

Hausarbeit im Rahmen der Veranstaltung „Biologische Grundlagen des Verhaltens und seiner Störungen“

**Interventionsformen in der
Langzeitbehandlung
schizophrener Patienten**

Inhalt

1 EINFÜHRUNG.....	3
2 DAS PROBLEM SCHIZOPHRENIE.....	3
3 FORMEN DER LANGZEITREHABILITATION.....	4
3.1 PHARMAKOTHERAPIE.....	4
3.2 PSYCHO-/SOZIOtherapie.....	5
4 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN.....	8
5 ZUSAMMENFASSUNG	9
6 LITERATUR.....	10

1 Einführung

Die Behandlung von schizophrenen Patienten hat sich in den letzten Jahrzehnten immer stärker vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert (MEYER 1984). Der Schizophrene soll nicht isoliert von der Umwelt in einem Krankenhaus „gehalten“ und versorgt werden, das Ziel ist vielmehr, ihn in die Gesellschaft zu resozialisieren. Ursprünglich erhoffte man sich davon eine Senkung der aufwendigen Kosten (z.B. ANGST & DINKELKAMP 1974), was sich jedoch als Fehlschluß herausstellte, denn die umfangreiche Nachbehandlung macht diese Alternative nicht weniger kostspielig. Dennoch ist unter günstigen Bedingungen die humanere Lösung der Wiedereingliederung anzustreben. Diese Voraussetzung besteht darin, daß dem Betroffenen eine akzeptable Lebensqualität und eine Rezidivprophylaxe geboten werden kann (DENCKER & MAY 1988).

2 Das Problem Schizophrenie

Unter Schizophrenie versteht man auf der rein deskriptiven Ebene das Vorliegen einer Reihe spezifischer Störungen des Denkens, der Wahrnehmung, des emotionalen Verhaltens, des motorischen Verhaltens und der Selbstwahrnehmung. Nach dem DSM-IV (SASS ET AL.) sind mindestens zwei der folgenden Kriterien für die Diagnose Schizophrenie notwendig:

1. **Wahn**; z.B. Beziehungswahn, Größenwahn
2. **Halluzination**; v.a. akustische Halluzinationen, aber auch Geruchs- und Gesichtshalluzinationen
3. **Desorganisierte Sprechweise**;
4. **Grob desorganisiertes oder katatonisches Verhalten**;
5. **Negative Symptome**; z.B. Affektverflachung, Alogie oder Willensschwäche

Dazu kommen Beeinträchtigungen im Sozialverhalten, im Beruf und in der Selbstversorgung. Man wird dem Problem Schizophrenie kaum gerecht, wenn man es auf eine Handvoll charakteristischer Symptome beschränkt, die Konflikte, denen sich der Schizophrene mit dem Therapeuten an seiner Seite gegenüber sieht sind viel weitreichender. Das Konzept der Behinderung bietet eine Grundlage, um die Behandlungs- und Rehabilitationserfordernisse für schizophrene Patienten zu formulieren (WHO 1980, nach MEISE 1995). Demnach können sich Folgezustände auf drei Ebenen manifestieren:

1. Die erste Ebene betrifft krankheitsspezifische Funktionseinbußen (*Psychological Impairment*). Hier wird die Grundstörung wirksam z.B. in Form positiver und

negativer Symptomatik oder der kognitiven Störungen, die akute Krankheitsphasen überdauern.

2. Diese Ebene betrifft Störungen beim Vollzug sozialer Rollen (*Social Disabilities*). Dies ist Folge der Krankheit zum einen und Reaktion der Kranken und dessen Umfeldes zum anderen.
3. Sehr krankheits-unspezifisch ist diese dritte Ebene charakterisiert, die Ebene der sozialen Benachteiligungen und Stigmatisierung (*Social Handicaps*), die aus Krankheit und Behinderung entstehen. Darunter fallen alle Einschränkungen, die aus ungünstigen Lebens- und Umgebungsbedingungen resultieren, wie beispielsweise die Arbeitslosigkeit vieler schizophrener Patienten.

Diese Darstellung geht über akute Krankheitssymptome hinaus und ist damit weniger krankheitsspezifisch; die Wechselwirkung zwischen krankheitsbedingten und äußeren Faktoren wird hervorgehoben.

