

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE SCHIZOPHRENER PATIENTEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG. ERSTE ERGEBNISSE EINER EINZELFALLSTUDIE

SIBYLLE KRAEMER, JULIA V. STARCK, ANDREA DIETZEL, EVA DRAGON

Zusammenfassung

Den Schwerpunkt der Arbeit bildet, ausgehend von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten (Ziele, Interventionen, Therapieprozeßmodell) der Behandlung von schizophrenen Patienten, eine Einzelfallstudie zur therapeutischen Beziehung. Die Fragestellungen bezogen sich auf die Kooperationssequenz und deren Zusammenhang mit Therapieerfolg. Drei Therapiepaare mit jeweils 20 Stunden Behandlungsdauer wurden mit dem Codiersystem für die Interaktion in der Psychotherapie (Schindler 1991) und mit anderen Prozeßmaßen beurteilt. Darüber hinaus wurden Therapieerfolgsmaße erhoben. Die Ergebnisse (Sequenzanalysen, Korrelationen) weisen daraufhin, daß die Kooperationssequenz häufig auftrat, daß sie aber nicht, wie in anderen Studien, mit Therapieerfolg dieser schizophrenen Menschen verbunden war. Vielmehr scheinen diese mehr von Struktur, allerdings in Verbindung mit Empathie zu profitieren.

Schlüsselwörter Kognitive Verhaltenstherapie - Schizophrenie - therapeutische Beziehung

Summary

On the basis of cognitive behaviour therapy concepts (objectives, interventions, therapy process) for the treatment of schizophrenic patients, the emphasis of the study hence presented consisted in a single case study enquiring into the therapeutic alliance. The investigation was aimed at the sequence of cooperation and its correlation with success in therapy. Three therapeutic processes who underwent 20 hours of therapeutic treatment each, were assessed with the Coding System for Interaction in Psychotherapy (Schindler 1991) and also according to further variables of process. Additionally, outcome variables were collected such as psychopathology and concentration. The results (sequential analyses, correlations) indicate that among the participants of our study a sequence of cooperation was frequently prevalent, that it can, nonetheless, not - as suggested by other studies - be seen as correlated with a successful therapeutic treatment of the schizophrenic participants. Those rather seem to benefit more easily from a conveyance of structure, however only, if accompanied by an emphatic attitude on the part of the therapist.

Keywords cognitive behaviour therapy - schizophrenia - therapeutic alliance

Ziele und Interventionen kognitiver Verhaltenstherapie für Patienten mit schizophrenen Störungen

Die Schizophrenie ist wahrscheinlich die schwerste, komplizierteste, aber auch die faszinierendste Störung unter den psychiatrischen Erkrankungen.

Das Symptombild ist unterschiedlichst aufgefüllt in kreative Wahnwelten, sprachliche Einfälle, affektive Stürme, feinste Sensibilität und Wahrnehmung bis hin zu äußerster Antriebslosigkeit und zumindest scheinbarer Leere.

Die Erkrankung ist für alle Beteiligten, zuerst für die Patienten selbst, aber ebenso für die Angehörigen und die professionell damit befaßten Personen hoch belastend, aber auch eine große Herausforderung. Bei schizophrenen Störungen könnten, ähnlich wie Linehan (1993) bei den Borderlinestörungen, dialektische Prinzipien angewendet werden: Als These muß eine Vulnerabilität oder Disposition mit vermehr-

ter Streßempfindlichkeit vermutet und akzeptiert werden. Als Antithese gilt aber, daß Veränderungen wie bei jeder anderen schweren psychiatrischen Erkrankung möglich sind. In einer guten Therapie wird schließlich eine Synthese angestrebt und erreicht.

Die wesentlichen therapeutischen Rahmenbedingungen sind Medikation und sozialpsychiatrische bzw. rehabilitative Maßnahmen. Eine wohlüberlegte Medikation ist die wichtigste Komponente der Rückfallprophylaxe, die vielfältigen Rehabilitationsmöglichkeiten verhindern oft eine längere Hospitalisierung und fördern eine Integration in die Gemeinde.

Aber verschiedene große Katamnesestudien (Häfner 1988; Müller et al. 1998) konnten zeigen, daß auch mit diesen Maßnahmen und ohne symptomatische Exazerbation ca zwei Drit-

tel der Patienten unter erheblichen psychosozialen Schwierigkeiten wie Kontaktlosigkeit, Freudlosigkeit, Inaktivität usw. leiden. Hierfür sind zusätzliche, auf die spezifischen Probleme dieser schwierigen Patienten bezogene psychotherapeutische Interventionen wünschenswert.

Dabei geht es nicht nur um Rückfallprophylaxe - diese wird, böse gesagt, auch auf Langzeitstationen ohne Anforderungen erreicht -, sondern vielmehr um eine Erweiterung des Verhaltensspielraums mit mehr Lebensqualität.

Eine sinnvolle kognitive Verhaltenstherapie sollte sich auf folgende übergreifende Ziele beziehen. Im individuellen Fall können sie mit spezifischen Inhalten gefüllt werden.

