

eine therapeutische Modifikation oder eine andere Entscheidung im Raum stehen, wären eine Möglichkeit. Dabei würde sich dem Patienten die Gelegenheit bieten eventuell neu aufgetretene Fragen zu klären und nicht nur in Entscheidungen, sondern in den ganzen Behandlungsverlauf integriert zu werden. Allerdings ist diesbezüglich noch viel Forschungsarbeit zu leisten.

Während die Kurzzeiterfolge der Psychoedukation bereits gut dokumentiert sind, sind die Langzeitergebnisse eher dürftig. Allerdings lässt sich auch hier feststellen, dass die postinterventionellen Erfolge im weiteren Verlauf abnehmen. Zumindest für den Langzeitverlauf scheint die Integration der Angehörigen eine wesentliche Rolle zu spielen, denn alle Untersuchungen, die über zwei Jahre oder länger positive Ergebnisse feststellten, verfolgten ein bifokales Konzept. Um definitive Aussagen zu tätigen, fehlen auch hier Untersuchungsergebnisse, im Speziellen über den Langzeitverlauf. Nichts desto trotz sollte man auch im Fall der Psychoedukation „Boost-Einheiten“ oder Auffrischungszyklen durchführen und evaluieren um als nächstes Ziel Empfehlungen für psychoedukative Unterstützung der Langzeitbehandlung von Schizophrenien definieren zu können.

Zusammenfassung:

Da bereits eine Kurzzeit-Psychoedukation in der Lage ist, nicht nur das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern, sehe ich diese Intervention als wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Therapie bei Schizophrenien. Jedem Patienten und auch den Angehörigen sollte demnach die Möglichkeit geboten werden die Psychoedukation in Anspruch zu nehmen.

Der fixe „Lehrplan“ der Einheiten verleiht dieser Intervention eine gewisse Struktur, die Patienten können sich auf die einzelnen Themen einstellen und es werden nach der Reihe sämtliche wichtige Informationen präsentiert. Durch die Abhaltung in Gruppen bilden sich sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Angehörigen (Schicksals)Gemeinschaften, die sozialen Kompetenzen werden gestärkt und man kann damit auch der Gefahr der Isolation vorbeugen. Die Integration der Angehörigen in den therapeutischen Prozess trägt nicht nur zu deren Unterstützung bei sondern ermöglicht auch eine direkte Einflussnahme auf bestehende Netzwerke und die Umgebung, in der der Patient lebt. Dadurch wird den postinterventionellen Therapieerfolgen eine gewisse Nachhaltigkeit verliehen.

Die Psychoedukation soll allerdings keinesfalls die ärztliche Beratung ersetzen, sondern vielmehr parallel dazu ablaufen. Denn da die Gruppenleiter der Psychoedukationsgruppen nicht unbedingt die behandelnden Ärzte der Patienten sind, ist eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich macht, unerlässlich.

Die Rolle der ärztlichen Beratung in der Behandlung Schizophrener kann als eine Art „Schlüsselfunktion“ betrachtet werden.

Beim Auftreten einer schizophrenen Psychose kommt es zum Kontakt zwischen Arzt und Patient. Während des diagnostischen Prozesses ist es bereits wichtig, den Patienten über die einzelnen Vorgänge zu informieren. Nach der Festlegung auf eine Diagnose und der medikamentösen Einstellung soll der Patient weitergeleitet werden. Es sollen ihm und gegebenenfalls auch den Angehörigen weitere Therapien wie die Psychoedukation ermöglicht werden. Selbst nach informativer Vorarbeit des Arztes entsteht für den Patienten kein Nachteil. Im Gegensatz. Er erhält mehr Auskunft über einen großen Themenbereich mit möglicherweise unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und kann damit zu einem „Experten“ gemacht werden.

Umgekehrt ist es allerdings auch wichtig in gewissen Momenten auf die ärztliche Beratung zurückzugreifen. Stehen beispielsweise wichtige Entscheidungen diagnostischer oder therapeutischer Natur an, sollen konkrete individuelle Probleme gelöst werden oder ist es nötig, aufgrund zusätzlicher Erkrankungen die schizophrene Störung in einem weiteren medizinischen Kontext zu betrachten, dann stellt eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung mit einer guten Beratung die Basis dar.

