



Karl H. Wiedl · Stephan Kauffeldt
Jutta Krüger

Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie bei psychotischen Störungen

Das BE-GO-GET-Programm



HOGREFE



Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie bei psychotischen Störungen

Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie bei psychotischen Störungen

Das BE-GO-GET-Programm

von

**Karl H. Wiedl, Stephan Kauffeldt
und Jutta Krüger**

unter Mitarbeit von

Doris-Annette Rauh und Maria Rieger

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. em. Dr. Karl H. Wiedl, geb. 1944. Studium der Psychologie in Erlangen/Nürnberg. 1974 Promotion. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1982 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Osnabrück. Von 1992 bis 2011 Psychologischer Leiter des Reha-Zentrums am Hesselkamp in Osnabrück.

Dipl.-Psych. Stephan Kauffeldt, geb. 1969. Studium der Psychologie in Osnabrück. Seit 1999 tätig im Reha-Zentrum am Hesselkamp in Osnabrück. 2005 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Seit 2005 Dozent für den Weiterbildungsstudiengang Psychotherapie an den Universitäten Osnabrück und Oldenburg.

Dipl.-Psych. Jutta Krüger, geb. 1970. Studium der Psychologie in Osnabrück. Seit 1999 tätig im Reha-Zentrum am Hesselkamp in Osnabrück. 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2422-4

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden. Aus K.H. Wiedl, S. Kauffeldt & J. Krüger – Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie bei psychotischen Störungen (ISBN 9783840924224) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
------------------	---

Teil I: Grundlagen des BE-GO-GET-Programms

Kapitel 1: Psychologische Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	15
---	-----------

1.1 Einführung	15
1.2 Bestehende Behandlungsansätze	16
1.2.1 Psychoedukation	16
1.2.2 Training der sozialen Kompetenz	20
1.2.3 Kognitive Remediation	22
1.2.4 Kognitive Verhaltenstherapie	25
1.2.5 Integrative Ansätze	27
1.3 Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie	28
1.3.1 Bewältigungsorientierte Anteile im Rahmen etablierter Ansätze	28
1.3.2 Explizit konzipierte bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie	30
1.3.3 Konvergenzen mit dem Recovery-Konzept	33
1.3.4 Skizzierung des BE-GO-GET-Programms	34

Kapitel 2: Rahmenbedingungen und Methoden für die Durchführung des Programms	36
---	-----------

2.1 Indikation	36
2.2 Leitprinzipien und Setting für die Durchführung	37
2.2.1 Förderung der Normalisierung durch selbstorganisiertes Lernen (SOL)	37
2.2.2 Kompensation krankheitsspezifischer Beeinträchtigungen durch Lernstrategien und spezifisches Setting	38
2.2.3 Dynamische Modularisierung: Planung des Ablaufs	40
2.3 Methoden	43
2.3.1 Aktivierungsübungen	45
2.3.2 Dokumentation	46
2.3.3 Erfahrungsabhängiges Lernen	47
2.3.4 Feedback und Evaluation	47
2.3.5 Gruppenbezogene Interventionen	49
2.3.6 Kognitives Umstrukturieren	50
2.3.7 Kompetenztraining	51
2.3.8 Metaplan-/Kärtchentechnik	52
2.3.9 Problemlösen	53
2.3.10 Rollenspiel	54
2.3.11 Selbstbeobachtung (Hausaufgaben)	56
2.3.12 Verhaltensanalyse	57
2.3.13 Verhaltensexperiment	58
2.4 Arbeitsformen	59
2.4.1 Einzelarbeit	59

2.4.2	Paar-Interview	59
2.4.3	Kleingruppenarbeit	60
2.4.4	Plenum	61
2.5	Materialien für die Durchführung	62

Kapitel 3: Untersuchung der Akzeptanz, Angemessenheit und Wirksamkeit des BE-GO-GET-Programms 63

3.1	Evaluationsstrategie	63
3.2	Methodik der Studie und Durchführung	63
3.2.1	Stichprobe	63
3.2.2	Zielvariablen	63
3.3	Ergebnisse	64
3.3.1	Akzeptanz und krankheitsspezifische Angemessenheit des Programms	64
3.3.2	Indirekte Veränderungsmessung: Modulbezogene Wissenstests	67
3.3.3	Direkte Veränderungsmessung: Subjektiv erlebter Kompetenzgewinn	69
3.4	Fazit	69

Teil II: Durchführung des BE-GO-GET-Programms

Kapitel 4: Modul 1: Krankheit und Gesundheit 73

4.1	Hintergrund	73
4.2	Auseinandersetzung mit den eigenen Psychose-Erfahrungen	75
4.3	Verbesserung des Krankheitsverständnisses	77
4.3.1	Mythen, subjektive Vorstellungen und Vorurteile	77
4.3.2	Exkurs: Gewalttätiges Verhalten bei Psychosen	79
4.3.3	Wissenschaftliche Störungskategorien am Beispiel des ICD-10	80
4.4	Krankheit als Eskalation normalpsychologischer Prozesse	81
4.5	Verlauf einer Psychose und Konsequenzen für die Krankheitsbewältigung	83
4.6	Erweiterung des Krankheitsbegriffs um den Gesundheitsaspekt	84
4.7	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren	87

Kapitel 5: Modul 2: Ursachen und Auslöser 90

5.1	Hintergrund	90
5.2	Individuelle Krankheitsursachen	91
5.3	Modelle zur Krankheitsentstehung und Ableitung von Bewältigungsstrategien	92
5.3.1	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	93
5.3.2	Schiffsmodell	94
5.4	Psychoedukation: Ätiologie der Psychose	96
5.5	Vulnerabilität und Suchtmittel	96
5.6	Vulnerabilität und dysfunktionale Gedanken	97
5.7	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren	100

Kapitel 6: Modul 3: Frühsymptome und Rückfallprophylaxe 103

6.1	Hintergrund	103
6.2	Definition von Frühsymptomen	104
6.3	Erkennen individueller Frühsymptome	105

6.4	Bewertung der Frühsymptome nach Schweregrad und zeitlichem Abstand zum Rückfall	107
6.4.1	Schweregrade	107
6.4.2	Zeitlicher Abstand	109
6.4.3	Umgang mit Schwierigkeiten bei der Durchführung	110
6.5	Bewältigungsmöglichkeiten	110
6.6	Barrieren	112
6.7	Behandlungsvereinbarung	115
6.8	Vertrauensperson	116
6.9	Krisenplan	116
6.10	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren	117
Kapitel 7: Modul 4: Medikamente		120
7.1	Hintergrund	120
7.2	Erfassung des Wissensstands und Psychoedukation	121
7.3	Einstellungen und Vorurteile	122
7.4	Erkennen von Nebenwirkungen	123
7.5	Bewältigung von Nebenwirkungen	124
7.5.1	Neuroleptikabedingte Müdigkeit	124
7.5.2	Gewichtszunahme	126
7.5.3	Innere Unruhe	129
7.5.4	Optionales Thema: Beeinträchtigung der Sexualfunktion	130
7.6	Arztgespräch	130
7.7	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren	132
Kapitel 8: Modul 5: Körperliche und geistige Fitness		135
8.1	Hintergrund	135
8.2	Einführung in das Thema	136
8.3	Achtsamkeit, Genuss und Entspannung	139
8.3.1	Einführung in das Thema	139
8.3.2	Achtsamkeit	141
8.3.3	Genuss	142
8.3.4	Entspannung	143
8.4	Ernährung	147
8.4.1	Einführung in das Thema	147
8.4.2	Essen als Bewältigungsstrategie	149
8.4.3	Grundlagenwissen zur Ernährung	150
8.4.4	Unausgewogene Ernährung: Fastfood und Zucker	151
8.4.5	Grundlagen einer gesunden Ernährung	153
8.5	Bewegung und Sport	158
8.6	Geistige Fitness	164
8.7	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren	165
Kapitel 9: Modul 6: Belastungsbewältigung		174
9.1	Hintergrund	174
9.2	Identifikation subjektiver Belastungsanzeichen	178
9.3	Attribution von Belastungsmerkmalen	179
9.4	Herausfinden von Barrieren	179
9.5	Bewältigungsmöglichkeiten	182

9.6	Flankierendes Monitoring des Bewältigungsprozesses	185
9.7	Durchführung des Moduls in Form von Tagesseminaren.....	186
Literatur		190
Anhang		198
Übersicht über die Materialien auf der DVD		198

DVD

Die DVD enthält PDF-Dateien mit allen Arbeitsmaterialien zur Durchführung des BE-GO-GET-Programms. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden. Die DVD enthält zudem eine Videodatei, die über einen PC oder einen DVD-Player abgespielt werden kann.

Einleitung

Das Manual zur „Bewältigungs- und gesundheitsorientierten Gruppen- und Einzeltherapie“ bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (BE-GO-GET) richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die stationär oder ambulant mit Menschen arbeiten, die an Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen (im Sinne des DSM-5) mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10) leiden. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist es in seiner Gesamtheit insbesondere für den Einsatz bei länger dauernden Rehabilitationsmaßnahmen geeignet. Die einzelnen Module können jedoch auch in anderen Settings der stationären oder ambulanten Behandlung verwendet werden. Unsere Erfahrungen in der Durchführung des Programms haben weiterhin gezeigt, dass auch Personen mit nicht schizophrenen, insbesondere bipolaren psychotischen Störungen mit Gewinn an dieser Behandlungsmaßnahme teilnehmen und Nutzen daraus ziehen können.

Die psychologische Behandlung von Psychosen, insbesondere von schizophrenen Störungen, hat seit den 80er Jahren generell eine enorme Ausweitung erfahren. Beginnend mit dem „Integrativen Psychologischen Therapieprogramm (IPT)“ aus der Berner Arbeitsgruppe haben sich, oft angeregt durch Entwicklungen im angelsächsischen Bereich, auch in deutschsprachigen Ländern eine Reihe unterschiedlicher Verfahren etabliert. Je nach Fokus sind diese eher der Psychoedukation (Vermittlung von krankheits- und behandlungsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten), dem Training sozialer Fertigkeiten (Aufbau adäquaten Sozialverhaltens in krankheitsbezogenen und Alltagssituationen), der kognitiven Remediation (systematische Förderung krankheitskorrelierter kognitiver Prozesse und Fertigkeiten) und der kognitiven Verhaltenstherapie (Analyse und Veränderung der Symptommanifestation auf der Grundlage „normalpsychologischer“ Modelle) zuzuordnen. Im Integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT) wurde von Anfang an versucht, Anteile (vor allem der ersten drei der genannten Ansätze) derartiger Verfahren miteinander zu verbinden. Alle genannten Ansätze haben seit ihrer Einführung einen unverzichtbaren Anteil an biopsychosozial orientierten Programmen zur Behandlung schizophrener und vergleichbarer psychotischer Störungen erlangt, wenngleich ihre isoliert erfasste Wir-

kung selten über kleine bis mittlere Effektstärken hinausgeht. Am deutlichsten scheinen sie ihre Wirkung bei Einbettung in weitergehende soziale, berufsbezogene und motivational orientierte Maßnahmen zu entfalten.

