

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie II

Thema: Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen II

Therapie der Schizophrenie

Mehrere Ansatzpunkte entsprechend des Vulnerabilitäts-Stress-Modells



Phasenspezifische Behandlung der Schizophrenie

1. Phase:

Behandlung der akuten Symptomatik

2. Phase:

Behandlung residualer Symptome und Vorbeugung von Rückfällen (Nachbehandlungsphase)

evtl. weitere Phase:

Behandlung chronischer Fälle

Akutbehandlung der Schizophrenie

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

Neuroleptika

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

Gängige Neuroleptika

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

Studie zur Behandlung mit Neuroleptika (Cole 1964)

Fragestellung: Therapievergleich von 3 Neuroleptika mit Placebo

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

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

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

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

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

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

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

	Neuroleptika zusammen	Placebo
verschlechtert	0	25%
unverändert	5%	20%
leicht gebessert	20%	25%
deutlich gebessert	75%	30%

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

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

Längerfristige Behandlung der Schizophrenie

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

Verbesserung der Compliance: Edukation und Angehörigengruppen

- *Informationen* über die Störung (Krankheitsbegriff, Ursachen, Symptome, Verlauf, Prognose) und Behandlungsmöglichkeiten (Medikation, Rückfallprophylaxe, Psychotherapie)
- *Selbsthilfebücher* und Ratgeber für Betroffene und Angehörige
- Schulung in der *Erkennung von Frühwarnzeichen*
- Vermittlung *praktischer Umgangsregeln*
- *Erfahrungsaustausch*
- *Emotionale Entlastung* (Entlastung von Schuldgefühlen, Bearbeitung von Enttäuschungen, Resignation und Überforderung)

Therapieziele bei Schizophrenie

- Verringerung von Krankheitssymptomen
- Verminderung der individuellen Vulnerabilität
- Verringerung ungünstiger Einflüsse äußerer Stressoren
- Förderung der Kommunikation und Krankheitsbewältigung
- Verbesserung der Lebensqualität

(Quelle: AWMF-S3-Leitlinie Schizophrenie, 2005)

Psychotherapeutische Ansätze bei Schizophrenie

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

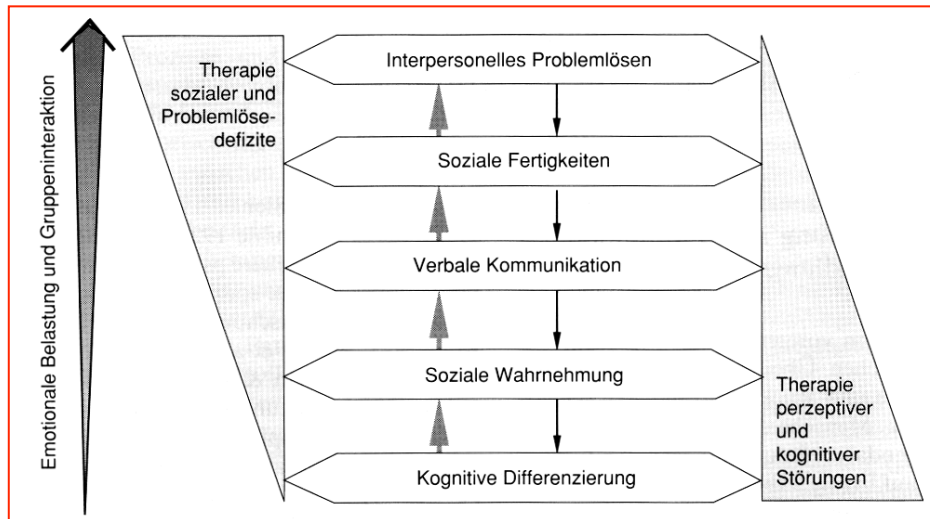
IPT - Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten (Roder et al. 2008)

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

Ziele: Therapie und Rückfallprophylaxe

Multimodaler Ansatz: (a) mehrdimensionale psychotherapeutische Maßnahmen, (b) Milieu und Soziotherapie, (c) Angehörigenarbeit, (d) optimale Versorgung mit Psychopharmaka

Interdisziplinärer Ansatz (Psychologen, Ärzte, Pflegepersonal, Sozialpädagogen u.a.)