Der Arzt kann den Patienten, vor allem nach Absolvierung eines Psychoedukationszyklus, als informierten Gesprächspartner betrachten, ihn optimal in den Entscheidungsfindungsprozess integrieren, sein Selbstwertgefühl steigern und ihm vermitteln, die Kontrolle nicht zu verlieren.

Eine optimale Kombination dieser beiden Interventionsformen und vor allem deren längerfristige Anwendung scheint ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung einer erfolgreichen und nachhaltigen Therapie der Schizophrenien zu sein.

Aufgrund des nachgewiesenen Benefits für Patienten (und im Falle der Psychoedukation auch für Angehörige) ist es von eminenter Bedeutung, auch in Zukunft diese Bereiche der Therapie von Schizophrenien zum Gegenstand der Forschung zu machen.

Besonderes Augenmerk sollte dabei auf den Stellenwert, die Durchführung und die Effekte der ärztlichen Beratung im Speziellen bei Schizophrenen gelegt werden, da die Datenlage diesbezüglich noch mangelhaft ist.

Für beide Interventionsformen gilt, dass der Langzeitverlauf nach deren Anwendung relativ schlecht untersucht ist. Es ist daher ratsam, auch derartige Projekte in Angriff zu nehmen. Ein weiteres Ziel sollte folglich die Entwicklung von konkreten Richtlinien für die Langzeitbetreuung Schizophrener mit diesen beiden Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme sein.

6 Literaturverzeichnis

- (1) Möller H-J, Deister A, Schaub A, Riedel M. Schizophrene Psychosen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, editors. Psychiatrie und Psychotherapie. 3 ed. Band 2. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008. p. 253-356.
- (2) Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. Kompendium Praktische Psychiatrie. Wien. New York: Springer-Verlag; 2007.
- (3) Zubin J. Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? Schizophr Bull 1985;11(3):461-70.
- (4) Möller H-J. Schizophrenie. In: Möller H-J, Laux G, Deister A, editors. Psychiatrie und Psychotherapie. 3 ed. Stuttgart: Thieme Verlag; 2005. p. 134-61.
- (5) Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? Br Med J 1980 Jan 12;280(6207):66-8.
- (6) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis/ Weltgesundheitsorganisation. Dilling,H; Mombour,W; Schmidt,M.H; Schulte-Markwort,E, editors. 4 ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2006.
- (7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. Text Revision. DC: American Psychiatric Association; 2000.
- (8) Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56.
- (9) Marder SR. Overview of partial compliance. J Clin Psychiatry 2003;64 Suppl 16:3-9.
- (10) Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. Soc Sci Med 1988;27(11):1139-45.
- (11) Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? Am J Psychiatry 2005 Dec;162(12):2382-4.
- (12) Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988 Jul;26(7):657-75.
- (13) Arbeitsgruppe Psychoedukation: Bäuml J, Behrendt B, Bender M, Hornung WP, Jensen M, Klingberg S, et al. Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G,

- editors. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2004. p. 1-35.
- (14) Falloon IR, Held T, Roncone R, Coverdale JH, Laidlaw TM. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1998 Feb;32(1):43-9.
 - (15) Speierer G-W. Das patientenorientierte Gespräch. München: Causa Verlag; 1985.
 - (16) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997 Mar;44(5):681-92.
 - (17) Davison GC, Neale JM. *Klinische Psychologie - Ein Lehrbuch*. 3 ed. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1988.
 - (18) Eberwein W, Schütz G. *Die Kunst der Hypnose. Dialoge mit dem Unbewussten. Mit Anleitung zur Selbsthypnose*. 3 ed. Paderborn: Junfermann Verlag; 2001.
 - (19) Müller C. *Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Skizzen zur Psychatriegeschichte*. Das Narrenschiff ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998.
 - (20) Wagner R, Schumacher H. Schröpfen [Internet]. *Naturheilmagazin* 2008 April 2 [cited 2008 Apr 15]; Available from: URL: <http://www.naturheilmagazin.de/wissen/lexikon-naturheilkunde/therapie/ab-undausleitendeheilmethoden/schroepfen.html>
 - (21) Rothsuh KE. *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 1978.
 - (22) Schott H, Tölle R. *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren-Irrwege-Behandlungsformen*. München: C.H.Beck; 2006.
 - (23) Fangerau Heiner. *Psychische Erkrankungen und geistige Behinderung*. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW, editors. *Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag; 2006. p. 368-98.
 - (24) Häfner H. *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: C.H.Beck; 2000.
 - (25) DrugBank.ca. Chlorpromazine [Internet]. *DrugBank* 2007 December 13 [cited 2008 Apr 15]; Available from: URL: <http://www.drugbank.ca/cgi-bin/getCard.cgi?CARD=DB00477.txt>
 - (26) Deister A. *Milieuthérapie*. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, editors. *Psychiatrie & Psychotherapie*. 2 ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2005. p. 798-805.
 - (27) Österreichische Schizophrenie Gesellschaft. *Soziotherapie* [Internet]. Österreichische Schizophrenie Gesellschaft 2007 October 6 [cited 2007 Oct