Das von uns im Rahmen einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (Rehazentrum Haus am Hesselkamp, Osnabrück) über fast 20 Jahre hinweg entwickelte klinisch erprobte bewältigungs- und gesundheitsorientierte Programm für Gruppen- und Einzeltherapie integriert ebenfalls spezifische Anteile von Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, kognitiver Remediation und kognitiver Verhaltenstherapie. Die theoretischen Grundlagen des Programms waren jedoch von Anfang an explizit am Bewältigungsparadigma (insbesondere dem transaktionellen Paradigma nach Lazarus), der empirischen Coping-Forschung und der interventionsstrategischen Unterscheidung von Modifikation und Kompensation orientiert. Die empirische Coping-Forschung in diesem Bereich zeigt spezifische Probleme der Krankheits- und Belastungsbewältigung bei Psychosekranken auf (z. B. Reduktion von sozialem Coping, inkonsistente Muster von Bewältigungsverhalten, Einfluss von Stigmatisierungseffekten auf Krankheitsbewältigung). Das Coping-Modell nach Lazarus führt explizit zu einem stärkeren Fokus auf die kognitiven und affektiven Prozesse der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, und die Berücksichtigung des Kompensationsprinzips neben der üblichen Modifikationsstrategie (direkte Modifikation spezifischen Zielverhaltens) hat eine teilweise unterschiedliche, stärker an die krankheitsspezifischen Einschränkungen angepasste Methodik der Vermittlung von Behandlungsinhalten zur Folge. Hiermit verbunden ist die Erwartung, dass die Teilnehmer des Programms auch lernen, derartige kompensatorische Hilfen auf ihren Alltag zu übertragen. Immer wieder ergänzt und erweitert wurde dieser theoretische Rahmen in der Folge durch aufkommende gesundheitspsychologische Konzepte (z. B. zur Entwicklung positiver Anteile von Gesundheit, zu Modellen der Gesundheitsprävention, zu Konzepten wie Selbstwirksamkeit etc.) und durch die Orientierung an aktuellen, den einseitigen krankheitsbezogenen Fokus hinter sich lassenden Entwicklungen von gesellschaftlichen

Rahmenbedingungen der Behandlung psychisch kranker Menschen, wie sie sich z. B. in der Verbreitung des „Recovery“-Konzepts und des Normalisierungsprinzips manifestieren. Die Besonderheit des daraus resultierenden Behandlungsansatzes lässt sich schlagwortartig folgendermaßen charakterisieren:

- Das Format des Programms entspricht dem der gruppentherapeutischen Blockangebote bzw. Kompaktseminare und Trainings in der Erwachsenenbildung, beispielsweise in Unternehmen und Verwaltung. Pro Modul sind ca. zwei Tage vorgesehen. Neben spezifischen lernpsychologischen Vorgaben repräsentiert dieses Format auch die Leitidee der Normalisierung.
- Das BE-GO-GET-Programm besteht aus fünf Modulen, in denen die bewährten Themen „Krankheit und Gesundheit“, „Ursachen“, „Frühsymptome und Rückfallprophylaxe“, „Medikamente“ und „Belastungsbewältigung“ bearbeitet werden. Ergänzt werden diese durch das umfangreiche Modul zur „körperlichen und mentalen Fitness“.
- In seinen einzelnen Komponenten betont das Programm neben den herkömmlichen, unverzichtbaren defizitbezogenen Inhalten vor allem die Vermittlung dynamischer, d. h. veränderbarer (beeinflussbarer) Aspekte der Erkrankung.
- Bei der Vermittlung der auf den Umgang mit der Erkrankung bezogenen Inhalte wird jeweils die gesundheitspsychologische Perspektive explizit und komplementär einbezogen. Somit werden Krankheits- und Gesundheitsaspekte jeweils integriert.
- Es wird immer wieder der Fokus auf die Bearbeitung des Prozesses der Auseinandersetzung mit der Erkrankung einschließlich der damit verbundenen emotionalen, kognitiven und sozialen Erschwernisse (Barrieren) gelegt.
- Basierend auf den Erkenntnissen zu Lernen und Gedächtnis bei Psychosekranken und Studien zu Mediatoren der Wirksamkeit von psychologischen Behandlungsprogrammen bei dieser Klientel unterstützt das Programm die aktive Mitwirkung der Teilnehmer am Trainings- und Vermittlungsprozess und das Prinzip des handelnden (prozeduralen) Lernens.
- In der Gestaltung der Module wird den Teilnehmern in diesem Zusammenhang die Rolle von Experten für spezifische Aspekte der Erkrankung sowie für den Umgang damit zugewiesen. Nach neueren Evaluationsstudien trägt eine solche Orientierung zum Erfolg der Behandlung bei.

- Der interventionsmethodische Kontext des Programms ist so angelegt, dass durch Kompensation möglicher kognitiver (vor allem Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen) oder sozialer Beeinträchtigungen (z. B. kommunikative Fertigkeiten, soziale Rückzugstendenzen) mithilfe spezieller Arbeitsmethoden eine aktive Mitwirkung und die Entfaltung von Stärken der Teilnehmer möglich wird.
- Die systematische Unterstützung der aktiven Partizipation der Teilnehmer innerhalb des Programms ist so angelegt, dass sie durch gezielte Auswahl der Inhalte auch auf die kooperative Mitwirkung in dem zu erwartenden Prozess einer längerfristigen Behandlung und Rehabilitation vorbereitet (z. B. Gespräche mit Behandlungspersonen, Behörden etc. führen).

Wie deutlich geworden ist, verfügt das BE-GO-GET-Programm über ein Format, das in der Behandlung Psychosekranker – insbesondere was den Umfang und Inhalt der Gestaltung als Kompakttraining bzw. Seminar anbelangt – in dieser Form noch nicht existiert. Unter klinischen Fachleuten ist oft die Auffassung verbreitet, dass ein derartiges intensives Angebot die Teilnehmer überfordern könnte und damit zusätzliche Erkrankungsrisiken birgt. Insofern war für eine erste Evaluation insbesondere seine Akzeptanz durch die Teilnehmer, seine Verträglichkeit mit deren eingeschränkter Belastbarkeit und die Konstanz der Mitwirkung von Patienten von Bedeutung. Hinzu kommt die Abschätzung von Effekten bezüglich des modulspezifischen Kenntnisergebnisses. Eine an 82 vorwiegend schizophren erkrankten Teilnehmern des o. g. Reha-Zentrums durchgeführte Evaluationsstudie zeigte gute bis sehr gute Ergebnisse in verschiedenen Aspekten der Einschätzung des Programms durch die Teilnehmer, eine gute Behandlungssadhärenz über die Module hinweg und mittlere bis hohe Effektstärken bezüglich der vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse und der nunmehr gegebenen Verfügbarkeit des Manuals kann als nächstes eine Überprüfung differenzierterer Kriterien von Durchführung und Interventionseffekten im Rahmen von randomisierten Kontrollgruppenstudien vorgenommen werden.

Das nunmehr vorliegende Manual vermittelt detailliert und anschaulich die für eine angemessene Durchführung erforderlichen theoretischen Grundlagen, Vorgehensweisen und Techniken. Der hier vorgestellte Behandlungsansatz für Personen mit

der Diagnose einer Schizophrenie oder anderen Psychosen bringt – wie bereits erläutert – unterschiedliche Behandlungsziele und Interventionsmethoden zusammen. Diese beinhalten sowohl krankheits- wie gesundheitsorientierte Strategien und reichen von verhaltenstherapeutischen Techniken über emotionsaktivierende Methoden der Gruppenarbeit bis hin zur Didaktik der Erwachsenenpädagogik. Im Folgenden wird der Aufbau des Manuals kurz beschrieben und es werden einige orientierende Hinweise zur Nutzung der beschriebenen Inhalte gegeben.

Der erste Teil des Manuals beschreibt die theoretischen Grundlagen des BE-GO-GET-Programms. Das erste Kapitel gibt einführend einen Überblick über die wichtigsten derzeit verfügbaren Behandlungsansätze im Bereich der Psychose-Therapie und arbeitet die „Philosophie“ und spezifischen Merkmale des BE-GO-GET-Ansatzes heraus. Im zweiten Kapitel wird eine Darstellung der Interventionsmethodik vorgenommen. Diese Darstellung wird durch Erfahrungsberichte aus der Anwendung der jeweiligen Methoden ergänzt. Weiterhin finden sich dort Erfahrungen zu kontextuellen Aspekten und Randbedingungen der praktischen Umsetzung und Durchführung. Dieses Kapitel hat auch den Charakter eines Methodenpools, der je nach Bedarf bei unterschiedlichen Inhalten genutzt werden kann. Wir empfehlen, als erstes diese beiden ersten Kapitel sorgsam durchzuarbeiten, um eine allgemeine Orientierung zu erhalten. Parallel empfehlen wir, bei der Lektüre des Kapitels 2 gelegentlich den entsprechenden Verweisen zum Informationsmaterial auf der DVD zu folgen. Nach unseren Erfahrungen vermittelt dies eine lebendige Vorstellung von der Architektur und den spezifischen Verfahrensweisen des Programms.

Bei der Konzipierung des Manuals wurde bewusst auf die Aufnahme eines Kapitels über Schizophrenien und ähnliche psychotische Störungen verzichtet. Derartige Informationen finden sich in einschlägigen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychopathologie sowie in den meisten der bereits verfügbaren Behandlungsmanuale. Vielmehr haben wir Informationen zur Pathopsychologie dieser Störungen in Form von Infoblättern zusammengestellt, welche gezielt innerhalb der Module als Hintergrundinformation für die Therapeuten, vor allem aber für einen spezifischen Informationsinput im Verlauf der Programmdurchführung genutzt werden können (z. B. bei den Themen „Umgang mit Frühsymptomen“ und

„Rückfallprophylaxe“). Die Informationsblätter finden sich auf der beiliegenden DVD.

Das dritte Kapitel beschreibt die Untersuchung der Akzeptanz, Angemessenheit und Wirksamkeit des BE-GO-GET-Programms.

Im zweiten Teil des Manuals werden die einzelnen Behandlungsmodule des Programms detailliert vorgestellt. Das für die Durchführung der einzelnen Module vorgeschlagene Arbeitsmaterial findet sich auf der beiliegenden DVD. Neben den bereits erwähnten Informationsblättern, die ebenfalls gut zur Vorbereitung einzelner Module bzw. Sitzungen genutzt werden können, liegen Arbeitsblätter und weitere Arbeitsmaterialien zur Veranschaulichung der Inhalte vor. Weiterhin beinhaltet die DVD Präsentationsvorlagen zu den Themen der einzelnen Module, die, beispielsweise in eine PowerPoint-Präsentation eingebunden, für die sogenannten „Experteninputs“ genutzt werden können. Schließlich beinhaltet die DVD eine Videodatei, welche das Vorgehen bei der Bearbeitung der überaus wichtigen Thematik der Rückfallprävention („Frühsymptome“) detailliert darstellt. Die Sequenzen des Videos können zum einen von den Gruppenleitern für die Vorbereitung der Sitzung zur Rückfallprävention genutzt werden, zum anderen bietet es sich an, den Teilnehmern bestimmte Sequenzen zu zeigen, um die behandelten Inhalte anschaulich zu erläutern (vgl. Kapitel 6.4.1). Der Anhang bietet eine Übersicht über alle auf der DVD zur Verfügung stehenden Materialien.

Wir haben gute Erfahrungen mit der Durchführung des Programms in Form einer Kompaktveranstaltung gemacht. Dies schließt jedoch – je nach Setting – andere zweckmäßige Formen der Applikation nicht aus. Wie beschrieben, ist das manualisierte BE-GO-GET-Programm als Gruppenprogramm konzipiert. Unsere Erfahrungen haben jedoch auch gezeigt, dass es als Leitfaden für einzeltherapeutisches Vorgehen und als Arsenal für einzelne Behandlungstechniken äußerst hilfreich ist. Insofern empfehlen wir dieses Manual nicht nur für begleitende Einzelbehandlungen ergänzend zum Gruppenprogramm, sondern auch für genuine Einzeltherapien. Die am Ende eines jeden Modulkapitels aufgeführte detaillierte Übersicht über dessen Ablauf lässt sich mit den angegebenen Zeitangaben leicht auf eine Durchführung als halbtägige Maßnahme oder als thematisch abgetrennte Einzelsitzungen übertragen. (Zum Beispiel

mit je einer Arbeitseinheit von 90 Minuten. Kürzere Arbeitseinheiten haben sich nach unseren Erfahrungen nicht bewährt.)