Wiederum im dialektischen Sinne sollten sowohl Patienten als auch Therapeuten eine Synthese aus Akzeptanz und Veränderung erzielen (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Übergreifende Behandlungsziele

Akzeptanz	Änderung
<input type="checkbox"/> Vulnerabilität; Reduktion der Freiheitsgrade <input type="checkbox"/> Streßempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Emotionale Imbalance <input type="checkbox"/> Kommunikationsprobleme <input type="checkbox"/> Eingeschränkter Aktivitätsradius	<input type="checkbox"/> Einsicht, Selbststeuerung Selbstwirksamkeit <input type="checkbox"/> Streßbewältigung <input type="checkbox"/> Vertrauen zu Emotionen <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Aktivitäten

Daraus ergibt sich zunächst eine störungsbezogene Indikation für folgende kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren. Es sind im einzelnen oder im ganzen geprüfte und bewährte Therapiemaßnahmen (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Interventionen

1.	Information und Diskussion über Krankheitskonzept nach dem Vulnerabilitäts-Streß-Modell
2.	Ableitung individueller Maßnahmen
2.1	Kognitive Verhaltenstherapie
2.1.1	Kognitives Training (Kognitive Differenzierung, Soziale Wahrnehmung)
2.1.2	Komplexere kognitive Verfahren (Strategien zur Problemlösung, Streßbewältigung, kognitive Umstrukturierung)
3.	Verhaltensübungen (z.B. Rollenspiel; Entspannung)
4.	Arbeit mit Angehörigen

Diese Interventionen sollten gestuft aufeinander aufbauen. Nach empirischen Untersuchungen (Brenner et al. 1991; Kraemer et al. 1991) hat es sich gut bewährt, die kognitiven Verfahren vor die handlungsbezogenen zu schalten. Kognitives Training und Kognitive Verhaltenstherapie berücksichtigen besonders die sehr wahrscheinlich vorhandenen kognitiven Störungen der Patienten und erleichtern ihnen nachfolgende komplexere Therapie- und Rehabilitationsansätze

(Lieberman et al. 1995). Theoretische Überlegungen dazu legen nahe, daß durch kognitive Interventionen eine Verbesserung von Diskriminationsfähigkeiten und kontextueller Nutzung früherer Erfahrungen zu erreichen ist. Diese Fähigkeiten wären dann in einer Art "cognitive map" (Tolman, s. Fröhlich 1993) repräsentiert, die nachfolgende Handlungen planerisch vorbereiten und gegliedert durchführen läßt. Die durch die anschließenden handlungsbezogenen Verfahren bedingten Effekte würden dann erst adäquat eingeordnet und beurteilt werden können und realistische Erwartungen produzieren, der nach Tolman wichtigste Lerneffekt überhaupt.

Insofern ist eine phasenspezifische, individuelle Indikation, angelehnt an das Modell von Prochaska et al.(1992), wünschenswert (siehe Tabelle 3).

Dieses Modell ist hier bezogen auf stationäre Therapie und eingegrenzt auf die Indikation zu bestimmten Maßnahmen kognitiver Verhaltenstherapie. Diese werden sinnvollerweise in einen Gesamtbehandlungsplan mit rehabilitativen Ansätzen eingebettet, der hier ansatzweise berücksichtigt wurde.

In der Phase der Klärung können die Patienten noch relativ akut sein. Neben unbedingt erforderlichen Standardmaßnahmen wie Medikation, transparente, beruhigende Tagesstruktur, informative Rückmeldung, kunsttherapeutischen Möglichkeiten kommt es hier bereits zur Motivierung bis hin zu jeweils indizierten therapeutischen Maßnahmen. Die Motivation dazu könnte durch kleinere Entscheidungsfreiheiten, Mitbestimmung und Wahlmöglichkeiten angeregt werden. Auch Stärken und Fähigkeiten der Patienten sollten dann schon in den Blickpunkt gerückt werden. Letzendlich geht es hier im wesentlichen um die Förderung einer guten therapeutischen Beziehung.

Wenn die Patienten zu weiteren Maßnahmen bereit und fähig (d.h. weitgehend remittiert) sind (Änderungsabsicht), beginnen Diskussionen über das Krankheitskonzept, die Analyse der wichtigsten Problembereiche und eventuell kognitives Training. Psychoedukative und angehörigenbezogene Interventionen sind nahezu unverzichtbar (s. Bäuml 1997). Die Vorbereitung auf die Therapie enthält Maßnahmen wie die gemeinsame Bestimmung der Ziele und die Weiterführung des kognitiven Trainings mit dem Training Sozialer Wahrnehmung (s. Roder et al. 1998).

Im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie schließlich werden Verfahren der Problemlösung, kognitive Umstrukturierung sowie Streßbewältigungsstrategien eingesetzt, und zuletzt sind diese Bausteine durch soziales Kompetenztraining zu ergänzen (s. Kraemer 1998). Zur Aufrechterhaltung erzielter Effekte sollten im Sinne der Behandlungskontinuität weitere ambulante Sitzungen mit derselben therapeutischen Bezugsperson stattfinden, bevor die Patienten in andere therapeutische Maßnahmen weitergeleitet werden.