6];Available from: URL: <http://www.schizophrenie.or.at/was-ist-schizophrenie/behandlung/soziotherapie-46.html>

- (28) Dulz B, Piegler T. Psychotherapie auf Basis der Psychoanalyse [Internet]. Psychiatrienetz 2004 October 4 [cited 2007 Sep 26];Available from: URL: <http://www.psychiatrie.de/therapien/psychoanalyse>
- (29) Brenner HD, Hoffmann H, Heise H. Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N, editors. Psychiatrie der Gegenwart 5. 4 ed. Berlin. Heidelberg. New York: Springer Verlag; 2000. p. 243-64.
- (30) Goddemeier C. Tiefenpsychologische Behandlung der Schizophrenie. Deutsches Ärzteblatt 2007;(4):166.
- (31) Minauf M. Psychoanalytical aspects regarding etiology and understanding of schizophrenic psychoses. Fortschr Neurol Psychiatr 2005 Nov;73 Suppl 1:S78-S83.
- (32) Malmberg L, Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia an severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;Issue 3. Art. No.: CD001360. DOI: 10.1002/14651858.CD001360.
- (33) Pieper J. Verhaltenstherapie [Internet]. Netzwerk Psychotherapie und Alternativen 2002 September 25 [cited 2007 Sep 26];Available from: URL: <http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/therapie/verhaltenstherapie/verhaltenstherapie.htm>
- (34) Hobbje C, Sadre Chirazi-Stark F-M. Psychotherapie auf dem Boden der Verhaltenstherapie [Internet]. Psychiatrienetz 2004 October 4 [cited 2007 Sep 26];Available from: URL: <http://www.psychiatrie.de/therapien/verhaltenstherapie>
- (35) Rathod S, Turkington D. Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: a review. Curr Opin Psychiatry 2005 Mar;18(2):159-63.
- (36) Rathod S, Kingdon D, Smith P, Turkington D. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics--data on a previously published randomised controlled trial. Schizophr Res 2005 May 1;74(2-3):211-9.
- (37) Kowerk H, Groth K. Familientherapie [Internet]. Psychiatrienetz 2004 October 4 [cited 2007 Sep 26];Available from: URL: <http://www.psychiatrie.de/therapien/familientherapie>
- (38) Lenz G, Küfferle B. Klinische Psychiatrie. 2 ed. Wien: Facultas Universitätsverlag; 2002.
- (39) Retzer A. Systemische Therapie der Psychosen. Psychotherapie im Dialog 2002;(3):235-42.

- (40) Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom* 2008;77(1):43-9.
- (41) Berlim MT, Fleck MP, Shorter E. Notes on antipsychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Apr;253(2):61-7.
- (42) Payk TR. Antipsychiatry -- a provisional inventory. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004 Sep;72(9):516-22.
- (43) Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv* 2006 Jun;57(6):863-6.
- (44) Maier W, Lichtermann D, Franke P, Heun R, Falkai P, Rietschel M. The dichotomy of schizophrenia and affective disorders in extended pedigrees. *Schizophr Res* 2002 Oct 1;57(2-3):259-66.
- (45) Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ, et al. Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Arch Gen Psychiatry* 1999 Feb;56(2):162-8.
- (46) Tienari P, Wynne LC, Laksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003 Sep;160(9):1587-94.
- (47) Stefansson H, Sigurdsson E, Steinthorsdottir V, Bjornsdottir S, Sigmundsson T, Ghosh S, et al. Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002 Oct;71(4):877-92.
- (48) Stefansson H, Sarginson J, Kong A, Yates P, Steinthorsdottir V, Gudfinnsson E, et al. Association of neuregulin 1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population. *Am J Hum Genet* 2003 Jan;72(1):83-7.
- (49) Straub RE, Jiang Y, MacLean CJ, Ma Y, Webb BT, Myakishev MV, et al. Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet* 2002 Aug;71(2):337-48.
- (50) Schwab SG, Knapp M, Mondabon S, Hallmayer J, Borrmann-Hassenbach M, Albus M, et al. Support for association of schizophrenia with genetic variation in the 6p22.3 gene, dysbindin, in sib-pair families with linkage and in an additional sample of triad families. *Am J Hum Genet* 2003 Jan;72(1):185-90.
- (51) Chumakov I, Blumenfeld M, Guerassimenko O, Cavarec L, Palicio M, Abderrahim H, et al. Genetic and physiological data implicating the new human gene G72 and the gene for D-amino acid oxidase in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002 Oct 15;99(21):13675-80.
- (52) Brzustowicz LM, Hodgkinson KA, Chow EW, Honer WG, Bassett AS. Location of a major susceptibility locus for familial schizophrenia on chromosome 1q21-q22. *Science* 2000 Apr 28;288(5466):678-82.