Die Durchführung des BE-GO-GET-Programms erfolgt – wie das Manual zeigt – gemäß einer spezifischen theoretischen und methodischen Ordnung, verlangt andererseits aber Flexibilität in der Anpassung der Vorgehensweise und in der Auswahl einzelner Interventionstechniken. Die Realisierung beider Aspekte gelingt nach unserer Erfahrung nach kurzer Einarbeitungszeit. Mit der dadurch gegebenen orientierenden Struktur und dem Abwechslungsreichtum des methodischen Vorgehens macht das BE-GO-GET-Programm nicht nur den Teilnehmern, sondern auch den Therapeuten Spaß.

In seiner jetzt publizierten Form hat das BE-GO-GET-Programm eine lange Entwicklung hinter sich. Dementsprechend waren neben den Autoren viele unterschiedliche Personen an seiner Konzipierung und Fertigstellung beteiligt. Als erstes sind die vielen Patienten und Rehabilitanden zu nennen, denen wir viele wichtige Hinweise und Anregun-

gen verdanken. Gerade die spezielle theoretische Ausrichtung und methodische Orientierung unseres Ansatzes, wie sie oben kurz beschrieben wurde, hat es ihnen ermöglicht, ihre Sicht von hilfreicher Behandlung aktiv einzubringen. Von ihnen haben wir viel gelernt. Ebenso danken möchten wir den studentischen Praktikanten und Psychotherapeuten in Ausbildung, die uns immer wieder wichtige Anregungen gegeben haben sowie den Mitarbeitern des Rehabilitationszentrums Haus am Hesselkamp (Osnabrück), die uns vielfältige Hinweise zur Frage der Einbettung dieses Programms in den weiteren Kontext rehabilitativer Maßnahmen geben konnten. Dank gebührt auch Herrn Dr. Manuel Waldorf, der die wichtige Aufgabe der Programmevaluation übernommen hat. Ganz besonderer Dank gebührt schließlich Frau Dorothee Tiemann. Sie hat die Beiträge der Autoren koordiniert und schließlich für die Erstellung des Manuskripts gesorgt. Herzlichen Dank an alle.

Osnabrück, im November 2013

*Karl H. Wiedl
Stephan Kauffeldt
Jutta Krüger*

Teil I

Grundlagen des BE-GO-GET-Programms

Kapitel 1

Psychologische Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

1.1 Einführung

Schizophrenie und andere psychotische Störungen im Sinne des DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) bzw. ICD-10 (WHO, 2006) stellen schon immer eine besondere Herausforderung für die mit der Behandlung befassten Therapeuten dar. Dies gilt auch nach Einführung der im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aktuell vorgenommenen Veränderungen, die insbesondere eine Präzisierung der diagnostischen Kriterien betreffen. Dennoch würden Praktiker wie Forscher aus diesem Bereich derzeit vermutlich ein optimistisches Bild der aktuellen Behandlungssituation bezüglich dieser Störungen zeichnen: Nicht nur hat das Angebot an pharmakotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten sich beträchtlich erweitert und verbessert, auch und gerade im Bereich psychologischer Behandlungsverfahren ist eine Vielfalt zu erkennen, von der noch vor ein bis zwei Dekaden kaum jemand zu träumen wagte. Vielmehr galten insbesondere schizophrene Störungen im engeren Sinne bis dahin bei vielen Fachleuten als nicht behandelbar. Ein maßgeblicher Grund hierfür war, dass tiefenpsychologische Ansätze sich als wenig erfolgversprechend herausgestellt hatten, während andere Ansätze fehlten bzw. erst in der Entwicklung und somit kaum verfügbar waren.

Einen Durchbruch für den deutschsprachigen Raum leistete hier das von der Berner Arbeitsgruppe um Brenner und Roder entwickelte Integrierte Psychologische Therapieprogramm für Psychosen (IPT; Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988). Trotz der großen Fortschritte, die seither zu verzeichnen sind, sprechen Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2008) dennoch mit Recht von der psychologischen Therapie im Bereich der Schizophrenie als einem Stiefkind der Therapieforschung. Zu einem ähnlichen, allerdings eine optimistische Perspektive einbeziehenden Schluss kommen Spaulding und Nolting (2006) bei einem Vergleich psychologischer Behandlungsverfahren bei Schizophrenie mit der allgemeinen psychologischen Therapieforschung und deren Entwicklung. Diese Autoren

unterscheiden bei der bisherigen Entwicklung psychologischer Therapien neun Stufen:

1. frühe, wenig systematische Produktion inkonsistenter Befunde,
2. Verbesserung der Definitionen und Spezifikationen von Therapieergebnissen,
3. Verbreitung von Modellen und Techniken der Psychotherapie,
4. inkonsistente Ergebnisse bezüglich Modellen und Techniken,
5. Entdeckung allgemeiner Wirkfaktoren,
6. verbesserte Modelle der behandelten Bedingungen,
7. die Unterscheidung spezifischer und unspezifischer (methodenunabhängiger) Behandlungseffekte,
8. Integration von Modellen des Psychotherapieprozesses und der Psychopathologie,
9. Ausdifferenzierung von Techniken für spezifische Zielgruppen bzw. Zielvorgaben.

Psychotherapie bei Schizophrenie ist nach ihrer Auffassung derzeit auf der dritten Stufe einzuordnen. Für ihre weitere Entwicklung sehen die Autoren jedoch günstige Voraussetzungen, insofern es gelingt, Modelle zu entwickeln, die die vorhandenen ätiologischen Theorien in die klinische Praxis überführen. Als komplexe ätiologische Faktoren werden (vorwiegend) angeborene Vulnerabilitätsmerkmale, episodenhafte Beeinträchtigungen, insbesondere von exekutiven Funktionen und Gedächtnis, postakute Beeinträchtigungen und schließlich Einschränkungen im Bereich der sozialen Kognition unterschieden. Letztere wird so breit konzipiert, dass sowohl neuropsychologische Basisfunktionen als auch kognitive Schemata höherer Ordnung sensu Young (vgl. Young, Klosko & Weishaar, 2003) eingeschlossen werden können. Es ist evident, dass psychologische Interventionen am ehesten aus den beiden letzteren Bereichen, sprich postakuten Beeinträchtigungen und sozialen Kognitionen, heraus konzipierbar sind, wenn gleich auch für die Behandlung der Episode selbst (zweiter Bereich) psychologische Methoden hilfreich sein können (Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996a, b). Auf der Grundlage der

hierzu bereits vorliegenden Ansätze und ihrer empirisch fundierten Bewertung sollte sodann die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten vorangetrieben werden. Die Autoren benennen hierfür akut bedeutsame soziale, wissenschaftliche und gesundheitspolitische Bedingungen wie etwa das Aufkommen des Recovery-Konzeptes (vgl. Kapitel 1.3.3) sowie entsprechender Initiativen im gesundheitspolitischen Raum (vgl. hierzu Amering, Krausz & Katschnig, 2008) und kommen hierdurch zu einem für das Jahr 2030 optimistischen Ausblick für die psychologische Therapie schizophrener Störungen und weiterer ähnlich schwerer psychotischer Beeinträchtigungen. Ein Blick auf die eindrucksvolle Menge, differenzierte Thematik und empirische Evidenz gegenwärtiger Entwicklungen und Anwendungen psychologischer Therapien für Schizophrenie bei aktuellen wissenschaftlichen Tagungen unterstreicht diese Auffassung.

1.2 Bestehende Behandlungsansätze

Macht man sich die Auffassung von Spaulding und Nolting (2006) zu eigen, so sollte die Konzipierung weiterführender oder ergänzender Ansätze an den zurzeit verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten orientiert sein. Übersichten zu den verfügbaren Ansätzen finden sich mittlerweile in vielen Behandlungsmanualen und Lehrbüchern zur Schizophrenie (vgl. z. B. Klingberg, Schaub & Conradt, 2003; Lincoln, 2006; Bäuml & Pitschel-Walz, 2008; Vauth & Stieglitz, 2007; Sartory, 2007). Dabei fällt auf, dass offensichtlich keine völlig konsistente Taxonomie zur Einteilung einzelner Interventionsansätze vorliegt. Einzelne Gruppierungen, vor allem die Psychoedukation und die Vermittlung sozialer Fertigkeiten, umfassen z. T. sehr heterogene Aufstellungen von Einzelverfahren, die sich in ihrer Zielsetzung und Methodik unterscheiden. So finden sich in psychoedukativen Ansätzen Zielbereiche, die sich auf die Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens ebenso beziehen wie auf kompetenten Umgang mit Problemen im medizinischen Behandlungsfeld und auf die Bewältigung der hiermit zusammenhängenden aversiven Emotionen (vgl. Bäuml & Pitschel-Waltz, 2008). Beim Training sozialer Kompetenz finden wir neben dem Aufbau elementarer sozialer Fertigkeiten auch das Training von komplexem Problemlösen (Lieberman & Eckman, 1989). Dieser Tatbestand entspricht durchaus der von Spaulding und Nolting (2006) vorgenommenen Einstufung der psychologischen Behandlungsverfahren bei Schizophrenie inner-

halb der allgemeinen Geschichte der Therapieentwicklung (Stufe 3), was konsequenterweise zu inkonsistenten Ergebnissen führen kann (Stufe 4).

Das Problem einer angemessenen taxonomischen Ordnung der vorliegenden Ansätze haben somit auch die Autoren des vorliegenden Beitrags. Wir versuchen es dadurch zumindest zu vereinfachen, dass wir uns bei der Bewertung der einzelnen Ansätze auf Einteilungsprinzipien einschlägiger Metaanalysen stützen, die möglichst rigorose Ein- und Ausschlusskriterien, orientiert an den distinktiven Charakteristika der Ansätze, verwendet haben. Im Folgenden werden wir versuchen, eine möglichst konsistente Darstellung dieser vorliegenden Ansätze durch eine Einteilung in Psychoedukation (im Einzel- und Familienkontext), kognitive Remediation, kognitive Verhaltenstherapie und soziales Fertigkeitentraining zu vermitteln. Im Anschluss werden wir einige Überlegungen zur Weiterentwicklung und Integration dieser Ansätze anstellen. Diese münden in die Konzeption einer bewältigungs- und gesundheitsorientierten Therapie für schizophrene und andere vergleichbar schwere psychotische Störungen. Tabelle 1 gibt einen einführnden Überblick über die im Folgenden darzustellenden Gruppierungen von Ansätzen.

1.2.1 Psychoedukation

Der Begriff der Psychoedukation bezeichnet eine Interventionsform, die insbesondere in den deutschsprachigen Ländern Europas in den letzten 10 Jahren in hohem Maße an Popularität und Akzeptanz gewonnen hat. Dies zeigt sich auch darin, dass Psychoedukation von ihren Protagonisten als eine weitere Säule der psychiatrischen Therapie betrachtet wird und zu ihrer Förderung und Implementierung mittlerweile auch eine eigene Fachgesellschaft gegründet wurde (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2008).