3 Formen der Langzeitrehabilitation

3.1 Pharmakotherapie

Seit ihrer Entdeckung vor nunmehr über vierzig Jahren sind neuroleptische Substanzen in der Langzeittherapie unabdingbar geworden. Der permanente Rückgang der Aufenthaltsdauer schizophrener Patienten in den Kliniken wird vor allem der Entwicklung immer neuerer und besserer Präparate zugeschrieben; die Atmosphäre in der Klinik hat sich gelockert und verbessert,

„...die psychiatrische Behandlung wurde durch die Psychopharmakotherapie entscheidend humanisiert“,

resümierten bereits ANGST & DINKELKAMP (1974).

Eine Reihe von Studien belegen die effektive Langzeitprophylaxe verglichen mit der Verabreichung von Placebos. MÜLLER (1988) und MEISE (1995) geben einen Überblick über eine Reihe von Studien. Die Rezidivraten liegen für Neuroleptika (Placebo) zwischen 4% und 35% (63% und 86%). Die Verwendung von Depotpräparaten erwirkte dabei die besten Rückfallquoten, die meist unter 10% liegen. Dies ist auf den ersten Blick bemerkenswert. Die klinische Erfahrung zeigt auch, zeigt zudem, daß Rückfallquoten in der Realität meist höher sind als im strengen experimentellen Kontext. Der Grund darin wird meist in der mangelnden Compliance gesehen (ECKMANN & LIBERMANN 1989, MÜLLER 1988) und tatsächlich stehen die Hälfte der Patienten der medikamentösen Behandlung entweder von Anfang an ablehnend

gegenüber oder sie werden im Laufe der Behandlung ‚non-compliant‘ (MEISE & FLEISCHHACKER 1996).

MEISE & FLEISCHHACKER (1996) sehen darüber hinaus einen Grund für diese erhöhten Zahlen. Ihrer Meinung nach mangelt es den praktischen Ärzten an Richtlinien was die Dauer der Langzeitmedikation angeht. Experimentellen Daten nach zu urteilen müßte eine pharmakologische Nachbehandlung nach der ersten psychotischen Episode ein bis zwei Jahre betragen, nach mehreren Episoden mindestens drei bis vier Jahre. Umfragen bei Ärzten ergaben jedoch, 70% waren der Meinung, daß eine Medikation bis zu einem halben Jahr nach der ersten schizophrenen Episode ausreichend sei (MEISE 1995).

Ungeachtet dessen stellt das unzureichende Ausmaß an Compliance ein großes Problem dar. Viele Patienten sehen sich durch die Nebenwirkungen erheblich beeinträchtigt und negative Reaktionen aus der Umwelt bleiben selten aus. Bei Spätdyskinesien beträgt die mittlere Prävalenz 26%, und mehr als die Hälfte der Patienten sind depressiv verstimmt (MÜLLER 1988). Die Auftretenshäufigkeiten sind augenblicklich leider noch sehr hoch, es ist kaum möglich, psychotische Symptome pharmakologisch zu behandeln, ohne mehr oder weniger gravierende Nebenwirkungen in Kauf nehmen zu müssen.

Ein weiteres Problem der verfügbaren Neuroleptika ist ihr geringer Einfluß auf die negativen Symptome (FLEISCHHACKER 1995). Zwar gibt es neuere Entwicklungen (die sogenannten atypischen Neuroleptika), die diesbezüglich in eine erfreuliche Richtung weisen (RIEDER & BARNAS 1995), dennoch ist hier der Durchbruch noch nicht gelungen. Nicht nur, daß sie den Betroffenen erheblich belasten und einschränken, die negativen Symptome behindern eine psychosoziale Rehabilitation und Reintegration mitunter massiv und machen sie in vielen Fällen sogar unmöglich.

3.2 Psycho-/Soziotherapie

Wie schon aufgezeigt lassen sich Auswirkungen einer Psychose nicht auf das bloße Vorhandensein von Symptomen beschränken. Im Rahmen einer Therapie der Schizophrenie werden daher eine Reihe psycho- und soziotherapeutischer Methoden angewandt, deren Ziel es ist, den Psychotiker wieder gesellschaftsfähig zu machen. Denn Neuroleptika verbessern weder die Einsichtsfähigkeit des Patienten in sein Problem oder dessen Verständnis seiner selbst, noch führen sie zur Wiedergewinnung der Selbstachtung. Sie können auch keine neuen Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Kontakt oder bei der Bewältigung sozialer Situationen entwickeln.

„...Dafür sind zusätzliche Behandlungsmaßnahmen mit anderen Wirkungsmechanismen notwendig, die auf anderer Störungsebene wirken“ (BRENNER ET AL. 1988).

Die Übergänge zwischen Sozio- und Psychotherapie sind fließend, da Gruppentherapie einen Baustein von umfassenderen soziotherapeutischen Ansätzen darstellen kann.

