

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI CHRONISCHEN PSYCHISCHEN
ERKRANKUNGEN -
DAS BEISPIEL DER
PSYCHOEDUKTIVEN GRUPPENTHERAPIE
MIT SCHIZOPHREN UND SCHIZOAFFEKTIV
ERKRANKTEN**

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
an der Universität Bielefeld**

vorgelegt von Günther Wienberg aus Steinhagen

Steinhagen 1998

für Marion

und Nico

Gliederung	I - IV
0. Vorwort	V - VIII
1. Psychiatrie und Public Health	
1.1 Einführung	1
1.2 Schizophrenie als Public-Health-Problem	2
1.2.1 Krankheitszeichen schizophrener Psychosen	2
1.2.2 Epidemiologische Grundlagen	8
1.2.3 Schizophrenie und Lebensqualität	11
1.2.4 Die Belastung der Angehörigen	19
1.2.5 Die gesellschaftlichen Kosten der Schizophrenie	26
1.3 Gesundheitsförderung als angewandte Gesundheitswissenschaften	29
1.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention als Leitbegriffe	29
1.3.2 Zum Begriff Gesundheit	33
1.3.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheit	34
1.3.4 Anforderungen an Strategien der Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von chronischen Erkrankungen	37
1.4 Psychiatrie und Gesundheitsförderung	39
1.4.1 Promotion	39
1.4.2 Primärprävention	43
1.4.3 Sekundärprävention	47
1.4.4 Tertiärprävention	58
1.5 Schluß	67
2. Theoretische Grundlagen – Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie	
2.1 Einführung	69
2.2 Paradigma-Wechsel im Schizophrenie-Verständnis - von Emil KRAEPELIN zu Luc CIOMPI	71
2.2.1 Das traditionelle Krankheitskonzept der Schizophrenie - Emil KRAEPELIN und Eugen BLEULER	71
2.2.2 Ein neues Schizophrenie-Paradigma: Joseph ZUBIN's Vulnerabilitätshypothese	73
2.2.3 Das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie von Luc CIOMPI	74

2.3	Die besondere Verletzlichkeit für Schizophrenie - Phase I	76
2.3.1	Störungen der Informationsverarbeitung	77
2.3.2	Das Basisstörungskonzept	84
2.3.3	CIOMPI's Konzept der „Affekt-logischen Bezugssysteme“ ⁸⁸	
2.3.4	Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit	90
2.4	Die Entwicklung akuter schizophrener Psychosen – Phase II	105
2.4.1	Die Dynamik der psychotischen Entgleisung	105
2.4.2	Frühwarnzeichen	108
2.4.3	Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche (Coping)	110
2.4.4	Auslösende Bedingungsfaktoren – Streß	113
2.5	Die Langzeitentwicklung schizophren erkrankter Menschen – Phase III	123
2.5.1	Der langfristige Ausgang schizophrener Psychosen	123
2.5.2	Verlauf und Prognose	128
2.5.3	Die „Illusion des Klinikern“	132
2.5.4	Verlaufsbeeinflussende Bedingungsfaktoren	134
2.6	Schluß: Ein Paradigmawechsel und seine Konsequenzen	141
2.6.1	Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell und klassisches Krankheitskonzept	141
2.6.2	Therapeutische Konsequenzen	146
2.6.3	Die Rolle des Betroffenen im Umgang mit der Verletzlichkeit/Psychose	148
3.	Psychoedukative Therapie schizophren Erkrankter – Einordnung und Überblick	
3.1	Einführung	150
3.2	Kenntnisse und Einstellungen von Betroffenen über die Erkrankung und ihre Behandlung	150
3.2.1	Zum Problem der „Krankheitseinsicht“	151
3.2.2	Informiertheit von Betroffenen über unterschiedliche Aspekte der Erkrankungen und ihre Behandlung	154
3.2.3	Bewertungen/Erwartungen bezüglich psychiatrischer Behandlungsangebote	158
3.2.4	Zusammenfassung: Krankheitskonzepte der Betroffenen	160
3.2.5	Juristische und ethische Aspekte	163
3.3	Die Therapie schizophren erkrankter Menschen – Grundlagen	164
3.3.1	Voraussetzungen und allgemeine Anforderungen	164
3.3.2	Therapieziele	166
3.3.3	Therapieverfahren	167
3.3.4	Ergänzende Therapiebausteine	170

3.4	Neuroleptika-Therapie	182
3.4.1	Einführung	182
3.4.2	Funktion und Nutzen der Neuroleptika	183
3.4.3	Behandlungsstandards	184
3.4.4	Nebenwirkungen und Risiken	187
3.4.5	Atypische Neuroleptika	189
3.4.6	Zum Problem der „Compliance“	190
3.5	Psychotherapie	196
3.5.1	Einführung	196
3.5.2	Grenzen traditioneller psychotherapeutischer Ansätze	196
3.5.3	Qualitäts-Kriterien psychotherapeutischer Hilfen für schizophren erkrankte Menschen	198
3.6	Psychoedukative Therapie	201
3.6.1	Einführung: Warum (nicht)?	201
3.6.2	Einordnung/Deskriptive Definition	202
3.6.3	Methodische Aspekte	205
3.6.4	Befunde zur psychoedukativen Therapie bei schizophrenen Erkrankungen	207
3.6.5	Psychoedukative Therapie mit Angehörigen schizophren Erkrankter	212
3.6.6	Schluß: Psychoedukative Therapien am Übergang von Fremd- zu Selbsthilfe	214
4.	Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv Erkrankten – PEGASUS Ziele Inhalte und Methoden	
4.1	Einführung	218
4.2	Ziele des PEGASUS-Konzeptes	218
4.3	Inhalte des PEGASUS-Konzeptes	220
4.4	Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung	222
4.4.1	Zeitlicher und räumlicher Rahmen	222
4.4.2	Methodik/Didaktik	223
4.4.3	Teilnehmer und Moderatoren	225
4.4.4	Institutioneller Kontext	227
4.5	Erfahrungen mit der Umsetzung in der psychiatrischen Regelversorgung	228
4.5.1	In Bielefeld	228
4.5.2	In anderen Regionen	232

5.	Psychoedukative Gruppentherapie in der Praxis – eine Nutzer- und Anwenderbefragung	
5.1	Untersuchungsansatz	234
5.2	Fragestellungen der Untersuchung	238
5.3	Methodik	239
5.3.1	Das Befragungsinstrument	239
5.3.2	Durchführung der Befragung	242
5.3.3.	Datenauswertung	244
5.4	Beschreibung der Stichproben	245
5.5	Ergebnisse	247
5.5.1	Praktische Durchführung, Methodik/Didaktik	247
5.5.2	Inhalte	255
5.5.3	Prozeß	264
5.5.4	Wirkungen	268
5.5.5	Gesamtbewertung	275
5.6	Zusammenfassung und Diskussion	279
6.	Zusammenfassung	290
	Literatur	313
	Anhang: Nutzer-Fragebogen	

Vorwort

Der Prozeß, der zur Entstehung dieser Arbeit geführt hat, war lang. Er begann vor rund 10 Jahren mit der Idee für ein Projekt. Unter dem starken Eindruck der Schriften und Konzepte aus der Berner Sozialpsychiatrie, insbesondere denen von Professor Luc Ciompi, reifte bis gegen Ende der 80er Jahre das Vorhaben heran, therapeutische Grundprinzipien, die sich aus dem „neuen“ Schizophrenie-Paradigma des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells ergeben, exemplarisch in der psychiatrischen Versorgungspraxis umzusetzen.

Entscheidend war der Impuls, Betroffene ernsthaft zu Beteiligten zu machen – in allen Fragen, die ihre Erkrankung und Behandlung angehen. Leitbild war und blieb der mitverantwortliche, informiert entscheidende, kritische und so weit wie möglich autonome Patient. Auf den ersten Blick scheint daran nichts Neues oder Ungewöhnliches – wenn man absieht von der Zielgruppe, um die es geht: Menschen mit (chronischen) Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Vor dem Hintergrund traditioneller psychiatrischer Vorstellungen über diese Erkrankung und die Rolle der Betroffenen bei ihrer Bewältigung, die bis weit in die 80er Jahre hinein international fast ungebrochene Gültigkeit beanspruchen konnten, durfte das Projekt, daß ab Anfang 1989 unter meiner Federführung Gestalt anzunehmen begann, durchaus für sich in Anspruch nehmen, Neuland zu betreten. Erst später stellte sich heraus, daß etwa zeitgleich zwei andere, universitäre Arbeitsgruppen um Buchkremer und Hornung in Münster sowie Bäuml und Pitschl-Walz in München ähnliche Projekte verfolgten, wenn auch unter den nicht vergleichbaren Bedingungen psychiatrischer Universitätskliniken und mit entsprechenden Ressourcen. Dem Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen aus diesen Gruppen, der bis heute besteht, verdanken wir wichtige Anregungen und die Sicherheit, nicht allein auf neuen Wegen unterwegs zu sein.

Inzwischen ist Psychoedukation – auch und gerade mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen – ein aktuelles Thema in der psychiatrischen Fachdiskussion und entsprechende Konzepte finden auch in der Versorgungspraxis immer mehr Anhänger und Anwender. Doch aller Anfang war schwer. Das Projekt sollte im Rahmen der psychiatrischen Regelversorgung der Stadt Bielefeld realisiert werden, mit Unterstützung und Beteiligung der im Kernfeld der Versorgung tätigen Dienste und Einrichtungen. Ressourcen für Forschung und Entwicklung gibt es jedoch in diesem Kontext so gut wie nicht. So wären dieses Projekt und sein Gelingen unmöglich gewesen, wenn es keine Unterstützung gefunden hätte. Von besonderer Bedeutung war die großzügige Förderung als Modellprojekt durch die „Stiftung Wohlfahrtspflege“ des Landes Nordrhein-Westfalen über 2 Jahre. Materielle und ideelle Unterstützung erfuhren wir auch durch die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, die Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

Die Entwicklung und Erprobung des Therapiekonzepts, das in dieser Arbeit unter dem Titel „Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten“/ PEGASUS unter gesundheitswissenschaftlicher und psychiatrischer Perspektive theoretisch begründet, konzeptionell definiert und ansatzweise evaluiert wird, erfolgte in den Jahren 1990 bis 1992. Nach dem Ende der Förderung war unsere Arbeitsgruppe darauf verwiesen, die weiteren Arbeits- und Entwicklungsschritte zum großen Teil zusätzlich zum beruflichen Alltag zu leisten. So ging die Arbeit langsamer voran. Das Gute am Schlechten war, daß auf diese Weise im Laufe der Jahre immer mehr Erfahrungen mit dem Konzept in der Praxis gemacht wurden. Diese konnten aus Bielefeld und anderen Regionen zusammengetragen und ausgewertet werden. Sie gingen nach und nach in immer wieder neue Überarbeitungen des Entwurfes für ein Therapiemanual ein. Das Manual wurde schließlich in 1. Auflage 1995 publiziert (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum). Bereits 1996 war die 2. Auflage fällig und Ende dieses Jahres wird die 3. Auflage erscheinen, in beiden Fällen gründlich bearbeitet und verbessert.

Parallel zur Arbeit an dem Manual begann 1994 die Arbeit an einem Buch, in dem die theoretischen Grundlagen sowie die Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes verfügbar gemacht werden sollten. Die erste Auflage dieses Buches erschien zeitgleich mit dem Manual 1995, die 2. bearbeitete und verbesserte Auflage 1997. In die vorliegende Arbeit sind wesentliche Teile dieser zweiten Publikation eingegangen. Dabei handelt es sich im einzelnen um folgende Teile:

- Kapitel 2 dieser Arbeit („Theoretische Grundlagen“) stellt eine leicht überarbeitete und an einigen Stellen ergänzte Fassung des Artikels „Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell“ aus dem Grundlagenbuch dar (Wienberg 1997 a).
- Kapitel 3 („Psychoedukative Therapie...“) repräsentiert eine Überarbeitung des Artikels gleichen Titels in dem Grundlagenbuch (Wienberg & Sibum 1997). Die Abschnitte in diesem Artikel, die von Dr. Bernhard Sibum verantwortet wurden, sind in diese Arbeit in einer durch den Autor komplett neu bearbeiteten Fassung aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um die Abschnitte 3.1 bis 3.4 des Artikels, in dieser Arbeit die Abschnitte 3.4.1 bis 3.4.5.
- Kapitel 4 ist eine stark überarbeitete und erweiterte Fassung des Artikels „Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS - Ziele, Inhalte und Methoden“ (Wienberg & Schünemann-Wurmthaler 1997). Diese Überarbeitung stellt sicher, daß es sich auch bei Kapitel 4 in vollem Umfang um das geistige Eigentum des Autors handelt.

Für die Kapitel 2 und 3 wurde die Literatur bis Ende 1996 systematisch ausgewertet und berücksichtigt – mit Ausnahme des Kapitels 3.4, in dem aktuelle Entwicklungen der Psychopharmakotherapie mit Verweis auf einige neuere Arbeiten thematisiert werden. Die cursorische Durchsicht der Literatur aus 1997/98 deutet darauf hin, daß zwar zahlreiche neue Einzelbefunde vorliegen. Diese begründen jedoch keine Revision des in dieser Arbeit vorgestellten Schizophrenie-Modells oder der daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen. Weil diese beiden Kapitel in der veröffentlichten Fassung die Funktion von Lehrtexten für Mitarbeiter aller psychiatrischen Berufsgruppen haben, wurden englischsprachige Zitate von mir übersetzt.

Die in Kapitel 5 beschriebene Untersuchung und ihre Ergebnisse sind bisher nicht publiziert worden. Lediglich einige Teilergebnisse aus einer Stichprobe von 34 Teilnehmern und 23 Therapeuten sind 1997 in einem Artikel vorab veröffentlicht worden (Wienberg 1997 b).

Ebenfalls völlig neu für diese Arbeit geschrieben wurde Kapitel 1. Dies geschah zeitlich erst, nachdem die originär „psychiatrischen“ Teile der Arbeit im wesentlichen fertiggestellt waren. Dies hängt zusammen mit der beruflichen Sozialisation des Autors in der Psychiatrie sowie mit der oben skizzierten langen Geschichte des Projektes. Zwar hat der Autor sich im Rahmen der Kooperation zwischen den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und dem Institut, später der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld seit nunmehr 10 Jahren immer wieder im Rahmen von Forschungsprojekten und in der Lehre mit gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen befaßt. Die Idee, das eigene Projekt im Bereich Psychoedukation theoretisch in einen gesundheitswissenschaftlichen Rahmen einzubetten, entstand jedoch erst 1996.

Diese Idee hat sich als fruchtbar erwiesen, was die Arbeit hoffentlich zu belegen vermag. Es führt konzeptionell weiter, Psychoedukation nicht lediglich als eine weitere Spielart psychosozialer Schizophrenietherapie aufzufassen, sondern als ein psychiatrisches Modell der angewandten Gesundheitsförderung bei chronisch Kranken. Dabei erweist sich die gesundheitswissenschaftliche Perspektive eher als die medizinisch-kurative Perspektive der

Psychiatrie als geeignet, das traditionelle Rollenmodell der Therapeut-Patient-Beziehung zu relativieren. Sie fordert dazu heraus, diese in Richtung auf ein neues Rollenverständnis, ein verändertes Beziehungs- und Kooperationsmodell zu überwinden.

Die Arbeit gliedert sich grob wie folgt:

- Im ersten Kapitel werden schizophrene Erkrankungen unter der Public Health-Perspektive thematisiert; das gesundheitswissenschaftliche Begriffsrepertoire zur Einordnung des eigenen Ansatzes wird erschlossen; der Stand psychiatrischer Forschung und Praxis wird unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung diskutiert.
- Im zweiten Kapitel wird der aktuelle Stand der Schizophrenieforschung als inhaltliche Grundlage von und Begründung für Psychoedukation verfügbar gemacht.
- Im dritten Kapitel erfolgt die Einordnung und Definition von Psychoedukation in ein umfassendes, biopsychosoziales und indikationsgestütztes Konzept der Schizophrenietherapie.
- Im vierten Kapitel wird das eigene Therapiekonzept bezüglich Zielen, Inhalten, Methoden und bisherigen Implementierungsschritten beschrieben.
- Im fünften Kapitel werden Fragestellungen, Methodik und Ergebnisse einer Befragung von Nutzern und Anwendern zur Bewertung unterschiedlicher Aspekte dieses Therapiekonzeptes dargestellt.
- Im sechsten Kapitel schließlich werden die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit in thematischer Form zusammenfassend diskutiert.

In den fast 10 Jahren, die sich der Autor nunmehr mit den behandelten Themen befaßt, ist der Abschluß dieser Arbeit ein inhaltlicher und persönlicher Meilenstein. Dies gibt Anlaß, darüber nachzudenken, wem zu danken ist. Dabei wird schnell klar, daß der Versuch, alle diejenigen, die in irgendeiner Weise zu irgendeinem Zeitpunkt des Prozesses dazu beigetragen haben, daß das PEGASUS-Projekt beginnen konnte, sich entwickelte, erfolgreich wurde und sich weiterentwickeln wird, allein durch die Nennung ihres Namens zu würdigen, den Rahmen dieses Vorwortes sprengen muß. Eine Auswahl zu treffen, ist heikel. Einige dürfen jedoch nicht ungenannt bleiben.

Da sind zuallererst diejenigen, die sich der sicher manchmal mühseligen Aufgabe unterzogen haben, die Fragebögen zu bearbeiten, die den empirischen Ergebnissen dieser Arbeit zugrunde liegen. Da sind diejenigen Kollegen und Kolleginnen aus Bielefeld, Gütersloh und Detmold, die in zahlreichen Diskussionen und Rückmeldungen ihre praktischen Erfahrungen für die (Weiter-)Entwicklung des Manuals nutzbar machten. Ihnen allen habe ich zu danken, denn ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich geworden.

Großen Dank schulde ich den Kollegen und Freunden aus dem engeren Kreis unserer PEGASUS-Arbeitsgruppe: Dr. Sybille Schünemann-Wurmthaler, Dr. Bernhard Sibum und Uwe Starck. Ihr fachlicher Beitrag, ihr unermüdliches Engagement für die gemeinsame Sache, ihre menschliche Unterstützung und kritische Solidarität waren und sind für mich von großem Wert. Frau Christa Hartmann hat die mehr als mühevollen Arbeit, die immer wieder neuen Fassungen und Korrekturen des Manuskriptes zu bearbeiten und das Literaturverzeichnis zu erstellen, mit bewundernswerter Geduld und Verlässlichkeit getan. Ich wüßte nicht, wie das Projekt ohne sie ein gutes Ende hätten finden können. Herr Dipl. Soz. Christian Zechert unterstützte mich bei der Erfassung und Auswertung der Daten, Herr Diakon Carsten Böhrnsen bei ihrer grafischen Aufbereitung.

Herrn Prof. Dr. Klaus Hurrelmann danke ich herzlich für seine Bereitschaft, die Arbeit zu betreuen, für seine Ermutigung und konstruktive Begleitung.

Wie eingangs erwähnt, kam die Inspiration, die schließlich zum PEGASUS-Projekt und zu dieser Arbeit geführt hat, aus Bern. Neben den Arbeiten der Arbeitsgruppe um Luc Ciompi waren es vor allem die von Prof. Dr. Wolfgang Böker und Prof. Dr. Hans Dieter Brenner seit 1985 regelmäßig in der Waldau veranstalteten Internationalen Schizophrenie-Symposien sowie die daraus hervorgegangenen Veröffentlichungen, die mich nachhaltig beeinflusst haben. Deshalb freue ich mich besonders, daß Herr Professor Brenner meiner Bitte nachgekommen ist, dem Prüfungsausschuß für diese Arbeit anzugehören.

Zwei Menschen haben viele Stunden und Tage meiner Zeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung an diese Arbeit verloren. Sie haben mir gleichwohl Kraft und Rückhalt gegeben, das Projekt neben und zusätzlich zu einem anspruchsvollen Berufsalltag abzuschließen: meine Frau Marion und mein Sohn Nico. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

Steinhagen, im Oktober 1998

Günther Wienberg

P.S.: Um die Lesbarkeit (und das Schreiben) der Arbeit zu erleichtern, habe ich dort, wo bei der Nennung von Personen(gruppen) sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint ist, auf die weibliche Form der Schreibweise verzichtet. Ich bitte die Leserinnen und Leser um Verständnis.

1. Psychiatrie und Public Health

1.1 Einführung

Psychiatrie als angewandte Wissenschaft hat es zu tun mit der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von – oft schweren – psychischen Erkrankungen. Diese Dienstleistung wird erbracht in einem in den vergangenen zwei Jahrzehnten erheblich ausdifferenzierten System von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen und Diensten, die sich zum ganz überwiegenden Teil zwei Subsystemen der sozialen Sicherung zuordnen lassen. Zum einen der Krankenbehandlung im Sinne des Sozialgesetzbuches V, zum anderen dem Bereich der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz. Die Refinanzierung der Leistungen erfolgt in beiden Fällen fast ausschließlich einzelfallbezogen, entweder zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung oder zu Lasten des örtlichen oder überörtlichen Trägers der Sozialhilfe. Voraussetzung ist, daß eine psychische Erkrankung oder eine seelische Behinderung ärztlich festgestellt wurde. Dieses System ist für Kranke und Behinderte gedacht und nicht für Gesunde. Es geht um Behandlung und Rehabilitation durch professionelle Kräfte, die den Gesundheitsberufen und ihrer Leitdisziplin Medizin angehören. Psychiatrie als Wissenschaft hat eine mindestens 120-jährige Geschichte, Psychiatrie als Versorgungssystem ist noch wesentlich älter.

Gesundheitswissenschaft als angewandte Disziplin ist ausgerichtet auf die Verhütung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit. Ihr Praxisfeld sind nicht in erster Linie Einrichtungen der Krankenversorgung und Rehabilitation, sondern das Vorfeld dieser kurativen oder kompensierenden Systeme, letztlich die Gesellschaft als Ganze. Gesundheitsfördernde Leistungen in diesem Sinne werden – abgesehen von einigen Ausnahmen, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen – nicht (mehr) von den Trägern der Sozialversicherung finanziert, sondern von anderen gesellschaftlichen Instanzen oder den Nutzern selbst. Leistungsanbieter sind keineswegs nur Professionelle, sondern auch Mediatoren, Laien und Selbsthilfegruppen. Die Gesundheitswissenschaften und ihr Hauptanwendungsfeld Gesundheitsförderung sind ein – zumindest in der Bundesrepublik – recht neues Fachgebiet, das sich keiner Einzelwissenschaft oder Leitdisziplin a priori zuordnen läßt, sondern im Kern multidisziplinär angelegt ist.

Diese – sicher etwas holzschnittartige – Gegenüberstellung mag hinreichen, um deutlich zu machen, daß Psychiatrie und „öffentliche Gesundheit“ in recht unterschiedlichen Traditionen und Paradigmata wurzeln, die nicht ohne weiteres zu integrieren sein dürften. Im Zentrum des ersten Kapitels dieser Arbeit steht gleichwohl der Versuch, Psychiatrie und Public Health weniger unter trennenden als unter verbindenden Aspekten wahrzunehmen in der Hoffnung, auf diese Weise inhaltliche Synergien zu erschließen.

Es wird dabei vorrangig aus Richtung der Psychiatrie geblickt, dies entspricht der thematischen Schwerpunktsetzung der Arbeit ebenso wie der beruflichen Sozialisation des Autors. Deutlich werden soll, daß die Psychiatrie als Wissenschaft und Praxisfeld von gesundheitswissenschaftlichen Konzepten profitieren kann; andersherum erweist sich die Psychiatrie als ein potentiell weites und fruchtbares Aktionsfeld für die Gesundheitswissenschaften.

Die Darstellung des Forschungsstandes und seine Diskussion erfolgt jeweils am Beispiel von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, ohne daß generelle Aspekte ausgeklammert werden.

Zu den Inhalten des Kapitels im einzelnen:

- Im folgenden Abschnitt werden eher „klassische“ Überschneidungsbereiche zwischen Psychiatrie und Public Health behandelt. Es geht um die Beschreibung der charakteristi-

schen Symptome und die wesentlichen epidemiologischen Kennzeichen der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Im Anschluß werden die Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebenssituation von unmittelbar und mittelbar Betroffenen sowie die Kosten für die Gesellschaft insgesamt an Hand eines Überblicks über die aktuelle Literatur diskutiert. Ergebnis dieses Abschnitts wird sein, daß schizophrene Erkrankungen ein Public Health-Problem von erheblicher Bedeutung darstellen, auch wenn die Inzidenz der Erkrankung relativ gering ist.

- Im dritten Abschnitt geht es um die Klärung des begrifflichen Instrumentariums an der Schnittstelle von Krankheit/Behinderung bzw. Behandlung/Rehabilitation einerseits und Gesundheit/Gesundheitsförderung andererseits. Am Ende wird eine Einschätzung zur Funktion von und zu den Anforderungen an die Gesundheitsförderung bei Menschen mit chronischen (psychischen) Erkrankungen stehen.
- Der vierte Abschnitt thematisiert Psychiatrie als Anwendungsfeld von Konzepten und Strategien der Gesundheitsförderung, wobei dieser Überschneidungsbereich jeweils in einem ersten Schritt eher generell, im zweiten Schritt jeweils bezogen auf das Krankheitsspektrum der Schizophrenie diskutiert wird. Am Schluß wird das eher ernüchternde Resümee stehen, daß sich Gesundheitsförderung bei psychisch Kranken in der Praxis bis heute im wesentlichen reduziert auf tertiäre Prävention im klassischen Sinn von Rehabilitation.

Abschließend werden deshalb die Anforderungen an tertiärpräventive psychiatrische Interventionen unter Public Health-Gesichtspunkten noch einmal zusammengefaßt. Diese Zusammenfassung dient quasi als Prüfstein für das unter Federführung des Autors entwickelte tertiärpräventive PEGASUS-Konzept, das in Kapitel 2 theoretisch zu begründen, in Kapitel 3 in ein umfassendes Konzept der Therapie schizophren erkrankter Menschen einzuordnen und in Kapitel 4 zu beschreiben sein wird.

1.2 Schizophrenie als Public-Health-Problem

1.2.1 Krankheitszeichen schizophrener Psychosen

Symptome und Diagnostik

„Das grundsätzliche Kennzeichen, das freilich nicht in jedem Stadium nachweisbar ist, liegt darin, daß das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Es wird nicht aufgelöst, sondern versteckt. Das schizophrene Leben ist weiter gekennzeichnet durch Mangel an Einheitlichkeit und Ordnung aller psychischen Vorgänge ... und die Unmöglichkeit, sich als einheitliche Person zu empfinden“ (E. BLEULER 1969, S. 369).

In diesem Abschnitt sollen einige generelle Erkenntnisse bezüglich der Symptomatik schizophrener Erkrankungen zusammengefaßt werden. Auf eine detaillierte Beschreibung einzelner Krankheitszeichen kann verzichtet werden, sie finden sich in den einschlägigen Lehrbüchern (vgl. z. B. FINZEN 1993, TÖLLE 1996).

1. *Schizophrene Psychosen sind mehr oder weniger tiefgreifende Störungen der Gesamtpersönlichkeit*

Das heißt, sie betreffen in der Regel nicht nur einzelne, bestimmte psychische Funktionen, sondern sie beeinflussen das Erleben und Verhalten in seiner Gesamtheit. So sind zumeist simultan betroffen:

- *Das Denken:* Es kann inhaltlich (z. B. in Form eines Wahns) oder formal (z. B. in Form von Zerfahrenheit, Sperrung, Gedankenabreißen, gemachten Gedanken und Gedankenentzug) gestört sein.
- *Das Fühlen:* Die Störungen des Gefühlslebens können außerordentlich vielfältig sein, z.B. inadäquater Affekt (das Erleben entspricht nicht dem Affektausdruck); Ambivalenz

(beziehungsloses Nebeneinander unvereinbarer Erlebnisqualitäten), Instabilität; erlebte Gefühlsverarmung, depressive Verstimmungen; übersteigter Affekt, Glücksgefühl. In der akuten Psychose bzw. dem unmittelbaren Vorstadium fehlt darüber hinaus Angst bis zur Panik fast nie. Schizophrene Psychosen sind also immer auch tiefgreifende Störungen des Gefühlslebens.

- *Das Wahrnehmen (sehen, hören, riechen, schmecken, tasten):* Alle diese Sinne können qualitativ verändert sein; oder es kommt zu Halluzinationen (Wahrnehmungen ohne erkennbare Reizgrundlage), wobei akustische Halluzinationen (z. B. Stimmenhören) am häufigsten sind.
- *Das Körperempfinden:* Die Störungen des Körperempfindens, auch Zönästhesien genannt, sind ebenfalls außerordentlich vielfältig. HUBER und seine Arbeitsgruppe in Bonn haben diesen oft wenig beachteten Aspekt des schizophrenen Krankheitserlebens intensiv bearbeitet; sie unterscheiden 15 Typen von Zönästhesien, darunter Taubheits- und Lähmungserscheinungen, Sensationen der Vergrößerung/Verkleinerung, Bewegungs-, Zug- und Druckempfindungen etc. (HUBER & GROSS 1994).
- *Das Verhalten:* Die vielfältigen Störungen des Denkens, Wahrnehmens und Empfindens wirken sich natürlich auf das Verhalten der Betroffenen aus: Es kann fremd wirken, ist nicht mehr wie gewohnt einschätzbar und vorhersehbar; es kann zu für die Umwelt sehr bizarren Verhaltensweisen kommen einschl. selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen. Extreme Verhaltensstörungen sind die katatone Erregung und die katatone Hemmung bis hin zum Mutismus (Bewegungslosigkeit und Ausdruckserstarrung). Ausgeprägte katatone Störungen sind aber unter dem Einfluß der modernen medikamentösen Behandlung seltener geworden. Schließlich:
- *Das Ich-Erleben:* Desintegration der psychischen Funktionen, d. h. Denken, Fühlen, Wahrnehmen, Handeln werden nicht mehr als Einheit erlebt; Autismus (Rückzug aus der Wirklichkeit in ein Binnenleben); Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation); Verlust der Meinhaftigkeit, häufig verbunden mit dem Erleben des von außen Gemachten und der Beeinflussung.

Die Desintegration oder „Dissoziation“ der psychischen Funktionen ist besonders charakteristisch für das Ich-Erleben schizophrener erkrankter Menschen. Denken, Fühlen, Wahrnehmen, Wollen, Handeln werden nicht mehr als einheitlich, als aus der eigenen Persönlichkeit organisch hervorgehend, erlebt. Schon KRAEPELIN sah im „Verlust der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen in sich und untereinander“ ein wesentliches Charakteristikum der „dementia praecox“, und E. BLEULER bezeichnete diese Störung als Schizophrenie, weil nach seiner Überzeugung „die Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen eine ihrer wichtigsten Eigenschaften ist“ (zit. nach ERKWOH 1996, S. 557). Diese Einsichten sind von großer Bedeutung für ein angemessenes Verständnis der Erkrankung und des Erkrankten.

2. Kein Krankheitszeichen/Einzelsymptom ist spezifisch für schizophrene Erkrankungen. Das heißt, alle genannten Symptome können auch bei anderen psychischen bzw. psychotischen Erkrankungen vorkommen (z. B. organischen oder affektiven Psychosen; ANDREASSEN 1995).

Selbst so „typisch“ für schizophrene Erkrankungen erscheinende Symptome wie Halluzinationen kommen nicht nur bei anderen psychotischen Erkrankungen vor (z. B. schweren Depressionen, organischen Psychosen), sondern offensichtlich auch bei Menschen, die an keiner psychischen Erkrankung leiden. So gibt es inzwischen sowohl in den Niederlanden als auch in England Selbsthilfvereinigungen von Menschen, die Stimmen hören, also eine bestimmte Form von akustischen Halluzinationen haben. Epidemiologische Studien deuten darauf hin, daß 2 – 4 % der Bevölkerung mehr oder weniger häufig Stimmen hört, nur etwa 1/3 davon nimmt psychiatrische Hilfen in Anspruch. Viele schweigen über diese Erfahrung aus Angst, für „verrückt“ gehalten zu werden. Das Phänomen scheint oft im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen aufzutreten (STRATENWERTH 1995). Aus Untersuchungen mit älteren, sehbehinderten Menschen ist außerdem bekannt, daß etwa 12 % mehr oder weniger häufig optische Halluzinationen erleben, die je etwa zur Hälfte als „neutral bis angenehm“ und „gemischt bis unangenehm“ empfunden werden. Dreiviertel der Betroffenen haben über diese Erfahrungen bisher nicht mit ihrem Arzt gesprochen, aber alle waren erleichtert, zu erfahren, daß diese Erlebnisse nichts mit einer psychischen Erkrankung zu tun haben müssen (THEUNISSE et al. 1996).

3. Kein Einzelsymptom der Schizophrenie ist obligatorisch.

Das heißt, es gibt kein Symptom, dessen Vorhandensein für sich genommen die Diagnose sichert und ohne dessen Vorhandensein man nicht von einer schizophrenen Psychose sprechen kann. Dieser Umstand kommt z. B. dadurch zum Ausdruck, daß die verbreitetsten modernen Diagnose-Systeme (z. B. das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM* der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft sowie die *International Classification of Diseases/ICD* der Weltgesundheitsorganisation) für die Diagnose einer schizophrenen Psychose keine definierten Einzelsymptome fordern, sondern eine variable Auswahl aus einer Liste mehr oder weniger charakteristischer Symptome.

4. Das mit Abstand häufigste Symptom der akuten Psychose ist die mangelnde „Krankheitseinsicht“.

Dies ist jedenfalls ein Ergebnis der *International Pilot Study of Schizophrenia*, die unter Regie der WHO mit den gleichen Instrumenten und Methoden in mehr als 10 verschiedenen Ländern weltweit durchgeführt wurde. Die Befunderhebungen bei mehr als 800 akut Erkrankten ergaben u.a. folgende Symptomhäufigkeit:

• Mangelnde Krankheitseinsicht	97 %
• Akustische Halluzinationen	74 %
• Beziehungswahn	70 %
• Gefühlsverarmung	66 %
• Verfolgungswahn	64 %
• Denkstörungen	52 %

(SCHIED 1990; zum Problem der Krankheitseinsicht vgl. 3.2)

5. Die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis basiert demnach auf der Identifikation eines „Musters“ von für sich genommen unspezifischen, aber mehr oder weniger charakteristischen Einzelsymptomen.

Das, was bis heute „Schizophrenie“ genannt wird, ist also eine Konventions- oder Vereinbarungssache. Die Grundlage für diese Vereinbarung war über die Jahrzehnte z. T. deutlichen Veränderungen unterworfen. Heute beruht sie wieder verstärkt auf den Beschreibungen des Krankheitsbildes, wie sie Emil KRAEPELIN und Eugen BLEULER vor rund 100 Jahren vorgelegt haben. Auch die modernen Diagnose-Systeme (DSM und ICD) beruhen sehr weitgehend auf den Kriterien von KRAEPELIN und seinen Nachfolgern.

Es bleibt eine scheinbar paradoxe Feststellung: Einerseits ist nicht genau anzugeben, wodurch „die Schizophrenie“ definiert und abgegrenzt wird; zugleich besteht aber unter Forschern und Experten weltweit gegenwärtig ein sehr breiter Konsens darüber, wann von „Schizophrenie“ gesprochen wird und wann nicht. Die begrifflich-definitorische Unsicherheit ist darüber hinaus in der Regel größer als die klinische, d. h. in der Praxis fällt die Diagnosestellung dem Kliniker bei typischen Bildern eher leicht, wenn auch an den Rändern zu anderen Störungsbildern im Einzelfall erhebliche Unsicherheiten verbleiben können. Dies gilt z. B. für die Mischbilder der schizoaffektiven Psychosen.

Positive und negative Symptome

Es hat in der psychiatrischen Krankheitslehre immer wieder Versuche gegeben, die verwirrende Vielfalt von Symptomen schizophrener Psychosen zu ordnen, wobei zumeist auch eine Hierarchisierung (Gewichtung) beabsichtigt war.

Ein bis heute bedeutsamer Versuch ist die Unterscheidung von Grund- und akzessorischen Symptomen durch E. BLEULER.

Zu den *Grundsymptomen* zählte er:

- Assoziationsstörungen: Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Affektivitätsstörungen: insbesondere Ambivalenz

- Störungen in Beziehungen zur Welt und zu anderen Menschen: insbesondere Autismus
- Störungen des Willens/Antriebs: Mangel an Initiative, Interesselosigkeit (Abulie, Anhedonie).

Zu den *akzessorischen* (hinzutretenden, nebensächlichen) Symptomen gehören:

- alle Wahnphänomene
- Halluzinationen
- katatone Hemmung und Erregung.

Hinter dieser Einteilung steht der Versuch, die akuten und in der Regel mehr oder weniger rasch und vollständig vorübergehenden Störungsbilder von den andauernden, zur Chronifizierung neigenden Störungen zu unterscheiden. Damit war die Vorstellung verbunden, die Grundsymptome stellten das „Kernsyndrom“ der Schizophrenie dar. In den siebziger Jahren wurde dieser Versuch u.a. von den Arbeitsgruppen um John WING (WING & BROWN 1970) sowie John STRAUSS (STRAUSS et al. 1974) wieder aufgenommen, Anfang der achtziger Jahre von CROW (1980) und ANDREASEN (1982). Terminologisch wird jetzt unterschieden zwischen positiven und negativen Symptomen der Schizophrenie. Dabei verweist der Begriff „positiv“ auf Erlebnis-, Verhaltens- und Ausdrucksweisen, die unter normalen – nicht krankhaften – Umständen nicht auftreten; „negativ“ meint dagegen eine Beeinträchtigung bzw. Reduzierung von psychischen Funktionen, die normalerweise – in nicht krankhaften Zuständen – vorhanden sind.

Art und Zahl der Symptome, die von den verschiedenen Autoren und Arbeitsgruppen der jeweiligen Kategorie zugeordnet werden, variieren mehr oder weniger deutlich voneinander. Tabelle 1.1 gibt eine Übersicht über diejenigen Symptome, bei denen die Übereinstimmung in der Zuordnung heute im allgemeinen sehr groß ist (vgl. die Übersichten bei KLOSTER-KÖTTER 1990, MÖLLER 1995 a, b; ANDREASEN et al. 1995).

Tab. 1.1: Positive und negative Symptome der Schizophrenie (enge Fassung)

positiv	negativ
<ul style="list-style-type: none"> • Wahnsymptome • Halluzinationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Affektverflachung • Interessen- und Initiativverlust • Inaktivität • Sozialer Rückzug

Weniger Übereinstimmung herrscht dagegen bei der Zuordnung folgender Symptome: bestimmte Arten von formalen Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen; ungewöhnliches, „bizarres“ Verhalten sowie unangemessene, d. h. nicht zur Situation passende Affekte (MÖLLER 1995 a, b). Diese Phänomene werden von den einen Autoren eher zu den positiven, von anderen dagegen zu den negativen Symptomen gezählt. Mehreren neueren Untersuchungen zufolge gehören sie nicht zur Negativ-Symptomatik (vergl. PERALTA & CUESTA 1996).

Die empirische Analyse von Symptom-Konstellationen mittels Faktorenanalyse zeigt, daß die positiven Symptome Wahn und Halluzinationen praktisch immer zusammen auftreten, das gleiche gilt für die in Tabelle 1.1 genannten Negativ-Symptome.

Darüber hinaus findet sich in der überwiegenden Mehrzahl der neueren Untersuchungen ein dritter, relativ unabhängiger Faktor, der zumeist mit „Desorganisation“ bezeichnet und durch Symptome gebildet wird, die auf formale Denkstörungen, außergewöhnliche Verhaltensweisen und unangemessene Affekte hindeuten (KLIMIDIS et al. 1993, JOHNSTONE & FRITH 1996, Übersicht bei ANDREASEN et al. 1995).

Die Symptome schizophrener Psychosen gruppieren sich also zu drei Syndromen (Symptom-Gruppen): Der Positiv-Symptomatik, der Negativ-Symptomatik und der Desorganisiertheit. Dabei kann man die Auffassung vertreten, daß die Desorganisiertheit ein zweites positives Syndrom darstellt und somit die grundlegende Einteilung in positive und negative Symptom-Komplexe erhalten bleibt.

Die jeweiligen Symptome eines Syndroms tendieren sehr stark dazu, gemeinsam aufzutreten, während die Syndrome untereinander ein gewisses Maß an Unabhängigkeit aufweisen. In der Regel kovariieren sie gering- bis mittelgradig untereinander, d. h. sie können sowohl isoliert als auch in Kombination auftreten. „Reine“ Formen von positiven oder negativen schizophrenen Psychosen sind jedoch sehr selten, in aller Regel finden sich im Quer- und im Längsschnitt sowohl positive als auch negative Symptome (MARNEROS et al. 1992).

Die Differenzierung von positiven und negativen Symptomen kann als empirisch begründetes Folgekonzept der „klassischen Unterformen“ der Schizophrenie paranoid-halluzinatorische, katatone, hebephrene und „einfache“ Schizophrenie gelten. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Syndromen und den „Unterformen“ besteht jedoch darin, daß erstere im Quer- und im Längsschnitt mehr oder weniger große Überschneidungen aufweisen, während letzteren intraindividuell und über die Zeit eine gewisse Stabilität zugeschrieben wurde.

Die Unterscheidung von positiven und negativen Symptomen hat in den letzten Jahren die Forschung stark angeregt, die Ergebnislage ist allerdings in vielen Punkten noch uneindeutig:

- Das Vorkommen negativer Symptome scheint in höherem Maße genetisch beeinflusst als das Vorkommen positiver.
- Vor allem die Negativ-Symptome sind in hohem Maße unspezifisch, die Abgrenzung beispielsweise zu depressiven Syndromen kann im Einzelfall schwierig sein.
- Es lassen sich keine konsistenten Geschlechts- und Altersunterschiede bezüglich Intensität und Ausprägung der Symptomatik feststellen.
- Negative Symptome sprechen schlechter auf konventionelle Neuroleptika an als positive.
- Ausgeprägte Negativ-Symptomatik im frühen Verlauf wird als ein ungünstiges prognostisches Merkmal diskutiert; die prognostische Bedeutung von Negativ-Symptomen ist jedoch nach wie vor nicht gesichert.
- Das gleiche gilt für Zusammenhänge zwischen Negativ-Symptomen und Gehirnanatomie bzw. -funktion.

(MARNEROS & ANDREASEN 1992, MÜLLER-Spahn et al. 1992, MAURER & Häfner 1995, MÖLLER 1995 a, b).

Unter therapeutisch-rehabilitativen Gesichtspunkten ist von besonderer Bedeutung der Verlauf, d. h. die zeitliche Dynamik positiver und negativer Symptome. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den verschiedenen Phasen des Krankheitsverlaufs:

- Die erste Krankheitsepisode beginnt in den meisten Fällen mit Negativ-Symptomen. In einer methodisch anspruchsvollen Verlaufsstudie der Arbeitsgruppe um HÄFNER in Mannheim fanden sich zu Beginn der Ersterkrankung bei 70 % der Patienten ausschließlich Negativ-Symptome, bei 20 % positive und negative Symptome und bei 10 % ausschließlich positive Symptome.
- Im weiteren Verlauf der akuten Krankheitsepisode stehen in den meisten Fällen die positiven Symptome im Vordergrund, zum Teil wohl deshalb, weil sie die weniger spektakulären Negativ-Symptome überdecken.
- Die nachhaltige Besserung der Symptomatik nach einer akuten Psychose (Remission) braucht Zeit. In einer Gruppe von Ersterkrankten erreichten innerhalb eines Jahres 83 % der Patienten eine vollständige Remission der positiven und negativen Symptome. Bis dahin dauerte es im Durchschnitt fast 36 Wochen(!), wobei die Zeit bis zur Remission bei Männern erheblich höher war (48 Wochen) als bei Frauen (17 Wochen). Die Autoren resümieren: „Wir waren überrascht über die lange Zeitdauer bis zur Besserung“

(LIEBERMANN et al. 1993). In einer Studie von DRURY et al. (1996 b) betrug die durchschnittliche Zeit bis zur Remission immerhin 23 Wochen. Auch hier brauchten männliche Patienten länger bis zur Remission als weibliche.

Angesichts der heutzutage immer kürzer werdenden Dauer stationärer Akutbehandlungen wird deutlich, daß die allermeisten Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik alles andere als symptomfrei und belastbar sind. Viele brauchen danach Wochen bis Monate, um eine wirklich stabile Besserung zu erreichen. Auch nach der Remission schließt sich bei vielen Betroffenen noch eine mehr oder weniger lange andauernde Phase von herabgesetzter Belastbarkeit und beeinträchtigtem Befinden an („post-remissives Erschöpfungssyndrom“).

- Im postakuten Stadium zeigen positive und negative Symptome eine unterschiedliche Dynamik. Weiterhin kommen zumeist beide Arten von Symptomen zeitgleich, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität vor. Außerdem nehmen sowohl positive als auch negative Symptome im Durchschnitt deutlich ab, wobei die positiven Symptome jedoch anfangs stärker zurückgehen und im weiteren Verlauf stärker fluktuieren, während sich die negativen Symptome als etwas stabiler erweisen. Aus verschiedenen Verlaufsstudien läßt sich die Faustregel herleiten, daß die Negativ-Symptomatik über 2 Jahre im Schnitt um die Hälfte zurückgeht.
- Im längerfristigen Verlauf ist der Wandel von primär positiven zu primär negativen Syndromen und umgekehrt häufig.
(MARNEROS & ANDREASEN 1992, MÜLLER-SPAHN et al. 1992, ARNDT et al. 1995, EATON et al. 1995, MAURER & HÄFNER 1995)

Aus diesen Ergebnissen läßt sich weder ableiten, daß die Negativ-Symptomatik generell und stetig zunimmt, noch daß es stabile „Typen“ von positiven und negativen Schizophrenien gibt. Dieser Umstand deutet bereits darauf hin, daß der Entwicklung der Symptomatik schizophrener Psychosen kein biologisch determinierter, eigengesetzlicher Krankheitsprozeß zugrunde liegt, sondern daß psychische und soziale Einflüsse eine wichtige Rolle spielen.

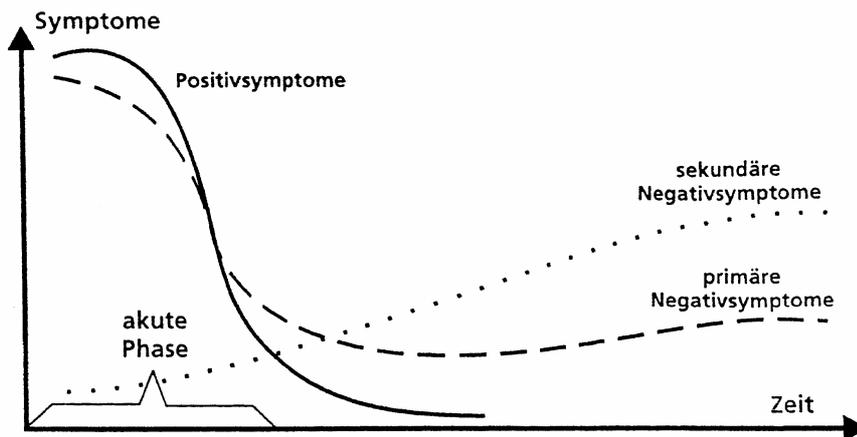
Eine weitere, gerade auch im Rahmen des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells schizophrener Psychosen wichtige Unterscheidung ist die zwischen primären und sekundären Negativsymptomen (CARPENTER et al. 1985). Ihr liegt die Hypothese zugrunde, daß ein Teil der Negativ-Symptomatik unmittelbar krankheitsbedingt ist (morbogen), während ein anderer Teil nur indirekt in Beziehung zur schizophrenen Erkrankung steht und insofern als „sekundär“ gelten kann. Als mögliche Entstehungsbedingungen für sekundäre Negativ-Symptome werden diskutiert:

- Negativ-Symptome als Reaktion auf das Auftreten oder die Verschlimmerung positiver Symptome (vergl. dazu 2.4.3);
- Negativ-Symptome als Folge der neuroleptischen Behandlung (z. B. Akinesie, vergl. 3.4.3);
- Negativ-Symptome als Folge eines unterstimulierenden Milieus (vergl. dazu 2.6.4);
- Negativ-Symptome im Zusammenhang mit depressiven Syndromen (vgl. CARPENTER et al. 1985, MÖLLER 1995 a, b).

Die zuletzt genannten depressiven Syndrome können wiederum – soweit sie nicht Teil der Psychoseerkrankung selbst sind (z. B. bei schizoaffektiven Psychosen) – psychoreaktiv bedingt sein durch Verluste und Einschränkungen, die mit einer schizophrenen Erkrankung oft verbunden sind; sie können behandlungsbedingt sein (z. B. „neuroleptikainduzierte Depression“) oder sie können einer bestimmten Verlaufsphase nach Abklingen der akuten Psychose entsprechen („postremissiver Erschöpfungszustand“).

Die zeitliche Dynamik positiver, primärer und sekundärer negativer Symptome illustriert exemplarisch Abbildung 1.1.

Abb. 1.1: Positiv- und Negativsymptome im Verlauf (HÄFNER & MAURER 1991)



Ausmaß und Bedingungsfaktoren der sekundären Negativ-Symptomatik dürften von Fall zu Fall variieren, sie bedürfen jedoch einer sorgfältigen Diagnostik und besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit. Wir werden deshalb der sekundären Negativ-Symptomatik an verschiedenen Stellen der Kapitel 2 und 3 wieder begegnen. Die primäre Negativ-Symptomatik wird im Zusammenhang mit dem Basisstörungskonzept noch einmal aufgegriffen (vgl. 2.3.2).

1.2.2 Epidemiologische Grundlagen

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Befunde zur Epidemiologie der Schizophrenie referiert. Dabei wird im Hinblick auf die Public Health-Relevanz der Befunde selektiert. Epidemiologische Daten, die eher unter der Perspektive von Ätiologie oder auch von Verlauf und Prognose von Bedeutung sind, werden in den entsprechenden Abschnitten von Kapitel 2 berücksichtigt.

Prävalenz

In einer wichtigen Übersichtsarbeit faßt TORREY (1987) die Befunde von 70 seit 1948 erschienenen Studien zur Prävalenz von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zusammen. Die Streuung der Häufigkeiten ist erheblich, sie liegt zwischen 0,3 je 1000 in einer nordamerikanischen Amish-Population und 17,0 je 1000 in einer isolierten Population Nordschwedens; d.h. die in der Literatur berichteten Prävalenzziffern differieren um mehr als den Faktor 50. In die Übersicht gehen zwei deutsche Studien ein, in denen Punkt-Prävalenzen von 2,5 (ohne Alterskorrektur) bzw. 3,9 je 1000 gefunden wurden.

Diese Befunde widersprechen auf den ersten Blick dem verbreiteten Lehrbuchwissen, wonach schizophrene Psychosen weltweit etwa in gleicher Häufigkeit vorkommen. Als Begründung für die hohe Schwankungsbreite führt TORREY zunächst methodische Gründe an: unterschiedliche diagnostische Standards, unterschiedlich hohe Lebenserwartungen und unterschiedliche Altersverteilungen in den Populationen, unterschiedliche Verlaufsformen der Erkrankung in verschiedenen Kulturkreisen etc. In der zusammenfassenden Bewertung der Befunde geht TORREY jedoch davon aus, daß eine reale Streuung um den Faktor 10 als durch empirische Daten abgesichert gelten kann.

Der Prävalenz-Zeitraum scheint insgesamt keinen erheblichen Einfluß auf die Ergebnisse zu haben, allerdings ist die Schwankungsbreite bei den Studien, die Lebenszeit-Prävalenzen erheben, niedriger: zwischen 0,9 und 6,7 je 1000 (Median 4,7). Geschlechtsunterschiede konnten nicht konsistent nachgewiesen werden, d.h. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen.

Neuere Übersichtsarbeiten, die sich in der Regel auf eine Auswahl von Studien beschränken, die aktuellen methodischen Mindeststandards genügen, kommen zu weitgehend übereinstimmenden Ergebnissen. Demnach beträgt die Punkt- bis 1-Jahres-Prävalenz in westlichen Industrieländern zwischen 2 und 5 je 1000 (LEACH & SCHERER 1992, KNAPP & KAVANAGH 1997). In die Übersicht von LEACH & SCHERER gehen auch zwei neuere Studien aus Irland und Schweden ein, beides Länder, in denen früher besonders hohe Prävalenzraten gefunden wurden. Für Großbritannien gibt MANN (1997) jüngst Raten zwischen 4,4 und 6,8 je 1000 an. In der WHO-Studie „*Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders*“ (s. unten b) wurden auf der Basis der erhobenen Inzidenzen Lebenszeit-Prävalenzen zwischen 2,6 und 5,0 je 1000 berechnet.

Geht man auf der Grundlage dieser Ergebnisse von einer Schätzung für die wahre Prävalenz von 3 bis 5 je 1000 für die Bundesrepublik aus, so sind in Deutschland zu jedem Zeitpunkt zwischen 250.000 und 410.000 Menschen an Schizophrenie erkrankt.

Inzidenz

Für die 1-Jahres-Inzidenz findet HÄFNER (1987) in seiner Übersichtsarbeit, daß sich die Ergebnisse der einschlägigen Studien zu zwei Clustern gruppieren: zwischen 0,1 und 0,2 je 1.000 in den skandinavischen Ländern, Großbritannien, Italien und Australien sowie zwischen 0,5 und 0,7 je 1.000 in den USA, Irland und der Bundesrepublik. HÄFNER neigt dazu, diese Unterschiede primär auf methodische Gründe, insbesondere Unterschiede im diagnostischen Vorgehen, zurückzuführen. Er stützt sich dabei u.a. auf die Ergebnisse der WHO-Studie „*Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders*“ (vergl. JABLENSKY et al. 1992). Diese Studie sowie ihre Vorgänger-Studie, die „*International Pilot Study of Schizophrenia*“, zeichnet sich dadurch aus, daß sie weltweit in 12 Zentren durchgeführt wurde und dabei standardisierte Instrumente und Methoden der Befunderhebung, der Beurteilung von Symptomen und der diagnostischen Klassifizierung angewendet wurden. Dabei zeigte sich, daß bei einer engen Schizophrenie-Definition die 1-Jahres-Inzidenzen in den gefährdeten Altersgruppen (15 – 54 Jahre) zwischen 0,07 und 0,14 je 1.000 lagen, also um 0,1 % herum relativ stabil sind. Dies würde für die Bundesrepublik ca. 80.000 Neuerkrankungen jährlich bedeuten. Der relativ deutliche Unterschied zwischen Inzidenz- und Prävalenzraten deutet bereits darauf hin, daß es sich bei schizophrenen Erkrankungen um chronisch-rezidivierende Störungen handelt, d. h., daß ein großer Teil der Prävalenz durch Rezidive bedingt ist.

In neueren Inzidenz-Studien zeigt sich eine Tendenz zu höheren Inzidenz-Raten bei Männern, diese ist um so ausgeprägter, je enger die verwendeten diagnostischen Kriterien sind (GOLDSTEIN 1995). Was den Zeitpunkt der Ersterkrankung angeht, ist festzustellen, daß es sich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis typischerweise um Erkrankungen des jungen Erwachsenenalters handelt: das mittlere Alter bei Auftreten des erster psychotischer Symptome liegt bei Männern um das 26. Lebensjahr, bei Frauen 3 – 4 Jahre später (HÄFNER et al. 1993; vergl. dazu 2.4.4).

Stabilität von Inzidenz/Prävalenz

Angesichts der Tatsache, daß zahlreiche Lehrbücher der Psychiatrie die Lebenszeitprävalenz immer noch mit weltweit stabil um die 1 % angeben, stellt sich die Frage, ob die oben referierten niedrigeren Raten allein methodisch erklärt werden können, oder ob sich die wahre Prävalenz möglicherweise verändert, also eine reale Abnahme der Schizophrenie-Häufigkeit zu verzeichnen ist. Die Beantwortung dieser Frage wirft zahlreiche methodische Probleme auf und sie wird in der Literatur dementsprechend kontrovers diskutiert. Seit Mitte der achtziger Jahre ist jedoch eine erhebliche Zunahme von empirischen Studien zu diesem Problem zu verzeichnen. Nimmt man die in den Arbeiten von TORREY (1989), DER et al. (1990), MUNK-JØRGENSEN & MORTENSEN (1993), OLDEHINKEL & GIEL (1995) sowie PROCOPIO & MARRIOTT (1998) referierten und erhobenen Einzelbefunde zusammen, so liegen inzwischen mindestens 15 Studien aus Westeuropa und Australien vor, deren Er-

gebnisse mit der Hypothese kompatibel sind, daß die reale Inzidenz/Prävalenz der Schizophrenie in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts zumindest im europäischen Raum sinkt. In Erstkontakt-Studien wird ein Rückgang der Kontaktdichte zwischen 35 % und 50 % festgestellt. Die Ergebnisse beruhen sowohl auf Krankenhauspopulationen als auch auf Erhebungen an außerstationären Stichproben und beziehen sich auf Erst- und Mehrfacherkrankte; z. T. wurden geschlechtsspezifische Differenzen festgestellt. Auf der anderen Seite gibt es eine Reihe von Studien, die keine Veränderungen von Inzidenz/Prävalenz feststellen, sodaß die Hypothese einer realen Abnahme der Erkrankungshäufigkeit in der Population noch umstritten ist. Sollte sie sich in weiteren Untersuchungen bestätigen lassen, hätte dies potentiell erhebliche Auswirkungen insbesondere auf die ätiologische Forschung, weil die zeitlich und interkulturell stabile Inzidenz/Prävalenz bis heute einen wichtigen Eckpfeiler für die Annahme einer primär genetischen Ätiologie darstellt (vergl. dazu 2.3.4).

Institutionelle Prävalenz/Inzidenz

Unter gesundheitsökonomischem Aspekt ist die Frage nach der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens durch Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mindestens so wichtig wie die nach der wahren Häufigkeit der Erkrankung in der Population. Deshalb im folgenden einige schlaglichtartige Befunde zur institutionellen Inzidenz/Prävalenz (dabei beschränken wir uns auf Daten aus dem stationären Bereich, da diese zwischen verschiedenen Ländern noch am ehesten vergleichbar sind):

- MUNK-JØRGENSEN et al. (1991) stellten mit Hilfe eines dänischen Fallregisters fest, daß von 53 Ersterkrankten über einen Untersuchungszeitraum von 13 Jahren zu jedem Zeitpunkt etwa 20 % psychiatrisch hospitalisiert waren. Für England berichtet KNAPP (1997) Raten zwischen 13 und 28 %.
- Die 1-Jahres-Rehospitalisierungsrate in unausgelesenen Stichproben liegt zwischen 45 und 58 % (HOFFMANN 1994).
- In drei Fallregister-Stichproben aus Australien, Großbritannien und Dänemark zeigte sich bei Untersuchungszeiträumen von mindestens 16 Jahren, daß 60 – 85 % aller initial als schizophren Diagnostizierten mindestens einmal rehospitalisiert wurden und die durchschnittliche Hospitalisierungshäufigkeit zwischen 2,5 und 5,3 lag (EATON et al. 1992 a, b). JOHNSTONE & GEDDES (1994) fanden in einer unselegierten Patientenstichprobe in einem Londoner Stadtbezirk über 10 Jahre durchschnittlich 5,37 Hospitalisierungen (n=526, Streuung 1 – 40). Im Schnitt verbrachte jeder Patient über die Jahre 13,7 Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung.
- In den Psychiatrischen Krankenhäusern in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland betrug der Anteil der stationären Behandlungsepisoden mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis im Jahr 1996 zwischen 17,3 bzw. 19,8 % (ländliche Versorgungsgebiete Bedburg-Hau und Vierssen) sowie 29,3 bzw. 29,8 % (großstädtische Versorgungsgebiete Düsseldorf und Köln). Die Verweildauer der Patienten lag zwischen 28 und 47 Tagen (Median) bzw. 44 und 125 Tagen (Mittelwert) (LANDSCHAFTS-VERBAND 1996).
- Für Großbritannien stellen KNAPP & KAVANAGH (1997) fest, daß 70 % der 15 – 64jährigen Klienten in psychiatrischer Langzeitbehandlung und in betreuten Wohnformen die Diagnose Schizophrenie aufweisen; diese Zahl dürfte auch für die Situation in der Bundesrepublik die beste Schätzung darstellen.

Morbidität und Mortalität

Generell gilt, daß die Mortalität in Populationen mit psychischen Störungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht ist. In einer neueren Übersichtsarbeit fanden FELKER et al. (1996) auf der Basis von 20 Einzelstudien, daß im Mittel 50% aller Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose auch mindestens eine weitere medizinische Diagnose auf-

wiesen. Dieser Wert gilt auch als beste Schätzung für die Häufigkeit von körperlicher Komorbidität, als Besonderheit wird lediglich erwähnt, daß schizophran Erkrankte besonders schwere körperliche Störungen aufweisen. Besonders hoch scheint das Risiko für kardio-vaskuläre Erkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane; auf der anderen Seite gibt es Anzeichen dafür, daß schizophran Erkrankte ein relativ geringeres Risiko haben, an rheumatischer Arthritis oder Lungenkrebs zu erkranken (HARRIS 1988).

Im Hinblick auf die Mortalität findet sich in der neueren Literatur weitgehende Übereinstimmung dahingehend, daß sie bei Menschen mit schizophranen Erkrankungen mindestens um den Faktor 2 bis 2,5 erhöht ist (DAVIES & DRUMMOND 1994, FELKER et al. 1996, KNAPP & KAVANAGH 1997). BROWN (1997) berichtet über die Ergebnisse einer Meta-Analyse von 18 Studien. Demnach ist die Mortalität schizophran Erkrankter durchschnittlich um den Faktor 1,51 erhöht, wobei die Sterblichkeit bei Männern leicht aber signifikant höher ausfällt. In einer dänischen Fallregister-Studie mit mehr als 9.000 Ersterkrankten betrug die standardisierte Mortalitätsrate bei schizophran erkrankten Männern 4,68 und bei den Frauen 2,34. In beiden Gruppen waren Herz- und Atemwegserkrankungen besonders häufig (MORTENSEN & JUEL 1993). In einer neueren deutschen Studie, die auf mehr als 14000 Behandlungsepisoden in sieben Psychiatrischen Krankenhäusern Baden-Württembergs beruht, fanden HEWER & RÖSSLER (1996) eine dreifach erhöhte Mortalität bei den funktionellen Psychosen, wobei die Mortalität bei den schizophran Erkrankten im engeren Sinne sogar um das 6,64-fache erhöht war.

Die erhöhte Mortalität entfällt vor allem auf frühe Stadien des Krankheitsverlaufs und ist überwiegend – wenn auch nicht ausschließlich – zurückzuführen auf unnatürliche Todesursachen, insbesondere Suizid (GOLDSTEIN et al. 1993). Das Lebenszeitrisiko schizophran Erkrankter, an Suizid zu sterben, wird in verschiedenen Übersichtsarbeiten mit 10 – 13 % beziffert und ist damit 10 – 30 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (MILES 1977, CALDWELL & GOTTESMAN 1990, BROWN 1997). Eine methodenkritische Meta-Analyse kommt jüngst allerdings zu dem Schluß, daß das Lebenszeit-Risiko für Suizid bei schizophran Erkrankten in älteren Arbeiten überschätzt wird; die Autoren beziffern es mit etwa 4 % (INSKIP et al. 1998). Als besondere Risikofaktoren gelten männliches Geschlecht, niedriges Lebensalter, frühes Stadium des Krankheitsverlaufs, depressive Verstimmungen und frühere Suizidversuche. Die Periode unmittelbar nach einer Klinikentlassung ist besonders kritisch (ROY 1992).

In einer großangelegten Untersuchung der *Harvard School of Public Health* zusammen mit der WHO (*Global Burden of Disease Study*) wurde jüngst der Versuch unternommen, die weltweite Belastung durch frühzeitigen Tod und Behinderung (im Sinne von *disability*) aufgrund verschiedener Erkrankungen standardisiert zu bewerten und damit vergleichbar zu machen (MURRAY & LOPEZ 1997). Zu diesem Zweck wird ein bestimmter Belastungs-Indikator definiert, die *disability-adjusted life years* (DALYs); dabei handelt es sich um die Summe der verlorenen Lebensjahre durch frühzeitigen Tod und der Lebensjahre mit einer Behinderung, gewichtet nach deren Schwere. Nach diesem Index liegt die Schizophrenie auf Rang 26 aller Erkrankungen; auf sie entfielen demnach 1990 12,8 Millionen DALYs! Unmittelbar davor in der Rangreihe rangieren Leberzirrhose, Osteoarthritis, Keuchhusten und manisch-depressive Erkrankungen, unmittelbar danach Aids, Diabetes mellitus und Asthma.

1.2.3 Schizophrenie und Lebensqualität

Lebensqualität von schizophran Erkrankten als Forschungsgegenstand

Im letzten Abschnitt wurden Erkrankungen aus dem schizophranen Formenkreis als mehr oder weniger tiefgreifende Störungen der Gesamtpersönlichkeit beschrieben und wesentli-

che Merkmale der Krankheitsdynamik herausgearbeitet: Positive und negative Syndrome variieren partiell unabhängig voneinander, wobei in akuten Krankheitsphasen die Positiv-Symptomatik im Vordergrund steht, während Negativ-Symptome den akuten Phasen oft lange vorausgehen und ihnen in unterschiedlicher Ausprägung nachfolgen können.

Damit lassen sich schizophrene Erkrankungen mehrheitlich als episodisch und zugleich chronisch-rezidivierend charakterisieren. Dies bedeutet, daß die Betroffenen zumeist über Jahre, oft über Jahrzehnte mit Symptomen belastet sind und mit den unmittelbaren und mittelbaren Krankheitsfolgen zu kämpfen haben. Hieraus folgt allerdings nicht zwingend, daß die langfristige Prognose schlecht und Ausgang und Verlauf der Erkrankung regelhaft ungünstig sind, wie es vor dem Hintergrund des klassischen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie lange angenommen wurde (vergl. dazu 2.2.1 und 2.5.1).

Unter einer Public Health-Perspektive stellt sich die Frage, wie sich das Schicksal, von einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung betroffen zu sein, auf die Lebensqualität der Erkrankten auswirkt. Eine Antwort darauf muß sich letztlich primär auf das subjektive Erleben, persönliche Bewertungen und individuelle Verarbeitungsstile von Betroffenen stützen. Diese entziehen sich wiederum weitgehend der objektivierenden und quantifizierenden Analyse. Tatsächlich mehren sich in den letzten Jahren Versuche, das subjektive Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung Schizophrener mit Hilfe qualitativ-analytischer Verfahren zu entschlüsseln (vergl. z. B. CORIN & LAUZON 1992, 1995; STRAUSS 1987, 1989 a, b, 1992; BOCK 1997). Unter dem Aspekt der Lebensqualität ist jedoch eine zumindest ansatzweise objektivierende Betrachtung unerlässlich, denn ohne eine interindividuell vergleichende und damit zwangsläufig objektivierende und quantifizierende Analyse bliebe dieses Konzept trivial.

Die Lebensqualität psychisch Kranker im allgemeinen und schizophren Erkrankter im besonderen ist erst seit Anfang der 80er Jahre Gegenstand systematischer Forschungsbemühungen, die ersten einschlägigen Arbeiten stammen von MALM (1981) und LEHMANN (1983). Erst seit Anfang der neunziger Jahre ist jedoch eine starke, scheinbar exponentielle Zunahme entsprechender Arbeiten zu verzeichnen. Der methodische Zugang ist dabei bis heute vergleichsweise pragmatisch:

„Umstandsloser als in der Soziologie und Psychologie wird subjektive Lebensqualität hier gleichgesetzt mit subjektiver Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt bzw. mit einzelnen Lebensbereichen“ (PRIEBE et al. 1996, S. 87).

Insbesondere im englischen Sprachraum wurde eine ganze Reihe von teilweise oder vollständig standardisierten Erhebungsinstrumenten entwickelt. Diese ähneln sich insoweit, als sie einerseits verschiedene Merkmale der objektiven Lebensqualität dokumentieren und andererseits die subjektive Zufriedenheit global oder spezifisch für einzelne Lebensbereiche erfragen (Übersichten bei LEHMAN 1996, PRIEBE et al. 1996). Dabei scheint grundsätzlich zu gelten, daß subjektive und objektive Lebensqualität allenfalls schwach kovariieren (KILLIAN 1995). Nach PRIEBE et al. (1996) finden sich in der überwiegenden Zahl der Querschnittserhebungen kaum mehr als 10 % gemeinsamer Varianz. Dies wird bestätigt durch Befunde an Stichproben schizophrener Erkrankter: SKANTZE et al. (1992) teilen eine Korrelation von .19 (n.s.) mit, ATKINSON et al. (1997) Werte zwischen .01 und .16 (n.s.). Von den 57 Korrelationen zwischen objektiven und subjektiven Lebensqualität-Maßen, die LEHMAN (1983) berechnete, lagen nur 4 oberhalb von .27.

In der Regel wird deshalb der subjektiven Perspektive die entscheidende Bedeutung zugemessen, wobei jedoch theoretisch weitgehend im Dunkeln liegt, welchen Einflußfaktoren und welcher Dynamik diese subjektive Bewertung der Lebensqualität unterliegt. So bemängelt KATSCHNIG (1997) zu Recht ein Theorie-Defizit in der Lebensqualitäts-Forschung und postuliert, daß eine valide Erfassung zumindest drei Dimensionen abdecken müßte: subjektives Wohlbefinden, Rollenerfüllung und „externe“ Lebensumstände. Diese sollten außerdem aus drei verschiedenen Perspektiven erhoben werden (Betroffene, Angehörige, Pro-

fessionelle). Es ist klar, daß die bisherige Lebensqualität-Forschung diesen Anforderungen nicht annähernd gerecht wird.

KILIAN (1995) kritisiert die psychiatrische Lebensqualität-Forschung dahingehend, daß sie Lebensqualität mit der Fähigkeit gleichsetzt, eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen Aspirationsniveau und Lebenssituation herzustellen, unabhängig davon, wie diese Übereinstimmung zustande komme. Damit lasse sich die Lebensqualität desjenigen, der seine Ansprüche soweit reduziere, daß er mit objektiv sehr schlechten Bedingungen zufrieden ist, nicht von der Lebensqualität desjenigen unterscheiden, der mit seinem Leben zufrieden ist, weil er seine persönlichen Ziele erreicht hat. Die Erforschung der subjektiven Lebensqualität sei deshalb letztlich auf die Rekonstruktion von Sinnstrukturen verwiesen, wenn sie valide Ergebnisse erbringen wolle.

Im Hinblick auf die bisher bearbeiteten Forschungsinhalte im Zusammenhang mit Schizophrenie und Lebensqualität lassen sich grob vier Bereiche unterscheiden:

- Lebensqualität als Outcome Kriterium für die Evaluation von Therapie- und Rehabilitationskonzepten: Diesbezüglich belegt ANGERMEYER (1994), daß sich die Therapieevaluation bisher fast ausschließlich an Kriterien wie Symptomausprägung, Rezidiv- und Rehospitalisierungshäufigkeit orientiert hat. Erst in der jüngsten Zeit findet die Frage, wie die Betroffenen selbst die Auswirkungen der Behandlung auf die Lebensqualität einschätzen, vermehrt Aufmerksamkeit. Dabei ist es bezeichnenderweise die Einführung der sog. atypischen Neuroleptika (vergl. 3.4.4), die die subjektive Einschätzung der Lebensqualität interessant werden läßt, denn diese versprechen wesentlich geringere Nebenwirkungen bei vergleichbarer oder besserer antipsychotischer Wirksamkeit. Aber auch psychosoziale Therapieverfahren werden zunehmend unter Einbeziehung der subjektiven Lebensqualität evaluiert (vergl. z. B. HALFORD et al. 1995, ATKINSON et al. 1996). Am weitesten verbreitet ist Lebensqualität als Outcome-Kriterium jedoch in Enthospitalisierungsstudien bei chronisch psychisch Kranken (vergl. z. B. die Studien von PINKNEY et al. 1990, OKIN & PEARSALL 1993 sowie HOFFMANN et al. 1998, in denen jeweils die Mehrzahl der Patienten die Diagnose Schizophrenie hatten). Da es in diesem Kapitel nicht um Therapieevaluation geht, wird auf die Ergebnisse dieser Forschungsperspektive hier nicht näher eingegangen.
- Vergleich der Lebensqualität von schizophren Erkrankten in verschiedenen Behandlungs- bzw. Betreuungssettings (z. B. Krankenhaus, Heim, Wohngruppe etc.): Studien dieser Art belegen in aller Regel, daß die subjektive Lebensqualität um so größer ist, je weniger institutionalisiert das Setting ist (z. B. LEHMAN et al. 1986, SIMPSON et al. 1989, KAISER et al. 1997).
- Vergleich der Lebensqualität von Schizophrenen mit der Lebensqualität in der Allgemeinbevölkerung oder von körperlich Kranken.
- Die Verwendung von Lebensqualität als Kriterium und Untersuchung der Fragestellung, welches signifikante Prädiktoren sind.

Da die beiden letztgenannten Aspekte unter einer Public Health-Perspektive von besonderem Interesse sind, findet sich unter c) ein Überblick über den diesbezüglichen Forschungsstand. Zunächst jedoch ein Blick auf Merkmale der objektiven Lebenssituation schizophrener erkrankter Menschen.

Zur objektiven Lebenssituation schizophrener erkrankter Menschen

Grundsätzlich ließe sich hierzu Auskunft geben an Hand von Untersuchungen, die Erhebungsinstrumente zur simultanen Feststellung subjektiver und objektiver Lebensqualität eingesetzt haben. Zwar liegen zahlreiche solcher Untersuchungen vor, die entsprechenden Daten zur objektiven Lebensqualität werden jedoch entweder nicht oder nur unvollständig angegeben oder sie sind zwischen verschiedenen Studien nicht vergleichbar. Deshalb wird

hier ein alternativer Weg beschrrieben, um zu Angaben über objektive Merkmale der Lebensqualität bei schizophren Erkrankten zu gelangen. Tabelle 1.2 gibt die Daten von 5 Studien aus Mitteleuropa zu 5 verschiedenen Aspekten der sozialen Situation.

Die Studien lassen sich wie folgt charakterisieren:

- Die Angaben zu den Merkmalen sind weitgehend vergleichbar.
- Bei den Stichproben 1, 2, 4, 5 handelt es sich um ambulante oder (teil-)stationäre Patienten von psychiatrischen Universitätskliniken, die Auswahl ist jeweils repräsentativ; Stichprobe 3 besteht aus Patienten eines nationalen Fallregisters.
- Die Stichproben 3 und 4 bestehen ausschließlich aus Ersterkrankten, die übrigen Stichproben schließen Erst- und Mehrfacherkrankte ein.
- Studien 1-4 beziehen sich auf Klienten mit einer bereits fortgeschrittenen Erkrankungsdauer (>10 J.), die Studie 5 auf Klienten mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 7 Jahren.

Tab. 1.2: Merkmale der sozialen Lebenssituation schizophren Erkrankter

	1) MÜLLER et al. (1986)	2) GMÜR (1991)	3) MUNK-JØRGENSEN & MORTENSEN (1992)	4) AN DER HEIDEN et al. (1995)	5) MÜLLER et al. (1998)
Stichprobencharakteristik					
• N	60	92	42	56	364
• Ø Alter	40	40	k. A.	40	35
• Ø Krankheitsdauer	11	16	13	14	7
Lebenssituation					
• verheiratet	23 %	14 %	k. A.	25 %	27 %
• lebt mit (Ehe-)Partner	23 %	k. A.	k. A.	34 %	32 %
• lebt in beschützender Einrichtung	15 %	k. A.	19 %	25 %	13 %
• ohne Beschäftigung (einschl. Rente)	53 %	39 %	71 %	57 %	48 %
• sozial isoliert	35 %	37 %	29 %	k. A.	34 %

Die Daten geben insgesamt ein düsteres, aber wohl realistisches Bild der sozialen Lebenssituation schizophren Erkrankter in Mitteleuropa:

- Höchstens jeder vierte Betroffene ist verheiratet (gegenüber etwa 3 von 4 Personen in der Vergleichsgruppe der Allgemeinbevölkerung), nur höchstens jeder dritte lebt mit einem Partner zusammen;
- jeder dritte lebt sozial völlig isoliert;
- jeder siebte bis jeder vierte ist dauerhaft auf ein Leben in einer beschützenden Einrichtung angewiesen;
- etwa jeder zweite ist gänzlich ohne Beschäftigung oder frühberentet.

Aus der letzten Feststellung folgt unmittelbar, daß ein sehr großer Teil der Betroffenen auf finanzielle Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen ist, falls kein Vermögen vorhanden ist oder sie nicht bereits berentet sind. Dies dürfte für viele ein Leben an oder unterhalb der

Armutsgrenze bedeuten. Tatsächlich fanden EBELT et al. (1998) in einer aktuellen Studie mit 100 schizophrenen Patienten, von denen 62 % ohne Beschäftigung waren, daß 43 % weniger als 1000 DM und weitere 27 % zwischen 1000 und 1500 DM monatliches Einkommen haben. EBELT et al. (1998) referieren außerdem die Ergebnisse von 4 jüngeren Untersuchungen zur Beschäftigungssituation schizophrener Erkrankter; demnach sind nicht mehr als 14 – 23 % vollzeitig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig.

Bezüglich der Wohnsituation ist ergänzend auf das Problem Wohnungs- bzw. Obdachlosigkeit hinzuweisen. Nach Schätzungen von RÖSSLER et al. (1994) sind ca. 10 % der Obdachlosen schizophren erkrankt und ca. 4 % der schizophrenen Erkrankten sind obdachlos. DRIESSEN & DILLING (1997) geben eine Übersicht über die anglo-amerikanische Forschung zum Zusammenhang von psychischen Störungen und Wohnungslosigkeit; sie errechnen auf der Basis von 8 Studien einen Mittelwert von 9,7 % für die Lebenszeitprävalenz von Schizophrenie unter Wohnungslosen. Eine Punktprävalenz von 9,6 % fanden REKER et al. (1997) unter 52 Bewohnern eines Übernachtungsheimes in Münster

Die subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter Menschen im Vergleich

Den Übersichten von LAUER (1993), KILIAN (1995) und RÖDER-WANNER & PRIEBE (1995) zufolge belegen mindestens 9 Studien, daß die subjektive Lebensqualität (generell oder bereichsspezifisch) chronisch psychisch Kranker niedriger ist als in der Allgemeinbevölkerung oder bei körperlich Kranken. Die Stichproben dieser Studien dürften in der Mehrzahl aus schizophrenen Erkrankten bestanden haben, die Übersicht enthält jedoch nur eine Studie, die ausschließlich Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie einschloß (SKANTZE et al. 1990). Der Trend dieser Resultate wird generell bestätigt durch drei neuere Ergebnisse an Stichproben schizophrener Erkrankter: KOIVUMAA-HONKANEN et al. (1996) teilen mit, daß die von ihnen untersuchte Gruppe von 394 Patienten mit ihrer Lebensqualität weniger zufrieden waren als die Allgemeinbevölkerung, ohne daß die Vergleichsgruppe näher spezifiziert wird. ATKINSON et al. (1997) verglichen die subjektive Lebensqualität von 69 schizophrenen und 800 Dialyse-Patienten; nur in einem von vier Lebensbereichen (Familie) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zugunsten der Vergleichsgruppe. RÖDER-WANNER & PRIEBE (1997) schließlich verglichen die Lebensqualität von 617 schizophrenen Erkrankten mit der in der Allgemeinbevölkerung und fanden durchgängig geringere Zufriedenheitswerte bei ersteren. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede in den Bereichen Arbeit, Finanzen, Wohnen und Partnerschaft.

Auf den ersten Blick uneinheitlich ist die Befundlage bezüglich der Frage, wie groß denn der Anteil der mit ihrer Lebenssituation unzufriedenen schizophrenen Erkrankten ist. So berichten SKANTZE et al. (1990), CARPINIELLO et al. (1997) und GUPTA et al. (1998) von 84 %, 90 % bzw. 85 % unzufriedenen Personen in ihren Stichproben; demgegenüber zeigten sich bei KOIVUMAA-HONKANEN et al. (1996) und RÖDER-WANNER et al. (1997) nur 26 bzw. 23 bis 25 % der schizophrenen Erkrankten generell unzufrieden. In den drei erstgenannten Studien, die dasselbe Erhebungsinstrument verwendeten, wurde jedoch ein sehr niedriges Cut-off-Kriterium zugrunde gelegt (ein Proband wurde schon dann als generell unzufrieden eingestuft, wenn er sich in mindestens 5 % der Items als unzufrieden einstufte). Betrachtet man die Häufigkeit bereichsspezifischer Unzufriedenheit, so liegen die Werte der verschiedenen Studien recht eng beieinander: 10 bis 28 % bei SKANTZE et al. (1992) und 12 bis 33 % bei GUPTA et al. (1998).

Weiteren Aufschluß über das relative Ausmaß an Unzufriedenheit mit der Lebenssituation unter schizophrenen Erkrankten vermag der Vergleich mit anderen psychiatrischen Populationen zu liefern. Auch hier ist die Befundlage nicht eindeutig, es scheint jedoch nicht so zu sein, daß Patienten mit schizophrenen Erkrankungen generell unzufriedener sind als andere psychisch Kranke, eher ist das Gegenteil der Fall. So fanden KOIVUMAA-HONKANEN et al. (1996) schizophrene Patienten zufriedener als solche mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen. Auch in der Studie von ATKINSON et al. (1997) berich-

teten schizophren Erkrankte eine höhere subjektive Lebensqualität als depressiv oder bipolar Erkrankte. In Indien stellten GUPTA et al. (1998) ebenfalls höhere Lebensqualität-Werte bei Schizophrenen fest als bei Depressiven. Bei HOFFMANN et al. (1997) zeigten sich schizophrene Patienten signifikant zufriedener mit ihrer seelischen Gesundheit als Suchtpatienten und andere psychisch Kranke. Auf der anderen Seite stehen einige Studien, die keine Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit schizophrenen und solchen mit anderen psychischen Störungen feststellen konnten (LEHMANN 1983, MERCIER & KING 1994, CARPINIELLO et al. 1997).

Insgesamt deuten die referierten Befunde darauf hin, daß schizophren Erkrankte ihre Lebenssituation keineswegs generell negativ bewerten. Auch wenn die subjektive Zufriedenheit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eher niedriger ist, gibt es bezüglich der verschiedenen Lebensbereiche offenbar immer eine große Gruppe, die mit ihrer Situation zufrieden ist. Auch der Vergleich mit anderen Gruppen von psychisch Kranken, insbesondere Depressiven, deutet auf ein eher hohes Maß an Zufriedenheit hin.

Prädiktoren der Lebensqualität bei schizophren erkrankten Menschen

Die Vielzahl der Einzelbefunde hierzu ist auf den ersten Blick verwirrend. Berücksichtigt man jedoch nur solche Ergebnisse, die auf mindestens zwei unabhängigen Untersuchungen basieren, ergibt sich schließlich bezüglich einiger Variablen ein recht konsistentes Bild. Die wichtigsten Facetten dieses Bildes im Überblick:

- Die Beziehung zwischen Geschlecht und Lebensqualität wurde bei schizophren Erkrankten häufiger untersucht, die Befundlage ist jedoch insgesamt immer noch widersprüchlich (vergl. RÖDER-WANNER & PRIEBE 1995, RÖDER-WANNER et al. 1997).
- Während sich in zwei Studien eher schwache negative Zusammenhänge zwischen der Erkrankungsdauer und Lebensqualität zeigten (LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994, LARSEN & GERLACH 1996), ergab eine weitere Studie keinen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen (BROWNE et al. 1996).
- Ein negativer Zusammenhang zwischen kumulierter Hospitalisationsdauer und Lebensqualität zeigte sich in einer Untersuchung (BROWNE et al. 1996), in zwei anderen dagegen nicht (KAISER et al. 1996, KAISER & PRIEBE 1998).
- In vier Untersuchungen wird ein negativer Zusammenhang zwischen Lebensqualität und den Nebenwirkungen der Pharmakotherapie berichtet (MECHANIC et al. 1994, LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994, AWAD et al. 1997, VORUGANTI et al. 1998); in den beiden letzteren zeigte sich darüber hinaus eine negative Beziehung zwischen einer dysphorischen Reaktion auf Neuroleptika (vergl. 3.4.5) und Lebensqualität. LARSEN & GERLACH (1996) fanden dagegen keinen Zusammenhang zwischen Nebenwirkungen und Lebensqualität.
- In zwei Studien fanden sich eher schwach ausgeprägte Beziehungen zwischen verschiedenen kognitiven Beeinträchtigungen und Lebensqualität (MELTZER et al. 1996, HESLEGRAVE et al. 1998).
- In drei Studien zeigte sich übereinstimmend eine schwach bis mittelgradig ausgeprägte positive Korrelation zwischen dem Fremdrating des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus und Lebensqualität (AWAD et al. 1997, TEMPIER et al. 1997, VORUGANTI et al. 1998).

Recht eindeutig geklärt erscheint die Beziehung zwischen Lebensqualität und der schizophrenen Symptomatik:

- Während drei Studien eine mittelstark ausgeprägte negative Korrelation zwischen der Ausprägung der schizophrenen Symptomatik und Lebensqualität feststellen (ROMNEY 1995, AWAD et al. 1997, HESLEGRAVE et al. 1998), ist dies bei einer Studie nicht der Fall (LARSEN & GERLACH 1996).

- Noch klarer wird das Bild, wenn zwischen positiven und negativen Symptomen unterschieden wird. Mit einer Ausnahme (CARPINIELLO et al. 1997) finden sämtliche Studien eine mittelstark bis stark ausgeprägte negative Beziehung zwischen Negativsymptomatik und Lebensqualität (MELTZER et al. 1990, BELLACK et al. 1990 a, LAUER & STEGMÜLLER-KOENEMUND 1994, ROMNEY 1995, BROWNE et al. 1996, PACKER et al. 1997, HESLEGRAVE et al. 1998). Dagegen sind die Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Positivsymptomatik geringer ausgeprägt oder insignifikant (BROWNE et al. 1996, PACKER et al. 1997, CARPINIELLO et al. 1997, HESLEGRAVE et al. 1998).
- Besonders eng ist offenbar der Zusammenhang zwischen der Lebensqualität schizophrener Erkrankter und einem speziellen Symptomkomplex, der in der häufig verwendeten *Brief Psychiatric Rating Scale/BPRS* dem Negativ-Syndrom zugeordnet wird: Angst/Depression. So zeigten sich in drei Studien signifikante und hohe negative Korrelationen mit der Lebensqualität (LEHMANN 1988, LEVITT et al. 1990, KAISER et al. 1996).
- In vier weiteren Studien fanden sich darüber hinaus bedeutsame Zusammenhänge zwischen Depression und Lebensqualität: MECHANIC et al. (1994) sowie KENTROS et al. (1997) teilen hochsignifikante negative Korrelationen zwischen selbst wahrgenommener Depressivität und Lebensqualität bei schizophrenen Erkrankten mit, bei CARPINIELLO et al. (1997) kovarierte allerdings nur eines von drei Depressionsmaßen signifikant negativ mit Lebensqualität. KAISER & PRIEBE (1998) konnten die Änderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit über 1 ½ Jahre in einer multiplen Regression mit den beiden Psychopathologie-Variablen Angst/Depression und Aktivierung signifikant präzisieren. Schließlich klärt in der Studie von KIOVUMAA-HONKANEN et al. (1996) eine multiple Regression mit Lebensqualität als Kriterium die Variable Depressivität 36 % der Gesamtvarianz.

Die Kovariation von Lebensqualität und verschiedenen Aspekten des psychischen Befundes/Befindens könnte allerdings zumindest z. T. ein Artefakt der Erfassungsmethodik sein. KATSCHNIG (1997) zeigt, daß verschiedene Erhebungsinstrumente zur Lebensqualität in bestimmten Bereichen deutliche Überschneidungen mit Skalen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes aufweisen und fordert deshalb eine unabhängige Erfassung dieser Merkmale.

Krankheit und Stigma

Es erscheint plausibel, daß das Erleben, wegen seiner schizophrenen Erkrankung stigmatisiert zu werden, die Lebensqualität negativ beeinflusst. Empirische Daten zum Zusammenhang von Lebensqualität und Stigmatisierung sind allerdings äußerst spärlich. MECHANIC et al. (1994) fanden in einer recht großen Stichprobe von 276 schizophrenen Erkrankten, deren Angehörige alle der *National Alliance of the Mentally Ill* angehören, eine Korrelation von -.31 zwischen wahrgenommenem Stigma und Lebensqualität.

FINZEN hat in den vergangenen Jahren in einer Reihe von Aufsätzen das Problem der Stigmatisierung psychisch kranker, insbesondere schizophrener erkrankter Menschen untersucht. Anknüpfend an die Arbeit von GOFFMAN analysiert er u. a. die sozialen Repräsentationen von psychischer Krankheit in Printmedien und kommt zu dem Schluß, daß „Schizophrenie“/„schizophren“ als Metapher mißbraucht werden und zu Begriffen der Umgangssprache geworden sind:

„Schizophrenie ist aber nicht nur eine Krankheitsbezeichnung. Schizophrenie ist, wie Krebs und Aids und früher die Tuberkulose, zugleich eine Metapher. Der Begriff steht für alles mögliche andere; und nichts davon ist gut. Das Wort Schizophrenie wird somit eine Metapher der Diffamierung. Seine metaphorische Verwendung hat entscheidenden Anteil an der Stigmatisierung, der Beschädigung der Identität der von der Krankheit Betroffenen.... Schizophrenie als Metapher ist nur abwertend. Sie nährt Vorstellungen von Unbe-

rechenbarkeit und Gewalttätigkeit, von unverständlichem, bizarrem oder widersinnigem Verhalten und Denken“ (FINZEN 1996, S. 27, 29).

Schizophrenie als Metapher prägt das Bild der Allgemeinheit von der Krankheit und den Erkrankten; auf diese Weise werde die Diagnose zur zweiten Krankheit:

„Wer versucht, Schizophreniekranken zu verstehen, wird mit Betroffenheit feststellen, in wie schrecklicher Weise das Bild der Allgemeinheit von der Krankheit das Leiden verstärkt. Es verzerrt die Selbstwahrnehmung der Kranken, untergräbt ihr Selbstbewußtsein und prägt den Umgang der Gesunden mit ihnen in fataler Weise“ (ebd., S. 33).

Nicht so sehr der Umstand, daß der Begriff Schizophrenie Eingang in die Umgangssprache gefunden hat, ist das Problem, sondern die Tatsache, daß dessen soziale Repräsentationen bisher kaum von dem fachlichen Wissen über die Krankheit verändert worden sind (HOFFMANN-RICHTER & FINZEN 1998). Eine Konsequenz daraus ist, daß die Erkrankten und ihre Angehörigen „Schizophrenie“ als etwas wahrnehmen und behandeln, das versteckt und verheimlicht werden muß. Die Stigmatisierung wirkt sich aber auch auf die Einstellungen, Affekte und Konzepte der Betroffenen zur Erkrankung und ihrer Behandlung aus:

„Ob und wann die Kranken sich in Behandlung begeben, welche subjektiven Krankheitstheorien sie entwickeln und ob sie die vorgeschlagene Behandlung akzeptieren, ist unauflöslich mit dem Bild der Krankheit in der Öffentlichkeit verbunden – mit dem Alltagswissen über und den sozialen Repräsentationen von Schizophrenie“ (FINZEN 1996, S. 169).

„Die Kranken erleben die Stigmatisierung und ihre Folgen ständig. Sie müssen sich sorgfältig überlegen, wem sie von ihrer Krankheit erzählen und wem gegenüber sie darüber schweigen. Sie müssen sich überlegen, wie sie sie benennen – ob sie etwa von psychischen Problemen, von Psychose oder gar von Schizophrenie sprechen. Sie stehen immer wieder vor dem Dilemma, einerseits ihre Einschränkungen durch Krankheitsfolgen oder durch Medikamenteneinnahme erklären zu müssen, andererseits nichts preiszugeben, was nachteilig für sie ist. Wenn sie sich entschließen zu schweigen, sind sie diskreditierbar durch Bloßstellung und Verrat. Wenn sie sich offenbaren, setzen sie sich all jenen Vorurteilen und Fehleinschätzungen aus, die mit dem Bild der Krankheit in der Öffentlichkeit verbunden sind“ (ebd., S. 196).

FINZEN leitet aus dieser Feststellung die Forderung ab, daß die Betroffenen ihre Diagnose kennen und fachlich begründetes Wissen über die Krankheit und ihre Behandlung erwerben. Nur so können sie sich auf die Auseinandersetzung damit einlassen:

„Unsere Aufgabe ist es, Schizophrenie zu verstehen und verständlich zu machen, damit wir Betroffene und Mitbetroffene darin bestärken können, die Herausforderung der Krankheit anzunehmen. Deshalb müssen wir sie auch benennen. Die Diagnose Schizophrenie ist keineswegs das Ende. Sie ist ein Anfang. Sie ist der Beginn eines Erfahrungs- und Lernprozesses mit dem Ziel, die Krankheit zu überwinden oder doch so gut wie möglich mit ihr zu leben“ (ebd., S. 172).

Die bereits erwähnte Studie von MECHANIC et al. (1994) wirft ein Licht darauf, daß die Frage, wie die Krankheit benannt und thematisiert wird, ein kritischer Faktor sein könnte. Schizophren Erkrankte, die ihre Probleme auf ein „körperliches, medizinisches oder biologisches Problem“ zurückführten, wiesen zugleich bessere soziale Beziehungen und eine höhere Lebensqualität auf als diejenigen, die dazu neigten, ihr Problem als psychische Krankheit (*mental illness*) zu konzeptionalisieren.

Dem von FINZEN zum Ausdruck gebrachten Impetus folgend hat die Bielefelder Arbeitsgruppe unter Leitung des Autors den Veröffentlichungen zu ihrem Konzept der psychoedukativen Therapie mit schizophren Erkrankten den durchaus programmatisch gemeinten Titel gegeben: Schizophrenie zum Thema machen.

Zusammenfassung

Schizophrenie ist in den meisten Fällen eine chronisch-rezidivierende Krankheit mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Die in den letzten Jahren exponentiell zunehmenden Forschungsbemühungen zur Lebensqualität schizophrener Erkrankter Menschen operationalisieren subjektive Lebensqualität in aller Regel als „Zufrie-

denheit“. Dabei wird immer wieder festgestellt, daß subjektive Zufriedenheit und objektive Lebensqualität nur gering bis gar nicht kovariieren.

Was Merkmale der objektiven sozialen Lebenssituation anbetrifft, muß man die Lebensqualität schizophrener Erkrankter in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit/Beschäftigung und Wohnen als deutlich unterhalb des gesellschaftlichen Durchschnitts qualifizieren. Viele Betroffene leben in Armut, sozialer Isolation und ohne Beschäftigung. Tatsächlich ist auch die subjektive Zufriedenheit von schizophrener Erkrankten im Schnitt niedriger als in Vergleichsgruppen der Allgemeinbevölkerung, insgesamt scheint aber die Unzufriedenheit nicht besonders stark ausgeprägt: Je nach Lebensbereich äußern sich nur 1/4 bis 1/3 der Befragten unzufrieden. Auch im Vergleich zu anderen Gruppen von psychisch Kranken erweisen sich schizophrene Erkrankte keineswegs als unzufriedener. Als einigermaßen abgesicherte Prädiktoren der subjektiven Lebensqualität können bis heute gelten: unerwünschte Wirkungen der Pharmakotherapie (Nebenwirkungen und initiale dysphorische Reaktionen) sowie die psychopathologische Symptome (insbesondere Negativsymptome und Depressivität).

Wie erklärt sich die offensichtliche Diskrepanz zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität bei schizophrener Erkrankten? Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß auch aus anderen Bereichen der angewandten Sozialforschung, z. B. der Stadtsoziologie und Studien zur Arbeitszufriedenheit, schwache Zusammenhänge zwischen objektiven und subjektiven Daten bekannt sind (LEIMKÜHLER & MÜLLER 1996). Theoretisch wird dieses Phänomen in der Regel begründet nach dem Modell des angepaßten Anspruchsniveaus, wobei sich das Anspruchsniveau im Laufe der Zeit den jeweiligen objektiven Bedingungen annähert. Im Hinblick auf schizophrene Patienten diskutieren ATKINSON et al. (1997) außerdem mögliche krankheitsbezogene Effekte (Negativsymptome, Mangel an Krankheitseinsicht). Den Umstand, daß depressive Patienten ihre Situation tendenziell schlechter bewerten, erklären sie u.a. damit, daß negative Kognitionen zum Kernsyndrom der Depression gehören und diese sich auch auf die subjektive Bewertung der eigenen Situation beziehen. Grundsätzlich ist aber wohl festzuhalten, daß die theoretischen Grundlagen des Lebensqualitäts-Konzeptes und seine Operationalisierung in der psychiatrischen Forschung unbefriedigend sind.

Unabhängig davon ist die subjektive Lebensqualität der Betroffenen ein unerläßliches, zentrales und bisher eher vernachlässigtes Outcome-Kriterium der Evaluationsforschung. Dies gilt gerade auch für psychosoziale Konzepte der Therapie und Rehabilitation in der Arbeit mit schizophrener Erkrankten.

1.2.4 Die Belastung der Angehörigen

Die Bedeutung der Angehörigen

Spätestens seit Ende der 60er Jahre nimmt die Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten auch in der Bundesrepublik kontinuierlich ab. Dies ist im wesentlichen bedingt durch drastisch sinkende durchschnittliche Verweildauern. Gleichzeitig steigen die Aufnahmezahlen an, ein Effekt, der häufig auch kritisch als „Drehtürpsychiatrie“ apostrophiert wird. Diese durchaus dramatische Veränderung der psychiatrischen Versorgungslandschaft ist nicht zuletzt bedingt durch die Erfolge der modernen Psychopharmakotherapie, die sich im Verlauf der sechziger Jahre flächendeckend durchgesetzt hatte.

So konnte Manfred BLEULER schon 1972 feststellen:

„Man erlebt es nur noch ausnahmsweise, daß ein akut erkrankter Schizophrener im Anschluß an die akute Erkrankung dauernd schwer psychotisch auf den Abteilungen für die in höchstem Grade pflegebedürftigen Geisteskranken verbleibt. Früher war es häufig“ (1972, S. 273).

Die große Mehrzahl der schizophren Erkrankten verbringt also heute die meiste Zeit ihres Lebens außerhalb von psychiatrischen Krankenhäusern. Zwar ist die Asyl- und Betreuungsfunktion für besonders schwer von der Erkrankung Betroffene heute auf ein weitgehend flächendeckendes Netz komplementärer Wohneinrichtungen übergegangen, dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Tatsache, daß die allermeisten Betroffenen heute „in der Gemeinde“ leben – und dies bedeutet in der Regel, daß sie mit Familienangehörigen oder in engem Kontakt mit diesen leben.

KUIPERS (1993) schätzt in ihrer Übersichtsarbeit, daß nach der Ersterkrankung etwa 60 %, nach weiteren Krankenhausaufenthalten 50 % und von den chronisch Kranken 40 – 50 % zusammen mit Angehörigen leben oder zumindest engen Kontakt zu ihnen haben. Auch HOFFMANN & HUBSCHMID (1989) kommen in ihrer Literaturlauswertung zu dem Schluß, daß 28 – 45 % der chronisch Kranken bei den Eltern lebt. In ihrer eigenen Untersuchung waren dies nur 11 %, was die Autoren auf das überdurchschnittlich ausgebaute komplementäre Hilfesystem in der Stadt Bern zurückführen. Zugleich konnten sie jedoch feststellen, daß nur 9 % keinen Kontakt mehr zu ihrer Herkunftsfamilie hatten. BREKKE & MATHIESEN (1995) schätzen aufgrund ihrer Literaturdurchsicht, daß 1/3 aller chronisch psychisch Kranken mit ihren Angehörigen leben und 50 – 90 % regelmäßigen Kontakt haben. In ihrer Stichprobe von fast 200 schizophren Erkrankten lebten 27 % in der Herkunftsfamilie; 64 % der außerhalb der Familie lebenden hatten regelmäßig Kontakt, wobei die Erkrankten diese Kontakte häufiger initiierten, als die Angehörigen. Schließlich fanden SCHULZE-MÖNKING et al. (1996) in einer deutschen Stichprobe, daß 40 % der ursprünglich bei ihren Angehörigen lebenden nach 8 Jahren immer noch bei den Eltern lebten und von ihnen „erheblich“ unterstützt wurden. Insgesamt gaben 80 % der Erkrankten ihre Eltern als wichtigste Vertrauenspersonen an.

Somit stellt FINZEN (1996) zu Recht fest, daß die Familie für die meisten Schizophreniekranken immer noch die wichtigste, für viele die einzige soziale und emotionale Bezugsgruppe ist und daß der größte Teil an Pflege und Unterstützung insbesondere psychisch Behinderter von ihren Familien erbracht wird. Angehörige wurden und werden bei der Bewältigung dieser Herausforderung und den damit einhergehenden Belastungen jedoch bis heute von psychiatrischen Professionellen nur unzureichend unterstützt, obwohl spätestens seit Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre auch im deutschsprachigen Raum die Belastung und die Not der Angehörigen chronisch psychisch Kranker fachöffentlich diskutiert wird (KATSCHNIG 1977, DÖRNER et al. 1982).

Die Frage des Zusammenhanges zwischen bestimmten Merkmalen des familiären Umfeldes und der Entstehung bzw. dem Verlauf schizophrener Erkrankungen werden an anderen Stellen dieser Arbeit diskutiert (2.3.4, 2.4.4). Im Zusammenhang dieses Abschnitts geht es darum, die Folgen, die die schizophrene Erkrankung eines Familienmitgliedes für seine unmittelbaren Bezugspersonen hat, unter einer Public Health-Perspektive zu beleuchten.

Objektive und subjektive Belastungen

Im Unterschied zu Deutschland ist die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker in der anglo-amerikanischen Literatur spätestens seit den sechziger Jahren unter dem Stichwort „*burden of care*“ Gegenstand empirischer Forschung (vergl. den Überblick bei FADDEN et al. 1987). Dabei wird von den meisten Autoren unterschieden zwischen objektiven und subjektiven Aspekten von Belastung. Zu ersteren gehören nach SCHENE (1990) die Auswirkungen auf die Haushaltsroutine, die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern, die sozialen Beziehungen außerhalb der Familie, das Freizeitverhalten, das Berufsleben sowie die finanzielle Situation. Zu den subjektiven Merkmalen werden die Auswirkungen auf das Befinden gezählt. Aspekte der seelischen und körperlichen Gesundheit werden von SCHENE ebenfalls den subjektiven Belastungen zugeordnet, von anderen Autoren den objektiven (vergl. PROVENCHER 1996).

Es ist nicht ganz einfach, einen Überblick über den Forschungsstand zur Belastung von Angehörigen schizophrener Erkrankter zu gewinnen, da eine Vielzahl von Arbeiten sich auf diagnostisch gemischte Gruppen von (chronisch) psychisch Kranken beziehen. Unter diesen stellen Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwar zumeist die größte Untergruppe, letztlich lassen sich die Resultate solcher Studien jedoch nicht direkt auf diese Gruppe beziehen. Darüber hinaus sind die methodischen Zugänge äußerst vielfältig, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich einschränkt.

Tabelle 1.3 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse von quantitativen Untersuchungen, die sich an den Belastungs-Kategorien von SCHENE(1990) orientiert:

Tab. 1.3: Belastung von Angehörigen chronisch psychisch Kranker

	PROVENCHER (1996) Übers. 9 Studien	PROVENCHER (1996)	JACKSON et al. (1990)	Streuung Sp. 1 – 3	ANGERMEYER et al. (1997)
Störung der Haus- haltsroutine	22 – 43 %	—	45 %	21 – 45 %	—
finanzielle Probleme	11 – 42 %	31 %	—	11 – 42 %	45 % (erheblich)
Einschränkung der soz. Kontakte	22 – 44 %	21 %	55 %	21 – 55 %	25 % (andere Fam.-Mitgl.) 34 % (Freunde)
Einschränkung bei Freizeitaktivitäten	—	34 %	—	34 %	46 % (häufig/ gelegentlich)
Einschränkung der körperlichen/ psychischen Gesundheit	16 – 78 %	53 % (körperlich) 57 % (psychisch)	65 % (körperlich) 95 % (psychisch)	16 – 95 %	87 % (stark/mäßig)
berufliche Einschränkungen	—	36 %	—	36 %	16 %

Die Daten in Spalte 1 basieren auf einer Übersicht über 9 Studien, die PROVENCHER (1996) ausgewertet hat. Spalte 2 gibt die Ergebnisse von PROVENCHER selbst wieder. Spalte 3 enthält zusätzlich die Ergebnisse der Studie von JACKSON et al. (1990). In Spalte 4 ist die Streuung der Befunde aus Spalten 1 – 3 zusammengefaßt. In Spalte 5 sind die Daten einer aktuellen Untersuchung von ANGERMEYER et al. (1997) aufgeführt, die sich ebenfalls den Kategorien von SCHENE (1990) zuordnen lassen.

Die Studie von ANGERMEYER et al. (1997) stellt nach Angabe der Autoren die erste systematische Untersuchung zur Belastung von Angehörigen psychisch Kranker in der Bundesrepublik dar. Ihre Bedeutung wird unterstrichen durch die Größe der Stichprobe (n=557). Die Repräsentativität ist jedoch durch den Umstand eingeschränkt, daß die Adressaten der Fragebögen ausschließlich Mitglieder des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. waren. Der Rücklauf war mit 63 % zufriedenstellend, 62 % der Befragten gaben „Schizophrenie“ als Diagnose ihres erkrankten Familienmitglieds an. Eine weitere große Befragung von Mitgliedern einer Angehörigenorganisation wurde 1993 in Österreich durchgeführt (KATSCHNIG et al. 1997). Erreicht wurden 262 Personen, wovon 70 % Schizo-

phrenie als Diagnose ihres psychisch erkrankten Familienmitgliedes angaben. Auch in dieser Studie wurde nach der Belastung der Angehörigen gefragt, die erhobenen Kriterien sind jedoch mit den Kategorien der Tabelle 1.3 nur eingeschränkt kompatibel. Lediglich bei den Fragen nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen (70 %) und Auswirkungen auf den Beruf (erschwert 45 %, aufgegeben 10 %) gibt es partielle Entsprechungen.

Alles in allem wird deutlich, daß die gesundheitlichen, sozialen und materiellen Belastungen der Angehörigen schizophoren erkrankter bzw. psychisch behinderter Menschen ausgeprägt sind. Die z. T. hohe Schwankungsbreite der Befunde erklärt sich zwanglos aus unterschiedlichen Stichprobencharakteristika der befragten Angehörigen bzw. deren psychisch erkrankten Familienmitgliedern.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, daß die berichteten Belastungen von den Befragten nicht in vollem Umfang auf den Umstand zurückgeführt werden, daß ein Familienmitglied psychisch erkrankt ist (vergl. MacCARTHY et al. 1989, PROVENCHER 1996). Für die resultierenden Bewältigungsanforderungen ist jedoch letztlich zweitrangig, wie die Ursachen-Attribution der Belastung ausfällt.

Einige ergänzende Aspekte zur Angehörigen-Belastung:

- Uneinheitlich ist die Befundlage bezüglich der Frage, ob die Nähe des Kontaktes zum psychisch Kranken Familienmitglied einen Einfluß auf die Belastung der Angehörigen hat: CARPENTIER et al. (1992) konnten keinen Unterschied der Belastung in Abhängigkeit davon feststellen, ob der Patient zu Hause lebt oder nicht; allerdings hatten auch die nicht zu Hause lebenden Erkrankten durchschnittlich mehr als 18 Std. Gesichtskontakt zu Familienmitgliedern. Auch WINEFIELD & HARVEY (1993) fanden keinen Einfluß der Kontaktdichte auf die Belastung in einer Stichprobe von Angehörigen, die Mitglieder der australischen *Schizophrenia Fellowship* waren. Bei Angehörigen von Klinikpatienten stellten dieselben Autoren jedoch fest, daß die Belastung am höchsten war, wenn die Patienten zu Hause lebten. Auch SCAZUFCA & KUIPERS (1996) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Kontaktdichte und Belastung der Angehörigen.
- Vergleichsuntersuchungen mit anderen Gruppen von Angehörigen psychisch Kranker sind rar. VELTRO et al. (1994) fanden nur sehr geringe quantitative und qualitative Unterschiede in der Belastung von Angehörigen schizophoren und neurotisch kranker Menschen. Kein Unterschied in der Belastung durch positive und negative Symptome zeigten sich auch beim Vergleich von Angehörigen schizophoren und manisch-depressiv Erkrankter.
- Schließlich wird in der Literatur die Frage diskutiert, welche Symptome des Erkrankten denn für die Angehörigen besonders belastend seien. Dies geschieht zumeist entlang der Unterscheidung von positiven und negativen Symptomen. Die Befundlage ist auch hierzu nicht ganz einheitlich. FADDEN et al. (1987) kommen in ihrer Literaturübersicht zu dem Schluß, daß die negativen Symptome ein größeres Problem für die Angehörigen darstellen als die positiven, was daran läge, daß erstere im Gegensatz zu letzteren nicht für Krankheitszeichen gehalten würden. Auch MacCARTHY et al. (1989) stellten fest, daß die funktionalen Defizite für die Familien problematischer seien als die positiven Symptome. In Übereinstimmung damit berichten GOPINATH & CHATURWEDI (1992), daß auch indische Angehörige von schizophoren Erkrankten sich am meisten belastet fühlen durch mangelnde Aktivität, Langsamkeit und mangelnde körperliche Hygiene, während aggressives oder psychotisches Verhalten ein geringeres Problem für die Familie darstellen. In einer weiteren indischen Stichprobe konnten RAJ et al. (1991) diesen Befund differenzieren. Sie verglichen die Belastung der Angehörigen von Patienten mit primärer Negativ- sowie primärer Positiv-Symptomatik zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes und 6 Monate später. Zum Zeitpunkt 1 unterschieden sich die beiden Gruppen nicht bezüglich objektiver und subjektiver Belastung; zum Zeitpunkt 2 wiesen die Angehörigen von Patienten mit überwiegend negativen Symptomen signifikant höhere Belastungswerte auf. Insgesamt war die Beziehung zwischen Belastungswerten der Angehörigen und der Patienten-Symptomatik wesentlich enger bezüglich der Negativ-Symptome.

Auch VELTRO et al. (1994) fanden eine positive Korrelation zwischen Belastung und dem Ausmaß von Negativ-Symptomen auf Seiten des erkrankten Familienmitgliedes. Demgegenüber sind unter den 6 in der Studie von JACKSON et al. (1990) am häufigsten als belastend genannten Verhaltensweisen 4, die dem Bereich der Positiv-Symptome zugerechnet werden können. Auch SALLEH (1994) berichtet, daß malayische Angehörige positive Symptome am häufigsten als belastend empfinden und die Toleranz für negative Symptome vergleichsweise ausgeprägt ist. In der Studie von WINEFIELD & HARVEY (1993) war „turbulentes“ Verhalten der beste Prädiktor für das Streßerleben der Angehörigen. In einer Befragung von 185 Angehörigen von Schizophreniekranken in Österreich war das mit weitem Abstand als am belastendsten genannte Symptom „Wahnideen“ (23 %), an zweiter und dritter Stelle folgten mit je 8 % die Negativ-Symptome fehlende Aktivität und sozialer Rückzug (KATSCHNIG et al. 1994). Dagegen finden weder SCAZUFCA & KUIPERS (1996) noch MUESER et al. (1996) einen Zusammenhang zwischen Art der Symptomatik und Ausmaß der Belastung.

Eine einfache Erklärung für die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse drängt sich nicht auf. Es mögen sowohl kulturelle Unterschiede als auch die zeitliche Dynamik der Symptomatik eine Rolle spielen. Wichtig erscheint jedoch festzuhalten, daß es keineswegs nur die häufig bizarren und sich aufdrängenden positiven Symptome sind, die die Familienangehörigen belasten, sondern mindestens ebenso die Defizite bei Aktivität, Antrieb, im sozialen und emotionalen Kontakt.

Das psychische Befinden der Angehörigen

Die Interpretation von Befunden, wie sie in Tabelle 1.3 wiedergegeben werden, ist insofern problematisch, als die verwendeten Erhebungsinstrumente streng genommen nicht vergleichbar sind, auch wenn übereinstimmende oder ähnliche Auswertungskategorien verwendet werden. Deshalb kommt Erhebungen mit standardisierten und normierten Verfahren eine besondere Bedeutung zu.

Relativ häufig zur Untersuchungen des Angehörigenbefindens eingesetzt wurde das *General Health Questionnaire/GHQ* (GOLDBERG 1972), ein Fragebogen zur Einschätzung des allgemeinen psychischen Gesundheitszustands. Neben der ursprünglichen Fassung wurden Kurzformen verwandt, wie z. B. eine 28-Item Fassung (GHQ 28); Vergleichswerte für verschiedene Populationen liegen vor.

Im folgenden ein Überblick über die Ergebnisse einschlägiger Untersuchungen mit dem GHQ:

- In einer australischen Stichprobe fanden WINEFIELD & HARVEY (1993) 60% „cases“ (GHQ 12); diese Rate war doppelt so hoch wie in einer Stichprobe der australischen Allgemeinbevölkerung. In einer anderen australischen Untersuchung wurde zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme des schizophren Erkrankten sogar bei 79 % der Angehörigen ein signifikantes Ausmaß psychischer Beeinträchtigungen gefunden (GHQ 28, VADDADI et al. 1997).
- In vier Studien aus Großbritannien liegt die Häufigkeit von Werten oberhalb der „klinischen“ Schwelle bei 29 % (OLDRIDGE & HUGHES 1992, GHQ 28), 32 % (GIBBONS et al. 1984), 37 % (BIBOU-NAKOU et al. 1997, GHQ 28) und 77 % (SCOTTISH SCHIZOPHRENIA RESEARCH GROUP 1987, GHQ 28). Der besonders hohe Wert in der letztgenannten Studie wird von den Autoren so erklärt, daß es sich bei der Stichprobe ausschließlich um Angehörige von Ersterkrankten handelt, die mit diesen auch zusammenleben. OLDRIDGE & HUGHES (1992) geben an, daß die von ihnen gefundene Häufigkeit von signifikanten Beeinträchtigungen doppelt so hoch sei wie in der Allgemeinbevölkerung.
- Das Ausmaß psychischer Beeinträchtigungen ist zu Beginn einer Krankenhausbehandlung des Erkrankten signifikant höher als bei dessen Entlassung (BARROWCLOUGH &

PARLE 1997) und es werden positive Korrelationen mit Maßen der subjektiven und objektiven Belastung gefunden (MARTYNS-YELLOW 1992, BIBOU-NAKOU et al. 1997).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß 1/3 bis 3/4 der Angehörigen von chronisch psychisch Kranken an (nicht-psychotischen) psychischen Beeinträchtigungen leiden, die einen Behandlungs- bzw. Unterstützungsbedarf begründen; damit ist die Prävalenz um mindestens den Faktor 2 erhöht. Die hohe Streubreite der Befunde dürfte hauptsächlich bedingt sein durch Unterschiede der Stichproben (z. B. unausgelesen oder Mitglieder von Selbsthilfereinigungen, Angehörige von Erst- und Mehrfacherkrankten etc.).

Belastung durch Stigmatisierung

Das Stigma der schizophrenen Erkrankung eines Familienmitgliedes trifft auch die Angehörigen. Dieses Problem ist in empirischen Untersuchungen zur Angehörigenbelastung bisher allerdings nur sehr selten thematisiert worden. Eine amerikanische Studie beschäftigt sich explizit damit (WAHL & HARMAN 1989). Es handelt sich um eine Fragebogenbefragung von fast 500 Mitgliedern der *National Alliance for the Mentally Ill*. Stark oder sehr stark von einer Stigmatisierung durch die Erkrankung ihrer Angehörigen betroffen fühlen sich 56 % der Befragten. In der deutschen Untersuchung von ANGERMEYER et al. (1997) wurde nach „Diskriminierung“ gefragt, dieser fühlten sich 30 % der Befragten ausgesetzt. Auf die Frage, worin diese bestand, wurde am häufigsten „Rückzug der anderen“ (22 %) und „Schuldzuweisungen“ (17 %) genannt. PHELAN et al. (1998) befragten Angehörige von Ersterkrankten; von denjenigen mit einem schizophren erkrankten Familienmitglied gaben 35 % an, die Erkrankung zu verschweigen und 15 %, daß sich Personen ihres sozialen Umfeldes infolge der Erkrankung von ihnen zurückgezogen haben. In der Befragung von KATSCHNIG et al. (1997) äußerten 45 % der Angehörigen, sich (mit-)schuldig an der Erkrankung ihres Familienmitglieds zu fühlen. Ergänzend gaben 25 % dieser Befragten an, von psychiatrischen Professionellen beschuldigt worden zu sein, 32 % von Freunden/Verwandten und 34 % vom Erkrankten. In der Studie von WAHL & HARMAN (1989) wird das Problem der Schuld nur indirekt thematisiert, indem nach Möglichkeiten der Bewältigung des Stigmas gefragt wird: 73 % meinen, dieses würde durch Forschungsergebnisse, die eine biologische Basis für die psychische Erkrankung belegen würden, stark oder sehr stark reduziert. Noch höher bewertet wurde nur die soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie sowie Information über die Erkrankung.

In der deutschsprachigen Literatur zur Angehörigen-Selbsthilfe wird dem Problem der Schuldzuweisung ein zentraler Stellenwert als Quelle von Leid und Belastung der Angehörigen zugewiesen. FINZEN (1996) hat sich auch mit dem Problem der Stigmatisierung der Angehörigen befaßt. Er bezeichnet die Beschuldigung der Angehörigen bzw. die Folgen der Schuldzuweisung als „dritte Krankheit“.

Tatsächlich ist die Geschichte der psychiatrischen Vorstellungen über die Genese der Schizophrenie auch eine Geschichte der Schuldzuweisungen an die Familie, dies gilt vor allem für die Zeit vom Ende des zweiten Weltkriegs bis in die siebziger Jahre hinein. Besonders problematische Wirkungen kommt dem Konzept der „schizophrenogenen Mutter“ zu, das HARTWELL (1996) in der amerikanischen Literatur bis in die dreißiger Jahre zurückverfolgen kann. Später war es die Familie als soziales System, der eine pathogene Rolle zugewiesen wurde (vergl. BATESON et al. 1969). Beide Ansätze müssen in ihren verschiedenen Spielarten wissenschaftlich seit mindestens zwei Jahrzehnten als überholt gelten (vergl. dazu 2.3.4). Die Halbwertszeit ihrer Rezeption in der populären und Fachliteratur ist jedoch wesentlich länger. FINZEN (1996, Kap. 3) kann dies anhand von Beispielen bis in die neunziger Jahre hinein belegen.

Was Konzepte anrichten können, die explizit oder implizit den Angehörigen die Schuld für die Entstehung der Erkrankung zuweisen, vermögen Selbstzeugnisse von Betroffenen eindrucksvoll zu belegen. Im folgenden ein Beispiel, das für viele steht:

„Ich war die schizophrenogene Mutter, die Mutter, welche die Erkrankung verursacht hat. Zu all dem Elend auch noch die Verurteilung! Ich wurde im Beisein meines Sohnes als schuld an seiner Erkrankung bezeichnet. Die Familie ist krank, der Patient nur das schwächste Glied. So wurde unser früher gutes Verhältnis systematisch zerstört, wir wurden einander entfremdet. Und es dauerte Jahre, bis mein Sohn seine Eltern wieder akzeptierte, weil er einfach erlebte, daß es immer wieder die Eltern waren, die ihn aufnahmen und zu ihm standen“ (BREU 1992, S. 28).

DORMEIER (1992) faßt ihre Erfahrungen aus einer Untersuchung in Selbsthilfegruppen von Angehörigen chronisch psychisch Kranker zusammen und stellt fest:

„Alle Angehörigen berichten von der ständigen Auseinandersetzung mit der Frage: ‚Was habe ich falsch gemacht, was habe ich versäumt, woran liegt das?‘ Den Berichten der Angehörigen zufolge macht auch der psychisch kranke Angehörige meistens eine Phase durch, in der er seinen Eltern die Schuld an der Krankheit zuschreibt“ (S. 122).

Auch MICHELS (1992) unterstreicht die Bedeutung der Schuldthematik vor dem Hintergrund von Interviewäußerungen Betroffener:

„Diese Schuldgefühle sind derart intensiv, daß sie die weitere Entwicklung zum Teil über Jahre bestimmen. Aus der Schuld kann eine Verpflichtung gegenüber den Erkrankten erwachsenEs muß hier jedoch bemerkt werden, daß es sich für die Angehörigen als sehr schwierig erweist, offen über solche Gefühle zu sprechen. Diese sind schwer belastend, so daß sie von den Angehörigen kaum zugelassen werden, sie bleiben oft unterbewußt und verdrängt. Es darf nicht übersehen werden, daß Schuldgefühle für die Angehörigen persönlich eine enorme psychische Belastung darstellen. Sie bewirken Verzweiflung, emotionale Überforderung und rastlose Unruhe. Wichtig ist, daß Schuldgefühle in erster Linie Mütter belasten, Partner beschrieben mir gegenüber dieses Problem nicht“ (S. 76 f).

Bis zum endgültigen „Freispruch der Familie“ scheint es noch ein weiter Weg. Die Überwindung der Auffassung von der pathogenetischen Rolle der Familie muß bis heute als eine wichtige Aufgabe psychiatrischer Fachleute angesehen werden, die sich nicht nur im Zusammenhang mit Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit sondern auch in der Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen in jedem Einzelfall neu stellt.

Zusammenfassung

Nicht zuletzt in der Folge der psychiatrischen Reformentwicklung der letzten Jahrzehnte sind die Angehörigen oft die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen von schizophren erkrankten Menschen; dies gilt weitgehend unabhängig davon, ob die Familie unter einem Dach zusammenlebt oder nicht. Es ist vielfach nachgewiesen, daß die Erkrankung eines Familienmitgliedes für die Angehörigen mit gesundheitlichen, sozialen und materiellen Einschränkungen und Belastungen verbunden ist, die nicht selten auch einen Hilfebedarf der Angehörigen selbst begründen. Eine wichtige Quelle von subjektivem Leid und sozialer Belastung der Angehörigen sind Stigmatisierung und Schuldgefühle. Diese werden nicht zuletzt durch das Fortbestehen von längst überholten ätiologischen Konzepten über die pathogenetische Rolle der Familie gefördert.

Unter Public Health-Gesichtspunkten stellt sich zum einen die Aufgabe, Konzepte der Gesundheitsförderung zu realisieren, die sich gezielt auch an Angehörige schizophren Erkrankter wenden. Zum anderen kann auch von psychoedukativen Therapieangeboten für die Erkrankten selbst ein entlastender Effekt für die Angehörigen erwartet werden soweit es gelingt, durch diese Therapien die Autonomie der Betroffenen zu fördern und konstruktive Formen der Krankheitsbewältigung zu stützen und auszubauen.

Zum Schluß dieses Abschnitts bleibt die Frage, ob es angemessen ist, das Zusammenleben mit einem schizophren erkrankten Familienmitglied nur unter dem Aspekt von Leid und Belastung zu sehen, wie es die psychiatrische und sozialwissenschaftliche Forschung bisher praktisch ausschließlich getan hat. Letztlich werden hiermit die Betroffenen ausschließlich aus der Perspektive des „Belasters“ wahrgenommen, womit ihre gesunden Anteile unterschlagen und ihre personale Würde bedroht wird. Deshalb soll eine Studie nicht unerwähnt bleiben, die die Frage nach dem möglichen Nutzen aufgegriffen hat.

In einer Befragung von Angehörigen psychisch Kranker in Österreich wurde u.a. gefragt: „Gibt es auch positive Auswirkungen der Erkrankung auf ihr Leben?“ Entgegen der Erwartung der Autoren wurde diese Frage von 44 % der Befragten positiv beantwortet; z. B. so: „Meine Werte haben sich verschoben“, „ich habe gelernt, tolerant zu sein“, „ich habe mich von Äußerlichkeiten entfernt“, „ich habe viel mehr Selbstbehauptung als früher“, „ich habe viel gelernt“ (SIMON 1994).

1.2.5 Die gesellschaftlichen Kosten der Schizophrenie

Methodische Probleme

ANDREASEN (1991) schätzt, daß die Schizophrenie die teuerste psychiatrische Erkrankung ist. Dies wurde belegt in einer Studie von SMITH et al. (1995), in der die Kosten psychiatrischer Erkrankungen in England für das Jahr 1986 ermittelt und vergleichend dargestellt wurden. Auf der Basis einer regionalen Analyse konnten CUFFEL et al. (1996) belegen, daß die Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen knapp 30 % teurer ist als die Behandlung aller anderen psychischen Erkrankungen.

Solche und ähnliche Daten dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Berechnung von Krankheitskosten mit erheblichen methodischen und praktischen Problemen verbunden ist (ANDREASEN 1991, CAPRI 1994, SMITH et al. 1995). Die methodischen Zugänge, verwendeten Datenquellen und Berechnungsverfahren unterscheiden sich von Untersuchung zu Untersuchung mehr oder weniger deutlich voneinander. Nimmt man die unterschiedlichen nationalen Bedingungen hinzu (Finanzierungsquellen, -modalitäten), so wird schnell klar, daß Kostendaten zwischen verschiedenen Studien und Ländern praktisch nicht miteinander vergleichbar sind. Auf der anderen Seite ist seit etwa 10 Jahren in der Literatur eine exponentielle Zunahme von Kosten-, Kosten-Nutzen- und Kosten-Effizienz-Studien – auch bezogen auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis – feststellbar. In diesem Zusammenhang beschränken wir uns auf Untersuchungen, die sich um eine Abschätzung der Krankheitskosten bemühen.

Unter methodischen Gesichtspunkten sind grundsätzlich zu unterscheiden:

- *Direkte Kosten:* Das sind die tatsächlichen Ausgaben eines Gesundheitssystems für Behandlung, Pflege und Rehabilitation der Erkrankten. So klar und einfach diese Definition erscheint, die Tücke liegt im Detail. So unterscheiden sich Untersuchungen z. B. im Hinblick darauf, ob sie die Kapitalkosten für die notwendige Infrastruktur einbeziehen oder nicht; ob sie die Kosten für Dienstleistungen außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems im engeren Sinne berücksichtigen oder nicht (z. B. für die allgemeinmedizinische Versorgung, für nicht-medizinische Dienstleistungen wie allgemeine soziale Dienste, Justizvollzug, Wohnungslosenhilfe etc.). Von Bedeutung ist insbesondere, ob sie soziale Transferleistungen wie Hilfe zum Lebensunterhalt oder Beiträge zu sozialen Sicherungssystemen einbeziehen oder nicht (RUPP & KEITH 1993). Ein Ausschluß einer oder mehrerer dieser Kostenquellen führt zur Unterschätzung der tatsächlichen gesellschaftlichen Kosten der Erkrankung.
- *Indirekte Kosten:* Im Rahmen des Humankapital-Ansatzes wird hierzu gerechnet der ökonomische Verlust einer Volkswirtschaft infolge von Morbidität und Mortalität, z. B. Produktivitäts- und Einkommensverluste bis hin zum Eintritt des Pensionsalters. Dieser Ansatz ist jedoch nicht unumstritten. Im Rahmen des „*Friction cost*“-Ansatzes wird z. B. vertreten, daß vor allem in Zeiten eines Überangebots an Arbeitskräften der Humankapital-Ansatz unangemessen ist. Der Produktivitätsverlust sei danach zu bestimmen, wie lange es dauere, einen erkrankten Arbeitnehmer zu ersetzen (vergl. CAPRI 1994). Unterschiedlich ist das Vorgehen auch im Hinblick darauf, ob die zeitliche und finanzielle Belastung, die der Familie durch die Erkrankung entsteht, einbezogen wird oder nicht.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Studie von FRANKS, die McGUIRE (1991) referiert. Bei 408 Familien, die einer Selbsthilfeorganisation angehören (davon 81 % mit einem schizophren Erkrankten Familienmitglied), wurden die durch die Erkrankung entstandenen finanziellen Belastungen erhoben (Basis 1985). Die durchschnittliche jährliche Belastung betrug 11.519 US \$, wovon ca. 30 % auf monetäre Aufwendungen und 70 % auf Zeitaufwand (berechnet mit 10 \$/Std.) entfielen.

- *Intangible Kosten:* hierbei handelt es sich um die sozialen und psychischen Folgekosten der Erkrankung, also z. B. die verminderte Lebensqualität, Leiden, Schmerz und Verlust für den Erkrankten und die Familie.

Intangible Kostenaspekte entziehen sich naturgemäß weitgehend einer quantifizierenden Analyse und Bewertung, sie werden deshalb in diesem Abschnitt nicht berücksichtigt (einzelne Aspekte davon wurden oben unter 1.2.3 und 1.2.4 diskutiert).

Was die indirekten Kosten angeht, so gibt es tatsächlich einzelne Versuche, diese zu quantifizieren. Das methodische Vorgehen dieser Studien ist jedoch nicht vergleichbar, entsprechend divergent sind die Resultate: DAVIES & DRUMMOND (1994) kommen bei „konservativer Schätzung“ der indirekten Kosten auf ein Verhältnis von 0,8:1 (indirekt:direkt), RICE & MILLER (1992, zit. nach RUPP & KEITH 1993) auf ein Verhältnis von ca. 1:1. Demgegenüber ergeben die Daten von ANDREWS (1991) eine Schätzung von 4:1 (indirekt:direkt), die von EVERS & AMENT (1995) von 0,08:1 und die von GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998) von 1 : 1,5! Hinreichend aussagekräftige und zumindest in Ansätzen vergleichbare Daten liegen inzwischen lediglich für die direkten Kosten der Schizophrenie vor. Diese werden im folgenden referiert und bewertet.

Direkte Kosten der Erkrankung

Tabelle 1.4 gibt eine Übersicht über 10 Kosten-Studien in 8 verschiedenen Ländern. Die Kosten pro Patient und Jahr wurden z. T. aus den veröffentlichten Daten berechnet. Die Streuung der Befunde ist auch hier erheblich, was sich nur z. T. aus Unterschieden der Berechnungsgrundlage (Preis-Jahre, Währung) erklärt.

Das methodische Problem ist auch hier, daß unterschiedliche Kostenbestandteile einbezogen wurden. Die höchsten Kosten wurden von KNAPP & KAVANAGH (1997) ermittelt, was sich zwanglos dadurch erklärt, daß nur diese Autoren Transferleistungen für den Lebensunterhalt einbeziehen. Erstaunlich dicht beieinander liegen die Schätzungen der drei zuletzt aufgeführten und damit aktuellsten Studien, die sämtlich Transferleistungen nicht einbeziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die Studien von SALIZE et al. (1996), LANG et al. (1997) und GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998) auf konkrete Patientenstichproben aus umschriebenen Versorgungsregionen beziehen und nicht auf aggregierte Daten auf nationaler Ebene. Dies dürfte zu einer höheren Validität der Datenbasis beitragen. Auf der anderen Seite handelt es sich nicht um unselegierte, repräsentative Stichproben, sondern um solche Patienten, die unmittelbar vor Studieneinschluß oder in den Jahren zuvor stationär behandelt worden sind, so daß ein leichter Bias in Richtung auf schwerere, chronische Verläufe vorliegen dürfte. Nach Umrechnung der Kosten von LANG et al. (1997) und GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998) in US \$ (1 US \$ = 1,60 DM) ergibt sich zusammenfassend, daß die direkten Behandlungskosten der Schizophrenie ohne Transferleistungen in westlichen Industrieländern aktuell zwischen 17.000 und 23.000 US \$ liegen.

Nimmt man aufgrund der Daten von SALIZE et al. (1996) und GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998) 27.000 DM jährliche Kosten als beste Schätzung für das Gebiet der Bundesrepublik, so ergeben sich auf der Basis der unter 1.1.2 referierten Prävalenz-Daten jährliche direkte Kosten der Schizophrenie zwischen 6,75 und 11,0 Milliarden DM! Nach SALIZE et al. (1996) ist davon auszugehen, daß der von ihnen ermittelte Anteil von 38 % Kosten für stationäre Behandlung nur für sehr entwickelte gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme wie das in Mannheim gilt. Gehen wir also davon aus, das im Durchschnitt mindestens 40 % oder 2,5 bis 4,1 Mrd. DM auf die stationäre Behandlung entfallen. Demgegenüber beträgt der Anteil für die pharmakologische Behandlung in verschiedenen westeuropäischen Län-

dem nur 1,1 bis 5,6 % der gesamten direkten Kosten (KNAPP 1997). Für die Vereinigten Staaten rechnen RICE & MILLER (1992, zit. nach RUPP & KEITH 1993) mit ca. 16 Mrd. US \$ direkten Kosten und WYATT (1994, zit. nach WILLIAMS & DICKSON 1995) mit 18,6 Mrd. US \$ (mithin ca. 26 – 30 Mio. DM) bei 3-facher Bevölkerungszahl – ein Wert, der mit unserer Hochrechnung näherungsweise übereinstimmt.

Tab. 1.4: Direkte Kosten der Schizophrenie

Autoren	Bezugs-jahr(e)	Land	n	Währung	Kosten je Pat. + Jahr	Bemerkungen
ANDREWS (1991)	1975	AUS	1058	US \$	8318	Inzidenz; 1. Behandlungsjahr; Ø 135 T. Hospitalisierungs-Dauer
MOSCARELLI et al. (1991)	1989	I	21	US \$	4952	Inzidenz, Erstkontakt-Patienten, ~ 50 % Krankenhauskosten
EVERS & A-MENT (1995)	1989	NL	total	Gulden	9974	Prävalenz, 82 % für Krankenhausbeh.; 2 % des Gesundheits-Budgets
CUFFEL et al. (1996)	1990	USA	5117	US \$	2417	Prävalenz, ohne County-externe Kosten für „long term institutional care“
DAVIES & DRUMMOND (1994)	1990	GB	total	£	2138	74 % „institutional/residential care“; 1,6 % des Gesundheits-Budgets; ohne Lebensunterhalt, Justiz und Wohnungslosenhilfe
KNAPP & KAVANAGH (1997)	1992/93	England	total	US \$	28300*	33 % „hospital care“ einschl. Lebensunterhalt, Justiz, und Wohnungslosenhilfe
DICKEY et al. (1996)	1994	USA	7541	US \$	18796	ohne Lebensunterhalt, einschl. Kapitalkosten „non-mental health care costs“, stat. psych. Behandlung > 50 %
SALIZE et al. (1996)	1994	D	66	US \$ (DM)	18377 (27566)	nur psychiatr. Kosten; einschl. „Vorfeld“; 38 % stat. Behandlung und Kapitalkosten
LANG et al. (1997)	1995	Schottland	193	£	12577	59 % stat. Behandlung, ohne Lebensunterhalt und Kapitalkosten
GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998)	1995/96	D	180	US \$ (DM)	17363 (27781)	nur psychiatr. Kosten, ohne Kapitalkosten, ohne „Vorfeld“, ohne Lebensunterhalt

Nach RICE et al. (1990, zit. nach WILLIAMS & DICKSON 1995) sowie WYATT (1994, zit. nach WILLIAMS & DICKSON 1995) entfallen 25 bzw. 28 % aller Kosten für die Versorgung psychisch Kranker auf schizophrene Erkrankte, nach Ergebnissen von WILLIAMS et al. (1992, zit. nach WILLIAMS & DICKSON 1995) in einer umschriebenen Versorgungsregion Dublins waren es sogar 38 %. Bezogen auf das nationale Gesundheitsbudget entfallen nach Erhebungen in mehreren westlichen Industrienationen 2 – 2,8 % des Gesundheitsbudgets auf die Behandlung der Schizophrenie (KNAPP 1997).

HENKE et al. (1997) legen einen Vergleich der gesamten Krankheitskosten in der Bundesrepublik für die Jahre 1980 und 1990 vor, und zwar für alle 17 Diagnosegruppen des ICD 9. Auf der Basis dieser Daten und einigen ergänzenden Annahmen läßt sich folgende Hochrechnung erstellen: 8.213 Mrd. direkte Kosten für seelische Störungen, plus Teuerung 1990 – 1996 (10 %), plus 17 Mio. Einwohner neue Bundesländer, plus 30 % nicht krankheitsbezogen darstellbare Kosten ergibt ca. 15,6 Mrd. direkte Kosten für seelische Krankheiten. Wenn davon ca. 25 – 30 % auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entfallen, resultieren 3,9 bis 4,7 Mrd. DM direkte Kosten durch diese Erkrankungen. OSTERHEIDER et al. (1998) kommen ebenfalls auf der Basis von Hochrechnungen und Schätzungen auf direkte jährliche Kosten von 3,6 Mrd. DM. Die Schätzwerte der beiden letztgenannten Studien liegen somit deutlich unterhalb der 6,75 bis 11,0 Mrd. der oben auf der Basis von SALIZE et al. (1996) sowie GRAF v. d. SCHULENBURG et al. (1998) vorgenommenen Schätzung. Weder die Arbeit von HENKE et al. (1997) noch die von OSTERHEIDER et al. (1998) berücksichtigen jedoch Kosten im Vorfeld gesundheitlich-psychiatrischer Leistungen sowie z. B. Kapitalkosten. Die „wahren“ direkten Kosten der Schizophrenie in der Bundesrepublik liegen deshalb sicher oberhalb von 6 Mrd. und wahrscheinlich näher an 11 Mrd. DM pro Jahr.

Angesichts der problematischen Compliance von sowohl Ärzten als auch Patienten (vgl. 3.4.6) drängt sich die Frage auf, wie hoch der Anteil der direkten Kosten ist, die auf eine suboptimale Pharmakotherapie zurückgeführt werden können. KISSLING (1994) hat hierzu eine Modellrechnung für bundesdeutsche Verhältnisse vorgelegt. Demnach stehen 1.320,-- DM direkten Kosten für die ambulante Rezidivprophylaxe ein Nutzen von 8.000,-- DM durch vermiedene stationäre Behandlungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten gegenüber. Da nur höchstens jeder 2. Patient optimal prophylaktisch behandelt wird, kommen auf jeden 2. Behandelten ca. 6.700,-- DM vermeidbare Kosten pro Kopf und Jahr.

WEIDEN & OLFSON (1995) legen eine Hochrechnung für die USA auf der Basis von 1993 vor. Sie gehen aus von der stationär wegen Schizophrenie behandelten Population eines Jahres. Auf diese Population entfielen in den beiden Folgejahren 2 Mrd. US \$ an Kosten für Rehospitalisierungen. Davon sind 705 Mio. US \$ (= 35 %) durch Non-Compliance bedingt (370 Mio. US \$ im ersten und 335 Mio. US \$ im zweiten Jahr).

Diese Schätzungen belegen, daß ein erheblicher Teil der direkten Behandlungskosten vermieden werden könnte, wenn es gelänge, mehr Patienten (und Ärzte) für eine aktuellen Therapiestandards entsprechende Rezidivprophylaxe zu gewinnen. Es ist ein wichtiges Teilziel wohlverstandener Psychoedukation, Patienten dabei zu unterstützen, eine informierte Entscheidung für einen individuell optimierten neuroleptischen Schutz zu treffen.

1.3 Gesundheitsförderung als angewandte Gesundheitswissenschaften

1.3.1 Gesundheitsförderung und Prävention als Leitbegriffe

„Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society“ (ACHESON, zit. nach HURRELMANN & LAASER 1993 a, S. IX).

Während sich im anglo-amerikanischen Raum bereits in den letzten Jahrzehnten unter dem Begriff „Public Health“ die Lehre, Forschung und Praxis zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung einer umfassend verstandenen Gesundheit als eigenständige wissenschaftliche Disziplin etabliert hat, gab es diese Disziplin im deutschen Sprachraum bis vor wenigen Jahren nicht. Erst seit Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre entwickelt sich auch in Deutschland das Fachgebiet unter dem Begriff „Gesundheitswissenschaften“ rapide. Es gibt inzwischen eine Fakultät für Gesundheitswissenschaften/Public Health und ein Institut an deutschen Hochschulen. Darüber hinaus existieren 7 angegliederte Ausbildungsgänge

für Gesundheitswissenschaften bei Medizinischen Fakultäten von Universitäten (HURRELMANN 1998, persönl. Mitteilung).

Dabei werden unter dem Sammelbegriff „Gesundheitswissenschaften“ Fragestellungen bearbeitet, die über eine rein individuelle und medizinische Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hinausgehen und sich auf die Gesunderhaltung von Populationen einschließlich der dazu notwendigen medizinischen und nichtmedizinischen Maßnahmen beziehen:

„Während die Überwachung und Wiederherstellung der individuellen Gesundheit vor allem Aufgabe der kurativen und in einzelnen Sektoren auch der präventiven Medizin ist, obliegt die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzer in erster Linie dem – demokratisch verfaßten – Staat bzw. den von ihm beauftragten Institutionen.... Die für diese Aufgaben wesentlichen medizinischen, naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Fachdisziplinen fassen wir als Gesundheitswissenschaften zusammen“ (HURRELMANN & LAASER 1993 a, S. IX).

Und an anderer Stelle definieren HURRELMANN & LAASER als zentrales Ziel der Gesundheitswissenschaften „den Blick auf die somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheit zu richten“ (1993 b, S. 9).

Unter einer praktischen Perspektive bedeutet dies:

„Durch direkte und indirekte Einwirkungen auf den Ebenen des Wissens, der Motivation, der Einstellungen und der Lebensbedingungen, soll das gesundheitsrelevante Verhalten positiv verändert werden“ (LAASER et al. 1993, S. 176).

Als Oberbegriff für alle Einwirkungen dieser Art schlagen LAASER et al. (1993) den Begriff *Intervention* vor:

„Mit diesem Begriff sind alle gezielten Veränderungen von sozialen Verhältnissen gemeint, die auf eine Beeinflussung der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens von Menschen durch Veränderung seiner Rahmenbedingungen zielen. Zugleich sind hiermit auch alle direkten (u.a. auch verhaltensmedizinischen) Angebote für die Einleitung von Verhaltensänderungen beim einzelnen gemeint“ (S. 178).

Nach ABEL (1997) legt Public Health-Wissenschaft und -praxis ihren Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsförderung. ABELIN (1993) bestimmt als gemeinsame Ziele von Public Health und Sozial- bzw. Präventivmedizin die Förderung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sowie die Krankheitsvorbeugung. Nach diesen und anderen Autoren ist damit der gemeinsame Nenner der Gesundheitswissenschaften mit der doppelten Zielsetzung *Gesundheitsförderung* und *Krankheitsvermeidung* recht prägnant umrissen.

Schwieriger wird es dagegen, wenn es um die Differenzierung und Definition häufig verwendeter und diskutierter Begriffe geht. So stellen LAASER et al. (1993) fest, daß die Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsvorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung oft nebeneinander und ohne eindeutige Definition verwandt werden. Den gleichen Umstand beklagt VON TROSCHKE (1993) und WALLER & TROJAN (1996) konstatieren „erhebliche Irritationen“ über die Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Prävention.

Orientieren wir uns zunächst an den beiden Leitbegriffen Gesundheitsförderung/Promotion und Krankheitsvermeidung/Prävention.

In einem ersten Zugang kann man beide Begriffe nebeneinander, auf die gleiche begriffliche Ebene stellen, wie dies auch in den oben angeführten Definitionen von Gegenstandsbereich bzw. Zielsetzung der Gesundheitswissenschaften impliziert ist. Diesen Weg beschreitet z. B. VON TROSCHKE (1993) in seinem Klärungsversuch. Unter Einbeziehung

der terminologischen Übersicht bei LAASER et al. (1993, S. 179) und anderen Autoren läßt sich folgende Differenzierung vornehmen:

- Während sich Prävention vorrangig mit Krankheit, Krankheitsrisiken und Krankheitsfolgen befaßt, geht es bei der Promotion um die Verbesserung der Gesundheit einschließlich dem Schutz vor Krankheitsrisiken („*prevent high risk situations from occurring*“, DALGARD et al. 1996).
- Promotion ist eher verhältnisbezogen oder ökologisch ausgerichtet, es geht um die Lebenslagen und die biopsychozialen Lebensbedingungen von Populationen, während Prävention stärker auf Personen, ihre Lebensstile und Verhaltensweisen abstellt.
- Dementsprechend ist die Zielgruppe von Promotion eher die Gesamtbevölkerung oder Großgruppen von Gesunden und Kranken bzw. Krankheitsgefährdeten, während sich Prävention nur auf Merkmalsträger (*persons at risk*) oder Kranke richtet und diese in erster Linie als Einzelpersonen oder Kleingruppen anspricht.
- Die Maßnahmen der Promotion sind eher unspezifisch, demgegenüber sind präventive Maßnahmen auf spezifische Risikofaktoren bzw. manifeste Erkrankungen gerichtet.
- Als Maßnahmeträger der Promotion kommen vorrangig politisch-administrative Stellen in Betracht („Gesundheitsförderung ist in erster Linie eine gesellschaftliche und politische Aufgabe“, VON TROSCHKE 1993, S. 85), aber auch Mediatoren (z. B. Lehrer) und Laien (z. B. Selbsthilfegruppen). Präventive Strategien auf der anderen Seite werden überwiegend von Medizinern und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe getragen.

Diese polare Gegenüberstellung der beiden Leitbegriffe angewandter Gesundheitswissenschaften anhand charakteristischer Merkmale wird in Tabelle 1.5 (nächste Seite) noch einmal zusammengefaßt. Unter diesem Blickwinkel handelt es sich bei Promotion und Prävention um unterschiedliche, grundsätzlich gleichberechtigte und einander ergänzende Strategien bzw. Optionen.

Leider sind damit die terminologischen Unsicherheiten noch nicht beseitigt, denn es gibt andere Autoren, die die beiden Leitbegriffe in ein hierarchisches Verhältnis zueinander setzen.

- Auf der einen Seite wird Gesundheitsförderung als der übergeordnete Begriff aufgefaßt. Dies läßt sich z. B. der sehr weit gefaßten Definition von Gesundheitsförderung von LAASER et al. (1993) entnehmen, die unter diesem Begriff „zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen“ einordnen (S. 177). Eine weite Fassung des Begriffs vertritt auch eine vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie in Auftrag gegebene Studie. Diese stützt sich auf die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation/WHO, die das Stichwort Gesundheitsförderung 1986 auf die internationale Agenda der Gesundheitspolitik gesetzt hat:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (BUNDESMINISTERIUM 1997, S. 6).

Auf dieser Grundlage wird Gesundheitsförderung als „Gesamtkonzept“ verstanden, daß „verschiedene, einander ergänzende Maßnahmen bzw. Konzepte wie die der Prävention und Gesundheitsbildung integriert, aufeinander bezieht und Anstöße zu deren Weiterentwicklung gibt“ (ebd.).

Tab. 1.5: Merkmale von Promotion und Prävention

	Promotion i. e. S.	Prävention
<i>Fokus Ansatzpunkt/ Zielsetzung</i>	Gesundheit Schutz vor Krankheitsrisiko, Stärkung der Gesundheits- ressourcen, Verbesserung der Gesundheit	Krankheit Reduzierung Krankheitsrisiken und Krankheitsfolgen
<i>Zielgruppen</i>	eher Gesamtbevölkerung, Großgruppen, Gemeinden; Gesunde und Kranke	eher (Klein-)Gruppen, Einzel- personen; Merkmalsträger und Kranke
<i>Maßnahme- orientierung</i>	eher verhältnisbezogen (Lebenslage), sozialer Kontext, soziale Ressourcen	eher verhaltensbezogen (Lebensweise), biographischer Kontext, individuelle Ressourcen
<i>Maßnahme- gültigkeit</i>	eher unspezifisch	eher spezifisch
<i>Maßnahme- träger</i>	vorrangig politisch-administrative Stellen, Mediatoren, Laien	vorrangig Medizin, Gesundheits- berufe

- Auch die „Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung“ versteht Gesundheitsförderung als den übergeordneten Begriff:

„Gesundheitsförderung (bezeichnet) die Gesamtheit aller nichttherapeutischen Maßnahmen, die zur Entwicklung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von verhaltens- und/oder verhältnisbezogenen Gesundheitsproblemen beitragen können. Gesundheitsförderung integriert somit die bisherigen Teilstrategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung sowie der Präventivmedizin“ (NIEDERSÄCHSISCHE KOMMISSION 1992, S. 5).

- Auf der anderen Seite gibt es Begriffsbestimmungen, die Prävention als Oberbegriff auffassen und Gesundheitsförderung dieser unterordnen. So z. B. der „Leitfaden Prävention“ des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (vergl. VON TROSCHKE 1993, S. 83). Ein anderes Beispiel liefern GREENFIELD & SHORE (1995) in ihrer Übersichtsarbeit zur Prävention psychischer Krankheiten. Sie verwenden Prävention als Oberbegriff mit „*disease prevention*“ und „*health promotion*“ als untergeordneten Begriffen.
- Schließlich kommt JENKINS (1994) zu der radikalen Variante, den Begriff *health promotion* ganz fallen zu lassen. Sie diskutiert 4 verschiedene Modelle begrifflicher Zuordnungen und schlägt am Ende vor, Gesundheitsförderung als universelle Strategien der Primärprävention aufzufassen.

Da die beiden letztgenannten Positionen vom Mainstream der bundesdeutschen Public Health-Diskussion weit entfernt zu liegen scheinen, werden sie im folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Bevor wir uns der Beziehung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention unter den Perspektiven von Gesundheit und Krankheit erneut zuwenden, zunächst ein genauerer Blick darauf, was unter Prävention zu verstehen ist. Oft wird der Begriff implizit oder explizit gleichgesetzt mit Verhütung, so wahrscheinlich auch in einigen der bereits zitierten Be-

griffsbestimmungen. Dem inzwischen weit verbreiteten Konzept von CAPLAN (1964) folgend, sind jedoch drei Aspekte von Prävention zu unterscheiden:

- **Primär-Prävention:** Verhinderung des Auftretens einer Erkrankung einschließlich der Identifizierung und Reduzierung von Risikofaktoren; der zweite Aspekt wird von manchen Autoren explizit der primären Prävention (z. B. ROSENBROCK 1993), von anderen eher der sekundären Prävention zugeordnet (z. B. LAASER et al. 1993).
- **Sekundär-Prävention:** Früherkennung, Verkürzung der Dauer und Heilung/ Wiederherstellung; letzterer Aspekt wird von einigen Autoren explizit in die Begriffsbestimmung aufgenommen (vergl. LAASER et al. 1993, NIEDERSÄCHSISCHE KOMMISSION 1992), von anderen nicht (vergl. DALGARD et al. 1996, WALLER & TROJAN 1996).
- **Tertiär-Prävention:** Rückfallvorbeugung und Vermeidung von Chronifizierung, Folgeschäden und Behinderung.

1.3.2 Zum Begriff Gesundheit

Unter dem oben skizzierten polaren Konzept von Promotion und Prävention hat es erstere vorrangig mit der Gesundheit und ihren Bedingungen zu tun, letztere ausschließlich mit Krankheit. Diese Zuordnung wirft die Frage nach dem Gesundheitsbegriff auf, der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten zugrunde liegt.

In der Präambel der Charta der WHO wird Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Fehlen von Krankheit und Gebrechen definiert. Während das Bemühen um eine positive Bestimmung des Begriffs und die Einbeziehung der psychischen und sozialen neben der physischen Dimension als wegweisende Aspekte dieser Begriffsbestimmung gelten können, ist sie gleichwohl heftig kritisiert worden. Die Haupteinwände beziehen sich auf die Konzeptionierung von Gesundheit als eines quasi unerreichbaren Idealzustands sowie auf die einseitige Heranziehung des Kriteriums Wohlbefinden, daß durchaus trügerisch sein kann.

Eine entscheidend neue Perspektive für das Verständnis von Krankheit und Gesundheit hat ANTONOVSKY (1987) in die Diskussion eingebracht. Anstelle der klassischen Frage nach der Pathogenese fragt er danach, wieso Menschen trotz vielfältiger Stressoren und Krankheitsrisiken ihre Gesundheit bewahren oder sogar verbessern, anstatt zu erkranken. Dabei geht er grundsätzlich von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus, dem „*health-ease / dis-ease continuum*“ und entwickelt auf dieser Grundlage eine komplexe Gesundheitstheorie, die eine Vielzahl von Gesundheits- und Krankheitsrelevanten Faktoren berücksichtigt (vergl. BECKER 1992, WALLER 1995). Einwände gegen dieses Konzept beziehen sich u. a. darauf, daß es Gesundheit/Krankheit nur unter körperlichen Aspekten betrachtet und ausschließlich negative Indikatoren für einen positiven Gesundheitszustand verwendet. Darüber hinaus werden kognitive und subjektive Faktoren im Vergleich zu emotionalen und objektiven Gegebenheiten übermäßig gewichtet (vergl. ebd.).

Aus Sicht der Steißforschung bezieht BADURA (1993) den affektiven Aspekt explizit in seine Definition von Gesundheit ein und konzeptioniert sie nicht als absolute Größe sondern in Relation zu den individuellen Ressourcen:

„Gesundheit ist ...eine Kompetenz oder Befähigung zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und somatisches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird“ (S. 77).

In seinem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit entwirft ENGEL (1976) eine explizit dynamische Sichtweise von Gesundheit, die wie folgt definiert wird:

„Wenn sich der Organismus erfolgreich seiner Umgebung einzufügen und diesen Zustand frei von ungebührlicher Spannung beizubehalten vermag und wenn er zu Wachstum, Entwicklung und Aktivität in integrierter und wirksamer Form fähig ist, so kann von einem Zustand von Gesundheit gesprochen werden. Dieser ist ein aktiver und dynamischer Prozeß, der angesichts einer sich fortwährend wandelnden Umgebung abläuft“ (ENGEL 1976, zit. nach HURRELMANN & LAASER 1993 b, S. 12).

Kritisch zu dieser Begriffsbestimmung ist vor allem anzumerken, daß der Begriff Anpassung eine einseitig reaktive Leistung des Individuums nahelegt und damit die potentiell aktive Einflußnahme des Einzelnen auf seine Umgebung und die Chance zur Nutzung sozialer Ressourcen zu kurz kommen. Wichtig an der Definition von ENGEL ist, daß es aus ihrer Perspektive eine scharfe Trennlinie zwischen Gesundheit und Krankheit nicht gibt. So kann eine Person durchaus das Kriterium der Gesundheit erfüllen, wenn seine körperliche oder psychische Anpassungsfähigkeit zwar eingeschränkt ist, sie jedoch nicht überfordert wird; z. B. durch besonders günstige Umfeldbedingungen oder besondere Kompetenzen zum Ausgleich dieser Einschränkungen. Oder eine besondere genetische Belastung (Diathese) führt erst nach vielen Lebensjahren unter besonderen äußeren oder inneren Belastungen (Streß) zu einer Erkrankung – möglicherweise aber auch nicht.

Das Kontinuitätsmodell von Gesundheit und Krankheit läßt auch die Annahme zu, daß eine Förderung und Verbesserung der Gesundheit durch eine Erhöhung der Belastungsfähigkeit des Organismus bzw. der Psyche möglich ist:

„Gesundheit ist in diesem Verständnis die Kraft, mit Störungen des Gleichgewichtszustandes zu leben oder sie so einzudämmen, daß sie einen bestimmten Grad nicht überschreiten. Gesundheit bedeutet auch, mit vorhandenem Leid so umgehen zu können, daß eine Selbstverwirklichung möglich ist“ (HURRELMANN & LAASER 1993 b, S. 15).

HURRELMANNs sozialisationstheoretische Konzeption greift das dynamische Verständnis von ENGEL auf:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (HURRELMANN 1988, S. 16 f).

Auch dieses Verständnis relativiert Gesundheit; zum einen im Hinblick auf die eigenen Möglichkeiten, zum anderen auf das persönliche Anspruchsniveau, was z. B. einschließt, daß ein Mensch mit einer Behinderung durchaus einen Zustand von Gesundheit erreichen kann.

Neuere Begriffsbestimmungen von Gesundheit sind also insgesamt dadurch gekennzeichnet, daß sie absolute und damit notwendig utopische Setzungen vermeiden. Gesundheit wird stattdessen konzipiert als biopsychosoziale Resultante eines dynamischen Prozesses zwischen externen Bedingungen bzw. Anforderungen und internen Ressourcen bzw. Bewertungen.

Auf dieser Grundlage können wir uns jetzt erneut der Beziehung zwischen Promotion und Gesundheitsförderung zuwenden.

1.3.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheit

Bei der Kennzeichnung von Promotion und Prävention in Tabelle 1.5 wurde die Zielgruppe von Promotion pauschal mit Gesunde und Kranke umrissen und die entsprechenden Strategien wurden einander polar gegenübergestellt. Diese Betrachtungsweise ist zu kontrastieren mit ANDERSONs Feststellung von 1984:

„Es gibt keine scharfe theoretische und noch weniger praktische Abgrenzung zwischen Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung. Allgemein bestehen Überschneidungen zwischen Aktivitäten, die auf Versorgung/ Heilung/ Vorsorge/ Förderung/ Lebensqualität ausgerichtet sind. Es ist daher schwierig, zu einer begrenzten Definition der Gesundheitsförderung, die die Krankheitsverhütung ausschließt, zu kommen“ (zit. nach WALLER 1995, S. 134).

Dies gilt um so mehr, als es in den Industriegesellschaften heute die chronisch-rezidivierenden oder chronisch-degenerativen Erkrankungen sind, die die größten Herausforderungen für die Forschung aber auch für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen (vergl. BADURA 1991, HURRELMANN & LAASER 1993 b).

Man kann die diesbezüglichen Aufgabenstellungen vorderhand dem präventiven Pol des Gegenstandsbereiches von Public Health zuordnen:

„Prävention im Rahmen eines Gesamtkonzeptes der Gesundheitsförderung orientiert sich an einem Krankheitsverständnis, das auch lang andauernde bzw. chronische Erkrankungen oder Störungen in relativer Gesundheit einschließt“ (BUNDESMINISTERIUM 1996, S. 10).

In diesem Sinne geht es vor allem um tertiäre Prävention oder „kompensatorische Interventionen“, „um eine weitere Verfestigung der Störungen zu vermeiden, die auf den ...weiteren Lebensrhythmus ungünstige Auswirkungen haben könnten und den Gesamtzustand immer weiter verschlechtern. Auch geht es um einen Ausgleich für Schäden, die bereits eingetreten sind, und um Hilfe, um trotz der Störungen noch ein erträgliches Leben zu führen“ (LAASER et al. 1993).

Aber auch Aspekte der sekundären Prävention haben im Hinblick auf chronische Erkrankungen ihre Bedeutung; so geht es dabei nicht nur um Heilung und Wiederherstellung, sondern auch um die Schaffung „einer guten Ausgangssituation für die Bewältigung von Risiken und Belastungen im Lebensalltag“ (ebd.).

Gesundheitsbezogene Interventionen bei (chronisch) Kranken sind jedoch keineswegs ausschließlich präventiven Typs. So weisen DALGARD et al. (1991) darauf hin, daß in dem Maße, wie sich Interventionen bei Kranken nicht nur auf die Ursachen der Krankheit sondern auf die Bedingungen von Gesundheit richten, diese auch Elemente von Gesundheitsförderung enthalten. Ähnlich argumentiert BADURA (1991), wenn er feststellt:

„Health promotion for chronically ill people is therefore on the top of the agenda of health policy-makers, patients and lay networks. Although the health care system is crucial in treating chronically ill people, ... health promotion goes far beyond somatic health, the activities of the medical profession and clinical settings“ (1991, S. 365).

In einer kritischen Bestandsaufnahme 10 Jahre nach der Ottawa-Charta stellt derselbe Autor fest:

„Gesundheitsförderung ist – bei genauer Betrachtung von Krankheitspanorama und Altersaufbau unserer Gesellschaft und den davon ableitbaren klinischen Erfordernissen – auch ein integraler Bestandteil jeder guten Akutversorgung und Rehabilitation. Das signalisiert bereits die Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention Gesundheitsförderung kann mit anderen Worten auch maßgeblich zur Qualitätsverbesserung in Kernbereichen unserer Krankenversorgung beitragen, auch zur Kostendämpfung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege“ (BADURA 1997, S. 32).

Insbesondere unter der Perspektive von chronischen Krankheiten wird Gesundheitsförderung demnach sichtbar als *Querschnittsaufgabe*, die sich durchzieht auch durch die Felder, die oben als Domäne von Primärprävention, Kuration und Rehabilitation beschrieben wurden:

„Gesundheitsförderung setzt bei Gruppen in meist auch regionalem Zusammenhang an, die durch gemeinsame Interessen oder Merkmale der Lebenslage bzw. Lebensweise definiert sind. Der mit diesem Ansatz zentral intendierten *Aktivierung* von Wahrnehmung und Handeln werden positive Wirkungen auf Lebens-

qualität, Selbstbewußtsein, Handlungsfähigkeit sowie Belastungs- und Erkrankungsbewältigung zugesprochen. Gesundheitsförderung wird deshalb auch als Element der Krankenbehandlung und bei der Betreuung chronisch Kranker vorgeschlagen..... Gesundheitsförderung wird so zum Querschnittsaspekt des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen“ (ROSENBROCK 1993, S. 328).

Als Zwischenergebnis der Diskussion kann somit festgehalten werden:

Die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit ist fließend. Auch Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen können einen relativen Zustand der Gesundheit erreichen. Gesundheitsförderung richtet sich auf die Verbesserung der Gesundheit von Gesunden und (chronisch) Kranken, Prävention zielt auf die Vermeidung von Krankheit und ihren Folgen bei Risikopersonen oder Kranken. Sie fördert auf diesem Wege ebenfalls Gesundheit. Unter gesundheitswissenschaftlicher Perspektive kann somit „Gesundheitsförderung“ als der umfassendere Begriff verstanden werden, der „Prävention“ und „Promotion“ im engeren Sinne der in Tabelle 1.5 beschriebenen Polarität einschließt.

Wenn das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention auf diese Weise näher bestimmt ist, bleibt die Frage, was es mit anderen in diesem Zusammenhang häufig benutzten Begriffen auf sich hat.

WALLER & TROJAN (1996) fassen die unter 1.3.1 genannten Begriffe Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung sämtlich als verhaltensbezogene *Maßnahmen* der Gesundheitsförderung auf. Sie folgen dabei HURRELMANN (1990), der folgende Nomenklatur vorschlägt:

„*Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung* bezeichnen vorzugsweise die Aktivitäten, die vor allem in Familien und Bildungseinrichtungen ablaufen, um über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewußte Verhalten eines Menschen fördern.

Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung umfassen – teilweise überlappend – alle Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen“ (ebd., S. 183).

Gesundheitsbildung ist dabei in Abgrenzung zur Gesundheitserziehung als lebenslanger Prozeß aufzufassen, als ein ständiges Bemühen um ein angemessenes, d.h. gesundheitsförderliches Selbst- und Weltverständnis (BUNDESMINISTERIUM 1997).

Promotion und Prävention können damit als die beiden *grundlegenden Strategien* der Gesundheitsförderung aufgefaßt werden, Gesundheitserziehung bzw. -bildung sowie Gesundheitsberatung und -aufklärung sind als *Methoden der Umsetzung* dieser Strategien zu verstehen.

Der Zusatz „im öffentlichen Raum“ im Zusammenhang mit der Definition von Gesundheitsberatung und Gesundheitsaufklärung ist geeignet, diese Methoden bzw. Maßnahmen abzugrenzen von verhaltensmedizinischen, verhaltenstherapeutischen oder psychosozialen Methoden der Gesundheitsförderung. Deren Orte sind nicht öffentlich, sondern befinden sich im Kontext von kurativen und rehabilitativen Institutionen des Gesundheitswesens. Unter Voraussetzung der Diskussion des vorangegangenen Abschnitts sind allerdings auch solche Ansätze unter einem umfassenden Begriff von Gesundheitsförderung zu subsumieren. Dementsprechend weist z. B. VON TROSCHKE (1993) Patienten explizit als Zielgruppe von Gesundheitsberatung aus, während er als Zielgruppe von Gesundheitsaufklärung allgemein Erwachsene benennt.

1.3.4 Anforderungen an Strategien der Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von chronischen Erkrankungen

Generelle Anforderungen

Vor dem Hintergrund der von der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung formulierten Grundsätze lassen sich eine Reihe von generellen Anforderungen an Strategien der Gesundheitsförderung formulieren, wobei im folgenden eher die Perspektive von Einzelpersonen und Kleingruppen und weniger die von Großgruppen und der Gesellschaft insgesamt fokussiert wird.

Strategien der Gesundheitsförderung

- berücksichtigen die vorhandenen Erfahrungen, Kenntnisse und Ressourcen der Betroffenen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit;
- nehmen die Betroffenen als aktiv und kompetent in Belangen ihrer Gesundheit wahr, knüpfen an den vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten an, fördern sie und bauen sie aus;
- berücksichtigen subjektive Werte, Bedürfnisse und Ziele sowie den biographischen Kontext der Betroffenen;
- fördern Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie;
- beziehen den sozialen Kontext ein, berücksichtigen Lebensweisen und fördern soziale Unterstützung und Vernetzung;
- ermöglichen Partizipation bei der Planung, Durchführung und Auswertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen;
- ermutigen und unterstützen Betroffene bei aktiver Vertretung eigener gesundheitsbezogener Interessen (Emanzipation, Empowerment);
- berücksichtigen die Lebensbedingungen und Lebenslagen der Betroffenen (vergl. u. a. BADURA 1992, LAASER et al. 1993, WALLER 1992, 1995).

Anforderungen unter besonderer Berücksichtigung chronischer Erkrankungen

Am Beispiel Krebs formuliert BADURA quasi exemplarisch wesentliche Anforderungen, die im Hinblick auf gesundheitsfördernde Interventionen bei Patienten mit chronisch-degenerativen oder chronisch-rezidivierenden Erkrankungen zu erfüllen sind. Zugleich weist er dabei den Gesundheitsberufen eine Schlüsselfunktion zu:

“Health care professionals are in a unique position to promote the health of people with cancer and their families, by providing adequate information about the physical state of the patient and about feelings related to cancer and its treatment, by counselling and, perhaps most importantly, by providing opportunities for open communication and discussion of the experiences, needs and problems of people with cancer and their relatives. An essential aspect of this approach to health promotion is that the psychosocial problems raised by cancer are problems of adaptation rather than psychopathology“ (BADURA 1991, S. 369).

Die hier genannten Aspekte Information, emotionale Entlastung, Beratung, offene Kommunikation, Austausch von Erfahrungen, Bedürfnissen und Problemen unter direkt und indirekt Betroffenen können als zentrale Merkmale jedweder Form der Zusammenarbeit mit chronisch Kranken gelten, die gesundheitsfördernde Zielsetzungen verfolgt.

Damit wird noch einmal unterstrichen, daß sich kurativ orientierte Institutionen nicht mehr auf die bloße Krankheitsbearbeitung und Diagnose, Beherrschung und Kontrolle pathogener Prozesse beschränken können. Sie müssen sich auch mit der Erhaltung der (noch verbliebenen) Gesundheit befassen, denn es geht bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen nicht nur um Schadensbegrenzung im Sinne der tertiären Prävention und um eine möglichst günstige Krankheitsbewältigung. Vielmehr müssen auch kurative Institutionen „Strategien

zur Sicherung der Gesundheit, zur Aktivierung von Gesundheitsressourcen sowie zur Rückgewinnung autonomer Lebenspraxis trotz und mit Krankheit bzw. trotz und mit beeinträchtigter Gesundheit entwickeln und somit zur Gesundheitsförderung chronisch Kranker beitragen“ (SCHAEFFER 1995, S. 145).

BADURA (1997) stellt in einer kritischen Bestandsaufnahme 10 Jahre nach Formulierung der Ottawa-Charta fest, daß es ein schwerwiegender Fehler gewesen sei, zu versuchen, Gesundheitsförderung *neben* dem Gesundheitswesen aufzubauen und nicht auch *in* ihm:

„Die von den Promotoren der Gesundheitsförderung favorisierte, institutionelle Trennung der Gesundheitsförderung von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege hat ... zum Kästchendenken und zur weiteren Fragmentierung in unserem Gesundheitswesen beigetragen auf Kosten der Versicherten und Patienten und nicht zur Reform von Kernbereichen der Krankenversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, am Leitbild von Selbständigkeit und Selbsthilfe orientierten Reorientierung“ (BADURA 1997, S. 32).

SCHAEFFER (1995) formuliert auf dem Erfahrungshintergrund der Betreuung von HIV- bzw. AIDS-Patienten folgende Anforderungen:

- Unterstützung bei der Gestaltung des Lebens mit chronischem Kranksein
- Hilfe bei der Krankheitsanpassung im Alltagsleben
- Beachtung der Komplexität chronischer Krankheiten
- Beachtung der zeitlichen Dimensionierung chronischer Krankheiten
- Verlaufskurvenarbeit („*trajectory management*“)
- Versorgungsmanagement
- Angehörigenarbeit
- Optimierung der verbliebenen Gesundheit
- Sicherung von Autonomie und Lebensqualität: Ermöglichung eines Lebens trotz Krankheit.

Um diese und ähnliche Anforderungen zu realisieren, wird freilich eine sehr strikte Orientierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten erforderlich sein. Auszugehen ist von den Fragen und Problemen, die das Leben trotz und mit einer chronischen Krankheit bzw. eingeschränkter Gesundheit mit sich bringt. Zu berücksichtigen sind die Anforderungen und Belastungen die dieses Leben aufwirft, ebenso aber die Ressourcen des Einzelnen und seines sozialen Umfeldes bei deren Bewältigung. Diese Form von Patientenorientierung ist in den kurativen Institutionen unseres Gesundheitssystems bisher allenfalls in sehr begrenzten Bereichen auszumachen, keineswegs kann sie als vorherrschende Orientierung gelten.

Es ergeben sich außerdem Konsequenzen für die Qualifikation der Leistungserbringer:

„Obschon Gesundheitssicherung bei chronischer Krankheit auf eine individuenbezogene Zugriffsweise verwiesen ist, bedarf es doch populationsbezogenen Wissens und setzt außerdem ...das Vorhandensein zusätzlicher Kompetenzen voraus, z. B. wissensvermittelnder und aufklärender Qualifikationen, gewissermaßen auch ‚erziehender‘ und ‚korrigierender‘ Fähigkeiten...; und desweiteren ...animierende und aktivierende Fähigkeiten, nämlich zu einer gesundheitserhaltenden Lebensweise anregen. Der Glaube, dieses seien mehr oder minder naturwüchsig vorhandene Kompetenzen, ist immer noch weit verbreitet. Ein Blick in den Alltag kurativer Institutionen verrät jedoch, daß das ein Irrtum ist“ (ebd., S. 149).

Es darf nicht verkannt werden, daß kuratives Handeln in seiner gängigen Form der Beherrschung und Kontrolle pathogener Störungen auf der einen Seite und gesundheitsförderndes Handeln auf der anderen Seite auf divergierenden Handlungslogiken beruhen, die nur schwer in Übereinstimmung zu bringen sind.

Diese werden nicht zuletzt geprägt und verfestigt durch die überkommene Berufsrollenverteilung im Gesundheitssystem, die der Disziplin Medizin die dominierende Definitionsmacht bezüglich aller Fragen von Krankheit und Gesundheit zuweist. Mediziner sind aber qua

Profession Experten für Krankheiten, deren Entstehung, Diagnose und Behandlung. Keineswegs können Mitglieder dieser Berufsgruppe a priori für sich in Anspruch nehmen, auch Experten für Gesundheit, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung zu sein. Letztlich wird ein Paradigmawechsel zu vollziehen sein, wie er sich mit der Etablierung von Public Health als Wissenschaft und Praxisfeld derzeit abzuzeichnen beginnt. Dessen mögliche Konsequenzen für das Handeln der Gesundheitsberufe und -institutionen sind allerdings gegenwärtig noch längst nicht zu übersehen.

1.4 Psychiatrie und Gesundheitsförderung

„Für Vorbeugung wird noch sehr wenig getan, und ohne Änderungen der allgemeinen Anschauungen und der Gesetzgebung wird sich auch nicht viel tun lassen“ (E.BLEULER 1916, zit. nach TÖLLE 1984).

„Zum Beispiel wissen wir viel über Wesen und Ursache der Schizophrenien. Aber um so trauriger ist es, daß sich aus diesem Wissen noch keine sichere Vorbeugung ableiten läßt“ (M. BLEULER 1976, zit. ebd.).

Die Diskussion zur Beziehung von Gesundheitsförderung und Psychiatrie orientiert sich an der im vorangegangenen Abschnitt eingeführten Begrifflichkeit, in der Promotion i.e.S. und Prävention als Unterformen eines umfassenden Konzepts von Gesundheitsförderung verstanden werden. Im Hinblick auf die Anwendung dieser Begrifflichkeit auf das Gebiet der Psychiatrie stellt sich heraus, daß hier die terminologischen Ungenauigkeiten, Unklarheiten und Unterschiede eher noch größer sind als in der Public Health-Literatur. Dies gilt insbesondere für die Unterscheidung von Promotion und Primärprävention. Es wird im folgenden dennoch versucht, diese Unterscheidung durchzuhalten, auch wenn sie nicht der Begriffsverwendung der jeweiligen Autoren entspricht.

1.4.1 Promotion

Etwa zur gleichen Zeit, aus der die oben zitierte Feststellung von Manfred BLEULER stammt, legte eine Enquête-Kommission im Auftrag der Bundesregierung ihren „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ (Psychiatrie-Enquête) vor. Dieser Bericht sollte sich als Grundlage und wichtige Triebfeder für eine tiefgreifende Phase der Psychiatriereform erweisen, in der die deutsche Psychiatrie aus der Rückständigkeit und selbstgeschaffenen Isolation der Nachkriegsjahrzehnte aufbrach und den Anschluß an die internationale Entwicklung psychiatrischer Versorgungskonzepte, v.a. im anglo-amerikanischen Raum, zurückgewann. Bei allen Schwächen, die diesem Gründungsdokument der Psychiatriereform bescheinigt werden können – zwei der wesentlichen sind seine Institutionszentrierung und seine kommunalpolitische Kurzsichtigkeit –, es finden sich darin doch programmatische Grundlinien, die bis heute als richtungsweisend gelten können.

Bemerkenswert ist u.a., daß die Enquête dem Präventionsgedanken einen prominenten Platz einräumt. Von den neun Grundsätzen, die der konzipierten Neuordnung der psychiatrischen Versorgung zugrunde gelegt werden, beziehen sich die ersten drei auf dieses Thema. Die entsprechenden Forderungen sind im Kern eher primärpräventiv ausgerichtet, es finden sich jedoch auch bereits in der Enquête Vorstellungen, die sich unschwer der Idee der Promotion zuordnen lassen:

„Das Problem der Primärprävention bedingt eine Umstellung und Ausweitung des traditionell-psychiatrischen und psychotherapeutischen Denkens, denn der Blick muß sich von den Kranken auf die viel größere Zahl der Gesunden und möglicherweise Gefährdeten richten und verschiebt sich vom Einzelindividuum, das üblicherweise im Mittelpunkt medizinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Bemühungen steht, weitgehend auf ganze Gruppen und Bevölkerungsteile, bis auf die Gesellschaft als Ganzes“ (BERICHT 1975, S. 385).

Die Kommission bezieht sich in ihren inhaltlichen Ausführungen zur Prävention hauptsächlich auf den amerikanischen Psychiater Gerald CAPLAN, der 1961 und 1964 umfassende und stark präventiv ausgerichtete Konzepte der gemeindepsychiatrischen Versorgung vorgelegt hatte. Dabei differenziert er zwischen zwei grundsätzlichen Strategien, einer kurzfristigen und einer längerfristigen. Erstere umfaßt die frühzeitige Beratung (*anticipatory guidance*), um Menschen Kompetenzen zum Umgang mit Krisen zu vermitteln sowie die frühzeitige, aktive Krisenintervention; diese Strategie ist mithin primärpräventiv ausgerichtet. Bei der längerfristigen Strategie handelt es sich dagegen im wesentlichen um unspezifische Maßnahmen der Promotion. Bei diesen Maßnahmen zum Schutz vor psychischen Störungen wird unterschieden zwischen dem physikalisch-somatischen, dem psycho-sozialen und dem sozio-kulturellen Bereich. Diese Unterscheidung greift die Enquête-Kommission auf und schlägt dazu jeweils ganze Bündel von Maßnahmen vor, die sich stark an CAPLAN orientieren und zu großen Teilen auf Promotion abzielen. Darunter sind z. B. Vorstellungen zur Humanisierung der Arbeit, zum Bereich Stadtplanung und Wohnen, zum Familienschutz, zur Schule und Ausbildung und zum Umweltschutz (vergl. BERICHT 1975, S. 391 f).

Nicht nur die durchaus nach Proporzgesichtspunkten zusammengesetzte Enquête-Kommission, sondern weite Teile der bundesdeutschen Reformpsychiatrie waren stark von CAPLAN beeinflusst (vergl. z. B. PÖRKSEN 1974). Ein in dieser Hinsicht bemerkenswertes Dokument ist das 1979 erschienene Buch „Gemeindepsychiatrie“ von DÖRNER und Mitarbeitern. Das Credo der Autoren lautet:

„Gemeindepsychiatrie, wie sie hier verstanden wird, geht von einem umfassenden Ansatz aus, denn sie setzt an den Bedürfnissen *aller* Bürger einer Gemeinde an. Sie betrachtet gesunde und kranke Bürger als Mitglieder *einer* Gemeinde, mit denen sie *zusammen* fördernde Lebensbedingungen für seelische Gesundheit zu schaffen versucht“ (DÖRNER et al. 1979, S. 14).

In diesem Buch ist von Krankheit kaum die Rede. Stattdessen beziehen sich 72 von 172 Seiten auf das Thema Prävention, daß – unter Rekurs auf CAPLAN – fast ausschließlich unter der Perspektive der Promotion bearbeitet wird! Als Hauptaufgabe der Gemeindepsychiatrie wird „die Verbesserung der seelischen Gesundheit durch präventive Maßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene und durch die Erhöhung der eigenverantwortlichen Selbsthilfe aller Bürger einer Gemeinde“ definiert (ebd., S. 132).

Zwanzig Jahre später nehmen sich die von DÖRNER et al. (1979) formulierten Ideen in weiten Teilen idealistisch und sozialromantisch aus, und sie sind wohl nur im Kontext der gesellschaftlichen Aufbruchstimmung der siebziger Jahre angemessen einzuordnen. Mit dem gesellschaftlichen Wandel der 80er und 90er Jahre sind diese Ideen zu einer Fußnote der bundesdeutschen Psychiatriegeschichte geworden. In der aktuellen sozial- und gemeindepsychiatrischen Diskussion sind davon allenfalls noch Rudimente auszumachen. Der utopische Impetus der Förderung seelischer Gesundheit auf gesellschaftlicher Ebene ist fast wirkungslos verpufft.

So stellt KEUPP (1995) in seiner kritischen Bilanz der Psychiatriereform unter dem Blickwinkel des Präventionsdiskurses wohl zu Recht fest, daß es sich dabei um bloße Reformrethorik gehandelt habe, aus der keine praktischen Umsetzungsschritte erwachsen seien. In den auf die Enquête folgenden Modellprogrammen und –projekten haben auf Promotion oder Primärprävention ausgerichtete Modelle keinerlei Rolle gespielt.

In den Jahren 1985 und 1988 legt die WHO programmatische Dokumente zur Promotion psychischer Gesundheit vor. Darin werden u. a. folgende Maßnahmebereiche angesprochen:

- Gesundheitsförderung bei Kindern (prenatal und perinatal, Ernährung, Immunisierung, Familienplanung und Unfallverhütung);

- Reduzierung des Risikos kognitiver und sozialer Fehlentwicklungen (Elternschulung, Gesundheitserziehung, Tagespflege für Kinder);
- Krisenintervention in der medizinischen Primärversorgung;
- Vermeidung von iatrogenen Schäden (falsche oder übermäßige Medikamentenverordnung, unnötige Krankenhausbehandlung);
- Kontrolle des Substanzmißbrauchs in der Primärversorgung und in Schulen (vergl. COOPER 1989, DALGARD et al. 1996).

Es wird deutlich, daß auch diese Liste von Maßnahmen durch die unscharfe Trennung von Promotion und Prävention gekennzeichnet ist. COOPER stellt dazu fest:

„The limitations of a document of this kind are obvious enough and easy to criticize. A list of proposals couched in such general terms is neither comprehensive nor specific enough to serve as a blueprint for national planning“ (1989, S. 6).

Nachhaltige praktische Wirkungen dieser Dokumente sind denn auch bis heute nicht auszumachen.

Im Jahr 1989 fand in Dresden ein Workshop über „Psychische Gesundheit und Wohlbefinden innerhalb des Konzeptes der Gesundheitsförderung“ statt. Die Dokumentation der Beiträge zu diesem Workshop können insgesamt als weiterer Beleg für die Ratlosigkeit und ungenügende konzeptionelle Begründung von Gesundheitsförderung im psychiatrischen Kontext gelten (WHO 1989).

Es werden weitreichende Forderungen formuliert:

„In vielen industrialisierten Ländern beginnt die Zuständigkeit des Psychiaters nach dem vorherrschenden Selbstverständnis der Psychiatrie dort, wo eine klinisch relevante psychische Störung oder Krankheit vorliegt oder wo ihr vorhersehbares Auftreten in hohem Grade wahrscheinlich ist. Unter dem Aspekt Gesundheitsförderung muß die Psychiatrie zukünftig jedoch ihre Verantwortung für die psychische Gesundheit bereits dort wahrnehmen, wo noch keine eindeutigen Hinweise auf entstehende Störungen oder Krankheiten gegeben sind“ (WHO 1989, S. 10).