Ein genauerer Blick auf den Ansatz der Psychoedukation bestätigt zunächst, dass es sich hierbei – wie oben bereits beispielhaft angesprochen – um eine recht heterogene Gruppierung von Verfahren handelt. Dies zeigt sich bereits bei Anderson, Hogarty und Reiss (1980) deutlich, die diesen Begriff (*psychoeducation*) erstmals verwendeten und darunter Aktivitäten wie nonpersuasive Aufklärung von Patienten über Erkrankung und medikamentöse Behandlung sowie Training von Problemlöse- und sozialen Fertigkeiten, zusammen mit spezifischer Angehörigenberatung, subsumierten. Eine

Tabelle 1: Übersicht zu den Interventionsmöglichkeiten bei der Behandlung von Psychose-Betroffenen

	Ziele/Konzepte	Umsetzungen	Evaluation
Psychoedukation	Verbesserung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umgangs; Information zu Erkrankung und Behandlung, Handlungs- und emotionsbezogene Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Bäuml und Pitschel-Walz (2008) – Klingberg, Schaub und Conradt (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> – Rummel-Kluge et al. (2006) – Bäuml et al. (2006) – Pitschel-Walz et al. (2001) – Pekkala und Merinder (2002) – Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2007) – Feldmann et al. (2002)
Training sozialer Kompetenzen	Aus- bzw. Aufbau adäquaten Verhaltens in sozialen Situationen, Verringerung von Stresserleben als kompensatorisches Gegengewicht zur Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> – Liberman et al. (1986): Social and independent living skills (SILS) – Bellack et al. (1997, 2004) – Schmitz-Niehus und Erim (2000) – Wallace und Liberman (1985) – Liberman und Kopelowicz (1995) 	<ul style="list-style-type: none"> – Dilk und Bond (1996) – Marder et al. (1996) – Pfammatter et al. (2006) – Pilling et al. (2002)
Kognitive Remediation	Systematische Förderung kognitiver Prozesse durch spezifische Trainings, Neutralisierung kognitiver Defizite durch den Aufbau geeigneter Kompensationsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> – Geibel-Jakobs und Olbrich (1998): COGPACK – Roder et al. (1988): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) – Hogarty et al. (2004) : Cognitive Enhancement Therapy (CET) – Velligan et al. (2000): Cognitive Adaptation Training (CAT) – Bell et al. (2001): Neurocognitive Enhancement Therapy (NEC) – Medalia et al. (2005): Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation (NEAR) – Kern et al. (2002): Errorless-Learning-Ansatz 	<ul style="list-style-type: none"> – Silverstein und Wilkniss (2004) – McGurk et al. (2007) – Bell et al. (2003, 2008) – Pfammatter et al. (2006) – Velligan et al. (2006)
Kognitive Verhaltenstherapie	Leitprinzip der Normalisierung, Entwicklung eines kognitiv-psychologischen Problemmodells zur Konzeptualisierung von Symptomatik und deren Behandlung; Bearbeitung von Coping-Strategien und deren Monitoring; kognitive Umstrukturierung von Wahn oder dysfunktionaler Metaüberzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> – Beck und Rector (2003) – Garety et al. (2000) – Fowler et al. (1995) – Tarrier et al. (1993) – Birchwood und Chadwick (1997) – Nelson (1997) – Lincoln (2006) – Vauth und Stieglitz (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> – Pfammatter et al. (2006) – Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2008) – Wykes et al. (2008)

Tabelle 1 (Fortsetzung)

	Ziele/Konzepte	Umsetzungen	Evaluation
Integrative Ansätze	Reaktion auf vorliegende Metaanalysen (z. B. NICE, 2009): Breit angelegtes Behandlungskonzept aus der Kombination verschiedener Interventionen/Methoden der obigen vier Bereiche	<ul style="list-style-type: none"> – Roder et al. (1988): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) – Roder, Zorn, Andres, Pfammatter und Brenner (2002): Wohnen, Arbeit, Freizeit (WAF) – Hogarty et al. (2004): Cognitive Enhancement Therapy (CET) – Hodel und Brenner (1996): Programm zu Bewältigung maladaptiver Emotionen – Vauth und Stieglitz (2008): Training emotionaler Intelligenz 	<ul style="list-style-type: none"> – Roder und Müller (2005) – Roder et al. (2006)
Bewältigungs- und Gesundheitsorientierung	Erweiterung der Theorie durch copingbezogene und salutogene Aspekte: Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Transaktionales Stressmodell als Leitlinie, Recovery-Konzept, Förderung der Normalisierung und Wiedergewinnung der eigenen Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> – Wiedl (1994, 1996) – Stüllwold und Herrlich (1992) – Roder, Brenner und Kienzle (2002) – Amering et al. (2002) – Amering und Schmolke (2007) – Spaulding und Nolting (2006) – Klingberg et al. (2003) 	–

entsprechende Breite weist auch die Definition auf, die die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) kürzlich formuliert hat: „... systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen ..., um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008, S. 3). Eine theoretische Anbindung dieser Verfahrensweise liegt insbesondere zur Verhaltenstherapie vor, jedoch findet sich auch ein Bezug zu gesprächstherapeutischen Konzepten (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008, S. 3).

Ein großes Verdienst der o.g. Autoren ist es, den derzeitigen Stand der Psychoedukation dokumentiert zu haben. In dem von ihnen erstellten Standard-

werk (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008) finden sich Zusammenstellungen und Beschreibungen einzelner Verfahrensansätze und dazu vorliegende Manuale. In dem dort ebenfalls enthaltenen Konsenspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen in der DGPE“ findet sich auch eine Übersicht über die in der Psychoedukation vorgesehenen Thematiken. Sie beinhaltet als zentrale Themen den Bereich des Krankheits- und Behandlungswissens (z. B. Symptomatik, Krankheitsbegriff, Ursachen, Epidemiologie und Verlauf sowie medikamentöse, psychologische und sonstige Behandlungsansätze), handlungsbezogene Inhalte (z. B. Kennen persönlicher Frühwarnzeichen, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien, Optimierung der medikamentösen Behandlung) sowie zentrale emotionsbezogene Themen, differenziert nach Patienten und Angehörigen. Diese reichen beispielsweise von Schamgefühlen über Resignation bis zur Sinnfrage und der emotionalen Bewer-

tung der Psychose (Patienten), oder von emotionalen Problemen der Abgrenzung und des Erlebens aggressiver Gefühle gegenüber den Patienten bis zu Problemen des Burnout oder der Auseinandersetzung mit dem Versorgungssystem (Angehörige).

Über den Umfang, die Frequenz und den Kontext der Durchführung von Psychoedukation gibt eine Studie von Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml und Kissling (2006) Auskunft. Es zeigt sich, dass im deutschsprachigen Raum die Durchführung der Psychoedukation stark variiert. Sie beginnt meist mit der stationären Behandlung, kann nach der Entlassung ihre Fortführung finden, findet in unterschiedlicher Frequenz mit meist 1 bis 2 Sitzungen pro Woche statt, weist unterschiedliche Sitzungshäufigkeiten (meist 4 bis 12 Sitzungen) auf und ist in unterschiedlichen Settings lokalisiert. Nimmt man hinzu, dass die in obiger Definition genannten Zielsetzungen stets nur im Rahmen des jeweils gegebenen räumlichen und zeitlichen Rahmens angegangen werden können und somit eine unterschiedliche Tiefe der Bearbeitung erfahren, so erscheint Psychoedukation eher als eine Gruppe von Ansätzen, die – orientiert an den Zielen ihrer Definition – als Vorläufer, Katalysator oder Begleiter weiterer pharma- und psychotherapeutischer Aktivitäten zu sehen ist (Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006).

Für die Beurteilung des aktuellen Standes der Psychoedukation sind empirische Befunde zu ihrer Verbreitung und Inanspruchnahme hilfreich. Rummel-Kluge et al. (2006) führten bei der o. g. Untersuchung bei allen psychiatrischen Kliniken des deutschsprachigen Raums eine postalische Erhebung zur Verbreitung und Durchführungsmodalität der Psychoedukation durch. Bei einem Rücklauf von ca. 50 % zeigte sich einerseits eine hohe Verbreitung innerhalb der untersuchten Kliniken. Andererseits wurde aber auch deutlich, dass trotz des hohen regionalen Verbreitungsgrades nur knapp 20 % der Patienten und 2 % ihrer Angehörigen auch tatsächlich an einer Psychoedukation teilnahmen, mit Variationen je nach Land und Klinik. Dies wirft die Frage auf, was einer wirkungsvollen Implementierung dieser so populären Säule psychiatrischer Behandlung entgegensteht. Die Autoren nennen als möglichen Grund institutionelle Bedingungen (Anzahl möglicher Sitzungen pro Woche), Verfügbarkeit geeigneter Moderatoren (Therapeuten) und natürlich die Erreichbarkeit psychiatrischer Patienten für derartige Interventionen in der postakuten Phase ihrer Erkrankung.

Für die weiterführende Bewertung der Psychoedukation ist die Evaluation ihrer Wirksamkeit zentral. Hierzu wurden in den letzten Jahren einige aussagekräftige Metaanalysen vorgelegt. Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling und Engel (2001) fanden bei der Analyse von 25 Studien einen kleinen Effekt der Psychoedukation gegenüber der Standardbehandlung auf die Rückfallrate. Pekkala und Merinder (2002) analysierten neun randomisierte Studien, bei denen mehrheitlich die Angehörigen einbezogen waren und fanden eine signifikante Reduzierung von Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsrate nach 9 bis 18 Monaten.

Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2007) kritisierten diese Analysen insofern, als diese Studien mit äußerst unterschiedlichen Interventionen zusammengefasst hatten, deren Wirksamkeit aus anderweitigen Analysen bereits bekannt war. In ihrer eigenen Metaanalyse stützten Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2007) sich auf eine engere Definition von Psychoedukation als systematische, didaktisch-psychotherapeutische Intervention zur Information von Patienten und deren Angehörigen über die Störung und zur Verbesserung von Coping und definierten hierüber die Ein- und Ausschlusskriterien ihrer Metaanalyse. Weiterhin unterschieden sie systematisch die ausschließlich patientenzentrierten von den auf Familien bezogenen Varianten der Psychoedukation. Im Ergebnis ihrer Analyse an 18 Studien zeigte sich – wie erwartet – der notwendige Ausschluss vieler Primärstudien und weiterhin das Fehlen signifikanter Effekte bei den verbliebenen Studien bezüglich der Symptomreduktion, des Funktionsniveaus und der Medikationsadhärenz. Ein ähnliches Ergebnis – das Ausbleiben belastbarer Evidenz für die Wirksamkeit von Psychoedukation im engeren Sinne – zeigen auch die metaanalytischen Auswertungen des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), die der Formulierung offizieller Behandlungsleitlinien für den Bereich des Vereinigten Königreichs (United Kingdom, UK) zugrunde liegen (National Clinical Practice Guideline No. 82). Ein mittlerer signifikanter, kurzfristiger Effekt zeigte sich hier bezüglich der Rückfallrate. Dieser war jedoch nur bei Einbeziehung der Angehörigen, nicht bei alleiniger Applikation von Psychoedukation bei den Patienten signifikant. Ebenfalls war ein kleiner Effekt bezüglich des Störungswissens zu Ende der Psychoedukation festzustellen. Die Autoren diskutierten die eindeutige Überlegenheit der angehörigenbezogenen Psychoedukation hinsichtlich

einer möglicherweise gegebenen besseren Generalisierung der vermittelten Inhalte auf den Alltag (Unterstützung durch die Angehörigen), möglicherweise auch durch eine durch die Psychoedukation bewirkte größere Toleranz der Angehörigen gegenüber auftretenden Schwierigkeiten (geringere Rehospitalisierung). Auf Seiten der Patienten wurden mangelnde Krankheitseinsicht, ideosynkratische, von der Psychoedukation nicht aufgenommene Krankheitsvorstellungen sowie eine mangelnde Passung angesichts neurokognitiver Beeinträchtigungen bei vielen Patienten (Aufmerksamkeit, Gedächtnis) als Ursache für das Ausbleiben deutlicherer Effekte diskutiert.

