

PSYCHOEDUKATIVE UND BEWÄLTIGUNGSORIENTIERTE KOGNITIVE THERAPIEN BEI SCHIZOPHRENEN UND SCHIZOAFFEKTIVEN STÖRUNGEN

Annette Schaub

Zusammenfassung

Die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlung an die Betroffenen und ihre Angehörigen hat in den letzten Jahren in der Behandlung schizophrener Störungen an Bedeutung gewonnen. Die vorliegenden Therapieansätze unterscheiden sich dahingehend, ob sie stärker psychoedukativ oder mehr auf die Belastungen und Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten sind. Bei beiden Vorgehensweisen wird der Patient als Coexperte seiner Erkrankung ernst genommen und in die Behandlung integriert. Dieser Artikel gibt einen Überblick über diese zumeist manualisierten Therapieansätze sowie aktuelle Forschungsergebnisse, die eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs unter einer kombinierten psychopharmakologischen und psychosozialen Intervention belegen. Besonderes Gewicht liegt auf der Beschreibung eines mittelfristigen bewältigungsorientierten Therapieansatzes, der seit 1995 an der Psychiatrischen Klinik der LMU München durchgeführt wird. Die Behandlungszufriedenheit der Patienten wie auch die klinischen Merkmale (z.B. die Rückfallrate nach einem Jahr) fallen günstig aus. Die Ergebnisse werden derzeit in einer kontrollierten Studie überprüft. Abschließend werden Aspekte einer effektiven Rehabilitation für Patienten mit schizophrenen Störungen beleuchtet.

Schlüsselwörter Schizophrene Störungen - Behandlung - Psychoedukation - bewältigungsorientierte Therapie - Belastungen

Summary

The importance of programmes for educating patients and their relatives about schizophrenia and its treatment has been recognized worldwide. These programmes focus on psychoeducation or are more individually tailored to the patients' needs and stressors. Both approaches see the patient as an coexpert of his illness and integrate him into treatment. This article provides an overview of mainly manualised treatment programmes and of current research proving better outcome when combining psychopharmacological and psychosocial treatment. This paper emphasizes the description of a coping-orientated treatment programme, that has been implemented at the Department of Psychiatry of the LMU Munich since 1995. The patients' satisfaction with treatment as well as clinical characteristics of the sample (e.g. relapse rate) are favourable. A controlled study is on its way to investigate the results in detail. This paper concludes with a discussion of aspects for an efficient rehabilitation in schizophrenia.

Keywords Schizophrenia - treatment - psychoeducation - coping-orientated treatment - stressors

Einführung

Begünstigt durch aktuelle biopsychosoziale Störungsmodelle (Zubin und Spring 1977, Nuechterlein und Dawson 1984, Nuechterlein 1987) und eine veränderte Rolle der Angehörigen und Patienten im Behandlungskontext hat in den letzten 20 Jahren eine Trendwende in der Psychotherapie schizophrener Störungen eingesetzt. Aufgrund einer zu negativen Einschätzung der Bewältigungsbemühungen und -kompetenz der Patienten und eines mangelnden Einbezugs der Angehörigen in die Behandlung waren derartige Behandlungskonzepte lange Zeit vernachlässigt worden.

Anfang der 80er Jahre beschrieben Anderson und Mitarbeiter (1980, 1986) eine primär an die Angehörigen gerichtete Familienintervention, die sie unter Bezugnahme auf die didaktische Informationsvermittlung als "psychoedukativ" bezeichneten. Diese Intervention nahm die wesentlichen Aspekte der nachfolgenden Therapieprogramme vorweg, indem sie

auf folgende Elemente fokussierte: Informationen über die schizophrene Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten, die familiäre Kommunikation, die schrittweise Rehabilitation des Patienten sowie gemeinsam erarbeitete Maßnahmen zur Rezidivprophylaxe. Ziele der Intervention waren ein Wissenszuwachs über die Erkrankung und eine Verbesserung der familiären Kompetenzen im Umgang mit dem Patienten, um ihn vor Überforderungen zu schützen, und ein Zuwachs an Vertrauen in diese Kompetenzen bei den Angehörigen.

Empirische Untersuchungen zu diesem Ansatz (Hogarty et al. 1986, 1991) wie auch zu anderen familientherapeutischen Interventionen, die stärker den Aufbau von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten betonen (z.B. Falloon et al. 1985, dt. Version des Ansatzes: Hahlweg et al. 1995), zeigten in umfangreichen Studien mit zwei- bis fünfjährigen Katamnesen eine erhebliche Reduktion der Rückfallrate gegenüber einer

Behandlung ohne psychoedukative Interventionen (s. Braukhaus et al. in diesem Heft).

Parallel zu diesen familienbezogenen Interventionen wurden auch psychoedukative Behandlungskonzepte für die Patienten selbst entwickelt, die zu Beginn eher kurzfristig, diagnoseunspezifisch und primär auf eine Verbesserung der Behandlungcompliance ausgerichtet waren (Seltzer et al. 1980). Andere Ansätze zu Beginn der 80er Jahre waren von Studien zum Bewältigungsverhalten von Patienten mit schizophrenen Störungen beeinflusst, die in unterschiedlichen Krankheitsphasen aktive Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Symptomen und der Erkrankung belegten (z.B. Falloon und Talbot 1981, Breier und Strauss 1983). Nach Herz und Melville (1980) nahmen etwa 70% der Patienten und 90% der Angehörigen eine prodromale Krankheitsphase wahr, wobei mehr als die Hälfte der Patienten hilfreiche Strategien anwandte. Erste Behandlungskonzepte zur Verbesserung der Selbstkontrolle der Patienten bezogen sich auf das Erkennen und den Umgang mit Frühwarnsignalen einer drohenden Krankheitsepisode sowie die Erarbeitung eines Krisenplans zusammen mit den Angehörigen (z.B. Herz et al. 1982). In den nachfolgenden Jahren gewannen diagnosespezifische und weiter ausgreifende psychoedukative bzw. bewältigungsorientierte Programme an Bedeutung, die die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmaßnahmen, den Umgang mit Frühwarnsignalen sowie den Aufbau von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Symptomen und Belastungen zum Inhalt haben (s. Übersicht von Schaub und Böker 1997).

Psychoedukative und bewältigungsorientierte Therapiekonzepte

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Artikel, gemäß einer Definition der "Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Störungen*", systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefaßt, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die aktive Zusammenarbeit mit der Behandlung und Rehabilitation zu fördern und die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Im Rahmen einer Psychotherapie ist Psychoedukation somit derjenige Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung und der Austausch von Informationen unter den Betroffenen sowie die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen. Psychoedukative Interventionen orientieren sich an einem curricularen Aufbau mit weitgehender Festlegung der Inhalte, der Therapiesitzungen und der zu erreichenden Ziele. Wesentliche Inhalte sind die klinischen Aspekte der Erkrankung (Ursachen, Symptome und Verlaufsformen) sowie die Krankheitskonzepte und die damit verknüpften Interventionen (Psychopharmaka-, Psycho-, Soziotherapie) in den verschiedenen Phasen der Erkrankung (Akutbehandlung, Aufrechterhaltungstherapie, Rezidiv-

prophylaxe). Im Gegensatz zu den mehr psychoedukativen Interventionen fokussieren die bewältigungsorientierten Ansätze stärker auf die Streß- und Krankheitsbewältigung im Sinne einer primär von dem Patienten getragenen Auseinandersetzung mit den konkreten Schwierigkeiten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über wesentliche Ziele der psychoedukativen bzw. bewältigungsorientierten Interventionen.