Inwieweit die beschriebenen Interventionen hilfreiche Veränderungsprozesse einleiten und aufrechterhalten können, basiert nicht zuletzt auf dem Gelingen der sozialen Interaktion innerhalb der Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Tab. 3: Therapieprozeßmodell für schizophrene Patienten (Nach: Prochaska et al. 1992)

Phasen	Klärung	Motivierung zur Verhaltensänderung	Vorbereitung der Therapie	Therapie	Aufrechterhaltung
	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik - Medikation - Tagesstruktur - Pflegeplanung(akut) - Ressourcen erkennen - Information - Kunsttherapie - Sozialberatung(akut) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diskussion Krankheitskonzept - Motivierung - Indikation für Psychotherapie. - Verhaltensanalyse - evtl. Kogn. Training - Angehörigenarbeit - Psychoedukation - Beschäftigungstherapie - Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> - Ziele formulieren - Entspannung - evtl. Training sozialer Wahrnehmung - Arbeitstherapie - Sozialberatung(Reha.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Verhaltenstherapie - später: Training sozialer Kompetenz - Vorbereitung auf Entlassung 	<ul style="list-style-type: none"> - evtl. ambulante Sitzungen mit derselben Bezugsperson bis zu Übergang in weitere Therapie
Interventionen					

Aspekte der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie schizophrener Patienten

In der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen ist die therapeutische Beziehung nicht nur – wie immer schon (s. die Untersuchung von Sloane (1975), in der sich zeigte, daß Verhaltenstherapeuten, genauso wie Psychoanalytiker, viel Wärme und Unterstützung zeigten, darüberhinaus aber noch eine einfühlsame und empathische therapeutische Beziehung zu ihren Patienten pflegten) - implizit, sondern inzwischen auch explizit höchst bedeutsam.

In der Praxis wird als erstes Therapieziel häufig die Förderung einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung als Feld für Veränderungsmöglichkeiten formuliert: So äußerte Grawe (1992) z.B., daß eine gute Therapiebeziehung “unmittelbar positive Auswirkungen auf den Patienten” hat. “Er fühlt sich in seinem Selbstwert gestärkt und setzt sich mit erhöhtem Zutrauen mit seiner Lebenssituation auseinander. Neben diesem direkten Zugang auf die Befindlichkeit des Patienten wirkt sich die Therapiebeziehung aber vor allem positiv dadurch aus, daß sie die Aufnahmebereitschaft des Patienten für die therapeutischen Interventionen erhöht, daß sie ihn of-

fener für die Einflüsse und Anregungen von Seiten des Therapeuten macht.”(S.220)

Umgekehrt wurde in Publikationen, die sich mit Mißerfolgen in der Verhaltenstherapie auseinandersetzten (z.B.Foa und Emmelkamp et al. 1983), häufig die Aufmerksamkeit auf die therapeutische Beziehung gelenkt.

Eine Reihe von Untersuchungen beschäftigte sich mit diesem komplexen Thema (z.B. Fiedler und Rogge 1990; Grawe 1992; Greenberg 1986; Keijsers et al. 1995; Schindler 1991; s.a. Zimmer 1983).

Aus solchen empirischen prozeßorientierten Studien wurde ersichtlich, daß neben anderen Variablen wie Technik, Struktur, Findung des spezifischen individuellen Problemschwerpunkts, folgendes entscheidend zu sein scheint: Wenn die Beziehung zu Beginn der Therapie gut ist, dann sind die Patienten erfolgreicher. Inhaltlich sollte die Beziehung anfangs komplementär sein, erst im Verlauf sollte sie flexibler werden und durchaus auch Konfrontationen beinhalten mit dem Ziel einer Perspektivenänderung. (Grawe 1992; Schindler 1991).

Diese Befunde stimmen für verschiedene Störungsbilder und verschiedene Therapierichtungen überein. Beziehung gilt also als übergreifende Variable.

Aber bezogen auf schizophrene Störungen ist die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie nur sehr selten betrachtet worden (a posteriori s. Stark et al. 1992b; Siol und Stark 1994; Stark und Buchkremer 1992). Dabei werden die Beziehungsqualitäten dieser Patienten und ihrer Therapeuten als besonders bedeutsam beurteilt. In der mit Schizophrenie befaßten psychodynamisch orientierten Literatur wurde diesen Inhalten stärkere Aufmerksamkeit gewidmet, da die therapeutische Beziehung hier der Träger des gesamten Therapieprozesses ist (z.B. Mentzos 1992; Schwarz 1995).

Zimmer (1983) definierte therapeutische Beziehung als Arbeitsbündnis und menschliche Begegnung zugleich. Hier sind sowohl kognitive, d.h. aufgabenbezogene, als auch emotionale Aspekte angesprochen. Schizophrene Patienten haben aber gerade in diesen Bereichen Probleme, die mit ihrer speziellen desintegrierten Informationsverarbeitung zusammenhängen sollen: So haben sie z.B. Schwierigkeiten, zwischen positiven und negativen Gefühlsqualitäten zu unterscheiden, sie sind sehr sensibel gegenüber affektiv getönten sozialen Situationen, insbesondere gegenüber emotionaler Nähe und kritischem Verhalten, sie sind durch kognitive Basisstörungen beeinträchtigt und zusammenfassend können sie frühere Erfahrungen nur ungenügend nutzen (s.z.B. Brenner et al. 1990; Hemsley 1994; Poljakov 1973; Roder et al. 1998). Diese Probleme haben sicherlich einen starken Einfluß auf die therapeutische Beziehung. Vielleicht wird der diesen Patienten oft zugeschriebene Mangel an Kooperation und Einsicht so besser verständlich.