Interessant für die Bewertung der Wirksamkeit von Psychoedukation ist wegen ihres aussagekräftigen Designs noch eine Studie, die von Feldmann, Hornung, Prein, Buchkremer und Arolt (2002) vorgelegt wurde. Sie hat die Variation der Wirksamkeit von Psychoedukation im Krankheitsverlauf zum Gegenstand und kommt mithilfe eines prospektiven, randomisierten Designs zu dem Ergebnis, dass eine Wirkung von Psychoedukation auf die Rehospitalisierungsrate bei Patienten mit einer mittleren Erkrankungsdauer (5 bis 7 Jahre) nachweisbar ist, nicht jedoch davor oder danach.

Insgesamt fällt in Bezug auf die Würdigung der Psychoedukation eine Diskrepanz zwischen dem Engagement und der professionellen Positionierung ihrer Protagonisten einerseits und der geringen Implementierungsrate sowie dem niedrigen Wirkungsgrad andererseits – trotz einiger positiver Befunde (Bäumel et al., 2006) – auf. Dies spricht nicht grundsätzlich gegen Psychoedukation, sondern macht die Notwendigkeit weiterer Arbeit an der Verbesserung von Aspekten des Settings bzw. Kontextes, des Inhalts und schließlich der Methodik der Vermittlung deutlich. Bezüglich des Settings ist zu thematisieren, ob die „Dosierung“ der Maßnahmen (ein- bis zweimal wöchentlich, 8 bis 12 Sitzungen, postakut) hinreichend ist und einer Erhöhung bedarf. Bezüglich der Inhalte stellt sich die Frage, welche Prozesse seitens der Patienten für die in der Definition der Psychoedukation vorgegebene Zielsetzung relevant sind bzw. welche Barrieren ihnen entgegenstehen. Ist es krankheitsbezogenes Wissen und/oder der Umgang mit aversiven Emotionen in der Auseinandersetzung mit den vielfältigen, häufig schwierigen Aspekten der Erkrankung? Zur Didaktik wäre zum einen zu überlegen, ob weitere Optimierungen durch Anleihen aus der Methodik der Erwach-

senenbildung möglich sind; weiterhin wie diese angesichts von Einschränkungen, die durch den klinischen Kontext gegeben sind, sowie der spezifischen, eingeschränkten Voraussetzungen vieler Psychosekranker Teilnehmer (Neurokognition, soziale Fertigkeiten, vgl. Sartory, 2007) ggf. modifiziert werden können.

1.2.2 Training der sozialen Kompetenz

Die hierunter subsumierbaren Formen psychologischer Intervention wurden in den 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts konzipiert und werden seither insbesondere in stationären Settings bzw. im Rahmen von Programmen zur Rehabilitation appliziert. Hierbei wird Kompetenz als ein Satz von Fertigkeiten verstanden, die für den adäquaten Umgang mit sozialen Situationen, insbesondere solchen, die im Rahmen der psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung und Rehabilitation typischerweise imponieren, erforderlich sind. Ihre Bedeutung für die Stabilisierung des psychischen Zustandes und für die Rezidivprophylaxe bei Schizophrenie erhalten diese Kompetenzen im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells schizophrener Erkrankungen (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson, 1984): Sie verhindern bzw. reduzieren Stress in sozialen Situationen und kompensieren dadurch die ungünstigen Auswirkungen dispositioneller Vulnerabilität bezüglich des Auftretens einer psychotischen Episode. Hierbei ist zunächst nicht entscheidend, ob es sich um die Wiedergewinnung von Fertigkeiten handelt, die durch die Psychose verloren gegangen sind, oder um den Aufbau solcher Fähigkeiten, über die die betreffenden Patienten bisher noch nicht verfügten. Thematisch beinhaltet soziales Kompetenztraining gewisse standardisierte Komponenten, wie Gespräche beginnen bzw. beenden, Fragen stellen und beantworten, eigene Bedürfnisse und Meinungen äußern sowie deren Erfüllung assertiv verfolgen, sich in sozialen Konflikten behaupten bzw. hierfür Lösungen finden. Diese Komponenten können ergänzt werden durch individuelle Schwerpunktbildungen. Methodisch gemeinsam ist derartigen Programmen der Bezug zu lerntheoretischen Prinzipien, insbesondere des Modelllernens und weiterer etablierter Techniken der Verhaltensmodifikation (Coaching, Prompting, Shaping, systematische Verstärkung, Rollenspiel), ergänzt durch intensivierte Instruktionen, Gruppendiskussion und weitere Vermittlungstechniken (vgl. hierzu Roder,

Brenner & Kienzle, 2002). Das Setting der Durchführung ist in aller Regel die Gruppe.

Bahnbrechend für die Entwicklung der sozialen Kompetenztrainings bei Schizophrenie waren die Arbeiten der Gruppen um Liberman („Social and independent living skills“, SILS; Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman & Massel, 1986; Liberman & Eckman, 1989) und Bellack (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997; vgl. auch Bellack, 1996). Beide Arbeitsgruppen entwickelten strukturierte, manualisierte und durch spezifische Medien (z. B. Demonstrationsfilme für die Modellvorgabe, Skalen und Arbeitsblätter) ergänzte Trainingseinheiten (vgl. z. B. das in deutscher Sprache vorliegende Manual von Bellack et al., 2004). Im Verlauf der Programmentwicklung kam es zu thematischen Zentrierungen auf relevante Lebensbereiche wie Freizeit, Kommunikation, Symptom- und Medikationsmanagement (vgl. Bellack et al., 2004). Auch relativ zielgenaue Module, zugeschnitten auf spezifische Bedürfnisse von Untergruppen psychiatrischer Patienten wie „Körperpflege und persönliche Hygiene“, „sich mit einer Person des anderen Geschlechts verabreden“ („Dating“) oder das Ablehnen von Drogen in angenehmen sozialen Situationen, wurden konzipiert (vgl. Wallace & Liberman, 1985).

Das typische Setting dieser Trainingsansätze sind Gruppen mit 5 bis 10 Teilnehmern, einer Sitzungsdauer von 45 bis 90 Minuten, einmal oder häufiger pro Woche durchgeführt. Die Laufzeiten der Trainings variieren stark je nach den jeweiligen Randbedingungen. Als optimal wird eine kontinuierliche Applikation – analog der neuroleptischen Medikation – angestrebt bzw. das Einbringen von Auffrischungssitzungen nach zwischenzeitlichen Unterbrechungen (Liberman & Kopelowicz, 1995).

Eine Erweiterung des Ansatzes zum Training sozialer Kompetenz im engeren Sinne stellt die komplementäre Ergänzung von Verhaltenstraining und Wissensvermittlung bezüglich eines eingegrenzten Problems durch ein hierauf bezogenes bzw. hiermit verbundenes Problemlösetraining dar, wie sie sich bereits in den SILS-Modulen findet (vgl. Liberman & Eckman, 1989). Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass bei Schizophrenie häufig auffindbare Defizite kognitiver Funktionen, insbesondere des formalen Problemlösens, den Erwerb und die Ausführung sozial kompetenten Verhaltens behindern. Als Konsequenz wurde ein bifokales,

Verhaltenskompetenz und kognitive Problemlösekompetenz integrierendes Vorgehen konzipiert. Ein ähnlicher, wenngleich nicht so intensiv umgesetzter Ansatz im deutschsprachigen Raum findet sich bei Schmitz-Niehus und Erim (2000), die im Rahmen eines psychoedukativen Trainings die Bearbeitung des Umgangs mit Alltagsproblemen mit einem Problemlösetraining kombinierten.

Erste Studien zum sozialen Kompetenztraining zeigten, dass schizophrene Erkrankte in der Tat unterschiedliche soziale Fertigkeiten erlernen können (z. B. Dilk & Bond, 1996), jedoch blieben Aufrechterhaltung, Generalisierung auf den Alltag und die erfolgreiche Anwendung des Gelernten auf andere als die trainierten Aktivitäten sowie auf die Symptomatik unklar. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass diese Trainings meist im stationären Rahmen oder innerhalb eingegrenzter Programme evaluiert wurden. Auch gab es schon früh Hinweise auf eine differenzielle Indikation der Trainings. So fanden Marder et al. (1996), dass offenbar vor allem Patienten mit frühem Krankheitsbeginn und daher ausgeprägten Defiziten von diesen Maßnahmen profitierten. Auch zeigte sich, dass ein klinisch stabiler Zustand einen Erfolg der Trainings begünstigte.

Eine nach einigen Überblicksarbeiten mit positiver Bilanz durchgeführte Metaanalyse von Pilling et al. (2002) auf der Grundlage von neun randomisierten Studien ließ allerdings keine Reduzierung von Rückfallrate, Anpassung, Lebensqualität und Behandlungcompliance erkennen. Auf einer breiteren Basis steht die Metaanalyse von Pfammatter, Junghans und Brenner (2006), die sich auf 19 randomisierte Studien bezieht und eine striktere Eingrenzung hinsichtlich der aufzunehmenden Interventionsformen vornimmt. Es wurden nur solche Studien aufgenommen, die zur Verbesserung der sozialen Performanz auf Techniken der sozialen oder operanten Lerntheorie fußen und Instruktionen, Modellvorgabe, Rollenspiel, Verstärkung, korrekatives Feedback und In-vivo-Übungen (als Hausaufgabe) beinhalten. Die Autoren konnten hier einen großen und nachhaltigen Effekt auf den Fertigkeitenerwerb, eine kurzfristige Verbesserung der Assertivität und einen moderaten, nachhaltigen Effekt auf das soziale Funktionsniveau zeigen, zusammen mit einer geringfügigen Reduzierung der Psychopathologie und einem deutlichen Rückgang der Rehospitalisierung. Anzuführen ist an dieser Stelle allerdings, dass bei noch strikterer Definition der sozialen Kompe-

tenzverbesserung bedeutsame Auswirkungen auf relevante Parameter in der Metaanalyse des NICE (2009) nicht nachweisbar waren. Weiterhin scheint auf der Grundlage der Metaanalyse von Pfammatter et al. (2006) die Übertragung von Trainingseffekten auf den Alltag fraglich zu sein. Trotz der oben genannten erfolgversprechenden Befunde bleibt der Alltagstransfer von Trainingseffekten somit ein noch nicht hinreichend aufgeklärtes Problem. Die Autoren diskutieren Möglichkeiten einer innovativen Implementation sozialer Kompetenztrainings, etwa im Rahmen und in Verbindung zu kognitiver Remediation (Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999, vgl. auch Schmitz-Niehus & Erim, 2000) oder gestützter Arbeitstätigkeit („supported employment“, vgl. Kapitel 2.3). Anzumerken bleibt noch, dass eine Übersicht zum Verbreitungsgrad der sozialen Kompetenztrainings, wie sie für die psychoedukativen Verfahren erstellt wurde, bisher nicht vorliegt.