An anderer Stelle ist von einem Paradigmawechsel die Rede (ebd., S. 37). Was jedoch an Maßnahmen im Sinne der Promotion vorgeschlagen wird, kommt über eine eher wahllos anmutende Aufzählung von Einzelaspekten nicht hinaus:

„Förderung psychischer Gesundheit sollte vordringlich zwei Bereiche favorisieren: körperliches Training und psychoregulative Verfahren“ (ebd., S. 12). Unter letzteren wird verstanden „Autogenes Training, Yoga, Sozialpsychologisches Verhaltenstraining“ (ebd.). An anderer Stelle werden genannt:

- Streßbewältigung bzw. die Entwicklung von Fähigkeiten zur Bewältigung von gesundheitsbedrohlichen Ereignissen einschließlich des normalen Alltagsstreß (vergl. ebd., S. 13, 36);
- die Betreuung von definierten Risikogruppen;
- personenbezogene Krisenintervention bei *life events*;
- Training zum Ausgleich von habituellen Verhaltensdefiziten (z. B. fehlende soziale Kompetenz); (ebd., S. 15).

Es ist unbestimmt die Rede von „Psychoprophylaxe“ und „Psychohygiene“, und auch in diesem Dokument findet sich eine konzeptionelle und begriffliche Abgrenzung von Promotion und Prävention nicht. Im Vergleich mit diesen eher hilflos dokumentierenden Papieren der WHO sind die Konzepte CAPLANs von theoretischer Solidität und visionärer Kraft.

So kann die Feststellung kaum verwundern, daß Psychohygiene „weltweit ein noch unerfülltes Wunschprogramm sei“ (ebd., S. 36). Als Gründe dafür werden angeführt: mangelnde öffentliche Anerkennung und Akzeptanz, unzureichende materielle und personelle Ressourcen, ungenügendes Wissen über das Bedingungsgefüge psychischer Gesundheit, geringe Kooperation der am Prozeß beteiligten Institutionen, Gruppen und Personen (ebd., S. 36).

Auch im anglo-amerikanischen Raum dominieren inzwischen die nüchternen und skeptischen Töne aus der Psychiatrie zum Thema Promotion. In einem Bericht der *American Psychiatric Association/APA* wird am Beispiel von psychischen Störungen bei Kindern schlicht festgestellt, daß „universelle Prävention“ unwirksam ist im Hinblick auf die Veränderung der Inzidenz (ROSE et al. 1990). Empfohlen wird der Psychiatrie eine Beschränkung auf selektive oder indizierte (Primär-)Prävention (s. dazu auch 1.4.2). PAYKEL (1994) geht davon aus, daß unspezifische Maßnahmen wie die Förderung sozialer Unterstützung, die Entwicklung von Bewältigungskompetenzen für Alltagsprobleme und die Vermeidung von abhängig machenden Substanzen prima facie sinnvoll seien. Darüber hinaus gehende Zuständigkeiten der Psychiatrie möchte er jedoch begrenzt sehen:

„Beyond these, in the arena of policy, the general public has rightly become distrustful of the claims of psychiatrists to advise on wide aspects of how people should live, and of the reality of the knowledge base which would entitle them to do so. Psychiatrists have also, in the light of experience, become cautious in making such pronouncements“ (ebd., S. 6).

WEICH et al. (1997) konstatieren eine weit verbreitete Skepsis von Psychiatern gegenüber populationsbezogenen Strategien und führen dies u. a. darauf zurück, daß diese als ineffizient gelten oder mit utopischen politischen Veränderungen gleichgesetzt werden.

Aus dem deutschen Sprachraum äußert sich CIOMPI (1984 a) zu den Zielen der Förderung psychischer Gesundheit und verweist gleichzeitig darauf, daß sie weit über den Einflußbereich der Psychiatrie hinausgehen:

„Hier geht es ...um die präventive Sicherung von Grundbedürfnissen nach Nestwärme, Kontinuität, liebevoller Zuwendung, affektiver und intellektueller Stimulation, Vermittlung von klaren Sinn- und Wertvorstellungen, identifikationswürdigen Leit- und Vorbildern - und ich meine, auch von Bezügen zu einem sinngebenden Gesamtzusammenhang, ganz gleich ob ökologisch oder religiös. Familie, Schule, Arbeits- und Sozialgesetzgebung, gesellschaftliche und politische Strukturen überhaupt sollen dazu beitragen, solche Grundbedürfnisse zu befriedigen“ (ebd., S. 4).

In dem aus der bundesdeutschen Reformpsychiatrie hervorgegangenen „Handwerksbuch Psychiatrie“ (BOCK & WEIGAND 1991) taucht der Begriff Gesundheitsförderung nur als Hinweis zum § 20 des Gesundheitsreformgesetzes auf, im Register des deutschen Psychiatrie-Bestsellers „Irren ist menschlich“ (DÖRNER & PLOG 1996) fehlt er auch in der neuesten Auflage ganz – auch wenn beide Bücher sicherlich durchdrungen sind von einem ressourcenorientierten Denken.

Dieser exemplarische Überblick dazu, wie die psychiatrische Fachdiskussion mit dem Thema Gesundheitsförderung umgeht, mag hinreichen, um zu belegen, daß der Diskussionsstand insbesondere im deutschsprachigen Raum als eher desolat zu bezeichnen ist. Die Kluft zwischen idealistischen Wunschvorstellungen einerseits und konzeptionell-praktischen Defiziten andererseits ist groß. Wenig einzuwenden ist allerdings gegen eine kritische Selbstbeurteilung, die die Grenzen psychiatrischen Wissens und psychiatrischer Zuständigkeiten (an)erkennt.

1.4.2 Primärprävention

Zum Stand der Diskussion

Unter Bezugnahme auf einschlägige WHO-Dokumente von 1986 und 1988 kommen SARTORIUS & HENDERSON (1992) zu folgender Einschätzung:

„...as much as 50 % of all mental and neurological disorders is amenable to primary prevention, at least half of the remaining disorders can be subject to secondary prevention, and the remaining 25 % are often likely to benefit from measures of tertiary prevention“ (ebd., S. 552 f).

Läßt man die Frage nach der Qualität der dieser Einschätzung zugrunde liegenden Daten einmal beiseite, so wird die Meßlatte für Prävention im Bereich der Psychiatrie allgemein und Primärprävention im Besonderen hiermit außerordentlich hoch gelegt. Auch die Psychiatrie-Enquête weist – wie wir gesehen haben – der Primärprävention einen wichtigen Stellenwert zu, ohne sie eindeutig von Promotion zu unterscheiden (vgl. 1.4.1).

Tatsächlich weisen verschiedene Autoren auf die großen Erfolge der Psychiatrie bei der Primärprävention psychischer Störungen/Erkrankungen hin. Standardbeispiele sind die Progressive Paralyse, früher eine der häufigsten Ursachen für eine dauerhafte Unterbringung, die durch die effektive Behandlung der Syphilis praktisch zum Verschwinden gebracht wurde; die durch Mangelernährung bedingte Pellagra-Psychose sowie bestimmte, z. B. stoffwechselbedingte Formen der geistigen Behinderung (CIOMPI 1984 a, COOPER 1989). Doch diese Erfolge liegen in der Vergangenheit und sind nur bedingt dem Erfolgskonzept der Psychiatrie zuzuschreiben. Wie sieht gegenwärtig die Realität der Primärprävention nach Einschätzung von Fachvertretern aus?

COOPER (1989) leitet seine Übersichtsarbeit mit dem Befund ein: „...prevention remains a grossly undervalued theme in psychiatry“ (ebd., S. 3).

Die APA-Kommission beginnt ihren Bericht mit der Feststellung:

„...in general prevention research in psychiatry has not commanded much attention or achieved great credibility. It is not perceived as a hot area of research, and currently it is not viewed as providing much of practical value“ (ROSE et al. 1990, S. 1701).

Auch SARTORIUS & HENDERSON (1992) beklagen, daß die Psychiatrie die Prävention vernachlässigt habe und konstatieren viel Rhetorik und Forderungen, zugleich aber „lack of activity opposed to advocacy“ (ebd., S. 550).

Die Liste der Kritiker und Skeptiker ließe sich beliebig fortsetzen: „Preventive psychiatry has not yet arrived“ (ROSE 1993, S. 553); für viele Psychiater sei Primärprävention „a hollow term“ (JENKINS 1994, S. 12); sie hinterließen „a vacuum in preventive formulations“ (PAYKEL 1994, S. 4). In der bundesdeutsche Psychiatriereform ist der primärpräventive Impuls bereits in der Phase der modellhaften Erprobung von Reformkonzepten auf der Strecke geblieben (KEUPP 1995).

Unterstrichen werden Einschätzungen wie die genannten z. B. durch die Tatsache, daß ein psychiatrisches Standardwerk der 80er Jahre aus den USA lediglich 3 von 2000 Seiten dem Thema Prävention widmet; und daß sich in dem Register des renommierten Britischen Handbuchs der Psychiatrie dieser Begriff überhaupt nicht findet (vergl. COOPER 1989). Auch das „*Oxford Textbook of Psychiatry*“ (GELDER et al. 1989) verzeichnet bei knapp 900 Seiten Text kein einziges Mal den Begriff Prävention. Das gleiche gilt für das amerikanische Lehrbuch von ANDREASEN & BLACK (1991, deutsch 1996).

Nicht viel besser sieht es aus bei einer – sicher nicht repräsentativen, aber zufälligen – Auswahl von aktuellen Lehrbüchern deutschsprachiger Autoren: 5 Nennungen auf 925 Textseiten (FAUST 1995), eine Nennung auf 340 Textseiten (VETTER 1996), keine Nen-

nung (SCHÖPF 1996). Das weit verbreitete Lehrbuch von TÖLLE (1996) weist immerhin 7 Nennungen bei 387 Textseiten auf und widmet dem Thema sogar einen eigenen, vierseitigen Abschnitt. In dem Lehrbuch von DÖRNER & PLOOG (1996) wird das Thema Prävention sogar im Zusammenhang mit allen 10 dargestellten Krankheitsgruppen auf je etwa einer Seite abgehandelt (bei 585 Textseiten). Bei diesen Angaben ist noch zu berücksichtigen, daß „Prävention“ sich ja grundsätzlich auf alle drei Teilstrategien beziehen kann, auch wenn in der Literatur der Begriff oft nicht näher qualifiziert und implizit mit Primärprävention gleichgesetzt wird.

JENICEK et al. (1990) werteten den Jahrgang 1986 von 5 renommierten englischsprachigen psychiatrischen Fachzeitschriften aus und stellten fest, daß sich 27 % der Beiträge auf „Interventionen“ jedweder Art bezogen. Unter diesen entfielen lediglich 2,8 % auf primärpräventive Maßnahmen.

Eine eigene Literaturrecherche zu den Stichworten prevention/Prävention und Psychiatrie in der Datenbank MEDLINE ergab für den Zeitraum 1990 bis Mitte 1998 135 Treffer. Von diesen bezogen sich 12 Arbeiten eindeutig nicht auf psychiatrische Themen und 6 konnten thematisch nicht sicher zugeordnet werden. Von den verbleibenden 117 Arbeiten (ca. 14 pro Jahr) waren 16 Übersichtsarbeiten und 10 bezogen sich auf Mitarbeiter und Institutionen. Es verbleiben 91 Arbeiten (ca. 11 pro Jahr), die sich in irgendeiner Weise mit der Prävention bei psychischen Störungen befassen; davon 38 % bei Suizid/Depression, 18 % auf Pharmakotherapie und 15 % auf die Prävention von psychiatrischer Ko-Morbidität (zum Vergleich: Eine MEDLINE-Recherche zum Thema Lebensqualität/ Psychiatrie für das Jahr 1995 in MEDLINE ergab mehr als 2500 Nennungen; vergl. KATSCHNIG 1997). Der Anteil der Arbeiten, die sich mit Fragestellungen der Primärprävention befassen, konnte anhand der Titel nicht sicher ermittelt werden; dem Eindruck des Autors zufolge ist dies jedoch nur bei einer Minderheit der Fall.

Eher als die einleitend zitierte, extrem optimistische Position von SARTORIUS & HENDERSON (1992) paßt zur psychiatrischen Wirklichkeit des Umgangs mit dem Thema Primärprävention also die Kontraposition, die von LAVENDER & HOLLOWAY (1989) formuliert wird:

„True prevention – in the sense of being able to intervene so as to reduce the incidence of serious mental disorder remains a desirable, but unrealistic, dream“ (ebd., S. 93).

In ähnlicher Weise äußert sich TÖLLE (1996):

„Primärprävention gelingt in der Psychiatrie nur in sehr geringem Maße“ (ebd., S. 373).

Was sind die Gründe für diese nüchterne bis skeptische Bilanz?

In der anglo-amerikanischen Literatur wird als Erklärung stark abgehoben auf die Wirkung von historischen Fehlschlägen, die sehr anspruchsvolle Konzepte der Primärprävention erlitten haben. Zwei Beispiele aus den USA werden angeführt: Das *Mental Hygiene Movement* mit dem Konzept der *Child Guidance Clinics* in den USA der 20er sowie die *Community Mental Health* Programme der 60er Jahre. Beide Modelle werden als gescheitert betrachtet. Wenn auch die Gründe dafür von verschiedenen Autoren unterschiedlich gewichtet und bewertet werden, so ist man sich doch einig darüber, daß die hochgesteckten Ziele verfehlt worden sind und der Gedanke der Primärprävention psychischer Störungen dadurch einen Rückschlag erlitten hat (vergl. COOPER 1989, PAYKEL 1994, JENKINS 1994, GREENFIELD & SHORE 1995).

Vergleichbare Konzepte hat es in Deutschland nicht gegeben, sieht man ab von dem menschenverachtenden Programm einer Primärprävention auf gesellschaftlicher Ebene, das unter dem Nazi-Regime durch Ermordung von mehr als 120 000 Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in unvorstellbarer Radikalität realisiert wurde. Der Weg dahin wurde auch von Psychiatern gebahnt und beschritten, die der utopischen Vorstellung folgten, durch Euthanasie und Zwangssterilisation könne die Verbreitung von Erbkrankheiten verhindert und eine gesündere Gesellschaft geschaffen werden. Die Aufarbeitung dieses Stücks deutscher Psychiatriegeschichte war für viele psychiatrisch Tätige aus den Nachkriegsgenerationen ein schmerzhafter Prozeß und hat das

Nachdenken über die ethischen Grundlagen psychiatrischen Handelns stark beeinflusst. Es ist deshalb plausibel, daß eine der historischen Folgen dieses spezifisch deutschen Traumas der psychiatrischen Prävention ein grundlegendes Unbehagen gegenüber allen Versuchen ist, die Entstehung psychischer Störungen zu verhindern.

Als weitere Gründe für die marginale Bedeutung, die die primäre Prävention in der psychiatrischen Forschung und Praxis bis heute hat, werden in der Literatur diskutiert:

Die kustodiale Tradition der Psychiatrie und die überkommene Überzeugung, daß psychische Störungen unbeeinflussbare biologische Bedingungen haben (SARTORIUS & HENDERSON 1992); die kurative Orientierung der Psychiatrie (TÖLLE 1984, WHO 1989); politische Hindernisse sowie die mangelnde theoretische Integration vorhandener Konzepte (BUCHKREMER 1984), die mangelhafte Behandlung in der Lehre (COOPER 1989) und – immer wieder – die fehlenden bzw. mangelhaften ätiologischen Kenntnisse bzw. die komplexe und multifaktorielle Ätiologie der meisten psychischen Erkrankungen (z. B. BUCHKREMER 1984, PAYKEL 1994, DALGARD et al. 1996).

Worin die Gründe auch im einzelnen zu suchen sind – zusammenfassend ist dem Befund von KEUPP (1995) zuzustimmen, daß das (primär-)präventive Denken aus dem Bereich der Psychiatrie insgesamt und dem der Sozialpsychiatrie im Besonderen zunehmend verdrängt bzw. auf sekundär- und tertiärpräventive Ziele und Strategien reduziert wird.

Primärprävention schizophrener Erkrankungen

Der diesbezügliche Stand der Fachdiskussion ist schnell beschrieben und läßt sich in dem Satz zusammenfassen: Wirksame und zugleich ethisch unbedenkliche sowie praktikable Möglichkeiten der Primärprävention schizophrener Erkrankungen gibt es derzeit nicht. Auffällig ist, daß nur wenige Autoren sich überhaupt explizit mit der Frage befassen, ob eine Primärprävention schizophrener Erkrankungen möglich ist.

WING (1987) diskutiert den Beitrag der Familienforschung im Hinblick auf die Ätiologie schizophrener Störungen und resümiert, daß die Datenlage keinerlei Grundlage dafür biete, die familiären Entwicklungsbedingungen als Ansatzpunkt für primärpräventive Strategien zu nehmen. Zu dem gleichen Schluß kommen JOHNSTONE & LEFF (1994). Diese Autoren diskutieren darüber hinaus Befunde zur Genetik, zum Einfluß von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie zu strukturellen Veränderungen des Gehirns als mögliche Ansatzpunkte und kommen auch hier aus unterschiedlichen Gründen zu einem negativen Ergebnis. Auch GREENFIELD & SHORE (1995) erwägen, ob Befunde zu Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, insbesondere die Belastung des Fötus durch Virusinfektionen, Autoimmunerkrankungen oder Alkoholmißbrauch der Mutter eine Perspektive für die Primärprävention eröffnen könnten. Wegen fehlender Datengrundlage wird die Frage offengelassen. TÖLLE (1996) benennt zwar Möglichkeiten der Sekundär- und Tertiärprävention bei schizophrenen Psychosen, die Primärprävention bleibt jedoch unerwähnt.

Da das Problem der Ätiologie schizophrener Erkrankungen in Kapitel 2 dieser Arbeit ausführlich behandelt wird, unterbleibt eine inhaltliche Auseinandersetzung an dieser Stelle. Vorweggenommen sei allerdings, daß die vertiefende Beschäftigung mit den Bedingungsfaktoren der Schizophrenie die negative Bilanz der genannten Autoren im wesentlichen bestätigen wird.

Es gibt allerdings eine Forschungsrichtung, die mit der Fragestellung der Primärprävention unmittelbar befaßt ist, ohne daß dies in den entsprechenden Veröffentlichungen immer explizit wird. Es handelt sich um Strategien, spezifische Trait-Marker für Schizophrenie zu identifizieren und verlässlich zu erfassen. Trait-Marker sind überdauernde, zeitlich stabile Indikatoren für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko und müssen per definitionem bereits in der prämorbid Phase zu identifizieren sein. Mit der Suche nach derartigen Markern ist die

Erwartung verbunden, eine Disposition für Schizophrenie schon lange vor dem Ausbruch der ersten Akuterkrankung feststellen zu können, um sie dann direkt zu beeinflussen und auf diese Weise primärpräventiv handeln zu können.

Relevant sind hier u.a. die Ergebnisse der sog. High Risk-Forschung. Diese untersucht Kinder von schizophrenen Eltern(-teilen) prospektiv bis in das Erwachsenenalter hinein und vergleicht die Entwicklungsgeschichte derjenigen, die an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis erkranken, mit denjenigen, die nicht erkranken. Der Übersicht von OLIN & MEDNICK (1996) zur Folge haben sich eine Reihe von Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen, erhoben während Kindheit und Jugend durch Lehrer oder Psychiater, als recht stabile Prädiktoren erwiesen. Daten zur Spezifität und Sensitivität der Vorhersage werden in der High Risk-Forschung jedoch in der Regel nicht ermittelt. Die Falsch-positiv Rate dürfte jedoch unakzeptabel hoch sein nimmt man Prädiktoren wie „disziplinäre Probleme“, „Ängstlichkeit“, „emotionale Labilität“, „sozial zurückgezogen“ etc. Dementsprechend hat keine der bisherigen High Risk-Studien präventive Interventionen eingeschlossen (CORNBLATT et al. 1998). OLIN & MEDNICK (1996) fordern die Durchführung von multivariaten Studien, die verschiedene Risikofaktoren in Kombination untersuchen. Ein solcher „multipler Risiko-Index“ sollte außerdem nicht nur Persönlichkeits- und Verhaltensindikatoren sondern auch Merkmale der frühen Entwicklungsgeschichte einbeziehen (familiäre Belastung mit psychischen Störungen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Separation von primären Bezugspersonen etc.). Selbst wenn es gelänge, solche Trait-Marker mit hoher Spezifität und Sensitivität zu identifizieren, wären die Ergebnisse von High Risk-Studien nicht übertragbar auf die Population, denn bei der Mehrzahl der schizophren Erkrankten sind keine weiteren Erkrankungsfälle in der näheren Verwandtschaft nachzuweisen (YUNG et al. 1998).

Der Versuch, verhaltens- oder persönlichkeitsbezogene Prädiktoren mit hoher Spezifität und Sensitivität in der Gesamtpopulation zu identifizieren, hat bisher allerdings noch weniger zu befriedigenden Ergebnissen geführt. Beispiele dafür sind zwei aktuelle Studien. OLIN et al. (1998) stellen fest, daß ein Verhaltens-Rating durch Lehrer im durchschnittlichen Lebensalter von 15 Jahren zwar 35 % später schizophren Erkrankender antizipieren kann, damit bleiben jedoch zugleich 65 % unentdeckt. MALMBERG et al. (1998) verwendeten Daten aus Eintrittsuntersuchungen zum Wehrdienst und wählten aufgrund theoretischer Überlegungen 36 Items eines umfangreichen Fragebogens als Prädiktoren aus. In einer Stichprobe an mehr als 50 000 Männern zeigte sich, daß *alle* Variablen mit einem signifikant erhöhten Risiko, später an Schizophrenie zu erkranken, verbunden waren. In der multivariaten Analyse blieben 8 unabhängige Prädiktoren übrig (davon bezogen sich 4 auf Probleme im interpersonellen Bereich). Selbst bei einer Kumulation dieser Variablen war das Erkrankungsrisiko jedoch lediglich 3 %! Die Autoren stellen fest:

„...the premorbid ‚abnormalities‘ which increase the risk of schizophrenia are ‚normal‘ and common“ (MALMBERG et al. 1998, S. 312).

Auch die Übersicht von McGLASHAN & JOHANNESSEN (1996) geht über den High Risk-Ansatz zur Identifizierung von Trait-Markern hinaus. Sie kommen zu einer Liste von mehreren Dutzend (potentiellen) Markern in 8 Bereichen: klinische, behaviorale, umweltbezogene, (neuro-)anatomische, biochemische, motorische, perzeptuelle und kognitive, wobei auf die beiden letzteren die meisten Einzelnennungen entfallen (vergl. dazu 2.3). Angesichts dieser Vielzahl von Markern wäre es an der Zeit, diese in prospektiven, multivariaten und populationsbezogenen Studien zu überprüfen. Solche Studien fehlen aber bisher. Ein Screeningverfahren zur Feststellung eines erhöhten Erkrankungsrisikos für Schizophrenie mit befriedigender Sensitivität und Spezifität ist also bisher nicht in Sicht.

So scheint es, als bliebe die Prävention bei schizophrenen Erkrankungen einstweilen verwiesen auf sekundäre und tertiäre Ansätze:

„Some have argued that the priority targets for preventive work should be the major mental illnesses (schizophrenia and manic depressive disorders). However, there is little evidence for the effectiveness of primary prevention here other than the limited scope for genetic counselling, although plenty on secondary and tertiary prevention strategies“ (JENKINS 1994, S. 20).

1.4.3 Sekundärprävention

Konzeptionelle Aspekte

„The primary hypothesis is that early detection of schizophrenia with active intervention can advance all three forms of prevention and that early detection is at least theoretically possible at any early stage of disorder: premorbid, prodromal or early onset ... but early onset projects appear to be the most feasible currently“ (McGLASHAN 1998, S. 4).

Gerade im Hinblick auf psychische Erkrankungen kann man die Frage aufwerfen, ob es sinnvoll ist, sekundär- und tertiärpräventive Interventionen tatsächlich als Prävention zu bezeichnen, oder ob es sich dabei nicht schlicht um Aspekte qualitativ guter klinischer Praxis handelt. JENKINS (1994) beantwortet die Frage positiv: Sie können deshalb als Prävention bezeichnet werden, weil sie „etwas“ prävenieren. Auch PAYKEL (1994) positioniert sich diesbezüglich im Hinblick auf tertiäre Prävention recht eindeutig:

„...much psychiatric disorder is recurrent; effective measures to eliminate recurrence can have major effects in reducing prevalence and do not necessarily involve treatment of, or presence of, any active symptoms“ (ebd., S. 5f).

Tatsächlich haben gerade die schweren psychischen Störungen wie z. B. Schizophrenie eine deutlich höhere Prävalenz als Inzidenz, woraus folgt, daß ein erheblicher Anteil der Prävalenz durch Rezidive oder andauernde Krankheitszustände bedingt ist. Alles, was die Krankheitsdauer verkürzt und Rückfälle verhindert, senkt somit die Prävalenz und hat präventive Effekte.

Gerade im Hinblick auf chronisch-rezidivierende psychische Erkrankungen gilt aber auch, daß die unterschiedlichen Präventionsstrategien u. U. schwer voneinander zu trennen sind. So weisen SARTORIUS & HENDERSON (1992) darauf hin, daß die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Prävention zuweilen unklar und unnötig sei; und CIOMPI (1984 a) betont das gleiche für die Beziehung von sekundärer und tertiärer Prävention. DÖRNER et al. (1979) vertreten sogar die Auffassung, daß diese Unterscheidung im Bereich der Psychiatrie nur analytisch-didaktisch sinnvoll sei. Diese Argumentation wird verständlich wenn man sich vor Augen führt, daß die Unterscheidung zwischen „schon krank“ und „noch gesund“ und damit zwischen sekundärem und primärem Zugang bei bestimmten psychischen Erkrankungen relativ bzw. konventionell ist. Man denke z. B. an das Spektrum Alkohol-Gefährdung/ -Mißbrauch/ -Abhängigkeit. Oder: Eine effektive Behandlung psychischer Erkrankungen geht oft fließend über in die Rückfallprophylaxe, wie am Beispiel der neuroleptischen Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Erkrankungen exemplarisch deutlich wird (vgl. dazu 3.4).

Auch unter dem Aspekt des Ansatzpunktes präventiver Strategien wird die Unterscheidung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention relativ. So werden in der Literatur von vielen Autoren zwei Hauptansatzpunkte für Primärprävention genannt:

- Interventionen, die sich auf belastende oder gefährdende Einflüsse beziehen, wie Stressoren (JENKINS 1994), „*hazards*“ (LEIGHTON 1989) oder krankheitsverursachende Schäden (CIOMPI 1984 a) und darauf abzielen, diese Einflüsse zu beseitigen, zu meiden oder zu mindern.
- Interventionen, die sich auf die Fähigkeiten der Betroffenen im Umgang mit belastenden/gefährdenden Einflüssen richten; hierbei geht es darum, die Resistenz zu erhöhen

(CIOMPI 1984 a), das Coping zu verbessern (JENKINS 1994) oder Ressourcen zu entwickeln (LEIGHTON 1989).

Diese Unterscheidung ist wichtig, sie ist allerdings nicht nur auf Primär- sondern ebenso auf Sekundär- und Tertiärprävention anwendbar, wie LEIGHTON (1989) klarmacht. Faßt man die Unterscheidung von Präventionstypen als quasi-biographische Sequenz auf, so wird schnell klar, daß Individuen mit chronisch-rezidivierenden Erkrankungen in jeder Phase dieser Sequenz vor Herausforderungen stehen, die man unter den Aspekten „Stressoren beseitigen/mindern“ und „Coping verbessern“ betrachten kann.

Eine andere wichtige Unterscheidung, die in der Präventions-Literatur anzutreffen ist, ist die von Risiko-Situationen und Risiko-Personen (JENKINS 1994). Damit ist gemeint, daß das Augenmerk von präventiven Interventionen zum einen liegen kann bei Belastungs- oder Krisensituationen, die mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko verbunden sind (z. B. *life-events*); es kann zum anderen liegen bei einer Prädisposition, z. B. für Depressivität (COOPER 1989) bzw. einer spezifischen Vulnerabilität von Personen (SARTORIUS & HENDERSON 1992). Auch diese Unterscheidung trägt im Hinblick auf (chronische) psychische Erkrankungen nicht als Entweder-Oder-Alternative, sondern die Regel dürfte ein Sowohl-als-Auch sein: Primär vulnerable Personen müssen im Lebenslauf mit vielfältigen (zusätzlichen) Belastungen fertig werden, was ihr Erkrankungsrisiko (weiter) erhöht.

Diese konzeptionellen Klarstellungen sollen verdeutlichen, daß es sich bei der Sekundärprävention von chronischen psychischen Erkrankungen um ein komplexes Feld handelt, das sich nur bedingt mit Standardkonzepten abdecken läßt. Dies wird am Beispiel schizophrener Erkrankungen im übernächsten Abschnitt näher zu erläutern sein. Zunächst jedoch ein kurzer Blick auf Sekundärprävention und Psychiatrie generell.

Sekundärprävention und Psychiatrie

Grundsätzlich geht es bei der Sekundärprävention um eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. manifesten Erkrankungen. Personen mit erhöhtem Risiko wissen von diesem Risiko jedoch selbst oft gar nichts (oder wollen davon nichts wissen); und auch Personen des sozialen Umfeldes einschließlich Personen und Institutionen der gesundheitlichen Primärversorgung verfügen allzu oft nicht über Kompetenzen bzw. Qualifikationen zur Früherkennung von psychischen Beeinträchtigungen. Um Sekundärprävention zu ermöglichen, müssen Personen, die – situativ oder qua Prädisposition – einem erhöhtem Erkrankungsrisiko unterliegen, zunächst einmal erkannt werden. Die Frage ist, wie dies auf Populationsebene ökonomisch und zugleich valide realisiert werden kann.

Ein probates Mittel zur Erkennung von Personen mit erhöhtem Risiko ist auch hier der Einsatz von Screening-Verfahren:

„Because such screening requires a commitment of resources, the disorder screened for must have a treatment intervention that is available, and detection and treatment of the illness in an earlier phase must lead to a decrease in morbidity and/or mortality. The illness must also have a screening test that had high sensitivity (i.e., ability to detect people with the illness) and specificity (i.e., ability to exclude people without the illness). Finally, screening should be directed at a population in which the prevalence of the disorder is high and one could reasonably anticipate that the investment in implementing the screening test would result in the detection of a significant number of cases and a low rate of false-positiv results“ (GREENFIELD & SHORE 1995, S. 118).

Die Forderung nach einer hohen Prävalenz in der zu untersuchenden Population läßt beispielsweise den Einsatz von Screening-Verfahren – so es denn geeignete gäbe – für die Früherkennung von Anorexie und Bulimie in einer unausgewählten Population nicht rational erscheinen, denn die Prävalenz dieser Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ist ge-

ring. Dagegen könnte z. B. die Eingrenzung auf Frauen in der Altersgruppe zwischen 15 und 35 sinnvoll sein.

Für psychische Beeinträchtigungen mit relativ hoher Prävalenz stehen inzwischen ökonomische Screening-Verfahren mit hoher Sensibilität und Spezifität zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für Angst/Depression, deren kombinierte Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung zwischen 15 und 30 % liegt (WEICH et al. 1997), wovon etwa ¼ auf langandauernde bzw. chronische Zustände entfallen (LEIGHTON 1989). Ein anderes Beispiel sind Alkoholprobleme; hier hat es – nicht zuletzt durch ein internationales Projekt der WHO – in der jüngsten Vergangenheit erhebliche Fortschritte in Richtung auf populationsbezogene Strategien gegeben. So haben in Deutschland in den letzten Jahren zwei Arbeitsgruppen Projekte der Früherkennung und Kurzbehandlung i. S. der sekundären Prävention realisiert und evaluiert, eine davon unter Beteiligung des Autors in Bielefeld (JOHN et al. 1996, KREMER et al. 1997, 1998).

In der Bielefelder Studie erfolgten die Interventionen im Kontext der medizinischen Primärversorgung (Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser). Es wurde auf ein ökonomisches, zuverlässiges und valides Screening-Instrument zurückgegriffen; bei positivem Screening-Befund erfolgte eine vertiefende Diagnostik, die bei positiver Diagnose überging in eine motivierende Beratung mit dem Ziel der Veränderung des Trinkverhaltens und ggf. Inanspruchnahme weitergehender Hilfen. Das Konzept der Früherkennung und Beratung (*early intervention*) hatte sich im anglo-amerikanischen Raum bereits in einer Reihe von Studien als wirksam und kostengünstig erwiesen. In einer Teilstichprobe von 114 Patienten aus Allgemeinkrankenhäusern zeigten sich 12 Monate nach der Intervention signifikante Veränderungen bezüglich Konsummenge, Diagnosen und Inanspruchnahmeverhalten. Das Screening hatten 1221 Patienten absolviert, die Prävalenz alkoholbezogener Diagnosen lag bei 17 % und damit deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Strategien wie diese sind im Bereich der psychischen Erkrankungen vorderhand nur bei solchen Störungen sinnvoll umsetzbar, bezüglich derer die von GREENFIELD & SHORE (1995) definierten Voraussetzungen gegeben sind:

„The use of screening techniques is highly feasible with many of the common disorders in psychiatry, particularly depression, anxiety and problem drinking. It also lends itself well to the circumstances of general practice“ (PAYKEL 1994, S. 7).

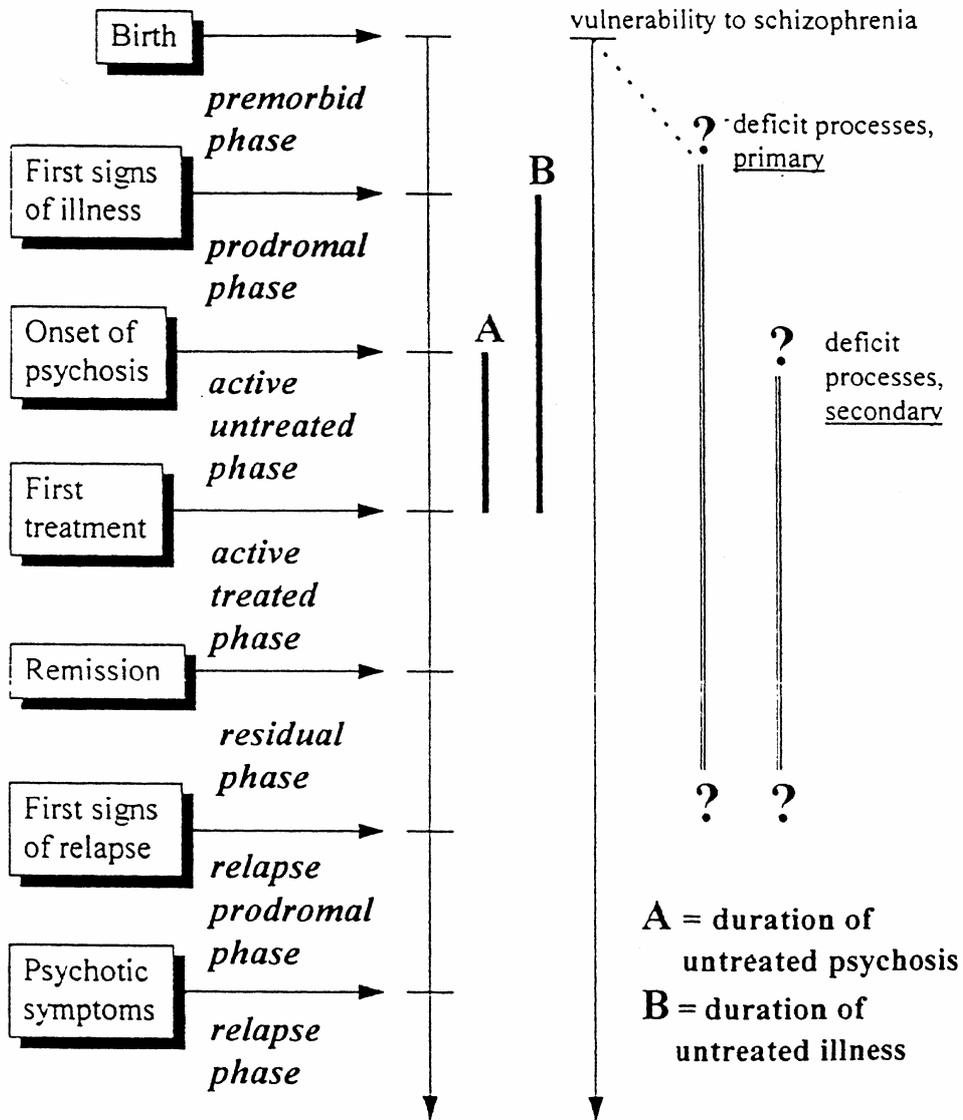
Die Schizophrenie gehört (noch) nicht zu diesen Störungen. Dennoch gibt es auch hier inzwischen Konzepte der Früherkennung und -behandlung, um die es im folgenden Abschnitt geht.

Sekundärprävention bei schizophrenen Störungen: Problemstellung und Rationale

Abbildung 1.2 (nächste Seite) zeigt eine Einteilung des frühen Verlaufs schizophrener Psychosen in 7 Phasen. Sekundärprävention müßte u. a. zum Ziel haben, Menschen mit ersten Krankheitszeichen schon in der Prodromalphase frühzeitig zu identifizieren und ihnen ein akzeptables Hilfeangebot zu machen. Hierbei handelt es sich jedoch mit Blick auf die psychiatrische Versorgungspraxis bisher um einen gänzlich unerfüllten Anspruch.

Dies wird deutlich anhand von retrospektiven Studien zur Dauer von unbehandelten akuten Psychosen. Es liegen inzwischen mehr als ein halbes Dutzend retrospektiver Studien vor, die belegen, daß erstmals akut psychosekranke Menschen fast regelhaft über lange Zeiträume hinweg unbehandelt bleiben. Nimmt man die von MCGORRY & SINGH (1995), LARSEN et al. (1996) und BIRCHWOOD et al. (1997) referierten bzw. erhobene Befunde zusammen, so liegt die Dauer der unbehandelten Phase im Schnitt zwischen 30 und 156 Wochen (Median 74 Wochen)! Dabei ist die Streuung der individuellen Befunde sehr groß und liegt zwischen wenigen Tagen und vielen Jahren. Bei Männern ist die unbehandelte Phase im Schnitt deutlich länger als bei Frauen: In der Studie von LARSEN et al. (1996) z. B. betrug der Durchschnittswert bei Männern 154, bei Frauen 39 Wochen. Die Dauer der

Abb. 1.2: Der frühe Verlauf der Schizophrenie – Phasen und Definition
 (aus McGLASHAN & JOHANNESSEN 1996)



unbehandelten Phase korrelierte außerdem mit schleichendem Krankheitsbeginn und ausgeprägter Negativ-Symptomatik. In einer weiteren, qualitativen Analyse konnten LARSEN et al. (1998) zeigen, daß vor allem sozialer Rückzug und ein schwaches soziales Netzwerk in Beziehung stehen zu einer langen unbehandelten Krankheitsphase. BIRCHWOOD et al. (1997) sowie FALLOON et al. (1998) diskutieren weitere Gründe dafür, daß so viele Ersterkrankte so spät in qualifizierte Behandlung kommen:

- ein besonders langes Prodrom mit nur graduell zunehmenden funktionellen Störungen;
- negative Auswirkungen von Vorurteilen bezüglich psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlung auf das Hilfesuchverhalten;
- mangelnde Auffälligkeit der Störungen infolge sozialer Isolierung, insbesondere in städtischen Wohngebieten;
- unqualifizierte Diagnostik/Behandlung bzw. ausbleibende Vermittlung von Ersterkrankten in Diensten der medizinischen Primärversorgung (vergl. hierzu auch LINCOLN et al. 1998).

McGLASHAN & JOHANNESSEN (1996) stellen somit zu Recht fest, daß die bisherige Strategie des *wait and see* angesichts der frühen Phasen der Erkrankung ein zentrales Public Health-Problem darstellt und LARSEN et al. (1996) folgern:

„...reducing the duration of untreated psychosis becomes a major public health directive for psychiatric services“ (S. 251).

Und an anderer Stelle:

„It will remain difficult to identify and treat these people with the presently practised treatment model, where detected cases are invited to meet a therapist at the office in the hospital or at the out-patient clinicThe parents, other relatives, school teachers and even friends or neighbours might be important key persons if we are to identify these people earlier“ (1998, S. 51).

Wie problematisch die lange Dauer unbehandelter Ersterkrankungen tatsächlich ist, wird klar durch die Erkenntnis, daß die Zeit um die psychotische Ersterkrankung herum eine kritische Periode im Hinblick auf den weiteren Verlauf der Erkrankung darstellt. So belegen eine Reihe von retrospektiven Studien aus der Zeit der Einführung der Neuroleptika-Therapie in den 50er Jahren eine negative Korrelation zwischen Behandlungs-Response und bisheriger Erkrankungsdauer (McGLASHAN & JOHANNESSEN 1996). Inzwischen liegen darüber hinaus mehrere prospektive Studien vor, die eine negative Beziehung zwischen Behandlungserfolg und Dauer der unbehandelten Phase belegen (ebd., McGLASHAN 1998, WYATT 1998). BIRCHWOOD et al. (1997) referieren Befunde, nach denen die Rückfallrate über zwei Jahre dreifach erhöht ist, wenn die unbehandelte Phase länger als ein Jahr dauert (im Vergleich zu Patienten mit einer unbehandelten Dauer von weniger als einem Jahr). In einer anderen Studie korrelierte die Dauer der unbehandelten Phase sowohl mit der Zeit bis zur als auch mit dem Grad der Remission (LOEBEL et al. 1992).

Mit McGLASHAN & JOHANNESSEN (1996) kann somit gefolgert werden

„...that treatments we use now can make a difference in the natural course of schizophrenia if they are applied early“ (S. 212).

Generell gilt für den frühen Verlauf schizophrener Erkrankungen, daß Rückfall- und Rehospitalisierungsrisiko in den ersten 2 – 3 Jahren am höchsten sind und daß das Krankheitsgeschehen nach 3 – 5 Jahren ein Plateau erreicht, von dem ausgehend im Mittel kaum noch nachhaltige Verschlechterungen zu verzeichnen sind (McGLASHAN & JOHANNESSEN 1996, BIRCHWOOD et al. 1997). Die kognitiven Störungen, die heute als Kern der Vulnerabilität für Schizophrenie aufgefaßt werden (vgl. 2.3), scheinen darüber hinaus im Laufe

der Ersterkrankung noch zuzunehmen, stabilisieren sich jedoch kurz darauf (Übersicht bei McGLASHAN & JOHANNESSEN 1996).

Diese und ähnliche Befunde führen zur Übertragung des entwicklungspsychologischen Konzepts der „kritischen Periode“ auf die frühen Phasen schizophrener Erkrankungen und zur Feststellung

„...that the early phase of psychosis, and the variables that influence it, are formative, and that long-term outcome is strongly predictable early in the course, and that crucial biological and psychosocial changes are laid down in this period“ (BIRCHWOOD et al. 1997).

Unbehandelte Psychosen müssen aus aktueller neurowissenschaftlicher Sicht als „neurobiologisch toxisch“ gelten (McGLASHAN 1998, vergl. auch 2.5.4). Sie sind zugleich mit ausgeprägten psychosozialen Risiken verbunden wie Gewalt gegen sich selbst und andere, Substanzmißbrauch etc. MORTENSEN & JUEL (1993) verglichen eine nationale Fallregister-Stichprobe von mehr als 9000 erstmals an Schizophrenie Erkrankten in Dänemark mit der entsprechenden Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung; sie fanden eine 20-fach erhöhte Suizidmortalität und eine 10-fach erhöhte Homizidhäufigkeit, wobei das Suizidrisiko in den 12 Monaten nach der Erstbehandlung besonders ausgeprägt war. LINCOLN et al. (1998) analysierten Risikofaktoren in der unbehandelten Phase bei 62 ersterkrankten Patienten in Melbourne: 11 % hatten einen Suizidversuch unternommen, 16 % berichteten andere Formen selbstverletzenden Verhaltens, 21 % Verhalten mit potentiell lebensbedrohlichen Folgen für andere, 37 % Polizeikontakt und 53 % Drogenmißbrauch (ohne Alkohol).

Die soweit referierten Befunde zusammengenommen führen in den letzten 2 – 3 Jahren zu einem ganz neuen Optimismus im Hinblick auf sekundärpräventive Möglichkeiten bei schizophrenen Erkrankungen. BIRCHWOOD et al. (1997) propagieren eine umfassende Strategie aus drei Elementen:

- *community education programmes*, die die Behandelbarkeit von Psychosen herausstellen und sich an Professionelle und an Laien wenden, die eine erhöhte Kontaktdichte mit Psychosekranken haben;
- Training von Hausärzten bezüglich Erkennung und Weitervermittlung;
- spezielle Behandlungssettings für Ersterkrankte einschließlich Behandlung zu Hause (*home treatment*).

YUNG et al. (1998) sprechen von der Möglichkeit zur „indizierten Prävention“ und BIRCHWOOD et al. (1998) formulieren bündig:

„Truly the era of secondary prevention in psychosis has begun“ (S. 57).

Unter pragmatischen Gesichtspunkten definieren McGORRY et al. (1996) die Ziele von sekundärpräventiven Strategien wie folgt:

„...a realistic secondary preventive approach would involve strategies that first reduce the duration of untreated psychosis and second optimize the management of the disorder during the early years after detection“ (S. 306).

McGORRY (1998) fokussiert sowohl sekundär- als auch tertiärpräventive Aspekte und faßt das Rationale solcher Interventionsstrategien bei schizophrenen Erkrankungen wie folgt zusammen:

„First, delays in initiating treatment are often prolonged and are associated with substantial functional decline, treatment resistance and increased subsequent rates of relapse.... Second, intensive and sophisticated intervention during the early phase of the illness could minimize iatrogenic damage and more effectively promote recovery Third, targeting failure of initial remission or early treatment resistance with recently developed enhanced drug and psychosocial interventions, could result in lower rate of prolonged treatment resistance, relapse, and disability. Finally, maintaining remission and preventing or limiting

relapse, by reducing the total duration of active psychosis and its deleterious consequences is a post-psychotic analogue of reducing duration of untreated psychosis“ (S. 1).

Einschränkend ist mit McGLASHAN (1998) jedoch darauf hinzuweisen, daß alle existierenden Ansätze der Schizophreniebehandlung entwickelt worden sind für manifeste Formen der Erkrankung und noch nicht im Hinblick auf ihr sekundär- oder gar primärpräventives Potential evaluiert sind. Insoweit sind aktuelle, international intensiv diskutierte Präventionskonzepte bisher weitgehend Programm und ihre Datenbasis ist noch schmal. Sie wird sich jedoch in den nächsten Jahren exponentiell verbreitern, da eine Reihe von Projekten in der Umsetzung sind. Im nächsten Abschnitt sollen praktische Fragestellungen und Modelle der Sekundärprävention exemplarisch beschrieben werden.

Praktische Umsetzung von Sekundärprävention bei schizophrenen Störungen – Das EPICC-Programm

Sekundärprävention ist Früherkennung und qualifizierte Behandlung mit dem Ziel, die Dauer der Ersterkrankung so kurz wie möglich zu halten und Heilung bzw. eine optimale Remission zu erzielen. Die Ausführungen dieses Abschnitts werden sich im wesentlichen auf die Früherkennung beschränken. Behandlung wird nur insoweit thematisiert, wie es um Besonderheiten der Behandlung Ersterkrankter geht. Ausführlich ist dieses Thema Gegenstand des 3. Kapitels dieser Arbeit.

Ein erster Zugang zur Sekundärprävention schizophrener Erkrankungen ergibt sich nach dem soeben Ausgeführten unmittelbar mit der Zielsetzung, eine bereits eingetretene psychotische Ersterkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um die erste Episode abzukürzen und eine möglichst gute Remission zu erreichen. Bezogen auf Abbildung 1.2 geht es also darum, die aktive unbehandelte Phase zu verkürzen.

Das weltweit systematischste und am weitesten entwickelte Konzept der Früherkennung und Behandlung von Menschen mit der ersten schizophrenen Akuterkrankung hat in Melbourne/Australien die Arbeitsgruppe um McGORRY und JACKSON entwickelt. Ihr Programm wird im folgenden im Überblick vorgestellt:

Das *Early Psychosis Prevention and Intervention Center/EPICC* begann 1992 auf der Basis eines bereits bestehenden Konzeptes für die Behandlung von Ersterkrankten. Dabei wurde versucht, konsequent von der Nutzerperspektive auszugehen; und zwar

„...as a response to the disempowerment inherent in the role of the psychiatric patient in contemporary society and reflected in the traditional practices of mental health agencies“ (McGORRY et al. 1996, S. 308).

Es handelt sich bei EPICC um ein integriertes, gemeindeorientiertes Serviceprogramm für ältere Jugendliche und junge Erwachsene (16 – 30 Jahre), die ihre erste psychotische Akuterkrankung durchmachen. Das Konzept ist darauf ausgerichtet, die Patienten auch nach der Remission durch die „kritische Periode“ (s. o.) hindurch weiter kontinuierlich zu begleiten (ca. 2 J.). Der Dienst hat einen städtischen Einzugsbereich mit ca. 800.000 Einwohnern, gut 200.000 davon gehören zur angezielten Altersgruppe. Dies führte zu einer Inzidenzschätzung von ca. 200 neuen Fällen pro Jahr, tatsächlich hat EPICC bisher jährlich ca. 250 Ersterkrankte erreicht. Die Bausteine des Programms:

- *Early Psychosis Assessment Team/EPAT*: Dies ist der einzige Zugangsweg für Patienten in das Programm. Es handelt sich um einen Rund-um-die-Uhr-Dienst mit der Hauptaufgabe, neue Fälle möglichst früh zu identifizieren.

„Through networking and carefully targeted community education activities, EPAT sought to raise community awareness of psychosis in young people and promote recognition and early referral“ (ebd., S. 309).

Ca. 40 % der Assessments von EPAT werden in der häuslichen Umgebung durchgeführt, ca. 20 % in nicht-psychiatrischen Kontexten wie Schulen oder Arztpraxen.

EPAT wurde zu einem späteren Zeitpunkt mit einem mobilen Dienst für die Behandlung zu Hause (*home treatment service*) zusammengelegt, womit das *Early Assessment and Community Treatment Team/ EPACT* entstand. Ziel der Behandlung zu Hause ist es, Patienten mit guter familiärer Unterstützung und niedrigem Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung die Hospitalisierung zu ersparen. Bei etwa 1/3 der EPPIC-Patienten in 1995/96 konnte dieses Ziel realisiert werden (POWER et al. 1998).

- Ein *case-management* System, das laufend ca. 300 Patienten aktiv betreut bei 20 neuen Fällen monatlich.
- Eine kleine stationäre Behandlungseinheit, deren Bettenzahl durch die Behandlung zu Hause von 21 auf 14 reduziert werden konnte. Die Mitarbeiter dieser Einheit arbeiten übergreifend auch in anderen Bausteinen des Programms, um Betreuungskontinuität auch bei Rückfällen und Wiederaufnahmen zu gewährleisten.
- Familienarbeit einschließlich psychoedukativer, bewältigungsorientierter und familientherapeutischer Elemente.
- Ein kognitiv orientiertes Gruppentherapie-Konzept/COPE, das die Betroffenen bei der Verarbeitung der Ersterkrankung unterstützen soll.

„Psychoeducation and cognitive techniques were used to challenge self-stigmatisation and self-stereotypes, helping the person to come to terms with understanding their illness and pursuing life goals ... Additionally, cognitive and behavioral techniques were used to focus on emergent secondary morbidity such as depression and anxiety“ (JACKSON et al. 1998, S. 94).

- Ein Gruppenprogramm „for recovery of early psychosis“ mit 5 inhaltlichen Schwerpunkten: Arbeit/Beschäftigung, kreativer Ausdruck, soziale und Freizeitaktivitäten, Gesundheitsförderung, persönliche Entwicklung. Zu jedem Zeitpunkt werden Gruppen zu jedem der 5 Schwerpunkte angeboten, die parallel genutzt werden können, so daß wöchentlich etwa ein Dutzend Gruppensitzungen stattfinden (ALBISTON et al. 1998).
- Das *Treatment Resistance Early Assessment Team/TREAT*: Hierbei handelt es sich um einen internen Beratungsdienst für Case-Manager und Psychiater von EPICC, um die Erkennung und Behandlung von Patienten zu optimieren, bei denen die initiale Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist nicht zur Remission führt.
- Das Konzept *Systematic Targeting of Prolonged Positive Symptoms/STOPP*: Diesem Konzept werden Patienten über TREAT zugewiesen. Es schließt die Gruppentherapie nach dem COPE-Konzept ein, fokussiert jedoch stärker auf die kognitive Therapie persistierender Symptome und Probleme der Ko-Morbidität (EDWARDS et al. 1998).

Die einzelnen EPICC-Bausteine und das Gesamtprogramm werden fortlaufend in einem klinischen Forschungsprojekt dokumentiert und evaluiert. Es ist zu erwarten, daß auf diese Weise in den nächsten Jahren in Melbourne ein wertvoller Datenpool zum frühen Verlauf schizophrener Erkrankungen, zu seinen Determinanten sowie den Wirkungen von frühen Interventionen entsteht.

Ein zweiter Zugang zum Problem der Sekundärprävention schizophrener Erkrankungen ergibt sich aus der Zielsetzung, eine beginnende Psychose zu erkennen und präventiv zu intervenieren, bevor es zum Ausbruch der ersten Akuterkrankung kommt. An dieser Stelle drängt sich erneut das Problem der Abgrenzung von Primär- und Sekundärprävention der Schizophrenie auf. Dazu YUNG et al. (1996)

„If the prodromal period is considered to be part of the disorder itself, the intervention at this stage would be seen as secondary – albeit early secondary – prevention. If, however, the prodrome is viewed as a separate syndrome conferring heightened but not inevitable risk for psychosis, then intervention would be viewed as primary prevention“ (S. 287).

Auf der anderen Seite kann man argumentieren, daß von Primärprävention nur bei Interventionen in der prämorbid Phase (vgl. Abb. 1.2) gesprochen werden sollte. Letztlich hängt es stark vom Krankheitskonzept ab, welcher Variante man folgt. Vor dem Hintergrund des in Kapitel 2 zu entwickelnden aktuellen Krankheitskonzeptes wird auch die „frühe Frühintervention“ hier der Sekundärprävention zugeordnet. Primärpräventiv wären damit nur solche Interventionen, die die Vulnerabilität für Schizophrenie direkt beeinflussen würden.

In jedem Fall ergibt sich die Frage, ob es möglich ist, eine beginnende Psychose bereits in der Prodromalphase zuverlässig zu erkennen.

Diese Frage wird mit State-bezogenen Ansätzen untersucht. Hierbei geht es darum, instabile, fluktuierende psychische Phänomene oder Zustände auf ihren prädiktiven Wert für das Auftreten einer psychotischen Ersterkrankung hin zu überprüfen. In der Literatur werden solche Phänomene bereits seit langem als Prodrome diskutiert.

„... the prodrome is the period between the most valid estimates of the onset of change in the person and the onset of psychosis“ (YUNG & McGORRY 1996, S. 255).

Während sich Trait-Marker auf die prämorbid Phase beziehen, sind State-Marker für die prodromale Phase der Erkrankung interessant. YUNG & McGORRY (1996) diskutieren Geschichte und Problematik des Prodrom-Konzepts ausführlich. In diesem Zusammenhang geht es vorrangig um seine praktische Umsetzung im Kontext der Sekundärprävention.

Auch hier ist es die Melbourner EPPIC-Arbeitsgruppe, die in den letzten Jahren weltweit die meiste konzeptionelle Energie und praktische Initiative in die „frühe Früherkennung“ und -behandlung von schizophren Erkrankten investiert hat. Im letzten Teil dieses Abschnitts beziehen wir uns deshalb im wesentlichen auf die Ergebnisse dieser Gruppe.

YUNG et al. (1996) definieren Prodrom als „*at risk mental state*“, der – im Unterschied zur Verwendung dieses Konzeptes bei vielen älteren Autoren – nicht zwangsläufig in das klinische Bild der Schizophrenie übergeht; andernfalls würden sekundärpräventive Bemühungen ja keinen Sinn machen. Zur Abgrenzung vom Trait-Konzept fordern sie außerdem, daß es sich dabei um neu auftauchende (sub-)klinische Phänomene handeln muß.

„If any of these clinical features can be found to be strong predictors of subsequent psychosis, then the prospect of intervention before onset of frank psychosis in schizophrenia and other psychotic disorders may be possible“ (ebd., S. 286).

Es ist gut belegt, daß Prodrome schizophrener Ersterkrankungen zeitlich sehr ausgedehnt sein können und oft über mehrere Monate bis hin zu Jahren andauern (YUNG & McGORRY 1996). Im Gegensatz dazu ist die prodromale Phase vor Rezidiven wesentlich kürzer, ihre Dauer variiert in der Regel zwischen wenigen Tagen und wenigen Wochen (vgl. 2.4.2).

Im Hinblick auf die (sub-)klinischen Vorläufer einer psychotischen Ersterkrankung hat sich allerdings herausgestellt, daß sie überwiegend unspezifischer Natur sind. McGORRY et al. (1995) untersuchten Prodrome bei 657 repräsentativ ausgewählten australischen Schülern der Schuljahre 8,10 und 12. Sie stützten sich dabei auf die prodromalen Symptome nach DSM-III-R (Soziale Isolierung; Beeinträchtigung der Rollenerfüllung; absonderliches Verhalten; Beeinträchtigung der persönlichen Hygiene; abgestumpfter, verflachter oder inadäquater Affekt; abschweifende, vage, verstiegene, umständliche Sprache oder Verarmung der Sprache; eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken; ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse; erheblicher Mangel an Initiative, Interesse oder Energie). Die Reliabilität, Spezifität und klinische Gültigkeit dieser Symptome ist vielfach kritisch diskutiert worden, was inzwischen dazu geführt hat, daß sie in der aktuellen Fassung DSM-IV nicht mehr enthalten sind. Zum Zeitpunkt der Untersuchung stellten sie jedoch die einzigen operationalisierten Kriterien des Prodroms dar. Das Ergebnis: 50 % der Schüler berichteten mindestens 2 Prodromal-Symptome; selbst wenn eine gewisse zeitliche Mindestdauer ge-

fordert wurde, wiesen noch 10 – 15 % das Prodrom einer schizophrenen Psychose auf. Diese operationalen Kriterien erwiesen sich demnach als untaugliche Grundlage für ein Screening-Verfahren:

„The lack of specificity of prodromal features and the problem of false positives create a major challenge for attempts at early intervention“ (YUNG et al. 1996, S. 289).

Diese Problematik veranlaßte die Melbournner Arbeitsgruppe, eine eigene operationale Definition des Prodroms zu entwickeln, die aus einer Kombination von Trait- und State-Merkmalen besteht. Ein „*at-risk mental state*“ wird in der aktuellen Definition dann angenommen, wenn mindestens eines der drei folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt mindestens eines der folgenden Symptome vor: Beziehungsideen, ungewöhnliche Überzeugungen, magisches Denken, Wahrnehmungsstörungen, ungewöhnliche Denkinhalte, ungewöhnliches Verhalten oder Erscheinungsbild (entsprechend der DSM-IV Definition der schizotypen Persönlichkeitsstörung); oder
- es gibt vorübergehende psychotische Symptome in der Vorgeschichte: Halluzinationen, Wahngedanken oder formale Denkstörungen, die sich innerhalb von höchstens einer Woche spontan zurückbilden; oder
- es liegt gleichzeitig ein „*at-risk trait*“ und ein uncharakteristischer „*at-risk state*“ vor. Als Trait-Merkmale gelten entweder mindestens ein Verwandter ersten Grades mit einer psychotischen Störung oder das Vorliegen einer Spektrum-Störung bzw. einer schizotypen Persönlichkeitsstörung beim Individuum selbst (nach DSM-IV). Als State-Merkmal gilt ein unspezifisches, „neurotisches“ ängstliches oder depressives Syndrom (YUNG et al. 1998).

„Thus the underlying objective is to be able to predict with a reasonable degree of specificity which high-risk individuals, will, in the absence of treatment, become psychotic in the short term. These are the people in whom specific intervention, including neuroleptic medication, is justified before the advent of frank psychosis“ (ebd., S. 15).

Das Setting, in dem diese Strategie praktisch umgesetzt und evaluiert wird, ist die PACE-Klinik (YUNG et al. 1996,1998). PACE steht für *Personal Assistance and Crisis Intervention* und ist ein Teilprojekt von EPPIC (s. o.), von wo aus auch etwa die Hälfte der Klienten zugewiesen werden. Weitere Zuweisungen erfolgen von anderen psychiatrischen Diensten, (ca. 1/4) von Schulen und Ausbildungsstätten (10 %) sowie dem Bereich der medizinischen Primärversorgung (10 %). PACE ist angegliedert an einen allgemeinmedizinischen ambulanten Dienst, das *Centre of Adolescent Health*. Auf diese Weise sollen die Zugangsschwelle niedrig gehalten und Stigmatisierungseffekte vermieden werden. Das Vorgehen wird umrissen als psychosoziale Strategien der Streß-Reduktion und Coping-Verbesserung mit besonderer Betonung von personeller und konzeptioneller Kontinuität (*case-management*). Wegen der noch unbekanntem, aber potentiell nennenswerten Rate falsch-positiver Zuweisungen werden die Klienten bewußt nicht wie psychotische Patienten behandelt. Auch wird die Möglichkeit des Übergangs in eine akute Psychose nicht forciert thematisiert. Auf diese Weise sollen voreilige Stigmatisierungserfahrungen und überflüssige Besorgnis vermieden werden. Wenn Klienten, z. B. solche mit Psychoseerkrankten in der Verwandtschaft, über das Risiko, selbst zu erkranken, aufgeklärt werden möchten, geschieht dies allerdings. Eine neuroleptische Therapie erfolgt sehr zurückhaltend und erst nach sorgfältiger Abwägung von Chancen und Risiken.

In einer ersten Pilot-Phase, über die YUNG et al. (1996) berichten, erfolgten 110 Zuweisungen, die klinisch interviewt wurden, 52 Klienten erfüllten die Einschlusskriterien (in dieser ersten Phase noch etwas weiter gefaßt, als oben beschrieben). Von den 33 Klienten, die einwilligten, an dem Forschungsprojekt von PACE teilzunehmen, wurden innerhalb von 20 Monaten 7 = 21 % akut psychotisch. Um die Falsch-positiv-Rate zu senken, erfolgte eine Revision der Einschlusskriterien im oben beschriebenen Sinne. In einer zweiten Pilot-Studie

zeigte sich, daß von den ersten 20 Klienten, die die Kriterien erfüllten und in die Forschungsstichprobe aufgenommen wurden, innerhalb von 6 Monaten bereits 8 = 40 % psychotisch erkrankten. Diese noch sehr vorläufigen Ergebnisse eines in rapider Entwicklung befindlichen Praxis- und Forschungsprojektes sind vielversprechend und deuten darauf hin, daß die Früherkennung noch vor dem Ausbruch der ersten Akuterkrankung möglich ist. Die kumulierenden Daten des PACE-Projektes sollen auch dazu genutzt werden, die prädiktive Potenz unterschiedlicher State-Marker multivariat zu prüfen, so daß die Aussicht besteht, zukünftig über noch spezifischere und sensitivere Kriterien zu verfügen.

Wichtige Vorarbeit bezüglich der „frühen Früherkennung“ und Frühintervention bei schizophrenen Psychosen hatte bereits FALLOON (1992) in den 80er Jahren im Rahmen einer Feldstudie in einem eng umschriebenen Versorgungsgebiet von 35.000 Einwohnern geleistet. Die operationale Definition des Prodroms orientierte sich an den DSM III-R-Kriterien, und die Früh-erkennung stützte sich in erster Linie auf Allgemeinärzte, die entsprechend geschult wurden. Die Frühintervention erfolgte durch ein psychiatrisches Team, und es wurde über 4 Jahre eine deutlich reduzierte Inzidenz festgestellt.

Einen ähnlichen Weg der Früherkennung wie YUNG et al. (1998) hat in Deutschland die Arbeitsgruppe um KLOSTERKÖTTER beschritten. Auch in dieser Studie wurden Trait- und State-Merkmale verknüpft, um die Falsch negativ-Rate zu reduzieren (KLOSTERKÖTTER et al. 1997). Untersucht wurde eine Gruppe von 96 Patienten aus 3 Universitätskliniken. Die Probanden waren also bereits zu Beginn der Untersuchung psychisch erkrankt, allerdings nicht an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern an neurotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, darunter fast $\frac{1}{4}$ mit einer Diagnose aus dem Bereich der Schizophrenie-Spektrum Störungen (schizoid, schizotyp, Borderline). Dies kann mithin als Trait-Komponente aufgefaßt werden. Während der stationären Behandlung zu Beginn des Untersuchungszeitraumes wurden die Probanden mit der „Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen“/BSABS untersucht. Diese Fremdbeurteilungsskala soll primäre Störungen der Schizophrenie erfassen, die der eigentlichen Symptomatik vorausgehen und ihr nachfolgen (zum Basisstörungen-Konzept vergl. 2.3.2). Diese können als State-Komponente aufgefaßt werden. Die Patienten wurden nach durchschnittlich 8 Jahren erneut befragt bzw. untersucht, ohne daß in der Zwischenzeit eine sekundärpräventive Intervention durchgeführt wurde. Insgesamt 58 % waren inzwischen an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt. Auf der Basis des BSABS-Befundes konnten 77 % dieser Fälle korrekt vorhergesagt werden, die Falsch negativ-Rate betrug 0 %. In einer stark vorselegierten Population und mit einem zusätzlichen State-Marker kann also bereits eine beeindruckende Prognose-Qualität erreicht werden.

Zusammenfassend können wir feststellen: Die Früherkennung und -behandlung manifester Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ist grundsätzlich schon heute möglich, denn sie setzt auf den geltenden diagnostischen Konventionen auf. Für das noch weitergehende Projekt der „frühen Früherkennung“ in der Prodromalphase fehlen einstweilen noch hinreichende Grundlagen, insbesondere was die Identifikation von verlässlichen Markern angeht. Für beide Optionen muß einstweilen der Vorbehalt gelten, daß derzeit noch nicht zweifelsfrei belegt ist, daß frühe Interventionen mit den der Psychiatrie aktuell zur Verfügung stehenden Mitteln tatsächlich zu einer günstigen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, des Selbstkonzepts, der Lebensqualität etc. führen. Dies zu belegen, bleibt Aufgabe prospektiv und längerfristig anzulegender Untersuchungen, wie sie z. B. in Melbourne vor wenigen Jahren begonnen haben.

Selbst wenn die Ergebnisse die Erwartungen bestätigen sollten – was im Interesse der Betroffenen dringend zu hoffen ist – stünden damit ganz neue Fragen und Probleme auf der Agenda der Psychiatrie. Denn eine erfolversprechende Umsetzung dieser Strategien ist nicht denkbar, ohne daß die Psychiatrie ihren umschriebenen Zuständigkeitsbereich der Krankenbehandlung und Rehabilitation überschreitet, sich mit anderen, z. T. nicht-medizinischen Systemen vernetzt und sich in das Feld der „öffentlichen Gesundheit“ begibt. Neben dem Bereich der medizinischen Primärversorgung sind hier v. a. wichtig psychosoziale Dienste und Einrichtungen im Vorfeld von Medizin und Psychiatrie, z. B. Jugendhilfe, sowie der Bereich Schule und Ausbildung. Letztlich wird das Ziel der möglichst frühzeitigen Erkennung von jungen Menschen mit akuten bzw. beginnenden psychotischen Störungen jedoch nur zu erreichen sein, wenn auch der Schritt in die allgemeine Öffentlichkeit gewagt

und Schizophrenie gesellschaftlich zum Thema gemacht wird. Damit wäre zugleich die Chance gegeben, das Stigma, mit der die Erkrankung und die davon Betroffenen bis heute belegt sind, nach und nach abzubauen und durch ein realistisches Bild zu ersetzen. All das ist vorerst in der bundesdeutschen Psychiatrie nirgendwo erkennbar. Das Programm, die Ära der Sekundärprävention hat hier noch nicht einmal begonnen.

Absehbar ist, daß das Vorhaben einer aktiven Sekundärprävention der Schizophrenie es in der psychiatriepolitischen Diskussion schwer hätte, denn es würden dadurch nicht nur komplexe versorgungspolitische und ökonomische Probleme aufgeworfen, sondern es stellten sich außerdem ernstzunehmende ethische Fragen: Wie weit darf/soll der Zugriff der Psychiatrie gehen? Muß es nicht ein Recht auf Krankheit/Nichtanpassung geben? Darf man Menschen mit einer Krankheit schon dann konfrontieren, wenn lediglich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, daß sie erkranken könnten? Solche und ähnliche Fragen können und müssen seriös diskutiert werden (vergl. YUNG & MCGORRY 1997). Sie dürfen die Psychiatrie aber nicht im Vorwege davon abhalten, sich nachhaltig mit einer besseren Sekundärprävention von Psychosen zu befassen. Es ist das Verdienst des EPPIC-Programms, einen Meilenstein für die internationale Diskussion gesetzt zu haben.

1.4.4 Tertiäre Prävention

„Der Begriff der ‚Behandlung‘ ist soweit zu fassen, daß er langfristig angesetzte medizinische, psychologische und soziale Therapien einschließt: Gesundheitserziehung, Training und Beratung, Erholung, Unterstützung und Schutz; Daseinssicherung“ (WING 1987, S. 332).

Das, was WING hier programmatisch als Behandlung im umfassenden Sinn von *treatment* postuliert, entspricht weitgehend dem Interventionsansatz der Tertiärprävention: Rückfallvorbeugung sowie Vermeidung von Chronifizierung und Behinderung. Da gerade im Bereich der chronischen psychischen Erkrankungen Behandlung und Rückfallvorbeugung, Kuration und Rehabilitation nur schwer voneinander abgrenzbar sind, fällt vieles, was im Kapitel 3 dieser Arbeit behandelt wird, auch in den Bereich der Tertiärprävention, und zwar in dem Maße, wie der jeweilige Ansatz geeignet ist, Rückfällen vorzubeugen und (weitere) Chronifizierung zu vermeiden.

Bis heute ist die pharmakologische Langzeitbehandlung das wirksamste Mittel, daß der Psychiatrie in der Rezidivprophylaxe schizophrener Erkrankungen zur Verfügung steht. Sie wird in Kapitel 3 deshalb ausführlich als ein Basisbaustein der Schizophrenie-Therapie behandelt (vergl. 3.4). Im Zusammenhang dieses Kapitels geht es vorrangig um sozial-rehabilitative Aspekte von Tertiärprävention, soweit sie unter der Perspektive der Gesundheitsförderung interessant sind. Dabei ist zu beachten, daß streng kontrollierte Evaluationsstudien, die geeignet wären, eine tertiärpräventive Wirkung im Sinne der Vermeidung/ Milderung von Chronifizierung nachzuweisen, kaum vorliegen. Dies erklärt sich zum einen durch den Umstand, daß solche Studien sehr aufwendig sind: Ersterkrankte müßten prospektiv über die „kritische Periode“ hinaus für mehrere Jahre rehabilitativ behandelt und über mehrere weitere Jahre nachuntersucht werden. Dabei ist eine randomisierte Zuordnung zu den Untersuchungsbedingungen praktisch nicht umsetzbar, selbst wenn sie – was schwierig genug sein dürfte – ethisch zu rechtfertigen wäre. Deshalb wird zumeist auf natürliche Vergleichsgruppen unterschiedlicher Art zurückgegriffen. Insofern gibt es kaum gesicherte Erkenntnisse über die tertiärpräventive Wirkung von mittel- und längerfristig ausgerichteten psychosozialen Programmen (einige einschlägige Ergebnisse finden sich jedoch unter 2.5). Deshalb erfolgt die Diskussion dieses Themas im folgenden primär unter versorgungsstrukturellen Gesichtspunkten.

Die Tertiärprävention chronisch-rezidivierender psychischer Erkrankter im allgemeinen und die von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im besonderen ist das Feld, in dem in den vergangenen Jahrzehnten die tiefgreifendsten Veränderungen im Kontext der psychiatrischen Versorgung stattgefunden haben.

Das Thema „Rehabilitation“ wird v. a. in der bundesdeutschen Fachdiskussion kaum je störungsspezifisch diskutiert. Dies belegt zum einen den Mangel an theoretisch begründeten tertiärpräventiven Konzepten; zum anderen ist psychiatrische Rehabilitation in weiten Bereichen der psychiatrischen Versorgungspraxis fast deckungsgleich mit der Rehabilitation schizophrener Erkrankter, denn sie machen regelhaft 2/3 bis 4/5 der Klientele einschlägiger Einrichtungen und Dienste aus. Aus diesen Gründen wird in der Behandlung des Themas in diesem Abschnitt nicht differenziert zwischen Tertiärprävention allgemein und der bei schizophrenen Erkrankungen.

In Deutschland wird der Beginn dieses Veränderungsprozesses häufig gleichgesetzt mit dem Beginn der Psychiatrie-Reform Mitte der 70er Jahre. Dies ist jedoch nur bedingt richtig, denn bereits mehr als ein Jahrzehnt zuvor hatte eine Revolution in der psychiatrischen Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen stattgefunden, die die notwendigen – wenn auch nicht hinreichenden – Voraussetzungen für den tiefgreifenden Wandel psychiatrischer Versorgungsstrukturen geschaffen hat, der sich seit den 70er Jahren vollzieht. Es handelt sich um die Einführung der modernen Psychopharmaka, insbesondere der Neuroleptika, die sich auch in der Bundesrepublik bis etwa Mitte der 60er Jahre flächendeckend vollzogen hatte. Alle in- und ausländischen Statistiken belegen, daß der Bettenabbau in psychiatrischen Großkrankenhäusern etwa zeitgleich mit der Verfügbarkeit der Neuroleptika begann und seinen Höhepunkt bereits überschritten hatte, als die Psychiatriereform erste praktische Auswirkungen zeitigte (vergl. BROWN 1985, HÄFNER 1986). Dabei ist der Bettenabbau ausschließlich zurückzuführen auf eine drastische Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauern, während die Anzahl der Behandlungsepisoden ebenso drastisch stieg. Beide Trends dauern – in abgeflachter Form – bis in die Gegenwart hinein an (RÖSSLER et al. 1994).

Ein anderer Grund für den Verkleinerungsprozeß der psychiatrischen Großkrankenhäuser ist die massenweise Verlegung chronisch psychisch Kranker in Heime, die in den 70er Jahren begann und ebenfalls bis heute andauert. KUNZE (1981, 1998) hat in seinen Untersuchungen überzeugend dokumentiert, daß es bis Ende der 70er Jahre zu höchst problematischen Verlagerungsprozessen in den Heimsektor gekommen ist, häufig in privatwirtschaftlich betriebene Einrichtungen ohne Fachpersonal, ohne Rehabilitationskonzepte und ohne fachliche Kontrolle. Für zahlreiche Betroffene dürfte mit dieser „Umhospitalisierung“ sogar eine Verschlechterung ihrer Lebens- und Betreuungsbedingungen eingetreten sein. In den 80er und 90er Jahren hat es allerdings auch in der Bundesrepublik eine ganze Reihe von sorgfältig geplanten, durchgeführten und evaluierten Enthospitalisierungsprojekten gegeben, in denen nachhaltige positive Effekte für die Lebensqualität der Betroffenen dokumentiert worden sind (KRUCKENBERG et al. 1997, VIETEN et al. 1996).

In dem Prozeß der Verlagerung des Schwerpunktes der psychiatrischen Versorgung vom (Groß-)Krankenhaus in die Gemeinde ist nun von Beginn der Reformära bis Ende der 80er Jahre eine markante Akzentverschiebung zu verzeichnen. Wie unter 1.4.1 beschrieben, war die erste Phase der Reform gekennzeichnet durch eine – zumindest rhetorische – Promotions- bzw. Präventionseuphorie. Schon bald danach begann sich der Wind der Reform jedoch zu drehen. Dies läßt sich aufzeigen am Perspektivwechsel, der sich von der Enquête zu den „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ (BUNDESMINISTERIUM 1988) vollzogen hat. Dieses umfangreiche Werk repräsentiert quasi das Kondensat der bisherigen Reform und leitet daraus Forderungen für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik ab. Spätestens mit den „Empfehlungen“ wird der Schwerpunkt von der primären und sekundären auf die tertiäre Prävention verlagert. War die Enquête in ihren versorgungspolitischen Vorstellungen noch stark krankenhauses- und institutionszentriert ausgerichtet, steht in den „Empfehlungen“ die Rekommunalisierung psychischen Leids im Vordergrund. Dies bedeutet zum einen die Rückverlagerung der politisch-administrativen Verantwortung für die Schaffung angemessener Lebensbedingungen und Hilfesysteme in die kommunalen Gebietskörperschaften als Teil der allgemei-

nen Daseinsvorsorge. Zum anderen ist damit das politische Ziel der Anerkennung aller chronisch psychisch Kranken als Mitbürger verbunden. In den Grundsätzen der "Empfehlungen" heißt es:

- „1. Die kommunalen Gebietskörperschaften ... sollen stärker als bisher die politische Verantwortung dafür übernehmen, daß psychisch Kranken und Behinderten, die in ihren Grenzen leben, angemessene Hilfen zur Verfügung stehen....
2. Die Planung für diesen politischen Verantwortungsbereich, d. h. die Psychiatrie-Planung ist somit als integrierter Bestandteil der Sozial- und Gesundheitsplanung der Kommunen zu verstehen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei dem Hilfebedarf für die stark benachteiligte Gruppe chronisch psychisch kranker Mitbürger zu widmen" (1988, S. 134).

Damit ist die Tertiärprävention zum Dreh- und Angelpunkt des weiteren Reformprozesses erklärt worden. KEUPP (1995) charakterisiert diese Wende als „Defensivstrategie“, deren Kern die Verteidigung elementarer Bürgerrechte für psychiatrische Patienten bilde.

„Prävention hat sich auf diesem politischen Hintergrund zu einem Maßnahmesystem entwickelt, das für Menschen mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen eine bürgerrechtliche Mindestabsicherung anzielt und ihnen durch psychosoziale Hilfen ein Leben in der Gemeinde ermöglichen soll. Es wird nicht mehr darüber nachgedacht, wie durch den Abbau von gesundheitsschädigenden Belastungen und durch die Förderung von positiven Lebensbedingungen das subjektive Wohlbefinden der Bevölkerung gefördert werden kann, sondern ins Zentrum präventiver Überlegungen rücken Hilfen für psychisch Kranke zur ‚Teilhabe am Leben in der Gesellschaft‘ in Form von Maßnahmen der ‚Tagesstrukturierung‘ und ‚Kontaktstiftung‘ oder ... des ‚beschützten Wohnens‘ und ... ‚beschützter Arbeitsplätze‘ ” (ebd. S. 498).

BOCK (1992) ist einer der prominenten Vertreter dieses Ansatzes:

„Hauptanliegen der Psychiatrie bzw. der Psychiatriereform kann es aus meiner Sicht nicht sein, Krankheit zu vermeiden, sondern für Kranke gesunde Lebensbedingungen schaffen zu helfen. Mit anderen Worten: Gesunde Bedingungen stehen auch Kranken zu, auch wenn sich deren Krankheit dadurch nicht verändert. Mit gesunden Bedingungen meine ich Möglichkeiten, sich persönlich zu entwickeln, eigenständig zu wohnen, sich in Tätigkeiten zu verwirklichen, sich in Gemeinschaft zu erfahren. Gesunde Bedingungen in diesem Sinne sind ein Grundrecht, das es politisch zu verwirklichen gilt, nicht nur ein Mittel zum Zweck, zur Herstellung von Gesundheit...“ (S. 113).

Hiermit ist das Programm einer tertiärpräventiv ausgerichteten Psychiatrie bündig umrissen, wobei selbst das Teilziel der Rückfallvorbeugung noch relativiert wird zugunsten eines Rechtes auf bzw. der Notwendigkeit von Krankheit (ebd.).

Im Vergleich zu der weitgehend folgenlos gebliebenen Präventionsrhetorik der Enquête ist nun allerdings bemerkenswert, daß die tertiärpräventive Neuorientierung der Reform keineswegs ohne Folgen blieb. Im Gegenteil: Sie hat nachhaltige Auswirkungen auf den weiteren Weg der Reform gehabt und die Rekommunalisierung der Versorgung aller psychisch Kranken sowie die vorrangige Verbesserung der Lebens- und Betreuungsbedingungen der chronisch Kranken und Behinderten sind überall dort, wo (noch) an innovativen psychiatrischen Versorgungskonzepten gearbeitet wird, unbestrittene Leitlinien. Insofern waren die "Empfehlungen" tatsächlich ein weiterer und bedeutender Meilenstein der Psychiatriereform in der Bundesrepublik.

Im folgenden wird dem Wandel psychiatrischer Versorgungsmodelle von der Enquête zu den „Empfehlungen“ und darüber hinaus noch ein Schritt weiter nachgegangen, denn es lassen sich aus dieser Entwicklung Konsequenzen für Modelle der Gesundheitsförderung bei chronisch psychisch Kranken ableiten.

Die nachhaltigste Folge der Enquête war wohl die exponentielle Zunahme an „neuen“, gemeindenahen Einrichtungen und Diensten für psychisch Kranke. Während die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung bis in die 70er Jahre hinein fast ausschließlich auf den beiden Säulen psychiatrisches (Groß-)Krankenhaus und niedergelassener (Nerven-)Arzt ruhte, propagierte die Enquête eine Vielzahl von neuen Einrichtungstypen als notwendige

institutionelle Bausteine einer bedarfsgerechten gemeindenahen Versorgung. Ohne die Einrichtungen des Vorfeldes zu berücksichtigen, werden mehr als 30 (!) verschiedene Institutionstypen vorgeschlagen (vergl. BERICHT 1975, S. 29). Zwar haben sich einige davon in der weiteren Entwicklung nicht durchsetzen können; die große Mehrheit der geforderten Dienste ist jedoch inzwischen mehr oder weniger weit verbreitet. Auch wenn anders intendiert: Dieser Ansatz legte ein technokratisch verkürztes Verständnis von Hilfen nahe – als gelte es lediglich, eine Vielzahl sich in ihrem Leistungsangebot ergänzender Institutionen zu schaffen, um der komplexen Problematik psychisch Kranker und Behinderter gerecht zu werden.

Diesem Versorgungsmodell liegt implizit oder explizit das Bild der „Reha-Kette“ zugrunde. Dieses Modell wurde jedoch von der Realität gleich in mehrfacher Weise demontiert: Vielen Patienten mangelt es schlicht an der „Compliance“, sich dieser Kette anheim zu geben; andere nutzen eine Vielzahl von Institutionen gleichzeitig, ohne daß dies ihr Befinden nachhaltig bessert; vor allem gilt, daß kaum jemals die Entwicklung eines psychisch Kranken linear und stetig erfolgt. Eine rein einrichtungsbezogene Sichtweise ist darüber hinaus in Gefahr, paradoxe Wirkungen zu zeitigen: Je zahlreicher, differenzierter und spezialisierter die Einrichtungen und Dienste einer Region, desto eher drohen „schwierige“ Klienten mit komplexen und vielfältigen Problemen vernachlässigt zu werden und auf der Strecke zu bleiben.

Dieses Problem soll Abbildung 1.3 veranschaulichen (nächste Seite): Waren im psychiatrischen Großkrankenhaus alten Stils noch alle Basisfunktionen der Versorgung chronisch Kranker und Behinderter quasi unter einem Dach integriert, wenn auch zumeist unter entwürdigenden und sekundär behindernden Bedingungen, erfolgt mit der Verlagerung der Hilfen in die Gemeinde, wo sie von zahlreichen Diensten und Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft wahrgenommen werden sollen, eine Zersplitterung von Zuständigkeiten. KAT-SCHNIG bezeichnet dieses Phänomen anschaulich als „Verhüttelung“ (persönliche Mitteilung).

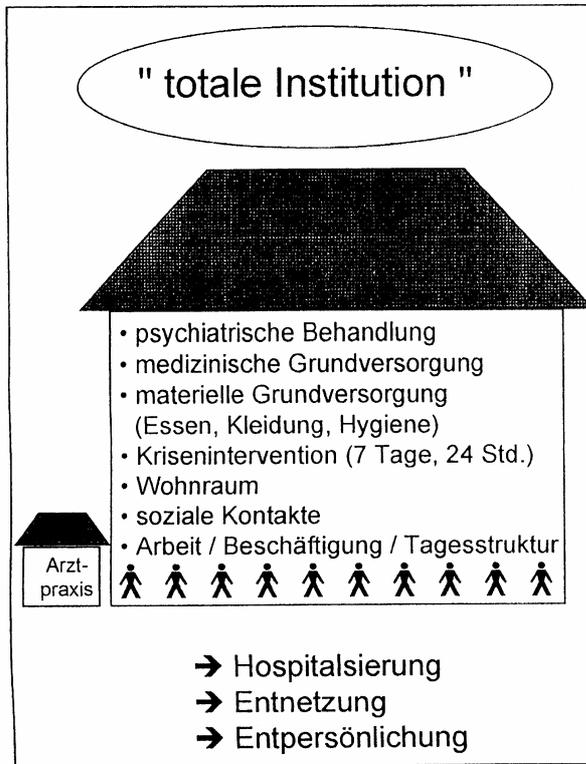
Angesichts dieser notwendigen und unumkehrbaren Entwicklung wird deshalb die Forderung nach Kontinuität zentral. Kontinuität hat sowohl einen personalen als auch einen konzeptionell-inhaltlichen Aspekt und bezieht sich auf den zeitlichen Quer- wie auf den Längsschnitt:

„Eine Schizophreniebehandlung dauert mit Einschluß von Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe in jedem Fall Jahre. Gewöhnlich begegnen Patient und Angehörige in dieser Zeit einer verwirlichen Vielzahl von spitalinternen und -externen Therapeutenteams und Behandlungskonzepten. Zu fordern ist dagegen zur Vereinfachung der ‚Information‘ im weitesten Sinn eine optimale (nicht totale) Kontinuität, am besten in Form einer zentralen, konstanten und verlässlichen Stütz- und Bezugsperson, die sozusagen als ‚Ombudsmann‘ funktioniert, d. h. die ganze Behandlung langfristig leitet und koordiniert“ (CIOMPI 1986 a, S. 56).

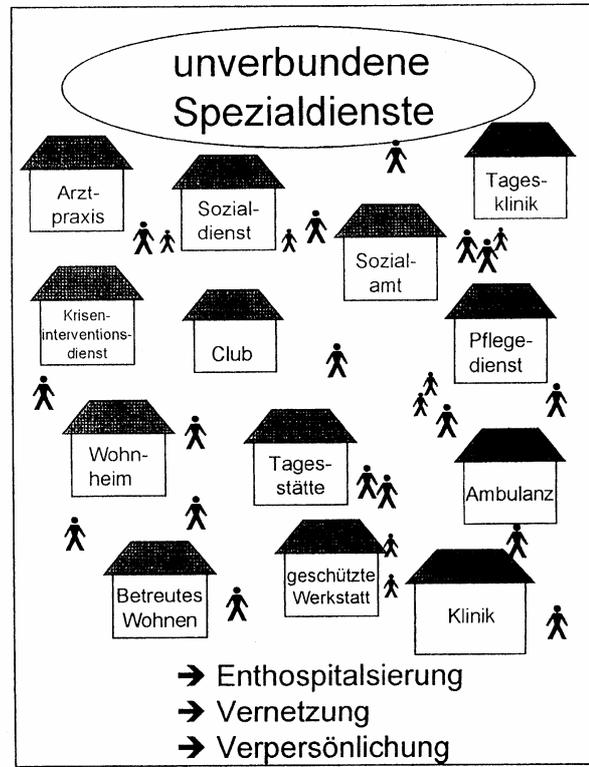
Stellen wir uns einmal einen 40jährigen schizophren erkrankten Menschen vor, der mehrfache Klinikaufenthalte einschließlich tagesklinischer Behandlungen, Ambulanz-Nachsorge, fach- und notärztlicher Behandlungen, außerdem diverse Reha-Maßnahmen im Arbeitsbereich hinter sich hat; der regelmäßig eine Tagesstätte besucht und im „Betreuten Wohnen“ ist. Stellen wir uns vor, wie oft dieser Mensch wohl seinen Lebenslauf schildern, seine Probleme ausbreiten, sich zu seinen Sorgen, seinen Ängsten, Wünschen und Bedürfnissen äußern sollte. Wieviele Profis mit ganz unterschiedlichen Erfahrungen und Ausbildungen, ganz verschiedenem Temperament und Engagement, mit unterschiedlichem Wissenstand und Erfahrungshorizont, unterschiedlichen Schizophrenie- und Betreuungskonzepten haben diesem Menschen wohl immer wieder dieselben Fragen gestellt, Erwartungen geweckt und Vorschläge gemacht? Wieviele Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbeziehungen sind ihm von diesen Helfern angeboten worden? Wieviele davon sind geglückt, wieviele gescheitert? Stellen wir uns außerdem vor, dies alles geschieht einem Menschen mit besonders vulnerablen inneren Bezugssystemen und einer fragilen Identität!

Abb. 1.3: Psychiatrische Versorgungskonzepte im Wandel

... Mitte des 20. Jahrhunderts



... Ende des 20. Jahrhunderts



Diese Vorstellungen führen zu der Einsicht, daß „moderne“ gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte von höchst problematischen Wirkungen begleitet sein können. Hierfür gibt es auch empirische Belege. So berichtet HÄFNER (1988) über die Ergebnisse einer Mannheimer Studie, nach der 148 sukzessiv in stationäre Behandlung aufgenommene schizophrene Patienten nach der Entlassung im Durchschnitt 3,5 Dienste *simultan* in Anspruch nehmen. Einen fast identischen Wert fanden LANG et al. (1997) bei 193 schizophren Erkrankten aus einem schottischen Fallregister: Hier betrug die durchschnittliche Inanspruchnahme innerhalb von 6 Monaten 3,4 Dienste. Besonders eindrucksvoll ist die von MORAN et al. bereits 1984 publizierte Fallstudie der 32jährigen Sylvia F., die über 18 Jahre hinweg 45 mal das Behandlungssetting wechselte!

Solche Schicksale vermögen das Bewußtsein dafür zu schärfen, daß die Ablösung der psychiatrischen Großanstalten durch eine Vielzahl von relativ unverbundenen Einzelinstitutionen in der Gemeinde mit erheblichen Problemen verbunden ist – zumindest für diejenigen Betroffenen, die über längere Zeit auf Begleitung und Unterstützung angewiesen sind.

So zutreffend also das Postulat einer möglichst dauerhaften Kontinuität vom Grundsatz her ist, so bedarf es doch der Relativierung bzw. Präzisierung. Denn nicht wenige schizophrene erkrankte Menschen stabilisieren sich nach einer oder mehreren akuten Krankheitsepisoden dauerhaft und können unabhängig von psychiatrischen Hilfen leben. Als Faustregel könnte deshalb gelten: Je desintegrierter und desintegrationsgefährdeter ein Mensch ist, desto größer muß die Integrationsleistung des Therapeuten, der Institution oder des Hilfesystems insgesamt sein (vgl. KRUCKENBERG 1992).

Die *Möglichkeit* von Kontinuität und dauerhafter Begleitung muß also strukturell ebenso gesichert sein wie die von Diskontinuität und Ablösung. Diese Sichtweise wird auch durch eine Befragung von schizophrenen Patienten mit jahrelanger Psychiatrieerfahrung gestützt:

„Im Hinblick auf die Behandlungsperspektiven strebt die Mehrheit der in Behandlung befindlichen Patienten eine kurz- bis mittelfristige Reduktion der Kontakte zum Versorgungssystem an und will sich in jedem Fall von diesem lösen. Einige Patienten halten jedoch eine lebenslange Behandlung für notwendig und haben diese fest in ihren Lebensplan integriert“ (STEINHART & TERHORST 1992, S. 38).

Da es eine realistische Alternative zur Differenzierung und „Verhüttelung“ der Hilfeangebote in der Gemeinde nicht gibt, wird die Gewährleistung von therapeutischer Kontinuität zum Prüfstein für eine angemessene Versorgung von längerfristig schizophren erkrankten Menschen. Je weniger der rote Faden durch institutionelle Konstanz gegeben ist, desto wichtiger wird es, ihn immer wieder aktiv herzustellen. Grundsätzlich gibt es drei einander ergänzende Optionen, Kontinuität unter den veränderten Rahmenbedingungen gewährleisten:

- *Erstens*: durch eine veränderte Organisation psychiatrischer Dienste und Einrichtungen. Für die Autoren der Enquête war die einzelfallbezogene Kooperation und Koordination der Dienste und Einrichtungen in der „Reha-Kette“ noch kein Problem, jedenfalls keines, daß sich nicht bei gutem Willen der Beteiligten und durch Gremien wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften von selbst erledigen würde. Die rein institutionsbezogene Betrachtungsweise offenbarte jedoch in dem Maße ihre Grenzen, wie es zu einer flächendeckenden Verbreitung der von der Enquête geforderten Institutionstypen kam. Dies liegt nicht zuletzt in dem Umstand begründet, daß der Einrichtungstyp an sich nur wenig darüber aussagt, was genau für welche Gruppen von Betroffenen tatsächlich getan wird und ob und wie sich diese Dienstleistung in ein bedarfsgerechtes regionales Gesamtkonzept einfügen. D. h. das Türschild eines Dienstes oder einer Einrichtung sagt wenig darüber, was dort mit welchen Mitteln für wen geleistet wird. Dies gilt im Grundsatz bis heute, trotz deutlich zunehmender konzeptioneller und qualitativer Anforderungen von Kostenträgerseite. Die Entwicklung psychiatrischer Versorgungssysteme unter rein institutioneller Perspektive birgt deshalb die Gefahr der bloß weiteren Addition unverbundener Leistungserbringer nach dem Prinzip „mehr desselben“. In dezidier-

ter Absetzung von diesem Modell argumentiert die Expertenkommission in den „Empfehlungen“ funktional. Es werden 4 Funktionsbereiche der psychiatrischen Grundversorgung definiert:

- Behandlung, Pflege, Rehabilitation;
- Hilfen im Bereich Wohnen;
- Hilfen im Bereich Arbeit/Beschäftigung;
- Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte.

Im Rahmen der funktionalen Betrachtungsweise wird der institutionelle Aspekt zweitrangig. Im Vordergrund steht, daß die notwendigen Helfefunktionen in bedarfsgerechter und integrierter Weise sichergestellt werden. Dennoch machen die Empfehlungen auch einen Vorschlag zur organisatorischen Umsetzung des funktionalen Ansatzes. Die Kernfunktionen einer bedarfsgerechten Versorgung sollen von einem „gemeindepsychiatrischen Verbund“ sichergestellt werden, der aus 3 Bausteinen besteht: ambulant-aufsuchender Dienst, Tagesstätte, Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion. Dabei handelt es sich um die Vorstellung einer personell-organisatorischen Einheit, zu der sich die an der Basisversorgung beteiligten Träger und Dienste zusammenschließen. Dazu ist weder eine räumliche noch eine institutionelle oder trägerschaftliche Integration zwingend erforderlich. Die „Empfehlungen“ stellen allerdings darauf ab, daß es sich um eine verbindliche, vertraglich vereinbarte Konstruktion handelt, die ggf. auch rechtsfähig sein soll.

Es ist wohl kein Vorschlag der „Empfehlungen“ so intensiv diskutiert worden wie der des Verbundes. Dabei sah sich die offenkundige Plausibilität des Modells von vornherein konfrontiert mit der Skepsis, ob und wie sich dieses Modell unter den Bedingungen einer vielfältig differenzierten Angebots- und Trägerlandschaft würde umsetzen lassen. Heute, 10 Jahre nach den „Empfehlungen“, ist die Idee des Verbundes, wenn auch in modifizierter Form, immer noch auf der Agenda der versorgungspolitischen Diskussion; es fehlt jedoch nach wie vor an überzeugenden und übertragbaren Beispielen für seine Umsetzung, obwohl vielerorts (weiter) daran gearbeitet wird.

Ein im anglo-amerikanischen Raum bereits seit Jahrzehnten immer wieder realisiertes und auch evaluiertes Konzept zur aktiven Herstellung von Betreuungskontinuität ist das *case management*-Modell. In den letzten Jahren wird es zunehmend auch im deutschsprachigen Raum diskutiert (vgl. z. B. KEBBEL 1996). Letztlich ist auch der im obigen Zitat von CIOMPI geforderte „Ombudsmann“ ein *case manager* im anglo-amerikanischen Sinn. SCOTT & DIXON (1995) haben jüngst die verfügbaren kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von *case management*-Konzepten bei schizophren Erkrankten ausgewertet und kommen zu einer eher skeptischen Gesamteinschätzung. Die Effektivität ist bezüglich zentraler Kriterien wie (Re-)Hospitalisierungsfrequenz/-dauer, Behandlungs-/Betreuungskosten und Symptomatik nicht gesichert

- *Zweitens*: durch die Sicherstellung eines einheitlich hohen und aktuellen Wissensstandes über Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, ihre Entstehung, Auslösung, Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation in der Mitarbeiterschaft psychiatrischer Dienste und Einrichtungen. Diese Voraussetzung ist keineswegs selbstverständlich gegeben. Vielmehr ist es realistisch, davon auszugehen, daß der Kenntnisstand über Schizophrenie im allgemeinen und aktuelle Theoriemodelle und Therapiekonzepte im besonderen bei Mitarbeitern von Einrichtungen der psychiatrischen Regelversorgung immer noch sehr lückenhaft ist. Nach Erfahrungen des Autors, der seit nunmehr 12 Jahren entsprechende Fortbildungen durchführt und evaluiert, hat sich der Informationsstand „an der Basis“ in diesem Zeitraum allenfalls graduell verbessert.

Diese Einschätzung wird gestützt durch Ergebnisse einer Nachbefragung von Teilnehmern einzelner der in den vergangenen Jahren von der PEGASUS-Gruppe durchgeführter Theorie-Seminare: Von 47 Teilnehmern gaben nur 13 % an, daß mehr als 75 % der Fortbildungsinhalte bereits durch Vorkenntnisse abge-

deckt wurden; demgegenüber äußerte die Hälfte der Teilnehmer, daß weniger als 50 % der Inhalte Ihnen bereits bekannt waren (vergl. WIENBERG et al. 1997 b).

Es ist und bleibt damit eine wichtige Aufgabe für psychiatrische Professionelle, sich auf dem Stand der Fachkenntnisse zu halten, damit eine für die Betroffenen potentiell krankheitsfördernde Konfusion von theoretischen Vorstellungen und Handlungskonzepten auf Seiten der Helfer soweit wie möglich vermieden wird. Leitbild ist dabei nicht die „Gleichschaltung“ des Denkens und Handelns, sondern die fortlaufende und gemeinsame Erarbeitung von fachlichen Grundlagen für die Betreuungspraxis, die zumindest untereinander und mit aktuellen Modellvorstellungen über Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kompatibel sein müssen.

- *Drittens:* durch die Förderung eines kompetenten und soweit wie möglich selbstbestimmten Umgangs mit der Erkrankung und mit psychiatrischen Dienstleistern auf Seiten der Betroffenen. Eine notwendige, wenn auch selbstverständlich nicht hinreichende Voraussetzung dafür ist, die Betroffenen maximal an dem aktuellen Wissensstand der Psychiatrie teilnehmen zu lassen. Dies kann geschehen mit Hilfe entsprechender Therapiekonzepte. FIEDLER (1997) formuliert das Credo solcher therapeutischen Ansätze aus Sicht der klinischen Psychologie generell wie folgt:

„Eine moderne psychologische Psychotherapie zielt darauf ab, die betroffenen Menschen wie die Personen ihrer Bezugsgruppe zu psychologischen Experten der jeweiligen psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung zu machen. Das geht nur, wenn die Therapeuten ihr Expertenwissen mit den Betroffenen maximal teilen. Das geht weiter natürlich nur, wenn Verhaltenstherapeuten selbst ausgewiesene Experten in der psychologischen Behandlung psychischer Störungen, Krankheiten und Behinderungen sind“ (S. 18).

Aus psychiatrischem Blickwinkel fordern DÖRNER & PLOOG (1996), die bereits als schizophren diagnostizierten Menschen mit den Möglichkeiten der „... Prävention (Versuch der Vermeidung der Wiedererkrankung) so in Kontakt zu bringen, daß sie nicht von ihrer Krankheit und der Psychiatrie abhängig werden, sondern sich selbst zu helfen lernen, also Hilfe bei der Selbsthilfe erhalten“ (S. 145).

Diese programmatischen Forderungen – so selbstverständlich sie klingen mögen – stehen in deutlichem Kontrast zur gängigen Praxis der Tertiärprävention und Rehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Auch wenn das Postulat „Hilfe zur Selbsthilfe“ zur selbstverständlichen Standardformulierung in Konzeptpapieren psychiatrischer Einrichtungen und Dienste gehört, wird darunter nur allzu selten verstanden, Expertenwissen zu teilen, von den Betroffenen zu lernen und gemeinsam getragene Konzepte der Erkrankung und ihrer Bewältigung zu erarbeiten. Im Alltag der psychiatrischen Rehabilitation geraten Betroffene nach wie vor leicht in die Rolle des Objekts, was Ziele, Inhalte und Methoden der Zusammenarbeit angeht. Professionelle neigen dazu, „im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen“ zu handeln, anstatt sie dabei zu unterstützen, ihre Interessen und Bedürfnisse selbst zu vertreten.

An Hand des für die psychiatrische Rehabilitation allgemein und für die schizophren Erkrankter besonders wichtigen Kriteriums der Kontinuität wurde bis hierher gezeigt, daß auf psychiatrischer Seite bis heute weder die organisatorisch-strukturellen noch die qualifikationsbezogenen und konzeptionellen Voraussetzungen gegeben sind, um diese Anforderung ausreichend sicherzustellen. Deshalb könnte in diesem Zusammenhang ein Perspektivwechsel sehr fruchtbar sein: Konsequenter daran zu arbeiten, den Betroffenen selbst das Heft wieder in die Hand zu geben und sie zu Experten für den Umgang mit der Erkrankung zu machen – ohne freilich die ganze Verantwortung unbeschrieben abzugeben.

STRAUSS et al. (1986) schlagen vor, die Rolle des Betroffenen bei der Bewältigung einer schizophrenen Erkrankung auf einem Kontinuum von null bis „total“ anzusiedeln:

„An dem gegen Null tendierenden Pol mag der Patient aktiv nur sehr wenig zum Wiederherstellungsprozeß beitragen, ausgenommen, daß er sich an die Verordnungen des Arztes hält, also seine Medikamente einnimmt und vielleicht übermäßigen Streß vermeidet“.

„Die nächste Stufe im Kontinuum ...ist eine Zwischenposition: der Patient vermag in einem mittleren Ausmaß an seiner Genesung teilzunehmen“; STRAUSS et al. verstehen hierunter v. a. die aktive Teilnahme an psychosozialen Trainingsprogrammen zur Kompensation von Funktionseinschränkungen, die analog zu Medikamenten angewendet werden.

Zur dritten Stufe: „Sie ist sicher die umstrittenste, könnte aber bezüglich der Rolle des Patienten im Genesungsprozeß das meiste Potential enthalten.... Ein Mensch ist zu viel mehr fähig, als nur injizierbare Medikamente zu empfangen, Anweisungen zu befolgen oder trainiert zu werden. Er besitzt Fähigkeiten, die ihn vom gewöhnlichen Labortier unterscheiden. Es könnte sein, daß die Möglichkeiten, Ziele zu setzen, Probleme schöpferisch zu lösen, Zusammenarbeit mit zu gestalten und Bedeutungen zu erarbeiten, bei der Genesung eine wichtige Rolle spielen“ (S. 169 f).

Auch John WING gehört bereits in den 80er Jahren zu den wenigen Psychiatern, die das Selbsthilfepotential schizophrener Erkrankter als wichtige Ressource bei der Bewältigung der Erkrankung anerkennen, und zählt eine ganze Reihe diesbezüglicher Anknüpfungspunkte auf (WING 1987, S. 346 f).

Ein Hindernis auf dem Weg zu einer ressourcenorientierten Zusammenarbeit mit den Betroffenen in der psychiatrischen Rehabilitation mag dabei ein unangemessenes, weil zu statisches Konzept der Störung und Behinderung sein; so konstatiert McGORRY (1992):

„...the literature and clinical experience indicate that the process of recovery continues to be a dynamic and plastic one well beyond the acute episode of illness....The conventional rehabilitation model which mechanistically regards patients in stable states of relative equilibrium, as possessing deficits in skills which need to be somehow replaced is particularly inappropriate for the recovery phase of the acute episode, however it may not even be a helpful way to approach the apparently stable outpatient“ (S. 10 f).

Es sollte bis hierher deutlich geworden sein, daß psychiatrische Rehabilitation mehr sein muß als medikamentöse Rezidivprophylaxe, psychosoziale Kompetenztrainings und die Verfügbarmachung beschützter Räume des Wohnens, Arbeitens und der sozialen Teilhabe. All dies hat einen sehr begrenzten Stellenwert, solange es nicht gelingt, die Betroffenen dabei zu unterstützen, ihre persönlichen und sozialen Ressourcen aktiv zu nutzen und damit zugleich unabhängiger von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten zu werden. Dem chronisch psychisch kranken Menschen, der sich im „Dschungel“ der Gemeinde(-psychiatrie) zurechtfinden und darin ein menschenwürdiges Leben führen will, kommt eine andere Rolle zu, als dem „Insassen“ der weithin überwundenen psychiatrischen Großanstalt. Er ist zu verstehen als potentiell autonomes Subjekt und Nutzer psychiatrischer Dienstleistungen, dem weitestmöglich die Kontrolle über die eigenen Lebensumstände zurückzugeben ist. Dazu gehören auch die persönlichen Umstände von Krankheit und Gesundheit.

Ein Wandel in der Beziehung zwischen psychiatrischen Dienstleistern und ihren Nutzern ist bereits seit Jahren spürbar. GROSS & ANDRESEN (1993) beschreiben ihn – fast noch mit dem Unterton des Bedauerns – folgendermaßen:

„Akzeptanzbedingungen psychiatrischer Interventionen stoßen zunehmend auf hochgradig individualisierte Problemauffassungen von Betroffenen ..., die auf die eine oder andere Weise im Widerspruch zu traditionellen medizinisch-psychiatrischen Krankheitskonzepten und Therapie-Vorstellungen stehen. Mit der Auflockerung autoritätshörigen Denkens in anderen gesellschaftlichen Bereichen schwindet auch der Compliance-Reflex gegenüber psychiatrischen Autoritäten, zumal gerade die Psychiatrie besonders negative gesellschaftliche Bewertungen erfährt Vor diesem Hintergrund wundert es gar nicht, daß Patienten zunehmend sehr individuellen Einfluß auf psychiatrische Therapien ausüben und die Wahl der Therapie, ihren Erfolg oder Mißerfolg und vor allem auch den Grad der tolerierten Invasivität kurzfristig, aber vor allem auch langfristig (d. h. aus therapieerfahrener Perspektive) mitbestimmen. Nicht nur Compliance oder Non-Compliance, sondern auch das öffentlich diskutierte und individuell verarbeitete Pro und Contra psychiatrischer Therapie und ihre Evaluation. Dies gilt es auch zu bedenken, wenn Erfolgserwartungen an die psychiatrische Therapie immer höher geschraubt werden“ (S. 301 f).

Offensiv propagiert wird der bezeichnete Wandel vom unkritisch-complianten (oder non-complianten) Patienten zum informierten und mitentscheidenden Nutzer von Vertretern des Empowerment-Konzeptes.

RAPPAPORT formuliert den Kerngedanken von Empowerment so:

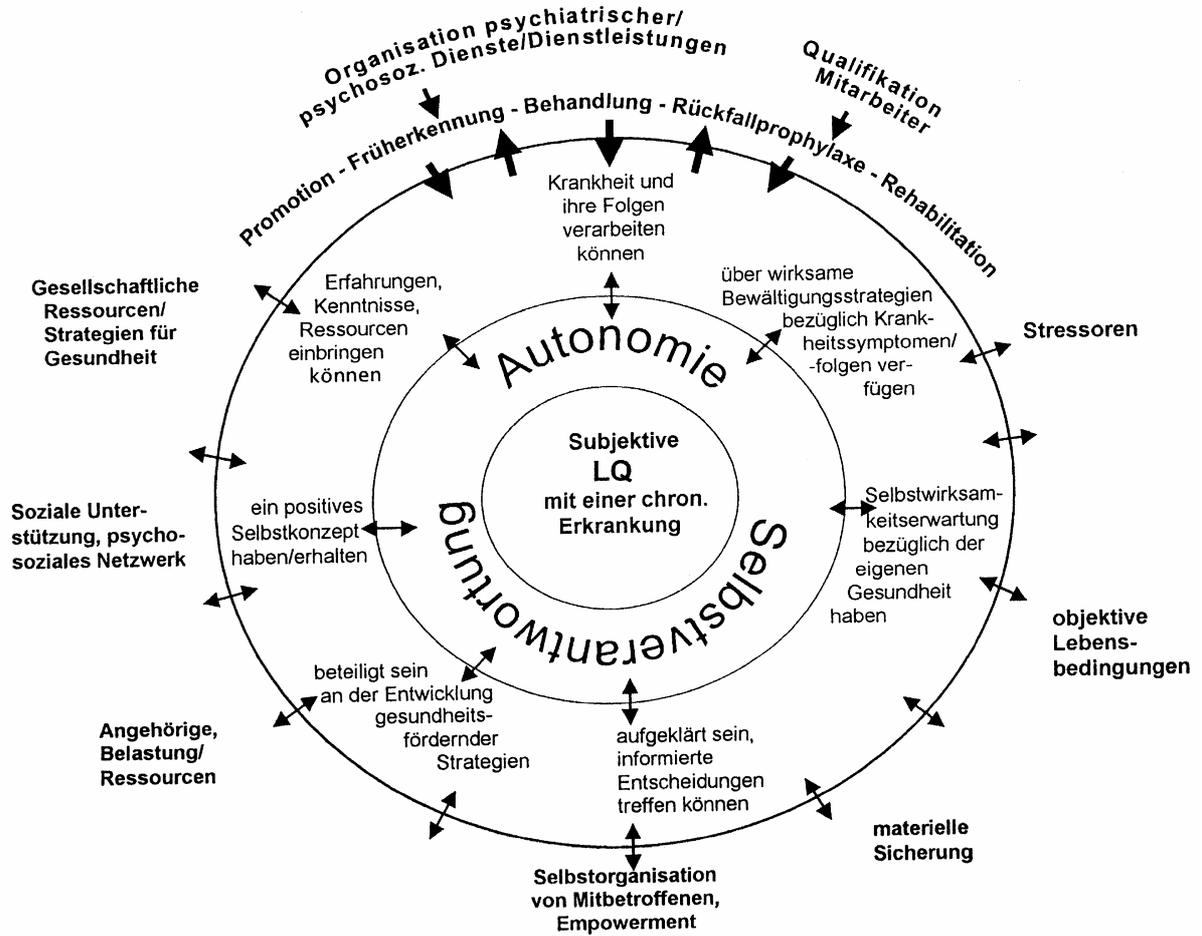
„Wir müssen uns mit dem Widerspruch auseinandersetzen, daß selbst Menschen mit wenigen Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger Kontrolle über ihr Leben brauchen. Das heißt nicht notwendigerweise, daß wir deren Bedürfnisse nach Hilfe vernachlässigen, wenn wir für mehr Selbstbestimmung votieren“ (1985, S. 269).

Vielmehr, so könnte man anknüpfen, haben wir gerade die längerfristigen, rehabilitativen Hilfen so zu gestalten, daß sie die Chancen der Betroffenen zur Selbstbestimmung, die Möglichkeit zur eigenen, informierten Entscheidung maximieren. Freilich kann dabei auch deutlich werden, daß professionelle Ziele und Interessen sowie die Bedürfnisse und Ansprüche der Betroffenen in Konflikt und Widerspruch zueinander geraten. In diesem Fall ist von professioneller Seite eine Haltung gefragt, die mit einem Schlagwort des 1992 gegründeten Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen treffend bezeichnet ist: *Verhandeln statt Behandeln*.

1.5 Schluß

Bevor die Perspektive gewechselt wird und schizophrene Erkrankungen im nächsten Kapitel unter der Perspektive des aktuellen Stands der psychiatrischen Forschung betrachtet werden, sollen zum Abschluß dieses Kapitels die wichtigsten Variablen, die sich aus der soweit referierten und diskutierten Public Health-Perspektive ergeben haben, im Überblick dargestellt werden. Die Darstellung von Abbildung 1.4 (nächste Seite) erhebt weder einen theoretischen Anspruch, noch ist Vollständigkeit intendiert. Prädiktoren und Kriterien, die sich aus der bisherigen Diskussion als wichtig ergeben haben, sollen lediglich geordnet und in einen plausiblen Zusammenhang gebracht werden, um sie für die weitere Diskussion im Rahmen dieser Arbeit leichter zugänglich zu machen. Als zentrale Zielkriterien bei der Bewältigung chronischen psychischen Krankseins werden dabei Lebensqualität und Selbstbestimmung ausgewählt, die im nächsten Kreis gruppierten Variablen markieren interne Aspekte der Bewältigung, außerhalb des Kreises sind externe Einflüsse und Bedingungen angeordnet.

Abb. 1.4: Gesundheitsförderung bei chronischen Erkrankungen



2. Theoretische Grundlagen – Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie

2.1 Einführung

Psychoedukative Gruppenarbeit mit Menschen, die mehrfach eine akute schizophrene Psychose durchlebt haben, macht die schizophrene Erkrankung selbst unmittelbar zum Thema. Es geht um die vorausgehenden und auslösenden Bedingungen, das Erleben der akuten Psychose, die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Rolle des Betroffenen bei der Früherkennung, Bewältigung und Vorbeugung von psychotischen Krisen.

Psychoedukative Gruppenarbeit ist damit als ein Versuch zu verstehen, die Sprachlosigkeit zu überwinden, die zwischen psychiatrisch Tätigen einerseits und Betroffenen andererseits traditionell besteht und bis heute weit verbreitet ist, wenn es um Fragen wie etwa folgende geht:

Wie lautet meine Diagnose? Was ist Schizophrenie? Wie entsteht die Krankheit? Wie sind meine Zukunftsaussichten? Was nützen/schaden neuroleptische Medikamente? Was kann ich selbst tun, um seelisch stabil zu bleiben?

Die Tatsache, daß solche und ähnliche Fragen bis in die Gegenwart hinein von schizophren Erkrankten nur selten gestellt und von Professionellen noch seltener zufriedenstellend beantwortet werden, wirft ein bezeichnendes Licht auf die „therapeutische Beziehung“ in der Psychiatrie. Psychiatrisch Tätige nehmen zumeist für sich in Anspruch, diese Beziehung soweit wie möglich offen, partnerschaftlich und verlässlich zu gestalten. Wie ist es aber um die Qualität dieser Beziehung bestellt, wenn Fragen wie die oben genannten ausgeklammert oder ausweichend und mit Halbwahrheiten behandelt werden? Offenheit müßte doch heißen, den eigenen Standpunkt und die jeweiligen Kenntnisse möglichst transparent und damit hinterfragbar zu machen. Partnerschaftlich ist eine Haltung, die den Dialog wagt und die Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten von Betroffenen zu Wort kommen und gelten läßt. Verlässlich schließlich ist ein Helfer wohl erst, wenn er sich den zum Teil ja existentiellen Fragen nicht verschließt und gemeinsam mit dem Fragenden zumindest nach vorläufigen Antworten sucht.

Wenn es stimmt, daß Inhalts- und Beziehungsebene in der zwischenmenschlichen Kommunikation nicht voneinander zu trennen sind, läßt die verbreitete Nicht-Kommunikation über den Inhalt „Schizophrenie“ darauf schließen, daß auch etwas an der Beziehung nicht stimmt. Denn letztlich wird das Thema ausgeklammert, das psychiatrisch Tätige und Betroffene zu allererst zusammenbringt. Andersherum: Die bewußte und aktive Thematisierung des Inhaltes „Schizophrenie“ wird auch die Beziehungsebene verändern. Doch hierzu im 5. Kapitel.

In diesem zweiten Kapitel sollen zunächst die theoretischen und empirischen Grundlagen für psychoedukative Verfahren in der Behandlung schizophren erkrankter Menschen gelegt werden. Dies geschieht auf dem Wege der Darstellung eines zeitgemäßen Schizophrenie-Paradigmas. Der Anspruch ist, die wichtigsten Theorie-Elemente und empirischen Ergebnisse im Überblick und auf dem aktuellen Stand der internationalen Forschung zu referieren. Als meta-theoretisches Rahmenkonzept wird dabei auf das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie in der Fassung des Drei-Phasen-Modells des Schweizer Psychiaters Luc CIOMPI zurückgegriffen. Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell repräsentiert heute die Basis für einen internationalen Konsens, wie es ihn in dieser Breite unter Forschern und Klinikern in der nunmehr gut 100-jährigen Geschichte der psychiatrischen Schizophrenie-Lehre bisher zu keiner Zeit gegeben haben dürfte.

Die Darstellung des „neuen“ Schizophrenie-Paradigmas erfüllt im Rahmen dieser Arbeit gleichzeitig mehrere Funktionen:

- Zum einen werden damit die wesentlichen Inhalte dokumentiert, die in der Praxis aktueller psychoedukativer Therapiekonzepte der Schizophrenie thematisiert bzw. kommuniziert werden sollten. D. h., die Inhalte dieses Kapitels sind prinzipiell auch Gegenstand der psychoedukativen Gruppenarbeit, wenn auch selbstverständlich in erheblich vereinfachter und reduzierter Form. Dies bedingt im übrigen bestimmte Anforderungen an die sprachliche Form: Zwar richtet sich diese Arbeit nicht an Betroffene; gleichwohl wird beansprucht, in der sprachlichen Umsetzung ein Mindestmaß an Subjekt- bzw. Betroffenen-Orientierung zu realisieren, damit die Kluft zwischen Theorie und Praxis psychoedukativer Therapie und damit der „Übersetzungsaufwand“ für die Therapeuten möglichst gering bleibt.
- Zweitens wird durch das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Konzept der Schizophrenie selbst die theoretische Begründung, das Rationale für die Einführung psychoedukativer Verfahren in die Schizophrenie-Behandlung geliefert: Beim Verstehen und in der Therapie von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis konsequent vom Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell auszugehen, ist letztlich nicht möglich, ohne psychoedukative Elemente in die therapeutische Praxis zu integrieren.
- Drittens ergibt sich aus diesem Konzept – ganz im Sinne eines Paradigmas – nicht nur ein neues Krankheits- und Behandlungsmodell der Schizophrenie, sondern es konstituiert auch ein Beziehungs- bzw. Kooperationsmodell zwischen Therapeuten und Betroffenen, das einen qualitativen Unterschied zum klassischen medizinischen Krankheits- und Behandlungsmodell macht und das sich schlagwortartig als „Behandlungspartnerschaft“ charakterisieren läßt.
- Viertens erhebt die ordnende und Überblick schaffende Gesamtdarstellung dieses Kapitels den Anspruch, einen Lehrtext für angehende Therapeuten vorzulegen. Ein solcher stellt immer noch – insbesondere bezogen auf die qualifizierte Umsetzung psychoedukativer Therapien in die außeruniversitäre psychiatrische Praxis – ein dringendes Desiderat dar. Einschlägige Übersichtsarbeiten sind entweder zu komprimiert angelegt und setzen die Kenntnis relevanter Forschungsergebnisse bereits voraus oder sie sind zu speziell und behandeln jeweils nur Ausschnitte des Gegenstandes.

Ganz besonders auch unter der zuletzt genannten, eher didaktischen Zielsetzung wurde in diesem Kapitel besonderer Wert gelegt auf die Auswahl der verarbeiteten und angegebenen Literatur. Sie orientiert sich an folgenden Grundsätzen:

- Vorrangig werden neuere, deutschsprachige Übersichtsarbeiten genannt. In diesen Arbeiten findet sich ein zusammenfassender Überblick über den Forschungsstand zu dem jeweiligen Themenbereich, der einigermaßen repräsentativ und möglichst aktuell ist.
- Falls entsprechende deutschsprachige Arbeiten nicht vorliegen oder diese nicht ausreichend repräsentativ/aktuell sind, werden nachrangig aktuelle englischsprachige Übersichtsarbeiten aufgeführt.
- Deutsch- oder englischsprachige Einzelarbeiten (ohne Übersichtscharakter) werden dann angegeben, wenn sie für das Thema von herausragender Bedeutung sind und/oder geeignete Übersichtsarbeiten dazu nicht vorliegen.

2.2 Paradigma-Wechsel im Schizophrenieverständnis: von Emil Kraepelin zu Luc Ciompi

2.2.1 Das traditionelle Krankheitskonzept der Schizophrenie – Emil Kraepelin und Eugen Bleuler

Eine geschichtliche Einordnung dessen, was wir als „aktuelle Modellvorstellungen“ über schizophrene Psychosen bezeichnen, empfiehlt sich u. a. aus zwei Gründen:

Zum einen, weil im historischen Vergleich der Konzepte und Implikationen ihre Unterschiedlichkeit am besten kenntlich wird. Zum anderen, weil das, was zu unterschiedlichen Zeiten als „psychiatrischer Fortschritt“ galt, nur allzu oft seine Opfer unter den Erkrankten gefunden hat und wir damit auch aktuell „fortschrittlichen“ Konzepten einen Vorschuß an Skepsis und historischer Relativierung schulden.

Das Schizophrenie-Konzept ist historisch vor allem mit den Namen Emil KRAEPELIN und Eugen BLEULER verbunden. KRAEPELIN faßte 1896 erstmals eine Gruppe von psychischen Störungen, die bis dahin als voneinander unabhängige Erkrankungen gegolten hatten, zu einer Krankheitseinheit zusammen, die er „Dementia praecox“ nannte. Hierin bestand seine vereinheitlichende Leistung. Zugleich vollzog er jedoch einen folgenreichen Teilungsakt, indem er die Dementia praecox und die Zykllothymien (manisch-depressiven Erkrankungen) voneinander abgrenzte. Vereinheitlichung und Abgrenzung dieser Krankheitseinheiten basierten auf zwei Kriterien: Symptomatik und Verlauf.

Was die Symptomatik angeht, so prägte KRAEPELIN mit seiner auf genauer klinischer Beobachtung, Beschreibung und Klassifizierung beruhenden Methode nachhaltig und bis heute die psychiatrische Krankheitslehre. Als kaum weniger einflußreich erwies sich seine Auffassung über Verlauf und Ausgang dieser Psychosen: Während er die Zykllothymien für grundsätzlich gutartige, die Persönlichkeit nicht nachhaltig verändernde Störungen hielt, war die Dementia praecox für ihn regelhaft mit einem schlechten Ausgang und Verlauf verbunden. Dabei maß er der negativen Zukunftsaussicht der Dementia praecox bis hin zu ihrem schließlichen Ausgang in „Verblödung“ sogar größeres Gewicht für die Diagnose zu, als der aktuellen Symptomatik. Dies ging so weit, daß er bis zur achten Auflage seines Lehrbuches (KRAEPELIN 1913) die geheilten Fälle nachträglich als falsch diagnostiziert ausklammerte. Später hat er zwar eingeräumt, daß nicht in allen Fällen ein chronisch-fortschreitender Verlauf bis zum „Verfall der Persönlichkeit“ eintritt, die Betonung des schlechten Verlaufs und Ausgangs blieb jedoch bis in die Gegenwart hinein ein Eckpfeiler des traditionellen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie.

Eugen BLEULER war es, der den Schizophrenie-Begriff 1908 einführte. Er verwies wiederholt auf die grundlegenden Gemeinsamkeiten mit KRAEPELIN, insbesondere was die „Gruppierung und Heraushebung der einzelnen Symptome“ betrifft. Bezüglich Verlauf und Ausgang relativierte BLEULER die Auffassung von einem unausweichlich hoffnungslosen Prozeß. Dabei scheint er über die Zeit jedoch pessimistischer geworden zu sein. Zwar beschrieb er die häufige soziale Remission, stellte jedoch bereits 1908 fest, daß es nie zu einer restitutio ad integrum (vollständigen Heilung) komme (E. BLEULER 1908).

BLEULER ging über KRAEPELIN hinaus, indem er Grundsymptome und akzessorische (nebensächliche) Symptome unterschied (vergl. 1.2.1); in seiner Erkenntnis, daß das Erkrankungsalter sehr variabel ist; sowie in seiner psychologischen Deutung vieler Krankheitserscheinungen mittels FREUDscher Konzepte, die er zum besseren Verständnis des Patienten und zur biographischen Einordnung der Erkrankung heranzog.

Die Bezeichnung „Schizophrenien“ (Mehrzahl!) wählte BLEULER aufgrund seiner Einwände gegen die Betonung des frühen Ersterkrankungsalters (praecox) sowie des Verblödungsprozesses (Dementia). Vor allem aber schienen ihm die elementarsten Störungen in einer „Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit“ zu liegen. Bedauerlicherweise ist diese von BLEULER intendierte Bedeutung des Begriffs Schizophrenie im Sinne einer *Desintegration der psychischen Funktionen* und einer fundamentalen Ich-Störung in der Folgezeit popularisiert worden durch Begriffe wie „Spaltungsirresein“ oder „Persönlichkeitsspaltung“. Bis heute wird der Schizophrenie-Begriff vor diesem Hintergrund als Metapher zur Charakterisierung jedweder Form schwer verständlichen oder inkongruenten Verhaltens mißbraucht (FINZEN 1996). Hierdurch wird das Bild der Allgemeinheit von dieser Erkrankung erheblich verzerrt, wahrscheinlich mit kaum weniger diskriminierenden Folgen für die Betroffenen, als sie der Begriff der „frühzeitigen Verblödung“ hatte (vergl. 1.2.3).

Es bleibt die schöpferische Leistung KRAEPELINS und BLEULERS, das Gemeinsame in der Fülle scheinbar heterogener Phänomene gesehen zu haben. Am Ende dominieren dann auch die Gemeinsamkeiten zwischen beiden und bilden die Basis für ein Schizophrenie-Konzept, das fast einhundert Jahre lang weithin unangefochten Bestand hatte. Diese Übereinstimmung bestand bezüglich:

- der charakteristischen Symptome;
- der Auffassung, daß es sich um eine Gruppe von im Quer- und Längsschnitt u. U. schwer abgrenzbaren Störungen handelt;
- des Dichotomie-Konzeptes der endogenen Psychosen, wobei unscharfe Grenzen zwischen Schizophrenien und manisch-depressiven Erkrankungen als „Mischformen“ grundsätzlich anerkannt wurden (heute: „schizoaffektive Erkrankungen“);
- der Auffassung vom Kern der schizophrenen Psychosen als einer *tiefgreifenden Störung der Gesamtpersönlichkeit* (KRAEPELIN: „Zerstörung des inneren Zusammenhangs der Persönlichkeit“, BLEULER: „Spaltung der psychischen Funktionen“);
- des (fast) immer schlechten Verlaufs und Ausgangs; und
- der Vermutung einer körperlichen Krankheitsursache (SCHARFETTER 1990, Kap. 2).

Die Fixierung auf die somatische, hirnorganische Verursachung der Schizophrenie blieb sowohl bei KRAEPELIN als auch bei BLEULER zeitlebens erhalten. Vor allem dieser Umstand verweist auf den psychiatriegeschichtlichen Kontext, in dem das traditionelle Krankheitskonzept entstanden ist.

KRAEPELIN wird unschwer als Kind seiner Zeit erkennbar, steht er doch ganz in der Tradition der sog. „Hirnpsychiatrie“ (TRENCKMANN 1988), die die psychiatrische Krankheitslehre der 70er und 80er Jahre des letzten Jahrhunderts beherrscht hat. Diese Tradition ordnete psychische Funktionen bestimmten Hirnregionen zu. Psychische Störungen erschienen demnach als Folge einer Hirnpathologie. Wie die Entwicklung des Gehirns wurde somit auch das Seelische für hochgradig erblich determiniert gehalten.

Daran schloß sich die Vorstellung von der Gefahr einer schleichenden Verschlechterung des Erbgutes an (Degenerationslehre), die die Grundlage des um sich greifenden Sozialdarwinismus darstellte. Psychisch Kranke erschienen vor diesem Hintergrund als hilflose Opfer der Krankheit, die als unabwendbares Schicksal aufgefaßt wurde. Dementsprechend war das ärztliche Interesse vorwiegend diagnostisch und eine Grundhaltung weit verbreitet, die als therapeutischer Nihilismus bezeichnet werden kann.

Von dieser geistigen Basis aus führen direkte Verbindungslinien zur zunehmenden Isolierung der psychisch Kranken. Nie war die Zahl der in Anstalten untergebrachten Menschen größer als Anfang dieses Jahrhunderts. Die Isolierungsbestrebungen waren zunehmend mit dem Gedanken verknüpft, die Zeugung erbkranken Nachwuchses zu verhindern.

„Von den 1880ern an war die akademische medizin-wissenschaftliche Gemeinschaft angeführt von ihren Professoren zunehmend beschäftigt mit Humangenetik, Eugenik, Rassen-Hygiene, Degenerations-

Theorien und Monismus sowie mit der Übernahme von Maßnahmen wie Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Selektion der Nachkommen und Prävention des Alkoholkonsums..., das alles mit dem Ziel, die Reinheit der Rasse zu verbessern“ (SHEPERD 1995, S. 179, Übers. G.W.).

SHEPERD (1995) dokumentiert, daß KRAEPELIN ein aktiver Protagonist dieser Tradition war, auch um den Preis, sich wissenschaftlich zweifelhafter Methoden zu bedienen.

Etwa ein halbes Jahrhundert später wurden diese Vorstellungen während des Dritten Reiches in unvorstellbarer Weise radikalisiert und führten schließlich zur massenhaften Tötung von Kranken und Behinderten.

„Wenn schon keine Therapie und Befreiung des einzelnen Patienten möglich ist, dann wenigstens die staatstragende Therapie und Befreiung der Gesellschaft von den psychisch Kranken“ (DÖRNER & PLOG 1984, S. 472).

KRAEPELIN war und blieb letztlich der hirnspsychiatrischen Tradition verhaftet, auch wenn er neben einer hirnpathologischen noch andere körperliche Ursachen für möglich hielt. Sein Denken blieb „somatizistisch“, der Kranke als Mensch und seine sozialen Bezüge kommen in diesem Krankheitsverständnis nicht vor. Es ist schließlich vor allem Eugen BLEULERS Verdienst, die menschliche und soziale Seite psychotischen Krankseins (wieder) in die Psychiatrie eingebracht zu haben (TRENCKMANN 1988).

2.2.2 Ein neues Schizophrenie-Paradigma: Joseph Zubins Vulnerabilitätshypothese

„Der Mensch, sein Ich, ist grundsätzlich desintegrationsfähig, aber in unterschiedlichem Grad desintegrationsgefährdet“ (SCHARFETTER 1990, S. 4).

Grundlage und Voraussetzung dafür, daß sich ab Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre dieses Jahrhunderts ein neues Schizophrenie-Paradigma zu entwickeln begann, war die Erkenntnis, daß einer der Eckpunkte des traditionellen Krankheitskonzeptes unhaltbar ist: die Annahme des regelhaft schlechten Verlaufs und Ausgangs schizophrener Psychosen. Diese Annahme muß seit den drei „klassischen“ Langzeitstudien aus Zürich (Manfred BLEULER 1972), Lausanne (CIOMPI & MÜLLER 1976) sowie Bonn (HUBER, GROSS & SCHÜTTLER 1979) endgültig als widerlegt gelten (zu den Ergebnissen dieser Studien vgl. unten 2.5.1 und 2.5.2).

Auch der amerikanische Psychologe und Psychiater Joseph ZUBIN war aufgrund eigener klinischer Erfahrungen und Untersuchungen zu der Überzeugung gelangt, daß die langfristige Prognose der Schizophrenie eher günstig ist. Schon 1963 veröffentlichte er eine erste Fassung der Vulnerabilitätshypothese in einer „unbekannten Zeitschrift“ (ZUBIN 1990). Die Zeit war damals für dieses Konzept offenbar noch nicht reif. Die Ergebnisse der europäischen Langzeitstudien bestärkten ihn dann jedoch in seiner Auffassung, und die erneute Publikation der Hypothese 15 Jahre später (ZUBIN & SPRING 1977) fand die entsprechende Resonanz.

Das Vulnerabilitätskonzept versucht vor allem, dem episodischen Charakter der meisten schizophrenen Psychosen sowie ihrem überwiegend günstigen Verlauf gerecht zu werden. In ihrer schlichtesten Form besagt die Vulnerabilitätshypothese ZUBINs folgendes:

Schizophrene Psychosen entstehen durch das Zusammenwirken einer besonderen Vulnerabilität oder *Verletzlichkeit* des Individuums und mehr oder weniger unspezifischen Belastungen, die Streß bei diesem Individuum auslösen. Dabei interagieren Verletzlichkeit und Streß in der Weise, daß es bei einer sehr ausgeprägten Verletzlichkeit nur geringfügiger Belastungen (Stressoren) bedarf, um eine akute Psychose auszulösen. Ist die Verletzlichkeit dagegen gering, führt erst starker Streß zu einer Erkrankung (ZUBIN & STEINHAEUER 1981).

ZUBIN definiert Verletzlichkeit als Schwellensenkung gegenüber sozialen Reizen. Streß ist also für ihn in erster Linie die Folge psychosozialer Belastungen, auch wenn er einräumt,

daß endogene Faktoren als Auslöser psychotischer Episoden nicht auszuschließen sind. Diese Vorstellung und die von ZUBIN gewählte graphische Veranschaulichung implizieren, daß letztlich jeder Mensch psychosefähig ist, wenn er den entsprechenden Belastungen ausgesetzt ist.

Darüber hinaus enthält ZUBINs Modell von vornherein eine personale sowie eine soziale Komponente: prämorbid Persönlichkeit und soziales Netzwerk. Diese werden als „Moderator-Variablen“ für den Zusammenhang von Verletzlichkeit und Streß angesehen: Die Wirkung von Stressoren kann gemildert werden durch Kompetenzen und Ressourcen des einzelnen und seines sozialen Umfeldes. Demnach ist es auch vom Coping- oder Bewältigungsverhalten der Betroffenen abhängig, ob es angesichts von Belastungen zu einer psychotischen Krise kommt. Damit wird deutlich, daß das ZUBINsche Konzept von vornherein als Vulnerabilitäts-Streß-Coping- oder Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell aufzufassen ist (OLBRICH 1987).

Wir wissen nicht, inwieweit ZUBIN selbst an historische Vorläufer anknüpft, der Verletzlichkeits-/Vulnerabilitäts-Begriff hat jedoch in der Psychiatrie durchaus Tradition. Er steht in enger Verbindung zum Dispositions- bzw. Anlagebegriff, der bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts noch nicht mit Erbllichkeit gleichgesetzt wurde, sondern auch die Faktoren einbezog, die die Entwicklung der Persönlichkeit beeinflussen. Die erbbiologische Reduktion des Anlagebegriffs, die auch von KRAEPELIN mitvollzogen wurde, ist wiederum im Zusammenhang zu sehen mit dem Einfluß von Degenerationslehre und Sozialdarwinismus im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert.

Entstehungsmodelle von Psychosen, in denen die Vulnerabilität eines zu seelischen Störungen disponierten Menschen eine zentrale Rolle spielt, folgen dem Denkmodell der Reaktivität. Die Lehre von der reaktiven Entstehung aller psychotischen Erkrankungen gehörte während des 19. Jahrhunderts lange Zeit zum Grundkonsens auch der deutschsprachigen Psychiatrie. Erst durch die Krankheitslehre KRAEPELINs und das damit verbundene Denkmodell der Endogenität geht dieser Konsens verloren („endogen“ bedeutet letztlich „ohne äußeren Anlaß“). Das Wiederaufleben des Verletzlichkeits-Konzeptes stellt damit nicht zuletzt das Endogenitäts-Konzept der traditionellen psychiatrischen Krankheitslehre grundsätzlich in Frage und ist somit durchaus von Brisanz (SCHMIDT-DEGENHARD 1988).

Historisch kann im übrigen nachvollzogen werden, daß die Begriffe Verletzlichkeit und Vulnerabilität unterschiedliche Bedeutungsgehalte hatten. Verletzlichkeit stand eher für den psychischen, Vulnerabilität für den biologischen Aspekt (SCHMIDT-DEGENHARD 1988). Demgegenüber ist aus ZUBINs Konzept keinerlei Rechtfertigung für eine Beschränkung auf biologische Anlagefaktoren abzuleiten (OLBRICH 1987). Insofern unterscheidet sich dieses Konzept auch vom sog. Diathese-Streß-Modell, dessen Diathese-Komponente im allgemeinen als eine rein erblich bedingte Disposition aufgefaßt wird. Insbesondere in der anglo-amerikanischen Literatur fällt nicht selten auf, daß Vulnerabilitäts-Streß-Modell gesagt bzw. geschrieben, genau besehen jedoch Diathese-Streß-Modell gemeint wird (z. B. GOTTESMAN 1993). Diese Auffassung stimmt mit dem ZUBINschen Konzept nicht überein und impliziert eine erneute biologistische Reduktion.

Um 1930 verschwindet der Vulnerabilitäts-/Verletzlichkeits-Begriff relativ plötzlich aus der deutschsprachigen psychiatrischen Literatur, um erst fast fünf Jahrzehnte später aus Übersee wieder in die Diskussion gebracht zu werden. Zeitumstände dürften wiederum mitverantwortlich dafür sein, daß dieser Begriff offensichtlich auf sehr fruchtbaren Boden fiel; dabei spielte wohl die Attraktivität, die kybernetisch-systemisch-ökologische Perspektiven Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre zunehmend fanden, eine wichtige Rolle.

2.2.3 Das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie von Luc Ciompi

CIOMPIs Modell basiert wesentlich auf den Ergebnissen der eigenen Langzeituntersuchung; im Zentrum steht die Vulnerabilitätshypothese ZUBINs. Insofern ist das Drei-Phasen-Modell als eine spezifische *Variante* des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Paradigmas aufzufassen. Dabei handelt es sich um die inzwischen wohl am weitesten ausgearbeitete Variante, die einem von CIOMPI selbst formulierten hohen integrativen An-

spruch genügt. Das Drei-Phasen-Modell ist insofern als Metatheorie zu verstehen, als es beansprucht, die Vielzahl der bekannten Fakten und wissenschaftlichen Erklärungsansätze in ein widerspruchsfreies Modell zu integrieren, statt sich nur auf partielle Aspekte zu beziehen. Insbesondere beabsichtigt es, die Wechselwirkung zu erklären zwischen

- biologisch-körperlichen und psychosozialen Faktoren;
- angeborenen und erworbenen Faktoren;
- intrapsychischen und zwischenmenschlich-kommunikativen Prozessen;
- kognitiven und affektiven Prozessen (Denken und Fühlen);
- strukturellen und dynamischen Aspekten;
- akut-produktiven und chronisch-unproduktiven Zuständen (CIOMPI 1986 a).

Sicher ist es kein Zufall, daß etwa um die Zeit, als CIOMPI sein Modell erstmals in umfassender Form publizierte (CIOMPI 1982), auch andere Autoren wichtige integrative Darstellungen vorlegten, die von ihm z.T. einbezogen wurden (SCHEFLEN 1981, STRAUSS & CARPENTER 1981, NÜCHTERLEIN & DAWSON 1984).

Seine integrative Kraft gewinnt das Drei-Phasen-Modell vor allem dadurch, daß es sich an der allgemeinen Systemtheorie und Kybernetik, neuerdings auch der Chaostheorie, ausrichtet. Dabei werden jedoch gleichzeitig ganz unterschiedliche Betrachtungsebenen einbezogen, ohne daß eine bestimmte Ebene verabsolutiert wird.

Von CIOMPI selbst liegen mehrere, recht komprimierte Übersichtsarbeiten zum Drei-Phasen-Modell vor, das von ihm auch als *integratives psycho-biologisches Modell der Schizophrenie* bezeichnet wird (CIOMPI 1986 a, 1989, 1990 a). Besonders auf diese Arbeiten wird hier verwiesen.

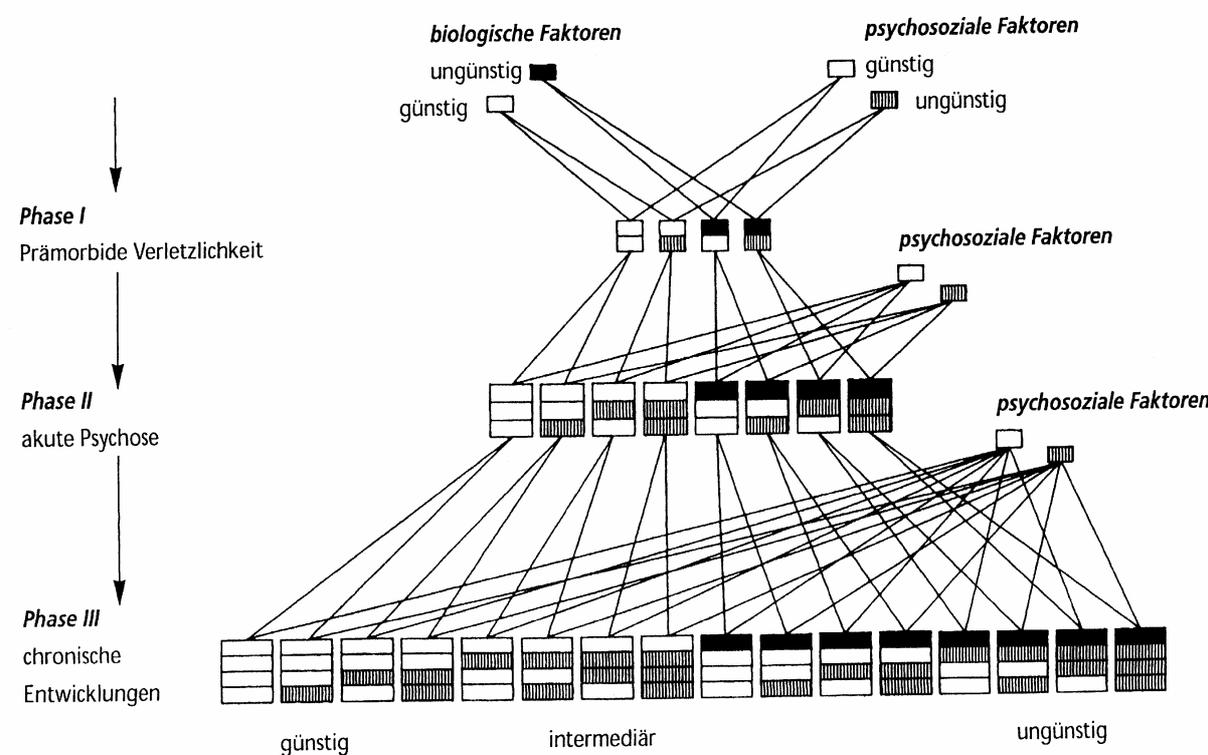
Da sich das in Kapitel 5 beschriebene Konzept der psychoedukativen Gruppenarbeit inhaltlich sowie vom Aufbau her sehr eng an CIOMPIs Modell orientiert, wird dessen allgemeiner Rahmen zunächst knapp skizziert. In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Einzelkomponenten des Modells soweit behandelt, wie es für einen Überblick über Hintergrund und Inhalte der Gruppenarbeit erforderlich ist.

Abbildung 2.1 (nächste Seite) zeigt eine der von CIOMPI selbst verwendeten Veranschaulichungen des Drei-Phasen-Modells.

Die Darstellungsform von Abbildung 2.1 stellt vor allem auf die Variabilität der Einflußbedingungen in den einzelnen Phasen und die Bandbreite der möglichen Ausgänge ab, die ein Kontinuum bilden.

- Phase I umfaßt die Zeitspanne bis zum Auftreten der ersten akuten Psychose (*prämorbi- de Phase*). In dieser Phase entwickelt sich die besondere Verletzlichkeit für Schizophrenie durch ein Wechselspiel von (angeborenen und erworbenen) biologischen sowie psychosozialen Einflüssen und Bedingungen. Das individuelle Ausmaß der Verletzlichkeit ist ebenso unterschiedlich ausgeprägt, wie die jeweilige Gewichtung biologischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren. Ungünstige Einflüsse können kumulieren; genauso gut können ungünstige biologische Bedingungen durch besonders günstige psychosoziale Entwicklungsbedingungen kompensiert werden (und umgekehrt). Die Verletzlichkeit kann, muß aber nicht zur Entwicklung psychotischer Zustände führen.
- Phase II ist die Phase der *akuten psychotischen Dekompensation*, in der produktive Symptome vorherrschen. Auslöser solcher psychotischen Zustände sind plötzliche oder längerdauernde Belastungen, die von dem Betroffenen subjektiv als Streß erlebt werden. Dabei handelt es sich im allgemeinen um belastende zwischenmenschliche Prozesse oder plötzlich eintretende, emotional belastende Ereignisse. Kritisch sind auch Lebensphasen, die Umstellung und Neuanpassung erfordern. Im günstigen Fall können

Abb. 2.1: Das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie: Schematische Darstellung der Möglichkeiten der Langzeitentwicklung unter dem Einfluß von günstigen und ungünstigen biologischen und psychosozialen Faktoren (nach CIOMPI 1986 a)



solche, durch Belastungen entstehende Krisen, individuell oder mit sozialer Unterstützung bewältigt werden, ohne daß es zu einem völligen psychotischen Zusammenbruch kommt. Im ungünstigen Fall kommt es in Interaktion mit der Umwelt zu teufelskreisartigen Eskalationsprozessen, deren Resultat dann das mehr oder weniger plötzliche „Überschnappen“ des psychischen Systems in die psychotische Verrückung ist. Bei diesen Eskalationen können biologische Einflüsse eine zusätzlich destabilisierende Rolle spielen (z. B. die Wirkung von Drogen).

- Phase III umfaßt die *langfristige Entwicklung* nach dem Durchleben einer oder mehrerer akutpsychotischer Phasen. Der langfristige Verlauf und Ausgang ist, wie wir heute wissen, außerordentlich vielgestaltig und aufzufassen als kaum vorhersehbarer, offener Lebensprozeß von besonders disponierten Menschen. Dabei kommt es vor allem auf die psychosozialen Entwicklungsbedingungen und -einflüsse an. Aber auch die biologischen Anteile der Verletzlichkeit sowie neuronale Bahnungs- und Prägungsprozesse spielen eine Rolle.

Vor diesem Hintergrund versteht CIOMPI psychotisch:

„Nicht als ein Absolutum, sondern als Resultante von immer wieder neuen und von Fall zu Fall anderen Konstellationen, in welchen biologische, psychologische und soziale Faktoren in wechselnder Kombination zusammenspielen“ (1990 a, S. 56).

In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Phasen des Modells detaillierter behandelt.

2.3 Die besondere Verletzlichkeit für Schizophrenie – Phase I

Die Verletzlichkeitshypothese ZUBINs und das Drei-Phasen-Modell CIOMPIs, wie es im letzten Abschnitt beschrieben wurde, sind in dieser allgemeinen Form grundsätzlich auch auf andere psychische oder psychosomatische Erkrankungen anwendbar. Ihr Erklärungswert wäre letztlich gering, wenn sich nicht genauer angeben ließe, worin denn das *Spezifische* der schizophrenen Verletzlichkeit zu sehen ist.

Was unterscheidet schizophrene und schizophreniegefährdete Menschen vor und unabhängig von der akuten psychotischen Phase von anderen psychisch Kranken sowie von psychisch Gesunden?

Das Besondere der schizophrenen Verletzlichkeit wird heute in Störungen der Informationsverarbeitung gesehen. In diesem Abschnitt geht es deshalb um folgendes:

- Zunächst wird die „objektive“ Seite dieser Störungen zusammenfassend charakterisiert;
- es folgt eine Darstellung der subjektiven Aspekte dieser Störungen anhand des Basisstörungskonzeptes;
- im dritten Schritt werden CIOMPIs „affekt-logische Bezugssysteme“ als übergreifendes Konzept eingeführt; und
- schließlich wird ein skizzenhafter Überblick über mögliche Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit gegeben.

2.3.1 Störungen der Informationsverarbeitung

Die verschiedenen Konzeptionen zum Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie stimmen sehr weitgehend darin überein, daß das Wesentliche dieser Erkrankungen nicht in den oft spektakulären, in der Regel jedoch flüchtigen akuten psychotischen Symptomen zu sehen ist, sondern daß diese sich sekundär aus grundlegenden Störungen entwickeln, die vor und unabhängig von der akuten psychotischen Symptomatik bestehen. Diese werden als *Störungen der Informationsverarbeitung* aufgefaßt.

Der Begriff Informationsverarbeitung stammt aus der experimentell ausgerichteten kognitiven Psychologie. Gemeint sind damit alle Prozesse der Aufnahme, Zuordnung, Verknüpfung sowie Bewertung von inneren und äußeren Informationen (Reizen), die dem Erleben und Verhalten zugrunde liegen. Modelle der menschlichen Informationsverarbeitung versuchen in der Regel, den Prozeß von der Aufnahme (*input*) über die Verarbeitung bis zur Umsetzung in beobachtbares Verhalten (*output*) nachzuvollziehen, wobei der Mensch als offenes System aufgefaßt wird. Dabei werden zumeist unterschiedliche Ebenen und Komponenten der Informationsverarbeitung unterschieden. Derzeit existieren in der kognitiven Psychologie eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, die verschiedene Komponenten und Ebenen der Informationsverarbeitung postulieren.

Folgt man solchen Modellen, so zeigen schizophrene Menschen in allen Phasen der Informationsverarbeitung Störungen, die sie im Durchschnitt sowohl von anderen Gruppen psychisch Kranker als auch von Gesunden unterscheiden. Zwar weisen z. B. auch Patienten mit affektiven Psychosen in der Regel deutliche Beeinträchtigungen ihrer kognitiven Funktionen gegenüber gesunden Kontrollpersonen auf, das Leistungsprofil schizophrener Erkrankter ist jedoch auch im Vergleich zu affektiv Erkrankten quantitativ und qualitativ verschieden (z.B. GOLDBERG et al. 1993 a, ALBUS et al. 1996). Vor allem sind die Störungen depressiv oder manisch Erkrankter weitgehend reversibel, während dies bei schizophrenen Erkrankten nicht der Fall ist (ZIHL 1996).

Da diese Störungen z.T. bereits seit Jahrzehnten untersucht werden, ist die Befundlage außerordentlich vielfältig und komplex. In letzter Zeit mehren sich allerdings Studien, die nicht spezifische Einzelfunktionen isoliert betrachten, sondern versuchen, mit einem breiten Spektrum von Verfahren die Störungen mehrdimensional zu erfassen. In solchen Untersuchungen zeigt sich regelhaft, daß schizophren erkrankte Probanden in nahezu allen Funktionsbereichen signifikante Beeinträchtigungen gegenüber nicht-psychiatrischen Vergleichsgruppen aufweisen (z.B. SPAULDING et al. 1989: 8 von 10 Funktionen; BRAFF et al. 1991: 14 von 17 Funktionen; BLANCHARD et al. 1994: 13 von 15 Funktionen; CANNON et al. 1994: 7 von 7 Funktionen; HEATON et al. 1994: 7 von 8 Funktionen).

Von theoretischem Interesse ist dabei der Befund von SPAULDING et al. (1989), daß sich die einzelnen Funktionen faktoranalytisch nicht differenzieren lassen, sondern sehr stark covariieren; dies deutet auf einen gemeinsamen Bedingungsfaktor als Grundlage für die verschiedenen Einzelstörungen hin.

Bisher fehlt jedoch eine Integration der Einzelbefunde in ein konsistentes und umfassendes Modell der menschlichen Informationsverarbeitung. Es folgt eine Aufzählung der wichtigsten Bereiche, in denen sich Auffälligkeiten bei der Informationsverarbeitung schizophrener Menschen finden. Sie orientiert sich an der Unterscheidung zwischen *sensorisch-perzeptionellen* und *konzeptionellen* Störungen von BRENNER (1989; vgl. Abbildung 2.2, nächste Seite).

Eher *sensorisch-perzeptionelle* Störungen:

- Störungen präattentiver Prozesse, wie z. B. eine verminderte spontane Reaktionsbereitschaft;
- quantitative und qualitative Beeinträchtigungen der Reizerkennung und -speicherung;
- erhöhte Ablenkbarkeit und Kontextabhängigkeit bei der Informationsaufnahme;
- verringerte Aufnahmekapazität („Kanalkapazität“) und Verarbeitungsgeschwindigkeit;
- Probleme bei der Integration unterschiedlicher sensorischer Reizmodalitäten;
- Schwierigkeiten bei der Auswahl relevanter und der Hemmung irrelevanter Reize;
- verminderte Fähigkeit, einen Aufmerksamkeitsfokus aufrechtzuerhalten und flexibel zu verlagern.

Eher *konzeptionelle* Störungen:

- beeinträchtigte Abstraktionsleistungen, auffällige Konzeptbildung;

- Probleme beim deduktiven und analogen Schließen sowie beim Erkennen logischer Klassen;
- gestörte Suchprozesse im Kurzzeitspeicher;
- Störungen in der Organisation des Kurzzeitspeichers und beim Zugriff auf den Langzeitspeicher (vgl. auch BRENNER 1983, 1986; BRAFF 1993; RIST 1995);
- Auffälligkeiten bei der Organisation des Langzeitspeichers („lockerere“, instabilere assoziative Netzwerke; SPITZER 1993).

Insgesamt lassen sich also bei Menschen mit einer Verletzlichkeit für Schizophrenie in allen Stadien der Informationsverarbeitung, wie sie in Abbildung 2.2 (nächste Seite) schematisch dargestellt sind, Beeinträchtigungen nachweisen. Die Schwierigkeit, umgrenzte Störungen auf bestimmten Stufen der Informationsverarbeitung zu isolieren, könnte darauf zurückzuführen sein, daß „höhere“ Kontrollprozesse gestört sind, die auf mehreren Stufen benötigt werden (RIST 1995).

Die Störungen der Informationsverarbeitung können heute als relativ hochspezifisch für schizophrenggefährdete Menschen gelten, d.h. sie finden sich in diesem Ausmaß und dieser Qualität weder bei anderen psychischen Erkrankungen noch bei Gesunden. Weitere wichtige Merkmale dieser Störungen im Lichte neuerer Untersuchungen:

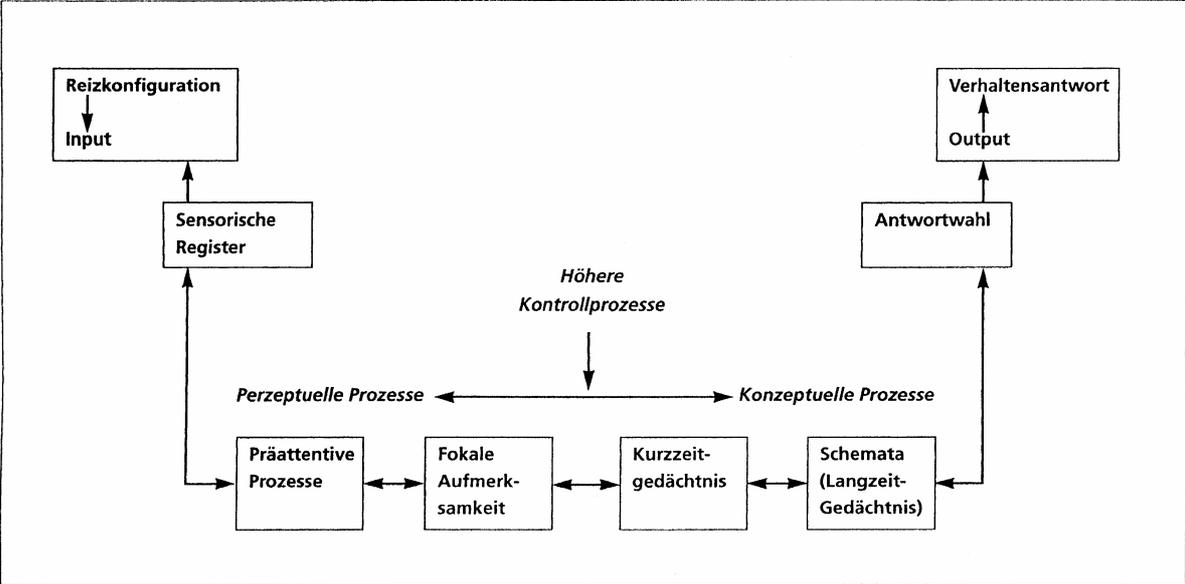
- Ihre Ausprägung ist über die Zeit weitgehend stabil, d. h. unabhängig vom Lebensalter oder der Krankheitsdauer (HEATON et al. 1994, HYDE et al. 1994, CHEN et al. 1996); sie finden sich außerdem bereits bei Ersterkrankten und können deshalb schwerlich als Folge der Erkrankung angesehen werden (SAYKIN et al. 1994, RUBIN et al. 1995).
- Die Behandlung mit Neuroleptika beeinflusst die Störungen nicht wesentlich, z.T. finden sich schlechtere Leistungen bei neuroleptisch behandelten Patienten (ZIHL 1996, LEWINE et al. 1996); Störungen der Informationsverarbeitung sind auch nachweisbar bei Patienten, die noch nie neuroleptisch behandelt wurden (GOLDBERG et al. 1993b).
- Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Störungen der Informationsverarbeitung und Symptomatik ist die Ergebnislage nicht ganz eindeutig. Insgesamt scheint der Zusammenhang eher schwach zu sein; wenn überhaupt statistisch bedeutsame Beziehungen festgestellt werden, so weniger ausgeprägt mit positiven als mit negativen Symptomen (FRITH et al. 1991, GOLDBERG et al. 1993 a, BRAFF et al. 1991, BARNETT et al. 1996). Dies bedeutet, daß die Störungen keineswegs als Sekundärphänomene der psychotischen Symptomatik aufgefaßt werden können.
- Auch bei nahen Verwandten schizophrener Erkrankter sind kognitive Beeinträchtigungen offenbar häufiger und stärker ausgeprägt als im Durchschnitt der Bevölkerung (POGUE-GEILE et al. 1991, PARK et al. 1995). Insbesondere zeigen schizophrene erkrankte eineiige Zwillinge stärkere kognitive Störungen als ihre nicht erkrankten Geschwister; diese wiederum schneiden in einer Reihe von Funktionen schlechter ab als gesunde Vergleichspersonen (GOLDBERG et al. 1993 c, CANNON et al. 1994).

Alles in allem können die Störungen der Informationsverarbeitung damit als relativ stabile, weitgehend spezifische und „objektiv“ erfaßbare Merkmale der schizophrenen Verletzlichkeit gelten.

Solche Merkmale werden auch *Verletzlichkeits-Marker* genannt, und es wird in den letzten Jahren verstärkt nach Untersuchungsverfahren gesucht, die es erlauben, solche Marker möglichst zuverlässig und ökonomisch zu erfassen (CLARIDGE 1994, SUSLOW & AROLT 1996). Falls dies gelingt, könnten sich Möglichkeiten zur Primärprävention oder Früherkennung ergeben (vergl. 1.4).

Historisch ist interessant, daß Aufmerksamkeitsstörungen schon sehr früh das Interesse von Klinikern und experimentell orientierten Psychologen gefunden haben. Sowohl KRAEPELIN als auch BLEULER haben bereits charakteristische Aufmerksamkeitsstörungen bei schizophrenen Patienten beobachtet:

Abb. 2.2: Schematisches Modell der menschlichen Informationsverarbeitung (BRENNER 1989)



KRAEPELIN beschreibt „... Störungen der Aufmerksamkeit, denen wir bei unseren Kranken sehr häufig und in auffallender Ausprägung begegnen. Ganz allgemein geht ihnen Neigung und Fähigkeit ab, ihre Aufmerksamkeit aus eigenem Antrieb stark und dauernd anzuspannen“; und BLEULER findet „...eine gewisse Unstetigkeit der Aufmerksamkeit; die Kranken schweifen ab, bleiben nicht bei der Stange, lassen ihre Gedanken wahllos nach den verschiedensten Richtungen wandern. Andererseits bildet sich öfters längere Zeit hindurch eine starre Bindung der Aufmerksamkeit heraus“ (zit. nach OLDIGS 1985, S. 66/67).

Die experimentalpsychologische Schizophrenieforschung hat sich zunächst ebenfalls schwerpunktmäßig mit Aufmerksamkeitsstörungen befaßt. Die wichtigsten Befunde dazu liegen seit Jahrzehnten vor und können zu den solidesten Bausteinen in unserem Wissen über schizophrene Psychosen gerechnet werden.

Einer der Pioniere dieser Forschungsrichtung war seit den 30er Jahren der amerikanische Psychologe SHAKOW, dessen Ergebnisse zur Störung der Daueraufmerksamkeit („Segmentierung“) über die Jahrzehnte immer wieder bestätigt werden konnten. Auch Joseph ZUBIN hat entsprechende Störungen bei Schizophrenen untersucht, insbesondere bei der Verlagerung („*shift*“) der Aufmerksamkeit. Zu den Pionieren dieser Forschungsrichtung gehören auch MCGHIE und CHAPMAN, die sich seit Anfang der 60er Jahre mit der erhöhten Ablenkbarkeit und gestörten Reizauswahl beschäftigen.

Insgesamt ist die experimentalpsychologische Erforschung solcher Störungen inzwischen mehr als ein halbes Jahrhundert alt und hat immer wieder auch theoretische Modelle zur Einordnung der Befunde inspiriert. Bemerkenswert ist jedoch, daß es sehr lange kaum eine Beziehung zwischen der experimentalpsychologischen Forschung einerseits sowie psychiatrischer Praxis und Forschung andererseits gegeben hat. Diese äußerst fruchtbare Brücke konnte offenbar erst geschlagen werden, nachdem im Rahmen des Verletzlichkeits-Konzepts erkennbar wurde, daß die psychopathologischen Phänomene nicht unmittelbarer Ausdruck gestörter psychischer Prozesse sind, sondern als vermittelte Resultanten grundlegender primärer Störungen aufzufassen sind.

Im weiteren Verlauf der Entwicklung hat sich dann der Schwerpunkt der Forschung von relativ einfachen Aufmerksamkeitsleistungen verlagert zu komplexeren Prozessen der Informationsverarbeitung auf konzeptioneller Ebene. Dabei ist jedoch darauf zu verweisen, daß die Trennung zwischen perzeptionellen und konzeptionellen Prozessen letztlich künstlich ist und daß es bisher nicht befriedigend gelungen ist, Aufmerksamkeitsleistungen eindeutig von „höheren“ Prozessen der Informationsverarbeitung abzugrenzen. Vielmehr scheint es so zu sein, daß intakte Aufmerksamkeitsfunktionen die Grundlage und notwendige Voraussetzung für andere wichtige kognitive Funktionen (z. B. Wahrnehmung, Gedächtnis) bilden (SUSLOW & AROLT 1996).

Zum Schluß dieses Überblicks soll versucht werden, die Befundlage zu verdichten, ohne sie unzulässig zu verkürzen. Nach HEMSLEY (1993) besteht der kleinste gemeinsame Nenner der unterschiedlichen Befunde und Modelle darin, daß bei schizophreniegefährdeten Menschen der Einfluß gespeicherter Regelmäßigkeiten früherer Erfahrungen auf die aktuelle Wahrnehmung und Verarbeitung geschwächt ist. Die basale Störung der Schizophrenie wird deshalb aufgefaßt als „Störung bei der fortlaufenden Integration von aktuellem Input und gespeichertem Material“ (S. 635). Die gemeinsame Endstrecke bestehe darin, daß der aktuelle Reizinput nicht in Beziehung gesetzt werden kann zu gespeicherten Regelmäßigkeiten (S. 643). Dies wirkt sich für die Betroffenen so aus, daß sie auch bereits Bekanntes immer wieder wie neu und mit „Staunen vor der Welt“ erleben.

Dabei ist wichtig zu verstehen, daß entsprechende Regelmäßigkeiten oder Konzepte sehr wohl gedächtnismäßig gespeichert sein können. Das Problem liegt darin, daß die gespeicherten Inhalte zeitweise nicht schnell und automatisch, sondern allenfalls bei bewußter Anstrengung verfügbar sind. Es handelt sich also nicht um einen Defekt, sondern um eine funktionelle Labilisierung solcher Zuordnungsprozesse (STRAUBE 1983). PATTERSON (1987) formuliert ganz ähnlich, wenn er „einen Mangel der automatischen Wiederverfüg-

barmachung früherer Erfahrungen parallel zu dem ... wahrgenommenen aktuellen Reiz“ vermutet.

Solche Störungen sind um so wahrscheinlicher

- je komplexer die Reizsituation ist;
- wenn gleichzeitig unterschiedliche Sinnesmodalitäten beansprucht werden;
- je stärker Ablenkungs- oder Störreize sind; und
- je mehr Streß erlebt wird (BRAFF 1993).

Das Problem der gestörten Informationsverarbeitung schizophrenegefährdeter Menschen liegt also in erster Linie bei der selektiven Aufmerksamkeit; die gerichtete, kategorial auswählende Aufnahme und Verarbeitung innerer und äußerer Reize ist zeitweise beeinträchtigt. Genau das meinen offenbar andere Autoren, wenn sie die Störung folgendermaßen auf den Begriff bringen:

- „Erschwerte Fähigkeit, eine übergreifende Einstellung aufrecht zu erhalten“ (SHAKOW);
- „Anfälligkeit von Gewohnheitshierarchien“ (HUBER);
- „Eingeschränkte Fähigkeit, die Welt automatisch als gegliedert und bedeutungsvoll wahrzunehmen“ (SÜLLWOLD);
- „Wahrnehmungen werden nicht in den Kontext eines Hintergrundwissens gestellt“ (ANS-COMB);
- „Erhöhte Störbarkeit affekt-logischer Programme“ (CIOMPI).

Jenseits der eher verwirrenden Fülle von Einzelergebnissen scheint es also im Hinblick auf das Kernproblem ein recht hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Autoren ganz unterschiedlicher Herkunft und Orientierung zu geben. BLEULERs Begriff von den „gelockerten Assoziationen“ hat ebenfalls bereits eine große Nähe zu dem hier Gemeinten.

Das Verletzlichkeits-Konzept nimmt diese grundlegenden Erkenntnisse auf und begreift die Störungen der Informationsverarbeitung als Basis, von der aus sich die akuten psychotischen Zustandsbilder im Rahmen eines phasenweisen Dekompensationsprozesses entwickeln (vgl. 2.4.1).

Die Bedeutung einer unbewußt-automatischen und hocheffizienten selektiven Aufmerksamkeit ist wohl nur zu ermessen, wenn man sich für einen Moment versucht vorzustellen, wie es ist, wenn sie fehlt: Man wäre schutzlos einem schier grenzenlosen Bombardement von Reizen ausgeliefert. Denn in Phasen des Wachbewußtseins ist jeder Mensch, zumindest in alltäglichen Situationen, mit einem potentiell unendlich vielfältigen Reizangebot konfrontiert.

Dies gilt schon für eher reizarme Kontexte. So bin ich – diese Zeilen in meinem heimischen Arbeitszimmer schreibend – beispielsweise folgenden Reizen ausgesetzt: Vielfältige optische Eindrücke im Nahfeld (Schreibtisch) im Zimmer und vor dem Fenster; akustische Reize, wie das Brummen einer Fliege im Wohnzimmer, das an- und abschwellige Rauschen des Verkehrs auf der nahegelegenen Bundesstraße, das Rascheln vom Wind im Strauch vor meinem Fenster, das Plätschern des Wassers in unserem Bachlauf, Kinderlaute aus Nachbars Garten, Schritte meiner Frau im ersten Stock; propriozeptive Reize, wie die Wärme der Schreibtischunterlage, auf die die Sonne scheint, meine schwitzende rechte Hand (es ist heiß), das leichte Schmerzen von Daumen und Zeigefinger derselben Hand (vom vielen Schreiben), der Druck des Korbgeflechts auf meine Oberschenkel etc.; innere Reize, wie Herzschlag, ein leichter Druck auf den Augen, trockener Mund, eine leichte Verspannung der Nackenmuskulatur etc. Wäre meine selektive Aufmerksamkeit aktuell beeinträchtigt, wäre ich gar nicht oder nur mittels bewußter Konzentration und Mühegabe in der Lage, diesen Abschnitt zu Ende zu schreiben. Denn ständig würden Ablenkungsreize einschleichen und sich aufdrängen, die die gleiche oder sogar größere Intensität hätten, wie die äußeren und inneren Reize, auf die es ankommt, wenn ich bis zum Abendessen fertig sein will: Gedanken, motorische Aktivitäten (Schreiben), optische Kontrolle (Lesen). Ich würde nichts zustande bringen oder nur sehr langsam vorankommen und laufend Fehler machen, obwohl es sich noch um eine recht überschaubare Situation handelt.

Sehr viel schwerer noch haben es Menschen mit einer störanfälligen Informationsverarbeitung, wenn sie sozialen Situationen ausgesetzt sind, in denen es um viel komplexere, weil zwischenmenschlich-kommunikative Reize geht.

In den klassischen experimentellen Versuchsanordnungen zur Erfassung von Besonderheiten der Informationsverarbeitung verlangt man zumeist isolierte Reaktionen (z.B. Knopfdruck) auf ganz einfache Reize (z. B. Ton- oder Lichtsignal) und mißt das Ergebnis eindimensional (z. B. Reaktionszeit). Schon bei solchen einfachen Anordnungen zeigen sich typischerweise signifikante Beeinträchtigungen bei schizophreniegefährdeten Menschen. Wieviel komplexer und irritierender sind dagegen soziale Situationen, zumal wenn Emotionen im Spiel sind. Wahrnehmungen und Verhalten in solchen Situationen sind jedoch ungleich schwerer zu erfassen als in einfachen Leistungsexperimenten. In den letzten Jahren wird allerdings zunehmend versucht, bei der Erforschung der Informationsverarbeitung der sozialen Realität näher zu kommen.

So berichten GARFIELD et al. (1987), daß schizophren Erkrankte auf Bildern von Gesichtern anderer Menschen schwerer als Depressive und Gesunde Gefühle wie Freude, Trauer, Furcht, Ärger, Ekel etc. erkennen können. Dies gilt besonders für negativ getönte Emotionen. CRAMER et al. (1989) zeigten schizophrenen Patienten und Gesunden Videoaufnahmen von Situationen mit eindeutigem emotionalen Gehalt. Die schizophrenen Patienten entdeckten die vorherrschende Emotion seltener als die Gesunden und nahmen z.T. sogar entgegengesetzte Emotionen wahr. Auch zwei deutsche Arbeitsgruppen untersuchten, wie remittierte schizophrene Patienten den emotionalen Gehalt von Gestik und Mimik anderer Menschen wahrnehmen. GRÜSSER (1991) berichtet von „dramatischen“ Störungen beim Erkennen von Gesichtern und dem emotionalen Ausdruck von Mimik und Gestik. Diese Störungen seien ausgeprägter als bei irgendeiner anderen visuell-kognitiven Funktion. Auch GAEBEL & WÖLVER (1992) fanden Beeinträchtigungen beim Erkennen von Gefühlsqualitäten und stellten außerdem fest, daß auch entsprechende Verhaltensweisen (Imitation, Simulation von Gefühlen) im Vergleich zu depressiv erkrankten und gesunden Kontrollpersonen deutlich beeinträchtigt waren. Solche Störungen lassen sich zwanglos im Rahmen der Informationsverarbeitungshypothese erklären. Ihre alltäglichen Auswirkungen im sozialen Leben dürften für die Betroffenen erheblich sein.

Dies belegt eine Auswertung von 14 Studien aus den 90er Jahren, die den Zusammenhang von Störungen der Informationsverarbeitung einerseits sowie der sozialen/beruflichen Anpassung und sozialen Fertigkeiten andererseits untersuchten. Es zeigt sich durchgängig: je ausgeprägter die Beeinträchtigung kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzeptbildung, desto größer die sozialen Defizite (GREEN 1996).

Die andere Seite der Störanfälligkeit bezüglich abstrahierender, verknüpfender und integrierender Funktionen ist die tendenzielle Überlegenheit von schizophreniegefährdeten Menschen bei Aufgaben, die eine besonders genaue Wahrnehmung erfordern (HEMSLEY 1990).

STRAUBE verdeutlicht am Beispiel einfacher Wahrnehmungsexperimente, daß Schizophrene dort keine Ordnung einführen, wo keine ist, also in geringerem Maße der Tendenz zur „guten Gestalt“ unterliegen (1992, S. 103). SHAKOW wird folgende Feststellung zugeschrieben: Wenn es ein Wesen gäbe, von dem man sagen könne, daß es den Wald vor lauter Bäumen nicht sähe, so sei dies der Schizophrene (BUCHANAN 1993). Dies bedeutet auf der anderen Seite, daß schizophreniegefährdete Menschen die einzelnen Bäume besonders genau und differenziert wahrnehmen können.

Die eigentümliche Spannung zwischen besonderer Genauigkeit und erschwerter Zuordnungsfähigkeit kommt in dem Selbstzeugnis eines Betroffenen zum Ausdruck:

„Wir Schizophrenen sind immer die ersten, die mitbekommen, wenn irgend etwas nicht stimmt; aber wir können nicht genau feststellen, was es ist und was dann zu tun ist“ (zit. nach FREEDMAN et al. 1991, Übers. G.W.)

Die Kehrseite der Störung der selektiven Aufmerksamkeit ist demnach in einer besonderen Sensibilität und Offenheit der Wahrnehmung zu sehen. Unter diesem Gesichtspunkt kann Verletzlichkeit auch positiv verstanden werden im Sinne einer besonderen Dünnhäutigkeit, die an sich nichts Krankhaftes darstellt, sondern eine Normvariante, die sich unter geeigneten Umständen auch als besondere Begabung entfalten kann. Denn während „die Schizophrenen ... die Welt eher so (sehen), wie sie wirklich ist“ (KLINE, zit. nach STRAUBE 1992), wirft der Gesunde vielleicht oft allzu schnell das Netz seiner geistigen Orientierung über die Welt. Dies erlaubt ihm zwar, sich relativ ökonomisch und sicher zurechtzufinden, allerdings auf Kosten der Vernachlässigung von Details und Besonderheiten. Wenn es stimmt, daß das Leben gerade in den Details liegt (STRAUSS 1996), dann erleben schizophrene Menschen besonders intensiv – mit allen Chancen, aber auch allen Risiken, die damit verbunden sind.

2.3.2 Das Basisstörungskonzept

Ist, wie im vorangegangenen Abschnitt dargelegt, die Fähigkeit beeinträchtigt, „alte“ Reize bzw. Regelmäßigkeiten bei der Orientierung in der Welt zu benutzen, so sind alle Reize neu. Ein davon betroffener Organismus ist einem steten Bombardement immer wieder neuer, nicht sicher einzuordnender Eindrücke ausgesetzt.

Dieser Effekt scheint die Grundlage zu sein für das von schizophrenen Menschen häufig beschriebene Phänomen der Reizüberflutung:

„Zeitweise merke ich, daß ich nicht richtig reden kann, kriege die Worte nicht zusammen. Die anderen verstehen mich nicht, weil ich wohl Silben verschlucke. Dabei war ich Schulsprecher, weil ich so gut reden konnte ... Stimmen, Geräusche und wenn ich selbst spreche hallen ständig im Kopf nach. Wenn ich gleichförmige Bewegungen gemacht habe, z.B. beim Laufen, kann ich nicht aufhören, die Bewegung geht weiter wie der Nachhall im Kopf. Am quälendsten sind Gedanken, so Frusts. Da denke ich plötzlich Warum bin ich ein Mensch oder Was ist Schmerz. Das beherrscht mich dann so, daß ich nichts anderes mehr denken und tun kann. Am gesamten Körper entstehen dabei sehr negative, fremdartige Gefühle, die ich nicht beschreiben kann, es wäre so ähnlich, als wenn ich eine nicht-existente Farbe beschreiben sollte ... Wenn ein gesprochener Satz beendet ist, hallt bzw. arbeitet es in meinem Kopf weiter. Manchmal nimmt dies so überdimensionale Formen an, daß ein furchtbarer Krach im Kopf entsteht, der wiederum gibt mir das Gefühl, mein Kopf würde wegfliegen ... Manchmal habe ich das Gefühl, ich schrumpfe zu einem Zwerg ... Das mich ständig begleitende Ohrenpfeifen hat sich verstärkt, ich reagiere sehr empfindlich auf Geräusche ... Als Laie vermute ich, daß mein Gehirn bzw. die Sinneseindrücke vollkommen überreizt sind und ich deshalb alles sehr, sehr intensiv erlebe. Ich vertrage keinerlei Belastungen ... Alles was nicht greifbar ist, löst in mir negative Gefühle aus ... Ich fühle mich ständig an irgend etwas erinnert und glaube, nichts neu zu erleben ... Vieles nehme ich nicht bewußt auf, es dauert Sekunden, bis ich überhaupt schalte ... Nichts bleibt richtig haften, die Erinnerung ist nur schemenhaft ... Wenn ich einen Satz im Kopf vorformuliere und ihn nicht sofort ausspreche, kann ich nach kurzer Zeit nicht mehr beschwören, ob ich diesen Satz nun doch ausgesprochen oder noch als Gedanken im Kopf habe, was mich sehr verwirrt ...“ (SÜLLWOLD 1977, S. 33).

Hierbei handelt es sich um die Selbstschilderung eines Oberschülers, der um das 18. Lebensjahr das erste Mal psychotisch erkrankte. Diese Schilderung enthält eindrucksvolle Beschreibungen psychischer Störungen, die ganz unterschiedliche Erlebnisbereiche bzw. psychische Funktionen betreffen und die offensichtlich als einschneidend bis quälend erlebt werden. Diese Störungen sind – und dies ist entscheidend – keine psychotischen Symptome im Sinne der Psychopathologie, sondern sie bestehen vor und zum Teil unabhängig von der akuten psychotischen Symptomatik.

Diese bewußt erlebten Veränderungen werden *Basisstörungen* genannt und stellen für die Betroffenen „die unmittelbare Erfahrung dessen dar, was die gegenwärtige Schizophrenieforschung als ‚besondere Vulnerabilität‘ konzeptionell entwickelt hat“ (SÜLLWOLD & HUBER 1986, S. 2).

Die Verwendung der Begriffe Basisstörungen, Basissymptome, Basisstadien etc. in der Literatur ist nicht ganz einheitlich. HUBER, der diese Konzepte in die Diskussion eingeführt hat, verwendet den Begriff Basissymptome als Bezeichnung für die Beschwerden bzw. Beeinträchtigungen der Betroffenen und den Begriff Basisstörungen als Bezeichnung für die

diesen hypothetisch zugrundeliegenden Störungen der Informationsverarbeitung. Wie einige andere Autoren schließen wir uns dieser Konvention nicht an, sondern bezeichnen die Beschwerden/Beeinträchtigungen als Basisstörungen. Dies unterstreicht, daß es sich dabei noch nicht um Krankheitssymptome i. S. der Psychopathologie handelt. Tabelle 2.1 (nächste Seite) gibt eine Übersicht über charakteristische Basisstörungen und die erlebten Folgen.

Zur Erfassung von Basisstörungen wurde ein Selbstbeurteilungsverfahren (der „Frankfurter Beschwerdefragebogen“/FBF) sowie ein Fremdbeurteilungsverfahren (die „Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen“/BSABS) entwickelt (Beschreibungen beider Verfahren finden sich bei SÜLLWOLD & HUBER 1986).

Wichtige generelle Merkmale von Basisstörungen sind:

- Sie sind nur über das persönliche Erleben der Betroffenen zugänglich.
- Sie gehen den eigentlichen, für Schizophrenien typischen Symptomen mehr oder weniger lange voraus (als sogenannte Vorpostensyndrome und Prodrome) und folgen ihnen nach.
- Sie verlaufen häufig wellen- und schubförmig und sind grundsätzlich reversibel (HUBER 1983).
- Ihre Häufigkeit und Intensität schwankt in Abhängigkeit von inneren und äußeren Einflüssen:

„Zwar können sie auch ohne erkennbaren Anlaß endogen sich manifestieren oder verstärken, sie können aber auch durch situative Faktoren provoziert werden, insbesondere durch arbeitsmäßige, körperliche oder geistige Beanspruchung, bestimmte soziale Alltagssituationen, die anscheinend die Informationsverarbeitungskapazität des Patienten überfordern, durch Situationen, die eine Spaltung der Aufmerksamkeit erfordern, durch Tätigkeiten unter Zeitdruck oder emotional affizierende Minimalanlässe“ (SÜLLWOLD & HUBER 1986, S. 67/68).

- Sie ähneln Empfindungen Gesunder in körperlichen und seelischen Ausnahmezuständen. D.h., sie sind der Qualität nach größtenteils nicht spezifisch für schizophrenegefährdete Menschen. Das „Spezifische im Unspezifischen“ liegt im Ausmaß und der zeitlichen Ausdehnung der Störungen:

„Sie sind kennzeichnend für Schizophrenie, aber nicht in dem Sinne, daß sie ausschließlich dort vorkommen“ (SÜLLWOLD & HUBER 1986, S. 118).

Durchgängig im Erleben der Störungen ist die Erfahrung innerer Verwirrung und Desorientierung. Diese geht zumeist einher mit dem Gefühl, die Kontrolle über die eigenen psychischen Abläufe zu verlieren (Verlust der „Selbstverfügbarkeit“). Von da aus gibt es fließende Übergänge zu dem Erleben, an unerklärliche Vorgänge ausgeliefert zu sein, das fast immer mit Angst verbunden ist. Schließlich führt die grundlegende Verunsicherung im Erleben fast notwendigerweise zu einer allgemeinen Verunsicherung im Verhalten.