- (53) Mirnics K, Middleton FA, Stanwood GD, Lewis DA, Levitt P. Disease-specific changes in regulator of G-protein signaling 4 (RGS4) expression in schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2001 May;6(3):293-301.
- (54) Chowdari KV, Mirnics K, Semwal P, Wood J, Lawrence E, Bhatia T, et al. Association and linkage analyses of RGS4 polymorphisms in schizophrenia. *Hum Mol Genet* 2002 Jun 1;11(12):1373-80.
- (55) Karayiorgou M, Gogos JA. Schizophrenia genetics: uncovering positional candidate genes. *Eur J Hum Genet* 2006 May;14(5):512-9.
- (56) Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry* 2002 Jul;159(7):1080-92.
- (57) Brown AS, Cohen P, Harkavy-Friedman J, Babulas V, Malaspina D, Gorman JM, et al. A.E. Bennett Research Award. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001 Mar 15;49(6):473-86.
- (58) Brown AS, Begg MD, Gravenstein S, Schaefer CA, Wyatt RJ, Bresnahan M, et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Aug;61(8):774-80.
- (59) Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP, Jr., Liu L, Babulas VP, Susser ES. Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry* 2005 Apr;162(4):767-73.
- (60) Brown AS. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006 Apr;32(2):200-2.
- (61) Kim YK, Kim L, Lee MS. Relationships between interleukins, neurotransmitters and psychopathology in drug-free male schizophrenics. *Schizophr Res* 2000 Sep 1;44(3):165-75.
- (62) Zhang XY, Zhou DF, Zhang PY, Wu GY, Cao LY, Shen YC. Elevated interleukin-2, interleukin-6 and interleukin-8 serum levels in neuroleptic-free schizophrenia: association with psychopathology. *Schizophr Res* 2002 Oct 1;57(2-3):247-58.
- (63) Zhang XY, Zhou DF, Cao LY, Zhang PY, Wu GY, Shen YC. Changes in serum interleukin-2, -6, and -8 levels before and during treatment with risperidone and haloperidol: relationship to outcome in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004 Jul;65(7):940-7.
- (64) Theodoropoulou S, Spanakos G, Baxevas CN, Economou M, Gritzapis AD, Papamichail MP, et al. Cytokine serum levels, autologous mixed lymphocyte reaction and surface marker analysis in never medicated and chronically medicated schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2001 Jan 15;47(1):13-25.
- (65) Mahendran R, Mahendran R, Chan YH. Interleukin-2 levels in chronic schizophrenia patients. *Ann Acad Med Singapore* 2004 May;33(3):320-3.