1.2.3 Kognitive Remediation

Unter kognitiver Remediation sind Ansätze zu verstehen, die eine systematische Förderung kognitiver Prozesse durch spezifische Trainings oder die Neutralisierung kognitiver Defizite durch den Aufbau geeigneter Kompensationsstrategien zum Ziel haben. Sie fußen auf eindeutigen Befunden zu Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter in unterschiedlichen kognitiven Funktionen, die historisch schon auf Bleuler zurückgehen und in den letzten Jahrzehnten durch eine Vielzahl empirischer Studien bestätigt und ausdifferenziert wurden (vgl. Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000). Auch für Personen mit bipolaren Störungen wurden derartige kognitive Funktionsbeeinträchtigungen gezeigt (vgl. Martínéz-Arán et al., 2004). Einen Wendepunkt von der Untersuchung solchen Beeinträchtigungen hin zur systematischen Einflussnahme markierte u. a. eine Publikation mit dem Titel „Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet?“ (Green, 1993). Motiviert wurde dieser Strang der Verfahrensentwicklung wiederum durch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie, in dem kognitiven Defiziten eine Schlüsselrolle zwischen Belastungen in der Auseinandersetzung mit Umweltanforderungen und der Entwicklung psychotischer Symptome zugewiesen wird. Einen weiteren Einfluss hatten Befunde, die die Bedeutung dieser Beeinträchtigungen für den Verlauf und die soziale Anpassung in verschiedenen Le-

bensbereichen nachweisen (z. B. Green, Kern, Braff & Mintz, 2000). Hieraus entwickelte sich eine Reihe von Interventionsansätzen, die die Einflussnahme auf zentrale kognitive (wegen ihrer Nähe zu vermuteten oder nachgewiesenen spezifischen neuronalen Zuständen bzw. Abläufen auch als neurokognitiv bezeichnete) Prozesse zum Ziel hatten, insbesondere im Bereich des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der exekutiven Funktionen. Im deutschsprachigen Raum besonders bekannt geworden sind das Programm COGPACK (Geibel-Jakobs & Olbrich, 1998) sowie einzelne kognitive Fördermodule (kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung) aus dem integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT) von Roder et al. (1988).

Frühere Übersichten bzw. Metaanalysen zur Wirksamkeit von kognitiver Remediation zeigen inkonsistente Ergebnisse (vgl. Silverstein & Wilkniss, 2004). Sie belegen, dass kognitive Verbesserungen bei schizophren Erkrankten möglich sind, lassen insgesamt eher geringe bis mittlere Effektstärken erkennen und werfen Fragen bezüglich der Nachhaltigkeit von Effekten, ihrer Generalisierbarkeit bzw. der differenziellen Wirkung einzelner Trainings sowie ihrer funktionalen Bedeutung für die Alltagsbewältigung und den Krankheitsverlauf auf.

Eine neuere Metaanalyse auf der Grundlage einer größeren Datenbasis (19 randomisierte Studien) stammt von Pfammatter et al. (2006). Sie untersucht die Wirkung von Maßnahmen, die über die Anwendung wiederholter Bearbeitung kognitiver Aufgaben oder über das Training von Strategien zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen eine Verbesserung kognitiver Leistungen anstreben, und zwar im Bereich von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutiven Funktionen. Weiterhin werden Effekte bei der sozialen Kognition und im sozialen Funktionsniveau erfasst. Die Ergebnisse zeigen wiederum kleine bis mittlere kurzfristige Effekte bei den kognitiven Funktionen und legen einen moderaten Transfereffekt beim sozialen Funktionsniveau nahe. Ebenfalls zeigt sich eine geringfügige Abnahme der Symptomatik. Als zu klärende Fragen werden wiederum die Dauerhaftigkeit der Effekte, deren funktionale Relevanz, ihre augenscheinliche Heterogenität sowie die Bedeutung möglicher Mediatorvariablen (soziale Kognition und Lernpotenzial, vgl. Green et al., 2000; Metakognition, vgl. Koren, Seidman, Gold-

smith & Harvey, 2006) und eine stärkere Individualisierung des Trainings diskutiert.

Diese Diskussionslinie setzt sich fort in einer weiteren Metaanalyse von McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo und Mueser (2007). Diese Autoren analysierten 25 kontrollierte Studien, die inhaltlich danach klassifiziert wurden, ob „drill and practice“ überwog (wiederholtes Üben; 69 %) und ob zusätzliche psychosoziale Interventionen vorlagen (23 %). Die durchschnittliche Maßnahmendauer betrug 12,8 Wochen. Bei einem Nachweis von mittleren bis tendenziell niedrigen Effektstärken zeigte sich die Bedeutung spezifischer Moderatorvariablen: Für verbales Lernen und Gedächtnis waren dies die Dosis der applizierten Maßnahmen sowie die Unterscheidung von wiederholter Einübung versus das Coaching von Strategien. Für das soziale Funktionsniveau war es das Vorliegen zusätzlicher psychiatrischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie wiederum das Unterscheiden von wiederholtem Einüben versus Strategietraining.

Vor allem letztere Analyse verdeutlicht durch die explizite Überprüfung von Moderatoreffekten einen offenbar wichtigen Sachverhalt, den Kontext der Applikation von kognitiver Remediation. Dieser wird in einer Reihe richtungsweisender Studien deutlich, die in einer Übersichtsarbeit von Velligan et al. (2006) diskutiert werden. Die Autoren verweisen darauf, dass bei Betrachtung der kognitiven Remediationsanteile des IPT hier die vergleichsweise stärksten Effekte auftreten, wenn dieser Teil des Programms zusammen mit einem Fertigkeitentraining appliziert wird. Einen anderen Aspekt – die soziale Einbettung des kognitiven Trainings – steht bei der Cognitive Enhancement Therapy (CET) nach Hogarty et al. (2004) im Vordergrund. Computerisierte Übungen zu Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Problemlösen finden hier in einem dyadischen Kontext statt (soziales Kognitionstraining in Kleingruppen). Interessant ist hier auch die „Dosis“ der Maßnahme: Das Computertraining umfasste 75 Stunden, das soziale Kognitionstraining 56 Sitzungen à 1,5 Stunden (pro Woche), und die Maßnahmendauer waren 12 bzw. 24 (in der zweiten Studie) Monate. Als Ergebnis zeigten sich differenzielle Effekte bezüglich einzelner verwendeter Messinstrumente. Methodische Mängel erschweren eine abschließende Bewertung des Ansatzes, doch ist seine konzeptionell begründete, soziale, motivationale und alltagsbezogene Ausgestaltung der Trai-

ningsaufgaben und ihres Durchführungskontextes sowie ihre Dosierung hervorzuheben (vgl. hierzu auch Vauth et al., 2000). Nach einer rezenten Evaluationsstudie scheint dieser Ansatz sogar geeignet, neuronalen Abbauprozessen im Frühstadium der Schizophrenie vorzubeugen (Eack et al., 2010).

Einen weiteren Akzent, die explizite Einbettung von kognitiven Remediationsmaßnahmen in berufliches Training, bietet die Neurocognitive Enhancement Therapy (NET) nach Bell, Bryson, Greig, Corcoran und Wexler (2001). Die Teilnehmer durchlaufen hier für die Dauer eines (ursprünglich) halben Jahres eine bezahlte berufliche Tätigkeit, die durch eine wöchentliche Gruppensitzung zu Fragen der sozialen Adaptation und durch individuelles Coaching gestützt wird („supported employment“). Hiermit verbunden ist pro Woche ein 5-stündiges kognitives Training zu Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen als Teil der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Vorliegende Evaluationsstudien zeigen die kurz- und langfristige Wirksamkeit dieser Maßnahme in beeindruckender Weise sowohl auf kognitive Funktionen als auch auf den Verlauf der beruflichen Rehabilitation und Integration. Dieses Ergebnis wurde mehrfach bei Modifikationen einzelner Anteile der Maßnahme bestätigt (Bell, Bryson & Wexler, 2003; Bell, Zito, Greig & Wexler, 2008).

Einen wiederum anderen Akzent – die Nutzung von Vermittlungsstrategien aus dem Bereich der Pädagogischen Psychologie – repräsentiert der Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation (NEAR; Medalia, Revheim & Herlands, 2002). Das über 5 Wochen laufende Programm (zwei wöchentliche Sitzungen à 25 Minuten) versucht über eine interessante, komplexe Softwaregestaltung des Trainings intrinsische Motivation und persönliche Hinwendung zur Aufgabe zu fördern. Neben der in einer kontrollierten Studie demonstrierten Wirksamkeit der Maßnahme sind vor allem Befunde aus assoziierten Untersuchungen interessant (vgl. Velligan, Kern & Gold, 2006): Es zeigt sich, dass das Profitieren von diesem Programm (bei einer Unterscheidung in „Lerner“ und „Nichtlerner“) über Variablen wie Teilnehmermotivation, Dosierung, Trainerqualifikation, und Programmtyp vermittelt wurde. Dies legt die Nützlichkeit einer in anderen, nicht klinischen Kontexten entwickelten transaktionalen Perspektive von Intervention, wonach der Trainings- bzw. Lernerfolg

generell als eine Funktion von Inhalt, Person und Methode zu sehen ist, nahe (vgl. Carlson & Wiedl, 2001). Auch für die Förderung einer tragfähigen Trainingsmotivation sollten sich aus einer solchen Perspektive hilfreiche Ansatzpunkte ergeben.

Schließlich sind für die Entwicklung im anglo-amerikanischen Raum noch zwei weitere Maßnahmen deshalb interessant, weil sie ihren Fokus nicht auf Remediation defizitärer kognitiver Funktionen im engeren Sinne, sondern auf deren Kompensation legen. Es handelt sich um das Cognitive Adaptation Training (CAT; Velligan et al., 2000) und das Errorless Learning (Kern, Liberman, Kopelowicz, Mintz & Green, 2002). Beim CAT stehen die Nutzung von Signalkarten und Checklisten und der Einsatz von Hilfen zur zielorientierten Initiierung, Sequenzierung und Stabilisierung von Verhalten vor dem Hintergrund persistierender neurokognitiver Defizite im Fokus. Hier zeigen verschiedene Studien Auswirkungen in der Größenordnung starker Effekte. Errorless Learning beruht auf der Fragmentierung von Trainingseinheiten, deren intensivem Üben bis zur fehlerfreien Beherrschung und deren Sequentierung so, dass Anschlussfehler möglichst unterbleiben. Auch hier zeigen die vorliegenden Studien eindrucksvolle Erfolge, insbesondere für Teilnehmer mit ausgeprägten neurokognitiven Beeinträchtigungen. Von diesen zeigen weiterführende Studien mithilfe bildgebender Verfahren, dass ihre Defizite durchaus beeinflussbar sind, allerdings über die Aktivierung anderer Hirnareale als dies für die Probanden im normalen Leistungsbereich der Fall ist (vgl. Pedersen, Wiedl & Ohrmann, 2009).

Für den deutschen Sprachraum ist – neben den entsprechenden Anteilen des IPT – der Ansatz von Vauth et al. (2000) hervorzuheben. Diese Autoren kombinieren die Durchführung des COGPACK mit einem Bewältigungstraining, das zweimal wöchentlich über 8 Wochen mit einer Sitzungsdauer von jeweils 90 Minuten durchgeführt wird. Hierbei werden Strategien der Teilnehmer im Umgang mit den eigenen kognitiven Funktionsdefiziten fokussiert; weiterhin wird der Strategieaufbau gefördert, zum Teil in persönlich relevanten sozialen und beruflichen Kontexten. In diesem Zusammenhang ist auch das von Vauth und Stieglitz (2008) entwickelte Training emotionaler Intelligenz zu nennen. Hier wird versucht, eine Verbesserung der emotionalen Informationsverarbeitungsprozesse über die Förderung der emotionalen Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Verstehens emotional aufgeladener sozialer Si-

tuationen sowie der Regulation der Stimmung herbeizuführen. Abschließend ist noch die Integrative Neurokognitive Therapie (INT; Müller & Roder, 2010) zu nennen, die auf einer Taxonomie relevanter neurokognitiver Domänen fußt und Gruppenprozesse als wesentliches therapeutisches Mittel zu ihrer Beeinflussung sieht.