Die Reaktion von Betroffenen auf das Erleben der Störungen ist außerordentlich vielfältig. Fast alle wissen, was für sie günstig und zuträglich und was ungünstig und schädlich ist:

„Die Selbstschilderungen ... zeigen die Auseinandersetzung der Patienten mit ihren Basissymptomen, den von der Umgebung oft nicht bemerkten Kampf mit den Störungen“ (SÜLLWOLD & HUBER 1986, S. 89).

Häufig sind Versuche, durch bewußte Konzentration und Anspannung die Kontrolle über psychische Funktionen und das Verhalten zurückzugewinnen, wobei die Störungen nach außen zumeist verborgen werden. Diese Bemühungen gleichen einem Balanceakt, in dem immer wieder neu ein Gleichgewicht zwischen inneren Vorgängen und Umwelтанforderungen hergestellt werden muß. Gelingt dies nicht oder nur unvollkommen, ist die Toleranz gegenüber alltäglichen Anforderungen erheblich herabgesetzt. Die Betroffenen fühlen sich überfordert und sind oft erschöpft bis hin zur Unfähigkeit, sich den Anforderungen von außen zuzuwenden und dem schließlichen Rückzug und Abbruch des Kontaktes zur Umwelt.

Tab. 2.1: „Basisstörungen“ als subjektives Erleben der schizophrenen Verletzlichkeit

1. Störungen des Denkens	
	Durcheinanderlaufen, Aufdringlichkeit von Gedanken; Ablenkung durch abwegige Einfälle; Überflutetwerden; Blockierung, Leere; Fremdheit (Inhalte nicht fixieren können).
Folge:	Gefühl mangelnder Kontrolle über die eigenen Denkvorgänge; Versuch, die Störungen durch bewußte Selbstkontrolle zu bewältigen und nach außen hin zu verbergen.
2. Störungen der Sprache	
Ausdruck:	Verstümmelung von Worten, mangelnde Verfügbarkeit von Worten, unvollständige Sätze, andere Worte als beabsichtigt.
Wahrnehmung:	Mangelnde Entschlüsselung, mangelndes Sinnverständnis, gestörtes Behalten.
Folge:	Gefühl der Unsicherheit in Situationen, die verbale Kommunikation einschließen, soziale Unsicherheit/Rückzug.
3. Störungen der Wahrnehmung	
Allgemein:	Unfähigkeit, Reize aus verschiedenen Sinnesbereichen zu integrieren.
Sehen:	Farbveränderungen, Intensitätsveränderungen, Störungen der Figur/Grund-Wahrnehmung, Störungen der Größenkonstanz.
Hören:	Intensitätssteigerung, Veränderung der Qualität von Tönen (Fremdheit).
Leibgefühle:	Ungewöhnliche, fremdartige, bizarre Körperempfindungen.
Folge:	Gefühl der Überreizung, Überforderung; Rückzug, Abschirmung.
4. Störungen der Gefühle	
	Mangelnde Unterscheidbarkeit von Gefühlen, Gefühlsschwankungen, Gleichzeitigkeit sich widersprechender Gefühle.
Folge:	Unsicherheit gegenüber dem eigenen Erleben; Verstimmung, Unlust (Anhedonie).
5. Bewegungs- und Automatismus-Störungen	
	Blockierung von Bewegungsabläufen, nicht beabsichtigte Bewegungen, sich überlagernde Bewegungstendenzen, mangelnde Koordination.
	Vormals ohne bewußte Aufmerksamkeitszuwendung ablaufende Handlungsvollzüge sind nur mit erhöhter Konzentration und bewußter Anstrengung zu vollbringen (z. B. Waschen, Anziehen, Telefonieren, Fahrradfahren).
Folge:	Irritation, Unsicherheiten im Bewegungsablauf, Verlangsamung

Ist diese Umwelt uninformiert über das Erleben und Befinden oder reagiert sie verständnislos und ohne Rücksicht auf die herabgesetzte Belastbarkeit, besteht die Gefahr von teuflischen kreisartigen Eskalationsprozessen, an deren Ende dann eine akute psychotische Episode stehen kann.

Bei der Frage, wie sich aus nicht kompensierbaren Basisstörungen schließlich akut-psychotische Symptome entwickeln, war man bis vor kurzem auf plausible Annahmen und Analogien angewiesen (vgl. SÜLLWOLD 1983 a, Kap. 2).

Inzwischen ist es KLOSTERKÖTTER in einer aufwendigen, mehrjährigen Studie gelungen nachzuweisen, daß es tatsächlich charakteristische, auch interindividuell stabile Übergangsreihen zwischen Basisstörungen und psychotischen Symptomen gibt. Auf der Basis von ausführlichen Interviews kann KLOSTERKÖTTER (1988, 1992) zeigen, daß bestimmte Arten von Basisstörungen über bestimmte Zwischenphänomene mit hoher Regelmäßigkeit in ganz spezifische psychotische Symptome übergehen. Dabei spielt offenbar das Subjekt bzw. seine Erklärungen und Bedeutungszuschreibungen eine gestaltende Rolle: Es versucht, sich die zunehmende Neu- und Andersartigkeit von Eindrücken zu erklären und durch aktive Sinngebung zu bewältigen. Auf diese Weise wird die Herausbildung psychotischer Symptome zumindest ansatzweise normalpsychologisch deut- und nachvollziehbar. „Psychotisch sein“ verliert den Charakter des unerklärlich-uneinführbar Irrationalen (zur Dynamik der psychotischen Dekompensation vgl. unten, 2.4.1).

Versuchen wir, das Basisstörungen-Konzept historisch einzuordnen, so ist zunächst festzustellen, daß die sogenannte „Grundstörungsdiskussion“ in der Psychiatrie eine lange Tradition hat. Entsprechende Wurzeln finden sich wiederum sowohl bei KRAEPELIN, der explizit „Grundstörungen“ postulierte, sowie bei BLEULER mit seiner Unterscheidung von Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen (vergl. oben 1.2.1). Insgesamt wurde die Beobachtung und Beschreibung dieser Phänomene im Rahmen einer objektivierenden, das subjektive Erleben der Betroffenen tendenziell entwertenden Psychiatrie jedoch stark vernachlässigt. Der Befund war und ist zumeist immer noch wichtiger als das Befinden.

Aktuell gibt es Bezüge zwischen den Konzepten Negativ-Symptome und Basisstörungen. Das Negativ-Syndrom weist ja deutliche Überschneidungen mit den „Grundsymptomen“ BLEULERS auf und auch das Basisstörungen-Konzept beansprucht, den „Kern“ des Phänomens „Schizophrenie“ zu berühren. So fassen KLOSTERKÖTTER et al. (1994) das Basisstörungenkonzept als „deutsche Version“ des Negativ-Symptom-Konzeptes auf. HUBER (1995) besteht demgegenüber auf der Nicht-Identität beider Konzepte und stellt fest, daß sich sowohl positive als auch negative Symptome aus Basisstörungen entwickeln. U.E. ist außerdem der unterschiedliche methodische Zugang ein wichtiges Unterscheidungskriterium: Während (Negativ-) Symptome grundsätzlich der Verhaltensbeobachtung zugänglich sind, handelt es sich bei Basisstörungen prinzipiell um subjektive Phänomene, die nur über das Erleben der Betroffenen erschlossen werden können.

Es waren vor allem die Arbeitsgruppen um Gerd HUBER in Bonn und Lilo SÜLLWOLD in Frankfurt, die an historische Vorläufer anknüpften und sich seit den 60er bzw. 70er Jahren intensiv mit der subjektiven Seite dessen auseinandergesetzt haben, was wir heute die besondere Verletzlichkeit schizophrener erkrankter Menschen nennen.

In diesem Konzept rücken der Betroffene und die Krankheit wieder näher an das allgemein Menschliche:

„Das Basisstörungen-Konzept kann wesentlich zur Überwindung des Mythos von den sog. Geisteskrankheiten und damit verbundenen Vorstellungen ihrer Unheilbarkeit, Unbeeinflussbarkeit und grundsätzlichen Andersartigkeit beitragen und diese Dogmen durch Beschreibungen und darauf gegründete Modelle ersetzen, die dem tatsächlichen Erleben und dem Wesen der Krankheit eher entsprechen“ (SÜLLWOLD & HUBER 1986, S. 41).

„Die Tatsache, daß diese (die Basisstörungen, G.W.) weitgehend einsichtsfähig sind, erlaubt es unserem Erachten nach, dem Patienten ein akzeptierbares Konzept seiner Erkrankung zu vermitteln. Er erlebt sich als vermindert belastbar, kann jedoch sowohl sich selbst verstehen als auch sich anderen verständlich machen. Die Entwicklung eines derartigen Selbstkonzeptes erleichtert es, Motivation für weitere Hilfsmaßnahmen nach der Entlassung zu wecken“ (SÜLLWOLD 1983 b, S. 179).

2.3.3 Ciompis Konzept der „affekt-logischen Bezugssysteme“

Wie wir unter 2.3.3 gesehen hatten, fußt CIOMPIs Drei-Phasen-Modell unmittelbar auf ZUBINs Verletzlichkeitshypothese. Den Kern dieser Verletzlichkeit sieht auch CIOMPI darin, „... daß schizophrene und schizophreniegefährdete Menschen wesentlich, vielleicht sogar in erster Linie, an einer *Störung der Informationsverarbeitung* leiden“ (1985, S. 59).

Insofern integriert CIOMPIs Modell die experimental-psychologischen Befunde zu spezifischen Informationsverarbeitungsdefiziten ebenso wie die Erkenntnisse zum subjektiven Erleben dieser Störungen, die insbesondere das Basisstörungen-Konzept erbracht hat.

Entsprechend dem Charakter des Drei-Phasen-Modells als Meta-Theorie geht CIOMPI jedoch weit über die bereits bekannten Einzelbefunde hinaus und entwirft bereits in der Affektlogik (CIOMPI 1982) ein allgemeines kybernetisch-systemisches Modell der menschlichen Psyche und ihrer Entwicklung, das später weiter ausgearbeitet und generalisiert wird (CIOMPI 1986 b, 1993 b).

Die zentrale Annahme der „Affektlogik“ besteht darin, daß Fühlen und Denken, affektive und kognitive Prozesse untrennbar zusammengehören und unabhängig voneinander gar nicht vorkommen. Sie können allenfalls künstlich, unter analytischen oder methodischen Aspekten, auseinandergehalten werden. Beide, Fühlen und Denken, sind Verarbeitung von Information oder Reaktionsweisen des psychischen Systems im Austausch mit seiner Umwelt. Sie sind außerdem als komplementäre und gleichgewichtige Erfassungsweisen der begegnenden Wirklichkeit zu begreifen:

„In ihrem Zusammenspiel orten (bzw. ordnen) beide Erfassungsweisen die begegnende Wirklichkeit optimal ökonomisch wie zwei Schnittlinien einer Peilung: Das phylogenetisch ältere, körpernahe, deutlich trägere und unschärfere aber viel umfassendere Fühlssystem auf der einen Seite verleiht dem entstehenden, operationellen Bild der Wirklichkeit gewissermaßen Tiefe und Ganzheitlichkeit, während das phylogenetisch jüngere, körperferne, abstraktere, präzisere aber auch viel punktuellere Denksystem zu seiner Schärfe beiträgt. Es ist klar, daß die resultierende Tiefenschärfe im Dienst des Überlebens, d.h. der Autopoiese steht“ (CIOMPI 1986 b, S. 382).

Die integrative Kraft von CIOMPIs Denken zeigt sich u.a. darin, daß sein Konzept der affekt-logischen Bezugssysteme aufbaut auf zwei so verschiedenen Traditionen wie der FREUDschen Psychoanalyse (Fühlen) sowie der genetischen Erkenntnistheorie PIAGETs (Denken) und diese zusammenführt.

Von PIAGET stammt die Erkenntnis, daß die Psyche als Hierarchie von kognitiven Schemata oder Bezugssystemen verstanden werden kann. Diese entstehen von der Geburt an durch einen fortwährenden Prozeß der Assimilation (Einbau äußerer Informationen) und Akkommodation (Anpassung der bereits bestehenden Schemata). Sie bilden den Niederschlag konkreter Erfahrungen im Handeln (sensori-motorische Aktionen) und in der Kommunikation mit zentralen Bezugspersonen (zwischenmenschliche Transaktionen). Aus dem psychoanalytischen Kontext stammt die Einsicht, daß kognitive Schemata von vornherein mit elementaren affektiven „Färbungen“ versehen sind (z. B. Lust, Unlust). Dem Begriff oder Schema „Mutter“ z. B. wird schon früh eine ganz bestimmte Skala von günstigenfalls überwiegend positiven Affekten zugeordnet. Im Phänomen der Übertragung zeigt sich, daß solche frühen affektiven Prägungen bis in das Erwachsenenalter hinein wirksam sein können.

Die affekt-logischen Bezugssysteme zeichnen sich durch eine (im Vergleich zum Tier) viel größere Kapazität, Verdichtung und logische Hierarchisierung aus. Ein zentraler Aspekt dabei ist die Symbolik (Sprache). Entsprechend leistungsfähig und effizient aber möglicherweise auch störanfälliger ist die Psyche (psychotische Phänomene bei Tieren gelten allgemein als unwahrscheinlich). Diese Bezugssysteme stellen den Niederschlag der persönlichen Lern-Geschichte aller Interaktionen mit der Umwelt in Form von integrierten Fühl-, Denk- und Verhaltensprogrammen dar.

Das biologische Substrat der affekt-logischen Bezugssysteme ist in einem entsprechend ausgestalteten Netzwerk von Nervenzellen (Neuronen) und den Verbindungen zwischen ihnen (Axone, Dendriten) im Neokortex zu sehen. Auch dieses Netzwerk entwickelt sich in Abhängigkeit von Wechselwirkungen mit der Umgebung: Reichhaltige Stimuli oder Informationen erzeugen entsprechend gut ausgebildete Netzwerke, Reizarbeit dagegen führt zu neuronaler Atrophie. Dieses Phänomen wird neuronale Plastizität genannt:

Je öfter ein bestimmter, raum-zeitlicher Impuls im Kortex durchgespielt wird, desto effizienter werden seine Synapsen im Verhältnis zu anderen. Dank dieser synaptischen Effizienz werden spätere synaptische Inputs die Tendenz haben, die gleichen neuronalen Systeme zu durchlaufen und so dieselben, sowohl direkten wie psychischen Antworten hervorrufen wie der ursprüngliche Reiz (nach POPPER & ECCLES 1989, S. 463).

Demnach lassen sich nach CIOMPI sowohl Gehirn als auch Psyche mit einem - anfänglich nur in Rudimenten angelegten - Weg- oder Kanalsystem vergleichen, daß durch den Gebrauch selbst entsteht und sich in der Interaktion mit der Umwelt zu einem immer komplexer hierarchisierten Gefüge von Haupt- und Nebenstraßen entwickelt. Diese Gefüge sind als offene Systeme aufzufassen und können auch als lauter Programme mit kognitiven und affektiven Anteilen verstanden werden. Sie stellen das eigentliche Gedächtnis dar, indem sie sich im jeweiligen Kontext aktualisieren und das Wahrnehmen und Verhalten entsprechend den angelegten Mustern kanalisieren. Persönlichkeit wird deshalb auch als weitgehend stabil gewordenes Muster von affekt-logischen Bezugssystemen verstanden, gewissermaßen als Muster von Mustern (CIOMPI 1988 b).

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen ist von Bedeutung, daß diese Programme einerseits eine gewisse Trägheit besitzen und andererseits in hohem Maße anpassungsfähig sind; beide Merkmale

„... sind lebenswichtig: Erst eine gewisse Stabilität internalisierter Strukturen ermöglicht ihre zweckmäßige Anwendung in ähnlichem Kontext; auf der anderen Seite aber ist eine funktionelle Anpassung an wesentlich veränderte Umstände nur dank der Plastizität solcher Systeme möglich“ (CIOMPI 1986 b, S. 391).

Affekt-logische Bezugssysteme zeichnen sich außerdem durch eine gewisse Schwerkraft aus: Sie ziehen Gefühle, Gedanken und Handlungen an wie ein Wegsystem den Verkehr oder ein Kanalsystem das Wasser und wirken so als Raster, durch die wir „Wirklichkeit“ nicht nur wahrnehmen, sondern auch gestalten, ordnen, klassifizieren und ggf. deformieren. Schließlich:

„Psychische Gesundheit kann gleichgesetzt werden mit optimal spannungsarm-ökonomischer, psychische Krankheit dagegen mit spannungsvoll-unökonomischer Informationsverarbeitung“ (ebd.).

Gesundes psychisches Funktionieren ist damit immer eine Frage der Beziehung zwischen angelegten inneren Programmen und Umwelтанforderungen. Dabei werden instabile, disharmonisch strukturierte Programme besonders störanfällig sein und prädisponieren so zu psychischen Erkrankungen.

Um im Bild zu bleiben, stelle man sich das Weg- oder Kanalsystem einmal bildlich vor: als Landkarte. Karten abstrahieren, verdichten, schaffen Übersicht. Eine gute Landkarte zeigt ein hierarchisch-anschaulich gegliedertes System von Autobahnen, Bundesstraßen sowie Nebenstraßen verschiedener Ordnungen bis hin zu Feld- oder sogar Fußwegen. Damit bietet sie eine ausgezeichnete Grundlage für eine rasche und sichere Orientierung in der Wirklichkeit und zugleich effektives und ökonomisches Handeln. Wer von Hamburg nach München gelangen will, dem genügt fast ein Blick zur Orientierung, und er wird auf der Autobahn auf dem schnellsten und sichersten Weg ans Ziel kommen, ohne sich unterwegs mehr als ein- oder zweimal neu orientieren zu müssen. Geben wir dem gleichen Reisenden jedoch eine Karte in die Hand, in der alle Straßen gleichfarbig und gleichbreit eingezeichnet sind, dürfte er ernsthafte Orientierungsprobleme bekommen. Er müßte sich fast an jeder Abzweigung neu orientieren, würde nur langsam vorankommen und Gefahr laufen, sich immer wieder zu verfahren. Seine Informationsverarbeitung sowie das daraus resultierende Verhalten sind also verlangsamt, fehleranfällig und beanspruchen ihn stark.

Projiziert man eine solche Landkarte ins Dreidimensionale, so ergibt sich ein gutes „Bild“ von der Struktur affekt-logischer Bezugssysteme und den diesen entsprechenden neuronalen Netzwerken. Demnach würden schizophreniegefährdete Menschen von Haus aus über „schlechtere“ Karten, also instabilere und störanfälligere Bezugssysteme verfügen,

die vor allem unter Streß ihre orientierunggebende und handlungsleitende Funktion einbüßen können.

Soweit zum Konzept der affekt-logischen Bezugssysteme. Es geht insofern weit über das Verletzlichkeits-Konzept hinaus, als es

- Denken und Fühlen „versöhnt“ und als untrennbare Aspekte von Informationsverarbeitung auffaßt;
- auf einem allgemeinspsychologischen Modell der Psyche beruht, sich also auch auf nicht-psychotische Menschen bezieht; und
- zugleich hochgradig integrativ ist, indem es strukturelle und dynamische, biologische und psychosoziale, synchrone und diachrone, intrapsychische und zwischenmenschliche Aspekte berücksichtigt.

2.3.4 Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit

Prinzip der gemeinsamen Endstrecke – Äquifinalität

Im Rahmen eines systemtheoretisch-kybernetischen Modells schizophrener Psychosen macht es genaugenommen keinen Sinn mehr, von der Ursache oder den Ursachen der Schizophrenie zu sprechen. Allenfalls kann man fragen, wodurch das prämorbid Terrain für die Entwicklung von schizophrenen Psychosen, also die individuelle Verletzlichkeit, bedingt ist.

Dabei wird die Verletzlichkeit für Schizophrenie im Rahmen des Drei-Phasen-Modells als hochspezifische Störung der Informationsverarbeitung verstanden, also als ein Phänomen, das schizophreniegefährdete von gesunden sowie von anderen psychisch kranken Menschen unterscheidet.

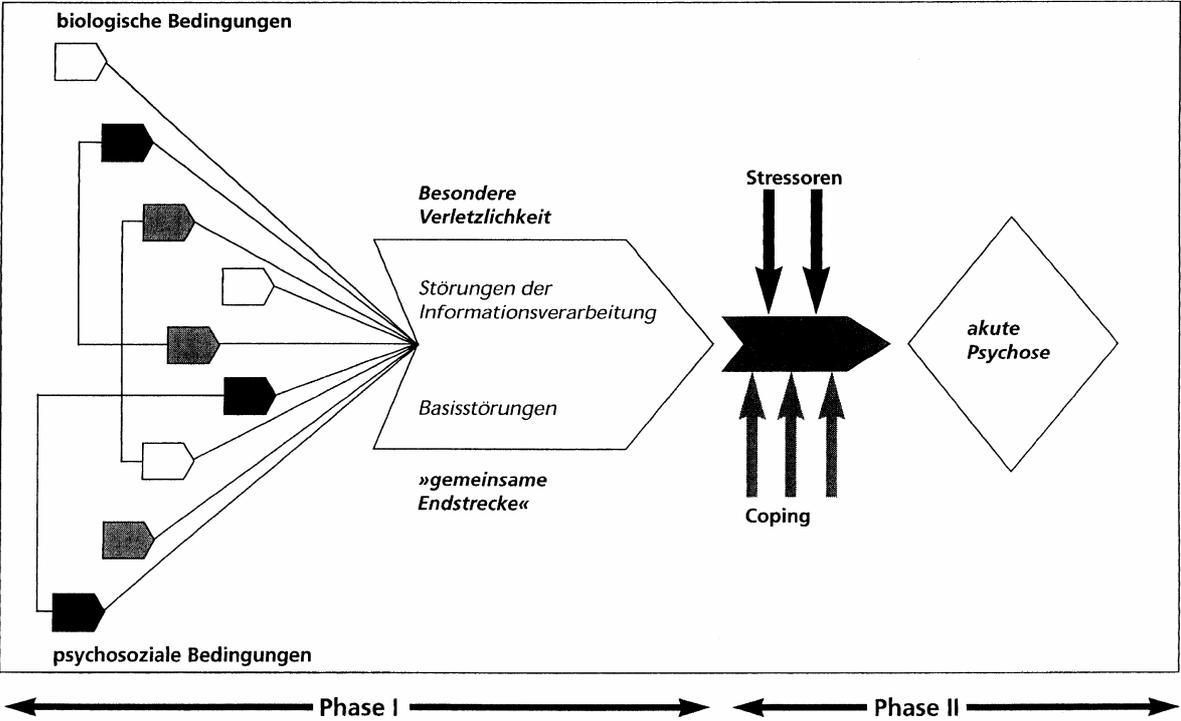
Nach unserem heutigen Wissensstand kann für die Entstehung dieser Verletzlichkeit keine einzelne spezifische Ursache und wahrscheinlich auch keine begrenzte Zahl eindeutig identifizierbarer ursächlicher Faktoren nachgewiesen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, daß die Vorstellung von einer linearen, einsinnigen Verknüpfung von einzelnen spezifischen Ursachen und ihren Wirkungen, die ja dem traditionellen medizinischen Krankheitskonzept folgt, grundsätzlich ungeeignet ist, um die Entstehung störanfälliger affekt-logischer Bezugssysteme angemessen zu erklären.

CIOMPI geht deshalb bei seinem Drei-Phasen-Modell vom Prinzip der Äquifinalität (Prinzip der gemeinsamen Endstrecke) aus, das in der allgemeinen Systemtheorie eine wichtige Rolle spielt. Dieses Prinzip besagt, daß ein und derselbe Endzustand (z.B. die schizophrene Verletzlichkeit) grundsätzlich auf potentiell unendlich vielen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen beruhen kann. Abbildung 2.3 (nächste Seite) soll diesen Zusammenhang verdeutlichen.

Demnach entwickelt sich die Verletzlichkeit durch eine – in jedem Einzelfall unterschiedliche – Kombination biologischer und psychosozialer Einflußbedingungen, die untereinander wiederum in komplexer Weise in Wechselwirkung treten können. Diese Faktoren sind sämtlich mehr oder weniger unspezifisch für Schizophrenie. Sie unterscheiden sich zwar wahrscheinlich in ihrer Spezifität, kein einzelner Bedingungsfaktor wird jedoch für sich genommen ausschließlich bei schizophreniegefährdeten Menschen aufzufinden sein. Außerdem ist davon auszugehen, daß wir bei weitem nicht alle (potentiellen) Bedingungsfaktoren kennen, die im Vorfeld von Schizophrenien eine Rolle spielen können. Vermutlich ist ihre Zahl unendlich.

Die jeweilige qualitative und quantitative Ausprägung sowie die Wechselwirkung der Bedingungsfaktoren determinieren die individuelle Ausprägung der Verletzlichkeit. Sie wird am

Abb. 2.3: Individuelle Verletzlichkeit und Äquifinalität



besten verstanden im Sinne einer relativen Wahrscheinlichkeit, mit der der Mensch psychotisch reagiert, wobei Stressoren einerseits und (günstigem) Bewältigungsverhalten andererseits gegenläufige Wirkungen zugeordnet werden können. In diesem Sinne gilt für alle im folgenden zu diskutierenden Einflußbedingungen:

- keine ist obligatorisch;
- sie sind mehr oder weniger unspezifisch;
- sie stehen in Wechselwirkung untereinander;
- sie stellen Beispiele für Einflüsse dar, die nach unserem heutigen Wissen bei der Entstehung der schizophrenen Verletzlichkeit von Bedeutung sein können;
- ihre jeweilige Gewichtung ist interindividuell verschieden.

Biologische Bedingungsfaktoren

Es kann unterschieden werden zwischen vererbten und im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung erworbenen biologischen Bedingungen.

Genetische Bedingungen

Daß Vererbung bei der schizophrenen Verletzlichkeit eine Rolle spielen kann, steht heute außer Zweifel. Diese Erkenntnis stützt sich auf folgende gut belegte Fakten:

- Das lebenslange Erkrankungsrisiko ist in der Verwandtschaft Schizophrener proportional zum Verwandtschaftsgrad erhöht (in der Durchschnittsbevölkerung beträgt es ca. 0,4 bis 0,6 %, bei einem Kind mit einem schizophrenen Elternteil etwa 10 bis 15 %).
- Bei eineiigen, also erbgleichen Zwillingen, ist die Wahrscheinlichkeit, daß beide schizophren erkranken, erheblich höher als bei zweieiigen Zwillingen (40 % bis 50 % gegenüber 5 % bis 15 %).
- Kinder von schizophrenen Eltern(-teilen) – sog. Hochrisiko-Kinder – haben auch dann ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko, wenn sie in einer Adoptivfamilie aufwachsen. In kontrollierten Studien fanden sich bei den adoptierten Hochrisiko-Kindern Erkrankungsraten zwischen 9 % und 19 %, in den jeweiligen Kontrollgruppen von adoptierten Kindern ohne schizophren erkranktes Elternteil 1 % bis 10 % (FLEKKØY 1987, GOTTESMAN 1993, KENDLER & DIEHL 1993, MCGUFFIN et al. 1995).

Nach wie vor unbekannt ist das „Was“ und „Wie“ der genetischen Vermittlung. Nach den vorliegenden Erkenntnissen ist jedoch davon auszugehen, daß die genetische Grundlage schizophrener Erkrankungen heterogen und polygenetisch ist, d.h. wahrscheinlich ist eine Vielzahl unterschiedlicher Gene daran beteiligt, die untereinander in Wechselwirkung treten.

Die in den letzten Jahren mit großem Aufwand betriebenen Versuche, in Familien mit außerordentlich hoher Erkrankungshäufigkeit spezifische Defekte bei einzelnen Genen zu identifizieren (sog. Kopplungs-Studien), haben bisher keinerlei eindeutige Befunde erbracht.

Die Penetranz der Vererbung ist außerdem gering, d.h. daß nicht jeder Träger der genetischen Disposition tatsächlich erkranken muß. Schließlich ist der in Familien schizophrener erkrankter Menschen übertragene Phänotyp unscharf begrenzt; vererbt werden können offenbar nicht nur eine Disposition zur Erkrankung, sondern auch psychopathologische und physiologische Besonderheiten (z. B. Störungen der Informationsverarbeitung).

„(Die) Anlage tritt nicht regelmäßig, sondern nur unter ungünstigen Bedingungen (z. B. zusätzlichen genetischen Risikofaktoren, ungünstigen Umgebungsbedingungen) als Schizophrenie in Erscheinung; unter günstigeren Bedingungen stellt sie sich in Form weniger beeindruckender Normabweichungen dar“ (MAIER et al. 1995, S. 72).

Diese Auffassung von der Vererbung als möglichem Bedingungsfaktor schizophrener Psychosen ist zwanglos vereinbar mit dem Drei-Phasen-Modell CIOMPIs.

Auf der anderen Seite sprechen die bekannten Fakten zur Genetik auch dafür, daß nicht-genetische Bedingungen in vielen, wenn nicht in den meisten Fällen wirksam sein müssen. Mit ca. 60 % weist die Mehrheit der Betroffenen einen völlig unbelasteten Stammbaum auf (GOTTESMAN 1993). Wäre die Schizophrenie eine reine Erbkrankheit, müßten beispielsweise die eineiigen Zwillingsgeschwister von schizophren Erkrankten zu 100 % ebenfalls erkranken. Darüber hinaus könnte die höhere Konkordanz bei eineiigen Zwillingen zum Teil darauf zurückzuführen sein, daß sie in den meisten Fällen einer Plazenta entstammen und damit während der fötalen Entwicklung identischen intrauterinen Bedingungen unterliegen.

In einer sehr interessanten Pilotstudie konnten DAVIS et al. (1995) zeigen, daß das Ausmaß der Konkordanz bei monozygoten Zwillingen stark in Abhängigkeit davon variiert, ob sie aus einer oder aus zwei Placentae stammten. Unter den Zwillingen aus einer Placenta, die den gleichen Blutkreislauf haben und damit das gleiche Risiko für über den Blutkreislauf übertragene Erkrankungen, betrug die Konkordanz ca. 60 %, bei den monozygoten Zwillingen aus zwei Placentae dagegen nur ca. 11 %! Demnach wäre es weniger die Erbgleichheit, sondern eher das identische intrauterine Milieu, das für die erhöhte Konkordanz bei monozygoten Zwillingen verantwortlich wäre. Die Autoren berichten darüber hinaus, daß die Konkordanzraten für Schizophrenie etwa in der gleichen Größenordnung liegen wie bei Multipler Sklerose, Tuberkulose und HIV-Erkrankungen, sämtlich rein infektionsbedingte Krankheiten.

Erworbene biologische Bedingungen

Als erworbene biologische Bedingungen sind hier alle Einflüsse anzusehen, die störend oder schädigend auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn einwirken. Untersucht werden dabei in erster Linie Einflüsse vor, während und unmittelbar nach der Geburt; diese werden in der Forschung zumeist zusammenfassend als Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen bezeichnet. Die Forschungsergebnisse hierzu haben sich in den letzten Jahren erheblich verdichtet und stimmen in ihrem generellen Trend recht gut überein:

- Im Vergleich mit ihren gesunden Geschwistern finden sich in der Vorgeschichte schizophrener Erkrankter durchschnittlich häufiger Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen;
- dies gilt auch im Vergleich mit Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung; und
- auch im Vergleich mit verschiedenen anderen psychiatrischen Krankheitsbildern weisen schizophrene Menschen fast immer signifikant häufiger Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf (STÖBER et al. 1993);
- die Komplikationen sind besonders häufig bei männlichen und chronisch Erkrankten und solchen mit frühem Krankheitsbeginn (MURRAY 1994).

Neueren Untersuchungen zufolge finden sich bei einem Drittel bis der Hälfte von schizophren Erkrankten Auffälligkeiten in der Schwangerschaft und bei der Geburt; in der Allgemeinbevölkerung liegt diese Rate in der Regel unter 20 % (SACKER et al. 1995, WARNER 1995).

GEDDES & LAWRIE (1995) haben 23 Studien zum Zusammenhang von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und Schizophrenie in einer Meta-Analyse ausgewertet. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß das Erkrankungsrisiko bei Menschen, die solchen Komplikationen ausgesetzt waren, um den Faktor 2 also ca. 100 % erhöht ist.

Aus methodischen Gründen besonders gut untersucht sind die Auswirkungen von mütterlichen Infektionen, insbesondere grippalen Infekten, auf das spätere Erkrankungsrisiko der Nachkommen. Bei solchen Untersuchungen werden z.B. zeitlich umgrenzte Grippeepidemien in Beziehung gesetzt zum Erkrankungsrisiko von Nachkommen derjenigen Frauen, die während dieser Epidemien schwanger waren. Auch in diesen Untersuchungen deutet die Mehrzahl der Befunde darauf hin, daß eine schwere Infektionskrankheit der Mutter während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß das Kind Jahrzehnte später an einer schizophrenen Psychose erkrankt.

Der Einfluß auf das Erkrankungsrisiko scheint jedoch bezogen auf die Gesamtpopulation nicht sehr ausgeprägt. Er ist deshalb vor allem aus theoretischen Gründen interessant. Denn ein erhöhtes Erkrankungsrisiko wurde in den meisten Studien nur für das zweite Schwangerschafts-Trimester (4. bis 6. Monat) gefunden. Eine Infektionskrankheit – oder eine andere schwere Belastung – der Mutter ist also offenbar vor allem dann ein potentieller biologischer Bedingungsfaktor der Verletzlichkeit, wenn sie in einer bestimmten Entwicklungsphase des Fötus einwirkt. Es gibt demnach möglicherweise zu einem frühen Zeitpunkt der kindlichen Entwicklung ein Verletzlichkeits-Fenster (STÖBER et al.1994; HUTTUNEN et al. 1994).

Die genannten Ergebnisse sagen an sich noch nichts darüber aus, wie sich eine mütterliche Erkrankung auf den Fötus auswirkt; und sie schließen selbstverständlich auch nicht aus, daß andere als infektiöse Stressoren eine ähnliche Wirkung auf das Erkrankungsrisiko des Kindes haben können. So stellten SUSSER et al. (1996) z.B. eine Verdoppelung des Erkrankungsrisikos bei Nachkommen von Frauen fest, die im Frühstadium der Schwangerschaft unter Hunger gelitten hatten.

Bei der Untersuchung der Auswirkungen von psychosozialen Stressoren während der Schwangerschaft sind retrospektiv angelegte Studien wegen der nie auszuschließenden Erinnerungsprobleme und nachträglicher Interpretationen nicht aussagekräftig. Deshalb verdient die prospektive Untersuchung von MYHRMAN et al. (1996) Beachtung: In Nord-Finnland wurden 96 % aller Schwangerschaften des Jahrgangs 1966 (mehr als 11.000 Fälle) nach einheitlichen Merkmalen dokumentiert, darunter auch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie die Erwünschtheit der Schwangerschaft. Aufgrund von Fallregisterdaten wurde 28 Jahre später festgestellt, daß die Häufigkeit schizophrener Erkrankungen unter den unerwünschten Nachkommen um den Faktor 2,5 gegenüber den erwünschten Nachkommen erhöht war, und zwar unabhängig davon, ob Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen vorlagen. Die Autoren werten das Ergebnis als Hinweis auf einen psychosozialen Risikofaktor für schizophrene Erkrankungen.

Bisher hat man sich offenbar deshalb auf die Wirkung von Infektionskrankheiten konzentriert, weil diese relativ leicht zu untersuchen sind.

Die Befunde zum Zusammenhang von mütterlichen Infektionskrankheiten während der Schwangerschaft und erhöhtem Erkrankungsrisiko des Kindes könnten im übrigen die auf der Nordhalbkugel der Erde festzustellende saisonale Geburtenhäufung bei schizophren Erkrankten im Frühjahr erklären. Das 2. Trimester der Schwangerschaft fällt in diesen Fällen in die Monate Oktober bis Dezember, die besonders zu Viruserkrankungen prädisponieren (BECKMANN & JAKOB 1994, McGRATH et al. 1995). Auch die überdurchschnittliche Häufigkeit schizophrener Erkrankungen bei Menschen aus unteren sozialen Schichten in städtischen Ballungsgebieten (LÖFFLER & HÄFNER 1994) könnte zumindest mitbedingt sein durch die größere Verbreitung von Infektionskrankheiten in diesen Bevölkerungsgruppen (CASTLE et al. 1993).

Pränatale Einflüsse scheinen außerdem mit genetischen Einflüssen in Wechselwirkung zu stehen, indem sie diese entweder verstärken oder „ersetzen“ (McNEIL 1987, STÖBER et al. 1993, 1994).

Problematisch an der Erforschung von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen ist, daß es sich dabei noch um ein sehr breites Konzept handelt, mit dem die unterschiedlichsten Einflüsse gemeint sein können. Bis heute ist weitgehend unklar, welche Art von Komplikationen welche Wirkungen hat. Es deutet allerdings einiges darauf hin, daß vor allem solche Einflüsse von Bedeutung sind, die in irgendeiner Form zu Sauerstoffmangel im Gehirn des Fötus führen (McNEIL 1987, KENDELL et al. 1996).

Bis hierher scheint die Mehrzahl der Forschungsergebnisse dafür zu sprechen, daß sowohl Vererbung als auch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wichtige biologische Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit sein können. Offen blieb dagegen, welche Wirkungen diese Einflüsse haben. Dieser Frage wird im allgemeinen nachgegangen, indem man untersucht, ob und inwiefern sich die Gehirne schizophrener Erkrankter von

den Gehirnen in Kontrollgruppen unterscheiden. Hierbei kann man grundsätzlich zwei Zugänge unterscheiden, den strukturellen und den funktionalen.

Strukturelle kortikale Veränderungen

Hier geht es um die Frage, ob der Aufbau, die Morphologie des Gehirns schizophrener Erkrankter in signifikanter Weise Abweichungen aufweist. Die Forschung zu dieser Frage ist so alt wie das Krankheitskonzept Schizophrenie. Sie hat seit Ende der 70er Jahre großen Aufwind bekommen durch neue technische Möglichkeiten (zunächst Computertomographie/CT, später das *Magnetic-Resonance-Imaging/MRI*). Solche Verfahren erlauben aussagekräftige Untersuchungen am lebenden Gehirn, während man vorher weitgehend auf die Untersuchung der Gehirne von Verstorbenen angewiesen war.

Bis heute gilt als der am besten gesicherte morphologische Befund, daß schizophrene Erkrankte Menschen gegenüber Kontrollpersonen im Durchschnitt erweiterte Hirnzweckräume (Ventrikel) und dementsprechend eine globale Verminderung in der Substanz des Großhirns aufweisen. Dies würde darauf hindeuten, daß eine makroskopische Hirnschädigung im Sinne einer diffusen Atrophie (Schwund) des Großhirns vorliegt. Die Annahme des traditionellen Krankheitskonzeptes, daß es sich bei der Schizophrenie um ein prozeßhaftes Geschehen auf hirnanatomischer Grundlage handelt, wäre mit einem solchen Befund vereinbar.

Es gibt jedoch inzwischen sehr gewichtige Hinweise darauf, daß die Bedeutung der Ventrikel-Erweiterungen in der Vergangenheit erheblich überschätzt wurde. VAN HORN & McMANUS (1992) haben eine Meta-Analyse von 39 CT-Studien zur Ventrikel-Erweiterung bei Schizophrenie durchgeführt und kommen zu einem verblüffenden Ergebnis: Der Unterschied zwischen Schizophrenen und Kontrollgruppen nimmt mit dem Alter der jeweiligen Studie ab. D.h., je jünger die Studie, desto geringer ist der mittlere Unterschied zwischen schizophren Erkrankten und Kontrollpersonen. Dieser Effekt wird von den Autoren selbst darauf zurückgeführt, daß die jüngeren Studien methodisch besser sind; z. B. bezüglich der Auswahl von Kontrollpersonen, der Meßtechnik etc. Die Meta-Analyse von VAN HORN & McMANUS bezieht sich auf Untersuchungen, die bis 1990 erschienen sind. Aus einer neueren Übersicht geht hervor, daß 6 von 9 Studien, die nach der Analyse von VAN HORN & McMANUS veröffentlicht wurden, keine signifikanten Unterschiede im Ventrikelvolumen zwischen schizophren Erkrankten und Vergleichsgruppen finden (LEWINE 1992). Darüber hinaus besitzt der Nachweis von Ventrikel-Erweiterungen bei schizophren Erkrankten nur eine sehr geringe Spezifität, denn diese finden sich auch bei Alzheimer-Demenz, Alkoholmißbrauch, Mangelernährung etc. (BENES 1993). In ihrer Meta-Analyse von mehr als 30 Vergleichsstudien bei schizophren und affektiv Erkrankten finden ELKIS et al. (1995) zwar durchschnittlich signifikant größere Ventrikel in der schizophrenen Gruppe, die Größenordnung dieses Effekts ist jedoch sehr gering. Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, daß wenn es überhaupt nachweisbare Hirnsubstanzverluste bei einer großen Gruppe von schizophren Erkrankten gibt, diese geringer bzw. seltener sein müssen, als lange Zeit angenommen wurde. Daß Ventrikel-Erweiterungen eine Rolle spielen können, wird allerdings durch eine Reihe von Studien gestützt, die schizophren Erkrankte vergleichen mit ihren nicht erkrankten, einiigen Zwillingen. In diesen Studien findet sich eine hohe Spezifität von Ventrikel-Erweiterungen bei den erkrankten Zwillingen. Darüber hinaus ist gut bestätigt, daß Ventrikel-Erweiterungen bei schizophren Erkrankten nicht ausschließlich als Folge der Erkrankung bzw. der Neuroleptika-Therapie angesehen werden können. Konsistente Beziehungen zu anderen relevanten Merkmalen des Krankheitsgeschehens (z.B. genetische Belastung, Negativ-Symptomatik, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen) konnten bisher allerdings nicht nachgewiesen werden. Deshalb kann eine leichte Vergrößerung der Hirnzweckräume allenfalls als ein möglicher zusätzlicher und unspezifischer biologischer Risikofaktor bei Menschen mit einer Verletzlichkeit für Schizophrenie aufgefaßt werden (CHUA & McKENNA 1995).

Mit den verbesserten methodischen und technischen Möglichkeiten hat sich ein zweiter Strang von hirnmorphologischen Untersuchungen entwickelt, der in den 80er und 90er Jahren enorm expandiert ist: die Untersuchung umgrenzter Abweichungen in spezifischen Hirnregionen. Hier nun weist die Ergebnislage inzwischen im Hinblick auf bestimmte Hirnregionen ein hohes Maß an Übereinstimmung auf. Alle in den letzten Jahren erschienenen Übersichtsarbeiten zu diesem Thema stimmen darin überein, daß umschriebene Störungen im Bereich des temporalen Kortex, insbesondere im limbischen System, für Schizophrenie relativ hoch spezifisch sind (KERWIN & MURRAY 1992, GUR & PEARLSON 1993, BECKMANN & JAKOB 1994, CHUA & MCKENNA 1995, BOGERTS 1995). Diese Feststellung gilt unabhängig von der Methodik (bildgebende Verfahren oder Untersuchung der Gehirne Verstorbener).

Beim limbischen System handelt es sich um eine recht große, komplexe und schwierig abgrenzbare Region des Großhirns, zu der Teile der Großhirnrinde und des Temporallappens ebenso gehören wie darunterliegende (subkortikale) Kerne, insbesondere Hippocampus und Amygdala (Mandelkern).

So berichtet BOGERTS (1995), daß sich in 34 von 42 Studien quantitative oder qualitative Abweichungen in den limbischen Strukturen Schizophrener gegenüber Kontrollgruppen fanden. Inzwischen gibt es zwei weitere Studien, die bei schizophren Erkrankten quantitative Abweichungen finden (ARNOLD et al. 1995, FLAUM et al. 1995), letztere in einer sehr großen Stichprobe. Zusammengenommen läßt sich feststellen, daß die mit unterschiedlichen Kontrollgruppen und mit unterschiedlichen technischen Verfahren festgestellten Abweichungen bei limbischen Strukturen inzwischen zu den am besten bestätigten Befunden der Schizophrenie-Forschung gehören (BOGERTS 1995).

Von besonderer Bedeutung scheinen dabei folgende Bereiche des limbischen Systems zu sein: Hippocampus, Regio entorhinalis sowie die Amygdala. Diese Befunde weisen insofern ein relativ hohes Maß an Spezifität auf, als sie sich bei der Hälfte bis zwei Drittel der schizophren Erkrankten feststellen lassen. Dabei handelt es sich um mikroskopische Abweichungen, die nicht fortschreiten, also zeitlich stabil sind. Außerdem ist bekannt, daß die betroffenen Hirnregionen sich bereits während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt rapide entwickeln, so daß es sich um frühe Entwicklungsstörungen des Gehirns handeln muß. Diese können offenbar sowohl genetisch als auch durch erworbene Einflüsse mitbedingt sein. Dabei deutet vieles darauf hin, daß die Entwicklung der betroffenen Hirnregionen besonders störanfällig um die Mitte der Schwangerschaft, also im 2. Trimester, ist (BLOOM 1993, BECKMANN & JAKOB 1994). Hiermit wird eine plausible Brücke geschlagen zu der Hypothese vom Verletzlichkeits-Fenster, die sich aus den Untersuchungen zur Wirkung von biologischen Belastungen im zweiten Schwangerschaftstrimester ergibt. Im Zusammenhang mit der Vulnerabilitätshypothese kommt den Befunden zum limbischen System eine Schlüsselrolle zu:

„Das limbische System ermöglicht affektives Verhalten ... und ist an Lernprozessen und der Gedächtnisbildung beteiligt“ (ZILLES & REHKÄMPER 1993, S. 334).

Entorhinaler Kortex, Hippocampus und Amygdala werden als zentral bei der Integration von Affekt und Intellekt angesehen (FRITH & DONE 1988). Dem Hippocampus wird eine wichtige Rolle beim „sensorischen Gating“, beim verbalen und nonverbalen Lernen sowie beim Vergleich von aktueller mit vergangener Erfahrung zugeschrieben (BOGERTS 1993, BAXENDALE 1995). Und in einer neueren Arbeit stellt BOGERTS fest, daß es keine direkten Verbindungen zwischen Neokortex und Hypothalamus gibt:

„Die pathophysiologische Interpretation limbischer Strukturdefekte läuft darauf hinaus, daß eine gestörte limbische Vermittlerfunktion zwischen Neokortex und dem Septum-Hypothalamus-Hirnstammbereich zu einer Dissoziation zwischen kognitiven Aktivitäten und emotionalen Reaktionen führt und somit zu einer Entkopplung von Denken und Fühlen“ (BOGERTS 1995, S. 179).

Auch MARKOWITSCH (1996) bezeichnet das limbische System als „Flaschenhalsstruktur“ und führt aus:

„Das limbische System ist der Filter, den die Informationen für das episodische Gedächtnis ... zu passieren haben. Es ist zugleich die Instanz, die relevante Inhalte aussortiert, mit Emotionen versieht und wahr-

scheinlich bündelt, mithin synchronisiert, bevor sie sie bestimmten Bezirken der Hirnrinde zur Ablagerung zuordnet - etwa wie bei der Postverteilung“ (S. 57).

Unter neurobiologischer Perspektive bestände der Kern der Verletzlichkeit schizophrener Menschen demnach in einer Störung der raumzeitlichen Integration und Koordination verschiedener Hirnregionen und -funktionen (eine allgemeinverständliche Einführung in Aufbau und Funktionsweisen des menschlichen Gehirns auf aktuellem Stand der Neurowissenschaften gibt DAMASIO 1996).

Die Übereinstimmung der jüngsten Ergebnisse der biologischen Forschung mit dem Konzept der Störung der Informationsverarbeitung, der instabilen affekt-logischen Bezugssysteme von CIOMPI und sogar der Idee von der Dissoziation der psychischen Funktionen bei Eugen BLEULER ist frappierend. CIOMPIs Modell der Psyche und seine Vorstellung vom Kern der schizophrenen Verletzlichkeit sind mit diesen biologischen Befunden nicht nur vereinbar, sondern werden durch sie gestützt. In einer neueren Arbeit betont er dementsprechend auch die „Schlüsselrolle“, die limbische und hypothalamische Strukturen bei der Integration von Fühlen und Denken spielen (CIOMPI 1991) und spricht von der Schizophrenie als einer „Limbopathie“ (CIOMPI 1993 b).

Funktionelle kortikale Veränderungen

Hier soll lediglich auf zwei Aspekte kurz eingegangen werden:

- Die *Hypofrontalitäts-Hypothese*: Nach dieser Hypothese ist die Stoffwechselaktivität im frontalen Kortex Schizophrener herabgesetzt. Die Mehrzahl der bisher durchgeführten Untersuchungen finden diese Hypothese bestätigt, wobei der Befund unter Aktivierungsbedingungen, d.h. während der Bearbeitung bestimmter Testaufgaben, stabiler ist als unter Ruhebedingungen. Demgegenüber konnten vereinzelte Befunde struktureller Abweichungen im frontalen Kortex nicht konsistent bestätigt werden (GUR & PEARLSON 1993, LIDDLE 1994, CHUA & McKENNA 1995). Die relative Hypofrontalität steht offenbar im Zusammenhang mit verminderten Leistungen bei den jeweiligen Tests sowie mit Negativsymptomen der Schizophrenie.

Nach SCHARFETTER (1990) ist der präfrontale Kortex funktionell zuständig für die zeitliche, serielle Organisation von Kognition und Verhalten in geordnete Muster. Er spielt außerdem eine Rolle bei der Auswahl von bedeutungsvollen und der Hemmung irrelevanten sensorischen Inputs. Die Folgen von Störungen in diesem Bereich wären demnach Überschwemmung mit Input und Verminderung zielgerichteter, geordneter Aktivität (Passivität, Apathie etc.).

WEINBERGER (1987) hat ein Modell vorgeschlagen, nach dem die schizophrene Symptomatik insgesamt vor allem auf ein gestörtes Zusammenspiel von limbischen und frontalen Strukturen zurückzuführen ist. In einer Untersuchung seiner Arbeitsgruppe fanden sich jüngst Ergebnisse, die dieses Modell stützen (WEINBERGER et al. 1992).

„Bereiche des hinteren und mittleren Temporallappens sind vielfältig verbunden mit dem präfrontalen Kortex über direkte reziproke Bahnen sowie durch indirekte Verbindungen über den Thalamus. Es kann sein, daß temporaler und frontaler Kortex zusammen auf eine Wellenlänge (*online*) kommen und gemeinsam Informationen als ein neuronales Netzwerk verarbeiten müssen, damit Arbeitsgedächtnis und gespeicherte Erfahrung bei der Steuerung des Verhaltens genutzt werden können“ (KNABLE & WEINBERGER 1995, S. 228; Übers. G.W.).

Grundsätzlich ist angesichts der potentiell vielfältigen morphologischen Abweichungen bei schizophrenen Erkrankten und ihrer jeweils eher geringen Spezifität davon auszugehen, daß nicht die morphologische Abweichung an sich – im Sinne eines Defekts – in Zusammenhang mit der späteren Erkrankung steht. Viel plausibler ist, daß die morphologischen Abweichungen – wenn sie denn im Einzelfall vorliegen – als Bedingung für übergeordnete, funktionelle Störungen wirken.

LIDDLE (1995) spricht in diesem Zusammenhang z.B. von einer „dynamischen Inbalanz“ zwischen Hirnregionen, die nicht auf einen einzelnen, spezifischen Defekt zurückzuführen sei.

- Die *Dopamin-Hypothese* der Schizophrenie: Diese besagt grob vereinfacht, daß schizophrene Störungen durch einen Überschuß des Botenstoffes (Transmitters) Dopamin in bestimmten Hirnregionen (mit-) bedingt sind. Die Hypothese beruht vor allem auf der Tatsache, daß exzessive Dopaminausschüttung (z.B. durch Gabe von Amphetaminen) zum Auftreten oder zur Verschlimmerung psychotischer Symptome führt sowie auf der antipsychotischen Wirkung von Medikamenten, die den Dopaminstoffwechsel hemmen (z. B. Neuroleptika). Dopamin ist allerdings nur eine von einer großen Vielzahl von Transmitter-Substanzen im zentralen Nervensystem des Menschen. Generell wird seine Rolle im Zusammenhang mit schizophrenen Psychosen heute stark relativiert und in Wechselwirkung mit anderen Botenstoffen gesehen. Im Unterschied zu manchen anderen Gebieten der Schizophrenieforschung scheint die Forschung auf dem Gebiet der Neurobiochemie des Gehirns je länger sie dauert desto verwirrendere und inkonsistentere Ergebnisse zu zeitigen (LIEBERMAN & KOREEN 1993, KORNHUBER & WELLER 1994). Die Bedeutung von Neurotransmitterstörungen als biologischen Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit ist somit derzeit äußerst umstritten. CIOMPI hat deshalb vorgeschlagen, insbesondere den Dopaminstoffwechsel als vermittelnden Prozeß oder Mediator bei der akuten psychotischen Dekompensation aufzufassen. Einiges deutet nämlich darauf hin, daß das dopaminerge System des Gehirns auf Streß reagiert und damit z.T. umweltabhängig ist (CIOMPI 1989, vergl. auch ELLIOT & SAHAKIAN 1995). Die Wirkung von Neuroleptika bei akuten Psychosen besagt demnach für sich genommen keinesfalls, daß Abweichungen des Dopaminstoffwechsels eine ursächliche Bedeutung für Schizophrenie haben. Als Brücke zur Morphologie kann gelten, daß dem limbischen System eine zentrale Rolle als Umschaltstation des Transmitter-Stoffwechsels, insbesondere auch des Dopamin, zugeschrieben wird (REYNOLDS 1989).

Soweit der Überblick über zentrale Aspekte der aktuellen biologischen Schizophrenieforschung. Abbildung 2.4 stellt einen Versuch dar, die Zusammenhänge zwischen den bisher behandelten Aspekten schematisch zu verdeutlichen.

Als relativ gesichert kann gelten, daß erworbene und vererbte biologische Bedingungen interagieren bei der Entwicklung der schizophrenen Verletzlichkeit, also entweder additiv/kumulativ oder komplementär wirken. Auf welche Weise sie zu strukturellen und/oder funktionellen Beeinträchtigungen führen, ist im einzelnen ungeklärt. Strukturelle und funktionelle Störungen treten jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederum untereinander in eine Wechselwirkung (z.B. beim Wechselspiel zwischen den Strukturdefiziten im limbischen System und dem Stoffwechsel im frontalen Kortex, oder bei der Umschaltung des Dopaminstoffwechsels im limbischen System).

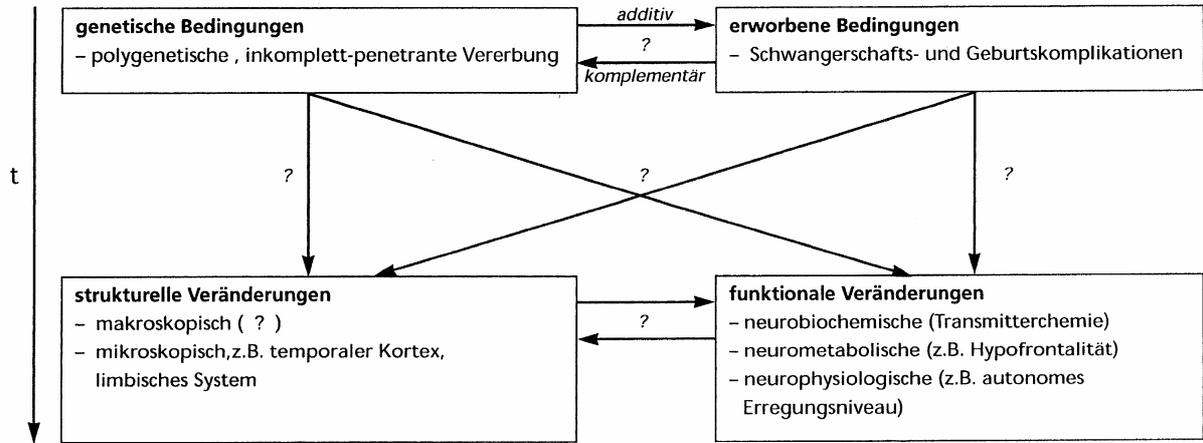
MUNDT stellt dementsprechend fest, „... daß das biologische Substrat für eine schizophrene Erkrankung in einem allgemeinen morphologischen und funktionellen *Integrationsdefizit* des ZNS, insbesondere im Bereich des Hippocampus, besteht. ...Genetische Disposition, erworbene Störungen und frühe Entwicklung scheinen in der Pathogenese dieses Integrationsdefizites in schwer entwirrbarer Weise ineinanderzugreifen“ (1991, S. 10).

Wir müssen also feststellen, daß unser Wissen über die biologische Seite der Schizophrenie nach wie vor mehr als lückenhaft ist. Wir wissen jedoch mehr als nichts. Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat einen Schub an neuen Ergebnissen erbracht, die sich zu einem Muster fügen, in dem das limbische System, seine Reifung und frühe Entwicklung, eine zentrale Rolle zu spielen scheinen. Diese Erkenntnis ist ausgezeichnet vereinbar mit der Hypothese, daß eine Störung der Informationsverarbeitung bzw. der ihr zugrunde liegenden affektologischen Bezugssysteme sowie neuronalen Netzwerke den Kern der schizophrenen Verletzlichkeit ausmacht.

Psychosoziale Bedingungsfaktoren

„Letzten Endes gilt es festzuhalten, daß es zur Frage der psychologischen Verursachung schizophrener Psychosen reichlich vage Theorien gibt und wenig handfeste Befunde“ (FINZEN 1993 a, S. 95).

Abb. 2.4: Zusammenwirken erworbener und vererbter biologischer Bedingungsfaktoren



Methodische Schwierigkeiten

Der Feststellung FINZENs ist uneingeschränkt zuzustimmen. Wir sind in diesem Bereich, noch mehr als bei den biologischen Einflußbedingungen, weitgehend auf Spekulationen und Vermutungen angewiesen.

Der Rückstand in dem Wissen um die psychosozialen Entwicklungsbedingungen später schizophrener erkrankender Menschen hat in erster Linie methodische Gründe.

In der biologischen Forschung können Querschnitts-Vergleiche zwischen psychotisch erkrankten und gesunden Probanden aussagekräftig sein (z. B. bzgl. Hirnstruktur und -funktionen); unter psychosozialen Aspekten ist dieser Vergleich trivial, da entsprechende Unterschiede immer als Folge der Psychose aufgefaßt werden können. Da es sich im biologischen Bereich zumindest z.T. um harte Fakten handelt, kann man diese außerdem auch retrospektiv, d.h. nach der Ersterkrankung, einigermaßen verläßlich erfassen (z. B. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen); für psychosoziale Aspekte ist dies sehr viel schwieriger.

Letztlich wären nur prospektive Untersuchungen von unausgelesenen Gruppen von Kindern aussagekräftig, in denen man dann nach Jahrzehnten vergleicht, wie sich die psychosozialen Geschichten schizophrener erkrankter und nichterkrankter Kinder voneinander unterscheiden. Solche Studien wären aber wegen des geringen Erkrankungsrisikos in der Allgemeinbevölkerung enorm aufwendig: Man müßte mindestens 10.000 Personen über Jahrzehnte untersuchen, um schließlich wenigstens 100 schizophrene Erkrankte darunter zu haben. Ein solcher Aufwand ist nicht realisierbar.

Als relativ sichere Datenbasis bleiben deshalb auch hier fast nur Adoptions- bzw. Hochrisikostudien. Da diese nur genetisch belastete Kinder einbeziehen (meist solche schizophrener Mütter), ist ihre Aussagekraft jedoch begrenzt.

Hochrisiko- und Adoptionsstudien

Hochrisikostudien aus Europa, USA und Israel stimmen weitgehend darin überein, daß genetisch belastete Kinder mit schizophrenen Elternteilen überzufällig häufig kognitive Störungen der Art aufweisen, wie wir sie als Störungen der Informationsverarbeitung bei schizophren Erkrankten finden (CORNBLETT et al. 1992; KREMEN et al. 1994, MIRSKY et al. 1995). Das heißt, Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sind häufig bereits viele Jahre vor dem Auftreten klinischer Symptome zu beobachten und bei Kindern mit genetischer Belastung für Schizophrenie stärker ausgeprägt als bei Kindern mit affektiv erkrankten Elternteilen oder unauffälligen Kontrollgruppen. Hochrisiko-Kinder zeigen aber nicht nur kognitive Besonderheiten, sondern regelmäßig auch Auffälligkeiten in ihrem Sozialverhalten und ihrer Affektivität: Sie sind im Durchschnitt ängstlicher und unsicherer als ihre Altersgenossen; ihre kommunikativen Fähigkeiten sind schwächer ausgeprägt und sie neigen dazu, interpersonelle Kontakte zu meiden. Sie weisen außerdem Rückstände bei der motorischen Integration und Koordination auf.

In Ergänzung zu den Hochrisiko-Studien liegen jetzt Ergebnisse aus zwei großangelegten Kohorten-Studien aus Großbritannien vor. Hier wurden Zufallsstichproben aller Kinder, die in England, Schottland und Wales in einer bestimmten Woche im März 1946 (JONES et al. 1994) bzw. im März 1958 geboren wurden (CROW et al. 1995), regelmäßig mit einem standardisierten Instrumentarium nachuntersucht. Als die Untersuchungsgruppen 43 bzw. 28 Jahre alt waren, wurden diejenigen, die bis dahin wenigstens einmal mit einer schizophrenen Erkrankung im Untersuchungsgebiet hospitalisiert worden waren, identifiziert (wieviele hiervon genetisch belastet, also Hochrisiko-Kinder waren, ist unbekannt). Anschließend wurden die im Alter von 8, 11 und 16 Jahren bzw. im Alter von 7 und 11 Jahren erhobenen Daten der schizophren Erkrankten mit denen der Nichtschizophrenen verglichen. Die Ergebnisse weisen ein hohes Maß an Übereinstimmung mit denen der Hochrisiko-Studien auf: Die später schizophren Erkrankten zeigten im Durchschnitt schon als Kinder bzw. Jugendliche signifikant schlechtere kognitive Leistungen, v.a. im Bereich der sprachgebundenen Funktionen; sie waren ängstlicher und neigten zu sozialem Rückzug und zeigten motorische Entwicklungsverzögerungen. In diesem speziellen Merkmalsprofil unterschieden sich die später schizophren Erkrankten darüber hinaus in beiden Studien von denjenigen, die später an neurotischen oder affektiven Störungen erkrankten (JONES et al. 1994, CROW et al. 1995).

Obwohl sie sich in Anlage und Methodik z.T. erheblich voneinander unterscheiden, weisen die Ergebnisse der verschiedenen Hochrisiko- und Entwicklungsstudien also mit hoher Übereinstimmung in eine Richtung: Viele schizophren erkrankte Menschen zeigen schon als Kinder und Jugendliche Auffälligkeiten in ihren kognitiven Funktionen und (als Folge davon?) in ihrem Sozialverhalten. Wegen ihres prospektiven Charakters kommt den Ergebnissen beider Arten von Studien ein besonderes Gewicht zu.

Vor allem die Befunde der Hochrisikostudien werden oft als starker Hinweis auf genetische Bedingungsfaktoren interpretiert. Dieser Schluß ist jedoch so lange nicht zwingend, wie der Einfluß der frühkindlichen Interaktion mit einem schizophrenen Elternteil als alternative Hypothese in Betracht kommt.

Einen guten Beleg für einen möglichen Einfluß der psychosozialen Entwicklungsbedingungen auf das spätere Erkrankungsrisiko liefert die dänische Hochrisikostudie der Arbeitsgruppe um SCHULSINGER und MEDNICK. Sie fanden, daß diejenigen genetisch belasteten Kinder, die später tatsächlich schizophren erkrankten, während der ersten 10 Lebensjahre doppelt so viel Zeit in Heimen verbrachten als später an einer Borderline-Störung leidende und dreimal soviel wie psychisch gesund gebliebene (SCHULSINGER et al. 1992). Demnach könnte soziale Deprivation durch frühe und lange Trennung von primären Bezugspersonen ein Risikofaktor für das spätere Auftreten schizophrener Psychosen sein.

Adoptionsstudien können dann zur Aufklärung psychosozialer Einflußbedingungen beitragen, wenn sie die Wirkungen unterschiedlicher Entwicklungsmilieus bei gleichermaßen genetisch belasteten Kindern vergleichen. Während frühere Adoptionsstudien psychosozialen Variablen nur geringe Beachtung beimaßen, stellt eine sowohl vom Aufwand als auch von der methodischen Qualität her einzigartige Untersuchung genau diesen Vergleich an. Es handelt sich um die finnische Adoptivfamilien-Studie von TIENARI und Mitarbeitern, die Ende der 60er Jahre begann und noch andauert (TIENARI et al. 1989, 1994).

Die untersuchten Kinder sind vor 1970 geboren und drei Viertel von ihnen wurden vor Erreichen des zweiten Lebensjahres adoptiert. In diesem Zusammenhang sind die Resultate von Interesse, die sich auf unterschiedliche Entwicklungsbedingungen der Hochrisiko-Kinder in ihren Adoptivfamilien beziehen. Kurz gesagt fand man, daß das spätere Risiko dieser Kinder, tatsächlich an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis zu erkranken, in enger Beziehung steht zur „seelischen Gesundheit“ der Adoptivfamilie. Wurde diese als „schwer gestört“ eingestuft, war das Erkrankungsrisiko deutlich höher als in „neurotischen“ Familien“, in diesen wiederum war das Risiko höher als in „gesunden“ Familien. Erblich belastete Kinder entwickeln sich also in Abhängigkeit vom familiären Milieu unterschiedlich, entsprechend unterscheiden sie sich bezüglich ihrer Verletzlichkeit für schizophrene Erkrankungen. Damit haben die bisherigen Ergebnisse der TIENARI-Gruppe einen überzeugenden Beleg für den Einfluß psychosozialer Bedingungen auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie geliefert. Die „seelische Gesundheit“ der Familien wurde dabei sehr sorgfältig in mehrtägigen Untersuchungen anhand differenzierter Kriterien erhoben und dann in Globalbeurteilungen verdichtet (TIENARI et al. 1985). Diese Beurteilung erfolgte in der Regel jedoch zumeist erst, nachdem das Kind bereits seit mehreren Jahren in der Familie lebte (Querschnitts-Befund).

Wie aber entwickeln sich Beziehungsmuster zwischen dem Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen über die Zeit, also im Längsschnitt?

Die frühe kindliche Entwicklung schizophrener Menschen

Nach den Ergebnissen der modernen Verhaltensforschung und Entwicklungspsychologie ist ein adäquater Reizschutz von großer Bedeutung für eine gesunde Entwicklung. In fortlaufender Interaktion mit dem Kind dosieren Eltern die Reize, die sie ihrem Kind anbieten, in Abhängigkeit von dessen Aufmerksamkeitsgrad, Aufnahmekapazität und Bedürfnissen. Auf diese Weise „vermitteln“ sie einerseits Umwelteinflüsse soweit, wie dies für einen angemessenen Reizschutz notwendig ist. Andererseits fördern sie durch Ermutigung und Unterstützung mittels Gestik, Mimik, Tönen und Bewegungen die rezeptiven und motorischen Aktivitäten des Kindes und tragen so entscheidend zur neuronalen Reifung bei (EGGERS 1991). Dabei handelt es sich schon relativ früh um ein zyklisches Geschehen insofern, als auch das Kind Kontrolle über die Initiierung, Aufrechterhaltung und Beendigung von sozia-

len Kontakten ausübt und so reguliert, daß eine optimale Stimulation resultiert (RAUH 1982, LEFF 1990).

Es fällt nicht schwer, in diesen auf Verhaltensbeobachtung beruhenden Vorstellungen das wiederzuentdecken, was PIAGET als Prozeß der Assimilation und Akkommodation bei der Entwicklung kognitiver Schemata beschrieben hat. Die kognitiv-affektive Entwicklung gründet damit einerseits auf dem neuronalen Substrat kortikaler Strukturen und Funktionen, das partiell einem „endogenen“ Reifungsprozeß unterliegt. Es stellt somit gewissermaßen das „Rohmaterial“ für die Entwicklung der Psyche dar. Andererseits ist die Entfaltung dieses Potentials im Verlauf der frühen Kindheit im Sinne des Aufbaus differenzierter, flexibler und zugleich stabiler innerer Bezugssysteme oder Programme in hohem Maße ein interaktionelles, zwischenmenschliches Geschehen.

Dieser Umstand offenbart sich in besonders dramatischer Weise am Beispiel sog. Wolfskinder, die unter Tieren ohne menschlichen Kontakt aufwuchsen. Solche Kinder weisen elementare und später kaum noch kompensierbare affektiv-kognitive Störungen auf (ALANEN 1994).

Vor diesem Hintergrund ist ein weiteres Ergebnis der prospektiven britischen Entwicklungsstudie von JONES et al. (1994) interessant: Die Mütter derjenigen Kinder, die später an Schizophrenie erkrankten, zeigten im Expertenurteil (sog. „*health visitors*“) deutlich weniger Verständnis und Kompetenz im Umgang mit ihren damals vierjährigen Kindern als andere Mütter.

In zwei neueren retrospektiven – und damit weniger aussagekräftigen – Studien zeigte sich, daß schizophrene Erkrankte das Erziehungsverhalten ihrer Eltern(-teile) stärker ablehnend, weniger emotional warm sowie weniger empathisch, kontingent und sensibel wahrnahmen als Vergleichsgruppen (SKAGERLIND et al. 1996, MENSCHING et al. 1996).

Unter der Perspektive der psychoanalytischen Ich-Psychologie läßt sich die frühkindliche Entwicklung als phasenweise Herausbildung reifer Subjekt-Objekt-Repräsentanzen beschreiben. Diese stellen nach CIOMPI (1988 a) die für die Identitätsentwicklung und für das zwischenmenschliche Verhalten wichtigsten affektiv-kognitiven Bezugssysteme dar. Die Theorie der Subjekt-Objekt-Repräsentanzen basiert auf psychoanalytischen Phasenmodellen der psychischen Entwicklung.

KERNBERG'S Vorstellung über die Entwicklung von Subjekt-Objekt-Repräsentanzen baut auf diesen Phasenmodellen auf.

Demnach entwickeln sich im Verlauf der ersten beiden Lebensjahre zunächst aus einer „undifferenzierten Matrix“ miteinander verbundene Subjekt-Objekt-Repräsentanzen, die einerseits lustbetont andererseits un-lustbetont sind. Diese frühen, globalen Subjekt-Objekt-Repräsentanzen sind charakterisiert durch polare, gegensätzliche Gefühlsqualitäten der Art „ganz gut“ und „ganz schlecht“. „Du“ und „ich“ sind dagegen noch un-geschieden (Symbiose). Aus diesen differenzieren sich im Laufe der weiteren Entwicklung erste, voneinander getrennte Subjekt- und Objekt-Repräsentanzen. Diese sind zunächst noch in unverbundene „ganz gute“ und „ganz schlechte“ Anteile aufgespalten. Dem nächsten Reifungsschritt wird dann für die weitere Entwicklung der Identität entscheidende Bedeutung zugemessen. Es geht um die Erkenntnis und Integrierung, daß sowohl das Ich als auch das erste bedeutsame Du „gute“ und „schlechte“ Anteile in sich vereinen. So entwickeln sich ambivalente Gesamt-Selbst- und Gesamt-Objekt- Repräsentanzen (CIOMPI 1982, S. 184 f, ROH-DE-DACHSER 1987).

Die Grundlage für schizophrene und schizophrenienaher Störungen wird im Rahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie im allgemeinen phasenspezifisch gesehen. Demnach spielt die nicht gelungene Integration positiver und negativer Anteile von Subjekt und Objekt vor allem bei der Entwicklung von narzißtischen bzw. Borderline-Störungen eine Rolle. Schizophrene Psychosen i.e.S. wären dagegen bei einer nicht gelungenen Auflösung der symbiotischen Beziehung zwischen Selbst- und Primärobjekt zu erwarten.

Vor allem zu lange andauernde, überprotektiv-symbiotische Objektbeziehungen der Mutter stellen demnach die Basis für konfuse, unklar abgegrenzte Subjekt-Objekt-Repräsentanzen dar. Solche Beziehungen sind gekennzeichnet durch Mangel an Klarheit, Empathie und Kontinuität auf seiten der Mutter und dienen vor allem der Befriedigung ihrer eigenen symbiotischen Bedürfnisse. Auf seiten des Kindes kann es so zu fundamentalen Defiziten in der Identitätsentwicklung mit instabilem Selbstbild und durchlässigen Ich-Grenzen kommen.

Dem naheliegenden Einwand, mit der Vorstellung der frühen Störung der Objekt-Beziehungen werde letztlich die „schizophrenogene Mutter“ wiederbelebt, wird mit dem Hinweis auf den grundsätzlich interaktiven Charakter der Mutter-Kind-Dynamik begegnet. Demnach kann die symbiotische Überprotektion auch als Reaktion auf die Ich-Schwäche eines primär verletzlichen Kindes aufgefaßt werden. In der Interaktion kann es so schließlich zu einer kaum noch zu lösenden gegenseitigen Abhängigkeit und gemeinsamen Regression der Beteiligten kommen (CIOMPI 1988 b, LEFF 1990).

Neuerdings wird auch von psychoanalytischer Seite die Phasenspezifität schizophrener Störungen zunehmend relativiert. Einflüsse auf die schizophrene Verletzlichkeit seien nicht auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung zu reduzieren, vielmehr sei von einer Kontinuität familiärer Störungen auszugehen (ALANEN 1994).

Bevor wir auf das Thema Schizophrenie und Familie eingehen, gilt es jedoch zunächst festzuhalten, daß Befunde aus Verhaltensforschung, psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und PIAGETscher Erkenntnistheorie das Konzept der affekt-logischen Bezugssysteme stützen. In fortlaufender Interaktion mit der vor allem menschlichen Umwelt reifen und entwickeln sich entweder relativ stabile oder instabile innere Bezugssysteme. So ist zwar nicht bewiesen, aber doch sehr plausibel gemacht, daß Störungen der kindlichen Entwicklung zur schizophrenen Verletzlichkeit beitragen können.

Schizophrenie und Familie

Welche Bedeutung kommt der familiären Interaktion für die Entstehung des prämorbidem Terrains zu, das wir Verletzlichkeit nennen?

Die klassischen und aktuellen Ansätze zur familiären Kommunikation nehmen das System Familie als Ganzes in den Blick und beschränken sich nicht auf die dyadische Kommunikation in der frühen Kindheit. Die Wurzeln dieser Konzepte liegen zum einen auf psychoanalytischem Gebiet (LIDZ, WYNNE, SINGER, STIERLIN), zum anderen bei den frühen kommunikationstheoretisch orientierten Forschern (BATESON, JACKSON, HALEY, WEAKLAND). Eine Übersicht über diese frühen Ansätze vermittelt der Sammelband von BATESON et al. (1969). Sowohl die frühen psychodynamischen als auch die kommunikationstheoretischen Ansätze waren zunächst stark pathogenetisch orientiert. An die Stelle der „schizophrenogenen Mutter“ (vergl. 1.2.4), die sich als unhaltbares Konstrukt erwiesen hatte, trat die „schizophrenogene Familie“.

Auch die frühen kommunikationstheoretischen Ansätze waren noch dem Ursache-Wirkungs-Modell verhaftet. Dies gilt auch für die *Double bind*-Hypothese, die bereits 1956 erstmals vorgeschlagen wurde. 1967 dann, in der Ausarbeitung dieser Hypothese von WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, wird die „systemische Wende“ vollzogen:

„Die Doppelbindung verursacht nicht Schizophrenie. Man kann lediglich sagen, daß dort, wo Doppelbindungen zur vorherrschenden Beziehungsstruktur werden und wo sich die diagnostische Aufmerksamkeit auf den sichtlich am meisten gestörten Partner beschränkt, das Verhalten dieser Person den diagnostischen Kriterien des klinischen Bildes von Schizophrenie entspricht“ (WATZLAWICK et al. 1974, S. 198).

Inzwischen hat sich eine systemisch-konstruktivistische Denkrichtung weitgehend durchgesetzt und scheint seit einigen Jahren dabeizusein, ein ganz eigenes Schizophrenie- bzw. Psychose-Paradigma zu entwickeln (für den deutschsprachigen Raum vgl. z.B. SIMON 1988, 1990). Systemisches Denken im Sinne einer erkenntnistheoretischen Meta-Position und Haltung scheint sich dabei unter der Hand zu einer rasch expandierenden theoretisch-therapeutischen Schule neben anderen mit geringer integrativer Ausstrahlung zu entwickeln. Die Beiträge dieser Schule fokussieren primär die aktuell-interaktive, aufrechterhaltende und weniger die historisch-ursächliche Perspektive. Familie, bzw. die darin stattfindende Kommunikation, wird konsequent als ein sich selbst organisierendes kybernetisches System betrachtet. „Psychotisches Verhalten“ ist Ausdruck und Teil der Selbst-Organisation dieses Systems. Die Arbeiten wichtiger Vertreter dieses Ansatzes können in diesem Zu-

sammenhang nicht differenziert erörtert werden (ein aktueller Überblick findet sich bei RETZER 1994, Kap. 6).

Bedeutsam für das CIOMPIsche Modell war jedoch die Auseinandersetzung mit den Arbeiten der Palo Alto-Gruppe um Gregory BATESON, die sich seit den späten 50er Jahren mit der Beziehung zwischen schizophrenen Störungen und solchen Kommunikationsformen beschäftigte, die widersprüchlichen, paradoxen oder „*Double bind*“-Charakter haben.

CIOMPI (1982) weist dabei explizit und richtigerweise darauf hin, daß es bisher nicht einmal den ursprünglichen Schöpfern dieser Konzepte gelungen ist, sie soweit zu operationalisieren, daß sie intersubjektiv zuverlässig erfaßt werden können. Er war sich jedoch zugleich bewußt, daß diese Konzepte grundsätzlich einen wichtigen Punkt thematisieren. Es mangle allerdings an begrifflicher Klarheit. So widmet sich CIOMPI im 5. Kapitel der „Affektlogik“ vorrangig der Präzisierung und Klärung dieser Begriffe und ihrer Bedeutung bei der Entwicklung psychotischer Phänomene.

Zur Definition: „Beim einfachen Widerspruch kollidiert ein umschriebenes Bezugssystem mit einem größeren; beim Paradox stoßen affektiv-kognitive Bezugssysteme gleicher Ordnung aufeinander; der Double-bind stellt jene maximal unlustvolle Variante eines Paradoxons dar, in welchem zwei affektiv völlig negativ getönte und zugleich unvereinbare Inhalte in versteckter und deshalb auch nicht durch eine Meta-Sprache überwindbare Weise aufeinanderprallen“ (CIOMPI 1982, S. 245).

Als Beispiele für diese Kommunikationsformen seien genannt:

- Widersprüchliche Kommunikation: „Wenn ich z.B. mit einem Kind lange Zeit fröhlich spiele, und es dann plötzlich irgendeines winzigen Vergehens wegen böse anfauche, dann enthält mein Verhalten einen Widerspruch, der zumindest einen Moment lang eine stimmungsmäßige Verwirrung ... erzeugt“ (S. 189);
- paradoxe Kommunikation: „Sei spontan!“, „Sei selbständig!“;
- *Double bind*: „Eine Mutter weist ihren schizophrenen Sohn, der ihr bei einem Besuch im Krankenhaus zur Begrüßung freudig den Arm um die Schulter legen will, durch ihre Haltung brüsk ab und fragt dann, nachdem der sich verwirrt zurückgezogen hat: Liebst Du mich nicht mehr? Als er daraufhin rot wird, fährt sie fort: Lieber, du mußt nicht so leicht verlegen werden und Angst vor deinen Gefühlen haben“ (S. 207).

Phänomene wie diese schaffen zweifellos affektive Spannung und Verwirrung, vor allem im Hinblick auf die Integration von Fühlen und Denken. Von besonderer Bedeutung sind dabei die umfassenden kontradiktorischen Fundamentalbotschaften des *Double bind*, weil sie die Betroffenen in einen unauflösbaren und zugleich schwerwiegenden Konflikt vom Typ „Sei, der du nicht bist!“ bringen.

Da affektiv-kognitive Bezugssysteme nicht zuletzt den verdichteten Niederschlag des tatsächlichen familiär-zwischenmenschlichen Geschehens darstellen, liegt die Annahme nahe, daß innerpsychische und familiäre Konflikte, konfus-widersprüchliche Verhaltens- und Kommunikationsweisen im Familiensystem und kognitiv-affektive Auffälligkeiten bei einzelnen als „unterschiedliche Facetten ein und desselben Gesamtphänomens“ aufgefaßt werden können (CIOMPI 1982, S. 247).

„Klare und eindeutige soziale Verhältnisse, zwischenmenschliche Beziehungen, Kommunikationsprozesse usw. müssen sich deshalb in ebenso klaren und eindeutigen innerpsychischen Bezugssystemen, konfus-widersprüchliche äußere Verhältnisse in unklaren innern Strukturen spiegeln. Die pathogene Wirkung konfuser Kommunikationsformen wird damit verständlicher“ (CIOMPI 1986 a, S. 52).

Auf diese Weise können familiäre Kommunikationsprozesse zweifellos eine nicht zu vernachlässigende Rolle bei der Entwicklung der instabilen, störanfälligen Bezugssysteme von schizophrenen Menschen spielen. Allerdings gilt auch hier: „Formale, intrafamiliäre Kommunikationsstörungen scheinen in Familien Schizophrener gehäuft zu sein; sie sind aber qualitativ nicht spezifisch“ (SCHARFETTER 1990, S. 167).

Manfred Bleulers Familienkatamnesen:

Zum Schluß dieses Abschnitts, in dem es ja um eher „weiche“ Fakten geht, soll Manfred BLEULERS Sicht der Dinge stehen. Er hat sich in seiner Langzeituntersuchung (BLEULER 1972) intensiv auch mit den Lebensgeschichten und Kindheitserfahrungen seiner Patienten befaßt, die er im Durchschnitt über mehr als zwei Jahrzehnte lang persönlich begleitet hat. Seine Auffassungen hierzu beruhen also auf der Kenntnis von vielen einzelnen Schicksalen, die er synchron und diachron verdichtet hat:

„Als wesentlicher Eindruck, der einem nach dem Studium vieler Kindheitsgeschichten Schizophrener (unabhängig von jeder Statistik) bleibt, ist festzuhalten: Das Leid, das spätere Schizophrene in ihrer Kindheit oft erduldet haben, ist erschütternd. Allerdings läßt sich nicht immer entscheiden, inwiefern es durch das Wesen des Kindes selbst verursacht ist und inwiefern ihm das Kind unabhängig von seinem Wesen ausgesetzt worden ist. Da sich Leid nicht messen läßt, ist das Leid späterer Schizophrener nicht mit dem Kindheitsleid Gesunder quantitativ vergleichbar. Eine besondere Art des Leides späterer Schizophrener gegenüber dem Leid, das viele andere Kinder erdulden, ist aus meiner Erfahrung nicht ersichtlich. *Höchstens kann ich vermuten, daß Lebensverhältnisse, welche ambivalente Einstellungen verstärken, eine besondere Rolle spielen*“ (S. 69).

„Schizophrene stammen erschreckend oft, in der Mehrzahl der Fälle, aus ungünstigen Kindheitsverhältnissen, nämlich aus broken homes oder aus schauderhaften Verhältnissen in der elterlichen Familie. Immerhin stammt eine erhebliche Minderzahl der schizophrenen Probanden aus rechten Kindheitsverhältnissen“ (S. 149). „Nur selten fand ich Kindheitsgeschichten, die nicht tiefes Mitleid auslösten. Diese Ausnahmen sind so selten, daß sich Zweifel regen, ob das Leid dann nicht einfach verschwiegen worden ist“ (S. 157).

„Ist das Leid in der Kindheit Schizophrener schwereres Leid als jenes von Süchtigen, Neurotikern und anderen Kranken? Meinem Eindruck nach nicht Eine bestimmtere Antwort ergibt sich aber auf die Frage, ob wenn nicht das Maß die Art der Ungunst der Kindheitserlebnisse bei späteren Schizophrenen irgend etwas besonderes an sich habe. Eindrucksmäßig würde ich die Frage verneinen Eine Vermutung ergibt sich freilich: Die Lebensverhältnisse, unter denen Schizophrene in der Kindheit gelitten haben, *kann man vorwiegend als solche deuten, die Zwiespälte im Empfinden des Kindes hervorrufen*“ (S. 158).

„Hingegen läßt sich nicht glaubhaft machen, daß es ganz spezifische psychotraumatische Lebenserfahrungen gäbe, die auf alle späteren Schizophrenen und nur auf spätere Schizophrene eingewirkt hätten. Alle Lebenserfahrungen, die Menschen bedrücken und zermürben, vermögen bei der Entstehung von Schizophrenien eine Rolle zu spielen. *Die Voraussetzung dazu muß in einer besonderen persönlichen Empfindsamkeit gesucht werden...* Freilich scheinen ungünstige Lebenserfahrungen der einen Art viel eher mit Schizophrenie zu gefährden als solche anderer Art: *Mit Schizophrenie gefährden vor allem zwiespältige Lebenserfahrungen, die eine einheitliche Zielsetzung, eine einheitliche Willensbildung und das Heranwachsen und Erhalten eines starken persönlichen Selbständigkeitsgefühls, eines starken Ichs, stören*“ (S. 566); Hervorhebungen G.W.

Aus diesen Formulierungen von 1972 schauen wesentliche Grundannahmen des „neuen“ Schizophrenieparadigmas bereits heraus: Die Verletzlichkeits-Hypothese und das Prinzip der gemeinsamen Endstrecke ebenso wie die Auffassung einer basalen Ich-Schwäche, zu der widersprüchliche oder „zwiespältige“ Lebenserfahrungen beitragen können. Auch vor diesem Hintergrund kann Manfred BLEULER getrost als einer der Pioniere des „neuen Denkens“ über Schizophrenie in die Psychiatriegeschichte eingehen.

2.4 Die Entwicklung akuter schizophrener Psychosen – Phase II

2.4.1 Die Dynamik der psychotischen Entgleisung

„Der Überstieg besteht darin, daß der Erkrankende die Konfrontation seines psychischen Lebens mit der Realität (in maßgebenden Belangen) ganz und gar aufgibt ... Seine innere Entwicklung hat einen Schwellenwert erreicht. Das Ringen um Einheit, um Harmonisierung seiner inneren Welt ist ihm jetzt zu schmerzhaft, zu schwierig, ist ihm unmöglich geworden, er gibt auf“ (BLEULER 1972, S. 147).

„Die akutpsychotische Dekompensation läßt sich als krisenhafte Störung der Informationsverarbeitung im Sinne der Überforderung eines von vornherein mehr oder weniger labilen und stellenweise defektösen affektiv-kognitiven Bezugs- bzw. Verarbeitungssystems empfindlicher und vulnerabler Menschen auffassen, wobei Disposition und aktuelle Umstände im Sinne einer Ergänzungsreihe von Fall zu Fall auf verschiedene Weise zusammenwirken“ (CIOMPI 1982, S. 275 f).

Diese krisenhafte Überforderung oder auch „Überschwemmung“ (CIOMPI 1985) eines stör-anfälligen informationsverarbeitenden Systems ist nicht als urplötzlicher Einbruch im Sinne eines Alles oder Nichts-Phänomens zu verstehen. Vielmehr handelt es sich um einen zeitlich mehr oder weniger ausgedehnten Dekompensationsprozeß:

„Bei Überforderung kommt es ... zunehmend zu krankhaften Erscheinungen, von einer einfachen Erhöhung der nervösen Spannung etwa in Form von ängstlicher Unsicherheit oder Gereiztheit über pathologische Ambivalenz, Angst, Aggressivität oder Depressivität bis zu affektiv-kognitiver Verwirrung und Erregung, ja schließlich zu psychotischen Entfremdungserlebnissen der äußeren Realität oder der eigenen Person gegenüber (Derealisations- und Depersonalisationsphänomene) mit Einschluß von Wahn und Halluzinationen“ (CIOMPI 1988 a, S. 320).

Die Erkenntnis, daß akute Psychosen sich nur selten plötzlich, überfallartig und ohne Vorzeichen einstellen, sondern sich in einem krisenhaft-eskalierenden Prozeß über Tage, Wochen, zuweilen auch Monate hin entwickeln, ist keineswegs neu.

Eine nordamerikanische Arbeitsgruppe hat 1978 insgesamt 16 Phasenmodelle der akuten schizophrenen Dekompensation von unterschiedlichsten Autoren, darunter auch die bekannte deutsche Arbeit von CONRAD (1958), zusammengestellt und analysiert (DOCHERTY et al. 1978). Die Autoren finden „überraschende“ und „bemerkenswerte“ Übereinstimmungen zwischen den ausgewerteten Phasenmodellen und kommen zu dem Schluß, daß die schizophrene Psychose ein Stadium in einem Prozeß des biologischen und psychologischen Zusammenbruchs ist, der eine spezifische Struktur und charakteristische Dynamik aufweist. Aufgrund ihrer Meta-Analyse kommen sie zu einem Fünf-Phasen-Modell der psychotischen Dekompensation:

1. Diffuse Überforderung mit Überstimulation, Angst, Irritierbarkeit, Ablenkbarkeit, Leistungseinbußen.
2. Einengung der Wahrnehmung/Informationsverarbeitung mit Antriebsminderung, Apathie, sozialem Rückzug, Depressivität bis zur Hoffnungslosigkeit.
3. Unkontrollierte, impulsive Bewältigungsversuche mit risikohaftem Verhalten, hypomani-scher Stimmung, z.T. Aggressivität, ersten Beziehungsideen.
4. Psychotische Desorganisation mit
 - Destrukturierung der externen Welt mit zunehmender perzeptueller und kognitiver Desorganisation, häufigen Beziehungsideen etc.;
 - Destrukturierung des Selbst mit Verlust des Identitätsgefühls, starker Angst bis zur Panik, manifesten Halluzinationen;
 - totalem Zusammenbruch mit Verlust der Selbststeuerung, ggf. katatonen Symptomen.
5. Psychotische Re-Stabilisierung mit zunehmender (psychotischer) Organisiertheit, verminderter Angst, ggf. Wahn (paranoide Syndrome) oder massiver Abwehr von Unlust und Verantwortung (hebephrene Syndrome).

Sicherlich ist nicht davon auszugehen, daß die psychotische Dekompensation bei allen Betroffenen uniform und linear in dieser Weise verläuft. Wichtig ist jedoch die Erkenntnis, daß die zeitliche Erstreckung des Dekompensationsprozesses zumindest potentiell die Chance der Intervention und Deeskalation eröffnet. TSCHACHER et al. (1996) berichten über eine Studie, in der 21 Krankheitsverläufe über mindestens 50 Tage hinweg minutiös dokumentiert wurden. Dabei zeigten sich Regelmäßigkeiten, die als empirische Stützung des Phasenmodells von DOCHERTY et al. (1978) gewertet werden können: „Psychotizität folgt auf Erregung und auf Rückzug, nicht umgekehrt“ (TSCHACHER et al. 1996, S. 17).

Die von DOCHERTY et al. (1978) postulierten Phasen sind übrigens weitgehend deckungsgleich mit Phasenmodellen, wie sie in der Allgemeinen Krisentheorie vertreten werden (CIOMPI 1993 a). In der Affektlogik weist CIOMPI außerdem darauf hin, daß der Unterschied von „alltäglicher“ und „krankhafter“ Verrückung ein gradueller ist und daß es dazwischen alle möglichen Übergänge gibt (1982, S. 289). Als Beispiele wären zu nennen: religiöse Bekehrungserlebnisse, die Folgen sog. „Gehirnwäsche“, Schockzustände oder auch der Zustand des Verliebtseins. Ob „noch normal“ oder „schon krank“ sei in erster Linie eine Frage der Ausschließlichkeit, der Stabilität und der Dauer des verrückten Zustands, weniger der Qualität des Erlebens.

Bedeutsam an dem Phasenmodell von DOCHERTY et al. erscheint insbesondere die Unterscheidung zwischen den Phasen 4 und 5. Hierin kommt zum Ausdruck, daß die Reorganisation in der Psychose auch aufgefaßt werden kann als ein Selbstheilungsversuch der Psyche, als Überstieg vom unerträglichen Chaos der psychotischen Desorganisation in eine „neue Ordnung“, der insofern entlastend wirkt, als die Psyche in ein neues, ver-rücktes Gleichgewicht hineinfindet. CIOMPI spricht in diesem Sinne auch von akuten Psychosen als aktuell „besten Lösungen“:

„Deshalb kann ein derartiges ‚Überschnappen‘ paradoxerweise befreiend wirken; wie in einem Gewitter entläßt sich darin eine lange aufgestaute, ins Unerträgliche gewachsene untergründige Spannung im ganzen System plötzlich in spektakulärem Blitz und Donner. Kein Wunder, daß ... in der Folge massive, sog ‚homöostatische‘ Regulationsmechanismen wirksam werden können, die jede Rückkehr ins alte ‚Regime‘ verhindern oder doch erschweren“ (CIOMPI 1988 a, S. 334).

Die psychotische „Lösung“ wird allerdings selbst zum Problem, insofern es zu einer tiefgreifenden Störung des Realitätsbezuges im Sinne einer autistischen Verschiebung aller Gewichte und Bezüge des gesamten inneren Bezugssystems kommt. D.h., der akut psychotische Mensch ist in seinem verrückten Zustand gewissermaßen eingemauert, während psychische Extremzustände beim Gesunden weit mobiler und reversibler sind (CIOMPI 1982, S. 289).

Bleibt die Frage, wie man sich das am Ende plötzliche „Überschnappen“ an dem „*point of no return*“, wie ihn Manfred BLEULER nennt, vorzustellen hat? CIOMPI greift hier zurück auf system- und chaostheoretische Modellvorstellungen zur Dynamik biologischer, also offener Systeme. Diese sind u. a. durch folgende grundlegenden Merkmale charakterisiert: Sie sind komplex, d. h. ihr Verhalten ist von einer Vielzahl von Variablen abhängig; sie sind autonom, d.h. sie unterliegen zwar Kontext-Einflüssen, entwickeln aber spezifische Formen der Selbstorganisation; sie verhalten sich dynamisch unter dem Einfluß positiver und negativer Feedbackeinflüsse (SCHIEPEK 1994, WEINER 1994).

Charakteristisch für die Interaktion offener biologischer Systeme mit ihrer Umgebung sind gemischte Feedbackprozesse. Sie tragen zur fortlaufenden Anpassung des Systems an Kontextveränderungen bei und halten gleichzeitig eine relative interne Stabilität aufrecht. Ungebremste positive oder negative Feedbackprozesse sind dagegen eher untypisch für lebende Systeme. Sie können jedoch eine besondere Rolle bei der Entwicklung klinischer Symptome spielen. Dies gilt insbesondere für fortgesetzte positive Feedbackschleifen, die offenbar relativ leicht zu plötzlichen, qualitativen Änderungen des Systemverhaltens führen („Teufelskreis-Prozesse“).

CIOMPI erläutert die destabilisierende Wirkung von Systemen nach dem

„Prinzip des fortgesetzten, positiven Feedback, d.h. der ständig wiederholten Verstärkung ganz bestimmter Reaktionen bis zu einem schließlichen Umschlagpunkt Voraussetzung hierfür ist eine andauernde Energiezufuhr in ein ‚offenes System‘. Ein gutes Bild für das Gemeinte liefert etwa die Tatsache, daß es, wie wir in der Schule lernten, theoretisch möglich sein soll, eine ganze solide Brücke durch fortgesetzten Fingerdruck am richtigen Ort und genau im richtigen Moment, nämlich immer gerade dann, wenn dadurch eine vorhandene Eigenschwingung verstärkt wird, zum Einsturz zu bringen. Andere Beispiele aus dem Bereich der Physik sind die Lawine, die Feuersbrunst, die atomare Kettenreaktion“ (CIOMPI 1982, S. 300 f).

Gregory BATESON hat solche Prozesse als „*runaways*“ bezeichnet und der Chemiker Ilya PRIGOGINE hat gezeigt, daß sich Systeme durch fortgesetzte positive Rückkopplungseffekte über turbulente „Fluktuationen“ in neue Systemzustände oder „Regimes“ treiben lassen, die durch plötzliches nicht-lineares Umschlagen in eine neue Organisationsform des Systems zustande kommen. Diese heißen „dissipative Strukturen“, weil sie ihre Energie dissipieren (zerstreuen, umwandeln), und bleiben fern vom ursprünglichen Gleichgewicht relativ stabil. Als Zeichen von Fluktuationen können bei schizophreniegefährdeten Menschen alle Phänomene der Instabilität im Vorfeld von Psychosen verstanden werden, z. B. Ambivalenzphänomene (CIOMPI 1988 a). Ein wichtiges Charakteristikum der Dynamik nicht-linearer Systeme ist, daß kleine Veränderungen einer Variablen, besonders in deren

Ausgangszustand, überproportionale und unvorhergesehene Auswirkungen auf die anderen Variablen haben können. Dabei spielt der Faktor Zeit eine kritische Rolle („Schmetterlingseffekt“).

Der chaostheoretische Ansatz kann als Weiterentwicklung der allgemeinen Systemtheorie zu einer Theorie der Dynamik komplexer Systeme aufgefaßt werden. Im Rahmen von chaostheoretischen Modellen wird nun neuerdings versucht, psychotische Prozesse im Sinne des Wortes berechenbar zu machen:

„Es läßt sich nun zeigen, daß es eine Frage von Intensität, Tempo und Rhythmus aller zusammenwirkenden Faktoren sein muß, ob es zu einfachen, linearen Verläufen, z.B. zu einer stetigen, proportionalen Zunahme von Angst und Spannung bei zunehmender Belastung ohne schließlichen Qualitätssprung, zum plötzlichen, nicht-linearen Umschlag in psychotische Verhaltensweisen, zu chaotischen ‚Turbulenzen‘ oder andersartigen pathologischen Funktionsweisen kommt. Eine kritische ‚Verrückung‘ des multifaktoriellen Systems tritt also keineswegs obligat, sondern nur unter ganz bestimmten, besonders ungünstigen Voraussetzungen auf“ (CIOMPI 1988 a, S. 336).

Chaos in diesem Sinne ist keineswegs gleichzusetzen mit Zufall, gemeint ist ein deterministisches Chaos. Angestrebt wird eine Identifizierung der tatsächlich bedeutsamen biologischen und psychosozialen Variablen und ihre genaue Erfassung und Messung. Auf dieser Grundlage werden dann formalisierte mathematische Modelle entwickelt, die dazu dienen, das Systemverhalten möglichst exakt zu simulieren. Der Vergleich zwischen simuliertem und beobachtbarem Systemverhalten erlaubt eine Aussage zur Gültigkeit bzw. Angemessenheit des theoretischen Modells (SCHIEPEK 1994). Erste interessante Schritte in diese Richtung berichten CIOMPI et al. (1992), CIOMPI (1996) und TSCHACHER et al. (1996). Bis zur Möglichkeit, solche chaostheoretischen Modellvorstellungen der psychotischen Verrückung praktisch nutzbar zu machen, dürfte es freilich noch ein langer Weg sein.

Fürs erste bleibt festzuhalten, daß die systemtheoretische Beschreibung der psychotischen Dekompensation als krisenhafte Überforderung des informationsverarbeitenden Systems durch fortgesetzte positive Rückkopplung bis zu einem plötzlichen Umschlagpunkt durchaus plausibel und auch praktisch sehr bedeutsam erscheint. Insbesondere ist diese Vorstellung dem Selbst-erleben vieler Betroffener sehr viel näher als das traditionelle Krankheitskonzept.

2.4.2 Frühwarnzeichen

Wenn akute schizophrene Psychosen den End- oder Umschlagpunkt eines phasenweise ablaufenden Dekompensationsprozesses darstellen, ergibt sich die Frage, ob und woran Betroffene und ihre Umgebung wahrnehmen können, daß sie sich in einer Krise befinden und Gefahr laufen, psychotisch zu dekompensieren.

Die ersten, die dieser Frage in systematischer Form nachgingen, waren HERZ & MELVILLE (1980). Sie stellten zwei Gruppen von Patienten folgende Frage:

„Können Sie uns sagen, ob Sie Veränderungen in Ihren Gedanken, Gefühlen oder Ihrem Verhalten bemerken, welche Sie denken ließen, daß Sie krank würden und in die Klinik gehen müßten“ (HERZ et al. 1989).

Mehr als 70 % der Befragten beantworteten diese Frage positiv, ihre Angehörigen sogar zu 90 %.

In späteren Untersuchungen wurden vergleichbare Werte gefunden. In 8 Studien zwischen 1985 und 1991 lag der Anteil derjenigen Befragten, die Frühwarnzeichen berichteten, zwischen 63 % (HEINRICHS et al. 1985) und 100 % (BEHREND 1996); der Median dieser Studien ist 73 %.

In der Pionierstudie von HERZ & MELVILLE wurden folgende Prodromal-Symptome am häufigsten genannt (Patienten und Angehörige):

- *häufiger als 70 %*: Nervosität und Gespanntheit;
- *häufiger als 60 %*: Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, Depressivität, verminderte Lebensfreude, „Besetztsein“ von ein oder zwei Dingen;
- *häufiger als 50 %*: Interesselosigkeit, Beziehungsideen.

In einer neueren deutschen Studie fanden GAEBEL et al. (1993) in einer großen Stichprobe von 364 Patienten folgende Prodromal-Symptome:

- Schlafstörungen: 83 %
- Ruhelosigkeit: 81 %
- Konzentrationsstörungen: 77 %
- Angespanntheit/Nervosität: 76 %
- Interesseverlust: 59 %
- Depressivität: 51 %

Die Liste der fünf häufigsten Prodromal-Symptome aus einer anderen deutschen Studie ist praktisch identisch, allerdings mit anderen absoluten Häufigkeiten und in einer anderen Rangreihe (WIEDEMANN et al. 1994).

Art und Häufigkeit der Symptome stimmen also in verschiedenen Studien recht gut überein. Es handelt sich dabei um unspezifische, nicht-psychotische Beeinträchtigungen, die auch Frühwarnzeichen genannt werden.

Von großer Bedeutung für den möglichen Nutzen dieser Frühwarnzeichen bei der Vorhersage und ggf. Prävention von psychotischen Episoden ist die Frage, ob sie rechtzeitig wahrgenommen werden können. HERZ & MELVILLE (1980) fanden, daß 52 % der Patienten und 68 % der Angehörigen Frühwarnzeichen eine Woche oder länger vor der akuten Dekompensation wahrnehmen können. BIRCHWOOD (1992) berichtet, daß 75 % der Patienten Frühwarnzeichen zwei Wochen oder länger vorher registrieren. Demnach dürfte in den meisten Fällen ausreichend Zeit verbleiben, um ggf. Maßnahmen zur Verhinderung einer akuten psychotischen Dekompensation zu ergreifen.

Die Frage, ob Frühwarnzeichen akute Psychosen tatsächlich zuverlässig vorhersagen, ist nur im Rahmen von prospektiven Studien zu beantworten, in denen das Befinden von schizophreniegefährdeten Menschen in kurzen Zeitabständen fortlaufend untersucht wird und die Ergebnisse in Beziehung zum Rückfallgeschehen gesetzt werden. Inzwischen liegen etwa ein halbes Dutzend solcher Untersuchungen vor (BIRCHWOOD 1992, MALLA & NORMAN 1994, HERZ & LAMBERTI 1995).

Das generelle Ergebnis ist, daß die Vorhersagekraft von Frühwarnzeichen nicht optimal ist, wobei die Schwankungsbreite der Ergebnisse beträchtlich ist. Zu unterscheiden sind:

- Die *Sensitivität* der Vorhersage, d.h. die Wahrscheinlichkeit, daß einem Rückfall tatsächlich Frühwarnzeichen vorausgehen. Hier liegen die Werte zwischen 8 % und 63 %.
- Die *Spezifität*, d.h. die Wahrscheinlichkeit, daß nach dem Auftreten von Frühwarnzeichen tatsächlich ein Rückfall eintritt. Hier liegen die Werte zwischen 60 % und 93 %.

Mit anderen Worten: Nicht alle Rückfälle lassen sich mittels Frühwarnzeichen vorhersagen; wenn aber Frühwarnzeichen auftreten, so ist dies ein sehr zuverlässiges Alarmsignal!

Die bisherigen prospektiven Untersuchungen sind allerdings nur begrenzt aussagekräftig, weil es sich überwiegend um Interventionsstudien gehandelt hat, in denen auf Frühwarnzeichen mit (zusätzlicher) neuroleptischer Medikation reagiert wurde. Auf diese Weise könnte ein nicht geringer Teil korrekt vorhergesagter Rückfälle unentdeckt geblieben sein (BIRCHWOOD 1992, GAEBEL et al. 1993).

Generell ist im Hinblick auf den praktischen Umgang mit Frühwarnzeichen auf folgende Punkte hinzuweisen:

- Frühwarnzeichen sind in hohem Maße individuell. Dies gilt sowohl für ihre Qualität als auch für die Intensität und die Zeitspanne ihres Auftretens. BIRCHWOOD (1992) spricht deshalb von einer einzigartigen Rückfall-Signatur jedes Betroffenen. Allgemeine Listen von Frühwarnzeichen (s.o.) helfen deshalb im Einzelfall nur begrenzt weiter. Sie eignen sich allenfalls zur Groborientierung und müssen jeweils durch persönliche, spezifische Frühwarnzeichen ergänzt werden. Darüber hinaus ist zu beachten, daß die Veränderungen häufig keineswegs dramatisch, sondern eher subtil sind.
- Der Zeitpunkt des Auftretens der Frühwarnzeichen ist wichtig,

„... weil der zeitliche Abstand zur akuten Erkrankung einen wesentlichen Einfluß auf die zu wählende Bewältigungsstrategie haben kann: Ein und dasselbe Warnsignal kann bei dem einen Patienten 3 Monate vor der akuten Erkrankung auftreten, bei einem anderen aber erst eine Woche vorher, entsprechend unterschiedlich, zum Teil sogar diametral entgegengesetzt, können dann die hilfreichen Bewältigungsstrategien sein“ (BEHREND 1996, S. 173).
- Das Erkennen und Nutzen von Frühwarnzeichen bedarf der gezielten Förderung. Zwar können viele Betroffene spontan über Frühwarnzeichen berichten, anderen ist deren Bedeutung jedoch nicht bewußt. Deshalb werden psychoedukative Verfahren vorgeschlagen, um die Wahrnehmung von Frühwarnzeichen und angemessene Reaktionen darauf gezielt zu fördern. Dabei stellten z.B. JOLLEY et al. (1990) fest, daß eine einzige Schulungssitzung offenbar nicht ausreichend ist; und MARDER et al. (1994) fanden, daß sich die Kompetenz, mit der Betroffene und ihre Behandler „echte“ Frühwarnzeichen erkennen, bereits im Verlauf von sechs Monaten erheblich verbessert.

Das Konzept der Frühwarnzeichen erscheint also insgesamt als äußerst bedeutsam im Hinblick auf die aktive Rolle der Betroffenen bei der Erkennung und ggf. Vorbeugung akuter Krankheitsepisoden. Auf der anderen Seite ist anzuerkennen, daß es eine vermutlich eher kleine Gruppe von Betroffenen gibt – nach Erfahrungen der PEGASUS-Gruppe weniger als 10 % –, die trotz entsprechender Information und externer Unterstützung keine Frühwarnzeichen bei sich feststellen können, oder bei denen diese bruchlos in die psychotische Symptomatik übergehen und so kein Spielraum zum „Gegensteuern“ bleibt.

2.4.3 Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche (Coping)

Genau wie bezüglich der Frühwarnzeichen ist auch die systematische Untersuchung von Selbsthilfe- und Bewältigungsversuchen von Betroffenen ein noch junges Kind der Schizophrenie-Forschung.

Vor dem Hintergrund des traditionellen Krankheitskonzeptes müssen solche Versuche als sinnlos erscheinen, da der Betroffene als Opfer eines eigengesetzlichen, prozeßhaften Krankheitsgeschehens gesehen wird. Deshalb sind empirische Studien zu diesem Problem-bereich – von einzelnen bemerkenswerten Vorläufern abgesehen (z. B. IRLE & PÖRKSEN 1971) – erst ab Anfang der 80er Jahre zu verzeichnen. Wie im Falle der Frühwarnzeichen rückt das Subjekt, seine Wahrnehmungen und Aktivitäten im Umgang mit der Störung, erst ins Blickfeld, nachdem das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell an Boden gewonnen hatte. Andererseits hat auch BLEULER schon von Bewältigungsversuchen bei seinen Patienten gewußt (BÖKER & BRENNER 1983).

HEIM (1986) definiert Krankheitsbewältigung ganz allgemein folgendermaßen:

„Krankheitsbewältigung (Coping) kann somit als das Bemühen definiert werden, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten“ (S. 367).

Coping-Bemühungen werden von den allermeisten schizophren Erkrankten berichtet, wenn sie daraufhin befragt werden. In 7 Studien zwischen 1983 und 1991 finden sich Häufigkeitsangaben von 82 % (McCANDLESS-GLIMCHER et al. 1986) bis 100 % (BRENNER et al. 1987); der Medianwert beträgt 92 %, wobei die meisten Betroffenen mehrere Maßnah-

men angeben. Nur etwa einer von 10 Befragten berichtet also, keinerlei Selbsthilfe- oder Bewältigungsversuche zu unternehmen! Dabei findet sich Bewältigungsverhalten sowohl im Vorfeld von Psychosen (z.B. bezogen auf Basisstörungen und Frühwarnzeichen) als auch im Umgang mit manifesten psychotischen Symptomen (positiven oder negativen).

Grundsätzlich besteht in der Literatur zum Thema Coping bei schizophren Erkrankten Übereinstimmung dahingehend, daß die Übergänge zwischen Bewältigungsversuchen und psychotischen Symptomen fließend sein können. Dies ist besonders augenfällig bei Negativ-Symptomen wie Apathie und Rückzug, die immer auch als passive Bewältigungsmaßnahmen zum Schutz vor Überforderung verstanden werden können (STRAUSS 1989 b; WIEDL & SCHÖTTNER 1989, SAUPE et. al. 1991; vgl. auch 1.2.1 und 2.5.4.). Was die Art dieser Versuche angeht, so findet sich – nicht zuletzt in Abhängigkeit von der Erhebungsmethode – eine beeindruckende Vielfalt und Individualität, die bisher nur unzureichend thematisiert worden ist. So konnte CARR (1988) in einer Fragebogenuntersuchung mit 200 Befragten ca. 350 verschiedene Bewältigungsmaßnahmen differenzieren, wobei fast die Hälfte der Befragten über den Fragebogen hinausgehende, individuelle Ergänzungen machte. Plastische Beschreibungen von Bewältigungsmaßnahmen auf kasuistischer Grundlage finden sich bei LANGE (1981) sowie DITTMANN & SCHÜTTLER (1989).

Im deutschsprachigen Raum gibt es inzwischen erste Ansätze, die Vielfalt der Bewältigungsmaßnahmen faktorenanalytisch auf wenige grundlegendere Dimensionen zurückzuführen.

Dabei fanden sich relativ ähnliche Lösungen in den Studien von THURM-MUSSGAY et al. (1991) sowie ENGLER et. al. (1993). Es konnten jeweils vier Bewältigungs-Faktoren unterschieden werden:

- „Kognitive Auseinandersetzung“ (aktives Coping)
- „Rückzug/Passivität“ (Vermeidung, Depressivität)
- „Hilfesuche“ (Suche nach sozialer Unterstützung)
- „Ablenkung“ (Religiosität) (in Klammern die Faktoren von ENGLER et al. 1993, Bezeichnung von G.W.).

Bis auf den letzten Punkt scheint die Übereinstimmung zwischen den beiden Studien recht hoch.

Einige weitere wichtige Befunde aus der Forschung zum Bewältigungsverhalten schizopreniegefährdeter Menschen:

- Es besteht eine signifikante und positive Beziehung zwischen Häufigkeit und Art von Selbsthilfeversuchen sowie Basisstörungen (BÖKER 1986, BRENNER et al. 1987). Bewältigungsversuche finden sich außerdem häufiger bei Betroffenen, die Frühwarnzeichen erleben (DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 a).
- Insgesamt scheinen Art und Ausmaß der Selbsthilfeversuche schizophrener Patienten sich nicht auffällig von denen anderer Gruppen psychisch Kranker und neurologisch Kranker zu unterscheiden (VAN DEN BOSCH et al. 1992, DITTMANN & SCHÜTTLER 1992).
- Bewältigungsverhalten hängt mit Aspekten des Krankheitsverlaufs zusammen. Nicht Wiedererkrankte geben häufiger bestimmte Selbsthilfeversuche an als Wiedererkrankte (IRLE & PÖRKSEN 1971). Je schwerer die Erkrankung, desto weniger präventive Bewältigungsmaßnahmen werden berichtet (THURM-MUSSGAY & HÄFNER 1990). LEE et al. (1993) fanden signifikante Beziehungen zwischen der Häufigkeit von Selbsthilfestrategien und sozialer Situation, Anzahl von Krankenhausaufenthalten, Lebensqualität, Alltagsbewältigung und Symptomatik: Je besser der Verlauf unter diesen Aspekten, desto mehr hilfreiche Bewältigungsstrategien gaben die Befragten an.
- Selbsthilfe- und Bewältigungsmaßnahmen werden von den Betroffenen selbst als hilfreich bewertet (McCANDLESS-GLIMCHER et al. 1986, HAMERA et al. 1991). Wie sie

tatsächlich wirken, z. B. in bezug auf die Verhinderung von akuten Episoden, ist dagegen bisher unbekannt.

- Kenntnis und Einsatz von Bewältigungsmaßnahmen sind offenbar erfahrungsabhängig: Sie sind um so häufiger, je länger die Ersterkrankung zurückliegt und je mehr akute Krankheitsepisoden durchgemacht wurden. Diese Zusammenhänge sind unabhängig vom Lebensalter (COHEN & BERK 1985, TAKAI et al. 1990, DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 a, THURM-MUSSGAY & HÄFNER 1990).
- Bewältigungsversuche stehen in einem positiven Zusammenhang mit Krankheitseinsicht und integrierender (im Gegensatz zu isolierender) Krankheitsverarbeitung (TAKAI et al. 1990) sowie in einem negativen Zusammenhang mit Abwehr und Verleugnung der psychotischen Erkrankung (BREIER & STRAUSS 1983). DITTMANN & SCHÜTTLER (1990 a) fanden außerdem eine enge Beziehung zwischen Bewältigung und „Beschäftigung mit der Erkrankung“:

„Von entscheidender Bedeutung war die Frage, ob sich ein Patient mit der eigenen Erkrankung beschäftigte oder nicht. Bei den 76 % der Patienten, bei denen dies der Fall war, bestand ein erheblich höherer Score als bei den übrigen Patienten. Hier findet sich erstmals ein Hinweis dafür, auf welche Weise die Ausbildung von Bewältigungsstrategien bei einem Patienten indirekt gefördert werden kann, indem nämlich das Interesse für die Erkrankung geweckt und die Auseinandersetzung damit gefördert wird“ (DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 a, S. 284).

Wie erwähnt, ist über die Wirkung von Selbsthilfe- und Bewältigungsmaßnahmen generell bisher kaum etwas bekannt. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Unterscheidung von nützlichen, hilfreichen sowie unnützen oder sogar schädlichen Verhaltensweisen. Letztere sind in der bisherigen Forschung so gut wie gar nicht thematisiert worden. Ausnahmen stellen die Studien von DITTMANN & SCHÜTTLER (1989) sowie COHEN & BERK (1985) dar, in denen (potentiell) schädliche Maßnahmen wie Alkohol- und Drogenmißbrauch zumindest angesprochen werden.

Dabei muß der Mißbrauch von Drogen unterschiedlicher Art als bedeutsamer Risikofaktor bei der Auslösung akuter Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis angesehen werden. Dies gilt für Cannabis (THORNICROFT 1990, EIKMEIER et al. 1991, LINSZEN et al. 1994), für Stimulantien wie Amphetamine und Kokain (MUESER et al. 1992 a, HERMLE et al. 1992), für Halluzinogene (HERMLE et al. 1992) und wahrscheinlich auch für Alkohol (DRAKE et al. 1989, GEISELHART & MAUL 1993, KOZARIC-KOVACIC et al. 1995). Dementsprechend kommt dem Substanzmißbrauch auch eine Bedeutung als verlaufsbeeinflussendem Bedingungsfaktor zu (vgl. 2.5.4). Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob der Substanzmißbrauch primär und unabhängig von der schizophrenen Symptomatik vorkommt, oder ob es sich um ein Folgeproblem im Sinne einer „Selbstbehandlung“ mit diesen Drogen handelt. Im letzten Fall lägen problematische bis schädliche Bewältigungsversuche vor. Die Befundlage scheint jedoch insgesamt eher gegen die Selbstbehandlungs-Hypothese zu sprechen (MUESER et al. 1992 a, NEWMAN & MILLER 1992).

Bemerkenswert und wohl auch bezeichnend für die Beziehung zwischen Betroffenen und psychiatrisch Tätigen sind schließlich folgende Hinweise:

„Im Verlauf der Interviews waren wir beeindruckt von der Überraschung und Freude der Patienten, daß jemand sich beträchtliche Zeit nahm, um die Methoden kennenzulernen, die sie im Umgang mit ihren Symptomen entwickelt haben“ (COHEN & BERK 1985, S. 407, Übers. G. W.).

„Viele Patienten werden durch das Interview erstmals mit dem Bewältigungsansatz konfrontiert und reagieren ausgesprochen positiv auf die ihnen zugeschriebene Rolle als aktiver Partner im Bewältigungsprozess“ (THURM-MUSSGAY et al. 1991, S. 297).

„Alle Patienten äußerten ihre Zufriedenheit darüber, daß sich jemand die Zeit nahm, mit ihnen über das Thema der Krankheitsbewältigung zu sprechen“ (DITTMANN & SCHÜTTLER 1992).

Bisher sind die Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche Betroffener offenbar allzu selten Thema in der Psychiatrie. So fand LANGE (1981) bei der Sichtung von mehreren 100 Krankenakten nur in 19 % der Fälle, daß irgendein Verhalten vermerkt wurde, das auf Selbsthilfe- und Bewältigungsmaßnahmen schließen läßt.

Die verbreitete Mißachtung der Eigenaktivitäten der Betroffenen ist um so problematischer, als konstruktivem Bewältigungsverhalten eine potentiell große Bedeutung für die Therapie und Rehabilitation zuzumessen ist:

„Je mehr wir über die individuell wahrscheinlich unterschiedlichen, in zirkulären Reiz-Reaktionsspiralen sich aufbauenden und verstärkenden Erlebnisabwandlungen wissen, die zur psychotischen Krise führen, um so

eher können wir aus den vom Patienten bisher versuchten autoprotektiven Maßnahmen jene auslesen und verstärken helfen, die den circulus vitiosus am wirksamsten und ökonomischsten unterbrechen. Wenn der Patient seine Kraft auf die effektiven Maßnahmen zu konzentrieren vermag, dürfte das Erlebnis erfolgreicher Selbststabilisierungen seine Autonomie und Selbstachtung stärken, die durch jahrelange Krankheit massiv geschädigt werden“ (BÖKER 1986, S. 186).

2.4.4 Auslösende Bedingungsfaktoren – Streß

„Wir sehen oft zeitliche Zusammenhänge zwischen Beginn der Psychose und Änderung der Lebensbedingungen“ (BLEULER 1972, S. 601).

Streß ist die Reaktion eines Organismus auf Anforderungen seiner Umgebung, und zwar auf solche Anforderungen, die seine Ressourcen überfordern. Diese Reaktion ist interindividuell weitgehend unspezifisch und kann unterschiedlichste biopsychische Funktionen in Abhängigkeit von ihrer Reagibilität betreffen (SMITH 1987, HATFIELD 1989). Streß ist also zu unterscheiden von den Belastungen oder Stressoren, die ihn auslösen.

CIOMPI (1989) macht deutlich, daß Streß in allen drei Phasen seines Schizophrenie-Modells eine Rolle spielt, weist ihm aber eine besonders wichtige Funktion im Zusammenhang mit der Auslösung akuter Psychosen zu.

Beispiele für die Bedeutung von Streß in der ersten Phase wären etwa die Wirkung „gestörter“ Familienverhältnisse bei adoptierten Risikokindern (TIENARI et al. 1989) sowie die Wirkung widersprüchlicher, konfuser Kommunikation.

Schematisch läßt sich für den Einzelfall das Zusammenwirken von Verletzlichkeit und (streßauslösenden) Belastungsfaktoren bei der Auslösung akuter Psychosen wie in Abbildung 2.5 (nächste Seite) darstellen.

Diese Grafik wird auch in der psychoedukativen Gruppenarbeit nach dem PEGASUS-Konzept verwendet. Sie wird den Teilnehmern ausgehändigt. Dabei kann das individuelle Ausmaß der Verletzlichkeit als Abstand zwischen prämorbidem Verletzlichkeits-Niveau und Dekompensationsschwelle veranschaulicht werden. Das intraindividuelle Niveau der Verletzlichkeit wird als über die Zeit konstant gesetzt. Dabei handelt es sich um eine vereinfachende Annahme, die der tatsächlichen Entwicklungsdynamik wahrscheinlich nicht gerecht wird (vgl. 2.6.2). Anhand dieser einfachen Grafik läßt sich bereits recht gut veranschaulichen, welche grundsätzlichen Möglichkeiten es gibt, um einer psychotischen Dekompensation vorzubeugen: akute Belastungen reduzieren (durch Vermeiden oder aktives Bewältigen); überdauernde Belastungen reduzieren (durch Vermeiden oder Bewältigen); die Dekompensationsschwelle heraufsetzen (durch neuroleptischen Schutz); besondere Bedeutung kommt dem Verhalten im Grenzbereich zu (Reaktion auf Frühwarnzeichen).

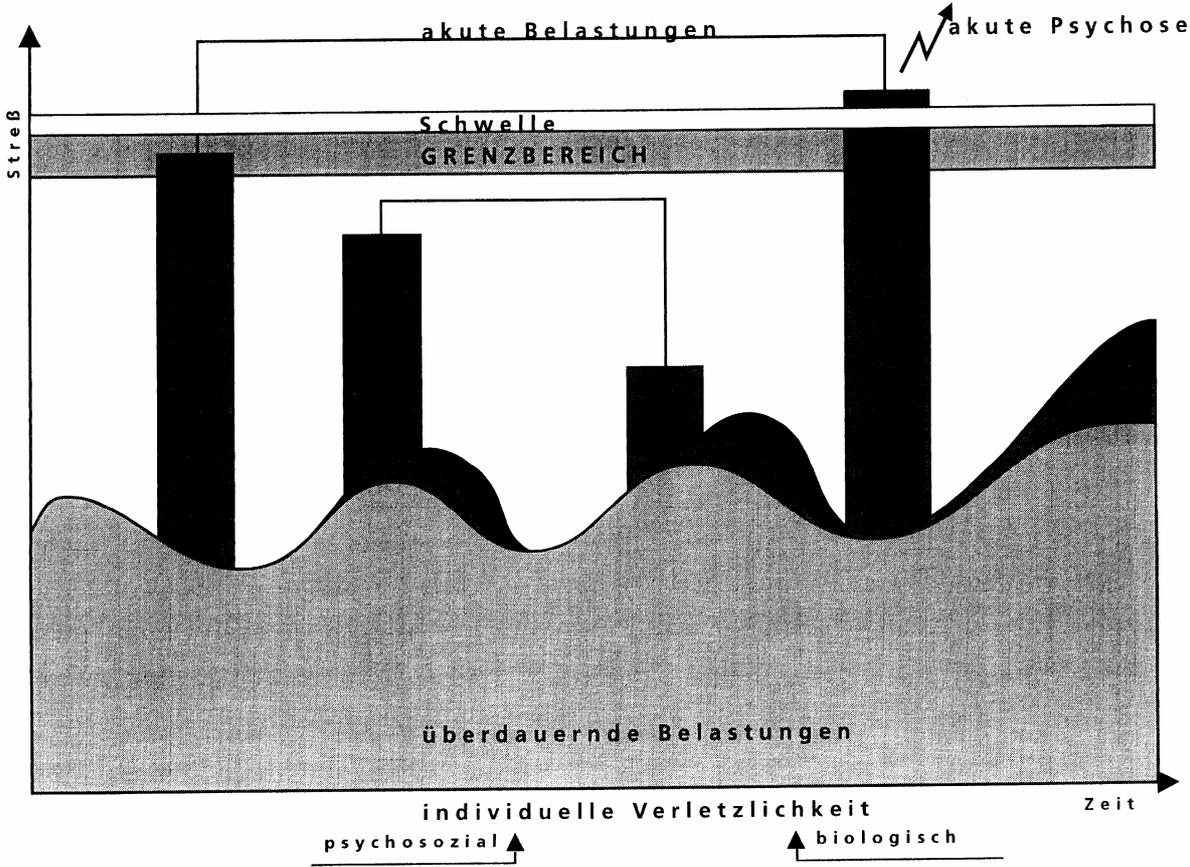
Bei der Analyse der Streß-Komponente des Drei-Phasen-Modells ist es nützlich, die zeitliche Dimension zu berücksichtigen:

- alltägliche, stark fluktuierende Stressoren;
- plötzliche, akut auftretende Stressoren;
- relativ überdauernde Belastungen;
- lebensphasisch auftretende Belastungen.

Bevor wir uns diesen im einzelnen zuwenden, sind einige theoretische Erwägungen vorzuschicken. NORMAN & MALLA (1993 a) gehen explizit von ZUBINs Verletzlichkeitshypothese aus und legen eine scharfsinnige Analyse der Beziehung zwischen Stressoren und schizophrenen Psychosen vor. Sie stellen fest:

1. Die meisten Menschen, die an Schizophrenie erkranken, werden bereits bei niedrigem bis mittlerem Streßniveau psychotisch, weil ihre Verletzlichkeit und damit ihre Streßanfälligkeit gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöht ist.

Abb. 2.5: Verletzlichkeits-Streß-Modell



2. Demgegenüber folgt aus dem Verletzlichkeits-Streß-Konzept nicht notwendig, daß psychotisch Erkrankte im Durchschnitt häufigeren oder stärkeren Belastungen ausgesetzt sind und damit mehr Streß erleben als andere Menschen.
3. Zwingend folgt dagegen aus diesem Konzept, daß eine Beziehung bestehen muß zwischen Streß und dem Auftreten von Symptomen bzw. psychotischen Episoden.

Vor diesem Hintergrund soll im folgenden ein Überblick über den Forschungsstand gegeben werden, wobei die Coping-Komponente, die ja theoretisch als Mediator auf die Beziehung zwischen Belastungen und akuter Psychose einwirkt, hier unberücksichtigt bleibt. Die Interaktion aller relevanten Variablen ist simultan bisher nicht einmal ansatzweise untersucht.

Alltäglicher Streß

Aus NORMAN & MALLAs erster Feststellung folgt ebenso wie aus den Modellvorstellungen zur Dynamik der akuten psychotischen Dekompensation (s.o. 2.4.1), daß auch für sich genommen geringfügige und alltägliche Belastungen im Rahmen einer von „Teufelskreis“-Prozessen geprägten Dynamik zu psychotischen Symptomen führen können. Zwar sind solche Eskalationsprozesse schwer zu objektivieren, es spricht jedoch einiges dafür, daß diese Folgerung aus dem Verletzlichkeits-Streß-Konzept zutreffend ist:

- HUBER (1993) stellt vor dem Hintergrund des Basisstörungenkonzeptes fest:

„Alle möglichen, die krankheitsbedingt geminderte Informationsverarbeitungskapazität überfordernden Situationen können die Psychose auslösen, z.B. emotional affizierende Ereignisse, rasch wechselnde unterschiedliche Anforderungen, alltägliche, primär affektiv neutrale Situationen (z.B. Unterhaltung von und mit Menschen, Besucher und Besuche, Gegenwart zu vieler Menschen, ‚Trubel‘, ‚Rummel‘ in Kaufhäusern, Bussen, Zügen, Straßenverkehr, optische oder akustische Stimulation, z.B. durch Fernsehen), besondere ungewöhnliche, unerwartete neue Anforderungen oder körperliche und/oder psychische arbeitsmäßige Beanspruchung“ (S. 328 f).
- Diese Feststellung wird zum Teil bestätigt durch die Angaben von Betroffenen selbst. Von 261 Patienten, die nach Stressoren als Auslöser für einen persönlichen Rückfall befragt wurden, konnten 94 % entsprechende Auslöser nennen. Der am häufigsten genannte Stressor (24 %) war interessanterweise das Alleinsein! Auf den Rängen 2 bis 6 folgten sämtlich Belastungen, die mit zwischenmenschlichen Kontakten zu tun haben (zwischen 14 % und 7 %); nachrangig wurden Stressoren im Zusammenhang mit der Arbeit und dem Tagesablauf genannt (THURM-MUSSGAY et al. 1991). Die gleichermaßen große Bedeutung von Streß durch Alleinsein und durch zwischenmenschliche Kontakte ist dabei durchaus plausibel:

„Die Angst vor der Gefahr, Mitmenschen übermäßig nahezukommen, bei gleichzeitig starkem Bedürfnis nach mitmenschlicher Nähe und Liebe, ist der charakteristische Ambivalenzkonflikt des Schizophrenen. Eine enge mitmenschliche Beziehung ohne Angst, ohne Gefahr für das eigene Ich erleben zu können, ist für diese Kranken ein kaum lösbares Problem. Distanzverminderung scheint häufiger als Distanzerweiterung eine Veranlassungssituation für die Erkrankung zu sein“ (TÖLLE 1991, S. 213).
- In einer prospektiven Studie stellten MALLA et al. (1990) fest, daß sowohl starke (*major*) als auch geringfügige (*minor*) Belastungen im Vorfeld akuter Psychosen überdurchschnittlich häufig vorkommen. NORMAN & MALLA (1991) fanden, daß der subjektiv wahrgenommene Streß mit alltäglichen Belastungen, nicht jedoch mit plötzlichen, starken Belastungen korreliert; und NORMAN & MALLA (1994) konnten in einer Längsschnittstudie zeigen, daß bei bis zu 35 % der Untersuchten eine signifikante Beziehung zwischen der subjektiven Belastung durch alltägliche Stressoren und der Ausprägung von unterschiedlichen Befindlichkeitsstörungen und Symptomen besteht.

Es spricht demnach einiges für die mögliche Rolle selbst alltäglicher Anforderungen bei der Auslösung von Streß und Psychosen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang der Hin-

weis von HATFIELD (1989), daß auch innere Erfahrungen Streßfaktoren darstellen können. Sie veranschaulicht dies anhand zahlreicher Selbstzeugnisse von Betroffenen und beschreibt dabei Phänomene, in denen wir unschwer Basisstörungen wiedererkennen (vgl. oben 2.3.2).

Basisstörungen könnten demnach sowohl Folge als auch Auslöser von Streß sein, eine Vorstellung, die mit dem systemisch angelegten Drei-Phasen-Modell durchaus vereinbar ist.

Akute schwere Belastungen: „Life Events“

Die Wirkung relativ plötzlich eintretender akuter Belastungen auf schizophreniegefährdete Menschen wird bereits seit Ende der 60er Jahre in der sogenannten Life Event-Forschung (*life events* = Lebensereignisse) untersucht. Typische Life Events sind z. B. Unfälle, körperliche Krankheiten, Todesfälle, Trennungen, Arbeitsplatzverlust, Umzug, Reisen, Prüfungen, Stellenwechsel, Beförderung, Heirat, Geburt etc.

Die Untersuchung der Auswirkungen solcher Ereignisse wirft eine Reihe methodischer Probleme auf, die bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen sind. Eindeutige Ergebnisse sind nur von Studien zu erwarten,

- die ausschließlich unabhängige Lebensereignisse berücksichtigen, d.h. solche, die nicht bereits als Folge einer beginnenden psychotischen Dekompensation aufgefaßt werden können;
- die den subjektiv erlebten Streß der Betroffenen berücksichtigen (die gleichen Lebensereignisse können interindividuell ganz unterschiedliche Bedeutung haben);
- die negativ wie auch positiv bewertete Ereignisse einbeziehen (auch plötzliche Veränderungen zum Guten können Streß auslösen);
- die Lebensereignisse möglichst prospektiv erfassen (bei retrospektiven Studien ist nicht auszuschließen, daß Betroffene sich den Rückfall erst nachträglich mit bestimmten Ereignissen erklären); (vgl. NORMAN & MALLA 1993 b).

In ihrer aufschlußreichen Meta-Analyse zum Zusammenhang von Lebensereignissen und Schizophrenie haben NORMAN & MALLA (1993 a) alle Studien einbezogen, die zwischen 1967 und 1991 erschienen sind und die o.g. Anforderungen mindestens zum Teil erfüllen. Die vorliegenden Ergebnisse werden in drei Gruppen eingeteilt:

1. *Vergleich der Häufigkeit von Lebensereignissen bei schizophren Erkrankten und anderen psychiatrisch erkrankten Patientengruppen:* In 8 Studien wurden 18 Gruppenvergleiche angestellt; 10 (= 56 %) dieser Vergleiche ergaben, daß Stressoren in anderen Patientengruppen häufiger vorkommen (insbesondere bei Depressiven), bei den übrigen Vergleichen fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede.
2. *Vergleich der Häufigkeit von Lebensereignissen bei schizophren Erkrankten und psychisch Gesunden:* In 7 Studien wurden 14 Gruppenvergleiche angestellt; 5 (= 36 %) fanden signifikant häufiger Lebensereignisse bei schizophren Erkrankten, in keinem Fall wiesen die Gesunden höhere Werte auf.
3. *Untersuchung des Zusammenhangs von Lebensereignissen und psychotischen Symptomen bzw. Rückfällen innerhalb der Gruppe der schizophren Erkrankten:* In 8 Studien wurden 30 Vergleiche angestellt, in 23 (= 77 %) fanden sich Unterschiede in der erwarteten Richtung, d.h. auf Stressoren folgte eine Verschlechterung des psychischen Befindens.

Setzt man diese Befundlage in Beziehung zu den einleitend referierten theoretischen Überlegungen, so stellt lediglich die unter 3. genannte Art von Untersuchungen eine strenge Prüfung des Zusammenhangs von Streß und schizophrenen Psychosen dar. Unterschiede, wie sie in den Studien vom Typ 1 und 2 untersucht wurden, ergeben sich dagegen aus dieser Hypothese nicht zwingend.

Die Studien vom Typ 3 belegen nun recht eindeutig, daß ein Zusammenhang zwischen Streß und psychotischer Symptomatik besteht. Insbesondere findet sich dieser Zusammenhang in sämtlichen 4 Studien, die prospektiv angelegt und deshalb besonders aussagekräftig

tig sind (HARDESTY et al. 1985, VENTURA et al. 1989, MALLA et al. 1990, HIRSCH et al. 1992).

Dabei sind die Studien von HIRSCH et al. (1992) sowie von VENTURA et al. (1992) noch nicht in die Meta-Analyse von NORMAN & MALLA (1993 a) einbezogen. In diesen Studien konnte außerdem belegt werden, daß das Risiko, nach einem Lebensereignis psychotisch zu erkranken, besonders dann erheblich erhöht ist, wenn keine Neuroleptika eingenommen werden.

Die Studien vom Typ 1 und 2 besagen lediglich, daß im Vorfeld anderer psychischer Erkrankungen (vor allem bei Depressionen) Lebensereignisse eher noch häufiger sind als bei Schizophrenien und daß schizophreniegefährdete Menschen vermutlich nicht wesentlich häufiger von Lebensereignissen betroffen sind als psychisch Gesunde.

Diese nicht ganz eindeutige Ergebnislage wird durch die Ergebnisse von zwei weiteren Studien ergänzt, die ebenfalls nicht in die Analyse von NORMAN & MALLA (1993 a) eingegangen sind. Dabei fanden DOHRENWEND et al. (1987) keine Unterschiede in der Häufigkeit von Lebensereignissen zwischen schizophren Erkrankten, Depressiven und Gesunden; BEBBINGTON et al. (1993) dagegen berichten mehr schwere Lebensereignisse bei schizophren Erkrankten als bei Gesunden.

Entgegen der eher skeptischen Bilanz in früheren Übersichtsarbeiten (z. B. TENNANT 1985) muß nach der differenzierten Analyse von NORMAN & MALLA nunmehr davon ausgegangen werden, daß Life Events eine wichtige Rolle bei der Auslösung akuter Psychosen spielen. Das bedeutet allerdings nicht, daß sie im Vorfeld jeder Psychose anzutreffen sind. Denn wie wir unter a) gesehen hatten, ist es wahrscheinlich, daß bereits alltägliche Belastungen auslösende Wirkungen haben können.

Relativ überdauernde Belastungen: „Expressed Emotion“

Das Konzept der *Expressed Emotion/EE* wurde bereits vor mehr als 30 Jahren von dem Engländer George BROWN in die psychiatrische Diskussion gebracht (BROWN 1990). In einem Satz zusammengefaßt besagt es, daß bei einem schizophreniegefährdeten Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychotische Rückfälle dann besteht, wenn er in einer familiären Umgebung lebt, in der die Kommunikation mit den Angehörigen von intensiven Gefühlsäußerungen einer bestimmten Art geprägt ist. OLBRICH hat bereits 1983 in einer Übersicht über die Entwicklung dieses Konzeptes darauf hingewiesen, daß EE in Fachkreisen gelegentlich als eine Art „Wunderformel“ gehandelt zu werden scheint, „die wenig behagliche Erinnerungen etwa an die Double bind-Ära weckt“ (OLBRICH 1983, S. 113). Diese Gefahr scheint auch heute noch nicht vollständig gebannt. Zugleich aber weist das EE-Konstrukt drei zentrale Merkmale auf, die es wesentlich von der *Double bind*-Hypothese unterscheiden:

1. Es beruht auf einer eindeutigen, operationalen Definition und ist sehr zuverlässig meßbar;
2. über den Zusammenhang mit dem Rückfall-Geschehen liegen inzwischen mehr als 2 Dutzend prospektive Studien vor, deren Ergebnisse sehr weitgehend übereinstimmen;
3. EE wird nicht als „Ursache“ der Schizophrenie aufgefaßt, sondern als ein potentiell wichtiger auslösender bzw. verlaufsbeeinflussender Bedingungsfaktor.

Zu 1.: EE wird operational definiert durch die Methode ihrer Erfassung. Diese erfolgt auf der Basis eines ein- bis zweistündigen Interviews, das mit den nächsten Familienangehörigen – in der Regel Eltern(-teil) oder (Ehe-) Partner – geführt wird (*Camberwell Family Interview/CFI*). Dieses Interview findet in Abwesenheit des Patienten statt, während sich dieser in stationärer Behandlung befindet. Inhaltlich geht es um verschiedene Aspekte des Zusammenlebens in den drei Monaten vor der stationären Aufnahme. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet. Anschließend werden die Äußerungen der Angehörigen von einem speziell trainierten Experten nach drei Kriterien eingeschätzt: Kritik, Feindseligkeit und emotionales Überengagement. Wenn bei einem Familienmitglied mindestens 6 kritische Äußerungen und/oder mindestens 3 überengagierte Äußerungen und/oder mindestens eine

feindselige Äußerung gezählt wird, gilt eine Familie als „hoch EE“, andernfalls als „niedrig EE“ (HAHLWEG et al. 1995).

Zu 2.: Bis Anfang der 90er Jahre wurden weltweit mindestens 25 Studien durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen EE und Rückfall für den Zeitraum 9 bis 12 Monate nach der Entlassung des Patienten aus stationärer Behandlung untersuchen und die den methodischen Mindestanforderungen genügen (BEBBINGTON & KUIPERS 1994). Dabei handelt es sich um veröffentlichte und bisher unveröffentlichte Daten aus 11 Ländern, die auf 1.346 Fällen beruhen. Diese Daten werden von BEBBINGTON & KUIPERS aggregiert und als ein Datensatz ausgewertet (im Unterschied zu sog. Meta-Analysen, in denen lediglich die Ergebnisse mehrerer Untersuchungen zusammengefaßt werden). Die wichtigsten Resultate dieser Auswertung in Stichworten:

- 52 % der Familien wurden als „hoch EE“ eingestuft;
- 60 % der Erkrankten waren männlich, 66 % wurden als „compliant“ eingestuft;
- die durchschnittliche Rückfallrate betrug bei Patienten aus „Hoch EE-Familien“ 50 %, bei Patienten aus „Niedrig EE-Familien“ 21 %;
- die relative Rückfallhäufigkeit ist unabhängig vom Geschlecht des Patienten;
- in „Hoch EE-Familien“ ist die Rückfallrate dann besonders hoch, wenn mehr als 35 Stunden wöchentlich direkter Kontakt zwischen Patienten und Angehörigen besteht;
- es besteht kein Zusammenhang zwischen EE-Status und Medikation, d.h. regelmäßige Medikation ist in „Niedrig EE-Familien“ nicht häufiger als in „Hoch EE-Familien“.

In einer früheren Meta-Analyse von KAVANAGH (1992), die sich auf 24 ausschließlich veröffentlichte Studien bezieht, werden praktisch identische Resultate berichtet. Dieser Arbeit ist darüber hinaus zu entnehmen, daß die Häufigkeit von „Hoch EE-Familien“ interkulturell sehr unterschiedlich ist. Es finden sich Raten zwischen 23 % (Chandigarh, Indien) und 77 % (Salford, Großbritannien). Zum Vergleich: In einer deutschen Studie wurden 65 % der Familien als „hoch EE“ eingestuft (WATZL et al. 1993).

Auf der Basis von 12 dieser Studien, die bis 1988 veröffentlicht wurden, berechneten PARKER & HADZI-PAVLOVIC (1990) das relative, gewichtete Rückfallrisiko. Demnach weisen schizophrenergiefährdete Menschen, die in Hoch EE-Familien leben, ein 3,7-fach erhöhtes Risiko auf, innerhalb von 9 bis 12 Monaten erneut an einer schizophrenen Psychose zu erkranken. Über die Ergebnisse der 9 – 12 Monats-Studien hinausgehend konnte in mehreren Untersuchungen außerdem gezeigt werden, daß auf der Basis des EE-Status Aspekte des Krankheitsverlaufs über 2 Jahre bis hin zu 5 Jahren (McCREADIE et al. 1993, HUGUELET et al. 1995) überzufällig gut prognostiziert werden konnten.

In seiner Meta-Analyse kommt KAVANAGH (1992) auf der Basis von 8 Studien zu 24-Monats-Rückfallraten von 29 % für „Niedrig EE-“ und 66 % für „Hoch EE-Familien“.

Der Einfluß des Familienklimas auf die Rückfallhäufigkeit zeigt sich in ganz unterschiedlichen Kulturen (z. B. Australien, Deutschland, England, Indien, Italien, Japan, Polen, Schweiz, Spanien, USA). Für die negativen Resultate vereinzelter Untersuchungen gibt es zum Teil plausible Erklärungen (z. B. geringe Zahl der untersuchten Familien, Fehlklassifikationen als Niedrig EE, wenn nur ein Elternteil interviewt wurde, fehlender Kontakt von Patienten zu Hoch EE-Angehörigen).

Der Zusammenhang von EE-Niveau und akuten Psychosen ist darüber hinaus offenbar unabhängig von der Schwere der Symptomatik oder der Krankheitsvorgeschichte und findet sich sowohl bei neuroleptisch behandelten als auch unbehandelten Patienten (MIKLOWITZ 1994).

Da der EE-Status erfaßt wird durch eine Einschätzung des Verhaltens der Angehörigen in Abwesenheit des Patienten, blieb zunächst unklar, inwieweit sich Entsprechungen dazu auch auf der Ebene der tatsächlichen Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen feststellen lassen. Insofern sind Untersuchungen von großer Bedeutung,

- die zeigten, daß Hoch EE-Angehörige auch zu einem kritischeren, „aufdringlicheren“ Verhalten gegenüber dem schizophreniegefährdeten Familienmitglied tendieren;
- die reziproke Effekte nachwiesen im Sinne von langen Ketten kritischer Äußerungen zwischen Patienten und Angehörigen; und
- die feststellten, daß Patienten während der Interaktion mit Hoch EE-Angehörigen ein deutlich erhöhtes psychophysisches Erregungsniveau zeigen (KAVANAGH 1992, MIKLOWITZ 1994, HAHLWEG et al. 1995).

In der bisherigen EE-Forschung wurde die Betroffenen-Perspektive, d.h. deren Wahrnehmung der Einstellungen und Verhaltensweisen ihrer Angehörigen, weitgehend ausgeklammert. Einige aktuelle deutsche Studien tragen dieser Perspektive in ersten Ansätzen Rechnung:

- SCHERRMANN (1995) fand, daß Patienten mit kritischen Angehörigen im Sinne des EE-Konzeptes sich nach einer Klinikentlassung in verschiedenen Bereichen des täglichen Zusammenlebens deutlich stärker belastet fühlten als Patienten mit weniger kritischen Angehörigen.
- KRAEMER et al. (1996) erhoben Selbst- und Fremdeinschätzungen von Patienten und Angehörigen. Sie stellten fest, daß Hoch EE-Angehörige von ihren Kindern als deutlich kritischer, Niedrig EE-Angehörige als liebevoller, gutmütiger und klarer eingeschätzt wurden. Sich selbst schätzen die Kinder von Hoch EE-Angehörigen als ärgerlicher ein als die Kinder von Niedrig EE-Angehörigen, letztere sprachen sich demgegenüber eine Reihe von positiven Merkmalen signifikant stärker zu. Während also bei Kindern von Hoch EE-Angehörigen eine negative Einschätzung der Angehörigen mit einem negativ geprägten Selbstbild einhergeht, sind beide Merkmale bei den Kindern von Niedrig EE-Angehörigen positiv gefärbt. Genau umgekehrt verhält es sich interessanterweise mit der Selbstwahrnehmung der Angehörigen: Diese ist bei Hoch EE-Angehörigen positiv geprägt, bei Niedrig EE eher selbstkritisch.
- FELDMANN et al. (1995) schließlich untersuchten die prognostische Bedeutung der Fremdeinschätzung der Angehörigen durch die Patienten für den Krankheitsverlauf. Sie konstruierten einen Einschätzungsbogen mit den Dimensionen „Kritik“, „Resignation“ und „Überbehütung“ und stellten fest, daß allein diese drei Merkmale zusammengenommen den Krankheitsverlauf bezüglich Symptomatik, Medikation und Rückfällen über 15 Monate verblüffend exakt vorhersagen konnten.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, daß eine Hoch EE-Haltung auf seiten ihrer Angehörigen bei den Betroffenen auch entsprechend „ankommt“, ihre Einstellungen zu den Angehörigen und ihr Selbstbild sowie die im Zusammenleben erfahrenen Belastungen beeinflusst. Nach den Ergebnissen von FELDMANN et al. (1995) sollte außerdem in weiteren Untersuchungen geprüft werden, ob nicht die direkte Einschätzung der Betroffenen bezüglich der familiären Interaktion eine ebenso zuverlässige (und erheblich weniger aufwendige) Prognose des weiteren Verlaufs ermöglicht wie die EE-Experteneinschätzung.

Christine VAUGHN (1987), die zu den Pionieren der EE-Forschung gehört, beschreibt das Verhalten von Angehörigen in Abhängigkeit von ihrem EE-Status folgendermaßen:

- Angehörige mit einem niedrigen EE-Niveau gewähren dem schizophreniegefährdeten Familienmitglied zu Hause von diesem gewünschte Rückzugsmöglichkeiten; sind eher davon überzeugt, daß es wirklich krank ist; tolerieren Verhaltensauffälligkeiten und anhaltende Defizite; reden weniger in seiner Gegenwart, hören mehr zu.
- Angehörige mit hohem EE-Niveau gewähren ihrem schizophreniegefährdeten Familienmitglied dagegen weniger Autonomie bei seinen Entscheidungen und Handlungen; reagieren eher ängstlich, gereizt und hilflos auf schizophrene Dekompensationen; hegen häufiger Zweifel an der Echtheit der Erkrankung; üben weniger Nachsicht bei stö-

renden Verhaltensweisen und Leistungsdefiziten und sind schlechter über die Erkrankung und deren Behandlung informiert.

Zu 3.: Kurzschlüssige Interpretationen der Forschungsergebnisse zum EE-Konzept in dem Sinne, daß hohes EE die „Ursache“ der Schizophrenie ist, können den führenden Vertretern der EE-Forschung nicht angelastet werden. Diese haben meist unmißverständlich deutlich gemacht, daß es sich um ein interaktives Konzept handelt, das auf Wechselwirkungs- und Rückkoppelungs-Prozesse innerhalb von Familien und nicht auf lineare Kausalitäten abstellt. Dabei ist von Bedeutung, daß der EE-Status kein besonders stabiles Merkmal von Familien ist und bei vielen Angehörigen offenbar raschen Veränderungen unterliegt (bis zu 50 % innerhalb von 6 bis 12 Monaten; KAVANAGH 1992). Dies verweist darauf, daß EE zumindest zum Teil abhängig ist von der jeweiligen situativen Belastung der Familien, dem Befinden/Verhalten des erkrankten Familienmitgliedes, den familiären Bewältigungs-Ressourcen (Coping) sowie der Unterstützung, die die Familie bekommt (LEFLEY 1992).

Tatsächlich liegen aus jüngerer Zeit eine Reihe von Studien vor, die übereinstimmend einen Zusammenhang zwischen der Belastung der Angehörigen (*burden*, vergl. 1.2.4) und hoher EE belegen (SMITH et al. 1993, SCHERRMANN 1995, LEVENE et al. 1996, SCAZUFKA & KUIPERS 1996).

SMITH et al (1995) stellen in diesem Zusammenhang fest:

„Zu jedem gegebenen Zeitpunkt gehören zu den Bedingungsfaktoren des EE-Niveaus wahrscheinlich das Patientenverhalten (Ausmaß der Störung und soziale Beeinträchtigung), die wahrgenommene Coping-Kompetenz der Angehörigen und damit verbundene Problemlösefähigkeiten, idiosynkratische Persönlichkeitsfaktoren, Menge und Qualität der verfügbaren Informationen bezüglich der Erkrankung sowie externe Belastungen wie z. B. Arbeitslosigkeit“ (S. 15, Übers. G. W.).

Das EE-Konzept stellt also nicht den Versuch dar, die „schizophrenogene Familie“ wiederzubeleben, sondern es geht darum, die Interaktion von Familien besser zu verstehen, die gut oder weniger gut damit zurecht kommen, mit einem schizophrenieerkrankten oder -gefährdeten Angehörigen zusammenzuleben. Die meisten Forscher stimmen darin überein,

„... daß EE in Familien nicht den Rückfall verursacht, sondern ein Barometer für die Not von Familien im Umgang mit störenden Symptomen, Verhaltensweisen oder Lebensstilen ihres schizophrenen Angehörigen ist. Unter dieser Perspektive trägt jeder Behandlungsansatz, der Familien dabei hilft, besser mit belasteten Angehörigen zurecht zu kommen, dazu bei, das EE-Niveau zu senken“ (KANTER et. al. 1987, Übers. G.W.).

Schließlich muß vor einer „Idealisierung“ des Klimas in Niedrig EE-Familien gewarnt werden. So identifizierte VAUGHN (1987) in einer Gruppe von Niedrig EE-Angehörigen solche, die weniger aufgrund von Gelassenheit und Toleranz als vielmehr aufgrund von Resignation und Teilnahmslosigkeit als solche eingestuft worden waren. Auch STRICKER & SCHULZE-MÖNKING fanden unter ihren Niedrig EE-Familien sieben, die eine eher resignativ-gleichgültige Haltung hatten. Alle Patienten, die in diesen Familien lebten, wurden im Katamnesezeitraum von 18 Monaten rückfällig!

Was nun die Hilfen für Familien mit schizophreniegefährdeten Angehörigen angeht, so sind ausgehend vom EE-Konzept tatsächlich außerordentlich effektive Verfahren entwickelt worden. Diese bewirken ein niedrigeres EE-Niveau in Hoch EE-Familien, was mit entsprechend niedrigeren Rückfallraten einhergeht (vergl. 3.6.5).

Schießlich darf der Hinweis nicht fehlen, daß das EE-Konzept auch auf psychiatrisch Tätige angewendet werden kann. Erste empirische Untersuchungen dazu liegen inzwischen vor. Eine Hoch EE-Haltung scheint unter professionellen Helfern ähnlich weit verbreitet wie unter Familienangehörigen (13 % bis über 50 %; SORENSEN SNYDER et. al. 1994, BEBBINGTON & KUIPERS 1994, SIOL & STARK 1994, OLIVER & KUIPERS 1995).

BALL et al. (1992) fanden in zwei Kleinheimen für chronisch Psychose Kranke in London, deren Mitarbeiterschaft in einem Fall ganz überwiegend als niedrig-EE und in einem anderen Fall als überwiegend hoch-EE eingestuft wurde (mittels CFI), Unterschiede im Krankheitsverlauf der Bewohner. Zwar unterschieden sich

die Rückfallraten in den beiden Heimen nicht. In dem Heim mit Hoch EE-Mitarbeiterschaft kam es jedoch zu erheblich mehr Entlassungen als in dem Heim mit Niedrig EE-Mitarbeiterschaft (7 gegenüber 1). Im letzteren war die einzige Entlassung als positiver Rehabilitations-Schritt einzustufen, während die sieben Entlassungen in dem Heim mit der Hoch EE-Mitarbeiterschaft entweder disziplinarisch (5) oder in ein Pflegeheim (2) erfolgten.

SHEPARD & SINGH (1992) fordern deshalb zu Recht gezielte Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter, um das EE-Niveau zu senken und empfehlen, Niedrig EE-Angehörige dabei als Modell einzubeziehen. Sie berichten außerdem, daß sie sich „informell“ um Mitarbeiter bemühen, von denen sie glauben, daß diese gut spannungsarme Umgangsformen realisieren können. In diesem Sinne stellt LEFLEY (1992) die These auf, daß es erheblich wichtiger sein könnte, Mitarbeiter darin zu trainieren, spannungsreiche Interaktionen zu vermeiden, als Familien zu trainieren, ihr EE-Niveau zu senken.

Lebensphasisch bedingte Belastungen

Auch im Hinblick auf längerfristig sich anbahnende und vollziehende Entwicklungen in der individuellen Lebensgeschichte ist anzunehmen, daß sie streßauslösend wirken und bei verletzlichen Menschen psychotische Krisen auslösen können. Insbesondere Perioden, die umfassende Neuorientierungen erfordern sowie Übergänge zwischen Entwicklungsphasen scheinen in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Dabei mag die Unterscheidung zwischen Lebensereignissen und lebensphasisch bedingten Belastungen im einzelnen schwierig sein und künstlich erscheinen. Bei letzteren handelt es sich jedoch eher um Fluktuationen mit geringerer Frequenz bei ggf. ähnlicher Amplitude. Hierzu wären z. B. zu zählen die Pubertät, der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, die Ablösung vom Elternhaus, Schwangerschaft und Geburt, aber auch die Ablösung der eigenen Kinder, Menopause etc.

CIOMPI (1984) nennt in diesem Zusammenhang außerdem makroskopische soziale Veränderungen:

„Die wachsende Instabilität und Widersprüchlichkeit aller Verhaltenssysteme und Wertnormen in Zeiten des sozialen Umbruchs muß nicht nur vermehrt mit entsprechend instabilen, widersprüchlichen und damit verletzlichen, internalisierten Bezugs- und Verhaltenssystemen, sondern auch mit zusätzlichen Schwierigkeiten infolge gestörter sozialer Feedback-Mechanismen einhergehen“ (S. 8).

Empirische Belege für die krisenhafte Wirkung solcher Phasen bzw. Phasenübergänge haben einstweilen eher punktuellen Charakter:

- Bei Frauen ist das Risiko, eine psychotische Episode während der ersten drei Monate nach einer Geburt zu entwickeln, ca. 15-fach erhöht im Vergleich zu Zeiträumen, die nicht im Zusammenhang mit einer Geburt stehen (KAPFHAMMER 1993). Dabei ergab sich in zwei deutschen Studien, daß es bei 1/3 bis 2/3 der im Wochenbett erstmals psychotisch erkrankten Frauen zu weiteren Episoden kommt und die Längsschnittdiagnose nach durchschnittlich mehr als 20 Jahren in 2/5 bis 3/4 dieser Fälle schizophrene oder schizoaffektive Psychose war (ROHDE & MARNEROS 1993, SCHÖPF & RUST 1994).
- GOTTESMAN (1993) berichtet über das Ergebnis einer Studie, die der Frage nachgeht, ob bei jungen Männern, die zum ersten Mal von ihren Familien getrennt werden, der Zwang zur Anpassung an die Bedingungen des Wehrdienstes Schizophrenie auslösen kann: Die Hospitalisierungsrate wegen Schizophrenie war im ersten Monat der Dienstpflicht 6 Mal höher als im zweiten Dienstjahr. Die Aufnahme des zivilen Ersatzdienstes ist möglicherweise mit einem noch höheren Schizophrenie-Risiko verbunden als der Wehrdienst (DÖRNER 1994).

Dagegen führen schwerste Belastungen durch Krieg oder vergleichbare Katastrophen offenbar nicht zu vermehrtem Auftreten schizophrener Psychosen. GOTTESMAN (1993) referiert hierzu mehrere Studien und resümiert: „Es ist klar, daß katastrophaler, lebensbedrohlicher Streß, etwa bei kämpfenden Soldaten oder Zivilisten während Luftangriffen oder der Internierung in Konzentrationslagern, zu schweren psychiatrischen Problemen führen kann, die man heute als posttraumatische Belastungsstörungen bezeichnen würde, doch derartige Fälle werden offensichtlich nicht sehr häufig schizophren. Vielleicht sind die für Schizophrenie wirksamen Stressoren subtiler“ (S. 174).

Auch BLEULER (1987) vertritt die Auffassung, daß „eindeutiges Leid“ das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie nicht generell erhöht.

- Nicht zuletzt theoretisch von großem Interesse sind die gut bestätigten Geschlechts-Differenzen bezüglich des Ersterkrankungsalters bei schizophrenen Psychosen. Erste Anzeichen einer psychischen Störung, erste psychotische Symptome, Beginn der ersten psychotischen Episode sowie Zeitpunkt der ersten stationären Aufnahme liegen bei Frauen durchschnittlich 3 bis 4 Jahre später als bei Männern (HÄFNER et al. 1991). Dieser Befund könnte damit erklärt werden, daß für Männer und Frauen verschiedene Lebensphasen unterschiedliche Belastungen mit sich bringen. So könnte für junge Männer die Ablösung vom Elternhaus nicht nur früher erfolgen, sondern auch belastender sein als bei jungen Frauen, weil von ihnen ein größeres Maß an beruflicher und sozialer Selbständigkeit verlangt wird. Für Frauen dagegen ist möglicherweise eher die Phase von Schwangerschaft und Geburt besonders streßbelastet. Schließlich ist bei Frauen ein zweiter Gipfel der Ersterkrankungshäufigkeit zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr festzustellen, der bei Männern fehlt. Dies könnte damit zu tun haben, daß für Frauen die Ablösung der eigenen Kinder und die damit zusammenhängende Neuorientierung eine besonders krisenhafte Zeit darstellt.
Gerade die Geschlechtsdifferenzen lassen jedoch auch eine biologische Erklärungshypothese plausibel erscheinen. Denn die hormonelle und kortikale Entwicklung des Menschen ist keineswegs mit der Pubertät abgeschlossen und dauert bis ins junge Erwachsenenalter an, bei der hormonellen Entwicklung sogar bis zur Menopause; sie verläuft außerdem bei Männern und Frauen nicht synchron (GALDOS et al. 1993, WADDINGTON 1993). Dies hat die bereits in der älteren psychiatrischen Literatur diskutierte Hypothese wieder aktualisiert, daß das Hormon Östrogen „antipsychotische“ Wirkungen haben könnte (RIECHER-RÖSSLER et al. 1994, RIECHER-RÖSSLER 1995). Demnach bietet der – gegenüber dem Mann – bei Frauen von der Pubertät bis zur Menopause erhöhte Östrogen-Spiegel einen gewissen Schutz und setzt die Verletzlichkeitsschwelle herauf. Neue, aber vorläufige Belege für einen solchen Effekt wurden gefunden, dieser ist aber wahrscheinlich nicht schizophrenie-spezifisch (SALOKANGAS 1993).
- Wie eng psychosoziale und biologische Entwicklung beim Menschen zusammenhängen, läßt sich auch am Beispiel der Frage diskutieren, warum Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis frühestens im Jugendalter auftreten (typische Schizophrenien vor dem 10. – 12. Lebensjahr gelten als äußerst selten). Eine Antwort darauf könnte lauten, daß gerade diese Entwicklungsphase, die ja zeitlich eng mit der Pubertät zusammenhängt, kritisch bezüglich der Identitätsentwicklung ist und deshalb mit besonderen psychischen und sozialen Belastungen einhergeht. Tatsächlich scheint die Pubertät besonders bei jungen Frauen im Zusammenhang mit dem Auftreten erster psychotischer Symptome zu stehen (GALDOS et al. 1993). Auf der anderen Seite spielen sich gerade in dieser Phase wichtige körperliche Veränderungen und Reifungsprozesse ab. Diese betreffen nicht nur den Hormonhaushalt, sondern auch das Gehirn. BENES (1993) stellt einen Zusammenhang her zwischen neuronalen Reifungsprozessen und dem Auftretensalter schizophrener Psychosen. Sie stellt fest, daß die meisten Gehirnregionen, die bezüglich dieser Erkrankung eine wichtige Rolle spielen, nach der ersten Dekade keine wesentlichen Reifungsprozesse mehr durchmachen. Allerdings gilt für bestimmte Nervenbahnen, daß sie erst zwischen dem 11. und 17. Lebensjahr ausreifen: „Die Bahnen, die eine zunehmende Myelinisierung während der späten Adoleszenz durchmachen, sind die wichtigsten Verbindungen zwischen dem cerebralen Kortex und dem limbischen System“ (BENES 1993, S. 546; Übers. G.W.). Möglicherweise ist der Mensch also erst „psychosefähig“, wenn limbo-kortikale Verknüpfungen sich voll entwickelt haben.

Manches deutet derzeit darauf hin, daß – ebenso wie bei der Entstehung der schizophrenen Verletzlichkeit – auch bei der Auslösung akuter Psychosen biologische und psychosoziale

Bedingungen eng miteinander verwoben sind. Dies gilt für den möglichen Zusammenhang zwischen Hormonhaushalt und Verletzlichkeit ebenso wie für die Rolle bestimmter Drogen bei der Auslösung von Psychosen (Halluzinogene, Cannabis, Stimulantien, aber auch Alkohol). Auf der anderen Seite ist der Dopamin-Stoffwechsel streßempfindlich, d. h. zumindest zum Teil beeinflusst durch psychosoziale Bedingungen (CIOMPI 1989). Schließlich ist darauf zu verweisen, daß Streß unausweichlich immer auch eine biologische Seite hat, z. B. über die vermehrte Ausschüttung der Nebennierenrinden-Hormone Adrenalin und Noradrenalin sowie die Wirkung auf Puls, Blutdruck, Atmung, Muskeltonus etc. (CIOMPI 1989).

So scheint sich auch und gerade unter einer erweiterten Streßperspektive ein grundlegend biopsychosoziales Verständnis der psychotischen Verrückung abzuzeichnen. Ein Verständnis, in dem Körper, Psyche und Umwelt als zwar verschiedene und voneinander notwendigerweise zu unterscheidende Betrachtungs- und Analyse-Ebenen fungieren, die letztlich jedoch ein ineinander vielfach verwobenes Muster ergeben, dessen einzelne Facetten nur um den Preis isoliert und herausgehoben werden können, daß der Blick auf das Ganze leidet.

2.5 Die Langzeitentwicklung schizophrener erkrankter Menschen – Phase III

2.5.1 Der langfristige Ausgang schizophrener Psychosen

Wie wir unter 2.2 gesehen hatten, beruht das traditionelle Krankheitskonzept der Schizophrenie auf der Verknüpfung von charakteristischer Symptomatik sowie regelhaft ungünstigem Verlauf und schlechtem Ausgang („vorzeitige Verblödung“).

Es ist vor allem das Verdienst der drei „klassischen“ europäischen Langzeit-Katamnesen von Manfred BLEULER (1972), CIOMPI & MÜLLER (1976) sowie HUBER und Mitarbeitern (1979), die Auffassung vom generell schlechten Verlauf und Ausgang schizophrener Psychosen eindeutig widerlegt zu haben. Diese Arbeiten schufen damit erst die Basis für ein Schizophrenie-Verständnis, wie es in diesem Beitrag mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell dargelegt wird.

Tabelle 2.2 a (nächste Seite) faßt die wichtigsten Aspekte der drei klassischen Studien zusammen:

- Es handelt sich um Nachuntersuchungen von ehemaligen Patienten, die in einem bestimmten Zeitraum in einer der drei Kliniken stationär behandelt wurden.
- Die diagnostische Grundlage ist die gleiche:
„In bezug auf die psychopathologischen Merkmale der Krankheit halten wir uns streng an die bekannten Kriterien von KRAEPELIN, Eugen BLEULER und Kurt SCHNEIDER. Hingegen diagnostizierten wir die Schizophrenien unabhängig von ihrem Verlauf. Verlaufsuntersuchungen wären ja völlig sinnlos, wenn man einen ungünstigen Ausgang als Kriterium für die Diagnose verwenden würde“ (BLEULER et al. 1976, S. 478).
Dabei sind auch solche Psychosen einbezogen, die nach heute üblichen Standards als schizoaffektive Psychosen bezeichnet würden.
- Die Katamnese-Dauer beträgt im Durchschnitt mehr als zwei, bei CIOMPI & MÜLLER (1976) sogar mehr als drei Jahrzehnte. Das bedeutet u.a., daß die meisten in die Untersuchung einbezogenen Patienten bereits lange vor der flächendeckenden Einführung der Neuroleptika Ende der 50er Jahre stationär behandelt wurden.
- Insgesamt konnten fast 1.000 Patienten nachuntersucht werden, davon mehr als 80 % in zum Teil mehrstündigen, persönlichen Gesprächen.
- Etwa 1/4 dieser Menschen wurden zum Katamnese-Zeitpunkt als „geheilt“ eingestuft, und zwar sowohl im medizinischen wie auch im sozialen Sinn:

Tab. 2.2: Der langfristige Ausgang schizophrener Psychosen

Autoren/ Erscheinungsjahr	Ort/ Institution	Zeitraum der Indexepisode	Anzahl der Nachunter- suchungen	Ø Dauer seit Ersterkrankung	Diagnose- kriterien	Ausgang / Endzustände			
						Heilungen	Beeinträchtigungen milde	mittel schwer	
a) „Klassische“ Studien									
M. BLEULER (1972)	Zürich, Uni-Klinik= Kantonspital	1942 - 1943	208	23 Jahre	Kraepelin/ Bleuler, K. Schneider	20 %	33 %	24 %	24 %
						53 %		47%	
CIOMPI & MÜLLER (1976)	Lausanne, Uni-Klinik= Kantonspital	1900 - 1962	289	37 Jahre	Kraepelin/ Bleuler, K. Schneider	29 %	24 %	26 %	20 %
						53 %		43%	
HUBER U.A. (1979)	Bonn, Uni-Klinik= Landesclinik	1945 - 1959	502	22 Jahre	Kraepelin/ Bleuler, K. Schneider	26 %	31 %	29 %	14 %
						57 %		43%	
b) Neuere Studien									
MARNEROS U.A. (1991)	Köln, Uni-Klinik	1950 - 1979	249	25 Jahre	Kraepelin/ Bleuler, K. Schneider	25 %			
OGAWA U.A. (1987)	Maebashi, Uni-Klinik	1958 - 1962	98	24 Jahre	ICD 9	32 %			
HARDING U.A. (1987)	Vermont, <i>State Hospital</i>	1955 - 1966	82	32 Jahre	DSM-III	45 %			

„Für die Annahme einer *Heilung* war maßgebend, daß ein früherer Patient voll erwerbsfähig war und seinen früheren Platz in der Gesellschaft, besonders auch innerhalb der Familie als Familienvater oder als Hausfrau, innehalten konnte. Verlangt wurde weiter, daß er von seinen Angehörigen voll genommen, d.h. nicht mehr als geisteskrank qualifiziert wurde. Bei kurzen ärztlichen Untersuchungen durften keine psychotischen Symptome mehr feststellbar sein. Hingegen wurden auch solche früheren Kranken als geheilt beurteilt, bei denen eine genaue Untersuchung noch Wahnreste, mangelhafte Einsicht in die durchgemachte Psychose, Verschrombenheit oder Einengung der Interessen und der Aktivität ergab. ... Die Gründe, aus welchen mir allzu strenge Anforderungen an den Begriff der Heilung einer schizophrenen Psychose unberechtigt erscheinen, sind schon dargelegt worden: Es ist schwer zu sagen, welches die völlig gesunde Verarbeitung des unerhörten Erlebens einer schizophrenen Psychose ist. Mir will es oft scheinen, es sei krankhafter, wenn jemand ganz objektiv über die durchgemachte Psychose sprechen kann und dergleichen tut, als ob sie ihn nicht getroffen hätte, als wenn er die psychotische Welt als solche gelten läßt und an der Psychose gereift, verinnerlicht oder erbittert und vereinsamt wurde“ (BLEULER 1972, S. 247).

Es wurden nur solche Probanden als geheilt eingestuft, bei denen dieser Zustand seit wenigstens 5 Jahren stabil war („Endzustände“). „Zählen wir aber in einem bestimmten Zeitpunkt 5, 10 oder 20 Jahre nach der Erkrankung die in diesem Zeitpunkt Gesunden, so sind dies noch erheblich über 1/4 aller Kranken, denn bei denjenigen Kranken, deren Zustand dauernd schwankt, sind in jedem Zeitpunkt eine Anzahl ohne psychische Störungen“ (BLEULER et al. 1976, S. 479).

- Nimmt man zu den Geheilten diejenigen mit „milden“ Endzuständen hinzu, so ergibt sich in rund der Hälfte der Fälle ein insgesamt günstiger Ausgang (Zusammenfassung nach CIOMPI 1988 b).

Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden:

„Schizophrene Erkrankungen verlaufen nicht ‚grundsätzlich‘ oder ‚mehrheitlich‘ progressiv. Den Statistiken der genannten Autoren folgend kommen schizophrene Erkrankungen einige Jahre nach Krankheitsbeginn mindestens zu einem Stillstand, wobei Spätbesserungen noch häufig sind und selbst Spätheilungen noch vorkommen“ (BLEULER et al. 1976, S. 480).

Diejenigen Ausgangsformen, die man vor dem Hintergrund des traditionellen Krankheitskonzeptes für vorherrschend halten müßte, kommen in 14 % bis 24 % der Fälle vor. Diese Gruppe von Schwerstkranken und Behinderten ist demnach auch quantitativ keineswegs zu vernachlässigen. Sie jedoch für das Ganze der Schizophrenie zu nehmen, führt zu einem extrem verzerrten Bild dieser Erkrankung mit allen Folgen, die dies für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die (fach-)öffentliche Meinung hat.

Ganz ähnlich, wie die Langzeit-Studien zur Schizophrenie das Bild dieser Erkrankungen nachhaltig verändert haben, gilt dies für entsprechende Untersuchungen bei affektiven Erkrankungen allerdings mit umgekehrtem Vorzeichen. Insbesondere für endogene Depressionen erwies sich, daß deren langfristiger Verlauf und Ausgang keineswegs generell so günstig ist, wie es das traditionelle Dichotomie-Konzept der endogenen Psychosen erwarten ließe (vergl. ANGST 1993; PICCINELLI & WILKINSON 1994). Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat damit das Dichotomie-Konzept faktisch widerlegt; nicht nur im Hinblick auf Verlauf und Ausgang der endogenen Psychosen, sondern auch bezüglich der Psychopathologie im Quer- und Längsschnitt, wo schizophrene und affektive Psychosen ein nicht geringes Maß an Überschneidungen aufweisen. Diese Erkenntnisse führten konsequenterweise zum Konzept der „Einheitspsychose“ bzw. der Auffassung, daß es sich bei den endogenen Psychosen um ein Kontinuum oder ein Spektrum von klinischen Syndromen handelt, und nicht um eindeutig voneinander abgrenzbare Krankheitseinheiten (ANGST 1993).

Tabelle 2.2 b gibt einen Überblick über drei weitere, neuere Langzeitstudien, die ebenfalls hohen methodischen Anforderungen genügen und Katamnese-Zeiträume von durchschnittlich mehr als 20 Jahren aufweisen:

- Die Untersuchung von MARNEROS et al. (1991) ist methodisch weitgehend vergleichbar mit ihren Vorgängern. Dementsprechend fällt die Heilungsrate aus. Dies gilt allerdings nur, wenn die diagnostische Einordnung bei der Index-Episode zugrunde gelegt wurde. Der Hauptaugenmerk der Untersuchung von MARNEROS et al. galt jedoch den schizoaffektiven Psychosen. Diese wurden retrospektiv diagnostiziert, wenn sich irgend-wann im Gesamtverlauf entweder im Gesamtverlauf entweder im Querschnitt- oder im Längsschnitt-Befund irgendeine affektiv geprägte oder rein affektive Episode fand. Auf diese Weise wurde die große Mehrzahl der ursprünglichen Schizophrenien in schizoaffektive Psychosen „umdefiniert“. Die verbliebenen „reinen“ Schizophrenien wiesen einen wesentlich schlechteren Ausgang auf als die „schizoaffektiven“ Störungen. Bei diesem

Vorgehen wird die endgültige Diagnose jedoch an den langfristigen Verlauf gebunden und kann streng genommen erst am Lebensende gestellt werden.

- Die japanische Studie von OGAWA et al. (1987) ist insofern interessant, als sie auf den gleichen diagnostischen Konventionen wie die klassischen Studien beruht und sich auch sonst methodisch an ihnen orientiert. Besonders ist, daß es sich um eine prospektive Untersuchung handelt, bei der die Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg kontinuierlich von derselben Institution neuroleptisch behandelt und psychosozial betreut wurden. Damit handelt es sich um die erste Langzeit-Katamnese, die praktisch nur Patienten untersuchte, die von vornherein nach einem vergleichsweise modernen Standard behandelt wurden. Möglicherweise hat dieser Umstand zu der leicht erhöhten Heilungsrate beigetragen.
- Schließlich die spektakulärste der neueren Untersuchungen von der Gruppe um HARDING et al. (1987 a, b). Diese fällt aus mancherlei Gründen aus dem Rahmen. Da ist zunächst die außergewöhnlich hohe Heilungsrate von 45 %. Diese erscheint nahezu unglaublich, wenn man sich vor Augen führt, um welche Patienten es sich handelte. HARDING et al. (1987 a) beschreiben deren Situation zu Beginn der ebenfalls prospektiven Untersuchung folgendermaßen: Schwerkranke („*profoundly ill*“) und behinderte („*severely disabled*“) Langzeitpatienten von den Chronikerstationen („*back wards*“) eines Landeskrankenhauses in Vermont; sie waren durchschnittlich bereits seit 6 Jahren(!) hospitalisiert und wiesen keine nachhaltige Besserung unter neuroleptischer Behandlung auf. Diese Patienten wurden 1955 für 5 Jahre in ein „innovatives und pionierartiges“ stationäres Rehabilitationsprogramm aufgenommen, dann aus dem Landeskrankenhaus entlassen und anschließend für weitere 5 Jahre bis 1965 von demselben Team ambulant nachbetreut.

„Diese Patienten wurden im Grunde genommen mit allem versorgt, was die Psychiatrie des zwanzigsten Jahrhunderts anzubieten hat.... Darüber hinaus wurden diese Fortschritte in der richtigen Abfolge und mit beharrlicher Betreuungskontinuität bei einer Population eingeführt, die stabil und räumlich begrenzt blieb“ (McGLASHAN 1988; Übers. G.W.).

Die Katamnese-Erhebung erfolgte rund zwei Jahrzehnte später. Die Studie genügt höchsten methodischen Anforderungen, insbesondere bezüglich der Befunderhebung und Diagnostik, die streng standardisiert erfolgten. In der nach DSM III als schizophren diagnostizierten Patientengruppe waren schizoaffektive Erkrankungen darüber hinaus nicht enthalten.

Wie ist die außergewöhnlich hohe Heilungsrate angesichts dieser Ausgangslage zu erklären? Natürlich liegt es nahe, sie in erster Linie auf das 10-Jahres-Rehabilitations- und Nachsorge-Programm zurückzuführen, wie es die Autoren auch mit Vorbehalt tun. Ein Aspekt der Studie ist jedoch zu beachten: Es wurden nicht alle Patienten der betreffenden Chronikerstationen in das Reha-Programm aufgenommen, sondern es erfolgte eine Auswahl, die von HARDING et al. (1987 a, b) nicht näher beschrieben wird. McGLASHAN (1988) hat entsprechende Quellen ausgewertet und berichtet, daß viele Patienten nach dem Kriterium ausgewählt wurden, daß die Betreuer auf sie – als mithelfende, den Betrieb aufrecht erhaltende Patienten – am wenigsten verzichten konnten. Er zitiert ein Mitglied des Reha-Teams:

„Die Patienten werden dem Rehabilitations-Team informell von irgendwem zugewiesen. Dies stellt gewöhnlich sicher, daß sie gesund genug sind, um das Interesse mindestens eines anderen Menschen zu wecken. ... Offensichtlich müssen die einen Patienten zuweisenden und die übernehmenden Mitarbeiter in bezug auf ihn einen gewissen Optimismus empfinden“ (McGLASHAN 1988, S. 526, Übers. G.W.).

Mit dieser Einschränkung, die bereits auf die wichtige Rolle verweist, die Erwartungen und Einstellungen in der Rehabilitation spielen können, sind die Ergebnisse der Vermont-Gruppe außerordentlich bedeutsam. Sie belegen, daß auch schwerstkranke schizophrene Langzeitpatienten eine Zukunftsperspektive haben, wenn man ihnen eine Chance gibt. Diese Bewertung wird noch unterstrichen durch eine von der Arbeitsgruppe um HARDING jüngst vorgelegte Vergleichsgruppenuntersuchung (DeSISTO et al. 1995). Dabei wurden

ehemalige Patienten eines Landeskrankenhauses in Maine, einem Nachbarstaat Vermonts, als Vergleichsgruppe herangezogen. Das psychiatrische Versorgungssystem in Maine weist erhebliche Rückstände gegenüber Vermont auf, insbesondere wurden die dort entlassenen chronisch kranken Patienten keinem speziellen Reha-Programm unterzogen wie in Vermont. Zu jedem Patienten der Vermont-Studie wurde ein Maine-Patient gesucht, der diesem im Hinblick auf bestimmte Kriterien (Alter, Geschlecht, Dauer der Hospitalisierung, Diagnose etc.) möglichst ähnlich war. Diese wurden durchschnittlich 30 Jahre später persönlich nachuntersucht und der Ausgang wurde mit dem der noch lebenden Vermont-Patienten verglichen. Es zeigte sich, daß letztere signifikant weniger psychopathologische Symptome aufwiesen, daß sie häufiger beschäftigt und besser sozial integriert waren und ein höheres globales Funktionsniveau aufwiesen. Die Autoren interpretieren dieses Resultat so, daß das Vermonter Reha-Programm den Ausgang der Erkrankung langfristig eindeutig positiv beeinflusst hat. Diese Schlußfolgerung wird durch die Ergebnisse der Verlaufsanalyse gestützt.

Bei der Interpretation der Befunde aller bisher diskutierten Langzeitstudien ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um gemischte Stichproben von Erst- und Mehrfachhospitalisierten handelt. Damit liegt jedoch eine Selektion zugunsten der chronischen Verläufe vor, da 10-40 % akut Psychosekranker nur einmal in ihrem Leben stationär behandelt werden. Von großem Interesse sind deshalb die Ergebnisse mehrerer derzeit laufender prospektiver Langzeitstudien, die ausschließlich Ersterkrankte einschließen (vergl. z. B. AN DER HEIDEN et al. 1995, MASON et al. 1995, 1996). Die bisher vorliegenden Ergebnisse der 13- bzw. 14-Jahres-Katamnesen sind jedoch mit den Ergebnissen der klassischen Studien nicht zu vergleichen, da bisher lediglich Querschnittbefunde zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und keine „Endzustände“ im Sinne BLEULERS mitgeteilt wurden.

Schließlich eine zusammenfassende Übersicht über einige ergänzende Befunde aus den bisher referierten sowie einigen weiteren Studien mit Katamnesedauern von mindestens 10 Jahren (vgl. auch MÜLLER 1990):

- Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung lebten 35 % bis 50 % der Betroffenen in einer eigenen Wohnung oder in der Familie (viele andere in einem normalen Altersheim);
- 34 % bis 56 % waren erwerbstätig, je nach konjunktureller Lage;
- 20 % bis 45 % waren nur ein einziges Mal stationär behandelt worden (je jünger die Untersuchung, desto häufiger war stationäre Behandlung);
- 25 % bis 63 % nahmen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung regelmäßig neuroleptische Medikamente (je jünger die Untersuchung, desto häufiger wurden Medikamente eingenommen);
- 45 % bis 72 % waren ledig bzw. ohne Partner.

Auf den ersten Blick wird deutlich, daß spezifische Merkmale der Lebens- und Behandlungssituation mehr oder weniger stark variieren; und zwar stärker als die globale Einschätzung des langfristigen Ausgangs (s. Tabelle 2.2). Hinzu kommt, daß die Interkorrelationen zwischen unterschiedlichen Kriterienbereichen (z. B. Psychopathologie, soziale Beziehungen, Arbeitssituation) in der Regel gering bis allenfalls mittelhoch ausfallen. STRAUSS (1987) spricht deshalb bezüglich der verschiedenen Funktions- und Lebensbereiche auch von offenen, miteinander verbundenen Systemen („*open-linked systems*“), die sich nicht aufeinander reduzieren lassen: Die Kenntnis des Ausgangs in einem Bereich erlaubt keine definitive Aussage über den Ausgang in einem anderen Bereich. Dies deutet bereits darauf hin, daß es weniger krankheitsbedingt ist als vielmehr abhängig von den sozialen Bedingungen und der persönlichen Art der Krankheitsbewältigung, in welcher Lebenssituation sich ein einmal oder mehrfach schizophran erkrankter Mensch nach Jahrzehnten befindet.