Nun ist die therapeutische Beziehung ein Konstrukt, das weiter operationalisierungsbedürftig ist. Als ein möglicher Aspekt der therapeutischen Beziehung wurde die sog. Kooperationssequenz betrachtet (Grawe 1992; Schindler 1991). Diese ist gekennzeichnet durch Einfühlung und Unterstützung auf Therapeutenseite und Initiative und Kooperation auf seiten der Patienten. Da die Kooperationssequenz in empirischen Studien zur therapeutischen Beziehung oft im Mittelpunkt steht und Bezug zum Therapieerfolg hat, ist in der vorliegenden explorativen Untersuchung mit schizophrenen Patienten dieser Bereich besonders interessant. Es war die Frage, ob diese Sequenz, wie bei anderen Störungen, auftaucht und ob dieses Phänomen mit Therapieerfolg korreliert.

Ein weiteres Thema war das sog. High-Expressed-Emotion-Verhalten (Leff und Vaughn 1985) von Therapeuten (s. Siol und Stark 1994), das mit Kritik, Überforderung oder Überengagement einhergeht und sich, wie eine entsprechende Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Patienten, ungünstig auf die Befindlichkeit dieser Menschen auswirkt. Psychoanalytisch formuliert würden so die Ich-Grenzen bedroht, verhaltenstherapeutisch ausgedrückt, wären eine Überstimulation und eine Einschränkung der Diskriminationsfähigkeit die Folge.

In der nun folgenden Pilotstudie wurde die therapeutische Interaktion in drei Einzeltherapien mit chronisch schizophrenen Patienten genauer betrachtet.

Wir haben folgende Fragestellungen formuliert

- Ist die Kooperationssequenz vorhanden?
- Hat die Kooperationssequenz einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg?
- Wirkt sich kritisches Verhalten der Therapeuten ungünstig auf die Patienten aus?

Methode

Es handelte sich um eine Einzelfallstudie mit drei Therapiepaaren (Dyaden). Die Behandlung fand im Sozialpsychiatrischen Zentrum des DPWV in München statt, einer Rehabilitationseinrichtung für schizophrene Patienten mit vielfältigem Angebot¹. Die Untersuchung erstreckte sich über 20 Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie. Es wurde nicht davon ausgegangen, daß dann schon die Behandlung abgeschlossen sein würde. Die Therapeuten wurden deshalb gebeten, für diesen Zeitraum begrenzte Therapieziele zu formulieren.

Erhebungsinstrumente

Prozeßmessungen

- Codiersystem für die Interaktion in der Psychotherapie (CIP) (Schindler 1991)

Angesichts der geringen Fallzahl wurde die in Oberkategorien zusammengefaßte Version des CIP benutzt. (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)

Therapeutenkategorien	Klientenkategorien
EU: Einfühlung, Unterstützung	PR: Problembeschreibung einfache Antworten
ED: Exploration, Erklärung, Direktiven	IK: Emotionale Öffnung Änderungsberichte Mitarbeit/Initiative/ Klärung
KL: Klassifikation Kritik Konfrontation Deutung	HV: Hemmendes Verhalten
	PA: Pause RK: Restkategorie ZH: Zuhören

¹ Wir danken an dieser Stelle dem Leiter der Einrichtung, Herrn Dipl.-Päd. Hans Kiefer, der stellvertretenden Leiterin, Frau D. M. Wetzel, Herrn Dipl.-Psych. M. Böhmer und Herrn Dipl.-Psych. D. Hartmann sehr herzlich für die gute Kooperation

- Stundenbeurteilungen (Schindler 1991)
 - Befindlichkeit (visuelle Analogskala)
- Alle 3 x 20 Sitzungen wurden transskribiert und mit dem CIP codiert. Vor und nach jeder Therapiesitzung füllten Patienten und Therapeuten die Stundenbeurteilungsbögen und die Befindlichkeitsskalen aus.

Ergebnismessung

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall und Gorham 1962)
 - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)(Andreasen 1982)
 - Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S)(v. Zerssen 1981)
 - d2-Aufmerksamkeits-Belastungstest (Brickenkamp 1978)
- Daten aus diesen Instrumenten wurden vor der ersten, nach der 10. und 20. Sitzung erhoben

Statistik

Sequenzanalysen(Übergangswahrscheinlichkeiten 1. und 2. Ordnung(lag 1 und lag 2), bezogen auf die Grundgesamtheit der einzelnen Kategorien des CIP); Korrelationen

Stichprobe

Patienten: Alle Patienten erfüllten die DSM-III-R-Kriterien einer chronischen paranoiden Psychose, zwei wiesen persistierende produktive Symptome auf, ein Patient hatte eine ausgeprägte Negativ-Symptomatik. Das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) lag zu Beginn der Behandlung bei 35, 35 und 41 und wies die Patienten als diesbezüglich deutlich eingeschränkt aus.

Die beiden männlichen Patienten waren 28 Jahre, die Frau 36 Jahre alt. Die Dauer der Erkrankung betrug 2, 5 und 10 Jahre.

Alle Patienten erhielten neuroleptische Medikation in Erhaltungsdosis.

Therapeuten: Eine Frau (45 Jahre), zwei Männer (33 und 46 Jahre) mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausbildung.

Ergebnisse

Im folgenden werden nur einige, aber wesentliche Ergebnisse aus der Fülle des Datenmaterials beschrieben.

Häufigkeiten der einzelnen Kategorien des Codiersystems in Rangreihen (durchschnittliche absolute Häufigkeiten/Sitzung) (siehe Tabelle 5).