Insgesamt zeigt die vorausgegangene Darstellung von Metaanalysen und weiterführenden Studien, dass die kognitive Remediation bei Personen mit Schizophrenie applizierbar ist und mehrheitlich bis zu mittleren Effekten führen kann, darunter auch zu solchen im Bereich der Alltagsbewältigung. Ihr volles Potenzial dürfte die kognitive Remediation erst entfalten, wenn sie mithilfe elaborierter Vermittlungstechniken aus dem Bereich anderer psychologischer Disziplinen, vor allem der Pädagogischen Psychologie, unter Berücksichtigung motivationaler Belange, einer verbesserten, alltagsnahen Gestaltung von Trainingseinheiten, der expliziten Einbeziehung des sozialen und beruflichen Kontexts und einer Veränderung der Rolle des Trainers (Coach statt Lehrer bzw. Therapeut) sowie einer angemessenen Dosis und mit größerer Individualisierung geschieht. Diese Beurteilung stimmt überein mit der eher skeptischen Einschätzung des NICE (2009), wonach verlässliche Effekte der kognitiven Remediation nur dann zu erwarten sind, wenn dieser Ansatz als Adjunkt zu spezifischen sozialen und/oder berufsbezogenen Interventionen angewendet wird. Die Metaanalyse von McGurk et al. (2007), die bei den bisher mehrheitlich eingesetzten Varianten von kognitiver Remediation ein Überwiegen des einfachen wiederholten Übens („drill and practice“, 69 %) gezeigt und als vergleichsweise wenig wirksam ausgewiesen hatte, stimmt bezüglich des künftigen Veränderungspotenzials von kognitiver Remediation optimistisch, wenn die offenbar vorhandenen günstigen Spielräume für Erweiterungsmöglichkeiten genutzt werden. Zu letzterem Aspekt – erfolversprechenden Weiterentwicklungen – sind Velligan et al. (2006) der Auffassung, dass auch das Ausmaß der persönlichen Beteiligung der Teilnehmer von kognitiver Remediation an Ablauf und Gestaltung des Programms eine wesentliche Determinante der Effektstärke darstellten. Weiterhin mehrten sich in neuerer Zeit Belege dafür, dass komplexe, die Aspekte von Selbststeuerung mit einbeziehende Konstrukte wie Metakognition (Moritz & Woodward, 2007) dazu beitragen könnten, weiterführende Zielbereiche für die kognitive Remediation zu definieren.

1.2.4 Kognitive Verhaltenstherapie

Wie für andere Behandlungsansätze bereits berichtet, krankt auch die Darstellung der kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen (Cognitive Behavior Therapy for Psychosis, CBTp) an der Heterogenität der hierunter subsumierten Inhalte. Dies nimmt nicht Wunder, beinhalten doch viele psychologische Behandlungsverfahren, wie dies auch bei den oben aufgeführten Ansätzen deutlich wurde, kognitive Elemente. Wie gezeigt, finden sich beispielsweise beim Social-Skills-Training Einflussnahmen auf Prozesse des Problemlösens, bei Psychoedukation stehen die Vermittlung bzw. das Erlernen bestimmter Inhalte im Vordergrund, und kognitive Remediation zielt auf die Veränderung sowohl basaler (Aufmerksamkeit, Gedächtnis) als auch komplexer, die Selbstregulation einbeziehender kognitiver Prozesse (Metakognition; vgl. Moritz & Woodward, 2007). Eine Einbeziehung dieser Ansätze unter das Dach kognitiver bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapien liegt nahe. Entsprechend beklagen die Autoren neuerer Metaanalysen zur Bewertung der Wirksamkeit von CBTp (z. B. Pfammatter et al., 2006; Lincoln, Suttner & Nestoriuc, 2008) die Schwierigkeit, zu tragfähigen Aussagen über diesen Ansatz zu gelangen. Die Auswahl eingrenzbarer CBTp-Interventionen zum Zwecke ihrer Überprüfung stellt gerade bei diesem Ansatz eine große Herausforderung für die einschlägige Forschung dar.

Was sind die distinktiven Merkmale von CBTp? Kognitive Verhaltenstherapie hat ihre Wurzeln im angloamerikanischen Raum, hat sich aber in zwei unterschiedlichen Linien entwickelt (vgl. hierzu Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008). Hier ist zum einen der insbesondere von Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) beeinflusste Ansatz zu nennen, der seit langem zur Standardbehandlung von Depressionen gehört und als solcher in den entsprechenden Behandlungsleitlinien nationaler und internationaler Organisationen der Gesundheitsversorgung berücksichtigt wird. Im Fokus stehen hier spezifische kognitive Fehler, dysfunktionale Attributionen und Schemata. Anwendungen dieses Ansatzes bei psychotischen Patienten wurden bereits von Beck und Mitarbeitern berichtet (Beck, 1952; Beck & Rector, 2003).

Die zweite Entwicklungslinie der kognitiven Verhaltenstherapie nahm ihren Anfang im Vereinigten Königreich in den 90er Jahren und entwickelte

sich relativ unabhängig von der ersteren Linie, wenngleich sich einzelne Konzepte überlappen. Sie stellt die derzeit in der Schizophreniebehandlung dominierende Variante von CBTp dar. Ihre Protagonisten waren (und sind) Autoren wie Garety (Garety, Fowler & Kuipers, 2000), Fowler (Fowler, Garety & Kuipers, 1995), Birchwood (Birchwood, Hallett & Preston, 1988) und Tarrier (Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff & Ugarteburu, 1993). Kennzeichnend für die Philosophie dieses Ansatzes ist das Prinzip der Normalisierung, d. h. die Betrachtung auch psychotischer Symptome auf einem Kontinuum von Funktionsausprägungen bzw. deren Beeinträchtigungen. Dies lässt psychotische Symptome gewissermaßen in Nachbarschaft zu Manifestationen normalen Verhaltens und Erlebens erscheinen. Ein weiteres, hiermit zusammenhängendes Charakteristikum, das gleichzeitig die theoretische Fundierung des Ansatzes bestimmt, ist der folgerichtige Rekurs auf (normale) psychologische Modelle kognitiver Prozesse als Rahmen für die Allokation von Störungen wie Wahn und Halluzinationen und für die Entwicklung und Überprüfung von spezifischen Modellen zur Erklärung dieser Störungen (z. B. Birchwood & Chadwick, 1997) sowie deren systematische Bearbeitung in der Therapie (vgl. beispielhaft Nelson, 1997). Hinzu kommt weiterhin ein Fokus auf dysfunktionale Überzeugungen als vorausgehende oder aufrechterhaltende Bedingungen für Wahn und Halluzinationen. Die Zentrierung auf diesen Symptombereich der Positivsymptomatik und optimistisch stimmende Erfolge in einer Reihe von Einzelstudien haben, begünstigt auch durch eine zunehmende Skepsis gegenüber der durchgängigen Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlung (vgl. Aderhold, 2008), sehr zur Verbreitung des Ansatzes beigetragen. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von (trotz neuroleptischer Medikation) persistierender Symptomatik. Entsprechend wurde CBTp auch in den Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) im Vereinigten Königreich empfohlen. Diese Empfehlung stützt sich insbesondere auf metaanalytische Befunde, wonach bei differenzierter Erfassung der Symptomschwere von Halluzinationen und Wahn starke Effekte zu verzeichnen sind. Im deutschen Sprachraum wurde der Ansatz der CBTp insbesondere von Lincoln (2006) und Vauth und Stieglitz (2007) propagiert und durch die Bereitstellung einer manualisierten Verfahrensanleitung auch für den klinischen Einsatz verfügbar gemacht.

Versucht man das methodische Vorgehen der CBTP einzugrenzen auf den Einsatz von kognitiven Verfahrensgrundsätzen und Techniken zur Modifikation vor allem von Wahn und Halluzinationen, so lassen sich die folgenden Behandlungselemente benennen: Entwicklung eines kognitiv-psychologischen Problemmodells zur Konzeptualisierung von Symptomatik und deren Behandlung, Bearbeitung von Coping-Strategien im Umgang mit Symptomen und deren Monitoring, kognitive Umstrukturierung von Wahn zur Reduzierung des Überzeugungsgrades von Wahnhaltungen, Umstrukturierung dysfunktionaler Metaüberzeugungen bezüglich der Symptome (z. B. Ausgestaltung bestimmter zentraler motivationaler Themen), kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Kognitionen, die auf die eigene Person oder auf andere gerichtet sind, und die Anwendung der erarbeiteten kognitiven Fertigkeiten auf den Umgang mit wiederauftretenden oder noch persistierenden Symptomen zur Prophylaxe eines akuten Rückfalls. Die hierbei zum Einsatz kommenden Techniken bilden das Arsenal der traditionellen Verhaltenstherapie (z. B. Rollenspiel, Hausaufgaben, Verhaltensexperimente) wie auch der kognitiven Methodik ab (z. B. sokratischer Dialog, rationale Argumentationstechniken; vgl. hierzu sehr detailliert Nelson, 1997).

Neuere Metaanalysen zeigen bei der Anwendung rigoroser Auswahlkriterien bezüglich des inhaltlichen Fokus und der methodischen Qualität der Originalstudien ein nur gemäßigt optimistisches Bild. Pfammatter et al. (2006) fand für 17 randomisierte kontrollierte Studien einen substanziellen mittleren Effekt für die allgemeine Psychopathologie und einen nachhaltigen Rückgang bei der Positivsymptomatik (Wahn) im Follow-up. In einer weiteren Metaanalyse auf der Grundlage von 18 randomisierten Originalstudien und unter besonderer Berücksichtigung der Charakteristik der Kontrollgruppe fanden Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2008) im Vergleich zur neuroleptischen Standardbehandlung signifikante, aber nur kleine Effektstärken für die Gesamtsymptomatik und für die Hospitalisierungsrate. Im Vergleich mit aktiven Kontrollgruppen (adjunktive psychosoziale Behandlung neben neuroleptischer Standardbehandlung) zeigte sich nach Abschluss der CBTP für die Symptomatik keine Überlegenheit, allerdings lässt sich eine solche zum Zeitpunkt des Follow-up feststellen. Die Betrachtung der Konfidenzintervalle für beide Analysen verweist darauf, dass selbst bei mittleren Effektstärken die Vertei-

lung der zu erwartenden Werte bis in den Bereich geringer Effekte reicht. Lincoln, Suttner und Nestoriuc (2008) diskutieren eine Reihe von Gründen für diese doch hinter den Erwartungen zurückbleibenden Ergebnisse, darunter die oft schwer zu vollziehende Trennbarkeit von anderen Techniken im Verlauf der Durchführung von kognitiver Verhaltenstherapie, die geringe durchschnittliche Dosis in der Applikation (durchschnittlich 15 Sitzungen), den aus ethischen Gründen praktisch nicht durchführbaren Vergleich mit unmedizierten Patienten und die Tatsache, dass selbst ein statistisch kleiner Effekt auf der Grundlage eines bereits bestehenden Medikationseffektes klinisch bedeutsam sein kann. Einen wichtigen Befund stellt das Ergebnis aus der Metaanalyse von Lincoln et al. dar, wonach die Größe des Effektes mit der kognitiven Schwerpunktbildung in der Therapiedurchführung korreliert. Wykes et al. (2008) arbeiteten in einer weiteren Metaanalyse eine Reihe methodischer Faktoren heraus, die ebenfalls bedeutsam für die Ausprägung der Effektstärken sind, und empfehlen auf dieser Grundlage eine differenziertere Strategie der metaanalytischen Forschung und eine weiterführende Reflexion der Art und Weise, wie CBTP zu implementieren ist. Somit ist die Wirksamkeit von CBTP noch nicht abschließend zu bewerten. Dies wird durch eine aktuelle Metaanalyse von Lynch, Laws und McKenna (2009) unterstrichen. Diese Autoren zeigten, dass auf der Grundlage der zum Teil gleichen Primärstudien, die der NICE-Metaanalyse (2009) zugrunde gelegt wurden, bei Kontrolle der „Blindheit“ und der spezifischen Ausrichtung der Kontrollgruppe (Kontrollinterventionen ohne spezifische therapeutische Zielsetzung) die Effekte der CBTP auf Symptomatik und Rückfall verschwanden bzw. sich deutlich reduzierten.