2.5.2 Verlauf und Prognose

Verlauf

Ausgang meint die Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, Verlauf bezieht sich auf die Dynamik des Krankheitsgeschehens über Jahrzehnte.

Die Autoren aller genannten Untersuchungen stimmen darin vollständig überein, daß es *den* Verlauf der Schizophrenie nicht gibt, sondern daß die Lebensgeschichten schizophrener Erkrankter außerordentlich verschieden und hoch individuell sind. Alle Gruppen haben versucht, typische Verlaufsformen zu identifizieren und zu quantifizieren. So unterschieden HUBER et. al. (1979) in einem ersten Schritt mehr als 70 „typische“ Verläufe, die sie dann weiter auf 15 Verlaufstypen verdichteten. BLEULER (1972) schlug 8 grundlegende Verlaufsformen vor, die auch CIOMPI & MÜLLER (1976) zugrunde legten, allerdings ergänzt um jeweils eine Variation, so daß 16 Typen resultieren (siehe Abbildung 2.6, nächste Seite). Alle Autoren weisen darauf hin, daß diese Typisierungen bereits eine erhebliche Reduktion der tatsächlichen Vielfalt an Verläufen darstellt.

HARDING (1988) vergleicht die Ergebnisse der eigenen, der Zürcher und der Lausanner Untersuchung auf der Basis der Typen von CIOMPI & MÜLLER (1976). Dabei ergibt sich auch zwischen diesen drei Untersuchungen eine große Variabilität in der jeweiligen Häufigkeit, was die Autorin als weiteren Beleg für die außerordentliche Heterogenität und Vielfalt der Verläufe nimmt. Feststellen läßt sich allerdings generell, daß sich etwa vom 5. Jahr nach der Ersterkrankung an über die folgenden Jahrzehnte das Befinden kaum mehr verschlechtert, sondern sich eher noch bessert. Bei etwa jedem dritten Betroffenen treten jedoch auch noch nach Jahrzehnten zum Teil dramatische Veränderungen auf:

„Zu interessanten Ergebnissen führte die Verlaufsuntersuchung bei jenen Kranken, die bei Abschluß der Beobachtung weder geheilt sind noch ein akutes Krankheitsgeschehen zeigen. Es handelt sich um jene, die man bisher gern als Defekte und Demente betrachtete, deren Zustand sich nicht mehr verändern würde. Gegen den Schluß der Beobachtung (d. h. mehr als 23 Jahre, bei zwei Probanden mehr als 60 Jahre nach der Erkrankung) traten bei mindestens einem Drittel (in 55 von 145 Fällen) noch deutliche Veränderungen auf. Was aber noch erstaunlicher ist: Bei diesen Veränderungen handelt es sich viel häufiger um Besserungen als um Verschlimmerungen (47 Besserungen, 8 Verschlimmerungen). Wer in der Schizophrenie eine progressive Hirnkrankheit sieht, muß von diesem Befund überrascht sein“ (BLEULER 1972, S. 523).

Bei der Entwicklung schizophreniegefährdeter Menschen handelt es sich am Ende also um Lebensläufe und nicht um vorherbestimmte Krankheitsverläufe:

„Sicher ist heute, daß der Krankheitsverlauf in keiner Weise einheitlich ist, daß er in keiner Weise dem entspricht, was die hypothetische Vorstellung von der Schizophrenie als spezifische Krankheitseinheit erwarten läßt. Die suggestive Ausstrahlung der Idee, die Schizophrenie müsse, da sie eine Krankheitseinheit sei, gleichmäßig verlaufen und zwar immer ungünstig (weil ungünstige Ausgänge vorkommen), ist so stark, daß sie immer wieder dazu führt, Tatsachen zu leugnen...“ (BLEULER 1987, S. 22).

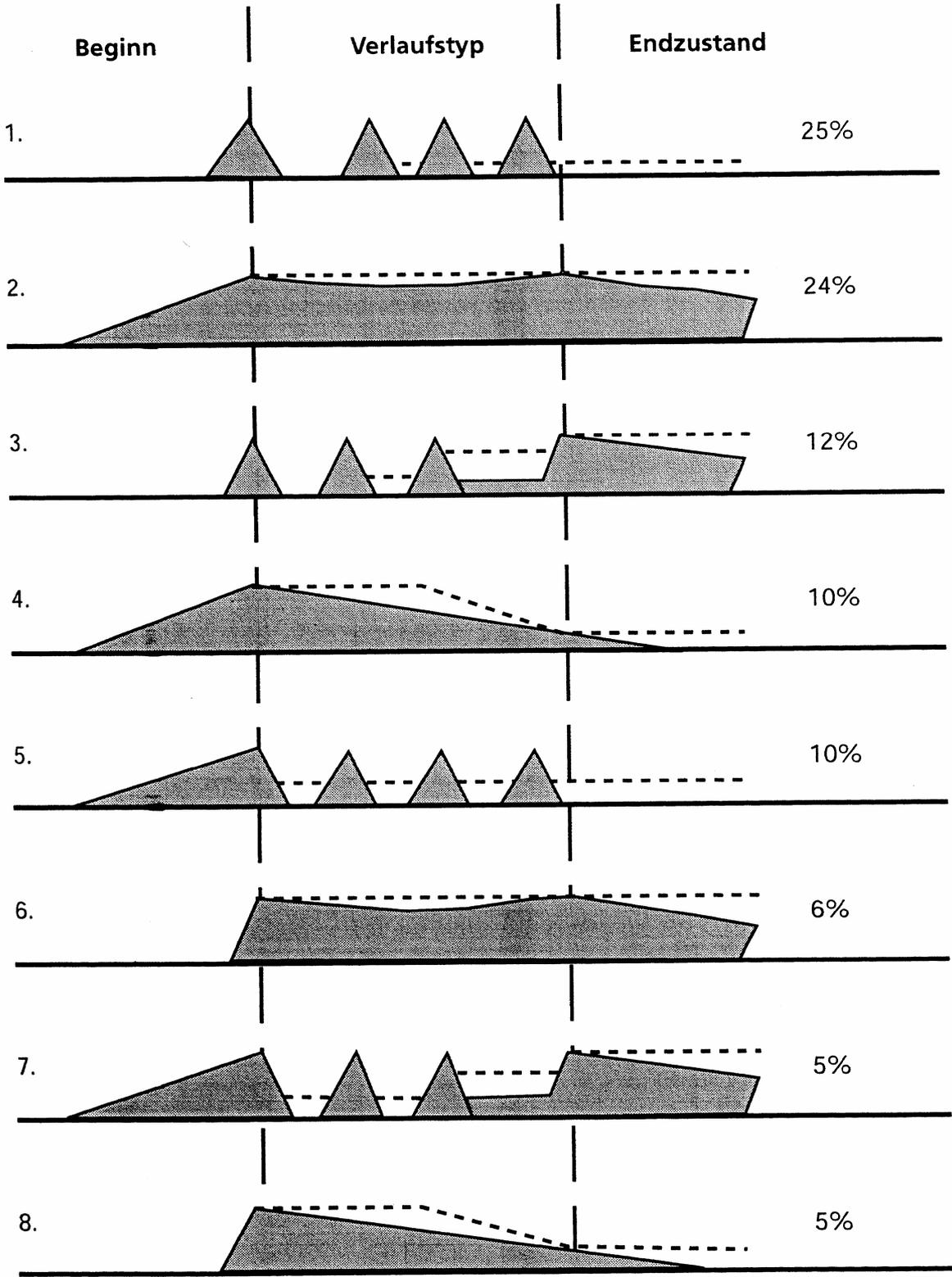
Und CIOMPI stellt fest:

„Viel mehr als einem schicksalhaft vorgezeichneten, irreversiblen Krankheitsprozeß gleicht der Schizophrenieverlauf auf die Dauer deshalb einem offenen Lebensprozeß bei in besonderer Weise verletzlichen Menschen unter dem Einfluß einer Vielzahl von (in jedem Fall wieder anders kombinierten) biologischen und psychosozialen Faktoren“ (CIOMPI 1988 b, S. 107 f.).

In neueren Forschungsansätzen steht deshalb nicht mehr die Identifizierung interindividuell generalisierbarer Verlaufstypen im Vordergrund, sondern die Rekonstruktion individueller Bewältigungsmuster und Biographien. STRAUSS ist wahrscheinlich derjenige Forscher, der sich am meisten um diesen Ansatz verdient gemacht hat. Seine Hypothesen beruhen auf einer großen Zahl von Interviews, die er mit Betroffenen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer Lebensgeschichte persönlich geführt hat.

Er kommt zu der Auffassung, daß es verschiedene Phasen und Phasenabfolgen (Muster) gibt, die sich immer wieder in den Biographien Betroffener finden lassen. Er nimmt an, daß die individuellen Konstellationen von Phasen und Mustern unter dem Einfluß von Kontroll- bzw. Regulationsmechanismen stehen, die für eine jeweils optimale Anpassung zwischen

Abb. 2.6: Verlaufsformen schizophrener Psychosen (nach CIOMPI & MÜLLER 1976)



Punktierte Linie: Variationen desselben Verlaufstypus (durchschnittliche Katamnesedauer 37 Jahre)

Umweltanforderungen und individuellen Möglichkeiten sorgen (STRAUSS 1987, 1989 b). Als universelles Merkmal von Verlaufsmustern identifiziert er ihren diskontinuierlichen, nichtlinearen Charakter.

Prognose

Wenn sowohl Verlauf als auch Ausgang vielfältig und variabel sind, wie steht es dann mit der Möglichkeit der Prognose, also der Vorhersage des langfristigen Verlaufs und Ausgangs zu einem frühen Zeitpunkt nach der Ersterkrankung?

Bei der Beantwortung dieser Frage ist die Zeitspanne, über die prognostiziert werden soll, von entscheidender Bedeutung. So können sich bei der Vorhersage des kurz- (Monate) oder des mittelfristigen (wenige Jahre) Verlaufs ganz andere Vorhersage-Merkmale (Prädiktoren) finden, als bei der Langzeit-Prognose (Jahrzehnte). Da die Langzeitstudien gezeigt haben, daß der kurz- bis mittelfristige Verlauf noch von häufigen und starken Schwankungen gekennzeichnet ist, berücksichtigen wir hier nur die Langzeitperspektive.

Nach CIOMPI (1988 a) sowie HUBSCHMID & CIOMPI (1990) haben sich folgende Merkmale in verschiedenen Langzeituntersuchungen als stabile Prädiktoren für einen günstigen Verlauf und Ausgang erwiesen:

- gute soziale Anpassung vor der Ersterkrankung (z.B. schulisch, beruflich);
- harmonische, kontaktfähige Persönlichkeit vor der Ersterkrankung (vor allem die Beziehungsfähigkeit zum anderen Geschlecht ist von Bedeutung);
- plötzlicher, akuter Beginn der Ersterkrankung;
- überwiegend Positiv-Symptomatik (verbunden mit gutem initialen Ansprechen auf die neuroleptische Behandlung).

Nach den Ergebnissen von MARNEROS et al. (1991) ist zu ergänzen:

- Vorkommen affektiver Symptomatik (im frühen Quer- oder Längsschnitt).

Keine eindeutige prognostische Bedeutung scheint dagegen Faktoren wie genetische Belastung, Ersterkrankungsalter, neuropathologischer Befund und Geschlecht zuzukommen.

Zum letztgenannten Punkt findet sich in der Literatur immer wieder die Feststellung, daß schizophrene Erkrankungen bei Frauen günstiger verlaufen als bei Männern (ANGERMEYER et al. 1990). Diese Auffassung beruht zumeist auf Ergebnissen von kurz- bis mittelfristig angelegten Katamnesen und scheint sich auf lange Sicht nicht bestätigen zu lassen. Offenbar gleicht sich der zunächst günstigere Verlauf bei Frauen später dem der Männer an (CHILDERS & HARDING 1990). OPJORDSMOEN (1991) bringt dies in Zusammenhang mit der Menopause und dem nachfolgenden Wegfall der möglichen „antipsychotischen“ Wirkung von Östrogen (vgl. 2.4.4).

Da Verlaufsstudien in der Regel an (ehemaligen) Krankenhauspatienten durchgeführt werden, könnte auch das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von Männern und Frauen und damit ein Selektionseffekt die in einem Teil der entsprechenden Studien gefundenen Geschlechtsunterschiede erklären. So konnten KENDLER & WALSH (1995) in einer epidemiologisch angelegten Fallregister-Untersuchung keine Unterschiede im Verlauf und Ausgang über 15 Jahre bei Männern und Frauen feststellen. Das genaue Gegenteil zeigte sich jedoch bei der methodisch vergleichbaren 13-Jahres-Katamnese von HARRISON et al. (1996). Hier war weibliches Geschlecht der absolut beste Prädiktor für einen günstigen Verlauf.

Ebensowenig konnte bisher ein Zusammenhang zwischen Neuroleptikatherapie und langfristigen Ausgang eindeutig belegt werden (MÜLLER 1990). Jede der drei „klassischen“ Studien ist dieser Frage nachgegangen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die meisten der in diese Studien einbezogenen Patienten lange vor Beginn der Neuroleptika-Ära erstmals klinisch behandelt worden sind. Das heißt, daß allenfalls eine sehr kleine Anzahl nach dem heute üblichen Standard und über längere Zeit rezidivprophylaktisch behandelt wurde. Insofern stellen Befunde an diesen drei Stichproben keine strenge Prüfung des Einflusses der Neuroleptikatherapie auf die Langzeitentwicklung dar. Dennoch ist beachtenswert, daß keine der drei klassischen Studien Hinweise auf einen besseren Verlauf und Ausgang bei

denjenigen Patienten findet, die in nennenswertem Umfang neuroleptisch behandelt wurden.

So schreibt BLEULER über seine Patienten: „Kein einziger Patient, der geheilt oder gebessert während Jahren oder dauernd außerhalb der Klinik lebte, hat langfristig Medikamente eingenommen. Die Annahme, die Mehrzahl der gebesserten Schizophrenen bleibe nur unter neuroleptischen Mitteln auf lange Sicht gebessert, ist ein Irrtum. Vor allem ist es ein Irrtum anzunehmen, daß sich anzeigende akute Rückfälle nach Remissionen in den meisten Fällen durch neuroleptische Mittel verhindert werden könnten. Es gibt Dauerremissionen in großer Zahl ohne Neuroleptika und es gibt Rückfälle in großer Zahl unter Neuroleptika“ (1972, S. 366).

Und HUBER et al. (1979) resümieren: „Ein günstiger Einfluß der Behandlung mit Psychopharmaka auf die psychopathologische und soziale Langzeitprognose ist ... nach wie vor nicht gesichert“ (S. 310). Diese Autoren stellen allerdings einen „partiellen pharmakogenen Symptomwandel“ fest: vom „typischen schizophrenen Defekt“ zu eher leichteren, uncharakteristischen Endzuständen. Insbesondere die sog. „Katastrophenverläufe“ scheinen seit Einführung der Neuroleptika seltener geworden zu sein.

Der bis heute nicht erbrachte Nachweis eines Zusammenhanges zwischen Neuroleptikabehandlung und Langzeitverlauf ist allerdings nicht als Beweis dafür zu werten, daß ein solcher Zusammenhang tatsächlich nicht existiert. Es fehlt vielmehr bisher an geeigneten Untersuchungen, die zwangsläufig sehr aufwendig wären. Andererseits ist der Zusammenhang zwischen Neuroleptikabehandlung und kurzfristigem Verlauf (Monate bis wenige Jahre) über jeden vernünftigen Zweifel hinaus empirisch belegt: Neuroleptika sind hochwirksame Mittel zur Behandlung der Akutsymptomatik sowie zur Rückfallprophylaxe (vgl. 3.4).

WYATT (1991) kommt in seiner Übersichtsarbeit zu Neuroleptika-Therapie und Verlauf zu dem Schluß, daß die frühzeitige neuroleptische Behandlung Ersterkrankter die Wahrscheinlichkeit für einen günstigen mittel- bis längerfristigen Verlauf erhöht. Inzwischen liegen außerdem mindestens zwei weitere Studien an Akut- und Ersterkrankten vor, die darauf hindeuten, daß die Remission der Akuterkrankung um so schlechter ist, je länger die Psychose unbehandelt andauerte (LOEBEL et al. 1992, SZYMANSKI et al. 1996). Selbst in einer 20-Jahres-Katamnese stellte HELGASON (1990) noch bessere Ausgänge bei denjenigen Patienten fest, die früher in Behandlung kamen (vgl. 1.4.3).

HEGARTY et al. (1994) führten eine Meta-Analyse von 320 (!) Verlaufsstudien zur Schizophrenie mit einer durchschnittlichen Katamnesedauer von knapp 6 Jahren durch; es zeigte sich eine Verdoppelung des Anteils günstiger Ausgänge zwischen den 20er und 70er Jahren dieses Jahrhunderts von 24 % auf 50 %. Dies mag insgesamt das Ergebnis verbesserter Behandlungsmöglichkeiten sein, ist jedoch nicht zwingend auf die Einführung der Psychopharmakotherapie zurückzuführen. Insgesamt müssen die Resultate zum Zusammenhang zwischen Langzeitverlauf und neuroleptischer Behandlung einstweilen noch als vorläufig gelten. Eine strenge Prüfung dieses Zusammenhangs in einer prospektiven Verlaufsstudie mit einer unbehandelten Kontrollgruppe ist ethisch allerdings nicht zu rechtfertigen, da die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit der Neuroleptika bei der Rezidiv-Prophylaxe erwiesen ist.

Generell ist abschließend darauf hinzuweisen, daß es sich auch bei gut bestätigten Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen Prädiktoren und dem langfristigen Ausgang in aller Regel um eher schwache, statistische Zusammenhänge handelt. Diese sind aus der Sicht zweier bedeutender Forschergruppen folgendermaßen zu bewerten:

„Die große Mehrzahl der Patienten weist ... sowohl prognostisch günstige wie ungünstige Einzelkriterien auf. Für den einzelnen Patienten besagt selbstredend auch die Kombination mehrerer, statistisch gesehen prognostisch günstiger oder prognostisch ungünstiger Faktoren und das mehr oder weniger weitgehende Fehlen von Faktoren mit jeweils konträrer prognostischer Relevanz nichts Zwingendes. Im Beginn der Erkrankung ist es demnach nicht möglich, sichere Angaben über den Verlauf oder wenigstens den langfristigen psychopathologischen oder sozialen Ausgang zu machen...

Nochmals möchten wir hervorheben ..., daß wir ebenso wie CIOMPI & MÜLLER und M. BLEULER anhand ihrer Ergebnisse und entgegen vielen Pionieren der Verlaufs- und Prognoseforschung aufgrund der Befunde

der Bonn-Studie die Hypothese einer Unterscheidung von nosologisch selbständigen Psychoseformen im Sinne von echten und unechten, Kern- und Randschizophrenien nicht stützen können. ... Eine derartige Differenzierung ist im Erkrankungsbeginn nicht durchführbar; die Differenzierung günstiger und ungünstiger Verläufe und Ausgänge steht und fällt, wie CIOMPI & MÜLLER bemerken, mit dem nachträglichen Verlauf. Sichere Kriterien im Erkrankungsbeginn, die die ‚Richtungsprognose‘ und die langfristige psychopathologische und soziale Remission vorauszusagen erlauben, sind nicht nachweisbar“ (HUBER et al. 1979, S. 313).

„Wir glauben, daß der einzig mögliche und logische Schluß, der in dieser Frage gezogen werden kann, der ist, daß es nicht möglich ist, genauere Angaben über den wahrscheinlichen Verlauf einer schizophrenen Psychose zu machen, so lange es sich um ein jüngerer Individuum im Beginn der Erkrankung handelt, dessen lebensgeschichtlich bedingten Lösungsversuche nicht prophezeit werden können, so wenig dies für irgendeinen nicht schizophrenen Menschen möglich ist. Eine sichere Prognostik für die Schizophrenie gibt es nicht und wird es wohl auch nie geben. Dies ist indessen keineswegs ein Grund zu pessimistischem Nihilismus, ganz im Gegenteil. Als Therapeuten können wir nur glücklich über diese negative Feststellung sein. Sie erlaubt uns ja anzunehmen, daß eben in jedem Lebensabschnitt und ungeachtet der Dauer einer schizophrenen Psychose Beeinflussungsmöglichkeiten vorhanden sind. Allerdings werden wir die Akzente etwas anders setzen müssen. Wir werden weniger radikale Modifikationen durch einmalige pharmakotherapeutische Kuren und Schockbehandlungen erhoffen, welcher Art sie auch seien. Wir werden das Heil nicht von während einigen Monaten durchgeführter Psychotherapie, nicht von dramatischen Eingriffen in das Familiengefüge erwarten. Vielmehr werden wir mit Geduld und über sehr lange Zeitstrecken den Schizophrenen in seiner gesamten Notsituation verstehen, begleiten und schützen müssen“ (CIOMPI & MÜLLER 1976, S. 223).

2.5.3 Die „Illusion des Kliniklers“

Kommen wir noch einmal auf das traditionelle Krankheitskonzept der Schizophrenie zurück. Wie konnte die Auffassung überhaupt entstehen und sich bis zu den klassischen Langzeitstudien – und vielerorts bis heute – halten, schizophrene Psychosen verliefen ungünstig und nähmen grundsätzlich einen schlechten Ausgang?

Als gegeben können wir dabei wohl voraussetzen, daß sowohl Emil KRAEPELIN als auch Eugen BLEULER gute klinische Beobachter und integre Wissenschaftler waren, sie also weder als unfähig noch als böswillig gelten können. Wie konnten sie trotzdem zu ihrer prognostischen Sicht gelangen, und wie war es möglich, daß Generationen von Klinikern ihnen weitgehend widerspruchslos folgten?

Zur Antwort gehören mindestens zwei Aspekte:

- Sowohl KRAEPELIN als auch BLEULER waren in erster Linie Klinikler, d. h. Krankenhaus-Psychiater, und beide sahen deshalb nur bestimmte schizophren Erkrankte, nämlich solche, für die eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestand. Wir wissen inzwischen, daß ein nicht geringer Anteil akut Psychosekranker über längere Zeitstrecken überhaupt nicht in stationäre psychiatrische Behandlung kommt. So berichten EATON et al. (1992) Ergebnisse aus drei Fallregistern in Australien, Dänemark und den USA über bis zu 20 Jahre. Demnach wurden zwischen 17 und 19 % aller nach ICD oder DSM als schizophren Diagnostizierten über den gesamten Zeitraum nicht ein einziges Mal hospitalisiert. In Island fand HELGASON (1990) sogar bei 20 % aller Personen, die einmal im außerstationären Kontext die Diagnose „Schizophrenie“ erhalten hatten, keinen psychiatrischen Krankenhausaufenthalt über einen Zeitraum von 20 Jahren. In zwei neueren Fallregister-Studien wurden höhere Hospitalisierungsraten festgestellt: Knapp 7 % bzw. 9 % aller als schizophren erkrankt Identifizierten wurden über jeweils bis zu 13 Jahren hinweg nicht ein einziges Mal stationär behandelt (GEDDES & KENDELL 1995, MASON et al. 1996). Es ist zu vermuten, daß es sich bei den nicht hospitalisierten Personen eher um leichter Erkrankte mit besserer Prognose handelt. Stationär behandelte schizophren Erkrankte stellen also wahrscheinlich keine repräsentative Auswahl der Gesamtpopulation dar.
- Aber auch innerhalb der Gruppe der krankenhausbearbeiteten schizophrenen Patienten kommt es zu einem Selektionsprozeß in Richtung auf eine stärkere Gewichtung schwerer und chronischer Verläufe.

Dieses ist sowohl bezüglich KRAEPELIN als auch E. BLEULER belegt:

BERRIOS & HAUSER (1988) berichten, daß KRAEPELIN 1891 in der Heidelberger Universitätsklinik mit einem systematischen, katamnestic ausgerichteten „Forschungsprogramm“ begann: „KRAEPELIN hatte mit der Tatsache zu kämpfen, daß in Heidelberg die Patientenstichproben in Richtung auf schwere Fälle verschoben waren. Dafür gab es drei Gründe: In Baden konnten Patienten nur mit gerichtlichem Beschluß aufgenommen werden; die Klinik konnte keine Aufnahmen ablehnen; und bestimmte Patienten sammelten sich tendenziell an, weil die Langzeitkrankenhäuser Pforzheim und Emmendingen (in die Patienten theoretisch hätten verlegt werden können) immer belegt waren. Um dieses Problem zu lösen, schlug KRAEPELIN drei Änderungen vor: Die Errichtung eines weiteren Langzeitkrankenhauses, das Recht für die Klinik, Patienten auszuwählen sowie die Akzeptierung freiwilliger Aufnahmen. ... KRAEPELINs Antrag hatte keinen Erfolg und das Ergebnis war, daß chronische Patienten weiterhin seine Betten blockierten“ (BERRIOS & HAUSER 1988, S. 817, Übers. G.W.).

Eugen BLEULER unterlag offenbar einem andersartigen, in der Wirkung jedoch ähnlichen Selektionseffekt, den man mit „aus den Augen, aus dem Sinn“ bezeichnen könnte. Sein Sohn Manfred berichtet: „E. BLEULER widmete sich von 1886 bis 1898 als Direktor der damals völlig ländlichen und abgelegenen psychiatrischen Klinik in Rheinau ganz der Gemeinschaft mit Schizophrenen. Zwei Jahrzehnte später, während und nach dem ersten Weltkrieg, machte er einmal im Jahr, an schönen Sommertagen, wieder Visite in Rheinau. Seine früheren Schizophrenen grüßten ihn immer noch mit großer Herzlichkeit. So sehr ihn diese Begrüßungen rührten, so schmerzlich pflegte er festzustellen: ‚Den meisten geht es halt doch wieder schlechter‘. Und er fragte bedrückt: ‚Gibt es wirklich nichts, was die Krankheit aufhält?‘ Wenn er sein ganzes Leben mit der Frage rang, ob der Schizophrenie ein organischer Grundprozeß zugrunde liege, dann hauptsächlich aus diesen Erfahrungen heraus. E. BLEULER wußte aber nicht, wieviele gebesserte Kranke sich während seiner Visiten auf Sonntagsausgang befanden und schon gar nicht, wieviele entlassen worden waren und geheilt zu Hause lebten. Hätte er es gewußt, und wäre er nicht immer nur den Schwerstkranken unter seinen alten Sorgenkindern wieder begegnet, wären seine Anschauungen über die Schizophrenen stark beeinflußt worden. Wie ihm ging es mehreren Generationen von klinischen Psychiatern“ (BLEULER 1972, S. 520 f).

HARDING et al. (1992) weisen außerdem darauf hin, daß sowohl KRAEPELIN als auch BLEULER mit hoher Wahrscheinlichkeit Patienten als schizophren diagnostizierten, die erst später sicher als chronische organische Psychosen erkannt werden konnten. Schließlich dürfte auch damals schon der Hospitalismus-Effekt eine Rolle gespielt haben (s.u. 2.5.4.).

COHEN & COHEN (1984) sprechen von der „Illusion des Klinikern“ und zeigen, daß dieser Effekt zwangsläufig in allen Kontexten auftritt, in denen man es mit Krankheiten zu tun hat, deren Dauer eine hohe Variabilität aufweist. Denn dann steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, daß ein Erkrankter Teil der beobachteten Stichprobe wird, proportional mit der Krankheitsdauer an, und die Wahrnehmung der Schizophrenie wird einseitig von derjenigen Untergruppe von Betroffenen bestimmt, die häufig wiederkommen oder lange bleiben.

Ein simples Zahlenbeispiel mag dies verdeutlichen:

• Aufnahmehäufigkeit je Zeiteinheit:	1 x	2 x	3 x	4 x	5 x
• Anzahl Personen	50	20	15	10	5 = 100
• Anzahl Behandlungsepisoden:	50	40	45	40	25 = 200
% der Episoden:	25%			Ø 33 %	

Die 50 % der Patienten, die nur einmal in dem Zeitraum aufgenommen worden sind, machen bezüglich der Behandlungsepisoden nur noch 25 % aus. Auf die 15 % der Patienten mit 4 oder mehr Aufnahmen entfallen dagegen bereits 1/3 aller Episoden! Das Bild kippt also sehr schnell: In den Vordergrund der Wahrnehmung treten diejenigen, die häufig wiederkommen, die anderen geraten schnell „aus den Augen, aus dem Sinn“.

Der Selektionseffekt beeinflußt die Wahrnehmung jedoch keinesfalls nur im klinischen Kontext. Vielmehr sind die allermeisten psychiatrisch Tätigen davon betroffen und zwar um so eher und gründlicher, wie Kliniken und komplementäre Einrichtungen infolge veränderter Versorgungsstrukturen immer mehr ein Ort für schwerer und chronisch Kranke werden. Die viel zitierte „Drehtür“ der Psychiatrie bringen gerade diejenigen zum Drehen, die häufiger

und schwerer erkranken, und komplementäre Einrichtungen werden vorrangig von solchen Betroffenen in Anspruch genommen, für die vorübergehende, ambulante Hilfen nicht (mehr) tragfähig sind. Alle, die primär mit diesen Gruppen von schizophren erkrankten Menschen zu tun haben, unterliegen fast zwangsläufig der „Illusion des Kliniklers“.

Auf der Basis verzerrter, selektiver Wahrnehmungen entwickeln sich allzu leicht resignative Einstellungen und Haltungen, die Gefahr laufen, auf dem Weg der sich selbst erfüllenden Prophezeiung herbeizuführen, was sie bereits für gegeben halten.

2.5.4 Verlaufsbeeinflussende Bedingungsfaktoren

Schaut man sich die Übersichtsarbeiten zur Frage an, welche Einflußbedingungen für den längerfristigen Krankheitsverlauf bzw. den Lebenslauf schizophreniegefährdeter Menschen von Bedeutung sind, so fällt zunächst – auch im Vergleich zu manch anderen in den vorangegangenen Abschnitten erörterten Themen – die eigentümliche Unbestimmtheit und mangelnde Konkretheit der Aussagen ins Auge. Präzise Hypothesen und handfeste Ergebnisse sucht man weithin vergebens.

Dies gilt mit Einschränkungen auch für das Drei-Phasen-Modell. Zwar bezieht CIOMPI schon früh und recht eindeutig dahingehend Position, daß die Langzeitentwicklung wahrscheinlich primär von psychosozialen Bedingungsfaktoren abhängig ist (CIOMPI 1980), aber sowohl in der „Affektlogik“ als auch in nachfolgenden Arbeiten wird der dritten Phase scheinbar die geringste Aufmerksamkeit gewidmet. Andererseits ist es wichtig zu realisieren, daß sehr vieles, was zu den Phasen 1 und 2 entwickelt und ausgeführt wird, für die gesamte Lebensspanne von Bedeutung ist. Dies gilt z. B. für das Ausmaß der individuellen Verletzlichkeit, für die Stabilität/Instabilität der affektlogischen Bezugssysteme, die in ihrer Gesamtheit die Persönlichkeit bzw. die Identität ausmachen. Es gilt generell für die Wirkungen von Streß und die Bedeutung von Selbsthilfe- und Bewältigungsversuchen. Vielleicht ist auch deswegen so wenig Genaues und Spezifisches über die Bedingungsfaktoren des Langzeitverlaufs zu sagen, weil es sich eben nicht um etwas Spezifisches – *den* Krankheitsverlauf *der* Schizophrenie – handelt, sondern um weitgehend offene Lebensprozesse von verletzlichen Menschen, die wohl in hohem Maße von allgemein menschlichen Umständen, Einflüssen und Dynamiken bedingt und geprägt werden. So wenig sich konkret und präzise angeben läßt, wovon die Entwicklung von Menschen abhängig ist, so wenig ist dies offenbar für schizophreniegefährdete Menschen möglich. Das heißt, daß alle Faktoren, die man im Hinblick auf die Langzeitentwicklung von Menschen mit schizophrenen Psychosen diskutiert, in noch höherem Maße als unspezifisch zu gelten haben, als dies bezüglich der Phasen 1 und 2 der Fall ist.

Tabelle 2.3 (folgende Seiten) gibt eine Übersicht über diejenigen Faktoren, die in der aktuellen Literatur angeführt werden sowie einige ergänzende Gesichtspunkte. Dabei beziehen wir uns insbesondere auf WING (1986, 1987), HARDING et al. (1992), ANGERMEYER (1995) sowie die Arbeiten von CIOMPI.

Die Untergliederung der Bedingungsfaktoren in 5 Gruppen bedeutet selbstverständlich nicht, daß es sich dabei um klar voneinander abgrenzbare und unabhängig voneinander wirksame Faktoren handelt; sie soll lediglich den Überblick erleichtern. Die Aufstellung ist außerdem exemplarisch zu verstehen und beansprucht keinesfalls Vollständigkeit.

Die Gewichtung der genannten Faktoren dürfte im Einzelfall sehr unterschiedlich sein, über Art und Dynamik ihrer längerfristigen Wirkungen existieren zumeist nicht mehr als Hypothesen. Sie stehen in komplexen, allenfalls partiell überschaubaren Wechselwirkungen untereinander. Diese werden wenn überhaupt nur im Rahmen chaostheoretischer Modellierungen nachvollzogen werden können. Ein erster Ansatz dazu findet sich bei SCHIEPEK & SCHOPPEK (1991).

Tab. 2.3: Verlaufsbeeinflussende Bedingungsfaktoren (Beispiele)

1. Einstellungen und Erwartungshaltungen	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selbstbild:</i> • <i>Fremdbild:</i> • <i>Zukunftserwartungen bei Betroffenen, Angehörigen und Betreuern:</i> • <i>sekundäre psychische Beeinträchtigungen</i> 	<p>Ist es (noch) positiv und entwicklungsfähig, oder ist es negativ und starr („schizophren“, „behindert“)?</p> <p>Erfolgt eine Festlegung auf die Kranken-/ Behindertenrolle durch das soziale Nahfeld</p> <p>Sind die Zukunftserwartungen der Beteiligten positiv-realistisch oder negativ?</p> <p>Kommt es als Reaktion auf die Psychose und ihre Folgen zu psychischen Störungen wie Depression, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität etc.?</p>
2. Therapeutische und rehabilitative Einflüsse	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandlungspartnerschaft:</i> • <i>erwünschte Neuroleptika-Wirkungen:</i> • <i>unerwünschte Neuroleptika-Wirkungen:</i> • <i>Behandlung in der akuten Phase:</i> • <i>psychotherapeutische Hilfen:</i> • <i>rehabilitative Hilfen:</i> 	<p>Wird Betroffenen als mitverantwortlichen Subjekten oder als passiven Objekten der Behandlung begegnet?</p> <p>Kann Symptomfreiheit erreicht werden; ist die Rezidivprophylaxe optimal?</p> <p>Gibt es ausgeprägte, das Erleben und Verhalten stark beeinträchtigende Nebenwirkungen? („pharmakogene Behinderung“, „soziale Toxizität“)</p> <p>Behandlungsmilieu: Bietet es Reizschutz, Rückzugsmöglichkeiten, Geborgenheit und Kontinuität, oder trägt es zur weiteren Desorganisation und Überforderung bei?</p> <p>Können Betroffene auf Unterstützung bei der subjektiven Verarbeitung des Psychoseerlebens zurückgreifen, oder bleiben sie damit auf sich gestellt?</p> <p>Gibt es differenzierte Reha-Angebote, sind die Anforderungen individuell optimiert, oder kommt es zu Über-/Unterforderung?</p>

3. Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten

<ul style="list-style-type: none">• <i>Informiertheit:</i>• <i>Bewältigungsverhalten:</i>• <i>Medikamentenmitbestimmung:</i>	<p>Sind Betroffene über die Erkrankung/Verletzlichkeit, die Behandlung und damit zusammenhängende Fragen angemessen informiert?</p> <p>Werden geeignete Selbsthilferversuche gezielt eingesetzt? Werden ungeeignete, eher schädliche Selbsthilferversuche vermieden (z. B. völliger sozialer Rückzug; Alkohol- oder Drogenmißbrauch)?</p> <p>Wird Mitverantwortung für die medikamentöse Behandlung übernommen?</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Soziale und gesellschaftliche Einflüsse

<ul style="list-style-type: none">• <i>emotionales Klima im sozialen Nahraum:</i>• <i>soziale Unterstützung:</i>• <i>sozio-materielle Situation:</i>• <i>sozialer Status:</i>• <i>kulturelle Bedingungen:</i>	<p>Wirkt der soziale Kontakt im Lebensumfeld (z. B. Familie, Wohneinrichtung) stabilisierend oder streßauslösend (z. B. durch zuviel Nähe, Kritik etc.)?</p> <p>Existiert ein stabiles, kompetent unterstützendes soziales Netzwerk, oder ist der Betroffene isoliert, ausgegrenzt?</p> <p>Ist der Betroffene sozial integriert und abgesichert (Lebensunterhalt, Wohnung, Arbeit, Beschäftigung), oder droht Armut und Desintegration?</p> <p>Kann ein Statusverlust, verursacht durch Stigmatisierungsprozesse, verhindert werden?</p> <p>Wirken gesamtgesellschaftliche Einflüsse eher stabilisierend oder eher destabilisierend?</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Biologische Einflüsse

<ul style="list-style-type: none">• <i>Residualzustände der Erkrankung:</i>• <i>körperliche Gesundheit:</i>• <i>neuronale Bahnung/Prägung:</i>	<p>Wie gut ist die Remission der akuten Psychose; gibt es therapieresistente positive/negative Symptome?</p> <p>Gibt es körperliche Folge- und Begleiterkrankungen; z. B. infolge schlechter Ernährung, mangelnder Hygiene, Risikoverhalten?</p> <p>Das Durchleben jeder akuten Psychose erhöht die Wahrscheinlichkeit, erneut zu erkranken!</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Im folgenden wird auf jeweils eine relativ gut untersuchte Bedingung aus jedem der fünf Bereiche exemplarisch eingegangen.

Bedeutung von Zukunftserwartungen

„Zu den wichtigsten verlaufsbestimmenden Faktoren gehören nach eigenen Ergebnissen, wohl im Sinn von sich selbst erfüllenden Prophezeiungen, die Zukunftserwartungen der Familie, der Betreuer und der Patienten selbst“ (CIOMPI 1989, S. 29).

Bereits in den 70er Jahren hatte CIOMPI mit seiner Lausanner Arbeitsgruppe den Einfluß von Zukunftserwartungen auf die soziale und berufliche Wiedereingliederungs-Prognose von Langzeitpatienten untersucht und belegen können, daß die Rehabilitationserwartungen von Patienten, Betreuern und Angehörigen in einer engeren Beziehung zum Rehabilitationserfolg standen als z.B. krankheitsbezogene Merkmale (CIOMPI et al. 1979). In einer ähnlich angelegten Untersuchung überprüfte man dieses Ergebnis einige Jahre später in Bern (DAUWALDER et al. 1984).

In einer prospektiv angelegten Verlaufsstudie wurde der Rehabilitationsverlauf über ein Jahr von 30 schizophrenen Langzeitpatienten untersucht, die seit durchschnittlich 10 Jahren hospitalisiert waren. Vor Beginn der einjährigen Rehabilitationsphase wurden für jeden Patienten 30 demographische, soziale und krankheitsbezogene Merkmale erhoben, die als Prädiktoren zur Vorhersage des Rehabilitations-Erfolges nach einem Jahr dienen sollten. Darunter waren auch die Zukunftserwartungen der Patienten selbst, ihrer Betreuer und ihrer Angehörigen. Diese wurden erhoben, indem abgefragt wurde, wo auf der jeweils 6-stufigen Wohn- und Arbeitsachse der Patient sich nach der einjährigen Rehabilitationsphase befinden würde (zum Zeitpunkt der ersten Erhebung befanden sich die meisten Patienten auf den Stufen 1 und 2). Nach einem Jahr wurde der tatsächliche Rehabilitationserfolg auf der Wohn- und Arbeitsachse erhoben und ermittelt, welche der 30 Prädiktoren aus der Ersterhebung diesen am besten prognostizierten.

Das Ergebnis war überraschend eindeutig: Jeweils 7 der 8 besten Prädiktoren des Reha-Erfolges auf der Arbeits- und Wohnachse waren Erwartungsvariablen: Wenn positive Erwartungshaltungen bei Patienten, Angehörigen und Betreuern vorlagen, wenn Betreuer konkrete Rehabilitationspläne hatten und wenn die Patientenerwartungen realistisch waren, dann zeigten sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch tatsächlich Rehabilitationserfolge nach einem Jahr. Sämtliche anderen Prädiktoren-Bereiche vermochten entweder gar nicht oder nur unbedeutend zur Vorhersage des Rehabilitationserfolges beizutragen. Dies galt insbesondere auch für sämtliche krankheitsbezogenen Merkmale (Dauer, Symptomatik, Alter bei Ersterkrankung, Anzahl und Dauer von Hospitalisierungen etc.). Die Schwere der Erkrankung stand also weder in Beziehung zum Reha-Erfolg noch zu den Erwartungshaltungen der Beteiligten!

Bei einem Teil der Patienten wurde außerdem untersucht, wie weit die Zukunftserwartungen gezielt in positive Richtung verändert werden könnten. Dies erwies sich nur als begrenzt möglich. Zugleich fand sich jedoch ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Patienten- und Umgebungserwartungen. Die Autoren ziehen den Schluß:

„Die gefundenen engen Wechselwirkungen zwischen Patienten-, Angehörigen- und insbesondere Betreuer-Erwartungen weisen ... darauf hin, daß gerade bei langjährigen Klinikinsassen der wirksamste Hebel zur Beeinflussung von Zukunftserwartungen weniger bei den Patienten selber als bei ihren wichtigsten Bezugspersonen liegen dürfte“ (DAUWALDER et al. 1984, S. 263).

Was langfristig aus schizophren erkrankten Menschen wird, hängt demnach nicht zuletzt davon ab, was andere Menschen von ihnen erwarten und ihnen zutrauen. Dies kann allenfalls auf den ersten Blick überraschen. Denn es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung, daß Menschen, die zum Beispiel in Elternhaus und Schule oder in ihrem Berufsleben entmutigt werden, denen man nichts zutraut und in die man keine Hoffnungen investiert, weit unter ihren Möglichkeiten bleiben.

Bedeutung optimaler Reha-Anforderungen

Die Rolle von Überstimulation bei der Auslösung von Stress und psychotischen Episoden sollte vor dem Hintergrund des oben unter 2.4 Ausgeführten keiner weiteren Diskussion bedürfen. Ergänzend sei lediglich erwähnt, daß John WING und Mitarbeiter bereits Anfang der 60er Jahre nachweisen konnten, daß auch Überstimulation im Sinne plötzlicher, neuer Anforderungen („Reha-Druck“) zum Wiederauftreten akuter psychotischer Symptome führen kann (WING 1986, 1987).

Bahnbrechend waren die Untersuchungen von WING & BROWN zu den schädlichen Wirkungen von Unterstimulation. WING & BROWN (1970) wählten drei psychiatrische Versorgungskrankenhäuser aus, die sich bezüglich ihrer Patienten weitgehend glichen (keine Patienten-Selektion), die sich jedoch bezüglich ihres Milieus und der Art, wie sie geleitet wurden, erheblich voneinander unterschieden. Sie fanden einen engen Zusammenhang zwischen mangelnder Anregung durch das Milieu/Unterforderung der Patienten sowie einem klinischen Syndrom, das geprägt war durch Symptome wie Passivität, Gleichgültigkeit, affektiver Rückzug, negatives Selbstbild, Plan- und Hoffnungslosigkeit, Einengung des Verhaltens, Stereotypen etc. Sie stellten außerdem in einer Nachuntersuchung vier Jahre später fest, daß eine Verbesserung der Lebens- und Betreuungsbedingungen in allen drei Krankenhäusern mit einer Verminderung dieser unproduktiven Symptome einherging. Das heißt, je ärmlicher das Milieu und je niedriger die Anforderungen, desto ausgeprägter ist die Negativ-Symptomatik – und umgekehrt. Dieses Syndrom wurde deshalb Hospitalismus- oder auch Institutionalismus-Syndrom genannt, weil es auch in anderen Institutionen mit entsprechendem Milieu anzutreffen ist (Gefängnisse, Heime etc.). Entgegen der Auffassung einiger ihrer Rezipienten haben WING & BROWN selbst allerdings nicht behauptet, daß chronisch-unproduktive Syndrome ausschließlich auf Umgebungsbedingungen zurückzuführen sind. Sie stellten in ihrer Nachuntersuchung fest, daß es auch in optimal stimulierenden Milieus Patienten gab, die offenbar nicht zu kompensierende Beeinträchtigungen im Sinne eines Negativ-Syndroms aufwiesen (WING 1986). In einer aktuellen Replikationsstudie zeigten sich außerdem deutlich schwächere Zusammenhänge zwischen Milieu-Faktoren und klinischem Befund (CURSON et al. 1992).

Dennoch liefern die Ergebnisse von WING & BROWN einen starken Beleg dafür, daß die Langzeitentwicklung von Menschen mit schizophrenen Psychosen erheblich von ihren Lebens- und Betreuungsbedingungen beeinflusst werden kann. Demnach würden sowohl Über- als auch Unterstimulation einen ungünstigen Einfluß auf den Lebenslauf schizophrener verletzlicher Menschen ausüben. Das optimale Anforderungsniveau, das Über- und Unterforderung gleichermaßen vermeidet, ist dabei in jedem Einzelfall neu zu bestimmen.

CIOMPI betont bereits 1980 ergänzend, „daß das ... Hospitalismus-Syndrom, wie moderne sozialpsychiatrische Erfahrungen in Alternativ- und Übergangsinstitutionen aller Art lehren, keineswegs nur in Spitälern, sondern auch in personell unterdotierten Chronikerheimen, Tageszentren, beschützenden Werkstätten und nicht zuletzt in Familienpflegeplätzen vorkommt, die sich durch besondere Eintönigkeit und Stimulationsarmut auszeichnen“ (CIOMPI 1980, S. 239).

Chronisch-unproduktive Syndrome als Selbsthilfe- und Bewältigungs-Versuche

Vor allem Luc CIOMPI und John STRAUSS weisen immer wieder darauf hin, daß die durch Negativ-Syndrome gekennzeichneten Bilder, die manche Langzeitkranken dem oberflächlichen Beobachter bieten, weder als Ausdruck des „schizophrenen Defekts“ der klassischen Krankheitslehre aufzufassen sind, noch vollständig auf den Institutionalismus-Effekt reduziert werden können. Vielmehr handele es sich dabei mindestens zum Teil um überschießende und schließlich zu Dauerhaltungen fixierte Gegenregulationen. An die Stelle der ursprünglichen Aufregung, emotionalen Überempfindlichkeit und übermäßigen Aktiviertheit treten im Laufe der Zeit Gleichgültigkeit, Gefühlsverflachung und Rückzug, die als Schutz vor erneuter Überforderung verstanden werden können. So werden chronisch-unproduktive

Zustände verständlich als sekundäre Negativsymptome und damit als eine bestimmte Art von Selbsthilfe- und Bewältigungsversuchen. STRAUSS deutet Negativ-Symptome im Rahmen solcher Regulationsmechanismen:

Sie können einen „Selbstschutz-Mechanismus darstellen, den ein Mensch mit einer schweren psychischen Erkrankung nutzt, um die zahllosen Entmutigungen und psychischen Schläge zu vermeiden, die von der Erkrankung, der Gesellschaft und selbst von der eigenen Person ausgehen. Rückzug, Apathie und auch Verstummen erscheinen als keine unvernünftigen Mittel, um sich vor miteinander verbundenen Problemen zu schützen wie: Stigma; Verlust sozialer Sicherheit bei Gesundung; die Erkenntnis, was die Erkrankung der Familie zufügt; die Erfahrung, wiederholt Fortschritte zu machen, die erneut von einer Psychose untergraben werden, und viele andere Erfahrungen dieser Art, die Patienten beschreiben“ (STRAUSS 1989 a, S. 184, Übers. G.W.).

Auch CIOMPI zufolge scheinen „Gegenregulationen und Abwehrmechanismen dafür verantwortlich zu sein, daß die ursprüngliche Überempfindlichkeit und übergroße Offenheit für Außenreize aller Art, durch welche sich schizophreniegefährdete Menschen auszeichnen, bei Chronischkranken zunehmend dem Gegenteil, nämlich einer – zumindest anscheinenden – Unterempfindlichkeit, Abstumpfung und Unansprechbarkeit Platz macht. Diese kann als dicker Schutzpanzer eines im Grunde nach wie vor sehr verletzlichen Menschen gegen die Gefahr von neuen Traumatisierungen verstanden werden. Am schmerzhaftesten scheinen dabei die – meist mit viel Angst und Aufregung, unangenehmen Maßnahmen wie Zwangshospitalisationen, eingreifenden Therapien usw. verbundenen – akuten psychotischen Episoden selber zu sein. Jedenfalls verstärken sich die besagten Abwehrtendenzen nach solchen Episoden häufig schubweise. ‚Erfahrene‘ Kranke versuchen sich vor ihnen denn auch durch verstärkten sozialen Rückzug und ängstliche Vermeidung jeder Art von Wechsel und Aufregung zu schützen. Manchmal finden sie auf diese Weise schließlich in einer geschützten sozialen Nische in oder außerhalb von psychiatrischen Institutionen in ein einigermaßen gangbares, neues Gleichgewicht hinein; unter günstigen Bedingungen vermögen sie sich dann auch wieder vermehrt zu öffnen. In diesem Fall ist es sicher berechtigt, von eigentlichen Selbstheilungsmechanismen zu reden. Unter ungünstigen Umständen dagegen drohen sie einer extremen Einengung, Ritualisierung und Stereotypisierung ihrer gesamten Lebensweise zu verfallen“ (CIOMPI 1988 a, S. 337).

Im letzten Fall kann sicher von ungünstigem Bewältigungsverhalten gesprochen werden, das sich im Wechselspiel mit bestimmten Umgebungen (z.B. anregungsarmen Milieus) nicht selten in verhängnisvolle Gleichgewichtszustände hinein entwickelt, an denen jegliche Therapie- und Rehabilitationsbemühungen zu scheitern drohen.

Daß es im Einzelfall durchaus schwierig sein kann, zwischen unterforderndem und damit ungünstigem Rückzug sowie „positivem“ Rückzug zu unterscheiden, zeigen die Ergebnisse der Analyse von Selbstschilderungen Betroffener, über die CORIN & LAUZON (1992, 1994) berichten. Demnach könnte es sein, daß gerade solche Betroffene, die sich den üblichen sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen weitgehend entziehen und sich in eine persönliche Nische zurückziehen, am wenigsten Gefahr laufen, rehospitalisiert zu werden. In ihrem deshalb als positiv bezeichneten Rückzug leben diese Menschen zwar in Distanz zur sozialen Umgebung, ohne jedoch ihre Bezüge völlig aufzugeben; sie seien zugleich „drinnen“ und „draußen“. STRAUSS (1989 b) hat aufgrund seiner intensiven Patientenbefragungen ein ganz ähnliches Phänomen beschrieben, das er für ein – allerdings vorübergehendes – konstruktives Bewältigungsmuster hält. Er nennt es „Schneckenhaus“ und weist darauf hin, daß es leicht mit der Negativ-Symptomatik verwechselt werde. In vielen Fällen handele es sich jedoch um eine notwendige Selbstschutz-Phase, bevor neue Aktivitäten in Angriff genommen werden können.

Auch bei langjährig Schwerstkranken mit ausgeprägter Negativ-Symptomatik besteht hinter dem Abwehrpanzer die alte Sensibilität oder Überempfindlichkeit oft weiter, hinter dem scheinbaren „Defektzustand“ steckt Leben. Systematische Untersuchungen gibt es darüber bisher offenbar nicht. Jeder, der chronisch Kranke in für sie neuen, herausfordernden Situationen erlebt hat (z.B. eine Auslandsreise, ein Umzug), weiß jedoch, daß manche plötzlich wie verwandelt wirken und erstaunlich gesunde Anteile mobilisieren können. Auch BLEULER lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die lebendigen, gesunden Anteile im vermeintlichen Defekt:

„Einzelne Begegnungen mit dem Gesunden im Kranken beeindruckten einen lebenslänglich: Wohl die schizophrene Schwerstkranke unserer Klinik hat Jahrzehnte lang eine völlig abwehrende, starre Haltung gezeigt, hatte mit niemandem verständliche Sätze gesprochen. Eines Morgens aber kommt sie mir freundlich strahlend entgegen und gratuliert mir mit größter Herzlichkeit, weil sie zufällig erfahren hatte, daß meiner Frau und mir am vorherigen Tag ein Kind geschenkt worden war“ (BLEULER 1987, S. 21).

Soziokulturelle Einflüsse auf Verlauf und Ausgang

Ende der 60er Jahre hat die WHO ein bemerkenswertes Projekt gestartet: Eine internationale, prospektive Verlaufsstudie der Schizophrenie, an der ursprünglich 9 Forschungszentren beteiligt waren (in Dänemark, England, Indien, Kolumbien, Nigeria, Rußland, Taiwan, der Tschechoslowakei und den USA). Nach einer umfassenden und über alle Zentren standardisierten Eingangserhebung mit rund 1.200 schizophren Erkrankten erfolgten mehrere Nachuntersuchungen. Umfassende Ergebnisse der 5-Jahres-Katamnese, in die 76 % der Ausgangsstichproben einbezogen werden konnten (ohne Taiwan), wurden 1992 veröffentlicht (LEFF et al. 1992). Sie bestätigen und verstärken die generelle Aussage, die sich bereits nach zwei Jahren ergeben hatte: Der Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen ist mittelfristig in den Entwicklungsländern offenbar erheblich günstiger als in den Industrieländern.

Dies gilt für unterschiedliche Kriterienbereiche: den psychopathologischen Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, die globale soziale Situation der Betroffenen, die kumulierte Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die globale Einstufung des Verlaufs. Der beste Prädiktor für die Prognose des 5-Jahres-Verlaufs war die kulturelle Zugehörigkeit (Entwicklungsland vs. Industrieland).

Am günstigsten waren Ausgang und Verlauf in Agra (Indien) und Ibadan (Nigeria), während in Cali (Kolumbien) nur der soziale Ausgang besser war als in den Industrieländern: „Dies kann mit dem Charakter der Stadt Cali zusammenhängen, die in Richtung Urbanisierung und Industrialisierung weiter vorangeschritten ist als Agra und Ibadan“ (LEFF et al. 1992, S. 145, Übers. G. W.).

Da Patientenauswahl, Erhebungsverfahren und Diagnosekriterien in allen beteiligten Zentren gleich waren, ist sehr wahrscheinlich, daß die Unterschiede im Verlauf und Ausgang auf soziokulturelle Einflüsse wie etwa geringeres Ausmaß an Überstimulation, mehr soziale Unterstützung, niedrigeren Anpassungs- und Leistungsdruck etc. zurückgeführt werden können.

Die Ergebnisse der Ausgangs-Studie, die sich ausschließlich auf Krankenhauspatienten bezog, wurden untermauert durch eine Nachfolgeuntersuchung, in der versucht wurde, alle Betroffenen einzubeziehen, die das erste Mal wegen einer schizophrenen Psychose zu irgendeiner Hilfeeinrichtung Kontakt bekommen hatten (einschließlich Polizei, religiöse und traditionelle „Heiler“; JABLENSKY et al. 1992).

KULHARA (1994) gibt eine Übersicht über 10 weitere Vergleichsstudien zum Verlauf von schizophrenen Psychosen in Industrie- und Entwicklungsländern, die die Resultate der WHO-Studie durchweg stützen. Insgesamt werfen die interkulturellen Vergleichsstudien jedoch mehr Fragen auf, als sie beantworten. Insbesondere ist bisher unklar, auf welche kulturellen – vielleicht aber auch nicht-kulturellen – Bedingungsfaktoren die unterschiedlichen Verläufe zurückzuführen sind.

Neuronale Plastizität

Neuronale Plastizität ist die Fähigkeit des Zentralen Nervensystems, sich unter der Einwirkung von externen Einflüssen strukturell und funktional anzupassen. Nach der Geburt können sich die angeborenen Fähigkeiten nur in einer günstigen externen Umgebung optimal entwickeln. Dabei sind ein angemessenes Niveau sensorischer Stimulation sowie ein gewisses Maß an teilnehmender Aktivität notwendige Bedingungen für eine gute Entwicklung (HARACZ 1985, vgl. 2.3.3).

Das menschliche Gehirn befindet sich in einem fortlaufenden Anpassungs- und Entwicklungsprozess. So ist z.B. nachgewiesen, daß die postnatale Entwicklung des Hippocampus von Umgebungserfahrungen beeinflusst wird. Das zentrale Nervensystem besitzt offenbar die Fähigkeit zur lebenslangen Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen. Dies geschieht, indem kortikale „Karten“ (Schemata, Bezugssysteme) sich fortlaufend nach Häufigkeit und Bedeutung des Informations-Input auf dem Wege der Selbstorganisation anpassen und optimieren (vergl. SPITZER 1995 b). So können z.B. im Sprachzentrum von Men-

schen mit ausgeprägt intellektuellem Lebenslauf stärker entwickelte dendritische Verzweigungen festgestellt werden als bei Menschen, die nach der Ausbildung ihr Sprachzentrum nicht so sehr fördern. Tierexperimente belegen, daß Tiere mit dem „interessanteren“, anregungsreicheren Leben komplexer strukturierte Großhirne entwickeln.

Das Phänomen der neuronalen Plastizität kann man mit CIOMPI (1989) durchaus als eine „schöne Brücke“ zwischen biologischer und psychosozialer Forschung bezeichnen. Für die Entwicklung schizophrener verletzlicher Menschen bedeutet es grundsätzlich folgendes:

„Je länger sowohl produktive wie unproduktive Zustände andauern, desto mehr werden sie befestigt“ (CIOMPI 1986 a, S. 53).

Stark schizophreniegefährdete Menschen, die längerfristig unter sehr reiz- und anforderungsarmen Bedingungen leben – ob innerhalb oder außerhalb psychiatrischer Einrichtungen – können so auf Dauer anatomisch sowie funktional weniger differenzierte und effiziente Hirnstrukturen entwickeln. Umgekehrt gilt, daß das Durchleben jeder akuten schizophrenen Psychose die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, daß die Psyche angesichts neuer, nicht mehr zu bewältigender Herausforderung erneut mit einer psychotischen Verrückung reagiert. Nicht zuletzt aus dieser Erkenntnis heraus werden in letzter Zeit verstärkt Ansätze zur Früherkennung und Frühbehandlung von schizophren Erkrankten entwickelt (vergl. 1.4.3).

Das Phänomen der neuronalen Plastizität unterstreicht damit aufs Neue die Tatsache, daß jedes Verhalten und Erleben eine biologische und eine psychosoziale Seite hat und beide Aspekte in einer unauflösbaren Dynamik miteinander verschränkt sind.

2.6 Schluß: Ein Paradigmawechsel und seine Konsequenzen

2.6.1 Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell und klassisches Krankheitskonzept

Ist die – bis in die biologisch orientierte Psychiatrie hinein – wachsende Zustimmung zu einem Schizophrenieverständnis im Sinne des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells tatsächlich als tiefgreifender Paradigma-Wechsel zu verstehen oder handelt es sich um „alten Wein in neuen Schläuchen“? Ist das traditionelle Krankheitskonzept auf seinen Platz in der Psychiatrie-Geschichte verwiesen oder kommt es durch die Hintertür, modisch gewandelt, wieder herein?

Fragen wie diese haben sowohl einen eher theoretischen als auch einen pragmatischen Aspekt. Aus theoretischer Perspektive ist es sicher eine intensive Diskussion wert, ob durch die Verletzlichkeitshypothese nicht erneut und unter der Hand eine Festlegung, nämlich die Zuschreibung einer Behinderung, erfolgt. So argumentieren Vertreter der systemischen Familientherapie: Betroffene würden im Rahmen dieses Modells wiederum nicht für voll und als gleichberechtigte Akteure genommen, sondern als dauerhaft vermindert belastbar und schutzbedürftig betrachtet. Dies führe zu einer Verfestigung der passiven Patientenrolle (vgl. z. B. SIMON & WEBER 1987). Einwände wie diese – wenn auch z. T. provokant vorgetragen – sind durchaus ernst zu nehmen angesichts der Macht von Zuschreibungen und sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.

Auf der anderen Seite scheint das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell derzeit diejenige theoretische Konzeption zu sein, die am ehesten geeignet ist, die heute als einigermaßen gesichert geltenden Forschungsergebnisse in ein konsistentes Bild zu integrieren. Dabei ist jedoch immer das Bewußtsein dafür wach zu halten, daß unsere Modelle zwar unsere Sicht der Wirklichkeit prägen – durchaus im Sinne affekt-logischer Programme –, das sie aber die Wirklichkeit weder abbilden noch sind. Am besten betrachten wir auch das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie als eine relativ grobe Landkarte, die

uns dabei helfen kann, den Weg durch das unübersichtliche Gelände der schizophrenen Psychosen zu finden. Es ist wahrscheinlich, daß wir eines Tages neue, bessere Karten haben werden, die uns ein neues Bild der Schizophrenie vermitteln. Das Bild ist aber niemals die Wirklichkeit, allenfalls besteht die Möglichkeit, daß es mit ihr zusammenstößt, weil es nicht „paßt“. Solche Kollisionen sind Lernchancen und sollten entsprechend genutzt werden. Die Wissenschaftsgeschichte zeigt jedoch, daß nach einem Paradigmawechsel zunächst einmal wieder Alltag und Routine eintreten, das neue Paradigma ausgefeilt und gegen Kollisionen immunisiert wird – ein Beispiel für die Trägheit und Schwerkraft affekt-logischer Bezugssysteme. Insofern wird die Psychiatrie wohl bis auf weiteres mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell leben und arbeiten.

Unter pragmatischen Gesichtspunkten ist vor allem die Frage entscheidend, welche praktischen Folgerungen sich aus diesem Modell ableiten lassen und wie diese zu bewerten sind. Bezüglich des Drei-Phasen-Modells bestätigt sich nun nach unserer Auffassung nachdrücklich die Überlieferung, daß es nichts Praktischeres gibt, als eine gute Theorie. Im einzelnen wird es darum weiter unten gehen (vgl. 2.6.3 und 2.6.4). Hier soll zunächst lediglich noch einmal eine globale Gegenüberstellung von traditionellem Krankheitskonzept und Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell erfolgen (s. Tabelle 2.4, nächste Seite).

In diesem Vergleich wird das traditionelle Krankheitskonzept der Schizophrenie unschwer erkennbar als Abkömmling des klassischen medizinischen Krankheitsbegriffs.

Demnach haben Krankheitseinheiten ein eindeutig abgrenzbares Erscheinungsbild (Symptomatik), das auf eine begrenzte Zahl von Ursachen zurückgeführt werden kann. Die Ursachen determinieren den (natürlichen) Verlauf und die Prognose, im günstigen Fall modifiziert durch die Wirkungen von Behandlungsmaßnahmen.

Bezüglich komplex-bedingter, dynamischer biopsychosozialer Phänomene wie psychotischer Erkrankungen ist es überfällig, die Basis dieses Denkmodells zu verlassen. Weniger, weil es „falsch“ ist, sondern weil es reduktionistisch, also unzulässig vereinfachend ist, und weil es damit zu praktisch fragwürdigen Konsequenzen führt (z.B. die Behandlung von Betroffenen als Objekte etc.). Angetreten zur Überwindung des traditionellen medizinischen Krankheitsmodells ist u.a. die Allgemeine Systemtheorie, die sich vor allem aus der Biologie heraus entwickelt hat. Sie betrachtet lebende oder auch soziale Organismen als offene, autonome und dynamische Systeme, die sich in ständiger Rückkoppelung mit anderen Systemen entwickeln und stabile Funktionszustände aufrechterhalten, die aber auch in Abhängigkeit von internen und externen Einflüssen zu fluktuierenden Zuständen und nicht-linearen Entwicklungssprüngen fähig sind, die sich im Rahmen linear-kausaler Modelle weder erklären noch vorhersagen lassen. Dabei können unterschiedlichste Ausgangszustände die gleichen Endzustände hervorrufen (Äquifinalität), gleiche Ausgangszustände können jedoch auch zu ganz unterschiedlichen Endzuständen führen.

Diese Art von Erkenntnismodell scheint nun sehr viel besser als das traditionelle Krankheitskonzept geeignet, um Phänomene, die uns im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen begegnen, zu beschreiben und zu erklären. Dabei sollte allerdings klar sein, daß es von der eher analogisierenden Beschreibung bis hin zur Identifikation der relevanten Einflußbedingungen und der – letztlich nur auf mathematischem Wege möglichen – Modellierung ihres Zusammenwirkens ein weiter Weg sein wird, der im Bereich der Schizophrenieforschung erst ein kurzes Stück weit begangen ist.

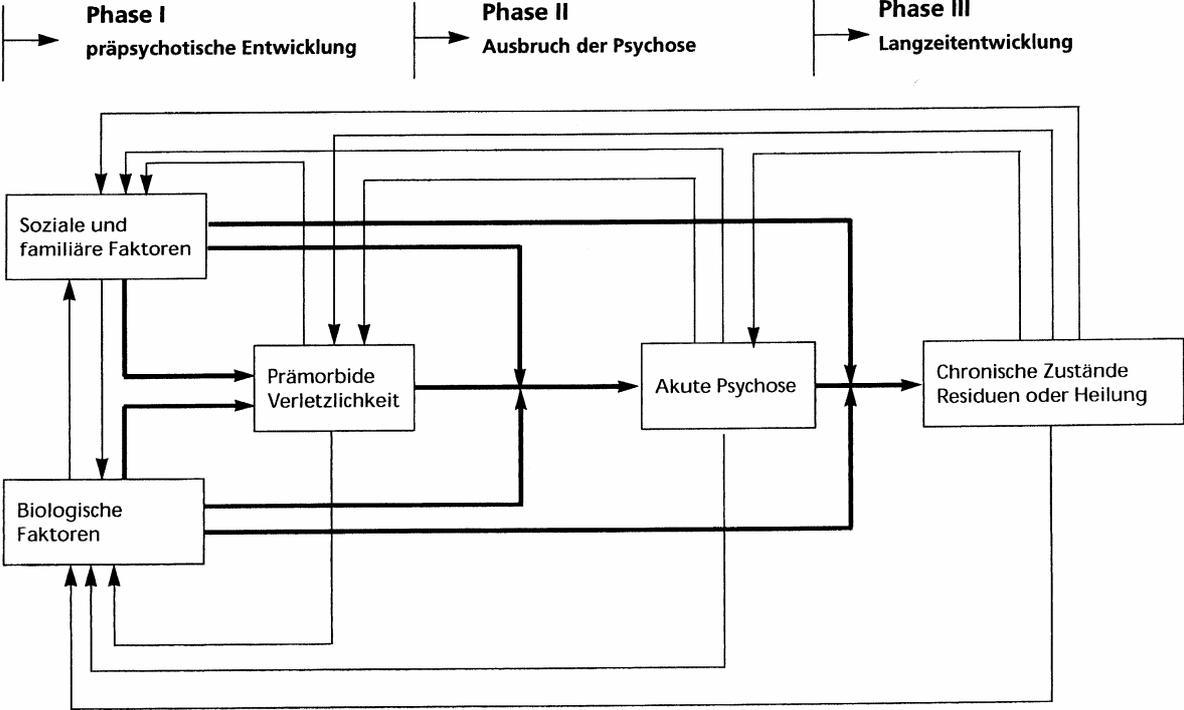
CIOMPI hat in verschiedenen Arbeiten versucht, von der Komplexität und Dynamik des schizophrenen Bedingungsgefüges zumindest eine Ahnung zu vermitteln, indem er eine Veranschaulichung wie in Abbildung 2.7 verwendet (übernächste Seite).

Die Abbildung wurde vom Autor, G.W., im Interesse besserer Verständlichkeit geringfügig modifiziert (vgl. CIOMPI 1988 b, 1989, 1992).

Tab. 2.4: Traditionelles Krankheitskonzept und Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell schizophrener Psychosen

Modell	Traditionelles Krankheitskonzept	Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell
<i>Bedingungsfaktoren</i>	rein biologisch, vererbt	biologisch (vererbt und erworben), psychosozial
<i>Art der Störung</i>	hirnorganischer Defekt	komplex bedingte Entwicklungsstörung
<i>Auftreten akuter Episoden</i>	eigengesetzlich („endogen“)	im Zusammenhang mit Streß
<i>potentiell Betroffene</i>	nur genetisch Belastete	u. U. jedermann
<i>Psychoseerleben</i>	unverstehbar, sinnlos	biographisch verstehbar, potentiell sinnvoll
<i>Verlauf</i>	typisch, chronisch-rezidivierend	offen, vielfältig und individuell
<i>Ausgang</i>	regelmäßig schlecht	überwiegend günstig
<i>Einzelfallprognose</i>	möglich (mit Diagnose feststehend)	nicht möglich
<i>Selbsthilfe und aktives Coping</i>	unwahrscheinlich, unwirksam	sehr häufig, potentiell wirksam
<i>Rückfallprophylaxe</i>	nur kurzfristig möglich, ohne Einfluß auf längerfristigen Verlauf	grundsätzlich möglich, potentiell günstig für längerfristigen Verlauf
Behandlungsansatz	primär biologisch	biologisch, sozio- und psychotherapeutisch
<i>Rolle der Betroffenen in Therapie und Rehabilitation</i>	passiv, Behandlungsobjekt	aktiv, mitverantwortliches Subjekt
<i>Analogie</i>	Alzheimersche Krankheit	Diabetes mellitus

Abb. 2.7: Drei-Phasen-Modell zum Langzeitverlauf der Schizophrenie mit Feedback-Schleifen nach CIOMPI 1988 b)



Dabei stellen die durchlaufenden dicken Pfeile die klassische Denkrichtung der linearen Kausalität dar, die auf diese einwirkenden dicken Pfeile sind zu verstehen als Moderatorvariablen wie z. B. Streß und Bewältigungsressourcen. Schließlich sind von Bedeutung die dünnen, zurückwirkenden Pfeile, die Feedbackprozesse symbolisieren sollen. So wirkt z. B. das Durchleben einer akuten Psychose sowohl zurück auf die soziale und familiäre Situation als auch auf das biologische Substrat (neuronale Plastizität etc.). In dieser Veranschaulichung wird dann auch die Verletzlichkeit, die in den frühen Formulierungen der Vulnerabilitätshypothese noch als konstant gesetzt wurde, konsequenterweise als dynamisch und damit veränderbar aufgefaßt (z. B. durch lebensphasische Veränderungen im Hormonhaushalt etc.).

Solche Veranschaulichungen haben sicherlich begrenzten Wert, aber sie können vielleicht dabei helfen, zumindest eine vage Vorstellung zu vermitteln von der Komplexität und Dynamik, mit der wir es zu tun haben; und sie können nützlich sein zur Einordnung von einzelnen Forschungsergebnissen.

Angesichts dieses Zugangs dürfte auch deutlich werden, daß sich die Frage „Was ist Schizophrenie?“ schwerlich wird in einem Satz beantworten lassen. Wenn wir einer angemessenen Antwort auch nur näher kommen wollen, müssen wir ganz unterschiedliche Betrachtungsebenen auseinanderhalten und zusammendenken. Dazu gehören:

- die Struktur und Dynamik des Gehirns;
- Biochemie und Physiologie des Zentralen Nervensystems;
- die Psychologie der Informationsverarbeitung;
- Struktur und Dynamik affektiv-kognitiver Bezugssysteme;
- das subjektive Erleben und die Reaktion auf die Verletzlichkeit;
- individuelle Selbsthilfe und Bewältigungsversuche;
- psychosoziale Stressoren aller Art sowie die Ressourcen im sozialen Nahfeld;
- biologische Stressoren;
- das Erleben und die Verarbeitung der akuten Psychose;
- Wirkungen/Nebenwirkungen von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen;
- makrosoziale und kulturelle Einflüsse etc.

Einen Schritt zurück hinter diese Komplexität hin zu einfachen Antworten wird es wahrscheinlich auch im Falle der Schizophrenie nicht geben. In manchen Bereichen haben wir vielleicht noch nicht einmal angefangen, die richtigen Fragen zu stellen. John STRAUSS, einer der wenigen Psychiater, der die subjektive Seite der Schizophrenie mehr und mehr zum Hauptgegenstand seiner Forschungsarbeit gemacht hat, stellt fest:

„Ich habe lange Zeit und die Hilfe vieler Menschen mit schweren geistigen Erkrankungen ebenso wie einiger professioneller Vertreter unseres Faches gebraucht, bis ich lernte, den Patienten Fragen zu stellen, die es diesen ermöglichte, über solche Dinge zu sprechen – einfache, klare Fragen wie: Was macht Ihnen in Ihrem Leben Freude? Gibt es etwas, was Sie an sich besonders mögen? Wie hat Ihre Krankheit Ihr Leben beeinflusst? Nun, da ich begonnen habe, diese Fragen zu stellen, gerate ich in immer größere Verwirrung darüber, was es heißt, ein Mensch zu sein, und was eine schwere Geisteskrankheit wirklich ausmacht. Aber ich glaube auch, daß ich langsam andeutungsweise erfasse, wie die Antwort lauten könnte“ (STRAUSS 1992, S. 15).

2.6.2 Therapeutische Konsequenzen

„Eine grundsätzliche Erfahrung liegt in der Erkenntnis, daß es die wesensgleichen Einflüsse sind, die dem Schizophrenen oft hilfreich sind, wie die Einflüsse, die die Entwicklung der Persönlichkeit eines jeden formen, und die die Persönlichkeit, das Gefühl eines Ichs, durch das Leben erhalten“ (BLEULER 1987, S. 24).

„Was dem verletzlichen Schizophrenen (oder dem Schizophreniegefährdeten) ‚gut tut‘ oder ‚nicht gut tut‘, ist über weite Strecken identisch mit Einflüssen, die auf *jeden Menschen* günstig oder ungünstig einwirken.

Schizophrene unterscheiden sich von diesen in erster Linie im Grad ihrer Sensibilität; sie können also gewissermaßen als hochempfindliche ‚Sensoren‘ für allgemeinemenschliche Grundbedürfnisse – z. B. nach Kontinuität, Geborgenheit und Wärme, nach Klarheit und Transparenz in allen Dingen, nach menschengemäßen Rhythmen, Tempi und Räumen etc. – angesehen werden. Vielleicht liegt übrigens gerade darin ein Teil ihrer versteckten sozialen Funktion und Aufgabe, welche sie, wie alle anderen Randgruppen, innerhalb des Ganzen eines sozialen Organismus zweifellos innehaben“ (CIOMPI 1988 a, S. 340).

CIOMPI selbst hat immer wieder die große praktische Relevanz des Drei-Phasen-Modells der Schizophrenie und dessen Implikationen für die Therapie hervorgehoben. In verschiedenen Arbeiten hat er diejenigen Prinzipien herausgearbeitet, die er selbst als zentral für die therapeutische Praxis im weitesten Sinne betrachtet.

Dabei geht er von folgendem Grundsatz aus: Wenn der Kern der schizophrenen Verletzlichkeit in einer Störung der Informationsverarbeitung im weiteren Sinne bzw. in störanfälligen, instabilen affekt-logischen Bezugssystemen zu sehen ist, dann muß jegliche Therapie generell auf die Stützung dieser Systeme und auf eine Verbesserung der Informationsverarbeitung ausgerichtet sein. Diese kann im Prinzip auf zwei verschiedenen Wegen erreicht werden:

- durch Klärung und Vereinfachung der zu verarbeitenden Information;
- durch Stärkung des informationsverarbeitenden Systems (CIOMPI 1986 a, 1986 b).

Da die innerpsychischen Verarbeitungssysteme eng gekoppelt sind sowohl an ihr neuronales Substrat als auch durch fortlaufende Feedbackschleifen mit der Umwelt, ist auch unter therapeutischen Gesichtspunkten mit vielfältigen Wechselwirkungen zu rechnen. So wird eine emotionale und kognitive Klärung und Vereinfachung der Umweltsituation ebenso stabilisierend auf die internalisierten Bezugssysteme wirken, wie etwa deren direkte, psychotherapeutische Bearbeitung; oder auch eine vorübergehende künstliche „dicke Haut“ durch Neuroleptika-Einnahme.

Vor diesem Hintergrund ist die Zusammenstellung der zehn grundlegenden therapeutischen Prinzipien in Tabelle 2.5 zu verstehen (nächste Seite). Sie beruht auf den Arbeiten von CIOMPI (1986 a, 1986 b, 1988 a). Diese Prinzipien sind auch insofern grundlegend, als sie quasi einen übergreifenden Maßstab abgeben zur Einordnung und Beurteilung der verschiedenen therapeutischen Aktivitäten im Hinblick auf ihre Bedeutung und ihre Wirkung in der Behandlung schizophrener Erkrankter oder schizophreniegefährdeter Menschen. Die Prinzipien 1 bis 6 kann man nach CIOMPI (1986 a) auch unter dem Gesichtspunkt der Polarisierung des gesamten therapeutischen Feldes zusammenfassen, den er mit Hilfe der Abbildung 2.8 veranschaulicht:

Das 10. Prinzip – Berücksichtigung von Zeitfaktoren – hat CIOMPI 1988 hinzugefügt, nachdem er sich intensiv mit der Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen auseinandergesetzt hat (vgl. CIOMPI 1988 a). Beachtenswert sind in diesem Zusammenhang auch seine Thesen über die Bedeutung der Zeit in der Psychiatrie (CIOMPI 1990 b).

Schließlich kann das von CIOMPI und seinen Mitarbeitern in Bern realisierte Soteria-Projekt (AEBI et al. 1993) als ein Versuch aufgefaßt werden, die wesentlichen therapeutischen Konsequenzen des Drei-Phasen-Modells in ein Praxiskonzept für die Behandlung und Rehabilitation schizophrener erkrankter Menschen umzusetzen.

Tab. 2.5: Prinzipien des therapeutischen Umgangs mit schizophren erkrankten Menschen

1. Systematische Einbeziehung des relevanten sozialen Umfeldes:

Dies betrifft sowohl Angehörige als auch andere wichtige Bezugspersonen wie gesetzliche Betreuer etc.

2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen:

Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer sollten über klare und einheitliche Informationen über die Art der Erkrankung, Verlauf, Ausgang und Prognose, Risikofaktoren sowie Behandlung und Prophylaxe verfügen.

3. Weckung gemeinsamer, positiv-realistischer Zukunftserwartungen:

Auf Seiten von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern.

4. Stufenweise Erarbeitung von konkreten, gemeinsamen Behandlungszielen:

Zwischen allen Beteiligten sollen konkrete Nah und Fernziele vereinbart werden, auf die gemeinsam hingearbeitet wird.

5. Koordination und Kontinuität:

Anzustreben ist die fortlaufende Abstimmung aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie die Realisierung eines Höchstmaßes an konzeptioneller und personeller Kontinuität; ein professioneller Betreuer sollte für die gesamte Dauer der Behandlung, also u. U. über Jahre, als zentrale Bezugsperson fungieren und für den roten Faden sorgen.

6. Vereinfachung des therapeutischen Feldes:

Dies gilt sowohl für die Schaffung übersichtlicher und spannungsarmer stationärer Milieus als auch für übersichtliche und bezüglich Aufgaben und Verantwortlichkeiten klar strukturierte ambulant-komplementäre Kontexte.

7. Einfachheit und Klarheit im Umgang:

Insbesondere affektiv-kognitiv übereinstimmende Kommunikation, „Eure Rede sei: ja, ja, nein, nein!“

8. Fortlaufende Optimierung von Anforderungen:

Über- und Unterforderung sind gleichermaßen zu vermeiden.

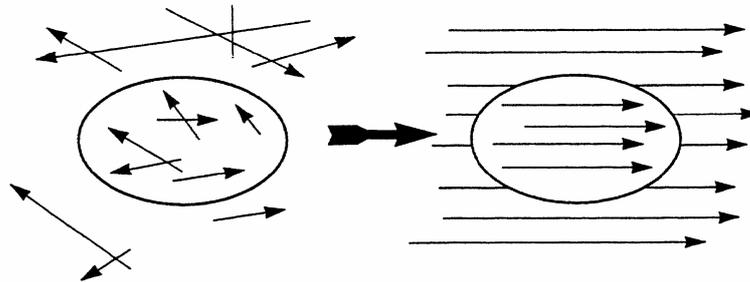
9. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen:

Erst die Kombination von pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Verfahren je nach individuellem Bedarf und Bedürfnis verspricht optimale „synergistische“ Wirkungen.

10. Beachtung spezifischer Zeitfaktoren:

Zum Beispiel Zeiten für Veränderungen und Zeiten für Stabilität, „Eigenzeiten“ und persönliche Tempi von Betroffenen, zeitliche Dynamiken von Dekompensation und Remission etc.

Abb. 2.8: Schematische Darstellung der „Polarisierung des therapeutischen Innen und Außenfeldes“ (nach CIOMPI 1986a)



2.6.3 Die Rolle der Betroffenen im Umgang mit der Verletzlichkeit/ Psychose

„Unter der Dominanz des KRAEPELINSchen *Dementia praecox-Konzeptes* wurde die Schizophrenie als fortschreitender Krankheitsprozeß aufgefaßt, dem der Erkrankte letztlich ohnmächtig ausgeliefert sein sollte. Den Ausprägungsgrad und den Verlauf der Psychose sah man in erster Linie durch einen noch unaufgeklärten hirnpathologischen (endogenen) Morbus bestimmt. Demzufolge schien der Kranke einer mehr oder minder schicksalhaften, heteronom determinierten biologischen Kausalität zu unterliegen. Autonomiezuschreibungen fehlten weitgehend oder bezogen sich allenfalls auf bestimmte Ausfaltungen der Symptomatik ...“ (BÖKER 1991, S. 190).

Während Akutkranke mit günstig verlaufenden Erkrankungen allzu leicht aus den Augen, aus dem Sinn geraten, fanden sich die „Langzeitpatienten ...“, ungeachtet mannigfaltiger humaner Zuwendungen, in erster Linie als Objekt psychiatrischer Experten bzw. der administrativen Verfügungsgewalt totaler Institutionen. In manchen Arztberichten früherer Jahrzehnte als chronisches Material bezeichnet, fielen während der NS-Zeit Tausende von ihnen dem tödlichen Vorurteil, es handele sich um unheilbare ‚Menschenhülsen‘, zum Opfer“ (ebd.).

BÖKER verweist damit auf den engen Zusammenhang, der zwischen Krankheitskonzept und Menschenbild besteht. KRAEPELINS Verständnis der Schizophrenie ist nur zu verstehen vor dem Hintergrund einer Medizin (und Gesellschaft), die geprägt war von der Degenerationslehre und dem damit korrespondierenden Sozialdarwinismus, in der autoritäre Strukturen vorherrschten und die Rechtsstellung des einzelnen schwach war.

Ebensowenig kann das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell ohne seinen historischen Kontext verstanden und bewertet werden. Auch die Entwicklung dieses Paradigmas hat zweifellos zeitgeschichtliche und gesellschaftspolitische Wurzeln. Dazu gehört die rein soziologische Interpretation psychotischer Störungen („Mythos Geisteskrankheit“) durch amerikanische Psychiatrie-Kritiker (SZASZ, SCHEFF), die englische Anti-Psychiatrie (LAING, COOPER) sowie die antiinstitutionelle „Demokratische Psychiatrie“ Italiens (BASAGLIA, PIRELLA) ebenso, wie die sich ab Anfang der siebziger Jahre auch in Deutschland etablierende Sozial-, Gemeinde- oder kommunale Psychiatrie (vgl. DÖRNER & PLOG 1972, v. CRANACH & FINZEN 1972, PÖRKSEN 1974).

Die frühen Protagonisten der Gemeindepsychiatrie waren einerseits beeinflusst von anglo-amerikanischen Vorläufern, vor allem waren sie jedoch Kinder ihrer Zeit, nämlich der antiautoritären Bewegung der späten sechziger und der gesellschaftlichen Reformbewegung der siebziger Jahre. Dabei war der Kampf gegen die „alte“, die Anstaltspsychiatrie in erster Linie gesellschaftspolitisch motiviert und inspiriert: Es ging um die Menschen- und Bürgerrechte der Betroffenen, die Überwindung ihrer Entwertung und Entmündigung. Nicht zufällig bezog die Gemeindepsychiatrie Antrieb und Orientierung aus der Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die politisch-humanistische Infragestellung der herrschenden Psychiatrie ging einher mit einer geistigen Öffnung und der Suche nach neuen theoretischen Fundamenten. Zunächst sozialwissenschaftliche, später systemisch-ökologische Ansätze wurden aufgegriffen und auch von

daher führt ein direkter Weg zur Ablösung des alten Schizophrenie-Paradigmas durch das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell.

Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell ergänzt die gesellschaftspolitisch zu verwirklichende Wiedereinsetzung des psychisch Kranken in seine Rechte als Bürger und Mitmensch um ein psychiatrisch-theoretisches Konzept, das die Betroffenen wieder als Subjekte wahrnimmt und zur Geltung kommen läßt. Schizophreniegefährdete Menschen als gleichberechtigte Bürger und als mitverantwortliche Subjekte im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit und Erkrankung – dabei handelt es sich letztlich um zwei Seiten derselben Medaille. Zum Schluß sollen deren psychiatrische Implikationen vor dem Hintergrund des in den vorangegangenen Abschnitten Ausgeführten kurz rekapituliert werden:

1. Betroffene sollten um ihre besondere Verletzlichkeit wissen und diese in ein Konzept der Erkrankung einordnen können, das mit ihrem Selbstkonzept und subjektiven Erleben soweit wie möglich vereinbar ist. Dies kann die Akzeptanz der Störung erleichtern und zum Abbau von Hilflosigkeit und Gefühlen des Ausgeliefertseins an unerklärliche Vorgänge beitragen. So kann das Bewußtsein dafür gestärkt werden, daß ein konstruktiver Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit möglich und hilfreich ist. Im günstigen Fall wird die Integration der Störung in das Selbstbild und eine Stärkung der Identität resultieren. Dies schließt ein den offenen Gebrauch des Begriffs „Schizophrenie“. So lange wir keinen besseren Begriff haben, ist es unmöglich, Betroffene vor seinen Wirkungen zu schützen. Die einzige Chance besteht darin, ihn durch Aufklärung und Offenheit, die die Betroffenen selbst nicht ausnehmen, zu entmythologisieren.
2. Betroffene haben ein Anrecht auf klare, eindeutige und verständliche Informationen darüber, von welchen Vorstellungen und Konzepten über Schizophrenie sich psychiatrisch Tätige bei ihrer Arbeit leiten lassen. Sie werden nur dann als Subjekte ernstgenommen, wenn auch ihre Kenntnisse und Erfahrungen bei dem Versuch zur Geltung kommen, ein gemeinsames Verständnis der Störung zu entwickeln.
3. Betroffene sollten Bescheid wissen über den möglichen Zusammenhang zwischen Belastungen jedweder Art und der Auslösung akuter Psychosen. Sie sollten außerdem ein Gespür dafür haben, welche Arten von Belastungen bei ihnen selbst Streß auslösen und zu einer Krise führen können.
4. Betroffene sollten die generelle Bedeutung von Frühwarnzeichen kennen. Sie sollten sich über ihre ganz persönlichen Frühwarnzeichen im klaren und für ihre Wahrnehmung sensibilisiert sein.
5. Betroffene sollten sich ihrer spontanen Selbsthilfe- und Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Verletzlichkeit und mit Symptomen bewußt sein. Sie sollten für sich persönlich günstige bzw. ungünstige Bewältigungsversuche kennen und günstige Maßnahmen gezielt einsetzen können.
6. Betroffene müssen die Möglichkeit haben, über ihr Erleben, insbesondere auch der akuten Psychose, unter Mitbetroffenen zu sprechen. Sie können auf diese Weise lernen, daß sie mit der unerhörten persönlichen Erfahrung einer Psychose nicht allein stehen. Dies kann den Einzelnen dazu ermutigen, dem subjektiven Sinn der Psychose nachzugehen und sie in seine Lebensgeschichte zu integrieren.
7. Betroffene sollten die Chance haben, realistische und positive Zukunftserwartungen für sich zu entwickeln, und sie sollten erfahren, daß es bei deren Verwirklichung nicht zuletzt auf sie selbst ankommt. Dies setzt nicht nur voraus die Informiertheit über den möglichen Ausgang, Verlauf und die Prognose schizophrener Erkrankungen, sondern auch eine entsprechende Grundhaltung auf Seiten der Helfer und die immer wieder neue Vereinbarung und Überprüfung von konkreten Zielen in der Zusammenarbeit.
8. Betroffene haben ein Recht auf Aufklärung und Mitentscheidung in allen Fragen, die ihre Behandlung, Rehabilitation und Betreuung angehen.

3. Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick

3.1 Einführung

Im Rahmen des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Konzepts der Schizophrenie kommt dem von einer solchen Erkrankung betroffenen Menschen eine grundsätzlich andere Position zu als im klassischen Krankheitskonzept: Er wird als autonomes und mitverantwortliches Subjekt konzipiert, das eine aktive Rolle beim Umgang mit der Verletzlichkeit für Schizophrenie, mit der Erkrankung und ihrer Behandlung sowie der Bewältigung ihrer psychosozialen Folgen spielt.

Vor diesem Hintergrund ist von großem Interesse, über welche Kenntnisse Betroffene bezüglich der schizophrenen Erkrankung unabhängig von spezifischen psychoedukativen Bemühungen bereits verfügen, welche Hypothesen sie zu ursächlichen und auslösenden Bedingungen haben, was sie über Verlauf, Ausgang und Prognose denken etc. Von Bedeutung ist ferner, was sie über die verschiedenen Behandlungsansätze wissen, und welche Erwartungen sie gegenüber Behandlern haben. Diese subjektive Perspektive steht deshalb am Anfang des Kapitels, in dem es um die psychoedukative Therapie geht, weil hiermit wichtige Bezugs- bzw. Anknüpfungspunkte für jedwede Therapieansätze gegeben sind, die die Erkrankung selbst direkt zum Thema machen.

Hauptziel dieses Kapitels ist es, psychoedukative Therapieansätze im Hinblick auf ihre Funktionen, Möglichkeiten und Grenzen in das Rahmenkonzept einer umfassenden, biopsychosozialen und indikationsgestützten Schizophrenie-Therapie einzuordnen. Vorliegende Übersichtsarbeiten zur Schizophrenie-Therapie behandeln das Thema eher pragmatisch-eklektisch bzw. ausschnittsweise, systematische Gesamtdarstellungen liegen – von einzelnen Ausnahmen abgesehen (BÖKER & BRENNER 1997) – im deutschsprachigen Raum nicht vor.

Im weiteren Fortgang dieses Kapitels werden deshalb zunächst die Grundlagen für ein zeitgemäßes Therapiekonzept der Schizophrenie erarbeitet, das auf einer Zuordnung von empirisch bewährten Therapiebausteinen zu Therapiezielen beruht und die Unterscheidung von „Basisbausteinen“ und „ergänzenden“ Bausteinen der Therapie schizophrener Störungen einführt. Anschließend werden in einem eher cursorischen Überblick die „ergänzenden“ Therapiebausteine behandelt, bevor ein Überblick über den aktuellen Kenntnisstand zu den drei „Basisbausteinen“ Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychoedukative Therapie gegeben wird.

3.2 Kenntnisse und Einstellungen von Betroffenen über die Erkrankung und ihre Behandlung

Die Forschung zu den krankheitsbezogenen Wissensbeständen und damit zusammenhängenden Einstellungen schizophrener Erkrankter ist bis heute dadurch charakterisiert, daß kaum auf relevante theoretische Grundlagen – z. B. aus der Sozial-, Persönlichkeits- oder kognitiven Psychologie – zurückgegriffen wird, daß relativ schlichte methodische Zugänge – Selbstbeurteilungsfragebögen – gewählt und nur selten systematische Vergleiche mit anderen Populationen angestellt werden. Dementsprechend ist der Forschungsstand gerade unter dem Aspekt unbefriedigend, daß psychoedukative Therapie ja u. a. auf die Modifikation von subjektiven Wissensbeständen und Einstellungen abstellt.

Im folgenden wird ein Überblick über diejenigen Resultate gegeben, die als relativ gut bestätigt gelten können.

3.2.1 Zum Problem der „Krankheitseinsicht“

Das Konstrukt der „Krankheitseinsicht“ (verwandte Begriffe: Krankheitsgefühl, Krankheitsbewußtsein) ist vermutlich so alt wie die psychiatrische Krankheitslehre. Um so erstaunlicher ist, daß sich Versuche, dieses Konstrukt eindeutig und damit operational zu definieren und empirisch zu untersuchen, in der Schizophrenieforschung erst seit wenigen Jahren finden.

Inzwischen besteht in der spärlichen Literatur jedoch weitgehend Einigkeit in zwei Punkten: Erstens handelt es sich bei „Einsicht in die schizophrene Erkrankung“ nicht um ein kategoriales (vorhanden/nicht vorhanden), sondern um ein dimensionales Phänomen, d.h. der Grad der „Einsicht“ kann graduell variieren. Zweitens handelt es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt; d. h., es sind mehrere, wahrscheinlich weitgehend voneinander unabhängige Dimensionen von „Einsicht“ zu unterscheiden. So differenzieren GREENFELD et al. (1989) zum Beispiel zwischen fünf Aspekten von „Einsicht“: Symptomatologie, Vorliegen einer Krankheit, Ätiologie, Möglichkeit des Wiederauftretens, Bedeutung der Behandlung. DAVID (1990) unterscheidet zwischen Fähigkeit zur Distanzierung von der psychotischen Symptomatik, Krankheitsbewußtsein und Behandlungs-Compliance. Von vollständiger Einsicht könne erst gesprochen werden, wenn alle drei Merkmale gegeben seien. AMADOR et al. (1991) differenzieren aufgrund theoretischer Überlegungen vier Bedeutungsaspekte von „Einsicht“: Bewußtsein bezüglich der Anzeichen, Symptome und Konsequenzen; allgemeine und spezielle Attributionen bezüglich der Ursachen; Selbst-Konzept; psychologische Abwehr.

Wie das Konstrukt „Einsicht“ jeweils begrifflich bestimmt und empirisch erfaßt wird, kann uns in diesem Zusammenhang nicht im einzelnen beschäftigen. Es geht lediglich darum, ob und in welchem Maße schizophrene erkrankte Menschen generell über die Fähigkeit verfügen, sich zumindest zeitweise vom psychotischen Erleben zu distanzieren sowie zu akzeptieren, daß dieses Erleben in irgendeiner Weise vom gesunden psychischen Erleben abweicht und so im weitesten Sinne als Anzeichen für eine (psychische) Erkrankung aufgefaßt werden kann. Dort, wo die Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur distanzierenden Einordnung der Psychose völlig fehlt, fehlt auch die Grundlage für eine psychoedukative Therapie. Anders herum: Ein Mindestmaß an Problembewußtsein in dem Sinne, daß „etwas mit einem nicht stimmt“ bzw. nicht gestimmt hat, ist eine notwendige Voraussetzung dafür, daß psychoedukative Therapie einen Anknüpfungspunkt findet. Das heißt allerdings keineswegs, daß sich Betroffene selbst als „psychisch krank“ oder gar „schizophren“ definieren müssen, um von dieser Therapie profitieren zu können.

Was nun die Häufigkeit dieses Problem- bzw. Krankheitsbewußtseins angeht, so scheint es in der akuten Phase – also bei florider psychotischer Symptomatik – zumeist nur sehr eingeschränkt vorhanden zu sein. So wurde im Rahmen der *International Pilot Study of Schizophrenia* bei 811 Patienten aus weltweit 9 Ländern festgestellt, daß das bei weitem häufigste Symptom der akuten schizophrenen Psychose die „mangelnde Krankheitseinsicht“ (*lack of insight*) war.

Bei 97 % der Patienten wurde fehlende Krankheitseinsicht festgestellt. Die nächsthäufigsten Symptome waren akustische Halluzinationen (74 %), Stimmenhören (70 %) und Beziehungsvorstellungen bzw. -wahn (70 %); (vgl. SCHIED 1990).

Auch in einer großen Stichprobe von chronisch kranken, langfristig hospitalisierten Patienten wurde in 89 % der Fälle mangelnde Krankheitseinsicht festgestellt (WILSON et al. 1986, nach AMADOR et al. 1991). Demnach gilt sowohl für akut kranke als auch für chronisch kranke, hospitalisierte Patienten, daß mit nennenswerter Krankheitseinsicht nur in einer kleinen Untergruppe gerechnet werden kann.

Beide Gruppen sind jedoch keineswegs repräsentativ für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Denn zu jedem Zeitpunkt ist jeweils nur eine Teilgruppe aller jemals Erkrankten akut krank oder chronisch krank und hospitalisiert. Die große Mehrheit dagegen ist voll-

ständig remittiert (symptomfrei) oder zumindest teilweise remittiert und lebt außerhalb stationärer Einrichtungen. Betrachtet man Untergruppen aus dieser Mehrheit anstatt die genannten Extremgruppen, so findet man ganz andere Angaben bezüglich der Häufigkeit von „Einsicht“:

- DAVID (1990) referiert die Ergebnisse von drei Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum mit remittierten Patienten: zwischen 68 % und 84 % zeigten zumindest teilweise „Einsicht“.
- GREENFELD et al. (1989) fanden bei remittierten Patienten in 76 % der Fälle eine mehr oder weniger ausgeprägte „Einsicht“ bezüglich der psychotischen Symptome, wobei im übrigen alle Befragten einen Rückfall fürchteten.
- In der Therapie-Studie von ASCHER-SVANUM (1989) erwiesen sich in einer Gruppe von remittierten Krankenhauspatienten 73 % bereits vor Beginn der psychoedukativen Therapie als krankheitseinsichtig.
- BIRCHWOOD et al. (1994) untersuchten Patienten bei Entlassung aus stationärer Behandlung; 81 % zeigten „vollständige Einsicht“ im Sinne von DAVID (1990). Dabei nahm die „Einsicht“ im Verlauf der Erkrankung nur bei denjenigen Patienten zu, deren klinischer Befund sich gebessert hatte.
- In der Studie von LARSEN & GERLACH (1996) bezeichneten sich 79 % der chronisch schizophrenen Patienten einer Ambulanz als „psychisch krank“.
- Selbst bei Patienten, die noch während der Akutbehandlung im Krankenhaus befragt werden, findet sich „Einsicht“ zumindest in Ansätzen. In der Studie von DAVIDHIZAR (1987) waren lediglich 20 % der Patienten durch vollständig fehlende „Einsicht“ charakterisiert, bei AMADOR et al. (1994) waren es 33 %, bei JØRGENSEN (1995) 36 %. Die übrigen Patienten zeigten zumindest Ansätze eines Krankheitsbewußtseins.

Die Größenordnung dieser Resultate findet sich bestätigt durch Zahlenangaben aus vier deutschen Studien: Hier variiert der Anteil der einsichtigen Patienten zwischen 71 % und 100 % (LINDEN 1985, ANGERMEYER & KLUSMANN 1988, DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 b, STARK & STOLLE 1994).

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, daß insbesondere in der (sub-) akuten Phase die Stellungnahme Betroffener zu ihrer Erkrankung inkonsistent sein kann. So z. B. WINDGASSEN (1989):

„Begriffe wie Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl erfassen das Erleben des akut Schizophrenen ... nur unzureichend, weil sie eine Kohärenz und Einheitlichkeit des Erlebens zugrunde legen, die den Patienten gerade häufig fehlt. So konnten zahlreiche Untersuchte Veränderungen beschreiben, die sie selbst als krankhaft bezeichneten, und doch bestritten sie, krank zu sein. Zur Charakterisierung wurden oft Formulierungen und Bezeichnungen benutzt, die eine Distanzierung von dem psychotischen Geschehen nahelegten, in das der Kranke wenige Sätze später wieder hoffnungslos verstrickt war“ (S. 116).

Nach den heute vorliegenden Ergebnissen kann man davon ausgehen, daß mindestens zwei von drei, eher drei von vier (teil-)remittierten, nicht dauerhospitalisierten schizophren Erkrankten sich zumindest zeit- und teilweise vom psychotischen Geschehen distanzieren können und somit über ein Krankheitsbewußtsein verfügen. „Fehlende Krankheitseinsicht“ ist also eher die Ausnahme als die Regel, auch bei Menschen, die einmal oder mehrfach an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind.

Die Skepsis der klassischen psychiatrischen Krankheitslehre gegenüber der „Einsichtsfähigkeit“ von Betroffenen auch nach Abklingen einer akuten Psychose (vgl. DAVID 1990) ist demnach wohl am besten im Kontext des traditionellen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie zu verstehen, nach dem Betroffene ja als weitgehend hilflose Opfer eines fortschreitenden, wahrscheinlich hirnrorganischen Prozesses erschienen.

Damit ist allerdings noch keine Aussage getroffen, welcher Art die Konzepte und Erklärungsmodelle von Betroffenen sind und wie sie die Tatsache verarbeiten, daß sie an einer psychischen Störung leiden.

Was letzteren Aspekt angeht, so hat bereits MAYER-GROSS (1920) auf die Rolle von unterschiedlichen psychischen Abwehrmechanismen bei der Verarbeitung der Psychoseerfahrung hingewiesen, die nach seiner Auffassung ein Kontinuum bilden. Neuere Arbeiten (z. B. SOSKIS & BOWERS 1969, McGLASHAN et al. 1975) basieren auf ähnlichen psychologischen Konzepten. So postulieren letztere ein Kontinuum von Verarbeitungsstilen zwischen den Polen „Integration“ und „Isolierung“ (*sealing over*). Der integrative Stil ist gekennzeichnet durch aktives Interesse an der psychotischen Erfahrung sowie das Bedürfnis, darüber zu sprechen und mehr über sich zu erfahren. Die isolierende Haltung wird charakterisiert mit „je weniger daran gerührt wird, desto besser“. Eine Kontinuität zwischen psychotischer Vergangenheit und Gegenwart wird im Gegensatz zum ersten Stil nicht angestrebt. Darüber hinaus zeigte sich, daß die kurz- bis mittelfristige Prognose der Erkrankung um so besser war, je eher der Verarbeitungsstil integrativ war und je weniger negativ die Patienten ihre Erkrankung und die eigene Zukunft beurteilten.

BOCK (1997) kam jüngst mit Hilfe von Interviews bei 34 Psychosekranken, die ihre Erkrankung weitgehend ohne die Hilfe psychiatrischer Institutionen bewältigen, zu Ergebnissen, die die Typisierung von McGLASHAN et al. (1975) grundsätzlich bestätigen. Knapp die Hälfte der Interviewten zeigte einen integrierenden, etwa 1/5 einen „separativen“ Verarbeitungsmodus. Das verbleibende Drittel läßt sich nicht eindeutig zuordnen, entweder wegen einer wechselhaften Haltung oder wegen höchst individueller Selbstrepräsentanzen, die „die Psychoseerfahrung quasi von selbst mit einschließen, einen Konflikt also zunächst nicht entstehen lassen“ (BOCK 1997, S. 288).

Im Hinblick auf die Beziehung von „Einsicht“ zu anderen Aspekten des Krankheitsgeschehens wird die Befundlage in den letzten Jahren dichter, ist aber inkonsistent:

- *Symptomatik*: In der Mehrzahl der Studien findet sich keine oder lediglich eine schwache Beziehung zwischen dem Ausmaß der Positiv-Symptomatik und „Einsicht“ (McEVOY et al. 1989 a, MICHALAKEAS et al. 1994, DAVID et al. 1995; JØRGENSEN et al. 1995, LARSEN & GERLACH 1996); Allerdings stellten BIRCHWOOD et al. (1994) mehr positive und AMADOR et al. (1994) mehr Negativ-Symptome bei Patienten mit gering ausgeprägter „Einsicht“ fest; letztere scheinen auch psychosozial weniger gut integriert (AMADOR et al. 1994).
- *Diagnose*: MICHALAKEAS et al. (1994) fanden depressive Patienten, nicht jedoch manische „einsichtiger“ als schizophrene und AMADOR et al. (1994) stellten fest, daß schizophrene Erkrankte im Durchschnitt weniger „einsichtig“ waren als schizoaffektiv und affektiv Erkrankte. Zwei weitere Studien dagegen finden keine Unterschiede zwischen schizophrenen und anderen psychotisch Erkrankten bezüglich ihrer Krankheitseinsicht (CUESTA et al. 1995, DAVID et al. 1995).
- *IQ/Kognition*: Umstritten ist auch die Beziehung zwischen „Einsicht“ und allgemeiner intellektueller Leistungsfähigkeit, auch wenn 4 von 8 Studien eine positive Beziehung feststellten (Überblick bei KEMP & DAVID 1996). MACPHERSON et al. (1996 a) fanden außerdem eine deutlich positive Beziehung zwischen Dauer der Schulbildung und „Einsicht“. Zwischen spezifischeren kognitiven Funktionen und „Einsicht“ werden überwiegend keine Zusammenhänge gefunden (McEVOY et al. 1996).
- *Behandlungseinfluß*: Im Verlauf der stationären Behandlung verbessert sich die Krankheitseinsicht im Durchschnitt signifikant (McEVOY et al. 1989 a, JØRGENSEN 1995, MICHALAKEAS et al. 1994); und Patienten mit größerer „Einsicht“ bei Entlassung werden über einen Zeitraum von 2,5 bis 3,5 Jahren seltener wieder aufgenommen (McEVOY 1989 b).
- *Suizidalität*: AMADOR et al. (1996) untersuchten den Zusammenhang von „Einsicht“ und Suizidalität und stellten fest, daß suizidale Gedanken und Verhaltensweisen stärker ausgeprägt sind, wenn die Betroffenen sich ihrer Symptome bewußt sind. Dies gilt insbesondere bezüglich der Negativ-Symptomatik.
- *Compliance*: Patienten mit stärker ausgeprägter „Einsicht“ bewerten die Behandlung als hilfreicher (DAVID et al. 1995) und zeigen im Schnitt eine höhere Medikamenten-Compliance; es gibt jedoch Patienten, die trotz „Einsicht“ keine Medikamente einnehmen,

sowie Patienten, die „uneinsichtig“ und zugleich compliant sind („doppelte Buchführung“; AMADOR et al. 1991, DAVID 1990):

„Wir waren beeindruckt von den vielen interviewten Patienten, die konstant nein antworteten, wenn sie gefragt wurden, ob sie krank seien oder Behandlung bräuchten, die aber klar ihren Willen zum Ausdruck brachten, im Krankenhaus Medikamente einzunehmen“ (McEVOY et al. 1989 a, S. 46, Übers. G.W.). Auch LARSEN & GERLACH (1996) berichten von 5 Patienten, die sich nicht für psychisch krank hielten, aber gleichwohl Medikamente einnahmen, um nicht psychotisch zu werden.

Im Hinblick auf die Therapie ist die Feststellung von großer Bedeutung, daß die allermeisten Betroffenen über lange Zeitstrecken durchaus in der Lage sind, sich von ihrem psychotischen Erleben zu distanzieren und sich bewußt sind, an irgendeiner Art psychischer Störung zu leiden. Damit ist eine entscheidende Voraussetzung für psychoedukative Therapieansätze gegeben, die an den vorhandenen, wie auch immer gearteten Konzepten ansetzen und versuchen, die bewußte Verarbeitung der Erkrankung und ihre konstruktive Bewältigung zu unterstützen. Sofern dies gelingt, kann eine positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf erwartet werden.

JOHNSON & ORRELL (1995) unterstreichen zu Recht, daß die Frage danach, ob ein psychosekranker Mensch krankheitseinsichtig sei, üblicherweise auf die Frage hinausläuft, ob er mit dem Krankheitskonzept des Behandlers übereinstimmt. Betroffene sind aber möglicherweise nicht deshalb „uneinsichtig“, weil sie krank sind, sondern weil sie über ein anderes Krankheitskonzept verfügen als psychiatrisch Tätige und andere Vorstellungen bezüglich der Behandlung haben als diese. Dabei spielen kulturelle und subkulturelle Einflüsse wahrscheinlich eine wichtige Rolle. So muß nicht von vornherein ausgemacht sein, daß Professionelle das „angemessenere“ Konzept haben, wie das Scheitern des traditionellen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie eindrucksvoll belegt.

Ob und in welchem Ausmaß es möglich ist, Krankheitseinsicht und konstruktive Krankheitsbewältigung zu fördern, wird also entscheidend von der Angemessenheit und „Verträglichkeit“ des Krankheitskonzeptes abhängen, das professionelle Therapeuten vertreten. Nur ein Schizophrenie-Verständnis, das im wesentlichen vereinbar ist mit dem subjektiven Erleben und dem Selbstkonzept der Betroffenen, wird eine tragfähige Basis für die (psychoedukative) Zusammenarbeit zwischen schizophren Erkrankten und Professionellen darstellen können.

3.2.2 Informiertheit von Betroffenen über unterschiedliche Aspekte der Erkrankung und ihre Behandlung

Welche Kenntnisse haben Betroffene vor und unabhängig von speziellen psychoedukativen Therapieangeboten über die Erkrankung und ihre Behandlung? Woher haben sie ihre Informationen und wie ist ihre Reaktion darauf? Die Beantwortung solcher Fragen kann wichtige Aufschlüsse geben über die Gestaltung psychoedukativer Behandlungskonzepte. Dabei sind verschiedene Aspekte zu unterscheiden: Informiertheit über die Diagnose, Erklärungsmodelle zur Entstehung der Erkrankung und Informiertheit über die unterschiedlichen Aspekte der Pharmakotherapie.

Die Diagnose „Schizophrenie“

Im Durchschnitt scheint nur gut jeder zweite Betroffene die korrekte Diagnose oder eine zutreffende Ersatzbezeichnung zu kennen: In sechs deutschen Studien variiert der Anteil von Patienten mit Diagnosekenntnis zwischen 31 % und 62 %, Median 52 % (HUBER et al. 1979, ZÖLLNER & DÖPP 1979, LINDEN & CHASKEL 1981, LUDERER 1989 a, LUDERER & BÖCKER 1993, LUDERER 1994 a). Dabei möchte offenbar die Mehrheit derjenigen, die keine zutreffende Bezeichnung für ihre Erkrankung kennt, die Diagnose erfahren: ZÖLLNER & DÖPP (1979) 60 %; LUDERER (1989 a) 56 %.

Wie reagieren Betroffene auf die Kenntnis der zutreffenden Krankheitsbezeichnung? Die Akzeptanz der Diagnose ist offenbar relativ ausgeprägt: 44 % bei HUBER et al. (1979);

65 % bei ZÖLLNER & DÖPP (1979) und 94 % bei LUDERER (1989 a) zeigten mindestens teilweise Akzeptanz, 64 % bei LUDERER (1994 a) vollständige Akzeptanz.

In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis einer Studie von WARNER et al. (1989) interessant: Die Akzeptanz des „Etiketts“ psychisch krank zu sein, ging nicht einher mit einem ungünstigeren psychosozialen Funktionsniveau. Die Autoren ziehen den Schluß, daß Akzeptanz der Erkrankung eine notwendige Bedingung für gute psychosoziale Anpassung bei Psychosekranken ist. (Dies gilt allerdings nur dann, wenn zugleich eine interne Kontrollüberzeugung besteht, d.h. wenn die Betroffenen das, was ihnen geschieht, als abhängig von ihrem persönlichen Einfluß wahrnehmen). Dieser Befund ist angesichts soziologischer Hypothesen zur Wirkung von Krankheits-Etiketten bei Stigmatisierungsprozessen sowie der Annahme von systemisch orientierten Therapeuten über die Festschreibung der Patientenrolle durch Diagnosen keineswegs selbstverständlich.

Was die Herkunft der Information über die psychiatrische Diagnose angeht, so sind Ärzte nach Angaben der Betroffenen zwar die häufigste, keinesfalls jedoch die einzige Informationsquelle. In der Studie von ZÖLLNER & DÖPP (1979) gaben 57 % der Befragten an, die Diagnose von einem Arzt erfahren zu haben, bei LINDEN & CHASKEL (1981) 51 %. DITTMANN & SCHÜTTLER (1990 a) berichten, daß eine „erhebliche Anzahl“ der Patienten „spontan“ den Terminus Schizophrenie gebrauchen, „wobei auf Nachfrage überwiegend angegeben wurde, noch nie mit einem Arzt darüber gesprochen zu haben. Die Information und diagnostische Zuordnung wurde überwiegend mittels anderer Patienten oder medizinischer Nachschlagewerke für Laien vollzogen“ (S. 481). LINDEN & CHASKEL (1981) stellten fest, daß die Informationen in etwa 30 % über administrative Wege sowie in 20 % über Freunde, Bücher und Krankenpflegepersonal erfolgte. Bei ZÖLLNER & DÖPP (1979) kannten 31 % die Diagnose aus dem Arztbericht oder haben sie „selbst entdeckt“.

Der Umstand, daß nur gut die Hälfte der Betroffenen hinreichend über die Diagnose informiert ist und davon nach eigenen Angaben offenbar wiederum nur etwa die Hälfte von einem Arzt aufgeklärt wurde, deutet darauf hin, daß die Offenheit des Arzt-Patient-Gespräches in diesem Punkt sehr begrenzt ist. Tatsächlich fand LUDERER (1994 a) in zwei Studien, daß Ärzte bei schizophrenen Patienten eine „umfassende Aufklärung“ weitaus seltener als bei affektiven oder Suchterkrankungen befürworteten (68 % gegenüber 95 % bis 100 %). Noch ausgeprägter war die Zurückhaltung bezüglich der Nennung der exakten Diagnose (21 % gegenüber 78 % bis 97 %).

In einer binationalen Untersuchung zeigte sich, daß nur etwa die Hälfte der befragten nord-amerikanischen Ärzte ihre Patienten aktiv, also von sich aus über die Diagnosen Schizophrenie oder schizophrenieforme Psychose aufklären, jeweils mehr als 80 % dies jedoch bei bipolar-affektiven, depressiven oder Angst-Erkrankungen befürworteten. In einer Vergleichsgruppe japanischer Ärzte informierten nur knapp 7 % aktiv über die Diagnose Schizophrenie. Gar nicht, also weder aktiv noch auf Nachfrage, würden 18 % der amerikanischen und 70 % der japanischen Ärzte informieren. Als Gründe für den zurückhaltenden Umgang mit der Diagnose wurden am häufigsten genannt: „schadet dem Patienten“ (26 % bzw. 40 %), „ist bedeutungslos für die Therapie“ (32 % bzw. 4 %) und „führt zu Mißverständnissen“ (48 % bzw. 25 %) (McDONALD-SCOTT et al. 1992). Das Ausmaß der Offenheit ist also u.a. erheblich von der Diagnose des Patienten abhängig und Ärzte neigen dazu, die Aufklärung von schizophren Erkrankten für problematisch zu halten.

Für negative Wirkungen der Diagnosemitteilung gibt es jedoch keine eindeutigen Belege. Zwar reagieren sicherlich einzelne Betroffene strikt ablehnend auf die Diagnose Schizophrenie (STARK & STOLLE 1994) oder mit vorurteilsbesetzten Ängsten (BECHTER 1993). Dies gilt offenbar jedoch keineswegs für alle Erkrankten, was die oben referierten Befunde zur Akzeptanz belegen.

Ein wichtiges Argument für den offenen Umgang auch mit dem Terminus Schizophrenie ist darüber hinaus, daß viele Betroffene ihn ohnehin aus anderen Quellen erfahren, ohne daß dann die Möglichkeit gegeben ist, die Diagnose in einem informierenden Gespräch angemessen einzuordnen. So konnten TELGER et al. (1984) zeigen, daß viele psychisch Kranke sich durch eine breite Palette von zum Teil dubiosen Quellen informieren. Im Gegen-

satz zu anderen Diagnosegruppen reagierten schizophrene Patienten doppelt so häufig ängstlich:

„In der Gruppe der jungen schizophrenen Patienten überwiegen die nachteiligen Folgen deutlich die günstigen Wirkungen, vor allem reagieren diese Patienten mit Angst“ (TELGGER et al. 1984, S. 59).

Wenn Betroffene bei ihrer Beschäftigung mit der Erkrankung auf sich selbst gestellt bleiben, kann dies also sehr wohl problematische Wirkungen haben. Dieser Umstand spricht ebenfalls eher für das möglichst offene Gespräch. LUDERER (1994 a) weist darauf hin, daß sich die Befürchtung, die genaue Diagnose „Schizophrenie“ würde seltener akzeptiert als eine irgendwie geartete Beschreibung, nicht empirisch stützen läßt. Er stellt fest:

„Die Sonderstellung, die Patienten mit Schizophrenien im Bewußtsein vieler Ärzte einnehmen, läßt sich insofern wohl nicht ausschließlich auf die Sorge um die Folgen eines offenen Gesprächs zurückführen. Ein wesentliches Motiv mag die generelle Scheu vor unangenehmen Mitteilungen sein: Die meisten Menschen überbringen schlechte Nachrichten weniger gern als gute“ (LUDERER 1994 a, S. 126).

Demnach wäre es eher ein problematisches, vorurteilsbehaftetes Krankheitskonzept auf Seiten der Ärzte, das einem offenen Informationsverhalten entgegensteht.

„Überhaupt nehmen die Patienten mit Schizophrenien eine Sonderstellung ein: Die Aufklärung wird bei dieser Patientengruppe als weniger wichtig erachtet als bei Patienten mit anderen Diagnosen, die wissenschaftliche Krankheitsbezeichnung wird häufig nicht genannt, das Gespräch über längerfristige Behinderungen im Sinne von Residualsyndromen wird vermieden. Es ist fraglich, ob diese Zurückhaltung dem Patienten in jedem Fall gerecht wird, oder ein grundsätzliches Vermeiden der Krankheitsbezeichnung „Schizophrenie“ nicht den negativen Wertakzent dieses Wortes weiter verfestigt. Es ist auch schwer nachzuvollziehen, wie sich ein in der Psychiatrie tätiger Arzt mit dem Patienten beispielsweise über die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen verständigen kann, wenn er nicht die krankheitsbedingten Behinderungen des Patienten zum Gesprächsthema macht“ (LUDERER & LOSKARN 1988, S. 484).

Dabei dürfte sich allerdings von selbst verstehen, daß mit dem zweifellos belasteten Schizophrenie-Begriff im Gespräch mit Betroffenen sorgsam umzugehen ist und daß viele von ihnen Unterstützung dabei benötigen, diesen Begriff angemessen einzuordnen und ihn von den größten Vorurteilen zu befreien. Gelingt dies, so kann dadurch eine konstruktive Krankheitsverarbeitung gefördert werden (BECHTER 1993).

Erklärungsmodelle von Betroffenen

Wie erklären sich Betroffene die Entstehung ihrer psychotischen Störung? Die zu dieser Frage vorliegenden Ergebnisse sind nicht ganz leicht zu interpretieren, weil sie auf unterschiedlichen Erhebungsverfahren beruhen und sehr unterschiedliche Kategorien verwenden. In der generellen Tendenz ist die Befundlage jedoch recht eindeutig:

- Fast alle Studien, die auf offenen oder halboffenen Befragungen beruhen, finden als häufigstes Erklärungsmuster eine multifaktorielle Genese (ANGERMEYER & KLUSMANN 1988, GREENFELD et al. 1989, DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 b, BOCK & JUNCK 1991; Ausnahme: WINDGASSEN 1989). Dies gilt auch für die Studie von STARK & STOLLE (1994), bei der alle Befragten eine „psychische“ Ursache vermuten, die meistens jedoch kombiniert war mit „konstitutioneller Labilität“.
- An zweiter Stelle rangieren ätiologische Vorstellungen, die die Erkrankung „persönlich“ bzw. rein intrapsychisch erklären (ANGERMEYER & KLUSMANN 1988, DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 b, LUDERER & BÖCKER 1993). Dies gilt mit Ausnahme der Studie von WINDGASSEN (1989), in der die Hälfte der Befragten eine primär psychoreaktive Genese vermuteten.
- Rein biologische Erklärungsmodelle sind dagegen eher selten: ANGERMEYER & KLUSMANN (1988) 16 %; WINDGASSEN (1989) 10 %, LUDERER & BÖCKER (1993) 24 %.
- Mit 16 % bis 26 % in der gleichen Größenordnung liegt der Anteil derjenigen Befragten, die keine Erklärungshypothesen äußern (ANGERMEYER & KLUSMANN 1988, WINDGASSEN 1989, DITTMANN & SCHÜTTLER 1990 b). GREENFELD et al. (1989) stellen ergänzend fest, daß alle Befragten, die psychotische Symptome anerkennen, auch Hypothesen zu deren Entstehung haben.

- Abseitige, esoterische oder auch wahnhaftige Erklärungen scheinen insgesamt eine unbedeutende Rolle zu spielen.

Methodisch ist bei allen Studien problematisch, daß sie nicht klar differenzieren zwischen ursächlichen und auslösenden Bedingungsfaktoren.

Demnach ist festzustellen, daß viele Betroffene bereits von sich aus und ohne von Professionellen informiert zu werden, von ätiologischen Vorstellungen ausgehen, die zumindest kompatibel sind mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell. DITTMANN & SCHÜTTLER (1990 b, S. 320) bezeichnen diese Übereinstimmung als „erstaunlich“. Ähnlich BOCK & JUNCK (1991):

„Die überwiegende Mehrheit der befragten Personen hat sich nicht mit psychiatrischer Fachliteratur beschäftigt. Um so erstaunlicher ist die weitgehende Übereinstimmung etwa mit der Vulnerabilitätshypothese CIOM-Pls“ (S. 61).

Bemerkenswert erscheint ferner, daß beide Studien, die Vergleiche zwischen den ätiologischen Hypothesen von Betroffenen und Professionellen angestellt haben, erhebliche Diskrepanzen feststellten:

LUDERER & BÖCKER (1993) fanden, daß die behandelnden Ärzte der von ihnen befragten schizophrenen Patienten die Erkrankung in 94 % der Fälle auf rein biologische Bedingungen zurückführten (Patienten: 24 %). Die Position der Ärzte ist demnach homogener, kann aber vor dem Hintergrund aktueller Modellvorstellungen zur Schizophrenie keineswegs a priori höhere Gültigkeit beanspruchen.

BOCK & JUNCK (1991) berichten, daß bei den befragten Mitarbeitern einer Tagesklinik die eindeutige Tendenz bestand, die Entstehung der Psychose auf den Familienhintergrund zurückzuführen, während die Patienten überwiegend multifaktorielle Erklärungshypothesen hatten. Nur einer von 6 Patienten zeigte sich informiert darüber, welche Ursachen sein Therapeut für die Entstehung der Psychose verantwortlich macht.

Auffällig ist, daß uns nur eine einzige Studie bekannt geworden ist, in der Betroffene nach ihrer Auffassung über die Prognose der Erkrankung gefragt wurden:

„Eine eindeutige Einschätzung war bei keinem von ihnen vorhanden. Positive und negative Einschätzungen konnten gleichzeitig auftreten oder mehr oder weniger stark in eine Richtung tendieren“ (STARK & STOLLE 1994, S. 76).

Die medikamentöse Behandlung

Praktisch alle schizophrenen Erkrankten werden – sofern sie überhaupt mit psychiatrischen Institutionen in Kontakt kommen – irgendwann und zumeist über längere Zeit mit Neuroleptika behandelt. Eine Aufklärung des Patienten über diese Behandlung einschließlich ihrer Nebenwirkungen und Risiken ist nicht nur ethisch sondern auch rechtlich geboten (s. unter 3.2.5).

Den wenigen Untersuchungen zufolge, die hierzu vorliegen, ist das Wissen der Betroffenen über die medikamentöse Behandlung jedoch mehr oder weniger lückenhaft:

- SOSKIS (1978) fand, daß lediglich 68 % in einer Gruppe von männlichen schizophrenen Krankenhauspatienten den Namen und 36 % die Dosis der von ihnen einzunehmenden Medikamente wußten. Sie verfügten außerdem über signifikant geringere Informationen über die erwünschten und mehr Informationen über die unerwünschten Wirkungen sowie die Risiken der Medikamente als eine Vergleichsgruppe internistischer Patienten. Dabei nahm die Bereitschaft zur Einnahme der Medikamente mit dem Wissen über negative Wirkungen tendenziell ab.
- LINDEN & CHASKEL (1981) berichten günstigere Befunde: 93 % ihrer ambulanten Patienten konnten alle eingenommenen Medikamente korrekt benennen; 85 % nannten spontan mindestens einen therapeutischen Effekt, 60 % mindestens eine Nebenwirkung. Die Funktion der Neuroleptikabehandlung konnten allerdings lediglich 39 % korrekt benennen. Hierbei handelt es sich um eine Stichprobe von langfristig an einer

Universitäts-Poliklinik ambulant behandelten Patienten, die von den Autoren als „hoch-compliant“ eingestuft werden.

- Auch BROWN et al. (1987) fanden einen hohen Informationsstand bezüglich Name und Zweck der Medikamente (> 90 %); nur 17 % der Befragten hatten jedoch Kenntnisse über mögliche Nebenwirkungen.
- LUDERER (1989 a) untersuchte stationäre Patienten einer Universitätsklinik: 49 % konnten die eingenommenen Medikamente korrekt benennen, 46 % kannten mindestens eine Nebenwirkung aus Erfahrung oder vom Hörensagen, aber nur 32 % verfügten über genaue oder überwiegend zutreffende Kenntnisse zu den erwünschten Wirkungen.

Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse also eine recht große Streuung, was nicht zuletzt durch die Unterschiedlichkeit der untersuchten Patientengruppen bedingt sein dürfte. Der Informationsstand schizophrener Patienten über die medikamentöse Therapie weist demnach mehr oder weniger große Lücken auf, wobei besonders ins Auge fällt, daß das Wissen um die erwünschten therapeutischen und rückfallprophylaktischen Wirkungen der Neuroleptika bei den meisten Betroffenen sehr begrenzt ist und offenbar noch geringer ausgeprägt als das Wissen über die unerwünschten Wirkungen.

3.2.3 Bewertungen/Erwartungen bezüglich psychiatrischer Behandlungsangebote

Werden schizophrene verletzbare Menschen nicht mehr als passive Objekte professioneller Behandlungsbemühungen, sondern als aktive, einsichts-, selbsthilfe- und mitverantwortungsfähige Subjekte gesehen, bekommen ihre Bewertungen und Erwartungen bezüglich psychiatrischer Hilfeangebote einen hohen Stellenwert. Denn diese entscheiden letztlich über die Akzeptanz und damit auch über die Wirksamkeit der Hilfen. Unter dieser Perspektive erscheinen „Patienten“ oder „Betreute“ als potentiell kritische und autonome Nutzer.

Untersuchungen über die generelle Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrer Behandlung sind relativ zahlreich; sie stammen allerdings ganz überwiegend aus dem stationären Kontext. Einen aktuellen Überblick über die Ergebnislage geben GRUYTERS & PRIEBE (1994). Sie berichten u.a., daß die allgemeine Zufriedenheit mit psychiatrischer Behandlung im Schnitt hoch ist (zwischen 56 % und 100 %) und häufig höher als die Behandler vermuten. Sehr viel weniger ist allerdings bekannt über die Bewertungen einzelner Behandlungsangebote durch spezielle Patienten- bzw. Nutzergruppen. Dies gilt in besonderer Weise für schizophrene Erkrankte.

Aussagekräftig und relativ eindeutig scheint die Befundlage lediglich bezüglich der Bewertung der medikamentösen Therapie. Stationäre Patienten beurteilten sie zu 57 % bzw. 60 % als „hilfreich“ (SOSKIS 1978, ROGERS et al. 1993) und ebenfalls zu 60 % als überwiegend oder eindeutig positiv (WINDGASSEN 1989). In der Studie von GREENFELD et al. (1989) sind 76 % der Auffassung, daß Medikamente und Psychotherapie eine wichtige Rolle bei der Reduktion ihrer Symptome gespielt hätten. Bei LUDERER & BÖCKER (1993) erwarten 69 % Hilfe von Medikamenten. Aber ähnlich viele erwarten Hilfe von verschiedenen Formen des Dialogs. In einer langfristig ambulant behandelten und als „hochcompliant“ eingestuften Stichprobe beurteilen 87 % der Befragten Medikamente als hilfreich (LINDEN & CHASKEL 1981), in einer anderen Gruppe ambulanter Patienten hatten 60 % eine positive Einstellung zur Depot-Medikation und 68 % gaben an, daß diese ihren psychischen Zustand verbessere (LARSEN & GERLACH 1996). Auch in einer Befragung von TRENCK-MANN (1990) äußerten 63 % der Befragten, ihre Depot-Medikation habe mehr Vor- als Nachteile.

ANGERMEYER et al. (1993) verglichen die Reaktion von 74 schizophrenen Patienten und mehr als 3.000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung auf folgende Feststellung: „Psychopharmaka sind das zuverlässigste Mittel, um bei einer psychischen Erkrankung einen

Rückfall zu verhindern.“ Von den schizophrenen Patienten stimmten 43 % dieser Feststellung zu (28 % antworteten „weiß nicht“), in der Allgemeinbevölkerung 18 % (31 % „weiß nicht“).

Dagegen fand DAVIDHIZAR (1987) ein Überwiegen eher negativer Bewertungen der Neuroleptika (55 % gegenüber 41 %). Die Autorin stellt ergänzend fest:

„Die interviewten Personen schienen sich nicht nur mit gegenwärtig erlebten, sondern auch mit Nebenwirkungen zu beschäftigen, die andere Patienten, mit denen sie gesprochen hatten, erleben, die sie selbst Jahre zuvor erlebt hatten oder über die sie gelesen oder gehört hatten“ (S. 181). Und weiter: „Während des Interviews gaben einige Patienten zu, daß ihre Einstellung zur Medikamenteneinnahme im Krankenhaus eine andere sei als nach dem Krankenhausaufenthalt, weil dann seien sie ‚gesund‘ und würden keine Medikamente mehr benötigen“ (S. 182, Übers. G.W.).

Berücksichtigt man eine Rate von 10 % bis 20 % Patienten, bei denen Neuroleptika keine erwünschten Wirkungen haben (sog. Non-Responder), beeindrucken die Bewertungen als äußerst positiv. Bemängelt wird allerdings von vielen Patienten die unzureichende Information über die Nebenwirkungen : 40 % (LINDEN & CHASKEL 1981), 52 % (HANSSON 1989) bzw. 73 % (LaROCHE & ERNST 1975) sind mit diesem Aspekt unzufrieden (die beiden zuletzt genannten Ergebnisse wurden in unausgelesenen Krankenhauspopulationen gefunden, in denen schizophrene Patienten nur eine Untergruppe darstellten).

Sehr viel dürftiger noch ist der Informationsstand bezüglich der Bewertung anderer Aspekte psychiatrischer Behandlung durch schizophrene Patienten. Was die in diesem Zusammenhang besonders interessante Frage angeht, wie gut sich Betroffene über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert fühlen, ist uns keine Untersuchung bekannt geworden, die sich ausschließlich auf schizophren Erkrankte bezieht.

Deshalb hierzu einige Resultate aus der Befragung unausgelesener Krankenhausstichproben: LUDERER (1989 a) fand, daß nur 40 % überwiegend zufrieden waren mit der Information über die Erkrankung (46 % waren unzufrieden oder ambivalent, die übrigen machten hierzu keine Angabe). In der umfassenden Untersuchung von HANSSON (1989), in der 44 unterschiedliche Kriterien der Behandlung beurteilt wurden, war die Unzufriedenheit am zweitgrößten mit verschiedenen Aspekten der Information sowie mit den Möglichkeiten, auf die Behandlung Einfluß nehmen zu können (am negativsten wurden die unterschiedlichen Formen von Zwang beurteilt). Ähnliche Resultate berichten RITTMANNBERGER et al. (1991): Zwar waren 51 % der Befragten mit der Information sehr zufrieden, aber auch hier wurden bezüglich der Fragen „Wie gut wurden Sie informiert?“ und „Wie gut fühlen Sie sich informiert?“ die negativsten Bewertungen unter insgesamt 12 Kriterien abgegeben. Auch SPIESSL & KLEIN (1995) fanden, daß gut die Hälfte der Befragten sich gut bis sehr gut über die Krankheit und Behandlungsmaßnahmen informiert fühlten, zugleich lag dieses Kriterium in der Reihenfolge der Zufriedenheit an 12. Stelle (von 14); nur die Stationsräumlichkeiten und die Ausstattung der Patientenzimmer wurden noch kritischer beurteilt. SVENSSON & HANSSON (1994) konnten die Ergebnisse von HANSSON (1989) bezüglich der ausgeprägten Unzufriedenheit mit Information und Einflußnahme auf die Behandlung in einer anderen Stichprobe bestätigen; sie fanden außerdem beim Vergleich verschiedener diagnostischer Untergruppen, daß die Unzufriedenheit am größten war bei schizophrenen Patienten. Schließlich faßt LORENZEN (1989) die Ergebnisse seiner Befragung von fast 400 Krankenhauspatienten, davon 41 % mit schizophrenen Psychosen, folgendermaßen zusammen: „Überhaupt wird beklagt, daß man zuwenig über seine Erkrankung informiert sei und daß man nur selten über bestimmte Therapiemaßnahmen aufgeklärt werde. Dieses Informationsdefizit dürfte bei den Patienten eine Reihe negativ zu beurteilender Folgen bewirken: Fehldeutungen adäquater therapeutischer Maßnahmen als Strafen; Mißverständnisse des nonverbalen Interaktionsverhaltens des Personals; Phantasien und Befürchtungen über die Handlungen und Absichten der Therapeuten; Angst und Unruhe auf der Station. Die Verweigerung von Information wird vom Patienten zwangsläufig als Verheimlichen interpretiert, sei es, um ihn wegen seines schlechten Gesundheitszustandes nicht zu beunruhigen oder sei es, um evtl. kritischen Bedenken oder Widerständen vorzubeugen“ (S. 130).

Diese generelle Problemanzeige wird gestützt durch vereinzelte Hinweise aus Befragungen schizophrene Erkrankter. In der Studie von WINDGASSEN (1989) wünschten knapp ein Drittel derjenigen Patienten, die etwas an der stationären Behandlung „vermißt“ hatten, mehr Information über die Erkrankung und Behandlung. Auch BOCK & JUNCK (1991) berichten, daß die von ihnen befragten Patienten mehr Informationen über die Erklärungsmodelle der Behandler wünschten.

HOFFMANN & PRIEBE (1996) befragten 153 schizophrene Langzeitpatienten und deren Behandler nach Hilfebedürfnissen und Hilfedefiziten in 15 Bereichen. Das Bedürfnis nach Information nahm im Selbsturteil den Rang 4 ein (hinter Wohnen, seelische Gesundheit, Finanzen), im Fremdurteil Rang 5. Bei den Hilfedefiziten rangierte Information ebenfalls auf

Rang 4, 30 % der Betroffenen gaben solche an. Die Behandler nahmen dagegen bei keinem Patienten ein Informationsdefizit wahr. KELSTRUP et al. (1993) verglichen die Zufriedenheit mit stationärer Behandlung von schizophrenen und affektiven Patienten. Bei 11 von 35 Kriterien erwiesen sich die schizophrenen Patienten als unzufriedener, darunter alle 4 Kriterien, die sich auf unterschiedliche Aspekte von Information bezogen.

LUDERER (1990) ließ schizophrene Patienten Informationsbroschüren über schizophrene Psychosen und ihre Behandlung bewerten. Grundsätzlich positiv über diese Art von Information äußerten sich 58 % der Betroffenen. Zwei konkrete Broschüren wurden überwiegend als hilfreich (62 % bzw. 71 %) bewertet; die darin enthaltene Information reichte jedoch vielen Betroffenen nicht aus (jeweils 46 %). Die überwiegende Mehrheit beurteilte beide Broschüren außerdem als „wenig einfühlsam“ (71 % bzw. 75 %):

„So erklärten uns viele Patienten mit schizophrenen Psychosen, sie erkennen sich zwar teilweise wieder, es seien jedoch in den Broschüren im großen und ganzen Symptome aufgeführt, die bei ihnen nur relativ kurze Zeit bestanden haben. Die Krankheitserscheinungen, die sich im Anschluß an die akuten Symptome entwickelt haben, seien nur kurz beschrieben, so als sei dies gar nicht so wichtig. Andere Fragen seien völlig ausgeklammert, Fragen wie: Wie lange muß ich die Medikamente nehmen? Können die Medikamente Schaden anrichten? Wie wird sich die Krankheit weiter entwickeln?“ (LUDERER 1990, S. 20).

Die Inhalte der Broschüren gingen also zumindest teilweise an den Erfahrungen und Bedürfnissen der Betroffenen vorbei. Dabei handelt es sich um die Broschüren von CROME und TÖLLE sowie von HAASE, die Anfang der 80er Jahre erschienen sind und aus heutiger Sicht in verschiedener Hinsicht als überholt erscheinen. Geeigneter sind die Ratgeber von LUDERER (1989 c), HELL & FISCHER-GESTEFELD (1993) sowie Finzen (1993 a). Besonders zu empfehlen ist das Buch von BÄUML (1994), das kaum eine Frage von Betroffenen und Angehörigen offen lassen dürfte.

MUESER et al. (1992 b) haben 46 schizophrene und schizoaffektive Patienten sowie ihre Angehörigen direkt bezüglich ihrer Bedürfnisse nach Information befragt (*educational needs*). Die am häufigsten genannten Themen von insgesamt 54 waren: 1. Das vom psychiatrischen Hilfesystem zu bekommen, was du brauchst; 2. Frühwarnzeichen; 3. Psychopharmaka; 4. Was passiert, wenn die Eltern sterben?; 5. Problemlösestrategien; 6. Genetik und Vulnerabilität; 7. Symptome; 8. Nebenwirkungen der Medikamente; 9. Streß und die Erkrankung; 10. Aktuelle Forschungsergebnisse über die psychische Erkrankung (die durchschnittliche Gewichtung dieser Themen lag zwischen 3,8 und 4,2 auf einer Fünf-Punkte-Skala). Das Informationsbedürfnis der Angehörigen war inhaltlich sehr ähnlich.

3.2.4 Zusammenfassung: Krankheitskonzepte der Betroffenen

Fassen wir die bisher referierten Ergebnisse zusammen, so läßt sich vorläufig festhalten:

- Die meisten schizophren Erkrankten sind außerhalb der akuten Phase sehr wohl in der Lage, ihre psychotischen Symptome als Anzeichen für eine Erkrankung bzw. psychische Störung wahrzunehmen und sich von dieser über längere Zeiträume hinweg zu distanzieren.
- Nur etwa jeder zweite Betroffene kennt eine zutreffende diagnostische Bezeichnung für seine Erkrankung.
- Wenn die Diagnose bekannt ist, so ist ihre Akzeptanz durchaus hoch. Die verbreitete Zurückhaltung auf Seiten professioneller Helfer bezüglich der offenen Nennung der Diagnose läßt sich also kaum mit einer grundsätzlich ablehnenden Reaktion auf Seiten der Erkrankten begründen.
- Betroffene verfügen darüber hinaus in der Regel über differenzierte, multifaktoriell ausgerichtete Vorstellungen zur Entstehung der Erkrankung, die zu großen Teilen durchaus kompatibel erscheinen mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie. Demgegenüber sind die Ätiologie-Modelle von Professionellen zum Teil durch größere Einseitigkeit gekennzeichnet („Biologie“, „Familie“).

- Die Kenntnisse über Art und Wirkung der eingenommenen Medikamente sind mangelhaft. Bemerkenswert ist insbesondere, daß die Informiertheit über die unerwünschten Wirkungen besser zu sein scheint als bezüglich der erwünschten.
- Die medikamentöse Therapie wird generell überwiegend positiv bewertet; bemängelt wird jedoch die unzureichende Information, insbesondere über die Nebenwirkungen. Die Information über die Erkrankung und die Behandlung ist aus Sicht vieler Patienten nicht ausreichend, es besteht der Wunsch nach mehr und anderer Information.
- Insgesamt ist der Forschungsstand allerdings unbefriedigend; die meisten Resultate beschränken sich auf die Informiertheit der Betroffenen sowie ihre Stellungnahme zur medikamentösen Behandlung.

Es wird unschwer deutlich, daß eine Mehrzahl der Betroffenen sich mehr oder weniger intensiv mit der schizophrenen Erkrankung auseinandersetzt, sich darum bemüht, das Krankheitsgeschehen zu verstehen und zu erklären, die Behandlungsangebote kritisch bewertet und in der Lage ist, diesbezügliche Erwartungen zu formulieren. Schizophren verletzliche Menschen verfügen also wie andere Gruppen von Menschen mit rezidivierenden bzw. chronischen Erkrankungen auch über mehr oder weniger differenzierte Krankheitskonzepte.

„Unter Krankheitskonzept kann man die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen eines Menschen hinsichtlich Störungen seines Gesundheitszustandes verstehen“ (LINDEN et al. 1988, S. 35).

Krankheitskonzepte sind subjektive Krankheitstheorien, die nicht nur zur Erklärung und Einordnung verschiedener Aspekte des Krankheitsgeschehens dienen, sondern die – durchaus im Sinne affekt-logischer Bezugssysteme – immer auch eine affektive Komponente sowie handlungsleitende Funktion haben. Sie sind in ihrer Komplexität und Vielfalt der Forschung sowie psychiatrischen Professionellen bisher sicherlich erst ansatzweise zugänglich.

„Krankheitskonzepte spielen somit ausgesprochen oder unausgesprochen eine wichtige Rolle in der Therapieplanung, -durchführung, -inanspruchnahme und -wirksamkeit. Sie zur Kenntnis zu nehmen und zu beschreiben und ggf. auch Versuche zur Veränderung zu unternehmen, sind wichtige therapeutische Aufgaben“ (LINDEN et al. 1988, S. 36).

Dieselben Autoren zeigen, daß die Krankheitskonzepte schizophrener Erkrankter ein hohes Maß an Differenzierung aufweisen. Faktorenanalytisch können sie sieben Dimensionen unterscheiden, die relativ unabhängig voneinander variieren: Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen, Negativerwartungen, Schuld, Zufallskontrolle, Krankheitsanfälligkeit, idiosynkratische Annahmen. Auf dieser Basis haben sie eine „Krankheitskonzept-Skala“ für schizophrene Erkrankte entwickelt.

DITTMANN & SCHÜTTLER (1990 a) fanden, daß sich 76 % der von ihnen interviewten Betroffenen intensiv mit ihrer Erkrankung auseinandersetzten und daß diese doppelt so häufig aktiv Bewältigungsstrategien einsetzten als diejenigen, die sich weniger mit der Erkrankung beschäftigten. DERISSEN (1989) stellt allerdings einschränkend fest, daß eine der Realität nicht angepaßte, „überaktive“ Krankheitsverarbeitung eher in Zusammenhang steht mit ungünstigen Verläufen; in diesen Fällen wird die Auseinandersetzung mit der Krankheit offenbar selbst zum Stressor.

Auf die handlungsleitende Funktion von Krankheitskonzepten hebt HELMCHEN (1990) ab, wenn er feststellt:

„Die ... erforderliche, meist ambulante Langzeitbehandlung wird jedoch ihr Ziel kaum erreichen, wenn der Patient nicht Verantwortung für sich übernimmt und sich aktiv beteiligt. Das kann er aber nur, wenn er über seine Krankheit und ihre Prognose aufgeklärt, über die Ziele und die Durchführung der Behandlung informiert und durch Vertrauen motiviert ist. Je länger eine Krankheit dauert, um so eingehender beschäftigt sich der Kranke mit ihr und ihren Folgen, sucht sie sich zu erklären und lernt, mit ihr in bestimmter Weise umzugehen. Je weniger der Arzt diesen Prozeß durch Aufklärung beeinflusst, um so eher wird sich der Kranke seine Informationen aus anderen Quellen, von wohlmeinenden Verwandten, aus Lexika oder aus den Medien holen; hier ist die Gefahr der Vereinfachung oder Einseitigkeit groß. Damit wächst die Wahrscheinlichkeit, daß der Patient ein Krankheitskonzept entwickelt, das sich von demjenigen des Arztes erheblich unterscheidet“ (S. 491).

Auch LINDEN (1985) stellt fest, daß Krankheitskonzepte von Arzt und Patient in der Regel nicht übereinstimmen und daß sie

„... nicht deckungsgleich sein können. Alleine schon die Unterschiede in der Perspektive, die sich daraus ergeben, daß Arzt und Patient in unterschiedlichem Maße durch eine Erkrankung persönlich betroffen sind, führen zu einer unterschiedlichen Wertung von Krankheitszeichen und damit zu unterschiedlichen Krankheitskonzepten“ (S. 8).

Eine Übereinstimmung der Krankheitskonzepte von Betroffenen und Professionellen ist also weder ein sinnvolles noch ein mögliches Ziel. Schon gar nicht kann es um eine „Angleichung“ der subjektiven Konzepte Betroffener an die „objektiven“ Erkenntnisse psychiatrisch Tätiger gehen. BOCK (1997) stellt zu Recht fest:

„Krankheitseinsicht hat nur einen Wert, wenn ein Zugewinn an Verständnis erreicht wird. Aus einer mehr oder weniger bedingungslosen Aufgabe differenzierter subjektiver Kategorien zugunsten abstrakt medizinischer Begriffe kann eine tiefere Einsicht kaum erwachsen. Krankheitseinsicht im Sinne eines Begreifens der konkreten inneren Umstände und der inneren Repräsentationen von abweichendem und auffälligem Verhalten ist zunächst einmal vor allem von den Therapeuten zu leisten“ (S 346 f).

An anderer Stelle plädiert er unter Bezug auf BARHAM für „eine gewisse Aufsässigkeit“ auf Nutzerseite. Entscheidend sei, sich der Identität als Patient zu widersetzen bzw. diese Identität nicht vorherrschend werden zu lassen. Ziel könne nicht sein, nur mit, sondern auch trotz, neben und gegen die Krankheit zu leben. Die Krankheit bloß zu akzeptieren, sei mit der Gefahr verbunden, aufzugeben und zu resignieren. „Eigentlich geht es um Selbstakzeptanz einschließlich der Hoffnung auf ein besseres Leben und der Kraft, daran zu arbeiten“ (BARHAM 1994, zit. nach BOCK 1997, S. 66).

Ganz ähnlich MCGORRY (1995):

„... für die Untergruppe, die eine überdauernde Erkrankung entwickelt, beansprucht die Aufgabe, ein Gleichgewicht zu erreichen zwischen der Anpassung an eine rezidivierende Erkrankung und der Aufrechterhaltung einer gesicherten Identität und Selbstachtung gewöhnlich mehrere Krankheitsepisoden und oft viele Jahre“ (S. 321, Übers. G. W.).

Dies kann jedoch nicht bedeuten, daß Widersprüche und Unvereinbarkeiten zwischen den Konzepten von Betroffenen und Professionellen eine akzeptable und hinreichende Basis für die therapeutische Zusammenarbeit darstellen. Insbesondere CIOMPI hat immer wieder darauf hingewiesen, daß ein gemeinsames Grundverständnis der Erkrankung und Behandlung, das sich an aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie orientiert, an sich bereits ein wichtiges therapeutisches Agens ist. Es schafft Eindeutigkeit, vermittelt Orientierung und fördert positiv-realistische Zukunftserwartungen.

Im übrigen gilt in Anlehnung an das Axiom „man kann nicht nicht kommunizieren“, daß es in der Kommunikation zwischen Betroffenen und Professionellen unmöglich ist, nicht zu informieren. Auch Schweigen oder ausweichende Stellungnahmen sind Information, auf die Betroffene sich ihren Reim machen und die ihre Krankheitskonzepte beeinflussen (zum Beispiel: „Meine Krankheit ist so schlimm, daß mein Arzt mir nicht einmal die Diagnose nennen mag“). Deshalb ist der Hinweis von MCGORRY et al. (1990) auf die möglichen Folgen von problematischen, überholten Krankheitskonzepten durchaus ernst zu nehmen:

„Die Patienten haben ... zusätzlich zu ihrer unmittelbaren Erfahrung der Erkrankung, ihr persönliches Krankheitskonzept, das geformt wird durch formelle und informelle, subtile ‚Psychoedukation‘, die auf fehlerhaften Kenntnissen und Annahmen beruht sowie auf denselben Verzerrungen, die zur Entstehung der ‚Illusion des Kliniklers‘ führen. Es ist wahrscheinlich, daß dies gerade im Fall der Schizophrenie eine Reihe von sekundären und protektiven kognitiven Reaktionen hervorruft wie zum Beispiel Verleugnung; und wenn diese sich als inadäquat erweisen, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Depression und Suizid das Ergebnis sind“ (S. 230, Übers. G.W.; zur „Illusion des Kliniklers“ vgl. 2.5.3).

Es ist fachlich und menschlich geboten, Schizophrenie explizit und in qualifizierter Weise zum Thema zu machen, um eine tragfähige Basis für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen zu schaffen. Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell bietet hierfür den geeigneten Rahmen.

3.2.5 Juristische und ethische Aspekte

Sowohl unter ethischer als auch unter juristischer Perspektive steht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten an oberster Stelle (Artikel 2, Abs. 2 Grundgesetz). Die Entscheidungsfreiheit des einzelnen schließt grundsätzlich alle medizinischen Maßnahmen ein und ist nach gegenwärtiger Rechtsauffassung im Konfliktfall höher zu bewerten als die ärztliche Sorge um das Wohlergehen des Patienten.

„Der Respekt vor der Autonomie des Patienten erfordert, ihn nicht nur über Diagnose und Prognose seiner Gesundheitsstörung, sondern auch über Ziele sowie Vor- und Nachteile möglicher Therapieverfahren zu informieren. Erst nach einer solchen Aufklärung kann der Patient seine Einwilligung zur Behandlung geben“ (HALTENHOF & BÜHLER 1992, S. 174).

Ein Arzt darf einen Patienten in aller Regel nur dann behandeln, wenn dieser mit der Behandlung einverstanden ist. Ein ärztlicher Eingriff ohne Einwilligung erfüllt – von Ausnahmen wie „Gefahr im Verzuge“ oder fehlender Einwilligungsfähigkeit abgesehen – den Tatbestand der Körperverletzung. Ein Patient kann aber nur dann sinnvoll sein Einverständnis geben, wenn er vorher ausreichend informiert wurde und somit weiß, worauf er sich einläßt (LUDERER 1994 a). Einverständnis setzt Informiertheit also notwendig voraus, was in der englischsprachigen Formulierung „*informed consent*“ gut zum Ausdruck kommt. Grundsätzlich bedarf jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme einer angemessenen Aufklärung, weil ohne ausreichende Einsicht des Patienten in die Art und Tragweite der Maßnahme seine Einwilligung als nicht rechtswirksam anzusehen ist (KERNBICHLER 1992).

Ethisch und juristisch unverzichtbar ist die Risikoaufklärung. Der Patient muß über Gefahren und Risiken der ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden, welcher Art diese auch sind.

Dies gilt insbesondere auch für die Aufklärung über mögliche Spätschäden der Neuroleptika (Späthyperkinesen bzw. Spätdyskinesien). Sie ist zwingend, wenn eine neuroleptische Langzeitbehandlung erfolgen soll (HELMCHEN 1991):

„Dies muß ... spätestens bei Übergang in eine indizierte Langzeitmedikation geschehen. Wenn man sich klarmacht, daß die Langzeitmedikation im Vergleich zur Akutmedikation eine neue Behandlung mit anderer Indikation, anderen Voraussetzungen und Modi der Durchführung und anderen Risiken ist, dann sollte man der Gefahr entgehen, von einer Akutbehandlung unbemerkt in eine Langzeitmedikation zu geraten und den Zeitpunkt rechtzeitiger Aufklärung zu versäumen“ (S. 266).

Rechtlich und ethisch nicht ganz unstrittig ist dagegen die Krankheits- und Befindlichkeitsaufklärung (LUDERER 1994 a), d.h. Information über Befunde, Diagnose und Prognose. Sie kann durch das „therapeutische Privileg“ eingeschränkt sein:

„Der Arzt muß den Patienten in vollem Umfang über dessen Krankheit informieren, wenn dieser es wünscht. Er darf also den Fragen des Patienten nicht ausweichen oder ihm gar bewußt die Unwahrheit sagen, um ihn zu schonen. Nur wenn ernste bleibende Gesundheitsschäden oder übermäßige psychische Belastungen des Patienten zu befürchten sind, kann die Krankheits- oder Befindlichkeitsaufklärung eingeschränkt werden oder unterbleiben. Dieses ‚therapeutische Privileg‘ darf jedoch nicht zu weit ausgelegt werden. Eine vorübergehende psychische Beeinträchtigung des Patienten muß in Kauf genommen werden“ (LUDERER 1994 a, S. 122).

Der Arzt muß also dem Patienten über alle medizinischen Fragen, die dessen Krankheit betreffen, Auskunft geben, es sei denn, es besteht die Gefahr, daß dieser durch allzu ausführliche Information dauerhaft körperlich oder psychisch geschädigt wird.

Die praktische Umsetzung dieser Prinzipien setzt einen nicht allzu schwer beeinträchtigten und einwilligungsfähigen Patienten voraus. Es kann geboten sein, die Einwilligungsfähigkeit gezielt zu überprüfen und sie im negativen Fall rechtswirksam zu ersetzen, z. B. durch die Zustimmung eines gesetzlichen Betreuers. Das Vorhandensein von akuten psychotischen Symptomen schließt die Einwilligungsfähigkeit jedoch keinesfalls von vornherein aus. Ist der Patient einwilligungsfähig, muß er frei und ohne unter Druck gesetzt zu werden, entscheiden können (BRABBINS et al. 1996).

Sicherlich muß die Aufklärung psychisch Kranker mit besonderer Vorsicht und Einfühlsamkeit erfolgen (LUDERER 1989 b). Deshalb kommt dem Zeitpunkt und der Art der Aufklärung eine besondere Bedeutung zu. Unter rechtlichem Aspekt muß die Aufklärung auch durch

den behandelnden Arzt selbst erfolgen, sie kann nicht delegiert werden (KERNBICHLER 1992). Die Aufklärung muß außerdem mündlich und individuell erfolgen; diese Form kann durch schriftliches Material oder Informationsgruppen rechtlich nicht ersetzt, selbstverständlich jedoch ergänzt werden (HELMCHEN 1991). Hiermit wird deutlich, daß der behandelnde Arzt durch psychoedukative Gruppenarbeit keinesfalls von seiner rechtlichen Verpflichtung zur Aufklärung entbunden wird. Inwieweit Psychiater ihren diesbezüglichen Verpflichtungen in der Praxis nachkommen, ist schwer zu beurteilen. Der unbefriedigende Informationsstand vieler Patienten verweist auf Defizite. Andererseits zeigt die praktische Erfahrung immer wieder, daß nachweislich informierte Patienten nicht über entsprechende Kenntnisse verfügen und bestreiten, informiert worden zu sein. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der erheblichen Störbarkeit der Informationsverarbeitung schizophrener verletzlicher Menschen gibt es gute Gründe dafür, die individuelle Aufklärung durch den Arzt zu unterstützen und zu ergänzen durch andere Formen der Information wie psychoedukative Gruppenarbeit oder auch schriftliches Material (s. dazu 3.6).

Anders als unter rechtlichem Aspekt kann es ethisch sowie fachlich nur wünschenswert sein, wenn auch nicht-ärztliche Berufsgruppen bei Information und Aufklärung in der Psychiatrie aktiv mitwirken. Sofern und sobald psychoedukative Arbeitsansätze als integrativer und unverzichtbarer Bestandteil jeglicher psychiatrischer Behandlung erkannt werden, können sie nicht mehr Sache einer einzigen Berufsgruppe sein. Psychoedukative Therapie ist vielmehr als ein wichtiges Mittel zu begreifen, um nach und nach eine gemeinsame Sprache in der Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen zu entwickeln.

3.3 Die Therapie schizophrener Erkrankter Menschen – Grundlagen

3.3.1 Voraussetzungen und allgemeine Anforderungen

Jede Art von Therapie mit schizophrenen Erkrankten bzw. verletzlichen Menschen sollte grundsätzlich geprägt sein von einigen grundlegenden Einsichten, die gegenwärtig keinem begründeten Zweifel unterliegen:

- *Eine ursächliche Therapie schizophrener Psychosen ist bis heute nicht bekannt.*
Jede Art von Therapie hat deshalb notwendig eher kompensierenden, sekundärpräventiven oder rehabilitativen Charakter. Bei der nicht kleinen Gruppe von Betroffenen, bei der nach langer Zeit von „Heilung“ gesprochen werden kann (vgl. 2.5.1), bleibt letztlich unklar, ob diese durch therapeutische Bemühungen, durch die Selbstheilungskräfte der Betroffenen, durch ihre Lebensbedingungen oder ein irgendwie geartetes Zusammenwirken dieser Faktoren bedingt ist.
- *Optimale Therapieergebnisse sind nur zu erwarten bei einer flexiblen Kombination von biologischen und psychosozialen Therapieverfahren.*
Die Zeit des Entweder-Oder sollte in der Therapie schizophrener Erkrankter vorüber sein. Die vorliegenden Ergebnisse der Therapieforschung belegen eindeutig, daß die Kombination medikamentöser sowie psycho- und soziotherapeutischer Verfahren günstiger wirkt als einer dieser Ansätze allein (COURSEY 1989, LIBERMAN et al. 1989, MÜLLER & SCHÖNEICH 1992, HOGARTY 1993). Dies bedeutet nicht, daß jeder Betroffene jederzeit sowohl medikamentös als auch psychosozial behandelt werden muß. Es geht um eine flexible, am jeweiligen individuellen Bedarf orientierte Kombination im Verlauf.
- *Jede Therapie hat – neben den erwünschten – mögliche unerwünschte Wirkungen.*
Bei der Psychopharmakotherapie sind die sogenannten Nebenwirkungen gut untersucht und für den Patienten unmittelbar nachvollziehbar, z.T. sind sie auch der direkten Beobachtung zugänglich (z. B. Parkinsonoid, s. u., 3.4.4). Über die möglichen Nebenwirkungen psychosozialer Therapien ist insgesamt weniger Genauer bekannt. Erwiesen ist jedoch die schädliche Wirkung von Überforderung bzw. Überstimulation. Diese können in unterschiedlichen Formen wirksam werden: z. B. als reizintensives, Abschirmung und

Rückzug verhinderndes Milieu in der Akutbehandlung (CIOMPI 1982, Kap. 7); als „Rehabilitationsdruck“ (WING 1986, 1987); durch Betreuer mit hoher „Expressed Emotion“ (HOGARTY 1993); als „aufdeckende“, emotional-provozierende, Ich-Funktionen schwächende Psychotherapien (DRAKE & SEDERER 1986) usw. Therapie jedweder Art ist nur dann qualifiziert und verantwortbar, wenn sie sich offen mit ihren möglichen unerwünschten Wirkungen auseinandersetzt – auch gegenüber den Betroffenen.

- *Die Therapie schizophrener Erkrankter ist keine Einzelleistung eines Therapeuten, einer Methode oder einer Institution.*

Die Unterschiedlichkeit der Störungen und Einschränkungen, die Betroffene sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt erleben (s. u.), bedingen die Notwendigkeit eines multimodalen und damit auch multiprofessionellen und in der Regel multiinstitutionellen Therapieansatzes. Jeder Therapeut und jede Institution (be-)handelt nur dann qualifiziert, wenn er/sie in dem Bewußtsein handelt, kein Einzelkämpfer zu sein und selbst jeweils nur einen begrenzten Beitrag zu leisten; und wenn er/sie sich aktiv darum bemüht, diesen Beitrag zur Behandlung in Beziehung zu setzen zu anderen Beiträgen (STOFFELS 1993).

- *Die Basis für alle therapeutischen Bemühungen hat der Dialog zwischen Betroffenen und Helfern zu sein, der durch Einbeziehung der Angehörigen fast immer zu einem Dialog zu erweitern ist.*

Betroffene sind als Subjekte wahr- und ernstzunehmen, die eigene Konzepte über ihre Erkrankung und deren Behandlung haben, die über eigene Erfahrungen und Fähigkeiten im Umgang damit verfügen, die spezifische Wünsche und Erwartungen an die Therapie haben und die Mitverantwortung für diese Therapie übernehmen müssen. Ihre Angehörigen sind insofern selbst betroffen, weil sie in vielfältiger Weise mit den Auswirkungen und Folgen konfrontiert sind, die das (Zusammen-) Leben mit einem schizophren erkrankten bzw. verletzlichen Menschen hat. Sie leiden z.T. erheblich unter den damit verbundenen Belastungen und Einschränkungen, und sie stellen oft die wichtigste, nicht selten einzig stabile Ressource im Leben des Erkrankten dar (vergl. 1.2.4).

Sie haben deshalb einen wohlbegründeten Anspruch darauf, in die Therapie ihres Familienmitgliedes in jeweils geeigneter Weise einbezogen zu werden. Dabei tut sich natürlich ein potentiell Konfliktfeld zwischen den Bedürfnissen und Interessenlagen von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen auf, das allerdings unvermeidbar ist und jedenfalls nicht durch die Verweigerung des Dialogs bzw. Dialogs vermieden werden kann.

Unter 2.6.3/4 wurden die therapeutischen Konsequenzen dargestellt, die sich aus dem Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie ergeben, sowie die Folgerungen, die dieses Modell für die Rolle der Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung hat. In Ergänzung dazu lassen sich einige weitere Anforderungsmerkmale für die Therapie schizophrener Erkrankter benennen:

1. Inhalte und Methoden der verschiedenen Therapiebausteine sollten vereinbar sein mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell schizophrener Psychosen, bzw. sich in diesem Kontext begründen lassen.
2. In der Therapiepraxis sollten die Störungen der Informationsverarbeitung besonders berücksichtigt werden, um ein optimales Anforderungsniveau zu gewährleisten und Überforderung zu vermeiden.
3. Ziele, Inhalte und Methoden einzelner therapeutischer Maßnahmen sollten für die Nutzer transparent, nachvollziehbar und akzeptabel sein, d.h., sie sollten an ihren Bedürfnissen und Erfahrungen anknüpfen und für sie „Sinn machen“.
4. Das Therapieangebot muß umfassend sein und die unterschiedlichen therapeutischen Zielebenen in integrierter Form abdecken.
5. Das Therapieangebot muß flexibel sein, d.h., es muß intra- und interindividuelle Schwankungen im Befinden fortlaufend berücksichtigen.

6. Das Therapieangebot insgesamt darf zeitlich nicht von vornherein befristet sein. Zeitlich begrenzten Therapien kommt bei schizophren Erkrankten grundsätzlich nur ein begrenzter Stellenwert zu.
Evaluations-Studien belegen, daß mit der Therapie in der Regel auch ihre Wirkung endet. Kurze Therapien mit begrenzter Reichweite sind in der Rückfallprophylaxe wahrscheinlich ebenso wenig wirksam, wie eine befristete Neuroleptikaeinnahme. Psychosoziale Therapie kann deshalb ebenso langfristig oder gar auf Dauer erforderlich sein wie neuroleptische Rezidivprophylaxe (was nicht bedeutet, daß jeder einzelne Therapiebaustein unbefristet verfügbar sein muß).
7. Die Wirksamkeit der angewendeten Therapieverfahren sollte empirisch belegt sein. Die erwünschten Wirkungen sollten die unerwünschten und schädlichen eindeutig überwiegen. Aufwand und Nutzen sollten in einem angemessenen Verhältnis stehen.
(CIOMPI 1986 a, COURSEY 1989, BELLACK & MUESER 1993, HOGARTY 1993)

3.3.2 Therapieziele

Therapieverfahren, welcher Art auch immer, sind kein Selbstzweck sondern Mittel, um bestimmte Behandlungsziele zu erreichen. Auch im Hinblick auf die Therapie schizophrener Menschen ist es nützlich, sich die möglichen Therapieziele zu vergegenwärtigen, um existierende Verfahren einordnen zu können und um Anhaltspunkte für die Indikationsstellung zu gewinnen.

Das Spektrum potentieller Ziele in der Therapie schizophrener Erkrankter läßt sich folgendermaßen abstecken:

- weitestmögliche Symptombefreiheit;
- minimierte Rückfallhäufigkeit;
- größtmögliche Autonomie im Umgang mit der Verletzlichkeit/Erkrankung;
- gestärkte Identität und positives Selbstkonzept;
- geringstmögliche Beeinträchtigungen durch primäre Störungen bzw. Defizite;
- größtmögliche Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung.

Diese Zielsetzungen sind sehr allgemein und müssen in jedem Einzelfall konkretisiert, ausdifferenziert und v.a. mit den Betroffenen ausgehandelt werden. Im folgenden werden die genannten Teilziele erläutert:

1. *Besserung der Symptomatik:*

Betroffene sollten soweit wie möglich ohne Symptome leben können, oder die Beeinträchtigungen durch fortbestehende Symptome sollten so gering wie möglich sein. Dabei geht es sowohl um positive als auch um negative Symptome.

2. *Optimierung der Rückfallprophylaxe:*

Betroffene sollten ihre individuelle Gefährdung sowie die Möglichkeiten (und Grenzen) der Rückfallvorbeugung kennen und in Zusammenarbeit mit ihrem Therapeuten sowie unter Einbeziehung ihres sozialen Umfeldes möglichst optimale Voraussetzungen für die Vermeidung von Rückfällen schaffen. Dies bedeutet allerdings keineswegs, daß Rückfälle um jeden Preis zu verhindern sind. Es gibt Situationen, wo eine akute Psychose die aktuell „beste“ Lösung ist.

3. *Stärkung der Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten:*

Betroffene sollten mit ihrer Verletzlichkeit und ggf. ihren krankheitsbedingten Einschränkungen soweit wie möglich eigenständig und selbstverantwortlich leben können. Es geht um die Stärkung der Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten des einzelnen, seine Autonomie. Dazu gehört die Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie ebenso wie der Umgang mit Belastungssituationen, mit dem Hilfesystem sowie mit Alkohol und Drogen. Es handelt sich hierbei um eine komplexe Aufgabe, zu deren Bewältigung Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen erforderlich sind.

4. *Förderung der subjektiven Krankheitsverarbeitung und Identität:*

Betroffene sollten die Erkrankung und ihre individuelle Verletzlichkeit soweit in ihr

Selbstkonzept integrieren können, daß ihr Identitätsgefühl gestärkt wird und sie ein positives Selbstkonzept bewahren bzw. wiedererlangen. Dabei geht es darum, den Patienten dabei zu unterstützen, die Psychose in seine Biographie einzuordnen sowie seinen persönlichen Genesungsstil zu erkennen und zu fördern. Dazu gehören die bereichernden Erfahrungen ebenso wie die Erfahrungen von Schmerz, Depression, Hoffnungslosigkeit und Stigma sowie die Auswirkungen auf die persönliche Lebensplanung. Dies schließt ein, die Betroffenen dabei zu unterstützen, eine Meta-Perspektive gegenüber der Erkrankung zu gewinnen, was wiederum ein Mindestmaß an Informiertheit voraussetzt.

5. *Kompensation primärer Störungen:*

Gemeint sind die fluktuierenden, mehr oder weniger überdauernden Störungen, die nach unserem heutigen Kenntnisstand den Kern der schizophrenen Verletzlichkeit ausmachen: Störungen der Informationsverarbeitung und Basisstörungen. Betroffene sollten dabei unterstützt werden, diese Störungen zu bewältigen bzw. zu kompensieren, ohne dabei in einen Teufelskreis der Überforderung zu geraten. Es ist derzeit allerdings noch eine offene Frage, ob die Vulnerabilität überdauernd therapeutisch beeinflussbar ist und damit die Dekompensationsschwelle verändert werden kann, oder ob lediglich zeitlich begrenzte, kompensatorische Effekte möglich sind (BÖKER 1991).

6. *Förderung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung:*

Schizophrene Erkrankungen führen bei der Mehrzahl der Betroffenen zu mehr oder weniger ausgeprägten und dauerhaften Einschränkungen bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen, z.B. durch fortbestehende Positiv- oder Negativsymptome, postremissive Erschöpfung oder auch dadurch, daß bestimmte Kompetenzen infolge der Erkrankung nicht erworben werden konnten. Dabei kann es sich handeln um Probleme im Umgang mit Geld, bei der Ernährung oder der persönlichen Hygiene, bei der Freizeitgestaltung, beim Umgang mit Ämtern und Behörden, bei der Gestaltung sozialer Kontakte sowie im Zusammenhang mit Partner- oder Elternschaft. Probleme dieser Art können die persönliche Autonomie und Selbständigkeit erheblich einschränken. Hilfen in diesen Bereichen haben teilweise eine kompensierende Funktion, es geht aber oft auch um den Erwerb von neuen oder den Ausbau von vorhandenen Fähigkeiten.

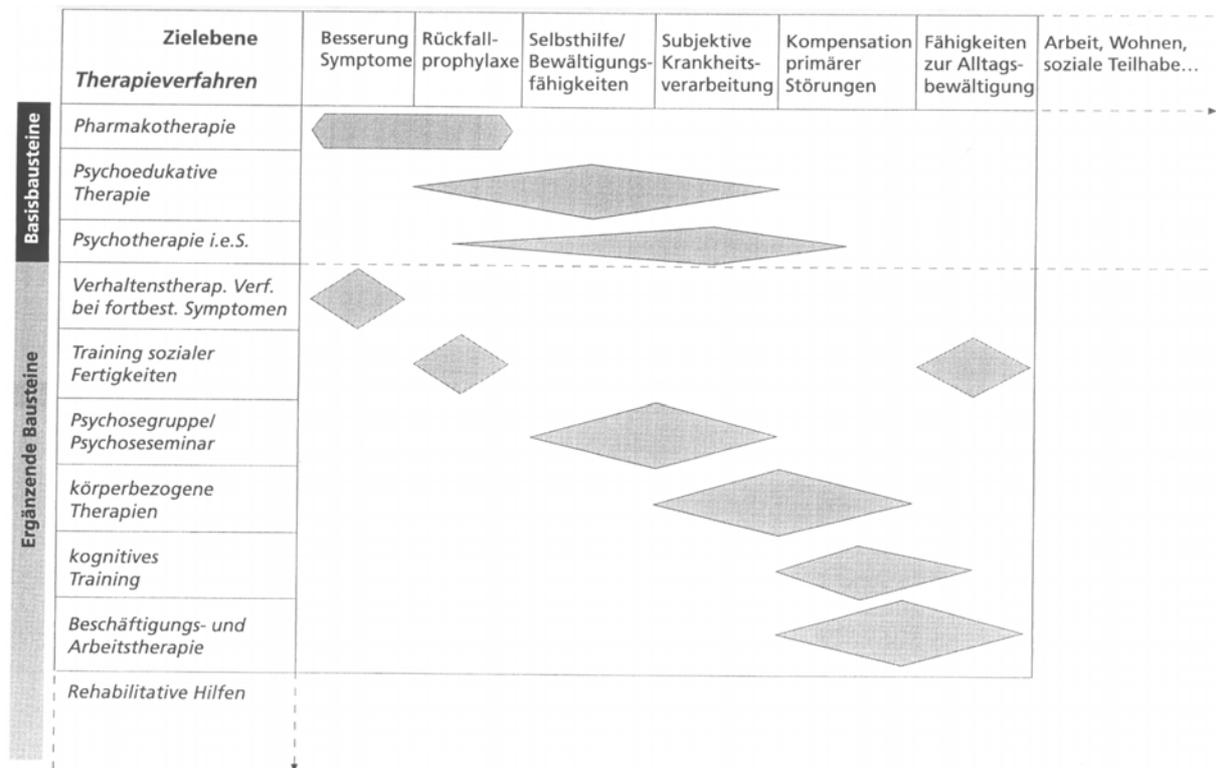
Es ist evident, daß diese Ziele sich untereinander mehr oder weniger stark überschneiden können (z. B. Symptomfreiheit und Rückfallprophylaxe). Sie können jedoch auch in Konflikt miteinander geraten, weil sich zwei Ziele nicht gleichzeitig erreichen lassen (so ist z. B. bekannt, daß eine optimale Rückfallprophylaxe nicht zwangsläufig Lebensqualität optimiert). Grundsätzlich sind diese Ziele jedoch gleichrangig, eine Gewichtung und Prioritätensetzung ist nur im Einzelfall möglich. Es ist ein Teil der therapeutischen Aufgabe, sie soweit wie möglich miteinander in Einklang zu bringen.

3.3.3 Therapieverfahren

Wenn therapeutische Ansätze und Methoden Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele sind, so sollte es möglich sein, den genannten Zielen bestimmte Therapien schwerpunktmäßig zuzuordnen. In Abbildung 3.1 (nächste Seite) wird ein solcher Versuch unternommen. Dazu einige Erläuterungen:

- Es wurden nicht alle erdenklichen Therapieverfahren in die Liste aufgenommen (GRAWE et al. 1994 unterscheiden allein ca. 40 psychotherapeutische Ansätze im weiteren Sinn). Die Auswahl orientiert sich zum einen an der Wirksamkeit und zum anderen an der Praxisrelevanz der Verfahren. Wirksamkeit heißt, daß es aus der Therapieforschung – zumindest ansatzweise – Belege dafür gibt, daß die erwünschten Wirkungen dieser Verfahren ihre unerwünschten deutlich überwiegen. Praxisrelevanz bedeutet, daß die genannten Verfahren nicht nur im Einzel- oder Ausnahmefall indiziert sein können (wie z. B. Hypnose), sondern daß sie zum Standardrepertoire psychiatrischer Therapie gehören. Dies impliziert, daß sämtliche in der Abbildung aufgeführten

Abb. 3.1: Therapieziele und Therapieverfahren in der Schizophreniebehandlung (patientenzentriert)



Verfahren, ob ambulant oder stationär, in einer Versorgungsregion verfügbar sein müssten, um von einem bedarfsgerechten Therapieangebot für schizophren erkrankte Menschen sprechen zu können – eine Anforderung, die in der aktuellen Versorgungspraxis nur allzu selten erfüllt sein dürfte.

- Die geometrischen Figuren sollen andeuten, bei welchen Therapiezielen das jeweilige Verfahren nach der Theorie, auf der es basiert, oder nach den bisherigen Forschungsergebnissen seinen Indikationsschwerpunkt hat. Davon zu unterscheiden ist das Wirkungsspektrum einer Therapie. Letzteres ist zumeist breiter als ersteres, weil jede Therapie – wenn sie wirkt – auch unspezifische Wirkungen hat. So bessern Neuroleptika nicht nur psychotische Symptome, sondern können damit zugleich indirekt auch die Alltagsbewältigung fördern. Vom kognitiven Training ist bekannt, daß es bei Patienten mit psychotischen Symptomen mindestens so gut bezüglich der Symptomatik wirkt wie bezüglich elementarer kognitiver Funktionen etc.
- „Basisbausteine“ sind solche Therapieverfahren, für die es – spätestens ab der zweiten psychotischen Episode – nach unserem heutigen Kenntnisstand *regelmäßig* eine Indikation gibt. Es bedarf also nicht die Anwendung (Regel), sondern die Nichtanwendung (Ausnahme) einer Begründung; z. B. warum jemand trotz andauernder produktiver Symptomatik *nicht* neuroleptisch behandelt wird; warum jemand trotz seines Wunsches *nicht* psychotherapeutisch behandelt wird; warum jemand *keine* Möglichkeit hat, an psychoedukativen Therapieangeboten teilzunehmen etc. Die Bezeichnung „Baustein“ impliziert keineswegs, daß die drei Basisverfahren separat und unabhängig zu realisieren sind. Im Gegenteil: Pharmakotherapie, psychoedukative Therapie und Psychotherapie i.e.S. sollten konzeptionell-inhaltlich soweit wie möglich aufeinander bezogen sein und wo möglich in integrierter Form angeboten werden. Gleichzeitig handelt es sich jedoch um unterschiedliche, gleichermaßen qualifiziert darzustellende therapeutische Ansätze. Ein wohlwollendes „Wie geht es Ihnen denn sonst so?“ bei Gelegenheit der Depotinjektion ist nicht Psychotherapie, genauso wenig wie der Hinweis auf eine Informationsbroschüre über Schizophrenie psychoedukative Therapie ist.
- „Ergänzende Bausteine“ sind solche, für die eine Regelindikation nicht gegeben ist, die aber bei sehr vielen Betroffenen – und nicht nur im Einzelfall – eine wichtige therapeutische Funktion haben können. So ist z. B. die Zahl derjenigen Patienten, die trotz optimaler neuroleptischer Behandlung nicht symptomfrei werden, relativ groß. Bei diesen ist im Prinzip eine symptomorientierte, verhaltenstherapeutische Behandlung indiziert und sollte auch angeboten werden. Bestimmte körperbezogene Therapien haben eine ichstützende, integrierende Funktion und kommen für viele Patienten vor allem beim Abklingen der akuten Psychose in Betracht usw. „Ergänzende Bausteine“ sind also nicht per se unwichtiger als Basisbausteine, eine Indikation kann häufig, muß jedoch nicht immer gegeben sein. Ihre Bedeutung im Rahmen des gesamten Behandlungsplanes kann im Einzelfall groß sein.
- Die aufgeführten Therapieverfahren gehen mehr oder weniger nahtlos über in Soziotherapie oder besser Rehabilitation. Diese ist ja zum geringsten Teil die Anwendung spezifischer rehabilitativer Verfahren, sondern um Rehabilitation handelt es sich in der Regel dann, wenn bestimmte Therapien in möglichst flexibler Kombination, mit besonderer Intensität und über eine gewisse Dauer realisiert werden. Rehabilitation verfolgt das Ziel der sozialen und beruflichen (Wieder-) Eingliederung. Insbesondere geht es um die Bereiche Wohnen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie Arbeit, Beschäftigung und Tagesstrukturierung (BUNDESMINISTERIUM 1988). Da es in diesem Kapitel um pharmako- und psychotherapeutische Hilfen für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen geht, wird auf dieses wichtige Thema hier nicht näher eingegangen.
- Sofern die in Abbildung 3.1 aufgeführten therapeutischen Hilfen im Rahmen einer (teil-)stationären Einrichtung erbracht werden, spielen Milieu-Faktoren eine potentiell sehr bedeutende Rolle. Dies gilt sowohl in negativer wie in positiver Hinsicht. CIOMPI hat die überfordernde, problemverschärfende Wirkung des Milieus vieler psychiatrischer Akutbereiche eindrucksvoll beschrieben:

„Ein akut Schizophrener wird, vielfach nach undurchsichtigen Manövern von Angehörigen, Ärzten, Polizei etc., in der Regel zunächst in einen sog. ‚unruhigen Wachsaaal‘ oder eine ‚unruhige Aufnahmeabteilung‘ mit-ten unter 20 bis 30 andere, ebenfalls verwirrte, erregte und dazu noch ständig wechselnde Patienten ge-steckt, dann in dieser angstvoll gespannten und total fremdartigen Atmosphäre von einem ebenfalls rasch wechselnden Personal unverständlichen Prozeduren ... unterworfen und schließlich, je nach Zustand, inner-halb von wenigen Tagen oder Wochen, oft mehrfach, in andere (ruhigere) Abteilungen mit anderen Mitpatien-ten, anderem Personal, ja sogar oft mit anderen Ärzten, anderen Verhaltensregeln, anderen Geboten und Verboten etc. weiterversetzt. Selbst da, wo einige dieser Schikanen abgeschafft oder gemildert sind, gleicht insgesamt, vom ohnehin verwirrten Patienten aus gesehen, die ‚Behandlung‘, die ihm widerfährt, vielfach ein-er dantesken Höllenfahrt, die auch von einem Geistesgesunden nicht leicht zu verkraften wäre und notge-drungen seinen psychotischen Zustand steigern muß. Zur ‚Ruhigstellung‘ sind infolgedessen hohe Dosen von Neuroleptika und eventuell weitere Zwangsmaßnahmen ... nötig, die mit dem Krankhaften zugleich viel Gesundes verschütten und ersticken“ (CIOMPI 1982, S. 348 f).

Als alternatives Milieu propagiert er:

„In *akuten Zuständen* brauchen sie, verwirrt und durcheinander wie sie sind, hypersensitiv, von allem Unge-wohnten sofort überfordert, unfähig zur Verarbeitung komplexer Informationen und ständig bereit zu wahnhaf-ten Umdeutungen und Verkennungen, vor allen Dingen eine *einfache und ruhige, entspannte und unkompli-zierte, übersichtliche, kleinräumige, beschützende und dabei möglichst natürliche Atmosphäre mit wenig Tru-bel, wenig Aufregung, wenigen, aber verlässlichen, gelassenen, verständnisvollen und vor allem gesunden Menschen um sich herum*“ (CIOMPI 1982, S. 345).

Im Rahmen des Soteria-Modells haben CIOMPI und Mitarbeiter versucht, ein solches opti-males therapeutisches und rehabilitatives Milieu für akut schizophren erkrankte Menschen zu realisieren. Dieses Modell wird von AEBI et al. (1993) sehr anschaulich beschrieben. Die Ergebnisse der Behandlung im Milieu der Soteria lassen sich stichwortartig so umreißen: Ihre Wirksamkeit unterscheidet sich im großen und ganzen nicht von der Behandlung in an-deren klinisch-stationären Settings; sie dauert länger und ist damit teurer; sie kommt mit er-heblich weniger neuroleptischen Medikamenten aus und wird von den Patienten subjektiv sehr positiv bewertet (vgl. CIOMPI et al. 1991, 1993).