1.ED 2. EU 3. KL (Therapeutenkategorien)



1.PR 2. IK 3. HV (Patientenkategorien)

Die Therapeuten zeigten am häufigsten die Kategorie Exploration/Direktivität(ED) (Struktur), gefolgt von Emotionaler Unterstützung (EU) und sehr selten Klassifikation(KL) (Kritik, Deutung).

Die Patienten wiesen, direkt entsprechend, am häufigsten Problembeschreibung (PR), dann Initiative/Kooperation (IK) und sehr selten Hemmendes Verhalten(HV) (Widerstand) auf.

Diese Resultate sind durchaus vergleichbar mit denen aus der Untersuchung von Schindler (1991), in der Patienten mit Schlafstörungen behandelt wurden.

Sequenzanalysen 1. und 2. Ordnung(lag 1 und lag 2)

Die Sequenzen wurden bei dieser Stichprobe bei einem z-Wert von +/- 1.96 (p<=05) signifikant.

Sie wurden über alle 20 Sitzungen berechnet, da sich kein Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Hälfte der Therapie ergeben hatten.

Kooperationssequenz: Bei allen Paaren wurde die Sequenz 1. Ordnung (EU – IK) signifikant. Wenn also die Therapeuten Einfühlung/Unterstützung (EU) äußerten, reagierten die Patienten signifikant häufiger mit der Kategorie Initiative/Kooperation(IK) als mit anderen Kategorien.

Im weiteren Verlauf (Sequenzen 2. Ordnung) setzte sich dies bei allen Paaren fort, indem die Sequenz EU – IK – EU wiederum signifikant wurde. Wenn also die Patienten Emotionale Unterstützung (EU) der Therapeuten überzufällig häufig mit Initiative und Kooperation (IK) beantworteten, reagierten die Therapeuten wiederum signifikant häufiger mit EU als mit anderen Kategorien: Der Therapeut sagte z.B. “Das finde ich aber gut, daß Sie jetzt nach vorne schauen” (EU) dann reagierte der Patient z.B. mit:” Ja, mir tut das auch gut”(IK), und der Therapeut antwortete mit “sehr schön”(EU).

Auch wenn die Kooperationssequenz, beginnend mit der Patientenategorie IK, betrachtet wurde, ergab sich bei diesen Sequenzen 1. und 2. Ordnung dasselbe Bild: Wenn die

Tab. 5: Vergleich der durchschnittlichen absoluten Häufigkeiten pro Sitzung

	Therapeuten					Klienten					
	ED	EU	KL	ZH	PA	PR	IK	HV	ZH	PA	
W/H	187	102	0,7	13	0,3	153	115	2	32	0,7	
H/B	171	127	3	8	2	153	90	2	60	3	
B/M	154	109	7	0,8	2	129	30	8	102	4	

Patienten IK zeigten, reagierten die Therapeuten daraufhin signifikant häufiger mit EU (IK – EU), und die Patienten äußerten wiederum überzufällig häufig IK (IK-EU-IK).

Dies bedeutet, daß die Kooperationssequenz bei allen drei Paaren sowohl beginnend mit dem Therapeutenverhalten als auch beginnend mit den Patienten sehr häufig auftrat.

Damit kann die erste Fragestellung zunächst einmal positiv beantwortet werden: Auch bei diesen schizophrenen Patienten tauchte die Kooperationssequenz wie bei anderen Störungsgruppen häufig auf.

Die Patienten reagierten aber auch auf Exploration/Direktivität (ED) signifikant häufiger mit Initiative/Kooperation (IK) (lag 1 wurde bei allen Paaren signifikant) als mit anderen Kategorien: “Lassen Sie uns versuchen, bei dem Thema zu bleiben” (ED), “Ja, gut” (IK), “Erzählen Sie mir noch einmal, wie es Ihnen dabei ging” (ED).

Das heißt, daß die Patienten auch auf strukturierendes Therapeutenverhalten kooperativ reagierten und die Therapeuten ihr begonnenes Verhalten fortsetzten. Diese Sequenz 2. Ordnung ED – IK - ED wurde allerdings nur bei den Paaren W/H und H/B signifikant, nicht bei der Dyade B/M.

Darüber hinaus ergab sich, daß, wenn die Patienten auf kritisches Verhalten (KL) der Therapeuten mit Initiative/Kooperation (IK) antworteten (diese lag 1-Sequenz wurde allerdings nur bei einem Paar (H/B) signifikant), die Therapeuten weiterhin bei KL verblieben, daß also die Sequenz KL – IK – KL ebenfalls signifikant häufiger auftrat.

Die zweite Fragestellung bezog sich auf den Zusammenhang der Kooperationssequenz mit dem Therapieerfolg.

Dazu werden im Folgenden zunächst die Ergebnisvariablen der Patienten dargestellt.

Variablen zum Therapieerfolg

Aus den Therapieerfolgsmaßen (s. Tabelle 6) wurde deutlich, daß die Patienten in ihren Ergebnissen durchaus unterschiedliche Erfolge aufwiesen.

Die Patientin (H) der Paarung WH war relativ erfolgreich. In der Fremdbeurteilung mit BPRS und SANS zeigte sie deutliche Verbesserungen in der positiven und negativen Symptomatik. Die beiden anderen Patienten der Paarungen H/B und B/M zeigten hier, wenn überhaupt, nur geringfügige Verbesserungen: Der Patient B verschlechterte sich in der Negativsymptomatik (SANS) und verbesserte sich im BPRS nur diskret. Patient M verblieb im BPRS über die drei Meßzeitpunkte auf ähnlichem, wenn auch niedrigem Niveau und verbesserte sich diskret in der Negativsymptomatik.