Tab. 1: Wesentliche Ziele der psychoedukativen bzw. bewältigungsorientierten Interventionen

Fördern	eines funktionalen Krankheitskonzeptes und Selbstbildes
	eines Bewußtseins der erhöhten Vulnerabilität
	effektiver Bewältigungsstrategien
	sozialer Kompetenzen
Wissensvermittlung über	die Erkrankung (Plus- und Minussymptome, Diagnose, Krankheitsverläufe)
	psychopharmakologische und psychosoziale Behandlungsformen
Erkennen kritischer Bedingungen für die Auslösung bzw. Verstärkung von Symptomen sowie deren Abschwächung (z.B. Medikamentenwirkungen)	
Erkennen und Umgang mit	präpsychotischen Symptomen (z.B. Frühwarnsignale)
	chronischen Plussympptomen (z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen)
	Negativsymptomatik und Depressionen
	Medikamentennebenwirkungen
	rezidivgefährdenden Verhaltensweisen (z.B. Drogen, Alkohol, Belastungen und Krisen)

Das Spektrum psychoedukativer Interventionen reicht von sehr kurzfristigen bis hin zu längerfristigen komplexen Ansätzen, die eine umfangreiche Informationsvermittlung mit einer Vielzahl verhaltenstherapeutischer Techniken kombinieren. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente enthalten (z.B. Luderer 1995). Didaktische Elemente wie ein strukturiertes Vorgehen, der Einsatz unterschiedlicher Materialien (z.B. Broschüren, Informations- und Arbeitsblätter, Folien) sowie das interaktive Erarbeiten spezifischer Themen unter Berücksichtigung der Krankheits- und Behandlungserfahrungen sowie der subjektiven Krankheitskonzepte der Teilnehmer sind bei der Durchführung wesentlich. Die aktuellen Gruppeninterventionen lassen sich nach ihrem Setting, der Zielgruppe, den Inhalten und der Therapiedauer charakterisieren (vgl. Tab. 2). Die Therapien finden im stationären, teilstationären, ambulanten oder komplementären Bereich statt. In den letzten Jahren wurden zumeist die Betroffenen und die Angehörigen in die Behandlung miteinbezogen. Dieses Vorgehen bezeichnet man gemäß einer deutschsprachigen Konvention als bifokal. Jedoch gibt es auch weiterhin monofokale Ansätze.

Die von der Arbeitsgruppe um Liberman (1986) entwickelten "Social Independent Living Skills" und zwar insbesondere die Module zum Umgang mit der Erkrankung, das "Sym-

ptom Management Module" (SMM, Liberman 1988; dt. Übersetzung: Brenner 1991; dt. Modifikationen: Behrendt 1996, Kraus et al. 1994), und zur medikamentösen Behandlung, das "Medication Management Module" (MMM, Liberman 1986; dt. Übersetzung: Brenner 1989), gaben wesentliche Anregungen für die Entwicklung psychoedukativer Gruppentherapien. Das einzeltherapeutische Vorgehen von Süllwold und Herrlich (1990, 1998), das insbesondere den Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes und die Förderung von Bewältigungsverhalten betont, hat die Entwicklung dieser Therapieansätze auch maßgeblich beeinflusst. Die Notwendigkeit psychoedukativer Interventionen zeigte sich durch Studien, in denen nur wenige Betroffene ihre Diagnose oder wesentliche Krankheitssymptome angeben konnten (Luderer und Loskam 1988). Konnte man in der früheren Behandlung psychisch erkrankter Patienten eine gewisse Scheu wahrnehmen, den Patienten über seine Erkrankung zu informieren, hat sich dies nunmehr grundlegend verändert.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über Therapieansätze, zu denen Anleitungen bzw. Manuale publiziert wurden. Insbesondere für die originär deutschsprachigen Programme ist die Erarbeitung eines funktionalen Krankheitskonzeptes von zentraler Bedeutung, d.h. all jener krankheitsbezogenen Kognitionen, die eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung begünstigen. In den amerikanischen Programmen wird demgegenüber dem Aufbau sozialer Kompetenzen und von Strategien zur Problemlösung durch übende Verfahren mehr Bedeutung beigemessen. Alle Programme versuchen durch ein strukturiertes Vorgehen den kognitiven Defiziten der Patienten Rechnung zu tragen.

Mittlerweile liegen auch mehrere für Laien verständliche Bücher vor, die wesentliche Informationen über schizophrene Störungen und ihre Behandlung vermitteln (Gottesman 1993; Finzen 1993, 1998; Hell, Fischer-Gestefeld, 1993; Bäuml 1994; Faust 1996; Luderer 1998; Stark et al. 1995, 1998) oder Einblick in das Erleben der Betroffenen (Anstadt 1989; Schiller 1995; Bock 1992, 1997; Stark et al. 1997) und der Angehörigen (Katschnig 1977, Deger-Erlenmaier 1994, Finzen 1996) geben. Zusätzlich zu der oben aufgeführten Literatur gibt es für die Angehörigen informative Ratgeber (z.B. zur psychosozialen Versorgung) und Hilfen zur Bewältigung (z.B. Dörner et al. 1995, Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. 1993, Deger-Erlenmaier 1996). Im Gegensatz zu früheren Annahmen, die die Angehörigen an der Entstehung der schizophrenen Störung beteiligt sahen (z.B. die "schizophrenogene Mutter" nach Fromm-Reichmann 1948; die "double bind-Hypothese" nach Bateson et al. 1956), wurden die Angehörigen in den letzten Jahren zunehmend von diesen Annahmen entlastet, in die Behandlung integriert und ihre positive Bedeutung für den Krankheitsverlauf der Patienten wahrgenommen (z.B. Pitschel-Walz 1997).

Implementierung und Evaluation der psychoedukativen bzw. bewältigungsorientierten Interventionen

Derzeit liegen mehrere Studien vor, die die erfolgreiche Einführung und die Wirksamkeit psychoedukativer Interventionen bei schizophrenen Patienten nachweisen. Die hochstrukturierten Module der Arbeitsgruppe um Liberman wurden in verschiedenen klinischen Einrichtungen in den U.S.A.,

Tab. 2: Überblick über gruppentherapeutische Behandlungskonzepte zur Rezidivprophylaxe bei Patienten mit schizophrenen Störungen

	MMM Liberman (1986)	SMM Liberman (1988)	SMM mod. Behrendt (1996)	PTS Kieserg & Hornung (1996)	PEGASUS Wienberg et al. (1997)	PIP Bäuml et al. (1996) 1997)	BOT Schaub et al. (1996), Schaub (1997)
Zielgruppe(n)	Monofokal	Monofokal	Bifokal	Mono- und Bifokal	Monofokal	Bifokal	Bifokal
Vermittlung eines Krankheitsmodells	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja
Ausführliche Infos über die Krankheit	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Frühwarnsignale und Krisenplan	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Umgang mit chroni- schen Symptomen	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Training sozialer Kompetenz	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja
Problemlöseansatz	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja
Medikamenten- training	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Anzahl der Sitzungen	24	24	30 + 4 mit Angehörigen	15	14	8 + 8 für Angehörige	24/16 + 4-8 für Ang.