Die Aufstellung in Abbildung 3.1 ist strikt patientenzentriert, d. h., daß therapeutische oder sonstige Hilfen für Angehörige der Erkrankten hier nicht berücksichtigt werden. Dies besagt keineswegs, daß Hilfen für oder unter Einbeziehung der Familien und Angehörigen weniger bedeutsam sind als Individuum-zentrierte Therapien. Wie unter 3.3.1 festgestellt, gehört zu einer qualifizierten psychiatrischen Therapie die Einbeziehung der Angehörigen und die Be-rücksichtigung ihrer Bedürfnisse und Interessen notwendig hinzu. Angehörigenarbeit im wei-teren Sinne wäre also durchaus als Basisbaustein einer umfassenden Schizophreniebehand-lung zu verstehen.

Eine angemessene Beschreibung und Bewertung angehörigenzentrierter Hilfen kann allerdings im Rahmen dieses Kapitels nicht geleistet werden. Es wird deshalb auf andere Arbeiten verwiesen: Zur Situation der An-gehörigen aus ihrer Perspektive DEGER-ERLENMEIER (1992); zur Ethik und Praxis der Angehörigenarbeit und Angehörigenselbsthilfe DÖRNER et al. (1991), KATSCHNIG & KONIECZNA (1989); zur aktuellen Dis-kussion um die (systemische) Familientherapie vgl. RETZER (1991, 1994); zu psychoedukativen familienthe-rapeutischen Ansätzen s. u. 3.6.5.

Die Individuumzentrierten Verfahren werden im weiteren wie folgt behandelt: Auf die Basis-bausteine wird unter 3.4 bis 3.6 näher eingegangen, die ergänzenden Bausteine werden im nächsten Abschnitt zusammenfassend behandelt.

3.3.4 Ergänzende Therapiebausteine

Die therapeutischen Verfahren, die in Abbildung 3.1 den „ergänzenden Therapiebausteinen“ zugeordnet wurden, werden hier soweit beschrieben, wie es erforderlich ist, um ihre poten-tielle Funktion im Rahmen eines umfassenden Behandlungsspektrums für schizophren er-krankte Menschen ansatzweise zu verdeutlichen.

Verhaltenstherapeutische Ansätze bei fortbestehenden produktiven Symptomen

Der Anteil derjenigen Patienten, die trotz optimaler neuroleptischer Therapie keine durch-greifende Besserung ihrer psychotischen Symptome erfahren (sog. Non-Responder), wird

in der Literatur mit 10 bis 20 % angegeben. Es werden jedoch in Abhängigkeit von der untersuchten Population auch Raten bis zu 50 % genannt (TARRIER et al. 1990).

Diese Patienten leiden unter fortdauernden Wahngedanken oder Halluzinationen, vor allem akustischen in Form von Stimmen, was durchaus einschneidende Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten, auf die Bewältigung von Arbeits- und Alltagsanforderungen, auf soziale Beziehungen und Lebensqualität haben kann. Dabei ist jedoch die subjektive Bedeutung zu berücksichtigen, die die z. T. über Jahre erlebten Wahnhalte oder Stimmen haben.

So kommt BENJAMIN (1989) nach einer Befragung von 30 Betroffenen zu dem Schluß, daß alle eine bedeutungsvolle und persönliche Beziehung zu ihren Stimmen haben und daß deren Inhalt entscheidend ist für die affektive und verhaltensmäßige Reaktion auf die Stimmen. In der Studie von OULIS et al. (1995) empfanden 4 von 5 ihre Stimmen als emotional bedeutsam, 2/3 erlebten sie teilweise oder ausschließlich als feindselig und 83 % als willentlich unbeeinflussbar. MILLER et al. (1993) fanden bei 50 Betroffenen, daß gut die Hälfte auch positive Aspekte von Halluzinationen erlebten (z. B. Begleitung, Entspannung) und daß immerhin jeder dritte die Halluzinationen nicht verlieren möchte – entweder generell oder unter der Bedingung, daß diese stärker unter der eigenen Kontrolle stehen. In der Stichprobe von CHADWICK & BIRCHWOOD (1994) berichteten alle Befragten, daß sie ihre Stimmen als sehr mächtig erlebten; dabei nahmen 45 % ausschließlich übelwollende, 23 % ausschließlich gutgesinnte und die übrigen gemischte oder nicht klar einzuordnende Stimmen wahr. Die Reaktionen im Erleben und Verhalten ist abhängig von der wahrgenommenen Absicht der Stimmen und z. T. sehr ausgeprägt. Alle Stimmen gaben Anweisungen oder Befehle, die in sehr vielen Fällen befolgt wurden. Auch bezüglich der Verhaltenskonsequenzen von Wahnerleben stellen WESSELY et al. (1993) bei der Hälfte ihrer psychotischen Patienten fest, daß sie zumindest zeitweise dem Wahn entsprechend handeln, wobei gewalttätiges Handeln allerdings selten war.

Die subjektiven Bewertungen psychotischer Inhalte sind also in jedem Falle einzubeziehen, wenn es um eine verhaltenstherapeutische Modifikation persistierender positiver Symptome geht.

Bei den bisher entwickelten Verfahren kann man grundsätzlich drei methodische Ansätze unterscheiden (vgl. VAUTH & STIEGLITZ 1993):

- *Operante Verfahren:* Diese zielen auf unmittelbare Verhaltenskonsequenzen von Symptomen (z.B. verbale Äußerungen über Wahn/Halluzinationen) und versuchen, deren Auftretenshäufigkeit durch Verstärkung oder Bestrafung zu senken. Im Vordergrund steht also der Abbau sozial störender Verhaltensweisen. Dabei ist problematisch, daß die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen und die damit einhergehenden Belastungen unberücksichtigt bleiben. Diese Methoden haben deshalb in der aktuellen Diskussion keine Bedeutung mehr.
- *Selbstkontroll-Verfahren:* Hierbei geht es darum, Betroffene systematisch dabei zu unterstützen, das Auftreten der Symptome selbst durch gezielten Einsatz von geeigneten Coping- bzw. Bewältigungsstrategien zu kontrollieren. Da die meisten Betroffenen bereits von sich aus entsprechende Strategien entwickeln (vgl. 2.4.3), ist von therapeutischen Ansätzen zu fordern, daß sie auf diese Strategien eingehen und sie aktiv in das therapeutische Vorgehen einbeziehen. Ein recht weit entwickeltes und erprobtes Beispiel für diesen Ansatz ist das *Coping Skills Enhancement/CSE* (Förderung von Coping-Fähigkeiten) der Arbeitsgruppe um TARRIER (TARRIER et al. 1990, 1993 a, b).
- *Kognitive Verfahren:* Diese fokussieren die vermittelnden kognitiven Prozesse zwischen Wahrnehmen/Erleben und Verhalten, wie z.B. subjektive Überzeugungen, Bewertungen und Schlußfolgerungen, die wiederum eng verknüpft sind mit der affektiven Reaktion auf die Symptomatik. Aufgrund eigener und anderer Ergebnisse zur Art der Beziehung zwischen Betroffenen und ihren Stimmen kommen CHADWICK & BIRCHWOOD (1994) zu dem Schluß, daß die einfache Unterweisung zum Einsatz von Bewältigungsstrategien zumindest dann unwirksam ist, wenn dadurch ein Konflikt mit zentralen Überzeugungen bezüglich der Stimmen entsteht. Kognitiv-affektive Prozesse werden damit als primär gegenüber dem Bewältigungsverhalten und seiner Einübung gesehen und deshalb unmittelbar zum therapeutischen Ansatzpunkt gemacht. Ein Beispiel für diese Art des Vorgehens liefern KINGDON & TURKINGTON (1991).

Die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Verfahren zur Behandlung psychotischer Symptome von simplen operanten Modellen über Selbstkontrollmethoden hin zu differenzierten kognitiven Ansätzen entspricht damit dem generellen Trend innerhalb der behavioral orientierten Psychotherapie in den letzten 10 bis 15 Jahren. Die aktuelle Betonung kognitiver Ansätze ist dabei als Optimierung und Ergänzung von Selbstkontrollverfahren anzusehen und nicht als deren Ersatz.

Im übrigen haben insbesondere die kognitiven Ansätze, bei denen es ja letztlich um eine inhaltliche Auseinandersetzung mit Wahn und Halluzinationen geht – die biographische Zugänge keineswegs ausschließt – eine interessante Implikation: Sie fordern eine Revidierung des klassischen psychopathologischen Konzeptes von Wahn und Halluzinationen geradezu heraus. Denn nach der traditionellen psychiatrischen Krankheitslehre ist der Inhalt von Wahngedanken oder Stimmen bedeutungslos. Wahninhalte werden z. B. im allgemeinen aufgefaßt als irrationale Überzeugungen, die weder durch frühere Erfahrungen noch durch aktuelle Gegenbeweise erschüttert werden können. Vor diesem Hintergrund macht es keinerlei Sinn, die Inhalte mit den Betroffenen zu besprechen und über ihre Gültigkeit zu argumentieren. Genau dies ist aber der Ansatzpunkt kognitiver Therapie, und die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, daß das Eingehen auf Wahninhalte durchaus Sinn machen und therapeutisch wirksam sein kann. Tatsächlich beruht die kognitive Therapie auf der begründeten Voraussetzung, daß der subjektive Überzeugungsgrad von Wahn und Halluzinationen keineswegs immer absolut ist, sondern inter- und intraindividuell differiert. Ob sich jemand von Stimmen oder einem Wahnhalt distanzieren kann, hängt nach KINGDON et al. (1994) von folgenden Faktoren ab: den erwarteten Konsequenzen beim Aufgeben des Wahns/der Stimmen (z.B. sozialer Art, aber auch bezüglich des Selbstwertgefühls); der Verfügbarkeit alternativer Erklärungen; der Art, wie diese Erklärungen präsentiert werden (dialogisch, argumentativ anstatt konfrontativ) und der Qualität der therapeutischen Beziehung (respekt- und vertrauensvoll). So ist auch unter aktuell verhaltenstherapeutischer Perspektive das Dogma von der Sinnlosigkeit, Unkorrigierbarkeit und psychotherapeutischen Unbeeinflussbarkeit psychotischer Inhalte in Frage zu stellen.

Empirische Belege für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Therapie bei produktiven Symptomen sind bis heute noch vergleichsweise dünn gesät. VAUTH & STIEGLITZ (1993) haben die relevante Literatur ausgewertet und fanden überwiegend Einzelfallstudien:

- *Wahn*: 7 Studien, die überwiegend darauf hindeuten, daß die Häufigkeit wahnhaften Verhaltens/Erlebens z.T. deutlich reduziert werden konnte und daß das Ausmaß der zeitlichen Inanspruchnahme durch die Wahnsymptomatik erheblich zurückging. Uneinheitlich sind die Resultate bezüglich der Veränderung des den Wahninhalten zugeschriebenen Realitätsgrades sowie allgemeine Erfolgsmaße (z.B. andere psychopathologische Symptome).
- *Halluzinationen*: 12 Studien mit dem generellen Ergebnis, daß durch Interventionen unterschiedlicher Zielrichtung eine Beeinflussung persistierender Halluzinationen möglich ist, die in einigen Einzelfallstudien bis zu einer Katamnesedauer von 3 Jahren belegt werden konnte. Die Ergebnisse zu Auswirkungen dieser Veränderungen auf andere Kriterienbereiche sind uneinheitlich.

VAUTH & STIEGLITZ (1993) werten diese Ergebnisse als ermutigend und fordern, die genannten Ansätze in kontrollierten Gruppenstudien auf breiterer Basis anzuwenden und zu überprüfen. Auf weitere überzeugende Studien kann inzwischen verwiesen werden (KINGDON & TURKINGTON 1991, BENTALL et al. 1994, CHADWICK & BIRCHWOOD 1994, CHADWICK & LOWE 1994). Bisher fehlten jedoch aussagekräftige Kontrollgruppen-Untersuchungen. Drei neuere Studien tragen dazu bei, diese Lücke zu schließen:

- TARRIER et al. (1993 a, b) führten die erste randomisierte Kontrollgruppenstudie zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie bei fortbestehender Positiv-Symptomatik durch. Eingesetzt wurden kognitive Strategien (z.B. Ablenkung, Selbstinstruktionstechniken), Verhaltensstrategien (z.B. Steigerung oder Verminderung sozialer Aktivitäten) sowie Entspannungsverfahren. Die Kontrollgruppe wurde mit einem Problemlösetraining ohne direkten Bezug auf psychotische Symptome behandelt. Beide Ansätze waren gleich wirksam bei der Reduzierung positiver Symptome, vor allem bei Wahngedanken. In einer Warte-Vergleichsgruppe zeigte sich dagegen keine Veränderung der Symptomatik. In der kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe war der Anteil der Patienten mit einer mindestens 50 %igen Reduktion der Symptomatik größer als in der Kontrollgruppe.

- GARETY et al. (1994) behandelten eine Gruppe von 13 Patienten über durchschnittlich 16 Sitzungen mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz, der 5 Elemente umfaßt: kognitiv-behaviorale Coping-Strategien, Umetikettierung und Psychoedukation, Zieldefinition und Überwindung von Hoffnungslosigkeit, Modifikation von Wahngedanken, Modifikation von dysfunktionalen Überzeugungen. Nach 6 Monaten zeigten sich bei den so behandelten Patienten im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe eine Besserung der psychotischen Symptomatik und geringere Depressionswerte. Die Patienten waren außerdem nach der Therapie weniger überzeugt von Wahnhaltungen.
- DRURY et al. (1996 a, b) entwickelten das Vorgehen von CHADWICK et al. zu einem komplexeren Therapieansatz weiter, in dem die Hinterfragung und Realitätsprüfung von (psychotischen) Überzeugungen in Einzeltherapie und Kleingruppen erweitert wurde durch die Einbeziehung von Angehörigen. Die Therapie zielte insgesamt auf eine Auseinandersetzung mit und eine Integration des Krankheitsgeschehens ab (Zeitaufwand ca. 4 Std./Woche über 8 Wochen; die Kontrollgruppe erhielt nur ein strukturiertes Freizeitangebot im gleichen zeitlichen Umfang). Die Therapie wurde noch während der Akutbehandlung im Krankenhaus durchgeführt, d.h. es handelte sich nicht notwendig um Patienten mit chronischen, therapieresistenten Symptomen. Die Ergebnisse der Studie sind überzeugend: Die Patienten der Therapiegruppe zeigten sowohl am Ende der Therapie als auch in der Katamnese nach 9 Monaten ein signifikant geringeres Ausmaß an Positiv-Symptomen (bezüglich Negativ-Symptomen und Desorganisiertheit unterschieden sich die Gruppen nicht). Darüber hinaus wurde die Zeitdauer bis zur Remission sowie die Hospitalisierungsdauer durch die kognitive Therapie um 25-50 % verkürzt.

Training sozialer Fertigkeiten

Soziale Fertigkeiten (*social skills*) werden in der angloamerikanischen Literatur definiert als diejenigen kognitiven, verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen, die im interpersonellen Kontext erforderlich sind, um eine möglichst selbständige Lebensführung in der Gemeinde zu gewährleisten und um unterstützende soziale Beziehungen aufzubauen, aufrecht zu erhalten und zu vertiefen (LIBERMAN et al. 1986). Gemeint sind also zwischenmenschliche Fähigkeiten wie sich unterhalten, Selbstbehauptung in sozialen Interaktionen und interpersonelles Problemlösen.

Der Social Skills-Ansatz hat sich vor allem entwickelt aus der Arbeit mit jungen chronisch Psychosekranken. In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß schizophrene Erkrankte sehr häufig Beeinträchtigungen in solchen Fertigkeiten aufweisen, die in der interpersonellen Kommunikation und Interaktion von Bedeutung sind.

Schizophrene Erkrankte zeigen erhebliche Einschränkungen bei der sozialen Wahrnehmung, speziell bei der Wahrnehmung von negativen Affekten bei anderen. Sie haben Schwierigkeiten, den mimischen Ausdruck adäquat einzuschätzen und unterschätzen die Intensität negativen affektiven Ausdrucks. In Situationen, die interpersonelle Konflikte einschließen, haben sie Schwierigkeiten, sich verbal zu behaupten. Wenn sie mit eigenen Fehlern oder Unzulänglichkeiten konfrontiert werden, neigen sie dazu, diese zu verleugnen, statt sie einzugestehen oder sich zu behaupten. Wenn sie mit interpersonellen Problemen konfrontiert sind, zeigen sie wenig angemessenes verbales und paraverbales Verhalten. Dabei handelt es sich offenbar um relativ überdauernde Defizite, die unabhängig von Krankheitssymptomen sind und die mit einer schlechten sozialen Anpassung einher gehen. Dies gilt sowohl im Vergleich zu anderen Gruppen psychisch Kranker als auch zu Gesunden. Gute soziale Fertigkeiten korrelieren mit guter prä-morbider Anpassung, weniger Negativsymptomen und weiblichem Geschlecht. Die Defizite bestehen z. T. bereits von der frühen Kindheit an (MUESER et al. 1990 b, 1991, BELLACK et al. 1992).

MUESER et al. (1991) zeigten, daß 67 % der von ihnen untersuchten schizophrenen oder schizoaffektiven Erkrankten bezüglich ihrer sozialen Fertigkeiten (gemessen an einem Rollenspiel-Test) außerhalb der Streuung einer gesunden Kontrollgruppe lagen; d. h. zwei von drei zeigten schlechtere Fertigkeiten als der am wenigsten kompetente Kontrollproband. Dies galt auch bei einer Nachuntersuchung ein Jahr später, d.h., die Defizite waren trotz symptomatischer Besserung relativ stabil.

Diese Befunde sind gut vereinbar mit denjenigen zur Wirkung von „*Expressed Emotion*“ (vgl. 2.4.4). Sie werfen ein Licht darauf, wie Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik und beim Einordnen des affektiven Ausdrucksverhaltens anderer in teufelskreisartige Feedback-Schleifen einmünden können, angesichts derer Verleugnung von Problemen oder sozialer Rückzug als Selbstschutzmaßnahme verständlich werden.

Dabei wird allerdings mit Recht darauf hingewiesen, daß die Beobachtung von Verhaltensdefiziten nicht unbedingt bedeuten muß, daß entsprechende Fertigkeiten nicht gelernt wurden. Es kann ebensogut sein, daß vorhandene Fertigkeiten nicht spontan gezeigt werden; z. B. wegen fortbestehender Negativsymptome oder situativer Faktoren (APPELO et al. 1992).

Forschungsergebnisse wie die genannten haben insbesondere in den USA bereits in den 70er Jahren zur Entwicklung von *Social Skills Trainings/Training Sozialer Fertigkeiten* (TSF) geführt. Während herkömmliche psychosoziale Hilfskonzepte auf die unspezifische, eher beiläufige Wirkung von Gruppenaktivitäten und sozialen Milieus auf die interpersonellen Fertigkeiten der Beteiligten setzen, beruht das TSF auf einer strikten Anwendung lerntheoretischer Prinzipien (LIBERMAN et al. 1986).

In den USA ist es vor allem die Arbeitsgruppe um LIBERMAN, WALLACE und ECKMAN in Los Angeles, die sich mit der Entwicklung von sog. TSF-„Modulen“ beschäftigt hat. Nach verschiedenen Veröffentlichungen dieser Gruppe stehen inzwischen Trainings-Module für folgende Problembereiche zur Verfügung: Umgang mit Medikamenten, Umgang mit Symptomen, Freizeitaktivitäten, Selbstversorgung und persönliche Hygiene, Umgang mit Geld und Freundschaft/Verabredungen (LIBERMAN et al. 1986, WALLACE et al. 1992). Eine exemplarische Beschreibung des Vorgehens findet sich bei LIBERMAN et al. (1986). Das TSF dieser Gruppe mutet mit seinem strikt behavioristischen Vorgehen einschließlich Video-Feedback und standardisierten Instruktionen recht technokratisch an, und es ist schwer vorstellbar, daß es in dieser Form auf mitteleuropäische Verhältnisse übertragbar ist. Das Medikamenten-Modul ist inzwischen von Arbeitsgruppen in der Schweiz und Deutschland adaptiert worden, wie es scheint mit gemischten Ergebnissen (vgl. 3.6.4). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Arbeitsgruppe in Los Angeles relativ schwer beeinträchtigte Patienten behandelt. Die Durchführung der Module ist verhältnismäßig zeitaufwendig (90 Minuten, 1 bis 3 Mal wöchentlich, über mindestens 2 bis 3 Monate). Es liegen inzwischen eine Reihe von Evaluationsstudien vor, die die Praktikabilität und generelle Wirksamkeit dieser Trainings auch im normalen Versorgungskontext belegen (z. B. WALLACE & LIBERMAN 1985, ECKMAN et al. 1990, WALLACE et al. 1992).

PENN & MUESER (1996) geben einen Überblick über die Ergebnisse der 6 kontrollierten Studien, die bis heute zum TSF der Liberman-Gruppe bzw. zu vergleichbaren Verfahren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Schizophren Erkrankte können durch TSF eine Vielzahl instrumenteller und sozialer Fertigkeiten erwerben und übertragen diese zumindest teilweise auf alltägliche Situationen. Sie nehmen sich nach dem Training außerdem als selbstsicherer und weniger ängstlich wahr.
- Die Wirkungen auf das allgemeine soziale Funktionsniveau sind dagegen begrenzt, auch wenn einzelne positive Effekte festgestellt wurden.
- Überzeugende Belege für eine Verringerung der Rückfallhäufigkeit durch TSF wurden bisher nicht gefunden.
- TSF entfaltet seine optimale Wirksamkeit erst bei mindestens einjähriger Therapiedauer (vgl. auch BRENNER & PFAMMATTER 1996).

Es wäre jedoch falsch, das TSF gleichzusetzen mit dem Ansatz der Los Angeles-Gruppe. BENTON & SCHROEDER (1990) führten eine Meta-Analyse von 27 Studien zum TSF bei schizophren Erkrankten durch, die zwischen 1972 und 1988 überwiegend in klinischen Settings durchgeführt wurden. Das Ergebnis:

- TSF führt zu deutlichen Veränderungen des direkt beobachtbaren Verhaltens in sozialen Situationen;

- die Selbsteinschätzung der Teilnehmer verändert sich signifikant in Richtung auf größere Selbstbehauptung und weniger soziale Ängstlichkeit;
- geringere Effekte zeigten sich bei der Selbstbeurteilung der Symptome und der Fremdbeurteilung der allgemeinen psychosozialen Anpassung.

Darüber hinaus wurden höhere Entlassungs- und geringere Rückfallraten für trainierte Patienten gefunden. Der Transfer der Trainingseffekte auf Alltagssituationen sowie die zeitliche Stabilität der Effekte ist befriedigend. Insgesamt bewerten die Autoren die Wirksamkeit von TSF als „klinisch bedeutsam“ und empfehlen es als wichtige Komponente eines umfassenden Therapieprogramms für schizophrene Patienten.

In eine aktuelle Meta-Analyse von DILK & BOND (1996) zur Evaluation von TSF bei schweren psychischen Störungen gingen insgesamt 68 Studien ein, die am stärksten repräsentierte diagnostische Gruppe war Schizophrenie. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß TSF mittlere bis hohe Effektstärken aufweist und seine Wirksamkeit bezüglich des Erwerbs neuer Fertigkeiten und der Besserung der psychiatrischen Symptomatik gut belegt ist. Soweit Kattamnesebefunde vorliegen, erwiesen sich die Besserungen als stabil. Unklar sei jedoch, inwieweit ein Transfer der erworbenen Fertigkeiten in den Alltag erfolge.

Im europäischen Raum ist das Interesse an TSF bisher offenbar recht begrenzt geblieben. Zwar können mindestens 3 der 5 Bausteine des „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms“/IPT von BRENNER und seiner Arbeitsgruppe (RODER et al. 1992) als Realisierung von TSF aufgefaßt werden („Kommunikationstraining“, „soziales Verhaltenstraining“, und „interpersonelles Problemlösen“), diese sind jedoch zugleich die am wenigsten erprobten und untersuchten Komponenten des Therapieprogramms (s. u. 3.3.4).

Eine Münsteraner Arbeitsgruppe berichtet über günstige Effekte eines Problemlösetrainings, das als „handlungsorientierte Therapie“ bezeichnet wird (BUCHKREMER & FIEDLER 1987, HORNING et al. 1995; s. dazu auch 3.6.4). BOSSERT-ZAUDIG et al. (1994) haben ein Training in sozialer Kompetenz in einer Gruppe chronisch Kranker erprobt. Sie fanden deutliche Verbesserungen der kommunikativen Fähigkeiten im Vergleich zu einer bewegungstherapeutisch behandelten Vergleichsgruppe.

Psychosegruppe/Psychoseseminar

„Jede Patientin und jeder Patient muß die Möglichkeit erhalten, sich mit dem Psychoseerleben auseinanderzusetzen“ (VÖLZKE & PRINS 1993).

Diese Forderung gehört heute zu den zentralen Positionen der Betroffenen-Bewegung, die in Deutschland seit 1992 im „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener“ ihre organisatorische Basis hat. Die in den 90er Jahren nach und nach vielerorts entstandenen Psychosegruppen und Psychoseseminare sind nicht zuletzt als Antithese zu verstehen zum Unverstehbarkeits- und Sinnlosigkeitsdogma, mit dem die traditionelle psychiatrische Krankheitslehre das Psychoseerleben belegt hat. Dementsprechend sind die Erfahrungen vieler Betroffener:

„Eine Frau, die von einem Kampf auf Leben und Tod in einem Drama mit kosmischen Ausmaßen berichtet, beschloß diesen Bericht wie folgt: ‚Das einzige Mal, daß ich mit jemandem über Inhalte geredet habe, verlief folgendermaßen: Der Psychiater fragte ‚Hören Sie Stimmen?‘ und ich sagte ‚Ja‘. Und er sagte ‚Sehen Sie Wesen?‘ und ich sagte ‚Ja‘. Das war alles – dann hat mich nie wieder jemand gefragt. Auch in der ganzen Rekonvaleszenzzeit nicht‘. Ein anderer ergänzte: ‚Mich fragte eine Assistenzärztin wie aus der Pistole geschossen: Hatten Sie schon Halluzinationen?‘ – Das ist das einzige, was sich inhaltlich auf die Psychose bezog. Das fand ich sonderbar. Ich konnte das auch nicht beantworten. Ich habe keine Halluzinationen gehabt, auch keine Stimmen gehört, aber `ne handfeste dicke Psychose habe ich trotzdem gehabt. Aber darauf hat man sich nie bezogen‘. Solche oder ähnliche Aussagen kamen von fast allen Teilnehmern“ (SCHERNUS & SCHINDLER 1992, S. 139).

Unter psychotherapeutischem Blickwinkel kann es nur als Kunstfehler erscheinen, Betroffenen die Möglichkeit vorzuenthalten, über das „unerhörte Erleben“ (M. BLEULER) einer schizophrenen Psychose zu sprechen und sie nicht dabei zu unterstützen, dieses Erleben auf ihre persönliche Weise zu verarbeiten.

„Symptome um jeden Preis zu beseitigen, bevor auch nur ansatzweise ihre Bedeutung verstanden worden ist, diese durchgängige (psychiatrische) Praxis kann sich heute außerhalb von Situationen mit akuter Le-

bensgefahr nicht einmal mehr ein Internist leisten. In der Psychiatrie muß diese Haltung erst recht als mangelnder Respekt vor Integrität verstanden werden“ (BOCK et al. 1992, S. 15).

Unter 3.2.1 wurde allerdings bereits darauf hingewiesen, daß nicht alle Betroffenen eine Integration des Krankheitsgeschehens in ihre Biographie für sich anstreben. Für viele ist offenbar ein isolierender, abspaltender und verdrängender Umgang die einzig mögliche Art der Psychosebewältigung. Angesichts der brüchigen Identität des von Desintegration bedrohten Ichs des schizophrenen Menschen ist auch der isolierende Verarbeitungsstil selbstverständlich zu respektieren und, wo nötig, zu stützen. Für eine nicht geringe Zahl von Betroffenen ist es jedoch offenbar gesünder und entspricht ihren Bedürfnissen eher, sich mit ihrer Psychose ein Stück weit auseinanderzusetzen – wie weit und bis zu welcher Grenze muß wiederum ihre Entscheidung sein. Psychiatrische Institutionen bzw. psychiatrisch Tätige sind deshalb aufgefordert, sich dem Bedarf nach Unterstützung bei der Verarbeitung der Psychoseerfahrung qualifiziert zu stellen. Sie tun dies in den letzten Jahren zunehmend vor allem in Psychoseseminaren und Psychosegruppen:

- *Psychoseseminare*: Diese Form wurde erstmals 1989 an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf realisiert, inzwischen wurde sie an zahlreichen anderen Orten verwirklicht (BOCK et al. 1994, ILISEI 1994). Charakteristisch für die Seminare ist, daß an ihnen Betroffene, Angehörige und Professionelle/Studierende sowie z.T. auch Laienhelfer „paritätisch“ beteiligt sind. Sie können insofern als eine Form der Realisierung des Dialogs aufgefaßt werden. Dementsprechend finden sie zumeist nicht in psychiatrischen Institutionen statt, sondern an „neutralen“ Orten. Sie weisen häufig eine ähnliche Zeitstruktur auf wie Hochschulseminare (wöchentlich oder 14-tägig, zwischen 6 und 18 Abende). Die Anzahl der Teilnehmer ist oft hoch. ILISEI (1994) berichtet über Seminare in Baden-Württemberg mit Teilnehmerzahlen zwischen 28 und 68. Als generelle Ziele werden u.a. genannt: ein verbessertes Verständnis zwischen den beteiligten Gruppen sowie das Finden einer gemeinsamen Sprache über Psychosen. Die Inhalte der Seminare sind sehr vielfältig, einen anschaulichen Einblick geben die Erfahrungsberichte bei BOCK et al. (1992, 1994).

„*Psychose-Seminare* können schon aufgrund ihrer Größe nicht die einzelne Leidensgeschichte aufarbeiten helfen. Sie können eine Erzählkultur entwickeln, Geschichten nebeneinander stellen, sie wohlwollend und (manchmal) humorvoll aufnehmen und ihnen durch diese Art Öffentlichkeit an Schwere nehmen. Sie können der Abspaltung von Psychosen, ihrer Aussonderung aus der eigenen Lebensgeschichte entgegenwirken und eine banale Form von Sinnsuche begünstigen: Psychosen können so gesehen werden als letzte Insel des Rückzugs, als Versuch, Eigenheit zu wahren. Sie können eine vorübergehende Regression auf frühere Entwicklungsstufen ausdrücken, oder Sprache sein für einen unauflösbaren Konflikt. Diese Überschriften mögen einen Wissenschaftler nicht befriedigen, doch haben sie offensichtlich für Psychose-Erfahrene und ihre Angehörigen eine entlastende Funktion. Vielleicht reicht manchmal sogar nur die Bereitschaft, Sinn zu suchen aus, um sich weniger ausgeschlossen und besser integriert zu fühlen“ (BOCK et al. 1994, S. 11).

- *Psychosegruppen*: Hierbei handelt es sich um Gruppen, an denen nur Betroffene und psychiatrisch Tätige teilnehmen. Sie finden oft im Kontext psychiatrischer Institutionen, aber außerhalb der Regelbehandlung statt und sollen das therapeutische Angebot um eine Möglichkeit ergänzen. D.h., die Teilnahme ist freiwillig bzw. wird nur bestimmten Betroffenen angeboten. Die Gruppen können geschlossen oder offen geführt werden. Ziel von Psychosegruppen ist „Deutung, Klärung, Sinnsuche“ (SCHERNUS & SCHINDLER 1992, S. 138), wobei Deutung hier nicht im engeren, psychoanalytischen Sinn zu verstehen ist.

„Einen großen Raum nimmt ... die Beschäftigung mit Psychoseerlebnissen ein, der Austausch von schlimmen und schönen Erlebnissen, die Angst vor dem Wiederkehren solcher Zustände. Wichtig ist allen, endlich einmal mit anderen Betroffenen darüber sprechen zu können. Ohne Angst und Scheu auch über Erlebnisse reden zu können, die höchst schambesetzt sind. Sie erleben eine besondere Art von Verstehen durch die anderen“ (DÖRR et al. 1994, S. 10).

Sowohl in den Seminaren als auch in den Gruppen hat neben dem Psychosegeschehen auch die Verarbeitung der Erfahrungen mit der Psychiatrie einen wichtigen Stellenwert:

„Unsere wichtigste Erfahrung, vielleicht so etwas wie ein Ergebnis des Psychoseseminars, war der Wunsch der Psychoseerfahrenen, aber auch der Angehörigen, nach mehr Respekt, und zwar nach einem Respekt, der die Krankheit mit einschließt“ (BOCK et al. 1992, S. 15).

„Ebenso einheitlich wird aber durch die eigenen Erfahrungen mit der Psychiatrie der Wunsch/die Forderung nach Veränderung der Psychiatrie erhoben, auch wenn gesehen wird, daß der akute psychotische Zustand schlimm war (manchmal auch für andere) und damit die Klinikbehandlung vielleicht unumgänglich. Aber die Einseitigkeit der naturwissenschaftlich eingeengten, vielfach auf Medikamente und geschlossene Stationen mit rigidem Stationsablauf reduzierten Psychiatrie, wird als kränkend kritisiert, weil Gespräche viel zu kurz kommen und der Körper völlig aus dem Blick verloren ist“ (DÖRR et al. 1994, S. 11).

Ohne die Bedeutung dieser noch sehr neuen Formen der Zusammenarbeit mit Psychoseerfahrenen schmälern zu wollen, muß auf folgendes hingewiesen werden:

- Über die erwünschten und unerwünschten Wirkungen dieser Gruppen gibt es bisher kein empirisch objektiviertes Wissen.
- Diese Art von Gruppenarbeit ist nur für eine vermutlich zahlenmäßig begrenzte Untergruppe von Betroffenen geeignet, die sich mit der psychotischen Erkrankung und ihrer Bedeutung für die persönliche Entwicklung aktiv auseinandersetzen wollen und die damit nicht überfordert sind.
- Auch die bisherigen Berichte aus Psychoseseminaren und -gruppen bestätigen die Einschätzung, daß das Durchleben einer schizophrenen Psychose für die allermeisten Betroffenen eine furchtbare Erfahrung darstellt, deren Wiederholung sie möglichst vermeiden wollen. Fast kein Betroffener scheint die Psychoseerfahrung für sich generell positiv zu bewerten, für eine nicht zu vernachlässigende Minderheit hat sie jedoch neben den negativen auch positive Aspekte (vgl. GREENFELD et al. 1989, BOCK & JUNCK 1991, STARK & STOLLE 1994). Diese Erkenntnis läßt sich nur schwer mit einem Psychoseverständnis vereinbaren, das der Erkrankung generell positive, persönliches Wachstum fördernde, bereichernde Aspekte zuspricht. Eine solche tendenziell idealisierende und damit verharmlosende Sichtweise wird dem tiefen Leid und der Verletzung nicht gerecht, die für die meisten Betroffenen mit ihrer Psychoseerkrankung verbunden sind.

„Der medizinische Krankheitsbegriff ist bei den TeilnehmerInnen weitgehend unumstritten: Fast alle sind sich darin einig, daß es sich bei der Psychose um ein Krankheitsgeschehen handelt, das einer Behandlung durch Fachleute bedarf“ (DÖRR et al. 1994, S. 11).

Mit diesen Einschränkungen im Blick sollten die bisherigen Erfahrungen alle Beteiligten (Betroffene, Professionelle und Angehörige) dazu ermutigen, Psychosegruppen und -seminare als wichtigen Baustein in einem umfassenden Hilfeangebot zu begreifen. Ein Baustein freilich, für den der Therapiebegriff im engeren Sinne letztlich keine Berechtigung mehr hat, geht es doch darum, daß alle Beteiligten sich selbst mit Hilfe der anderen besser verstehen.

„Das Psychose-Seminar ist keine Therapie. Und doch hat es (vielleicht gerade deshalb) eine therapeutische Wirkung“ (BOCK 1995, S. 24).

Körperbezogene Therapien

Schizophrene Psychosen greifen so weit in die Identität des Erkrankten ein, daß es zu sehr basalen, leibnah erlebten Störungen kommt. So gehört die Abgrenzungsproblematik zum Kern des Krankheitsbildes. Eine Reihe von psychotischen Symptomen können als Zeichen für gelockerte, instabile Grenzen zwischen subjektiver Innen- und Außenwelt verstanden werden (z.B. Depersonalisation, Gedankeneingebung/-entzug, Halluzinationen etc.). Körperbild- und Körperschemastörungen schizophrener Erkrankter werden bereits seit den 60er Jahren in den USA empirisch untersucht (MAES 1994, RÖHRICHT & PRIEBE 1996). SCHARFETTER (1982) begreift schizophrene Störungen auch als Störungen des leiblichen Ich-Bewußtseins. In prä- und postpsychotischen Phasen gehören Leibgefühlsstörungen zu den häufigsten Basisstörungen (GROSS 1986). HUBER und seine Arbeitsgruppe haben diese oft bizarren und für die Betroffenen hoch irritierenden Störungen besonders intensiv untersucht und bezeichnen sie als Coenästhesien. Solche Störungen kommen bei 3/4 aller Betroffenen vor (HUBER & GROSS 1994) und es liegt nahe, sie auf derselben Ebene zu behandeln, auf der die Betroffenen sie erleben.

Für körperbezogene Therapien spricht auch, daß gerade in (sub-) akuten Phasen das sprachliche Symbolisierungsvermögen und andere kognitive Funktionen erheblich beein-

trächtig sein können. Häufig kommt es zu einem Rückzug aus der verbalen Kommunikation, weil Betroffene ihre Sprache als defizitär erleben und das Gefühl haben, sich nicht mehr mitteilen zu können. Oder Sprache büßt ihre Kommunikationsfunktion völlig ein, indem der Bezug auf die Sprachkonventionen der sozialen Welt verloren geht. Eine einseitige Forcierung verbaler Kommunikation kann das Defiziterleben und damit das Rückzugsverhalten verstärken. Die Abläufe in der körperbezogenen Therapie sind dagegen konkret, handlungsbezogen und unmittelbar, was dem vorrangigen Ziel der Realitätsorientierung in der Psychosebehandlung entgegenkommt (MAES 1994). Zugleich ist jedoch auf mögliche Gefahren körperbezogener Therapien hinzuweisen:

„Besonders das Forcieren von Gefühlsäußerungen, die Reduktion der bewußten Kontrolle durch den Patienten, die vorübergehende Schwächung des Realitätsbezuges (durch meditative Techniken oder Verlagerung der Wahrnehmung von der Außen- zur Innenwelt) und nicht zuletzt mystische Erklärungsmodelle scheinen insgesamt eher geeignet, psychotische Erkrankungen zu begünstigen als sie zu behandeln“ (MAES 1994, S. 314).

Zu den körperbezogenen Therapien werden im allgemeinen gezählt:

- Die Bewegungstherapien, z. B. die Konzentrierte Bewegungstherapie/KBT:
„Grundregel ist hier ein mehr strukturierendes Angebot des Therapeuten im Sinne des Übernehmens von Ich-Funktionen, Grenzziehungen und Vermeiden eines zu offenen regressiven Angebotes“ (BECKER 1981, zit. nach MAES 1994, S. 322). Die Arbeit mit geschlossenen Augen und im Liegen ist dementsprechend eher zu vermeiden.
- Tanztherapie und Musiktherapie:
„Tanztherapie (hat) den Ruf, für die körpererfahrungsorientierte Arbeit mit Psychosekranken besonders geeignet zu sein. Ein Vorteil der Tanztherapie besteht darin, daß die Arbeit sehr unterschiedlich stark strukturiert werden kann. Finden Rhythmus und/oder Musik Verwendung ..., ist per se ein stark strukturierendes Element vorhanden“ (MAES 1994, S. 322).

Die Musiktherapie ist nach MAES (1994) uneingeschränkt zu den körperorientierten Therapien zu zählen, da Musik und (rhythmische) Bewegung untrennbar miteinander verbunden sind und Musiktherapie nie rein rezeptiv ausgerichtet ist. In der therapeutischen Praxis dürfen die Übergänge zwischen Tanz- und Musiktherapie deshalb fließend sein. Für beide Ansätze gilt, daß für ein Mindestmaß an Strukturierung Sorge zu tragen ist, da sonst „Angst vor nicht bewältigter Leere und Reizüberflutung“ entstehen kann (MAES 1994, S. 323).

Nach einer Umfrage, die MAES (1994) bei 89 in psychiatrischen Krankenhäusern tätigen Körpertherapeuten durchgeführt hat, ist bei der Behandlung Psychosekranker folgende Grundorientierung zu realisieren: spielerisches und lustbetontes, nicht konfliktzentriertes Arbeiten im Hier und Jetzt, bei dem der Therapeut den Gruppenprozeß aktiv strukturiert und steuert.

Die Wirksamkeit leiborientierter Therapien bei schizophrenen Erkrankten konnte in einzelnen Untersuchungen ansatzweise empirisch belegt werden (ANDRES et al. 1993, GRAWE et al. 1994).

Die therapeutische Kompensation primärer Defizite – kognitives Training

„Die Vernachlässigung der Therapie ist erstaunlich angesichts der durchgängigen Verbreitung kognitiver Defizite bei Schizophrenie und der Rolle, die diese Defizite bei der Auslösung akuter Psychosen sowie bei der Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Patienten auch in Phasen der Remission spielen“ (GREEN 1993, S. 179, Übers. G.W.).

In der Tat: Obwohl die vielfältigen Störungen kognitiver Funktionen, die unter dem Oberbegriff Störungen der Informationsverarbeitung heute als primäre Defizite schizophreniegefährdeter Menschen aufgefaßt werden, seit gut einem halben Jahrhundert intensiv untersucht werden und die zentralen Befunde heute zu den am besten gesicherten Ergebnissen der Schizophrenieforschung gehören, sind daraus lange Zeit so gut wie keine unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen abgeleitet worden. Abgesehen von vereinzelt Vorgängern war das Interesse an solchen Ansätzen bis Ende der 80er Jahre international gesehen eher bescheiden. Erst seit Beginn der 90er Jahre scheint das Interesse wieder zu wachsen, wie den Literaturübersichten von SPRING & RAVDIN (1992) sowie GREEN (1993) zu entnehmen ist. Sie geben einen Überblick über insgesamt 16 empirische Studien aus dem

anglo-amerikanischen Raum, die ein sehr heterogenes Spektrum repräsentieren. Sie stammen aus fast 4 Jahrzehnten, beziehen sich auf die unterschiedlichsten kognitiven Funktionen und verwenden verschiedene Kriterienmaße. Über die Therapie- bzw. Trainingsverfahren wird lediglich ausgesagt, daß es sich überwiegend um repetitive, übende Verfahren gehandelt hat. Nicht immer werden zusätzlich operante Prinzipien realisiert (Verstärkung), in letzter Zeit wird offenbar zunehmend auf kognitive Elemente zurückgegriffen (z. B. die explizite Förderung von Lösungsstrategien und -plänen bei BELLACK et al. 1990). Im Hinblick auf die Ergebnisse seiner Literaturanalyse faßt GREEN zusammen, es gäbe keinen Grund für die Annahme, daß sich kognitive Defizite bei schizophrenen Erkrankten nicht zumindest kurzfristig kompensieren ließen. Dementsprechend stellt THEILEMANN (1995) in seiner Übersicht zu neueren angloamerikanischen Arbeiten verstärkte Forschungsaktivitäten seit Beginn der 90er Jahre fest.

So sind seitdem z.B. mindestens ein Dutzend Studien erschienen, die sich mit der Verbesserung der Leistungen im *Wisconsin Card Sorting Test/WCST* befassen. Der WCST soll konzeptionelle kognitive Funktionen erfassen, die anatomisch dem präfrontalen Kortex zugeordnet werden. Die Ergebnisse belegen, daß basale kognitive Funktionen verbessert werden können, wobei die Effekte z.T. bis zu 6 Monate stabil blieben (SCHAUB & BRENNER 1996, PENN & MUESER 1996).

„Wie lange diese Verbesserungen anhalten, ob sie auf andere, lebensnähere kognitive Bereiche, auf solche komplexerer Ordnung wie z.B. das Problemlöseverhalten, generalisieren oder sich gar auf das allgemeine soziale Funktionsniveau auswirken, läßt sich zum heutigen Stand nicht beantworten“ (BRENNER & PFAM-MATTER 1996, S. 45).

In Anlehnung an Übungsprogramme, die in der Rehabilitation neurologischer Patienten eingesetzt werden, finden sich in letzter Zeit vermehrt computergestützte Trainingsprogramme auch in der Behandlung schizophren Erkrankter. Hierbei werden komplexe und sich auf unterschiedliche kognitive Funktionen beziehende Aufgaben in Programmpaketen zusammengefaßt und über PC verfügbar gemacht, wobei Art, Schwierigkeit, Tempo etc. variiert werden können. In Deutschland wird z.B. von einer Mannheimer Arbeitsgruppe das Programm „*Cognition*“ eingesetzt und evaluiert (MUSSGAY et al. 1991, MUSSGAY & REY 1994). Bisher liegen jedoch auch zu diesen Trainings noch keine kontrollierten Studien vor, die Wirkungen über rein aufgabenbezogene Übungseffekte hinaus nachweisen (SCHAUB & BRENNER 1996).

Diese eher bescheidene Bilanz ist nun allerdings zu ergänzen durch Forschungsergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum, die bisher offenbar nur unvollständig Eingang in die internationale Diskussion gefunden haben. Diese beziehen sich praktisch ausschließlich auf ein von BRENNER und Mitarbeitern zunächst ab Anfang der 80er Jahre in Mannheim und später in Bern entwickeltes und erprobtes Therapiekonzept, das 1988 als „Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten“/IPT publiziert wurde und inzwischen in überarbeiteter Form vorliegt (RODER et al. 1992). Nach einer Übersichtsarbeit von THEILEMANN & PETER (1994) liegen inzwischen allein zum IPT 18 Evaluationsstudien vor. Demnach haben BRENNER und Mitarbeiter bezüglich der Kompensation kognitiver Defizite bei schizophren Erkrankten durchaus Pionierarbeit geleistet.

Das IPT besteht aus 5 Einzelkomponenten, die so konzipiert sind, daß sie hierarchisch aufeinander aufbauen und sich ihr Schwerpunkt stufenweise von primär kognitiven zu primär sozialen Funktionen/Fertigkeiten verlagert:

1. Training der kognitiven Differenzierung
2. Training der sozialen Wahrnehmung
3. Training der verbalen Kommunikation
4. Training sozialer Fertigkeiten
5. Interpersonelles Problemlösen.

Kürzlich hat die Berner Arbeitsgruppe über einen Ergänzungsbaustein zum IPT berichtet. Dabei handelt es sich um ein „Training zur Bewältigung von maladaptiven Emotionen“, für das erste Wirksamkeitsbelege

vorliegen (HODEL & BRENNER 1996). Ein weiteres Unterprogramm „Wohnen, Arbeit, Freizeit“ befindet sich in der Erprobung (SCHAUB & BRENNER 1996).

Die hierarchische Konzeption des IPT basiert auf einem ausgearbeiteten theoretischen Modell der Informationsverarbeitung und Verhaltenssteuerung, und die fünf Komponenten sind so ausgelegt, daß Generalisierungseffekte aufwärts – von elementaren Fähigkeiten auf der Mikroebene zu komplexeren Fähigkeiten auf der Makroebene – und umgekehrt optimiert werden sollen (BRENNER 1986, 1989). Das IPT schließt also sowohl Elemente des kognitiven Trainings (Komponenten 1 und 2) als auch solche Komponenten ein, die in der Literatur im allgemeinen unter *Social Skills Training*/Training sozialer Fertigkeiten subsummiert werden (Komponenten 3 bis 5).

Offenbar nicht ganz zu Unrecht wird das IPT oft auch pauschal als „kognitives Training“ bezeichnet. Dies dürfte damit zusammenhängen, daß die Komponenten 1 und 2 in der Praxis häufiger realisiert werden als die übrigen Komponenten. Dies ergibt sich zumindest aus den Übersichtsarbeiten von MUSSGAY & OLBRICH (1988) sowie THEILEMANN & PETER (1994). In den dort erfaßten 18 Evaluationsstudien zum IPT werden die Komponenten 1 und 2 zusammen 32 mal realisiert und evaluiert, die Komponenten 3 bis 5 zusammen jedoch lediglich 19mal. Das IPT wird also in der praktischen Anwendung häufig auf seine „kognitiven“ Komponenten reduziert.

Wie sieht es mit der Wirksamkeit des IPT bzw. seiner Komponenten aus? Die erwähnten Übersichtsarbeiten von MUSSGAY & OLBRICH (1988) sowie THEILEMANN & PETER (1994) stellen die Ergebnislage erschöpfend dar. Trotz der sehr unterschiedlichen Realisierungshäufigkeit der Einzelkomponenten ist über ihre differentielle Wirksamkeit offenbar nichts bekannt, da von wenigen Ausnahmen abgesehen jeweils die Effekte von 2 oder mehr Komponenten pauschal erfaßt wurden. Da jedoch weitaus am häufigsten die Komponenten 1 und 2 realisiert wurden, dürften die ermittelten Ergebnisse auch hauptsächlich deren Wirkungen repräsentieren.

THEILEMANN & PETER (1994), die die Ergebnisse von MUSSGAY & OLBRICH (1988) aufnehmen, gruppieren die Vergleiche zwischen IPT-Therapiegruppen und Kontrollgruppen nach der Art der Erfolgsmaße:

- *Experimental- und testpsychologische Maße:* In 25 % der insgesamt durchgeführten Einzelvergleiche erwies sich die Therapiegruppe als signifikant überlegen.
- *Psychopathologiemäße:* In 36 % der Einzelvergleiche erwies sich die Therapiegruppe als überlegen.
- *Subjektive, auf der Selbstwahrnehmung von Beeinträchtigungen beruhende Maße:* In 46 % der Einzelvergleiche zeigte sich die Therapiegruppe überlegen.
- *Maße der sozialen Kompetenz:* In 17 % der Vergleiche wies die Therapiegruppe bessere Werte auf.

Kein einziger Vergleich in irgendeinem Kriteriumsbereich ergab günstigere Werte für die Kontrollgruppe, d.h., das IPT führt recht häufig zu einer Verbesserung des subjektiven Befindens der Patienten sowie zu einer Verbesserung des psychopathologischen Befundes. Seltener zeigen sich Besserungen bei kognitiven Einzelfunktionen und noch seltener bei den sozialen Fertigkeiten. Daß kognitive Einzelfunktionen nur bei 25 % der Vergleiche Änderungen aufweisen, könnte als Beleg dafür aufgefaßt werden, daß die elementaren kognitiven Defizite schizophrener verletzlicher Menschen nur sehr begrenzt „heilbar“ sind und sich bestenfalls kompensatorische Effekte erzielen lassen. Dies wird auch bestätigt durch eine aktuelle Studie von BENEDICT et al. (1994), in der elementare Aufmerksamkeitsfunktionen computergestützt trainiert wurden; hier zeigten sich weder bei den schizophrenen Patienten noch in der Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen. Am überzeugendsten ist damit sicher die Wirkung bezüglich des subjektiven Befindens der Teilnehmer. Die Wirksamkeit bezüglich des psychopathologischen Befundes unterstreicht den theoretisch postulierten Zusammenhang zwischen elementaren Störungen der Informationsverarbeitung und der Entstehung psychotischer Symptome. Die Annahme einer direkten pervasiven Wirkung

kognitiver Funktionen auf die Verhaltensebene hat sich allerdings nicht bestätigt (SCHAUB & BRENNER 1996).

Insgesamt stützen und ergänzen also die Ergebnisse zum IPT die Auffassung der anglo-amerikanischen Autoren, daß es durchaus Grund zu der Annahme gibt, daß kognitives Training zu meßbaren Effekten führt. Aber auch bezüglich des IPT bleibt die Frage offen, inwieweit positive Effekte auf Alltagssituationen übertragen werden und wie stabil sie sind. Nur 2 der 19 von THEILEMANN & PETER (1994) ausgewerteten Studien enthielten katamnestiche Daten; in einem Fall war ein Vorteil der Therapiegruppe auch nach 1,5 Jahren noch feststellbar, im zweiten Fall waren die Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe nach 6 bis 12 Monaten bereits nivelliert. Der praktische Einsatz von Verfahren des kognitiven Trainings kann demnach mit der Einschränkung als empirisch begründet gelten, daß einstweilen lediglich eine begrenzte kompensatorische *Wirksamkeit* dieser Verfahren empirisch nachgewiesen ist.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Hilfen sind in der klinischen und tagesklinischen Versorgung schizophrener Erkrankter heute praktisch flächendeckend verbreitet, und auch im ambulanten und komplementären Bereich haben sie sich zunehmend etabliert (ambulante und teilstationäre Arbeitstherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Rahmen tagesstrukturierender Angebote oder in Wohneinrichtungen). Eine exemplarische Beschreibung neuerer Modelle der Arbeitstherapie findet sich bei GROTH & SCHÖNBERGEN (1991). Sie sind unter den in diesem Abschnitt behandelten „ergänzenden Therapiebausteinen“ die in der Praxis am meisten verbreiteten und am besten bekannten. Deshalb kann eine ins einzelne gehende Darstellung hier unterbleiben.

Der Übergang zwischen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist ebenso fließend wie der zwischen Arbeitstherapie und beruflicher Rehabilitation. Konsequenterweise wird das entsprechende Berufsbild heute als Ergotherapie bezeichnet. Grundsätzlich ist aber wohl davon auszugehen, daß der Indikationsbereich arbeitstherapeutischer Hilfen bei schizophrener Erkrankten deutlich größer ist als der beschäftigungstherapeutischer. Letztere haben ihre Bedeutung vor allem in der (sub-)akuten Phase als Teil eines umfassenden klinischen Komplexbehandlungsangebotes.

Der mögliche Stellenwert der auf manuellen Tätigkeiten beruhenden Therapieansätze im Rahmen der Behandlung schizophrener Erkrankter liegt auf der Hand, wenn man sich die basalen Beeinträchtigungen vergegenwärtigt, die in der (sub-)akuten, aber auch in der Remissionsphase bestehen: die Gefahr der Desintegration der psychischen Funktionen und die Bedrohung des Ich; der Verlust des Realitätsbezuges und der Mitwelt sowie die ausgeprägten Störungen der Informationsverarbeitung. Ergotherapie hat deshalb u.a. folgende Ziele:

- Förderung des Realitätsbezuges durch Tätigsein;
- Aktivierung und Stärkung der gesunden Ich-Anteile;
- Überwindung von Autismus und Isolation durch tätige, nonverbale Gemeinschaft;
- Stärkung des Selbstwertgefühls durch Wahrnehmen der eigenen Fähigkeiten und Erfolgserlebnisse;
- Freisetzen kreativer Potentiale;
- Training elementarer Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Konzentration und Durchhaltevermögen;
- Einleitung von gezielten Arbeitstrainingsmaßnahmen auf der Basis einer spezifischen Arbeitsdiagnostik;
- Belastungserprobung unter zunehmend realitätsnahen Bedingungen.

Angesichts der großen Verbreitung und der unbestrittenen praktischen Bewährung ergotherapeutischer Hilfen ist erstaunlich, daß Untersuchungen zur Wirksamkeit dieser Hilfen auch international eine Seltenheit sind. Dies liegt wahrscheinlich nicht zuletzt daran, daß entspre-

chende Therapien zumeist im Rahmen von Komplexangeboten gemacht werden, deren differenzielle Effekte schwer voneinander zu trennen sind. Aber auch auf diesem Gebiet zeigen sich in jüngster Zeit erste Versuche einer empirischen Evaluation, deren Ergebnisse durchaus ermutigen und zugleich die Grenzen der beruflichen Rehabilitation chronisch Psychosekranker unter den gegebenen Arbeitsmarktbedingungen aufzeigen (LEWANDOWSKI et al. 1992, MÜHLIG & GRUBE 1994, REKER & EIKELMANN 1994).

3.4 Neuroleptika-Therapie

3.4.1 Einführung

„Es gibt vielfältige Vorstellungen davon, in welcher Weise die neuroleptische Medikation dem Kranken über die reine Symptomunterdrückung hinaus hilft. Am überzeugendsten scheint mir folgende zu sein: Sie macht ihn dickfelliger. Er reagiert weniger empfindlich auf Außen- und Innenreize. Da er durch sein Leiden verwundbarer ist als andere Menschen, hilft sie ihm, sich gelassener mit Konflikten und emotional aufgeladenen Situationen auseinanderzusetzen. Von Hilfe bis zur Abstumpfung gegenüber Außen- und Innenreizen ist es nicht sehr weit; und hier liegt die Gefahr der Anwendung“ (FINZEN 1989, S. 128).

Die pharmakologische Behandlung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis hat im Urteil der Öffentlichkeit einen schweren Stand. In einer Repräsentativ-Befragung von über 3.000 Personen wurden den Interviewten zunächst Fall-Vignetten von typischen psychiatrischen Störungsbildern vorgelegt; anschließend sollten sie verschiedene Arten von Behandlungen für diese Störungen beurteilen. Ergebnis: nur knapp jeder 5. Befragte befürwortete eine Behandlung psychotischer Störungen mit Psychopharmaka, doppelt so viele lehnten diese ab. Die Ablehnung wurde in erster Linie mit dem Risiko einer Suchtentwicklung begründet, außerdem fanden viele Befragte, die Medikamente stellten nur ruhig und würden nicht bei der Ursache der Störung ansetzen (ANGERMEYER et al. 1993).

Nun wurde unter 3.2.3 referiert, daß die große Mehrzahl der Studien eine überwiegend positive Beurteilung der pharmakologischen Behandlung durch die Patienten selbst feststellen. Aber zumindest vor der Ersterkrankung dürften viele Betroffene die Überzeugung der Allgemeinbevölkerung teilen. Ihre Zustimmung zur Behandlung kann also keineswegs vorausgesetzt werden, sondern muß sich auf der Grundlage von persönlicher Erfahrung und Aufklärung erst entwickeln.

Dieser skeptischen Haltung gegenüber steht die unbezweifelbare Tatsache, daß sich Psychopharmaka – und unter ihnen in erster Linie die Neuroleptika – als hocheffektive Medikamente erwiesen haben. Seit ihrer Einführung durch die französischen Psychiater DELAY und DENIKER im Jahre 1952 sind frühere biologische Behandlungsmethoden wie Insulin- und Cardiazolschock, psychochirurgische Eingriffe und Elektrokrampftherapie, die aus heutiger Sicht eher wie Mißhandlungen anmuten, entweder aus dem Repertoire der Psychiatrie verschwunden oder werden – wie im Falle der Elektrokrampftherapie – nur noch in sehr seltenen Fällen angewendet. Sehr vieles spricht außerdem dafür, daß die Verkleinerung der großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser sowie die erfolgreiche Arbeit von komplementären und ambulanten Einrichtungen und Diensten erst durch die Einführung dieser Medikamente möglich geworden ist (vgl. 1.4.4).

Auf der anderen Seite stehen die Neuroleptika – nicht zuletzt wegen ihrer Nebenwirkungen und Risiken – immer wieder in der Kritik. Diese Kritik ist in vielen Punkten berechtigt, wenn auch nicht in allen, wie z. B. bei der häufig fälschlich unterstellten Suchtgefährdung. Auch die niedrigen Compliance-Raten (s. unten 3.4.6) sind ein deutlicher Hinweis darauf, daß die Neuroleptika-Therapie heute noch keinesfalls als optimal zu betrachten ist. Trotzdem stellt sie in der Akut- und Dauerbehandlung nach wie vor das am besten untersuchte und effektivste Verfahren in der Schizophrenietherapie dar.

3.4.2 Funktion und Nutzen der Neuroleptika

Mit Neuroleptika ist es möglich, psychotische Symptome zu mindern oder auch zu beseitigen sowie psychotischen Rückfällen vorzubeugen. Wie andere Psychopharmaka auch (Antidepressiva, Tranquilizer, Hypnotika etc.), stellen sie keine ursächliche Therapie dar, d. h. sie heilen Psychosen nicht. Ebenso wenig sind sie geeignet zur Lösung der vielfältigen psychosozialen Probleme der Erkrankten, allenfalls schaffen sie die Grundlage dafür, daß psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen wirksam werden können. Ihre Anwendung hat sich am Prinzip der minimalen wirksamen Dosis zu orientieren und ist nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sinnvoll und verantwortbar.

Innerhalb eines solchen Behandlungsplanes können Neuroleptika folgende Funktionen erfüllen:

- In der *Akutbehandlung* dienen sie zur Verringerung oder Beseitigung der psychotischen Symptome. Dabei ist ihre Wirkung auf die Positiv-Symptomatik im Allgemeinen zuverlässiger und ausgeprägter als die Wirkung auf Negativ-Symptome.
- In der *Dauerbehandlung* schizophrener Erkrankter haben sie zwei mögliche Funktionen: Sie können der Symptomunterdrückung bei andauernden Positiv-Symptomen sowie der Verhinderung psychotischer Rezidive im Rahmen der Rückfallprophylaxe dienen (MÖLLER 1995 c).

Innerhalb der Psychopharmaka Gruppe der Neuroleptika lassen sich verschiedene chemische Substanzklassen unterscheiden, die jedoch sämtlich in den Transmitter-Stoffwechsel des Gehirns, vor allem im Zwischenhirn und im limbischen System, eingreifen und dort unter den ca. 30 bekannten Transmittern vorrangig den Dopamin-Stoffwechsel beeinflussen, indem sie die entsprechenden Rezeptoren blockieren. Aber auch andere Botenstoffe wie Serotonin, Acetylcholin, Histamin etc. werden von neuroleptischen Substanzen beeinflusst.

Nachdem über 4 Jahrzehnte die gleichen Substanzen angewendet worden waren, befindet sich die Neuroleptika-Therapie gegenwärtig in einem Umbruch: 1994 wurden mit dem Risperidon (*Risperdal*®), 1996 mit dem Olanzapin neue Substanzen zugelassen, für 1997/98 stehen mit Sertindol, Quetiapin und Amisulpirit weitere Substanzen zur Zulassung an (HOLZBACH 1997, PAJONK 1997). Zusammen mit dem bereits länger verfügbaren Clozapin (*Leponex*®), und dem Zotepin, das 1989 zugelassen wurde, werden diese neuen Substanzen im allgemeinen als „atypische“ Neuroleptika“ bezeichnet, weil sie beanspruchen, sich in ihrem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil von den „klassischen“ Neuroleptika zu unterscheiden. Im folgenden werden zunächst die immer noch am weitesten verbreiteten „klassischen“ Substanzen etwas ausführlicher behandelt, auf die neuen, atypischen Neuroleptika wird unter 3.4.5 kurz eingegangen.

Bei vergleichbarer Dosierung unterscheidet sich die Wirksamkeit der klassischen Substanzen nicht voneinander (KANE & MARDER 1993, KLIMKE & KLIESER 1993). KANE (1996) stellt fest, daß nur eine einzige von 100 Studien einen Unterschied in der Wirksamkeit zwischen verschiedenen klassischen Substanzen festgestellt hat. Deshalb ist der Wechsel von einer auf eine andere Substanz, wie ihn viele Kliniker bei mangelhafter Response vornehmen, wissenschaftlich streng genommen unbegründet.

Die generelle Wirksamkeit der klassischen Neuroleptika ist in hunderten von Studien über jeden Zweifel hinaus belegt:

- In der Akutbehandlung kommt es bei 75 bis 95 % der Fälle bei optimaler Behandlung zu einer erheblichen Reduktion oder zur Beseitigung der psychotischen Symptome. Auf der anderen Seite reagieren 5 – 25 % der an einer akuten Psychose Erkrankten auch nach Ausschöpfung aller Strategien (Substanzwechsel, Dosisänderung etc.) nicht oder nur sehr unbefriedigend auf Neuroleptika und können so von dieser Behandlungsform nicht profitieren (sog. „Non-Responder“; KANE & FREEMAN 1994).
- In der Langzeitbehandlung stellen die Neuroleptika bis heute die wirksamsten Mittel zur Vorbeugung psychotischer Rezidive dar. Dies wird durch placebo-kontrollierte Studien

belegt: Demnach liegt die 1-Jahres-Rückfallrate unter Neuroleptika zwischen 5 und 50 % ($\bar{\sigma}$ ca. 20 %) und unter Placebo zwischen 60 und 85 % ($\bar{\sigma}$ ca. 70 %); (KISSLING 1992 b, HOGARTY 1993). Dies bedeutet andererseits, daß auch bei optimal dosierter Langzeittherapie und zuverlässiger Einnahme mindestens 20 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres nach einer akuten Psychose erneut erkranken.

3.4.3 Behandlungsstandards

Nach einem Trend zu steigenden Dosierungen und Versuchen mit „Megadosen“ in den 70er und 80er Jahren werden in den letzten Jahren intensive Anstrengungen unternommen, Standards für die Behandlung zu entwickeln mit dem Ziel, möglichst niedrige und zugleich wirkungsvolle Dosierungen zu erreichen. Dies ist nicht zuletzt eine Folge des zunehmenden Problembewußtseins bezüglich der Belastung der Patienten durch Nebenwirkungen sowie des Risikos von Spätschäden (vgl. 3.4.4).

Akutbehandlung

Zahlreiche Studien belegen, daß die Substanz Haloperidol in der Akutbehandlung hauptsächlich in einem Dosierungsbereich von 5 – 18 mg wirksam ist.

Bei den hier und im folgenden gemachten Dosis-Angaben ist zu beachten, daß diese auf Gruppen-Mittelwerten beruhen. Die individuell wirksame Dosis kann um den Faktor 10 (– 20) schwanken (MERLO & BRENNER 1997).

Auf dieser Basis läßt sich für jede Substanz ihr therapeutischer Wirkungsbereich errechnen. Die Umrechnung erfolgt in der Regel auf der Basis der neuroleptischen Potenz nach Chlorpromazin-Äquivalenten (vgl. HAASE 1972, KULHANEK 1995).

BALDESSARINI et al. (1988) kommen aufgrund einer Metaanalyse von klinischen Studien zu dem Schluß, daß eine Dosierung zwischen 300 und 600 mg Chlorpromazin-Äquivalenten (entsprechend 6 – 12 mg Haloperidol) für eine antipsychotische Wirkung ausreichend ist. Mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) läßt sich feststellen, daß in dem genannten Dosierungsbereich 70 – 80 % aller Dopamin-Rezeptoren belegt sind. Eine bessere Dopaminblockade konnte auch bei wesentlich höheren Dosierungen nicht erreicht werden (WOOD & GOODWIN 1987). BOLLINI et al. (1994) folgern aus ihrer Metaanalyse sogar, daß oberhalb einer Tagesdosis von 375 mg Chlorpromazin (entspricht ca. 8 mg Haloperidol) im Mittel nicht mehr mit einer Verbesserung der Wirksamkeit der Behandlung gerechnet werden kann. Bei höheren Dosierungen nimmt die Häufigkeit von Nebenwirkungen zu, und das Risiko von Spätschäden steigt. Insbesondere kann eine Überdosierung mit Neuroleptika durch übermäßige Sedierung/Dämpfung zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsbewältigung und Krankheitsverarbeitung führen.

Die Kombination eines hochpotenten Neuroleptikums mit seiner antipsychotischen und eines niederpotenten mit seiner sedierenden Wirkung ist häufig sinnvoll. Für die Kombination von mehr als zwei Neuroleptika gibt es jedoch keine rationale Begründung (GAEBEL 1992).

Sehr wichtig für eine qualifizierte Behandlung im Einzelfall ist die Beachtung pharmakodynamischer Aspekte. So tritt die Rezeptor-Blockade im dopaminergen System bereits innerhalb von Minuten ein, die biologischen Veränderungen, die mit der antipsychotischen Wirkung in Zusammenhang gebracht werden, lassen sich in vielen Fällen aber erst nach 3 – 4 Wochen feststellen. Der Grund für diese zeitliche Verschiebung ist bisher unklar, sie deutet jedoch darauf hin, daß das Auftreten einer psychotischen Symptomatik nicht direkt mit einer Fehlfunktion des dopaminergen Systems erklärt werden kann. Wahrscheinlich liegt eher eine Überforderung seiner Modulatorfunktion vor, die zu einem Zusammenbruch des Gleichgewichts verschiedener Transmitter-Systeme führt (MERLO & BRENNER 1997).

In jedem Fall muß also 3 – 4 Wochen abgewartet werden, bevor die Wirksamkeit der Behandlung mit hinreichender Sicherheit beurteilt werden kann. Schnelle Dosiserhöhungen und Megadosen oder die wiederholte parenterale Gabe des Medikaments sind vor diesem Hintergrund unangemessene Reaktionen auf mangelnde initiale Response (KANE 1996).

Langzeitbehandlung

Der Übergang von der Akutbehandlung in die Langzeitbehandlung stellt streng genommen einen Wechsel der Behandlungsart dar, der explizit mit dem Patienten besprochen werden muß. Dabei ist er insbesondere auf das Risiko von Spätschäden hinzuweisen (vgl. oben 3.2.4). Der Patient muß in die Lage versetzt werden, auf der Basis einer Abwägung von Kosten und Nutzen eine persönliche Entscheidung über die Langzeiteinnahme zu treffen. Diese Abwägung setzt voraus, daß er über die Funktion der Langzeitbehandlung, ihre Chancen und Risiken sowie mögliche Alternativen gründlich informiert wurde. Gerade da, wo irreversible Komplikationen nicht ausgeschlossen werden können, ist ethisch begründetes Handeln gefordert, was am ehesten auf der Grundlage partnerschaftlichen „Aushandelns“ gelingen wird (HORNUNG 1996 a).

Nach dem Abklingen der akuten psychotischen Symptome unter der Behandlung mit Neuroleptika stellt sich die schwierige diagnostische Frage, ob eine symptomsuppressiv oder aber eine rezidivprophylaktische Langzeitbehandlung ansteht.

„Diese Frage ließe sich letztlich nur entscheiden, wenn nach dem Abklingen der psychotischen Symptomatik die Neuroleptika zunächst abgesetzt werden und eine neuroleptikafreie Phase eingeschoben wird, in der geprüft werden kann, ob es zu einem Wiederaufflackern der psychotischen Symptomatik kommt oder ob der Patient symptomfrei bleibt. Ein derartiges Vorgehen ist jedoch allenfalls im Rahmen von Forschungsvorhaben aus methodischen Gründen zu rechtfertigen“ (MÖLLER 1990).

- *Zur symptomsuppressiven Langzeitbehandlung:* Sie wird angewendet bei fortbestehender psychotischer Symptomatik, insbesondere bei Verlaufsformen mit chronischen Positiv-Symptomen. Die Dosierung ist individuell zu ermitteln, sie sollte einerseits eine ausreichende Linderung der psychotischen Symptome bewirken, andererseits möglichst wenig Nebenwirkungen verursachen (MÖLLER 1990). Die Dosierungen liegen bei dieser Therapie in der Regel höher als bei der Rezidivprophylaxe. Deshalb ist es gerade hier wichtig, die Grenzen der medikamentösen Therapie zu erkennen und zu akzeptieren, anstatt dem Patienten durch unablässige Dosissteigerungen zu schaden (FINZEN 1993 b).
- *Zur rezidivprophylaktischen Langzeitbehandlung:* Wie ausgeführt, ist die Rückfallgefahr nach der akuten Phase sehr hoch, und die Behandlung mit Neuroleptika stellt die derzeit wirkungsvollste Form der Rückfallprophylaxe dar. Allerdings bestehen auch hier verschiedene diagnostisch-therapeutische Probleme: Ca. 10 % der Erkrankten erleiden auch ohne neuroleptischen Schutz innerhalb von 5 Jahren kein Rezidiv und müßten infolgedessen auch nicht rezidivprophylaktisch behandelt werden (SHEPARD et al. 1989). Allerdings ist es bisher nicht zuverlässig möglich, diese Untergruppe von Patienten von vornherein zu identifizieren. Auf der anderen Seite werden nicht wenige Betroffene trotz neuroleptischen Schutzes rückfällig; geeignete prophylaktische Strategien für diese Patientengruppe stehen nach wie vor aus.

Die Behandlung wird mit oraler Medikation oder mit Depot-Neuroleptika durchgeführt, die intramuskulär verabreicht werden. Die optimale Dosis für die rezidivprophylaktische Langzeittherapie liegt bei ca. 4 – 8 mg Haloperidol täglich (bei oraler Gabe), dies entspricht 200 – 400 mg Chlorpromazin-Äquivalenten (vgl. MÖLLER et al. 1989). Auch hier können jedoch große interindividuelle Unterschiede vorliegen.

Alternative Strategien

Wegen der Gefahr neuroleptika-induzierter Spätschäden (vgl. 3.4.4) sowie der eingeschränkten „Compliance“ neuroleptisch behandelter Patienten, die mindestens zum Teil auf die erlebten Nebenwirkungen zurückzuführen ist (vgl. 3.4.4), wird in den letzten Jahren intensiv nach Strategien zur Dosisreduktion gesucht. Dabei lassen sich grundsätzlich zwei Varianten unterscheiden:

- *Frühinterventions- bzw. Intervallstrategie:* Hierbei wird nach Abklingen der akuten Symptomatik die neuroleptische Medikation ausschleichend abgesetzt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nach dem Absetzen des Medikaments die Wirksamkeit nicht sofort auf Null zurückgeht, sondern je nach Substanz und nach Verabreichungsform wenige Wochen bis Monate vergehen können, bis der neuroleptische Schutz ganz entfallen ist. Beim Auftreten erster Frühwarnzeichen bzw. Prodromalsymptome wird die neuroleptische Behandlung unverzüglich wieder aufgenommen. Die befristete und gezielte Medikation soll die insgesamt zu verabreichende Dosis und damit das Risiko von Spätschäden minimieren. Erwartet wird auch, auf diesem Weg die „Compliance“ auf Seiten des Patienten zu verbessern und so den Gesamtverlauf genauso gut oder gar besser beeinflussen zu können wie unter Dauertherapie. Die Frühinterventions-Strategie ist allerdings nur unter bestimmten Bedingungen realisierbar: Der Patient muß ohne Neuroleptika weitgehend symptomfrei und hinreichend stabil sein, um den Alltag bewältigen zu können; und er muß ein hohes Maß an Krankheitseinsicht, Kooperationsbereitschaft und Selbstverantwortung im Umgang mit seiner Verletzlichkeit mitbringen. Diese Voraussetzungen werden nur von einer Minderheit der potentiellen Patienten erbracht (CHILES et al. 1989). Darüber hinaus erfordert eine optimale Frühinterventions-Behandlung die Kooperation von Angehörigen und anderen Bezugspersonen, da diese Frühwarnzeichen häufig zuerst bemerken (vgl. 2.4.2).
- *Niedrigdosierungsstrategie:* Im Rahmen dieser Strategie wird der Patient zwar kontinuierlich und überdauernd mit Neuroleptika behandelt, diese werden jedoch in erheblich niedrigeren Dosierungen verwandt als bei der Standardtherapie (1/10 bis 1/5 der Standarddosis). Bei Depotbehandlung entspricht dies ca. 1,3 – 5 mg bzw. 2,5 – 10 mg Fluphenazindecanoat (*Lyogen*®) 14tägig, umgerechnet auf eine tägliche orale Dosis Haloperidol 0,2 – 1,4 mg (MÖLLER 1992, HOFMANN et al.1993).

Inzwischen liegen mehrere großangelegte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von alternativen Strategien in der Rückfallprophylaxe vor. Diese sind durch zum Teil erhebliche Unterschiede in ihrer Methodik gekennzeichnet; dies gilt z. B. für die Definition von Prodromalsymptomen, für die Untersuchungszeiträume sowie für die Definition von „Rückfall“. Sie stimmen jedoch darin überein, daß unter Frühinterventions- und Niedrigdosierungs-Strategien signifikant höhere Rückfallraten und häufigere Rehospitalisierungen gefunden werden als unter Standardtherapie (Übersichten bei GAEBEL 1995, KANE 1995, SCHOOLER et al. 1995). Bei der Intervall-Strategie ist nach KANE (1996) von einer Verdoppelung des Rückfallrisikos auszugehen. Darüber hinaus konnten bisher keine eindeutigen Vorteile dieser Strategie bezüglich der Reduzierung von Spätdyskinesien und der Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus festgestellt werden (vgl. HERZ et al. 1991, KANE 1996). Auf der anderen Seite zeigen die Erfahrungen bei der konsequenten Verfolgung von Niedrigdosierungs-Strategien, daß bei einer nicht geringen Zahl von Patienten eine erhebliche Dosis-Reduktion ohne eine wesentliche Erhöhung des Rückfallrisikos erreicht werden kann (KANE 1996). Die Untersuchungen zur Niedrigdosierungs-Strategie führten im Rahmen von sog. Konsensus-Konferenzen zur Festlegung von Mindestdosierungen für die neuroleptische Rezidivprophylaxe, bei deren Unterschreitung die Rezidivrate sprunghaft ansteigt (vgl. KISSLING 1992 b).

Obwohl sich bezüglich des Rückfallrisikos somit im Mittel eine bessere Wirksamkeit der Standard-Langzeittherapie abzeichnet, ist damit die Frage nach der besten Rückfallvorbeugung im Einzelfall nicht beantwortet. Zwar wird für eine große Gruppe von Betroffenen die Standard-Therapie am sinnvollsten sein, z. B. wenn Frühwarnzeichen nicht rechtzeitig erkannt werden oder der Wechsel von Medikation und Nicht-Medikation zu größeren Schwankungen im biochemischen Gleichgewicht des entsprechenden Transmitter-Stoffwechsels führt (vgl. GAEBEL 1995). Für eine andere Gruppe dürfte eine Kombination von Niedrigdosierung und Frühintervention die Therapie der Wahl sein (MERLO & BRENNER 1997). Eine eher kleine Gruppe mit geringer Rückfallneigung, ausgeprägten Nebenwirkungen unter neuroleptischer Therapie, guter Selbstwahrnehmung und aktiver,

konstruktiver Krankheitsbewältigung wird möglicherweise am ehesten von der Intervallbehandlung profitieren.

Auch die Standarddosierung zwischen 4 – 8 mg Haloperidol oral pro Tag macht eine optimale Einstellung erforderlich, um den größtmöglichen rezidivprophylaktischen Schutz bei möglichst geringen Nebenwirkungen zu erreichen. Bei der Durchführung der standarddosierten rezidivprophylaktischen Langzeitbehandlung ist bei Frühwarnzeichen und der beginnenden psychotischen Dekompensation unverzüglich auf das Medikament und die Dosis zurückzugreifen, die sich in der Akutbehandlung als optimal erwiesen hat. Nach Abklingen der Symptomatik kann die Dosis schrittweise auf die niedrigere Erhaltungsdosis reduziert werden.

Dauer der neuroleptischen Rezidivprophylaxe

Nach FINZEN (1993 b) empfiehlt sich bei Ersterkrankten ein Absetzversuch durch „Aus-schleichen“ nach 3, spätestens 6 Monaten Symptombefreiheit. Nach mehreren Krankheits-schüben und gesicherter Diagnose sei eine langzeitige Behandlung über Jahre geboten. Eine Konsensus-Konferenz europäischer Experten sowie die Standards der *American Psychiatric Association/APA* empfehlen bei Ersterkrankungen eine neuroleptische Rezi-divprophylaxe für mindestens 1 – 2 Jahre. Dies wird damit begründet, daß Ersterkrankte ohne Neuroleptika im ersten Jahr eine durchschnittliche Rezidivrate von 57 % und im zweiten Jahr von 60 % bis 90 % haben (KISSLING 1992 b).

Für mehrfach erkrankte Patienten wird eine neuroleptische Prophylaxe von mindestens 5 Jahren empfohlen. Schizophren Mehrfacherkrankte ohne Neuroleptika erleiden schon im ersten Jahr nach einer akuten Psychose zumindest in 70 % ein Rezidiv. Diese hohe Rückfallquote tritt auch dann wieder auf, wenn nach mehrjähriger erfolgreicher Rückfallprophylaxe das Medikament abgesetzt wird. So stellten GILBERT et al. (1995) in ihrer Meta-Analyse von 66 Absetz-Studien mit mehr als 4.000 Patienten fest, daß nach kontrolliertem, vollständigem Absetzen der Neuroleptika-Medikation innerhalb von durchschnittlich 9,7 Monaten bei 53 % der Patienten ein Rückfall zu verzeichnen war – gegenüber 16 % in den Kontrollgruppen ohne Änderung der Medikation. Das heißt, der Effekt der neuroleptischen Langzeittherapie endet, wenn diese Therapie endet (HOGARTY 1993).

3.4.4 Nebenwirkungen und Risiken

In der Neuroleptika-Therapie spielen die Nebenwirkungen oder unerwünschten Wirkungen sowie das Risiko, dauerhafte Schädigungen zu erleiden, eine wichtige Rolle. Viele Betroffene erleben unmittelbar mehr unangenehme Wirkungen, als eine Linderung der Symptome unter der Akutbehandlung, und sie fühlen sich unter Dauerbehandlung in ihrem Wahrnehmen, Erleben und in ihrer Lebensqualität nicht selten erheblich beeinträchtigt (WINDGASSEN 1989).

Nebenwirkungen

Die möglichen unerwünschten bzw. Nebenwirkungen der Neuroleptika-Therapie sind außerordentlich vielfältig. Es finden sich motorische, vegetative, kardiovaskuläre, psychische, hormonelle, neurologische, dermatologische, hepatische, augenärztliche und metabolische Störungen; darüber hinaus können die blutbildenden Organe sowie die Thermoregulation betroffen sein (MÖLLER et al. 1989; s. auch die Übersichten bei BANDELOW et al. 1993, BENKERT & HIPPIUS 1996, MERLO & BRENNER 1997).

Die unerwünschten Wirkungen der klassischen Neuroleptika werden dadurch verursacht, daß sie gleichzeitig auf verschiedene Rezeptorsysteme des Zentralnervensystems einwirken. Dabei sind Art, Intensität und Häufigkeit der unerwünschten Wirkungen einerseits durch die Art der Substanz und ihre Dosierung bedingt, andererseits aber auch stark geprägt von der individuellen Disposition des Patienten.

Generell verursachen die hochpotenten Neuroleptika Störungen der Motorik, die niederpotenten vorrangig vegetative Störungen. Die mittelpotenten Substanzen liegen auch in ihren Nebenwirkungen dazwischen. Klinisch am wichtigsten sind die extrapyramidal-motorischen Störungen, die besonders ausgeprägt sind bei der Therapie mit hochpotenten Neuroleptika. Dabei stehen im Vordergrund:

- Die *Frühdyskinesien* (z.B. Krämpfe im Gesicht, im Zungen- und Schlundbereich);
- das neuroleptisch bedingte Parkinson-Syndrom oder *Parkinsonoid* (z.B. Zittern, steifer, hölzerner Gang, allgemein herabgesetzte Beweglichkeit);
- die *Akathisie* (motorische Unruhe in Armen, Beinen, Rumpf).

„Motorische Störungen sind die auffälligsten Begleiteffekte neuroleptischer Behandlung. Obwohl medizinisch harmlos, beeindrucken und erschrecken sie nicht selten die Angehörigen und Kranken so stark, daß demgegenüber die Linderung psychotischer Symptome lange Zeit nicht ins Gewicht zu fallen scheint“ (WINDGASSEN 1989, S. 35). Tatsächlich konnten FINN et al. (1990) feststellen, daß schizophrene Erkrankte und ihre behandelnden Ärzte übereinstimmend die Nebenwirkungen der Behandlung als ähnlich belastend bewerten wie die psychotischen Symptome selbst.

Wahrscheinlich spielen die Bewegungsunruhe (Akathisie) und die reduzierte allgemeine Beweglichkeit (Akinesie) als besonders quälende Nebenwirkungen bei der Ablehnung der neuroleptischen Therapie eine wichtige Rolle (KANE & MARDER 1993). In der Akutbehandlung können diese Störungen meist rasch und sicher mit Antiparkinson-Medikamenten oder – im Falle der Akathisie – mit Beta-Blockern oder Benzodiazepinen gelindert werden. Diese Medikamente sind jedoch zur Dauerbehandlung nicht geeignet. In diesem Fall muß deshalb versucht werden, über eine Dosisreduktion oder einen Substanzwechsel Beschwerdefreiheit zu erreichen.

Wegen ihrer subjektiv und sozial besonders aversiven Wirkung haben besonders die extrapyramidal-motorischen Störungen Anlaß gegeben, intensiv nach Substanzen zu suchen, die eine ähnliche antipsychotische Wirksamkeit aufweisen, ohne zugleich diese unerwünschten Wirkungen mit sich zu bringen (s. 3.4.5). Gerade bezüglich der extrapyramidalen Störungen ist eine sorgfältige Information und Aufklärung sehr wichtig, damit Patienten und Angehörige nicht überrascht werden und sich das veränderte Erleben und Verhalten erklären können. Die Betroffenen müssen auch wissen, daß die Nebenwirkungen der antipsychotischen Wirkung häufig mehr oder weniger lange vorausgehen, damit sie überhaupt einen Grund haben, die Behandlung im Rahmen einer persönlichen Kosten-Nutzen-Abwägung fortzusetzen.

Das Risiko von Spätschäden

Die häufigste und problematischste Spätschädigung durch Neuroleptika-Behandlung sind die Spätdyskinesien (auch tardive Dyskinesien oder Späthyperkinesen).

Im Gegensatz zu den Frühdyskinesien, die bei Absetzen der Medikation sofort verschwinden, handelt es sich bei den Spätdyskinesien oft um persistierende, d. h. auch nach Beendigung der Behandlung fortbestehende Störungen: unwillkürliche, unkontrollierbare, meist stereotype Bewegungen des Mundes oder anderer Gesichtspartien; selten sind auch die Extremitäten oder der ganze Körper betroffen. Die Störungen können von der Umwelt des Patienten wahrgenommen werden und lassen ihn – zumindest, wenn sie in ausgeprägter Form auftreten – als offensichtlich gestört erscheinen („soziale Toxizität“).

Spätdyskinesien entwickeln sich in der Regel erst nach mehrmonatiger bis mehrjähriger Neuroleptika-Behandlung, vereinzelt werden sie aber auch bereits nach wenigen Monaten Therapie beobachtet. Übersichtsarbeiten zufolge treten sie bei ca. 20 – 25 % der längerfristig behandelten Patienten auf (KANE & FREEMAN 1994). In einer aktuellen deutschen Übersichtsarbeit wird die Prävalenz mit 15 – 20 % aller neuroleptisch behandelten Patienten angegeben (EIKMEIER 1995). Die jährliche Inzidenz wird mit 5 % für jüngere und bis zu 30 % für ältere Patienten beziffert (KANE 1996).

Es ist nach wie vor umstritten, wie hoch der Anteil der irreversiblen Störungen ist. Ging man bis vor wenigen Jahren noch davon aus, daß ein beträchtlicher Anteil der Spätdyskinesien persistieren könnte, sprechen neuere Untersuchungen eher dafür, daß der überwiegende Teil der Störungen sich zurückbildet.

„Voraussetzung dafür ist allerdings, daß auf neuroleptische Medikation verzichtet wird. Nach einem Zeitraum von 3 Jahren sollen sie nur in 30 % der Fälle fortbestehen. Bei fortbestehender psychotischer Symptomatik kann das Therapeuten und Patienten in einen schweren Konflikt stürzen“ (FINZEN 1993 b, S. 172).

Gefährdet sind vor allem ältere Menschen und solche mit hirnorganischen Schädigungen. Nach SWEET et al. (1995) stellt neben dem höheren Lebensalter die Dauer der Neuroleptika-Gabe den stärksten Risikofaktor dar. Dagegen wurde in den meisten retrospektiven Studien kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Dosishöhe bzw. der kumulierten Dosis auf der einen und der Häufigkeit von Spätdyskinesien auf der anderen Seite nachgewiesen. Auch ein sicherer Zusammenhang mit hoch- oder niederpotenten Neuroleptika bzw. bestimmten Substanzklassen wurde nicht gefunden; „... eine Ausnahme bildet hier lediglich das Clozapin (*Leponex*®), vielleicht auch Sulpirid (*Dogmatil*®) unter denen Spätdyskinesien offenbar nicht bzw. seltener auftreten“ (BENKERT & HIPPIUS 1995, S. 160; vgl. auch KLIMKE & KLIESER 1995). Zur Prophylaxe von Dauerschäden ist demnach sicherheitshalber auf möglichst niedrige Neuroleptika-Dosierungen zu achten.

Zwar ist ein Zusammenhang zwischen der Entstehung von Spätdyskinesien und der Dauer-gabe von Anticholinergika (z.B. *Akineton*®) nicht nachgewiesen, trotzdem sollte diese Medikamentengruppe nicht auf Dauer zusammen mit Neuroleptika verordnet werden.

3.4.5 Atypische Neuroleptika

Die Grenzen der konventionellen Neuroleptika liegen klinisch gesehen vor allem in drei Punkten:

- Non Response-Raten bis zu 25 % bei der Positiv-Symptomatik;
- begrenzte therapeutische Erfolge bei Negativ-Symptomen und
- Belastung des Patienten durch unerwünschte extrapyramidale Begleit- und Folgewirkungen, vor allem Spätdyskinesien (MÖLLER 1996).

Das erste „atypische Neuroleptikum“ Clozapin (*Leponex*®), wurde bereits in den 60er Jahren in der Schweiz entwickelt. Es zeichnet sich aus durch eine starke antipsychotische Wirkung bei nur gering ausgeprägten extrapyramidal-motorischen Effekten. Nachdem in den 70er Jahren vereinzelt Todesfälle durch Veränderungen des weißen Blutbildes (Agranulocytose) nach Clozapin-Medikation berichtet wurden, mußte das Medikament zunächst vom Markt genommen werden. In der Folgezeit durfte es nur unter strikter Einhaltung von Blutbildkontrollen als Mittel zweiter Wahl verabreicht werden. Vor allem Patienten, die auf klassische Neuroleptika mit ausgeprägten Nebenwirkungen reagieren, können von Clozapin profitieren. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, daß auch ein nicht geringer Anteil der sog. Non-Responder unter Clozapin eine deutliche Besserung zeigt. Das Medikament kommt auch für Patienten mit bereits vorhandenen Spätdyskinesien in Frage, da es das Risiko dieser Schädigung offenbar nicht erhöht (FINZEN 1993 b, KLIMKE & KLIESER 1995, MERLO & BRENNER 1997). Da sich das Risiko von Blutbildschäden quantitativ in Grenzen hält (0,5 bis 1 % der Behandlungsfälle) und sich bei strikten Kontrollen beherrschen läßt, hat die Therapie mit *Leponex*® in den letzten Jahren starken Auftrieb bekommen und ist heute ein wichtiger Baustein der biologischen Schizophrenie-Therapie.

Insbesondere wurde durch das Clozapin die Suche nach verträglicheren und risikoärmeren Neuroleptika angeregt. Diese konzentriert sich heute zunehmend auf die Entwicklung solcher Substanzen, die eine verbesserte Wirkung auf die Negativ-Symptomatik und auf kognitive Funktionen aufweisen. Die in letzter Zeit entwickelten atypischen Neuroleptika lassen sich grob in 3 Gruppen unterteilen: Solche die primär auf das dopaminerge, solche

die auf das serotonerge und solche, die auf unterschiedliche andere Rezeptor-Systeme wirken (GERLACH & PEACOCK 1995, MILLER & FLEISCHHACKER 1995).

Zu den atypischen Neuroleptika zählt auch das Risperidon (1994 zugelassen), dem Fortschritte in allen drei o.g. Punkten zugesprochen werden (PEUSKENS 1995, MERLO & BRENNER 1997, BUCHBERGER 1997). Eine aktuelle Übersichtsarbeit kommt jedoch zu einem deutlich kritischeren Resümee (MATTES 1997).

Einige weitere „atypische“ Substanzen sind gerade zugelassen oder stehen in Europa kurz vor der Einführung (Olanzapin, Sertindol, Quetiapin, Amisulpirid). Ob sich die in diese Substanzen gesetzten Erwartungen auch zukünftig in klinischen und placebo-kontrollierten Studien erfüllen werden, bleibt vorerst abzuwarten. Nicht zuletzt wird das Risikopotential dieser neuen Medikamente weiter zu beobachten sein, wie sich nach dem Clozapin auch im Falle des 1989 zugelassenen Remoxiprid gezeigt hat, das bald darauf wegen schwerer Komplikationen dauerhaft vom Markt genommen werden mußte.

Am Ende sind „objektive“ Befunde im Sinne einer Fremdbeurteilung von Symptomen und Nebenwirkungen sowie die Rezidivhäufigkeit allein zur Beurteilung der Medikamentenwirkung keine hinreichenden Kriterien. Ausschlaggebend sollte vielmehr sein, ob die neuen Medikamente tatsächlich zu einer Verbesserung der von den Patienten selbst wahrgenommenen Lebensqualität beitragen. Sollten sich erste Ergebnisse in dieser Richtung bestätigen (z. B. FRANZ et al. 1997), wäre damit ein echter Fortschritt in der medikamentösen Behandlung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht.

Zum Schluß dieses Abschnitts sei der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, daß auch Medikamente aus anderen Psychopharmaka-Gruppen eine wichtige, zumeist die Neuroleptika ergänzende Rolle in der Schizophrenie-Therapie spielen können:

- Antidepressiva bei ausgeprägter depressiver Symptomatik;
- phasenprophylaktische Medikamente wie Lithium und Carbamazepin bei schizoaffektiven Störungen;
- sowie – wegen der Abhängigkeitsgefahr zeitlich begrenzt – Hypnotika und Tranquilizer bei anderweitig nicht therapierbaren Schlafstörungen und Angstzuständen (zur Kombination von Psychopharmaka vgl. GAEBEL 1992).

3.4.6 Zum Problem der „Compliance“

Einführung

Die Nichteinnahme verordneter Medikamente ist ein ernsthaftes Problem sowohl in der Akutbehandlung als auch bei der Rückfallprophylaxe schizophrener Erkrankungen. Die in der Literatur angegebenen Non Compliance-Raten schwanken – in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und dem Behandlungskontext – beträchtlich: CORRIGAN et al. (1990) nennen Häufigkeiten zwischen 11 % und 80 %. GERLACH (1994) geht von Raten zwischen 40 % und 60 % bei oraler Medikation aus, VAN PUTTEN (1978) nennt Häufigkeiten von 24 % bis 63 % für fehlende oder mangelhafte „Compliance“ im ambulanten Setting und MAYER & SOYKA (1992) geben 45 % bis 60 % bei längerfristiger ambulanter Behandlung an. Eine von FLEISCHHACKER et al. (1994) propagierte Faustregel dürfte den tatsächlichen Verhältnissen recht nahe kommen: 1/3 der Patienten sind vollständig, 1/3 teilweise und 1/3 überhaupt nicht „compliant“. Diese Zahlen sind angesichts der erwiesenen Wirksamkeit der Neuroleptikatherapie insbesondere bei der Rückfallprophylaxe alles andere als zufriedenstellend. Auf der anderen Seite scheint die Nichtbefolgung der ärztlichen Verordnung bei psychiatrischen Patienten im Schnitt nicht stärker ausgeprägt zu sein als z. B. bei internistischen Patienten (LEY 1982). Neuroleptisch behandelte Patienten stellen demnach in der Medizin keineswegs einen Sonderfall dar.

Was die in der Literatur diskutierten Bedingungsfaktoren für mangelhafte „Compliance“ angeht, so ist ihre Vielfalt kaum mehr überschaubar. Dabei scheinen die Ergebnisse zur Beziehung zwischen soziodemographischen sowie krankheitsbezogenen Merkmalen und dem Einnahmeverhalten inkonsistent bis widersprüchlich. Von großer Bedeutung sind wahrscheinlich institutionelle Einflüsse, die darüber mitentscheiden, ob jemand überhaupt (nach einer Überweisung bzw. Vermittlung) ambulante Behandlung in Anspruch nimmt und ob er diese Behandlung aufrecht erhält. So erscheinen nur 26 % bis 58 % der Patienten zu einem vereinbarten ersten ambulanten Termin, 9 % bis 40 % nehmen nicht mehr als einen ambulanten Termin wahr und zwischen 30 % und 60 % fallen innerhalb eines Jahres aus ambulanter Therapie heraus (CHEN 1991, MAYER & SOYKA 1992, mögliche Abhilfemaßnahmen diskutieren CORRIGAN et al. 1990 und CHEN 1991). Dem Zusammenhang zwischen „Compliance“ und soziodemographischen Merkmalen sowie institutionellen Prozessen soll hier nicht weiter nachgegangen werden. Im folgenden geht es ausschließlich um das „Compliance“-Problem im engeren Kontext Arzt/Patient/Medikament.

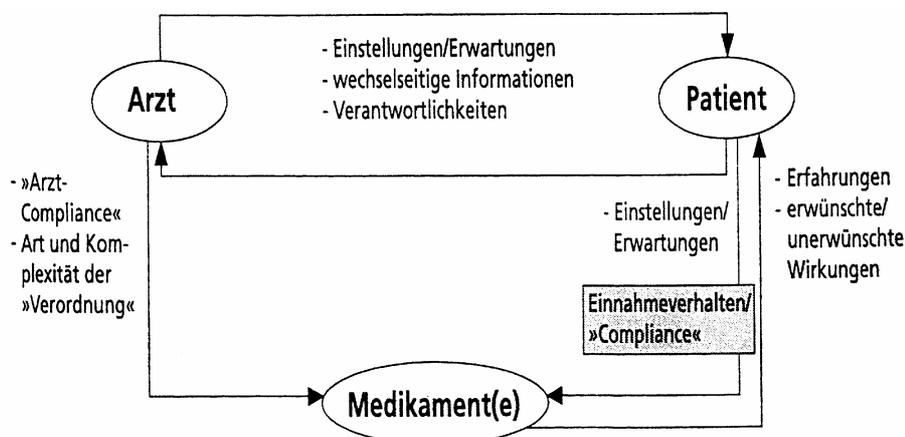
STRAUSS et al. (1986) unterscheiden drei Stufen der Beteiligung des Patienten bei der Genesung von der Psychose. Stufe 1, bei der den Betroffenen am wenigsten Mitverantwortung eingeräumt wird, bezeichnen sie mit „Compliance“:

„Konzeptuell ist es wohl am besten, potentiell mögliche Patientenrollen bei der Genesung von einer Psychose auf einem Kontinuum von null bis ‚total‘ anzusiedeln. Am gegen null tendierenden Pol mag der Patient aktiv nur sehr wenig zum Wiederherstellungsprozeß beitragen, ausgenommen, daß er sich an die Verordnungen des Arztes hält, also seine Medikamente einnimmt und vielleicht übermäßigen Streß vermeidet“ (STRAUSS et al. 1986, S. 169).

Im Kontext dieser Rollenzuschreibung erscheint der Erkrankte als (passiver) Empfänger ärztlicher Verordnungen. Die Nichteinhaltung dieser Verordnungen wird als mangelnde oder fehlende „Compliance“ verstanden und implizit oder explizit dem Patienten angelastet (LANGENSCHIEDT's Schulwörterbuch Englisch übersetzt „compliant“ mit willfährig, unterwürfig). Das mindeste, was man gegen dieses Verständnis von „Compliance“ einwenden kann ist, daß es die Dynamik, in die die Einnahme neuroleptischer Medikamente eingebettet ist, unzulässig vereinfacht. Abbildung 3.2 versucht, diese Dynamik als Beziehungsgeschehen zwischen Arzt, Patient und Medikament darzustellen, wobei auch hier bereits stark vereinfacht wird. So bleiben externe Einflüsse auf den Patienten (z. B. durch Angehörige, Mitpatienten oder die Medien) ebenso außer acht wie solche auf den Arzt (z. B. Aus- und Weiterbildung, Pharmaindustrie etc.).

Soweit wir heute überhaupt entsprechende Kenntnisse haben, sind dieses Beziehungsgeschehen und seine Bedingungsfaktoren höchst komplex. Im folgenden Überblick werden die wichtigsten Aspekte angesprochen und eingeordnet.

Abb. 3.2: Das „Compliance-Problem“



Die Arzt-Medikament-Beziehung

Hier sind hauptsächlich zwei Faktoren zu nennen:

- *Arzt-Compliance*: Ein wichtiger Grund dafür, daß schizophrene Erkrankte nicht ausreichend von den Möglichkeiten der neuroleptischen Rezidivprophylaxe profitieren, ist darin zu sehen, daß bereits von ärztlicher Seite die Indikation viel seltener gestellt und die Behandlung viel früher beendet wird, als dies z.B. nach internationalen, empirisch gut begründeten Behandlungsstandards empfohlen wird (KISSLING 1992 a, b).

So empfehlen 90 % bis 97 % der Nervenärzte z. T. erheblich kürzere Prophylaxezeiten, als dies nach entsprechenden Standards für Erst- bzw. mehrfach Erkrankte empfohlen wird. Zugleich wird das Rückfallrisiko drastisch unter- und das Risiko von Spätdyskinesien erheblich überschätzt. Dies führt zu der Einschätzung, daß unter Routinebehandlungsbedingungen nur jeder vierte bis maximal jeder zweite Patient optimal rezidivprophylaktisch behandelt wird (KISSLING 1992 a). Auch eine unklare, ambivalente Haltung des behandelnden Arztes zur Neuroleptikabehandlung steht in Beziehung zu „Compliance“-Mängeln (KISSLING 1992 a, BUCHANAN 1992).

- *Art und Komplexität der Verordnung*:

„Wahrscheinlich ist der häufigste Grund dafür, daß die meisten Leute aufhören, ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen, das uralte Problem der Vergeßlichkeit“ (FALLOON 1984, S. 413, Übers. G.W.).

Als Hauptursache für das Vergessen der Einnahme ist eine übermäßige Komplexität der ärztlichen Medikamenten-Verordnung anzusehen. In der Literatur finden sich dementsprechend vielfältige Vorschläge, wie dem Vergessen der Einnahme vorgebeugt werden könnte: möglichst wenige Medikamente in möglichst wenigen täglichen Einzeldosen, möglichst frühzeitige Förderung der Selbständigkeit im Umgang mit den Medikamenten (beginnend bereits in der Klinik); Verknüpfung der Einnahme mit Alltagsroutinen; Verwendung von Hinweisreizen und praktischen Hilfen wie schriftlichen Instruktionen, Dossiers, Einnahmekalendern etc. (FALLOON 1984, CHEN 1991). Darüber hinaus ist die Annahme plausibel, daß Depotbehandlung die Einnahmезuverlässigkeit erhöht. Eine Reihe von Autoren führen empirische Belege dafür an (FALLOON 1984, CHEN 1991, BUCHANAN 1992, MAYER & SOYKA 1992, HEINRICH & KLIESER 1993, GERLACH 1994). Es gibt jedoch auch Studien, die keinen eindeutigen oder lediglich einen zeitlich begrenzten Zusammenhang zwischen Anwendungsform und Einnahmезuverlässigkeit finden (BUCHANAN 1992, MAYER & SOYKA 1992, WEIDEN et al. 1995).

Als notwendige, wenn auch sicher nicht hinreichende Bedingung für eine optimale Rückfallprophylaxe kann festgehalten werden, daß der Arzt eine therapeutische Strategie verfolgt, die aktuellen Standards entspricht, daß er Selbständigkeit und Mitverantwortung des Patienten im Umgang mit der Medikation fördert und daß die „Verordnung“ unter praktischen Gesichtspunkten so einfach wie möglich gehalten wird.

Die Patient-Medikament-Beziehung

Ob ein Betroffener neuroleptische Medikamente wie „verordnet“ einnimmt, hängt natürlich nicht zuletzt von den tatsächlich erlebten positiven und negativen Wirkungen der Medikamente ab sowie von diesbezüglichen Erfahrungen und Erwartungen.

- *Nebenwirkungen und Compliance*: Die plausibelste und häufigste Erklärung für mangelnde „Compliance“ ist, daß Patienten neuroleptische Medikamente ablehnen, weil sie unter den Nebenwirkungen leiden. Hier werden besonders die extrapyramidalen Nebenwirkungen angeschuldigt, wobei der Akathisie und der Akinesie eine zentrale compliance-hemmende Funktion zugeschrieben wird (VAN PUTTEN 1978). Um so erstaunlicher ist, daß die Forschungslage hierzu alles andere als eindeutig ist. Nur wenige Studien haben diesen Zusammenhang systematisch untersucht und noch weniger haben eindeutige Ergebnisse erbracht (FLEISCHHACKER et al. 1994). Verschiedenen Übersichtsarbeiten ist zu entnehmen, daß mindestens sieben Studien keine Beziehung zwi-

schen extrapyramidalen Störungen und „Compliance“-Mängeln feststellen konnten, darunter fünf methodisch sorgfältige Studien aus jüngerer Zeit (vgl. PAN & TANTAM 1989, MAYER & SOYKA 1992, BUCHANAN 1992, AWAD 1993, FLEISCHHACKER et al. 1994). Drei weitere Untersuchungen fanden sogar eine bessere „Compliance“ bei Patienten mit Nebenwirkungen im Vergleich zu solchen ohne Nebenwirkungen. Eine Autorengruppe führt dies darauf zurück, daß das Erleben von Nebenwirkungen den Patienten das Gefühl vermitteln, „daß die Medikamente etwas tun“ (LINDEN 1987, vgl. BUCHANAN 1992, FLEISCHHACKER et al. 1994). In einer Vergleichsuntersuchung konnte LINDEN (1987) zeigen, daß sich kooperative von nichtkooperativen Patienten nicht durch die Zahl negativer Wirkungen, sondern durch die häufigere Nennung positiver Wirkungen unterscheiden. Auch in der Studie von KELLY et al. (1987) leistete der wahrgenommene Nutzen der Therapie, nicht aber die erlebten Nebenwirkungen einen unabhängigen Beitrag zur Vorhersage des Einnahmeverhaltens. Ein wesentlicher Grund für mangelnde „Compliance“ könnte demnach sein, daß den Patienten gute Gründe für eine (Fortführung der) Behandlung fehlen. Dies paßt gut zu dem Ergebnis, daß das Wissen um die erwünschten Wirkungen der neuroleptischen Therapie noch geringer zu sein scheint als jenes über die unerwünschten (vgl. 3.2.2). Daß das Einnahmeverhalten in erster Linie etwas mit den positiven Wirkungen der Neuroleptika zu tun hat, wird durch ein Ergebnis der sorgfältigen, prospektiven Studie von BUCHANAN (1992) unterstrichen: Der mit Abstand beste Prädiktor für „Compliance“ war eine positive Antwort auf die Frage: „Hat die (medikamentöse) Behandlung geholfen?“

- *Dysphorische Reaktionen auf Neuroleptika*: Von den extrapyramidalen, in erster Linie psycho-motorischen Nebenwirkungen der Neuroleptika, die besonders beeindrucken und oftmals der direkten Beobachtung zugänglich sind, müssen subtilere Reaktionen auf die Neuroleptikaeinnahme unterschieden werden.

Diese werden mit unterschiedlichen Bezeichnungen belegt: „initiale, subjektive dysphorische Reaktion“ (BRENNER et al. 1986, AWAD 1993); „neuroleptisch induziertes Defizit-Syndrom“ (GERLACH 1994); „neuroleptisches apathisches Syndrom“ (MÜLLER & SOYKA 1992). Diese Reaktion ist nicht zu verwechseln mit der „pharmakogenen Depression“, die in späteren Behandlungsstadien beobachtet werden kann. Gemeint ist, daß manche Menschen in den ersten Tagen einer neuroleptischen Behandlung ängstlich, depressiv und apathisch reagieren; daß sie sich leer, ohne Lebensfreude und Antrieb fühlen; daß sie das Gefühl haben, nicht mehr „normal“ zu funktionieren. Welche Rolle pharmakologische und welche psychodynamische Faktoren bei der Auslösung dieser Reaktionen spielen, ist bisher weitgehend ungeklärt (MAYER & SOYKA 1992).

Gut bestätigt ist, daß der subjektiven, dysphorischen Reaktion auf Neuroleptika eine hohe prädiktive Aussagekraft für „Compliance“-Mängel im weiteren Behandlungsverlauf zukommt (KRAUSZ & SORGENFREI 1991, AWAD 1993, AWAD et al. 1996). AWAD (1993) hält die „subjektive Interpretation eines veränderten physiologischen Zustandes durch den Patienten“ sogar für die entscheidende Determinante von „Compliance“. HOGAN & AWAD (1992) konnten außerdem zeigen, daß Patienten mit initialer dysphorischer Reaktion sehr häufig zugleich diejenigen sind, bei denen sich eine geringe therapeutische Wirkung der Neuroleptika zeigt. D. h. ., daß dysphorische Reaktion, begrenzte therapeutische Wirkung und mangelhafte „Compliance“ eine psychologisch durchaus nachvollziehbare Motivkette bilden. BRENNER et al. (1986) sind der subjektiven Qualität der dysphorischen Reaktion genauer nachgegangen und fanden, daß diese Reaktion vor allem durch die Wirkungen der Neuroleptika auf kognitive und weniger auf somatische oder affektive Funktionen zurückzuführen ist. Außerdem scheint die Einbeziehung der Neuroleptika in die psychotische Wahrnehmung und das Auftreten von negativen kognitiven Erlebnisqualitäten nach dem Zurückgehen der Psychose eine Rolle zu spielen.

„Wir vermuten, daß an der dysphorischen Erlebnisreaktion ein komplexes psychodynamisches Geschehen beteiligt ist, das nicht nur den Behandlungsverlauf, sondern auch die Integration der Psychose in den biographischen Erlebniszusammenhang beeinträchtigt“ (BRENNER et al. 1986, S. 101).

Die Autoren sehen die Möglichkeit und Notwendigkeit, dysphorisch reagierende Patienten gezielt psychotherapeutisch zu unterstützen:

„Der Patient benötigt unseren Beistand bei der Bewältigung seines durch Neuroleptikaeinfluß empfindlich bloßgelegten Erlebens von Macht- und Hilflosigkeit, von Isolierung und Beziehungsunfähigkeit sowie von der Erschütterung des Selbstwertgefühls durch die nun schmerzhafter wahrgenommenen Basisdefizite der vulnerablen Person“ (ebd., S. 106).

Und KRAUSZ & SORGENFREI (1991) stellen fest:

„Alle empirischen Befunde belegen den Stellenwert der subjektiven Wahrnehmung des Schizophrenen für den Verlauf der medikamentösen Behandlung, Erkenntnisse, die im klinischen Alltag noch zu wenig Berücksichtigung finden“ (S. 16).

Auch unter diesem Aspekt gehören Neuroleptikatherapie, Psychotherapie und psychoedukative Therapie notwendig zusammen.

- *Krankheitskonzept*: Schließlich sind Faktoren in der Beziehung zwischen Patient und Medikament zu nennen, die ebenfalls nicht auf die unmittelbaren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen des Medikaments zu reduzieren sind, sondern bei denen es um Bedeutungszuschreibungen und Einstellungen geht. Unter 3.2.4 war bereits darauf verwiesen worden, daß es wahrscheinlich Zusammenhänge zwischen dem Krankheitskonzept und dem Umgang mit Medikamenten gibt. PAN & TANTAM (1989) finden allerdings keine Beziehung zwischen gesundheitsbezogenen Überzeugungen (*health beliefs*) und „Compliance“. Demgegenüber stellten ALBUS et al. (1995) eine positive Beziehung zwischen einem biologischen Krankheitsmodell sowie einer positiven Einstellung zu Medikamenten einerseits und guter „Compliance“ andererseits fest. Darüber hinaus scheinen Patienten mit einem gering ausgeprägten Krankheitsgefühl oder fehlender Krankheitseinsicht eine eher problematische „Compliance“ aufzuweisen. Hierbei mag auch eine Rolle spielen, daß sich Betroffene durch fortgesetzte Neuroleptika-Einnahme ständig an die Krankheit erinnert und auf die Krankenrolle festgelegt fühlen (WEIDEN et al. 1986). Auch andere Autoren weisen darauf hin, daß der Widerstand gegen das Medikament sehr grundsätzlicher Natur sein kann: wenn Betroffene sich ihre Psychoseerlebnisse, z.B. expansive Wahninhalte, ekstatisch-halluzinatorische Erfahrungen oder manifomes Erleben nicht wegnehmen lassen wollen und eine psychotische Existenz bevorzugen (VAN PUTTEN 1978, BRENNER et al. 1986, BARTKO et al. 1988; KRAUSZ & SORGENFREI 1991). In solchen Fällen wirkt ein primärer Krankheitsgewinn der „Compliance“ entgegen (CORRIGAN et al. 1990).

„Die Psychose scheint neben zahlreichen negativen und z.T. auch selbstgefährdenden Aspekten auch ‚rauschähnliche Gratifikationen‘ zu gewähren. Das subjektive Gefühl der Insuffizienz der eigenen Möglichkeiten und des Daseins in der ‚normalen‘ Welt kann so in einer psychotischen Triebabwehr und Konfliktvermeidung münden“ (KRAUSZ & SORGENFREI 1991, S. 15).

Dieser Aspekt verdeutlicht erneut, daß es bei dem Umgang mit mangelnder „Compliance“ um sehr viel mehr gehen kann als um die technische Bewältigung eines Verhaltensproblems. Etwa darum, Betroffene dabei zu unterstützen, die Psychose in ihr Selbstkonzept und ihre Biographie zu integrieren, ohne sich auf Dauer der „normalen Welt“ zu verweigern.

Die Arzt-Patient-Beziehung

- *Informiertheit des Patienten*: Unter 3.2.2 hatten wir Befunde referiert, die belegen, daß schizophrene Patienten insgesamt eher schlecht über die unterschiedlichen Aspekte ihrer medikamentösen Behandlung informiert sind, daß sie das Informationsverhalten psychiatrischer Professioneller kritisch bewerten und diesbezüglich Verbesserungen einfordern. Auch in der aktuellen Literatur zum „Compliance“-Problem wird die Bedeutung von Information und Aufklärung unterstrichen. Ihnen wird eine „unschätzbare Rolle“ zugewiesen (GERLACH 1994), sie werden als „essentiell“ (CHEN 1991) und „entscheidend“ (FLEISCHHACKER et al. 1994) für eine Optimierung der „Compliance“ eingestuft. KANE (1986) betont:

„Praktiker müssen ihre eigenen Widerstände gegen die Diskussion (von Nebenwirkungen mit dem Patienten, G. W.) überwinden, die aus der Angst resultiert, Non-Compliance zu fördern. Viele Therapeuten äußern Bedenken, daß es Patienten zum Absetzen der Medikamente ermutigt, wenn sie die problematischen Wirkungen zu sehr thematisieren. Unsere Ansicht ist im Gegenteil: Eine freimütige und offene Diskussion die-

ser Probleme wird mit viel höherer Wahrscheinlichkeit zu einer befriedigenden Lösung führen. Selbst wenn sich der Patient für eine Unterbrechung der Medikation entscheidet, ist es sehr viel besser, wenn dies mit dem Wissen des Arztes geschieht als heimlich“ (S. 578, Übers. G.W.).

In der uns zugänglichen Literatur war nicht eine Stimme zu finden, die gegen umfassende Aufklärung und Information argumentiert, die ja schon juristisch obligatorisch sind (s. 3.2.5). Demgegenüber ist die empirische Befundlage zur Beziehung von „Compliance“ und Informiertheit bei schizophrenen Patienten eher dürftig. Immerhin lassen sich anhand von Übersichtsarbeiten mindestens fünf Studien identifizieren, die einen positiven Zusammenhang zwischen Wissen und „Compliance“ in der Psychopharmakotherapie fanden (FALLOON 1984, CHEN 1991, MAYER & SOYKA 1992). Diese Studien wurden allerdings nicht ausschließlich mit schizophren Erkrankten durchgeführt. In einer aktuellen deutschen Untersuchung wurde festgestellt, daß schizophrene Patienten, die sich gut bzw. ausreichend über Nebenwirkungen der Medikamente und Möglichkeiten dagegen vorzugehen, aufgeklärt fühlten, eine signifikant höhere „Compliance“ zeigten als diejenigen, die sich zu wenig oder gar nicht aufgeklärt fühlten (ALBUS et al. 1995). Es ist uns demgegenüber keine einzige Studie bekannt, die einen gegenteiligen Effekt feststellte. Nach dem Ergebnis von LINDEN (1987) kommt es dabei in erster Linie darauf an, positive Gründe für eine Behandlung zu vermitteln. Auf der anderen Seite muß man die Grenzen von Information sehen:

„Sachliche Aufklärung allein führt häufig nicht zur Annäherung divergierender Krankheitskonzepte von Arzt und Patient. Vielmehr ist zu berücksichtigen, daß Krankheitskonzepte häufig nicht auf rationales Wissen gegründet sind, sondern den Charakter von ‚Weltanschauungen‘ haben“ (MAYER & SOYKA 1992, S. 220).

D. h. die Vermittlung medikamentenbezogenen Wissens genügt nicht. Vielmehr ist es notwendig, daß Arzt und Patient, Professionelle und Betroffene ein gemeinsames Krankheits- bzw. Behandlungskonzept aushandeln.

- **Beziehungsqualität:** Auch hier ist die Übereinstimmung in der veröffentlichten Expertenmeinung hoch: Die Beziehungsebene sei von „größter Bedeutung“ (GERLACH 1994) und spiele die „wichtigste Rolle“ im Zusammenhang mit dem „Compliance“-Problem; sie wird als Vorbedingung für eine befriedigende „Compliance“ bezeichnet (FLEISCH-HACKER et al. 1994). Als problematische, compliance-hemmende Beziehungsaspekte werden genannt: die Beratung des Patienten unter Zeitdruck, eine autoritär-rigide (FLEISCH-HACKER et al. 1994) oder auch autoritär-paternalistische (CORRIGAN et al. 1990) Haltung des Arztes; negative Einstellungen des Arztes, wie z.B. die Therapie (chronisch) schizophren Erkrankter sei frustrierend, hoffnungslos, wenig lohnend (CORRIGAN et al. (1990); die Erkrankung sei unheilbar und unbeeinflussbar (WEIDEN et al. 1986). Hingewiesen wird auf die Gefahr einer ungünstigen Beziehungsdynamik:

„Druck zur neuroleptischen Behandlung ohne Exploration der Zusammenhänge, die zur Non-Compliance führen, kann Widerstände fördern und in paradoxer Weise die Ablehnung der Behandlung verschlimmern“ (WEIDEN et al. 1986, S. 573, Übers. G.W.).

Dementsprechend wird vor einer polarisierenden Konfrontation zwischen Arzt und Patient gewarnt, die unweigerlich zu einer Verschärfung des Problems führen dürfte. Als kommunikative Grundhaltung wird gefordert: aktives Zuhören, Zuwendung, Wärme und Empathie; ein akzeptierendes, nicht wertendes Eingehen auf die Stellungnahme des Patienten und die Respektierung seiner Entscheidungsfähigkeit. Empirische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Qualität der Beziehung sowie Einstellungen zu und Umgang mit Medikamenten bei schizophren Erkrankten sind uns allerdings nicht bekannt.

Es deutet jedoch einiges darauf hin, daß auch in der Psychopharmakabehandlung – und insbesondere im Zusammenhang mit „Compliance“-Problemen – eine psychotherapeutische Haltung gefragt ist, die nicht unbesehen und ohne entsprechende Weiterbildung als gegeben vorausgesetzt werden kann (CORRIGAN et al. 1990, FLEISCH-HACKER et al. 1994). Am Ende geht es also auch hier und gerade hier um ein Verhandeln statt Behandeln.

3.5 Psychotherapie

3.5.1 Einführung

„Was man in der schizophrenen Erkrankung erleidet, ist etwas Unerhörtes. Man erlebt die Hölle und den Himmel, man erlebt, wie man verloren geht, im geistigen Sinne stirbt, wie man ein anderer, fremder in alter Gestalt wird. Man wird in seiner sozialen Stellung erschüttert. Man wird in seinem Ansehen, seiner Ehre, in seiner Stellung im Beruf und in der Familie bedroht. Wie konnten die Psychiater unter diesen Umständen erwarten, man wäre nach der Heilung der Psychose genau derselbe Mensch wie vorher?“ (M. BLEULER 1972, S. 53 f).

Was ist Psychotherapie? Es lassen sich mindestens drei Ebenen der Begriffsdefinition unterscheiden:

- Auf der ersten Ebene wird Psychotherapie – ihrer historischen Wurzel entsprechend – gleichgesetzt mit psychoanalytischer Therapie, von der allein es nach MATUSSEK (1993) mindestens 20 Spielarten gibt. Eine solche Begriffsbestimmung kann heute als bei weitem zu eng verworfen werden.
- Auf der nächsten Ebene kann Psychotherapie definiert werden als „Aufarbeitung der subjektiven, individuellen Geschichte und die Ermöglichung von Zukunft“ (PLOG 1991, S. 303). Hier geht es primär um das, was GRAWE et al. (1994) als eine der zentralen Wirkfaktoren und Perspektiven von Psychotherapie herausgearbeitet haben: die Klärungsperspektive.

„Das unmittelbare Ziel all dieser therapeutischen Interventionen ist größere Klarheit hinsichtlich der erlebten Bedeutungen, und dabei wird vor allem ein Bezug hergestellt zu den Motiven, Werten und Zielen des Patienten. Es geht also in erster Linie um motivationale Klärung“ (GRAWE et al. 1994, S. 752).

GRAWE et al. (1994) und GRAWE (1995) sprechen auch von „explizierender Therapie“, bei der es um die Frage nach dem Warum oder Wozu, um motivationale Klärung, nicht um die Frage von Können oder Nichtkönnen geht. Psychotherapie mit dem Schwerpunkt auf der Klärungsperspektive bezeichnen wir hier und im weiteren als *Psychotherapie im engeren Sinne*. Diese ist nicht beschränkt auf tiefenpsychologisch fundierte Ansätze.

- Auf der dritten Ebene werden schließlich alle in irgendeiner Weise planvollen, methodischen Ansätze zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens von Menschen als Psychotherapie bezeichnet. So gefaßt kann man nach GRAWE et al. (1994) mindestens 40 verschiedene „Psychotherapien“ unterscheiden. Diese Spielart des Begriffs könnte man *Psychotherapie im weiteren Sinne* nennen.

Wir verwenden im folgenden den Begriff „Psychotherapie“ in der zweiten Variante, also im Sinne der Klärungsperspektive. Nicht deshalb, weil wir diese Definition für „richtig“ und andere für „falsch“ halten, sondern um die begriffliche Differenzierung im Kontext der anderen in Abbildung 3.1 aufgeführten Verfahren zu erleichtern.

3.5.2 Grenzen traditioneller psychotherapeutischer Ansätze

Die „Urmutter“ aller heute existierenden Formen der Psychotherapie ist die Psychoanalyse Sigmund FREUDs. Er selbst hielt Patienten mit Psychosen grundsätzlich nicht für psychoanalytisch behandelbar, weil ihnen die Übertragungsfähigkeit fehle. In der Nachfolge von FREUD wurden jedoch von zahlreichen Autoren unterschiedlichste Formen der Psychotherapie für Psychosekranken entwickelt. Die Blütezeit dieser Entwicklung lag in den 50er und 60er Jahren in England und vor allem in den USA. In Europa haben sich in erster Linie Schweizer Analytiker um die psychoanalytische Therapie schizophrener Patienten bemüht (Christian MÜLLER, BENEDETTI). In der deutschen Psychiatrie sind Psychodynamik und Psychoanalyse in der Psychiatrie mit Aufkommen des „Dritten Reiches“ schlagartig unter-

gegangen (MÜLLER 1991). Erst nachdem aus England und den USA – insbesondere durch die Arbeit deutschsprachiger Immigranten – psychoanalytische Impulse nach Europa zurückwirkten, entwickelten sich auch in Deutschland wieder vereinzelt Ansätze der Psycho- Psychotherapie im psychiatrischen Kontext (z. B. MATUSSEK, STIERLIN, WINKLER). Ihre Akzeptanz und Verbreitung blieb jedoch vergleichsweise gering. Vollends an Bedeutung verloren hat die analytisch orientierte Therapie Psychosekranker, nachdem sich Ende der 60er Jahre die Erfolge der Psychopharmaka ausgebreitet hatten. Hinzu traten optimistische sozialpsychiatrische Konzepte, die der Psychotherapie keinen Raum mehr zu lassen schienen (KRULL 1987, MÜLLER 1991, STOFFELS 1993).

Die zunehmende Bedeutungslosigkeit analytisch orientierter Therapie bei schizophrenen Patienten dürfte jedoch auch damit zusammenhängen, daß sich ihre Erfolge als bestenfalls mäßig erwiesen haben. Empirische Überprüfungen ihrer Wirksamkeit bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis haben alles in allem enttäuschende Ergebnisse gezeitigt. Alle Katamnesestudien, die methodische Mindestanforderungen erfüllen, belegen, daß ein- sichtsorientierte, psychodynamische Therapie – mit oder ohne neuroleptische Behandlung – weniger oder allenfalls gleich wirksam ist als andere Therapieverfahren (Übersichten bei KANAS 1986, LIBERMAN et al. 1989, MUESER & BERENBAUM 1990, MÜLLER 1991, GRAWE et al. 1994). In aller Regel erwiesen sich stützende, problem- und lösungszentrierte Ansätze auf der Basis des Hier und Jetzt der analytischen Therapie als überlegen.

Auch die Ergebnisse neuerer Studien aus dem deutschsprachigen Raum sind alles andere als überzeugend; dabei handelt es sich um die Untersuchung analytischer Gruppentherapie bei neuroleptisch behandelten Patienten ohne Vergleichs- bzw. Kontrollgruppen (BATTEGAY & v. MARSCHALL 1986, SANDNER 1986). Sehr günstige Resultate einer durchschnittlich 5 Jahre (bei 2 bis 5 Sitzungen je Woche) andauernden Einzelpsychotherapie bei 50 Patienten berichtet BENEDETTI (1987). Auch hier handelt es sich um eine nicht-kontrollierte Studie mit erheblichen methodischen Schwächen, deren Aussagekraft begrenzt ist. Interessant ist der Hinweis BENEDETTIs, daß 3/5 aller Patienten ihre tiefe Beziehung zum Therapeuten nie ganz aufgegeben haben, ohne ihm gegenüber unselbständig zu bleiben. KÖTTGEN (1990) berichtet sehr günstige Ergebnisse bezüglich der Rückfallhäufigkeit nach 2 und 4 Jahren bei bifokaler Gruppentherapie (Angehörige und Patienten werden in getrennten Therapiegruppen behandelt). Es handelte sich um eine kontrollierte Studie mit eher jungen schizophrenen Patienten. Die Therapie war allerdings nicht rein tiefenpsychologisch, sondern das Vorgehen war gekennzeichnet durch ein eklektisch-problemorientiertes Vorgehen, das starke edukative Elemente aufwies.

Einsichtsorientierte Psychotherapie erwies sich jedoch nicht nur als begrenzt hilfreich, es wurden sogar in einer Reihe von Studien schädliche Effekte gefunden (s. die gen. Übersichtsarbeiten). Die schädlichen Wirkungen werden zurückgeführt auf zu intensive, bedrängende, überstimulierende, starke Gefühle provozierende Therapiestrategien, die wirken, als gieße man Öl ins Feuer (DRAKE & SEDERER 1986). In bewußtem Kontrast dazu schlagen diese Autoren das „Wundenheilen“ als geeignete Metapher für das psychotherapeutische Vorgehen bei schizophren Erkrankten vor. Die Ergebnisse der Therapieforschung veranlassen MUESER & BERENBAUM (1990), ein Moratorium für die Anwendung klassisch psychoanalytischer Therapie bei Schizophrenie zu fordern; auch deshalb, weil psychoanalytisch behandelte Erkrankte nicht in den Genuß anderer Therapieverfahren kommen, die sich nachweislich als effektiv erwiesen haben.

Die Gefahr, daß Psychotherapie Wunden aufreißt anstatt zu heilen, ist als mögliche Nebenwirkung jeglicher psychotherapeutischer Ansätze immer im Auge zu behalten. Sie läßt sich nicht nur von der Vulnerabilität, sondern auch aus der besonderen Psychodynamik schizophren erkrankter Menschen ableiten, die – wie BIERMANN-RATJEN (1994) anschaulich beschreibt – eine andere ist, als die des neurotisch Kranken. Die psychoanalytische Therapie wurde jedoch zuallererst in und für die Behandlung Neurosekranker entwickelt. Insofern kann es nicht wundern, daß sie sich in ihren eher klassischen Varianten als nur sehr begrenzt geeignet für die Therapie Psychosekranker erwiesen hat. STOFFELS (1993) fordert dann auch sehr pointiert, der psychoanalytisch geschulte Neurosen-therapeut müsse

„... in der Psychosentherapie all das vergessen und hinter sich lassen, was er gelernt hat, z.B. über die Gestaltung des Setting, über die Abstinenzregel und das Neutralitätspostulat, über den Vorrang von Deutungen. Die Modifikationen, die in der Therapie von Borderline-Patienten formuliert worden sind, erfahren nochmals eine Akzentuierung. Ich gehe soweit zu sagen, daß die Neurosen-therapie ein entscheidendes Hindernis für die Zuwendung zum schizophrenen Patienten darstellt, wenn sie sich ... nicht vom Kopf auf

die Füße stellen läßt. Lautete das Motto der Neurosen-therapie, daß aus Es Ich werden soll, so steht bei der Schizophreniebehandlung das Umgekehrte auf der Tagesordnung: die Verankerung und Rückführung eines fragmentierten, überwachen und überforderten Ichs in die Unbewußtheit des Körpers“ (S. 365 f).

3.5.3 Qualitäts-Kriterien psychotherapeutischer Hilfen für schizophran erkrankte Menschen

Welcher Art muß demnach Psychotherapie im weiteren Sinnen sein, wenn sie dem Bedarf und den Bedürfnissen schizophran verletzlicher Menschen gerecht werden will? Für diese Menschen sind – ob im Einzel- oder im Gruppensetting – psychotherapeutische Hilfen mit folgenden Qualitäten geeignet:

- Sie beruhen auf einer *aktiven Grundhaltung* des Therapeuten. Er sollte den therapeutischen Prozeß strukturieren, für konkrete Inhalte und Ziele der Therapie Sorge tragen und so dem Patienten Orientierung vermitteln (DRAKE & SEDERER 1986, BUCHKREMER & WINDGASSEN 1987, WÖLLER et al. 1996). Damit ist nicht gemeint eine insistierende, bedrängende Haltung oder die einseitige Bestimmung des Patienten durch den Therapeuten. Der Patient darf aber nicht ins Leere laufen und muß jederzeit wissen, woran er mit der Therapie und dem Therapeuten ist (STOFFELS 1993).
- Sie *stützen die Ich-Funktionen* des Patienten. Dazu gehört auch das Zulassen von Abhängigkeit, ohne allerdings Regression zu fördern (BUCHKREMER & WINDGASSEN 1987, DEWALD 1994, WÖLLER et al. 1996). Ganz besonders wichtig ist, die tiefen Kränkungen wahrzunehmen, die eine schizophrene Erkrankung mit all ihren Folgen für die Betroffenen bedeutet und sie so gut es geht vor weiteren Kränkungen zu schützen (SACHSSE & ARNDT 1994).
- Sie machen die *gesunden, kompetenten Anteile zum Ausgangspunkt*, erkennen sie an und stützen sie. Dazu gehört auch, das (Wieder-) Erlernen von Fähigkeiten und damit ein positives Selbstbild gezielt zu fördern, wobei konkrete Unterstützung in Alltagsdingen durch den Therapeuten erforderlich sein kann (DRAKE & SEDERER 1986, BUCHKREMER & WINDGASSEN 1987, KRULL 1987, WÖLLER et al. 1996).
- Sie *integrieren psychoedukative Anteile* und erarbeiten mit dem Patienten zusammen ein Krankheitskonzept, vor dessen Hintergrund er seine Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit seiner Erkrankung und Verletzlichkeit erkennt (DRAKE & SEDERER 1986, COURSEY 1989).
- Sie *vermeiden potentiell schädliche Strategien* wie emotional intensive, affekt- und erlebnis-aktivierende Methoden sowie jede Art von „Reha-Druck“ (DRAKE & SEDERER 1986, WING 1986, BIERMANN-RATJEN 1994).
- Sie sind *adaptiv ausgerichtet und flexibel*, d.h. sie passen Ziele, Inhalte und Methoden dem jeweiligen Bedarf und Bedürfnissen des Patienten an. Hierbei spielt die zeitliche Dynamik von Dekompensation, akuter Psychose, Remission und Stabilisierung eine entscheidende Rolle: Ein Patient in einer abklingenden akuten Phase benötigt z. B. eine andere Form psychotherapeutischer Unterstützung als einer mit andauernder und ausgeprägter Negativ-Symptomatik (McGLASHAN 1994).
- Sie verstehen sich als *notwendiger, nicht jedoch hinreichender Baustein* eines Gesamtbehandlungskonzeptes (KRULL 1987).
„Die Psychotherapie schizophrener Psychosen hat nur dann eine Zukunft, wenn sie sich nicht als hochspezialisierte Technik versteht, sondern als integrierter und integrierender Bestandteil eines umfassenden psycho-somatischen und sozial-psychiatrischen Behandlungsplanes“ (STOFFELS 1993, S. 368).
- Schließlich – und vor allem anderen – muß der Therapeut eine *langfristig tragfähige, verlässliche Beziehung* sicherstellen, die getragen ist von Akzeptanz, einfühelndem Interesse und Respekt vor dem Patienten (MÜLLER 1991, STOFFELS 1993). Bei

manchen schwerer kranken Patienten kann es notwendig sein, die therapeutische Beziehung – ggf. bei sehr geringer Kontakthäufigkeit – auf Dauer anzulegen (DEWALD 1994).

„Faßt man die Beobachtungen und Ergebnisse unterschiedlicher Schulen zusammen, so besteht Übereinstimmung darin, daß als wichtigste Eigenschaft des Therapeuten ein starkes und ausdauerndes Interesse zu werten ist“ (KRULL 1987, S. 61).

Mit dem letzten Punkt ist ein wirkliches Dilemma benannt. Wir glauben zu wissen, daß es in erster Linie diese Qualität einer Beziehung ist, die sie für den schizophrenen Patienten zu einer therapeutischen macht. Wir wissen aber auch, wie schwer sich die meisten Therapeuten damit tun, eine solche Beziehung einzugehen, die – wenn sie gelingt– keine im engeren Sinn therapeutische Beziehung mehr ist und die gerade dann noch tragen muß, wenn die Grenzen aller Therapie erreicht sind:

„Wenn der Therapeut an die Grenzen seiner Kompetenz stößt, nicht weil es ihm an Kompetenz mangelt, sondern weil jede Methodik ihre Grenzen hat, und er an diesen Grenzen seinen Patienten nicht fallenlassen will, braucht er die Treue eines Begleiters in der Unwegsamkeit. Er muß dann nicht vergessen, was er gelernt hat, doch er muß wissen, daß nun nicht mehr seine Professionalität allein zur Orientierung verhilft“ (BECKER 1984, S. 178).

Die Therapie schizophrener Erkrankter ist auch für Therapeuten eine potentielle Quelle manigfacher Kränkungen. Narzißtisch kränkbare Therapeuten stellen deshalb ein Risiko für die Patienten dar, weil sie dazu neigen, ihre Patienten „fallenzulassen“. Dies kann den Patienten zurück in die Psychose, schlimmstenfalls in den Suizid treiben (MUNDT 1984, MÜLLER 1989).

Sicherlich gibt es eine ganze Reihe institutioneller und materieller Gründe, die es erschweren, ein dauerhaft verlässlicher Begleiter für schizophrene erkrankte Menschen zu sein. Ausschlaggebend dürfte am Ende aber die Motivation des Therapeuten sein. Nach MÜLLER (1991)

„... sind die grundlegende Verunsicherung des schizophrenen Patienten, sein Mangel an Vertrauen, seine Einsamkeit so schlimm und das Fehlen wirklicher und verlässlicher therapeutischer Kompensation so offenkundig, daß Therapeuten sich oft lieber zurückhalten, statt sich darauf einzulassen Aber die Suche nach kurzen und oberflächlich verhaltenstherapeutisch wirkenden Therapiekonzepten hilft eben auch nicht hinreichend, vergrößert sogar manchmal die Kluft zwischen Hunger und Speise“ (S. 282). Und er fährt fort: „Daß psychotherapeutische Hilfen notwendig sind, zumal in psychosefreien Intervallen, damit die Patienten aus Resignation, Rückzug, Hoffnungslosigkeit herausfinden und damit ihre Vulnerabilität gemindert wird, ist heute keine Frage mehr. Insofern beginnt hier eine Renaissance der Psychosen-Therapie, wenn auch in veränderter Form“ (S. 283).

Es sind in jüngster Zeit eindrucksvolle Beispiele beschrieben worden, die erkennen lassen, worin diese „Renaissance in veränderter Form“ bestehen könnte:

- die „multimodale Gruppentherapie“, über die PROFITA et al. (1989) berichten;
- die „psychologische Therapie“ von SÜLLWOLD & HERRLICH (1990, 1992);
- die „*need-adepted*“ Therapie der Arbeitsgruppe um ALANEN (1991);
- die „Stütztherapie“ im Sinne von HUBSCHMID (1993);
- sowie die „personale Therapie“, die die Arbeitsgruppe um HOGARTY entwickelt hat und derzeit in einer längerfristigen Untersuchung auf ihre Wirksamkeit überprüft (HOGARTY et al. 1995).

Im Interesse der Betroffenen ist zu wünschen, daß Ansätze dieser Art auf breiter Ebene Eingang auch in die außeruniversitäre Praxis finden. Nur auf diesem Weg wird es gelingen, die bis heute erschreckenden Defizite in der psychotherapeutischen Basisversorgung schizophrener erkrankter Menschen nach und nach zu beheben.

„Niemand benötigt so dringlich Psychotherapie wie die Schizophreniekranken“ (FINZEN 1993 a, S. 150).

„Der langfristige Bedarf an psychotherapeutischen Hilfen für chronisch psychisch Kranke wird noch immer unterschätzt. Betroffene antworten auf die Frage nach Psychotherapie im Laufe ihrer oft langjährigen Erfahrungen mit der Psychiatrie, daß kaum einer einen Psychotherapeuten kennengelernt hat, daß aber der

Wunsch nach psychotherapeutischer Unterstützung bei fast allen sehr groß war. Nicht zuletzt fühlen sie sich auf psychotherapeutischen Beistand angewiesen, um die Verluste zu bewältigen, die sie im Hinblick auf ihr Leistungsvermögen und auf ihre soziale Stellung hinnehmen müssen“ (PLOG 1991, S. 304).

PLOG (1991) thematisiert hier die Perspektive und die Erwartungen der Betroffenen. Uns ist nur eine einzige Untersuchung bekannt, die die Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bezüglich psychotherapeutischer Hilfen direkt erhebt. Mehr als 200 Besucher von 12 Rehabilitationseinrichtungen im US-Staat Maryland wurden mit Hilfe eines Erhebungsbogens befragt, bei dessen Konstruktion Betroffene mitgewirkt hatten. Knapp die Hälfte derjenigen, die eine Diagnose angaben, waren schizophren erkrankt. Von den Befragten hatten 90 % persönliche Erfahrungen mit irgendeiner Form individueller Psychotherapie, knapp 2/3 davon bewerteten diese Erfahrungen als positiv oder sehr positiv. Einige weitere Ergebnisse:

- 20 % der Befragten erwarteten, daß die Therapie lebenslang andauere, 44 % gaben an, noch keine Aussage darüber machen zu können, wie lange sie Therapie benötigten;
- nur 16 % der schizophrenen Patienten (verglichen mit 47–60 % der affektiv Erkrankten) bevorzugten eine einsichtsorientierte gegenüber einer problemlösungsorientierten Therapieausrichtung;
- 84 % der schizophrenen Patienten bevorzugten kürzere und seltenere gegenüber längeren und häufigeren Therapiesitzungen;
- 60 % aller Befragten hielten eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie für hilfreicher als eine dieser Therapien allein;
- 58 % derjenigen, die einen Therapeutenwechsel erlebt hatten, äußerten, daß dieser den Therapieprozeß etwas oder erheblich gestört habe;
- insgesamt 73 % der Therapieerfahrenen hatten den Eindruck, daß ihr Therapeut „eine ganze Menge“ (51 %) oder „ein wenig“ (22 %) von ihnen gelernt habe! (COURSEY et al. 1995).

Nach allem, was wir über die bundesdeutsche Versorgungslandschaft wissen, dürfte die Diskrepanz zwischen Bedarf/Bedürfnissen nach psychotherapeutischer Unterstützung und qualifiziertem Angebot abgrundtief sein. Dies hat zum einen zu tun mit den Versorgungsstrukturen und Finanzierungsmodi, die psychotherapeutische Hilfen so kanalisieren, daß arme und schwerer Kranke – und zu diesen gehören schizophrene Menschen oft – nur sehr begrenzt Zugang dazu haben. Zum anderen spielt jedoch ohne Zweifel eine Rolle, wie Psychotherapieausbildung in Deutschland organisiert ist: Sie vollzieht sich in weiten Teilen in institutionellen und konzeptionellen Kontexten, in denen neurotisch oder psychosomatisch kranke Mittelschichtklienten dominieren. Angehende Psychotherapeuten lernen Psychotherapie letztlich im Umgang mit ihresgleichen. Und Therapeuten, die Psychotherapie so gelernt haben, neigen dazu, ihre Fähigkeiten in der Praxis für genau diese Klientengruppen und ihresgleichen einzusetzen. So entsteht eine tendenziell geschlossene Psychotherapie-Gesellschaft, in der schizophrene Menschen bestenfalls eine Randgruppe darstellen. Dabei sind auch und gerade in der Arbeit mit Schwer- und Langzeitkranken psychotherapeutische Konzepte und Kompetenzen von großer Bedeutung, wie WEYMAR (1991) anschaulich macht. Wir stimmen deshalb FIEDLER (1994) zu, wenn er feststellt:

„Ich jedenfalls bin fest davon überzeugt, daß eine Therapieausbildung und Supervision nur dann etwas taugt, wenn die Therapiestrategien (und damit auch die Selbsterfahrungsstrategien), die man dort lernt, in den Therapiealltag mit existenziell gescheiterten, wenig motivierten und hoffnungslos verzweiferten Menschen übertragbar sind“ (S. 71).

3.6 Psychoedukative Therapie

3.6.1 Einführung: Warum (nicht)?

„Ganz offensichtlich ist Bildung (*education*) ganz entscheidend für alle Beteiligten, insbesondere auch für den Patienten. Ich habe meine Erkrankung intensiv studiert und fand es von unschätzbarem Wert, informiert zu werden – um meine Erkrankung zu verstehen, sie zu akzeptieren und damit umgehen zu können. Wir müssen unsere Erkrankung bewußt und fortlaufend studieren und auch voneinander lernen, um mit den individuellen Einschränkungen, die wir erleben, zurecht zu kommen“ (LEETE 1989, S. 199, Übers. G.W.)

„Eine 20-jährige Patientin formulierte: ‚Wie soll ich jemals über etwas hinwegkommen, es verarbeiten, wenn ich nicht weiß, was es war, und mir die tollsten Theorien zurecht legen kann ...?‘“ (SÜLLWOLD & HERRLICH 1990, S. 26).

Schweigen und Ratlosigkeit sind bis heute weithin charakteristisch dafür, wie Professionelle und Betroffene mit dem Thema Schizophrenie umgehen. Warum ist das so? In der Literatur werden verschiedene Gründe diskutiert, ohne daß man genaueres weiß. Einige Erklärungen stellen auf Besonderheiten der Betroffenen und ihrer Erkrankung ab: Schizophrene Patienten könnten die Informationen nicht verstehen oder würden sie fehlinterpretieren; sie könnten damit nicht vernünftig umgehen und sie mißbrauchen; die Informationen würden Ängste auslösen, entmutigen und damit die Krankheit verschlimmern; durch krankheitsbezogene Informationen würden Betroffene auf die Patientenrolle festgelegt etc. (GOLDMAN & QUINN 1988, WYNNE 1991). Nach allem, was wir bisher über die Rolle der Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Verletzlichkeit und Erkrankung dargelegt haben, müssen solche und ähnliche Argumente heute als unbegründet bis diskriminierend gelten. Dabei ist unbestritten, daß Information und Aufklärung auch problematische Wirkungen haben können und daß sich auch psychoedukative Therapie mit ihren möglichen unerwünschten bzw. schädlichen Wirkungen auseinandersetzen muß. Dabei dürfte es sich jedoch in erster Linie um eine Frage des Wann und des Wie, also von Zeitpunkt und Qualität der Information und Aufklärung handeln. Mögliche negative Auswirkungen von Information und Aufklärung sind darüber hinaus abzuwägen gegen die negativen Folgen des Unterlassens:

„Auch wenn man mit dieser Heimlichtuerei Ängste und Irritationen zu vermeiden versuchte, war die Wirkung doch meist eine belastende Mystifizierung. Oft blieb es den Patienten und ihren Angehörigen überlassen, sich mit den Auswirkungen der Krankheit auseinanderzusetzen, auf die sie doch angemessen hätten vorbereitet werden sollen. Sie blieben von anderen Betroffenen, mit denen sie ihre Erfahrungen hätten austauschen können, weitgehend isoliert. Das Verschweigen einer Diagnose oder deren Mitteilen ohne weitere Erklärung führte zu Verängstigung, Unsicherheit und Desorientierung sowohl bei den Patienten als auch bei den Familienangehörigen“ (WYNNE 1991, S. 61).

Plausibler erscheinen Hypothesen, die Schweigen und Ratlosigkeit im Umgang mit dem Thema Schizophrenie mit Problemen auf Seiten der Professionellen in Verbindung bringen. Sie würden aktive Information und Aufklärung deswegen scheuen, weil es innerhalb der Psychiatrie keinen annähernd tragfähigen Konsens über das Phänomen Schizophrenie gäbe; oder weil sie selbst über mangelhaftes Wissen verfügten (GOLDMAN & QUINN 1988). Was den Konsens angeht, so kann heute festgestellt werden, daß mit dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell eine Grundlage dafür geschaffen worden ist, die wohl selten in der Geschichte der Psychiatrie so breit war wie heute. Im Hinblick auf das mangelhafte Wissen unter Professionellen gilt, daß dem grundsätzlich durch geeignete Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen begegnet werden kann und muß.

Der entscheidende Grund für die Zurückhaltung vieler Professioneller beim Thema Schizophrenie im Gespräch mit Betroffenen ist jedoch wohl darin zu sehen, daß keiner der Überbringer der vermeintlich fatalen Botschaft sein will „Sie sind an Schizophrenie erkrankt“. Diese wird offenbar auch von vielen Professionellen immer noch für eine mindestens so bedrohliche Nachricht gehalten wie „Sie haben einen bösartigen Krebs“:

„In gewisser Hinsicht spiegelt die Debatte in der Literatur über die Frage, ob man einem Menschen sagen sollte, daß er Schizophrenie hat, die vergangene Debatte darüber wider, ob man Menschen sagen sollte, daß sie Krebs haben oder daß sie sterben werden. Schizophrenie mag tatsächlich als eine Art von Sterben gesehen worden sein“ (WILLIAMS 1989, S. 15, Übers. G.W.).

Auch WYNNE (1991) weist auf Parallelitäten im Umgang mit den Diagnosen Krebs und Schizophrenie hin. Wenn es stimmt, daß die Diagnose Schizophrenie von vielen Professionellen immer noch gleichgesetzt wird mit unheilbar, hoffnungslos und unbeeinflussbar, so wirkt eine der Grundannahmen des traditionellen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie immer noch fort. Wie ausführlich dargelegt, ist diese Annahme nachweislich falsch (vgl. 2.5). Ihr Weiterleben birgt allerdings die Gefahr in sich, daß sie nach dem Muster der sich selbst erfüllenden Prophezeiung diejenigen Fakten schafft, die sie für gegeben hält. Es ist deshalb geboten, daß Therapiekonzepte auf breiter Ebene erprobt und umgesetzt werden, die das Thema Schizophrenie auf der Grundlage des heutigen Wissensstandes und aktueller Modellvorstellungen gezielt und in geeigneter Form zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zum Thema machen.

3.6.2 Einordnung/deskriptive Definition

„Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel ..., mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (STROTZKA 1974, S. 4, zit. nach FIEDLER 1991).

Die Definition von STROTZKA steckt den Rahmen dessen ab, was unter 3.5.1 als Psychotherapie im weiteren Sinne bezeichnet wurde. Mit Psychotherapie im engeren Sinne hatten wir jene psychotherapeutischen Ansätze bezeichnet, die die Problematik des Klienten in erster Linie unter der Klärungsperspektive im Sinne von GRAWE et al. (1994) angehen. Psychotherapie im weiteren Sinne schließt darüber hinaus die Problembewältigungsperspektive mit ein. GRAWE et al. (1994) haben jüngst den umfangreichen Bericht über die Ergebnisse ihrer Meta-Analyse der weltweiten Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie bis Mitte der 80er Jahre vorgelegt. Zentrales Ergebnis dieser Analyse ist, daß eine offensichtliche Gemeinsamkeit vieler besonders wirksamer therapeutischer Verfahren darin besteht, daß sie dem Patienten ganz direkt bei der Bewältigung eines ihn belastenden Problems zu helfen versuchen, und zwar mit Mitteln, die speziell auf dieses Problem zugeschnitten sind:

„Die ausgezeichnete Wirkung der verschiedenen Vorgehensweisen, die aktive Hilfe zur Problembewältigung leisten, läßt diese als das mächtigste Wirkprinzip erfolgreicher Psychotherapie erscheinen. Es handelt sich gleichzeitig um den in der bisherigen Psychotherapieliteratur in seiner Bedeutung am meisten unterschätzten Wirkfaktor“ (GRAWE et al. 1994, S. 750). „Wann immer ein Therapeut seinem Patienten aktiv bei der Bewältigung einer wichtigen Schwierigkeit helfen kann, sollte er dies tun ..., denn erfolgreiche Problembewältigungen sind die besten Bausteine für einen guten Therapieerfolg“ (ebd., S. 751).

Es dürfte sich von selbst verstehen, daß Klärungsperspektive und Bewältigungsperspektive sich keinesfalls gegenseitig ausschließen, sondern sich notwendig ergänzen:

„Man kann jedes Verhalten unter dem motivationalen Gesichtspunkt und unter dem Aspekt des Könnens betrachten. Um etwas zu tun, muß man beides: Man muß wollen können, aber man muß auch können wollen. Jedes Verhalten ist motiviert, und jedes Motiv braucht umgebungsbezogene Fähigkeiten zu seiner Umsetzung. Motivationaler und Fähigkeitsaspekt sind in der psychischen Aktivität untrennbar miteinander verbunden. Wofür das Individuum keine ‚Verhaltensprogramme‘ oder ‚Pläne‘ ... entwickelt hat, das kann es nicht tun, und wozu es nicht motiviert ist, das tut es nicht“ (GRAWE et al. 1994, S. 754).

Und GRAWE (1995) stellt fest:

„Wenn ‚einsichtsorientierte‘ und ‚übende‘ Verfahren, ‚aufdeckende‘ und ‚zudeckende‘ Therapien als Alternativen einander gegenübergestellt werden, wie es bisher verbreitet geschieht, dann wird zum Entweder-Oder gemacht, was eigentlich ein Sowohl-als-Auch sein müßte“ (1995, S. 139; vergl. dazu auch McGLASHAN 1994).

Diejenige therapeutische Richtung, die sich in besonderer und systematischer Weise darum bemüht, Verfahren zur aktiven Problembewältigung zu entwickeln, ist die Verhaltenstherapie. Dabei ist die Verhaltenstherapie ebensowenig eine in sich homogene „Schule“ wie die psychoanalytische Therapie oder andere bedeutende Therapierichtungen. Als gemeinsames Merkmal verhaltenstherapeutischer Ansätze kann am ehesten gesehen werden, daß

sie sich bei der Analyse und Behandlung von Patientenproblemen in erster Linie an den Ergebnissen der empirischen Psychologie orientiert (MARGRAF & LIEB 1995).

FIEDLER (1991) gliedert die Geschichte der Verhaltenstherapie grob in drei Phasen. Demnach wurden in der ersten Phase, den 50er und 60er Jahren dieses Jahrhunderts, die behavioristischen Grundpfeiler für die Psychotherapie nutzbar gemacht: klassische und operante Konditionierung, Beobachtungs- und Modellernen. Die erfolgreiche Erforschung und Anwendung dieser Prinzipien machte zugleich ihre Grenzen deutlich. Es folgte in den 70er Jahren die kognitive Wende und sozialpsychologische Neuorientierung der Verhaltenstherapie. Die Person, ihre Gedanken, Konzepte, Pläne und Ressourcen rückten ins Zentrum (nicht zufällig beginnt die Bezeichnung vieler der in dieser Phase entwickelten Verfahren mit der Vorsilbe „Selbst-“ ...). Zugleich begannen Verhaltenstherapeuten, die individual-therapeutische Perspektive zu erweitern um gruppen-, paar- und familientherapeutische Ansätze. In ihren Verstehens- und Behandlungsansätzen nahmen sie ausdrücklich Bezug darauf, daß psychische Störungen in erheblichem Maße abhängig sind von lebensgeschichtlichen Entwicklungen, psychosozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Bedingungen, denen die Betroffenen ausgesetzt waren und sind. In den 80er Jahren dann hat sich die Verhaltenstherapie auf den Weg zur psychoedukativen Verhaltenstherapie gemacht, und zu Beginn der 90er Jahre stehen psychoedukative Behandlungskonzepte für umschriebene psychische Störungen im Zentrum des verhaltenstherapeutischen Interesses. FIEDLER (1991) stellt fest:

„... daß es vor allem der Wende zur phänomenorientierten oder störungsspezifisch ausgerichteten psychoedukativen Verhaltenstherapie in den letzten 10 Jahren zu verdanken ist, daß die *VerhaltenstherapeutInnen inzwischen als die Spezialisten für die sog. schwereren Störungen gelten* und in Anspruch genommen werden. Zumindest wird ihnen diese Rolle zunehmend zugewiesen, vor allem auch von den PsychoanalytikerInnen und den GesprächspsychotherapeutInnen, die ihre PatientInnen nämlich immer dann gern zur Verhaltenstherapie überweisen, wenn diese die verfahrensspezifischen Voraussetzungen ihrer Therapieformen nicht erfüllen. Oder mit den Worten beispielsweise der AnalytikerInnen oder der tiefenpsychologisch orientierten PsychiaterInnen ausgedrückt: Es werden PatientInnen sinnvoll zur Verhaltenstherapie überwiesen, die eine sogenannte stützende Therapie brauchen“ (S. 139 f).

In einer früheren Arbeit bezeichnet FIEDLER (1987) die psychoedukativen Ansätze in Gruppen auch als „psychopädagogische Verhaltenstherapie in Gruppen“ oder als „problemorientierte Arbeitsgruppen“. Diese sind zu unterscheiden von verhaltenstherapeutischen Trainingsgruppen, in denen es um die Einübung eng umgrenzter Fertigkeiten und Verhaltensweisen geht, z. B. *Social Skills Training*, Entspannungstechniken etc. Demgegenüber sind psychoedukative Therapiegruppen nach FIEDLER (1987) dadurch gekennzeichnet, daß sie aus mehreren Personen mit ähnlicher Problematik, also homogen zusammengesetzt sind, die ein spezifisches, auf die jeweilige Problematik zugeschnittenes Rahmenprogramm absolvieren und die – im Gegensatz zu den Trainingsgruppen – an der Zielbestimmung und Durchführung der einzelnen Programmschritte aktiv beteiligt sind. Das ganze geschieht auf der Grundlage einer problemspezifischen Informationsvermittlung, einschließlich Diskussion von Ätiologie und Behandlungskonzepten.

„Gerade diese Phasen inhaltlicher Aufklärung, Information und Therapiekonzeptdiskussion haben zur Kennzeichnung dieser Gruppen als psychopädagogische Arbeitsgruppen (engl.: ‚psychoeducational‘) geführt“ (FIEDLER 1987, S. 115).

In einer aktuellen Übersicht von FIEDLER (1995) finden sich psychoedukative Konzepte bzw. Therapiemanuale für insgesamt 47 verschiedene Problembereiche bzw. Zielgruppen. Auch in der Psychiatrie gibt es inzwischen zahlreiche Beispiele für psychoedukative Therapieansätze:

- bei Angststörungen (WITTCHEN et al. 1993) sowie Panikanfällen (MARGRAF & SCHNEIDER 1989);
- bei Alkoholabhängigkeit (PETRY 1993);
- bei affektiven Erkrankungen: endogenen, neurotischen oder reaktiven Depressionen (KÜHNER et al. 1994); bipolaren und manischen Erkrankungen (PEET & HARVEY 1991, GOLDSTEIN 1992, VAN GENT & ZWAART 1993,).

- Aber auch in anderen medizinischen Bereichen sind psychoedukative Gruppen z.T. schon länger verbreitet. In der Inneren Medizin, z.B. bei Herz-, Krebs- und Diabeteserkrankungen, bei gastrointestinalen Erkrankungen, bei Dialyse- und Hochdruckpatienten (STERN 1993); oder auch in der Neurologie mit Parkinson-, Multiple Sklerose-, Schlaganfall- und Epilepsiepatienten (STERN 1993, FENNER et al. 1995).

STERN (1993) formuliert folgende allgemeine Zielsetzungen für psychoedukative Gruppen in der Medizin:

- umfassende Aufklärung
- Förderung von Compliance
- Reduzierung von Angst
- Änderung der Lebensweise
- Förderung der individuellen Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen.

Solche Zielsetzungen können uneingeschränkt auch als Teilziele der psychoedukativen Gruppenarbeit mit schizophren Erkrankten angesehen werden. Diese erscheinen demnach auch unter der therapeutischen Perspektive nicht als grundsätzlich von anderen Menschen mit chronischen Erkrankungen verschieden.

Die psychiatrische Literatur zur psychoedukativen Therapie gibt wenig her, was über die o. g. allgemeinen Gesichtspunkte hinausgeht. HORNING (1996 b) betont zu Recht, daß mit „Eduktion“ nicht so sehr „Erziehung“ als vielmehr „Schulung“ bzw. „Unterrichtung“ gemeint sei. GOLDMAN (1988) verweist darauf, daß „Psychoedukation“ primär die gesunden Anteile stützt und fördert sowie die Betroffenen als aktive und mitverantwortliche Subjekte anspricht. Wichtig ist ferner sein Hinweis, daß auch psychoedukative Therapie es grundsätzlich sowohl mit kognitiven als auch mit affektiven und verhaltensbezogenen Aspekten psychischer Störungen zu tun hat. Dies bedeutet zugleich, daß der Therapeut in der psychoedukativen Therapie über pädagogische und psychodynamisch-psychotherapeutische Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen muß (GINGERICH et al. 1992).

HORNING & BUCHKREMER (1991) benennen als wichtigste Komponenten psychoedukativer Therapie: Wissensvermittlung und wechselseitiger Austausch der Konzepte von Therapeuten und Klienten, kognitive Neuorientierung, emotionale Entlastung und gezielte Verhaltensmodifikation. DALEY et al. (1992) betonen, daß von psychoedukativer Therapie nur dann gesprochen werden kann, wenn über die reine Wissensvermittlung hinaus die individuellen Bewältigungsfähigkeiten und Selbsthilfekompetenzen der Betroffenen gefördert werden.

Nach GEBHARDT & STIEGLITZ (1993) ist die Vermittlung eines Konzeptes der schizophrenen Erkrankung obligatorisch:

„Völlig unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der verhaltenstherapeutischen Konzepte ist der erste Schritt immer die Vermittlung eines Krankheitskonzeptes, das auf dem Vulnerabilitäts-Streß-Modell aufbauen sollte. Dabei ist es wichtig, die verschiedenen Defizite und auch die Schwere der Beeinträchtigungen nicht zu bagatellisieren, aber durch das Aufzeigen der Bedeutung der gesunden Anteile, der Kompetenzen und vielfältigen Bewältigungsmöglichkeiten dem Betroffenen die Notwendigkeit einer aktiven Mitgestaltung nahezubringen. Ohne die Grenzen der Belastbarkeit außer acht zu lassen, wird der Patient als Experte für seine Erkrankung ernst genommen. Dadurch ist er nicht länger passiver Empfänger einer Therapie, sondern aktiver Mitgestalter“ (S. 376).

Zusammenfassend schlagen wir als vorläufige Definition für psychoedukative Therapie mit schizophren Erkrankten vor:

Es handelt sich um eine verhaltenstherapeutische Variante von Psychotherapie im weiteren Sinne. Sie focussiert vor allem die Problembewältigungsperspektive und zielt darauf ab, zum Verstehen und zur Verarbeitung des Krankheitsgeschehens beizutragen, Ängste zu

reduzieren, ein positives Selbstkonzept zu fördern und die Autonomie der Betroffenen zu stärken. Notwendige Bestandteile sind die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes sowie die gezielte Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit bzw. Erkrankung.

3.6.3 Methodische Aspekte

Generell wird psychoedukative Therapie in der verhaltenstherapeutischen und psychiatrischen Literatur vorrangig als gruppentherapeutisches Verfahren thematisiert. Zwar wird verschiedentlich darauf hingewiesen, daß auch einzeltherapeutische Konzepte bei schizophrenen Patienten notwendig psychoedukative Aspekte einschließen (SÜLLWOLD & HERRLICH 1990, HOGARTY et al. 1995), insgesamt wird psychoedukative Therapie im engeren Sinne jedoch praktisch ausschließlich im Gruppensetting konzipiert und praktiziert. Dafür gibt es gute Gründe:

- Die Erfahrung des „Nicht-alleine-Betroffenseins“ vermag Angst zu reduzieren und Hoffnung zu vermitteln (*sharing*).
- Die Gruppenmitglieder übernehmen wechselseitig Modellfunktion füreinander, was von potentiell großer Bedeutung für die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Fähigkeiten zur Krisenbewältigung ist (SAUPE et al. 1991).
- Die Gruppe kann dazu beitragen, die krankheitsbedingte Isolation zu überwinden, indem sie Solidarität und Zusammenhalt unter Mitbetroffenen fördert (STARK 1992).
- Die Gruppe bietet günstige Voraussetzungen dafür, eingeschliffene Rollenmuster zwischen professionellen Experten und Betroffenen in Richtung auf einen partnerschaftlichen Umgang zu überwinden:
„Nach den Erfahrungen vieler Autoren führt die Gruppensituation dazu, daß interessierte Patienten sich untereinander informieren und ihre Scheu, Experten Fragen zu stellen, abbauen“ (LUDERER 1989 b, S. 313).
- Die Durchführung von Gruppentherapien lassen einen günstigeren Kosten-Nutzen-Effekt als gleichartige Einzeltherapien erwarten.

Als Rahmenbedingungen für die Durchführung solcher Gruppen werden in der Literatur genannt::

- Dauer zwischen 45 Minuten und 2 Stunden;
- zeitliche Befristung (zumeist nicht mehr als 20 Treffen);
- die Gruppen sind in der Regel geschlossen, weil Inhalte und Arbeitsschritte systematisch aufeinander aufbauen;
- „aktive“ Leitung und Strukturierung, d. h., Ziele, Inhalte und Ablauf der Therapiesitzungen sind im voraus zumindest grob festgelegt;
- Co-Therapeut als „stiller Beobachter“;
- Nutzung vielfältiger Methoden, die aus der Unterrichtsdidaktik bekannt sind (FIEDLER 1987, STERN 1993).

Für die Zielgruppe schizophrener Erkrankter wäre hinzuzufügen:

- Besondere Berücksichtigung der Störungen der Informationsverarbeitung bei der Aufbereitung und Erarbeitung von Inhalten (Methodik/Didaktik).

Gerade auch im Hinblick auf diese Zielgruppe sprechen eine Reihe von Gründen für die bevorzugte Durchführung psychoedukativer Gruppen im ambulanten Setting:

- Klinik-Patienten sind in der Regel nicht ausreichend stabilisiert, um von dieser Form der Gruppentherapie optimal profitieren zu können. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die

Psychopathologie, sondern auch bezüglich der psychischen und sozialen Konsequenzen der gerade durchlebten Psychose.

- Die Verweildauern akut-klinischer Behandlungseinrichtungen sind heute so kurz, daß ein mehrwöchiges gruppentherapeutisches Behandlungsprogramm dieses Setting zeitlich in vielen Fällen sprengen wird (hier wäre Abhilfe zu schaffen dadurch, daß Teilnehmer die Gruppe noch nach Beendigung der (teil-) stationären Behandlung weiter besuchen können).
- Das ambulante Setting erleichtert den Transfer des in der Gruppe erarbeiteten, weil es näher bei der Alltagsrealität der Betroffenen ist.
- Geschlossene Gruppen sind im ambulanten Kontext leichter zu realisieren als im stationären.
- Die erforderliche Einbettung der psychoedukativen Therapie in ein langfristig angelegtes, ambulantes Behandlungskonzept ist leichter zu gewährleisten.

Die derzeit in der Bundesrepublik zu beobachtende Tendenz, psychoedukative Gruppenarbeit schwerpunktmäßig im klinischen Kontext zu erproben und zu realisieren, erscheint deshalb eher als Notbehelf und ist wahrscheinlich damit zu erklären, daß im klinischen Bereich die personellen und konzeptionellen Ressourcen für Innovationen immer noch leichter zu mobilisieren sind als im ambulanten oder komplementären.

Die Bevorzugung des ambulanten Settings für die psychoedukative Gruppenarbeit bedeutet jedoch keineswegs, daß es im akutklinischen Setting nicht erforderlich oder unmöglich wäre, psychoedukative Arbeitsformen zu realisieren. Auch in der Klinik haben Betroffene ein Recht auf Aufklärung. Möglichkeiten, wie auch bei akutkranken Patienten elementare Aspekte von Aufklärung und Information realisiert werden können, beschreibt LUDERER (1994 b).

So gut die Durchführung psychoedukativer Gruppen auch inhaltlich und methodisch begründet ist, so werden die Potentiale des psychoedukativen Ansatzes in der Therapie schizophrener erkrankter Menschen jedoch dann verspielt, wenn dieser Ansatz reduziert wird auf eine weitere Spielart von Trainingsprogrammen, die Individualität und Subjektivität der Betroffenen nicht respektieren und damit an die Stelle eines notwendigerweise unvoreingenommenen und echten Interesses für die subjektive Sicht des Patienten Trainings für das „richtige“ Krankheitskonzept zur Stärkung der „Compliance“ treten (PLOG 1991).

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wird darauf verwiesen, daß ein Grund für therapeutische Mißerfolge in der mangelnden Flexibilität beim Eingehen auf die individuelle Problematik der Teilnehmer bestehen kann (FIEDLER 1987). SAUPE et al. (1991) formulieren deshalb als Anforderungen an entsprechende Strategien,

„... daß sie von einer betont individualisierenden Befunderhebung ausgehen müssen, konkret an den bisherigen Bewältigungserfahrungen und Konzepten der Patienten anknüpfen sollen und passivierende, an die Patienten pauschal herangetragene Trainingsprogramme vermieden werden sollen. Durch Einbeziehung der Krankheitskonzepte der Patienten und ihrer bisherigen Copingerfahrungen besteht eine Chance für eine bessere Situationsgeneralisierung und damit für eher überdauernde therapeutische Effekte“ (S. 136).

Jenseits von Effizienz und Wirksamkeit geht es jedoch noch um etwas anderes: um Interesse an den Erfahrungen und Kenntnissen Betroffener, um Anerkennung ihrer Bemühungen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, um Akzeptanz gegenüber ihren Konzepten und Erklärungsmodellen und um Respekt gegenüber ihrer Individualität.

„Trainingsprogramme, die Patienten über ihre Krankheit informieren ..., mögen überfällig sein, weil sie immerhin das eigene Denken transparenter machen und mögen helfen, überhaupt ins Gespräch zu kommen. Doch wird das Erkenntnisinteresse eingeschränkt, wenn – pädagogisch ausgerichtet – Krankheitseinsicht konzipiert wird als Einsicht in das, was der ‚geschulte‘ Mitarbeiter für richtig hält. So wenig wir letztlich über Psychosen wissen, so sehr diese höchst individuelle Vorgänge sind, sollte das unvoreingenommene Interesse für subjektive Erklärungsmodelle neben dem Belehren Platz haben. Denn möglicherweise gilt es nicht nur, Angst und Uninformiertheit von Patienten, sondern auch eigene Vorurteile zu beseitigen“ (BOCK & JUNCK 1991, S. 69 f).

In diesem Sinne sollte „Aufklärung“ von Betroffenen nie als Einbahnstraße konzipiert sein, sondern als möglichst lebendiger und partnerschaftlicher Austausch von Kenntnissen, Standpunkten und Interessen.

3.6.4 Befunde zur psychoedukativen Therapie bei schizophrenen Erkrankungen

Praktisch zeitgleich mit der zunehmenden Verbreitung des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells der Schizophrenie Anfang der 80er Jahre tauchen im englisch- und deutschsprachigen Raum die ersten Ansätze psychoedukativer Gruppenarbeit mit schizophren Erkrankten auf (SELTZER et al. 1980, PILSECKER 1981). In der Bundesrepublik gehören FIEDLER & BUCHKREMER (1982) in Münster sowie STARK & BREMERSMANN (1982) in Quakenbrück zu den ersten, die entsprechende Konzepte entwickeln und erproben. Aus der Schweiz waren dagegen zunächst skeptische Töne zu vernehmen:

„Wir versuchten, eine edukative Selbsthilfegruppe ... mit wöchentlichen Sitzungen aufzubauen und dort bevorzugt Wissen, Frühwarnzeichen und belastende Situationen anzusprechen. Es zeigte sich jedoch, daß unserer Patienten auch dort der kritischen Reflexion und Distanzierung auswichen und die Gruppe zunehmend als aversiv empfanden“ (DAUWALDER 1989, S. 300).

Die Berner Gruppe zog daraus die Konsequenz, psychoedukative Ansätze in die Einzeltherapie zu integrieren. Ein stark psychoedukativ geprägtes einzeltherapeutisches Konzept haben auch SÜLLWOLD & HERRLICH (1990, 1992) in Frankfurt entwickelt und ansatzweise evaluiert. Im allgemeinen wird jedoch in erster Linie der gruppentherapeutische Ansatz ab Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre auch in der Bundesrepublik verstärkt aufgegriffen und umgesetzt. Dabei können Konzepte von unterschiedlicher Reichweite unterschieden werden.

Punktuelle Interventionen

Hierbei handelt es sich in der Regel um rein edukative Konzepte, die ausschließlich die pharmakologische Behandlung mit dem Ziel der Compliance-Verbesserung thematisieren und deren Dauer nicht mehr als ein bis drei Sitzungen bzw. Stunden beträgt. Nach der unter 3.6.2 gegebenen Definition können derartige Interventionen nicht als psychoedukative Therapie aufgefaßt werden. Sie bleiben deshalb im folgenden unberücksichtigt (PILSECKER 1981, BOCZKOWSKI et al. 1985, BROWN et al. 1987, KLEINMAN et al. 1993, RAZALI & YAHYA 1995). Immerhin konnte in einzelnen dieser Studien gezeigt werden, daß auch punktuelle Informationen zu einem signifikanten Wissenszuwachs führen können. So zeigte sich in einer Studie von LUDERER et al. (1993), daß Patienten, die eine Informationsbroschüre gelesen und an einer Informationsgruppe (Dauer und Häufigkeit werden nicht angegeben) teilgenommen hatten, einen Wissenszuwachs aufweisen. RAZALI & YAHYA (1995) fanden darüber hinaus eine signifikant geringere Rückfallrate nach einem Jahr bei Patienten, die an nur einer Trainingssitzung zur Compliance-Verbesserung teilgenommen hatten. MACPHERSON et al. (1996 b) verglichen die Wirksamkeit von keiner, ein- und dreistündiger Edukation bei chronisch kranken Patienten und stellten günstige Wirkungen bezüglich Wissenszuwachs und Krankheitseinsicht, nicht jedoch Compliance fest, wobei die dreistündige Intervention wirksamer war als die einstündige.

Mittelfristig angelegte Konzepte

Hierzu sind zeitlich sehr aufwendige Konzepte zu zählen (zwischen 50 und 100 Stunden über ein halbes bis ein Jahr), die sowohl im stationär-rehabilitativen als auch im ambulanten Kontext durchgeführt werden.

Primär auf schwerer und chronisch Kranke im Rahmen stationärer Rehabilitationsbehandlung sind Modelle wie die von GOLDMAN & QUINN (1988) sowie WIEDL (1994) ausgerich-

tet. GOLDMAN & QUINN (1988) berichten von einem „*Patient Education Center*“, das in Gruppen von 8 bis 14 Patienten an 15 Tagen à 5 Stunden durchgeführt wird. Dabei geht es um Diagnose, medikamentöse Behandlung, Streß-Management, Familiendynamik, gesundheitsfördernden Lebensstil etc. Im Prä-Post-Vergleich mit einer Standard-Krankenhausbehandlung ergab sich ein signifikanter Wissenszuwachs sowie eine Verringerung der Negativsymptomatik. WIEDL (1994) beschreibt eine „bewältigungsorientierte Therapie“, die im Rahmen einer Rehabilitationseinrichtung in Gruppen von 6 bis 8 Patienten einmal wöchentlich über ein Jahr durchgeführt wird. Evaluationsergebnisse werden nicht mitgeteilt. Über den Versuch, das Konzept einer ganzen Klinik psychoedukativ auszurichten, berichten GREENBERG et al. (1988).

Die mittelfristig angelegten Konzepte gehen praktisch bruchlos über in ein Training sozialer Fertigkeiten/TSF (vgl. 3.3.4). Das am weitesten entwickelte TSF-Programm ist das der Arbeitsgruppe um WALLACE, LIBERMAN und ECKMAN in Los Angeles. Zwei Module dieses Programms – *Medication Management/MMM* sowie *Symptom Management/SMM* – könnten als psychoedukative Verfahren im weitesten Sinne aufgefaßt werden, auch wenn die Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes sowie die subjektive Sicht der Betroffenen darin ganz offensichtlich nur sehr begrenzt Raum haben. Jedes dieser beiden Module umfaßt ca. 50 Stunden, die in 2 bis 3 wöchentlichen Sitzungen durchgeführt werden. Die Durchführung ist stark behavioristisch ausgerichtet und bis ins einzelne strukturiert.

Das MMM umfaßt folgende Fertigungsbereiche: Information über antipsychotische Medikamente, korrekte Einnahme, Erkennen von Nebenwirkungen, Besprechen von Medikamentenproblemen mit Ärzten und anderen Fachleuten. Das SMM gliedert sich in die Fertigungsbereiche: Erkennen von Warnzeichen eines Rückfalls, Umgehen mit Warnzeichen, Umgehen mit anhaltenden Symptomen, Ablehnen von Alkohol und Drogen.

ECKMAN et al. (1990) konnten beim MMM drei Monate nach Beendigung der Therapie einen signifikanten Wissenszuwachs sowie eine verbesserte Compliance nachweisen. In einer kontrollierten Studie fanden ECKMAN et al. (1992) bei der 1-Jahres-Katamnese zwar ein höheres Kompetenzniveau bei der MMM im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es zeigten sich jedoch weder Unterschiede in der Positiv- noch in der Negativ-Symptomatik (Angaben über die Rückfallhäufigkeit fehlen). Die Kontrollgruppe hatte eine gleich aufwendige „unstrukturierte Gruppentherapie“ erhalten.

Das MMM wurde von einer Arbeitsgruppe um BRENNER ins Deutsche übertragen und klinisch erprobt. BRENNER et al. (1988) berichten von „unerwarteten Schwierigkeiten“ und „Widerständen der verschiedensten Art“ bei der Einführung dieses Therapieprogramms in ihrer Klinik. Inwieweit diese ausschließlich auf das „wenig forschungsfreundliche Klima“ oder die „Arbeitsbelastung des Pflegedienstes“ zurückzuführen sind, wie die Autoren unterstellen, und nicht zumindest durch den eher technokratischen Charakter dieses Trainings mitbedingt sind, sei hier dahingestellt. Inzwischen sind die beiden Module von der Berner Gruppe modifiziert worden und SCHAUB & BRENNER (1996) berichten von einer „guten Anwendbarkeit“ und SCHAUB et al. (1996) stellen die modifizierte Version des SMM vor (24 Sitzungen in 3 Monaten) und teilen vorläufige Evaluationsergebnisse aus Pilotstudien mit. Demnach kommt es zu einer symptomatischen Besserung, v. a. im Bereich der Negativ-Symptome, sowie zu einer Abnahme ungünstiger Bewältigungsformen.

Auch aus Deutschland wird von Umsetzungsversuchen mit MMM und SMM berichtet. GÜNTHER et al. (1994) realisierten die Module im ambulant-teilstationären Kontext eines Versorgungskrankenhauses. Erhoben wurde lediglich der Wissens- bzw. Kompetenzzuwachs. Dieser war bescheiden, wohl nicht zuletzt deshalb, weil die Patienten bereits vor dem Training Werte von über 80 % aufwiesen. Die Autoren kommentieren:

„Enttäuscht äußerten sich die Teilnehmer in ihrem Wunsch nach mehr Information über die eigene Erkrankung und über die Wirkungsweise der Medikamente“ (GÜNTHER et al. 1994, S. 164).

Beklagt wurde außerdem von Patienten und Therapeuten die „Redundanz und Langatmigkeit“ des Programms sowie die rigiden Vorgaben. Dabei ist daran zu erinnern, daß die Los

Angeles-Gruppe ihr TSF-Programm in erster Linie für erheblich chronifizierte Patienten entwickelt hat.

Verfahren wie das Medikamenten- und Symptom-Management können nur dann als psychoedukative Therapien im unter 3.6.2 erläuterten Sinn aufgefaßt werden, wenn sie die Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes unter Einbeziehung der subjektiven Sichtweisen der Betroffenen als integralen Bestandteil einschließen.

Psychoedukative Kurzzeit-Therapie

Als psychoedukative Therapie im engeren Sinne können heute die Kurzzeit-Therapien verstanden werden. Hierbei handelt es sich um Verfahren, wie sie unter 3.6.3 als typische psychoedukativ-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien beschrieben wurden. Diese sind zumeist zeitlich klar begrenzt. Am häufigsten scheinen gegenwärtig Konzepte mit 8 bis 14 Sitzungen von 1 bis 2 Stunden Dauer zu sein, die überwiegend wöchentlich im ambulanten Kontext stattfinden. Eine Reihe derartiger Konzepte sowie dazu vorliegende Untersuchungsbefunde werden im folgenden dargestellt:

- SELTZER et al. (1980) führten unseres Wissens die erste kontrollierte Studie zur Wirksamkeit eines psychoedukativen Therapieansatzes mit schizophren Erkrankten durch. In der 5-Monats-Katamnese zeigte die Therapiegruppe ein höheres Maß an Compliance-Verbesserung und weniger Angst vor Nebenwirkungen und Risiken von Neuroleptika als eine standardbehandelte Vergleichsgruppe. Letzterer Befund wird von BROWN et al. (1987) bestätigt, die nach punktueller Information eine signifikante Reduktion der berichteten Nebenwirkungen fanden.
- KALUZNY-STREIKER et al. (1986) führten 6 einstündige Sitzungen mit 40 überwiegend als schizophren diagnostizierten Patienten durch, auf die 4 weitere Sitzungen mit *peer counseling* (Beratung durch Mitbetroffene) folgten. Die Gruppen waren mit 15 Teilnehmern relativ groß, und die Inhalte beschränkten sich im wesentlichen auf Medikationsfragen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe fand sich ein signifikanter Wissenszuwachs im Post-Test und in der Katamnese, eine positivere Einstellung gegenüber der Medikamentenbehandlung zeigte sich nur im Post-Test. Beide Gruppen unterschieden sich nicht in der Häufigkeit und Dauer von Rehospitalisierungen. Bezüglich des Einnahmeverhaltens zeigte sich ein fast paradoxer Trend: 30 % der Kontrollgruppe und 49 % der Experimentalgruppe unterbrachen die Medikamenteneinnahme im Katamnesezeitraum. Bei der Bewertung der Gruppenarbeit äußerten sich die Teilnehmer unzufrieden über die *peer counseling*-Sitzungen; am häufigsten wurde die zu geringe Information über die Erkrankung kritisiert. Eine ausschließliche Fokussierung auf die medikamentöse Behandlung scheint demnach nur sehr begrenzte, wenn nicht sogar teilweise negative Wirkungen zu haben.
- BUCHKREMER & FIEDLER (1987) sowie LEWANDOWSKI et al. (1994) verglichen zwei spezifische Therapieansätze mit der Standardbehandlung. Bei dem, was sie „kognitive Therapie“ nennen, handelt es sich nicht um ein Verfahren, wie es unter 3.3.4 beschrieben wurde, sondern um eine psychoedukative Kurztherapie, die HORNUNG und BUCHKREMER später weiterentwickelt haben (s.u.), und die jetzt zur Vermeidung von Mißverständnissen auch „psychoedukatives Medikamententraining“ genannt wird (vgl. KIESER & HORNUNG 1994). Die zweite Therapiegruppe wurde mit einem Training zur Verbesserung der interaktionellen und sozialen Kompetenz (TSF, vgl. 3.3.4.2) behandelt. Die psychoedukativ behandelte Gruppe wies zu allen Katamnesezeitpunkten eine niedrigere Rehospitalisierungsrate auf als die TSF-Gruppe sowie die standardbehandelte Vergleichsgruppe. Außerdem war das Ausmaß der Negativ-Symptomatik bei der 2- und 5-Jahres-Katamnese geringer als in der TSF-Gruppe. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis so,

„... daß die Patienten der handlungsorientierten Therapie zu einer eher selbstkritisch-reflektierenden, Problemursachen und Fehlschläge antizipierenden Haltung gelangten. Dagegen bevorzugten die Patienten der kognitiven Therapie eher pragmatische Lösungen zur Bewältigung krankheits- und rückfallbezogener Pro-

bleme. Sie erwiesen sich weniger gegenüber Problemstellungen sensibilisiert. Diese Haltung erwies sich dann auch als prognostisch günstiger“ (S. 119).