Psychotherapie

Ein Ansatzpunkt für eine individuelle Psychotherapie kann die nicht-psychotische Symptomatik sein, die in den Vordergrund rückt, wenn die psychotischen Symptome (durch Medikamente) abgeklungen sind. Für den Patienten stellt die Diagnose: Schizophrenie! eine traumatisierende Erfahrung dar, er muß angeregt werden seine psychotische Erfahrung zu verbalisieren. In einem nächsten Schritt wird dem Patienten geholfen seine Identitätskrise zu überwinden und seine Situation und seine Krankheit zu verstehen.

Therapie kognitiver Funktionen. Meist wird ungeprüft angenommen, daß kognitive Funktionen durch die Pharmakotherapie behoben wären. Für elementare Funktionen mag dies gelten, aber bezüglich komplexerer Funktionen wird dies nicht allgemein anerkannt (BRENNER ET AL. 1988). Aus diesem Grund hat die Schizophrenieforschung allmeinpsychologische Modelle der Informationsverarbeitung assimiliert, mit deren Hilfe kognitiven Dysfunktionen nachgespürt wird. Da es plausibel ist, daß derartige Dysfunktionen deutlich mit Therapiemaßnahmen auf anderen Ebenen interferieren, ist eine Normalisierung informationsverarbeitender Prozesse jeder anderen Maßnahme voranzustellen. Besonders wesentlich hierbei sehen BRENNER ET AL. (1988) das Training sozialer Wahrnehmung an, da hier kognitive, kommunikative und soziale Elemente ineinandergreifen.

Interessanterweise zeigt sich das Phänomen der Therapieresistenz auch bei psychotherapeutischen Maßnahmen. GOLDSTEIN (1988) zitiert, daß innerhalb eines halben Jahres die Hälfte der Patienten sich der Psychotherapie entzogen hätten. Hier scheinen dieselben Faktoren wirksam, als bei der medikamentösen Therapie.

Soziotherapie

Neben der individuenzentrierten Psychotherapie achtet die Soziotherapie verstärkt auf den sozialen Kontext des Patienten. Angesichts der Tatsache, daß durch die Krankheit selbst und durch die Isolation der Psychiatrie zur Alltagswelt soziale Fertigkeiten verlernt werden, angesichts dessen stellt die Soziotherapie eine wichtige Säule in der Therapie schizophrener Erkrankter dar. Soziotherapeutische Maßnahmen reichen von verhaltenstheoretisch orientierter Familientherapie über Formen der Angehörigenarbeit bis zum Training von sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien zur Krisenbewältigung (KATSCHNIG 1996).

Durch die Anwendung solcher Programme erhofft man sich Erfolge in vierfacher Form:

- Neben der Einzelarbeit mit Patienten kann die Angehörigenarbeit einen nicht unwesentlichen Anteil zu einer verbesserten *Compliance* leisten...
- und damit indirekt zu einer Verbesserung der Rezidivprophylaxe. Mit Blick auf die Vulnerabilität von psychotisch Kranken (CROMBACH 1985) werden der Soziotherapie auch direkte Effekte auf die Rückfallquoten zugeschrieben.
- Im Falle extrapyramidaler Nebenwirkungen kann es zu Kommunikationsstörungen kommen und damit zu weiteren sozialen Defiziten kommen, die es auszugleichen gilt.
- Und schließlich sei die Wiedererlangung von Fertigkeiten im Umgang mit Menschen und Alltagsproblemen genannt, wie sie nach längerer Hospitalisierungsdauer auftreten.

Familientherapie

Die Familientherapie steht im Schnittpunkt zwischen Psycho- und Soziotherapie, wo ihr eine besondere Rolle zukommt. Denn die Stabilität des sozialen Gefüges um den Patienten kann durchaus Vulnerabilitäten kompensieren, die ansonsten fraglos in ein Rezidiv führen würden.

Der Einbezug von Angehörigen dient dazu, das Verständnis für die Problematik der Krankheit und der Nebenwirkungen der Medikation zu erhöhen. Zudem ist eine Familie mit einem schizophrenen Mitglied erhöhten materiellen wie auch psychologischen Belastungen ausgesetzt. Es ist daher ein wesentliches Ziel familientherapeutischer Programme, das soziale Netzwerk des Patienten zu stärken. Erreicht wird dies zum einen, indem die Angehörigen Informationen über die Krankheit Schizophrenie bekommen und über die Nebenwirkungen der neuroleptischen Medikamente, wodurch ein besseres Verständnis der Situation gefördert wird, in der sich der Kranke und die Familie als Ganzes befindet. Und wodurch den Mitgliedern eine Anleitung zum kompetenten Umgang mit dem Kranken gegeben wird.