Die selbstbeurteilten paranoiden und depressiven Symptome (PD-S) reduzierten sich bei der Patientin H auch, allerdings bei schon niedrigen Ausgangswerten. Der Patient B verschlechterte sich nach vorübergehenden geringen Verbesserungen in paranoiden und depressiven Symptomen. Bei schon sehr niedrigen Ausgangswerten wies Patient M zu der 20. Sit-

Tab. 6: Therapieerfolgsmaße

Brief Psychiatric Rating Scale (Summenwerte)			
	1	2	3
H	61	47	38
B	48	42	35
M	37	34	38
Scale for Assessment of Negative Symptoms (Summenwerte)			
	1	2	3
H	31	27	15
B	7	31	26
M	68	58	57
Paranoid-Depressivitäts-Skala (Paranoide Symptome) (Summenwerte)			
	1	2	3
H	6	1	3
B	22	19	24
M	4	6	0
Paranoid-Depressivitäts-Skala (Depressive Symptome) (Summenwerte)			
	1	2	3
H	15	17	8
B	30	29	33
M	3	10	6
d2 (GZ-F%)			
	1	2	3
H	27	73	86
B	86	89	90
M	0	1	0

zung der Therapie geringfügig reduzierte Symptome im Paranoid-Faktor der PD-S auf, während Depressivität bei ihm leicht anstieg.

Auch auf der kognitiven Ebene (d2=Konzentration) war eine erhebliche Verbesserung der Patientin H zu verzeichnen. Patient B zeigte hier einen Deckeneffekt, Patient M verblieb von der ersten bis zur zwanzigsten Sitzung auf minimalem Konzentrationsniveau.

Diese Befunde weisen darauf hin, daß die Kooperationssequenz bei diesen Patienten anscheinend nicht mit Therapieerfolg zusammenhängt, wie sich das bei anderen Störungsbildern herausgestellt hatte.

Um eine differenziertere Sicht zu erhalten, wurden nun bei den einzelnen Therapiepaaren die signifikanten (abgesehen von der nicht signifikanten Sequenz ED-IK-ED bei der Dyade B/M) Sequenzen 2. Ordnung noch einmal in ihren absoluten Häufigkeiten dargestellt (s. Tabelle 7). Sie wurden, ausge-

hend vom Verhalten der Therapeuten, Kooperationssequenz, Struktursequenz und Bestrafungssequenz genannt.

Tab.7: Häufigkeiten signifikanter Sequenzen über 20 Therapiesitzungen

Kooperationssequenz	WH	168
EU - IK - EU	HB	232
☺ ☺ ☺	BM	63
Struktursequenz	WH	1529
ED - IK - ED	HB	936
☹ ☺ ☹	BM	238
Bestrafungssequenz	WH	2
KL - IK - KL	HB	9
☹ ☺ ☹	BM	3

Hier konnte festgestellt werden, daß die erfolgreiche Paarung W/H am meisten strukturierendes Verhalten (ED) zeigte und am wenigsten Bestrafung (KL) im Vergleich mit den beiden weniger erfolgreichen Dyaden.

Deshalb wurden in einem weiteren Schritt die Sequenzen in ihrem Verhältnis zueinander betrachtet (s.Tab. 8-10).

Hier wurde deutlich, daß das erfolgreiche Paar (W/H) sehr viel häufiger die Kooperationssequenz als die Bestrafungssequenz, die Struktursequenz häufiger als die Kooperationssequenz und die Struktursequenz noch einmal sehr viel häufiger als die Bestrafungssequenz zeigte.

Der dritten Fragestellung, nämlich, ob klassifizierendes bzw. kritisches Verhalten (KL) der Therapeuten mit schlechterer Befindlichkeit oder schlechterer Stundenbeurteilung der Patienten einhergeht, wurde mit Korrelationsberechnungen nachgegangen. Hierfür wurde ein nonparametrisches Verfahren zur Prüfung zweier autokorrelierter Zeitreihen (Exakt-Test nach Lienert 1978) verwendet. Und zwar wurde die Kategorie KL mit der Befindlichkeit und der Stundenbeurteilung der Patienten, die über eine visuelle Analogskala und mit den Stundenbeurteilungsbögen von Schindler(1991) vor und nach jeder Sitzung erfaßt wurden, korreliert. Es wurden nur die Daten der Befindlichkeit und der Stundenbeurteilungen nach den Sitzungen berechnet: Dabei ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge in der erwarteten Richtung (ohne Tabellen; s. genauere Beschreibung bei v. Starck 1998).