- (66) Maes M, Bocchio CL, Bignotti S, Battista Tura GJ, Pioli R, Boin F, et al. Increased serum interleukin-8 and interleukin-10 in schizophrenic patients resistant to treatment with neuroleptics and the stimulatory effects of clozapine on serum leukemia inhibitory factor receptor. *Schizophr Res* 2002 Apr 1;54(3):281-91.
- (67) Kowalski J, Blada P, Kucia K, Madej A, Herman ZS. Neuroleptics normalize increased release of interleukin-1 beta and tumor necrosis factor-alpha from monocytes in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001 Jul 1;50(3):169-75.
- (68) Sperner-Unterweger B. Biological hypotheses of schizophrenia: possible influences of immunology and endocrinology. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005 Nov;73 Suppl 1:S38-S43.
- (69) Fannon D, Tennakoon L, Sumich A, O'Ceallaigh S, Doku V, Chitnis X, et al. Third ventricle enlargement and developmental delay in first-episode psychosis: preliminary findings. *Br J Psychiatry* 2000 Oct;177:354-9.
- (70) McDonald C, Marshall N, Sham PC, Bullmore ET, Schulze K, Chapple B, et al. Regional brain morphometry in patients with schizophrenia or bipolar disorder and their unaffected relatives. *Am J Psychiatry* 2006 Mar;163(3):478-87.
- (71) Fannon D, Chitnis X, Doku V, Tennakoon L, O'Ceallaigh S, Soni W, et al. Features of structural brain abnormality detected in first-episode psychosis. *Am J Psychiatry* 2000 Nov;157(11):1829-34.
- (72) Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PW, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000 Jan;157(1):16-25.
- (73) Job DE, Whalley HC, Johnstone EC, Lawrie SM. Grey matter changes over time in high risk subjects developing schizophrenia. *Neuroimage* 2005 May 1;25(4):1023-30.
- (74) Eastwood SL, Harrison PJ. Interstitial white matter neuron density in the dorsolateral prefrontal cortex and parahippocampal gyrus in schizophrenia. *Schizophr Res* 2005 Nov 15;79(2-3):181-8.
- (75) Velakoulis D, Wood SJ, Wong MT, McGorry PD, Yung A, Phillips L, et al. Hippocampal and amygdala volumes according to psychosis stage and diagnosis: a magnetic resonance imaging study of chronic schizophrenia, first-episode psychosis, and ultra-high-risk individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Feb;63(2):139-49.
- (76) Ragland JD, Gur RC, Raz J, Schroeder L, Kohler CG, Smith RJ, et al. Effect of schizophrenia on frontotemporal activity during word encoding and recognition: a PET cerebral blood flow study. *Am J Psychiatry* 2001 Jul;158(7):1114-25.
- (77) Ragland JD, Gur RC, Valdez J, Turetsky BI, Elliott M, Kohler C, et al. Event-related fMRI of frontotemporal activity during word encoding and recognition in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 Jun;161(6):1004-15.

- (78) Stegemann T, Heimann M, Dusterhus P, Schulte-Markwort M. Diffusion tensor imaging (DTI) and its importance for exploration of normal or pathological brain development. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006 Mar;74(3):136-48.
- (79) Schlösser RG, Nenadic I, Wagner G, Gullmar D, von CK, Kohler S, et al. White matter abnormalities and brain activation in schizophrenia: a combined DTI and fMRI study. *Schizophr Res* 2007 Jan;89(1-3):1-11.
- (80) Carlsson A, Lindqvist M. Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacol Toxicol (Copenh)* 1963;20:140-4.
- (81) Creese I, Burt DR, Snyder SH. Dopamine receptor binding predicts clinical and pharmacological potencies of antischizophrenic drugs. *Science* 1976 Apr 30;192(4238):481-3.
- (82) Laruelle M, Abi-Dargham A, van Dyck CH, Gil R, D'Souza CD, Erdos J, et al. Single photon emission computerized tomography imaging of amphetamine-induced dopamine release in drug-free schizophrenic subjects. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1996 Aug 20;93(17):9235-40.
- (83) Abi-Dargham A, Gil R, Krystal J, Baldwin RM, Seibyl JP, Bowers M, et al. Increased striatal dopamine transmission in schizophrenia: confirmation in a second cohort. *Am J Psychiatry* 1998 Jun;155(6):761-7.
- (84) Abi-Dargham A, Rodenhiser J, Printz D, Zea-Ponce Y, Gil R, Kegeles LS, et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2000 Jul 5;97(14):8104-9.
- (85) Seeman P, Weinshenker D, Quirion R, Srivastava LK, Bhardwaj SK, Grandy DK, et al. Dopamine supersensitivity correlates with D2High states, implying many paths to psychosis. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005 Mar 1;102(9):3513-8.
- (86) Kellendonk C, Simpson EH, Polan HJ, Malleret G, Vronskaya S, Winiger V, et al. Transient and selective overexpression of dopamine D2 receptors in the striatum causes persistent abnormalities in prefrontal cortex functioning. *Neuron* 2006 Feb 16;49(4):603-15.
- (87) Meyer-Lindenberg A, Miletich RS, Kohn PD, Esposito G, Carson RE, Quarantelli M, et al. Reduced prefrontal activity predicts exaggerated striatal dopaminergic function in schizophrenia. *Nat Neurosci* 2002 Mar;5(3):267-71.
- (88) Hirvonen J, van Erp TG, Huttunen J, Aalto S, Nagren K, Huttunen M, et al. Increased caudate dopamine D2 receptor availability as a genetic marker for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Apr;62(4):371-8.
- (89) Kissling W. Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. *Br J Psychiatry Suppl* 1992 Oct;(18):133-9.
- (90) Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994 Oct;151(10):1409-16.