Bereiche des IPT

hier werden nur Beispiele gegeben; ausführliche Darstellung bei Roder et al. (2008)

- Kognitive Differenzierung: z.B. Kärtchenübung zur Differenzierung von Attributen, Begriffshierarchien bilden mit vorgegebenen Wörtern, Suche nach Synonymen oder Antonymen
- Soziale Wahrnehmung: z.B. Dias mit sozialen Situationen werden gezeigt, Pat. sollen zunächst beschreiben, dann interpretieren, dann eine „Gesamtüberschrift“ für das Dia finden
- Verbale Kommunikation: z.B. Sätze wörtlich oder sinngemäß wiedergeben
- Training sozialer Fertigkeiten: Situationen werden durchgesprochen und im Rollenspiel eingeübt; Themen:
 - sich bedanken; Beispiel: Ein Mitpatient hat Ihnen, ohne dass Sie ihn darum gebeten hätten, beim Abspülen geholfen. Er hat das ganze Geschirr abgetrocknet und Ihnen damit viel Arbeit abgenommen. Jetzt sind Sie fertig und wollen sich bei ihm bedanken. Sie wollen ihm sagen, dass seine Mit Hilfe Sie sehr gefreut hat.
 - Lob, Anerkennung äußern, ein Kompliment machen; Beispiel: Ein Mitpatient, der heute „Kochgruppe“ hat, hat Ihrer Meinung nach ein hervorragendes Essen gekocht. Sie sprechen ihn an, um ihm mitzuteilen, wie gut Ihnen sein Essen geschmeckt hat.
 - sich informieren, eine Auskunft einholen; Beispiel: Sie wissen nicht mehr, wann der genaue Termin mit Ihrem Arzt ist. Sie rufen deshalb im Dienstzimmer an und lassen sich den genauen Termin nochmals nennen.
 - ein Ansinnen ablehnen, eine Bitte abschlagen; Beispiel: Ein Mitpatient, der nie eigene Zigaretten hat, bittet Sie heute schon zum dritten Mal um eine Ihrer Zigaretten. Da Sie selber nicht gerade viel Geld haben, lehnen Sie seine Bitte diesmal freundlich, aber bestimmt ab.
 - Kritik üben, reklamieren, sich behaupten; Beispiel: Ihr Mitpatient, der im selben Raum wie Sie untergebracht ist, hört sehr laut Musik. Sie fühlen sich dadurch gestört und fordern ihn auf, sein Radio auszumachen. Ihr Mitpatient möchte zunächst den Grund hierfür wissen. Sie erklären ihm den Grund, worauf er das Radio leiser dreht.

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

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

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

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

Übungen zum interpersonellen Problemlösen im Rahmen des IPT

Bereich: Praktische Lebensfertigkeiten

Ziele:

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

Bereich: Wohnungssuche

Ziele:

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

Bereich: Zusammenleben und -arbeiten in der Wohngemeinschaft

Ziele:

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

Bereich: Soziales Zusammenleben

Ziele:

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

Metaanalyse zur Wirksamkeit des IPT

Roder V, Mueller D, Mueser KT, Brenner HD (2006). *Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? Schizophr Bull*, 32 (Suppl 1), S81 - S93.

Basis: 29 Studien aus 9 Ländern (in den letzten 25 Jahren) mit 1.393 Patienten > 18 J.