Die handlungsorientierte Therapie habe de facto wie eine einsichtsorientierte Therapie gewirkt. Dies führte zwar dazu, daß die Teilnehmer der handlungsorientierten Gruppe sich stärker verstanden fühlten und inhaltlich in höherem Maße am Therapieprozeß beteiligt waren; im Hinblick auf die Rezidivprophylaxe kam es jedoch offenbar zu einer weniger förderlichen Problemsensibilisierung.

- ASHER-SVANUM (1989) stellt eine außerordentlich positive Bewertung der psychoedukativen Therapie durch die Gruppenteilnehmer sowie einen signifikanten Zuwachs an Wissen fest. Darüber hinaus zeigten sich bei 2/3 der Teilnehmer, die vor der Gruppenteilnahme nicht krankheitseinsichtig waren, diesbezüglich positive Veränderungen.
- BRÜCHER (1992) führte psychoedukative Gruppen im Kontext einer Reha-Station durch. Die Teilnehmer bewerteten diese Art von Gruppenarbeit als nützlich und die Art der Vermittlung als positiv. Zwischen den vermittelten Inhalten und der Selbsterfahrung bestand ein mittleres Ausmaß an Übereinstimmung. Für die Teilnehmer waren die wichtigsten behandelten Inhalte die Symptomatik sowie Bewältigungsstrategien.
- Auch STARK (1992) berichtet über psychoedukative Gruppen im stationären Kontext (4 Sitzungen). Mittels halbstandardisierter Befragung stellte er fest, daß 2/3 der Teilnehmer ihre Frühwarnzeichen beobachteten, daß 62 % der Überzeugung sind, Medikamente zu brauchen und 56 % sich am Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie orientieren.
- BÄUML et al. (1996 a, b) überprüften die Wirkung „informationszentrierter Patientengruppen“ im Rahmen einer bifokalen Therapie (s. unten 3.5.5). Fast alle Teilnehmer beurteilten die Patientengruppen in der Nachbefragung nach einem Jahr als „wichtig“ oder „sehr wichtig“; 93 % bewerteten sie als „hilfreich“ und 91 % stellten fest, daß sie sich zum Thema Psychose „gut informiert“ fühlten. Im Vergleich zu einer standardbehandelten Kontrollgruppe war der Wissenszuwachs nach 12 Monaten signifikant größer (die Ergebnisse bezüglich Medikamenten-Compliance, Rückfallraten und Zukunftserwartungen werden unter 3.6.5.2 referiert, weil diesbezüglich nicht von einem isolierten Effekt der Patienten-Gruppen, sondern von einer kombinierten Wirksamkeit der bifokalen Therapie auszugehen ist).
- KLEIN et al. (1994) beschreiben ein psychoedukatives Programm, das sich speziell an den Bedürfnissen von z. T. langfristig hospitalisierten, chronisch kranken Heimbewohnern orientiert. Eine schriftliche Befragung der Teilnehmer ergab eine insgesamt sehr positive Bewertung von Inhalten und Durchführung des Programms. Fast 3 von 10 Teilnehmern bewerteten die Teilnahme jedoch (auch) als belastend, was auf die niedrigere Vulnerabilitätsschwelle in dieser speziellen Zielgruppe hindeutet. Ein wichtiges Thema war auch hier der Umgang mit der Erkrankung (KLEIN & ORBKE-LÜTKEMEIER 1994).

Ein ganz ähnliches Konzept wie KLEIN & ORBKE-LÜTKEMEIER beschreiben RAVE-SCHWANK & NAGEL-SCHMITT (1993) sowie NAGEL-SCHMITT (1996). Ihr „Freitags-Klub“ wendet sich an chronisch kranke Menschen mit Schizophrenien, schizo-affektiven Psychosen und schweren Depressionen. An dem wöchentlich stattfindenden Klub nehmen durchschnittlich 35 Personen teil. In dem „Info-Teil“ werden Themen „der psychiatrischen Krankheitslehre, Behandlung und Krankheitsbewältigung“ behandelt. Regelmäßige Lernzielkontrollen ergaben einen hohen durchschnittlichen Wissensstand (78 %). Im Schnitt bewerteten ca. 80 % der Teilnehmer den Klub als hilfreich oder sogar sehr hilfreich bei der Krankheitsbewältigung.

- Die im deutschsprachigen Raum bisher aufwendigste Evaluationsstudie unter Einbeziehung psychoedukativer Therapien wurde von der Arbeitsgruppe um HORNUNG und BUCHKREMER in Münster durchgeführt. In dieser Studie wurden vier Behandlungsbedingungen verglichen: „psychoedukatives Medikamententraining“ (PMT) allein, PMT + Problemlösetraining (KP), PMT + KP + Bezugspersonenberatung (BB). Als Kontrollbedingung diente eine Freizeitgruppe. HORNUNG et al. (1993) fanden eine günstige Wirkung des PMT bezüglich des Krankheitskonzeptes (stärkere Abnahme der „Negativerwartungen“ in der KK-Skala von LINDEN et al. 1988) sowie eine ausgeprägtere Verbes-

serung der Compliance gegenüber der Freizeitgruppe. In der 1-Jahres-Katamnese zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen PMT und Freizeitgruppe bezüglich Rezidivraten, Psychopathologie und globaler psychosozialer Anpassung. Auch die zusätzlich mit KP und/oder BB behandelten Patienten schnitten nicht signifikant besser ab als die Kontrollgruppe. Dabei lag die durchschnittliche 1-Jahres-Rückfallrate der behandelten Patienten mit 26 % und der Freizeitgruppe mit 23 % „überraschend niedrig“, was auf eine insgesamt sehr gute Compliance hindeutet (HORNUNG et al. 1995). Nach diesem Ergebnis kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, daß psychoedukative Therapie Effekte hat, die über die einer zuverlässigen Neuroleptikaprophylaxe plus unspezifischer Betreuung hinausgehen.

- KEMP et al. (1996) verglichen ihre kognitiv-behavioral orientierte „Compliance-Therapie“ mit einer Standard-Therapie bei psychosekranken Patienten (überwiegend schizophren erkrankt). Die Patienten wurden bereits während der Akutbehandlung im stationären Kontext in 4-6 Sitzungen von 20-60 Minuten Dauer behandelt; dabei ging es schwerpunktmäßig um die Vor- und Nachteile der medikamentösen Behandlung, diesbezügliche Ambivalenzen sowie die Unterstützung einer bewußten Entscheidung. Sechs Monate nach der Therapie war die Besserung der Positiv-Symptomatik in beiden Gruppen gleich groß. Die psychoedukativ behandelte Gruppe wies jedoch eine signifikant größere Veränderung bezüglich Krankheitseinsicht und Compliance auf als die Kontrollgruppe.
- ATKINSON et al. (1996) führten ein 20 Sitzungen umfassendes Programm von „*education groups*“ im Kontext der Regelversorgung durch und verglichen die so behandelten Patienten mit einer randomisierten Warte-Kontrollgruppe. Es wurden ausschließlich schizophren Erkrankte in die Studie einbezogen, Daten wurden vor und nach der Gruppenteilnahme sowie in einer 9-Monats-Katamnese erhoben. In der behandelten Gruppe zeigten sich signifikante Effekte bei folgenden Kriterien: verbesserte subjektive Lebensqualität im Bereich interpersonelle Beziehungen/soziale Kontakte (Post- und Katamneseerhebung), verbessertes soziales Funktionsniveau (Katamnese) und verbessertes soziales Netzwerk (Post- und Katamneseerhebung). Der psychopathologische Befund blieb unverändert, ebenso die Compliance, die allerdings schon vor der Gruppenteilnahme sehr hoch war. Besonders bemerkenswert ist, daß die positiven Effekte bezüglich sozialem Funktionsniveau und sozialen Beziehungen zustande kamen, ohne daß das Programm entsprechende Trainingselemente enthielt.

Nimmt man diese, alles in allem noch bruchstückhaften und vorläufigen Befunde zusammen, so läßt sich festhalten: Psychoedukative Gruppentherapie wird von den Teilnehmern ganz überwiegend positiv bewertet und als hilfreich empfunden; sie führt zu einem Wissenszuwachs und hat günstige Wirkungen auf das Krankheitskonzept. Auch die Medikamenten-Compliance wird in die erwünschte Richtung beeinflusst. Erste positive Befunde bezüglich Senkung der Rückfallhäufigkeit und Besserung von Negativsymptomatik (BUCHKREMER & FIEDLER 1987, LEWANDOWSKI et al. 1994) werden relativiert durch die Ergebnisse einer Folgeuntersuchung der Münsteraner Arbeitsgruppe (HORNUNG et al. 1995).

Günstige Wirkungen bezüglich sozialer Beziehungen, sozialem Funktionsniveau und subjektiver Lebensqualität konnten bisher lediglich in einer Studie dokumentiert werden und bedürfen der Bestätigung. Ob psychoedukative Therapie für sich genommen den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität günstig zu beeinflussen vermag, ist also bis auf weiteres offen.

3.6.5 Psychoedukative Therapie mit Angehörigen schizophrener Erkrankter

Psychoedukative Therapiekonzepte unter Einbeziehung der Angehörigen schizophrener Erkrankter werden gegenwärtig schwerpunktmäßig in zwei unterschiedlichen Formen realisiert und empirisch überprüft: zum einen als Teil innerhalb einer umfassenderen psychoedukativen Familientherapie, zum anderen als eigener Baustein in Ergänzung zur Standardtherapie bzw. zur psychoedukativen Therapie der Patienten.

Psychoedukative Familientherapie

Dieser therapeutische Ansatz hat sich unmittelbar entwickelt aus der Forschung zum EE-Konzept (HAHLWEG et al. 1995, vgl. auch 2.4.4). Generelles Ziel ist es, die familiären Kommunikationsmuster in Richtung auf den niedrig-emotionalen Pol des EE-Kontinuums zu verändern und damit die Rückfallhäufigkeit zu reduzieren. Entsprechende Therapieprogramme wurden in den 80er Jahren von fünf Arbeitsgruppen in den USA und England entwickelt und erfolgreich erprobt. Diese Programme weisen Unterschiede im Detail auf, gemeinsam sind ihnen jedoch folgende Komponenten:

- eine positive Grundhaltung gegenüber den Angehörigen und das Angebot einer wirklich partnerschaftlichen Zusammenarbeit;
- Vorgabe von Struktur und Stabilität (z.B. Behandlungskontrakte, Krisenbereitschaft etc.);
- Fokussierung des Hier und Jetzt;
- Nutzung spezifischer familientherapeutischer oder verhaltenstherapeutischer Konzepte; Vermittlung kongruenter und konsistenter Modellvorstellungen über die Erkrankung (psychoedukativer Baustein);
- Orientierung auf konkrete Verhaltensänderungen und Problemlösungen;
- Verbesserung der familiären Kommunikationsmuster (vgl. FALLOON 1991, LAM 1991, BARROWCLOUGH & TARRIER 1992, SMITH 1992, WIEDEMANN & BUCHKREMER 1996).

Fokus der Therapie ist in der Regel ein Patient mit seiner Familie, der edukative Baustein wird zum Teil in Form von Workshops mit mehreren Familien durchgeführt.

Die von einer New Yorker Arbeitsgruppe erfolgreich erprobte psychoedukative Therapie, in die simultan mehrere Patienten mit ihren Familien einbezogen werden, kann vorerst als Ausnahme von der Regel gelten (McFARLANE et al. 1995).

Die Intensität dieser Familienbehandlung ist hoch, es finden anfangs mindestens wöchentliche Therapiesitzungen statt, die z. T. noch durch Angehörigengruppen ergänzt werden. Später wird die Sitzungsfrequenz schrittweise verringert, insgesamt erstreckt sich das Therapieangebot jedoch auf bis zu zwei Jahre. PENN & MUESER (1996) weisen darauf hin, daß die Wirksamkeit der psychoedukativen Therapie nur für eine Therapiedauer von mindestens 9 Monaten überzeugend belegt ist.

Die Evaluation dieser sehr aufwendigen Konzepte hat ihre ausgezeichnete Wirksamkeit bei der Rückfallprophylaxe eindrucksvoll belegt (Übersichten bei BARROWCLOUGH & TARRIER 1992, BELLACK & MUESER 1993, DE JESUS MARI & STREINER 1994, PENN & MUESER 1996, WIEDEMANN & BUCHKREMER 1996). In den Therapiegruppen variieren die Rückfallraten nach 9 Monaten zwischen 9 % und 41 %, in den Kontrollgruppen zwischen 29 % bis 65 %; nach 12 Monaten in den Therapiegruppen zwischen 14 % und 33 % und in den Kontrollgruppen zwischen 59 % und 83 %. Der Therapieeffekt ist nach zwei Jahren eher größer als nach 9 Monaten. In einer Studie konnte noch in der 8-Jahres-Katamnese ein Vorsprung der Therapie-Gruppe bezüglich der Rückfallrate festgestellt werden (TARRIER et al. 1994). Die Effekte können nicht ausschließlich auf eine Verbesserung

der Compliance in der Therapiegruppe zurückgeführt werden (DE JESUS MARI & STREINER 1994); d.h., die psychoedukative Familientherapie hat einen zusätzlichen Effekt über die neuroleptische Rezidiv-Prophylaxe hinaus.

Soweit dies untersucht wurde, weisen die familientherapeutischen Strategien darüber hinaus eine deutlich günstigere Kosten-Nutzen-Relation auf als die jeweilige Standard-Therapie (DÜRR & HAHLOWEG 1996). Sie haben sich außerdem in der Behandlung schizophrener erkrankter Jugendlicher als wirksam und effizient erwiesen (RUND et al. 1994).

Inzwischen wurden psychoedukative Therapien mit Familien von schizophren Erkrankten auch in Deutschland im Rahmen von Forschungsprojekten erfolgreich erprobt (BOONEN & BOCKHORN 1992, HELD et al. 1993, HAHLOWEG et al. 1995).

Alle Konzepte der psychoedukativen Familientherapie enthalten zeitlich begrenzte (zwischen 2 und 12 Stunden) edukative Therapie-Bausteine, die z. T. mit und z. T. ohne den Patienten durchgeführt werden. Der psychoedukative Aspekt dieser Therapieprogramme geht jedoch über die eng umgrenzten edukativen Bausteine hinaus (z. B. bezüglich Erkennung von Frühwarnzeichen, Reduzierung des Streßniveaus in der Familie etc.).

Die isolierte Wirkung der edukativen Bausteine ist demzufolge begrenzt. LAM (1991) hat sechs Studien zur Wirksamkeit ausgewertet und kommt zu folgender Bilanz: Der Wissenszuwachs der Teilnehmer ist in der Regel beträchtlich, die Wirkungen auf das Krankheitskonzept sind begrenzt; es kommt zu einer kurzfristigen Entlastung der Angehörigen, fraglich ist, wie lange dieser Effekt anhält; das Rückfallgeschehen wird durch zeitlich begrenzte edukative Angebote nicht positiv beeinflusst. In einer neueren Untersuchung finden auch BIRCHWOOD et al. (1992) günstige Effekte im Hinblick auf Wissenszuwachs und Streßreduktion sowie ein verbessertes soziales Funktionsniveau der Familien.

Das skizzierte Konzept der psychoedukativen Familientherapie gehört gegenwärtig ohne Zweifel zu den wirksamsten psychosozialen Therapieverfahren in der Behandlung schizophrener Erkrankter überhaupt. Die bisher erprobten Konzepte weisen jedoch Einschränkungen und Grenzen auf, die einer Übertragung in die Regelversorgung b.a.w. im Wege stehen:

- viele Familien akzeptieren ein Therapieangebot nicht (im Forschungskontext zwischen 14 % bis 35 %, in der Regelversorgung bis zu 80 %);
- in den vorliegenden Studien ist die Therapie in der Regel durch hochmotivierte und speziell trainierte Forschungsgruppen realisiert worden;
- der Ressourceneinsatz ist hoch (Zeit, Personal);
- ein großer Teil der Betroffenen lebt nicht in engem Kontakt mit ihrer Familie und kann deshalb von diesem Therapieansatz nicht profitieren.

Bifokale psychoedukative Therapie

Vor allem die begrenzte Akzeptanz auf Seiten der Adressaten sowie der sehr hohe zeitliche und personelle Aufwand bei der Realisierung der psychoedukativen „Breitband-Familientherapie“ sind ein großes Hindernis für die flächendeckende Umsetzung dieses Ansatzes in der psychiatrischen Regelversorgung. In den letzten Jahren haben deshalb auch in Deutschland psychoedukative Angehörigengruppen verstärkt Aufmerksamkeit gefunden. Diese unterscheiden sich in der grundsätzlichen Ausrichtung nicht von der psychoedukativen Familientherapie. Die Abweichungen liegen eher auf praktischer Ebene:

- psychoedukative Inhalte werden in „Reinform“, d. h. ohne die übrigen Komponenten der familientherapeutischen Konzepte realisiert;
- dementsprechend ist der Aufwand wesentlich geringer (9 bis 25 Sitzungen);
- diese Gruppen werden ohne Patienten durchgeführt, d. h., es handelt sich nicht um Familientherapie, sondern um einen die individuelle Therapie des Patienten ergänzenden Therapiebaustein (LEWANDOWSKI & BUCHKREMER 1988 a, SCHULZE-MÖNKING et al. 1989, BÄUML et al. 1991, SCHERRMANN et al. 1992, MUESER et al. 1994).

Da wir in diesem Beitrag die Hilfeangebote für Angehörige schizophrener Erkrankter bewußt ausklammern, soll auf Praxis und Wirkungen dieser „informationszentrierten“ oder „psychoedukativen“ Angehörigengruppen nicht näher eingegangen werden. Ziele und Inhalte solcher Gruppen werden z. B. von FIEDLER, NIEDERMEIER & MUNDT (1986), JONASSON & BUCHKREMER (1989) und LUDERER (1995) beschrieben. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist jedoch die Kombination von psychoedukativen Angehörigen- und Patientengruppen; sie wird im deutschsprachigen Raum in der Regel als *bifokale* Therapie bezeichnet. Hier liegen nun inzwischen die Ergebnisse von drei sorgfältigen und aufwendigen Untersuchungen vor, die relativ deutlich belegen, daß bifokale Therapie sowohl der Standardbehandlung plus psychoedukativer Angehörigengruppe als auch der Standardbehandlung plus psychoedukativer Patientengruppe überlegen ist.

- LEWANDOWSKI & BUCHKREMER (1988 b) fanden nach zwei Jahren 21 % Rezidive bei den bifokal behandelten und 37 % bei den ausschließlich psychoedukativ behandelten Patienten (die Behandlung war wie bei BUCHKREMER & FIEDLER 1987). Nach fünf Jahren betragen die Rezidivraten 30 % respektive 74 %!
- BÄUML et al. (1996 a, b) berichten nach 12 Monaten über 21 % Rezidive in der bifokalen Therapiegruppe und 38 % bei Routine-Behandlung. Sie fanden außerdem eine verbesserte Compliance (80 % „gut“ in der Therapiegruppe gegenüber 58 % in der Kontrollgruppe) sowie ein signifikant höheres allgemeines Funktionsniveau bei den bifokal behandelten Patienten. Auch die Zukunftserwartungen sowie die Zufriedenheit mit der familiären Situation entwickelten sich in der Therapiegruppe tendenziell positiver als in der Kontrollgruppe. Interessant ist der Zusatzbefund, daß die Unterschätzung des Rückfallrisikos ohne neuroleptische Rezidivprophylaxe unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit mit einer dreifach erhöhten Rezidivrate nach einem Jahr einherging.
- HORNING et al. (1995) schließlich fanden 1-Jahres-Rückfallraten von 15 % bei den bifokal behandelten und zwischen 27 % und 32 % bei den unifokal behandelten Patienten (Unterschied nicht signifikant).

Diese Resultate stimmen gut überein mit denen von HOGARTY & ANDERSON (1986), die nach einem Jahr folgende Rückfallraten feststellten: Familientherapie allein 19 %; TSF des Patienten allein 21 %; Medikamente und „stützende Therapie“ 36 %; bifokale Therapie (Familientherapie + TSF) 0 %.

Demnach kann LEWANDOWSKI & BUCHKREMER (1988 b) zugestimmt werden, wenn sie feststellen:

„Das bifokale therapeutische Vorgehen hatte einen größeren rezidivprophylaktischen Effekt als die zusätzlich zur Neuroleptikatherapie durchgeführte Gruppentherapie ohne Angehörigenarbeit ... Die Gruppentherapie für die Patienten führt besonders dann zu günstigen Auswirkungen auf den Erkrankungsverlauf, wenn die Angehörigen in die Therapie einbezogen werden. Die therapeutische Angehörigenarbeit hat daher die Funktion eines supportiven Wirkfaktors“ (S. 219 f).

Wenn wir im folgenden Konzeption und erste Erfahrungen unserer psychoedukativen Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankten/PEGASUS vorstellen, so sollte dabei also immer bedacht werden, daß eine derartige Gruppentherapie ihre optimale Wirksamkeit wahrscheinlich erst dann entfalten wird, wenn auch die Angehörigen der Gruppenteilnehmer Gelegenheit erhalten, an speziellen psychoedukativen Angehörigengruppen teilzunehmen.

3.6.6 Schluß: Psychoedukative Therapien am Übergang von Fremd- zur Selbsthilfe

Ziel dieses Kapitels war es, psychoedukative Therapieansätze in ein biopsychosoziales Gesamtkonzept der Schizophrenie-Therapie zu integrieren und den Forschungsstand bezüglich ihrer Ziele, Inhalte, Methoden und Ergebnisse im Überblick zu referieren.

Im Rahmen eines umfassenden und differenzierten Therapieangebots für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erfüllt die Psychoedukation neben der Psychopharmakotherapie und der Psychotherapie die Funktion eines Basisbausteins, d. h. jeder Betroffenen sollte die Möglichkeit haben, ein solches Therapieangebot in Anspruch zu nehmen.

Psychoedukative Therapieansätze werden expliziert als kognitiv-behaviorale Verfahren, die die Problembewältigungsperspektive fokussieren. Sie zielen in erster Linie darauf ab, die Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten zu fördern; darüber hinaus kommt ihnen eine potentiell wichtige Funktion bei der Rückfallprophylaxe sowie bei der Förderung der Krankheitsverarbeitung zu. Notwendiger Bestandteil ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes als Grundlage für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen professionellen und betroffenen Experten.

Zwar haben psychoedukative Elemente grundsätzlich auch in der Einzeltherapie eine wichtige Bedeutung, es besteht jedoch in der Literatur Übereinstimmung dahingehend, daß die Gruppe für diese Therapiekonzepte generell das Setting der Wahl ist. In Abhängigkeit von der Zielgruppe sind unterschiedliche Formen zu unterscheiden: unifokale, bifokale und gemischte.

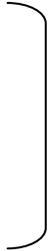
In Tab. 3.1 (nächste Seite) werden diese Formen dargestellt und in Beziehung gesetzt zu anderen Formen der bewältigungsorientierten Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Betroffenen und ihren Angehörigen am Übergang von Fremd- zur Selbsthilfe.

Bereits ab Anfang der 80er Jahre haben sich auch in der Bundesrepublik auf breiter Front angehörigenzentrierte Arbeitsformen entwickelt:

- Das Manual für die „Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten“ von FIEDLER, NIEDERMEIER & MUNDT (1986) ist eines der ersten Beispiele überhaupt für psychoedukative Therapieansätze bei Schizophrenie in der Bundesrepublik.
- 1984 erschien in erster Auflage der „Freispruch der Familie“ von DÖRNER, EGETMEYER und KOENNING, das vielfältige Ansätze dokumentiert und initiiert hat, wie Angehörige psychisch Kranker und Professionelle in Gruppen zusammenarbeiten können. Solche Angehörigengruppen werden in der Regel (zunächst) durch Professionelle initiiert und moderiert, die Themen und ihre Gewichtung werden jedoch im wesentlichen von den Angehörigen selbst bestimmt. Solche Gruppen, die bis heute in der psychiatrischen Praxis relativ weit verbreitet sind, haben neben einer eher unspezifischen Entlastungsfunktion (v.a. durch *sharing*) auch informative und edukative Funktionen.
- Schließlich haben sich z. T. aus offenen Angehörigengruppen und unterstützt durch Professionelle in vielen Regionen der Bundesrepublik Selbsthilfeinitiativen der Angehörigen psychisch Kranker etabliert, in denen die Angehörigen schizophrener Erkrankter regelhaft die größte Gruppe darstellen dürften. Nach der Gründung verschiedener Landesverbände wurde 1985 der „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker“ gegründet. Hauptfunktion der Selbstorganisation von Angehörigen ist, die gegenseitige Unterstützung der Angehörigen zu organisieren und ihre Interessen gegenüber der Psychiatrie und im sozialpolitischen Raum zu vertreten.

Die genannten bewältigungsorientierten Ansätze lassen sich zwanglos in einer Rangreihe ordnen. Die psychoedukative Therapie zielt zwar in erster Linie auf eine Förderung des Selbsthilfe- und Bewältigungspotentials der Betroffenen ab, in der Therapiepraxis ist die Dominanz professioneller Experten jedoch noch relativ ausgeprägt: Themen, Ablauf und Methoden sind in der Regel durch Therapiemanuale stark vorstrukturiert, auch wenn die Einbeziehung der Kenntnisse, Erfahrungen und Konzepte der Teilnehmer handlungsleitendes Prinzip ist. Im Rahmen von Angehörigen-Gruppen haben Professionelle dagegen nurmehr initiierende, anleitende und begleitende Funktion, während Themen und Ablauf hauptsächlich bestimmt werden von den Interessen und Bedürfnissen der Teilnehmer. Bei

Tab. 3.1: Bewältigungsorientierte Hilfen für Angehörige und Betroffene am Übergang von Fremdhilfe zu Selbsthilfe

<p>Angehörige (seit Anfang 80er Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ psychoedukative Therapie ➤ Angehörigen-Arbeit (A-Gruppen, -Seminare) ➤ Angehörigen-Selbsthilfe (Selbsthilfe-Gruppen, -Vereine, -Verbände) <p>Betroffene (seit Anfang 90er Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ psychoedukative Therapie ➤ Psychose-Gruppen ➤ Betroffenen-Selbsthilfe (Selbsthilfe-Gruppen, -Vereine, -Verbände) <p>Gemischte Formen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ psychoedukative Familientherapie (1 Familie) ➤ Psychose-Seminare (Betroffene und Angehörige aus verschiedenen Familien) ➤ Betroffenen-Angehörigen-Professionellen Dialoge (regional) 		<p>bifokaler Ansatz</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

der Selbstorganisation von Angehörigen sind Professionelle allenfalls noch als Mitinitiatoren oder als Unterstützer beteiligt.

Das gleiche Muster wie bei den Angehörigen findet sich nun auch im Hinblick auf die bewältigungsorientierte Zusammenarbeit mit den Betroffenen, allerdings in der Bundesrepublik etwa ein Jahrzehnt später:

- Seit Beginn der 90er Jahre arbeiten mehrere Arbeitsgruppen an der Entwicklung, Erprobung und Evaluation von psychoedukativen Programmen mit Betroffenen (vergl. 3.6.4).
- Als eine Form der offenen Zusammenarbeit von Professionellen und Betroffenen entwickeln sich in einigen Regionen Formen der Gruppenarbeit, die wir unter dem Oberbegriff der Psychosegruppen zusammengefaßt haben (vergl. 3.3.4).
- Als Zusammenschluß verschiedener regionaler bzw. örtlicher Selbsthilfeinitiativen wird 1992 in Bedburg-Hau der „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener“ gegründet, ein Interessenverband, in dem Psychoseerfahrene eine wichtige Rolle spielen.

Schließlich läßt sich auch im Hinblick auf gemischte Formen der Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen eine ähnliche Differenzierung am Übergang von der Fremd- zur Selbsthilfe nachvollziehen:

- Die psychoedukative Familientherapie hatten wir als wahrscheinlich aktuell wirksamstes psychosoziales Verfahren in der Behandlung der Schizophrenie beschrieben (vgl. 3.6.5). Im anglo-amerikanischen Raum wurden diese Ansätze seit Ende der siebziger Jahre entwickelt und evaluiert, in der Bundesrepublik gibt es erst in den neunziger Jahren einzelne Umsetzungsbemühungen (HELD et al. 1993, HAHLOWEG et al. 1995).

- In den letzten Jahren relativ weite Verbreitung gefunden haben die sog. Psychoseseinare, in denen Betroffene und Angehörige – in der Regel aus verschiedenen Familien – sowie Professionelle versuchen, ein gemeinsames Verständnis des Psychosegeschehens zu erarbeiten (vergl. 3.3.4).
- Bisher nur vereinzelt gibt es gemischte Formen der Zusammenarbeit, in denen sich die drei Gruppen quasi als sozialpolitische Interessenvertreter begegnen und sich über Probleme der psychiatrischen Versorgung in der Region auseinandersetzen. Ein Beispiel ist die Bielefelder PAP-Initiative: Hier kommen Vertreter des „Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld“, der örtlichen „Interessengemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker“ und leitende Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen vierteljährlich zu Kooperationsgesprächen zusammen, um Probleme und Perspektiven der Versorgung von psychisch Kranken zu erörtern.

Die bifokale psychoedukative Therapie, die wahrscheinlich effektiver als unifokale Therapie ist (vgl. 3.6.5.), ordnet sich in dieses Schema ein als Kombination zweier Ansätze: Betroffene und Angehörige nehmen – zeitlich parallel oder versetzt – jeweils für sich an psychoedukativen Gruppen teil, die eine gemeinsame inhaltliche Grundausrichtung mit teils überlappenden, teils aber auch spezifischen Themen behandeln.

Es sollte deutlich geworden sein, dass die inhaltliche Ausrichtung und therapeutische Zielsetzung von psychoedukativen Arbeitsformen in der Schizophreniebehandlung nahelegt, sie am Übergang von der Fremd- zur Selbsthilfe anzusiedeln, wobei bezüglich Inhalten und Methoden noch eine relativ ausgeprägte Dominanz der professionellen Experten gegeben ist – freilich bei der übergeordneten Zielsetzung, die Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen und damit die Autonomie und Selbstverantwortung der Teilnehmer zu fördern.

Zeitlich betrachtet haben sich unifokale psychoedukative Konzepte in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen als letzte, nämlich auf breiterer Ebene in der Bundesrepublik erst seit Beginn der 90er Jahre entwickelt. Das im nächsten Kapitel zu beschreibende PEGASUS-Konzept ist einer dieser innovativen Ansätze.

4. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten / PEGASUS - Ziele, Inhalte und Methoden

4.1 Einführung

In Kapitel 2 wurden die theoretischen Grundlagen eines zeitgemäßen, dem aktuellen Forschungsstand entsprechenden Schizophrenie-Verständnisses dargelegt und daraus zum Schluß Leitlinien für die Therapie schizophrener erkrankter Menschen abgeleitet. Ein wichtiges Teilergebnis war, daß Betroffene als aktive, mitgestaltende und mitverantwortliche Subjekte bei der Behandlung und Bewältigung der Erkrankung bzw. Verletzlichkeit wahr- und ernstgenommen werden sollten. In Kapitel 3 wurden zunächst die vorliegenden Erkenntnisse zu Einstellungen und Konzepten von Betroffenen zur schizophrenen Erkrankung referiert, da sie einen wichtigen Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für jede therapeutische Strategie darstellen. Im Anschluß daran wurde ein indikationsorientiertes Rahmenmodell der Schizophrenie-Therapie vorgestellt und dessen einzelne Bausteine bezüglich Konzeption und Evaluationsstand beschrieben. Dabei wurden psychoedukative Therapieansätze als Basisbausteine einer umfassenden Schizophrenie-Therapie aufgefaßt. Deren familientherapeutische Variante ist inzwischen konzeptionell sehr weit entwickelt und empirisch umfassend evaluiert. Demgegenüber bedürfen unifokale patientenbezogene sowie bifokale Konzepte unter Einbeziehung der Angehörigen international noch der weiteren konzeptionellen Ausarbeitung und empirischen Evaluierung.

Eine Arbeitsgruppe unter Leitung des Autors hat 1990 damit begonnen, ein unifokales, patientenbezogenes psychoedukatives Gruppentherapiekonzept für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu entwickeln und in der psychiatrischen Regelversorgung praktisch zu erproben (vgl. SCHÜNEMANN-WURMTHALER & SIBUM 1995). In diesem Kapitel geht es darum, Ziele, Inhalte und methodisches Vorgehen der „Psychoedukativen Gruppentherapie mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS“ im Überblick zu beschreiben und vor dem Hintergrund des in den vorausgegangenen Kapiteln Ausgeführten einzuordnen.

4.2 Ziele des PEGASUS-Konzeptes

Das PEGASUS-Konzept wurde entwickelt in strikter Orientierung am Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell schizophrener Psychosen in der Fassung des Drei-Phasen-Modells von Luc CIOMPI. Dabei wird versucht, die veränderte Rollenverteilung zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen, die sich aus dem Modell ergibt, ernst zu nehmen und im therapeutischen Prozeß umzusetzen. Der von einer schizophrenen Erkrankung betroffene Mensch ist weder gänzlich Objekt eines eigengesetzlichen Krankheitsprozesses, noch ist er nur Objekt von professionellen Behandlungsmaßnahmen. Betroffene verfügen vielmehr durchaus über eigene Kenntnisse bezüglich der Psychoseerkrankung. Sie entwickeln mit der Zeit ein persönliches Krankheitskonzept, das nicht nur dazu dient, die Entstehung und Auslösung von psychotischen Störungen zu erklären, sondern das auch handlungsleitende Funktion hat. Betroffene haben ein breites Erfahrungswissen darüber, was ihnen guttut in Krisen und in der akuten Phase und viele wissen, was sie selbst tun können im Umgang mit Basisstörungen, Frühwarnzeichen oder auch psychotischen Symptomen. Betroffene haben aber auch Fragen, Ängste und Hoffnungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung, die ernstzunehmen eine notwendige Voraussetzung für jede Art von Therapie ist. Und viele Betroffene ringen darum, aus der Psychoseerfahrung „Sinn“ zu machen und sie in ihre persönliche Lebensgeschichte zu integrieren. Jede Art helfender, therapeutischer

Bemühung, die für sich in Anspruch nimmt, mehr zu wollen als die „Beherrschung“ der akuten Symptomatik, hat also zu allererst auszugehen vom Subjekt des Erkrankten, seinen Kenntnissen, Erfahrungen, Fähigkeiten, Bedürfnissen und Erwartungen. Er ist als Ko-Experte für seine Erkrankung wahr- und ernstzunehmen.

Dem Therapeuten bzw. Helfer (welcher Profession auch immer) kommt dabei nicht länger die Rolle des omnipotenten Experten zu, der über sichere Erkenntnisse und unhinterfragbare Therapiekonzepte verfügt. Seine Rolle erscheint eher als die eines qualifizierten Beraters, der zwar seinerseits klare Modellvorstellungen und daraus abzuleitende Handlungskonzepte einzubringen hat, der sich aber auch der Vorläufigkeit und Begrenztheit seines Wissens und Handelns bewußt ist. Als Berater sollte er die Möglichkeiten aktueller Schizophreniebehandlung selbstbewußt und qualifiziert vertreten, den Fähigkeiten Betroffener mit Respekt und Anerkennung begegnen und zugleich Bescheidenheit aufbringen angesichts der Grenzen der eigenen Verstehens- und Hilfsmöglichkeiten.

Die Beziehung zwischen Betroffenen und professionellen Experten läßt sich wohl kaum besser auf den Punkt bringen als mit der schlagwortartigen Forderung, die der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen anläßlich seiner Gründungsversammlung 1992 auf die Agenda der psychiatrischen Diskussion gesetzt hat: *Verhandeln statt behandeln!* Das PEGASUS-Konzept kann als einer von vielen Schritten auf dem Weg zu einer Verhandlungs-Partnerschaft verstanden werden; als ein Versuch, der die Unterschiedlichkeit der Perspektiven, Interessen und Erfahrungen von Betroffenen und Professionellen nicht verleugnet, sondern sie fruchtbar zu machen versucht.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ziele des PEGASUS-Konzeptes wie folgt beschreiben:

- Förderung des Verstehens und der Verarbeitung des Krankheitsgeschehens;
- Reduzierung von Angst und Unsicherheit, Förderung eines positiven Selbstkonzeptes; Relativierung von stigmatisierenden, mystifizierenden und falschen Krankheitsvorstellungen;
- Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der Verletzlichkeit;
- Stärkung der aktiven Krankheitsbewältigung und der Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie;
- Einlösung des (Rechts-)Anspruches, angemessen über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Chancen und Risiken aufgeklärt zu werden;
- günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, Verbesserung der Lebensqualität;
- Beitrag zur Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen auf Seiten von Betroffenen, Professionellen und Angehörigen; Grundlage für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Bei der Definition der Zielsetzungen wird bewußt auf allzu pragmatische Formulierungen verzichtet, die sich in der einschlägigen Literatur häufig finden: So ist „Verstehen und Verarbeitung“ mehr als Wissen; „aktive Krankheitsbewältigung und Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie“ ist etwas anderes als bloße Compliance; und „Lebensqualität“ läßt sich nicht reduzieren auf Rezidivprophylaxe. Zweifellos sind Wissen, Compliance und Rückfallhäufigkeit wichtige Outcome-Indikatoren für die Evaluation von Schizophrenie-Therapien und müssen insofern auch auf psychoedukative Therapieansätze angewendet werden. Die „Philosophie“ oder das Beziehungs-Modell des PEGASUS-Konzeptes läßt sich jedoch nicht vollständig reduzieren auf diese operationalen Kriterien, sondern muß sich darüber hinaus bewähren daran, welche Erfahrungen betroffene und professionelle Experten mit dieser Form der Zusammenarbeit machen und wie sie diese bewerten.

4.3 Inhalte des PEGASUS-Konzeptes

Das PEGASUS-Konzept versucht, das Schizophrenie-Verständnis des Drei-Phasen-Modells inhaltlich und methodisch so aufzubereiten, daß Professionelle und schizophrene Erkrankte im Verlauf des Gruppenprozesses gemeinsam ein Krankheits- und Therapieverständnis erarbeiten können, das mit den aktuellen Modellvorstellungen über schizophrene Psychosen vereinbar ist. Dementsprechend orientieren sich auch die behandelten Inhalte eng am Drei-Phasen-Modell und seinen praktischen Implikationen.

Die erste Stunde dient dem *warming up*, dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer und Moderatoren, sowie dem Austausch von Erwartungen bezüglich der Gruppenarbeit. Die Stunden 2 - 14 gliedern sich in 3 inhaltlich aufeinander aufbauende Teile:

Teil I: Krankheitskonzept (2. – 7. Stunde)

Dieser Teil dient der systematischen Erarbeitung des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells der Schizophrenie. Dabei wird mit dem Drei-Phasen-Modell von CIOMPI bewußt ein allgemeines Rahmenmodell der Erkrankung eingeführt, das die Teilnehmer dabei unterstützen soll, die zahlreichen Einzelaspekte zu integrieren und so die Informationsverarbeitung erleichtert. Eine Aneinanderreihung einzelner Fakten soll vermieden werden zugunsten der Entwicklung eines konsistenten, übergreifenden Konzeptes, das es den Betroffenen erlaubt, die eigenen, auch zukünftigen Erfahrungen einzuordnen und so Orientierung vermittelt. Dieses Konzept selbst kann somit als affekt-logisches Bezugssystem oder Programm im Sinne CIOMPI's aufgefaßt werden (vgl. 2.3.3).

Ausgangs- und Anknüpfungspunkte der Gruppenarbeit sind auch in diesem ersten Teil die subjektiven Konzepte der Betroffenen. An einer schizophrenen Psychose zu erkranken, bedeutet zumeist eine massive Erschütterung des Selbstbildes, verbunden mit Angst, Ungewißheit und Unsicherheit über den eigenen Ort in der Welt. Um die Orientierung nicht gänzlich zu verlieren, entwickeln die allermeisten Betroffenen ein eigenes Konzept der Störung/Erkrankung, das mehr oder weniger deutlich abweicht von den Konzepten professioneller Helfer. Es entsteht nicht selten aus zufälligen Informationen und aus oft obskuren Quellen. Die idiosynkratischen Vorstellungen sind häufig gar nicht als in sich abgerundete Konzepte erkennbar. Gleichwohl beeinflussen die Erklärungsmuster, Einstellungen und Verhaltensweisen den Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit und damit wahrscheinlich auch den Krankheitsverlauf. Zugleich verfügen Betroffene oft über ein breites Erfahrungswissen über ihre Verletzlichkeit und einen konstruktiven Umgang damit. Dieses Wissen kann für das Leben mit der Erkrankung und die Initiierung von Selbstheilungsprozessen von entscheidender Bedeutung sein.

Das Charakteristische der schizophrenen Psychosen besser zu verstehen, das eigene Potential im Umgang damit bewußter und im Austausch mit anderen Betroffenen besser nutzbar zu machen, ist Schwerpunkt des ersten Teils der Gruppenarbeit.

Die Informationen zum Begriff der Vulnerabilität als „besondere Verletzlichkeit für schizophrene Psychosen“ werden ergänzt durch die Erfahrungen der Teilnehmer zu subjektiv wahrgenommenen Besonderheiten oder Beeinträchtigungen, die als subjektive Aspekte der Verletzlichkeit aufgefaßt werden können. Dabei werden auch die positiven Aspekte einer erhöhten Sensibilität oder „Dünnhäutigkeit“ bewußt thematisiert. Bei der Erarbeitung der möglichen biologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit sowie ihrer Wechselwirkung wird Raum gegeben für subjektive Deutungen und die Einordnung der persönlichen Erfahrung.

Im Zusammenhang mit der Auslösung akuter Psychosen werden generelle Belastungsfaktoren aber auch individuell wirksame Stressoren besprochen und im Zusammenhang damit die Konzepte der Überforderung, der präpsychotischen Krise und des Grenzbereichs erarbeitet. Die akute Psychose wird aufgefaßt als Kompensations- oder Selbstheilungsversuch einer überforderten und dekompenzierten Psyche. Diese Vorstellung soll den Betroffenen

einen weniger angstbesetzten und stigmatisierenden Zugang zum psychotischen Geschehen ermöglichen und zugleich den wechselseitigen Austausch darüber in der Gruppe erleichtern (*sharing*).

Bei der Thematisierung der postpsychotischen Phase wird sowohl auf hilfreiche und weniger hilfreiche Reaktionen der sozialen Umwelt als auch auf das subjektive Erleben und Verhalten eingegangen. Explizit angesprochen wird der postremissive Erschöpfungszustand sowie die Suizid-Problematik, die gerade in der Phase nach der akuten Psychose von besonderer Brisanz sind. Teil I schließt ab mit Informationen über den langfristigen Verlauf und Ausgang sowie die Prognose von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Sie sollen dazu beitragen, die auch bei Betroffenen weit verbreiteten pessimistischen bis fatalistischen Einstellungen zu relativieren und realistisch-positive Zukunftserwartungen zu fördern.

Die wesentlichen Inhalte dieses ersten Teils der Gruppenarbeit sind also: Die Erarbeitung des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells als Rahmenkonzept zur Einordnung des eigenen Erlebens und Verhaltens; die Förderung von Akzeptanz und Sensibilität bezüglich der persönlichen Verletzlichkeit; die Bewußtmachung persönlicher Belastungsfaktoren und die verbesserte Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenze sowie die Weckung positiv-realistischer Erwartungen für die Zukunft.

Teil II: Medikamentenbehandlung (8. – 10. Stunde)

Die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist eine ubiquitäre therapeutische Strategie bei psychotischen Erkrankungen. Dementsprechend hat jeder, der an einer schizophrenen Psychose erkrankt ist – soweit er überhaupt in Kontakt mit der klinischen Psychiatrie gekommen ist – oft über Jahre andauernde Erfahrungen mit Psychopharmaka. In Diskrepanz dazu ist jedoch das Wissen über Funktion und Wirkungsweise der Medikamente oft gering.

Viele Betroffene haben außerdem die Erfahrung gemacht, in der Klinik unter dem Druck der Umstände zur Medikamenteneinnahme mehr oder weniger massiv gezwungen worden zu sein, und haben die Behandlung dementsprechend als äußerst aversiv erlebt. Auch im Nachhinein sind sie nur selten über die Wirkungen und Risiken der Medikamente aufgeklärt worden. Häufig führen sie selbst Symptome oder Folgeerscheinungen der Psychose auf die Medikamentenwirkung zurück und bestärken sich gegenseitig in ihrer ablehnenden Einstellung. Unter diesen Voraussetzungen kann die weitverbreitete Non-Compliance weder verwundern, noch ausschließlich den Betroffenen allein angelastet werden.

Auf der anderen Seite steht außer Frage, daß eine effektive neuroleptische Behandlung und Prophylaxe nur auf der Grundlage offener Kommunikation und konstruktiver Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt zustande kommen kann. Der Medikamenten-Teil des PEGASUS-Konzeptes zielt deshalb in erster Linie darauf ab, eine Grundlage für diese offene, konstruktive Zusammenarbeit zu legen. Besonderer Wert wird darauf gelegt, herauszuarbeiten, welchen Stellenwert die Neuroleptika-Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans haben kann. Wiederum anhand des Drei-Phasen-Modells werden die hauptsächlichen Funktionen der Neuroleptika-Therapie erarbeitet: Symptomreduktion in der akuten Phase (einschl. Dauerbehandlung bei persistierenden Symptomen); und Rückfallprophylaxe nach der akuten Phase (im Sinne einer „dickeren Haut“). Dabei wird die Wirkungsweise der Neuroleptika anhand eines einfachen Modells des Transmitter-Stoffwechsels erklärt.

Einen wichtigen Stellenwert hat die offene Besprechung von unerwünschten Wirkungen (Nebenwirkungen) sowie Risiken der Neuroleptika-Therapie. Dazu gehört auch die Erarbeitung von Maßnahmen zum Umgang mit Nebenwirkungen. Die Auseinandersetzung mit den persönlichen Erfahrungen, subjektiven Einstellungen und dem bisherigen Umgang mit den Medikamenten nimmt einen breiten Raum ein. Besprochen werden außerdem praktische Fragen, die für viele Betroffene von großer Bedeutung sind: z. B. die Wechselwirkung mit anderen Substanzen (Alkohol, Drogen, Koffein etc.); der Einfluß auf die Verkehrstüch-

tigkeit oder die Vereinbarkeit von Neuroleptika-Therapie und Kinderwunsch. Es wird Wert darauf gelegt, die negativen Aspekte der Neuroleptika-Therapie offen darzulegen, auch die Gefahr von Spätschäden wird nicht ausgespart. Hierdurch soll eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen und den Teilnehmern eine informierte Entscheidung über Art und Umfang der Behandlung ermöglicht werden.

Die „Botschaft“ der professionellen Experten läßt sich in zwei Sätzen zusammenfassen: Neuroleptika sind kein Heilmittel, sondern Medikamente mit zum Teil gravierenden Nachteilen; zugleich sind sie aber nach unserem heutigen Kenntnisstand die wirksamsten Mittel zur Behandlung von akuten Psychosen und zur Vorbeugung von Rückfällen. Auf dieser Grundlage sollen Betroffene zur Übernahme von Mitverantwortung für die Behandlung motiviert werden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte von Teil II lassen sich wie folgt zusammenfassen: Vermittlung von Basiswissen über die Funktionen der Neuroleptika, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen; die Bedeutung der Neuroleptika bei der Rückfallprophylaxe; Förderung von Mitverantwortung für die medikamentöse Behandlung und der konstruktiven Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

Teil III: Rückfallvorbeugung, Krisenbewältigung (11. - 14. Stunde)

Während es in den Teilen I und II des Gruppenkonzeptes primär um die Erarbeitung eines neuen Verständnisses der Erkrankung und die Einordnung der Pharmako-Therapie geht, werden die dort erarbeiteten Inhalte und Konzepte in Teil III konkreter auf die individuelle Situation der Teilnehmer bezogen und auf die Handlungsebene übersetzt. Wurde in Teil II z.B. erarbeitet, daß psychosoziale Belastungen streßauslösend wirken können und auf diese Weise zur Ausbildung akuter Psychosen beitragen, geht es in Teil III um die Frage, wie der Einzelne krisenhafte Situationen rechtzeitig erkennen und welche Bewältigungsmöglichkeiten er mobilisieren kann.

Auf der Grundlage des Drei-Phasen-Modells wird der individuelle Handlungsspielraum im Grenzbereich zur akuten Psychose herausgearbeitet. Dabei soll deutlich werden, daß die rechtzeitige Identifizierung von Stressoren, die Wahrnehmung einer persönlichen Überforderungssituation sowie die rechtzeitige Reaktion auf Frühwarnzeichen zu einer wirksamen Rückfallprophylaxe beitragen können. Am Schluß der Gruppenarbeit wird mit jedem Teilnehmer ein individueller Krisenplan ausgearbeitet. Dieser enthält konkrete und abgestufte Maßnahmen, an denen sich der Betroffene im Krisenfall orientieren kann.

Zusammengefaßt geht es in Teil III des Gruppenkonzeptes im wesentlichen um den persönlichen Handlungsspielraum im Umgang mit Stressoren, die Wahrnehmung der Belastungsgrenze und Handlungskonzepte zur Krisenbewältigung.

4.4 Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung

4.4.1 Zeitlicher und räumlicher Rahmen

Das PEGASUS-Konzept wird in geschlossenen Gruppen durchgeführt, denn die Inhalte der einzelnen Stunden bauen systematisch aufeinander auf. Außerdem erleichtert das Arbeiten innerhalb einer geschlossenen Gruppe die Entstehung einer Vertrauensbasis, die es den Teilnehmern erlaubt, sich auch mit belastenden und angstauslösenden Aspekten ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen.

Die optimale Gruppengröße liegt nach Einschätzung von erfahrenen Moderatoren zwischen 5 und 8 Teilnehmern. Die Obergrenze von etwa 8 garantiert, daß alle Teilnehmer die Chance haben, sich persönlich einzubringen. Die untere Grenze ist notwendig, um dem Einzelnen bezüglich bestimmter Inhalte oder im Hinblick auf die Verarbeitungskapazität Rück-

zugsmöglichkeiten zu lassen. Bei weniger Teilnehmern und zwei Moderatoren müßte sich jeder Einzelne stets angesprochen und einbezogen fühlen.

Wegen der besonderen Störbarkeit der Informationsverarbeitung schizophrener verletzlicher Menschen sind die Gruppensitzungen so geplant, daß sie in ca. 60 Minuten durchgeführt werden können. Bereits eine Verlängerung um mehr als 10 Minuten führt in der Regel zu einer Überforderung der meisten Teilnehmer, denn der strukturierte Ablauf mit neuem und z. T. komplexem Input stellt höhere Anforderungen als ein offenes Gruppengespräch.

Da für viele Teilnehmer im ambulanten Kontext bereits ein regelmäßiger Gruppentermin eine zusätzliche Belastung darstellt, wird von einer wöchentlichen Gruppenfrequenz ausgegangen. Eine niedrigere Frequenz wurde ausgeschlossen, damit die inhaltliche Verbindung zwischen den Stunden nicht abreißt.

Um die Orientierung für die Teilnehmer zu erleichtern, wird darauf Wert gelegt, die Gruppen am selben Wochentag, am selben Ort und zur selben Tageszeit durchzuführen. Es sollte versucht werden, eine angenehme, nicht allzu sachliche räumliche Atmosphäre zu schaffen. Der räumliche Rahmen muß außerdem möglichst arm an Ablenkungsreizen sein, um die Informationsverarbeitung nicht zu beeinträchtigen. Erforderlich ist eine Sitzordnung mit Tischen, um räumlich eine gewisse Distanzierungsmöglichkeit und Arbeitsatmosphäre zu schaffen; außerdem haben die Teilnehmer in mehreren Stunden Material schriftlich zu bearbeiten.

4.4.2 Methodik/Didaktik

Der wichtigste methodische Grundsatz des PEGASUS-Konzeptes ist die Realisierung einer partnerschaftlichen Form der Zusammenarbeit. D. h., die Teilnehmer sollen mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Bedürfnissen und Fähigkeiten als gleichberechtigte Gesprächspartner einbezogen und als „Ko-Experten“ für ihre Situation bzw. Erkrankung ernst genommen werden. Dies setzt voraus, daß den Einzelnen mit ihren Beiträgen zur Gruppenarbeit genügend Raum gegeben wird.

Auf der anderen Seite ist in jeder Stunde ein vorgegebenes inhaltliches „Programm“ zu absolvieren, und das Vorgehen der Moderatoren ist erheblich vorstrukturiert und durchaus direktiv. Der Gruppenarbeit liegt ein detailliert ausgearbeitetes Manual zugrunde, das für jede einzelne Stunde die Ziele, Inhalte und die einzelnen Durchführungsschritte einschließlich Hinweisen zur Methodik und Didaktik vorgibt (WIENBERG et al. 1996). Es orientiert sich an lernpsychologischen und pädagogischen Prinzipien, um die von den Teilnehmern zu verarbeitenden Informationen so weit wie möglich zu vereinfachen und die Verarbeitung selbst zu erleichtern.

Für die Moderatoren bedeutet es eine stete Gratwanderung, die Inhalte und Ziele der Stunde einerseits sowie die Bedürfnisse und Interessen der Teilnehmer andererseits simultan zu berücksichtigen und zu integrieren. Durch die fortlaufende und enge Verzahnung von Informations- und Gesprächsteilen ist jedoch trotz der ausgeprägten Vorstrukturierung gewährleistet, daß die persönlichen Beiträge und Interessen der Teilnehmer Raum haben. Es gibt keinen Moderatoren-Input, dem nicht ein Gruppengespräch folgt oder vorausgeht, in das die Teilnehmer ihre Fragen, Sichtweisen und Erfahrungen zu den jeweiligen Themen einbringen können.

Der ausgewogene Wechsel zwischen Informations- und Gesprächsteilen ist nur dann zu gewährleisten, wenn jeweils zwei Moderatoren an der Durchführung der Gruppen beteiligt sind. Ihre Rollenverteilung muß darüber hinaus für jede Stunde bzw. jede Sequenz klar festgelegt sein: Der eine übernimmt die Funktion, den vorgesehenen inhaltlichen Ablauf zu realisieren, den Input zu geben und die jeweiligen didaktischen Mittel umzusetzen; dem anderen kommt die Aufgabe zu, die einzelnen Teilnehmer und den Gruppenprozeß insgesamt im Auge zu haben und bei Bedarf steuernd zu intervenieren. Letzteres kann z. B. er-

forderlich sein, wenn einzelne Teilnehmer nicht ausreichend zu Wort kommen oder andere das Gruppengeschehen einseitig dominieren. Eine prozeßorientierte Intervention kann aber auch erforderlich sein, wenn in der Gruppe oder bei Einzelnen Zeichen von Überforderung deutlich werden.

Da die Inhalte des Gruppenkonzeptes strikt aufeinander aufbauen, empfiehlt es sich, beim Fehlen einzelner Teilnehmer die verpaßten Inhalte zwischen zwei Gruppenstunden nachzuarbeiten. Dies kann z. B. durch einen der Moderatoren bei einem zusätzlich vereinbarten Termin erfolgen oder auch unmittelbar vor der nächstfolgenden Stunde.

Angesichts der allfälligen Störbarkeit der Informationsverarbeitung schizophrener verletzlicher Menschen verwundert es, daß nur wenige therapeutische Ansätze diese Erkenntnisse explizit und gezielt in ihr Vorgehen einbeziehen. Das PEGASUS-Konzept versucht, die zu vermittelnden Informationen so weit wie möglich zu vereinfachen und die Informationsverarbeitung methodisch zu erleichtern:

- Der Informations-Input wird strikt dosiert (kleine Einheiten);
- die Informationsvermittlung erfolgt so einfach und klar wie möglich (kurze Sätze, einfache und klare Formulierungen);
- Redundanz soll das Behalten erleichtern (Wiederholungen, Zusammenfassungen);
- Überstimulation wird so weit wie möglich vermieden (Langsamkeit, Toleranz gegenüber Vermeidungsverhalten der Teilnehmer);
- Routine wird gezielt genutzt, um Überschaubarkeit und Berechenbarkeit zu gewährleisten (jede Stunde beginnt mit einem Blitzlicht und einem Überblick über die Stundeninhalte und endet mit einem Blitzlicht und einem Ausblick auf die nächste Stunde).

Darüber hinaus wird die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen unterstützt durch den gezielten Einsatz von didaktischen Hilfsmitteln:

- Zentrale Inhalte werden mittels Folien oder auf Flip-Chart visualisiert bzw. erläutert;
- mittels Flip-Chart werden Arbeitsergebnisse der Gruppe festgehalten;
- Arbeitsblätter dienen zur individuellen Erarbeitung einzelner Inhalte (z.B. zur Feststellung der individuellen Belastbarkeit in der 6. Stunde);
- bestimmte in der Gruppe erarbeitete Inhalte werden zunächst mittels Flip-Chart festgehalten und in der nächsten Stunde als Arbeitsblätter an die Teilnehmer verteilt (z.B. Liste der Belastungsfaktoren in der 6. Stunde).

Dabei wird darauf geachtet, den Einsatz dieser didaktischen Hilfsmittel so zu dosieren, daß eine Überforderung der Teilnehmer möglichst vermieden wird. Allerdings gibt es einzelne Stunden, die diesbezüglich recht hohe Anforderungen an Teilnehmer und Moderatoren stellen (z. B. 4 Tafelbilder in der 2. Stunde, 6 Folien in der 8. Stunde). Hier ist die Gefahr der Überforderung deshalb besonders sorgfältig zu beachten.

Um das Behalten und den Transfer der behandelten Inhalte zu unterstützen, werden folgende Materialien eingesetzt:

- Am Ende jeder Stunde wird ein Merkblatt verteilt, in dem der zentrale Inhalt der Stunde möglichst prägnant in 1 - 4 Sätzen zusammengefaßt wird;
- zusätzlich gibt es in 4 Stunden Informations-Blätter zu bestimmten Themen; diese sind etwas ausführlicher gehalten und beziehen sich auf relativ komplexe Themenbereiche, die in der bisherigen Praxis gehäuft zu Rückfragen von Teilnehmern geführt haben;
- außerdem werden 2 Abbildungen verteilt, die sich auf zentrale Konzepte der Gruppenarbeit beziehen (Drei-Phasen-Modell und Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell).

Darüber hinaus sollte am Ende der 1. Stunde ein Ringordner an die Teilnehmer verteilt werden, in dem Merk- und Info-Blätter, Arbeitsblätter sowie die Abbildungen abgeheftet

werden können. Der Ordner soll es ermöglichen, die Inhalte nach Abschluß der Gruppenarbeit bei Bedarf aufzufrischen und ggf. gezielt auf einzelne Inhalte zurückzugreifen (z. B. den Krisenplan der 14. Stunde). Er kann darüber hinaus als Grundlage dienen für Gespräche mit Angehörigen, dem behandelnden Arzt und anderen wichtigen Bezugspersonen.

4.4.3 Teilnehmer und Moderatoren

Die Voraussetzungen, die die Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen erfüllen sollen, sind relativ bescheiden:

- Sie sollten an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt sein. Dabei sind Menschen mit schizoaffektiven Psychosen bewußt eingeschlossen, da schizophren und schizoaffektiv Erkrankte erfahrungsgemäß über einen recht breiten gemeinsamen Erfahrungshintergrund verfügen und auch das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell in der im Manual dargestellten Form ohne wesentliche Einschränkungen auf beide Gruppen anwendbar ist.

Für Menschen mit rein affektiven Erkrankungen ist das PEGASUS-Konzept in dieser Form dagegen nicht geeignet. Die Unterschiede der Erfahrungen von Betroffenen mit schizophrenen und manisch-depressiven Störungen sind oft recht deutlich ausgeprägt. Zwar ist auch auf affektive Erkrankungen ein Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Konzept grundsätzlich sinnvoll anwendbar. Dieses wäre jedoch in weiten Teilen mit anderen Inhalten auszufüllen als im PEGASUS-Konzept. Entsprechende Modelle sind bereits entwickelt worden (vgl. z. B. HERRLE & KÜHNER 1994).

- Zielgruppe des PEGASUS-Konzeptes sind primär Betroffene mit der Erfahrung von zwei oder mehr akuten psychotischen Episoden. Hierfür gibt es zwei Gründe: Bei einer nicht geringen Minderheit von Akuterkrankungen (Schätzungen gehen bis zu 20 %) bleibt es auch ohne (psychoedukative) Therapie bei einer einzigen psychotischen Episode. In diesen Fällen wäre die Teilnahme an der Gruppe streng genommen überflüssig, wenn auch wahrscheinlich nicht schädlich. Andererseits zeigt die Erfahrung, daß bei Ersterkrankten zumeist die Überzeugung noch sehr ausgeprägt ist, von einem einmaligen Schicksalsschlag getroffen worden zu sein. Sie sind deshalb für diese Art von Gruppenarbeit oft nur schwer zu erreichen, was nicht heißt, daß sie grundsätzlich von einer Teilnahme ausgeschlossen werden. Die besonderen Probleme und Anforderungen bei der Psychoedukation mit Ersterkrankten diskutiert McGORRY (1995).
- Diese Form der Gruppenarbeit setzt voraus, daß die Teilnehmer gewissen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gewachsen sind. Dies schließt die Teilnahme von noch akut kranken, sehr instabilen Betroffenen aus.
- Schließlich sollten die Teilnehmer ein Mindestmaß an subjektiver Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung sowie Interesse an den Themen der Gruppenarbeit mitbringen. Ausschließlich fremdmotivierte Teilnehmer brechen erfahrungsgemäß frühzeitig ab.

Besondere intellektuelle Voraussetzungen sind ebensowenig Bedingung für die Teilnahme wie vollständige „Krankheitseinsicht“ oder Distanzierung vom psychotischen Geschehen. Tatsächlich zeigt die bisherige Erfahrung mit dem PEGASUS-Konzept, daß es für ein recht breites Spektrum von Betroffenen geeignet ist. Dies betrifft z. B. die intellektuellen Voraussetzungen, die Krankheitsvorgeschichte, das Ausmaß der fortbestehenden Beeinträchtigungen (z. B. Negativ-Symptome) sowie Einstellungen bezüglich der psychiatrischen Behandlung.

An die Moderatoren stellt die Gruppenarbeit nach dem PEGASUS-Konzept vergleichsweise hohe Anforderungen. Der Hauptgrund liegt darin, daß es in jeder Stunde gilt, ein hochstrukturiertes, inhaltlich-didaktisches Konzept zu vereinbaren mit ausgeprägter Flexibilität und psychotherapeutischem Eingehen auf den Gruppenprozeß sowie auf die individuelle Situation der Teilnehmer.

Auf Seiten der Moderatoren sollten deshalb folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie sollten über mehrjährige Erfahrung in der praktischen Arbeit mit psychotisch erkrankten Menschen verfügen und mit den Besonderheiten des Erlebens und Verhaltens dieser Menschen vertraut sein, sowohl in relativ stabilen Phasen als auch in akuten Krisen.
- Die Moderatoren sollten über eine solide psychotherapeutische Basiskompetenz verfügen. Dies muß nicht bedeuten, daß eine formale psychotherapeutische Zusatzqualifikation vorhanden ist. Vielmehr geht es darum, daß die Moderatoren die grundlegenden Merkmale psychotherapeutischen Handelns flexibel realisieren können (aktives Zuhören, Empathie, unbedingte Wertschätzung). Außerdem ist zu verlangen, daß sie ihr Verhalten und ihre Wirkung auf andere Menschen sowie die Dynamik von Therapiegruppen bewußt reflektieren und diese Reflexivität in ein methodisch orientiertes therapeutisches Handeln umsetzen können.
- Erforderlich ist ein fundierter Überblick über den Forschungsstand und die aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie. D. h., daß Moderatoren über ein eigenes, auf aktuellen Kenntnissen gegründetes Konzept der Erkrankung verfügen können, das über die in den Gruppen zu vermittelnden Inhalte deutlich hinausgeht. Nur so können sie ein verlässlicher und authentischer Gesprächspartner für die Teilnehmer sein und vermeiden, durch unvorhergesehene oder ungewöhnliche Fragen aus dem Konzept zu geraten. Dies schließt ein, daß Fragen offengelassen und Lücken im Wissen über Schizophrenie offengelegt werden können.
- Eine weitere Voraussetzung ist ein Mindestmaß an pädagogisch-didaktischem Geschick und Interesse. Denn ein solides Basiswissen nützt wenig, wenn es nicht verständlich vermittelt werden kann. Deshalb sollte die Eignung von (potentiellen) Moderatoren auch unter dem Aspekt geprüft werden, ob ihnen die pädagogisch-didaktische Komponente der Arbeit mit dem PEGASUS-Konzept liegt und ob sie sich darauf einlassen können. Methodisches pädagogisches Arbeiten ist nicht jedermanns Sache, viele psychiatrisch Tätige fühlen sich in einem offen, weitgehend unstrukturierten therapeutischen Kontext wohler.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß für die Durchführung des PEGASUS-Konzeptes zwei Moderatoren erforderlich sind, die jeweils unterschiedliche Rollen wahrnehmen. Für Teil II des Konzeptes (Medikamentenbehandlung) ist es darüber hinaus erforderlich, einen Arzt einzubeziehen. Grundsätzlich ist durchaus wünschenswert, daß ein ärztlicher Moderator die gesamten 14 Stunden als Ko-Moderator mitgestaltet. Für den Fall, daß dies nicht realisierbar ist, sollte mindestens an Teil II ein Arzt teilnehmen, wobei dann einer der beiden anderen Moderatoren für die Stunden 8 - 10 aussetzt.

Die Mitarbeit von Ärzten beim Thema Medikamentenbehandlung ist aus mehreren Gründen als unerlässlich anzusehen:

- Zum einen wird dieser Berufsgruppe von Seiten der Betroffenen die größte Kompetenz in Fragen der medikamentösen Behandlung zugesprochen; damit sind die vermittelten Informationen von vornherein verlässlicher, als wenn sie von anderer Seite kommen.
- Zweitens können die Teilnehmer in diesem Teil der Gruppenarbeit modellhaft die offene, auf Partnerschaft und Mitverantwortung basierende Zusammenarbeit mit einem Arzt erproben.
- Schließlich wird durch eine Beteiligung von Ärzten die Mitverantwortung dieser Berufsgruppe für Aufklärung und Information verdeutlicht und eingelöst.

Die Moderatoren bereiten sich vor jeder Stunde anhand des Manuals inhaltlich vor. Dazu gehört die Festlegung der Rollenverteilung innerhalb der jeweiligen Stunde. Erstanwendern wird empfohlen, das Manual und die zu vermittelnden Inhalte vor der ersten Gruppe einmal als Ganzes durcharbeiten und die Inhalte und ihre methodische Umsetzung gemeinsam umzusetzen. Dabei sollte bereits so viel wie möglich praxisnah geübt werden, indem sich

die Moderatoren Teile des Inputs gegenseitig präsentieren, einschließlich der zu verwenden Medien und Materialien.

Wie bei anderen therapeutischen Verfahren ist neben der gründlichen Einarbeit und der supervidierten Praxis die Inanspruchnahme von spezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten sinnvoll. Die PEGASUS-Arbeitsgruppe bietet hierzu ein Curriculum an (vgl. WIENBERG et al. 1997).

4.4.4 Institutioneller Kontext

Das PEGASUS-Konzept eignet sich nicht für den akut-klinischen, stationären Kontext, weil es nur in geschlossenen Gruppen sinnvoll durchführbar ist und eine gewisse Belastbarkeit der Teilnehmer gewährleistet sein muß. Sein Hauptanwendungsgebiet liegt deshalb im ambulanten Bereich (Praxen, sozialpsychiatrische Dienste, Fachambulanzen, Polikliniken, Dienste des Betreuten Wohnens) sowie im komplementären Bereich (Wohneinrichtungen, Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten etc.). Aber auch der tagesklinische Kontext kommt für die Durchführung infrage, wenn bestimmte Rahmenbedingungen hergestellt werden (vgl. KASTNER-WIENBERG 1997).

Wie an anderer Stelle ausgeführt (vgl. 3.3.1), kommt kurzen, befristeten Therapieangeboten im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung grundsätzlich eine begrenzte Bedeutung zu. Dieses gilt uneingeschränkt auch für das PEGASUS-Konzept. Es ist deshalb als therapeutischer Basisbaustein im Rahmen eines ggf. längerfristig anzulegenden Behandlungs- und Betreuungsprozesses umzusetzen, zu dem noch andere Bausteine gehören. Von einer Realisierung nach dem Muster eines Volkshochschulkurses ist unbedingt abzusehen. Denn durch die Gruppenteilnahme eröffnen sich für nicht wenige Teilnehmer neue Wege im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit/Erkrankung, auf denen sie häufig kompetente Begleitung brauchen. Die Gruppenarbeit führt außerdem nicht selten dazu, daß Probleme oder Konflikte aktualisiert werden, für die in der begrenzten Zeit der Gruppe Bewältigungs- oder Lösungsmöglichkeiten allenfalls angerissen werden können. Diese Ansätze müssen weiter bearbeitet und vor allem in der konkreten Lebenssituation umgesetzt werden. Die Teilnahme an einer PEGASUS-Gruppe sollte also eingebettet sein in einen Betreuungs- bzw. Behandlungsprozeß mit einem hohen Maß an personaler und konzeptioneller Kontinuität.

Auf der anderen Seite ist es durchaus erwünscht und kann positive Effekte haben, wenn nicht beide Moderatoren aus dem üblichen Betreuungs- bzw. Behandlungskontext der Gruppenteilnehmer kommen. Ansonsten besteht die Gefahr, daß die Besprechung jedes Inhalts von Alltagsthemen überlagert wird und unmittelbare Konsequenzen für den Betreuungsalltag hat. Die Teilnahme mindestens eines „neutralen“ Moderators schafft dagegen etwas Distanz zum Alltag und ermöglicht diesem, so etwas wie eine Mittlerposition einzunehmen. Die Chance, einmal ohne sofort absehbare Konsequenzen offen über bestimmte Punkte sprechen zu können, ist besonders im Hinblick auf den Medikamenten-Teil von großer Bedeutung (z.B. bei eingeschränkter Compliance).

Besonderer Wert ist darauf zu legen, daß die Teilnahme an einer PEGASUS-Gruppe die Beziehung der Teilnehmer zu ihrem behandelnden Arzt weder ersetzt noch gefährdet. Ihr persönlicher Haus- oder Nervenarzt ist für die Mehrzahl der Betroffenen eine wichtige, oft langjährig stabile Bezugsperson. Dies gilt auch dann, wenn im Einzelfall unterschiedliche Auffassungen über die Behandlung bestehen und das Vertrauensverhältnis begrenzt ist. Ein Teilziel des PEGASUS-Konzeptes ist es deshalb, die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient zu unterstützen und die Basis dafür zu verbessern.

Bei der Umsetzung des Konzeptes in der Regelvorsorgung sollte unter grundsätzlichen wie pragmatischen Aspekten wo immer möglich die Chance der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit genutzt werden. Dafür gibt es im wesentlichen drei Gründe:

- Sie gewährleistet, daß die einzelne Institution durch die zeitaufwendige Vorbereitung und Durchführung nicht über Gebühr belastet wird;
- sie leistet einen Betrag zur konzeptionellen Kontinuität in der Behandlung/Betreuung (zumindest bei Institutionen, deren Klientel sich überschneidet);
- und sie trägt nach und nach dazu bei, daß sich innerhalb einer Versorgungsregion ein gemeinsames Grundverständnis über Schizophrenie und therapeutische Grundprinzipien entwickelt.

Nach den bisherigen Erfahrungen in der praktischen Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes hat die einrichtungsübergreifende Realisierung äußerst erwünschte „Nebenwirkungen“, auf die nicht ohne Not verzichtet werden sollte.

Schließlich gilt, daß die psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren erkrankten Menschen keinesfalls konkurriert mit entsprechenden Gruppenangeboten für Angehörige der Betroffenen. Vielmehr besteht zwischen psychoedukativer Betroffenen- und Angehörigenarbeit ein Ergänzungsverhältnis. Einiges deutet sogar darauf hin, daß psychoedukative Gruppen mit Betroffenen erst dann ihre optimale Wirksamkeit entfalten, wenn die Angehörigen der Teilnehmer parallel dazu an entsprechenden Gruppen teilnehmen (sog. bifokale Therapien, vgl. 3.6.5).

Tabelle 4.1 (nächste Seite) faßt die diskutierten Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung im Überblick zusammen.

Am Ende dürfte für die Akzeptanz und Wirksamkeit des Konzeptes auf Seiten der Betroffenen entscheidend sein, ob es den professionellen Moderatoren gelingt, den Teilnehmern mit einer Grundhaltung zu begegnen, die getragen ist von Respekt, Interesse, Anerkennung und Ermutigung. Ob die professionellen Experten eine Haltung realisieren, durch die Betroffene sich ernstgenommen fühlen als Ko-Experten für ihre Erkrankung, die über Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, von denen auch professionelle Experten lernen und profitieren können. Hierzu gehört auch, nicht um jeden Preis überzeugen zu wollen – z. B. von der Notwendigkeit der Neuroleptika-Prophylaxe –, sondern die Autonomie der Betroffenen zu respektieren und auf ihre Fähigkeit zu vertrauen, verantwortliche Entscheidungen zu treffen.

4.5 Erfahrungen mit der Umsetzung in der psychiatrischen Regelversorgung

4.5.1 In Bielefeld

Das PEGASUS-Konzept wurde im Rahmen eines 2-jährigen Modellprojektes entwickelt und erprobt, das von der „Stiftung Wohlfahrtspflege“ des Landes Nordrhein-Westfalen finanziell gefördert wurde. Weitere Zuschußgeber waren die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ sowie die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Die Entwicklungs- und Erprobungsphase dauerte rund 2 ½ Jahre (November 1989 bis April 1992).

In dieser Zeit wurden u.a. die ersten 5 PEGASUS-Gruppen durchgeführt. Von den insgesamt 33 Teilnehmern schieden nach der ersten oder zweiten Sitzung 8 aus; dabei handelte es sich überwiegend um solche Betroffene, die intensiv fremdmotiviert worden waren. Die verbliebenen 25 Teilnehmer der Pilot-Gruppen zeigten eine hohe Teilnahmezuverlässigkeit. Unmittelbar vor und nach der Gruppentherapie sowie im Rahmen einer Katamnese nach ca. einem Jahr wurden die Teilnehmer relativ aufwendig untersucht bzw. befragt; die Ergebnisse wurden mit denen von zwei anderen Gruppen verglichen, die zusätzlich oder anstatt der PEGASUS-Gruppe ein anderes, familienbezogenes Therapieangebot erhalten hatten. Aufgrund selektiver *drop out*-Raten, unterschiedlicher Prätest-Werte und zu geringer Gruppengrößen waren Effekte der Gruppentherapie bezüglich Symptomatik, Einstellungen und Krankheitsverlauf statistisch nicht abzusichern, obwohl eine Reihe von Trends in der

Tab. 4.1: Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung

1. Zeitlicher und räumlicher Rahmen:

- ⇒ geschlossene Gruppen, optimal 5 – 7 TeilnehmerInnen;
- ⇒ 4 Std. á 60 Min. (ohne evtl. Pause); wöchentlicher Abstand;
- ⇒ jeweils am selben Wochentag, am selben Ort und zur selben Tageszeit;
- ⇒ in angenehmer, reizarmer räumlicher Umgebung; Sitzordnung mit Tischen.

2. Methodik/Didaktik:

- ⇒ GruppenteilnehmerInnen als GesprächspartnerInnen;
- ⇒ aktive Einbeziehung und Berücksichtigung der Kenntnisse und Erfahrungen der TeilnehmerInnen;
- ⇒ direktiv-strukturiertes Vorgehen der ModeratorInnen;
- ⇒ festgelegte Rollenverteilung der ModeratorInnen;
- ⇒ Wechsel von Informationsvermittlung und Gruppengesprächen;
- ⇒ Erleichterung der Informationsverarbeitung durch einfache, klare und dosierte Informationen;
- ⇒ Unterstützung der Informations(v)erarbeitung durch Tafelbilder, Folien und Arbeitsblätter;
- ⇒ Verteilung vorbereiteter Informations- und Merkblätter an die TeilnehmerInnen.

3. TeilnehmerInnen/ModeratorInnen:

TeilnehmerInnen:

- ⇒ Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, zwei oder mehr akute Episoden;
- ⇒ nicht akut psychotisch, remittiert;
- ⇒ Interesse an den Inhalten, Bereitschaft zur Teilnahme.

ModeratorInnen (2):

- ⇒ mehrjährige Praxiserfahrung in der Arbeit mit psychosekranken Menschen;
- ⇒ psychotherapeutische Basiskompetenz;
- ⇒ fundierter Überblick über den Forschungsstand und aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie;
- ⇒ pädagogisch-didaktisches Geschick bzw. Interesse;
- ⇒ mindestens im Teil 2: „Medikamentenbehandlung“ sollte ein Arzt/eine Ärztin Ko-ModeratorIn sein.

4. Kontext:

- ⇒ ambulant/komplementär, als Baustein eines längerfristigen Behandlungs- bzw. Betreuungsprozesses;
- ⇒ als Ergänzung, nicht als Ersatz für Information und Aufklärung durch den behandelnden Arzt;
- ⇒ einrichtungsübergreifende Kooperation bei der Umsetzung;
- ⇒ die Angehörigen der TeilnehmerInnen sollten Gelegenheit haben, an psycho- edukativen Gruppen auf der gleichen inhaltlichen Grundlage teilzunehmen.

erwarteten Richtung lagen; dies ergab die Auswertung der Daten der Erprobungsphase im Rahmen einer Diplomarbeit (FITZNER 1997).

SCHÜNEMANN-WURMTHALER & SIBUM (1995) haben die Erfahrungen der Erprobungsphase beschrieben und ausgewertet:

„Die Resonanz am Ende der Gruppenarbeit war trotz einzelner Kritikpunkte – zu viele Informationen in zu kurzer Zeit, zu wenig Zeit für individuelle Problemlösungen, zu wenig Begleitung außerhalb der Gruppenarbeit – durchgehend sehr positiv. Die meisten TeilnehmerInnen bestätigten, erstmals umfassend über ihre Erkrankung und die damit zusammenhängenden Fragen aufgeklärt worden zu sein. Viele gaben an, für sich eine neue Sichtweise ihrer Erkrankung und Situation gewonnen zu haben. Einige sahen sich zu einer grundsätzlichen Neubewertung und Neuorientierung in ihrer Lebenssituation veranlaßt. Die Chance, doch einen gewissen Handlungsspielraum zu haben im Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit und nicht einem schicksalhaften, unberechenbaren Krankheitsverlauf ausgeliefert zu sein, weckte zarte Hoffnungen für die Zukunft. Das schließt nicht aus, daß einzelne in einer passiv-fatalistischen Haltung verharrten. Viele TeilnehmerInnen äußerten den Wunsch, zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal an dem Gruppenprogramm teilnehmen zu können.

Aus einer der Gruppen heraus entstand die Initiative zur Gründung der ersten Selbsthilfegruppe für Psychoseerfahrene in Bielefeld. Der Initiator war später auch einer der Gründungsmitglieder des ‚Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen‘“ (S. 213).

Und bezüglich der Moderatoren stellen sie fest:

„Ganz sicher hat sich auf Seiten der ModeratorInnen durch die Erfahrungen in der Gruppenarbeit die Wahrnehmung und der Umgang mit den Betroffenen verändert. Die TeilnehmerInnen lösten sich im Verlaufe der Gruppenarbeit zunehmend von der Rolle der Hilfesuchenden, Abhängigen und traten selbstbewußter auf. Für die ModeratorInnen entstand so eine zwar angestrebte, aber auch ungewohnte und gelegentlich irritierende Situation. Es bedurfte immer wieder der Reflexion untereinander und der bewußten Zurücknahme, um nicht in die übliche Rollenverteilung zwischen Professionellen und Betroffenen zurückzufallen...

Auch die Einschätzung der Eigenkompetenz Betroffener im Umgang mit der Erkrankung bzw. Verletzlichkeit hat sich auf Seiten der ModeratorInnen durch die Gruppenarbeit erheblich verändert. Diese ist offensichtlich erheblich größer, als Professionelle oft vermuten und den Betroffenen zutrauen oder auch zugestehen. Auch scheinen Vorbehalte und Ängste, sich mit dem psychotischen Erleben selbst intensiv auseinanderzusetzen, auf Seiten der Professionellen stärker ausgeprägt als auf Seiten der Betroffenen. Insofern hat die Erfahrung der Gruppenarbeit eine spürbare Rückwirkung auf den Umgang mit Betroffenen im beruflichen Alltag nach sich gezogen“ (S. 214).

Die Durchführung des Modellprojektes erfolgte in enger Kooperation und personeller Vernetzung mit psychiatrischen Einrichtungen und Diensten in der Stadt Bielefeld, insbesondere in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Fünf von insgesamt sechs therapeutisch tätigen Projekt-Mitarbeitern waren bzw. sind hauptberuflich in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel tätig, die mit ihren klinischen Einrichtungen und differenzierten psychiatrischen Wohn- und Förderbereichen die stationäre Pflichtversorgung der Stadt Bielefeld (325 000 Einwohner) gewährleisten. Darüber hinaus werden verschiedene ambulante Dienste sowie ein ausdifferenziertes System von Hilfen im Bereich Arbeit und berufliche Rehabilitation für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen vorgehalten.

Insofern bestanden schon während der Erprobungsphase günstige Voraussetzungen für die Akzeptanz des neuen Therapiebausteins in der Bielefelder Fachöffentlichkeit und für seine Integration in die Regelversorgung nach Ablauf des Modellprojekts.

Tatsächlich gelang es, die im Projekt begonnene Gruppenarbeit seit 1992 bruchlos fortzuführen. Inzwischen ist das PEGASUS-Konzept in Bielefeld selbstverständlicher Bestandteil des Regelangebots für Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Notwendige Voraussetzungen für die Überführung des Modells in die Versorgungspraxis waren:

- Die Fertigstellung des Therapie-Manuals; dieses lag in einer ersten Fassung 1992 vor und erfuhr zahlreiche Bearbeitungsstufen, in die auch die Erfahrungen aus einer Reihe von Gruppen in der Regelversorgung einfließen, bis es schließlich 1995 veröffentlicht wurde. Bereits 1997 erschien es in 2. Auflage, die 3. Auflage ist in Vorbereitung. (WIENBERG et al. 1996).

- Die Verbreiterung der Moderatoren-Basis durch regionale Fortbildungsseminare. Seit 1992 sind von (ehemaligen) Projekt-Mitarbeitern in Bielefeld 3 Theorie-Seminare und 2 Praxistrainings für angehende Moderatoren durchgeführt worden. Inzwischen gibt es in Bielefeld einen Pool von ca. 15 qualifizierten PEGASUS-Moderatoren, die in wechselnder Konstellation Gruppen anbieten.

Als flankierende Maßnahmen bei der Integration des Konzepts in die Regelversorgung haben sich bewährt:

- Eine „Arbeitsgruppe der PEGASUS-ModeratorInnen in Bielefeld“; in dieser Arbeitsgruppe, die sich inzwischen nur noch jährlich trifft, wird das Regelangebot an PEGASUS-Gruppen in Bielefeld jeweils für ein Jahr im voraus geplant. Es werden Absprachen getroffen darüber, welche Moderatoren wo und wann eine Gruppe gemeinsam anbieten, wobei die angestrebte Grundversorgung von 3 Gruppen jährlich i. d. R. institutionsübergreifend abgedeckt wird. D. h., daß 2 Moderatoren aus unterschiedlichen Institutionen gemeinsam eine Gruppe durchführen, die für Teilnehmer aus unterschiedlichen Betreuungsbezügen offen ist. Neben diesen offenen, institutionsübergreifenden Gruppen gibt es regelmäßig PEGASUS-Gruppen, die in das Standardangebot von Einrichtungen integriert sind; so in der Tagesklinik Bethel, der Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung Pniel sowie der Tagesklinik/Ambulanz Süd in Sennestadt.
- Die Koordinierungsstelle für PEGASUS-Gruppen in Bielefeld; diese Koordinierungsfunktion wurde 1995 bei der Psychiatrischen Ambulanz Bethel geschaffen und wird hauptsächlich von den beiden Sekretariatsmitarbeiterinnen wahrgenommen. Die Funktion besteht darin, Interessenten bzw. potentielle Teilnehmer für offene PEGASUS-Gruppen über das Gruppenangebot zu informieren, Wartelisten zu führen, bei Beratungsbedarf Kontakt zwischen Interessenten und Moderatoren herzustellen und die Durchführung der Gruppen zu koordinieren.
- Der „Verbund Psychoedukative Gruppenarbeit Bielefeld“; dieses Gremium tagt ebenfalls seit 1995, zunächst zweimal jährlich, nach der Klärung grundsätzlicher Aspekte der Zusammenarbeit hat sich eine jährliche Frequenz als ausreichend erwiesen. Mitglieder des „Verbundes“ sind Vertreter aller Einrichtungen und Dienste in Bielefeld, die im Kernfeld der Versorgung psychosekranker Menschen tätig sind sowie Vertreter des „Vereins Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld“ und der „Interessengemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker“. Bei diesen Vertretern handelt es sich i. d. R. um Entscheidungsträger, damit Vereinbarungen verbindlich getroffen werden können. Dem „Verbund“ kommt die Funktion zu, die Grundlagen für ein fortlaufendes und bedarfsgerechtes Angebot an psychoedukativen Gruppen in Bielefeld sicherzustellen. In den vergangenen Jahren wurden u. a. zu folgenden Punkten Absprachen getroffen: Festlegung der an der Durchführung von PEGASUS-Gruppen beteiligten Institutionen, Qualifikationsanforderungen an Moderatoren, Art und Umfang der Grundversorgung, Planung von Fortbildungsangeboten, Einrichtung der Koordinierungsstelle, Erstellung und Verteilung eines Info-Blattes über das Gruppenangebot. Darüber hinaus wird fortlaufend über Aktivitäten und Erfahrungen/ Ergebnisse im Rahmen des PEGASUS-Projektes informiert, um Transparenz und Akzeptanz zu gewährleisten.

Eine lückenlose Dokumentation aller Gruppenaktivitäten in den letzten Jahren liegt nicht vor. Einschließlich der Erprobungsphase dürften jedoch in Bielefeld bis Ende 1997 zwischen 300 und 400 Menschen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis an einer PEGASUS-Gruppe teilgenommen haben. Damit dürfte Bielefeld bundesweit die bezüglich psychoedukativer Therapie für Betroffene am besten versorgte Region sein.

Seit 1997 entwickelt und erprobt die PEGASUS-Gruppe ein psychoedukatives Gruppenkonzept für Angehörige von schizophren Erkrankten, das sich inhaltlich und methodisch eng an das Betroffenen-Konzept anlehnt, gleichzeitig aber spezifische Anliegen und Themen der Angehörigen berücksichtigt. An der Entwicklung des Konzepts waren von Anfang an drei Mitglieder der örtlichen Interessengemeinschaft Angehöriger psychisch Kranker be-

teilt. Bis Juni 1998 haben in Bielefeld und in anderen Regionen 8 Probedurchgänge mit dem Manual-Entwurf stattgefunden. Die dabei gesammelten Erfahrungen sollen in eine Überarbeitung einfließen. Die Veröffentlichung des Manuals ist für Frühjahr 1999 vorgesehen.

4.5.2 In anderen Regionen

Eine zentrale Erfahrung, die die Bielefelder Arbeitsgruppe – und inzwischen zahlreiche andere Kollegen – bei der Realisierung psychoedukativer Gruppenarbeit gemacht haben ist, daß es sich dabei um eine der anspruchsvollsten psychotherapeutischen Aufgaben handelt, die sich in der psychiatrischen Praxis stellen. Insoweit sollte sich von selbst verstehen, daß es bei der Vorbereitung angehender Moderatoren mit dem Durchlesen und „Anwenden“ des Manuals nicht getan sein kann, wenn die Gruppenarbeit sich nicht zu einer fachlich und menschlich fragwürdigen Schlichterpartie entwickeln soll.

Die Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes im Alltag der psychiatrischen Versorgung sollte deshalb zur Voraussetzung haben, daß die Moderatoren sich speziell für diese Aufgabe qualifizieren. In Bielefeld hatte es die PEGASUS-Gruppe selbst in der Hand, diese Voraussetzung zu schaffen. Was die Umsetzung in anderen Regionen angeht, so steht es seit der Veröffentlichung des Manuals grundsätzlich jedem psychiatrisch/psychotherapeutisch Tätigen frei, sich dieses Manuals zu bedienen und entsprechende Gruppen anzubieten. Mit welcher persönlichen und fachlichen Qualifikation dies geschieht, entzieht sich dem Einfluß der Autoren. Insofern kann ihre Entwicklung auch unqualifiziert gebraucht oder sogar mißbraucht werden.

Die gängige Methode, dem so weit wie möglich vorzubeugen, ist das Angebot von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen. Diesen Weg hat auch die PEGASUS-Gruppe beschritten und ein entsprechendes Curriculum entwickelt, das im folgenden kurz skizziert wird. Eine ausführliche Beschreibung von Zielen, Inhalten und Methoden einschließlich einer Reflektion der bisherigen Erfahrungen findet sich bei WIENBERG et al. (1997).

Der primäre Bezugsrahmen für das von der PEGASUS-Gruppe entwickelte und inzwischen vielfach erprobte Fortbildungs-Curriculum ist eine überschaubare Versorgungsregion. Dabei kann es sich um eine kommunale Gebietskörperschaft handeln oder den Versorgungssektor einer Großstadt. Kriterium ist, daß die in dieser Region tätigen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen in der Versorgung psychosekranker Menschen regelhaft kooperieren und ein psychosoziales Versorgungsnetz bilden. Das Curriculum wird dann in der Region und mit Mitarbeitern der dort tätigen Dienste und Einrichtungen durchgeführt. Mit dieser Organisationsform setzt sich das Fortbildungsangebot der PEGASUS-Gruppe bewußt von anderen, in der Regel überregional und zentral organisierten Psychotherapie-Fortbildungen ab.

Dahinter steckt folgende Überlegung: Eines der wichtigsten therapeutischen Prinzipien in der Arbeit mit schizophren erkrankten Menschen ist personale und konzeptionelle *Kontinuität* (vergl. 1.4.4, 2.6.3). Diese ist nur zu gewährleisten, wenn es innerhalb einer Versorgungsregion ein Mindestmaß an Übereinstimmung bezüglich Arbeitsinhalten und -methoden gibt. Unter dieser Prämisse verbietet sich, daß einzelne Praktiker oder Dienste neue therapeutische Konzepte isoliert in die Versorgung einführen und praktizieren. Dies würde Diskontinuität fördern, weil es an Transparenz und einer gemeinsam erarbeiteten bzw. getragenen Arbeitsgrundlage fehlt. Für die betroffene Klientel wäre das ohnehin schon ausgeprägte Risiko erhöht, im Kontakt mit verschiedenen Bezugspersonen in unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen immer wieder mit divergierenden Zielen, Modellvorstellungen und Methoden konfrontiert zu werden, was zu einer weiteren Destabilisierung der ohnehin störanfälligen affekt-logischen Bezugssysteme beitragen würde. Ziel muß es statt dessen sein, innerhalb eines Versorgungsnetzes nach und nach gemeinsame Modellvorstellungen und Praxiskonzepte im Hinblick auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu entwickeln.

Aus diesem Grund wird das Fortbildungs-Curriculum der PEGASUS-Gruppe grundsätzlich regional ausgeschrieben und durchgeführt. Es umfaßt 3 Bausteine:

- Das *Theorie-Seminar*: Es richtet sich an Mitarbeiter aller ambulanten komplementären und (teil-)stationären Einrichtungen der Region, die im Kernfeld der Versorgung psychosekranker Menschen tätig sind (max. 30 Teilnehmer). Es ist offen für alle in der psychiatrischen Versorgung vertretenen Berufsgruppen.
- Das *Praxis-Training*: Dieses richtet sich an solche Teilnehmer des Theorie-Seminars, die über mehrjährige Praxiserfahrung in der Arbeit mit Psychosekranken verfügen und die sich zusammen mit einem Co-Moderator auf die praktische Durchführung von Gruppentherapien nach dem PEGASUS-Konzept vorbereiten wollen (max. 12 Teilnehmer). Schon vor Beginn des Trainings werden die Teilnehmer gebeten, Moderatoren-Paare zu bilden, die sich gemeinsam auf die Trainingseinheiten vorbereiten und später auch PEGASUS-Gruppen zusammen durchführen.
- *Supervision*: Hierbei handelt es sich um die begleitende Beratung und die Reflexion der Erfahrungen, die die Teilnehmer des Praxis-Trainings bei der Durchführung der Gruppentherapie nach dem PEGASUS-Konzept machen.

Das Theorie Seminar umfaßt 22 Seminarstunden. Die behandelten Inhalte sind weitgehend deckungsgleich mit dem, was in Kap. 2 dargestellt wurde. Die Inhalte des Therapie-Kapitels werden dagegen nur ausschnittsweise behandelt (schwerpunktmäßig 3.4, 3.6).

Das Praxis-Training umfaßt 30 Stunden in 5 – 6 Blöcken. Es wird ganz überwiegend nach Methoden des pädagogischen Rollenspiels durchgeführt. Nach individueller Vorbereitung der Moderatorenpaare werden die einzelnen Stunden des PEGASUS-Konzeptes bzw. Sequenzen daraus im Rollenspiel realisiert, wobei jeweils zwei Teilnehmer die Moderatorenrolle und die übrigen Teilnehmer die Rolle der Betroffenen bzw. von neutralen Beobachtern übernehmen (Modell des *fishpool board*).

Die Supervision der Praxis der Teilnehmer ist optional und kann entweder im Rahmen des Praxistrainings selbst (bei überlappendem Beginn der von den Teilnehmern moderierten Gruppen) oder zusätzlich im Anschluß daran erfolgen.

Das Curriculum in der hier skizzierten Form wurde bisher in folgenden Regionen umgesetzt: Dortmund (2 x), Essen, Gütersloh/Detmold (2 x), Köln, Langenfeld, Marsberg, Oberursel, Paderborn, Schleswig-Holstein (2 x); ausschließlich das Theorieseminar wurde durchgeführt in Herborn, Lübeck und Nürnberg.

Verschiedene dieser Fortbildungsveranstaltungen wurden durch Teilnehmer-Nachbefragungen evaluiert. Die Teilnehmerzufriedenheit erwies sich insgesamt als außerordentlich hoch (vergl. WIENBERG et al. 1997). Nachdrücklich bestätigt wurde die in Bielefeld gemachte Erfahrung, daß die theoretischen und praktischen Anforderungen, die dieses Konzept an die Moderatoren stellt, sehr hoch sind. Das Curriculum erweist sich insgesamt als geeignet, die Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes in die Praxis auf einem vergleichsweise hohen Qualitätsniveau zu gewährleisten.

5. Psychoedukative Gruppentherapie in der Praxis - Eine Nutzer und Anwenderbefragung

5.1 Der Untersuchungsansatz

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, ihre Entstehung und ihr Verlauf sind höchst komplexe und vielfältig beeinflusste Phänomene. Dementsprechend ist die Behandlung und Rehabilitation der davon betroffenen Menschen notwendig mehrdimensional anzulegen, sorgfältig am jeweiligen individuellen Bedarf auszurichten und phasenspezifisch anzupassen. Die Umsetzung von Behandlungsstrategien erfordert regelhaft einen multiprofessionellen Zugang und vollzieht sich in einem ausdifferenzierten psychosozialen/ psychiatrischen Netzwerk, wobei die Mehrzahl der Betroffenen im Quer- und im Längsschnitt verschiedenste Dienste und Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Es versteht sich von selbst, daß bei der Untersuchung der Effekte von therapeutischen bzw. rehabilitativen Strategien die angedeutete Komplexität reduziert werden muß. Dafür gibt es methodische, pragmatische und ökonomische Gründe. Überblickt man die vorherrschenden Ansätze zur Evaluation von Interventionen bei schizophren Erkrankten, so vollzieht sich die Reduktion von Komplexität in der Regel entlang gleich mehrerer der folgenden Dimensionen:

- *Stichproben:* Um Vergleichbarkeit herzustellen, werden an Hand der gängigen Diagnose-Inventare (DSM, ICD etc.) homogene Stichproben selektiert, was in der Regel dazu führt, daß Personen mit psychiatrischer oder neurologischer Ko-Morbidität von vornherein ausgeschlossen werden. In der psychiatrischen Regelversorgung ist Ko-Morbidität heute jedoch eher die Regel als die Ausnahme.
- *Institutioneller Kontext:* Die weitaus meisten Evaluationsstudien werden nach wie vor an universitären Einrichtungen und Diensten durchgeführt. Dies bedingt zum einen eine Selektion der Klientel; dies gilt zumindest dort, wo – wie in der Bundesrepublik – Universitätskliniken oft keine Versorgungsaufgaben im Sinne der Pflicht- und Regelversorgung wahrnehmen. Zum anderen sind die in diesem Kontext verfügbaren quantitativen und qualitativen Ressourcen nicht mit denen in der Regelversorgung vergleichbar.
- *Zeitintervall:* Interventions- und Katamneseperiode umfassen in der psychiatrischen Evaluationsforschung in den seltensten Fällen mehr als 2 oder 3 Jahre. Angesichts der Verlaufcharakteristika schizophrener Erkrankungen handelt es sich auch hier um eine selektive Einengung des Zugangs.
- *Kriterien:* Auch die Frage, an Hand welcher Kriterien denn die Effekte von Interventionen zu bemessen sind, wird gelöst durch eine pragmatische Selektion von Kriterien; ausgewählt werden solche, die im Hinblick auf den Interventionsansatz naheliegen (z. B. kognitive Leistungen bei kognitiven Trainings), die weit verbreitet (Psychopathologie-Maße) und zuverlässig zu erfassen sind (z. B. Rehospitalisierungshäufigkeit).

Wie gesagt: Reduktionistische Strategien sind (auch) in der Evaluation psychiatrischer Interventionen aus pragmatischen, methodischen und ökonomischen Gründen fast immer unvermeidbar. Man muß sich jedoch bewußt machen, daß die externe oder ökologische Validität von Ergebnissen abnimmt, je stärker nach den oben genannten Dimensionen selektiert wird.

Auch die Evaluation psychoedukativer Interventionen ist dem hiermit nur angedeuteten Dilemma zwischen interner und externer Validität unterworfen. Will man den in dieser Untersuchung realisierten Evaluationsansatz vorab einordnen, so läßt sich generell feststellen:

Die Repräsentativität und externe Validität bezüglich Stichprobenszusammensetzung (heterogen) und institutionellem Kontext (vielfältig, Regelversorgung) ist hoch bis sehr hoch, diejenige bezüglich Zeitdimension (punktuell) und Kriterien (univariat) sehr gering.

Da der Definition von Ziel- bzw. Outcome-Kriterien eine besondere Bedeutung in der Evaluation zukommt, werden hierzu im folgenden einige grundsätzlichere Überlegungen angestellt.

Abbildung 5.1 (Seite 236) gibt ein schematisch-vereinfachendes Modell des Evaluationsprozesses. Idealtypisch gibt es eine ausgearbeitetes Störungsmodell (vergl. Kap. 2); daraus lassen sich Therapiekonzepte ableiten (vergl. Kap. 3), die wiederum die Grundlage bieten für die Entwicklung und Implementierung von spezifischen Interventionen (vergl. Kap. 4). Will man die Effekte dieser Interventionen untersuchen, ist die Definition der Ziel- oder Outcome-Kriterien entscheidend (Effekt = Grad der Zielerreichung). Dabei erscheint es sinnvoll und notwendig, zwischen zwei Arten von Zielkriterien (und dementsprechend zwei Arten von Effekten) zu unterscheiden: Zielkriterien 1. Ordnung und Zielkriterien 2. Ordnung. Unter Zielkriterien 1. Ordnung verstehen wir „therapienahe“ Ziele, d. h. solche, die unmittelbar Gegenstand der Therapie sind (z. B. eine verbesserte kognitive Leistung beim Training einer bestimmten kognitive Funktion). Der Nachweis von Effekten 1. Ordnung besagt zunächst einmal nicht mehr und nicht weniger, als daß die Intervention in dem Funktionsbereich etwas bewirkt hat, der ihr Fokus oder Gegenstand ist. Zielkriterien 2. Ordnung sind dagegen genereller Art. Sie definieren die Zielsetzung nicht in direkter Abhängigkeit von der Art der Intervention, sondern aus der des Patienten bzw. der Erkrankung allgemein, unabhängig davon, wie interveniert wird (z. B. gute subjektive Lebensqualität). Der Nachweis von Effekten 2. Ordnung ist deshalb oft die eigentliche Meßlatte für die Evaluation, denn es geht ja nicht in erster Linie darum, nachzuweisen, daß die Therapie das bewirkt, wozu sie entwickelt wurde, sondern es geht um die Heilung oder Besserung der Erkrankung, der Minderung ihrer Folgen und die Verbesserung der Lebenssituation des Erkrankten.

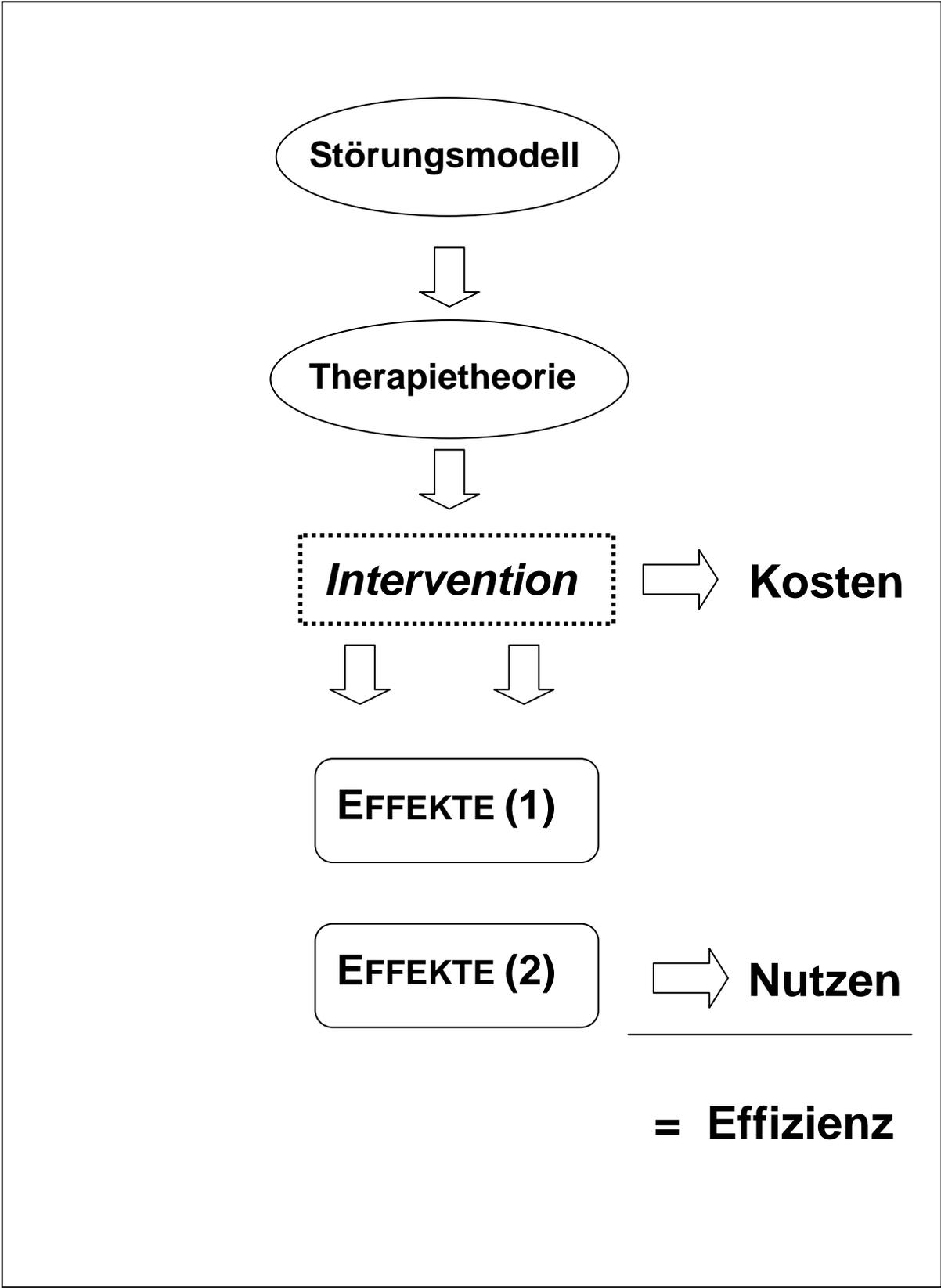
Dabei scheint generell zu gelten, daß die Beziehung zwischen Effekten 1. und solchen 2. Ordnung sowie zwischen Effekten derselben Ordnung eher schwach ist (vergl. die Vorstellung von den *open linked systems* bei STRAUSS 1987).

Tabelle 5.1 (Seite 237) enthält eine Auflistung von möglichen Zielkriterien 1. und 2. Ordnung bei der Evaluation von Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen.

Die Differenzierung zwischen Zielkriterien bzw. Effekten 1. und 2. Ordnung ist relativ, und im einzelnen läßt sich über die Zuordnung der Zielkriterien sicher streiten. Sie sollte jedoch den Blick dafür schärfen, worauf es bei der Evaluation von Interventionen am Ende ankommt, nicht zuletzt unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Denn bei der Bewertung des Nutzens spielen die Effekte 2. Ordnung die entscheidende Rolle.

Die Auflistung von Tabelle 5.1 kann als Erweiterung und Hierarchisierung der in der Abbildung 3.1 aufgeführten Ziele aufgefaßt werden. Dabei impliziert die Unterscheidung von Zielen/Effekten 1. und 2. Ordnung keineswegs eine Gewichtung nach der subjektiven Bedeutung für die Betroffenen. Intendiert ist vielmehr eine Unterscheidung von „starken“ und „schwachen“ Zielkriterien, wenn es um die Bewertung von Therapien auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten geht. Am Ende sind es, und dies spiegelt sich auch in der Literatur zur Therapie-Evaluation, die Effekte 2. Ordnung, denen bei der Bewertung der Effektivität und Effizienz von Interventionen das entscheidende Gewicht beigemessen wird – unabhängig davon, welche subjektive Bedeutung ihnen zukommt.

Abb. 5.1: Psychologische und psychosoziale Therapien – Effektivität und Effizienz



Tab. 5.1: Zielkriterien 1. und 2. Ordnung

Zielkriterien 1. Ordnung

- *gebesserte Symptome (positive/negative)*
- *kompensierte Störungen der Informationsverarbeitung (elementare und komplexe kognitive Funktionen)*
- *verbesserte soziale Fertigkeiten (Kommunikation, Problemlösung)*
- *größeres Wissen über die Erkrankung und ihre Behandlung, Informiertheit*
- *günstigere Krankheitsverarbeitung (Einstellungen, Krankheitskonzept)*
- *erweiterte Bewältigungskompetenz (Coping), verbessertes Selbsthilfepotential*
- *positiveres Selbstkonzept, erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung*
- *positive Bewertung/ Akzeptanz der jeweiligen Intervention*

Zielkriterien 2. Ordnung

- *verbesserte psychische Gesundheit*
- *verminderte Rezidivhäufigkeit*
- *verminderte Häufigkeit/Dauer von Rehospitalisierungen*
- *erhöhtes soziales Funktionsniveau (Arbeit, Wohnen, soziale Kontakte...)*
- *verbesserte subjektive Lebensqualität*

Kursiv sind diejenigen Zielkriterien gesetzt, die im Zusammenhang mit *psychoedukativen* Interventionen relevant sind, unabhängig davon, ob entsprechende Effekte bisher ausreichend empirisch belegt sind.

An Hand dieser Liste läßt sich der Ansatzpunkt der hier vorliegenden Untersuchung eindeutig bestimmen: Untersucht werden soll ausschließlich der Effekt 1. Ordnung „Bewertung/ Akzeptanz“ der psychoedukativen Therapie nach dem PEGASUS-Konzept, und zwar zu einem Zeitpunkt X nach der Teilnahme an einer PEGASUS-Gruppe. Dabei wird eine recht große, im Hinblick auf Ko-Morbidität nicht selektierte Stichprobe aus einem breiten Spektrum von psychiatrischen Institutionen in verschiedenen Regionen untersucht.

Die Konzentration auf ein einziges Zielkriterium 1. Ordnung schränkt die Aussagekraft der Untersuchung im Hinblick auf die Effektivität des PEGASUS-Konzeptes ohne jeden Zweifel von vornherein erheblich ein. Das Kriterium „Bewertung/Akzeptanz“ ist dabei jedoch alles andere als trivial. Ihm kommt aus mindestens drei Gründen eine besondere Relevanz für die Evaluation psychoedukativer Therapie zu:

- Mit einer Intervention, die bei einer großen Zahl von Betroffenen nicht auf Akzeptanz stößt oder die überwiegend negative Bewertungen auf sich zieht, sind die Möglichkeiten von vornherein erheblich eingeschränkt, andere Effekte 1. Ordnung oder Effekte 2. Ordnung überhaupt zu realisieren. Wie dramatisch sich dies auswirken kann, wird exemplarisch an der – bezüglich Effekten 2. Ordnung – äußerst wirksamen Therapie mit Neuroleptika deutlich. Die erheblich eingeschränkte „Compliance“ (vergl. 3.4.5) ist nicht zuletzt auf negative subjektive Bewertungen und eine begrenzte Akzeptanz auf Seiten der Patienten zurückzuführen – mit gravierenden Auswirkungen auf die Rezidivhäufigkeit, den Krankheitsverlauf, die Lebensqualität von direkt und indirekt Betroffenen sowie

die direkten und indirekten Kosten der Erkrankung. Insofern kann eine positive Bewertung und Akzeptanz eines Interventionsansatzes als notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung für die Realisierung weiterer Effekte angesehen werden.

- Psychoedukative Therapie hat die Erkrankung, ihre Behandlung und die Rolle der Betroffenen bei deren Bewältigung direkt zum Gegenstand. Die inhaltliche oder ökologische Validität gerade dieser Interventionsansätze muß sich auch daran messen lassen, wie die Betroffenen diese Konzepte bewerten und inwieweit sie sie auf sich und ihre Situation beziehen können. Insofern wohnt der Evaluation psychoedukativer Therapie notwendig ein Moment der Rekursivität inne. Einfach gesagt: Wenn Ziele, Inhalte und Methoden dieser Intervention von den Betroffenen nicht akzeptiert und positiv bewertet werden, erfüllt sie ihre eigenen Prämissen nicht und büßt die Grundlage für ihre Wirksamkeit ein.
- Ein Evaluationsansatz, der auf subjektive Bewertungen abstellt, kann zumindest indirekt Hinweise darauf generieren, ob und inwieweit andere Effekte 1. und 2. Ordnung aus Sicht der Nutzer erreicht werden können. So kann man die Nutzer direkt nach ihrer Meinung darüber fragen, ob diese Art der Gruppenarbeit geeignet ist, bestimmte Ziele zu erreichen. Selbstverständlich kann eine positive Antwort nicht als hinreichender Beleg für einen entsprechenden Effekt 1. oder 2. Ordnung gewertet werden, als Grundlage zur Formulierung überprüfbarer Hypothesen können subjektive Bewertungen jedoch nützlich sein.

Die vorliegende Untersuchung hat alles in allem genommen also den Charakter einer in ihrer Aussagekraft begrenzten *Machbarkeits- oder Feasability-Studie*. Sie kann allerdings als Basis dienen für die Planung und Durchführung von anspruchsvolleren, kontrollierten Untersuchungen, die sich auf andere Effekte 1. und 2. Ordnung beziehen.

5.2 Fragestellungen der Untersuchung

Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt bei der Erhebung von *Bewertungen* bezüglich unterschiedlichen Aspekten der Gruppentherapie nach dem PEGASUS-Konzept durch Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die an einer PEGASUS-Gruppe teilgenommen haben. Aus der Bewertung von Einzelaspekten des Therapiekonzeptes durch die Teilnehmer soll darüber hinaus eine Aussage über die generelle *Akzeptanz* dieser Gruppentherapie auf Seiten der Teilnehmer gewonnen werden.

Außerdem werden Hinweise für eine Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes im Sinne von *Qualitätssicherung und -entwicklung* erwartet.

Die Bewertungen durch die Teilnehmer werden in Beziehung gesetzt zu denen einer Stichprobe von Therapeuten. Bei diesem Vergleich sind besonders eventuelle Diskrepanzen von Interesse, denn sie können Hinweise darauf geben, wo die „Passung“ zwischen Anwendern und Nutzern dieses Therapiekonzeptes verbessert werden kann.

Im einzelnen werden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Wie beurteilen Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen die Methodik und praktische Durchführung der Gruppentherapie?
2. Wie beurteilen Therapeuten von PEGASUS-Gruppen die Methodik und praktische Durchführung der Gruppentherapie?
3. Welche Hinweise lassen sich aus der Bewertung der Methodik von Teilnehmern und Therapeuten für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?
4. Wie bewerten Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen die in der Gruppenarbeit behandelten Inhalte?

5. Wie beurteilen Therapeuten von PEGASUS-Gruppen die Bewertung der in der Gruppentherapie behandelten Inhalte durch die Teilnehmer?
6. Welche Hinweise lassen sich aus den Bewertungen der Inhalte von Teilnehmern und Therapeuten für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?
7. Wie bewerten Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen den Therapieprozeß im Vergleich zu anderen Formen der Gruppenarbeit in der Psychiatrie?
8. Wie bewerten Therapeuten von PEGASUS-Gruppen den Therapieprozeß im Vergleich zu anderen Formen der Gruppenarbeit in der Psychiatrie?
9. Welche Hinweise lassen sich aus den Bewertungen des Prozesses von Teilnehmern und Therapeuten für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?
10. Wie bewerten Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen die Wirkungen der Gruppentherapie?
11. Wie beurteilen Therapeuten von PEGASUS-Gruppen die Wirkungen der Gruppentherapie auf Seiten der Teilnehmer?
12. Wie bewerten die Therapeuten die Auswirkungen ihrer Tätigkeit in PEGASUS-Gruppen auf ihre Zusammenarbeit mit schizophren erkrankten Menschen außerhalb dieser Gruppen?
13. Welche Hinweise zur Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes lassen sich aus den Bewertungen der Wirkungen von Teilnehmern und Therapeuten ableiten?
14. Wie ausgeprägt ist generell die Akzeptanz von PEGASUS-Gruppen auf Seiten der Teilnehmer?
15. Welche Hinweise zur Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes lassen sich aus der generellen Stellungnahme der Teilnehmer ableiten?

Da bisher keine andere Studie bekannt ist, die solche oder ähnliche Fragestellungen bei Teilnehmern und Therapeuten von psychoedukativen Gruppentherapien untersucht hat, handelt es sich bei dieser Untersuchung um eine Pilot-Studie mit stark explorativer Ausrichtung. Sie hat dementsprechend eher das Ziel, Hypothesen zu generieren anstatt Hypothesen zu prüfen. Deshalb wird auf die explizite Formulierung von Hypothesen verzichtet.

5.3 Methodik

5.3.1 Das Befragungsinstrument

Vom Typ her ist die gewählte Untersuchungsmethode dem Bereich der Befragung zuzuordnen:

„Die Befragung ist die in den empirischen Sozialwissenschaften am häufigsten angewandte Methode. Man schätzt, daß ungefähr 90 % aller Daten mit dieser Methode gewonnen werden“ (BORTZ & DÖRING 1995, S. 216).

Da bei der Befragung im Rahmen dieser Untersuchung subjektive Bewertungen, Einstellungen und Einschätzungen im Vordergrund des Interesses stehen, kann man den methodischen Zugang näher als „Selbstbericht“ qualifizieren. Selbstberichte sind Äußerungen über eigenes Erleben und Verhalten einer Person, die sie aufgrund einer Instruktion produziert (ANGLEITNER & RIEMANN 1995); dazu gehören auch Bewertungen und Einstellun-

gen. Dieselben Autoren stellen heraus, daß die verbale Auskunft über subjektive Inhalte eine der Hauptdatenquellen für die psychologische Theoriebildung und Forschung darstellt, wobei standardisierten Fragebögen und psychometrischen Skalen die größte Bedeutung zukommt. Die Beliebtheit dieser Methoden wird mit ihrer hohen Augenscheinvalidität sowie mit dem Umstand begründet, daß sie schnell und leicht durchzuführen und auszuwerten sind. Allerdings werfen diese Verfahren theoretische Probleme bei der Interpretation der Befunde auf. Denn der Selbstbericht über eigenes Verhalten und Erleben darf nicht gleichgesetzt werden mit dem Verhalten und Erleben selbst. Das Ergebnis einer Befragung ist nicht eine bloße Response auf einen Stimulus, sondern die Befragung stellt eine interpersonelle Situation dar, in der ein Proband mit einem (möglicherweise anonymen) Befrager interagiert (vergl. ANGLEITNER & RIEMANN, S. 441). Auch BÖRTZ & DÖRING heben hervor, daß das Ausfüllen eines Fragebogens aus Sicht der Probanden als Kommunikation erlebt wird und sich das Antwortverhalten am besten als Form der Selbstdarstellung verstehen läßt, die durch unterschiedliche Faktoren determiniert wird, von denen die Frage oder Instruktion nur einer ist. Der Hinweis von ANGLEITNER & RIEMANN (1995) ist deshalb wichtig:

„Verbale Berichte über eigenes Erleben und Verhalten sind eine unproblematische Datenquelle, solange ihr Charakter als subjektive Sichtweise, der vielfältige Verarbeitungsschritte zugrunde liegen können, anerkannt bleibt“ (S. 445f).

Da die vorliegende Untersuchung gerade an den subjektiven Stellungnahmen und Urteilen von Nutzern bzw. Anwendern interessiert ist und eine Objektivierung nicht beabsichtigt ist, kann der Selbstbericht über subjektive Inhalte in diesem Zusammenhang als das methodische Mittel der Wahl gelten.

Die Befragung kann grundsätzlich schriftlich oder mündlich erfolgen. Da in der vorliegenden Untersuchung eine große und möglichst repräsentative Stichprobe untersucht werden sollte, fiel die Entscheidung für die schriftliche Befragung. Ihre Hauptvorteile sind, daß sie ökonomischer ist (zeitlich, finanziell) und die Anonymität des Befragten gewahrt bleibt. Der hauptsächlichste Nachteil liegt darin, daß die Befragungssituation im Gegensatz zur mündlichen Befragung (Interview) vom Untersucher nicht vollständig kontrollierbar ist. Bei postalischer Befragung bleibt z. B. unklar, wer den Fragebogen tatsächlich ausgefüllt hat, ob die Items in der vorgegebenen Reihenfolge bearbeitet wurden und wieviel Zeit die Bearbeitung erforderte (vergl. BÖRTZ & DÖRING 1995). Dieser Nachteil kann kompensiert werden, wenn die Bearbeitung in Anwesenheit des Untersuchers oder einer anderen Person erfolgt (s. dazu 5.3.2).

Schließlich war zu entscheiden, ob die Beantwortung offen oder geschlossen erfolgen sollte oder ob eine Mischform aus offenen und geschlossenen Antwortmöglichkeiten das geeignete Verfahren ist. Prima facie spricht bei dem gewählten Untersuchungsansatz (fast) alles für die geschlossene Form. Dabei werden dem Probanden zwei oder mehr Antwortkategorien vorgegeben, aus denen er auszuwählen hat. Der Vorteil dieser methodischen Variante liegt darin, daß die Auswertung objektiv und ökonomisch erfolgen kann, während bei der offenen Form auf inhaltsanalytischem Wege Auswertungskategorien erst induktiv zu bilden sind, was aufwendig ist und mannigfachen subjektiven Einflüssen von Seiten des Untersuchers/Auswerters unterliegt. Auf der anderen Seite setzt die geschlossene Form letztlich bereits voraus, daß der Untersuchungsgegenstand soweit bekannt ist, daß der Bereich der möglichen Antworten hinlänglich abgeschätzt werden kann; oder es existiert eine Theorie, die entsprechende Vorhersagen erlaubt. Beide Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht gegeben: Es handelt sich um eine Pilotstudie, die nicht auf breite empirische Vorarbeiten zurückgreifen kann; ein theoretisches Modell bezüglich des Antwortverhaltens existiert nicht. Für diese Ausgangslage stellt HOLM (1976) fest:

„Bei einem Forschungsgegenstand, über den der Forscher wenig weiß, wird er die offene Frageformulierung wählen müssen, da er nicht alle Antwortmöglichkeiten kennt“ (S. 55).

Unter pragmatischen Gesichtspunkten wurde eine Mischform aus überwiegend geschlossenen und einigen offenen, explorativen Fragen gewählt. Auf diese Weise sollten die Vorteile der geschlossenen Form genutzt und zugleich Raum für offene Stellungnahmen gegeben werden (die abschließende Fassung des Nutzerfragebogens enthält – ohne den demographischen Teil – 73 geschlossene und 8 offene Items). Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich also um teilstrukturierte Fragebögen.

Der Inhalt der Fragen orientiert sich relativ strikt an denjenigen Aspekten des Untersuchungsgegenstandes, die unter den Gesichtspunkten Akzeptanz und Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes von Interesse sind: Methoden, Inhalte, Prozeß und Wirkungen der Gruppenarbeit, wobei sich die abgefragten Wirkungen z.T. aus den Zielen des Konzeptes ableiten lassen. Folgt man der Klassifizierung von Fragetypen bei HOLM (1975), so finden sich in der Endfassung der Fragebögen Fakten-, demographische, Einschätzungs-, Handlungs- sowie Einstellungs- bzw. Bewertungsfragen, wobei letztere Gruppe bei weitem überwiegt (vergl. ebd., S. 32 ff).

Bei den geschlossenen Fragen wurde auf Alternativantworten (z. B. ja/nein, gut/schlecht) soweit wie möglich verzichtet, da diese Form eine extreme Stellungnahme evoziert, die den tatsächlichen Ansichten vieler Probanden in der Regel nicht entspricht und damit Antworttendenzen oder Verfälschungen Vorschub leistet (vergl. BORTZ & DÖRING 1995). Es wurden also fast immer mehr als zwei Antwortkategorien vorgegeben. Da es sich überwiegend um Bewertungs- bzw. Einstellungsfragen handelt, dominieren die bipolaren Items (positiver und negativer Pol). Zwar werden 5-stufige Items am häufigsten vom Urteiler präferiert (vergl. BORTZ & DÖRING 1995, S. 167), wahrscheinlich, weil sie das Differenzierungsvermögen nicht überfordern. Bei der Konstruktion der Fragebögen wurde jedoch soweit wie möglich auf eine mittlere oder „neutrale“ Kategorie verzichtet. Denn die „neutrale“ Einstufung kann sehr Verschiedenes bedeuten (vergl. ANGLEITNER & RIEMANN 1995, S. 434). HOLM (1975) stellt fest, daß man nie sicher sein könne, ob es sich um eine „echte Einstellung“ oder um eine „Fluchtkategorie“ handle. Der Verzicht auf die mittlere Ausprägung führte bei den Bewertungs- und Einstellungsfragen in der Regel zu 4-stufigen Items. Bei der Formulierung der Items wurde Wert gelegt auf Klarheit, Verständlichkeit und Eindeutigkeit sowie auf kurze Sätze und wenige Wörter. Der interessierende Sachverhalt wird direkt und möglichst konkret angesprochen, weil solche Items geringere Interpretationsprobleme und generell die höchste Validität aufweisen (vergl. HOLM 1975, S. 82). Die Markierung der Antwortkategorien erfolgte fast ausschließlich verbal, wobei auf annähernd äquidistante und erschöpfende Ausprägungen Wert gelegt wurde.

Bei der Zusammenstellung der Fragebögen wurde der Empfehlung verschiedener Autoren gefolgt, ihn möglichst abwechslungsreich zu gestalten und unterschiedliche Fragetechniken bzw. verschiedene Varianten geschlossener Frageformen zu verwenden (vergl. KIRSCHHOFER-BOZENHARDT & KAPLITZKA 1976, BÖRTZ & DÖRING 1995). Die Abfolge der Items wurde nicht zufällig bestimmt sondern orientiert sich grob an den abgefragten Bereichen (Methoden, Inhalte, Prozeß und Wirkungen). Wie üblich und verschiedentlich empfohlen, stehen sozio-demographische Fragen am Anfang, das Ende der Fragebögen wurde möglichst einfach gehalten. Bei der graphischen Aufbereitung wurde auf Übersichtlichkeit und ansprechende Gestaltung Wert gelegt, zugleich sollten überflüssige Distraktoren vermieden werden. Nach KIRSCHHOFER-BOZENHARDT (1975) soll eine Befragung nicht länger als 40 Minuten dauern, um den Befragten nicht zu überfordern. Vor dem Hintergrund der Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung bei schizophren Erkrankten sollte der für die Bearbeitung erforderliche Zeitaufwand möglichst noch geringer gehalten werden.

Auf der soweit skizzierten methodischen Grundlage wurden zwei Fragebögen entworfen, je einer für die Gruppe der Moderatoren und die Gruppe der Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen. Zuerst wurde der Moderatoren-Bogen entwickelt, von den Mitgliedern der PEGASUS-

Gruppe quasi im „Selbstversuch“ einer Erprobung unterzogen, anschließend gemeinsam diskutiert und in mehreren Bearbeitungsschleifen an verschiedenen Punkten modifiziert. Die Konstruktion des Teilnehmer-Bogens lehnte sich inhaltlich und formal eng an den Moderatoren-Bogen an, v.a. um Antwortvergleiche zwischen den Gruppen zu ermöglichen. Ein mehrfach in der Arbeitsgruppe diskutierter Entwurf des Nutzer-Bogens wurde den Teilnehmern von zwei gerade abgeschlossenen PEGASUS-Gruppen in Bielefeld zur Erprobung vorgelegt. Nach diesem Probedurchgang erschienen lediglich noch Detailmodifikationen bei Aufbau und Formulierung des Fragebogens erforderlich. Diese Modifikationen führten allerdings dazu, daß an einigen Punkten Unterschiede zwischen Anwender- und Nutzerversion entstanden, die die direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränken. Die Endfassungen der beiden Fragebögen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Bei den Probedurchgängen stellte sich – wie im übrigen auch im weiteren Fortgang der Untersuchung – heraus, daß die Bearbeitungsdauer auf Nutzerseite erheblichen interindividuelle Schwankungen unterliegt (zwischen ca. 20 Min. und 1 ½ Stunden). Die Dauer wurde jedoch nicht systematisch erhoben, dem Eindruck nach dürfte es allenfalls bei einer kleinen Gruppe von Teilnehmern zu einer Überforderung gekommen sein.

5.3.2 Durchführung der Befragung

Der Untersuchungsansatz sah vor, eine für die psychiatrische Regelversorgung möglichst repräsentative Stichprobe von Teilnehmern – und parallel dazu Moderatoren – zu befragen. Es sollten Klienten aus einem breiten Spektrum psychiatrischer Einrichtungstypen aus unterschiedlichen Regionen einbezogen werden, wobei bewußt auch Institutionen außerhalb der Region Bielefeld/Gütersloh/Detmold berücksichtigt wurden. Denn die Implementierung des PEGASUS-Konzeptes im Raum Ostwestfalen erfolgte mit direkter Unterstützung durch die PEGASUS-Gruppe, eine Voraussetzung, die die Repräsentativität der Befunde einschränkt. So wurden z. T. zufällig zustande gekommene Kontakte zu Institutionen in anderen Regionen genutzt, die das Konzept in eigener Regie implementiert hatten, um die Erhebungsbasis zu verbreitern.

Im Hinblick auf die befragten Moderatoren wurde auf die Repräsentanz der wichtigsten psychiatrischen Berufsgruppen Wert gelegt und es wurden Kollegen, die eine Fortbildung der PEGASUS-Gruppe absolviert hatten ebenso einbezogen wie solche, die die Umsetzung des Konzepts ohne zusätzliche Fortbildung in Angriff genommen hatten.

Tabelle 5.2 (Seite 243) gibt eine Übersicht über die Institutionen, die die befragten Gruppen durchgeführt haben, die Zahl der befragten Gruppen und die Zahl der beantworteten Fragebögen.

Die Teilnehmer-Befragung lief wie folgt ab: Sobald der Autor Kenntnis davon hatte, daß innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer der einbezogenen Institutionen eine Gruppe abgeschlossen werden würde, fragte er die Zahl der Gruppenteilnehmer ab und schickte eine entsprechende Zahl von Fragebögen an die Moderatoren. Den Fragebögen wurden nicht adressierte Freiumschräge beigefügt sowie eine Instruktion an die Moderatoren, wie bei der Befragung zu verfahren sei. Die Moderatoren wurden angewiesen, die Fragebögen in einem Zeitraum zwischen 2 und 4 Monaten nach der letzten Gruppensitzung bearbeiten zu lassen. Dabei waren zwei situative Varianten möglich: Entweder schickten die Moderatoren den Teilnehmern die Fragebögen nebst erläuterndem Anschreiben und Freiumschräg zur Rücksendung per Post zu, oder Fragebogen und Rückumschlag wurden den Teilnehmern persönlich ausgehändigt. Letztere Variante kam z. B. in Betracht, wenn die Gruppe der Teilnehmer sich noch in der Behandlung/Betreuung der betreffenden Institution befand (z. B. in einem Wohn- oder Übergangsheim, in der Rehaklinik), z.T. wurde die Gruppe aber

Tab. 5.2: Institutionen, in denen PEGASUS-Teilnehmer befragt wurden

Institution	Anzahl Gruppen	Anzahl Teilnehmer
1. Tagesklinik Bethel	3	14
2. Tagesklinik/Ambulanz Bielefeld Süd (Bethel)	2	13
3. Klinik Pniel (Bethel)	2	11
4. Ambulanz Westfälische Klinik Gütersloh	2	8
5. Tagesklinik Detmold	1	5
6. Psychosozialer Trägerverein Dortmund (Betreutes Wohnen)	1	7
7. Ambulanz Westfälische Klinik Dortmund	2	10
8. Tagesklinik Kassel	2	11
9. Frommel-Haus, Karlsruhe } Übergangs-	2	9
10. Haus Landwasser, Freiburg } einrichtungen	3	17
10. Ambulanz PKH Herborn	1	4
11. Sozialpsychiatrischer Dienst Stuttgart-West/Botnang	1	6
Gesamt	22	115

auch in dem angezielten Zeitraum von den Moderatoren zu einem Nachtreffen eingeladen. In diesem Fall wurden die Fragebögen z.T. unter Anwesenheit der Moderatoren bearbeitet

und in einem verschlossenen Umschlag abgegeben. Die Häufigkeit der jeweiligen Bearbeitungsmodalität wurde nicht dokumentiert. Die postalische Zusendung mit Bearbeitung im häuslichen Umfeld und Rücksendung dürfte jedoch die absolut häufigste Variante gewesen sein. In jeder Durchführungsvariante war die Anonymität der Befragung jedoch gewährleistet.

Die Rücksendung der bearbeiteten Fragebögen erfolgte an die ausgebende Institution, die nach einer gewissen Wartezeit die eingegangenen und bearbeiteten Bögen an den Autor weitergab. Was die Rücklaufquote angeht, so ist hier nur eine – allerdings hinreichend genaue – Schätzung möglich. Durch den Autor wurden auf Anforderung der jeweiligen Institutionen genau 142 Teilnehmer-Fragebögen verschickt. Bei 115 zurückgesandten Fragebögen ergibt sich eine rechnerische Rücklaufquote von 81,0 %. Dem Autor ist jedoch bekannt, daß nicht immer alle ausgegebenen Fragebögen tatsächlich an Gruppenteilnehmer weitergegeben werden konnten (z. B. weil Teilnehmer unbekannt verzogen waren oder weil sie zu einem Nachtreffen nicht erschienen). In mindestens einem Fall sind von einer Institution darüber hinaus zusätzliche Kopien von Fragebögen erstellt und an Teilnehmer weitergegeben worden. Die hierdurch entstandenen Dunkelziffern dürften sich jedoch zahlenmäßig im einstelligen Bereich bewegen, so daß eine Rücklaufquote von mindestens 80 % als untere Grenze angenommen werden darf. Dies wird gestützt durch die Aufstellung in Tabelle 5.2: Bei 22 Gruppen beträgt die durchschnittliche Zahl nachbefragter Teilnehmer 5,23. Geht man davon aus, daß die Gruppen in der Regel mit 7 – 9 Teilnehmern beginnen und es im Verlauf 1 – 2 *drop outs* gibt, dürften im Schnitt ca. 6 – 7 Teilnehmer zur Befragung verbleiben. Mit einer Ausnahme wurden in allen Gruppen die Mehrzahl der Teilnehmer von der Befragung erreicht; lediglich in einer der beiden Gruppen, die in der Ambulanz der Westfälischen Klinik Gütersloh durchgeführt wurden, schickte nur ein einziger Teilnehmer den bearbeiteten Fragebogen zurück. Eine Erklärung für diesen „Ausreißer“ haben auch die Moderatoren dieser Gruppe nicht, zumal in ihrer ersten Gruppe der Rücklauf 100 % war. Alles in allem kann die Rücklaufquote der Untersuchung als sehr gut gelten, womit die Repräsentativität der Resultate gestützt wird.

Die Moderatoren-Befragung erfolgte, indem der Autor die Fragebögen direkt an ihm bekannte Moderatoren verteilte und um anonyme Rücksendung bat. Von den 27 ausgegebenen Fragebögen für Moderatoren gelangten 25 bearbeitet an den Autor zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 92,6 %.

Die Gruppe der befragten Moderatoren ist nicht 1:1 identisch mit der Gruppe der Moderatoren, die die PEGASUS-Gruppen der befragten Teilnehmer durchgeführt haben. D. h. unter den befragten Teilnehmern sind solche, deren Moderatoren nicht befragt wurden und unter den befragten Moderatoren sind solche, deren Gruppenteilnehmer nicht befragt wurden. Die Überlappung dürfte jedoch insgesamt hoch sein. Um die externe Validität der Befunde nicht einzuschränken, wurden weder Moderatoren befragt, die der PEGASUS-Gruppe angehören, noch wurden Teilnehmer von Gruppen befragt, die von Mitgliedern der PEGASUS-Gruppe – z. B. unter den besonderen Bedingungen der Entwicklungs- und Erprobungsphase – durchgeführt wurden. Die erhobenen Daten stammen also ohne Ausnahme aus dem Kontext der psychiatrischen Regelversorgung.

Die Moderatoren-Befragung wurde durchgeführt in den Jahren 1995 – 1997, die Teilnehmerbefragung zwischen März 1996 und März 1998.

5.3.3 Datenauswertung

Der Anspruch des empirischen Teils dieser Arbeit ist begrenzt: Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sollte die Bewertung und Akzeptanz von PEGASUS-Gruppen durch Anwender und Nutzer dieses Konzeptes mit Hilfe von Selbstberichten erhoben werden. Die Studie hat insofern Pilot-Charakter, als Arbeiten, die die Bewertung eines psychoedukativen Verfahrens in ähnlich differenzierter und methodisch vergleichbarer Weise erheben, bisher nicht vorliegen bzw. dem Autor nicht bekannt sind. Deshalb hat die Studie eher eine hypothesengenerierende als eine hypothesenüberprüfende Funktion.

Im Hinblick auf die statistische Auswertung der Befunde wird deshalb bewußt ein rein deskriptiver Zugang gewählt und auf inferenzstatistische Bearbeitungsschritte verzichtet. Grundsätzlich könnte z. B. in Betracht kommen, Unterschiede in den Bewertungen von Moderatoren und Teilnehmern auf statistische Bedeutsamkeit zu prüfen. Dieses Vorgehen wäre jedoch methodisch streng genommen problematisch, da die beiden Stichproben nicht derselben Grundgesamtheit entstammen. So bleibt es bei einer Deskription und vorsichtigen Interpretation der Unterschiede, die sich in den Rohdaten manifestierten.

Eine andere Möglichkeit wäre, die Bewertungen von Moderatoren und Teilnehmern als Kriterien zu verwenden und im Rahmen eines multivariaten Modells Prädiktoren zu untersuchen (z. B. Geschlecht, Krankheitsdauer, Krankheitsbezeichnung bei den Teilnehmern; Berufsgruppe, Berufserfahrung bei den Moderatoren etc.). Das Spektrum der erhobenen Variablen, die als Prädiktoren in Betracht kommen, ist jedoch so eng, daß hier von vornherein nicht mit einem hohen Maß an Varianzaufklärung zu rechnen ist (so werden z. B. Aspekte wie Krankheitskonzept und Wissen nicht erhoben, die wesentlich in die Bewertung von psychoedukativer Therapie eingehen dürften). Darüber hinaus würden sich interpretatorische Probleme ergeben, da sich die Messung der Kriteriumsvariablen in der Regel auf dem Ordinalskalenniveau bewegt. Eine entsprechende Analyse hätte außerdem notwendig exploratorischen Charakter, was bei der Vielzahl der möglichen Kriterien die Anfälligkeit der Ergebnisse gegenüber statistischen Typ-2-Fehlern erhöhen würde. Die Prädiktion der Bewertungen und Einstellungen von Psychoedukation durch ihre Nutzer sollte deshalb späteren, theoretisch und empirisch entsprechend ausgerichteten Studien vorbehalten bleiben.

Die deskriptiven Statistiken in dieser Arbeit wurden erstellt mit Hilfe des Programms SPSS, die Grafiken mit Hilfe von Excel 97.

5.4 Beschreibung der Stichproben

Teilnehmer

Tabelle 5.3 (Seite 246) faßt die erhobenen Charakteristika der Teilnehmer-Stichprobe zusammen. Befragt wurden 115 Personen mit der klinischen Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Zugehörigkeit zu dieser diagnostischen Gruppe kann aufgrund der Indikationsstellung für die Gruppenteilnahme als gegeben vorausgesetzt werden. Es handelt sich um 59 Männer und 53 Frauen mit einem Durchschnittsalter von fast 35 Jahren und einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 7,5 Jahren. Insgesamt 37 % befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung in stationärer Behandlung bzw. wohnen in einer professionell betreuten Wohnform. Dies kann als Beleg für einen erhöhten Anteil von schwereren Krankheitsverläufen in der Stichprobe gewertet werden. Dieser ergibt sich bereits aus der Tatsache, daß – mit Ausnahme der Tageskliniken – nur Patienten/Klienten von psychiatrischen Institutionen in die Stichprobe aufgenommen wurden, die vorrangig schwerer oder chronisch Erkrankte betreuen. Ein weiterer Beleg dafür findet sich bei den Angaben zur Arbeitssituation: Nur 15 % der Teilnehmer war voll- oder teilzeitig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, knapp $\frac{1}{4}$ geht überhaupt keiner Tätigkeit nach.

Aufschlußreich sind die Angaben der Teilnehmer zur Krankheitsbezeichnung. Fast $\frac{3}{4}$ aller Befragten ordneten ihre Erkrankung den Diagnosen Schizophrenie/ schizoaffektive Psychose zu, weitere 20 % gaben eine adäquate Ersatzbezeichnung an (z. B. „Paranoia“, „chronische Psychose“, „psychotische Episode“, „halluzinatorische Psychose“). Nur 6 Befragte bezeichneten ihre Erkrankung in idiosynkratischer und aus psychiatrischer Sicht unzutreffender Weise („einfache Krise“, „Gedächtnisausfall“, „lebensmüder Nervenzusammenbruch“, „schwer zu benennen“, „Angstzustände“, „Degeneration“). Dies kann – trotz fehlender Kontrollgruppe – als Hinweis darauf gewertet werden, daß die Kenntnis der korrekten Diagnose nach Gruppenteilnahme deutlich höher ist als in Vergleichs-Stichproben ohne psychoedukative Therapie. Unter 3.2.2 wurden Befunde aus sechs deutschen Studien referiert, nach denen zwischen 31 % und 62 % schizophren Erkrankter die Diagnose oder eine zutreffende Ersatzbezeichnung nannten (Median 52 %).

Mehr als 90 % der Teilnehmer werden zum Zeitpunkt der Befragung mit Psychopharmaka behandelt. Es werden 165 Medikamente genannt, dies entspricht 1,53 je Teilnehmer. Da zusätzlich zum Ankreuzen des Medikamententyps nach dem Handelsnamen der Medikamente gefragt wurde, ist eine Angabe darüber möglich, inwieweit die Teilnehmer ihr(e) Medikament(e) korrekt zuordneten. Dies war bei 78 % der Präparate der Fall, 22 % wurden nicht korrekt eingeordnet. Dabei handelt es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um eine falsche Zuordnung bezüglich der antipsychotische Potenz (nieder, mittel, hoch). Auch hier deutet der Vergleich mit Ergebnissen aus nicht psychoedukativ behandelten Stichproben darauf hin, daß der Kenntnisstand in unserer Stichprobe nach psychoedukativer Therapie eher hoch ist.

Überdurchschnittlich hoch ist auch die selbst eingeschätzte „Compliance“. Während in un- ausgelesenen Stichproben mit Non-Compliance-Raten von 40 – 60 % zu rechnen ist (vergl. 3.4.6), geben 91 % unserer Stichprobe an, ihre Medikamente vollkommen oder sehr zuverlässig einzunehmen. Daß es sich dabei um einen Effekt der Gruppenteilnahme handelt, kann allerdings wegen fehlender Kontrollgruppe nicht gefolgert werden.

Moderatoren

Tabelle 5.4 (Seite 247) faßt die Angaben zu den Moderatoren zusammen. Die Professionen der 25 Befragten repräsentieren die wichtigsten in psychiatrischen Einrichtungen

Tab. 5.3: Stichprobe Teilnehmer

▷ n = 115;	59 m = 51,3 %, 53 w = 46,1 %, k. A. 3 = 2,6 %	
▷ Alter:	M = 34,7 J. s = 8,64	(n = 109)
▷ Erkrankungsdauer:	M = 7,25 s = 6,12	(n = 112)
▷ Wohnsituation: (n= 103)	<ul style="list-style-type: none"> • stationäre Behandlung 10,7 % • (Übergangs-)Heim 17,5 % • Wohngruppe/-gemeinschaft 8,7 % • mit Eltern(-teil) 10,7 % • eigene Wohnung 52,4 % 	
▷ Arbeitssituation: (n= 100)	<ul style="list-style-type: none"> • arbeitsunfähig 11,0 % • arbeitslos gemeldet 13,0 % • Gelegenheitsjobs/Zuverdienst 11,0 % • geschützte Werkstatt 18,0 % • in Reha-Maßnahme 12,0 % • Teil- oder Vollzeit auf allg. Arbeitsmarkt 15,0 % • Schüler, Student, Hausfrau, Rentner 20,0 % 	
▷ Krankheitsbezeichnung: (n= 114)	<ul style="list-style-type: none"> • schizophrene Psychose 53,5 % • schizoaffektive Psychose 21,1 % • andere Bezeichnung, zutreffend 20,2 % • andere Bezeichnung, idiosynkratisch 5,3 % 	
▷ Medikation: (n= 115)	<ul style="list-style-type: none"> • ja: 108 = 93,4 % • nein: 4 = 3,5 % • k. A.: 3 = 2,6 % 	34 = 33,3 %
▷ Medikamente: (n= 108, Mehrfachnennung möglich)	<ul style="list-style-type: none"> • hochpot. Neuroleptikum (oral) 29 = 26,9 % • hochpot. Neuroleptikum (Depot) 42 = 38,9 % • mittelpot. Neuroleptikum 22 = 20,4 % • niederpot. Neuroleptikum 14 = 13,0 % • phasenvorbeugendes Medikament 21 = 19,4 % • sonstige Psychopharmaka (einschl. Antiparkinson-Medikation) 	<u>165</u>
▷ Zuordnung Medikamente: (n= 165)	<ul style="list-style-type: none"> • korrekt 128 = 77,6 % • nicht korrekt 37 = 22,4 % 	
▷ Einnahmezulverlässigkeit: (n= 111)	<ul style="list-style-type: none"> • vollkommen zuverlässig (100 %) 70,3 % • sehr zuverlässig (≥ 80 %) 20,7 % • zuverlässig (≥ 60 %) 5,4 % • weniger zuverlässig (< 60 %) 3,6 % 	

Tab. 5.4: Stichprobe Moderatoren

▷	n = 25		
▷	Berufsgruppe:	(n= 25)	
		<ul style="list-style-type: none"> • Medizin 8,0 % • Psychologie 20,0 % • Sozialarbeiter/-päd. 40,0 % • Krankenpflege 24,0 % • Sonstige 8,0 % 	
▷	Einrichtungstyp:	(n= 24)	
		<ul style="list-style-type: none"> • Klinik, Tagesklinik, Reha-Klinik 41,7 % • Sozialpsychiatrischer Dienst 12,5 % • Institutsambulanz 25,0 % • Dienst des Betreuten Wohnens 4,2 % • (Übergangs-)Wohnheim 12,5 % • psychiatrische Hauskrankenpflege 4,2 % 	
▷	Berufserfahrung:	(n= 25)	
		M = 10,6 J.; S = 4 – 25; s = 4,99	
▷	PEGASUS-Gruppen:		
	(vollst. Durchgänge) (n= 25)	M = 2,44; S = 1 – 7; s = 1,81	
▷	Teilnahme PEGASUS-Fortbildung:	(n= 25)	
		<ul style="list-style-type: none"> • Theorie-Kurs 72 % • Praxis-Training 68 % 	

anzutreffenden Berufsgruppen recht gut. Etwa 2/3 der Moderatoren stammen aus dem klinischen Kontext, 1/3 aus dem Bereich der komplementären Versorgung. Die durchschnittliche Berufserfahrung in der Arbeit mit psychosekranken Menschen ist mit mehr als 10 Jahren hoch. Die von der PEGASUS-Gruppe formulierte Anforderung, daß Moderatoren langjährige praktische Erfahrung mit der Zielgruppe haben sollten, wird von dieser Stichprobe in vollem Umfang erfüllt. Die Befragten haben im Schnitt fast 2,5 vollständige PEGASUS-Gruppen als Moderatoren absolviert (Median 2). Jeweils mehr als 2/3 der Moderatoren haben am Theoriekurs sowie am Praxistraining im Rahmen der PEGASUS-Fortbildung teilgenommen. Die im folgenden auszuwertenden Angaben basieren also auf einem insgesamt zufriedenstellenden Erfahrungs- und Qualifizierungshintergrund auf Seiten der Moderatoren.

5.5 Ergebnisse

5.5.1 Praktische Durchführung, Methodik/Didaktik

Tabelle 5.5 (Seiten 248 – 249) gibt einen Überblick über die Bewertung verschiedener Aspekte der praktischen Durchführung von PEGASUS-Gruppen aus Sicht von Teilnehmern und Moderatoren.

Teilnehmer

Die optimale Gruppengröße liegt nach Einschätzung der Teilnehmer im Mittel zwischen 5,1 (Md = 5) und 9,4 (Md = 10). Die untere Grenze entspricht der Empfehlung der PEGASUS-Gruppe (vergl. 4.), der obere Wert liegt deutlich darüber (PEGASUS-Gruppe: 7). Den

Tab. 5.5: Methodisch-didaktische Aspekte

	Teilnehmer	Moderatoren
▷ optimale Gruppengröße – <i>minimal</i> – <i>maximal</i>	M = 5,09, s = 1,87 (n = 111) M = 9,41, s = 2,98 (n = 111)	M = 5,60, s = 1,19 (n = 25) M = 8,48, s = 1,30 (n = 25)
▷ Dauer Gruppenstunden – <i>zu lang</i> – <i>gerade richtig</i> – <i>zu kurz</i>	(n = 115) 6,1 % 78,3 % 15,7 %	(n = 25) --- 96,4 % 4,0 %
▷ Methodisch-didaktische Hilfen	(n = 115)	(n = 25)
<ul style="list-style-type: none"> • Tafelbilder <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> • Folien <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> • Arbeitsblätter <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> • Gruppengespräche <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> • Informations-Input <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	40,0 % 53,0 % 4,3 % 2,6 % 45,1 % 51,3 % 3,5 % --- 67,0 % 27,0 % 6,1 % --- 51,3 % 40,0 % 7,0 % 1,7 % 69,6 % 26,1 % 4,3 % ---	64,0 % 28,0 % 4,0 % 4,0 % 76,0 % 24,0 % --- --- 72,0 % 24,6 % --- --- 96,0 % 4,0 % --- --- 80,0 % 20,0 % --- ---
▷ Kompetenz/Erfahrung Moderatoren		
<ul style="list-style-type: none"> • fachlich-theoretisches Wissen <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	(n = 114) 67,5 % 28,9 % 3,5 % ---	(n = 24) 45,8 % 54,2 % --- ---

(Fortsetzung Tab. 5.5)	Teilnehmer	Moderatoren
<ul style="list-style-type: none"> • pädagogisch-didaktische Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	(n = 115)	(n = 24)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	67,0 % 30,4 % 2,6 % ---	45,8 % 50,0 % 4,2 % ---
<ul style="list-style-type: none"> • psychotherapeutische Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	(n = 115)	(n = 24)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	79,1 % 20,0 % 0,9 % ---	25,0 % 45,8 % 29,2 % ---
<ul style="list-style-type: none"> • praktische Erfahrungen <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	(n = 115)	(n = 24)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr wichtig</i> – <i>wichtig</i> – <i>weniger wichtig</i> – <i>unwichtig</i> 	73,9 % 20,9 % 5,2 % ---	75,0 % 25,0 % --- ---
▷ Zufriedenheit		
<ul style="list-style-type: none"> • fachlich-theoretisches Wissen <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	(n = 114)	(n = 24)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	48,2 % 47,4 % 2,6 % 1,8 %	20,8 % 79,2 % --- ---
<ul style="list-style-type: none"> • pädagog.-didakt. Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	(n = 114)	(n = 24)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	54,4 % 43,0 % 2,6 % ---	16,7 % 62,5 % 20,8 % ---
<ul style="list-style-type: none"> • psychotherapeut. Kompetenz <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	(n = 115)	(n = 25)
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	51,3 % 47,0 % 1,7 % ---	24,0 % 72,0 % 4,0 % ---
<ul style="list-style-type: none"> • praktische Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	(n = 114)	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> – <i>sehr zufrieden</i> – <i>zufrieden</i> – <i>weniger zufrieden</i> – <i>unzufrieden</i> 	53,5 % 42,1 % 2,6 % 1,8 %	

noch wird deutlich, daß auch aus der Sicht der Teilnehmer die Kleingruppe das geeignete Setting für die psychoedukative Gruppenarbeit darstellt.

Für etwa 4 von 5 Teilnehmern ist die vorgegebene Dauer der Gruppenstunden (60 Min.) gerade richtig, für immerhin 1/6 ist sie zu kurz. Dies stützt die Auffassung der PEGASUS-Gruppe, daß im Hinblick auf die Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung Psychoedukation in relativ kurzen Sitzungen durchgeführt werden sollte. Bei der kleinen Gruppe von Teilnehmern, die die Sitzungen als zu kurz bewertete, könnte es sich um Personen handeln, bei denen diese Störungen weniger ausgeprägt sind.

Nicht in Tabelle 5.5 enthalten ist das Ergebnis der Frage nach der Menge der vermittelten Information: „zu viel“ 4,4 %, „gerade richtig“ 76,3 %, „zu wenig“ 19,3 % (n=114). Auch hier zeigt sich, daß das didaktische Konzept für die große Mehrheit der Teilnehmer angemessen ist; nur knapp 1/5 der Teilnehmer wünscht sich noch mehr Information.

Was die wichtigsten methodischen Hilfsmittel (Tafelbilder, Folien, Arbeitsblätter) angeht, so ist die Aussage recht eindeutig: Jeweils mehr als 90 % der Teilnehmer bewerten diese als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ (Tabelle 5.5). Besonders bedeutsam für die Teilnehmer sind dabei offenbar die Arbeitsblätter, möglicherweise deshalb, weil diese ausgehändigt werden und auch außerhalb der Gruppe genutzt werden können.

Diese Annahme wird gestützt durch die Bewertung der den Teilnehmern zur Verfügung gestellten Materialien (Merk-, Info-, Arbeitsblätter, Krisenplan): „sehr wichtig“ 46,5 %, „wichtig“ 44,7 %, „weniger wichtig“ 8,8 % (n=114). Die Frage, wofür die Materialien bisher genutzt wurden, beantworteten die Teilnehmer wie folgt (n=115):

- | | |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| • zur Information mir nahestehender Personen | 40 = 34,8% |
| • als Gedächtnisstütze für mich selbst | 84 = 73,0% |
| • zur Information des behandelnden Arztes oder anderer Helfer | 9 = 7,8% |
| • als Hilfsmittel zur Bewältigung von Krisensituationen | 49 = 42,6% |
| • keine Angabe | 7 = 6,1% |

(Mehrfachnennungen waren möglich).

Pro Teilnehmer wurden damit im Schnitt 1,58 Verwendungszwecke für die Materialien genannt, wobei der Anteil von über 40 % Nutzung in Krisensituationen bemerkenswert hoch erscheint angesichts der Tatsache, daß die Teilnahme an der Gruppe erst zwischen 2 und 4 Monaten zurückliegt.

Auch die beiden zentralen didaktischen Arbeitsformen, Gruppengespräch und Informations-Input, werden von den Teilnehmern zu über 90 % als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ bewertet, wobei fast 70 % die Information für „sehr wichtig“ halten (Tabelle 5.5). Dies unterstreicht das in einer Reihe von Studien festgestellte starke Bedürfnis nach Information bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (vergl. 3.2.3).

Im Hinblick auf die Erwartungen an die Moderatoren ist interessant, daß psychotherapeutische Fähigkeiten („Einfühlungsvermögen, Eingehen auf die Bedürfnisse des einzelnen Teilnehmers“) und praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Psychosekranken („Kenntnis ihrer Probleme, ihrer Lebenssituation“) als noch wichtiger bewertet werden als fachlich-theoretisches Wissen und pädagogisch-didaktische Fähigkeiten (Tabelle 5.5). Dies bestätigt die in Kapitel 3 begründete Auffassung, daß Psychoedukation als Variante von Psychotherapie aufzufassen und umzusetzen ist, wenn sie dem Bedarf und den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht werden will.

Die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Umsetzung der Anforderungen durch die Moderatoren ist insgesamt hoch; etwa die Hälfte der Teilnehmer ist jeweils „sehr zufrieden“, die

andere Hälfte „zufrieden“ (Tabelle 5.5). Gleichzeitig kann dieses Ergebnis auch als Hinweis darauf gewertet werden, daß durchaus noch Spielraum zur Verbesserung des Therapeutenverhaltens gegeben ist.

Tabelle 5.6 (Seite 252) zeigt die Einschätzung der Teilnehmer bezüglich dreier weiterer Aspekte der praktischen Umsetzung.

Eine qualifizierte Mehrheit der Teilnehmer (59,8 %) ist der Auffassung, daß mindestens einer der Moderatoren jemand sein sollte, mit dem außerhalb der Gruppe kein Kontakt besteht. Dieses Ergebnis bestätigt die aus der Praxis gewonnene Einschätzung der PEGASUS-Gruppe, daß es für viele Teilnehmer wichtig ist, wenigstens in einem Moderator eine quasi neutrale Person mit Abstand zum Behandlungs- bzw. Betreuungsalltag vor sich zu haben (vgl. 4.4.4).

Ganz auf der Linie der PEGASUS-Gruppe liegt auch die Erwartung von 93 % der Teilnehmer, daß ein Arzt mindestens an der Durchführung von Teil II (Medikamentenbehandlung) beteiligt sein sollte. Dabei wünscht sich jeder 4. Teilnehmer sogar die durchgängige Mitarbeit eines Arztes. Dieses Ergebnis ist ein Hinweis auf die subjektive Bedeutung, die die Zusammenarbeit mit Ärzten auch für schizophrene Erkrankte hat. Diese Bedeutung wird dadurch unterstrichen, daß fast $\frac{3}{4}$ der Befragten wünschen, daß ihr behandelnder Arzt über Inhalte und Ziele der Gruppenarbeit informiert wird; wobei jeweils die Hälfte dies selbst übernehmen oder es den Moderatoren überlassen möchte.

Das durchgängig recht hohe Maß an Zustimmung bezüglich praktischer und methodisch-didaktischer Aspekte der Durchführung von PEGASUS-Gruppen läßt erwarten, daß die Teilnahmezuverlässigkeit hoch ist. Dies ist nach Angabe der Teilnehmer tatsächlich der Fall: „an allen 14 Stunden“ 60,9 %, „an 12 oder 13 Stunden“ 25,2 %, „an 10 oder 11 Stunden“ 12,2 %, „an weniger als 10 Stunden“ 1,7 % (n = 115). D. h. gut 5 von 6 Teilnehmern haben mindestens 12 PEGASUS-Stunden absolviert. Angesichts der Schwierigkeiten, die viele schizophrene erkrankte Menschen gerade in sozialen Situationen haben und im Hinblick auf ihre generell erhöhte Krisenanfälligkeit kann die hohe Teilnahmezuverlässigkeit als starkes Zeichen für eine generell positive Bewertung der Gruppenarbeit gewertet werden. Tatsächlich ist nach Erfahrungen der PEGASUS-Gruppe unangekündigtes Fernbleiben sehr selten; die meisten Teilnehmer melden sich vorher ab (z. B. wegen eines bereits länger geplanten Urlaubs) oder entschuldigen sich aus nachvollziehbaren Gründen (z. B. körperliche Erkrankung).

Moderatoren

Nach Einschätzung der Moderatoren liegt die optimale Gruppengröße zwischen einem Minimum von 5,6 (Md = 5) und einem Maximum von 8,5 (Md = 8) Teilnehmern. Der obere Wert liegt um etwa den Wert 1 niedriger als bei den Teilnehmern (Tabelle 5.5).

Noch eindeutiger als die Teilnehmer bewerten die Moderatoren die vorgegebene Dauer der Gruppenstunden als „gerade richtig“ (Tabelle 5.5). Außerdem wurden die Moderatoren gefragt, bei wievielen Stunden es ihnen gelang, die Vorgabe von 60 Minuten einzuhalten: 52,0 % gaben an, daß dies in 12 – 14 Stunden gelang, 36,0 % bei 9 – 11 Stunden und 12,0 % bei weniger als 6 Stunden. Fast die Hälfte der Befragten mußte also bei mehr als 3 Gruppenstunden „überziehen“. Dies ist ein kritischer Wert, weil sowohl Teilnehmer als auch Moderatoren die vorgegebene Dauer von 60 Minuten mit hoher Übereinstimmung für optimal halten.

Tab. 5.6: Aspekte der praktischen Umsetzung (Teilnehmer)

<p>▷ Welche Moderatoren? (n = 112)</p> <p>– Professionelle, die auch außerhalb der Gruppe behandeln/betreuen 42,9 %</p> <p>– Professionelle, mit denen ich außerhalb der Gruppe nichts zu tun habe 17,0 %</p> <p>– gemischt 40,2 %</p>	
<p>▷ Sollte ein Arzt zu den Moderatoren gehören? (n = 115)</p> <p>– ja, über alle 14 Stunden 26,1 %</p> <p>– ja, mindestens im Medikamenten-Teil 67,0 %</p> <p>– nein, nicht unbedingt 7,0 %</p>	
<p>▷ Sollte behandelnder Arzt über die Inhalte der Gruppenarbeit informiert werden? (n = 113)</p> <p>– ja, von den Moderatoren 38,1 %</p> <p>– ja, durch Teilnehmer selbst 35,4 %</p> <p>– nein, nicht unbedingt 26,5 %</p>	

Tab. 5.7: Aspekte der praktischen Umsetzung (Moderatoren)

	<i>sehr wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>unwichtig</i>
▷ einrichtungsübergreifende Durchführung (n = 24)	16,7 %	29,2 %	41,7 %	12,5 %
▷ regionbezogene Einführung (n = 24)	45,8 %	45,8 %	8,3 %	----
▷ Neutralität mindestens eines Moderators (n = 24)	25,0 %	29,2 %	41,7 %	4,2 %
▷ ärztlicher Ko-Moderator in allen 14 Sitzungen (n = 24)	4,2 %	8,3 %	58,3 %	29,2 %
▷ Information an die behandelnden Ärzte (n = 25)	36,0 %	56,0 %	8,0 %	----

Die Moderatoren wurden danach gefragt, wie wichtig aus ihrer Sicht die Materialien (Merk-, Info- und Arbeitsblätter, Krisenplan) für die Teilnehmer sind: 28,0 % gaben an, diese seien „für (fast) alle Teilnehmer wichtig bis sehr wichtig“, 56,0 % halten sie „für die Mehrzahl der Teilnehmer wichtig bis sehr wichtig“ und 16,0 % sind der Auffassung, daß sie nur „für eine Minderzahl der Teilnehmer wichtig bis sehr wichtig“ sind (n = 25). Tatsächlich äußerten insgesamt 91,2 % der Teilnehmer, die Materialien seien für sie „sehr wichtig“ oder „wichtig“. Die Bedeutung wird also von den Moderatoren tendenziell unterschätzt.

Was die Wichtigkeit der methodisch-didaktischen Mittel angeht, so liegen die Bewertungen der Moderatoren auf der gleichen Linie wie die der Teilnehmer, allerdings beurteilen die Moderatoren 4 der 5 didaktischen Mittel (Ausnahme: Arbeitsblätter) häufiger mit „sehr wichtig“ als die Teilnehmer (Tabelle 5.5). Eine mögliche Erklärung dafür ist, daß Moderatoren und Teilnehmer einen unterschiedlichen Bezug zu den didaktischen Mitteln haben. Während die Moderatoren aktiv damit umgehen, und sie vielleicht deshalb als besonders hilfreich erleben, sind die Teilnehmer diesbezüglich eher in der Rolle der Rezipienten.

Genau andersherum ist die Gewichtung bezüglich der Kompetenzen/Erfahrungen der Moderatoren: Hier bewerten die Moderatoren in 3 von 4 Fällen (Ausnahme: praktische Erfahrungen) die Wichtigkeit niedriger als die Teilnehmer. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bei der psychotherapeutischen Kompetenz, die von den Teilnehmern wesentlich stärker gewichtet wird als von den Moderatoren (Tabelle 5.5). Gerade bei diesem Item ist es jedoch wahrscheinlich, daß bei Teilnehmern und Moderatoren ein unterschiedliches Verständnis darüber besteht, was unter „psychotherapeutischer Kompetenz“ zu verstehen ist. So wurde das Stichwort bei den Teilnehmern erläutert mit dem Zusatz „Einfühlungsvermögen, Eingehen auf die Bedürfnisse des einzelnen Teilnehmers“, während im Moderatoren-Fragebogen nach „psychotherapeutischer Wahrnehmung/Gestaltung des Gruppenprozesses“ ohne weitere Erläuterung gefragt wurde. Unter letzterem haben die Moderatoren möglicherweise etwas Anspruchsvolleres verstanden als Einfühlungsvermögen und Eingehen auf die Bedürfnisse von Teilnehmern. Deshalb sollte die Differenz der Bewertungen an dieser Stelle nicht überbewertet werden.

Die Zufriedenheit mit der Umsetzung der verschiedenen Anforderungen ist bei den Moderatoren durchweg geringer ausgeprägt als bei den Teilnehmern, wobei sich die Unterschiede auf die Verteilung zwischen den Ausprägungen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ reduziert. Die Moderatoren sind also tendenziell kritischer gegenüber der eigenen Praxis (Tabelle 5.5). Nach der Zufriedenheit mit der „praktischen Erfahrung“ wurden die Moderatoren nicht gefragt; hierzu liegen objektive Angaben über die Dauer der einschlägigen Berufserfahrung vor (vergl. 5.5.1).

Tabelle 5.7 (S. 252) gibt die Einschätzung der Moderatoren bezüglich einiger Merkmale des Settings für die praktische Durchführung wieder. Bezüglich 3 der fünf Aspekte ist ein Vergleich mit Teilnehmerangaben zumindest ansatzweise möglich:

- Während 26,1 % der Teilnehmer der Meinung sind, ein Arzt sollte an allen 14 Sitzungen des Gruppenprogramms teilnehmen, bewerten nur 12,5 % der Moderatoren die durchgängige Teilnahme eines Arztes als „sehr wichtig“ oder „wichtig“. Generell bestätigen diese Einschätzungen die Auffassung der PEGASUS-Gruppe, daß es in der Regel hinreicht, wenn ein Arzt an der Durchführung von Teil II des Gruppenkonzeptes (Medikamentenbehandlung) beteiligt ist.
- 92,0 % der Moderatoren halten es für „sehr wichtig“ oder „wichtig“, daß die behandelnden Ärzte der Teilnehmer über die Inhalte der Gruppenarbeit informiert sind. Dies kommt der Auffassung der Teilnehmer recht nahe, die zu 73,5 % meinen, daß ihr behandelnder Arzt informiert sein sollte.

- Während 54,2 % der Moderatoren die Neutralität mindestens eines Moderators für „sehr wichtig“ oder „wichtig“ halten, entschieden sich 57,2 % der Teilnehmer für einen oder zwei neutrale Moderatoren.

Bezüglich aller drei genannten Aspekte ist die Übereinstimmung zwischen Moderatoren und Teilnehmern also hoch.

Nach zwei weiteren Setting-Merkmalen wurden nur die Moderatoren gefragt.

- Die von der PEGASUS-Gruppe empfohlene einrichtungsübergreifende Durchführung des Gruppenkonzeptes halten nur knapp 36 % der Moderatoren für „sehr wichtig“ oder „wichtig“. Die zurückhaltende Bewertung dieses Umsetzungsmodells könnte damit zusammenhängen, daß eine größere Zahl der Moderatoren die (positive) Erfahrung damit bisher noch nicht gemacht hat.
- Im Hinblick auf die Wichtigkeit der regionbezogenen Einführung stimmen die meisten Moderatoren mit den Empfehlungen der PEGASUS-Gruppe überein: 91,6% halten sie für „sehr wichtig“ oder „wichtig“ (Tabelle 5.7).

Die Teilnahmezuverlässigkeit wird von den Moderatoren zu 52,2 % als „sehr hoch“ (>80 %) und von 34,8 % als „hoch“ (60 – 80 % eingeschätzt (n = 23). Dies entspricht im wesentlichen der Selbsteinschätzung der Teilnehmer.

Schließlich wurden die Moderatoren danach gefragt, wie hilfreich für sie persönlich das Manual sei: 76,0 % finden es „sehr hilfreich“, 24,0 % „hilfreich“.

Folgerungen für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes

Zum Manual:

Die insgesamt sehr positive Bewertung des PEGASUS-Konzeptes unter methodisch-didaktischen Gesichtspunkten durch Teilnehmer und Moderatoren legt kaum Modifikationen des Vorgehens nahe. Es bleiben nur zwei Aspekte festzuhalten: Sowohl Teilnehmer als auch Moderatoren setzen die obere Grenze für eine optimale Gruppengröße höher an, als im Manual empfohlen (vergl. auch 4.4.1). In der dritten Auflage des Manuals wird deshalb die Empfehlung 5 – 8 Teilnehmer (bisher 5 – 7) für die Gruppengröße gegeben.

Die große Wichtigkeit, die insbesondere die Teilnehmer den ausgehändigten Materialien beimessen (Info-, Arbeits- und Merkblätter, Krisenplan), wurde in der Vorbereitung der 3. Auflage des Manuals insofern berücksichtigt, als die Materialien sorgfältig überarbeitet und zu bestimmten Themen ergänzt wurden.

Zur Praxis der Durchführung:

Sowohl Teilnehmer als auch Moderatoren halten es mehrheitlich für wichtig, die behandelnden Ärzte der Teilnehmer über die Inhalte der Gruppenarbeit zu informieren. Etwa jeder vierte Teilnehmer erwartet sogar, daß diese Information durch die Moderatoren erfolgt. Moderatoren sollten auf beide Fälle vorbereitet sein: Sie sollten Teilnehmer dabei unterstützen, ihren behandelnden Arzt zu informieren, z. B. durch Bereitstellung geeigneten Info-Materials; und sie sollten ggf. bereit sein, den Arzt direkt über das PEGASUS-Konzept in Kenntnis zu setzen. Die PEGASUS-Gruppe hat hierzu bisher kein speziellen Material erarbeitet.

Die Unterschiedlichkeit in der Bewertung der Wichtigkeit der Materialien zeigt, daß Moderatoren offenbar dazu tendieren, deren Bedeutung für die Teilnehmer zu unterschätzen. Dem Interesse der Teilnehmer sollte jedoch in jedem Fall Rechnung getragen werden, indem die Materialien zuverlässig und vollständig zur Verfügung gestellt werden. Dabei zeigt die Praxis, daß einzelne Teilnehmer Unterstützung dabei benötigen, die Materialien geordnet zu verwahren. Die Anregung der PEGASUS-Gruppe, den Teilnehmern bereits

zu Beginn der Gruppenarbeit einen Ordner (möglichst mit Register) auszuhändigen, sollte deshalb in jedem Fall umgesetzt werden.

Es gibt außerdem Hinweise darauf, daß die Moderatoren die psychotherapeutischen Aspekte bei der Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes geringer gewichten als die Teilnehmer, auch wenn hier möglicherweise ein unterschiedliches Verständnis von „psychotherapeutisch“ zugrunde liegt. In jedem Fall sollte die Erwartung der Teilnehmer nach einer psychotherapeutisch geprägten Grundhaltung ernst genommen und bei der praktischen Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes berücksichtigt werden.

Die Befragung der Teilnehmer hat bis hierher keinen Hinweis darauf ergeben, daß sich eine nennenswerte Zahl von Teilnehmern durch Art und Umfang der vermittelten Information überfordert fühlt. Die Moderatorenbefragung ergab jedoch, daß die vorgegebene Dauer der Stunden nicht selten überzogen wird, um das inhaltliche Ziel der Stunde zu erreichen. Hier wird erneut deutlich, daß die Anforderungen im Hinblick auf die Umsetzung der jeweiligen Inhalte einerseits und die Notwendigkeit, den persönlichen Kenntnissen und Erfahrungen der Teilnehmer hinreichend Raum zu geben andererseits, in den meisten Stunden eine Gratwanderung darstellt, die den Moderatoren einiges abverlangt. Hier werden in der Praxis immer wieder Kompromisse nötig sein. Grundsätzlich ist jedoch anzustreben, die 60-Minuten-Grenze einzuhalten. Dabei sollte eher das eine oder andere Thema weggelassen oder gekürzt werden, anstatt die Einbeziehung der Teilnehmer zu vernachlässigen.

5.5.2 Inhalte

Die Tabellen 5.8 bis 5.10 geben einen Überblick über verschiedene Aspekte der inhaltlichen Beurteilung der Gruppenarbeit durch Teilnehmer und Moderatoren.

Teilnehmer

Aus Tabelle 5.8 (Seite 256) ergibt sich, daß rund 9 von 13 Themen von mindestens 2/3 der Teilnehmer als „sehr wichtig“ eingestuft werden, auch die restlichen Themen waren noch für etwa jeden zweiten Teilnehmer „sehr wichtig“. Bemerkenswert erscheint, daß die beiden wichtigsten Themen aus Teilnehmersicht diejenigen sind, bei denen die aktive, handelnde Rolle der Betroffenen am unmittelbarsten angesprochen ist (Wahrnehmung von Frühwarnzeichen, Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche). Zwar geht es auch im Zusammenhang mit anderen Themen um Aktivitäten des Subjekts (z. B. Krisenplan, Belastungen/Streß, Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt), bei keinem anderen Thema steht die Rolle der Betroffenen jedoch so eindeutig im Vordergrund wie bei Frühwarnzeichen und Selbsthilfe/Bewältigung.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang noch einmal an die Tatsache, daß beide Konzepte – Frühwarnzeichen und Selbsthilfe/Bewältigung – erst seit Ende der 80er/ Anfang der 90er Jahre dieses Jahrhunderts in nennenswertem Umfang systematisch erforscht werden (vergl. 2.4.2/3).

Die bezüglich ihrer Wichtigkeit auf Rang 3 und 4 liegenden Themen beziehen sich auf die Behandlung mit Psychopharmaka. Dies deutet darauf hin, daß die medikamentöse Therapie – die ja bei mehr als 90 % der Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung gegeben war – ein Thema von großem Interesse ist. Auf den Rängen 5 bis 7 folgen wiederum Themen, die im Hinblick auf die subjektive Rolle der Betroffenen im Rahmen des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungsmodells von Bedeutung sind: Wahrnehmung der Verletzlichkeit, Bedeutung von Streß/Identifikation von Belastungsfaktoren, persönlicher Krisenplan. Auf den Rängen 8 bis 12 folgen 3 Themen eher theoretischer Natur (Ausgang, Verlauf, Prognose; Dekompen-

Tab. 5.8: Wichtigkeit der Inhalte für Teilnehmer

	Teilnehmer (n = 112 – 115)				Moderatoren (n = 25)			
	<i>sehr wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>unwichtig</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>unwichtig</i>
▷ Frühwarnzeichen	78,6 %	18,8 %	1,8 %	0,9 %	56,0 %	44,0 %	16,0 %	---
▷ Selbsthilfe-/Bewältigungsversuche	70,2 %	28,1 %	1,8 %	---	44,0 %	40,0 %	12,0 %	---
▷ Funktionen/Wirkungen Psychopharmaka	69,6 %	26,1 %	4,3 %	---	72,0 %	16,0 %	---	---
▷ Nebenwirkungen/Risiken	69,6 %	26,1 %	4,3 %	---	72,0 %	72,0 %	20,0 %	---
▷ Wahrnehmung Verletzlichkeit	69,3 %	29,8 %	0,9 %	---	40,0 %	40,0 %	---	---
▷ Belastungen/Streß	68,1 %	28,2 %	2,7 %	---	84,0 %	16,0 %	12,0 %	---
▷ Krisenplan	63,2 %	28,9 %	7,0 %	---	40,0 %	48,0 %	---	---
▷ Ausgang, Verlauf Prognose	62,6 %	33,9 %	3,5 %	---	60,0 %	40,0 %	16,0 %	---
▷ Zusammenarbeit mit behandelndem Arzt	62,6 %	30,4 %	7,0 %	---	12,0 %	72,0 %	24,0 %	---
▷ Dekompensationsprozeß	55,4 %	40,2 %	4,5 %	---	20,0 %	56,0 %	8,0 %	---
▷ Erleben der akuten Psychose	58,7 %	41,1 %	5,4 %	0,9 %	68,0 %	24,0 %	8,0 %	---
▷ Bedingungsfaktoren	47,3 %	---	---	---	44,0 %	48,0 %	---	---
▷ Suizid	45,6 %	30,7 %	19,3 %	4,4 %	---	---	---	---

sation; Bedingungsfaktoren) sowie die Themen „Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt“ und „Erleben der akuten Psychose“.

Zwar nimmt das Thema Selbsttötungsabsichten bei der Bewertung der Wichtigkeit den letzten Rang ein; daß fast die Hälfte der Teilnehmer dieses Thema noch für „sehr wichtig“ halten, unterstreicht jedoch, wie schwer belastet die Gruppe der schizophren Erkrankten im Hinblick auf dieses Thema ist.

Unter dem Item „Sonstiges“ bestand die Möglichkeit, die Wichtigkeit weiterer Themen zu bewerten, die in der Gruppenarbeit vorkamen. An den wenigen Klartext-Nennungen der Teilnehmer läßt sich ablesen, daß hier fast ausschließlich Inhalte genannt wurden, die gar nicht in der Gruppenarbeit vorkommen. Das Item ist also von den meisten Teilnehmern mißverstanden worden als Frage nach fehlenden Inhalten. Der Fragebogen weist an dieser Stelle also einen Konstruktionsfehler auf. Da die Frage nach fehlenden Inhalten im weiteren Verlauf des Fragebogens noch einmal explizit gestellt wird, unterbleibt eine Auswertung dieses Items.

Tabelle 5.9 (Seite 258) zeigt, daß aus Sicht der Teilnehmer das Verständnis der behandelten Inhalte durchaus als zufriedenstellend gelten kann: 84 % gaben an, 70 % oder mehr der vermittelten Informationen verstanden zu haben. Die Aussagekraft dieser Bewertung ist jedoch sehr begrenzt. Das Verständnis der vermittelten Inhalte könnte nur im Rahmen eines Wissens-Tests (Prä-Post-Vergleich) mit hinreichender Verlässlichkeit überprüft werden. Immerhin kann die Antwort auf diese Frage als Hinweis dafür genommen werden, daß nur eine Minderheit der Teilnehmer sich durch die Art oder die Präsentation der Inhalte subjektiv überfordert fühlt. Auf der anderen Seite macht die Reaktion der Teilnehmer deutlich, daß es aus durchaus noch Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Verständlichkeit der Inhalte gibt, an deren Ausschöpfung weiter gearbeitet werden muß.

Tabelle 5.10 (Seite 258) zeigt die vier am häufigsten als „schwer verständlich“ genannten Themenbereiche: Wirkungsweise der Neuroleptika, Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit, Prozeß der psychotischen Dekompensation und Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit (alle anderen Themen wurden wesentlich seltener genannt). Zwei dieser Themen – Bedingungsfaktoren und Dekompensation – sind eher theoretischer Natur und objektiv schwierig, weil der aktuelle Stand von Forschung und Theoriebildung hierzu alles andere als zufriedenstellend ist (vergl. 2.3.4, 2.4.1). Wenn kaum eindeutige Erkenntnisse präsentiert werden können, führt dies offenbar zu Verständnisproblemen bei den Teilnehmern. Bezüglich der beiden anderen Themen – Wirkungen Neuroleptika, Verletzlichkeit – ist die Sachlage eine andere; hierzu können durchaus wissenschaftlich fundierte Aussagen gemacht werden. Dies deutet darauf hin, daß es in diesen Fällen nicht die Inhalte sind, die zu Verständnisschwierigkeiten führen, sondern die Art ihrer Behandlung.

Es wurde außerdem erhoben, wie interessant die Teilnehmer die Gruppenstunden generell fanden. Dies kann als ein Aspekt der inhaltlichen Bewertung der Gruppenarbeit aufgefaßt werden. Die entsprechenden Angaben: 56,5 % der Teilnehmer fanden (fast alle) Stunden interessant, 40,9 % die Mehrzahl der Stunden und nur 2,6 % einer Minderzahl an Stunden (n = 115). Auch diese Zahlen deuten darauf hin, daß die Inhalte der Gruppenarbeit den Interessen der Teilnehmer in hohem Maße entsprachen.

Tabelle 5.11 (Seite 259) gibt einen Überblick über diejenigen Themen, die von den Teilnehmern in der Gruppenarbeit vermißt wurden. Auf die offene Frage nach fehlenden Themen äußerten sich 34 Teilnehmer (30 % von 115) mit 60 Nennungen. Angegeben sind nur Themen mit mehr als zwei Nennungen. Zwei Themen stehen eindeutig im Vordergrund: Mehr Informationen über die Behandlung mit Medikamenten (wobei die Hälfte der Nennungen auf die Frage entfielen, ob/wie ein Leben ohne Medikamente möglich sei) und andere therapeutische Möglichkeiten. Beide Aspekte hängen inhaltlich eng zusammen, denn die

Tab. 5.9: Verständnis der vermittelten Information bei Teilnehmern

	Teilnehmer (n = 113)	Moderatoren (n = 25)
– 90 %	40,7 %	4,0 %
– 70 – 90 %	43,4 %	68,0 %
– 50 – 70 %	15,0 %	28,0 %
– > 50 %	---	---
	100,0 %	100,0 %

Tab. 5.10: Am schwersten verständliche Inhalte für Teilnehmer (häufigste Nennungen)

	Teilnehmer (n = 65)		Moderatoren (n = 20)	
	Rang	%	Rang	%
▷ Funktionen/Wirkungen Neuroleptika	1.	32,3	3.	20,0
▷ Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit	2.	27,7	1.	50,0
▷ Dekompensationsprozeß	3.	26,2	3.	20,0
▷ persönliche Verletzlichkeit	4.	18,5	1.	50,0

Tab. 5.11: Fehlende Themen/Inhalte (Teilnehmer; n = 34, ≥ 2 Nennungen)

•	Medikamente	
	– Leben/Behandlung ohne Medikamente	5
	– Sonstiges	5
•	andere Therapien (einschl. Entspannung, Selbsterfahrung, Sport)	6
•	Erziehung/Sozialisation	2
•	Verletzlichkeit	2
•	Sexualität	2
•	Rechtliche Fragen	2
•	Krisenplan	2
•	persönliche Schilderungen/eigene Erfahrungsberichte	2
•	soziale Wiedereingliederung	2
•	Diagnose/was ist eine Psychose?	2
		<u>32</u>
•	diverse Einzelthemen	28
		<u><u>60</u></u>

Tab. 5.12: Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells bei Teilnehmern

Teilnehmer (n = 112)		Moderatoren (n = 25)	
– trifft vollständig auf mich zu	17,0 %	– sehr hoch	44,0 %
– trifft überwiegend auf mich zu	74,1 %	– hoch	52,0 %
– trifft weniger auf mich zu	8,0 %	– gering	4,0 %
– trifft gar nicht auf mich zu	0,9 %	– sehr gering	---

Frage nach Alternativen zur Pharmakotherapie verweist von selbst auf therapeutische Alternativen. Das Interesse einer Reihe von Teilnehmern an diesen Fragen trifft tatsächlich auf eine Lücke im PEGASUS-Konzept. Ein wichtiges Ziel des Konzeptes ist, den Teilnehmern eine informierte Entscheidung für die neuroleptische Behandlung und Rezidiv-Prophylaxe zu ermöglichen – nicht zuletzt, weil realistische Alternativen für einen wirksamen Schutz für die meisten Betroffenen nach heutigem Kenntnisstand nicht zur Verfügung stehen. Unter dieser Zielsetzung liegt es nicht unbedingt nahe, Alternativen systematisch zu diskutieren, es ist allerdings auch nicht ausgeschlossen. Interessanterweise taucht unter den 60 Nennungen der Begriff Psychotherapie nicht explizit auf, lediglich einmal ist von „psychischer Auflösung der Psychose“ die Rede. Dies sollte jedoch nicht kurzschlüssig als Beleg für die geringe Bedeutung dieses Themas gewertet werden; vielmehr verbergen sich hinter den 10 Nennungen zu den Themen „Therapie“ und „Leben/Behandlung ohne Medikamente“ sicher auch Fragen nach psychotherapeutischen Möglichkeiten.