- (91) Gerlach J, Peacock L. New antipsychotics: the present status. *Int Clin Psychopharmacol* 1995 Sep;10 Suppl 3:39-48.
- (92) Remington G, Chong SA. Conventional versus novel antipsychotics: changing concepts and clinical implications. *J Psychiatry Neurosci* 1999 Nov;24(5):431-41.
- (93) Tollefson GD, Beasley CM, Jr., Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN, et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry* 1997 Apr;154(4):457-65.
- (94) Mojtabai R, Lavelle J, Gibson PJ, Bromet EJ. Atypical antipsychotics in first admission schizophrenia: medication continuation and outcomes. *Schizophr Bull* 2003;29(3):519-30.
- (95) Kapur S, Zipursky RB, Remington G. Clinical and theoretical implications of 5-HT₂ and D₂ receptor occupancy of clozapine, risperidone, and olanzapine in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999 Feb;156(2):286-93.
- (96) Di Forti M, Lappin JM, Murray RM. Risk factors for schizophrenia--all roads lead to dopamine. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007 Mar;17 Suppl 2:S101-S107.
- (97) Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64 Suppl 16:10-3.
- (98) Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977 Apr;86(2):103-26.
- (99) Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Mar;20(2):111-5.
- (100) van Os J, McGuffin P. Can the social environment cause schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2003 Apr;182:291-2.
- (101) Phillips LJ, Francey SM, Edwards J, McMurray N. Stress and psychosis: towards the development of new models of investigation. *Clin Psychol Rev* 2007 Apr;27(3):307-17.
- (102) Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry* 1972 Sep;121(562):241-58.
- (103) Hahlweg K, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Magana AB, Mintz J, Doane JA, et al. Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *J Consult Clin Psychol* 1989 Feb;57(1):11-8.
- (104) Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Jun;55(6):547-52.
- (105) Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Familial expressed emotion: outcome and course of Israeli patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28(4):731-43.

- (106) Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull* 2005 Jul;31(3):751-8.
- (107) Hogarty GE. Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors--a United States perspective. *J Clin Psychiatry* 1984 May;45(5 Pt 2):36-42.
- (108) Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, et al. Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. *Psychol Med* 1991 Aug;21(3):675-85.
- (109) Breitborde NJ, Lopez SR, Wickens TD, Jenkins JH, Karno M. Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007;16(1):1-10.
- (110) Horan WP, Ventura J, Mintz J, Kopelowicz A, Wirshing D, Christian-Herman J, et al. Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007 May 30;151(1-2):77-86.
- (111) Nuechterlein KH, Dawson ME, Ventura J, Gitlin M, Subotnik KL, Snyder KS, et al. The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;382:58-64.
- (112) Behandlungsleitlinie Schizophrenie - Kurzversion [Internet]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, editor. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2006 [cited 2007 Jul 31]; Available from: URL: <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/S3/s3-kurzversion.pdf>
- (113) Gomez JC, Crawford AM. Superior efficacy of olanzapine over haloperidol: analysis of patients with schizophrenia from a multicenter international trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 2:6-11.
- (114) Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, Citrome L, McEvoy JP, et al. Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2002 Feb;159(2):255-62.
- (115) Dossenbach M, Erol A, el Mahfoud KM, Shaheen MO, Sunbol MM, Boland J, et al. Effectiveness of antipsychotic treatments for schizophrenia: interim 6-month analysis from a prospective observational study (IC-SOHO) comparing olanzapine, quetiapine, risperidone, and haloperidol. *J Clin Psychiatry* 2004 Mar;65(3):312-21.
- (116) Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R, et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: a randomized, double-blind trial of olanzapine versus haloperidol. *Am J Psychiatry* 2003 Aug;160(8):1396-404.