Kanada, Japan und Europa implementiert und international sehr weit verbreitet (Übersicht s. Liberman 1998). Kontrollierte Studien belegten selbst über 12 Monate eine deutliche Verbesserung in den vermittelten Lerninhalten gegenüber einer supportiven Therapie (Eckmann et al. 1992). In einem komplexen Studiendesign schnitten die rückfallgefährdeten Patienten dann am besten ab, wenn die Verhaltenstherapie mit einer angemessenen neuroleptischen Behandlung kombiniert wurde (Marder et al. 1996). Die umfangreiche personale Therapie von Hogarty und Mitarbeitern (1997a,b), die durch abgestufte internale Bewältigungsstrategien auf eine zunehmende bessere Wahrnehmung und Bewältigung der persönlichen Vulnerabilität zielt, zeigte bei den in der Familie lebenden Patienten ausgeprägtere und stabilere Effekte im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe und die soziale Anpassung als bei den alleinlebenden. Selbst noch im zweiten und dritten Jahr nach der Entlassung verbesserte sich die soziale Anpassung, was die Effizienz einer längerfristig angelegten, störungsspezifischen Intervention bei schizophrenen Störungen beweist.

Im Rahmen einer von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern initiierten Multicenterarbeitsgruppe wurden die Module von Liberman (1986, 1988) ins Deutsche übersetzt (Brenner 1989, 1990) und in zehn unterschiedlichen klinischen Einrichtungen implementiert (Brenner et al. 1988, Stöckli et al. 1990, Günther et al. 1994, Schaub et al. 1998a). Die klare Struktur der Programme, die alltagspraktischen Themen und die genauen Handlungsanweisungen wurden von Patienten und Therapeuten positiv bewertet. Während stärker chronifizierte Patienten von diesem recht strukturierten Vorgehen profitierten, fühlten sich jedoch weniger beeinträchtigte Patienten eher unterfordert, was zu einem stärker individualisierenden und flexibleren Vorgehen in einigen Einrichtungen führte (Günther et al. 1994). Die Manuale gaben dennoch wertvolle Anregungen für die Therapie. Insbesondere in der Universitätsklinik Homburg (Behrendt 1996) gelang eine gute Adaptation des "Symptom Management Module" an die dortigen Gegebenheiten, wodurch das Programm bis jetzt zu einem wesentlichen Element der klinischen Versorgung wurde. In einer Studie mit 57 schizophrenen Patienten zeigte sich eine Verbesserung des Wissens über die Erkrankung, der psychopathologischen Symptomatik und der psychosozialen Anpassung, wobei es die kombinierte neuroleptische Behandlung zu berücksichtigen gilt (Schaub et al. 1998b). Während andere Studien hohe und über die Zeit stabile externe Kontrollüberzeugungen bei schizophrenen Patienten belegen (z.B. Levenson 1973, Lasar und Loose 1994), zeigte sich im Rahmen dieser Therapie eine signifikante Zunahme internaler und Abnahme externaler Kontrollüberzeugungen im Sinne von Fatalismus (Schaub et al. 1998a, Behrendt und Schaub 1997).

Im deutschsprachigen Raum haben insbesondere die Arbeitsgruppen um Buchkremer in Münster und Tübingen sowie um Bäuml und Kissling in München kontrollierte Studien zur Psychoedukation durchgeführt. Bereits Ende der 80er Jahre entwickelten Buchkremer und Fiedler (1987) ein detailliert auf den Umgang mit psychotischen Krisen zugeschnittenes Therapiekonzept. In einer randomisierten Studie mit 66 Patienten war die Rückfallrate der Patienten dieser Therapie in

der 1- und 2-Jahres-Katamnese im Vergleich zu beiden Kontrollbedingungen, einer handlungsorientierten Therapie und einer erweiterten Standardbehandlung, deutlich niedriger ausgeprägt. Auch in dem 5-Jahres-Zeitraum war die krankheitsbezogene Therapie der erweiterten Standardbedingung überlegen (Lewandowski et al. 1994). Die Arbeitsgruppe um Buchkremer führte zudem eine umfangreiche Studie mit 191 Patienten durch, die randomisiert auf vier Behandlungsformen a) Psychoedukatives Medikamententraining in einer verkürzten Form nach Kieserg und Hornung (1996) (PMT; n=32), b) PMT und kognitive Psychotherapie (KP; n=34), c) PMT und Bezugspersonenberatung (BB; n=35), d) PMT und KP und BB (n=33) und eine Kontrollbedingung, eine Freizeitgruppe (n=57), verteilt wurden. In der 1-Jahres-Katamnese war keine der Interventionsbedingungen eindeutig überlegen (Hornung et al. 1995), jedoch hatte in der 2-Jahres-Katamnese die umfangreichste Intervention (PMT und KP und BB) gegenüber der Kontrollbedingung die signifikant niedrigste Rehospitalisationsrate (Buchkremer et al. 1997).

In der kurzfristigen psychoedukativen Intervention von Bäuml und Mitarbeitern (1996, 1997) zur Verbesserung der Compliance und Optimierung der medikamentösen Rezidivprophylaxe wird eine Patientengruppe mit einer zeitgleich stattfindenden Angehörigengruppe kombiniert. Die Angehörigengruppen sind psychoedukativ ausgerichtet und bieten Hilfen zur emotionalen Entlastung und Streßbewältigung. Im Vergleich zu einer Behandlung ohne psychoedukative Interventionen zeigten sich bei einer Multicenterstudie (n=163) erhebliche Verbesserungen der Compliance und der Rückfallrate, wenn sowohl die Patienten als auch die Angehörigen an psychoedukativen Gruppen teilnahmen. Die Interventionsgruppe hatte in der 1-Jahres-Katamnese eine Rückfallrate von 21%, die Kontrollgruppe von 38%. Dieser Effekt war auch in der 2-Jahres-Katamnese (n=153) mit einer Rückfallrate von 41% in der Interventionsgruppe und 58% in der Kontrollgruppe weitgehend stabil (Kissling et al. 1995, Bäuml et al. 1996, 1997).

Zu den anderen deutschsprachigen psychoedukativen (z.B. Wienberg et al. 1997) sowie stärker auf die Krankheitsbewältigung abzielenden Interventionen (z.B. Wiedl 1994, Stüllwold und Herrlich 1998) liegen derzeit keine randomisierten kontrollierten Studien vor, jedoch geben die zu diesen Ansätzen erschienen Publikationen wertvolle klinische Anregungen.