Von besonderem Interesse ist schließlich die Frage nach der persönlichen Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungsmodells. Sie kann als entscheidend für die ökologische Validität des Modells gelten. Eine breite Ablehnung dieses Konzeptes auf Seiten der Teilnehmer würde jedoch nicht nur die Validität des theoretischen Rahmens in Frage stellen, sondern würde auch dem daraus abgeleiteten PEGASUS-Konzept die Grundlage entziehen: Mit der subjektiven Verträglichkeit des Rahmenkonzepts stehen und fallen die Inhalte dieses Konzeptes. Insofern ist es durchaus erfreulich – und bestätigt im übrigen die vielen subjektiven Eindrücke, die bei der Umsetzung des Konzepts gesammelt werden konnten – daß mehr als 90 % der Teilnehmer dieses Konzept als vollständig oder überwiegend auf sie zutreffend bewerten (s. Tabelle 5.12, Seite 259, Abbildung 5.2, Seite 261). Immerhin machen aber fast $\frac{3}{4}$ aller Befragten gewisse Einschränkungen bezüglich der Übereinstimmung dieses Modells mit ihren subjektiven Erfahrungen und Konzepten.

Es ist sicher kein realistisches Ziel, diese Differenz vollständig auflösen zu wollen, denn zwischen einem allgemeinen theoretischen Rahmen einerseits und subjektiven Konzepten andererseits besteht notwendig eine gewisse Vermittlungslücke. Auf der anderen Seite ist eine Kongruenz der Konzepte von Professionellen und Betroffenen wohl auch kein sinnvolles Ziel. Erinnert sei in diesem Zusammenhang noch einmal an die unter 3.2.4 zitierte Feststellung von LINDEN (1985), daß die beiden Perspektiven schon wegen der Unterschiedlichkeit in der persönlichen Betroffenheit nicht deckungsgleich sein können.

Moderatoren

Die Moderatoren wurden nicht danach gefragt, wie wichtig sie selbst die behandelten Themen fanden, sondern nach ihrer Einschätzung dazu, wie wichtig die Themen der Gruppenarbeit für die Teilnehmer sind.

Die Daten der Tabelle 5.8 sind in Abbildung 5.3 (Seite 262) noch einmal graphisch aufbereitet. Es wird deutlich, daß die Beurteilung von Teilnehmern und Moderatoren nur in 4 Fällen sehr nah beieinander liegen (Funktionen/Wirkungen Psychopharmaka; Nebenwirkungen/Risiken Psychopharmaka; Ausgang, Verlauf, Prognose; Bedingungsfaktoren). In zwei Fällen neigten die Moderatoren dazu, die Wichtigkeit des Themas zu überschätzen (Belastungen/ Streß, Erleben der akuten Psychose), bei sechs Themen scheint eher eine Unterschätzung der Wichtigkeit vorzuliegen (Frühwarnzeichen, Selbsthilfe/Bewältigung, Verletzlichkeit, Krisenplan, Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, Dekompensation). Das Thema Suizid fehlte im Fragebogen für Moderatoren. Die Rangkorrelation zwischen den Bewertungen von Teilnehmern und Moderatoren ist mit $r = .36$ eher niedrig.

Auffällig ist, daß sämtliche Themen, bei denen die Werte relativ nah beieinander liegen, eher theoretischer Natur sind; demgegenüber sind fünf der sechs Themen, bei denen die

Abb. 5.2: Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells bei Teilnehmern

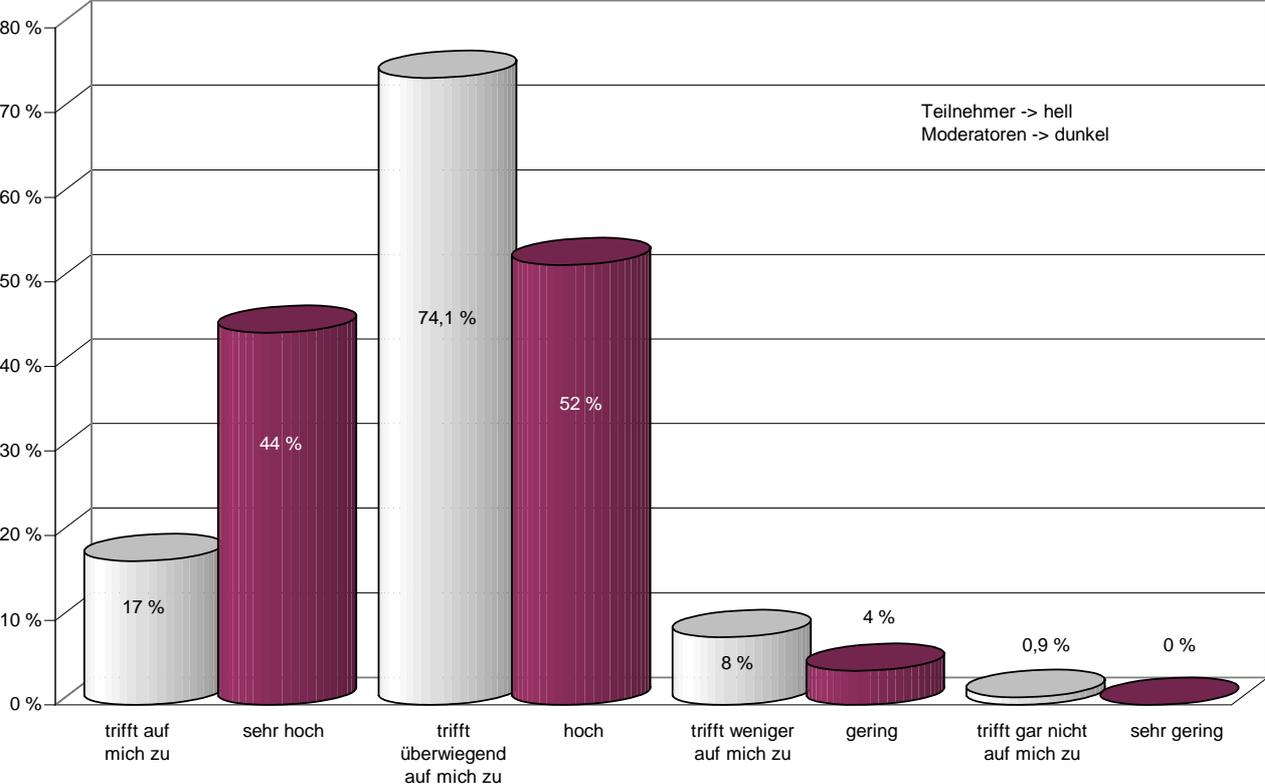
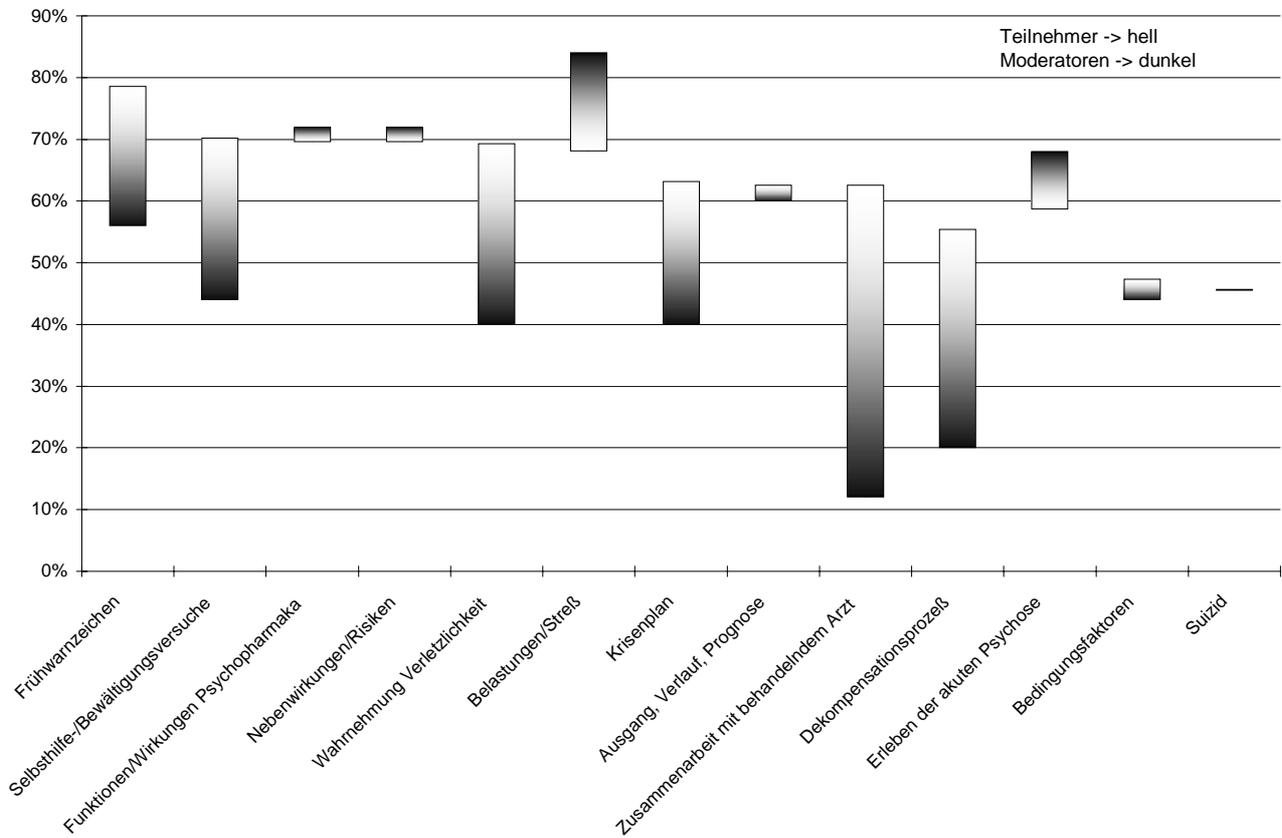


Abb. 5.3: Inhalte, die „sehr wichtig“ sind. Vergleich Teilnehmer und Moderator



Moderatoren zur Unterschätzung der Wichtigkeit neigen, eher praktischer Art und fokussieren die aktive Rolle der Betroffenen. Am meisten unterschätzt wird von den Moderatoren die Wichtigkeit des Themas „Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt“. Ein Erklärungsversuch könnte sein, daß Therapeuten dazu neigen, die Bedeutung anderer (therapeutischer) Beziehungen für den Klienten zu unterschätzen.

Bei der Frage nach sonstigen wichtigen Inhalten gab es 12 Nennungen von 11 Personen. Sieben Mal wurde die Wichtigkeit des Gruppenprozesses angeführt (Austausch unter Mitbetroffenen, *sharing*, aufgehoben sein etc.) und dreimal wurde das Thema Suizid genannt. Was das Verständnis der vermittelten Informationen angeht, ist die Bewertung der Moderatoren eher skeptischer als die der Teilnehmer. Manches spricht dafür, daß die Einschätzung der Moderatoren realistischer ist, denn sie haben einen Wissensvorsprung und können an Hand der Teilnehmeräußerungen im Verlauf der Gruppenarbeit einen Eindruck davon bekommen, wieweit Inhalte tatsächlich verstanden und verarbeitet wurden.

Die Validität der Moderatoren-Einschätzung bezüglich der Verarbeitung der vermittelten Informationen durch die Teilnehmer wird dadurch unterstrichen, daß bei der Frage nach den am schwersten verständlichen Inhalten dieselben vier Themen genannt wurden wie von den Teilnehmern, wenn auch in anderer Rangreihe (Tabelle 5.10).

Im Hinblick auf fehlende Themen wurden die Moderatoren nach inhaltlichen Modifikationen des Manuals bei einer Neuauflage gefragt. Zu dem Stichwort „Was fehlt?“ gab es 9 Nennungen von 8 Personen. Je zweimal wurden rechtliche Aspekte und Psychotherapie genannt, je einmal Informationen zu Störungen der Informationsvereinbarung und das Thema Suizid. Die übrigen Nennungen bezogen sich auf didaktische Aspekte.

Auch die Moderatoren wurden nach ihrer Einschätzung zur Beteiligung/Interessiertheit der Teilnehmer gefragt: 34,8 % erlebten (fast) alle Teilnehmer durchgängig aktiv bzw. interessiert, 52,2 % erlebten die Mehrzahl der Teilnehmer durchgängig aktiv bzw. interessiert und 13,0 % eine Minderzahl (n = 23).

Schließlich sollten die Moderatoren eine Einschätzung dazu abgeben, wie hoch sie die Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells auf Seiten der Teilnehmer einschätzen. Dabei zeigt sich tendenziell eine Überschätzung der Akzeptanz (Tabelle 5.12, S. 259). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die unterschiedliche Formulierung der Item-Ausprägungen die Antworten von Teilnehmern und Moderatoren nur begrenzt vergleichbar macht („sehr hoch“ ist nicht dasselbe wie „vollständig“, die Formulierung bei den Moderatoren war jedoch zwangsläufig offener zu halten).

Folgerungen für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes

Zum Manual:

Vier Themen werden übereinstimmend von Teilnehmern und Moderatoren als relativ schwer verständlich eingeordnet: Funktion und Wirkungsweise der Neuroleptika, Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit, Prozeß der Dekompensation und Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit. Bei den beiden letztgenannten Themen besteht eine objektive Schwierigkeit, sie verständlicher darzustellen, da nur wenig eindeutiges Wissen hierzu vorliegt. Insofern werden Verständnisschwierigkeiten hier kaum vollständig zu vermeiden sein. Bei den erstgenannten Themen bestehen dagegen Verbesserungsmöglichkeiten, da die Fakten bekannt sind. Bei der Vorbereitung der 3. Auflage des Manuals wurde diesen beiden Themen deshalb besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Bezüglich der Wirkungsweise der Neuroleptika werden Informationen zur Funktionsweise des Nervensystems auf zellulärer Ebene ergänzt, beim Thema Verletzlichkeit wird ausdrücklich auf die Störungen der Informationsverarbeitung eingegangen, die in den bisherigen Auflagen nur unter dem subjektiven Aspekt der Basisstörungen berücksichtigt worden sind.

Teilnehmer und Moderatoren machten Angaben zu fehlenden Themen, die z.T. übereinstimmen. So deuten eine Reihe von Teilnehmer-Nennungen auf das Interesse an psychosozialen oder anderen Therapien hin, z.T. als Alternative zur medikamentösen Behandlung. Auch bei den Moderatoren taucht das Stichwort Psychotherapie auf. Von beiden Seiten wird außerdem das Thema Rechtsfragen angesprochen. Die sorgfältige Behandlung dieser beiden Themenkomplexe würde allerdings den bisherigen Rahmen des PEGASUS-Konzeptes sprengen. Eine überschlägige Schätzung ergibt, daß für jedes Thema mindestens 2 Stunden zu veranschlagen wären. Die gegenwärtigen Überlegungen der PEGASUS-Gruppe gehen dahin, für diese und ggf. weitere Spezialthemen Ergänzungs-Module zum Basiskonzept zu entwickeln, die dann in der Praxis flexibel eingesetzt werden können. Die von einzelnen Moderatoren als fehlend benannten Themen Suizid und Störungen der Informationsverarbeitung wurden bereits in der 2. bzw. 3. Auflage des Manuals berücksichtigt.

Praxis der Durchführung:

Fast alle der von den Moderatoren in ihrer Wichtigkeit für die Teilnehmer deutlich unterschätzten Themen beziehen sich auf die aktiv-gestaltende Rolle der Teilnehmer im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit bzw. Erkrankung. Das besondere Interesse der Teilnehmer an diesen Themen kann vor dem Hintergrund des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells nur begrüßt werden. Moderatoren sollten bei der Gruppenarbeit diese Themen entsprechend gewichten und im Bedarfsfall bei anderen, eher theoretischen Themen „kürzen“.

Mehr als zufriedenstellend ist das insgesamt hohe Maß an persönlicher Akzeptanz für das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell auf Seiten der Teilnehmer. Auf der anderen Seite darf nicht unterschlagen werden, daß diese Akzeptanz bei ca. $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer eingeschränkt ist. Dies stellt die Moderatoren vor die Anforderung, sensibel zu bleiben für abweichende persönliche Sichtweisen und inhaltliche Vorstellungen der Teilnehmer, diese zu respektieren und ihnen Raum zu geben.

Das von den Moderatoren deutlich skeptischer als von den Teilnehmern eingeschätzte Verständnis der vermittelten Inhalte muß Anlaß sein, den Wissensstand der Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen mittels Prä-Post-Erhebungen zu untersuchen. Einstweilen ist es sicher realistisch, davon auszugehen, daß nur ein Teil der vermittelten Informationen angemessen verarbeitet und längerfristig gespeichert wird.

5.5.3 Prozeß

Teilnehmer

Um Aspekte des Gruppenprozesses zu erfassen, wurde auf einen Vergleich zwischen den Erfahrungen in der PEGASUS-Gruppe einerseits und „anderen Gruppen“ andererseits zurückgegriffen. Dabei wurde vorausgesetzt, daß die meisten Betroffenen nach mehreren Jahren Erfahrung mit der Erkrankung und mit psychiatrischen Institutionen über entsprechende Vergleichsmöglichkeiten verfügen, denn irgendeine Form von gesprächsorientierten (Therapie-)Gruppen gehört zum Leistungsangebot der allermeisten psychiatrischen Dienste und Einrichtungen. Tatsächlich konnten 96 und mehr Teilnehmer die entsprechenden Items bearbeiten.

Die Ergebnisse zeigt Tabelle 5.13 (Seite 265).

- Rund 55 % der Teilnehmer bewerten die Offenheit im Gespräch über die Erkrankung in der PEGASUS-Gruppe (deutlich) größer als in anderen Gruppen, nur 9,1 % haben eine (deutlich) größere Offenheit in anderen Gruppen erlebt.
- Bezüglich der gegenseitigen Unterstützung der Teilnehmer findet nur gut ein Drittel der Teilnehmer (38,2 %), daß diese in PEGASUS-Gruppen (deutlich) größer ist; 17,5 % hat diese in anderen Gruppen als (deutlich) größer erfahren.

Tab. 5.13: Vergleich der PEGASUS-Gruppen mit anderen Gruppen

	Offenheit im Gespräch über die Erkrankung		gegenseitige Unterstützung Teilnehmer		Vertrauen gegenüber Moderatoren		partnerschaftliche Beziehung	
	Teilnehmer (n = 98)	Moderatoren (n = 24)	Teilnehmer (n = 97)	Moderatoren (n = 24)	Teilnehmer (n = 97)	Moderatoren (n = 24)	Teilnehmer (n = 96)	Moderatoren (n = 24)
– deutlich größer in PEGASUS-Gruppen	23,5 %	45,8 %	12,4 %	12,5 %	16,5 %	8,3 %	8,3 %	8,3 %
– größer in PEGASUS-Gruppen	31,6 %	45,8 %	25,8 %	50,0 %	32,0 %	37,5 %	33,3 %	37,5 %
– kein Unterschied	35,7 %	8,3 %	44,3 %	25,0 %	44,3 %	50,0 %	47,9 %	45,8 %
– größer in anderen Gruppen	7,1 %	---	14,4 %	12,5 %	4,1 %	---	8,3 %	8,3 %
– deutlich größer in anderen Gruppen	2,0 %	---	3,1 %	---	3,1 %	4,2 %	2,1 %	---

- Knapp die Hälfte der Teilnehmer (48,5 %) bewerten das Vertrauen, das sie gegenüber den Moderatoren empfunden haben, in PEGASUS-Gruppen als (deutlich) größer, bei nur 7,2 % war das Vertrauen in anderen Gruppen (deutlich) größer.
- Im Hinblick auf die Partnerschaftlichkeit der Beziehung zwischen den Teilnehmern und den Moderatoren erlebten 41,6 % der Teilnehmer diese als ausgeprägter in PEGASUS-Gruppen, nur 10,4 % hatten in anderen Gruppen eine (deutlich) größere Partnerschaft erlebt.

Nicht in Tabelle 5.13 enthalten ist der Vergleich der Gruppen bezüglich des Ausmaßes, in dem sich die Teilnehmer von den Moderatoren verstanden und akzeptiert gefühlt haben. Auch hier fällt das Ergebnis zugunsten der PEGASUS-Gruppe aus: Für gut die Hälfte (52,6 %) der Teilnehmer waren Verständnis und Akzeptanz in der PEGASUS-Gruppe (deutlich) größer als in anderen Gruppen, bei 9,2 % war das Umgekehrte der Fall.

Bezüglich aller fünf Prozeßmerkmale geht der Vergleich mithin eindeutig zugunsten der PEGASUS-Gruppe aus. Am geringsten ausgeprägt ist der Unterschied beim Kriterium „gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer“.

Moderatoren

Auch die Moderatoren beurteilen PEGASUS-Gruppen im Hinblick auf die in Tabelle 5.13 enthaltenen Prozeßmerkmale durchweg positiver als andere Gruppen in ihrer psychiatrischen Praxis (vgl. auch Abbildung 5.4, Seite 267). Dabei liegen die Einschätzungen bezüglich „Vertrauen gegenüber Moderatoren“ und „partnerschaftliche Beziehung zwischen Moderatoren und Teilnehmern“ sehr nahe bei denen der Teilnehmer. Eine deutliche Abweichung zeigt sich beim Kriterium „Offenheit im Gespräch über die Erkrankung“: Hier ist ein wesentlich größerer Anteil der Moderatoren (91,6 %) der Auffassung, sie sei in PEGASUS-Gruppen (deutlich) größer; dementsprechend finden erheblich mehr Teilnehmer keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Arten von Gruppenarbeit. Ein ähnlicher, wenn auch nicht so stark ausgeprägter Effekt, zeigt sich bezüglich dem Kriterium „gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer“. Hier bewerten fast doppelt so viele Moderatoren wie Teilnehmer die Unterstützung in PEGASUS-Gruppen als größer, wesentlich mehr Teilnehmer als Moderatoren sehen dagegen diesbezüglich keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Nur die Moderatoren wurden danach gefragt, inwieweit sich PEGASUS-Gruppen von anderen Gruppen bezüglich des Gefälles/der Hierarchie zwischen Teilnehmern und Moderatoren unterscheiden: 16,7 % erleben das Gefälle in PEGASUS-Gruppen als größer, 45,8 % sehen keinen Unterschied und 37,5 % erleben in anderen Gruppen eine ausgeprägtere Hierarchie (n = 24). Dieses Ergebnisses verhält sich fast spiegelbildlich zu dem beim Kriterium „partnerschaftliche Beziehung“, und tatsächlich kann ja „Gefälle/Hierarchie“ als das Gegenteil von Partnerschaft aufgefaßt werden. Insofern stützen sich die Angaben zu diesen beiden Fragen wechselseitig.

Folgerungen für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes

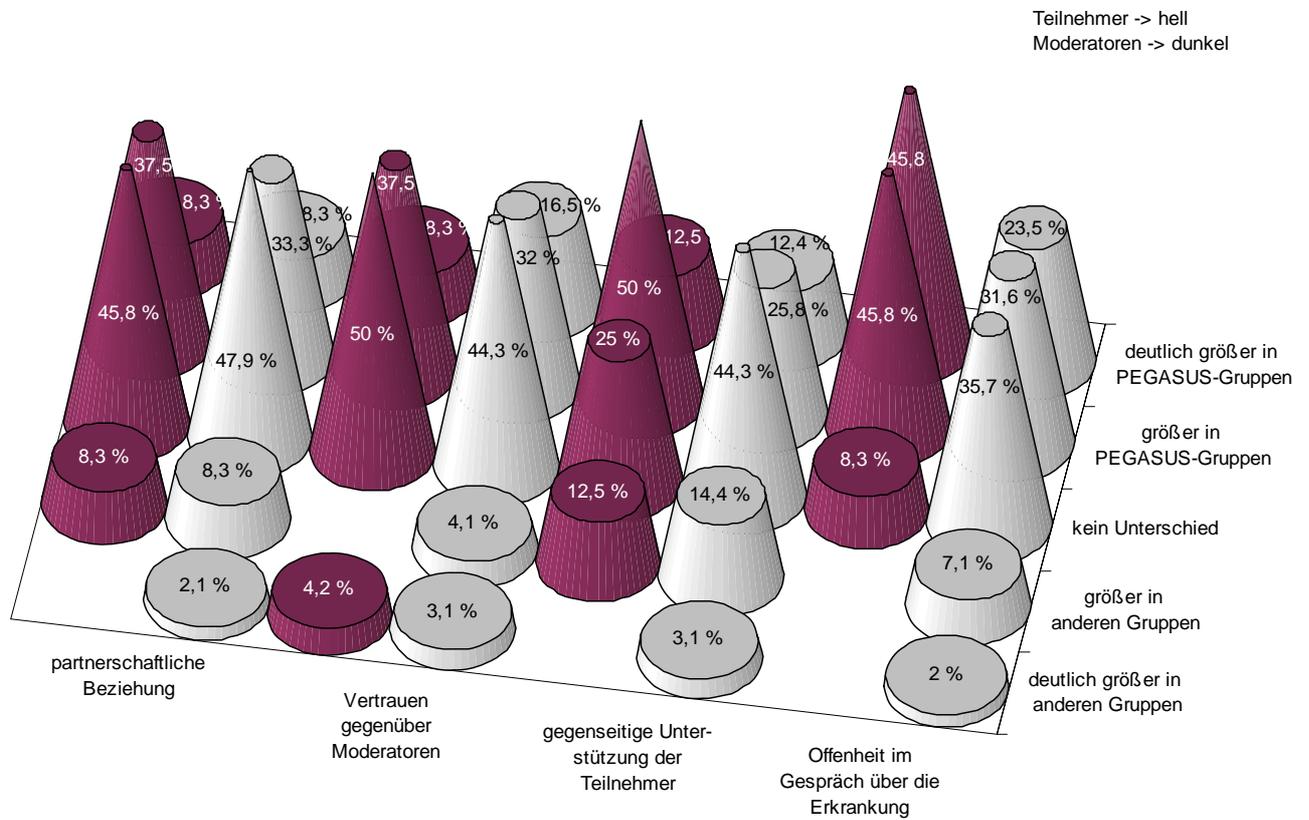
Zum Manual:

Unmittelbare Konsequenzen für das Manual ergeben sich aus den Ergebnissen zu den untersuchten Prozeßmerkmalen nicht.

Zur Praxis der Durchführung:

Der relativ geringe Unterschied zwischen PEGASUS- und anderen Gruppen bezüglich des Kriteriums „gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer“ sollte Anlaß sein, in der Praxis der Gruppenarbeit noch stärker darauf zu achten, daß die Teilnehmer miteinander ins Gespräch kommen und ihre Kenntnisse und Erfahrungen untereinander austauschen.

Abb. 5.4: Prozeßmerkmale



5.5.4 Wirkungen

Die Tabellen 5.14 (Seite 269) und 5.15 (Seite 270) zeigen die Ergebnisse bezüglich erwünschter und unerwünschter Wirkungen der Gruppenarbeit aus der Perspektive von Teilnehmern und Moderatoren.

Teilnehmer

Jeweils mehr als 80 % der Teilnehmer bewerten die Gruppenarbeit als „sehr geeignet“ oder „geeignet“ zur Erreichung der 6 vorgegebenen erwünschten Wirkungen. Damit ist allerdings nicht zwangsläufig verbunden, daß das jeweilige Ziel beim einzelnen Teilnehmer tatsächlich erreicht worden ist. Vielmehr wurde die Frage bewußt allgemein gehalten, weil bestimmte Wirkungen der Gruppenteilnahme sich wahrscheinlich erst nach und nach einstellen und nicht bereits 2 – 4 Monate nach Gruppenteilnahme erreicht sein können/müssen (z. B. positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs). Die Einzelbewertungen unterscheiden sich nur graduell voneinander. Die höchste Rate skeptischer Antworten findet sich beim Item „positives Selbstkonzept“. Dies könnte darauf hindeuten, daß die Zuschreibung einer – als lebenslang fortbestehend aufgefaßten – Vulnerabilität nicht für alle Teilnehmer mit einer positiven Selbstwahrnehmung verbunden ist. Besonders ausgeprägt ist nach Einschätzung der Teilnehmer die Eignung des Konzeptes zur Unterstützung von Kompetenz und Mitverantwortung im Umgang mit Psychopharmaka.

Auch im Hinblick auf mögliche unerwünschte Wirkungen der Gruppenarbeit fällt die Bewertung der Teilnehmer generell recht günstig aus. Am höchsten wird noch das Risiko eingeschätzt, daß die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung überschätzt werden. Wie sich in einer Reihe von Gruppen im Erfahrungsbereich der PEGASUS-Gruppe gezeigt hat, gibt es tatsächlich immer wieder einzelne Teilnehmer, bei denen die Selbstüberschätzung ein reales Problem darstellt. Andererseits könnte man argumentieren, daß diese Gefahr bereits dann gebannt ist, wenn Teilnehmer sie bewußt wahrnehmen. Unter diesem Blickwinkel unterläge eher die Mehrheit der Teilnehmer einem Risiko, die die Gefahr als „gering“ oder „sehr gering“ einschätzen. Fast genauso hoch wird von den Teilnehmern die Gefahr der Überforderung durch zuviel Information eingeschätzt; offenbar beziehen aber nicht alle Teilnehmer die Gefahr auf sich, denn nur 4,4 % hatten die Menge der vermittelten Information als „zu viel“ qualifiziert (vergl. 5.5.1).

Erwähnenswert erscheint, daß immerhin 17 % das Risiko für gegeben halten, daß die Gruppenarbeit eine ablehnende Haltung gegenüber der neuroleptischen Medikation fördert. Dieses Ergebnis kann jedoch auch positiv interpretiert werden als Beleg dafür, daß die problematischen Aspekte der Pharmakotherapie im Verlauf der Gruppenarbeit angemessen zur Geltung kommen. Bei Teilnehmern, die vorher eher unkritisch-positiv gegenüber der Behandlung eingestellt waren, kann es durch die Gruppenarbeit durchaus zu einer kritischeren Einstellung kommen. Im Hinblick auf die Zielsetzung, tatsächlich eine informierte und autonome Entscheidung der Teilnehmer zu fördern, ist dies in Kauf zu nehmen. Im übrigen deuten die Angaben zur „Compliance“ nicht darauf hin, daß die umfassende Information zu einer verstärkten Ablehnung der Medikation geführt hat (vergl. Tabelle 5.3).

Schließlich wurden die Teilnehmer nach einer Reihe von konkreten (erwünschten) Auswirkungen der Gruppenteilnahme gefragt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 5.16. (Seite 271). Die Bewertungen gruppieren sich zu drei Blöcken:

Tab. 5.14: Erwünschte Wirkungen

	Teilnehmer	Moderatoren
▷ positiveres Selbstbild	(n = 113)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	21,2 %	28,0 %
– <i>geeignet</i>	61,1 %	48,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	14,2 %	24,0 %
– <i>ungeeignet</i>	3,5 %	---
▷ Minderung Angst/Unsicherheit	(n = 114)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	30,7 %	32,5 %
– <i>geeignet</i>	54,4 %	64,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	12,3 %	4,0 %
– <i>ungeeignet</i>	2,6 %	---
▷ Förderung von Fähigkeiten und Selbstverantwortung (Verletzlichkeit)	(n = 113)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	27,4 %	52,0 %
– <i>geeignet</i>	61,9 %	44,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	8,0 %	4,0 %
– <i>ungeeignet</i>	2,7 %	---
▷ positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs	(n = 112)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	28,6 %	32,0 %
– <i>geeignet</i>	58,9 %	52,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	8,0 %	16,0 %
– <i>ungeeignet</i>	4,5 %	---
▷ Förderung von Kompetenz/Mitverantwortung im Umgang mit Psychopharmaka	(n = 113)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	46,9 %	40,0 %
– <i>geeignet</i>	43,4 %	60,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	8,0 %	---
– <i>ungeeignet</i>	1,8 %	---
▷ Förderung eines Krankheitskonzeptes, das mit aktuellen Modellvorstellungen vereinbar ist	(n = 108)	(n = 25)
– <i>sehr geeignet</i>	24,1 %	44,0 %
– <i>geeignet</i>	63,9 %	56,0 %
– <i>weniger geeignet</i>	10,2 %	---
– <i>ungeeignet</i>	1,9 %	---

Tab. 5.15: Unerwünschte Wirkungen

	Teilnehmer	Moderatoren
▷ Überforderung durch zu viel Information	(n = 113)	(n = 25)
– <i>sehr hoch</i>	5,3 %	4,0 %
– <i>hoch</i>	15,9 %	32,0 %
– <i>gering</i>	58,4%	60,0 %
– <i>sehr gering</i>	20,4%	4,0 %
▷ Überforderung durch zu schwer verständliche Informationen	(n = 113)	(n = 25)
– <i>sehr hoch</i>	2,7 %	---
– <i>hoch</i>	12,4 %	16,0 %
– <i>gering</i>	67,3 %	76,0 %
– <i>sehr gering</i>	17,7 %	8,0 %
▷ Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung	(n = 111)	(n = 25)
– <i>sehr hoch</i>	3,6 %	---
– <i>hoch</i>	18,9 %	16,0 %
– <i>gering</i>	68,5 %	76,0 %
– <i>sehr gering</i>	9,0 %	8,0 %
▷ Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber Neuroleptika	(n = 112)	(n = 25)
– <i>sehr hoch</i>	5,4 %	---
– <i>hoch</i>	11,6 %	4,0 %
– <i>gering</i>	54,4 %	64,0 %
– <i>sehr gering</i>	27,7 %	32,0 %

Tab. 5.16: Konkrete Auswirkungen der Teilnahme (Teilnehmer)

		trifft zu	trifft eher zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu
▷ kenne meine persönlichen Frühwarnzeichen besser	(n = 112)	54,5 %	34,8 %	8,0 %	2,7 %
▷ kann meine Verletzlichkeit besser wahrnehmen	(n = 112)	49,1 %	32,1 %	15,2 %	3,6 %
▷ begeben mich früher in Behandlung	(n = 110)	47,3 %	37,3 %	10,9 %	4,5 %
▷ hole mir eher Unterstützung, wenn es mir schlecht geht	(n = 110)	44,5 %	27,3 %	19,1 %	9,1 %
▷ nehme Neuroleptika zuverlässiger ein	(n = 107)	43,9 %	18,7 %	15,9 %	21,5 %
▷ kann besser einschätzen, welche Belastungen Streß auslösen	(n = 112)	43,8 %	41,1 %	12,5 %	2,7 %
▷ weiß besser, was ich selbst tun kann, um einer Krise vorzubeugen	(n = 111)	43,2 %	43,2 %	10,8 %	2,7 %
▷ kann meine persönliche Belastungsgrenze besser einschätzen	(n = 112)	37,5 %	49,1 %	12,5 %	0,9 %
▷ kann Nebenwirkungen besser wahrnehmen	(n = 108)	34,3 %	23,1 %	26,9 %	15,7 %
▷ kann mit Belastungen besser umgehen	(n = 112)	31,3 %	41,1 %	20,5 %	7,1 %
▷ kann besser mit Nebenwirkungen umgehen	(n = 107)	24,3 %	28,0 %	28,0 %	19,6 %
▷ setze Neuroleptika selbst gezielt ein	(n = 108)	24,1 %	24,1 %	20,4 %	31,5 %

- 4 der 6 Items mit mehr als 80 % positiven Antworten sind solche, die eine verbesserte Selbstwahrnehmung anzeigen: kenne Frühwarnzeichen besser; kann Belastungsgrenze besser einschätzen; kann besser einschätzen, welche Belastungen Stress auslösen; kann meine Verletzlichkeit besser wahrnehmen. Die übrigen 2 Items mit mehr als 80 % positiven Nennungen beziehen sich auf eigenen Bewältigungskompetenzen: weiß besser was ich selbst tun kann, um Krise vorzubeugen; gebe mich früher in Behandlung.
- Die beiden Items mit mehr als 70 % positiven Nennungen beziehen sich ebenfalls auf Bewältigungsverhalten: hole eher Unterstützung; kann mit Belastungen besser umgehen.
- Sämtliche 4 Items mit weniger als 70 % positiven Nennungen beziehen sich auf den Umgang mit Neuroleptika: kann Nebenwirkungen besser wahrnehmen; nehme Neuroleptika zuverlässiger; kann besser mit Nebenwirkungen umgehen; setzte Neuroleptika gezielt ein.

Hieraus läßt sich die Hypothese ableiten, daß psychoedukative Therapie nach dem PEGASUS-Konzept in erster Linie die Wahrnehmungsfähigkeit und in zweiter Linie die Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen fördert. Am wenigsten ausgeprägt sind die konkreten Auswirkungen bezüglich der Therapie mit Neuroleptika. Diese Hypothese bedarf natürlich einer Überprüfung, kann aber vorderhand zumindest eine gewisse Plausibilität für sich beanspruchen. Eine zeitlich befristete und wenig aufwendige Intervention wie die PEGASUS-Therapie dürfte eher Auswirkungen im kognitiven Bereich haben als konkrete Verhaltens-änderungen herbeiführen. Bezüglich der Neuroleptika gilt, daß deren Wirkungen und der Umgang damit objektiv nur eingeschränkt zur Disposition des Patienten stehen; diese wird z. B. eingeschränkt durch die Verordnung des behandelnden Arztes oder durch die Resistenz bestimmter Nebenwirkungen.

Moderatoren

Generell liegen die Bewertungen der Moderatoren bezüglich der erwünschten Wirkungen der Gruppenarbeit recht nahe bei den entsprechenden Werten der Teilnehmer. Addiert man die positiven und negativen Nennungen je Item, so liegen die Differenzen zwischen Teilnehmer- und Moderatoren-Bewertungen unter 10 % und sollten deshalb nicht als wesentliche Unterschiede interpretiert werden. Es gibt lediglich eine Ausnahme: Die Moderatoren schätzen das Konzept zu 96 % als „sehr geeignet“ oder „geeignet“ ein, um Angst und Unsicherheit zu reduzieren, bei den Teilnehmern waren dies „nur“ 85 % (Tabelle 5.14).

Auch bezüglich der unerwünschten Wirkungen gibt es nur graduelle Unterschiede in der Bewertung von Teilnehmern und Moderatoren. Addiert man die Nennungen für „sehr hoch“ und „hoch“, so gibt es in zwei Fällen etwas größere Differenzen: Die Moderatoren schätzen die Gefahr der Überforderung durch zu viel Information höher ein als die Teilnehmer, und sie bewerten das Risiko der Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber Neuroleptika als geringer (Tabelle 5.15).

Die Moderatoren wurden außerdem gefragt, welche Auswirkungen ihre Mitarbeit in einer PEGASUS-Gruppe auf die Wahrnehmung/das Verständnis der Betroffenen außerhalb der Gruppenarbeit, also in ihrem sonstigen beruflichen Alltag, gehabt hat (Tabelle 5.17, Seite 273). In 5 von 6 Bereichen bewerteten die Moderatoren die Auswirkungen der Gruppenarbeit zu $\frac{3}{4}$ oder mehr als „sehr stark“ oder „stark“, wobei die Veränderung beim Verständnis des subjektiven Erlebens besonders ausgeprägt waren. Lediglich in einem Fall waren die Auswirkungen eher gering: bessere Kenntnis der Lebenssituation. Dies erklärt sich zwanglos damit, daß die konkrete Lebenssituation der Betroffenen in der PEGASUS-Gruppe keine zentrale Rolle spielt; demgegenüber dürfte sie in der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit der Moderatoren mit Betroffenen stärker im Vordergrund stehen.

Tab. 5.17: Auswirkungen auf Wahrnehmung/Verständnis der Betroffenen (Moderatoren)

Mo-

		<i>sehr starke</i>	<i>starke</i>	<i>weniger starke</i>	<i>keine</i>
▷ besseres Verständnis subjektives Erleben	(n = 23)	34,8 %	53,2 %	13,0 %	---
▷ besseres Verständnis der Qualität der erlebten Störungen	(n = 22)	22,7 %	50,0 %	27,3 %	---
▷ bessere Wahrnehmung Selbsthilfe-/Bewältigungsfähigkeiten	(n = 22)	13,6 %	63,3 %	22,7 %	4,5 %
▷ bessere Wahrnehmung ihres Entwicklungspotentials	(n = 22)	13,6 %	54,5 %	27,3 %	---
▷ bessere Wahrnehmung Grenzen/Behinderungen	(n = 22)	9,1 %	68,2 %	22,7 %	---
▷ bessere Kenntnis der Lebenssituation	(n = 22)	4,5 %	31,8 %	59,1 %	4,5 %

Tab. 5.18: Auswirkungen auf Alltagspraxis außerhalb der Gruppenarbeit (Moderatoren, n = 22, ≥2 Nennungen)

Mo-

• Übertragung der Inhalte/Methoden auf andere Arbeitskontexte	8
• verbessertes, vertieftes Verständnis der Betroffenen/ihrer Situation	6
• mehr Sicherheit	5
• mehr Klarheit im Umgang/Verhalten	5
• mehr fachliche Kompetenz/Wissen	4
• mehr Offenheit	3
• mehr Mut	2
• mehr Partnerschaftlichkeit in der Beziehung	2
• mehr Vertrautheit in der Beziehung	2
• stärkere Berücksichtigung der Kompetenzen/der Verantwortung der Betroffenen	<u>2</u>
	39
• div. Einzelnennungen	<u>15</u>
	<u>54</u>

Die Moderatoren hatten außerdem die Möglichkeit, sich in offener Form dazu zu äußern, welche Auswirkungen ihre Erfahrungen als Moderator für die alltägliche Arbeit mit schizophran Erkrankten gehabt hat. Hierzu gab es 54 Nennungen von 22 Moderatoren ($M = 2,45$). Die inhaltsanalytische Auswertung ergab ein breites Spektrum von Veränderungen (Tabelle 5.18, S. 273)). Im Vordergrund stehen ein größeres Verständnis der Betroffenen und ihrer Situation, mehr Sicherheit und Klarheit im Umgang mit ihnen sowie der Transfer von Inhalten und Methoden der PEGASUS-Gruppe in andere Arbeitskontexte (z. B. Einzelgespräche, Kontakte mit Angehörigen etc.). Sämtliche genannten Begleit- und Folgewirkungen können als durchaus erwünscht gelten und liegen ganz auf der Linie des Krankheits- und Therapieverständnisses des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells.

Folgerungen für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes

Zum Manual:

Die Wirkungen der Gruppenarbeit auf das Selbstkonzept der Teilnehmer wurde nur mit Einschränkungen als positiv beurteilt. In der 3. Auflage des Manuals werden die Störungen der Informationsverarbeitung ausführlicher behandelt. Dabei werden auch die positiven Aspekte der Verletzlichkeit (erhöhte Genauigkeit der Wahrnehmung, Sensibilität) herausgearbeitet. Möglicherweise kann hierdurch eine positivere Selbstwahrnehmung zusätzlich gefördert werden.

Als relativ hoch wurde von den Teilnehmern, besonders aber von den Moderatoren, das Risiko der Überforderung durch zu viel Information eingeschätzt. Dieser Gefahr wird auch in der 3. Auflage des Manuals nicht dadurch begegnet, daß Inhalte gestrichen werden. Tatsächlich werden einige Ergänzungen vorgenommen, um Inhalte besser verständlich zu machen (vergl. 5.5.2).

Zur Praxis der Durchführung:

Der Umgang mit dem Risiko der Überforderung durch zu viel Information bleibt also eine zentrale Herausforderung für die Moderatoren. Sie haben die Informationsvermittlung so zu gestalten und zu kanalisieren, daß eine Überforderung auch einzelner Teilnehmer vermieden wird. Hierbei muß im Zweifel der Grundsatz gelten: Weniger ist mehr. Das bedeutet, daß Moderatoren auch in der Lage und bereit sein müssen, bestimmte Inhalte auszulassen, wenn die Belastungsgrenze der Teilnehmer erreicht ist. Diese Anforderung wird mit der 3. Auflage des Manuals eher noch steigen.

Eine ständige Anforderung an die Moderatoren ist darüber hinaus, Selbstüberschätzungstendenzen auf Seiten einzelner Teilnehmer sensibel wahrzunehmen und diesen behutsam gegenzusteuern.

Die Hinweise, die sich aus den Bewertungen der Teilnehmer ergeben, daß sich kognitive Veränderungen durch das PEGASUS-Konzept möglicherweise eher ergeben als Verhaltensänderungen, unterstreicht, daß zeitlich befristete Verfahren in der Schizophrenietherapie grundsätzlich einen begrenzten Stellenwert haben. Daraus könnte sich ergeben, psychoedukative Kurzzeittherapien wie das PEGASUS-Konzept als einen Basisbaustein aufzufassen, der durch weitere, stärker verhaltens- und bewältigungsorientierte psychoedukative Konzepte zu ergänzen ist. Ein solches mittelfristig angelegtes Konzept hat z. B. jüngst SCHAUB mit ihrer bewältigungsorientierten Gruppentherapie vorgestellt (vergl. SCHAUB & BÖKER 1997).

5.5.5 Gesamtbewertung

Teilnehmer

Eine Gesamteinschätzung der PEGASUS-Gruppe wurde aus drei verschiedenen Perspektiven abgefragt:

- über das Interesse an weiteren psychoedukativen Angeboten;
- über die offene Frage: „Was möchten sie uns sonst noch über die Gruppenarbeit mitteilen?“;
- über „Schulnoten“.

Ein definitives Interesse an weiteren psychoedukativen Angeboten gibt es bei mindestens der Hälfte der Teilnehmer bezüglich 3 Varianten: einmaliges Wiedertreffen der Gruppe nach ca. ½ Jahr; Fortsetzung der Gruppenarbeit mit gleichen Teilnehmern zur Vertiefung der Inhalte oder mit neuen Themen; ein psychoedukatives Gruppenangebot für Angehörige, Partner etc. (Tabelle 5.19).

Tab. 5.19: Interesse an weiteren psychoedukativen Gruppen (Teilnehmer)

		<i>ja, auf jeden Fall</i>	<i>vielleicht</i>	<i>nein</i>
▷ einmaliges Wiedertreffen nach ½ Jahr	(n = 105)	58,1 %	33,3 %	8,6 %
▷ Wiederholung der 14 Stunden (gleiche Inhalte, andere Teilnehmer)	(n = 105)	14,3 %	46,7 %	39,9 %
▷ Fortsetzung mit gleichen Teilnehmern zur Vertiefung/mit neuen Themen	(n = 106)	49,1 %	41,5 %	9,4 %
▷ Rat an wichtige Angehörige/Partner, an Gruppen mit ähnlichen Themen teilzunehmen	(n = 107)	50,4 %	32,2 %	10,4 %

Lediglich die Wiederholung der gleichen Inhalte mit anderen Teilnehmern stößt nur bei einer Minderheit der Teilnehmer auf Interesse. Immerhin äußert noch jeder 7. Teilnehmer definitives Interesse an einem solchen Angebot. Tatsächlich zeigt die Erfahrung mit der Umsetzung des PEGASUS-Konzeptes in Bielefeld, daß in den letzten Jahren immer wieder einzelne „Wiederholer“ in den Gruppen sind.

Zu der offenen Frage äußerten sich 43 Teilnehmer mit 61 Nennungen (M = 1,42). Das Ergebnis der inhaltsanalytischen Auswertung zeigt Tabelle 5.20, Seite 276.

Im folgenden werden die Einzeläußerungen in leicht gekürzter Form wiedergegeben:

- *Generell positiv:* Bin sehr froh, daran teilgenommen zu haben und bedanke mich. Ich finde es gut, daß man sich über die Krankheit informieren und einiges daraus lernen konnte. Die Gruppenarbeit war insgesamt zufriedenstellend. War eine tolle Gruppenarbeit. Dieses Seminar ist eine gute Einrichtung. Hat insgesamt gesehen seinen Platz in meiner Gesundheit. Zu kurz, zu schön. Sehr interessant und informativ. Es hat mit gut

Tab. 5.20: Offene Äußerungen über die Gruppenarbeit (Teilnehmer, n = 43)

• generell positive Äußerungen	16
• generell negative Äußerungen	1
• spezifisch positive Äußerungen	17
• spezifisch negative Äußerungen	13
• konkrete Hinweise	13
• unverständlich	1
gesamt:	61

gefallen. Es hat Spaß gemacht. Wichtiger Schritt für Psychosekranken (Wiedereingliederung). Gruppenarbeit immer machen. Ein sehr gutes Konzept; ich hoffe, daß auch in Zukunft Möglichkeiten und Mittel vorhanden sind, solche Gruppen anzubieten. Ich möchte ...sagen, daß Sie alle sehr gut waren und daß Sie weiter helfen möchten auf diese Weise. Es ist gut, daß es eine solche Gruppe gibt und ich kann sie jedem, der eine Psychose durchlebt hat, empfehlen. Ich freue mich, daß kranke Menschen wieder stabil werden...; danke für alles. Ich war zufrieden.

- *Generell negativ:* (Die Gruppenarbeit hat mir ein besseres Verständnis der Krankheit gebracht), geholfen hat sie mir leider nicht.
- *Spezifisch positiv:* Es entstand ein guter Kontakt zu den Gruppenteilnehmern durch Kombination von strukturierter Begegnung („Stunde“) und unstrukturierten Kontakten vor den Treffen. Daß die Informationen über die Medikamente und über die Krankheit sehr wichtig waren. Die Zeit 60 Minuten ist gut. Für mich war es wichtig, daß man auf Verständnis stieß...und daß man wirklich alles sagen konnte, was man dem normalen Umfeld nicht erzählen kann. Ich wurde angehört und ernst genommen. Habe die Psychose besser definieren können. Es war gut, daß es immer wieder Gelegenheit zum Gespräch gab und Erfahrungen der Teilnehmer grundsätzlich den theoretischen Informationen vorausgingen. Es war eine angenehme Gruppe - Zusammensetzung der TeilnehmerInnen. Mir hat besonders die Offenheit in Gesprächen der Teilnehmer untereinander gefallen. Es war sehr interessant, mit anderen Betroffenen so offen sprechen zu können. Ich habe mich sehr verstanden gefühlt; erkenne, wenn ich in der Krise bin und fühle mich der sich anbahnenden Psychose nicht mehr so hilflos ausgeliefert. War nicht zu stressig. In der Gruppe bestand oft die Möglichkeit, sich persönlich durch Vergleiche mit anderen kennen zu lernen. Ich fand gut, daß die Patienten viel Möglichkeit hatten, ihre Erfahrungen zu schildern. Die Gruppenarbeit hat mir ein besseres Verständnis der Krankheit gebracht.
- *Spezifisch negativ:* Es wurde wenig von Angst und Aggression gesprochen. Zu wenig Mitarbeit der Teilnehmer. Zu wenig Klarheit der Information durch den Moderator. Teilweise bitte nicht so viel Information, besonders am Anfang der Gruppe, da man sich erst gewöhnen muß. Mit den kurzen Leitsätzen kann ich nicht viel anfangen; das wesentliche der einzelnen Stunden müßte hinzukommen, da ich sehr vergeßlich bin. Die Gruppenarbeit basiert auf der klassischen Form: Therapeut-Patient-Psychopharmaka; es wird jedoch wenig eingegangen auf jedes einzelne Individuum mit seinen Schwächen und Stärken. Der Umgang mit sich selbst im Leben und im Vorfeld der Erkrankung, z. B. Anhäufungen von Gedanken, die nicht gestoppt werden können oder die Aufwallung von Gefühlen...,wird in der Gruppe nicht berührt. Jede Erkrankung ist auch eine spirituelle Krise. Ärzte, die ich befragt habe, waren anderer Meinung, als was in der Gruppe vermittelt wurde, und das verunsichert. Es ist so schwierig, engere Kontakte zu knüpfen.

Mir hat ein wenig die Tiefe der theoretischen Themen gefehlt. Was heißt psychoedukativ? Diese Information habe ich nicht erhalten oder vergessen. Die Dauer der einzelnen Sitzungen war mit 60 Minuten zu kurz (4 der 13 Nennungen stammen von einem Teilnehmer).

- *Konkrete Hinweise:* Ich fände es besser, wenn es pro Sitzungseinheit zwei statt einer Gruppenstunde gäbe. Sachfilme zeigen über Kliniken, Medikamente, Therapien. Gemeinsame Freizeitgestaltung, vielleicht einmal Minigolf, Theater oder Kino. Mehr Einzelgespräche. Kürzere Sitzungen wären gut. Weniger Fremdwörter gebrauchen. Weniger Information pro Stunde, dafür Dauer des Programms mehr als 14 Stunden. Einbeziehung von einzelnen Teilnehmern. Vielleicht hätte es noch mehr Informationsblätter für den Ordner geben sollen, damit man richtig gut informiert ist. Wünsche mir einen differenzierteren Umgang für Ersterkrankte und Rückfallpatienten. Es sollten auch Teilnehmer da sein, die viele Jahre keine erneute Psychose erlitten. Gezielter fragen, auf die Person eingehen, Gruppenleiter dumm stellen. Mehr die Teilnehmer zu Wort kommen bzw. Konzept mitgestalten lassen.

Insgesamt imponiert die äußerst differenzierte Stellungnahme zum PEGASUS-Konzept. Dabei kommen z. T. auch Unterschiede in den Erwartungen und Bedürfnissen der Teilnehmer zum Tragen (z. B. „kürzere Sitzungen“ versus „60 Min. sind gut“). Andere Unterschiede lassen sich möglicherweise auf unterschiedliche Erfahrungen in verschiedenen Gruppen zurückführen („zu wenig Mitarbeit der Teilnehmer“ versus „ich fand gut, daß die Patienten oft die Möglichkeit hatten, ihre Erfahrungen zu schildern“). Andere Unterschiede mögen auf persönliche Merkmale von Teilnehmern zurückzuführen sein (z. B. „es entstand ein guter Kontakt“ versus „es ist so schwierig, engere Kontakte zu knüpfen“). In anderen Fällen dürften Unterschiede in der Moderatoren-Leistung eine Rolle spielen („zu wenig Klarheit der Information durch den Moderator“ versus „die Gruppenarbeit hat mir ein besseres Verständnis der Krankheit gebracht“). Es gibt jedoch eine Reihe konstruktiver und bedenkenswerter Anmerkungen und Vorschläge, denen unter c) weiter nachgegangen wird.

Zum Schluß des Fragebogens wurden die Teilnehmer gebeten, eine globale Bewertung der Gruppenarbeit im Sinne von Schulnoten abzugeben. Das Ergebnis zeigt Abbildung 5.5, Seite 278).

Daß fast 87 % der Nennungen auf die Kategorien „sehr gut“ und „gut“ entfielen, unterstreicht die insgesamt positive Bewertung des Gruppenkonzepts, wie sie bereits aus zahlreichen Detailbewertungen in den vorangegangenen Abschnitten zu entnehmen war.

Moderatoren

Die Moderatoren wurden nur mit einer Frage um eine generelle Einschätzung zur Gruppenarbeit gebeten: Ist das PEGASUS-Konzept nach Ihrer Erfahrung geeignet, eine gemeinsame Gesprächsgrundlage zwischen Betroffenen und Professionellen herzustellen?

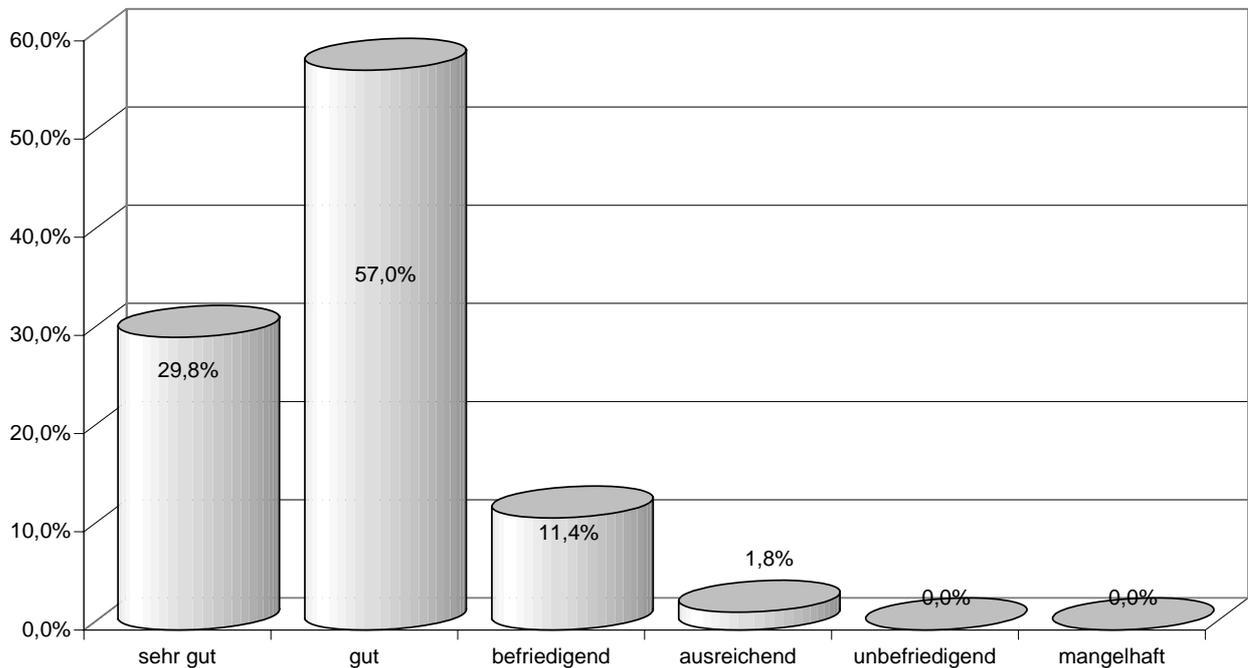
Das Ergebnis: 68 % halten es für „sehr geeignet“, 32,0 % für „geeignet“ (n = 25). Diese generelle Bewertung liegt somit auf der gleichen Linie wie das Teilnehmerurteil.

Folgerungen für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes

Zum Manual:

Der Kritik, daß am Anfang der Gruppenarbeit zuviel Information erfolgt, wurde bei der 2. Auflage des Manuals ansatzweise dadurch Rechnung getragen, daß die 2. Stunde um die Informationen zu den psychosozialen Bedingungsfaktoren entlastet wurde, was jedoch zu einer gewissen Verdichtung der Inhalte in den nächsten Stunden geführt hat.

Abb. 5.5: Generelle Bewertung des PEGASUS-Konzeptes (Teilnehmer, n = 114)



Der Anregung, aus einer Gruppenstunde zwei zu machen, wird bei der Gestaltung des Manuals nicht gefolgt. In der Praxis hat sich jedoch eine Teilung der Gruppenstunde mit einer Pause dort bewährt, wo es sich um weniger belastbare Klienten handelt. So wird zum Beispiel in einer Bielefelder Tagesklinik das Konzept grundsätzlich so realisiert, daß zwischen zwei Einheiten von ca. 45 Min. eine halbstündige Pause gemacht wird (vergl. KASTNER-WIENBERG 1997). Dabei wird der Gesamtrahmen von 14 Stunden nicht verändert.

Die Verteilung der Informationen auf mehr als 14 Stunden ist natürlich grundsätzlich möglich und steht bei der Umsetzung jedem Moderator frei. Im Manual wird jedoch auch in der 3. Auflage das 14 Stunden-Format beibehalten, da es sich vielfach als umsetzbar erwiesen hat. Die Erfahrung zeigt jedoch auch, daß dies nur bei hoher Zeitdisziplin möglich ist und es auch dann immer einmal wieder zur Überziehung bei einzelnen Stunden kommt. Auch eine Überforderung der Informationsverarbeitung bei einzelnen Teilnehmern ist dabei nicht auszuschließen. Das aktuelle Konzept repräsentiert somit einen zeitlichen und inhaltlichen Minimalrahmen, der in der Praxis flexibel ausgedehnt werden kann und in bestimmten Kontexten wohl auch muß.

Die Anregung, mehr Infoblätter zur Verfügung zu stellen und insgesamt ausführlichere schriftliche Informationen zu geben, ist in der 2. Auflage bereits durch Ergänzung von zwei Infoblättern aufgegriffen worden. Die 3. Auflage wird überarbeitete und ausführlichere Merksätze enthalten und wiederum einzelne zusätzliche Info-Blätter.

Das Manual enthält bereits die Empfehlung an die Moderatoren, den Teilnehmern von PEGASUS-Gruppen ein einmaliges Wiedertreffen nach ½ Jahr anzubieten. In Bielefeld ist dies bereits gängige Praxis.

Eine Mehrheit der Teilnehmer würde ihren Angehörigen empfehlen, an einer ähnlichen Gruppe teilzunehmen. Die PEGASUS-Gruppe hat in 1997/98 ein Manual für eine psychoedukative Gruppenarbeit mit Angehörigen entwickelt, das sich in der Erprobung befindet und voraussichtlich 1999 erscheinen wird.

Was die Erarbeitung weiterer, bisher vom Manual nicht abgedeckter Themen im Rahmen einer psychoedukativen Gruppe angeht, so wird hierfür von der PEGASUS-Gruppe durchaus ein Bedarf gesehen (vergl. 5.5.2). Die Bearbeitung von Themen wie „Psychotherapie“ und „Rechtsfragen“ könnte in ergänzenden Modulen zum PEGASUS-Basiskonzept erfolgen. Die Entwicklung und Überprüfung solcher Module bleibt jedoch einstweilen ein Vorhaben für die Zukunft.

Zur Praxis der Durchführung:

Tatsächlich ist – wie von einem Teilnehmer angeregt – ein differenzierter Umgang mit Erst- und Mehrfacherkrankten gefordert. Zur Zielgruppe des PEGASUS-Konzeptes gehören Ersterkrankte nicht explizit, weil sich ihre Situation in mancher Hinsicht anders darstellt als die von Mehrfacherkrankten (vergl. 4.4.3). Selbstverständlich ist es nicht ausgeschlossen, daß auch Ersterkrankte an einer PEGASUS-Gruppe teilnehmen; dies wird z. B. bei der Durchführung im tagesklinischen Kontext häufiger der Fall sein. Auf ihre Situation ist jedoch in der Gruppe, ggf. auch in ergänzenden Einzelgesprächen gesondert einzugehen.

Der Hinweis eines Teilnehmers auf abweichende Meinungen eines behandelnden Arztes ist realistisch und unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit, die behandelnden Ärzte über die Inhalte des Gruppenkonzeptes zumindest zu informieren (vergl. 5.5.1). Bloße Information löst jedoch inhaltliche Dissonanzen nicht notwendig auf. In solchen Fällen muß es dem Betroffenen überlassen bleiben, wie er mit diesen Dissonanzen umgeht. Unbedingt vermeiden sollten Moderatoren den Rat, doch den behandelnden Arzt zu wechseln. Denn oft haben schizophren Erkrankte zu ihrem behandelnden Arzt eine langjährige Beziehung, die – manchmal trotz oder sogar wegen inhaltlicher Meinungsverschiedenheiten – eine erheblich stabilisierende Funktion haben kann und nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden darf. Die Wünsche einzelner Teilnehmer nach Sachfilmen, gemeinsamer Freizeitgestaltung, mehr Einzelgesprächen und der Beteiligung von Betroffenen, die langjährig rückfallfrei sind, können als Möglichkeiten verstanden werden, das PEGASUS-Basiskonzept flexibel und kreativ zu ergänzen und anzureichern.

5.6 Zusammenfassung und Diskussion

Im Rahmen der hier vorgestellten Befragung von Nutzern und Anwendern des PEGASUS-Konzeptes wurden 115 schizophrene erkrankte Menschen mit einer durchschnittlichen Dauer seit der Ersterkrankung von 7,5 Jahren untersucht. Diese wurden behandelt bzw. betreut in einem weiten Spektrum von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen der Regelversorgung und können somit als repräsentativ gelten für die Population von PEGASUS-Teilnehmern in der Regelversorgung. Drei von vier Teilnehmern bezeichneten ihre Erkrankung selbst als schizophrene oder schizoaffektive Psychose, weitere 20 % gaben eine zutreffende Ersatzbezeichnung an. Bei mehr als 93 % der Teilnehmer lag zum Zeitpunkt der Befragung eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka vor, 78 % konnten die verordneten Medikamente korrekt einordnen. Die selbsteingeschätzte „Compliance“ der Teilnehmer ist hoch: 91 % nehmen die verordneten Medikamente nach eigenen Angaben „vollkommen zuverlässig“ oder „zuverlässig“. Da keine Prä-Erhebung durchgeführt wurde, ist streng genommen keine Aussage darüber möglich, ob die guten Kenntnisse bezüglich Diagnose und Medikation sowie die für die Regelversorgung sehr hohe „Compliance“-Rate bereits ein Effekt der Gruppenteilnahme sind oder ob ein Selektionseffekt vorliegt.

In die Untersuchung wurden ferner einbezogen 25 Mitarbeiter aus 6 verschiedenen Berufsgruppen, die ebenfalls in einem weiten Spektrum von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen tätig sind und die zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt 2,4 komplette PEGASUS-Gruppen moderiert hatten. Die durchschnittliche Dauer der Berufserfahrung mit

der Zielgruppe ist mit 10,6 Jahren hoch, je gut 2/3 der Therapeuten hatten das Theorie-Seminar und Praxis-Training der PEGASUS-Gruppe absolviert. Es handelt sich also um eine bezüglich der beteiligten Berufsgruppen und Institutionen repräsentative und bezüglich Berufserfahrung und Fortbildung überdurchschnittlich qualifizierte Gruppe von psychiatrischen Professionellen.

Die Zusammenfassung der Befragungs-Ergebnisse erfolgt entlang den vorab formulierten Fragestellungen der Untersuchung (vergl. 5.2).

1. *Wie beurteilen Teilnehmer die Methodik und praktische Durchführung der Gruppen-therapie?*

Fünf von sechs der befragten Teilnehmer hatten an mindestens 12 der 14 Gruppenstunden teilgenommen, dies verweist auf eine insgesamt hohe Teilnahmezuverlässigkeit.

Als optimale Gruppengröße werden 5 – 9 Teilnehmer veranschlagt. Die Dauer der Gruppenstunden bewerten 4/5 der Teilnehmer als „gerade richtig“, die Menge der vermittelten Information finden 3/4 „gerade richtig“, knapp 20 % hätten gern noch mehr Informationen gehabt.

Knapp 60 % der Teilnehmer wünscht sich mindestens einen Moderator, mit dem er außerhalb der Gruppenarbeit nichts zu tun hat, mehr als 90 % sind der Meinung, ein Arzt sollte mindesten an der Durchführung von Teil II des Konzeptes (Medikamentenbehandlung) beteiligt sein und 3/4 halten es für erforderlich, daß ihr behandelnder Arzt über die Inhalte der Gruppenarbeit informiert wird.

Die Stellungnahme der Teilnehmer zu den eher formalen Aspekten der Durchführung ist also insgesamt positiv und deckt sich weitgehend mit den Vorgaben bzw. Vorschlägen der PEGASUS-Gruppe.

Zu den didaktisch-methodischen Aspekten der Durchführung nahmen die Teilnehmer wie folgt Stellung:

- Die didaktischen Hilfsmittel (Tafelbilder, Folien, Arbeitsblätter) sowie die ausgehändigten Materialien wurden von jeweils mehr als 90 % der Teilnehmer als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ qualifiziert; bezüglich der Materialien wurden durchschnittlich 1,6 Verwendungszwecke je Teilnehmer genannt.
- Die beiden zentralen methodischen Zugänge „Informations-Input“ und „Gruppengespräche“ wurden ebenfalls von mehr als 90 % mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“ bewertet, wobei die Information tendenziell als noch wichtiger beurteilt wurde als die Gespräche.
- Auch die Anforderungen an die Moderatoren (fachlich-theoretisches Wissen, pädagogisch-didaktische Fähigkeiten, psychotherapeutische Kompetenz und praktische Erfahrung in der Arbeit mit Psychosekranken) wurden jeweils von mehr als 90 % als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ bewertet, wobei die beiden letztgenannten tendenziell höher bewertet werden. Mit der Realisierung dieser Anforderungen durch die Moderatoren waren jeweils mehr als 90 % „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“.

Das methodisch-didaktische Konzept der Gruppentherapie und seine praktische Umsetzung durch die Moderatoren wird also von den Teilnehmern durchweg sehr positiv beurteilt.

2. *Wie beurteilen die Therapeuten die Methodik und praktische Durchführung der Gruppentherapie?*

Mit knapp 90 % beurteilen die Moderatoren die Teilnahmezuverlässigkeit ähnlich hoch wie die Teilnehmer selbst. Die optimale Gruppengröße wird mit etwa 6 – 8 Teilnehmern angegeben. Mehr als 90 % der Moderatoren bewerten die Dauer der Gruppensitzungen mit „gerade richtig“. Nur die Hälfte konnte die vorgegebene Dauer jedoch in wenigstens 12 Stunden einhalten.

Bezüglich weiterer formaler Aspekte stimmen die Auffassungen der Moderatoren mit denen der Teilnehmer sehr weitgehend überein: Knapp 90 % meinen, daß ein ärztlicher Co-Moderator nicht in allen 14 Stunden erforderlich ist; mehr als die Hälfte halten die „Neutralität“ eines der Moderatoren und mehr als 90 % die Information des behandelnden Arztes für „wichtig“ oder „sehr wichtig“.

Abweichend von den Empfehlungen der PEGASUS-Gruppe halten nur gut 1/3 der Moderatoren die einrichtungsübergreifende Durchführung für „(sehr) wichtig“; mehr als 90 % stimmen jedoch mit der PEGASUS-Gruppe darin überein, daß die regionbezogene Einführung des Konzeptes „(sehr) wichtig“ ist.

Bezüglich der methodisch-didaktischen Aspekte der Umsetzung liegen die Moderatoren Bewertungen auf der gleichen Linie wie die der Teilnehmer:

- Jeweils mehr als 90 % beurteilen die didaktischen Hilfsmittel als „(sehr) wichtig“. Die Bedeutung die die ausgehändigten Materialien für die Teilnehmer haben, wird von den Moderatoren tendenziell unterschätzt.
- Die Anforderungen an die Moderatoren werden von diesen selbst zu über 90 % als „(sehr)“ wichtig“ eingeschätzt, allerdings mit einer Ausnahme: Nur 70 % halten psychotherapeutische Kompetenz für „(sehr) wichtig“. Ob hier tatsächlich eine unterschiedliche Gewichtung von Teilnehmern und Moderatoren vorliegt, ist jedoch wegen der leicht abweichenden Item-Formulierung nicht sicher zu entscheiden.
- Die Zufriedenheit mit der Umsetzung der Anforderungen ist auf Seiten der Moderatoren nicht ganz so ausgeprägt wie bei den Teilnehmern.

3. *Welche Hinweise lassen sich aus der Bewertung der Methodik für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?*

Die Modifikationen des Manuals beschränken sich auf eine veränderte Empfehlung zur optimalen Gruppengröße (5 – 8) sowie eine Überarbeitung und Ergänzung der Materialien (beides umgesetzt in der 3. Aufl.).

Im Hinblick auf die praktische Durchführung sollte die Bedeutung der ausgehändigten Materialien von den Moderatoren nicht unterschätzt werden. Die Notwendigkeit der Information der behandelnden Ärzte der Teilnehmer über die Inhalte der Gruppenarbeit wurde besonders akzentuiert; ihr ist in der Praxis vermehrt Beachtung zu schenken.

Die Einhaltung der 60-Minuten-Grenze für die Dauer der Gruppenstunden sollte in der Praxis weiterhin angestrebt werden. Dabei darf die Beteiligung der Teilnehmer nicht zugunsten der Informationsvermittlung vernachlässigt werden. Ggf. sollten Informationsteile gekürzt werden oder entfallen.

Den hohen Erwartungen der Teilnehmer im Hinblick auf eine psychotherapeutische Haltung der Moderatoren ist zu entsprechen.

4. *Wie bewerten Teilnehmer die in der Gruppenarbeit behandelten Inhalte?*

Über 90 % der Teilnehmer fanden fast alle oder die Mehrzahl der Gruppenstunden interessant. Dieser Befund spiegelt sich auch in den Bewertungen der Inhalte: Alle Themen wurden von mehr als 90 % als „(sehr) wichtig“ bewertet - mit Ausnahme des Themas Suizid, daß aber auch noch für 3/4 der Teilnehmer „(sehr) wichtig“ ist.

Zwar sind die Unterschiede in der Gewichtung der Inhalte eher geringfügig, Themen, die die aktiv-gestaltende Rolle der Betroffenen im Umgang mit Ihrer Erkrankung fokussieren, scheinen jedoch zusammen mit dem Thema Neuroleptika stärker gewichtet zu werden als eher „theoretische Themen“ oder Einzelthemen wie Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder das Erleben der akuten Psychose.

Offenbar ist also das Interesse schizophrener Erkrankter an Information/Austausch über ihre eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten besonders ausgeprägt. Damit ist grundsätzlich ein hervorragender Anknüpfungspunkt für gesundheitsfördernde Konzepte und Kooperationsformen auch bei dieser Personengruppe gegeben. Dieses Ergebnis kann zugleich als Hinweis auf die ökologische Validität des „neuen“ Schizophrenie-Paradigmas gewertet werden, daß ja dem Betroffenen und seiner aktiven Auseinandersetzung mit der Erkrankung einen zentralen Stellenwert zuweist.

Das Verständnis der vermittelten Information wird von den Teilnehmern selbst als relativ hoch bewertet, bietet jedoch zugleich Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten. Vier Themen wurden besonders häufig als schwer verständlich genannt: Wirkungsweise der Neuroleptika, Bedingungsfaktoren der Verletzlichkeit, Prozeß der Dekompensation und Wahrnehmung der Verletzlichkeit.

Knapp 1/3 der Teilnehmer nannten Themen, die Ihnen gefehlt hatten, wobei die Behandlung mit bzw. ohne Medikamente und sonstige Therapien im Vordergrund standen. Mehr als 90 % der Teilnehmer können das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell vollständig oder überwiegend auf sich beziehen. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, daß dieses Modell eine hinreichende Grundlage dafür bietet, um die Konzepte von Betroffenen und Professionellen einander soweit anzunähern, daß sie kompatibel sind, sich also nicht grob widersprechen. Damit ist vielleicht das erstmal, seit KRAEPELIN und BLEULER die Gruppe der Schizophrenen als nosologische Einheit beschrieben haben, eine gemeinsame inhaltliche Grundlage für die Zusammenarbeit von betroffenen und psychiatrischen Experten geschaffen.

5. *Wie beurteilen Therapeuten die Bewertung der in der Gruppentherapie behandelten Inhalte durch die Teilnehmer?*

Fast 90 % der Moderatoren haben (fast) alle oder die Mehrzahl der Teilnehmer während der Gruppenarbeit aktiv bzw. interessiert erlebt.

Die Rangreihen der nach Wichtigkeit geordneten Themen von Moderatoren und Teilnehmern korreliert nur mäßig. Bei sechs Themen neigen die Therapeuten zu einer deutlich ausgeprägten Unterschätzung der Wichtigkeit. Bei 5 dieser 6 Themen handelt es sich um solche, die die aktiv-gestaltende Rolle der Betroffenen fokussieren.

Bezüglich des Verständnisses der vermittelten Informationen sind die Moderatoren deutlich skeptischer als die Teilnehmer. Bis zur Überprüfung dieser Einschätzung im Rahmen von Prä-Post-Erhebungen des Wissenstandes von Teilnehmern muß das Moderatoren-Urteil vorerst als realistischer bewertet werden. Bei den als schwer verständlich eingeordneten Themen stimmen Moderatoren und Teilnehmer überein. Bei den von den Moderatoren als fehlend benannten Themen standen Psychotherapie und Rechtsfragen im Vordergrund.

Die Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells durch die Teilnehmer schätzen die Moderatoren tendenziell höher ein als die Teilnehmer. Wegen der leicht abweichenden Item-Formulierung kann es sich hierbei jedoch um ein Artefakt handeln.

6. *Welche Hinweise lassen sich aus der Bewertung der Inhalte für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?*

Bezüglich zwei der vier von Teilnehmern und Moderatoren als schwer verständlich eingeordneten Themen werden in der 3. Auflage des Manuals Ergänzungen vorgenommen. Bei den beiden anderen Themen liegt das Verständnisproblem in der Natur der Sache.

Die Überprüfung und Verbesserung der Verständlichkeit der vermittelten Informationen bleibt ein wichtiges Thema, dies gilt insbesondere angesichts der funktionellen Störbarkeit der Informationsverarbeitung auf Seiten der (potentiellen) Teilnehmer.

Die Themen Psychotherapie bzw. sonstige Therapien sowie Rechtsfragen sollen nicht in das bestehende Konzept integriert, sondern in Form von ergänzenden Modulen bei der Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes berücksichtigt werden.

Moderatoren sollten das besondere Interesse der Teilnehmer an Themen, die ihre aktiv-gestaltende Rolle bei der Bewältigung der Erkrankung fokussieren, bei der Umsetzung des Gruppenkonzeptes besonders berücksichtigen.

Die möglicherweise bestehende Differenz in der Bewertung der Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells durch die Betroffenen sollte Moderatoren dazu veranlassen, offen zu sein und sensibel zu bleiben für abweichende Sichtweisen und Stellungnahmen der Betroffenen.

7. *Wie bewerten Teilnehmer von PEGASUS-Gruppen den Therapieprozeß im Vergleich zu anderen Formen der Gruppenarbeit?*

Die Erfahrungen in der PEGASUS-Gruppe wurde mit anderen Formen der Gruppenarbeit bezüglich jeweils 5 Prozeßmerkmalen verglichen. Zwischen 83 % und 85 % der Teilnehmer bearbeiteten diese Items, was darauf schließen läßt, daß die übrigen nicht über Vergleichsmöglichkeiten verfügen.

Zwischen 38 % und 55 % der Teilnehmer bewerteten die PEGASUS-Gruppe positiver bezüglich der Prozeßmerkmale Offenheit im Gespräch über die Erkrankung, gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer, Vertrauen gegenüber den Moderatoren, partnerschaftliche Beziehung zu Moderatoren und Verständnis/Akzeptanz von seiten der Moderatoren. Nur zwischen 9 und 17 % bewerteten bezüglich dieser Merkmale andere Gruppen positiver. Die übrigen Teilnehmer sahen keinen Unterschied. Am geringsten ausgeprägt war der Unterschied bezüglich des Merkmals „gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer“.

Wesentliche Prozeßmerkmale therapeutischer Gruppenarbeit scheinen also in PEGASUS-Gruppen mindestens ebenso gut wenn nicht besser realisiert als in anderen Formen der Gruppenarbeit in der Psychiatrie.

8. *Wie bewerten Therapeuten den Therapieprozeß im Vergleich zu anderen Formen der Gruppenarbeit?*

Die Moderatoren tendieren dazu, den Gruppenprozeß bezüglich der 4 Merkmale, die parallel beurteilt wurden, positiver einzuschätzen als die Teilnehmer: Zwischen 46 und 93 % beurteilten den Prozeß in PEGASUS-Gruppen (deutlich) positiver als in anderen Gruppen,

zwischen 0 und 13 % waren der gegenteiligen Meinung. Die übrigen Moderatoren sahen keinen Unterschied zwischen PEGASUS- und anderen Gruppen.

Die größte Abweichung ergab sich bei dem Kriterium „Offenheit im Gespräch über die Erkrankung“. Hier ist die Reserve auf Seiten der Teilnehmer offensichtlich größer, als dies aus Sicht der Therapeuten erscheint. Auch bei der gegenseitigen Unterstützung sahen die Moderatoren größere Unterschiede zwischen PEGASUS- und anderen Gruppen als die Teilnehmer selbst.

9. Welche Hinweise lassen sich aus den Bewertungen des Prozesses für die Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes ableiten?

Aus den Ergebnissen zu den Prozeßmerkmalen läßt sich lediglich ableiten, daß die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmer von den Moderatoren gezielt gefördert werden sollte.

10. Wie bewerten Teilnehmer die Wirkung der Gruppentherapie?

Jeweils mehr als 80 % der Teilnehmer bewerten die Gruppenarbeit als „(sehr) geeignet“ zur Erreichung folgender Zielsetzungen: positiveres Selbstbild, Minderung von Angst und Unsicherheit, Förderung von Fähigkeiten und Selbstverantwortung im Umgang mit der Verletzlichkeit, positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, Förderung von Kompetenz und Mitverantwortung im Umgang mit Psychopharmaka und Förderung eines Krankheitskonzeptes, das mit aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie vereinbar ist. Die höchste Rate skeptischer Antworten findet sich bei Item „positiveres Selbstkonzept“.

Zwischen 78 und 85 % der Teilnehmer beurteilen die Gefahr als „(sehr) gering“, daß das Gruppenkonzept folgende unerwünschte Wirkungen hat: Überforderung durch zu viel bzw. Durch zu schwer verständliche Information, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung und Verstärkung einer ablehnenden Haltung Gegenüber Neuroleptika. Am höchsten wird das Risiko der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten eingeschätzt.

Bei der Frage nach konkreten Auswirkungen wurden 12 mögliche Auswirkungen vorgegeben. Besonders viele positive Antworten entfielen auf Items, die auf eine verbesserte Selbstwahrnehmung hindeuten (mehr als 80 % „trifft (eher) zu“). Am zweithäufigsten werden Wirkungen genannt, die das Bewältigungsverhalten der Teilnehmer betreffen (um 70 % positive Nennungen). Am wenigsten konkrete Auswirkungen entfallen auf den Umgang mit Neuroleptika (< 70 % positive Nennungen). Hieraus läßt sich die Hypothese ableiten, daß zeitlich und inhaltlich begrenzte Interventionen wie das PEGASUS-Konzept am ehesten auf Kognitionen und Einstellungen wirken und konkrete Verhaltensänderungen besser mit aufwendigeren, direkter verhaltensbezogenen Konzepten zu erreichen sind.

11. Wie beurteilen Therapeuten die Wirkungen auf Seiten der Teilnehmer?

Bei der Bewertung der erwünschten Wirkungen gibt es lediglich eine nennenswerte Abweichung zur Teilnehmer-Bewertung: Die Therapeuten sind optimistischer, was die Eignung des Konzeptes angeht, Angst und Unsicherheit bei Betroffenen zu reduzieren.

Bezüglich der unerwünschten Wirkungen liegen die Urteile von Teilnehmern und Therapeuten ebenso recht nah beieinander. In der Tendenz schätzen die Therapeuten jedoch die Gefahr der Überforderung durch zu viel Information höher und das Risiko der Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber Neuroleptika geringer ein.

12. *Wie bewerten die Therapeuten die Auswirkungen ihrer Tätigkeit als Moderator auf ihre Zusammenarbeit mit schizophren Erkrankten außerhalb der Gruppentherapie?*

Die Therapeuten bewerteten die Auswirkungen ihrer Tätigkeit als Moderator auf ihre Alltagspraxis außerhalb der Gruppenarbeit in fünf Bereichen zu mehr als 75 % als „(sehr) stark“: besseres Verständnis des subjektiven Erlebens der Betroffenen, besseres Verständnis der Qualität der erlebten Störungen, bessere Wahrnehmung der Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten, bessere Wahrnehmung des Entwicklungspotentials, bessere Wahrnehmung der Grenzen und Behinderungen. Dieses Ergebnis ist ein durchaus erwünschter Nebeneffekt der Gruppenarbeit und belegt, daß eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auf der Grundlage des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells auch auf Seiten der professionellen Experten zu einem Zuwachs an Erfahrungen und Kenntnissen führt, der auf die Zusammenarbeit außerhalb des Gruppensettings ausstrahlt.

Diese Annahme wird gestützt durch die Reaktion der Moderatoren auf die offene Frage, welche sonstigen Auswirkungen ihrer Tätigkeit in PEGASUS-Gruppen sie bei sich selbst feststellen. Es wurden im Durchschnitt fast 2,5 solcher Auswirkungen benannt, die ein breites Spektrum abdecken. Im Vordergrund stehen ein größeres Verständnis der Betroffenen und ihrer Situation, mehr Sicherheit und Klarheit im Umgang und der Transfer von Inhalten und Methoden aus der PEGASUS-Arbeit in andere Arbeitskontexte.

13. *Welche Hinweise zur Weiterentwicklung des Therapiekonzeptes lassen sich aus den Bewertungen der Wirkungen von Teilnehmern und Therapeuten ableiten?*

Den Auswirkungen der Gruppenarbeit auf das Selbstkonzept der Teilnehmer wird bei der Weiterentwicklung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet. Bei der ausführlicheren Behandlung der Störungen der Informationsverarbeitung in der 3. Auflage des Manuals werden auch deren positive Aspekte herausgearbeitet.

Im Hinblick auf die vor allem von den Moderatoren wahrgenommene Gefahr der Überforderung durch zu viele Informationen wird zukünftig von der PEGASUS-Gruppe ein stärker selektives Vorgehen empfohlen werden: Moderatoren müssen bereit und in der Lage sein, in Abhängigkeit von der jeweiligen Gruppensituation und vom Interesse der Teilnehmer bei Bedarf einzelne Inhalte entfallen zu lassen. Diese Anforderung wird mit der 3. Auflage des Manuals noch steigen, da hier aufgrund der bisherigen Erfahrungen einige Inhalte ergänzt worden sind. Der Anspruch, die vorgegebenen Themen vollständig zu behandeln ist also zu relativieren und darf auf keinen Fall zu Lasten der Partizipation der Teilnehmer am Gruppenprozeß umgesetzt werden.

Um den Transfer und die Stabilität der Wirkungen der Gruppenteilnahme sowie insbesondere die Umsetzung von neuem Wissen und modifizierten Einstellungen in konkrete Verhaltensänderungen zu unterstützen, dürfte es erforderlich sein, daß die in der Gruppe erarbeiteten Inhalte zunehmend auch in die therapeutische Praxis außerhalb von PEGASUS-Gruppen Eingang finden und dort in systematischer Form bearbeitet werden. Die Implementierung von PEGASUS-Gruppen in einer Versorgungsregion sollte also begleitet sein von einer breit angelegten Qualifizierungsstrategie, die es auch Mitarbeitern, die nicht unmittelbar an der Realisierung von PEGASUS-Gruppen beteiligt sind, erlaubt, entsprechende Inhalte und Methoden in ihre Behandlungs- bzw. Betreuungspraxis zu integrieren. Das regionbezogene konzipierte und umgesetzte Weiterbildungs-Curriculum der PEGASUS-Gruppe dient diesem Ziel.

14. *Wie ausgeprägt ist generell die Akzeptanz von PEGASUS-Gruppen auf Seiten der Teilnehmer?*

Die generell positive Bewertung der Gruppenarbeit durch die Teilnehmer äußert sich zum einen darin, daß jeweils mehr als 50 % definitiv an weitergehenden psychoedukativen Gruppenangeboten für sich oder Angehörige interessiert sind. Lediglich die Wiederholung der Gruppe mit anderen Teilnehmern stößt nur bei einer Minderheit auf Interesse.

Eine überwiegend positive Bewertung der Gruppenarbeit kommt auch bei den abschließenden offenen Kommentaren zum Ausdruck: 16 generell positiven stand eine generell negative Antwort gegenüber, 17 spezifisch positiven 13 spezifisch negativen. Darüber hinaus gab es eine Reihe von konkreten Verbesserungsvorschlägen, die ebenfalls ein konstruktives Interesse der Teilnehmer belegen.

Schließlich belegen auch die von den Teilnehmern vergebenen „Schulnoten“ auf eine generell überwiegend positive Bewertung: 87 % der Nennungen entfielen auf die Noten „sehr gut“ und „gut“.

15. *Welche Hinweise zur Weiterentwicklung der Gruppentherapie lassen aus der generellen Bewertung der Teilnehmer ableiten?*

Einige der von den Teilnehmern gemachten konkreten Verbesserungsvorschläge wurden oder werden bereits bei Weiterentwicklungen des PEGASUS-Konzeptes berücksichtigt: Die Umschichtung von Informationsteilen zur Entlastung der ersten Stunden (2. und 3. Auflage); mehr schriftliche Info-Materialien als *handouts* für die Teilnehmer (2. und 3. Auflage); die Entwicklung einer inhaltlich parallel konzipierten psychoedukativen Gruppentherapie für Angehörige von schizophren Erkrankten (in praktischer Erprobung) und die Entwicklung von Ergänzungs-Modulen zu speziellen Themen (hierzu gibt es Vorüberlegungen).

Wie nehmen sich nun die soweit noch einmal zusammenfassend referierten Befunde der hier vorgelegten Untersuchung vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes aus?

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß aus der Literatur keine Arbeit bekannt ist, die einen ähnlich differenzierten Ansatz zur Untersuchung der subjektiven Bewertungen von und Einstellungen zur Psychoedukation verfolgt hätte. Tatsächlich teilen von den in Abschnitt 3.6.4 referierten empirischen Evaluationsstudien zu den Effekten von unifokaler psychoedukativer Therapie mit schizophren Erkrankten lediglich zwei Daten zur subjektiven Bewertung der Gruppenarbeit durch die Teilnehmer mit, die über die pauschale Angabe, die Gruppe sei von den Teilnehmern positiv bewertet worden, hinausgehen.

ASCHER-SVANUM (1989) führte psychoedukative Therapie in einem Krankenhaus-Setting durch. Sie gab 44 Teilnehmern 9 Punkte-Ratings zur Bewertung der Gruppen vor (von 1 „none“ bis 9 „very much“). Die Interessantheit der behandelten Inhalte wurde mit durchschnittlich 7,5 bewertet, das Ausmaß, in dem hilfreiche Kenntnisse erworben wurden, mit durchschnittlich 7,6; das Ausmaß, in dem die Gruppenteilnahme auch langfristig hilfreich ist, mit durchschnittlich 7,3; die Zufriedenheit mit den Moderatoren mit durchschnittlich 7,9; und die Bereitschaft, die Gruppe weiter zu empfehlen, mit durchschnittlich 7,2. Die Gesamtbewertung der Gruppe betrug 7,5.

KLEIN & ORBKE-LÜTKEMEIER (1994) befragten 38 von 54 regelmäßigen Teilnehmern ihrer psychoedukativen Gruppen für chronisch kranke Langzeitbewohner eines psychiatrischen Heimbereichs (Rücklaufquote 70 %). Sie stellten fest, daß 97 % der Teilnehmer die Gruppen empfehlenswert auch für andere Bewohner fanden; 76 % nannten die behandelten Themen und Informationen als wichtigsten Grund für ihre Teilnahme, wobei das Thema

„Umgang mit der Erkrankung“ und darunter insbesondere die „eigenen Bewältigungsmöglichkeiten“ am interessantesten für die Teilnehmer waren. Die Auseinandersetzung mit den Themen fanden 46 % eher entlastend, 29 % als belastend und 21 % „weder noch“. Fast 1/3 nahmen also regelmäßig und mit Interesse an den Gruppen teil, obwohl damit auch Belastungen verbunden waren.

Im Zusammenhang dieser Arbeit von besonderer Bedeutung sind die Ergebnisse der unveröffentlichten Arbeit von GRAUBNER-SCHEFFLER (1997). Denn sie befragte die Teilnehmer der ersten drei PEGASUS-Gruppen, die zwischen September 1993 und Ende 1994 in Gütersloh stattgefunden hatten. Die Moderatoren dieser Gruppen hatten an dem Fortbildungs-Curriculum der PEGASUS-Gruppe teilgenommen. GRAUBNER-SCHEFFLER (1997) wählte einen primär qualitativen Untersuchungsansatz und führte halbstrukturierte Interviews durch, und zwar im Durchschnitt 2 Jahre nach Abschluß der Gruppenarbeit. Die Auswertung erfolgte an Hand inhaltsanalytisch gewonnener Kategorien. Von 24 Gruppenteilnehmern konnten 16 interviewt werden (67 %). Es handelte sich um 9 Frauen und 7 Männer mit einem Durchschnittsalter von 38 Jahren und einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 13,4 Jahren. Die Befragung bezog sich in erster Linie auf die von den Teilnehmern wahrgenommenen Wirkungen der Gruppenarbeit. Im folgenden ein Überblick über die wichtigsten quantitativen Ergebnisse der Studie:

- 81 % der Teilnehmer konnten persönliche Frühwarnzeichen benennen (46 Einzelnenennungen); 64 % gaben ergänzend an, daß sie vor der Gruppenteilnahme ihre Frühwarnzeichen nicht gekannt hatten;
- 75 % der Teilnehmer nennen jeweils 4 oder mehr Coping-Strategien; wobei 62 % angaben, ihr Copingverhalten durch die Gruppenteilnahme verändert oder neue Strategien dazugewonnen zu haben;
- 25 % hatten den Krisenplan mindestens einmal genutzt, um Krisensituationen zu bewältigen; 35 % hatten in der Mappe mit den ausgehändigten Informationen gelesen;
- 94 % konnten mindestens eine Neuroleptikawirkung korrekt benennen;
- 12 von 13 Personen (92 %), die danach befragt wurden, gaben an, daß ihr Selbstbewußtsein durch die Gruppenteilnahme gestiegen war;
- mit einer Ausnahme hatten alle Betroffene nach der Gruppenteilnahme eine positivere Einstellung zu ihrer Erkrankung.

Für insgesamt 80 % der Teilnehmer war die Anwendung des Verletzlichkeits-Konzeptes auf sich selbst nicht mit kränkenden Aspekten verbunden, immerhin 19 % empfanden es jedoch eher als kränkend. Unter Prozeßgesichtspunkten war für 56 % der Teilnehmer die in der Gruppe erlebte Solidarität von zentraler Bedeutung.

Im Sinne einer Gesamtbewertung äußerten sich 56 % spontan, d. h. ohne explizit danach gefragt worden zu sein, positiv bis sehr positiv über die Gruppenerfahrung. Ebenfalls 56 % hatten konkrete Verbesserungsvorschläge. Auf Befragung äußerten 84 %, daß ihnen die Teilnahme „Spaß gemacht“ habe.

Im Hinblick auf eine zukünftige Inanspruchnahme weiterer Gruppenangebote dieser Art berichtet GRAUBNER-SCHEFFLER (1997):

- 75 % würden die Gruppe weiterempfehlen oder taten dies bereits;
- 50 % würden dieselbe Gruppe noch einmal machen;
- 50 % wünschten eine Fortsetzung der Gruppe, z. B. im Wechsel mit Freizeitangeboten;
- 50 % fanden eine begleitende Gruppe für Angehörige wünschenswert.

Nach der Spiegelmethode erhob GRAUBNER-SCHEFFLER (1997) außerdem Daten zur Rehospitalisierung aller 24 ursprünglichen Gruppenteilnehmer und verglich dabei den Zeit-

raum von 26 Monaten vor und 26 Monaten nach der Gruppenteilnahme. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den 16 interviewten und den 8 nicht interviewten Teilnehmern: Die Interviewten wiesen im Durchschnitt 97,8 stationäre Behandlungstage vor und 50,1 nach der Gruppenteilnahme auf; die nicht Interviewten 75,9 vor und 81,5 nach der Gruppenteilnahme. Die Rehospitalisierungsrate betrug bei den Interviewten 44 %, bei den nicht Interviewten 75 %. Diese Ergebnisse könnten so interpretiert werden, daß die befragten Teilnehmer keine zufällige Auswahl der Gesamtgruppe darstellen, sondern daß es sich dabei um diejenigen Teilnehmer handelt, die bezüglich des Krankheitsverlaufs von der Gruppenteilnahme profitiert haben, während diejenigen, die nicht profitiert haben, das Interview verweigert haben. Insofern ist nicht auszuschließen, daß die aus Sicht der PEGASUS-Gruppe insgesamt positiven Bewertungen der Gütersloher Teilnehmer einen systematischen Bias aufweisen.

Aufgrund unterschiedlicher methodischer Zugänge und unterschiedlicher Stichproben ist keines der Einzelergebnisse der drei anderen Studien, die Daten zur Bewertung psychoedukativer Gruppenarbeit mit schizophren Erkrankten mitteilen, mit den Resultaten der eigenen Untersuchung direkt zu vergleichen. Es zeigt sich jedoch, daß die Ergebnisse im Trend konvergieren: Psychoedukative Formen der Zusammenarbeit werden von den Betroffenen bezüglich ihrer Inhalte und Wirkungen ganz überwiegend positiv erlebt. Alle drei Studien deuten jedoch ebenfalls darauf hin, daß Psychoedukation nicht nur angenehme und erwünschte Wirkungen hat. Zumindest für eine Minderheit von 20 – 30 % der Befragten sind damit auch kränkende und belastende Effekte verbunden; es könnte darüber hinaus sein, daß nur eine – freilich große – Teilgruppe der Betroffenen effektiv von Psychoedukation profitiert, während sich für eine kleinere Teilgruppe nichts ändert. Hieraus ergibt sich unmittelbar die Fragestellung nach möglichen Prädiktoren für den Therapieerfolg aber auch die nach der Adaptation des Vorgehens in der Weise, daß möglichst viele Personen aus der Zielgruppe von dieser Form der Therapie profitieren können. Zukünftige Forschung sollte diesen Fragen in kontrollierten und multivariaten Untersuchungen nachgehen.

Zum Schluß dieses Kapitels ist noch einmal die Frage nach den methodischen Grenzen und möglichen Fehlerquellen zu stellen, die die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse einschränken könnten.

Zunächst muß wiederholt werden, daß der Anspruch der Untersuchung begrenzt ist. Es ging nicht um die Effektivität oder gar die Effizienz von Psychoedukation mit schizophren erkrankten Menschen bezüglich möglicher Zielkriterien 2. Ordnung. Im Zentrum steht vielmehr die Frage, wie dieser Therapieansatz von den Betroffenen bewertet und ob und inwieweit das zugrundeliegende Störungsmodell als mögliche Beschreibung der eigenen Erkrankung akzeptiert wird. Untersuchungsgegenstand war lediglich einer von mehreren Effekten 1. Ordnung, die bei der Evaluation dieses Therapieansatzes von Bedeutung sind. Dabei wird allerdings davon ausgegangen, daß das Kriterium subjektive Bewertung gerade unter der Perspektive Gesundheitsförderung ein besonders wichtiges und notwendig zu berücksichtigendes ist. Die Datenquelle sind Selbstaussagen über das Erleben und Verhalten, deren Subjektivität bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen ist. Insbesondere im Hinblick auf die von den Teilnehmern berichteten Wirkungen sind stärker objektivierende Zugänge zur Validierung der Selbstaussagen erforderlich, die in zukünftigen Evaluationsstudien zu berücksichtigen sind. Diese können sich z. B. beziehen auf die Kenntnis, die Wahrnehmung und den Umgang mit Frühwarnzeichen, auf die Kenntnis und die Umsetzung von Bewältigungsstrategien im Alltag, auf die Nutzung des Krisenplans, auf das krankheits- und behandlungsbezogene Wissen, auf Veränderungen des Krankheits- und Selbstkonzepts, auf die Einstellungen zu psychotropen Medikamenten und das Einnahmeverhalten, auf die Bewertung der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Professionellen etc. Hierbei sind geeignete Kontrollgruppen einzubeziehen und Mehrpunktmessungen vorzunehmen, um Verlaufsdynamiken abbilden zu können.

Das insgesamt hohe Maß an Zustimmung zum PEGASUS-Konzept könnte die Frage aufwerfen, ob diese Bewertung nicht durch Antworttendenzen oder andere systematische Fehler zustande gekommen sein kann. Dazu ist zunächst festzustellen, daß eine Normal- oder Gleichverteilung der Werte über die Antwortausprägungen nicht zu erwarten gewesen ist. Vielmehr ist bei Zufriedenheitsurteilen – und um diese handelt es sich bei vielen Items der Fragebögen – generell mit einer schiefen Verteilung in Richtung auf den positiven Pol zu rechnen (vergl. BORTZ & DÖRING 1995, S. 198). Dies bestätigen auch die Ergebnisse der psychiatrischen Zufriedenheitsforschung (GRUYTERS & PRIEBE 1995). Was Antworttendenzen oder Urteilsfehler anbelangt, so ist mit BORTZ & DÖRING (1995) darauf hinzuweisen, daß es keine Untersuchung gibt, die nachweist, daß ein in Rede stehender Test oder Fragebogen nicht verfälschbar wäre. Die meisten Untersuchungen zu dieser Thematik beschränken sich allerdings auf den Nachweis der potentiellen Verfälschbarkeit von Ergebnissen.

Als eine mögliche Fehlerquelle kommt die Antworttendenz der Akquieszenz in Betracht. Nach Bortz & DÖRING (1995) ist diese bei eindeutigen Itemformulierungen, abgestuften Antwortmöglichkeiten und einer ausbalancierten Schlüsselrichtung weniger zu erwarten. Zumindest die beiden ersten Voraussetzungen scheinen in dieser Untersuchung gegeben, der Realisierung der zweiten waren aus Gründen der Verständlichkeit Grenzen gesetzt.

Gegen einen starken Einfluß der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit spricht der Umstand, daß allgemein verbindliche Normen zum abgefragten Gegenstandsbereich nicht existieren und die Anonymität der Befragung für die Teilnehmer nachvollziehbar gegeben war. Der Halo-Effekt oder der Effekt der zentralen Tendenz spielen eher bei Objekten, die dem Beurteiler wenig bekannt sind oder bei schlecht definierten Merkmalen eine Rolle. In diesem Fall war der Beurteilungsgegenstand den Befragten jedoch aus eigenem Erleben bekannt. Aus diesen Gründen ist zu bezweifeln, daß die Ergebnisse dieser Studie sich allein durch Antworttendenzen, Urteilsfehler oder Verfälschungen erklären lassen. Dagegen spricht im übrigen auch, daß sich Nutzer- und Anwenderurteil im wesentlichen gegenseitig stützen, denn es ist unwahrscheinlich, daß beide Gruppen den gleichen Tendenzen und Urteilsfehlern unterliegen. Es kann deshalb bis auf weiteres davon ausgegangen werden, daß es sich bei den erhobenen Daten um in ihrer Gesamtaussage valide Befunde zur Bewertung des PEGASUS-Konzeptes durch Nutzer und Anwender handelt. Diese bedürfen jedoch der Bestätigung und Erweiterung, die der zukünftigen Forschung vorbehalten bleibt.

6. Zusammenfassung

Im folgenden werden in thesenhafter Form die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend dargestellt.

- 1. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und die Folgen, die sie für den einzelnen, sein soziales Umfeld und die Gesellschaft insgesamt haben, stellen ein bedeutsames Public Health-Problem dar. Diese Erkrankungen sind freilich bisher im deutschsprachigen Raum von Psychiatern und von Gesundheitswissenschaftlern allenfalls ausschnittsweise unter dieser Perspektive thematisiert worden. Systematische Analysen und daraus abgeleitete Forschungs- und Praxisstrategien fehlen.**

Schizophrene Erkrankungen sind tiefgreifende Störungen der Gesamtpersönlichkeit, deren Krankheitszeichen sich grob in Positiv- und Negativsymptome gruppieren lassen, wobei die negativen Symptome der eigentlichen Akuterkrankung als Prodrome mehr oder weniger lange vorausgehen können und ihr in vielen Fällen auch nachfolgen. Sie stellen oft das hauptsächliche Problem außerhalb der akuten Phase dar. Von der Erkrankung sind zum jeweiligen Zeitpunkt zwischen 0,4 und 0,6 % der bundesdeutschen Bevölkerung betroffen, die Inzidenz liegt mit ca. 0,1 % erheblich niedriger.

Es handelt sich also in vielen Fällen um eine chronisch-rezidivierende Störung, die mit erheblichen Folgen für die objektive Lebenssituation und die Alltagsbewältigung verbunden sein kann. Schizophren erkrankte Menschen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erheblich häufiger sozial isoliert, arbeitslos, wohnungslos und arm. Dies schlägt sich auch in einer Beeinträchtigung der subjektiven Lebensqualität nieder, der Zusammenhang zwischen Merkmalen der objektiven Lebenssituation und der subjektiven Zufriedenheit ist jedoch auch bei schizophren Erkrankten eher schwach. Die subjektive Lebensqualität ist besonders beeinträchtigt, wenn negative Symptome und Depressivität ausgeprägt sind.

Familienangehörige sind eine wichtige soziale Ressource für viele schizophren Erkrankte und bleiben dies im Falle von chronisch-rezidivierenden Verläufen oft dauerhaft. Der Umstand, einen nahen Verwandten zu haben, der an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt ist, kann für die Angehörigen mit erheblichen Belastungen verbunden sein. Dies gilt weitgehend unabhängig davon, ob das erkrankte Familienmitglied im gleichen Haushalt lebt oder nicht. Die Belastungen können unterschiedliche Lebensbereiche betreffen: den Beruf, die finanzielle Situation, soziale Kontakte und Alltagsgestaltung sowie die körperliche und psychische Gesundheit.

Für die Gesellschaft insgesamt sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit hohen Kosten verbunden. Inzwischen liegen konvergierende Ergebnisse aus mehreren sorgfältigen Studien vor, die zusammengenommen darauf hindeuten, daß die gesamten direkten Kosten der Erkrankung sich in Deutschland auf etwa 6 bis 11 Mrd. DM per Anno belaufen, bei durchschnittlichen jährlichen Fallkosten von ca. 27.000 DM. Zwischen 30 und 50 % dieser Kosten sind bedingt durch Krankenhausaufenthalte infolge von psychotischen Rezidiven. Wahrscheinlich etwa die Hälfte dieser Rezidive wiederum ist bedingt durch eine suboptimale Nutzung der bestehenden Möglichkeiten der medikamentösen Rezidivprophylaxe.

- 2. Gesundheitsförderung wird in dieser Arbeit verstanden als Oberbegriff, mit Promotion im engeren Sinne und Prävention (primär, sekundär, tertiär) als Unterbegriffen. Promotion wird als Querschnittskonzept aufgefaßt, das die Förderung der Gesundheit bei chronisch Kranken einschließt. Insoweit ist Promotion auch ein**

notwendiger Bestandteil von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Strategien bei (chronischen) psychischen Erkrankungen.

Das gesundheitswissenschaftliche Begriffsrepertoire, das aktuell zur Bearbeitung von Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung bei chronischen psychischen Erkrankungen ergeben, zur Verfügung steht, ist durch eine gewisse Uneinheitlichkeit und Unschärfe in der Bestimmung und Verwendung einschlägiger Begriffe gekennzeichnet. Dies gilt insbesondere für die Definition der beiden konstitutiven Konzepte angewandter Gesundheitswissenschaften: Gesundheitsförderung und Prävention. Die Definitionen dieser Begriffe sind innerhalb und zwischen gesundheitswissenschaftlicher und psychiatrischer Literatur uneinheitlich, und sie sind unklar voneinander abgegrenzt. Während einige Autoren jeweils einen der beiden Begriffe als den übergeordneten verstehen, verwenden andere sie nebeneinander, wieder andere halten den Begriff Gesundheitsförderung für ganz entbehrlich. Für die Zwecke dieser Arbeit wurde herausgearbeitet, daß Gesundheitsförderung am besten als der übergeordnete Begriff verstanden wird, mit Promotion im engeren Sinne und Prävention (primär, sekundär und tertiär) als nachgeordneten Konzepten. Dabei bezieht sich Promotion auf die Förderung von Gesundheit, Prävention dagegen auf die Verhinderung und Früherkennung von Krankheiten sowie die Vermeidung von Chronifizierung und Behinderung. Daraus folgt jedoch nicht, daß die Zielgruppe von Promotion ausschließlich die gesunde Bevölkerung ist. Vielmehr wird Promotion als Querschnittskonzept verstanden, das auch und gerade die Förderung der Gesundheit von (chronisch) Kranken einschließt. Dieses Verständnis von Promotion wird dem heutigen Krankheitsszenario in westlichen Industriegesellschaften gerecht, das wesentlich geprägt ist durch chronisch-rezidivierende und chronisch-degenerative Erkrankungen. Dieses Verständnis wird aber auch gestützt durch aktuelle Definitionen von Gesundheit, die sämtlich von einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit ausgehen und Gesundheit nicht als etwas statisch Gegebenes, sondern als dynamischen Prozeß auffassen, in dem das Individuum, seine gesundheitsbezogenen Motive, Einstellungen und Verhaltensweisen die entscheidende Rolle spielen. Unter dieser Perspektive wird Gesundheitsförderung als notwendiger Bestandteil von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Strategien bei chronischen psychischen Erkrankungen sichtbar, und es lassen sich Anforderungen an Konzepte der Gesundheitsförderung bei diesen Erkrankungen formulieren, die potentiell weitreichende Folgen für den individuellen und professionellen Umgang damit haben. Unter den Leitbegriffen Autonomie und Lebensqualität sind die wichtigsten Stichworte in diesem Zusammenhang: Förderung einer aktiven Krankheitsbewältigung, eines konstruktiven Krankheitskonzeptes, der Mitverantwortung für die Behandlung, informierter Entscheidung und eigenständiger Interessenvertretung bei den Betroffenen (Empowerment).

- 3. Die Förderung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung (Promotion), die Verhütung von seelischen Störungen (Primärprävention) und die Früherkennung und -behandlung von seelischen Störungen (Sekundärprävention) sind in der psychiatrischen Forschung und Praxis Themen von marginaler Bedeutung. Dies gilt international und es gilt in besonderer Weise für die bundesdeutsche Psychiatrie. Lediglich auf dem Gebiet der Sekundärprävention gibt es seit wenigen Jahren neue Entwicklungen, die sich auch auf die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis beziehen.**

Die Vergegenwärtigung des aktuellen Stands von Konzepten der Promotion i. e. S. in der Psychiatrie führt zu einer mehr als ernüchternden Bilanz. Nachdem eine Phase der Promotionsrhetorik – zumeist unter Verwendung des Präventions-Begriffs – in den 70er Jahren forschungs- und interventionspraktisch folgenlos geblieben ist, gibt es in der psychiatrischen Fachwelt gegenwärtig keinen nennenswerten Diskurs über die Förderung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung. Dort, wo das Thema

Gesundheitsförderung überhaupt thematisiert wird, dominiert entweder konzeptionelle Hilflosigkeit oder es wird die Nichtzuständigkeit der Psychiatrie postuliert. Ein durchaus realistischer Grund für diese in Teilen selbst verordnete Bescheidenheit liegt allerdings darin, daß es zwar wohlfeile Forderungen danach gibt, die seelische Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, es zugleich jedoch weithin an theoretischen Konzepten und an empirischen Ergebnissen dazu fehlt, wie dies denn bewerkstelligt werden könne.

Auch im Hinblick auf die Primärprävention psychischer Erkrankungen ist der Mangel an psychiatrischen Konzepten, Strategien und Ergebnissen eklatant. Dies gilt insbesondere auch für die Primärprävention der Schizophrenie. Die am häufigsten hierzu angeführte Begründung ist die ungeklärte oder multifaktorielle Ätiologie der meisten psychischen Störungen im allgemeinen und der Schizophrenie im Besonderen. Diese These ist nur auf den ersten Blick wirklich schlüssig. So bedurfte es z. B. durchaus keiner vollständigen Aufklärung der Ätiologie des Alkoholismus, um primärpräventive Strategien gegen diese Erkrankung zu entwickeln, zu implementieren und zumindest ansatzweise zu evaluieren.

So dürfte darüber hinaus die traditionell – kustodiale und medizinisch-kurative Prägung der Psychiatrie ebenso eine Rolle spielen, wie – insbesondere in Deutschland – eine historisch begründete Skepsis gegenüber dem Versuch, die Entstehung psychischer Erkrankungen zu verhindern.

Was die Sekundärprävention angeht, so ist die Früherkennung und möglichst frühzeitige Behandlung von psychischen Störungen in den letzten Jahren ein zunehmend aktuelles Thema in der psychiatrischen Fachdiskussion. Entsprechende Interventionsstrategien und Forschungsergebnisse werden jedoch vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum heraus verbreitet, der deutschsprachige Bereich hält nur mühsam Anschluß an die internationale Diskussion. Als Königsweg der Sekundärprävention gilt der Einsatz von Screeningverfahren mit möglichst hoher Sensitivität und Spezifität in Risikopopulationen verbunden mit der Implementierung von pragmatischen Beratungs- und Behandlungsansätzen in der ersten Linie der gesundheitlichen Versorgung. Dieser Weg ist in der Sekundärprävention schizophrener Erkrankungen einstweilen allerdings nicht gangbar, da es an geeigneten Screeningverfahren fehlt. Allerdings nehmen in den letzten Jahren – wiederum im anglo-amerikanischen Raum – die diesbezüglichen Forschungsbemühungen exponentiell zu. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der „frühen“ Früherkennung und Intervention in der Prodromalphase der Erkrankung einerseits und der möglichst frühen Erkennung und Behandlung der ersten akuten Krankheitsphase andererseits. Von beiden Strategien kann auf der Grundlage theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde erwartet werden, daß sie sich günstig auf den weiteren Verlauf der Erkrankung auswirken (Konzept der „kritischen Periode“). Ihnen käme damit zugleich tertiärpräventive Bedeutung zu. Beide Strategien wurden weltweit bisher am umfassendsten entwickelt, implementiert und überprüft in Melbourne/Australien von der Arbeitsgruppe um Patrick McGORRY. In Deutschland sind systematische Bemühungen in diese Richtung bisher nicht auszumachen; die Praxis des *wait and see* ist hier bis dato ungebrochen.

- 4. Neben der Behandlung ist Tertiärprävention das Hauptaktionsfeld der Psychiatrie. Dabei bleibt die Psychiatrie bis heute in weiten Teilen einem kurativen bis kustodialen Selbstverständnis verhaftet, in dem der betroffene chronisch Erkrankte eher als Objekt von Versorgungsbemühungen vorkommt und nicht als (potentiell) aktiver Gestalter und Ko-Experte für seine Erkrankung. Psychiatrische Rehabilitation im Sinne von Tertiärprävention kann jedoch als Teilgebiet von Gesundheitsförderung verstanden werden, wenn und soweit sie die Kompetenzen und Ressourcen und damit die Autonomie der Betroffenen gezielt fördert.**

Psychiatrie ist heute in weiten Teilen die Versorgung von Menschen mit chronischen oder chronisch-rezidivierenden Erkrankungen. Dies gilt für die – auch quantitativ – wichtigsten Diagnosegruppen: Abhängigkeitserkrankungen, affektive Erkrankungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Demenzen etc. Insofern ist die Tertiärprävention neben der Behandlung das wichtigste Aktionsfeld der Versorgungspsychiatrie. Tatsächlich gehen Behandlung und Rehabilitation in der Praxis mehr oder weniger fließend ineinander über. Dabei hat der durchaus tiefgreifende Wandel, der in der bundesdeutschen Psychiatrie im Zuge der bisherigen Psychiatriereform stattgefunden hat, gänzlich veränderte Rahmenbedingungen für psychiatrische Rehabilitation geschaffen, auf die bisher nur unzureichende strukturelle und konzeptionelle Antworten gefunden worden sind. Zwar haben die „Empfehlungen“ von 1988 den chronisch psychisch Kranken und seine Bürgerrechte ins Zentrum der weiteren Entwicklung gestellt, ein in diesem Zusammenhang zentrales Problem muß jedoch nach wie vor als ungelöst gelten: Wie ist unter den Bedingungen des vielfach differenzierten und institutionell zersplitterten Systems der psychiatrischen Versorgung das notwendige Maß an Kontinuität in der Behandlung/Betreuung zu gewährleisten – personell und konzeptionell, im Quer- wie im Längsschnitt? Die bisherigen Versuche, dieses Problem einer Lösung näherzubringen, haben nicht zu überzeugenden Ergebnissen geführt. Dies gilt für die Idee der zentralen Bezugsperson (*case manager*) ebenso wie für das Modell des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Und auch Qualifizierungsmaßnahmen können nur einen begrenzten Beitrag dazu leisten, daß Konzepte und Strategien psychiatrischer Rehabilitation sich in Richtung auf ein konsistentes inhaltliches Konzept weiterentwickeln. Bei all diesen – notwendigen und weiter zu verfolgenden – Ansätzen ist ein Aspekt freilich bis heute vernachlässigt worden: Die Rolle des Betroffenen im Umgang mit seiner Verletzlichkeit, Erkrankung und Behinderung. Den Betroffenen als aktiven Gestalter dieser Rolle, als potentiellen Experten in eigener Sache und als autonomes Subjekt statt als Objekt von Versorgungsangeboten wahr- und ernstzunehmen, ist eine bisher nicht bewältigte Herausforderung für die kurativ und in Teilen immer noch kustodial orientierte Psychiatrie. Ein solcher Paradigmawechsel wird allerdings nicht zuletzt von den Betroffenen selbst und ihren Interessenvertretungen zunehmend lauter eingefordert.

Genau hier nun liegt ein sehr fruchtbarer Berührungspunkt zu Konzepten und Strategien, die sich aus dem Paradigma der Gesundheitsförderung ergeben. Psychiatrische Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation kann insoweit als ein Teilgebiet der Gesundheitsförderung verstanden werden, wie sie sich nicht vorrangig mit krankheitsbedingten Schäden und Defiziten befaßt, sondern Kompetenzen und Ressourcen der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes in systematischer Weise fördert.

Gesundheitsfördernde Interventionen dieser Art wären, im Gegensatz zur bisherigen Praxis psychiatrischer Rehabilitation, weitgehend störungsspezifisch auszurichten. Denn sie müßten notwendig einschließen, daß psychiatrische Experten das krankheitsbezogene Wissen und die eigenen Konzepte im Umgang mit der Erkrankung bzw. den Erkrankten maximal teilen und Betroffene dabei unterstützen, selbst Experten für ihre Erkrankung zu werden und informierte Entscheidungen treffen zu können.

- 5. Nachdem sich in den vergangenen 1 ½ Jahrzehnten international ein Paradigmenwechsel im Schizophrenieverständnis vollzogen hat, muß die inhaltliche Basis für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen psychiatrisch Tätigen und Betroffenen heute das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie sein. Als Grundlage für gesundheitsfördernde Konzepte eignet sich aus didaktischen Gründen insbesondere das Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie von Luc CIOMPI. Die Validität dieses Rahmenmodells wird sich auch daran zu bewähren haben, daß Betroffene es zumindest teilweise als gültige Beschreibung/Erklärung auf sich und ihre Erkrankung beziehen können.**

Nach unserem heutigen Wissensstand – oder auf dem heutigen Stand unseres Irrtums – handelt es sich bei den Schizophrenien nicht um eine eindeutig abgrenzbare Krankheitseinheit mit spezifischer(n) Ursache(n), eigengesetzlichem Verlauf und vorhersehbarem Ausgang. Schizophrene Erkrankungen haben überwiegend episodischen Charakter, d. h. auf Phasen der akuten Psychose, in denen die Positiv-Symptomatik im Vordergrund steht, folgen Phasen, in denen positive Symptome meist fehlen und das prämorbid Funktionsniveau entweder wieder erreicht wird oder in denen gewisse, überwiegend unproduktive Beeinträchtigungen (Negativ-Symptome) unterschiedlicher Ausprägung bestehen bleiben.

Durchgängig im Erleben und Verhalten ist demnach nicht die Schizophrenie, sondern eine Neigung oder Disposition dafür, schizophren psychotisch zu erkranken. Diese wird als spezifische Vulnerabilität oder Verletzlichkeit für Schizophrenie bezeichnet.

Die Verletzlichkeit drückt sich in erster Linie aus in Störungen der Informationsverarbeitung, die objektiv in Leistungsexperimenten festgestellt werden können. Der gemeinsame Nenner dieser Störungen scheint in einer funktionalen Instabilität der selektiven, kategorial auswählenden Aufmerksamkeit zu bestehen. Das bedeutet, daß die Zuordnung aktueller Wahrnehmungen zu gespeicherten Erfahrungen und Konzepten zeitweise beeinträchtigt ist. Dadurch fällt es verletzlichen Menschen besonders in sozialen Situationen schwer, sich rasch und sicher zu orientieren und entsprechend zu verhalten. Dies gilt v.a. in ungewohnten oder neuen Kontexten und wenn intensive Gefühle eine Rolle spielen. Diese Störungen der Informationsverarbeitung sind relativ hochspezifisch für schizophreniegefährdete Menschen, d.h. sie finden sich in dieser Art und Ausprägung kaum bei anderen psychisch Kranken oder Gesunden.

Die subjektive Seite der schizophrenen Verletzlichkeit ist in sog. Basisstörungen zu sehen. Dabei handelt es sich um vom Betroffenen erlebte Beeinträchtigungen, die alle psychischen Funktionen betreffen können, wie Denken, Sprechen, Wahrnehmen (optisch, akustisch, leiblich), Fühlen und motorische Abläufe. Das Erleben ist quantitativ und qualitativ verändert und geht häufig mit dem Gefühl einher, die Kontrolle über die eigenen psychischen Funktionen zu verlieren. Die Betroffenen empfinden innere Irritation und Desorganisation und versuchen durch bewußte Anstrengung, die Störungen zu kompensieren. Bei ausgeprägten Basisstörungen kann die Belastbarkeit auch für alltägliche Anforderungen erheblich herabgesetzt sein. Sowohl überhöhte Anspannung bei dem Versuch, sie zu kompensieren, als auch mangelndes Verständnis der Umwelt können die Störungen auf dem Wege teufelskreisartiger Rückkopplungsschleifen verstärken. Sowohl Störungen der Informationsverarbeitung als auch Basisstörungen variieren in ihrer Art und Intensität in Abhängigkeit von inneren und äußeren Einflüssen.

Die menschliche Psyche insgesamt kann aufgefaßt werden als informationsverarbeitendes System im weitesten Sinne, das sich in ständiger Rückkopplung mit seiner Umgebung von frühester Kindheit an entwickelt. Von diesem System kann angenommen werden, daß es aus hierarchisierten und komplex verwobenen Denk-, Fühl- und Verhaltensprogrammen besteht, die den Niederschlag der individuellen Lerngeschichte darstellen. Sie werden von CIOMPI als affekt-logische Bezugssysteme bezeichnet. Damit wird ausgedrückt, daß affektive und kognitive Anteile psychischer Funktionen untrennbar miteinander verwoben sind. Das neuronale Substrat des informationsverarbeitenden Systems ist in erster Linie das Großhirn (Cerebrum), das ebenfalls als komplex hierarchisiertes und funktional integriertes System von Nervenzellen und Verbindungen zwischen ihnen (Axone, Dendriten, Synapsen) aufzufassen ist. Dieses System entwickelt sich durch Gebrauch und ist bis ins hohe Alter hinein in steter Entwicklung begriffen (neuronale Plastizität). Verletzlichkeit kann unter dieser Perspektive verstanden werden als Instabilität und erhöhte Störbarkeit affektlogischer Bezugssysteme. Das Ausmaß dieser Verletzlichkeit ist von Mensch zu Mensch ver-

schieden und variiert auf einem Kontinuum zwischen „hoch sensibel, extrem dünnhäutig“ bis „unempfindlich, stumpf“.

Bei der Entwicklung der individuellen Verletzlichkeit wirken biologische und psychosoziale Einflüsse zusammen, wobei ihre jeweilige Gewichtung im Einzelfall unterschiedlich ist. Auf der biologischen Seite ist erwiesen, daß genetische Einflüsse eine Rolle spielen, unbekannt ist jedoch nach wie vor, was genau auf welchem Wege vererbt wird. Als erworbene biologische Bedingungen kommen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in Betracht, wobei wahrscheinlich das zweite Trimester der Schwangerschaft ein gewisses Verletzlichkeitsfenster darstellt.

Erworbene und vererbte biologische Bedingungen können additiv/kumulativ oder komplementär wirksam werden und stellen die Grundlage dar sowohl für morphologische Abweichungen als auch für funktionelle Störungen im Gehirn. Diese sind weder spezifisch noch obligatorisch für Schizophrenie, d.h. bis heute ist keine Auffälligkeit in Gehirnaufbau oder -funktion identifiziert worden, die ausschließlich bei schizophreniegefährdeten Menschen und bei allen von ihnen festzustellen wäre. Relativ hoch spezifisch scheinen jedoch früh erworbene und zeitlich stabile mikroskopische Abweichungen im limbischen System zu sein, das seine entscheidende Entwicklungsphase bis etwa zum 7. Schwangerschaftsmonat durchmacht. Das limbische System spielt eine wichtige Rolle bei der Informationsverarbeitung, insbesondere bei der Integration von Fühlen und Denken, und es gilt als wichtige Umschaltstelle für den Transmitterstoffwechsel im Gehirn. Diffuse und makroskopische Substanzminderungen des Gehirns, die sich in einer Erweiterung der Hirnzwischenräume (Ventrikel) niederschlagen, sind in ihrer pathogenetischen Bedeutung nach wie vor umstritten. Sie erscheinen vor dem Hintergrund der aktuellen Befundlage eher weniger häufig und spezifisch als die Abweichungen im limbischen System.

Strukturelle und vor allem funktionelle Störungen im präfrontalen Kortex spielen bei nicht wenigen schizophren Erkrankten offenbar ebenfalls eine Rolle. Nach wie vor weitgehend ungeklärt ist die Rolle des Transmitterstoffwechsels in der Entwicklungsdynamik schizophrener Psychosen. Ihm kommt wahrscheinlich eher eine vermittelnde als eine ursächliche Funktion zu. Soweit sie sich auf die Botenstoffe vom Dopamin-Typ beziehen, sind Abweichungen weder spezifisch noch obligatorisch. Über die Rolle anderer Transmittersysteme im Zusammenhang mit schizophrenen Störungen ist kaum Verlässliches bekannt.

Biologische Bedingungen sind in enger Beziehung zu sehen zu psychosozialen Einflüssen, da Lernen und neuronale Entwicklung – zumal in der frühen Kindheit – auf das Engste miteinander verwoben sind. Vor dem Hintergrund dessen, daß die Psyche als System affekt-logischer Programme aufgefaßt werden kann, kommen als Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit alle Einflüsse und Erfahrungen in Betracht, die zu instabilen Bezugssystemen beitragen.

Dabei könnte es sich z. B. um Defizite der frühkindlichen Interaktion mit primären Bezugspersonen handeln, z. B. infolge eingeschränkter/fehlender Zuwendung oder infolge eigener symbiotischer Bedürfnisse der primären Bezugsperson (unklar abgegrenzte Subjekt-Objekt-Repräsentationen). Besonderheiten der familiären Kommunikation und des Entwicklungsumfeldes in der Familie könnten ebenfalls von Bedeutung sein. Die Wirksamkeit solcher Einflüsse ist allerdings bisher nur unzureichend belegt. Als ihr gemeinsamer Nenner kann eine Beeinträchtigung der Identitätsentwicklung gelten.

Soweit sie überhaupt bekannt sind, müssen die biologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit als mehr oder weniger unspezifisch aufgefaßt werden. Sie sind nicht als Ursachen der Verletzlichkeit zu verstehen, sondern stellen potentiell unendlich verschiedene Anfangszustände dar, die eine gemeinsame Endstrecke in der Verletzlichkeit für Schizophrenie haben. Insofern können

sie auch als Risikofaktoren aufgefaßt werden, die das relative Ausmaß der Verletzlichkeit beeinflussen und damit die Wahrscheinlichkeit, irgendwann einmal psychotisch zu dekompen­sieren.

Auf der Basis eines solchermaßen vulnerablen Terrains kann, muß es aber nicht zur Ent­stehung akuter Psychosen kommen. Ob irgendwann in der weiteren Entwicklung eine akute psychotische Dekompensation auftritt, ist vor allem abhängig davon, mit welchen Belas­tungen bzw. Stressoren das Individuum konfrontiert ist und wie es diese bewältigt (Co­ping).

Wahrscheinlich ist, daß unterschiedliche Arten von Belastungen Streß auslösen können: Eine Aneinanderreihung für sich genommen geringfügiger, alltäglicher Belastungen e­benso wie plötzliche, akute Belastungen (Lebensereignisse) oder längerfristig einwir­kende (z. B. *Expressed Emotion*) sowie lebensphasisch bedingte Belastungen (Über­gangs- und Reifungskrisen). Auch bei der Wirkung von Streß im Zusammenhang mit der Auslösung akuter Psychosen ist grundsätzlich von einem komplexen biopsychosozialen Wirkgefüge auszugehen. Vielfältige Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche schizophre­ner verletzlicher Menschen sind inzwischen gut belegt, diese richten sich sowohl auf Stö­rungen der Informationsverarbeitung bzw. auf Basisstörungen im Vorfeld akuter Psy­chosen als auch auf psychotische Symptome selbst. Über ihre Wirkungen ist bisher we­nig Genaues bekannt, sinnvoll erscheint es jedoch, zwischen (potentiell) günstigen und ungünstigen Bewältigungsmaßnahmen zu unterscheiden. Letztere wären z. B. im Falle von „Selbstmedikation“ mit Drogen oder Alkohol gegeben.

Die akute psychotische Dekompensation ist am besten zu verstehen als ein zeitlich mehr oder weniger ausgedehnter, phasenhafter Prozeß, bei dem es schließlich in der Folge von zirkulären Feedback-Prozessen zu einer nichtlinearen Verrückung der Psy­che in einen qualitativ neuen Funktionszustand kommt. Dieser kann unter dem Ge­sichtspunkt als Selbstheilungsversuch der Psyche aufgefaßt werden, als er zur Reorga­nisation und -stabilisierung eines völlig überforderten, desorganisierten informationsver­arbeitenden Systems beiträgt. Die psychotische Dekompensation ist nicht als Alles-oder-Nichts-Phänomen zu verstehen, sondern als mehr oder weniger plötzlicher End­punkt einer Entwicklung, die vom Betroffenen selbst sowie seiner Umgebung wahrge­nommen und damit potentiell beeinflußt werden kann. Signalfunktion haben in diesem Zusammenhang die sogenannten Frühwarnzeichen. Dabei handelt es sich um weitge­hend unspezifische Reaktionen auf Streß und Überforderung, die in den meisten Fällen der akuten Psychose über Tage oder auch Wochen vorausgehen. Neben allgemeinen und weit verbreiteten Frühwarnzeichen gibt es höchst individuelle, nicht generalisierbare Gefahrensignale. Wird ihre Signalfunktion erkannt, können entsprechende Coping­maßnahmen des einzelnen oder Unterstützungsmaßnahmen seines sozialen Umfeldes dazu beitragen, die psychotische Dekompensation zu vermeiden. Bei einer eher kleinen Gruppe von Betroffenen sind Frühwarnzeichen jedoch nicht festzustellen oder es bleibt kein zeitlicher Spielraum, um wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Bei einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von akut Erkrankten (wahrscheinlich zwi­schen 10 % und 20 %) bleibt es bei einer einmaligen Psychose, die mehr oder weniger folgenlos ausheilt. Die Mehrzahl der Betroffenen erkrankt jedoch mehrfach und über Jahre hinweg immer wieder. Der langfristige Ausgang schizophrener Psychosen nach Jahrzehnten ist jedoch überwiegend günstig: Es ist etwa mit einem Viertel Heilungen, ca. 50 % leichten bis mittelschweren und ca. einem Viertel schweren Endzuständen zu rechnen. Dabei entspricht der Verlauf einem weitgehend offenen Lebensprozess viel eher, als einem eigengesetzlichen Krankheitsprozess. Zwar kann man die Vielfalt der tatsächlichen Verläufe durch grobe Vereinfachung auf relativ häufige Verlaufsformen re­duzieren, *den* typischen Verlauf der Schizophrenie gibt es jedoch nicht.

Was die Möglichkeiten der längerfristigen Prognose angeht, so haben sich eine Reihe von Faktoren als recht stabil erwiesen. Von Bedeutung ist demnach insbesondere der psychosoziale Entwicklungsstand bis zur Ersterkrankung: Je gesünder und gefestigter die Persönlichkeit und ihre soziale Situation zu Erkrankungsbeginn, desto besser die Prognose. Die prognostische Bedeutung einzelner Merkmale ist jedoch lediglich statistisch belegt; eine verlässliche Langzeitprognose von Verlauf und Ausgang ist im Einzelfall damit selbst beim Vorliegen mehrerer günstiger oder ungünstiger Einflüsse unmöglich.

Die langfristige Entwicklung von Menschen, die einmal oder mehrfach schizophren erkrankt sind, wird wahrscheinlich von einer Vielzahl möglicher Bedingungsfaktoren beeinflusst, die nicht grundsätzlich von denen verschieden sind, die auch die Lebensläufe psychisch Gesunder beeinflussen. Bezogen auf die Lebensläufe schizophrener verletzlicher Menschen scheinen vor allem fünf Gruppen von Einflußbedingungen von Bedeutung: Einstellungen und Erwartungshaltungen der Betroffenen selbst sowie ihres sozialen Umfeldes; Behandlungs-, Betreuungs- und Rehabilitationseinflüsse; Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten; soziale und gesellschaftliche sowie biologische Einflüsse (insbesondere neuronale Bahnung und Prägung).

6. Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell hat weitreichende Konsequenzen für die psychiatrische Praxis. Es definiert eine neue Grundhaltung psychiatrisch Tätiger in der Therapie von Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis; es bestimmt die Rolle der Betroffenen im Umgang mit der Verletzlichkeit bzw. Erkrankung neu; und es schafft die Grundlage für eine veränderte Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und Betroffenen.

Innerhalb des Rahmens des klassischen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie ist es nie zur Entwicklung einer Therapietheorie oder von Elementen derselben gekommen. Streng genommen findet eine Therapietheorie innerhalb dieses Rahmens auch keinen Bezugspunkt, denn das klassische Krankheitskonzept impliziert einen quasi eigengesetzlichen, letztlich unbeeinflussbaren Verlauf der Erkrankung und läuft damit auf die Position des therapeutischen Nihilismus hinaus. Zwar haben psychotherapeutisch inspirierte Psychiater – wie z. B. schon Eugen BLEULER – sich immer mit der Behandlung der Schizophrenie befaßt, sie waren dabei jedoch immer auf Anleihen aus anderen theoretischen Kontexten angewiesen, wie z. B. der Tiefenpsychologie. Diese Position wurde auch durch die Erfolge der modernen Pharmakotherapie der Schizophrenie nicht grundsätzlich in Frage gestellt, denn auch Psychopharmaka heilen Schizophrenie nicht sondern vermögen bestenfalls den Verlauf zu modifizieren, eine günstige Wirkung auf den langfristigen Ausgang blieb dagegen bis in die Gegenwart umstritten.

Aus dem biopsychosoziale Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell mit seiner dynamisch-systemischen Sichtweise von Entstehung, Verlauf und Ausgang der Erkrankung lassen sich unmittelbar recht konkrete Leitlinien für den therapeutischen Umgang mit schizophren erkrankten bzw. verletzlichen Menschen ableiten, die sich zu einer therapeutischen Grundhaltung verdichten. Ausgangspunkt ist dabei die Einsicht, daß der Kern der Störung in fragilen inneren Bezugssystemen zu sehen ist, die sich in einer charakteristischen Störanfälligkeit der Informationsverarbeitung manifestieren. Daraus ergibt sich als Grundanforderung an jegliche Therapie, die zu verarbeitende Information soweit wie möglich zu klären und zu vereinfachen und das informationsverarbeitende System zu stärken. Dies bedeutet für den Therapeuten zum einen, in seinem eigenen Tun und Lassen einen hohes Maß an Klarheit, Eindeutigkeit und Transparenz zu realisieren. Daraus ergibt sich unmittelbar die Anforderung, auch die Grundlagen des eigenen Handelns transparent zu machen und sein Wissen maximal zu teilen. Darüber hinaus ist von Bedeutung, daß sich die „Therapie“ nicht auf die Therapeut-Patient-Dyade reduzieren läßt. Wie Betroffene selbst nur in stetiger Rückkoppelung mit ihrem sozialen Umfeld existieren, so ist jede Therapie eingebettet in ein

persönliches und ein professionelles soziales Umfeld, das es fortlaufend zu „polarisieren“ gilt: Durch die Vereinbarung klarer und konkreter Ziele, durch die Klärung und Zuordnung von Verantwortlichkeiten, durch die Gewährleistung von personeller und konzeptioneller Kontinuität. Auch dies erfordert letztlich die Erarbeitung einer weitgehend gemeinsamen informationellen Grundlage zwischen professionellen Helfern, den Erkrankten und ihrem sozialen Nahfeld, um einen gemeinsamen Raum von Konzepten, Einstellungen und Erwartungen zu schaffen. Schließlich ist von großer Bedeutung, alle therapeutischen Aktivitäten und Bezüge so zu gestalten, daß dabei zeitliche Dynamiken individuell angemessen berücksichtigt werden, z. B. die von Dekompensation und Remission, von Förderung und Entlastung etc.

So wie Menschen mit einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung im aktuellen Paradigma der Gesundheitsförderung generell als handelnde Subjekte verstanden werden, die potentiell selbstverantwortlich und kompetent mit ihrer Erkrankung umgehen, so wird der schizophrene erkrankte Mensch vor dem Hintergrund des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungsmodells als aktiv Gestaltender sichtbar, der über ein breites Spektrum an Fähigkeiten und Potentialen im Umgang mit seiner Erkrankung/Verletzlichkeit verfügt. Diese Potentiale sind jedoch nur zum Teil quasi naturwüchsig gegeben. Ganz im Sinne des Paradigmas der Gesundheitsförderung ist davon auszugehen, daß Wissen, Wahrnehmungsfähigkeit und Fertigkeiten gezielt gefördert werden müssen, um eine konstruktive Krankheitsbewältigung zu erreichen. Unter anderem geht es dabei um folgende Themen:

Betroffene sollten um ihre besondere Verletzlichkeit wissen und sie in ein Krankheitskonzept einordnen können, das mit ihrem Selbstkonzept und ihrem subjektiven Erleben vereinbar ist. Sie haben ein Anrecht auf klare, eindeutige und verständliche Information darüber, von welchen Vorstellungen und Konzepten über Schizophrenie sich psychiatrisch Tätige leiten lassen. Zugleich müssen ihre Kenntnisse und Erfahrungen einbezogen werden bei dem Versuch, ein gemeinsames Konzept der Störung zu entwickeln. Betroffene müssen Bescheid wissen über die Rolle, die Belastungen jedweder Art bei der Auslösung akuter Psychosen spielen und sie sollten sensibilisiert sein für die zeitliche Dynamik der psychotischen Dekompensation sowie dafür, welche Belastungen bei ihnen persönlich Streß auslösen können. Betroffene sollten die Bedeutung von Frühwarnzeichen kennen und sich über ihre ganz persönliche Signatur von Frühwarnzeichen im Klaren sein. Sie sollten sich ihrer spontanen Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche bewußt sein, konstruktive von destruktiven Strategien unterscheiden und erstere in Krisen gezielt einsetzen können. Betroffenen sollten die Möglichkeit haben, sich über ihr Erleben, insbesondere auch das der akuten Psychose, unter Mitbetroffenen auszutauschen. Die gegenseitige Unterstützung und Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen sind durch psychiatrisch Tätige aktiv zu fördern. Betroffene sollten Bescheid wissen über den möglichen Ausgang, den Verlauf und die Prognose der Erkrankung, realistisch-positive Zukunftserwartungen sollten aufgebaut und gestützt werden. Betroffene haben ein Anrecht auf offene, vollständige und klare Informationen über alle Aspekte ihrer Behandlung. Sie sind dabei zu unterstützen, eine informierte und autonome Entscheidung in allen Fragen zu treffen, die ihre Behandlung und Betreuung betreffen. Zusammengefaßt geht es darum, die Betroffenen dabei zu unterstützen, zu Ko-Experten ihrer Erkrankung zu werden.

Die soweit neu bestimmten Rollen und Funktionen von psychiatrischen und betroffenen Experten im Umgang mit der schizophrenen Erkrankung/Verletzlichkeit führen, wenn sie konsequent umgesetzt und gelebt werden, zwangsläufig zu einer Veränderung der Beziehung. Das traditionelle Gefälle Therapeut-Patient nimmt zugunsten einer größeren Partnerschaftlichkeit der Beziehung ab; die Kommunikation wird offener, vertrauter; das Zutrauen der Professionellen in die Kompetenzen und die Entscheidungsfähigkeiten der Betroffenen nimmt zu; sie beginnen, sich eher als Begleiter und Berater anstatt als Behandler zu begreifen. Betroffene werden selbstbewußter und

fordern zunehmend stärker die Einlösung von Rechten und Ansprüchen. Das Beziehungsmodell ist nicht länger das von Therapeut und Patient sondern zunehmend das einer echten Verhandlungspartnerschaft.

- 7. Die meisten schizophren Erkrankten verfügen außerhalb der akuten Krankheitsphase über eine mehr oder weniger ausgeprägte Krankheitseinsicht. Sie verfügen außerdem – vor und unabhängig von spezifischen psychiatrischen Interventionen – über ein wie auch immer geartetes Konzept der Erkrankung, das Orientierung vermittelt und handlungsleitend wirkt. Jedwede psychiatrische Therapie – sei sie biologischer oder psychosozialer Art – hat an diesen Konzepten anzuknüpfen und sie als Ausgangspunkt zu nehmen für die Entwicklung einer tragfähigen Verhandlungspartnerschaft.**

Die Konzepte von Betroffenen sollten nicht a priori und pauschal als weniger valide bewertet werden als die Schizophrenie-Konzepte, über die psychiatrisch Tätige verfügen. Auf der anderen Seite ist eine große Zahl von Betroffenen nur unzureichend über wichtige Aspekte der Erkrankung und Behandlung informiert und wünscht mehr Information. Es bestehen also sowohl die Voraussetzungen als auch der Bedarf dafür, daß psychiatrisch Tätige und Betroffene Konzepte der Erkrankung erarbeiten, die miteinander kompatibel sind.

Krankheitseinsicht ist ein problematisches Konstrukt, weil es das Mißverständnis nahelegt, es gehe darum, daß die Konzepte der Betroffenen von der Erkrankung mit dem „wissenschaftlichen“ Krankheitskonzept der Professionellen übereinstimmen. Tatsächlich ist Krankheitseinsicht ein mehrdimensionales Konzept, und sie entwickelt sich weitgehend unabhängig von den wissenschaftlichen Annahmen der Behandler. Grundsätzlich ist die Annahme nicht selbstverständlich, schizophren Erkrankte könnten die Erkrankung als solche wahrnehmen und sich davon distanzieren, da ja bei schizophrenen Psychosen – im Unterschied zu somatischen Erkrankungen – der gesamte Welt- und Selbstbezug in Verrückung gerät. Folgerichtig ist auch den meisten Spielarten des klassischen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie die Annahme zumindest implizit, daß diese Distanzierungsfähigkeit eingeschränkt ist oder fehlt.

Etwas verkürzt läßt sich der Forschungsstand zur Krankheitseinsicht schizophrener Erkrankter folgendermaßen zusammenfassen: Außerhalb der akuten Krankheitsphase, in der Einsicht – wenn überhaupt – nur in sehr eingeschränkter Form vorkommt, verfügen mindestens 2/3 bis 4/5 der Betroffenen über die Fähigkeit, sich zumindest zeit- und teilweise von dem psychotischen Geschehen zu distanzieren. Diese Distanz geht in der Regel mit der Stellungnahme einher, daß man an irgendeiner Form von – u.U. behandlungsbedürftiger – psychischer Störung oder Krankheit gelitten habe, auch wenn dieser Zustand nicht immer explizit als Krankheit bezeichnet wird. Damit ist eine notwendige Voraussetzung dafür gegeben, sich mit der und über die Erkrankung auseinanderzusetzen, z. B. im Rahmen von gesundheitsfördernden Konzepten. Ob und inwieweit es möglich ist, auf dem Wege dieser Auseinandersetzung zu einer Angleichung und Kompatibilität der Krankheitskonzepte von Betroffenen und Professionellen zu kommen, hängt nicht zuletzt von der ökologischen Validität psychiatrischer Krankheitskonzepte ab. Nur ein Schizophrenie-Verständnis, das im wesentlichen vereinbar ist mit dem subjektiven Erleben und dem Selbstkonzept der Betroffenen, wird eine tragfähige Basis für ein gemeinsames Konzept sein können.

Die Forschung belegt aber noch ein weiteres: Auf Seiten der Betroffenen bestehen z. T. immer noch erhebliche Wissens- und Informationsdefizite. Dies betrifft z. B. die Kenntnis der Diagnose, das Wissen über Art, Funktion und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente sowie über Verlauf und Prognose der Erkrankung. Wenn die Diagnose bekannt ist, ist ihre Akzeptanz allerdings durchaus hoch. Auch die generelle Bewertung der medikamentösen Therapie ist überwiegend positiv und die Vorstellung

gen Betroffener über die Ursache/Auslösung der Erkrankung kommen einem zeitgemäßen, multifaktoriellen Modell in vielen Fällen sehr nahe. Weit verbreitet ist der Wunsch nach (mehr) Information über die Erkrankung und ihre Behandlung. Diese Befunde belegen: Es gibt hinreichende Anknüpfungspunkte, es gibt aber auch einen erheblichen Bedarf dafür, daß professionelle Experten ihr Wissen maximal teilen.

Es ist also realistisch, davon auszugehen, daß (fast) jeder schizophren erkrankte Mensch über ein irgendwie geartetes Konzept der Erkrankung verfügt, das zur Einordnung und Erklärung von Erfahrungen dient und das zugleich handlungsleitende Funktion hat. Eine Ausnahme dürfte lediglich bei der eher kleinen Zahl von Betroffenen vorliegen, die einen völlig isolierenden Verarbeitungsstil haben. Aufgabe einer qualifizierten Beratung und Begleitung der Betroffenen kann es nun allerdings nicht sein, diese z. T. durchaus rudimentären oder idiosynkratischen Konzepte an die aktuellen „wissenschaftlichen“ Konzepte der Psychiatrie anzugleichen. Vielmehr liegt die „Bringeschuld“ zunächst bei den psychiatrischen Tätigen: Sie haben offenzulegen, von welchen Konzepten der Erkrankung und Behandlung sie ausgehen; und sie haben zur Kenntnis zu nehmen, von welchen Konzepten Betroffene selbst ausgehen und welche Fragen sie haben. Ausgehend davon kann der Versuch unternommen werden, gemeinsam ein Konzept der Erkrankung zu entwickeln, das zumindest von groben Widersprüchen frei ist. Bei diesem Versuch wird es letztlich immer einen Rest von Differenz geben und geben müssen; dieser ergibt sich notwendig aus den verschiedenen Perspektiven und der unterschiedlichen persönlichen Betroffenheit. Wenn der Versuch gelingt, ein gemeinsames Konzept zu entwickeln, werden am Schluß beide Seiten an Wissen und Erfahrung gewonnen haben.

- 8. Im Rahmen einer zielorientierten Schizophrenietherapie lassen sich Basisbausteine und ergänzende Bausteine unterscheiden. Erstere sind als obligatorisches Therapieangebot für alle Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorzuhalten. Zu den traditionellen Basisbausteinen gehören die Therapie mit Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika sowie die Psychotherapie. Während die Pharmakotherapie in Mitteleuropa fast unbegrenzt und flächendeckend verfügbar ist, ist ein speziell qualifiziertes psychotherapeutisches Angebot für die meisten schizophren Erkrankten bisher nicht gewährleistet.**

Die Therapie mit Psychopharmaka und unter ihnen insbesondere die mit Neuroleptika gehört heute zum Standard der Schizophrenietherapie. Fast alle von der Erkrankung Betroffenen machen Erfahrungen mit dieser Therapieform, nicht wenigen werden diese Medikamente in hochakuten Zuständen zwangsweise verabreicht und sehr viele nehmen sie auf Dauer oder sollten dies nach ärztlicher Verordnung zumindest tun. Unter der Perspektive der Gesundheitsförderung ist von Bedeutung, daß Neuroleptika die bei weitem wirksamsten Mittel der Rezidivprophylaxe, d. h. der Tertiärprävention der Schizophrenie darstellen. Die Aufklärung in allen Fragen, die mit diesem Therapiebaustein zusammenhängen, ist vor allem aus zwei Gründen von Bedeutung: Zum einen soll sie dem Patienten eine informierte Entscheidung für die Therapie ermöglichen, zum anderen soll sie ihm einen möglichst selbstverantwortlichen Umgang mit den Medikamenten in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt ermöglichen. Obwohl es sich um eine durchaus eingreifende Therapie handelt, unterbleibt eine umfassende Aufklärung über alle Aspekte der Neuroleptikatherapie in der psychiatrischen Versorgungspraxis allerdings bis heute in den meisten Fällen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Einer der wichtigsten dürfte jedoch sein, daß der Zeitpunkt an dem die Therapie (wieder) beginnt, ein denkbar ungünstiger für eine umfassende Aufklärung ist: Der Patient ist akut psychotisch, nicht selten wahnhaft, denkgestört, erregt. Der im Krankenhaus behandelnde Arzt ist Assistent in der Weiterbildung und ist selbst erst dabei, Lernerfahrungen mit dieser Therapie zu machen. Konsequenterweise unterbleibt in dieser Situation die Aufklärung fast immer. In späteren

Stadien der Behandlung, z. B. nach der Verlegung auf eine offenen Station oder auch nach Überweisung in die ambulante Behandlung, unterbleibt eine Aufklärung lege artis wahrscheinlich oft einfach deshalb, weil der Patient ja bereits mit Neuroleptika behandelt wird usw. usf. Entgegen dieser Praxis der unzureichenden Aufklärung ist zu fordern, daß der Patient mindestens über folgende Aspekte der Therapie mit Neuroleptika umfassend und verständlich zu informieren ist (analog ist bei anderen Psychopharmaka zu verfahren):

- Die Funktionen der Therapie: Zu unterscheiden ist die symptom-suppressive Akut- oder Dauerbehandlung von der rezidivprophylaktischen Behandlung. Der Patient muß wissen, warum und mit welchem Ziel er über welchen Zeitraum Neuroleptika einnehmen soll. Bei der Akut- und der Dauerbehandlung handelt es sich um grundsätzlich verschiedene Strategien mit unterschiedlichen Chancen aber auch Risiken, die transparent sein müssen.
- Die Typen neuroleptischer Medikamente mit ihrem jeweiligen Wirkungsprofil: Nach wie vor von klinischer Bedeutung ist die Einteilung der Neuroleptika in nieder-, mittel- und hochpotente. Diese Einteilung folgt entlang dem Kontinuum primär sedierend/primär antipsychotisch, wobei sich die antipsychotische Wirkung bei den klassischen Neuroleptika in erster Linie auf die Positivsymptomatik bezieht. Hinzutreten muß die Information über Depotneuroleptika und die neueren „atypischen“ Substanzen mit ihrem jeweiligen Wirkungsspektrum. Zur Information über die Wirkungen gehören auch die Chancen, die mit der Therapie verbunden sind, z. B. eine Response-Rate in der Akutbehandlung zwischen 75 und 95 % und eine Senkung der 1-Jahres-Rezidivrate durch medikamentöse Prophylaxe von durchschnittlich ca. 70 auf ca. 20 %.
- Behandlungsstandards: Entgegen der klinisch häufig anzutreffenden Auffassung ist die Neuroleptikatherapie kein individualistisch nach „ärztlicher Kunst“ auszuübendes Handwerk, sondern sie ist inzwischen so gut erforscht, daß Standards vorliegen, über die auch Patienten informiert sein sollten. Dies schafft ein Recht auf besondere Begründung, wenn von diesen Standards im Einzelfall abgewichen wird. Zu den standardisierten bzw. standardisierbaren Aspekten der Neuroleptika-therapie gehört die Dosierung in der Akutbehandlung und in der Rezidivprophylaxe, die minimale Behandlungsdauer bis zu einem Medikamentenwechsel, die Indikation für die Behandlung mit „atypischen“ Neuroleptika sowie zur Indikation einschließlich Empfehlungen zur minimalen Dauer der Rezidivprophylaxe. Zu den Standards gehören auch mögliche Alternativstrategien mit ihren Chancen und Risiken, z. B. die Niedrigdosierungsstrategie und die Intervallstrategie in der Rezidivprophylaxe.
- Nebenwirkungen und Risiken: Eine informierte Entscheidung über die Neuroleptikatherapie ist nur möglich, wenn deren Nutzen/Chancen persönlich abgewogen werden können gegen deren Kosten/Risiken. Die umfassende Aufklärung über die möglichen Nebenwirkungen der Therapie, die ja überwiegend ungefährlich bzw. gut zu behandeln, wenn auch oft unangenehm sind, dient nicht zuletzt dazu, den Patienten – und seine Angehörigen – davor zu bewahren, von den unerwünschten Wirkungen überrascht und beängstigt zu werden (z. B. Schlund- oder Blickkrämpfe). Obligatorisch muß die Aufklärung über mögliche Spätschäden sein, auch wenn das Wissen über Prävalenz, Bedingungsfaktoren und Behandlungsmöglichkeiten der Spätdyskinesien bis heute begrenzt ist.

Die Umsetzung der genannten Aspekte von Information und Aufklärung hat nun nicht nur die Funktion, den behandelnden Arzt rechtlich abzusichern und dem Patienten eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, sondern sie muß auch dem Patienten die Möglichkeit geben, seine Erwartungen an die Behandlung, sein subjektives Erleben der Wirkungen und Nebenwirkungen, seine Ängste und Befürchtungen bezüglich einer

Dauertherapie möglichst sanktionsfrei zu kommunizieren. Die ergänzende Bearbeitung dieser Aspekte in einer Gruppe von Mitbetroffenen bietet darüber hinaus die Chance zum Austausch und zur Einordnung der eigenen Erfahrungen.

Ein Teilziel von Aufklärung und Information über die Psychopharmakotherapie ist es, die Einnahmезuverlässigkeit („Compliance“) zu verbessern, mindestens aber, den Patienten zu motivieren, die unzuverlässige Einnahme oder Ablehnung der Medikamente gegenüber dem behandelnden Arzt offenzulegen (Vermeidung von Desinformation). Keineswegs kann jedoch von einer Einbeziehung des Patienten in die Neuroleptikatherapie entlang der oben genannten Themen allein eine Optimierung der insgesamt erheblich eingeschränkten Compliance gerechnet werden. Das Einnahmeverhalten schizophrener Erkrankter ist, nach allem was wir heute wissen, komplex bedingt. Von Bedeutung dabei sind unter anderem die Arzt-Medikament-Beziehung („Arzt-Compliance“, Komplexität der Verordnung), die Patient-Medikament-Beziehung (erlebte/befürchtete Nebenwirkungen, initiales Erleben der Medikamentenwirkung, Krankheitskonzept), sowie die Arzt-Patient-Beziehung (Informiertheit des Patienten, Beziehungsqualität). Gesundheitsförderung durch Aufklärung/Information über alle wichtigen Aspekte der Therapie mit Psychopharmaka ist nicht „Compliance-Training“ und sollte auch nicht darauf reduziert werden.

Die schizophrene Psychose kann unter einer bestimmten Perspektive als – freilich scheiternder – Selbsthilfeversuch eines psychischen Systems verstanden werden, dessen Integrationsmöglichkeiten erschöpft sind und das sich nur noch in einer psychotischen Eigenwelt reintegrieren kann. Das, was Betroffene dann in der Psychose erleben, wird von den meisten nicht als sinnlos aber doch als außerordentlich bedrohlich und kränkend erlebt. Es versteht sich fast von selbst, daß Menschen mit solcherlei Erfahrungen dringend der psychotherapeutischen Hilfe bedürfen, die meisten Betroffenen artikulieren diese Hilfe auch, wenn man sie in angemessener Weise danach fragt. Dabei muß sich die psychotherapeutische Unterstützung auf beide Aspekte richten: Die Stützung eines fragilen, dauerhaft desintegrationsgefährdeten Ichs und die Förderung der Verarbeitung der Erkrankung/Kränkung. Hier ist Psychotherapie im engeren Sinne der Klärungsperspektive gefragt, d.h. ein Vorgehen, bei dem die Klärung von Bedeutungs- und Sinnstrukturen, Motiven und Zielen des Patienten im Vordergrund steht und nicht die Lösung von Problemen oder die Verhaltensänderung. Die „Urmutter“ aller Psychotherapie, die Psychoanalyse, ist nicht für die Behandlung von schizophrenen Patienten entwickelt worden, in ihrer klassischen Form ist sie eindeutig ungeeignet für die Behandlung dieser Patienten. Zwar hat es in der psychoanalytischen Tradition immer wieder Versuche gegeben, tiefenpsychologische Therapie so zu adaptieren, daß sie für schizophren Erkrankte geeignet ist, bis heute fehlen jedoch überzeugende Nachweise für Effektivität und Effizienz dieser Ansätze in der Schizophrenie-Behandlung. Auch andere Therapieschulen sind in der Regel am neurotherapeutischen Modell orientiert und so gibt es bis heute keine schizophreniespezifische Psychotherapie i. e. S., die lehr- und lernbar und sich auf befriedigende empirische Belege ihrer Wirksamkeit stützen könnte. Möglicherweise ist aber eine störungsspezifische Psychotherapie der Schizophrenie gar kein sinnvolles Konzept, sondern es könnte eher darum gehen, die vorhandenen Wissensbestände und Wirkprinzipien der Psychotherapie in flexibler und eklektischer Weise so zu nutzen, daß daraus ein der Störung angemessenes und bedürfnisgerechtes therapeutisches Vorgehen resultiert.

Eine solche klärungsorientierte Psychotherapie für schizophren Erkrankte müßte folgende Qualitätsmerkmale realisieren: Die Grundhaltung ist aktiv, strukturierend und Orientierung gebend; die Ich-Funktionen des Patienten werden gestützt, wobei Abhängigkeit zuzulassen ist; Ausgangs- und Anknüpfungspunkt sind die gesunden, kompetenten Anteile des Patienten; edukative Anteile – Information, Schulung, Aufklärung – werden flexibel in das therapeutische Vorgehen integriert; desintegrierend wirkende, affekt- und erlebnisaktivierende Methoden werden vermieden; das Vorge-

hen ist flexibel und adaptiv, d. h. Inhalte und Methoden der Therapie werden dem Bedarf und den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten angepaßt; Basis ist das Angebot einer langfristig tragfähigen, verlässlichen therapeutische Beziehung. Diese Art von Psychotherapie wird auch als „supportive“, „stützende“ oder „personale“ Therapie bezeichnet und versteht sich grundsätzlich als zwar notwendiger, nicht jedoch hinreichender Baustein im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes. Die Tatsache, daß derartige psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung schizophrener Erkrankter bisher allenfalls rudimentär umgesetzt sind und keinesfalls als Teil der Regelversorgung gelten können, hat wahrscheinlich im wesentlichen zwei Gründe: Die bestehende Struktur und Tradition der Psychotherapieausbildung, die sich nicht an den psychiatrisch relevanten Störungsbildern orientiert, sowie die nach wie vor problematischen Refinanzierungsmöglichkeiten für die längerfristige Psychotherapie schizophrener Erkrankter in Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen Regelversorgung sowie in psychotherapeutischen Praxen. Es ist zu hoffen, daß das 1998 in der Bundesrepublik in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz dazu beiträgt, daß sich Therapieausbildung und Therapieangebot zukünftig bedarfsgerecht gestalten werden.

- 9. Der dritte Basisbaustein einer zeitgemäßen Schizophrenietherapie ist Psychoedukation. Psychoedukative Therapieansätze finden erst seit Anfang der 90er Jahre auf breiterer Basis Eingang in ein umfassendes Behandlungsangebot für schizophrene erkrankte Menschen. Sie sind zu verstehen als tertiärpräventive Konzepte der Gesundheitsförderung bei chronisch-rezidivierenden psychischen Erkrankungen. Ein wesentliches Ziel von Psychoedukation ist deshalb, die Autonomie der Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung/Verletzlichkeit zu fördern. Notwendige Bestandteile von psychoedukativer Therapie sind die Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes und die Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen.**

Es ist kein Zufall, daß psychoedukative Therapiekonzepte, die sich unmittelbar an Betroffene wenden – von vereinzelten Ausnahmen abgesehen – erst seit ca. 10 Jahren nach und nach Eingang in die psychiatrische Regelversorgung finden. Offensichtlich mußte das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell, aus dem sich diese Therapieansätze zwanglos ableiten lassen, erst ein hinreichendes Maß an Verbreitung bis an die Basis der psychiatrischen Versorgung gefunden haben. Ähnlich, wie die Ergebnisse der Langzeitstudien zum Verlauf und Ausgang der Schizophrenie in den 70er Jahren die Grundlage dafür schufen, daß sich in den 80er Jahren ein neues Schizophrenie-Paradigma entwickeln konnte, so ist die zunehmende Verbreitung und Akzeptanz dieses Paradigmas in den 90er Jahren die Voraussetzung dafür, daß sich Psychoedukation als neues therapeutisches Paradigma durchzusetzen beginnt.

Psychoedukative Therapieansätze haben sich in erster Linie in und aus der modernen Verhaltenstherapie heraus entwickelt. Wie verhaltenstherapeutische Konzepte generell, so ist auch Psychoedukation in erster Linie der Problembewältigungsperspektive verpflichtet. Vorgehensweisen, die dem Patienten aktiv helfen, Probleme zu lösen oder zu bewältigen, haben sich in der Psychotherapieforschung als besonders effektiv erwiesen. Wahrscheinlich handelt es sich bei der Bewältigungsperspektive um das mächtigste Wirkprinzip erfolgreicher Psychotherapie. Psychoedukative Verfahren sind in der behavioral orientierten Psychotherapie und auch in der Psychiatrie seit mindestens zwei Jahrzehnten verbreitet, z. B. in der Behandlung von Abhängigkeits-, Zwangs-, Angst- und depressiven Störungen. Ihre Anwendung auf dem Gebiet der funktionellen Psychosen folgt deshalb einem generelleren Trend. Trotz der zunehmenden Verbreitung fehlt es bis dato an einer international akzeptierten Definition von Psychoedukation. Die Literaturliteraturauswertung im Rahmen dieser Arbeit führt zu folgendem Vorschlag einer Begriffsbestimmung:

Psychoedukative Therapie ist eine verhaltenstherapeutische Variante von Psychotherapie im weiteren Sinne. Sie focussiert vor allem die Problembewältigungsperspektive und zielt darauf ab, zum Verstehen und zur Verarbeitung des Krankheitsgeschehens beizutragen, Ängste zu reduzieren, ein positives Selbstkonzept zu fördern und die Autonomie der Betroffenen zu stärken. Notwendige Bestandteile sind die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes sowie die gezielte Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit bzw. Erkrankung.

Unter methodischen Gesichtspunkten gibt es eine Reihe von Argumenten dafür, daß das Gruppensetting für Psychoedukation besonders geeignet ist: Es ermöglicht die Erfahrung des Nicht-alleine-Betroffenseins (*sharing*); es fördert Modellernen; es bietet die Chance, daß Mitbetroffene sich gegenseitig unterstützen und ihre Isolation überwinden; es ist ökonomischer in der Umsetzung. Darüber hinaus sprechen einige Argumente dafür, psychoedukative Therapie mit schizophrenen Klienten bevorzugt im ambulanten-komplementären statt im klinischen Rahmen durchzuführen: die größere psychische Stabilität der Teilnehmer verbunden mit besseren Fähigkeiten der Informationsverarbeitung; praktische Erwägungen wie die immer kürzer werdenden klinischen Verweildauern und das Erfordernis, geschlossene Gruppen über einen längeren Zeitraum zu führen.

Zu unterscheiden ist zwischen psychoedukativen Therapieansätzen von mittelfristiger Dauer (zwischen 20 und 100 Sitzungen) und der psychoedukativen Kurzzeittherapie mit ca. 8 bis 20 Sitzungen. Punktuelle Interventionen mit weniger Sitzungen sollten nicht als psychoedukative Therapie bezeichnet werden, weil sie die in der obigen Definition genannten notwendigen Bestandteile „Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes“ und „Förderung von Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten“ nicht im erforderlichen Umfang realisieren können. So handelt es sich bei diesen Ansätzen in der Regel um reine Informationsvermittlung zur „Compliance“-Förderung.

Da es sich bei psychoedukativen Therapien mit Betroffenen um relativ neue Ansätze mit immer noch geringer Verbreitung handelt, ist die Forschungslage bezüglich der Wirkungen (und Nebenwirkungen) dieser Therapien noch unbefriedigend. Vorläufig kann als bestätigt gelten, daß psychoedukative Gruppentherapie das krankheits- und behandlungsbezogene Wissen verbessert, das Krankheitskonzept in erwünschter Weise verändert, die Einstellungen gegenüber der medikamentösen Therapie positiv beeinflusst und die „Compliance“ erhöht. Darüber hinaus wird in einigen Untersuchungen über generell positive Bewertungen der Gruppenarbeit berichtet. Unklar bleiben vorerst die Auswirkungen auf Rezidiv- und Rehospitalisierungshäufigkeit, Symptomatik und Lebensqualität.

Im Gegensatz zur unifokalen Therapie mit Betroffenen ist die psychoedukative oder behavioral-kognitive Familientherapie im Hinblick auf Effektivität und Effizienz außerordentlich gut evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, daß diese Intervention – in Kombination mit Neuroleptika – wahrscheinlich die wirksamste psychosoziale Therapie der Schizophrenie überhaupt darstellt. Es gibt jedoch eine Reihe von überwiegend praktischen Gründen, die der flächendeckenden Realisierung dieser recht aufwendigen Form von Familientherapie entgegenstehen. Ein auch in der Regelversorgung gangbarer Kompromiß scheint derzeit die bifokale psychoedukative Therapie zu sein. Hierbei werden Betroffene und Angehörige in getrennten, inhaltlich stark aufeinander bezogenen und zeitlich parallelen Gruppen behandelt. Erste Ergebnisse aus deutschen Evaluationsstudien deuten darauf hin, daß bifokale Therapie wirksamer ist als unifokale und insbesondere auch einen positiven Einfluß auf den Krankheitsverlauf hat.

- 10. Als eine der ersten Arbeitsgruppen in Deutschland hat die PEGASUS-Gruppe unter der Leitung des Autors seit 1990 ein Konzept für eine psychoedukative Gruppentherapie mit schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten entwickelt und im Kontext der psychiatrischen Regelversorgung praktisch erprobt. Das PEGASUS-Konzept basiert inhaltlich und methodisch und auf dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie und versucht konsequent, dessen Implikationen in eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und Betroffenen umzusetzen. Die konzeptionelle Entwicklung ist eingebettet in eine Implementierungsstrategie, die die Verankerung des Konzepts als Angebot der Regelversorgung in der Stadt Bielefeld aber auch in anderen Regionen systematisch unterstützt. Das PEGASUS-Konzept dürfte gegenwärtig in der Bundesrepublik die am meisten verbreitete und umgesetzte psychoedukative Gruppentherapie für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sein.**

Ausgangspunkt und Grundlage des PEGASUS-Konzeptes ist das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell in der Variante des Drei-Phasen-Modells von Luc CIOMPI. CIOMPIs biopsychosoziales Schizophrenie-Verständnis zeichnet sich nicht nur durch eine besonders hohe integrative Kraft aus, sondern hat gegenüber anderen Modellen auch einen besonderen didaktischen Reiz. Im ersten Teil der Gruppenarbeit nach dem PEGASUS-Konzept (Stunden 2 – 7), wird dieses Modell als Rahmen benutzt, um die wesentlichen Inhalte eines zeitgemäßen Schizophrenieverständnisses mit den Teilnehmern zu erarbeiten. Besonderer Wert wird darauf gelegt, die eigenen Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen und deren Ansatzpunkte systematisch herauszuarbeiten. In zweiten Teil (Stunden 8 – 10) geht es um die Behandlung mit Psychopharmaka, unter besonderer Berücksichtigung der Neuroleptika. Thematisiert werden die Funktionen und Wirkungen, die Nebenwirkungen und Risiken sowie spezielle Aspekte der Therapie einschließlich der Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt. Im dritten Teil werden die bisher erarbeiteten Inhalte noch weiter konkretisiert und individualisiert im Hinblick auf Selbsthilfe- und Bewältigungsmöglichkeiten der Teilnehmer. Am Ende steht die Erarbeitung eines persönlichen Krisenplans für jeden einzelnen Teilnehmer.

Das PEGASUS-Konzept verfolgt eine tertiärpräventive Zielsetzung: die Förderung von Gesundheit im Leben mit einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Im einzelnen ergeben sich die Zielsetzungen der Intervention sowohl aus dem Paradigma der Gesundheitsförderung als auch aus dem Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Schizophrenie. Förderung der subjektiven Verarbeitung des Krankheitsgeschehens, Reduzierung von Angst und Unsicherheit, Förderung eines positiven Selbstkonzeptes, Unterstützung von Selbstverantwortung und Autonomie im Umgang mit der Verletzlichkeit, Stärkung der Mitverantwortung für die medikamentöse Therapie, günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, Verbesserung der Lebensqualität. Schließlich will das Konzept eine inhaltliche Grundlage schaffen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und Professionellen.

Unter methodisch-didaktischen Gesichtspunkten sind zwei Aspekte für das PEGASUS-Konzept zentral. Zum einen die Berücksichtigung der spezifischen Störungen der Informationsverarbeitung bei der Auswahl und Präsentation der Inhalte der Gruppenarbeit. Zum anderen die fortlaufende Einbeziehung der Kenntnisse, Erfahrungen und Bedürfnisse der Teilnehmer bei der Umsetzung des jeweiligen Stundenkonzeptes. Die Teilnehmer werden als gleichberechtigte Gesprächspartner und als Ko-Experten für ihre Situation und Erkrankung ernst genommen, dementsprechend muß dem Einzelnen mit seinen Beiträgen in der Gruppenarbeit Raum gegeben werden. Auf der anderen Seite ist in fast jeder Stunde ein recht anspruchsvolles inhaltliches „Programm“ zu absolvieren, dessen Umsetzung durch das Therapiemanual sehr stark vorstrukturiert ist. Die Tätigkeit der Therapeuten („Moderatoren“) gleicht deshalb über weite Strecken der Gruppenarbeit einer Gratwanderung zwischen den inhaltlichen und didaktischen Vor-

gaben einerseits und der Einbeziehung der subjektiven Perspektive sowie der Berücksichtigung des Gruppenprozesses andererseits. Dementsprechend sind die Anforderungen an PEGASUS-Moderatoren hoch: Sie müssen über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit psychosekranken Menschen, über eine solide psychotherapeutische Basiskompetenz und über pädagogisch-didaktische Fähigkeiten verfügen; außerdem ist ein fundierter Überblick über den aktuellen Wissensstand zur Schizophrenie unerlässlich. Darüber hinaus ist eine gründliche inhaltliche und methodische Vorbereitung auf die Durchführung der einzelnen Stunden erforderlich. An die Teilnehmer sind demgegenüber keine besonderen Anforderungen zu stellen. Wichtig ist nur, daß sie in klinischer Hinsicht einigermaßen stabil, d. h. nicht akut psychotisch sind. Außerdem ist ein Mindestmaß an Interesse, sich mit „der Krankheit“ zu befassen, eine notwendige Voraussetzung. Ansonsten belegt die bisherige praktische Erfahrung mit dem PEGASUS-Konzept recht eindeutig, daß das Konzept bei einem breiten und durchaus heterogenen Spektrum von Klienten umsetzbar ist und auf Interesse stößt. Dies betrifft

z. B. Merkmale wie „Krankheitseinsicht“ (ist keine Voraussetzung der Teilnahme, allerdings eine mögliche Folge); die Ausprägung von Negativ-Symptomen (die im Einzelfall stark sein kann); oder die allgemeine Intelligenz (es können offenbar Akademiker ebenso wie Menschen mit einer Lernbehinderung profitieren, wenn auch sicher auf unterschiedliche Weise).

Der geeignete institutionelle Kontext für die Umsetzung des Konzeptes ist in erster Linie der ambulant-komplementäre Bereich der psychiatrischen Versorgung. Dies ergibt sich bereits aus dem Umstand, daß das Konzept auf geschlossenen Gruppen über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten basiert. Soweit dies zu gewährleisten ist, können auch andere Kontexte für die Durchführung geeignet sein (z. B. Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen). Entsprechend der sehr positiven Erfahrungen mit der Umsetzung in Bielefeld empfiehlt die PEGASUS-Gruppe die einrichtungsübergreifende Durchführung von Gruppen. Sie hat gleich mehrere Vorteile: Es ist gewährleistet, daß für jeden Teilnehmer ein „neutraler“ Therapeut beteiligt ist; die einzelnen Institution ist durch den Zeitaufwand für die Umsetzung nicht über Gebühr belastet; die konzeptionelle Kontinuität wird einrichtungsübergreifend gefördert; und es kann sich in der Versorgungsregion nach und nach ein gemeinsames Grundverständnis über Schizophrenie und über die Zusammenarbeit mit den davon Betroffenen entwickeln.

Die PEGASUS-Gruppe hat von Anfang an großen Wert auf die Bearbeitung von Implementierungsproblemen gelegt. Anders als im Kontext der bundesdeutschen Universitätspsychiatrie, wo innovative therapeutische Konzepte häufig relativ abgehoben von den Anforderungen und Möglichkeiten der psychiatrischen Regelversorgung entwickelt werden, war die Entwicklung und Erprobung des PEGASUS-Konzeptes immer bezogen auf die Umsetzung im psychiatrischen Versorgungsalltag. Die Implementierungsstrategie der PEGASUS-Gruppe umfaßt eine Reihe von Elementen, von denen einige übergreifenden, andere einen regionalen Bezug haben. Dazu gehören:

- Ein Grundlagenbuch mit Lehrtexten für angehende Moderatoren sowie anschaulichen „Werkstattberichten“ aus der PEGASUS-Praxis (2. Auflage, WIENBERG 1997);
- das Manual als Leitfaden zur Umsetzung des Gruppenkonzeptes einschließlich eines Anhangs mit Kopiervorlagen für alle in der Gruppenarbeit zu verwendenden Materialien (die 3. Auflage ist im Druck; WIENBERG et al. 1998);
- ein Fortbildungs-Curriculum mit drei Bausteinen: Theorie-Seminar, Praxis-Training und Supervision; dieses Curriculum wird ausschließlich regional angeboten und umgesetzt (WIENBERG et al. 1997b).
- Darüber hinaus beteiligt sich die PEGASUS-Gruppe fortlaufend mit Vorträgen, Workshops etc. an nationalen und internationalen Fachtagungen, um ihr Konzept bekanntzumachen und zur Diskussion zu stellen; sie ist außerdem beteiligt an

einer „Arbeitsgruppe Psychoedukation“ auf Bundesebene, an der Vertreter einer Reihe von universitären und außeruniversitären Arbeitsgruppen beteiligt sind, die sich mit psychoedukativen Konzepten in der Schizophrenietherapie befassen.

Auf regionaler Ebene gehören folgende Bausteine zur Implementierungsstrategie:

- Eine ständige Arbeitsgruppe der PEGASUS-Moderatoren in Bielefeld, z. T. erweitert durch Kollegen aus angrenzenden Regionen;
- eine Koordinierungsstelle für PEGASUS-Gruppen in Bielefeld als Ansprechpartner für an einer Teilnahme interessierte Betroffene und zur einrichtungsübergreifenden Koordination der Durchführung von Gruppen;
- der „Verbund Psychoedukative Gruppenarbeit Bielefeld“, eine Abstimmungsgremium von Trägervertretern bzw. leitenden Mitarbeitern aller Dienste und Einrichtungen im Kernfeld der Versorgung psychotischer Menschen in der Stadt.

Alle diese regionalen und überregionalen Aktivitäten zusammengenommen haben dazu geführt, daß das PEGASUS-Konzept derzeit mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das in der psychiatrischen Regelversorgung der Bundesrepublik am weitesten verbreitete und umgesetzte psychoedukative Konzept in der Schizophrenietherapie ist.

11. Die subjektive Bewertung und Akzeptanz eines psychosozialen Therapieansatzes durch Patienten und Therapeuten bzw. Nutzer und Anwender ist sowohl aus der Perspektive der Gesundheitsförderung als auch vor dem Hintergrund des „neuen“ Schizophrenie-Paradigmas ein notwendiges und bedeutsames Evaluationskriterium. Die vorgelegte Studie zur Bewertung und Akzeptanz des PEGASUS Konzeptes an einer großen Stichprobe von Teilnehmern und Moderatoren stellt – soweit bekannt ist – die bisher differenzierteste Evaluation psychoedukativer Therapie unter diesem Kriterium dar.

Entscheidende Outcome-Kriterien in der Evaluation der Schizophrenie-Therapie sind eine verbesserte psychische Gesundheit, eine verminderte Rezidiv- und Rehospitalisierungshäufigkeit, ein erhöhtes soziales Funktionsniveau sowie eine verbesserte subjektive Lebensqualität (Effekte 2. Ordnung). Diesen Kriterien hat sich auch die psychoedukative Gruppentherapie nach dem PEGASUS-Konzept zu stellen, und an ihnen wird sich letztlich zu entscheiden haben, ob diese und vergleichbare Therapien auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten beanspruchen können, zum Standardbaustein einer zeitgemäßen Schizophrenie-Therapie zu gehören.

Einstweilen mangelt es an kontrollierten Studien zu den Effekten 2. Ordnung von unifokaler und bifokaler psychoedukativer Therapie. Die empirische Basis für eine Bewertung der Effizienz ist noch zu schmal. In der vorliegenden Untersuchung wurde aus der Not, nicht über die im universitären Kontext realisierbaren Forschungsressourcen zu verfügen, eine Tugend gemacht, indem eine große und repräsentative Stichprobe von Nutzern und Anwendern aus der psychiatrischen Regelversorgung in unterschiedlichen Regionen zur Bewertung und Akzeptanz des PEGASUS-Konzeptes befragt wurde. Damit ist der Fokus der Untersuchung auf ein einziges Zielkriterium 1. Ordnung eingegrenzt. Es handelt sich also um eine in ihrer Aussagekraft begrenzte Studie, deren Ansatz dennoch alles andere als trivial ist. Denn sowohl unter dem Paradigma der Gesundheitsförderung als vor dem Hintergrund des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modells der Schizophrenie ist die subjektive Stellungnahme der Betroffenen notwendigerweise in die Evaluation von Interventionen einzubeziehen. Beide theoretischen Kontexte postulieren eine aktive, gestaltende Rolle des Individuum bei der Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit. Beide postulieren, daß Betroffene selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen, und beide Ansätze wol-

len den Betroffenen Wissen und Entscheidungsmacht zurückgeben in allen Fragen, die ihre Gesundheit betreffen. Insofern ist es obligatorisch, diese Betroffenen und Nutzer von Therapieangeboten direkt in deren Evaluation einzubeziehen und ihre Bewertungen für die Weiterentwicklung des jeweiligen Vorgehens zu nutzen. Dabei stellt sich die Frage der Akzeptanz unter einer doppelten Perspektive: Zum einen kann man die Betroffenen daraufhin befragen, ob sie das praktische Vorgehen, den Prozeß, die Inhalte und Wirkungen der Intervention akzeptieren. Zum anderen kann nach der Akzeptanz des Krankheitskonzeptes sowie des damit zwangsläufig verbundenen Menschenbildes und Bildes von der Rolle der Betroffenen gefragt werden, auf dem die Intervention beruht. Beide Aspekte sind relevant und werden in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt. Und beide Aspekte werden mitentscheidend dafür sein, ob psychoedukative Therapie nach dem PEGASUS-Konzept überhaupt weitergehende Wirkungen entfalten kann. Denn eine Therapie mag noch so wirksam sein – wenn sie nicht in Anspruch genommen wird, weil sie bei den potentiellen Nutzern nicht auf Akzeptanz stößt, geht diese Wirksamkeit ins Leere. Dies belegen nicht zuletzt die erheblichen „Compliance“-Probleme, die die Wirksamkeit der Neuroleptikatherapie erheblich beschränken.

Die vorliegende Studie ist nach den umfassenden Recherchen des Autors die bisher differenzierteste Evaluation von Bewertung und Akzeptanz psychoedukativer Interventionen bei schizophren Erkrankten und beansprucht, einen notwendigen Beitrag zur Evaluation und Weiterentwicklung dieses Therapieansatzes zu leisten.

- 12. Das PEGASUS-Konzept wird von den befragten Teilnehmern bezüglich des methodisch-didaktischen Vorgehens, der Inhalte, des Verlaufs und der Wirkungen insgesamt positiv bis sehr positiv bewertet. Insbesondere belegen die Befragungsergebnisse, daß die Teilnehmer das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell in ihrer großen Mehrheit grundsätzlich auf sich anwenden können, was als Beleg für die ökologische Validität des Modells gelten kann. Die Teilnehmereinschätzungen werden durch die Ergebnisse der Moderatoren-Befragung gestützt, wobei die Einschätzung der Moderatoren generell sehr nah bei denen der Teilnehmer liegt. Aus den Bewertungen und Stellungnahmen der befragten Gruppen lassen sich eine Reihe von Hinweisen für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Konzeptes im Detail ableiten, die zum großen Teil bereits umgesetzt werden konnten. Das Rahmenkonzept bedarf dagegen nach den Ergebnisse dieser Studie keiner Revision.**

Die Zustimmung der Teilnehmer zu dem methodischen Grundansatz – das Wechselspiel zwischen Informationsvermittlung-/Erarbeitung und Gruppengesprächen im Setting einer Kleingruppe – ist hoch und belegt, daß diese bisher in der Psychiatrie wenig praktizierte Form der Zusammenarbeit auf einen ausgeprägten Bedarf der Betroffenen stößt. Die Befragung belegt ferner, daß das methodisch-didaktische Vorgehen mit unterschiedlichen Medien und Materialien für die Zielgruppe geeignet ist und positiv aufgenommen wird. Die Anforderungen, die unter konzeptionellen Aspekten an die Therapeuten zu stellen sind, werden auch von den Teilnehmern als (sehr) wichtig eingeschätzt, die Zufriedenheit mit der Umsetzung in der selbst absolvierten Gruppe ist hoch. Für eine jeweils deutliche Mehrheit der Teilnehmer sind ein neutraler Moderator, die Teilnahme eines Arztes mindestens in Teil II der Gruppenarbeit und die Information ihres behandelnden Arztes wichtige Kontextbedingungen. Im Hinblick auf die methodisch-didaktischen Aspekte gibt es lediglich an zwei Stellen Hinweise auf Unterschiede zwischen Teilnehmer- und Moderatorenurteil: Die Moderatoren tendieren dazu, die Wichtigkeit der an die Teilnehmer ausgehändigten Materialien sowie die der psychotherapeutischen Kompetenz der Therapeuten zu unterschätzen.