Diskussion

Bei der kleinen Fallzahl und dem jetzigen Ausschnitt an Daten sind die Ergebnisse der Studie nur sehr vorsichtig zu diskutieren. Dennoch soll eine Einordnung versucht werden:

Die Untersuchung konnte immerhin zeigen, daß die Kooperationssequenz auch bei schizophrenen Patienten auftaucht. Aber diese kleine Stichprobe reagierte fast grundsätz-

Tab. 8: Verhältnis von Kooperation zu Bestrafung

WH	Kooperationssequenz 84 x häufiger als Bestrafungssequenz
HB	Kooperationssequenz 25 x häufiger als Bestrafungssequenz
BM	Kooperationssequenz 21 x häufiger als Bestrafungssequenz

Tabelle 9: Verhältnis von Struktur zu Bestrafung

WH	Struktursequenz 765 x häufiger als Bestrafungssequenz
HB	Struktursequenz 104 x häufiger als Bestrafungssequenz
BM	Struktursequenz 79 x häufiger als Bestrafungssequenz

Tabelle 10: Verhältnis von Struktur zu Kooperation

WH	Struktursequenz 9 x häufiger als Kooperationssequenz
HB	Struktursequenz 4 x häufiger als Kooperationssequenz
BM	Struktursequenz 4 x häufiger als Kooperationssequenz

lich mit Initiative und Kooperation, also auch auf anderes Therapeutenverhalten wie etwa Struktur oder "Bestrafung" (lag 1 zumindest bei einem Paar signifikant). Dies mag, pessimistisch gesehen, ein Hinweis sein für die Schwierigkeit, zwischen positiven und negativen Gefühlsqualitäten zu unterscheiden oder auch damit verbunden sein, wie Bellack et al.(1992) untersucht hat, daß diese Patienten negative Affekte schlechter erkennen. Positiv formuliert, sollten wir die Ressourcen an Kooperation dieser Menschen nicht unterschätzen. Dies zeigte sich ja insbesondere in der bedeutsamen Kooperationssequenz. Klassifizierendes bzw. kritisches Verhalten der Therapeuten wirkte sich nicht, wie nach dem HEE-Konzept zu erwarten gewesen wäre, auf die Befindlichkeit oder die Stundenbeurteilungen aus. Auch wurde niemals die Sequenz KL (Kritik)-HV(Widerstand) signifikant. Dies mag an der geringen Auftrittshäufigkeit der Kategorie KL liegen, könnte aber auch in die Überlegungen hinsichtlich mangelnder Emotionsdiskrimination eingeordnet werden. Andererseits schadet den Patienten eine wohl dosierte Konfrontation, wie auch Grawe (1992) ausführte, im Therapieverlauf nicht. Dies läßt wahrscheinlich die Schlußfolgerung zu, daß die therapeutische Beziehung in diesen drei Therapiepaaren nicht nur quantitativ in Form häufiger Kooperationssequenzen, sondern tatsächlich qualitativ gut war. Dieses Ergebnis mag auch eine weitere Validierung des Codiersystems für die Interaktion in der Psychotherapie (Schindler 1991) bedeuten.

Es hat sich allerdings keine Verbindung der Kooperationssequenz zum Therapieerfolg herstellen lassen. Diese Menschen mit ihren spezifischen Informationsverarbeitungsproblemen können möglicherweise von Einfühlung und Unterstützung nicht so stark profitieren wie Patienten mit anderen Störungsbildern, die diese emotional getönten Erfahrungen in einen Vergleich mit früheren integrieren, generalisieren und zur Förderung ihres Selbstwertes nutzen.

Schizophrene Patienten gebrauchen aber anscheinend besonders die Struktur der Therapeuten, allerdings in Verbindung mit Einfühlung und Unterstützung.

Insofern lassen sich aus den Ergebnissen der Untersuchung Handlungsempfehlungen für die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie - und wahrscheinlich auch für andere Therapierichtungen - mit schizophrenen Patienten ableiten, die auch in der Literatur erwähnte Richtlinien untermauern (z.B. Cancro 1985; Ciompi 1985; Kraemer und Möller 1998; Süllwold und Herrlich 1989): Ein strukturierendes, klares, auch durchaus direktives Therapeutenverhalten scheint für schizophrene Patienten wichtig und wünschenswert zu sein. Eine hohe Rate an direktiven Verhaltensweisen, wie klare Aufgabenstellungen, Strukturierung der Aufgaben, Erklärungen und Zusammenfassungen und eine hohe Transparenz des Vorgehens scheint nach den vorliegenden Ergebnissen mit Therapieerfolg verknüpft zu sein.

Diese Ergebnisse haben nicht nur forschungsbezogene Konsequenzen, so wie z.B. Clarkin (1998 auf dem Freiburger Psychotherapiekongreß) gefordert hat, sich auf Prozeßvariablen und nicht nur auf Ergebnisvariablen zu konzentrieren, sondern sie könnten auch durchaus für Supervision und Ausbildung praxisrelevant werden.

Zuletzt sei noch mit Scholz (1994) gesagt: "Die Untersuchung von Beziehungsvariablen im Rahmen verhaltenstherapeutischer Arbeit gewinnt erst in letzter Zeit (aber s. schon Zimmer 1983!), auch gedrängt von den Erkenntnissen analytisch arbeitender Kollegen, die Bedeutung, die ihr zusteht. Wir sollten jedoch jetzt nicht in eine Beziehungseuphorie verfallen; Beziehung ist in unserem Kontext die Basis, auf der Therapie stattfindet, nicht therapeutischer Selbstzweck. Beziehung ist aber dennoch eine wichtige Größe, um unsere Interventionen und deren Wirkungen besser verstehen zu können. Ohne sie mitzureflekieren, ignorieren wir einen wichtigen unspezifischen Wirkfaktor, aber schlimmer noch, wir entheben uns der Möglichkeit, mögliche Bedingungen therapeutischer Fehlschläge zu erkennen und ihnen zu begegnen." (S.89) (Literaturzitat in Klammern hinzugefügt)