Beschreibung der bewältigungsorientierten Therapie

An der Psychiatrischen Universitätsklinik München begann 1995 die Einführung der bewältigungsorientierten Therapie für Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen auf einer Schizophrenie-Spezialstation sowie auf allgemein ausgerichteten Stationen (s. Tabelle 3). An der Berner Universitätsklinik wurde im Rahmen eines vom Nationalfonds geförderten Projektes auf drei Jahre eine längerfristige Versi-

on mit 24 Sitzungen in Kombination mit Familiengesprächen in einer kontrollierten Studie durchgeführt und evaluiert, wobei sich in der bewältigungsorientierten Therapie ein höherer Wissenszuwachs und eine kürzere stationäre Verweildauer im Vergleich zur supportiven Therapie abzeichneten (Schaub et al. 1996). In München wurde die bewältigungsorientierte Therapie an die durchschnittliche Verweildauer der Patienten mit einem Behandlungsmodus von 12 Sitzungen (2x wöchentlich) im stationären Setting und 4 Auffrischsitzungen (zumeist ambulant) angepaßt, und mit Angehörigengruppen kombiniert (Schaub 1997, 1998). Diese Therapie wird Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose angeboten, die sich in einem postakuten Stadium befinden und für die Gruppengespräche hinreichend belastbar und konzentrationsfähig sind. Die Therapie ist strukturiert, läßt jedoch auch Raum für eine flexible Ausgestaltung und betont insbesondere ein interaktives sowie ein ressourcenorientiertes Vorgehen. Wert wird auf ein gruppentherapeutisches Setting gelegt, um Aspekte des sozialen Lernens und der Gruppendynamik nutzen zu können. Begleitend sind auch Einzelgespräche möglich, da manche Inhalte und Fragen sich weniger für Gruppengespräche eignen. Auch die Angehörigen werden zu Gruppengesprächen eingeladen, wenn sich der Patient hiermit einverstanden erklärt hat. Diese Gespräche sind psychoedukativ, dienen aber auch der emotionalen Entlastung und der Krankheitsbewältigung.

Hinsichtlich der psychoedukativen Inhalte wird der interaktive Einbezug des Patienten betont und eine Integration der sachlichen, dem aktuellen wissenschaftlichen Wissensstand angepaßten Informationen mit den eigenen Krankheits-erfahrungen und subjektiven Krankheitskonzepten der Patienten angestrebt. Anknüpfend an das Vulnerabilität-Streß-Bewältigungsmodell (Zubin und Spring 1977, Nuechterlein 1987) wird den Teilnehmern der Zusammenhang zwischen Belastungen und Veränderungen der Befindlichkeit bis hin zu psychotischen Exazerbationen verdeutlicht. Dabei können mangelnde soziale Unterstützung, spezifische Persönlichkeitszüge sowie maladaptive Bewältigungsstrategien eine weitere wesentliche Rolle spielen. Im Gegensatz zu den rein psychoedukativen Ansätzen ist dieses kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenangebot auf Streßbewältigung und den Aufbau positiver Ressourcen angelegt (s. Tab. 3). Dieses Vorgehen orientiert sich an Studien zum Bewältigungsverhalten schizophrener Erkrankter, wonach z.B. ein Bewältigungsstil, der sich durch die Integration der Erkrankung in die Gesamtpersönlichkeit auszeichnet, mit einem besseren Krankheitsverlauf einhergeht (Böker und Schaub 1997). Spezifische Bewältigungsstrategien, wie eine Adaption der Lebensziele an die gegebene Situation, das Aufrechterhalten einer hoffnungsvollen Sichtweise sowie eine gute Compliance, erwiesen sich als die besten Prädiktoren für einen rezidivfreien Krankheitsverlauf über zwei Jahre (Schaub 1995). Somit bietet sich die interessante Möglichkeit über die Vermittlung von effektiven Bewältigungsstrategien den Krankheitsverlauf bei Patienten mit schizophrenen Störungen positiv zu beeinflussen.

Tab. 3: Beschreibung der bewältigungsorientierten Therapie für schizophrene und schizoaffektive Störungen

<p>1. Aufklärung über Krankheit und Behandlung auf der Grundlage des Vulnerabilität-Streß-Bewältigungsmodells</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur schizophrenen Erkrankung (Symptomatik, Ätiologie, Verlauf) - Informationen zur Behandlung (psychopharmakologisch, psychosozial) - Erkennen, Monitoring und Umgang mit Frühwarnsymptomen <p>2. Bewältigung von Belastungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikation von Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen - Analyse belastender Situationen im Hinblick auf psychophysiologische, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Parameter - Streßmanagement: Aufbau von Bewältigungsstrategien (z.B. Entspannungsstrategien), Training sozialer Fertigkeiten, Kognitive Therapie (Problemlösen, kognitive Umstrukturierung) <p>3. Aufbau von Gesundheitsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikation von Ressourcen in verschiedenen Lebensbereichen - Positive Lebensgestaltung (z.B. Freizeitverhalten)

Nach dem transaktionalen Ansatz der Streßforschung von Lazarus (1991) tritt Streß dann auf, wenn spezifische externe und/oder internale Anforderungen so eingeschätzt werden, daß sie die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person bis auf das äußerste beanspruchen bzw. übersteigen. Das Kernstück dieser Definition ist somit die Bewertung der Situation als selbstwertrelevant, wobei antizipierte oder bereits erfolgte Beeinträchtigungen, aber auch Chancen zur erfolgreichen Bewältigung vorliegen können. Die Teilnehmer werden angeleitet, ihre persönlichen Belastungen und individuellen Reaktionsmuster in Belastungssituationen zu erkennen. Das Spektrum der Belastungen bezieht sich auf den beruflichen Bereich (z.B. Probleme am Arbeitsplatz wegen Leistungsschwierigkeiten), den sozialen Bereich (z.B. Angst vor fehlendem Verständnis oder Ablehnung) und die Krankheit (z.B. Beeinträchtigung durch Symptome, Nebenwirkungen der Medikamente, Angst vor einem Rezidiv).