- (117) Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Landbloom R, Swartz M, Swanson J. Time to discontinuation of atypical versus typical antipsychotics in the naturalistic treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2006;6:8.
- (118) Chiles JA, Miller AL, Crismon ML, Rush AJ, Krasnoff AS, Shon SS. The Texas Medication Algorithm Project: development and implementation of the schizophrenia algorithm. *Psychiatr Serv* 1999 Jan;50(1):69-74.
- (119) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005 Sep 22;353(12):1209-23.
- (120) McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS, Davis SM, Meltzer HY, Rosenheck RA, et al. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2006 Apr;163(4):600-10.
- (121) Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy JP, Swartz MS, Davis SM, Rosenheck RA, et al. Effectiveness of olanzapine, quetiapine, risperidone, and ziprasidone in patients with chronic schizophrenia following discontinuation of a previous atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2006 Apr;163(4):611-22.
- (122) Rocca P, Crivelli B, Marino F, Mongini T, Portaleone F, Bogetto F. Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2008 Mar;49(2):170-6.
- (123) Chabungbam G, Avasthi A, Sharan P. Sociodemographic and clinical factors associated with relapse in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007 Dec;61(6):587-93.
- (124) O'Brien J. Teaching psychiatric inpatients about their medications. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 1979 Oct;17(10):30-2.
- (125) Jensen M, Sadre Chirazi-Stark F-M. Psychoedukation [Internet]. *Psychiatrienetz* 2004 October 4 [cited 2007 Oct 7]; Available from: URL: <http://www.psychiatrie.de/therapien/psychoedukation/>
- (126) Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980;6(3):490-505.
- (127) Brenner HD. Fertigkeiten für eine soziale und unabhängige Lebensführung. Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen. *Therapeuten-Handbuch*. Bern: Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern; 1990.
- (128) Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006 Mar;67(3):443-52.
- (129) Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukative Patientengruppen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G, editors. *Arbeitsbuch*

PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart; New York: Schattauer GmbH; 2005. p. 63-87.

- (130) Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukative Angehörigengruppen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G, editors. Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart; New York: Schattauer GmbH; 2005. p. 89-115.
- (131) Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessler W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2007 Jun;68(6):854-61.
- (132) Aguglia E, Pascolo-Fabrizi E, Bertossi F, Bassi M. Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:7.
- (133) Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 Jun;34(6):287-94.
- (134) Sherman MD. The SAFE Program: A Family Psychoeducational Curriculum Developed in a Veterans Affairs Medical Center. *Professional Psychology: Research and Practice* 2003;34(1):42-8.
- (135) Cheng LY, Chan S. Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. *West J Nurs Res* 2005 Aug;27(5):583-99.
- (136) Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Oct;60(5):590-7.
- (137) Chien WT, Chan SW. One-year follow-up of a multiple-family-group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004 Nov;55(11):1276-84.
- (138) Schaub A, Behrendt B, Brenner HD, Mueser KT, Liberman RP. Training schizophrenic patients to manage their symptoms: predictors of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. *Schizophr Res* 1998 May 25;31(2-3):121-30.
- (139) McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Aug;52(8):679-87.
- (140) Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Jul;110(1):21-8.

- (141) Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 2002 Sep;53(9):1125-31.
- (142) Rummel C, Pitschel-Walz G, Kissling W. "Family members inform family members" - family members as group moderators for psychoeducational groups in schizophrenia. *Psychiatr Prax* 2005 Mar;32(2):87-92.
- (143) Rummel CB, Hansen WP, Helbig A, Pitschel-Walz G, Kissling W. Peer-to-peer psychoeducation in schizophrenia: a new approach. *J Clin Psychiatry* 2005 Dec;66(12):1580-5.
- (144) Hornung WP, Kieserg A, Feldmann R, Buchkremer G. Psychoeducational training for schizophrenic patients: background, procedure and empirical findings. *Patient Educ Couns* 1996 Dec;29(3):257-68.
- (145) Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch.* 9 ed. Stuttgart: Klett-Cotta; 2007.
- (146) Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* 3 ed. Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie; 1994.
- (147) Kilian R, Holzinger A, Angermeyer MC. "It may be somewhat more demanding sometimes, but also more interesting". Psychiatrists evaluate the impact of psychoeducation on outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatr Prax* 2001 Jul;28(5):209-13.
- (148) Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, Norell D, Myers M, Patterson T, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatr Serv* 2000 Apr;51(4):513-9.
- (149) Sherman MD. The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatr Serv* 2003 Jan;54(1):35-7.
- (150) Bäuml J, Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 2006 Oct;32 Suppl 1:S1-S9.
- (151) Penn DL, Mueser KT, Tarrier N, Gloege A, Cather C, Serrano D, et al. Supportive therapy for schizophrenia: possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophr Bull* 2004;30(1):101-12.
- (152) Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002 Jun;252(3):115-9.
- (153) Hornung WP, Feldmann R, Schonauer K, Schafer A, Monking HS, Klingberg S, et al. Psychoeducational-psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients and their caregivers. II. Supplementary findings at a 2-year follow-up. *Nervenarzt* 1999 May;70(5):444-9.