Charakteristika der Patienten:

- mittlerer IQ 92
 - seit 77,9 Monate hospitalisiert mit bislang 3,9 Hospitalisierungen
 - bisherige Erkrankungsdauer 10,2 Jahre
 - tägliche Chlorpromazindosis 876 mg.
- (alles Mittelwerte)

	IPT	Plazebo- Attention	Standardtherapie
Therapiephase	0,55	0,21	0,10
Therapie und Follow-up (8,1 Monate)	0,65	0,16	- 0,12
selbstbeurteilt	0,55	0,30	0,10
fremdbeurteilt	0,50	0,24	0,15
Psychologische Testverfahren	0,57	0,18	0,17
Neurokognition	0,61	0,18	0,15
Psychosoziales Funktionsniveau	0,43	0,17	- 0,01
Psychopathologie	0,58	0,29	0,18
Positivsymptomatik	0,42	0,29	0,15
d2	0,65	0,16	0,23
GAF	0,72	0,12	- 0,06
BPRS	0,64	0,34	0,25

angegeben sind ungewichtete Prä-Post-Effektstärken

Psychoedukative Familienbehandlung zur Rückfallprophylaxe

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

Voraussetzungen:

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

Komponenten der verhaltenstherapeutischen Familienbehandlung

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

Problemlösetraining

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

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

Schritte:

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

Das familientherapeutische Programm von Hogarty & Anderson (1986)

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

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

Fragestellung: Vergleich von Familienintervention mit Routinebehandlung

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

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

Untersuchungsverfahren: CFI (Camberwell Family Interview)

Ergebnisse:

	Familien-intervention	Kontroll-gruppe
Kritische Äußerungen im CFI vorher (M)	15,8	12,0
Kritische Äußerungen im CFI nach 9 Monaten (M)	6,8	10,7
Überengagement im CFI vorher (M)	4,0	4,0
Überengagement im CFI nach 9 Monaten (M)	2,4	3,7
Psychotische Rückfälle während der 9 Monate	1 (9%)	6 (50%)

Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie

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

KVT für Schizophrenie: Was ist anders ?

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

Elemente der KVT bei Schizophrenie

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

[nach Lincoln 2006]

Halluzinationen

Wie kann man einen veränderten Umgang mit Halluzinationen erlernen?

1. Schritt: Entpathologisieren

2. Schritt: Reduktion des Gefühls des Kontrollverlusts

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

Halluzinationen als normalpsychologisches Phänomen

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

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

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

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

... unsere Sinne können uns täuschen

- ♣ Ich denke, ich habe am Strand eine Perle entdeckt und stelle fest, dass es nur ein Stück Muschelschale ist, die von der Sonne angeleuchtet wird.
- ♣ Ich sehe auf dem Weg nach Hause einen unheimlich anmutenden Mann am Wegrand stehen, aber wenn ich näher komme, stelle ich fest, dass es ein Baum war.
- ♣ Ich höre die Nachbarn streiten, aber erkenne hinterher, dass es ein Fernsehprogramm war, das sie hörten.
- ♣ Mein Vater genießt das leckere Fleisch in der Suppe und ist hinterher erstaunt, dass es Tofu war.
- ♣ Nach einem lauten Konzert höre ich Pfeifen im Ohr, obwohl die Umgebung um mich herum still ist.

Beispiele für Copingstrategien bei Halluzinationen

Kognitive Strategien	- gedankliche Ablenkung - Aufmerksamkeitseinengung - Selbstinstruktionen - Eingrenzung - Neutralisierung
Verhaltensstrategien	- Aufsuchen von sozialen Interaktionen - Rückzug von sozialen Interaktionen - Aktivitäten, gezielte Ablenkungen - lautes Lesen, Summen oder Singen - Rechenaufgaben - Entspannungsübungen
Sensorische Stimulation	- Musik über Kopfhörer - Radio, Fernsehen - Ohrstöpsel

Fokussierung, Exposition bei Halluzinationen

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

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

Veränderung von Metakognitionen in Verbindung mit Halluzinationen

Typische und belastende Überzeugungen:

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

Stimmen geben Anweisungen, deren Nichtbefolgen bestraft werden würde

Überzeugungen sind keine Fakten, sondern Annahmen!