Verbreitet sind auch Ansichten über eine pathologische Familieninteraktion als eine (von vielen) Ursachen, durch die schizophrene Symptome erhalten, verstärkt oder nach der Remission wieder evoziert werden (MERL & MEZGOLICH 1985). In Anlehnung an die pragmatische Kommunikationstheorie von Watzlawick wird das Symptom als Dysfunktion innerhalb der ganzen Familie gesehen.

4 Empirische Untersuchungen

In Zusammenstellungen von KATSCHNIG (1995) und GREENBLATT (1975) lassen sich insgesamt 17 Studien finden, die pharmako- und psycho-/soziotherapeutische Interventionsmaßnahmen einander gegenüberstellen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Tabelle 1

Zusammenstellung empirischer Ergebnisse zur vergleichenden Analyse verschiedener Ansätze der Langzeitbehandlung.

N - Pharmakotherapie, PT - individuelle Psychotherapie, FT - Familientherapie, ST - Soziotherapie

Zeitraum <i>Relation</i>	≤ 1 Jahr		≤ 2 Jahre	
	>	=	>	=
<i>N vs. PT</i>	3	1	3	
<i>N vs. ST</i>	3	1	3	
<i>NN+ST vs. N</i>	3	3	7	
<i>N+FT vs. N</i>	3			
<i>N+PT vs. N</i>	2			
<i>FT+N vs. PT+N</i>	3			1
<i>N+ST+FT vs N</i>	4			
Summen				
<i>N vs. Andere</i>	6	2	3	
<i>N + Andere vs. N</i>	12	3	7	

Zuallererst zeigt sich ein Vorteil einer medikamentösen Behandlung gegenüber alternativer Herangehensweisen. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls eindeutig, daß eine kombinierte Vorgehensweise auf jeden Fall einer Pharmakotherapie allein vorzuziehen ist. Einige der hier verwerteten Studien verwenden als abhängiges Maß nicht allein die Rückfallquote, sondern jeweils auch Skalen zur sozialen Anpassung oder zur Lebensqualität. Die kombinierte Vorgehensweise zeigt langfristig sowohl bezüglich der Rückfallzahlen, als auch dieser alternativen Indikatoren die signifikant bessere Ergebnisse.

Dies spiegelt die einhellige Meinung wider, daß durch Medikamente überhaupt erst eine Grundlage geschaffen wird, auf dem Psycho-/Soziotherapie sinnvoll aufbauen kann. Im akut psychotischen Zustand sind die Patienten dagegen selten über solche Maßnahmen erreichbar.

Als weiteres deutet sich ein Vorteil der Familientherapie gegenüber einer individuell ausgerichteten Psychotherapie (jeweils kombiniert mit Neuroleptika) an. Dadurch wird die Bedeutung des familiären Kontextes für den Krankheitsverlauf betont und die Anwendung familientherapeutischer Konzepte gerechtfertigt.

Noch vernachlässigt wird in der empirischen Schizophrenieforschung ein Vergleich verschiedener psycho-/soziotherapeutischer Maßnahmen und deren Kombinationen. So fehlt noch jeder Beleg, daß eine Kombination von Psychotherapie und Soziotherapie der einzelnen Anwendung dieser Maßnahmen fundamental überlegen ist; was in der Literatur jedoch vermutet wird.

5 Zusammenfassung

Ausgehend vom Konzept der Behinderung der WHO läßt sich ableiten, daß die Folgen der schizophrenen Erkrankung weit über das bloße Auftreten einer psychotischen Symptomatik hinausgehen, und daß die Einschränkungen und Benachteiligungen für den Betroffenen viel weitreichender sind. Gepaart mit der grundsätzlichen Vulnerabilität des Schizophrenen ergeben sich so einige bedeutsame Implikationen für die Langzeittherapie und die Rezidivprophylaxe.

Die Anwendung von neuroleptischen Substanzen wird als notwendige Intervention betrachtet, was sich auch empirisch belegen läßt. Es bleibt allerdings noch zu hoffen, daß möglichst bald neuartige Substanzen, die die herkömmlichen Neuroleptika verdrängen, damit deren Nebenwirkungen in der Therapie beseitigen und die Wirkung auf negative Symptome erweitern.