Alle in der Gruppe behandelten Themen wurden von der großen Mehrheit der Teilnehmer als (sehr) wichtig eingeschätzt. Als besonders wichtig wurden von den Teil-

nehmern tendenziell die Themen bewertet, bei denen es um ihre aktiv-gestaltende Rolle bei der Krankheitsbewältigung geht. Unter anderem bei diesen Themen neigen die befragten Moderatoren zu einer Unterschätzung der Wichtigkeit für die Teilnehmer. Im Hinblick auf Verständnis und Menge der behandelten Inhalte ergeben sich an verschiedenen Stellen Hinweise darauf, daß eine nicht geringe Zahl von Teilnehmern hier an ihre Grenzen kommen. Hierzu bedarf es jedoch dringend genauerer Untersuchungen z. B. mittels Lernzielkontrollen und Wissenstests. Ein wesentliches Ergebnis der Studie, das sich aus der Reaktion auf ein entsprechendes Item des Fragebogens ebenso ergibt wie aus dem Gesamteindruck der Bewertungen ist, daß die große Mehrzahl der Teilnehmer das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell als geeignetes Beschreibungsmodell für ihre Störung auffassen. So dürfte mit diesem Modell zum ersten Mal in der Geschichte der nosologischen Einheit Schizophrenie eine gemeinsame Gesprächsgrundlage für die Zusammenarbeit von betroffenen und psychiatrischen Experten gegeben sein.

Was verschiedenen Merkmale des Therapieprozesses angeht, ergibt sich bezüglich einer Reihe von Kriterien, daß zwischen 1/3 bis die Hälfte der Teilnehmer diesen als positiver bewerten als in anderen Formen psychiatrischer Gruppenarbeit; das Urteil der Moderatoren ist hier tendenziell noch günstiger.

Bei der Einschätzung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Gruppenarbeit ist die Übereinstimmung zwischen Teilnehmern und Moderatoren wiederum sehr ausgeprägt: Jeweils mehr als 80 % halten das Konzept für (sehr) geeignet zur Erreichung der vorformulierten erwünschten Wirkungen, jeweils um die 80 % halten die möglichen unerwünschten Wirkungen für (sehr) gering. Dabei ergibt sich die Hypothese, daß die Auswirkungen des Konzeptes auf die Selbstwahrnehmung deutlicher sind als auf die Veränderung des Bewältigungsverhaltens. Diese Hypothese sollte im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Konzeptes bzw. seine Ergänzung um stärker verhaltensbezogene Komponenten dringend überprüft werden. Ein durchaus erfreulicher Begleiteffekt des Konzeptes ist, daß die Moderatoren eine Vielzahl von erwünschten Einstellungs- und Verhaltensänderungen berichten, die sich aus ihren Erfahrungen in PEGASUS-Gruppen ergeben und die sie in ihren professionellen Alltag transferieren konnten.

Das Gesamturteil der Teilnehmer (87 % „sehr gut“ oder „gut“) sowie das ausgeprägte Interesse an weitergehenden psychoedukativen Angeboten macht die Entwickler des PEGASUS-Konzeptes zufrieden. Dieser Rückmeldung sollte jedoch nicht überbewertet werden. Auch aus der psychiatrischen Zufriedenheitsforschung ist bekannt, daß die Bewertung von unterschiedlichen Aspekten psychiatrischer Behandlung in aller Regel weit über 50 % liegen. Dennoch kann aufgrund der umfassenden und differenzierten Stellungnahme der Teilnehmer, die durch die Moderatoren-Einschätzung gestützt wird, wohl ausgeschlossen werden, daß dieses Ergebnis in seiner Gesamttendenz ein Artefakt darstellt. Wichtiger als Globalurteile sind jedoch die konkreten Hinweise, die sich aus der Befragung für die Weiterentwicklung des PEGASUS-Konzeptes ergeben haben. Diese sind teils sehr spezieller Art – z. B. optimale Gruppengröße – teils eher grundsätzlicher Natur – z. B. in der Frage, ob und wie zukünftig andere Therapieverfahren als die Neuroleptikabehandlung berücksichtigt werden. Eine ganze Reihe von Anregungen und Hinweise sind bereits in die Weiterentwicklung des Konzeptes eingeflossen, z. B. in die gerade erscheinende 3. Auflage des Manuals. Andere werden in den nächsten Jahren zu bearbeiten sein, z. B. die Entwicklung ergänzender inhaltlicher Bausteine, Lernzielkontrollen etc. Insgesamt macht die in dieser Arbeit vorgestellte Teilnehmer- und Nutzerbefragung deutlich, daß die Betroffenenperspektive einen wichtigen und unverzichtbaren Beitrag zur Entwicklung und Evaluation psychiatrischer Therapiekonzepte leisten kann.

Hinreichend ist dieser Beitrag freilich nicht. Die Evaluation psychoedukativer Therapien in der Schizophrenie-Behandlung steht noch weitgehend am Anfang. Dies betrifft vor allem die Zielsetzungen 2. Ordnung einschließlich Kosten-Nutzen-Untersuchungen. Prüfstein muß am Ende die Frage sein, ob eine qualifizierte Psychoedukation einen effektiven Beitrag zur Verbesserung der Therapieergebnisse über eine optimierte Neuroleptika-Therapie hinaus leisten kann. Diese Frage ist bis heute für die uni- oder bifokalen Kurzzeittherapien ungeklärt. Dabei ist insbesondere auch der Frage nach möglichen unerwünschten Wirkungen nachzugehen, die bisher in der Forschung so gut wie nicht thematisiert wurde.

Auf der anderen Seite sollte psychiatrisch Tätige vorerst nichts daran hindern, Psychoedukation in ihre Praxis zu integrieren. Es gibt manches, was in der psychiatrischen Versorgung als selbstverständlich gilt und dessen Wirkungen weniger gut untersucht sind als die von Psychoedukation. Bis zum Nachweis mangelnder Effektivität und Effizienz bzw. eines hohen Risikos unerwünschter Wirkungen kann die positive Resonanz der Betroffenen als hinreichender Grund gelten, Psychoedukation in die Praxis umzusetzen. Vielleicht muß man noch weiter gehen: Soweit Nutzer einen Bedarf an Aufklärung und Information über ihre Erkrankung und deren Behandlung haben, müssen psychiatrische Experten diesem Bedarf in irgendeiner Form nachkommen – dies ist fachlich, ethisch und rechtlich geboten. Eine qualifizierte Psychoedukation ist nach heutigem Wissen dafür das angemessenste Vorgehen. Deshalb spricht manches dafür, daß Psychiatrie ohne Psychoedukation schon bald ebenso schwer denkbar sein wird wie Psychiatrie ohne Medikation.

- 13. Psychiatrie und Gesundheitswissenschaften können voneinander profitieren. Die Gesundheitswissenschaften bieten der Psychiatrie mit dem sich rapide entwickelnden Paradigma der Gesundheitsförderung ein rationales Rahmenkonzept für die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Interventionen, die sich auf Promotion von Gesundheit und die Prävention von Krankheit richten. Sie kann die Psychiatrie dabei unterstützen, ihren diesbezüglichen Nachholbedarf zu decken. Die Psychiatrie stellt für die Gesundheitswissenschaften ein potentiell interessantes und weites Forschungs- und Praxisfeld dar. Sie muß dazu ihr Verständnis von Gesundheitsförderung dezidiert ausweiten auf die Sekundär- und Tertiärprävention psychischer Störungen. Psychoedukation kann damit als ein Modell für die angewandte Gesundheitsförderung bei Menschen mit chronisch-rezidivierenden Erkrankungen aufgefaßt werden.**

Psychiatrische Dienste und Einrichtungen sind bis heute in weiten Teilen einem kurativ-kustodialen Paradigma verhaftet, wenn es um die Zusammenarbeit mit Menschen geht, die an schweren und lang andauernden psychischen Erkrankungen leiden. Dies liegt zum einen in der Besonderheit dieser Erkrankungen begründet, die zumindest in akuten Krankheitsphasen häufig eine Beeinträchtigung der Selbstverfügbarkeit sowie subjektive Krankheitskonzepte einschließen, die mit hergebrachten psychiatrischen Konzepten schwerlich kompatibel sind. Zum anderen ist dies bedingt durch die nach wie vor traditionell-medizinische Ausrichtung des Fachgebiets, die auch durch eine weit verbreitete multiprofessionelle Praxis nicht grundsätzlich revidiert worden ist. Insofern hat die Psychiatrie einen Bedarf an Modellen, die das überkommene Modell der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung ersetzt durch zeitgemäßere Formen der partnerschaftlichen Kooperation, die die Kompetenzen der Betroffenen ins Zentrum rücken, ihre Autonomie respektieren und Definitions- und Entscheidungsmacht an sie zurückverlagern (Empowerment). Die Grundlage dafür ist im Falle Schizophrenie mit einem neuen Paradigma gegeben, das im Begriff ist, das traditionelle Krankheitskonzept abzulösen. Dieses Paradigma und seine therapeutischen Konsequenzen weisen eine große Nähe auf zum Paradigma der Gesundheitsförderung, das sich aus der Public Health-Tradition heraus entwickelt hat. Es geht jedoch in der Psychiatrie vorderhand

weniger um die Förderung der psychischen Gesundheit in der Gesamtbevölkerung und um die Verhinderung von psychischen Störungen. Dies sollte keine Aufgabe der Psychiatrie allein sein. Ihre Hauptaufgaben sind die Sekundärprävention im Sinne der Früherkennung, die möglichst frühzeitige Behandlung und die Tertiärprävention. In der vorliegenden Arbeit wurde das Modell einer tertiärpräventiven Intervention bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vorgestellt und in einem schmalen Ausschnitt evaluiert.

Der Bedarf der Psychiatrie an sekundärpräventiven Konzepten ist jedoch eher noch größer als an tertiärpräventiven. Dies gilt auch und gerade für die funktionellen Psychosen. Hier ist es besonders die „frühe Früherkennung“ in der Prodromalphase von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die in der Bundesrepublik dringend der konzeptionellen Entwicklung, Implementierung und Evaluation bedarf. Auf diesem Gebiet drängt sich eine Kooperation zwischen Gesundheitswissenschaften und Psychiatrie geradezu auf, denn Früherkennung ist nur umsetzbar bei Überschreitung der Grenzen der Psychiatrie hinein in Bereiche wie medizinische Primärversorgung, Schule und Ausbildung, Jugendhilfe etc. – sämtlich wichtige Gegenstandsbereiche der Gesundheitswissenschaften.

Innerhalb der Gesundheitswissenschaften scheint derzeit allerdings noch nicht eindeutig geklärt, inwieweit Gesundheitsförderung sowohl unter Forschungs- als auch unter Praxisgesichtspunkten offensiv als Querschnittskonzept betrachtet und bearbeitet wird, das die Förderung der Gesundheit bei (chronischer) Erkrankung einschließt. Soweit die Gesundheitswissenschaften konsequent einem derart erweiterten Begriff von Gesundheitsförderung folgen, stellt die psychiatrische Versorgung für sie ein breites und wichtiges Praxis- und Forschungsfeld dar. Gesundheitswissenschaftlich ausgebildete Angehörige der Gesundheitsberufe können eine wichtige Rolle dabei spielen, die psychiatrische Versorgungspraxis auf dem Weg von der Krankenbehandlung zur Gesundheitsförderung weiter voranzubringen. Psychoedukation ist dafür ein Praxiskonzept mit Zukunft.

Literaturverzeichnis

- Abel, T.: Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Hrsg.) Public health und Gesundheitspsychologie. Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1997
- Abelin, T.: Research and teaching in social and preventive medicine and in public health. *Soz. Präz. Med.* 38 (1993) 259 – 267
- Aebi, E., Ciompi, L., Hansen, H.: *Soteria im Gespräch*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, U., Aaltonen, J.: Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scand.* 83 (1991) 363 – 372
- Alanen, Y. O.: An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origin of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 164 (1994) suppl. 56 – 61
- Albiston, D. J., Francey, S. M., Harrigan, S. M.: Group programmes for recovery from early psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 117 – 121
- Albus, M., Burkes, St., Scherer, J.: Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenten-Compliance? *Psychiat. Prax.* 22 (1995) 228 – 230
- Albus, M., Hubmann, W., Wahlheim, C., Sobizack, N., Franz, U., Mohr, F.: Contrasts in neuropsychological test profile between patients with first-episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 94 (1996) 87 – 93
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Gorman, J.M.: Awareness of illness in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 113 – 131
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.O., Gorman, J. M.: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective mood disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 826 – 836
- Amador, X.F., Harkavy Friedman, J., Kasapis, Ch., Yale, S.A., Flaum, M., Gorman, J.M.: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am. J. Psychiat.* 153 (1996) 1185 – 1188
- An der Heiden, W., Krumm, B., Müller, S., Weber, I., Biehl, H., Schäfer, M.: Mannheimer Langzeitstudie der Schizophrenie. *Nervenarzt* 66 (1995) 820 – 827
- Andreasen, N.C.: Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* 39 (1982) 784 – 788
- Andreasen, N. C.: Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 475 – 481
- Andreasen, N.C.: Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. *Lancet* 346 (1995) 447 – 481
- Andreasen, N. C., Black, D. W.: *Lehrbuch Psychiatrie*. Beltz, Weinheim-Basel 1996
- Andreasen, N.C., Arndt, St., Alliger, R., Miller, D., Flaum, M.: Symptoms of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 52 (1995) 341 – 351
- Andres, K., Bellwald, L., Brenner, H.D.: Empirische Untersuchungen einer leiborientierten Therapie mit schizophrenen Patienten. *Z. Klin. Psychol. Psychopath. Psychother.* 41 (1993) 159 – 169
- Andrews, G.: The cost of schizophrenia revisited. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 389 – 394
- Angermeyer, M. C.: Symptomfreiheit oder Lebensqualität: Ziele der Schizophreniebehandlung. In: Katschnig, H., König, P. (Hrsg.): *Schizophrenie und Lebensqualität*. Springer, Wien-New York 1994

- Angermeyer, M.C.: Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In: Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Angermeyer, M.C., Held, T., Görtler, D.: Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43 (1993) 286 – 292
- Angermeyer, M.C., Klusmann, D.: the causes of functional psychoses as seen by patients and their relatives. I. The patients' point of view. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* 238 (1988) 47 – 54
- Angermeyer, M.C., Kühn, L., Goldstein, J.M.: Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schiz. Bull.* 16 (1990) 293 – 307
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Holzinger, A.: Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. *Psychiat. Prax.* 24 (1997) 215 – 220
- Angleitner, A., Riemann, R.: Selbstberichtsdaten: Fragebogen, Erlebnisanalyse. In: Pawlik, K., Amelang, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie – Grundlagen und Methoden der differentiellen Psychologie. Hogrefe, Göttingen-Bern 1995
- Angst, J.: Today's perspective on Kraepelin's nosology of endogenous psychoses. *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 243 (1993) 164 – 170
- Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. Jossey-Bass, San Francisco 1987
- Appelo, M.T, Woonings, F.M.J., von Nieuwenhuizen, C.J., Emmelskamp, P. M.G., Sloof, C.J., Louwerens, J.W : Specific skills and social competence in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 85 (1992) 419 – 422
- Arndt, St., Andreasen, N.C., Flaum, M., Miller, D., Nopoulos, P.: A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 52 (1995) 352 – 360
- Arnold, St.E., Franz, B.R., Gur, R.C., Gur, R.E., Shapiro, R.M., Moberg, P J., Trojanowski, J.Q.: Smaller neuron size in schizophrenia in hippocampal subfields that mediate cortical-hippocampal interactions. *Am. J. Psychiatr.* 152 (1995) 738 – 748
- Ascher-Svanum, H.: A psychoeducational intervention for schizophrenic patients. *Pat. Educ. Couns.* 14 (1989) 81 – 87
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Gilmour, W. H., Harper, J. P.: The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Brit. J. Psychiatr.* 168 (1996) 199 – 204
- Atkinson, M., Zibin, S., Chuang, H.: Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am. J. Psychiatr.* 154 (1997) 99 – 105
- Awad, A.G.: Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 609 – 618
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., Heslegrave, R. J.: A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Qual. Life Res.* 6 (1997) 21 – 26
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P.: Heslegrave, R. J., Hogan, T. P.: Assessment of the patient's subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Intern. Clin. Psychopharm.* 11 (1996) 55 – 59
- Badura, B.: Health promotion for chronically ill people. In: Badura, B., Kickbusch, I. (Hrsg.): Health promotion research. WHO Regional Publications, European Series 1991
- Badura, B.: Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. GwG-Verlag, Köln 1992

- Badura, B.: Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Beltz, Weinheim-Basel 1993
- Badura, B.: Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In: Altgeld, T., Laaser, U., Walter, U. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Juventa, Weinheim-München 1997
- Baldessarini, R. J., Cohen, B. M., Teicher, M.: Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Arch. Gen. Psychiat.* 45 (1988) 79 – 91
- Ball, R.A., Moore, E., Kuipers, L.: Expressed Emotion in community care staff. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 27 (1992) 35 – 39
- Bandelow, B., Grohmann, R., Rüter, E.: Unerwünschte Begleitwirkungen der Neuroleptika und ihre Behandlung. In: Müller, H.-J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke, Stuttgart 1993
- Barnett, W., Mundt, Ch., Richter, P.: Primäre und sekundäre Negativsymptome: eine sinnvolle Differenzierung? *Nervenarzt* 67 (1996) 558 – 563
- Barrowclough, C., Tarrier, N.: Interventions with families. In: Birchwood, M., Tarrier, N. (Hrsg.): Innovations in the psychological management of schizophrenia. Wiley, Chichester-New York-Brisbane 1992
- Bartkó, G., Herczeg, I., Zádor, G.: Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 77 (1988) 74 – 76
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.H., Wynne, L.O., Ryckhoff, LM., Day, J., Hirsch, S.J., Lidz, T., Cornelisen, A., Fleck, S., Terry, D., Searles, H.F., Bowen, M., Vogel, E.F., Bell, N., Laing, R.D., Foudraine, J.: Schizophrenie und Familie. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969
- Battegay, R., von Marschall, R.: Trends in der Langzeitgruppenpsychotherapie mit Schizophrenen. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 22 (1986) Beiheft, 163 – 171
- Bäumel, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis – ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1994
- Bäumel, J., Kissling, W., Buttner, P., Peuker, J., Pitschel-Walz, G., Schlag, K.: Informationszentrierte Patienten- und Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Psychosen. In: Mundt, Ch., Kick, H., Fiedler, P. (Hrsg.): Angehörigenarbeit und Psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Roderer, Regensburg 1993
- Bäumel, J., Kissling, W., Maurer, C., Weis, A., Lauter, H.: Informationszentrierte Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Patienten. *Psychiat. Prax.* 18 (1991) 48 – 54
- Bäumel, J., Kissling, W., Pitschel-Walz, G.: Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluß auf Wissensstand und Compliance. *Nervenheilk.* 15 (1996 b) 145 – 150
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige – Methodik und praktische Durchführung in Anlehnung an die Münchner PIP-Studie – Ergebnisse der Einjahreskatamnie. In: Stark, A. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. DGVT, Tübingen 1996 a
- Baxendale, S.A.: The hippocampus: functional and structural correlations. *Seizure* 4 (1995) 105 – 117
- Bebbington, P., Kuipers, L.: The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) suppl. 382, 42 – 53
- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R., Toone, B., Lewis, S.: Life events and psychoses. Initial results from the Camberwell collaborative study. *Brit. J. Psychiat.* 162 (1993) 72 – 79

- Bechter, K.: Gestörte Krankheitsverarbeitung durch eigene Vorurteile bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 148 – 151
- Becker, K.: Zur Gemeingefährlichkeit der therapeutischen Einstellung. In: Dörner, K. (Hrsg.): Fortschritte der Psychiatrie im Umgang mit Menschen. 36. Gütersloher Fortbildungswoche 1983. Psychiatrie-Verlag, Rehbürg-Loccum 1984
- Becker, K.: Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. GwG-Verlag, Köln 1992
- Beckmann, H., Jacob, H.: Pränatale Entwicklungsstörungen von Hirnstrukturen bei schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt* 65 (1994) 454 – 463
- Behrend, B.: Das Symptom-Management-Modul als Standardbehandlung in einem tagesklinischen Setting. In: Stark, A. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. DGVT, Tübingen 1996
- Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixted, J.T., Mueser, K.T.: An analysis of social competence in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 156 (1990) 809 – 818
- Bellack, A.S., Mueser, K.T.: Psychosocial treatments for schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 317-336
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Morrison, R.L., Tierney, A., Podell, K.: Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 147 (1990) 1650 – 1655
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade, J., Sayers, S., Morrison, R.L.: The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992) 473 – 480
- Benedetti, G.: Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 4: Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Benedict, R.H.B., Harris, A.E., Markow, T., McCormick, J.A., Nüchterlein, K.H., Asarnow, R.F.: Effects of attention training on information processing in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 20 (1994) 537 – 546
- Benes, F.M.: Neurobiological investigations in cingulate cortex of schizophrenic brain. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 537 – 549
- Benjamin, L.S.: Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schiz. Bull.* 15 (1989) 291 – 310
- Benkert, O., Hippus, H.: Psychiatrie Pharmakotherapie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 6. Aufl. 1996
- Bentall, R.P., Haddock, G., Slade, P.D.: Cognitive therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. *Beh. Ther.* 25 (1994) 51 – 66
- Benton, M. K., Schroeder, H. E.: Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J. Cons. Clin. Psychol.* 58 (1990) 741 – 447
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquête), BT-Drucksache 7/4200, 1975
- Berrios, G.E., Hauser, R.: The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychol. Med.* 18 (1988) 813 – 821
- Bibou-Nakou, I., Dikaiou, M., Bairactaris, C.: Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.* 32 (1997) 104 – 108
- Biermann-Ratjen, E.-M.: Hilfe oder Risiko—Psychotherapie bei Psychosen. In: Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I. (Hrsg.): Im Strom der Ideen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994

- Birchwood, M.: Early intervention in schizophrenia: theoretical background and clinical strategies. *Brit. J. Clin. Psychol.* 31 (1992) 257 – 278
- Birchwood, M., McGorry, P., Jackson, H.: Early intervention in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 170 (1997) 2 – 5
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R.: Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three models. *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992) 806 – 814
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M.A.: A self report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 62 – 67
- Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C.: Early intervention in psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 53 – 59
- Blanchard, J.J., Neale, J.M.: The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit? *Am. J. Psychiat.* 151 (1994) 40 – 48
- Bleuler, E.: Die Prognose der Dementis praecox – Schizophreniegruppe. *Allg. Z. Psychiatr.* 65 (1908) 436 – 464
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 11. Aufl. 1969
- Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972
- Bleuler, M.: Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: Dörner, K. (Hrsg.): Neue Praxis braucht neue Theorie. 38. Gütersloher Fortbildungswoche 1986. Jakob van Hoddis, Gütersloh 1987
- Bleuler, M., Huber, G., Gross, G., Schüttler, R.: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. *Nervenarzt* 47 (1976) 477 – 481
- Bloom, F.E.: Advancing a neurodevelopmental origin for schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 50 (1993) 224 – 227
- Bock, T.: Wieviel Krankheit braucht der Mensch? Risiken der Prävention aus Sicht der Psychiatrie. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. GwG-Verlag, Köln 1992
- Bock, T. : Störenfriede als Experten – Gedanken zum Phänomen Psychose-Seminar. *Mabuse* 93 (1995) 22 – 25
- Bock, T.: Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997
- Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I.: Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. PsychiatrieVerlag, Bonn 1994
- Bock, T., Deranders, J.E., Esterer, I.: Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Bock, T., Junck, A.: Die subjektive Wahrnehmung psychotischen Geschehens. *Psychiat. Prax.* 18 (1991) 59 – 63
- Boczkowski, J.A., Zeichner, A., DeSanto, N.: Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *J. Cons. Clin. Psychol.* 53 (1985) 666 – 671
- Bogerts, B.: Recent advances in the neuropathology of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 431 – 445
- Bogerts, B.: Neuere Entwicklungen in der Pathomorphologie der Schizophrenien. *Psycho* 21 (1995) 174 – 182

- Böker, W.: Die Entwicklung eines partnerschaftlichen Therapieverständnisses der Schizophrenie als Folge neuer Ätiologiekonzepte und Wandlungen des psychiatrischen Zeitgeistes. *Psychiat. Prax.* 18 (1991) 189 – 195
- Böker, W.: Zur Selbsthilfe Schizophrener: Problemanalyse und eigene empirische Befunde. In: Böker, W, Brenner, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Böker, W., Brenner, H.D.: Selbstheilungsversuche Schizophrener. *Nervenarzt* 54 (1983) 578 – 589
- Bollini, P., Pampallona, S., Orza, M.J., Adams, M.E., Chalmers, T.C.: Antipsychotic drugs: is more worse? A metaanalysis of the published randomized control trials. *Psychol. Med.* 24 (1994) 307 – 316
- Boonen, M., Bockhorn, M.: Schizophreniebehandlung in der Familie. *Psychiat. Prax.* 19 (1992) 76 – 80
- Bortz, J., Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer, Berlin – Heidelberg – New York 1995
- Bossert-Zaudig, S., Emrich, H.M., Dose, M., Janik-Konecny, T : Kurzzeit-Training in sozialer Kompetenz bei stationären Patienten mit schizophrener Psychose: eine kontrollierte Studie. *Z. Med. Psychol.* 1 (1994) 21 – 27
- Brabbins, C., Butler, J., Bentall, R.: Consent to neuroleptic medication for schizophrenia: clinical, ethical and legal issues. *Brit. J. Psychiat.* 168 (1996) 540 – 544
- Braff, D.L.: Information processing and attention in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 233 – 259
- Braff, D.L., Heaton, R., Kuck, J., Cullum, M., Moranville, J., Grant, I., Zisook, S.: The generalized pattern of neuropsychological deficits in outpatients with chronic schizophrenia with heterogeneous Wisconsin Card Sorting Test results. *Arch. Gen. Psychiat.* 48 (1991) 891 – 898
- Breier, A., Strauss, J.S.: Self control in psychotic disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 40 (1983) 1141 – 1145
- Brekke, J. S., Mathiesen, S. G.: Effects of parental involvement on the functioning of noninstitutionalized adults with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 46 (1995) 1149 – 1154
- Brenner, H.D.: Die Bedeutung experimental-psychologischer Forschung für Theorie und Therapie der Schizophrenie. In: Brenner, H.D., Rey, E.-R., Stramke, W.G. (Hrsg.): *Empirische Schizophrenieforschung*. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1983
- Brenner, H.D.: Zur Bedeutung von Basisstörungen für Behandlung und Rehabilitation. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Brenner, H. D.: Die Therapie basaler psychischer Dysfunktionen aus systemischer Sicht. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Schizophrenie als systemische Störung*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Brenner, H. D., Böker, W., Müller, J., Spichting, L., Würzler, S.: On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiatr. Scand.* 75 (1987) 405 – 414
- Brenner, H. D., Böker, W., Rui, C.: Subjektive Neuroleptikawirkung bei Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Therapie. In: Hinterhuber, H., Schubert, H., Kulhanek, F. (Hrsg.): *Seiteneffekte und Störwirkungen der Psychopharmaka*. Schattauer, Stuttgart-New York 1986
- Brenner, H. D., Pfammatter, M.: Effektivität psychologischer Behandlungsansätze bei schizophrenen Erkrankungen. *Psycho* 22 (1996) 728 – 740
- Brenner, H. D., Waldvogel, D., Wäber, M.: Therapieprogramm zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten bei chronisch psychisch Kranken. *Swiss Med* 10 (1988) 15 – 20

- Breu, E.: Ich war die schizophrenogene Mutter. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hrsg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war ... Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Brown, C.S., Wright, R.G., Christensen, D.B.: Association between type of medication, instruction and patients' knowledge, side effects and compliance. *Hosp. Comm. Psychiat.* 38 (1987) 55 – 60
- Brown, G.W.: Die Entdeckung von Expressed Emotion: Induktion oder Deduktion? In: Olbrich, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990
- Brown, P.: The transfer of care. *Psychiatric deinstitutionalism and its aftermath*. Routledge and Kegan Paul, London 1985
- Brown, S.: Excess mortality of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 171 (1997) 502 – 508
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., O'Callaghan, E.: Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr. Scand.* 94 (1996) 118 – 124
- Brücher, K.: Ein individualisiertes psychoedukatives Therapiekonzept in der stationären Behandlung Schizophrener – Modelle und eigene Erfahrungen. *Psychiat. Prax.* 19 (1992) 59 – 65
- Buchanan, A.: A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychol. Med.* 22 (1992) 787 – 797
- Buchanan, A.: Acting on delusion: a review. *Psychol. Med.* 23 (1993) 123 – 134
- Buchberger, R.: Behandlung der Negativsymptomatik schizophrener Patienten. *Psycho* 23 (1997) 248 – 253
- Buchkremer, G.: Prävention bei schizophrenen Patienten: Konzepte und Ergebnisse. In: Rudolf, G. A. E., Tölle, R. (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1984
- Buchkremer, G., Fiedler, P. A.: Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. Ein Vergleich zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 58 (1987) 481 – 488
- Buchkremer, G., Jonasson, S., Rook, A., Schmitz-Niehner, B.: Effekte therapeutischer Angehörigengruppen auf Familienatmosphäre, Krankheitsverlauf und Wohn- und Arbeitssituation. Erste Ergebnisse der Münsteraner Angehörigenstudie. In: Buchkremer, G., Rath, N. (Hrsg.): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Buchkremer, G., Stricker, K., Holle, R., Kuhs, H.: The predictability of relapses in schizophrenic patients. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 240 (1991) 292 – 300
- Buchkremer, G., Windgassen, K.: Leitlinien des psychotherapeutischen Umgangs mit schizophrenen Patienten. *Psychother. Med. Psychol.* 37 (1987) 407 – 412
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie: Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Bonn 1997
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit: Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
- Caldwell C. B., Gottesman, I. I.: Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schiz. Bull.* 16 (1990) 571 – 589
- Cannon, T.D., Zorilla, L.E., Shtasel, D., Gur, R.E., Gur, R.C., Marco, E.J., Moberg, P., Price, R.A.: Neuropsychological functioning in siblings discordant for schizophrenia and healthy volunteers. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 651 – 661

- Cantor-Graae, E., Warkentin, S., Nilsson, A.: Neuropsychological assessment of schizophrenic patients during a psychotic episode: persistent cognitive deficit? *Acta Psychiatr. Scand.* 91 (1995) 283 – 288
- Caplan, G.: *An approach to community mental health.* Grune and Stratton, New York 1961
- Caplan, G.: *Principles of preventive psychiatry.* Basic-Books, New York 1964
- Capri, S.: Methods for evaluation of the direct and indirect costs of long-term schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) suppl. 382, 80 – 83
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W., Alphas, L.D.: Treatment of negative symptoms. *Schiz. Bull.* 11 (1985) 440 – 452
- Carpentier, N., Lesage, A., Goulet, J., Lalonde, P., Renaud, M.: Burden of care of families not living with young schizophrenic relatives. *Hosp. Comm. Psychiat.* 43 (1992) 38 – 43
- Carpiniello, B., Lai, G., Pariante, C. M., Carta, M. G., Rudas, N.: Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 96 (1997) 235 – 241
- Carr, V.: Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *Brit. J. Med. Psychol.* 61 (1988) 339 – 352
- Castle, D.J., Scott K., Wessely, S., Murray, R.M.: Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 28 (1993) 1 – 4
- Chadwick, P., Birchwood, M.: The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *Brit. J. Psychiat.* 164 (1994) 190 – 201
- Chadwick, P.D.J., Lowe, C.F.: A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Beh. Res. Ther.* 32 (1994) 355 – 367
- Chen, A.: Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp. Comm. Psychiat.* 42 (1991) 282 – 287
- Chen, E.Y.H., Lam, L.C.W, Chen, R.Y.L., Nguyen, D.G.H., Chan, C.K.Y: Prefrontal neuropsychological impairment and illness duration in schizophrenia: a study of 204 patients in Hong Kong. *Acta Psychiatr. Scand.* 93 (1996) 144 – 150
- Childers, S. E., Harding, C. M.: Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schiz. Bull.* 16 (1990) 309 – 318
- Chiles, J.A., Sterchi, D., Hyde, T., Herz, M.I.: Intermittent medication for schizophrenic outpatients: who is eligible? *Schiz. Bull.* 15 (1989) 117 – 121
- Chua, S.E., McKenna, P.J.: Schizophrenia – a brain disease? A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *Brit. J. Psychiat.* 166 (1995) 563 – 582
- Ciampi, L.: Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 48 (1980) 237 – 248
- Ciampi, L.: *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung.* Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- Ciampi, L.: Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? Der Langzeitverlauf psychotischer Phänomene aus systemischer Sicht. In: Lempp, R. (Hrsg.): *Psychische Entwicklung und Schizophrenie.* Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1984
- Ciampi, L.: Die Verhütung psychischer Krankheiten – Wunsch und Wirklichkeit. Ein Überblick. In: Rudolf, G. A. E., Tölle, R. (Hrsg.): *Prävention in der Psychiatrie.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1984 (a)
- Ciampi, L.: Schizophrenie als Störung der Informationsvereinbarung – Eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. In: Stierlin, H., Wynne, L.C., Wirsching, M. (Hrsg.): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1985

- Ciampi, L.: Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986 (a)
- Ciampi, L.: Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der „Affektlogik“. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In: Kisker, K. P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 4: Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1986 (b)
- Ciampi, L.: Außenwelt – Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1988 (a)
- Ciampi, L.: Die affektlogische Interpretation des Persönlichkeitswandels in schizophrenen Langzeitverläufen. In: Janzarik, W. (Hrsg.): Persönlichkeit und Psychose. Enke, Stuttgart 1988 (b)
- Ciampi, L.: Zur Dynamik komplexer biologisch-psychosozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Ciampi, L.: Sozialpsychiatrische Gesichtspunkte zur Abgrenzung und Nützlichkeit der Begriffe „psychisch krank“ und „psychotisch“. Fundam. Psychiatr. 4 (1990 a) 52 – 57
- Ciampi, L.: Zehn Thesen zum Thema Zeit in der Psychiatrie. In: Ciampi, L., Dauwalder, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1990 (b)
- Ciampi, L.: Affects as central organizing and integrating factors. A new psychosocial/ biological model of the psyche. Brit. J. Psychiatr. 159 (1991) 97 – 105
- Ciampi, L.: Krisentheorie heute. Eine Übersicht. In: Schnyder, U., Sauvant, J. D.: Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1993 (a)
- Ciampi, L.: Die Hypothese der Affektlogik. Spektr. Wiss., Febr. (1993 b) 76 – 87
- Ciampi, L.: Nicht-lineare Dynamik komplexer Systeme – der chaostheoretische Zugang zur Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Integrative Therapie der Schizophrenie. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1996
- Ciampi, L., Ambühl, B., Dünki, R.: Schizophrenie und Chaostheorie. Methoden zur Untersuchung der nicht-linearen Dynamik komplexer psycho-sozio-biologischer Systeme. Syst. Fam. 5 (1992) 133 – 147
- Ciampi, L., Dauwalder, H.P., Agué, C.: Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. Nervenarzt 50 (1979) 366 – 378
- Ciampi, L., Dauwalder, H.P., Maier, C., Aebi, E.: Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptionelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. Nervenarzt 62 (1991) 428 – 435
- Ciampi, L., Kupper, Z., Aebi, E., Dauwalder, H. P., Hubschmid, T., Trütsch, K., Rutishauser, C.: Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. Nervenarzt 64 (1993) 440 – 450
- Ciampi, L., Müller, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1976
- Claridge, G.: Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? Schiz. Bull. 20 (1994) 151 – 168
- Cohen, C.I., Berk, L.A.: Personal coping styles of schizophrenic outpatients. Hosp. Comm. Psychiatr. 36 (1985) 407 – 410
- Cohen, P., Cohen, J.: The clinicians illusion. Arch. Gen. Psychiatr. 41 (1984) 1178 – 1182

- Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart-New York 1958
- Cooper, B.: Introduction: strategies of prevention. In: Cooper, B., Helgason, T.: Epidemiology and the prevention of mental disorders. Routledge, London-New York 1989
- Corin, E., Lauzon, G.: Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiat.* 55 (1992) 266 – 278
- Corin, E., Lauzon, G.: From symptoms to phenomena: the articulation of experience in schizophrenia. *J. Phenomen. Psychol.* 25 (1994) 3 – 50
- Cornblatt, B.A., Lenzenwenger, M.F., Dworkin, R.H., Erlenmeyer-Kimling, L.: Aufmerksamkeitsdysfunktionen in der Kindheit als Prädiktor für soziale Defizite bei nicht-erkrankten Erwachsenen mit Schizophrenierisiko. In: Brenner, H. D., Böker, W. (Hrsg.): Verlaufsprüfung schizophrener Erkrankungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Cornblatt, B., Obuchowski, M., Schnur, D., O'Brien, J. O.: Hillside study of risk and early detection in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 26 – 32
- Corrigan, P.W., Liberman, R.P., Engel, J.D.: From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp. Comm. Psychiat.* 41 (1990) 1203 – 1211
- Coursey, R.D., Keller, A.B., Farrell, E.W.: Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: the clients' perspective. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 283 – 301
- Cramer, P., Weegmann, M., O'Neil, M.: Schizophrenia and the perception of emotions: how accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? *Brit. J. Psychiat.* 155 (1989) 153 – 164
- Cranach, M.v., Finzen, A.: Sozialpsychiatrische Texte. Psychische Krankheit als sozialer Prozeß. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972
- Crow, T. J.: Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Brit. Med. J.* 280 (1980) 66 – 68
- Crow, T.J., Done, D.J., Sacker, A.: Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 245 (1995) 61 – 69
- Cuesta, M.J., Peralta, V., Caro, F., de Leon, J.: Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *Am. J. Psychiat.* 152 (1995) 1380 – 1382
- Cuffel, B. J., Jeste, D. V., Halpain, M., Pratt, C., Tarke, H., Patterson, Th. L.: Treatment costs and use of community mental health services for schizophrenia by age cohorts. *Am J. Psychiatr.* 153 (1996) 870 – 876
- Curson, D. A, Pantelis, C., Ward, J., Barnes, E.: Institutionalism and schizophrenia 30 years on. Clinical poverty and the social environment in three British mental hospitals in 1960 compared with a fourth in 1990. *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992) 230 – 241
- Daley, D.C., Bowler, K., Cahalane, H.: Approaches to patient and family education with affective disorders. *Pat. Educ. Counsel.* 19 (1992) 163 – 174
- Dalgard, O. S., Sørensen, T., Bjørk, S.: Community psychiatry and health promotion research. In: Badura, B., Kickbusch, I. (Hrsg.): Health promotion research. WHO Regional Publications, European Series 1991
- Dalgard, O. S., Sørensen, T., Sandanger, I., Brevik, J. I.: Psychiatric interventions for prevention of mental disorders. *Intern. J. Techn. Ass. Health Care* 12 (1996) 604 – 617
- Damasio, A.R.: Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. List, München-Leipzig 1994
- Dauwalder, H.P.: Psychische Gesundheit – „Präventives Verhalten“ statt „Prävention“ Erfahrungen aus der Sekundärprävention der Schizophrenie. In: Stark, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene

- Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Lambertus, Freiburg i. Br. 1989
- Dauwalder, H.P., Ciompi, L., Aebi, E., Hubschmid, T.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker IV. Untersuchungen zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* 55 (1984) 257 – 264
- David, A.S.: Insight and psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 156 (1990) 798 – 808
- David, A., van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A., Fahy, Th.: Insight and psychotic illness – cross-sectional and longitudinal associations. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 621 – 628
- Davidhizar, R.E.: Beliefs, feelings and Insight of patients with schizophrenia about taking medication. *J. Adv. Nurs.* 12 (1987) 177 – 182
- Davies, L. M., Drummond, M. F.: Economics and schizophrenia: the real costs. *Brit J. Psychiat.* 165 (1994) 18 – 21
- Davis, J.O., Phelps, J.A., Bracha, H.St.: Prenatal development of monozygotische twins and concordance for schizophrenia. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 357 – 366
- De Jesus Mari, J., Streiner, D.L.: An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol. Med.* 24 (1994) 565 – 578
- Deger-Erlenmaier, H. (Hrsg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war: Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Der, G., Gupta, S., Murray, R. M.: Is schizophrenia disappearing? *Lancet* 335 (1990) 513 – 516
- Derissen, W. : Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 57 (1989) 434 – 439
- DeSisto, M., Harding, C.M., MacCormick, R.V., Ashikaga, T., Brooks, G.W.: The Maine and Vermont three-decade-studies of serious mental illness. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 331 – 342
- Dewald, P. A.: Principles of supportive psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 48 (1994) 505 – 518
- Dickey, B., Normand, S.-L. T., Norton, E. C., Azeni, H., Fisher, W., Altaffer F.: Managing the care of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 53 (1996) 945 – 952
- Dilk, M. N., Bond, G. R.: Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *J. Cons. Clin. Psychol.* 64 (1996) Nr. 6 1337 – 1346
- Dittmann, J., Schüttler, R.: Bewältigungs- und Kompensationspsychismen bei Patienten mit endogenen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Psychiat. Prax.* 16 (1989) 126 – 130
- Dittmann, J., Schüttler, R.: Autoprotektive Mechanismen bei Patienten mit schizophrenen Psychosen – Kompensation und Bewältigung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 58 (1990 a) 473 – 483
- Dittmann, J., Schüttler, R.: Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 82 (1990 b) 318 – 322
- Dittmann, J., Schüttler, R.: Bewältigungs- und Kompensationsstrategien bei Patienten mit Enzephalomyelitis disseminata (MS) und bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. *Rehab.* 31 (1992) 98 – 103
- Docherty, J.P., Van Kammen, D.P., Siris, S.G., Marder, S.R.: Stages of onset of schizophrenic psychoses. *Am. J. Psychiat.* 135 (1978) 420 – 426
- Dohrenwend, B.P., Shrout, P.E., Link, B.G., Skodol, A.E.: Social and psychological risk factors for episodes of schizophrenia. In: Häfner, H., Gattaz, W. F., Janzarik, W. (Hrsg.): Search for the causes of schizophrenia. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987

- Dormeier, S.: „Mal alles von der Seele reden ...“ – Einblicke in die Arbeit einer Angehörigen-selbsthilfegruppe. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hrsg.): Wenn nichts mehr ist, wie es war ... Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Dörner, K.: Treten mehr als schizophran diagnostizierte Patienten während des Wehr-pflichtdienstes oder des Wehrersatzdienstes auf? Spektrum 3 (1994) 88 – 92
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koennig, K. (Hrsg.): Freispruch der Familie – Wie Angehörige psychi-atrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last frei-sprechen. Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1982
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koening, K. (Hrsg.): Freispruch der Familie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1991
- Dörner, K., Plog, U.: Sozialpsychiatrie. Luchterhand, Neuwied 1972
- Dörner, K., Köcher, R., von Laer, G., Scherer, K.: Gemeindepsychiatrie. Kohlhammer, Stutt-gart-Berlin-Köln 1979
- Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum, neubearb. Ausg., 1. Aufl. 1984
- Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996
- Dörr, R., Morisse, K., Weiland, I.: Psychose hat viele Gesichter. Erfahrungen mit einer tagesklini-schen Gesprächsgruppe. Soz. Psychiat. 18/4 (1994) 9 – 11
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A.: Alcohol use and abuse in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis. 177 (1989) 408 – 414
- Drake, R.E., Sederer, L.I.: The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. Compreh. Psychiat. 27 (1986) 313 – 326
- Driessen, M., Dilling, H.: Psychische Störungen bei Wohnungslosen – angloamerikanische Un-tersuchungen zu Epidemiologie und Versorgung. Psychiat. Prax. 24 (1997) 162 – 166
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., Macmillan, F.: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. Brit. J. Psychiat. 168 (1996 a) 593 – 601
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., Macmillan, F.: Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time. Brit. J. Psychiat. 169 (1996 b) 602 – 607
- Dürr, H., Hahlweg, K.: Psychoedukative Familienbetreuung als verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Bewältigung schizophrener Psychosen. In: Stark, A. (Hrsg.): Verhaltensthera-peutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. DGVT, Tübingen 1996
- Eaton, W. W., Mortensen, P. B., Herrmann, H., Freeman, H., Bilker, W., Burgess, P., Wooff, K.: Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. Schiz. Bull. 18 (1992 a) 217 – 228
- Eaton, W. W., Bilker, W., Haro, J. M., Herrmann, H., Mortensen, P. B., Freeman, H., Burgess, P.: Long-term course of hospitalization for schizophrenia Part II: Change with passage of time. Schiz. Bull. 18 (1992 b) 229 – 241
- Eaton, W.W., Thara, R., Federman, B., Melton, B., Liang, K.: Structure and course of positive and negative symptoms in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 52 (1995) 127 – 134
- Eckman, T.A., Liberman, R.P., Phipps, C.C., Blair, K.E.: Teaching medication management skills to schizophrenic patients. J. Clin. Psychopharmacol. 1 (1990) 33 – 38
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S. R., Liberman, R. P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K., Mintz, J.: Technique for training schizophrenic patients in illness self management: a con-trolled trial. Am. J. Psychiat. 149 (1992) 1549 – 1555

- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P. D., Harrigan, S. M., Cocks, J. T.: Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 107 – 116
- Eggers, C.: Stimulus barrier model of schizophrenia: convergence of neurobiological and developmental-psychological factors. In: Eggers, C. (Hrsg.): *Schizophrenia and youth – etiology and therapeutic consequences*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1991
- Eikmeier, G.: Neuroleptika – Verordnung und Tardives-Dyskinesie-Risiko. *MMW* 137 (1995) 343 – 345
- Eikmeier, G., Lodemann, E., Pieper, L., Gastpar, M.: Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen. *Sucht* 37 (1991) 377 – 382
- Elbelt, U., Müller, P., Schaefer, E.: Zur beruflichen Integration schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen. *Psychiat. Prax.* 25 (1998) 33 – 37
- Elkis, H., Friedman, L., Wise, A., Meltzer, H.Y.: Meta-analyses of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 52 (1995) 735 – 745
- Elliott, R., Shakian, B.J.: The neuropsychology of schizophrenia: relations with clinical and neurobiological dimensions. *Psychol. Med.* 25 (1995) 581 – 594
- Engler, J. S., Gebhardt, R., Saupe, R., Stieglitz, R.-D.: Erfassung von Krankheitsbewältigung. Validierungsstudie zur „Ways of Coping Checklist“ (WCCL) bei schizophrenen Patienten. *Z. Klin. Psychol.* 22 (1993) 77 – 82
- Evers, S., Ament, A.: Costs of schizophrenia in the Netherlands. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 141 – 153
- Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L.: The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit. J. Psychiat.* 150 (1987) 285 – 292
- Falloon, I.R.H.: Developing and maintaining adherence to long-term drug taking regimes. *Schiz. Bull.* 10 (1984) 412 – 417
- Falloon, I.R.H.: Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiat.* 55 (1992) 4 – 15
- Falloon, I.R.H.: Das Familienmanagement der Schizophrenie. In: Retzer, A. (Hrsg.): *Die Behandlung psychotischen Verhaltens*. Auer, Heidelberg 1991
- Falloon, I.R.H., Coverdale, J.H., Laidlaw, T.M., Merry, S., Kydd, R.R., Morosini, P., OTB-Collaborative Group: Early intervention for schizophrenic disorders. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl 33, 33 – 38
- Faust, V.: *Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Feldmann, R., Buchkremer, G., Minneker-Hügel, E., Hornung, P.: Fragebogen zur Erfassung der Familienatmosphäre (FEF): Einschätzung des emotionalen Anghörigenverhaltens aus der Sicht schizophrener Patienten. *Diagnostica* 4 (1995) 334 – 348
- Felker, B., Yazel, J. J., Short, D.: Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr. Serv.* 47 (1996) 1356 – 1362
- Fenner, D., Heiner, St., Rickertsen, M., Thorbecke, R.: Informationsgruppen für Patienten mit Epilepsie in der Klinik. *Psycho* 21 (1995) 22 – 28
- Fiedler, P.: Problemorientierte Arbeitsgruppen in der Psychotherapie. *Verhaltensmod. Verhaltensmed.* 8 (1987) 111 – 133
- Fiedler, P.: Wirkfaktoren und Änderungskonzepte in der Verhaltenstherapie. *Verhaltensth. Psychosoz. Prax.* 2 (1991) 131 – 143
- Fiedler, P.: Die unsinnige Überzeugung mancher Therapeuten, auf ein zielgerichtetes Engagement und Expertentum verzichten zu müssen. *Verhaltensmod. Verhaltensmed.* 15 (1994) 68 – 76

- Fiedler, P.: Psychoedukative Verhaltenstherapie in Gruppen. *Verhaltensmod. Verhaltensmed.* 16 (1995) 35 – 53
- Fiedler, P.: Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. *Verhaltensther. Verhaltensmed.* 1 (1997) 7 – 39
- Fiedler, P.A., Buchkremer, G.: Psychotherapie bei Patienten mit schizophrenen Störungen: Indikation und Kombination von verhaltens- und sozialtherapeutischen Maßnahmen. In: Fiedler, P.A., Franke, A., Howe, J., Kury, H., Möller, H.J. (Hrsg.): *Herausforderungen und Grenzen der klinischen Psychologie*. DGVT-Verlag, Tübingen 1982
- Fiedler, P.A., Niedermeier, T., Mundt, C.: *Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten*. Psychologie Verlags Union, München-Weinheim 1986
- Finn, S.E., Bailey, J.M., Schultz, R.T., Faber, R.: Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol. Med.* 20 (1990) 843 – 848
- Finzen, A.: *Schizophrenie – Die Krankheit verstehen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993 (a)
- Finzen, A.: *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen*. Psychiatrie-Verlag, 10. Aufl. Bonn 1993 (b)
- Finzen, A.: „Der Verwaltungsrat ist schizophren“ - Die Krankheit und das Stigma. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1996
- Fitzner, S.: Psychoedukative Gruppenarbeit für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte – Ein brauchbarer Ansatz zur Rezidivprophylaxe? Unveröffentl. Dipl.-Arbeit, TU Braunschweig 1997
- Flaum, M., Swayze, V. W., O'Leary, D.S., Yuh, W.T.C., Erhardt, J.C., Arndt, St.V., Andreasen, N.C.: Effects of diagnosis, laterality, and gender on brain morphology in schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 152 (1995) 704 – 714
- Fleischhacker, W. W., Meise, U., Günther, V., Kurz, M.: Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) suppl., 11 – 15
- Flekkøy, K.: Epidemiologie und Genetik. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömngren, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 4: Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Franz, M., Lis, S., Plüddemann, K., Gallhofer, B.: Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiat.* 170 (1997) 422 – 425
- Freedman, R., Waldo, M., Bickford-Wimer, P., Nagamoto, H.: Elementary neuronal dysfunction in schizophrenia. *Schiz. Res.* 4 (1991) 233 – 243
- Frith, C.D., Done, D. J.: Towards a neuropsychology of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 153 (1988) 437 – 443
- Frith, C.D., Leary, J., Cahill, C., Johnstone, E.C.: Disabilities and circumstances of schizophrenic patients – a follow-up-study. IV. Performance on psychological tests, demographic, and clinical correlates of the results of these tests. *Brit. J. Psychiat.* 159 (1991) suppl. 13, 26 – 29
- Gaebel, W.: Kombinationen von Psychopharmaka bei schizophrenen Erkrankungen. *MMW* 134 (1992) 812 – 815
- Gaebel, W.: Die neuroleptische Intervalltherapie. In: Hinterhuber, H., Fleischhacker, W. W., Meise, U. (Hrsg.): *Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art*. Integrative Psychiatrie, Innsbruck-Wien 1995
- Gaebel, W., Frick, U., Köpcke, W., Linden, M., Müller, P., Müller-Spahn, F., Pietzker, A., Tegeler, J.: Early neuroleptic intervention in schizophrenia: are prodromal symptoms valid predictors of relapse? *Brit. J. Psychiat.* 163 (1993) suppl., 8 – 12
- Gaebel, W., Wölver, W.: Facial expression and emotional face recognition in schizophrenia and depression. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 242 (1992) 46 – 52

- Galdos, P.M., van Os, J.J., Murray, R.M.: Puberty and the onset of psychosis. *Schiz. Res.* 10 (1993) 7 – 14
- Garety, P.A., Kuipers, L., Fowler, D., Chamberlain, F., Dunn, G.: Cognitive behavioral therapy for drug-resistant psychosis. *Brit. J. Med. Psychol.* 67 (1994) 259 – 271
- Garfield, D.A.S., Rogoff, M.L., Steinberg, S.: Affect recognition and self-esteem in schizophrenia. *Psychopathol.* 20 (1987) 225 – 233
- Gebhardt, R., Stieglitz, R.-D.: Schizophrenie. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 2. Aufl.1993
- Geddes, J.R., Kendell, R.E.: Schizophrenic subjects with no history of admission to hospital. *Psychol. Med.* 25 (1995) 859 – 868
- Geddes, J. R., Lawrie, St. M.: Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 786 – 793
- Geiselhart, H., Maul, T.: Schizophrenie und Alkoholmißbrauch. *Krankenhauspsychiat.* 4 (1993) 159 – 163
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R.: *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, Oxford-New York-Melbourne 1989
- Gerlach, J.: Oral versus depot administration of neuroleptics in relapse prevention. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) suppl. 28 – 32
- Gerlach, J., Peacock, L.: New antipsychotics: the present status. *Internat. Clin. Psycho-pharm.* 10 (1995) suppl. 3, 3948
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M.: Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Brit. J. Psychiat.* 144 (1984) 70 – 77
- Gilbert, P.S., Harris, J., McAdams, L.A., Jeste, D.V : Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 52 (1995) 173 – 188
- Gingerich, E., Golden, S., Holley, D., Nemser, J., Nuzzola, P., Pollen, L.: The therapist as psychoeducator. *Hosp. Comm. Psychiat.* 43 (1992) 928 – 930
- Gmür, M.: The 12-year clinical course of schizophrenia. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 26 (1991) 202 – 211
- Goldberg, T.E., Gold, J.M., Greenberg, R.D., Griffin, S.J., Schulz, S.Ch., Pickar, D., Kleinman, J.E., Weinberger, D.R.: Contrasts between patients with affective disorders and patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. *Am. J. Psychiat.* 150 (1993 a) 1355 – 1362
- Goldberg, T.E., Greenberg, R.D., Griffin, S.J., Gold, J.M., Kleinman, J.E., Pickar, D., Schulz, S.Ch., Weinberger, D.R.: The effect of clozapine on cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 162 (1993 b) 43 – 48
- Goldberg, T.E., Torrey, E.F., Gold, J.M., Ragland, J.D., Bigelow, L.B., Weinberger, D.R.: Learning and memory in monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Psychol. Med.* 23 (1993 c) 71 – 85
- Goldman, C.R.: Toward a definition of psychoeducation. *Hosp. Comm. Psychiat.* 39 (1988) 666 – 668
- Goldman, C.R., Quinn, F.L.: Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hosp. Comm. Psychiat.* 39 (1988) 282 – 286
- Goldstein, J. M.: The impact of gender on understanding the epidemiology of schizophrenia. In: Seeman, M.U. (Hrsg.): *Gender and psychopathology*. American Psychiatric Association Press, Washington D. C. 1995
- Goldstein, J. M., Santangelo, S. L., Simpson, J., Tsuang, M. T: Gender and mortality in schizophrenia: do women act like men? *Psychol. Med.* 23 (1993) 941 – 948

- Goldstein, M.J.: Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharm. Bull.* 28 (1992) 237 – 240
- Gopinath, P. S., Chaturvedi, S. K.: Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr. Scand.* 86 (1992) 185 – 188
- Gottesman, I.I.: Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen, Verlaufsformen. Spektrum, Heidelberg-Berlin-Oxford 1993
- Graf v. d. Schulenburg, J. M., Uber, A., Höffler, H., Trenckmann, U., Kissling, W., Seemann, U., Müller, P., Rüther, E.: Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Gesundh. ökon. Qual. Manag.* 3 (1998) 81 – 87
- Graubner-Scheffler, A.: Psychoedukative Gruppenarbeit mit Psychoseerfahrenen – eine Zwei-Jahres-Katamnese. Unveröffentl. Dissertation, Universität Witten/Herdecke 1997
- Grawe, K.: Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40 (1995) 130 – 145
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen-Bern-Toronto, 2. Aufl. 1994
- Green, M.F.: Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? *Am. J. Psychiat.* 150 (1993) 178 – 187
- Green, M.F.: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am. J. Psychiat.* 153 (1996) 321 – 330
- Greenberg, L., Fine, S.B., Cohen, C., Larson, K., Michaelson-Baily, A., Rubinton, P.: An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in acute care setting. *Hosp. Comm. Psychiat.* 39 (1988) 277 – 282
- Greenfeld, D., Strauss, J.S., Bowers, M.B., Mandelkern, M.: Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schiz. Bull.* 15 (1989) 245-252
- Greenfield, S., Shore, M. F.: Prevention of psychiatric disorders. *Harv. Rev. Psychiatr.* 3 (1995) 115 – 129
- Gross, G.: Basissymptome und Coping Behavior bei Schizophrenen. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J.: Früherkennung der Schizophrenie. *Fundam. Psychiat.* 5 (1991) 172 – 178
- Gross, J., Andresen, B.: Ätiopathogenetische Wissensdefizite und invasive therapeutische Eingriffe in der Psychiatrie. In: Andresen, B., Stark, F.-M., Gross, J.: *Psychiatrie und Zivilisation*. Edition Humanistische Psychologie, Köln 1993
- Groth, K., Schönbergen, R.: Arbeitstherapie – Brücke zwischen Klinik und Alltag. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg): *Handwerksbuch Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1991
- Grüsser, O.J.: Impairment of perception and recognition of faces, facial expression and gestures in schizophrenic children and adolescents. In: Eggers, C. (Hrsg): *Schizophrenie and youth*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1991
- Gruyters, T., Priebe, S.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiat. Prax.* 21 (1994) 88 – 95
- Günther, R., Kröner, B., Seidensticker-Loh, F., Zayas, F.C.: Training zum Umgang mit Symptomen und Medikamenten für schizophrene Erkrankte. *Krankenhauspsychiat.* 5 (1994) 162 – 165
- Gupta, S, Kulhara, P., Verma, S. K.: Quality of life in schizophrenia and dysthymia. *Acta Psychiatr. Scand.* 97 (1998) 290 – 296
- Gur, R. E., Pearlson, G. D.: Neuroimaging in schizophrenia research. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 337 – 353

- Haase, H.-J.: Therapie mit Psychopharmaka und anderen psychotropen Medikamenten. Schattauer, 1. Aufl. Stuttgart 1972
- Häfner, H.: Psychiatrische Versorgung in Vergangenheit und Gegenwart. *Nervenheilk.* 5 (1986) 203 – 212
- Häfner, H.: Epidemiology of schizophrenia. In: Häfner, H., Gattaz, W. F., Janzarik, W. (Hrsg.): Search for the causes of schizophrenia. Springer, Berlin-Heidelberg-New-York 1987
- Häfner, H.: Rehabilitation Schizophrener. *Z. Klin. Psych.* 3 (1988) 187 – 209
- Häfner, H., Maurer, K.: Are there two types of schizophrenia? True onset and sequence of positive and negative syndroms prior to the first admission. In: Marneros, A., Andreasen, N.C., Tsuang, M.T. (Hrsg.): Negative versus positive schizophrenia. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1991
- Häfner, H., Riecher, A., Maurer, K., Fätkenheuer, B., Löffler, W. , An der Heiden, W., Munk-Jørgensen, P., Strömngren, E.: Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 59 (1991) 343 – 360
- Hahlweg, K., Dürr, H., Müller, U.: Familienbetreuung schizophrener Patienten. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1995
- Halford, W. K., Harrison, Ch., Kalyansundaram, M. B., Moutrey, C., Simpson, S.: Preliminary results from an psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiat. Serv.* 46 (1995) 1189 – 1191
- Haltenhof, H., Bühler, K.-E.: Ethische Aspekte von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. *Ethik Med.* 4 (1992) 172 – 180
- Hamera, E., Handley, S., Plumlee, A.A., Frank-Ragen, E.: Patient self regulation and functioning in schizophrenia. *Hosp. Comm. Psychiat.* 42 (1991) 630 – 631
- Hansson, L.: Patient satisfaction with inhospital psychiatric care. *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* 239 (1989) 93 – 100
- Haracz, J.: Neural plasticity in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 11 (1985) 191 – 229
- Hardesty, J., Falloon, I.R.H., Shirin, K.: The impact of life events, stress, and coping on the morbidity of schizophrenia. In: Falloon, I.R.H. (Hrsg.): Family management of schizophrenia. John Hopkins, Baltimore 1985
- Harding, C.M.: Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schiz. Bull.* 14 (1988) 633 – 643
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., Breier, A.: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I: methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am. J. Psychiat.* 144 (1987 a) 718 – 726
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., Breier, A.: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness II: Longterm outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 144 (1987 b) 727 – 735
- Harding, C.M., Zubin, J., Strauss, J.S.: Chronizität bei Schizophrenie: Eine Neueinschätzung. In: Brenner, H.D., Böker, W (Hrsg.): Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Harris, A. E.: Physical disease and schizophrenia. *Schiz. Bull.* 14 (1988) 85 – 96
- Harrison, G., Croudace, T, Mason, P., Glazebrook, C., Medley, I.: Predicting the longterm outcome of schizophrenia. *Psychol. Med.* 26 (1996) 697 – 705
- Hartwell C. E.: The schizophrenogenic mother concept in American psychiatry. *Psychiatr.* 59 (1996) 274 – 297
- Hatfield, A.: Patients' accounts of stress and coping in schizophrenia. *Hosp. Comm. Psychiat.* 40 (1989) 1141 – 1145

- Heaton, R., Paulsen, J.S., McAdams, L.A., Kuck, J., Zisook, S., Braff, D., Harris, J., Jeste, D.V.: Neuropsychological deficits in schizophrenics. Relationship to age, chronicity, and dementia. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 469 – 476
- Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Waternaux, C., Oepen, G.: One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am. J. Psychiat.* 151 (1994) 1409 – 1416
- Heim, E.: Krankheitsbewältigung. In: Heim, E., Willi, J. (Hrsg): *Psychosoziale Medizin II*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1986
- Heinrich, K., Klieser, E.: Das Ungenügen an der psychiatrischen Pharmakotherapie – Zur Bedeutung neuer Konzepte. In: Andresen, B., Stark, F.-M., Gross, J. (Hrsg): *Psychiatrie und Zivilisation*. Edition Humanistische Psychologie, Köln 1993
- Heinrich, K.: *Leitlinien neuroleptischer Therapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Heinrichs, D.W., Cohen, B.P., Carpenter, W. T. : Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 173 (1985) 133-138
- Held, T., Bockhorn, M., Boonen, M., Holler, G., Knahl, A.: Modellprojekt „Schizophreniebehandlung in der Familie“. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Nomos, Baden-Baden 1993
- Helgason, L.: Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatr. Scand.* 81 (1990) 231 – 235
- Hell, D., Fischer-Gestefeld, M.: *Schizophrenie: Verständigungsgrundlagen und Orientierungshilfen*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1993
- Helmchen, H.: Aufklärung über Aufklärung. *MMW* 132 (1990) 491 – 492
- Helmchen, H.: Aufklärung über Späthyperkinesen. *Nervenarzt* 62 (1991) 265 – 268
- Hemsley, D.R.: Information processing and schizophrenia. In: Straube, E.R., Hahlweg, K. (Hrsg.): *Schizophrenia. Concepts, vulnerability, and intervention*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Hemsley, D.R.: A simple (or simplistic?) cognitive model for schizophrenia. *Behav. Res. Ther.* 31 (1993) 633 – 645
- Henke, K.-D., Martin, K., Behrens, C.: Direkte und indirekte Kosten von Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland 1980 und 1990. *Z. f. Ges. Wiss.* 5 (1997) 123 – 142
- Hermle, L., Spitzer, M., Borchardt, D., Gouzoulis, E.: Beziehungen der Modell- bzw. Drogenpsychosen zu schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 60 (1992) 383 – 392
- Herrle, J., Kühner, Ch. (Hrsg.): *Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn*. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994
- Herz, M.I., Glazer, W., Mirza, M., Mostert, M., Hafez, H., Smith, P., Trigoboff, E., Miles, D., Simon, J., Finn, J., Schohn, M.: Die Behandlung prodromaler Episoden zur Prävention von Rückfällen in der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Schizophrenie als systemische Störung*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Herz, M.I., Glazer, W., Mostert, M., Sheard, M.A., Szymanski, H.V., Hafez, H., Mirza, M., Vana, J.: Intermittent vs. maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Arch. Gen. Psychiat.* 48 (1991) 333 – 339
- Herz, M. I., Lamberti, J. St.: Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 541 – 551
- Herz, M.I., Melville, C.: Relapse in schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 137 (1980) 801 – 805
- Heslegrave, R. J., Awad, A. G., Voruganti, L.: The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J. Psychiatr. Neurosci.* 22 (1997) 235 – 243

- Hewer, W., Rössler, W.: Das Mortalitätsrisiko von psychisch Kranken in stationärer Akutbehandlung. *Ges. Wes.* 58 (1996) Sonderh. 1, 44 – 49
- Hirsch, S., Cramer, P., Jolley, A., Dickenson, M., Haw, C.: Die Rolle von life events beim schizophrenen Rückfall. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Hodel, B., Brenner, H.D.: Ein Trainingsprogramm zur Bewältigung von maladaptiven Emotionen bei schizophren Erkrankten. *Nervenarzt* 67 (1996) 564-571
- Hoffmann, H.: Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 205 – 210
- Hoffmann, H.: Schizophrenietheorie und Gemeindepsychiatrie – Folgerungen aus aktuellen Modellvorstellungen für die Versorgung. *Psychiat. Prax.* 22 (1995) 3-8
- Hoffmann, H., Hubschmid, T.: Die soziale Abhängigkeit des Langzeitpatienten – eine Untersuchung im sozialpsychiatrischen Ambulatorium. *Psychiat. Prax.* 16 (1989) 1 – 7
- Hoffmann, K., Kaiser, W., Isermann, M., Priebe, S.: Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Ges. Wes.* 60 (1998) 232 – 238
- Hoffmann, K., Priebe, S.: Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. *Fort. Neurol. Psychiat.* 64 (1996) 473 – 481
- Hoffmann, K., Priebe, S., Isermann, M., Kaiser, W.: Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. *Psychiat. Prax.* 24 (1997) 221 – 226
- Hoffmann-Richter, U., Finzen, A.: Was denkt die Umwelt über psychisch Kranke? *Nervenheilk.* 17 (1998) 64 – 69
- Hofmann, P., Melisch, B., Zapotoczky, H.G., Kulhanek, F.: Neuroleptische Niedrigdosis-Langzeitstrategie und intermittierende Behandlungsstrategien bei chronisch Schizophrenen – ein kritischer Überblick. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 61 (1993) 195 – 200
- Hogan, T. P., Awad, A.G.: Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. *Psychol. Med.* 22 (1992) 347 – 352
- Hogarty, G.E.: Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiat.* 54 (1993) suppl., 18 – 23
- Hogarty, G.E., Anderson, C.: Eine kontrollierte Studie über Familientherapie, Training sozialer Fertigkeiten und unterstützender Chemotherapie in der Nachbehandlung Schizophrener: Vorläufige Effekte auf Rezidive und Expressed Emotion nach einem Jahr. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Flesher, S., Reiss, D., Carter, M., Ulrich, R.: Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schiz. Bull.* 3 (1995) 379 – 393
- Holm, K., Die Frage. In: Holm, K. (Hrsg.) *Die Befragung*. UTB, München 1975
- Holzbach, R.: Neue pharmakologische Behandlungsalternativen der Schizophrenie. *Psycho* 23 (1997) 233 – 237
- Hornung, W.P.: Kooperative Pharmakotherapie. *Deutsch. Ärztebl.* 93 (1996 a) 1151 – 1154
- Hornung, W. P.: Was kann Psychoedukation bei schizophrenen Patienten erreichen? *Nervenheilk.* 15 (1996 b) 141 – 144

- Hornung, W. P., Buchkremer, G.: Psychoedukative Interventionen zur Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen. In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.): Schizophrenie - aktuelle Trends und Behandlungsstrategien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1992
- Hornung, W. P., Franzen, U., Lemke, R., Wiesemann, C., Buchkremer, G.: Kann Psychoedukation bei chronisch schizophrenen Patienten kurzfristig medikationsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen beeinflussen? Psychiat. Prax. 20 (1993) 152 – 154
- Hornung, W. P., Holle, R., Schulze-Mönking H., Klingenberg, S., Buchkremer G.: Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Nervenarzt 66 (1995) 828 – 834
- Huber, G.: Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt 54 (1983) 23-32
- Huber, G.: Anmerkungen des Herausgebers. In: Gottesman, I.I.: Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen, Verlaufsformen. Spektrum, Heidelberg-Berlin-Oxford 1993
- Huber, G.: Prodrome der Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 63 (1995) 131 – 138
- Huber, G., Gross, G.: Schmerzerlebnisse der Schizophrenie. Psycho 20 (1994) 145 – 153
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R.: Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1979
- Hubschmid, T.: Psychotherapie in der psychiatrischen Institution – über Therapie am anderen Pol des diagnostischen Spektrums. Psychiat. Prax. 20 (1993) 141 – 144
- Hubschmid, T., Ciompi, L.: Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht. Fortschr. Neurol. Psychiat. 58 (1990) 359 – 366
- Huguelet, Ph., Favre, S., Binyet, S., Gonzalez, Ch., Zabala, I.: The use of the expressed emotion index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a french speaking area of Switzerland. Acta Psychiatr. Scand. 92 (1995) 447 – 452
- Hurrelmann, K.: Sozialisation und Gesundheit. Beltz, Weinheim 1988
- Hurrelmann, K.: Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Beltz, Weinheim-Basel 1990
- Hurrelmann, K., Laaser U.: Vorwort. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Beltz, Weinheim - Basel 1993 a
- Hurrelmann, K., Laaser, U.: Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Beltz, Weinheim-Basel 1993 b
- Huttunen, M.O., Machon, R.A., Mednick, S.A.: Prenatal factors in the pathogenesis of schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 164 (1994) suppl.,15 – 19
- Hyde, T. S., Nawroz, S., Goldberg, T. E., Bigelow, L.B., Strong, D., Ostrem, J.L., Weinberger, D.R., Kleinman, J.E.: Is there cognitive decline in schizophrenia? Brit. J. Psychiat. 164 (1994) 494 – 500
- Ilisei, G.: Psychose-Seminare – Ein Erfahrungsbericht aus Baden-Württemberg. Soz. Psychiat. 18/4 (1994) 17 – 19
- Inskip, H. M., Harris, E. C., Barrowclough, B.: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 172 (1998) 35 – 37
- Irle, G., Pörksen, N.: Soziale Interaktion bei wieder und nicht wieder erkrankten Schizophrenen (Teil 1+2). Nervenarzt 42 (1971) 466 – 523

- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G. et al.: Schizophrenia: manifestations, incidence, and course in different cultures. *Psychol. Med.* (1992) monograph suppl. 20
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S., Dudgeon, P.: Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 93 – 100
- Jackson, H., Smith, N., McGorry, P.: Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatr. Scand.* 82 (1990) 243 – 249
- Jenicek, M., Berthelette, D., Breton, J., Croteau, N., Leduc, N., Pineault, R.: Content and methods of studies on the prevention and treatment of mental disorders in selected psychiatric journals. *Rev. Epidem. Santé Publ.* 38 (1990) 357 – 364
- Jenkins, R.: Principles of prevention. In: Paykel, E. S., Jenkins, R.: *Prevention in psychiatry.* Gaskell, London 1994
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Nomos, Baden-Baden 1996
- Johnson, S., Orrell, M.: Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol. Med.* 25 (1995) 515 – 520
- Johnstone, E.C., Frith, C.D.: Validation of three dimensions of schizophrenic symptoms in a large unselected sample of patients. *Psychol. Med.* 26 (1996) 669 – 679
- Johnstone, E. C., Geddes, J.: How high is the relapse rate in schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) suppl. 382, 6 – 10
- Johnstone, E. C., Leff, J. P.: Schizophrenia. In: Paykel, E. S., Jenkins, R. (Hrsg.): *Prevention in psychiatry.* Gaskell, London 1994
- Jolley, A.G., Hirsch, S.R., Morrison, E., McRink, A., Wilson, L.: Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical and social outcome at two years. *BMJ* 301 (1990) 837 – 842
- Jonasson, S., Buchkremer, G.: Angehörigen- und Angehörigenselbsthilfegruppen in der Behandlung schizophrener Patienten. *Syst. Fam.* 2 (1989) 157 – 164
- Jones, P., Bodgers, B., Murray, R., Marmot, M.: Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 344 (1994) 1398 – 1402
- Jørgensen, P.: Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 92 (1995) 436 – 440
- Kaiser, W., Priebe, S.: Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 69 (1998) 219 – 227
- Kaiser, W., Priebe, S., Barr, W., Hoffmann K., Isermann, M., Röder-Wanner, U.-U., Huxley, P.: Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- und out-patient samples. *Psychiat. Res.* 66 (1997) 153 – 166
- Kaiser, W., Priebe, S., Hoffmann K., Isermann, M.: Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 67 (1998) 572 – 582
- Kaluzny-Streicker, S., Amdur, M., Dincin, J.: Educating patients about psychiatric medications: failure to enhance compliance. *Psychosoc. Rehabil. J.* 9 (1986) 15 – 28
- Kanas, N.: Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int. J. Group Psychother.* 36 (1986) 339 – 351

- Kane, J.M.: Prevention and treatment of neuroleptic noncompliance. *Psychiatr. Ann.* 16 (1986) 576 –579
- Kane, J.M.: Dosing issues and depot medication in the maintenance treatment of schizophrenia. *Internat. Clin. Psychopharm.* 10 (1995) suppl. 3, 65 – 71
- Kane, J. M.: The treatment of schizophrenia: how far have we come in meeting the challenge? Kongressband ECNP, Amsterdam (1996) 7 – 12
- Kane, J.M., Freeman, H.L.: Towards more effective antipsychotic treatment. *Br. J. Psychiat.* 165 (1994) 22 – 31
- Kane, J.M., Marder, S.: Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schiz. Bull.* (1993) 287 – 302
- Kane, J.M., Smith, J.M.: Tardive dyskinesia – prevalence and risk factors. *Arch. Gen. Psychiat.* 39 (1987) 470 – 481
- Kanter, J., Lamb, H.R., Loeper, C.: Expressed emotion: in reply. *Hosp. Comm. Psychiat.* 38 (1987) 1118 – 1119
- Kapfhammer, H.P.: Psychische Störungen im Zusammenhang von Geburt und Wochenbett. *MMW* 135 (1993) 31 – 35
- Kastner-Wienberg, M.: Produktive Störung – Psychoedukative Gruppenarbeit im tages-klinischen Kontext. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1997
- Katschnig, H. (Hrsg.): Die andere Seite der Schizophrenie – Patienten zu Hause. Urban & Schwarzenberg, München 1977
- Katschnig, H.: How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Curr. Opin. Psych.* 10 (1997) 337 – 345
- Katschnig, H., Konieczna, T.: Was ist an Angehörigenarbeit wirksam? – Eine Hypothese. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Katschnig, H., Simon, M. D., Kramer, B.: Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrenie-kranker Patienten – Erste Ergebnisse einer Umfrage. In: Katschnig, H., König, P. (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Springer, Wien-New York 1994
- Katschnig, H., Simon, M. D., Kramer, B.: Wie sie leben, wie sie leiden, was sie hoffen. Die Ergebnisse einer Umfrage bei Angehörigen von psychisch Kranken. *Kontakt* 20 (1997) Sonderausg. Okt.
- Kavanagh, D.J.: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992) 601 – 620
- Kavanagh, S., Opit, L. J., Knapp, M., Beecham, J. K.: Schizophrenia: shifting the balance of care. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.* 30 (1995) 206 – 212
- Kebbel, J.: Case-Management als unterschiedliche Aufgabe von Betreuern, Therapeuten und Pflegekräften. In: Crefeld, W., Jagoda, B., Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung. Rheinland-Verlag, Köln 1996
- Kelly, G.R., Mamon, J.A., Scott, J.E.: Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Soc. Sci. Med.* 25 (1987) 1205 – 1211
- Kelstrup, A., Lund, K., Lauritsen, B., Bech, P.: Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 87 (1993) 374 – 379
- Kemp, R., David, A.: Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Brit. J. Psychiat.* 169 (1996) 444 – 450
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., David, A.: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 312 (1996) 345-349
- Kendell, R.E., Juszczak, E., Cole, S.K.: Obstetric complications and schizophrenia: a case control study based on standardized obstetric records. *Brit. J. Psychiat.* 168 (1996) 556 – 561

- Kendler, K.S., Diehl, S.R.: The genetics of schizophrenia: a current, genetic-epidemiologic perspective. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 261 – 285
- Kendler, K.S., Walsh, D.: Gender and schizophrenia – results of an epidemiologically-based family study. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 184-192
- Kentros, M. K., Terkelsen, K., Hull, J., Smith, T. E., Goodman, M.: The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Qual. Life Res.* 6 (1997) 118 – 122
- Kernbichler, A.: Zur ärztlichen Aufklärungspflicht bei Psychotikern. *Nervenheilk.* 11 (1992) 278 – 282
- Kerwin, R.W., Murray, R.M.: A developmental perspective on pathology and neurochemistry of temporal lobe in schizophrenia. *Schiz. Res.* 7 (1992) 1 – 12
- Keupp, H.: Bundesrepublikanische Psychiatriereform zwischen Realpolitik, Resignation und Utopie: Diskutiert am Präventionsdiskurs. *Verhaltensth. Psychosoz. Prax.* 4 (1995) 483 – 502
- Kieserg, A., Hornung, W. P.: Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS) – Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. DGVT-Materialien 27, Tübingen 1994
- Kilian, R.: Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiat. Prax.* 22 (1995) 97 – 101
- Kingdon, D., Turkington, D.: The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179 (1991) 207-211
- Kingdon, D., Turkington, D., John, C.: Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. The amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *Brit. J. Psychiat.* 164 (1994) 581-587
- Kirschhofer-Bozenhardt, A. v., Kaplitzka, G.: Der Fragebogen. In: Holm, K. (Hrsg.) *Die Befragung*. UTB, München 1975
- Kissling, W.: Neuroleptische Rezidivprophylaxe – eine verpaßte Chance? In: Rifkin, A., Osterheider, M. (Hrsg.): *Schizophrenie: aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1992 (a)
- Kissling, W. : Könnte die Hälfte aller schizophrenen Rezidive vermieden werden? In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992 (b)
- Kissling, W.: Kosten, Nutzen und Qualität der Schizophreniebehandlung. In: Katschnig, H., König, P. (Hrsg.): *Schizophrenie und Lebensqualität*. Springer, Wien-New York 1994
- Klein, R., Orbke-Lütke-meier, E.: Späte Einsichten? Der Informationskreis Psychische Erkrankungen – ein psychoedukatives Gruppenangebot für chronisch psychisch kranke HeimbewohnerInnen. Unveröffentl. Manuskript, Bielefeld 1994
- Klein, R., Orbke-Lütke-meier, E., Leuthardt, E., Gutknecht, H.: Informationskreis psychotische Erkrankungen. – Eine Veranstaltungsreihe für Bewohner und Mitarbeiter im Langzeitbereich. *Bethel-Beiträge* 48, Bielefeld 1994
- Kleinman, I., Schachter, D., Jeffries, J., Goldhamer, P. : Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication. *Hosp. Comm. Psychiat.* 44 (1993) 1189 – 1191
- Klimidis, S., Stuart, G.W., Minas, I.H., Copolov, D.L., Singh, B.S.: Positive and negative symptoms in the psychoses – re-analysis of published SAPS and SANS global ratings. *Schiz. Res.* 9 (1993) 11 – 18
- Klimke, A., Klieser, E.: Das atypische Neuroleptikum Clozapin (Leponex ©) – aktueller Kenntnisstand und neuere klinische Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 63 (1995) 173 – 193

- Klosterkötter, J.: Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1988
- Klosterkötter, J.: Minussymptomatik und kognitive Basissymptome. In: Möller, H.-J., Petzer, E. (Hrsg.): Neuere Ansätze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Klosterkötter, J.: Die Entwicklung der schizophrenen Symptome ersten Ranges. *Fundam. Psychiatr.* 6 (1992) 81 – 94
- Klosterkötter, J., Alberts, M., Steinmeyer, E.M., Hensen, A., Saß, H.: The diagnostic validity of positive, negative, and basic symptoms. *Neurol. Psychiat. Brain Res.* 2 (1994) 232 – 238
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F., Gross, G., Huber, G., Steinmeyer, E. M.: Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr. Scand.* 95 (1997) 396 – 404
- Knable, M.B., Weinberger, D.R.: Are mental diseases brain diseases? The contribution of neuropathology to understanding of schizophrenic psychoses. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 245 (1995) 224 – 230
- Knapp, M., Kavanagh, S.: Economics outcomes and costs in the treatment of schizophrenia. *Clin. Ther.* 19 (1997) 128 – 138
- Knapp, M.: Costs of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 171 (1997) 509 – 518
- Koivumaa-Honkanen, H.-T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, E., Niskanen, L., Jääskeläinen, J., Lehtonen, J.: Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 94 (1996) 372 – 378
- Kornhuber, J., Weller, M.: Aktueller Stand der biochemischen Hypothesen zur Pathogenese der Schizophrenien. *Nervenarzt* 65 (1994) 741 – 754
- Köttgen, C.: Schizophrenie – Wider die Wahngewißheit der Psychiatrie. Eine 4-Jahres-Katamnese nach ambulanter Gruppenarbeit mit Angehörigen und Patienten. In: Thom, A., Wulff, E. (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel*. Psychiatrie-Verlag Bonn 1990
- Kozaric-Kovacic, D., Folnegovic-Smalc, V., Folnegovic, Z., Marusic, A.: Influence of alcoholism and the prognosis of schizophrenic patients. *J. Stud. Alcohol* 56 (1995) 622 – 627
- Kraemer, S., Hartl, L., Böhmer, M., Möller, H.-J.: Psychophysiologische und psychologische Korrelate des emotionalen Familienklimas bei schizophrenen Patienten und ihren Familienangehörigen. *Nervenarzt* 67 (1996) 219 – 228
- Kraepelin, E.: *Psychiatrie*, Bd. 3. Barth, Leipzig, 8. Aufl. 1913
- Krausz, M., Sorgenfrei, T.: Der therapeutische Umgang mit Neuroleptika – Teil II: Subjektive Wirkungsfaktoren, Compliance und Konsequenzen für die Behandlungsstrategie. *Psychiatr. Prax.* 18 (1991) 14 – 20
- Kremen, W. S., Seidman, L.J., Pepple, J.R., Lyons, M.J., Tsuang, M.T., Faraone, S.V.: Neuropsychological risk indicators of schizophrenia: a review of family studies. *Schiz. Bull.* 20 (1994) 103 – 119
- Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T.: Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung – Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzeptes in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: John, U. (Hrsg.): *Regionale Suchtkrankenversorgung – Konzepte und Kooperationen*. Lambertus, Freiburg/Brsg. 1997
- Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N.: Umsetzung und Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht* (zur Veröffentlichung eingereicht), 1998
- Kruckenberg, P.: Plurale Verfassung und Integration psychiatrischer Systeme. *Sozial-psychiatr. Inform.* 1 (1992) 54 – 55

- Kruckenberg, P., Fabian, A.S., Henning, J.: Modellprojekt Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentralen gemeindenahen Versorgungseinrichtungen. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden 1995
- Krull, F.: Psychotherapie bei Schizophrenie – Theorie und Praxis der Einzelbehandlung. Eine Übersicht. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 55 (1987) 54 – 67
- Kühner, C., Angermeyer, M.C., Veiel, H.O.F.: Zur Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms bei der Rückfallprophylaxe depressiver Erkrankungen. *Verhaltensther.* 4 (1994) 4 – 12
- Kuipers, L.: Family burdens in schizophrenia: implications for services. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.* 28 (1993) 207 – 210
- Kulhanek, F.: Über die Bedeutung neuroleptischer Äquivalenzdosen. In: Hinterhuber, H., Fleischhacker, W. W., Meise, U. (Hrsg.): *Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art. Integrative Psychiatrie*, Innsbruck-Wien 1995
- Kulhara, P.: Outcome of schizophrenia: some transcultural observations with particular reference to developing countries. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 244 (1994) 227 – 235
- Kunze, H.: *Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime – psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatriereform*. Enke, Stuttgart 1981
- Kunze, H.: Der sogenannte Heimbereich – das „Bermuda-Dreieck“ der komplementären Versorgung. In: Gaebel, W., Falkai, P. (Hrsg.): *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Wien-New York 1998
- La Roche, C., Ernst, K.: Die psychiatrische Klinikbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren 15 Ärzten. *Arch. Psychiat. Nervenheilk.* 220 (1975) 107 – 116
- Laaser, U., Hurrelmann, K., Wolters, P.: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Beltz, Weinheim-Basel 1993
- Lam, D.H.: Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol. Med.* 21 (1991) 423 – 441
- Landschaftsverband (1996): *Die rheinischen Landeskliniken im Überblick. Basisdokumentation im Landschaftsverband Rheinland*, Köln 1997
- Lang, F. H., Forbes, J. F., Murray, G. D., Johnstone, E. C.: Service provision for people with schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 171 (1997) 159 – 164
- Lange, H.U.: Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilversuche bei Schizophrenen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 49 (1981) 275 – 285
- Larsen, E.B., Gerlach, J.: Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr. Scand.* 93 (1996) 381 – 388
- Larsen, T. K., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S.: First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 45 – 52
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Moe, L. C.: First-episode schizophrenia: I. early course parameters. *Schiz. Bull.* 22 (1996) 241 – 256
- Lauer, G.: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 88 – 90
- Lauer, G., Stegmüller-Koenemund, U.: Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. *Psychiat. Prax.* 21 (1994) 70 – 73
- Lavender, A., Holloway, F.: *Community care in practice*. Wiley, Chichester-New York-Brisbane 1988

- Leach, A., Scherer, S.: The epidemiology of schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiat.* 5 (1992) 20 – 24
- Lee, P. W. H., Lieh-Mak, F., Yu, K.K., Spinks, J.A.: Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Brit. J. Psychiat.* 163 (1993) 177 – 182
- Leete, E.: How I perceive and manage my illness. *Schiz. Bull.* 15 (1989) 197 – 200
- Leff, J.: Interaction of environment and personality in the course of schizophrenia. In: Häfner, H., Gattaz, W.F. (Hrsg.): *Search for the causes of schizophrenia. Vol. II.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G.: The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol. Med.* 22 (1992) 131 – 145
- Lefley, H.P.: Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues. *Hosp. Comm. Psychiat.* 43 (1992) 591 – 598
- Lehman, A. F.: The well-being of chronic mental patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 40 (1983) 369 – 373
- Lehman, A. F.: Possidente, S., Hawker, F.: The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hosp. Comm. Psychiat.* 37 (1986) 901 – 907
- Lehman, A.F.: A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Eval. Progr. Plann.* 11 (1988) 51 – 62
- Lehman, A. F.: Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 31 (1996) 78 – 88
- Lehmann, P.: *Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen.* Antipsychiatrie, Berlin 1986
- Leighton, A. H.: Global and specific approaches to prevention. In: Cooper, B., Helgason T. (Hrsg.): *Epidemiology and the prevention of mental disorders.* Routledge, London-New York 1989
- Leimkühler, A. M., Müller, U.: Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 67 (1996) 765 – 773
- Levene, J. E., Lancee, W. J., Seeman, M. V.: The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schiz. Res.* 22 (1996) 151 – 157
- Levitt, A.J., Hogan, T.P., Bucosky, C. M.: Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychol. Med.* 20 (1990) 703 – 710
- Lewandowski, L., Buchkremer, G.: Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten – Ergebnisse zweijähriger Verlaufsuntersuchungen. *Z. Klin. Psychol.* 17 (1988 a) 210 – 222
- Lewandowski, L., Buchkremer, G.: Bifokale therapeutische Gruppenarbeit mit schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen – Ergebnisse einer 5jährigen Katamnese. In: Kaschka, W. P., Joraschky, P., Lungershausen, E. (Hrsg.): *Die Schizophrenien. Tropon-Symposium, Bd. III.* Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1988 (b)
- Lewandowski, L., Buchkremer, G., Hermann, T.: Zur Wirksamkeit ambulanter arbeitstherapeutischer Maßnahmen für schizophrene Patienten. *Psychiat. Prax.* 19 (1992) 122 – 128
- Lewandowski, L., Buchkremer, G., Stark, M.: Das Gruppenklima und die Therapeut-Patient-Beziehung bei zwei Gruppentherapiestrategien für schizophrene Patienten – Ein Beitrag zur Klärung differentieller Therapieeffekte. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44 (1994) 115 – 121
- Lewine, R.J.R.: Brain morphology in schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiat.* 5 (1992) 92 – 97
- Lewine, R.J.R., Walker, E.F., Shurret, R., Caudle, J., Haden, C.: Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenic patients. *Am. J. Psychiat.* 153 (1996) 1178 – 1184

- Ley, P.: Satisfaction, compliance, and communication. *Brit. J. Clin. Psychol.* 21 (1982) 241 – 254
- Lieberman, R.P., Corrigan, P.W., Schade, M.L.: Drug and psychosocial treatment interactions in schizophrenia. *Int. Rev. Psychiat.* 1 (1989) 283 – 294
- Lieberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Eckman, T., Massel, H.K.: Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schiz. Bull.* 12 (1986) 631 – 647
- Liddle, P. F.: Neurobiology of schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiat.* 7 (1994) 43 – 46
- Liddle, P.F.: Inner connections within the domain of dementia praecox: role of supervisory mental processes in schizophrenia. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 245 (1995) 210 – 215
- Lieberman, J.A., Koreen, A.R.: Neurochemistry and neuroendocrinology of schizophrenia: a selective review. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 371 – 429
- Liebermann, J., Jody, D., Geisler, St., Alvir, J., Loebel, A., Szymanski, S., Woerner, M., Borenstein, M.: Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 50 (1993) 369 – 376
- Lincoln, C., Harrigan, S., McGorry, P. D.: Understanding the topography of the early psychosis pathway. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 21 – 25
- Linden, M.: Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiat. Prax.* 12 (1985) 8 – 12
- Linden, M.: Negative vs. positive Therapieerwartungen und Compliance vs. Non Compliance. *Psychiat. Prax.* 14 (1987) 132 – 136
- Linden, M., Chaskel, R.: Information and consent in schizophrenic patients in long-term treatment. *Schiz. Bull.* 3 (1981) 372-378
- Linden, M., Nather, J., Wilms, H.U.: Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 56 (1988) 35-43
- Linszen, D.H., Dingemans, P. M., Lenior, M.E.: Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 273 – 279
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir, J.M.J., Mayerhoff, D.I., Geister, S.H., Szymanski, S.R.: Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 149 (1992) 1183 – 1188
- Löffler, W., Häfner, H.: Die ökologische Verteilung schizophrener Ersterkrankungen in zwei deutschen Großstädten (Mannheim und Heidelberg). *Fundam. Psychiat.* 8 (1994) 103 – 115
- Lorenzen, D.: Praxis der psychiatrischen Rehabilitation. Enke, Stuttgart 1989
- Lücke, O.: Neugründung: Verbandslandschaft um einen Zusammenschluß reicher – Psychiatrie-erfahrene organisieren sich. *Eppendorfer* 4 (1992) 18 - 19
- Luderer, H.-J.: Kenntnis von Diagnose und medikamentöser Behandlung bei psychisch Kranken. *Nervenarzt* 60 (1989 a) 213 – 219
- Luderer, H.-J.: Aufklärung und Information in der Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 57 (1989 b) 305 – 318
- Luderer, H.-J.: Schizophrenien. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Trias, Stuttgart 1989 (c)
- Luderer, H.-J.: Schriftliche Informationen für psychisch Kranke. *Fundam. Psychiatr.* 4 (1990) 9 – 17
- Luderer, H.-J.: Informationsvermittlung in der Psychiatrie (I): Diagnosemitteilung aus der Sicht von Arzt und Patient. *Krankenhauspsychiat.* 5 (1994 a) 121-126

- Luderer, H.-J.: Informationsvermittlung in der Psychiatrie (II): Einzelgespräche, Informationsbroschüren, Informationsgruppen in der Behandlung von Schizophrenie. *Krankenhaus-psychiat.* 5 (1994 b) 173 – 177
- Luderer, H.-J.: Gibt es eine personenzentrierte Informationsvermittlung bei Patienten mit Schizophrenie und deren Angehörigen? *GwG-Zeitschr.* 97 (1995) 21 – 26
- Luderer, H.-J., Böcker, F.M.: Clinician's information habits, patients' knowledge of diagnoses, and etiological concepts in four different clinical samples. *Acta Psychiatr. Scand.* 88 (1993) 266 – 272
- Luderer, H.-J., Böcker, F.M., Anders, M., Wurzner, P.: ERWIPA – ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung des krankheitsbezogenen Wissens bei Patienten mit Schizophrenien. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 227 – 230
- Luderer, H.-J., Loskarn, W : Die Einstellung der Ärzte zur Aufklärung psychisch Kranker. In: Böcker, F.M., Weig, W. (Hrsg.): Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1988
- MacCarthy, B., Lesage, A., Brewin, C. R., Brugha, T. S., Mangan, S., Wing, J. K.: Needs for care among the relatives of long-term users of day care. *Psychol. Med.* 19 (1989) 725 – 736
- Macpherson, R., Jerrom, B., Hughes, A.: Relationship between insight, education background, and cognition in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 168 (1996 a) 718 – 722
- Macpherson, R., Jerrom, B., Hughes, A.: A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 168 (1996 b) 709 – 717
- Maes, K.-D.: Körpertherapeutische Ansätze in der Psychotherapie von Psychosen. In: Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.): Psychotherapie bei psychotischen Menschen. Springer, Wien-New York 1994
- Maier, W. , Lichtermann, D., Franke, P.: Ist die Schizophrenie eine genetische Einheit? In: Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Malla, A.K., Cortese, L., Shaw, T. S., Ginsberg, B.: Life events and relapse in schizophrenia – a one year prospective study. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 25 (1990) 221 – 224
- Malla, A.K., Norman, R.M.: Prodromal symptoms in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 164 (1994) 487 – 493
- Malm, U., May, P.R.A., Dencker, S.J.: Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schiz. Bull.* 7 (1981) 477 – 487
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., Allebeck, P.: Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) 308 – 313
- Mann, A.: The evolving face of psychiatric epidemiology. *Brit J. Psychiat.* 171 (1997) 314 – 318
- Marder, S.R., Maibach, R.C.: Risperidone in the treatment of schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 151 (1994) 825 – 835
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K., Liberman, R.P : Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 153 (1996) 1585 – 1592
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Van Putten, T., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston-Cronk, K., Lebell, M., Liberman, R.P.: Fluphenazine vs. placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 280 – 287
- Margraf, J., Lieb, R.: Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunftsorientierten Neucharakterisierung. *Z. Klin. Psychol.* 24 (1995) 1 – 7
- Margraf, J., Schneider, S.: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1989

- Markowitsch, H.J.: Neuropsychologie des menschlichen Gedächtnisses. *Spektr. Wiss., Sept.* (1996) 52 – 60
- Marneros, A., Andreasen, N.C.: Positive und Negative Symptomatik der Schizophrenie. *Nervenarzt* 63 (1992) 262 – 270
- Marneros, A., Deister, A., Rohde, A.: Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1991
- Marneros, A., Deister, A., Rohde, A.: Validity of the negative/positive dichotomy for schizophrenic disorders under longterm conditions. *Schiz. Res.* 7 (1992) 117 – 123
- Martensson, L.: Sollen Neuroleptika verboten werden? *PMS Aktuell* 3 (1988) 3 – 14
- Martyns-Yellowe, I. S.: The burden of schizophrenia on the family – a study from Nigeria. *Brit. J. Psychiat.* 161 (1992) 779 – 782
- Mason, P., Harrison, G., Glazebrook, C., Medley, I., Dalkin, T., Croudace, T.: Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 596 – 603
- Mason, P., Harrison, G., Glazebrook, C., Medley, I., Dalkin, T., Croudace, T.: The course of schizophrenia over 13 years. A report from the International Study on Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization. *Brit. J. Psychiat.* 169 (1996) 580 – 586
- Mattes, J. A.: Risperidone: how good is the evidence for efficacy? *Schiz. Bull.* 23 (1997) 155 – 161
- Matussek, P.: Analytische Psychosentherapie in neuer Sicht. *Nervenarzt* 64 (1993) 696 – 705
- Maurer, K., Häfner, H.: Epidemiologie positiver und negativer Symptome in der Schizophrenie. In: Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Mayer, C., Soyka, M.: Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptika – eine Übersicht. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 60 (1992) 217 – 222
- Mayer-Gross, W.: Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 60 (1920) 160 – 212
- McCandless-Glimcher, L., McKnight, S., Hamera, E., Smith, B.L., Peterson, K.A., Plumlee, A.A.: Use of symptoms by schizophrenics to monitor and regulate their illness. *Hosp. Comm. Psychiat.* 37 (1986) 929 – 933
- McCreadie, R.G., Robertson, L.J., Hall, D.J., Berry, I.: The Nithsdale schizophrenia surveys. XI: Relatives' expressed emotion. Stability over five years and its relation to relapse. *Brit. J. Psychiat.* 162 (1993) 393 – 397
- McDonald-Scott, P., Machizawa, S., Satoh, H.: Diagnostic disclosure: a tale in two cultures. *Psychol. Med.* 22 (1992) 147 – 157
- McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Appelbaum, P.S., Ortilip, P., Brecosky, J., Hammil, K., Goller, J.L., Roth, L.: Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177 (1989 a) 43 – 47
- McEvoy, J.P., Freter, S., Everett, G., Geller, J.L., Apperson, J., Roth, L.: Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177 (1989 b) 48 – 51
- McEvoy, J.P., Hartman, M., Gottlieb, D., Godwin, S., Apperson, L.J., Wilson, W.: Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schiz. Bull.* 22 (1996) 635 – 641
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B., Toran, J.: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 52 (1995) 679 – 687

- McGlashan, T.H.: A selective review of recent north american long-term studies of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 14 (1988) 515 – 542
- McGlashan, T.H.: What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatr. Scand.* 90 (1994) suppl. 384, 147 – 152
- McGlashan, T. H.: Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *Brit. J. Psychiatr.* 172 (1998) suppl. 33, 3 – 6
- McGlashan, T. H., Johannessen, J. O.: Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schiz. Bull.* 22 (1996) 201 – 222
- McGlashan, T.H., Levy, S.T., Carpenter, W. T.: Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 32 (1975) 1269 – 1272
- McGorry, P. D.: The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Austr. New Zeal. J. Psychiatr.* 26 (1992) 3 – 17
- McGorry, P. D.: Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process. *Psychiat.* 58 (1995) 313 – 328
- McGorry, P. D.: Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *Brit. J. Psychiatr.* 172 (1998) suppl. 33, 1 – 2
- McGorry, P.D., Copolov, D.L., Singh, B.S.: Current concepts in functional psychosis. The case of loosening of associations. *Schiz. Res.* 3 (1990) 221 – 234
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., Jackson, H.J.: EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schiz. Bull.* 22 (1996) 305 – 326
- McGorry, P. D., McFarlane, C., Patton, G. C., Bell, R., Hibbert, M. E., Jackson, H. J., Bowes, G.: The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 92 (1995) 241 – 249
- McGorry, P., Singh, B. : Risk and possibility. In: Raphael, B., Burrows, G. (Hrsg.): *Handbook of studies on preventive psychiatry.* Elsevier, Niederlande 1995
- McGrath, J., Welham, J., Pemberton, M.: Month of birth, hemisphere of birth and schizophrenia. *Brit. J. Psychiatr.* 167, 783 – 785
- McGuffin, P., Owen, M.J., Farmer, A.E.: Genetic basis of schizophrenia. *Lancet* 346 (1995) 678-682
- McGuire, T. G.: Measuring the economic costs of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 375 – 388
- McNeil, T. F.: Perinatal influences in the development of schizophrenia. In: Helmchen, H., Henn, F.A.: *Biological perspectives of schizophrenia.* Wiley, Chichester 1987
- Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfeld, S., Davis, D.: Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc. Sci. Med.* 39 (1994) 155 – 164
- Meltzer, H. Y., Burnet, S., Bastiani, B., Ramirez L.R.: Effects of six month of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 41 (1990) 892 – 897
- Meltzer, H. Y., Thompson, P. A., Lee, M. A., Ranjan, R.: Neuropsychologic deficits in schizophrenia – relation to social functioning and effect of antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharm.* 14 (1996) 26 – 33
- Mensching, M., Lamberti, G., Petermann, F.: Das Risikofaktorenmodell zur Schizophrenie nach Brodsky & Brodsky – ein empirischer Beitrag. *ZKPPP* 44 (1996) 33 – 48
- Mercier, C., King, S.: A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 72 – 77

- Merlo, M.C., Brenner, H.D.: Biologische Behandlungsmethoden. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Behandlung schizophrener Psychosen*. Enke, Stuttgart 1997
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E., Theologou, A.: Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatr. Scand.* 90 (1994) 46 – 49
- Michels, Th.: „Mein Gott, irgend etwas muß ich falsch gemacht haben ...“ – Wie Angehörige ihr Leben meistern. In: Deger-Erlenmaier, H. (Hrsg.): *Wenn nichts mehr ist, wie es war ... Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Miklowitz, D.J.: Family risk indicators in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 20 (1994) 137 – 149
- Miles, C. P.: Conditions predisposing to suicide. *J. Nerv. Ment. Dis.* 164 (1977) 231 – 246
- Miller, C.H., Fleischhacker, W. W. : Neue Antipsychotika. In: Hinterhuber, H., Fleischhacker, W.W., Meise, U. (Hrsg.): *Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art*. Integrative Psychiatrie, Innsbruck-Wien 1995
- Miller, L. J., O'Connor, E., Di Pasquale, T.: Patients attitudes toward hallucinations. *Am. J. Psychiat.* 150 (1993) 584 – 588
- Mirsky, A. F., Kugelmass, S., Ingraham, L.J., Frenkel, E., Nathan, M.: Overview and summary: twenty-five-year follow up of high-risk children. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 227 – 239
- Möller, H.-J.: Neuroleptische Langzeittherapie schizophrener Erkrankungen. In: Heinrich, K. (Hrsg.): *Leitlinien neuroleptischer Therapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Möller, H.-J.: Neuroleptische Rezidivprophylaxe und Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen. In: Riederer, P., Laux, G., Pödlinger, W. (Hrsg.): *Neuro-Psychopharmaka Bd. 4: Neuroleptika*. Springer, Wien 1992
- Möller, H.-J. (Hrsg.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Enke, Stuttgart 1993
- Möller, H.-J.: The psychopathology of schizophrenia: an integrated view on positive symptoms and negative symptoms. *Intern. Clin. Psychopharm.* 10 (1995 a) suppl. 3, 57 – 64
- Möller, H.-J.: Neuere Aspekte in der Diagnostik und Behandlung der Negativsymptomatik schizophrener Psychosen. In: Hinterhuber, H., Fleischhacker, W. W., Meise U. (Hrsg.): *Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art*. Integrative Psychiatrie, Innsbruck-Wien 1995 b
- Möller, H.-J.: Leitlinien der Diagnose und Behandlung schizophrener Erkrankungen. *Nervenheilk.* 14 (1995 c) 91 – 99
- Möller, H.-J.: Neue Neuroleptika. *Nervenheilk.* 15 (1996) 286 – 293
- Möller, H.-J., Kissling, W., Stoll, K.D., Wendt, G.: *Psychopharmakotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1989
- Moran, A.E., Freedman, R.I., Sharfstein, St.: The journey of Sylvia Frumkin: a case study for policymakers. *Hosp. Comm. Psychiat.* 9 (1984) 887 – 893
- Mortensen, P. B., Juel, K.: Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Brit. J. Psychiat.* 163 (1993) 183 – 189
- Moscarelli, M., Capri, St., Neri, L.: Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first 3 years after the first contact. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 421 – 426
- Mosher, L.R., Burti, L.: *Psychiatrie in der Gemeinde*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1992
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Blanchard, J.J.: Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J. Clin. Psychol.* 60 (1992 a) 845 – 856
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S., Morrison, R.L.: Prevalence and stability of social skills deficits in schizophrenia *Schiz. Res.* 5 (1991) 167 – 176

- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixted, J.T.: Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *J. Psychiatr. Res.* 24 (1990 b) 51 – 63
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Wade, J.H., Sayers, S.L., Rosenthal, C.K.: An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992 b) 674 – 680
- Mueser, K.T., Berenbaum, H.: Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychol. Med.* 20 (1990) 253 – 262
- Mueser, K.T., Gingerich, S.L., Rosenthal, C.K.: Educational family therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. *Schiz. Res.* 13 (1994) 99 – 108
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M., Levinson, D.: Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiat. Serv.* 47 (1996) 507 – 511
- Mühlig, W.G., Grube, B.: Zur Effizienz der Arbeitstherapie im Psychiatrischen Krankenhaus. Eine evaluative Pilotstudie. *Krankenhauspsychiat.* 5 (1994) 17 – 20
- Müller, P.: Der Suizid des schizophrenen Kranken und sein Zusammenhang mit der therapeutischen Situation. *Psychiat. Prax.* 16 (1989) 55 – 61
- Müller, P.: Neuroleptische Behandlung, Prophylaxe und Verlauf schizophrener Psychosen. In: Olbrich, R. (Hrsg.): *Therapie der Schizophrenie*. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990
- Müller, P.: Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen – historische Entwicklung, Effizienz und gegenwärtig Anerkanntes. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 59 (1991) 277 – 285
- Müller, P., Bandelow, B., Gaebel, W., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A., Schaefer, E., Tegeler, J.: Intervallmedikation, Coping und Psychotherapie: Interaktion bei der Rezidivprophylaxe und Verlaufsbeeinflussung. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Müller, P., Gaebel, W., Bandelow, B., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A., Tegeler, J.: Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 69 (1998) 204 – 209
- Müller, P., Günther, U., Lohmeyer, J.: Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt. *Nervenarzt* 57 (1986) 332 – 341
- Müller, P., Schöneich, D.: Einfluß kombinierter Pharmako- und Psychotherapie in einer Schizophrenie-Ambulanz auf Rehospitalisierungszeiten und Behandlungskosten. *Psychiat. Prax.* 19 (1992) 91 – 95
- Müller-Spahn, F., Modell, S., Thomma, M.: Neue Aspekte in der Diagnostik, Pathogenese und Therapie schizophrener Minussymptomatik. *Nervenarzt* 63 (1992) 383-400
- Mundt, C.: Suizide schizophrener Patienten. Überlegungen zur Genese und Prävention anhand einiger Fallbeispiele. *Psychother. med. Psychol.* 34 (1984) 193 – 197
- Mundt, C.: Endogenität von Psychosen – Anachronismus oder aktueller Wegweiser für die Pathogeneseforschung? *Nervenarzt* 62 (1991) 3 – 15
- Munk-Jørgensen, P., Mortensen, P. B.: Social outcome in schizophrenia: a 13-year follow-up. *Soc. Psychiatr. Psychiat. Epidemiol.* 27 (1992) 129 – 134
- Munk-Jørgensen, P., Mortensen, P. B., Machón, R. A.: Hospitalization patterns in schizophrenia – a 13-years follow-up. *Schiz. Res.* 4 (1991) 1 – 9
- Munk-Jørgensen, P., Mortensen, P. B.: Is schizophrenia really on the decrease? *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 242 (1993) 244 – 247
- Murray, Ch. J. L., Lopez, A. D.: Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 349 (1997) 1436 – 1442

- Murray, R.M.: Neurodevelopmental schizophrenia: the rediscovery of dementia praecox. *Brit. J. Psychiat.* 165 (1994) suppl., 6 – 12
- Mussgay, L., Olbrich, R.: Trainingsprogramme in der Behandlung kognitiver Defizite Schizophrener. Eine kritische Würdigung. *Z. klin. Psychol.* 17 (1988) 341 – 353
- Mussgay, L., Rey, E.-R.: Schizophrene Negativsymptomatik: Die Reduktion kognitiver Defizite durch computergestütztes Training. In: Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.): *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Springer, Wien-New York 1994
- Mussgay, L., Voss, E., Ihle, W., Handtmann, T.: Das Training kognitiver Fertigkeiten bei schizophrenen Patienten und seine Effekte auf elementare Informationsverarbeitungsmaße. *Z. Klin. Psychol.* 20 (1991) 103 – 114
- Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M., Jones, P., Partanen, U.: Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *Brit. J. Psychiat.* 169 (1996) 637 – 640
- Nagel-Schmitt, U.: Kognitive Strategien zur Krankheitsbewältigung bei psychisch kranken Menschen – Gesundheitsunterricht im Patientenclub. In: Stark, A. (Hrsg.): *Verhaltens-therapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophrenen Erkrankten*. DGVT, Tübingen 1996
- Newman, R., Miller, N.: Substance abuse and psychosis. *Curr. Opin. Psychiat.* 5 (1992) 25 – 28
- Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung: *Gesundheit 2000. Neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen*. Hannover 1992
- Niethammer, R.: Schizophrene Psychosen. *TW Neurol. Psychiatr.* 8 (1994) 679-686
- Norman, R.M.G., Malla, A.K.: Subjective stress in schizophrenic patients. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 26 (1991) 212 – 216
- Norman, R.M.G., Malla, A.K.: Stressfull life events and schizophrenia I: a review of the research. *Brit. J. Psychiat.* 162 (1993 a) 161 – 166
- Norman, R.M.G., Malla, A.K.: Stressfull life events and schizophrenia II: conceptual and methodological issues. *Brit. J. Psychiat.* 162 (1993 b) 166 – 174
- Norman, R.M.G., Malla, A.K.: A prospective study of daily stressors and symptomatology in schizophrenic patients. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 29 (1994) 244 – 249
- Nüchterlein, K.H., Dawson, M.E.: A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schiz. Bull.* 10 (1984) 300 – 312
- Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S., Utena, H.: A longterm follow-up study of schizophrenia in Japan. *Brit. J. Psychiat.* 151 (1987) 758 – 765
- Okin, R. L., Pearsall, D.: Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 44 (1993) 236 – 240
- Olbrich, R.: Expressed Emotion (EE) und die Auslösung schizophrener Episoden: eine Literaturübersicht. *Nervenarzt* 54 (1983) 113 – 121
- Olbrich, R.: Die Verletzbarkeit des Schizophrenen: J. Zubins Konzept der Vulnerabilität. *Nervenarzt* 58 (1987) 65 – 71
- Oldehinkel, A. J., Giel, R.: Time trends in the care-based incidence of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 167 (1995) 777 – 782
- Oldigs, J.: *Aufmerksamkeitsstörungen bei Schizophrenie*. Beltz, Weinheim-Basel 1985
- Oldridge, M. L., Hughes, I. C. T.: Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Brit. J. Psychiat.* 61 (1992) 249 – 251
- Olin, S.-Ch. S., Mednick, S. A.: Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schiz. Bull.* 22 (1996) 223 – 240

- Olin, S.-Ch. S., Mednick, S. A., Cannon, T., Jacobsen, B., Parnas, J., Schulsinger, F., Schulsinger, H.: School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 7 – 13
- Oliver, N., Kuipers, E.: Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *Intern. J. Soc. Psychiatr.* 42 (1996) 150 – 159
- Opjordsmoen, S.: Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. *Acta Psychiatr. Scand.* 83 (1991) 307 – 313
- Osterheider, M., Franken-Hiep, K., Horn, R.: Gesamtkrankenkosten der Schizophrenie und monetäre Bewertung einer Rezidivprophylaxe am Beispiel eines Standard-Depot-Neuroleptikums (Flupendixoldecanoat). *Psychiat. Prax.* 25 (1998) 38 – 43
- Oulis, P.G., Mavreas, V. G., Mamounas, J.M., Stefanis, C.N.: Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatr. Scand.* 92 (1995) 97 – 102
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S., Tomlinson, G.: Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J. Psychiatr. Neurosci.* 22 (1997) 231 – 234
- Pajonk, F.-G.: Rationale Psychopharmakotherapie der akuten Schizophrenie. *Psycho* 23 (1997) 238 – 247
- Pan, P.-C., Tantam, D.: Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatr. Scand.* 79 (1989) 564 – 570
- Park, S., Holzman, P.S., Goldman-Rakic, P.S.: Spatial working memory deficits in the relatives of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatr.* 52 (1995) 821-828
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D.: Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data. *Psychol. Med.* 20 (1990) 961 – 965
- Patterson, T.: Studies towards the subcortical pathogenesis of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 13 (1987) 555 – 576
- Paykel, E. S.: Introduction. In: Paykel, E. S., Jenkins, R. (Hrsg.): *Prevention in psychiatry*. Gaskell, London 1996
- Peet, M., Harvey, N.S.: Lithium maintenance: I. A standard education program for patients. *Brit. J. Psychiatr.* 158 (1991) 197 – 200
- Penn, D.L., Mueser, K.T.: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 153 (1996) 607 – 617
- Penn, D.L., Mueser, K.T., Spaulding, W., Hope, D.A., Reed, D.: Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 269 – 281
- Peralta, V., Cuesta, M.J.: Symptoms of the schizophrenic negative syndrome. *Brit. J. Psychiatr.* 169 (1996) 209 – 212
- Petry, J.: *Alkoholismustherapie*. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 2. Aufl. 1993
- Peuskens, J.: Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multi-national, multi-centre, double-blind, parallel-group study versus Haloperidol. *Brit. J. Psychiatr.* 166 (1995) 712 – 726
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., Link, B. G.: Psychiatric illness and family stigma. *Schiz. Bull.* 24 (1998) 115 – 126
- Piccinelli, M., Wilkinson, G.: Outcome of depression in psychiatric settings. *Brit. J. Psychiatr.* 164 (1994) 297 – 304
- Pilsecker, C.: On educating schizophrenics about schizophrenia. *Schiz. Bull.* 7 (1981) 379 – 382
- Pinkney, A. A., Gerber, G. J., Lafave, H. G.: Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 83 (1991) 86 – 91

- Plog, U.: Psychotherapie – mit psychiatrischem Handeln untrennbar verbunden. In: Bock, T., Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1991
- Pogue-Geile, M.F., Garrett, A.H., Brunke, J.J., Hall, J.K.: Neuropsychological impairments are increased in siblings of schizophrenic patients. *Schiz. Res.* 4 (1991) 390 – 391
- Popper, K.R., Eccles, J.C.: Das Ich und sein Gehirn. Piper, München-Zürich, 8. Aufl. 1989
- Pörksen, N.: Kommunale Psychiatrie. Rowohlt, Reinbeck 1974
- Power, P., Elkins, K., Adlard, St., Curra, Ch., McGorry, P., Harrigan, S.: Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 71 – 76
- Priebe, S., Kaiser, W., Huxley, P.: Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. *Ges. Wes.* 58 (1996) 86 – 90
- Procopio, M., Marriott, P. K.: Is the decline in diagnoses of schizophrenia caused by the disappearance of a seasonal aetiological agent? An Epidemiological study in England and Wales. *Psych. Med.* 28 (1998) 367 – 373.
- Profita, J., Carrey, N., Klein, F.: Sustained, multimodal outpatient group therapy for chronic psychotic patients. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 40 (1989) 943 – 946
- Provencher, H. L.: Objective burden among primary caregivers of persons with chronic schizophrenia. *J. Psychiat. Ment. Health Nurs.* 3 (1996) 181 – 187
- Raj, L., Kulhara, P., Avasthi, A.: Social burden of positive and negative schizophrenia. *Int. J. Soc. Psychiat.* 37 (1991) 242 – 250
- Rappaport, J.: Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ an Stelle präventiver Ansätze. *Verhaltensther. psychosoz. Prax.* 17 (1985) 257 – 278
- Rauh, H.: Frühe Kindheit. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1982
- Rave-Schwank, M., Nagel-Schmitt, U.: Gesundheitsunterricht im Patientenclub. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 114 – 115
- Razali, M.S., Yahya, H.: Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatr. Scand.* 91 (1995) 331 – 335
- Reker, T., Eikermann, B.: Ambulante Arbeitstherapie – Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven Evaluationsstudie. *Nervenarzt* 65 (1994) 329 – 337
- Reker, Th., Eikermann, B., Folkerts, H.: Prävalenz psychischer Störungen und Verlauf der sozialen Integration bei wohnungslosen Männern. *Ges. Wes.* 59 (1997) 79 – 82
- Retzer, A. (Hrsg.): Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Psychoedukative Ansätze versus systemische Ansätze. Auer, Heidelberg 1991
- Retzer, A.: Familie und Psychose. G. Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1994
- Reynolds, G. P.: Beyond the Dopamin-Hypothese – the neurochemical pathology of schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 155 (1989) 305 – 316
- Riecher-Rössler, A.: Hat das weibliche Sexualhormon Östradiol eine Bedeutung bei schizophrenen Erkrankungen? In: Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Riecher-Rössler, A., Häfner, H., Stumbaum, M., Schmidt, R.: Wirken Östrogene antipsychotisch? *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 62 (1994) 22 – 28
- Rist, F.: Psychologische Beiträge zum Verständnis schizophrener Störungen. In: Häfner, H. (Hrsg.): Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Rittmannsberger, H., Haberfellner, M., Stöbich, E.: Der Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus in der Beurteilung durch seine Patienten. *Krankenhauspsychiat.* 2 (1991) 59 – 65

- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Hodel, B.: Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT). Psychologie Verlags Union, Weinheim 2. Aufl. 1992
- Röder-Wanner, U.-U., Oliver, J. P. J., Priebe, S.: Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *Int. J. Soc. Psychiat.* 43 (1997) 129 – 143
- Röder-Wanner, U.-U., Priebe, S.: Schizophrenie und Lebensqualität – geschlechtsspezifische Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 63 (1995) 393 – 401
- Rogers, A., Pilgrim, D., Lacey, R.: *Experiencing psychiatry: user's views of services*. Macmillan/MIND Publications, London 1993. Zit nach: Bentall, R.P., Day, J.C.: Psychological factors and neuroleptic therapy: some neglected issues. *Int. Rev. Psychiat.* 6 (1994) 217 – 225
- Rohde, A., Marneros, A.: Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. *Nervenarzt* 64 (1993) 175 – 180
- Rohde-Dachser, Ch.: Borderlinestörungen. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C., Strömngren, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2: Neurosen – Psychosomatische Krankheiten – Psychotherapie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Röhricht, F., Priebe, S.: Das Körpererleben von Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie. *Nervenarzt* 67 (1996) 602 – 607
- Romney, D. M.: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia: a reanalysis. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 405 – 410
- Rose, G.: Mental disorder and the strategies of prevention. *Psychol. Med.* 23 (1993) 553 – 555
- Rose, R. M., Earls, F., Kellam, S., Offer, D., Philips, I., Silverman, M.: Report of the APA task force on prevention research. *Am J. Psychiat.* 147 (1990) 1701 – 1704
- Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Beltz, Weinheim-Basel 1993
- Rössler, W., Salize, H.-J., Biechele, U.: Psychisch kranke Wohnsitzlose – Die vergessene Minderheit. *Psychiat. Prax.* 21 (1994) 173
- Rössler, W., Salize, H.-J., Biechele, U., Riecher-Rössler, A.: Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 65 (1994) 427 – 437
- Roy, A.: Suicide in schizophrenia. *Intern. Rev. Psychiatr.* 4 (1992), 205 – 209
- Rubin, P., Holm, A., Møller-Madsen, S., Videbech, P., Hertel, C., Povisen, U.J., Menningsen, R.: Neuropsychological deficit in newly diagnosed patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 92 (1995) 35 – 43
- Rund, B. R., Moe, L., Sollien, T., Fjell, A., Borchgrevink, T., Hallert, M., Næss, P. O.: The Psychosis Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 211 – 218
- Rupp, A., Keith, S. J.: The costs of schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Amer.* 16 (1993) 413 – 423
- Sachsse, U., Arndt, F.-P.: Die chronisch schizophrene Psychose und ihre Behandlung als „narzistische Dauerkatastrophe“. *Krankenhauspsychiat.* 5 (1994) 37 – 41
- Sacker, A., Done, D.J., Crow, T.J., Golding, J.: Antecedents of schizophrenia and affective illness – obstetric complications. *Brit. J. Psychiat.* 166 (1995) 734 – 741
- Salize, H.-J., Rössler, W., Reinhard, I.: Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. *Ges. Wes.* 58 (1996) Sonderh. 1, 10 – 17
- Salleh, M. R.: The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatr. Scand.* 89 (1994) 180 – 185

- Salokangas, R.K.R.: First-contact rate for schizophrenia in community psychiatric care. *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.* 242 (1993) 337 – 346
- Sandner, D.: Analytische Gruppentherapie mit Schizophrenen und Neurotikern. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 22 (1986) 172 – 196
- Sartorius, N., Henderson, A. S.: The neglect of prevention in psychiatry. *Austr. New Zeal. J. Psychiat.* 26 (1992) 550 – 553
- Saupe, R., Englert, J.S., Gebhardt, R., Stieglitz, R.D.: Schizophrenie und Coping: Bisherige Befunde und verhaltenstherapeutische Überlegungen. *Verhaltensther.* 1 (1991) 130 – 138
- Saykin, A.J., Shtasel, D.L., Gur, R.E., Kester, D.B., Mozley, L.H., Stafaniak, P., Gur, R.C.: Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 51 (1994) 124 – 131
- Scazufca, M., Kuipers, E.: Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 168 (1996) 580 – 587
- Schaeffer, D.: Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. *Ges. Wes.* 57 (1995) 145 – 150
- Scharfetter, C.: Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. In: Heimchen, H., Linden, M., Rüger, U. (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1982
- Scharfetter, C.: *Schizophrene Menschen*. Psychologie Verlags Union, München, 3. Aufl. 1990
- Schaub, A., Brenner, H.D.: Aktuelle verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung schizophrener erkrankter Menschen. In: Stark, A. (Hrsg.): *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten*. DGVT, Tübingen 1996
- Schaub, A., Andres, K., Schindler, F.: Psychoedukative und bewältigungsorientierte Gruppentherapien in der Schizophreniebehandlung. *Psycho* 22 (1996) 713 – 721
- Schefflen, A.: *Levels of schizophrenia*. Bruner & Mazel, New York 1981
- Schene, A. H.: Objective and subjective dimensions of family burden – towards an integrative framework for research. *Soc. Psychiat. Psychiat. Epidemiol.* 25 (1990) 289 – 297
- Schernus, R., Schindler, D.: „Psychose-Gruppe“ oder das Suchen der gemeinsamen Sprache. In: Dörner, K. (Hrsg.): *Akut-Psychiatrie*. 44. Gütersloher Fortbildungswoche 1992. Jakob von Hoddis, Gütersloh 1993
- Scherrmann, T.E., Seitzer, H.U., Rutow, R., Vieten, C.: Psychoedukative Angehörigen-gruppe zur Belastungsreduktion und Rückfallprophylaxe in Familien schizophrener Patienten. *Psychiat. Prax.* 19 (1992) 66 – 71
- Scherrmann, Th.E.: Bewältigungsstrategien und Belastung von Angehörigen und Verlauf schizophrener Erkrankungen. *Psychiat. Prax.* 22 (1995) 244 – 248
- Schied, H.-W : Psychiatric concepts and therapy. In: Straube, E.R., Hahlweg, K. (Hrsg.): *Schizophrenia – concepts, vulnerability, and intervention*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1990
- Schiepek, G.: Der systemwissenschaftliche Ansatz in der klinischen Psychologie. *Z. klin. Psychol.* 23 (1994) 77 – 92
- Schiepek, G., Schoppek, W : Synergetik in der Psychiatrie: Simulation schizophrener Verläufe auf der Grundlage nicht-linearer Differenzgleichungen. In: Niedersen, U., Pohlmann, L. (Hrsg.) *Selbstorganisation. Jahrbuch für Komplexität in den Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften*, Bd. 2. Duncker und Humblot, Berlin 1991
- Schmidt-Degenhard, M.: Disposition – Vulnerabilität – Verletzlichkeit. *Nervenarzt* 59 (1988) 573 – 585

- Schooler, N.R., Keith, J.B., Severe, J.B., Matthews, S.M., Bellack, A.S., Glick, I.D., Hargreaves, W. A., Kane, J.M., Ninan, P.T., Frances, A., Jacobs, M., Lieberman, J.A., Mance, R., Simpson, G.M., Woerner, M.G.: Relapse and rehospitalisation during maintenance treatment of schizophrenia: a review of the effects of dose reduction and family treatment. In: Hinterhuber, H., Fleischhacker, W. W., Meise, U. (Hrsg.): Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art. Integrative Psychiatrie, Innsbruck-Wien 1995
- Schöpf, J., Rust, B.: Follow-up and family study of postpartum psychoses. Part I: overview. Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci. 244 (1994) 101 – 111
- Schöpf, J.: Psychiatrie für die Praxis. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1996
- Schulsinger, F., Mednick, S.A., Parnas, J.: Ein interaktiver Ansatz zur Untersuchung der Schizophrenie. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto, 1992
- Schulze-Mönking, H., Staroste, A., Buiker-Brinker, M.: Über die soziale Situation schizophrener Patienten im Verlauf einer 8-Jahres-Katamnese und die Bedeutung von Angehörigen für die psychosoziale Integration. Psychiat. Prax. 23 (1996) 282 – 284
- Schulze-Mönking, H., Stricker, K., Rook, A., Buchkremer, G.: Angehörigengruppen und Angehörigen-Selbsthilfegruppen bei schizophrenen Patienten. Konzepte, Etablierung, Probleme bei der Durchführung. Psychiat. Prax. 16 (1989) 28 – 35
- Schünemann-Wurmthaler, S., Sibum, B.: Psychoedukative Gruppenarbeit als Projekt – Erfahrungen in der Entwicklungs- und Erprobungsphase. In: Wienberg, G. (Hrsg.) Schizophrenie zum Thema machen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1. Aufl. 1995
- Scott, J. E., Dixon, L. B.: Assertive community treatment and case management for schizophrenia. Schiz. Bull. 21 (1995) 657 – 668
- Scottish Schizophrenia Research Group: The scottish first episode schizophrenia study IV.: Psychiatric and social impact on relatives. Brit. J. Psychiat. 150 (1987) 340 – 344
- Seltzer, A., Roncari, I., Garfinkel, P.: Effects of patient education on medication compliance. Can. J. Psychiat. 25 (1980) 638 – 645
- Shepard, M., Watt, D., Falloon, I., Smeeton, N.: The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychol. Med. 15 (1989) suppl.
- Shepherd, M.: Two faces of Emil Kraepelin. Brit. J. Psychiat. 167 (1995) 174 – 183
- Shepherd, G., Singh, K.: Zur praktischen Bedeutung des EE-Konzepts für die Rehabilitation. Psychiat. Prax. 19 (1992) 72 – 75
- Simon, F.B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1988
- Simon, F.B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Auer, Heidelberg 1990
- Simon, F.B., Weber, G.: Wie chronifiziere ich meine Patienten am besten? Ein Science-fiction-Märchen. In: Stierlin, H., Simon, F.B., Schmidt, G., (Hrsg.); Familiäre Wirklichkeiten. Klett-Cotta, Stuttgart 1987
- Simon, M. D.: Psychiatriereform und die Lebensqualität von Angehörigen von Schizophreniekranken. In: Katschnig, H., König, P. (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Springer, Wien-New York 1994
- Simpson, C. J., Hyde, C. E., Faragher, E. B.: The chronic mentally ill in community facilities – a study of quality of life. Brit. J. Psychiat. 154 (1989) 77 – 82
- Siol, T., Stark, F.M.: Expressed Emotion und die Therapeut-Patient-Beziehung bei Schizophrenen. Nervenheilk. 13 (1994) 192 – 198

- Skagerlind, L., Perris, C., Eisemann, M.: Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 93 (1996) 403 – 406
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J. et al: Quality of life in schizophrenia. *Nord. Psychiatr.* 44 (1990) 71 – 75
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., Mai, P. R. A., Corrigan, P.: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Brit. J. Psychiatr.* 161 (1992) 797 – 801
- Smith, J.: Family interventions: service implications. In: Birchwood, M., Tarrrier, N. (Hrsg.): *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Wiley, Chichester-New York-Brisbane 1992
- Smith, J., Birchwood, M., Cochrane, R., George, S.: The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 28 (1993) 11 – 16
- Smith, K., Shah, A., Wright, K., Lewis, G.: The prevalence and costs of psychiatric disorders and learning disabilities. *Brit. J. Psychiatr.* 166 (1995) 9 – 18
- Smith, W. K.: The stress analogy. *Schiz. Bull.* 13 (1987) 215 – 220
- Sorensen Snyder, K. S., Wallace, Ch. J., Moe, K., Libermann, R. P.: Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hosp. Comm. Psychiatr.* 45 (1994) 1141 – 1143
- Soskis, D.A., Bowers, M.B.: The schizophrenic experience: a follow-up study of attitude and post hospital adjustment. *J. Nerv. Ment. Dis.* 149 (1969) 443 – 449
- Soskis, D.A.: Schizophrenie and medical inpatients as informed drug consumers. *Arch. Gen. Psychiatr.* 35 (1978) 645 – 647
- Spaulding, W., Garbin, C.P., Crinean, W.J.: Die logischen und psychometrischen Voraussetzungen für eine kognitive Therapie der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Schizophrenie als systemische Störung*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Spießl, H., Klein, H.E.: Psychiatrische Patienten beurteilen Institution und Personal. *Psycho* 21 (1995) 613 – 619
- Spitzer, M.: Assoziative Netzwerke, formale Denkstörungen und Schizophrenie. *Nervenarzt* 64 (1993) 147 – 159
- Spitzer, M.: Neural networks and the psychopathology of delusions: the importance of neuroplasticity and neuromodulation. *Neurol. Psychiatr. Brain Res.* 3 (1995 a) 47 – 58
- Spitzer, M.: Conceptual developments in the neurosciences relevant to psychiatry. *Curr. Opin. Psychiatr.* 8 (1995 b) 317 – 329
- Spring, B.J., Ravdin, L.: Cognitive remediation: should we attempt it? *Schiz. Bull.* 18 (1992) 15 – 20
- Stark, F.M.: Strukturierte Information über Vulnerabilität und Belastungsmanagement für schizophrene Patienten. *Verhaltensther.* 2 (1992) 40 – 47
- Stark, F.M., Bremersmann, W.: Psychosoziale Rehabilitation von rückfallgefährdeten jugendlichen Patienten mit schizophrenen Psychosen. Unveröff. Vortrag auf dem 2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 1982
- Stark, F.M., Stolle, R.: Schizophrenie: Subjektive Krankheitstheorien – Eine explorative Studie. Teil I: Patienten. *Psychiatr. Prax.* 21 (1994) 74 – 78
- Steinhart, I., Terhorst, B.: Wie beurteilen Patienten ein umfassendes, auf Kontinuität ausgerichtetes psychiatrisches Versorgungssystem? *Sozialpsychiatr. Inform.* 2 (1992) 33 – 39

- Stern, M.J.: Group therapy with medically ill patients. In: Alonso, A., Swiller, H.L. (Hrsg.): Group therapy in clinical practice. American Psychiatric Press, Washington 1993
- Stöber, G., Franzek, E., Beckmann, H.: Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – ihr Stellenwert in der Entstehung schizophrener Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 61 (1993) 329 – 337
- Stöber, G., Franzek, E., Beckmann, H.: Schwangerschaftsinfektionen bei Müttern von chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* 65 (1994) 175 – 82
- Stoffels, H.: Die ordnende Beziehung zwischen Körper und Seele – Psychotherapie schizophrener Psychosen. *W.z.M.* 45 (1993) 361 – 371
- Strathenwerth, I.: Hör mal, wer da spricht. *Die Zeit* 43, 20. Okt. 1995
- Straube, E.: Kann die psychologisch-physiologische Grundlagenforschung einen Beitrag zur Therapie- und Prognoseforschung leisten? In: Brenner, H.D., Rey, E.-R., Stramke, W.G. (Hrsg.): Empirische Schizophrenieforschung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1983
- Straube, E.: Zersplitterte Seele oder: Was ist Schizophrenie? Fischer Taschenbuch, Frankfurt 1992
- Strauss, J.S.: Processes of healing and chronicity in schizophrenia. In: Häfner, H., Gattaz, W. F., Janzarik, W. (Hrsg.): Search for the causes of schizophrenia. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Strauss, J.S.: Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry-II. *Schiz. Bull.* 15 (1989 a) 179 – 187
- Strauss, J.S.: Intermediäre Prozesse in der Schizophrenie: Zu einer neuen dynamisch orientierten Psychiatrie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Schizophrenie als systemische Störung. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989 (b)
- Strauss, J.S.: Der Mensch als Schlüssel zum Verständnis geistiger Erkrankungen: Auf dem Weg zu einer neuen, dynamischen Psychiatrie III. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Strauss, J. S.: Der Heilungsprozeß und das Wesen der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H. D. (Hrsg.): Integrative Therapie der Schizophrenie. Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1996
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T.: Schizophrenia. Plenum, New York 1981
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T., Bartko, J.J.: The diagnosis and understanding of schizophrenia. III. Speculations an the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schiz. Bull.* 1 (1974) 61 – i69
- Strauss, J.S., Harding, C.M., Hafez, H., Lieberman, P.: Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Stricker, K., Schulze-Mönking, H.: Die prognostische Bedeutung der emotionalen Familienatmosphäre bei ambulanten schizophrenen Patienten. Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese. In: Buchkremer, G., Rath, N. (Hrsg.): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Huber, Bern 1989
- Süllwold, L.: Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1977
- Süllwold, L.: Schizophrenie. Kohlhammer, Stuttgart-Bern-Köln 1983 (a)
- Süllwold, L.: Subjektive defizitäre Störungen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Brenner, H.D., Rey, E.-R., Stramke, W.G. (Hrsg.): Empirische Schizophrenieforschung. Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1983 (b)
- Süllwold, L., Huber, G.: Schizophrene Basisstörungen. Springer, Berlin-Heidelberg -New York 1986

- Süllwold, L., Herrlich, J.: Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990
- Süllwold, L., Herrlich, J.: Vermittlung eines Krankheitskonzeptes als Therapiebestandteil bei schizophrenen Erkrankungen. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Suslow, T., Arolt, V.: Störungen der frühen Informationsverarbeitung und der Vigilanz als Vulnerabilitätsmarker für Schizophrenie. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 64 (1996) 90 – 104
- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H.W., Brown, A.S., Lin, S., Labovitz, D., Gorman, J.M.: Schizophrenie after prenatal famine. *Arch. Gen. Psychiatr.* 53 (1996) 25 – 31
- Svensson, B., Hansson, L.: Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. *Acta Psychiatr. Scand.* 90 (1994) 379 – 384
- Sweet, R.A., Mulsant, B.H., Gupta, B., Rifai, A.I., Pasternak, R.E., McEachran, A., Zubenko, G.S.: Duration of neuroleptic treatment and prevalence of tardive dyskinesia in late life. *Arch. Gen. Psychiatr.* 52 (1995) 478 – 486
- Szymanski, S.R., Cannon, T.D., Gallacher, F., Erwin, R.J., Gur, R.E.: Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 153 (1996) 519 – 525
- Takai, A., Uematsu, M., Kaiya, M., Inoue, M., Ueki, H.: Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatr. Scand.* 82 (1990) 289 – 294
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Porceddu, K., Fitzpatrick, E.: The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Brit. J. Psychiatr.* 156 (1994) 829 – 832
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusopoff, L., Ugarteburu, I.: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *Brit. J. Psychiatr.* 162 (1993 a) 524 – 532
- Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R., Baker, A.: Coping-Strategy Enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. *Beh. Psychother.* 18 (1990) 283 – 293
- Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusopoff, L.: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment specific changes in coping and problem-solving skills. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 28 (1993b) 5 – 10
- Telger, K., Tölle, R., Helmes, U.: Die „Fachlektüre“ psychisch Kranker. *Spektrum* 2 (1984) 51 – 60
- Tempier, R., Mercier, C., Leouffre, P., Caron, J.: Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *J. Psychiatr. Neurosci.* 22 (1997) 249 – 255
- Tennant, C.C.: Stress and schizophrenia: a review. *Integr. Psychiatr.* 3 (1985) 248 – 261
- Theilemann, S.: Was sagen angloamerikanische Untersuchungen zur Beeinflussung von Störungen der Informationsverarbeitung bei Schizophrenen? *Verhaltensther.* 5 (1995) 30 – 34
- Theilemann, S., Peter, K.: Zur Evaluation kognitiver Therapie bei schizophren Erkrankten. *Z. klin. Psychol.* 23 (1994) 20 – 33
- Theunisse, R.J., Cruysberg, J.R., Hoefnagels, W. H., Verbeek, A.L., Zitman, F.G.: Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet* 347 (1996) 794 – 797
- Thornicroft, G.: Cannabis and psychosis – is there epidemiological evidence for an association? *Brit. J. Psychiatr.* 157 (1990) 25 – 33

- Thurm-Mussgay, I., Galle, K., Häfner, H.: Krankheitsbewältigung Schizophrener: Ein theoretisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Erfahrungen mit einem neuen Meßinstrument. *Verhaltensther.* 1 (1991) 293 – 300
- Thurm-Mussgay, I., Häfner, H.: Bewältigung der Krankheit Schizophrenie und ihrer Folgen. In: Olbrich, R. (Hrsg.): *Therapie der Schizophrenie*. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990
- Tienari, P., Lahti, I., Sorri, A., Naarala, M., Moring, J., Wahlberg, K.-E.: Die finnische Adoptionsfamilienstudie über Schizophrenie: Mögliche Wechselwirkungen von genetischer Vulnerabilität und Familien-Milieu. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): *Schizophrenie als systemische Störung*. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1989
- Tienari, P., Sorri, A., Naarala, M., Lahti, I., Pohjola, J., Boström, C., Wahlberg, K.-E.: Die finnische Adoptionsstudie: Kinder schizophrener Mütter, die von anderen Familien adoptiert werden. In: Stierlin, H., Wynne, L.C., Wirsching, M. (Hrsg.): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1985
- Tienari, P., Wynne, L.C., Moring, J., Lahti, I., Naarala, M., Sorri, A., Wahlberg, K.-E., Saarento, O., Seitamaa, M., Kaleva, M., Läksy, K.: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Brit. J. Psychiat.* 164 (1994) suppl., 20 – 26
- Tölle, R.: Perspektiven einer präventiven Psychiatrie. In: Rudolf, G. A. E., Tölle, R. (Hrsg.): *Prävention in der Psychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg -New York 1984
- Tölle, R.: *Psychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 9. Aufl. 1991
- Tölle, R.: *Psychiatrie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 11. Aufl. 1996
- Torrey, F. F.: Prevalence studies in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 150 (1987) 598 – 608
- Torrey, F. F.: Schizophrenia: fixed incidence or fixed thinking? *Psychol. Med.* 19 (1989) 285 – 287
- Trenckmann, U.: *Mit Leib und Seele. Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1988
- Trenckmann, U.: Wirkungen und Nebenwirkungen der Depot-Neuroleptika im Erleben der Patienten. *Psychiat. Prax.* 17 (1990) 184 – 187
- Tschacher, W., Scheier, C., Brenner, H.D.: Dynamische Aspekte der Schizophrenie. *Psycho* 22 (1996) 693 – 700
- v. Troschke, J.: Plädoyer für die eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und der Prävention. *Präv.* 3 (1993) 83 – 86
- Vaddadi, K. S., Soosai, E., Gilleard, C. J., Adlard, S.: Mental illness, physical abuse, and burden of care on relatives: a study of acute psychiatric admission patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 95 (1997) 313 – 317
- Van den Bosch, R.J., Van Asma, M.J.O., Romboots, R., Louwerens, J.W.: Bewältigungsverhalten und kognitive Dysfunktion bei schizophrenen Patienten. In: Brenner, H.D., Böker, W. (Hrsg.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992
- Van Gent, E.M., Zwaard, F.M.: Ultra-short versus short group therapy in addition to Lithium. *Pat. Educ. Couns.* 21 (1993) 135 – 141
- Van Horn, J.D., Mc Manus, I.C.: Ventricular enlargement in schizophrenia. A meta-analysis of the ventricle: brain ratio (VBR). *Brit. J. Psychiat.* 160 (1992) 687 – 697
- Van Putten, T.: Drug refusal in schizophrenia: causes and prescribing hints. *Hosp. Comm. Psychiat.* 29 (1978) 110 – 112
- Vaughn, C.E.: Pattern of emotional response in the families of schizophrenic patients. In: Goldstein, M.J., Hand, I., Hahlweg, K. (Hrsg.): *Treatment of schizophrenia. Family assessment and intervention*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987

- Vauth, R., Stieglitz, R.-D.: Psychologische Interventionsmöglichkeiten bei persistierendem Wahn und persistierenden akustischen Halluzinationen bei schizophrenen Patienten. *Psychiat. Prax.* 20 (1993) 211 – 217
- Veltro, F., Magliano, L., Lobraccio, S., Morosini, P. L., Maj, M.: Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs. neurotic disorders: a pilot study. *Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol.* 29 (1994) 66 – 70
- Ventura, J., Nüchterlein, K.H., Lukoff, D., Hardesty, J.P.: A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *J. Abn. Psychol.* 98 (1989) 407 – 411
- Ventura, J., Nüchterlein, K.H., Pederson Hardesty, J., Gitlin, M.: Life events and schizo-phrenic relapse after withdrawal of medication. *Brit. J. Psychiat.* 161 (1992) 615 – 620
- Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld, Pörksen, N., Dietz, A.: Vom psychiatrischen Testament zum Behandlungsvertrag – Auf dem Weg zu mehr Vertrauen. In: Bock, T., Derandere, J.E., Esterer, I.: Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994
- Vetter, B.: Psychiatrie. Fischer, Stuttgart-Jena-Lübeck 1996
- Vieten, B., Ingenleuf, H.-J., Wilm, B., Albrecht, G.: Alte und neue Grenzen – Langzeitpatienten machen sich auf den Weg. *Sozialpsych. Inform.* 26 (1996) 2 – 8
- Voelzke, W. : Auf dem Weg zum Dialog – Macht und Ohnmacht in den Beziehungen zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen. *Psychosoz. Umsch.* 2 (1994) 6 – 7
- Voelzke, W.: Psychotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Versorgung aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener. *Verhaltensth. psychosoz. Prax.* 30 (1998) 47 – 67
- Voelzke, W., Dietrich, H.: Vorstellungen und Forderungen von Psychiatrieerfahrenen an eine tatsächliche Reformpsychiatrie. In: Krisor, M. (Hrsg.): Dem Menschen begegnen. S. Roderer, Regensburg 1994
- Voelzke, W. , Prins, S.: Auf dem Weg zum psychiatrischen Krankenhaus der Zukunft aus der Sicht Psychiatrieerfahrener. In: Dörner, K. (Hrsg.): Akutpsychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche 1992. Jakob von Hoddiss, Gütersloh 1993
- Voelzke, W., Zingler, U.: Ab heute wird man mit uns rechnen müssen. *Psychosoz. Umsch.* 4 (1992) 18 – 20
- Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G., Seeman, M.V.: Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the question for subjectivity with the question of reliability. *Psychol. Med.* 28 (1998) 165 – 172
- Waddington, J.L.: Neurodynamics of abnormalities in cerebral metabolism and structure in schizophrenia. *Schiz. Bull* 19 (1993) 55 – 69
- Wahl, O. F., Harman, Ch. R.: Family views of stigma. *Schiz. Bull.* 15 (1989) 131 – 139
- Wallace, C.J., Liberman, R.P.: Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatr. Res.* 15 (1985) 239 – 247
- Wallace, C.J., Liberman, R.P., MacKain, S.J., Blackwell, G., Eckman, T.A.: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to severely mentally ill. *Am. J. Psychiat.* 149 (1992) 654 – 658
- Waller, H.: Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung? In: Paulus, P. (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. GwG-Verlag, Köln 1992
- Waller, H.: Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1995
- Waller, H., Trojan, A.: Prävention und Gesundheitsförderung: eine Aufgabe der Sozialmedizin? *Ges. Wes.* 58 (1996) Sonderh. 3, 169 – 173

- Warner, R.: Time trends in schizophrenia: changes in obstetric risk factors with industrialization. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 483 – 500
- Warner, R., Taylor, D., Powers, M., Hymen, J.: Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am. J. Orthopsychiat.* 59 (1989) 398 – 409
- Watzl, H., Niedermeier, T., Cohen, R.: Determinanten der Beziehung zwischen Expressed Emotion und schizophrenem Rückfall. In: Mundt, Ch., Kick, H., Fiedler, P. (Hrsg.): *Angehörigenarbeit und Psychosoziale Interventionen in der Psychiatrie*. Roderer, Regensburg 1993
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.: *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 4. Aufl. 1974
- Weich, S., Lewis, G., Churchill, R., Mann, A.: Strategies for the prevention of psychiatric disorder in primary care in south London. *J. Epidemiol. Commun. Health* 51 (1997) 304 – 309
- Weiden, P.J., Shaw, E., Mann, J.: Causes of neuroleptic noncompliance. *Psychiatr. Ann.* 16 (1986) 571 – 575
- Weiden, P. J., Olfson, M.: Cost of relapse in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 21 (1995) 419 – 429
- Weiden, P., Rapkin, B., Zygmunt, A., Mott, T., Goldman, D., Frances, A.: Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr. Serv.* 46 (1995) 1049 – 1054
- Weinberger, D.R.: Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 44 (1987) 660 – 669
- Weinberger, D.R., Berman, K.F., Suddath, R., Torrey, F.F.: Evidence of dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia: a magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins. *Am. J. Psychiat.* 149 (1992) 890 – 897
- Weiner, H.: „Das biopsychosoziale Modell“ – ein hilfreiches Konstrukt? *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44 (1994) 73 – 83
- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., Cutting, J., Everitt, B., Garety, B., Taylor, P.J.: Acting on delusions. I.: Prevalence. *Brit. J. Psychiat.* 163 (1993) 69 – 76
- Weymar, W.: Psychoanalytische Aspekte in der Betreuung langfristig hospitalisierter chronisch Psychosekranker. *Psychiat. Prax.* 18 (1991) 78 – 84
- WHO (Hrsg.): *Psychische Gesundheit und Wohlbefinden innerhalb des Konzeptes der Gesundheitsförderung*. Workshop Dokumentation 1989
- Wible, C.G., Shenton, M.E., Hokama, H., Kinkinis, R., Jolesz, F.A., Metcalf, D., McCarley, R.W.: Prefrontal cortex and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.* 52 (1995) 279 – 288
- Wiedemann, G., Buchkremer, G.: Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 67 (1996) 524 – 544
- Wiedemann, G., Hahlweg, K., Hank, G., Feinstein, E., Müller, U.: Zur Erfassung von Frühwarnzeichen bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt* 65 (1994) 438 – 443
- Wiedl, K.H.: Bewältigungsorientierte Therapie bei Schizophrenen. *Z. klin. Psychol. Psychopath. Psychother.* 42 (1994) 89 – 117
- Wiedl, K.H., Schöttner, B.: Die Bewältigung von Schizophrenie (I): Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. *Z. klin. Psychol. Psychopath. Psychother.* 37 (1989) 176 – 194
- Wienberg, G.: Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Konzept. In: Wienberg, G. (Hrsg.): *Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen und Praxis*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1997 (a)
- Wienberg, G.: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten: Konzeption und erste Ergebnisse einer Nutzer- und Anwenderbefragung. In:

- Dittman, V., Klein, H.E., Schön, D. (Hrsg.): Die Behandlung schizophrener Menschen – Integrative Therapiemodelle und ihre Wirksamkeit. Roderer, Regensburg 1997 (b)
- Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S.: Psychoedukative Gruppenarbeit mit Psychoseerfahrenen – Hintergrund, Konzeption, praktische Erfahrungen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Dörner, K. (Hrsg.): Akutpsychiatrie. 44. Gütersloher Fortbildungswoche 1992. Jakob von Hoddis, Gütersloh 1993
- Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S.: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS – Ziele, Inhalte und Methoden. In: Wienberg, G.: Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen und Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1997
- Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S., Sibum, B.: Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen – Manual und Materialien. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1996
- Wienberg, G., Sibum, B.: Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen und Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1997
- Wienberg, G., Sibum, B., Starck, U.: Das Fortbildungskonzept der PEGASUS-Gruppe – Konzeption und praktische Erfahrungen. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen – Grundlagen und Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl. 1997
- Williams, C.A.: Patient education for people with schizophrenia. *Persp. Psychiatr. Care* 25 (1989) 14 – 21
- Williams, R., Dickson, R. A.: Economics of schizophrenia. *Can. J. Psychiat.* 40 (1995) 60 – 67
- Windgassen, K.: Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1989
- Winefield, H. R., Harvey, E. J.: Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19 (1993) 619 – 625
- Wing, J.: Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.): Bewältigung der Schizophrenie. Huber, Bern-Stuttgart-Toronto 1986
- Wing, J.K.: Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention. In: Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 4: Schizophrenien. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Wing, J.K., Brown, G.W.: Schizophrenia and institutionalism. Cambridge University Press, London-New York 1970
- Wittchen, H.-U., Bullinger-Naber, M., Hand, I., Kasper, S., Katschnig, H., Linden, M., Margraf, J., Naher, D., Pöldinger, W.: Patientenseminar Angst. Wie informiere ich meine Patienten über Angst? Karger, Basel-Freiburg 1993
- Wöller, W., Kruse, J., Alberti, L.: Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt* 67 (1996) 249 – 252
- Wood, A.J., Goodwin, G.M.: A review of the biochemical and neuropharmacological actions of Lithium. *Psychol. Med.* 17 (1987) 579 – 600
- Wyatt, R.J.: Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 17 (1991) 325 – 351
- Wyatt, R. J., Damiani, L. M., Henter, I. D.: First episode schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.* 172 (1998) suppl. 33, 77 – 83
- Wynne, L.C.: System-Konsultation bei Psychosen: Eine bio-psycho-soziale Integration systemischer und psychoedukativer Ansätze. In: Retter, A. (Hrsg.): Die Behandlung

psychotischen Verhaltens. Psychoedukative Ansätze versus systemische Ansätze. Auer, Heidelberg 1991

Yung, A. R., McGorry, P. D.: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schiz. Bull. 22 (1996) 353 – 370

Yung, A. R., McGorry, P. D.: Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? Austr. New Zeal. J. Psychiatr. 31 (1997) 799 – 805

Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C., Rakkar, A.: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schiz. Bull. 22 (1996) 283 – 303

Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. C., Jackson, H. J.: Prediction of psychosis. Brit. J. Psychiatr. 172 (1998) suppl. 33, 14 – 22

Zihl, J.: Der Beitrag der Neuropsychologie zur Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 64 (1996) 403 – 417

Zilles, K., Rehkämper, G.: Funktionelle Neuroanatomie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1993

Zöllner, H.M., Döpp, S.: Die Einstellung depressiver und schizophrener Kranker zu ihrer Diagnose. Nervenarzt 50 (1979) 28 – 32

Zubin, J., Spring, B.: Vulnerability - a new view of schizophrenia. J. Abn. Psychol. 86 (1977) 103 – 126

Zubin, J., Steinhauser, S.R.: How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. J. Nerv. Ment. Dis. 169 (1981) 477-492

Zubin, J.: Ursprünge der Vulnerabilitätstheorie. In: Olbrich, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Kohlhammer, Stuttgart-Berlin-Köln 1990

ANHANG

⇒ Nutzer-Fragebogen

⇒ Anwender-Fragebogen

Psychoedukative Gruppenarbeit mit
schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten/
PEGASUS

Fragebogen für
GruppenteilnehmerInnen

© G. Wienberg - 1996

A. Zur Person

1. Ihr Lebensalter in Jahren:

2. Ihr Geschlecht:

w

m

3. Ihre gegenwärtige Wohnsituation:

	zum Zeitpunkt der Gruppenteilnahme	jetzt
• Ich befinde mich z. Z. in stationärer Behandlung (Klinik, Reha-Klinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wohne in einem Wohnheim /Übergangshaus für Menschen, die psychisch erkrankt sind / waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wohne in einer Wohngruppe / einer Wohngemeinschaft zusammen mit anderen Menschen, die psychisch erkrankt sind / waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wohne bei meinen Eltern / einem Elternteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wohne in einer eigenen Wohnung (allein oder zusammen mit anderen, nicht psychisch erkrankten Menschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ihre gegenwärtige Arbeitssituation:

	zum Zeitpunkt der Gruppenteilnahme	jetzt
• Ich bin z. Z. arbeitsunfähig (krankgeschrieben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin arbeitsfähig, aber arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich arbeite stundenweise (Gelegenheitsjobs, Zuverdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich arbeite in einer Geschützten Werkstatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich befinde mich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme und zwar in:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin in einer Teilzeit- oder Vollzeitstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (einschl. ABM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin Schülerin /Studentin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich bin Hausfrau /-mann, Rentnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. a) In welchem Jahr sind Sie das erste Mal an einer akuten Psychose erkrankt?

19

5. b) Wann war die PEGASUS-Gruppe beendet (14. Stunde), an der Sie teilgenommen haben

Monat

19
Jahr

6. Wie würden Sie Ihre psychische Erkrankung selbst bezeichnen?

- schizophrene Psychose
- schizoaffektive Psychose
- sonstige:
(bitte eintragen!)

7. Welche Psychopharmaka sind Ihnen im Moment ärztlich zur Einnahme verordnet?

- hochpotentes Neuroleptikum, orale Einnahmeform
Name des Medikamentes:
- hochpotentes Neuroleptikum, Depotspritze
Name des Medikamentes:
- mittelpotentes Neuroleptikum
Name des Medikamentes:
- niederpotentes Neuroleptikum
Name des Medikamentes:
- Phasenvorbeugende Medikamente
(Lithium, Carbamazepin: z.B. *Timonil**, *Tegretal**)
Name des Medikamentes:.....
- Sonstige Medikamente:
Namen der Medikamente:

8. Wenn Sie einmal alles in allem betrachten: Wie zuverlässig nehmen Sie die unter 7. angegebenen Medikamente tatsächlich ein?

- vollkommen zuverlässig = 100 %
- sehr zuverlässig = mindestens 80 %
- zuverlässig = mindestens 60 %
- weniger zuverlässig = weniger als 60 %

B. Zur Gruppenarbeit:

9. Welche Gruppengröße ist nach Ihrer Einschätzung optimal zur Durchführung der Gruppenarbeit?

von
(minimale Teiln.-Zahl)

bis
(maximale Teiln.-Zahl)

10. Wie beurteilen Sie die vorgegebene Dauer der einzelnen Gruppenstunden (60 Min.)?

zu lang

gerade richtig

zu kurz

11. An wievielen der insgesamt 14 Sitzungen haben Sie teilgenommen?

an allen 14

an 12 oder 13

an 10 oder 11

an weniger als 10

12. Wie interessant fanden Sie die Gruppenstunden?

(fast) alle Stunden interessant

Mehrzahl der Stunden interessant

Minderzahl der Stunden interessant

(fast) keine Stunde interessant

13. Wie wichtig sind Ihrer Auffassung nach folgende Hilfsmittel zur Durchführung der Gruppenarbeit?

13.1 Tafelbilder:

sehr wichtig

wichtig

weniger wichtig

unwichtig

13.2 Folien:

sehr wichtig

wichtig

weniger wichtig

unwichtig

13.3 Arbeitsblätter (einschl. Krisenplan):

sehr wichtig

wichtig

weniger wichtig

unwichtig

14. Wie wichtig waren für Sie die Gruppengespräche und der Erfahrungsaustausch mit den anderen Teilnehmern?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

15. Wie wichtig waren für Sie die Informationen durch die Moderatoren?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16. Für wie wichtig halten Sie folgende Fähigkeiten für Moderatoren?

16.1 fachliches-theoretisches Wissen:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.2 psychotherapeutische Fähigkeiten / Einfühlungsvermögen, Eingehen auf die Bedürfnisse des einzelnen Teilnehmers:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.3 pädagogische Fähigkeiten (Verständlichkeit der vermittelten Informationen):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.4 praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Psychosekranken (Kenntnis ihrer Probleme, ihrer Lebenssituation):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

17. In welchem Maße waren Sie bei den Moderatoren Ihrer Gruppe zufrieden bezüglich der unter 16. genannten Fähigkeiten?

17.1 fachliches-theoretisches Wissen:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

17.2 psychotherapeutische Fähigkeiten / Einfühlungsvermögen, Eingehen auf die Bedürfnisse des einzelnen Teilnehmers:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

17.3 pädagogische Fähigkeiten (Verständlichkeit der vermittelten Informationen):

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

17.4 praktische Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Psychosekranken (Kenntnis ihrer Probleme, ihrer Lebenssituation):

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

18. Von welchen Moderatoren sollte die Gruppenarbeit geleitet werden?

- Professionelle, die mich auch sonst behandeln / betreuen
- Professionelle, mit denen ich außerhalb der Gruppe nichts zu tun habe
- gemischt

19. Sollte eine Ärztin / ein Arzt zu den Moderatoren gehören?

- ja, möglichst über alle 14 Stunden
- ja, mindestens in den Stunden, in denen es um Medikamente geht
- nein, nicht unbedingt

20. Sollte Ihr behandelnder Arzt über die Inhalte und Ziele der Gruppenarbeit informiert werden?

- ja, möglichst von den Moderatoren
- ja, durch die Teilnehmer selbst
- nein, nicht unbedingt

21. Wieviel von den durch die Moderatoren vermittelten Informationen haben Sie insgesamt verstanden?

- (fast) alles (mehr als 90 %)
- sehr viel (70 % - 90 %)
- viel (50 % - 70 %)
- weniger (0 % - 50 %)

22. Wie wichtig waren für Sie persönlich folgende, in der Gruppe behandelten Themen?

22.1 psychosoziale / biologische Bedingungsfaktoren:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.2 Wirkung von Belastungen / Streß:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.3 Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.4 Frühwarnzeichen:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

- 22.5 Selbsthilfe- und Bewältigungsversuche:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.6 Prozeß der psychotischen „Entgleisung“:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.7 Erleben der akuten Psychose:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.8 Ausgang, Verlauf, Prognose:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.9 Selbsttötungsabsichten:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.10 Funktionen / Wirkungen der Psychopharmaka:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 22.11 Nebenwirkungen/ mögliche Schäden durch Neuroleptika:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig

22.12 Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.13 individueller Krisenplan:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.14 sonstiges

-
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig

23. Bei welchen der unter 22. 1 - 14 genannten Themen fanden Sie die dazu vermittelten Informationen schwer verständlich?

(maximal 3 Nennungen; bitte die obige Nummer eintragen!)

22.

22.

22.

24. Wie weit können Sie das in der Gruppe erarbeitete Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell der Psychose auf sich persönlich anwenden?

- trifft vollständig auf mich zu
- trifft überwiegend auf mich zu
- trifft weniger auf mich zu
- trifft gar nicht auf mich zu

25. Wie fanden Sie insgesamt die Menge der vermittelten Informationen?
- zu viel
- gerade richtig
- zu wenig
26. Welche Themen / Inhalte haben Ihnen gefehlt? (bitte eintragen!)
1.
2.
3.
27. Wie wichtig sind für Sie die im Verlauf der Gruppenarbeit verwendeten Materialien (Merk-, Info-, Arbeitsblätter, Krisenplan)?
- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig
28. Wofür haben Sie die Materialien bisher genutzt? (Mehrfachnennungen möglich!)
- zur Information mir nahestehender Personen
- als Gedächtnisstütze für mich selbst
- um meinen behandelnden Arzt oder andere professionelle Helfer über die Gruppenarbeit zu informieren
- als Hilfsmittel zur Bewältigung von Belastungs- oder Krisensituationen
29. Inwieweit ist die Gruppenarbeit nach Ihrer Einschätzung geeignet, um auf seiten der Teilnehmer folgende (erwünschte) Wirkungen zu erzielen?
- 29.1 positiveres Selbstbild:
- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet
- 29.2 Minderung von Angst und Unsicherheit:
- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

29.3 Förderung von Fähigkeiten und Selbstverantwortung im Umgang mit der Verletzlichkeit:

- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

29.4 positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs (konstruktiverer Umgang mit Krisensituationen, weniger Rückfälle etc.):

- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

29.5 Förderung von Kompetenz und Mitverantwortung im Umgang mit Psychopharmaka:

- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

29.6 Förderung eines Krankheitskonzeptes, das mit den aktuellen Modellvorstellungen über schizophrene Psychosen vereinbar ist.

- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

29.7 Sonstiges

30. Wie groß ist nach Ihrer Einschätzung die Gefahr, daß die Gruppenarbeit folgende (unerwünschte) Wirkungen bei Teilnehmern hervorruft?

30.1 Überforderung durch zu viel Information:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

30.2 Überforderung durch zu schwer verständliche Information:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

30.3 Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

30.4 Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber der Behandlung mit Neuroleptika:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

30.5 Sonstige mögliche negative Wirkungen:

31. Wenn Sie Ihre Erfahrungen mit dieser Gruppenarbeit vergleichen mit anderen Gruppen, die von Professionellen geleitet wurden: Gibt es Unterschiede bezüglich ...

31.1 der Offenheit, mit der über die Erkrankung gesprochen wird:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

31.2 der gegenseitigen Unterstützung der Teilnehmer untereinander:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

31.3 des Vertrauens, das Sie den Gruppenleitern gegenüber empfunden haben:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

31.4 des Ausmaßes, in dem Sie eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Gruppenleitern und Teilnehmern erlebt haben:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

31.5 des Ausmaßes, in dem Sie sich von den Gruppenleitern verstanden und akzeptiert gefühlt haben?

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

32. Hat Ihre Teilnahme an der Gruppenarbeit konkrete Auswirkungen in folgenden Bereichen gehabt?

32.1 Ich kann jetzt meine Verletzlichkeit besser wahrnehmen:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

32.2 Ich kenne meine persönlichen Frühwarnzeichen besser:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

32.3 Ich kann meine persönliche Belastungsgrenze besser einschätzen:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

32.4 Ich weiß besser, was ich selbst tun kann, um einer psychotischen Krise vorzubeugen:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

32.5 Ich kann besser einschätzen, welche Belastungen bei mir Streß auslösen:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

32.6 Ich kann mit Belastungen heute besser umgehen:

- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

- 32.7 Ich nehme Neuroleptika heute zuverlässiger ein:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu
- 32.8 Ich setze (zusätzl.) Neuroleptika selbst gezielt ein, wenn ich merke, daß ich auf meine Belastungsgrenze zusteure:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu
- 32.9 Ich kann die Nebenwirkungen der Medikamente besser wahrnehmen:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu
- 32.10 Ich kann besser mit den Nebenwirkungen umgehen:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu
- 32.11 Ich hole mir heute eher Unterstützung bei anderen, wenn es mir schlechter geht:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu
- 32.12. Ich begeben mich früher in Behandlung (behandelnder Arzt, Klinik) wenn ich in eine akute Krise gerate:
- trifft zu
 - trifft eher zu
 - trifft weniger zu
 - trifft nicht zu

33. Würden Sie folgende Angebote für ehemalige TeilnehmerInnen der Gruppenarbeit in Anspruch nehmen?

- Ein einmaliges Wiedertreffen ca. ½ Jahr nach der letzten Stunde:

ja, auf jeden Fall
vielleicht
nein

- Eine Wiederholung der 14 Stunden mit den gleichen Inhalten und anderen GruppenteilnehmerInnen:

ja, auf jeden Fall
vielleicht
nein

- Eine Fortsetzung der Gruppenarbeit mit den gleichen TeilnehmerInnen zur Vertiefung der Themen oder mit neuen Themen:

ja, auf jeden Fall
vielleicht
nein

34. Würden Sie wichtigen Menschen aus Ihrem Umfeld (Angehörige, Partner usw.) raten, an einer Gruppe mit ähnlichen Themen teilzunehmen?

ja, auf jeden Fall
vielleicht
nein

35. Was möchten Sie uns sonst noch über die Gruppenarbeit mitteilen?

.....
.....
.....
.....

36. „Gesamtnote“ für die Gruppenarbeit:

1 „sehr gut“	<input type="checkbox"/>	4 „ausreichend“	<input type="checkbox"/>
2 „gut“	<input type="checkbox"/>	5 „mangelhaft“	<input type="checkbox"/>
3 „befriedigend“	<input type="checkbox"/>	6 „ungenügend“	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Psychoedukative Gruppenarbeit mit
schizophrenen und schizoaffektiv Erkrankten /
PEGASUS

Fragebogen für ModeratorInnen

Wienberg

Bielefeld, Okt. 1996

1. Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?
- Arzt / Ärztin
- PsychologIn
- SozialarbeiterIn / SozialpädagogIn
- Krankenschwester / -pfleger
- sonstige:
2. In welchem Einrichtungstyp sind Sie hauptberuflich tätig?
- Klinische Einrichtung (stat./teilstat.)
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Institutsambulanz
- Betreutes Wohnen
- Wohnheim (Pflegesatzeinr.)
- sonstige:
3. Über wieviele Jahre Berufserfahrung verfügen Sie in der Arbeit mit psychosekranken Menschen (bitte auf- /abrunden)
-
4. An wie vielen Durchgängen des PEGASUS-Konzeptes waren Sie als ModeratorIn ganz oder teilweise beteiligt?
- Anzahl vollständiger Durchgänge
- Anzahl Durchgänge mit teilweiser Beteiligung
5. Welche Gruppengröße ist nach Ihrer Einschätzung optimal zur Durchführung des PEGASUS-Konzeptes?
- von bis
- minimale maximale
TN-Zahl TN-Zahl
6. Bei wievielen der Einzelstunden ist es Ihnen im Durchschnitt gelungen, die 60-Minuten-Vorgabe für die Dauer einzuhalten?
- bei 12 - 14 Stunden
- bei 9 - 11 Stunden
- bei 6 - 8 Stunden
- bei weniger als 6 Stunden

7. Wie beurteilen Sie die vorgegebene Dauer der Gruppenstunden (60 Min.) im Hinblick auf die Belastbarkeit der TeilnehmerInnen?
- für (fast) alle TN zu lang
 - für die Mehrzahl der TN zu lang
 - gerade richtig
 - für die Mehrzahl der TN zu kurz
 - für (fast) alle TN zu kurz
8. Wie hoch war in Ihren Gruppen im Schnitt die Teilnahmezuverlässigkeit über die 14 Sitzungen?
- sehr hoch (> 80 %)
 - hoch (60 % - 80 %)
 - gering (< 60 %)
9. Wie haben Sie die Beteiligung der TeilnehmerInnen an der Gruppenarbeit erlebt?
- (fast) alle TN durchgängig aktiv bzw. interessiert
 - Mehrzahl der TN durchg. aktiv bzw. interessiert
 - Minderzahl der TN durchg. aktiv bzw. interessiert
 - (fast) kein TN durchgängig aktiv bzw. interessiert
10. Bisher gilt für das PEGASUS-Konzept als Ausschlußkriterium für potentielle TeilnehmerInnen lediglich „zu akut krank“. Wie wichtig wäre es nach Ihrer Auffassung, bezüglich weiterer Merkmale explizit Ausschlußkriterien für potentielle TeilnehmerInnen zu formulieren?
- 10.1 zu geringe allgemeine Intelligenz:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 10.2 zu schwere Erkrankung
(Chronizität, Negativ-Symptomatik):
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig
- 10.3 zu geringes Krankheitsbewußtsein:
- sehr wichtig
 - wichtig
 - weniger wichtig
 - unwichtig

11. Wie wichtig sind Ihrer Auffassung nach folgende didaktisch-methodische Mittel, um das jeweilige Ziel der Gruppensitzung zu erreichen?

11.1 Tafelbilder:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

11.2 Folien:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

11.3 Arbeitsblätter (einschl. Krisenplan):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

11.4 Gruppengespräche/Erfahrungsaustausch zwischen den TeilnehmerInnen:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

11.5 Informations-Input durch ModeratorInnen

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

12. Wie hilfreich ist für Sie persönlich das Manual als Hilfsmittel für die Moderation der Gruppensitzungen?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weniger hilfreich
- nicht hilfreich

13. Sollte das Manual bei einer Neuauflage inhaltlich modifiziert werden?

13.1 Was fehlt?

(Vorschläge zur Ergänzung)

13.2 Was muß geändert werden?

(Korrekturvorschläge)

13.3 Was ist zu viel?

(Vorschläge für Kürzungen):

.....

14. Für wie wichtig halten Sie folgende Kompetenzen /Erfahrungen für ModeratorInnen?

14.1 fachlich-theoretisches Wissen:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

14.2 psychotherapeutische Basiskompetenz:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

14.3 pädagogisch-didaktische Fähigkeiten:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

14.4 praktische Erfahrungen in der Arbeit

mit schizophrenen Erkrankten:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

15. In welchem Maß waren Sie in dem letzten von Ihnen co-moderierten PEGASUS-Durchgang mit sich zufrieden bzgl.

15.1 fachlich-theoretischem Wissen:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

15.2 pädagogisch-didaktischer Vermittlung:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

15.3 psychotherapeutischer Wahrnehmung / Gestaltung des Gruppenprozesses:

- sehr zufrieden
- zufrieden
- weniger zufrieden
- unzufrieden

16. Für wie wichtig halten Sie folgende Kontextbedingungen bei der praktischen Realisierung des PEGASUS-Konzeptes?

16.1 einrichtungsübergreifende Durchführung (ModeratorInnen aus verschiedenen Einrichtungen):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.2 regionbezogene Einführung des Konzeptes (Fortbildungsangebot für alle an der Versorgung Beteiligten):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.3 Neutralität mindestens eines Moderators (jeder TN trifft auf einen Moderator, mit dem er im Betreuungsalltag nichts zu tun hat):

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.4 ärztliche(r) Co-ModeratorIn ist an allen 14 Sitzungen beteiligt:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

16.5 die behandelnden (niedergelassenen) Ärzte der TeilnehmerInnen sollten über das Gruppenkonzept informiert sein:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

17. Wie schätzen Sie das Verständnis der vermittelten Informationen durch die TeilnehmerInnen im Durchschnitt ein?

- sehr hoch (> 90 %)
- hoch (70 % - 90 %)
- gering (50 % - 70 %)
- sehr gering (< 50 %)

20. Sollte Ihr behandelnder Arzt über die Inhalte und Ziele der Gruppenarbeit informiert werden?

- ja, möglichst von den Moderatoren
- ja, durch die Teilnehmer selbst
- nein, nicht unbedingt

21. Wieviel von den durch die Moderatoren vermittelten Informationen haben Sie insgesamt verstanden?

- (fast) alles (mehr als 90 %)
- sehr viel (70 % - 90 %)
- viel (50 % - 70 %)
- weniger (0 % - 50 %)

22. Wie wichtig waren für Sie persönlich folgende, in der Gruppe behandelten Themen?

22.1 psychosoziale / biologische Bedingungsfaktoren:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.2 Wirkung von Belastungen / Streß:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.3 Wahrnehmung der persönlichen Verletzlichkeit:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

22.4 Frühwarnzeichen:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.8 Ausgang, Verlauf, Prognose:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.9 Selbsttötungsabsichten

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.10 Funktionen / Wirkungen der Neuroleptika:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.11 Nebenwirkungen/ mögliche Schäden
durch Neuroleptika:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.12 Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.13 individueller Krisenplan:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

18.14 sonstiges:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

19. Welche Inhalte / welches Konzept waren für die TeilnehmerInnen am schwersten verständlich? (max. 3 Nennungen; bitte die obige Nummer eintragen!)

18.

18.

18.

20. Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Modell schizophrener Psychosen auf seiten der TeilnehmerInnen generell ein?

- sehr hoch
hoch
gering
sehr gering

21. Wie schätzen Sie die Wichtigkeit der verteilten Materialien (Merk-, Info-, Arbeitsblätter) für die TeilnehmerInnen ein?

- für (fast) alle TN wichtig bis sehr wichtig
für die Mehrzahl der TN wichtig bis sehr wichtig
für die Minderzahl der TN wichtig bis sehr wichtig
für (fast) keinen TN wichtig bis sehr wichtig

22. Welche hauptsächlichen Funktionen haben die verteilten Materialien für die TeilnehmerInnen, für die sie wichtig bis sehr wichtig sind (vgl. 21.)?

- Grundlage für Gespräch mit wichtigen Bezugspersonen
- Hilfsmittel, um den roten Faden über die Gruppensitzungen nicht zu verlieren
- Hilfsmittel zur Bewältigung von Belastungs- oder Krisensituationen
- Unterstützung bei der Informationsverarbeitung / Gedächtnisstütze
- Beleg für die Verlässlichkeit / Vertrauenswürdigkeit der vermittelten Inhalte

23. Inwieweit ist nach Ihrer Einschätzung das PEGASUS-Konzept geeignet, folgende — erwünschte — Wirkungen auf seiten der TeilnehmerInnen zu erzielen?

23.1 positiveres Selbstbild:

- sehr geeignet
geeignet
weniger geeignet
ungeeignet

23.2 Reduzierung von Angst und Unsicherheit:

- sehr geeignet
geeignet
weniger geeignet
ungeeignet

- 23.3 Förderung von Kompetenz und Selbstverantwortung im Umgang mit der Verletzlichkeit:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| sehr geeignet | <input type="checkbox"/> |
| geeignet | <input type="checkbox"/> |
| weniger geeignet | <input type="checkbox"/> |
| ungeeignet | <input type="checkbox"/> |
- 23.4 positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs (konstruktiverer Umgang mit Krisensituationen, weniger Rückfälle etc.):
- | | |
|------------------|--------------------------|
| sehr geeignet | <input type="checkbox"/> |
| geeignet | <input type="checkbox"/> |
| weniger geeignet | <input type="checkbox"/> |
| ungeeignet | <input type="checkbox"/> |
- 23.5 Förderung von Kompetenz und Mitverantwortung im Umgang mit Psychopharmaka:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| sehr geeignet | <input type="checkbox"/> |
| geeignet | <input type="checkbox"/> |
| weniger geeignet | <input type="checkbox"/> |
| ungeeignet | <input type="checkbox"/> |
- 23.6 Förderung eines Krankheitskonzeptes, das mit den aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie vereinbar ist:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| sehr geeignet | <input type="checkbox"/> |
| geeignet | <input type="checkbox"/> |
| weniger geeignet | <input type="checkbox"/> |
| ungeeignet | <input type="checkbox"/> |
- 23.7 sonstiges:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| sehr geeignet | <input type="checkbox"/> |
| geeignet | <input type="checkbox"/> |
| weniger geeignet | <input type="checkbox"/> |
| ungeeignet | <input type="checkbox"/> |
24. Wie groß ist nach Ihrer Einschätzung die Gefahr, daß die Gruppenarbeit folgende — unerwünschte — Wirkungen auf seiten den TeilnehmerInnen hervorruft?
- 24.1 intellektuelle Überforderung (zu schwer verständliche Informationen):
- | | |
|-------------|--------------------------|
| sehr hoch | <input type="checkbox"/> |
| hoch | <input type="checkbox"/> |
| gering | <input type="checkbox"/> |
| sehr gering | <input type="checkbox"/> |
- 24.2 Überforderung der Informationsverarbeitung (zuviel Informationen):
- | | |
|-------------|--------------------------|
| sehr hoch | <input type="checkbox"/> |
| hoch | <input type="checkbox"/> |
| gering | <input type="checkbox"/> |
| sehr gering | <input type="checkbox"/> |

24.3 Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

24.4 Verstärkung einer ablehnenden Haltung gegenüber der Neuroleptikatherapie:

- sehr hoch
- hoch
- gering
- sehr gering

24.5 sonstiges:

.....

25. Wenn Sie Ihre Erfahrungen in der PEGASUS-Gruppe vergleichen mit den Erfahrungen, die Sie in anderen Gesprächsgruppen mit schizophren Erkrankten gemacht haben: gibt es Unterschiede bzgl.

25.1 der Offenheit, mit der über die Erkrankung gesprochen wird:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

25.2 der gegenseitigen Unterstützung der TeilnehmerInnen untereinander:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

25.3 dem Ihnen von den TeilnehmerInnen entgegengebrachten Vertrauen:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

25.4 dem Gefälle / der Hierarchie zwischen Professionellen und Betroffenen:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

25.5 dem Ausmaß, in dem eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Professionellen und den Betroffenen realisiert werden kann:

- deutlich größer in PEGASUS-Gruppen
- größer in PEGASUS-Gruppen
- kein Unterschied
- größer in anderen Gruppen
- deutlich größer in anderen Gruppen

26. Ist das PEGASUS-Konzept nach Ihrer Erfahrung dafür geeignet, eine gemeinsame inhaltliche Gesprächsgrundlage zwischen Betroffenen und Professionellen herzustellen?

- sehr geeignet
- geeignet
- weniger geeignet
- ungeeignet

27. Hat Ihre Erfahrung als ModeratorIn konkrete Auswirkungen auf Ihre alltägliche Arbeit mit schizophren Erkrankten gehabt?

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

28. Wenn 27 mit „sehr starke“ oder „starke“ beantwortet wurde: welche Auswirkungen?

.....

.....

.....

.....

29. Hat Ihre Erfahrung als ModeratorIn Auswirkungen auf Ihre Wahrnehmung / Ihr Verständnis schizophren erkrankter Menschen?

29.1 besseres Verständnis des subjektiven Erlebens der Betroffenen:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.2 bessere Kenntnis ihrer Lebenssituation:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.3 bessere Wahrnehmung ihrer Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.4 besseres Verständnis der Qualität der erlebten Störungen / Beeinträchtigungen:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.5 bessere Wahrnehmung der Grenzen / Behinderungen der Betroffenen:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.6 bessere Wahrnehmung ihres Entwicklungspotentials:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

29.7 sonstige:

- sehr starke
- starke
- weniger starke
- keine

30. Die PEGASUS-Arbeitsgruppe bietet seit 1993 ein strukturiertes Fortbildungscurriculum an (4 - 5 Halbtage Theoriekurs, 5 - 6 Halbtage Praxistraining). Haben Sie an einer solchen Fortbildung teilgenommen?

- ja, am Theoriekurs (mind. 4 Halbtage)
- ja, am Praxistraining (mind. 4 Halbtage)
- nein (*weiter mit Frage 32!*)

31. Falls Sie unter 30. mit „ja, Theoriekurs“ geantwortet haben:

31.1 Wieviel % des Stoffes wurde bereits durch Ihre Vorkenntnisse abgedeckt?

- mehr als 75 %
- 50 % bis 75 %
- 50 % - 25 %
- weniger als 25 %

31.2 Wie fanden Sie den Stoffumfang?

- zu viel
- gerade richtig
- zu wenig

31.3 Wie beurteilen Sie die Qualität des / der Referenten bzgl.

• Interessantheit / Lebendigkeit des Vortrages:

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

• Verständlichkeit / Nachvollziehbarkeit der

Inhalte:

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

• didaktischer Aufbau / Präsentation:

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

31.4 Hätten Sie im Verlauf der Veranstaltung gern mehr Zeit für Diskussion / Vertiefung der Inhalte gehabt (z. B. in kleinen Gruppen)?

- ja, auch wenn dadurch der zeitl. Umfang des Kurses zunimmt
- ja, innerhalb des Zeitrahmens von ca. 20 Stunden
- nein

Haben Sie andere Verbesserungsvorschläge für den Theoriekurs?

.....
.....
.....
.....
.....

31.5 Inwieweit war die Teilnahme am Theoriekurs für Sie hilfreich im Hinblick auf Ihre Tätigkeit als ModeratorIn?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weniger hilfreich
- nicht hilfreich

31.6 Für wie wichtig halten Sie es, daß sich angehende ModeratorInnen zusätzlich zur Teilnahme am Theoriekurs auf die *Inhalte* der Gruppenarbeit vorbereiten (z. B. durch Lektüre)?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

32. Falls Sie unter 30. mit „ja, Praxistraining“ geantwortet haben:

32.1 Wie hilfreich war für Sie die Teilnahme am Praxistraining als Vorbereitung auf die Tätigkeit als ModeratorIn?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

32.2 Wie beurteilen Sie den Umfang des Trainings?

- zu viel
- gerade richtig
- zu wenig

32.3 Wie beurteilen Sie die Qualität der Trainer bzgl.

• Vertiefung der zu vermittelnden Inhalte:

- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

- ihrer Modellfunktion:
 - sehr gut
 - gut
 - weniger gut
 - schlecht

- ihrer Feedback-Funktion:
 - sehr gut
 - gut
 - weniger gut
 - schlecht

32.4 Hätten Sie im Verlauf des Kurses gern mehr Zeit für praktisches Üben des ModeratorInnenverhaltens gehabt?

- ja, auch wenn der zeitl. Umfang des Trainings dadurch zunimmt
- ja, innerhalb des bisherigen Zeitrahmens von ca. 30 Stunden
- nein

Haben Sie andere Verbesserungsvorschläge für das Praxistraining?

.....

.....

32.5 Würden Sie es für hilfreich halten, daß die TeilnehmerInnen des Praxistrainings schon während der Trainingsphase überlappend in die praktische Gruppenarbeit mit KlientInnen einsteigen (damit erste Erfahrungen in den letzten Trainingseinheiten berücksichtigt werden können)?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weniger hilfreich
- nicht hilfreich

32.6 Für wie wichtig halten Sie eine Supervision der ModeratorInnen begleitend zum ersten Durchgang der Gruppenarbeit?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- unwichtig

33. Was möchten Sie uns sonst noch über das PEGASUS-Konzept oder unser Fortbildungsangebot mitteilen?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!