Bei dem Streßmanagement und dem Aufbau von Gesundheitsverhalten wird ein auf die jeweilige Gruppe zugeschnittenes Vorgehen gewählt, wobei je nach den Bedürfnissen der Teilnehmer der Aufbau von Bewältigungsstrategien, von sozialen Kompetenzen oder von konstruktiven Einstellungen zur eigenen Person thematisiert wird (s. entsprechendes Manual in Vorbereitung). Auf der kognitiven Ebene ist u.a. das Erkennen individueller Streßreaktionen und persönlicher Frühwarnsignale, die Entwicklung realistischer Ziele und Erwartungen, die Realisierung problembezogener Lösungsversuche, die kognitive Umstrukturierung hinsichtlich belastender Si-

tuationen, sowie die Anwendung positiver Selbstinstruktionen anzusiedeln. Auf der Verhaltensebene spielen Aspekte der Tagesstrukturierung (z.B. Schlaf- und Mahlzeiten, Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung), die Zu- oder Abnahme des Aktivitätsniveaus, das Aufsuchen bzw. Meiden sozialer Kontakte sowie sozial kompetentes Verhalten eine Rolle. Maladaptive Verhaltensweisen sind u.a. ein übermäßiges Ausweichverhalten, übertriebene Besorgnis, Grübeln und Selbstvorwürfe sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Als mögliche Bewältigungsstrategien werden u.a. Entspannungsmethoden wie die Progressive Muskelentspannung (Jacobson 1960) oder Atemübungen mit positiven Selbstinstruktionen (Tausch 1996) durchgeführt. Die Patienten werden zudem zu einem systematischen problem- und lösungsbezogenen Vorgehen angeleitet. Wesentliche Schritte sind die Beschreibung der problematischen Situation, das Entwickeln möglicher Lösungen ('brain-storming'), das Abwägen ihrer Vor- und Nachteile sowie die Entscheidung für die bestmögliche(n) Lösung(en) mit anschließender Konkretisierung und Realisierung. Das Training sozialer Fertigkeiten wird auf die individuelle Situation des Patienten zugeschnitten und ein für den Patienten spezifisches Rollenspiel ausgearbeitet. Wesentlich beim Training sozialer Fertigkeiten ist die anschließende Umsetzung der im Rollenspiel geübten Verhaltensweisen in die Realität und der Bericht über die jeweiligen Erfahrungen in der nächsten Therapiesitzung. Schwierigkeiten bei der Umsetzung selbstsicheren Verhaltens können auf mangelnde Fertigkeiten oder selbstabwertende Einstellungen zurückzuführen sein. Sollte letzteres der Fall sein, gilt es diese mit Hilfe einer kognitiven Umstrukturierung zu hinterfragen. Die kognitive Therapie kommt auch dann zum tragen, wenn dysfunktionale Kognitionen (z.B. "Ich muß alles perfekt machen") zum Streßerleben beitragen. Viele Patienten reagieren mit einer deutlichen Verunsicherung auf die Diagnose einer schizophrenen Psychose. Insbesondere das Gewährwerden der Diagnose sowie bei mehreren Krankheitsphasen das Scheitern früherer Berufs- und Beziehungsperspektiven geht mit Selbstwertproblemen einher. Besonderes Gewicht liegt auch auf der Erarbeitung eines Krisenplans, der, basierend auf den Erfahrungen mit früheren Krisen, die individuellen Frühwarnsignale und hilfreiche Bewältigungsstrategien umfaßt. Aber nicht nur die Krisenbewältigung, sondern auch die Rückfallprophylaxe ist wichtig, d.h., wie kann der Patient leben, um auf seinem derzeitigen Niveau stabil zu bleiben bzw. sich zu verbessern. Somit spielt der Aufbau eines der Gesundheit und der Lebensqualität förderlichen Lebensstils eine zentrale Rolle. Durch den Ausbau von Wünschen und Interessen, das Anerkennen persönlicher Bedürfnisse und die Entwicklung von individuellen Wertorientierungen sollten die gesunden Anteile der Persönlichkeit gefördert und gestärkt werden. Das Selbstkonzept des Patienten sollte nicht einseitig auf die Krankheitsgefährdung ausgerichtet sein, sondern auch eine Vorstellung der eigenen Individualität und der verbliebenen Entwicklungsmöglichkeiten umfassen.

Erste Ergebnisse der mittelfristigen bewältigungsorientierten Therapie

Derzeit haben 140 Patienten an diesem Therapieangebot in München teilgenommen. 78% füllten einen Rückmeldefragebogen aus, demzufolge 91% die Gruppe als hilfreich bis sehr hilfreich einschätzten. Mehr als zwei Drittel gaben an, sie seien zum Thema Psychose gut informiert und hätten Anregungen aus der Gruppe in den Alltag umsetzen können. Zudem seien sie nunmehr zuversichtlicher im Umgang mit ihrer Erkrankung. In der Rangreihe der favorisierten Themen nahmen Rückfallverhütung, Behandlungsmöglichkeiten, Umgang mit Frühwarnsignalen, Entstehungsbedingungen und Verlauf von Psychosen die ersten Plätze ein. Die Möglichkeiten mit Streß und krankheitsbedingten Belastungen effektiver umzugehen, verbesserten sich nach Aussagen der Patienten am meisten durch das Erkennen individueller Streßsituationen und -reaktionen sowie durch die Förderung angemessener Freizeitaktivitäten. Übende Verfahren wie Rollenspiel und Entspannungsübungen wurden von einigen Patienten positiv, von anderen weniger hilfreich eingeschätzt. Als besonders günstig bewerteten die Patienten den offenen Austausch in der Gruppe, die gegenseitige Anregung und Unterstützung der Teilnehmer und die Informationsvermittlung (Schaub et al. 1998c, 1999).

Im Wissenstest, einem Fragebogen zur Erkennung (z.B. Symptome, Ätiologie) und ihrer Behandlung sowie möglichen Bewältigungsstrategien, zeichnete sich unter dieser Therapie ein deutlicher Lernzuwachs ab ($p = 0,001$). Es ist derzeit aber noch ungeklärt, inwieweit der alleinige Wissenszuwachs einen Einfluß auf die Rezidivprophylaxe hat (z.B. Bäuml et al. 1996, Schaub, 1998). Auch die psychopathologische Symptomatik (BPRS, Ventura et al. 1986, SANS, Andreason et al. 1981) besserte sich deutlich, wobei es die kombinierte neuroleptische Behandlung zu berücksichtigen gilt. Die Befragung von 64 schizophren erkrankten Patienten nach einem Jahr zeigte eine Rückfallrate von 19% (Schaub et al. 1999) - ein Ergebnis, das mit anderen psychoedukativen Studien vergleichbar ist (Bäuml et al. 1996, Buchkremer et al. 1997). Derzeit wird in einer kontrollierten Studie untersucht, welchen Einfluß die bewältigungsorientierte Therapie im Vergleich zu einer supportiven Therapie auf den längerfristigen Krankheitsverlauf, die psychosoziale Anpassung und die Lebensqualität der Betroffenen hat. Zudem wird der Frage nachgegangen, welche Patienten von diesem Therapieansatz am meisten profitieren.

Zusammenfassung

Da sich im Rahmen der Familientherapie psychoedukative Elemente (z.B. Anderson et al. 1980, Hogarty et al. 1986) bewährt haben, werden diese auch neuerdings in der Einzel- und Gruppentherapie mit den Patienten aufgegriffen. Das Vulnerabilität-Streß-Modell (Zubin und Spring 1977) und seine Modifikationen (Nuechterlein 1987) sowie die Ergebnisse der Copingforschung, die den Patienten als aktiven

„Mitgestalter“ seiner Erkrankung beschreiben, führten zu einer stärker patientenorientierten Behandlungsweise, in der das Erleben und die Bedürfnisse der Patienten stärker in den therapeutischen Prozeß eingebettet werden. Die Therapiefor- schung zu diesen Interventionen belegt, daß Patienten mit schizophrenen Störungen mehr über ihre Erkrankung lernen, eine bessere Einsicht in Krankheitszusammenhänge gewinnen und eine größere Mitarbeitsbereitschaft entwickeln, was einer Rezidivprophylaxe förderlich ist (z.B. Bäuml et al. 1997, Buchkremer et al. 1997). Bewältigungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung können erlernt werden, wobei sich eine Zunahme internaler und eine Abnahme externaler Kontrollüberzeugen (Fatalismus) abzeichnet (Behrendt und Schaub 1997). Auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert sich (Atkinson et al. 1996).