Darüber hinaus sind psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen unerlässlich. Sie verbessern die Compliance, wirken einem streßbedingten Rückfallmoment entgegen und helfen, die Lebensqualität soweit aufzubessern, daß für den Patienten ein Leben außerhalb der Psychiatrie auch lebenswert ist.

Neuroleptika und Psycho-/Soziotherapie stellen damit Formen der Intervention dar, die man nicht als Alternativen betrachten sollte. Vielmehr ergänzen sich die verschiedenen Ansätze und interagieren effektiv miteinander.

6 Literatur

- ANGST J. & DINKELKAMP T. (1974) „*Die somatische Therapie der Schizophrenie*“; Thieme Stuttgart
- BRENNER H.D., RÖDER V. & WÜRGLER S. (1988) „*Therapie kognitiver Störungen*“ in W. BENDER, S.J. DENCKER & F. KULHANEK (Hrsg.) „*Schizophrene Erkrankungen*“, 98-111; Vieweg
- CROMBACH G. (1985) „*Verhaltenstherapie bei der Schizophrenie*“ in W. SCHÖNY, E. RAINER, I. BRANDSTETTER & M.TH. KRIS (Hrsg.) „*Die Therapie der Schizophrenie*“ 15-21; Ronacher München
- DENCKER S.J. & MAY P.R.A. (1988) „*Von der Langzeitbehandlung im psychiatrischen Krankenhaus zur Integration in die Gesellschaft: Historischer Hintergrund und Problemstellung*“; In W. BENDER, S.J. DENCKER UND F. KULHANEK (Hrsg.) „*Schizophrene Erkrankungen*“, 119-132; Vieweg
- ECKMANN T.A. & LIBERMANN R.P. (1989) „*Verhaltenstherapeutisches Self-Management-Training und Neuroleptika bei Schizophrenie*“ in: HAND I. & WITTCHEN H.-U. „*Verhaltenstherapie in der Medizin*“, 82-96; Berlin Springer
- FLEISCHHACKER W.W. (1995) „*Neue Entwicklungen in der medikamentösen Behandlung schizophrener Störungen*“ in W.W. FLEISCHHACKER, H. HINTERHUBER & P. KÖNIG „*Die Behandlung schizophrener Erkrankungen – Neue Entwicklungen*“, 15-31, VIP-Verlag Innsbruck-Wien
- GREENBLATT M. (1975) „*Drugs in combination with other therapies*“; Grune & Stratton
- KATSCHNIG H. (1996) „*Soziotherapeutische Strategien in der Langzeitbehandlung der Schizophrenie*“ in W.W. FLEISCHHACKER, H. HINTERHUBER & P. KÖNIG „*Die Behandlung schizophrener Erkrankungen – Neue Entwicklungen*“, 91-102, VIP-Verlag Innsbruck-Wien
- MEISE U. & FLEISCHHACKER W.W. (1996) „*Perspectives on Treatment Needs in Schizophrenia*“; British Journal of Psychiatry 168 (Beil. 29), 9-16
- MEISE U. (1995) „*Die Notwendigkeit pharmakologischer Langzeittherapie bei schizophren Erkrankten*“ in W.W. FLEISCHHACKER, H. HINTERHUBER & P. KÖNIG „*Die Behandlung schizophrener Erkrankungen – Neue Entwicklungen*“, 73-89; VIP-Verlag Innsbruck-Wien

- MERL H. & MEZGOLICH H. (1985) „*Die Familientherapie der Schizophrenie*“ in W. SCHÖNY, E. RAINER, I. BRANDSTETTER & M.TH. KRIS (Hrsg.) „*Die Therapie der Schizophrenie*“ 22-27; Ronacher München
- MEYER J.E. (1984) „*Die Therapie der Schizophrenie in Klinik und Praxis*“; Nervenarzt 55, 221-229
- MÜLLER P. (1988) „*Rezidivprophylaxe und Therapie der sogenannten initialen Therapieresistenz*“ in W. BENDER, S.J. DENCKER & F. KULHANEK (Hrsg.) „*Schizophrene Erkrankungen*“, 13-23; Vieweg
- RIEDER N. & BARNAS C. (1995) „*Die Behandlung von negativen Symptomen bei schizophrenen Patienten*“ in W.W. FLEISCHHACKER, H. HINTERHUBER & P. KÖNIG „*Die Behandlung schizophrener Erkrankungen – Neue Entwicklungen*“, 47-58, VIP-Verlag Innsbruck-Wien
- SASS H., WITTCHEN H.-U., ZAUDIG M. & HOUBEN I. „*Diagnostische Kriterien des Diagnostischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*“; Hogrefe Göttingen