Was spricht dafür, was dagegen?

Welche Annahmen sind hilfreich, welche schädlich?

Verhaltensexperimente im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung in Verbindung mit Halluzinationen

bei der Überzeugung, die Stimmen seien unkontrollierbar:

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

bei der Überzeugung, ein Nichtbefolgen der Stimmen hätte negative Konsequenzen:

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

bei der Überzeugung, die Stimmen seien allwissend:

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

Wahn

Wie kann man einen veränderten Umgang mit Wahn erlernen?

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

Vorbereitende Maßnahmen bei der kognitiven Wahnbehandlung

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

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

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

[aus Lincoln 2006]

Anhaltspunkte für den Wahn eruieren

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

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

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

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

Besprechung von Mechanismen der Einstellungsbildung

Beispiel für Änderungsresistenz:

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

Beispiel für die Suche nach Bestätigung der eigenen Position:

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

Beispiel Verfestigung der Überzeugung durch Verhalten:

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

Auseinandersetzung mit Konsequenzen bei Aufgabe der Wahnüberzeugung

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

Auseinandersetzung mit Konsequenzen bei Aufgabe der Wahnüberzeugung

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

[aus Lincoln 2006]

Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen

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

Arbeiten innerhalb des Wahnsystems

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

[aus Lincoln, 2006]

Empirische Prüfung der KVT bei Schizophrenie

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

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

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

Setting: in 16 Studien ambulant, in 4 Studien stationär

Vergleiche: meist mit TAU (Treatment as Usual), nur wenige Studien mit aktiver KG

Outcomekriterien: meist PANNS, BPRS

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

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

Cochrane-Review

Jones et al., 2012: Cognitive behavior therapy versus other psychological treatments for schizophrenia

- Vergleich CBT mit aktiven anderen Interventionen (z.B. Psychoedukation, Familientherapie, supportive Therapie) und nichtaktiven Interventionen (z.B. freie Gesprächsgruppen)
- Auswahl der Studien: alle RCTs bis März 2010
- Datenbasis: 31 Artikel zu Studien, welche die methodischen Mindestanforderungen erfüllten => darin 20 Therapiestudien beschrieben
- Ergebnisse:
 1. auf allen Maßen keine Überlegenheit der CBT nachweisbar
 2. Ausnahme: eine etwas stärkere Besserung depressiver Symptome

Schlussfolgerungen der Autoren

- ▶ CBT geht mit einer gewissen Verbesserung der Symptomatik einher (insbesondere Positivsymptome), aber ein Vorteil gegenüber anderen psychologischen Therapien lässt sich gegenwärtig nicht belegen.
- ▶ Eventuell sind Vorteile bei der Besserung affektiver Beschwerden zu erreichen.
- ▶ Weitere Forschung wird befürwortet, insbesondere in unterschiedlichen Einrichtungen. Insbesondere sollte auch der Langzeitverlauf genauer untersucht werden.

Empfohlene Literatur zu schizophrenen Psychosen

Häfner H (2001). Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München, Beck

Hahlweg K, Dürr, H, Müller U (1995). Familienbetreuung bei Schizophrenen: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. München, Psychologie Verlags Union.

Hahlweg K, Dose M (1998). Schizophrenie. Göttingen: Hogrefe.

Lincoln T (2006). Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Göttingen, Hogrefe

Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bentall RP (2004). Cognitive Therapy for Psychosis. A Formulation-Based Approach. East Sussex, Brunner-Routledge

Olbrich HM, Fritze J, Lanczik MH, Vauth R (1999). Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger M.: Psychiatrie und Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg.

Roder V, Brenner HD, Kienzle N (2008). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten (IPT) (6. Aufl.). Weinheim, Beltz/PVU.