Im Gegensatz zu den mehr psychoedukativen Interventionen fokussieren die bewältigungsorientierten Ansätze stärker auf die Streß- und Krankheitsbewältigung im Sinne einer primär von dem Patienten getragenen Auseinandersetzung mit den konkreten Schwierigkeiten (z.B. Süllwold und Herrlich 1992, Wiedl 1994, Schaub et al. 1996, 1997). Die an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführte bewältigungsorientierte Therapie vermittelt, neben Informationen zur Erkrankung und Behandlung auf der Grundlage aktueller Störungskonzepte auch Hilfen zum Umgang mit der Erkrankung und ihren Belastungen. Wesentlich ist hierbei ein interaktives, ressourcenorientiertes Vorgehen, das den Patienten als Coexperten seiner Erkrankung ernst nimmt. Entgegen früheren Annahmen, daß das Ansprechen von belastenden Situationen für Patienten mit schizophrenen Störungen nicht geeignet sei, sprechen die Erfahrungen für dieses Vorgehen, wobei hier aber die Belastbarkeit und die kognitiven Defizite sowie die erhöhte emotionale und kognitive Vulnerabilität der Teilnehmer zu berücksichtigen sind. Anknüpfend an die bereits als hilfreich erlebten Bewältigungsstrategien, werden weitere Bewältigungskompetenzen aufgebaut, wobei das Konzept der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“, Bandura 1977), d.h. der Überzeugung, auf Geschehnisse des Lebens Einfluß nehmen zu können, eine zentrale Rolle spielt. Der Wissenszuwachs hinsichtlich der Erkrankung, die Sensibilisierung für Krankheitsprozesse (z.B. Wahrnehmung von Frühwarnsignalen) und für Belastungen (Wahrnehmung persönlicher Streßreaktionen und krisenhafter Zuspitzungen) sowie die Förderung von Bewältigungsverhalten sind ebenfalls von Bedeutung. Wesentlich erscheint auch der Aufbau von Gesundheitsverhalten, d.h. der Etablierung eines Lebensstils, der weiteren Rezidiven vorbeugt. Ebenso wünschenswert ist es, dem Patienten Einblick in die jeweiligen Therapiekonzepte zu vermitteln sowie seine Krankheits- theorien und Zielvorstellungen aufzugreifen. Im Hinblick auf die Therapieinhalte sind die Patienten besser motiviert, wenn sie die Relevanz zu ihrer eigenen Lebenssituation erkennen.

Bei dieser Intervention zeigten sich eine Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik sowie ein deutlicher Wissenszuwachs, der auch in anderen Studien (Schaub et al. 1996) bestätigt wurde. Ebenfalls hinsichtlich der Zufriedenheit der Patienten mit diesem Therapieangebot sowie der

Wiedererkrankungsrate in der Ein-Jahres-Katamnese sind die Ergebnisse zufriedenstellend (Schaub, 1998b, 1999). Die Rezidivprophylaxe ist aber nicht das einzige Ziel, sondern langfristig die Verbesserung der psychosozialen Anpassung, des Krankheitsverlaufs und der Lebensqualität der Betroffenen. Die vorliegenden Ergebnisse werden derzeit an einer größeren kontrollierten Studie überprüft, wobei insbesondere der Einfluß auf den Krankheitsverlauf und die Frage nach Prädiktoren von Bedeutung.

Wenngleich die Neuroleptikatherapie der Hauptpfeiler in der Behandlung schizophrener Störungen ist (Möller et al. 1996), bedarf es zusätzlicher psychosozialer Interventionen, insbesondere, um die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung zu verbessern. In diesem Zusammenhang relevant ist zudem, daß Psychopharmako- und Psychotherapie in einem aufeinander bezogenen Verhältnis stehen, da die neuroleptische Behandlung zumeist erst die psychotherapeutischen Interventionen ermöglicht und diese wiederum das Spektrum der medikamentösen Behandlung erweitern (z.B. Fördern eines selbständigen Lebensstils, Aufbau sozialer Kompetenzen etc.). Es ist derzeit noch nicht hinlänglich geklärt, inwieweit die Effekte der psychoedukativen Interventionen primär auf einer Verbesserung der Compliance beruhen oder inwieweit ihnen darüber hinaus eine psychotherapeutische Wirkung zukommt. Hogarty et al. (1991) bestätigte in einer Studie eine über die Verbesserung der Compliance hinausgehende eigenständige therapeutische Effizienz psychoedukativer Ansätze. Die Wirkungsweise der Therapien, wie sie beispielsweise im Verhältnis zwischen Charakteristika des Therapieprozesses und Verlaufsparemtern zum Ausdruck kommt, und auch die Untersuchung von Prädiktoren für den Psychotherapieprozeß sind bisher selten Forschungsgegenstand gewesen (Schaub et al. 1998b).

Die Weiterentwicklung und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungsmethoden stellt eine wichtige Bedingung für eine effektivere Rehabilitation schizophrener Patienten dar, da ihnen nur eine Kombination von Psychopharmakotherapie und psychosozialen Interventionsmethoden eine bessere soziale Integration und Lebensführung ermöglicht. Der gegenwärtige Wissensstand in der psychiatrischen Rehabilitation legt nahe, daß kognitiv-behaviorale, psychosoziale, psychoedukative oder bewältigungsorientierte Interventionen, zusammen mit einer umsichtig angewandten neuroleptischen Therapie, einer unterstützenden Umgebung und einer effizienten Betreuung den Patienten mit einer schweren, langdauernden psychischen Krankheit die größtmögliche Chance für eine soziale Integration sowie Schutz vor einem Rückfall bieten und zugleich eine optimale Lebensqualität fördern (Lieberman et al. 1986). Wichtig ist hierbei auch der Einbezug der Familienangehörigen und des sozialen Umfeldes in den Therapieprozeß. Das heterogene Krankheitsbild der Schizophrenie, die intraindividuellen Fluktuationen, motivationale und kognitive Defizite, aber auch die z.T. schwankende Krankheitseinsicht erschweren die Psychotherapie bei Patienten mit schizophrenen Störungen. Dennoch sollte es eine vorrangige Aufgabe sein, gerade für diese Patienten gute Rehabilitations- und Therapiemöglichkeiten zu schaffen. Die Möglichkeit einer

umfassenden und ggf. längerfristigen Behandlung, die die Koordination und Kontinuität von stationären, teilstationären und ambulanten Diensten sowie komplementären Einrichtungen gewährleistet, sollte angestrebt werden.