Trotz dieser unklaren Datenlage scheint es dennoch angemessen zu sein anzunehmen, dass das Potenzial der CBTP in der Herausarbeitung der im engeren Sinne kognitiven Grundprinzipien und einer gezielten Einflussnahme auf die hierüber definierbaren kognitiven Strukturen und Prozesse liegt. Welche Bedeutung ihrer Verbindung mit anderen therapeutischen Techniken sowie dem Setting ihrer Anwendung zukommen, wird noch zu klären sein. Hierunter fällt auch die Erweiterung ihres Formats, beispielsweise in einer Nutzung des Gruppenrahmens für ihre Durchführung (Wykes et al., 2005; Bechdolf et al., 2004), und weiterhin die Ausdehnung des Anwendungsspektrums der

CBTp auf den Bereich der Negativsymptomatik. Auch hierzu liegen fruchtbar erscheinende Überlegungen vor (vgl. Klingberg et al., 2003).

1.2.5 Integrative Ansätze

In ihrer Vorschau auf die künftige Entwicklung der psychologischen Therapien bei „schweren psychischen Erkrankungen“ („severe mental illnesses“, SMI) betonen Spaulding und Nolting (2006) die Notwendigkeit, das Wissen über Faktoren, die an deren Entstehung und Verlauf beteiligt sind, in therapeutische Maßnahmen zu überführen (vgl. Kapitel 1.1). So nennen sie beispielhaft aus der Perspektive kognitiver bzw. neurokognitiver Erklärungsansätze die Faktoren der vulnerabilitätsbezogenen Beeinträchtigungen neuropsychologischer Basisfunktionen (I), episodенkorrelierte Beeinträchtigungen (II, kognitive Beeinträchtigungen einhergehend mit der spezifischen klinischen Positiv- und Negativsymptomatik), multiple persistierende Beeinträchtigungen im postakuten Verlauf (III) und grundlegende Dysfunktionen im Bereich kognitiver Schemata, Attributionsstile, Denkmuster etc. (IV). Angesichts der Problematik einer punktgenauen Zuordnung therapeutischer Maßnahmen zu derart eingegrenzten ätiopathogenetisch wirksamen Faktoren plädieren sie für den Einsatz breit angelegter Behandlungsformen, die unterschiedliche Zielbereiche innerhalb des Ansatzes zusammenführen (z. B. Fertigkeitstraining, kognitive Remediation spezifischer Funktionen, komplexe psychotherapeutische Maßnahmen, etwa der kognitiven Verhaltenstherapie). Diese Auffassung wird unterstützt von neueren Metaanalysen aus dem NICE (2009). Bei strikter, jedwede Überlappungen ausschließender Definition der einzelnen Verfahrensansätze konnten die Autoren dieses Expertenteams zeigen, dass kognitive Remediation, soziales Fertigkeitentraining, Psychoedukation und weitere Interventionen (klientenzentriertes, supportives Councelling, tiefenpsychologische bzw. psychoanalytische Interventionen) für sich genommen keine konsistenten Effekte bei unterschiedlichen klinischen Kriterien aufweisen. Konsistente Effekte von mittlerer bis großer Effektstärke und über einen längeren Wirkungszeitraum (bis 24 Monate) lassen sich nach dieser Analyse nur bei CBTp und Familienintervention feststellen. Hinzu kommt der Nachweis mittlerer bis starker Effekte auf die Negativsymptomatik bei der Kunsttherapie, definiert als systematische

Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien bei Aktivitäten, die der Kreativitätsförderung dienen. In den Behandlungsrichtlinien des NICE (2009) wird dementsprechend an verschiedenen Stellen die bedarfsorientierte, spezifische Präferenzen der Nutzer ebenfalls berücksichtigende Kombination einzelner Verfahren befürwortet (z. B. auch Elemente klientenzentrierter Intervention).

Von den derzeit verfügbaren etablierten Behandlungsansätzen entsprechen nach Auffassung von Spaulding und Nolting (2006) die von Hogarty entwickelte „Cognitive Enhancement Therapy“ (CET; Hogarty & Flesher, 1999, vgl. Kapitel 1.2.3) und die in der Arbeitsgruppe um Brenner und Roder entwickelte „Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten“ (IPT; Roder et al., 1988) derartigen Vorstellungen zur Integration verschiedener Behandlungsbausteine. Aufgrund seiner Bedeutung und Verbreitung auch im deutschen Sprachraum soll letzterer Ansatz als Beispiel für ein integriertes therapeutisches Vorgehen kurz vorgestellt und diskutiert werden.

Das Integrierte Psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT) stellt eines der ersten systematisch entwickelten und manualisierten Therapieprogramme für schizophrene Psychosen dar. Der Anspruch des Programms war es, die bereits bis zu den 80er Jahren erforschten vielfältigen Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter einer Behandlung zugänglich zu machen. Dies führte naturgemäß zu einer breiten Fächerung von Zielbereichen im Sinne der Forderung von Spaulding und Nolting (2006): kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten und schließlich interpersonelles Problemlösen wurden als Unterprogramme konzipiert. Die ursprüngliche Vorstellung war es, im Sinne eines unidirektionalen, stufenartig aufgebauten Pervasivitätsmodells, nach dem Defizite der jeweils unteren Stufe die Funktionalität der jeweils höheren schädigen, diese Stufen sukzessive abzarbeiten. Die Therapie sollte demnach mit dem Unterprogramm der kognitiven Differenzierung beginnen und dann „bottom up“ die übrigen Programme in der genannten Reihenfolge einschließen. Mittlerweile wird von einer Wechselwirkung der unterschiedlichen funktionalen Domänen ausgegangen, entsprechend werden auch „Top-down“-Prozesse erwartet und die Unterprogramme können in flexibler Weise miteinander verknüpft werden (vgl. Roder, Brenner &

Kienzle, 2002, S. 21 ff.). Zu der im IPT gegebenen Breite der Zielbereiche ist ergänzend anzumerken, dass im Bereich der kognitiven Differenzierung, der dem o. g. kognitiven Remediationsansatz entspricht, explizit Wert darauf gelegt wird, diese nicht in „kalten“ Trainings (ausschließlich funktionsbezogenes Training, z. B. computergestützt), sondern in einem sozial-emotionalen Kontext des Arbeitens in der Gruppe unter Berücksichtigung emotionaler Anteile zu vermitteln.

Die Breite des Ansatzes betreffend ist weiterhin auf zwei Ergänzungsprogramme zu verweisen: das Programm „Wohnen, Arbeit, Freizeit“ (WAF; vgl. Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002) und das Programm zur Bewältigung maladaptiver Emotionen (vgl. Hodel & Brenner, 1996). In ersterem bearbeiten die Teilnehmer jeweils in Unterprogrammen systematisch für die drei vorgegebenen Zielbereiche Probleme der Orientierung und Zielfindung, der Umsetzung und Verfolgung bereichsspezifischer Ziele und schließlich der Bewältigung von dabei auftretenden Schwierigkeiten. Hierbei kommen vielfältige Methoden, die insgesamt dem Bereich psychoedukativer, verhaltensorientierter und dem Problemlöseparadigma verpflichteter Vorgehensweisen zuzuordnen sind, zur Anwendung.

Im Programm zur Bewältigung maladaptiver Emotionen liegt der Fokus auf Störungen emotionaler Prozesse, die im Verlauf kognitiver und verhaltensbezogener Interventionen, insbesondere im Zusammenhang mit den bei Psychosen vorliegenden schweren Beeinträchtigungen, auftreten können. In der Abfolge werden die Identifikation und Beschreibung von Gefühlen, die Beschreibung, Elaboration und Überprüfung der von den Patienten verwendeten Coping-Strategien und deren Optimierung behandelt.

Evaluationsstudien zum IPT und ihren Erweiterungen zeigen einen auch international hohen Verbreitungsgrad des Ansatzes (Roder & Müller, 2005; Roder, Müller, Mueser & Brenner, 2006). Hierzu trägt bei, dass das Manual in verschiedenen Übersetzungen vorliegt. Insgesamt zeigt sich, dass die Durchführung des Programms im Durchschnitt ca. 44 Sitzungen in Anspruch nimmt, die sich auf einen Zeitraum von ca. 17 Wochen erstrecken. Die mitgeteilten Effektstärken für das Gesamtprogramm und für die Unterprogramme für den Vergleich von Behandlungs- und Kontrollgruppen liegen meist im mittleren Bereich. Dieses Ergebnis erweist sich als

robust gegenüber unterschiedlichen Variationen des Behandlungssettings, darunter auch der Kombination ausgewählter Unterprogramme im Sinne einer flexiblen Anwendung. Vergleichsweise ungünstig erscheint eine Frequenz von nur einer Sitzung pro Woche. Als günstig bezüglich der Effektstärke, wie auch für eine weitere Verbesserung im Katamnesezeitraum nach Abschluss des Programms, erweist es sich, das gesamte IPT zu applizieren. Von Bedeutung ist, dass die genannten und weitere Befunde auch nachweisbar sind, wenn die Metaanalysen sich nur auf „High-quality“-Studien unter Berücksichtigung randomisierter Kontrollgruppendesigns beziehen. Dies spricht für die Validität der Evaluationsergebnisse.

1.3 Bewältigungs- und gesundheitsorientierte Therapie

Bisher wurden die dominierenden Ansätze psychologisch fundierter Therapie bei Psychosen, vor allem der Schizophrenie, dargestellt. Unter Vernachlässigung der beschriebenen Überlappungen der Ansätze stellen sich diese in ihren Kerninhalten wie folgt dar: Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und einschlägigen Fertigkeiten in der Psychoedukation, Verbesserung krankheitsdisponierender, korrelierter oder nachfolgender kognitiver Beeinträchtigungen in der kognitiven Remediation, Aufbau allgemeiner und krankheitsbezogener sozialer Fertigkeiten im Training der sozialen Kompetenz, und die Behebung oder Reduzierung persistierender psychotischer Symptomatik über die Modifikation kognitiver und perceptiver Muster, die diesen Symptomen aus Sicht psychologischer Modellvorstellungen zugrunde liegen. Das IPT schließlich integriert verschiedene Aspekte dieser Ansätze, insbesondere der kognitiven Remediation und des sozialen Kompetenztrainings unter Einbeziehung psychoedukativer Anteile und unter Betonung eines sozialen Vermittlungskontextes. Diese Ansätze stellen insgesamt die Hauptlinien evidenzbasierter bzw. nach Evidenzbasierung strebender Therapieentwicklung im Bereich der Psychose-Behandlung dar.

1.3.1 Bewältigungsorientierte Anteile im Rahmen etablierter Ansätze

Die genauere Betrachtung der dargestellten Ansätze über die vorgenommene, einfache Akzentuierung hinaus hat gezeigt, dass häufig auch der Be-