Literatur

- Andreasen, N.C.: Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. (SANS-Scale for the Assessment of Negative Symptoms): Archives of General Psychiatry 1982; 39: 784 - 788
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Kissling, W.: Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Ergebnisse der Münchener PIP-Studie In: Dittmar/Klein/Schön (Hrsg.): Die Behandlung schizophrener Menschen, Roderer Verlag, Regensburg 1997; 169 - 195
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Wade, J., Sayers, S. & Morrison, R.L. The Ability of Schizophrenics to Perceive and Cope with Negative Affect. British Journal of Psychiatry 1992; 160: 473-480
- Brenner, H.D., Kraemer, S., Hermanutz, M. & Hodel, B.: Cognitive treatment in schizophrenia. In: E. Straube & K. Hahlweg (Hrsg.): Schizophrenia: Concepts, Vulnerability and Interventions, New York, Springer 1990
- Brickenkamp, R.: Test d 2 Aufmerksamkeits-Belastungstest, Göttingen, Hogrefe 1978
- Cancro, R.: Einige vorläufige Überlegungen zur Psychotherapie der Schizophrenie. In: H. Stierlin, L.C. Wynne & M. Wirsching (Hrsg.): Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1985
- Ciompi, L.: Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung - Eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. In: H. Stierlin, L.C. Wynne & M. Wirsching (Hrsg.): Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1985
- Fiedler, P. & Rogge, K.E. Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der kognitiven Psychotherapie. In: Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.) Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Springer-Verlag 1990
- Foa, E.B. & Emmelkamp, P.M.G.: Failures in Behavior Therapy, John Wiley & Sons, 1983
- Fröhlich, W.D.: dtv Wörterbuch zur Psychologie 1993; 236 - 237
- Grawe, K.: Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.). Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie, Therapieforschung für die Praxis 12. München: Gerhard Röttinger 1992; 215-244
- Häfner, H.: Rehabilitation Schizophrener. Zeitschrift für klinische Psychologie 1988; 17: 197 - 209
- Hemsley, D.R.: A cognitive model for schizophrenia and its possible neural basis. Acta Psychiatr Scand 1994; 90(suppl. 384):80-86.
- Keijsers, G.P., Schaap, C.D.R., Hoogduin, C.A.L. & Lammers M.W.: Patient-Therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. Behavior Modification 1985; 19, 4: 491 - 517
- Kraemer, S. & Möller, H.J.: Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Störungen: In: M. Hautzinger (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. Beltz Psychologie Verlags Union 1998, 2. Aufl.: 15 - 47
- Kraemer, S., Zinner, H.J., Möller, H.J.: Kognitive Therapie und Sozialtraining: Vergleich zweier verhaltenstherapeutischer Behandlungskonzepte für chronisch schizophrene Patienten. In: Schüttler, R. (Hrsg.) Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten, München 1991, 102 - 117
- Leff, J.P. & Vaughn, C.E.: Expressed Emotion in Families. New York: Guilford 1985
- Lieberman, R.P., Spaulding W.D., Corrigan P.W.: Cognitive-Behavioural Therapies in Psychiatric Rehabilitation. In: Hirsch and Weinberger: Schizophrenia: 1995, 605 - 625
- Lienert, G.A., Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Bd. I und II. Meisenheim: 1973 und 1978
- Linehan M. M.: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press 1993.
- Mentzos, S.: Psychodynamik und Psychotherapie endogener Psychosen. Sozialpsychiatrische Informationen 4 1992; 8-15
- Müller P., Gaebel, W., Bandelow, B., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A., Tegeler, J.: Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. Nervenarzt 1998; 69: 204 - 209
- Overall, J.E. & Gorham, K.J. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol.Rep. 1962; 10:799-812
- Poljakov, J.: Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit. Stuttgart, Hippokrates, 1973

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C.: In: Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992, 1102 - 1114
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. & Hodel, B.: Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (4. Aufl.). Weinheim: PVU 1998.
- Schindler, L.: Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1991
- Scholz, W.: Die therapeutische Beziehung. In: Sulz, S.K.D. Das Therapiebuch. CIP-Medien 1994; 77-91
- Schwarz, F.: Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1995; 1:14-18
- Siol, T. & Stark, F.M.: Expressed Emotion und die Therapeut-Patient-Beziehung bei Schizophrenen. *Nervenheilkunde* 1994; 13: 192 - 198
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K.: *Psychotherapy versus behavior therapy*, Cambridge: Harvard University Press 1975
- v. Starck, J. Die Interaktion zwischen Therapeut und Klient in der Kognitiven Verhaltenstherapie mit schizophrenen Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit der LMU 1998
- Stark, F.M. & Buchkremer, G.: Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Therapie schizophrener Patienten: Beurteilung durch Patienten und Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1992; XXI, 2: 209 - 223
- Stark, F.M., Liberman, R.P. & Corrigan, P.W.: Schizophrenic patients' attitudes to therapists using behavioral and holistic-humanistic techniques. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research* 1992b; 1, 1: 80 - 85
- Süllwold, L. & Herrlich, J.: *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter*. Kohlhammer: Stuttgart 1989
- Zerssen, D. v.: Klinische Selbstbeurteilungsskalen. In: *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS) (Hrsg.) Internationale Skalen für Psychiatrie*, Weinheim, Beltz Verlag 1981
- Zimmer, D.: Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. In: Zimmer, D. (Hrsg.): *Die therapeutische Beziehung, Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*, Weinheim: Edition Psychologie 1983

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Förstl

Dr. phil. Sibylle Kraemer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Ismaninger Str. 22, 81765 München