*1996 wurde die Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen" zur Festlegung allgemein akzeptierter Grundsätze der Psychoedukation sowie entsprechender Behandlungsstandards gegründet. Sie umfaßt mittlerweile Mitarbeiter der psychiatrischen Universitätskliniken aus Düsseldorf, Homburg/Saar, Leipzig, Marburg, München (TU, LMU), Münster, Tübingen sowie der Versorgungskliniken in Bielefeld, Bonn und Weinsberg. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind u.a. Dr. J. Bäuml, PD Dr. P. Hornung, Prof. Dr. H.J. Luderer, Prof. Dr. M. Stark.

Die Studie zur Evaluation der bewältigungsorientierten Therapie an der Psychiatrischen Klinik der LMU München wurde durch die freundliche Unterstützung von Eli Lilly Homburg gefördert.

Literaturverzeichnis

- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ: Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophr Bull* 1980;6:490-515.
- Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE: *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management.* New York, Guilford 1986.
- Andreason NC: *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).* University of Iowa City, 1981.
- Angermeyer MC, Finzen A: *Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe.* Stuttgart, Enke 1984.
- Anstadt S: *Alle meine Freunde sind verrückt. Aus dem Leben eines schizophrenen Jungen. Bericht einer Mutter.* München, Piper, 1989.
- Atkinson JM, Coia DA, Harper Gilmour W, Harper JP: The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996;168: 199-204.
- Bäuml J: *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige.* Berlin, Springer 1994.
- Bäuml J: *Psychoedukative Gruppenarbeit bei schizophrenen Patienten.* *Psycho* 1997;23:38-45.
- Bäuml J, Pitschel-Walz G, Kissling W: *Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige.* In: Stark A (ed): *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten.* Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1996,217-255.
- Bandura A: *Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change.* *Psych Review* 1977;84,191-215.
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J: *Towards a theory of schizophrenia.* *Behav Science* 1956;1:251-264.
- Behrendt B: *Das Symptom-Management-Modul als Standardbehandlung in einem tagesklinischen Setting.* In: A. Stark (Hrsg.) *Verhaltenstherapeutische Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten.* Tübingen, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 1996, S. 161-184.
- Behrendt B, Schaub A: *Kann psychoedukatives Training die internalen/externalen Kontrollüberzeugungen von schizophren Erkrankten beeinflussen?* *Nervenheilkunde* 1997;16:18-19.
- Bock T, Deranders JE, Esterer I: *Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn.* Bonn, Psychiatrie Verlag, 2. Aufl. 1997.
- Bock T, Deranders JE, Esterer I: *Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn.* Psychiatrie Verlag, Bonn, 1992.
- Böker W, Schaub A: *Bewältigungsversuche Schizophrener.* In: Böker W, Brenner H-D (eds): *Behandlung schizophrener Psychosen.* Stuttgart, Enke, 1997,165-185.
- Breier A, Strauss JS: *Self-control in psychotic disorders.* *Arch Gen Psychiat* 1983;40:1141-1145.
- Brenner HD: *Therapieprogramm zum Umgang mit Medikamenten. Therapeuten-Handbuch und Patienten-Arbeitsbuch nach Liberman 1986.* Bern, Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie an der Universitätsklinik, 1989
- Brenner HD: *Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen. Therapeuten-Handbuch und Patienten-Arbeitsbuch nach Liberman 1988.* Bern, Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie an der Universitätsklinik, 1990
- Brenner HD, Waldvogel D, Wäber M, Ambühl B: *Therapieprogramm zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten bei chronisch psychisch Kranken.* *Swiss Med* 1988;10:15-20.
- Buchkremer G, Fiedler P: *Kognitive versus handlungsorientierte Therapie.* *Nervenarzt* 1987;48:481-488.
- Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP: *Psychoeducational psychotherapy für schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up.* *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:483-491.
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hg.): *Familien helfen sich selbst.* Bonn, Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V., 7. Aufl., 1993.
- Deger-Erlenmaier H: *Wenn nichts mehr ist, wie es war ... Angehörige psychisch Kranker bewältigen ihr Leben.* Bonn, Psychiatrie-Verlag 2. Aufl., 1994
- Deger-Erlenmaier H, Titze E, Walter K: *Jetzt will ich es wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker.* Bonn, Psychiatrie Verlag 1996
- Dörner K, Egetmeyer A, Koenning K: *Freispruch der Familie.* Bonn, Psychiatrie Verlag, 1995.
- Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmerman K, Mintz J: *Technology for training schizophrenics in illness self-management: A controlled trial.* *Am J Psychiatry* 1992;149:1549-1555.
- Falloon IRH, Talbot RE: *Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management.* *Psychol Med* 1981;11:329-339.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razzani J, Moss HB, Gildeman AM, Simpson GM: *Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study.* *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887-896.
- Faust V: *Schizophrenie. Erkennen und Verstehen in Fragen und Antworten.* Arcis, 1996.
- Finzen A: *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen.* Bonn, Psychiatrie Verlag, 1993.
- Finzen A: *Der Verwaltungsrat ist schizophren. Die Krankheit und das Stigma.* Bonn, Psychiatrie Verlag 1996.
- Finzen A: *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag.* Bonn, Psychiatrie Verlag, 12. neubearb. und erw. Auflage 1998.
- Fromm-Reichmann F: *Notice on the treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy.* *Psychiatry* 1948;11:263-272.
- Gottesman II: *Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen und Verlaufsformen.* Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag, 1993.