- (154) Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002 Oct;159(10):1653-64.
- (155) Puschner B, Born A, Giessler A, Helm H, Becker T, Angermeyer MC. Effects of interventions to improve compliance with antipsychotic medication in people suffering from schizophrenia-results of recent reviews. *Psychiatr Prax* 2005 Mar;32(2):62-7.
- (156) Carrà G, Montomoli C, Clerici M, Cazzullo CL. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257(1):23-30.
- (157) Schulz von Thun F. *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation.* 41 ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2005.
- (158) Egger J. *Das ärztliche Gespräch. Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation.* *Psychologische Medizin* 2000;11(1):45-52.
- (159) Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jul;62(7):717-24.
- (160) McCabe R, Heath C, Burns T, Priebe S. Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ* 2002 Nov 16;325(7373):1148-51.
- (161) Prince JD. Therapeutic alliance, illness awareness, and number of hospitalizations for schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2007 Feb;195(2):170-4.
- (162) van Os J, Altamura AC, Bobes J, Gerlach J, Hellewell JS, Kasper S, et al. Evaluation of the Two-Way Communication Checklist as a clinical intervention. Results of a multinational, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004 Jan;184:79-83.
- (163) Schonauer K. Supportive Psychotherapie und ärztliche Gesprächsführung. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, editors. *Psychiatrie und Psychotherapie.* 3 ed. Band 1. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008. p. 691-702.
- (164) Was Patienten wollen, was Ärzte können. Gesamtschweizerische Patientenbefragung [Internet]. Pulsus: Für eine freie, sozial verantwortbare Medizin, editor. *Pulsus: Für eine freie, sozial verantwortbare Medizin* 2001 [cited 2008 Feb 20]; Available from: URL: http://www.pulsus.info/02_aktuell/4_umfragen/inhalte/Befragung%20Patienten%202001.pdf
- (165) Gottschlich M. *Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation.* 2 ed. Wien. Köln. Weimar: Böhlau Verlag; 2007.

- (166) Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 1999 Jan;17(1):371-9.
- (167) Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 1990 Jan;28(1):19-28.
- (168) Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995 May 1;152(9):1423-33.
- (169) Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006 Oct;114(4):265-73.
- (170) Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2003 Jun;107(6):403-9.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Christina Jirosch
Familienstand	ledig
Religionsbekenntnis	römisch-katholisch
Geburtsdatum	20.10.1983
Geburtsort	Kirchdorf an der Krems

SCHULBILDUNG

1989 – 1990	Vorschule in Schlierbach
1990 – 1994	Volksschule in Schlierbach
1994 – 2002	Gymnasium der Abtei Schlierbach; Reifeprüfung mit gutem Erfolg

UNIVERSITÄRE AUSBILDUNG

seit Oktober 2002	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz
	- September 2003: Abschluss des 1. Studienabschnitts
	- September 2007: Abschluss des 2. Studienabschnitts
	- seit Oktober 2008: 3. Studienabschnitt

SPEZIELLE STUDIENMODULE

- Dermatoonkologie
- Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich
- Klinisch-topographische Anatomie der Extremitäten
- Geriatrie
- Individualmedizin und Gesundheitsplanung

FAMULATUREN

05.07.2004 – 30.07.2004	Allgemeinchirurgie im LKH Kirchdorf an der Krems
04.07.2005 – 29.04.2005	Unfallchirurgie und Sporttraumatologie im LKH Kirchdorf an der Krems
02.02.2006 – 10.02.2006	Unfallchirurgie und Sporttraumatologie im LKH Kirchdorf an der Krems
13.02.2006 – 24.02.2006	Innere Medizin im LKH Kirchdorf an der Krems
04.09.2006 – 29.09.2006	Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz
05.02.2007 – 16.02.2007	Innere Medizin im LKH Kirchdorf an der Krems