- Günther R, Kröner B, Seidensticker-Loh E, Zayas FC: Training zum Umgang mit Symptomen und Medikamenten für schizophrene Erkrankte. *Krankenhauspsychiatrie* 1994;5:162-165.
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U: Familienbetreuung schizophrener Patienten. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union 1995.
- Hell D, Fischer-Gestefeld M: Schizophrenien. Verständnisgrundlagen und Orientierungshilfen. 2. neubearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1993.
- Herz MI, Melville C: Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1980;137:801-805.
- Herz MI, Szymanski HV, Simon JC: Intermittant medication for stable schizophrenic outpatients: An alternative to maintenance medication. *Am J Psychiatry* 1982;139:918-922.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia: I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-642.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich R, Carter M: Family psychoeducation, social skills training and maintenance therapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry*;1991;48:340-347.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, Carter M, Flesher S: Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1504-13.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Ulrich RF: Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1514-24.
- Hornung WP, Buchkremer G, Holle R, Schulze-Mönking H, Klingberg S: Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen - Ergebnisse einer Ein-Jahres-Katamnese. *Nervenarzt* 1995;66:828-834.
- Jacobson E: Progressive Relaxation. University of Chicago, Chicago Press, 1960.
- Katschnig H.: Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. Psychologie-Verlags-Union, 3. Aufl., Weinheim, 1989.
- Kieserg, A., Hornung, W.P.: Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Materialie Nr. 27, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage 1996.
- Kissling W, Bäuml J, Pitschel-Walz G: Psychoedukation und Compliance bei der Schizophreniebehandlung. *Münch Med Wschr* 1995;137:801-805.
- Kraus H, Schmalzried M, Wittpoth J: Frühsymptom-Management. Rezidivprophylaxe bei schizophren gefährdeten Menschen. Dortmund, Video-Cooperative Ruhr, 1994.
- Lasar M, Loose R: Kontrollüberzeugungen bei chronischer Schizophrenie. *Nervenarzt* 1994;65:464-469.
- Lazarus RS: Emotion and Adaptation. New York, Oxford University Press, 1991.
- Levenson H: Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 1973;41:397-404.
- Lewandowski L, Buchkremer G, Stark M: Das Gruppenklima und die Therapeut-Patient-Beziehung bei zwei Gruppentherapie-strategien für schizophrene Patienten - ein Beitrag zur Klärung differentieller Therapieeffekte. *Psychother Psychosom med Psychol* 1994;44:115-121.
- Lieberman RP: Social and Independent Living Skills. The Symptom Management Module. Trainer's manual and patient's handbook. Los Angeles, Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation, 1986.
- Lieberman RP: Social and Independent Living Skills. The Medication Management Module. Trainer's manual and patient's handbook. Los Angeles, Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation, 1988.
- Lieberman RP: International perspectives on skills training for the mentally disabled. *Internat Rev Psychiat* 1998;10:5-8.
- Lieberman RP, Jacobs HE, Boone SE, Foy DW, Donahoe CP, Falloon IRH, Blackwell G, Wallace CF: Fertigkeitstraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In: W Böker, HD Brenner: Bewältigung der Schizophrenie. Bern Stuttgart, Huber, 1986, 96-112.
- Luderer HJ: Gibt es eine personenzentrierte Informationsvermittlung bei Patienten mit Schizophrenien und deren Angehörigen? *GWG-Zeitung* 1995;97:21-26.
- Luderer HJ: Schizophrenie: Mit der Krankheit umgehen lernen. Hilfreiche Informationen für Patienten und Angehörige. Stuttgart, Trias, 1998.
- Luderer HJ, Loskam W: Die Einstellung der Ärzte zur Aufklärung psychisch Kranker. In: Böker F, Weig W (Hrsg.): Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie. Berlin Heidelberg New York, Springer, 1988.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnson K, Eckman TA, Lebell M, Zimmerman K, Liberman RP: two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:1585-1592.
- Möller HJ, Laux G, Deister A: Psychiatrie. Duale Reihe, Stuttgart, Hippokrates 1996.
- Nuechterlein KH: Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In: Häfner H, Gattaz WF, Janzarik W (eds): Search for the Causes of Schizophrenia. Berlin, Springer 1987.
- Nuechterlein KH, Dawson ME: A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984;10:300-312.
- Pitschel-Walz G: Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. *Psycho* 1997;23(1):22-34.
- Scharfetter C: Schizophrene Menschen. Diagnostik, Psychopathologie und Forschungsansätze. 4. überarbeitete Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995.
- Schaub A: Rückfallgefährdung und Bewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten. In: Bender W, Hubmann W, Mohr F (Hrsg) Neue Entwicklungen in der Behandlung schizophrener Psychosen. München Haar, VTS Verlag 1995, 277-293.
- Schaub A: Bewältigungsorientierte Gruppentherapie für schizophrene und schizoaffektiv Erkrankte in Verbindung mit Angehörigenarbeit. In: Trenckman U, Lasar M (Hrsg) Psychotherapeutische Strategien der Schizophreniebehandlung. Lengerich Berlin, Pabst Science Publishers 1997, 95-119.
- Schaub A: Cognitive-behavioral coping-orientated therapy for schizophrenia: A new treatment model for clinical service and research. In Perris C, McGorry PD: Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice. Chichester, John Wiley 1998, 91-109.
- Schaub A, Böker W: Bewältigungsorientierte Therapie. In: Böker W, Brenner H-D (eds): Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart, Enke, 1997,186-208.
- Schaub A, Andres K, Schindler F: Psychoedukative und bewältigungsorientierte Gruppentherapien in der Schizophreniebehandlung. *Psycho* 1996;22:713-721.
- Schaub A, Behrendt B, Brenner HD: A multi-hospital evaluation of the Medication and Symptom Management Modules in Germany and Switzerland. *Internat Rev Psychiat* 1998a;1:42-46.

- Schaub A, Behrendt B, Brenner HD, Mueser KT, Liberman RP: Training Schizophrenic Patients to Manage Their Symptoms: Predictors of Treatment Response to the German Version of the Symptom Management Module. *Schiz Res* 1998b;31:121-130.
- Schaub A, Wolf B, Froschmayr S, Möller HJ: Bewältigungsorientierte Therapie bei schizophrenen und schizoaffektiven Störungen. Psychotherapie im Wechselspiel zwischen Forschung und Praxis. II. Psychotherapiekongreß der DGPPN, Freiburg, 1998c, 42.
- Schaub A, Wolf B, Gartenmaier A, Charypar M, Goldmann U: Evaluation von Therapieansätzen zur Krankheitsbewältigung bei schizophrenen und depressiven Störungen. 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM), Verhaltenstherapie 1999, 9 (Suppl 1), 68.
- Schiller L: Wahnsinn im Kopf. Bergisch-Gladbach, Bastei-Lübbe, 1995.
- Seltzer A, Roncari I, Garfinkel P: Effect of patient education on medication compliance. *Can J Psychiatry* 1980;25:638-645.
- Stark M, Esterer I, Bremer F: Ich bin doch nicht verrückt. Bonn, Psychiatrie Verlag, 1997.
- Stark M, Buchkremer G, Claußen HJ, Esterer I: Psychosen. Psychotische Störungen erkennen, behandeln und bewältigen. München, Mosaik Verlag, 1998.
- Stark M, Esterer I, Bremer F: Wege aus dem Wahnsinn. Therapien bei psychischen Erkrankungen. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1995.
- Stöckli M, Waldvogel D, Brenner HD: Schizophrenie-Rückfallprävention: "Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen". *Swiss Med* 1990;12:17-22.
- Süllwold L, Herrlich J: Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter. Stuttgart, Berlin Kohlhammer, 2. überar. Aufl. 1998.
- Tausch R: Hilfen bei Streß und Belastung. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1996.
- Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman RP: Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "The drift busters". *IntJ Meth Psychiatric Res*, 1993;3: 221-244.
- Wiedl KH: Bewältigungsorientierte Therapie bei Schizophrenen. *Zschr Klin Psychol Psychopathol* 1994;42:89-117.
- Wienberg G: „Schizophrenie zum Thema machen“. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn, Psychiatrie Verlag, 1997.
- Zubin J, Spring B: Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977;86:103-126.

Dr. phil. Annette Schaub

Psychiatrische Klinik

der Ludwig-Maximilians-Universität München

Nußbaumstr. 7 • 80336 München

Tel.: 089-51602779 • Fax: 089-51604749

e-mail: Schaub@psy.med.uni-muenchen.de