

Schizophrenen Erkrankte: Gruppentherapieprogramm zu ihrer Rehabilitation im Wohnbereich

Entwicklung und Evaluation

Ursula Keppeler-Derendinger
St. Gallen

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der Philosophischen Fakultät
der Universität Freiburg (CH)

Genehmigt von der Philosophischen Fakultät auf Antrag der Professoren Meinrad
Perrez (1. Gutachter) und Michael Reicherts (2. Gutachter) sowie PD Dr. Volker
Roder (3. Gutachter)

Freiburg, den 20. Februar 2009. Prof. Jean-Michel Spieser, Dekan

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A. THEORETISCHE UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN.....	12
1. Neuere Entwicklungen und Erkenntnisse zur Schizophrenie.....	12
1.1 Die Bedeutung des Sozialverhaltens für die Diagnose.....	12
1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell.....	22
1.3 Die multimodale Therapie der Schizophrenie.....	33
2. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieansätze für schizophrene Erkrankte.....	40
2.1 Einteilung.....	41
2.2 Therapieansätze zur Krankheits- und Belastungsbewältigung.....	43
2.3 Therapieansätze zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen.....	48
2.4 Therapieansätze zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen.....	51
2.4.1 Definitionen.....	51
2.4.2 Die erste Entwicklungsphase: Die operanten Lernprogramme.....	53
2.4.3 Die zweite Entwicklungsphase: Das Training sozialer Fertigkeiten.....	57
2.4.4 Die dritte Entwicklungsphase: Kognitive Problemlösestrategien.....	59
3. Die Rehabilitation schizophrener Erkrankter im Wohnbereich.....	70
3.1 Definition und Ziele der Rehabilitation.....	71
3.2 Zur sozialen Situation schizophrener Erkrankter.....	75
3.3 Die Lebensqualität schizophrener Erkrankter.....	79
3.4 Die Folgen der Deinstitutionalisierung für schizophrene Erkrankte.....	85
3.5 Einrichtungen zur Wohnrehabilitation.....	89
3.6 Die Effektivität rehabilitativer Massnahmen im Wohnbereich.....	94
3.7 Methodologische Probleme der Evaluationsforschung mit schizophrenen Patienten im Psychotherapie- und Rehabilitationsbereich.....	107
B. DAS GRUPPENTHERAPIEPROGRAMM ZUR REHABILITATION VON SCHIZOPHREN ERKRANKTEN IM WOHNBEREICH.....	112
1. Ziele des Therapieprogramms.....	113
2. Aufbau und Inhalt des Therapiemanuals.....	115

3.	Wichtige kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken, modifiziert für schizophrenen Erkrankte.....	123
4.	Rahmenbedingungen zur Therapiedurchführung.....	128
C.	EMPIRISCHER TEIL.....	132
1.	Begründung des Forschungsprojekts.....	132
2.	Forschungsfragen.....	134
3.	Methoden.....	136
3.1	Auswahl der Patientenstichprobe.....	136
3.2	Studiendesign.....	137
3.3	Messinstrumente.....	141
3.3.1	Verfahren zur Erfassung des Sozialverhaltens.....	143
3.3.2	Verfahren zur Messung des kognitiven Funktionsniveaus.....	147
3.3.3	Verfahren zur Bestimmung psychopathologischer Variablen.....	150
3.3.4	Erhebung der Psychotherapiemotivation.....	152
3.3.5	Erhebung der Medikation.....	153
3.3.6	Erhebung der Rückfallraten.....	154
3.3.7	Erhebung des Wohnstatus.....	154
4.	Ethische Richtlinien.....	155
5.	Datenanalyse.....	156
6.	Ergebnisse.....	157
6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	157
6.2	Datenreduktion.....	159
6.3	Überprüfung der Baselinewerte.....	162
6.4	Unterschiede zwischen den Gruppen zu den vier Messzeitpunkten.....	162
6.5	Veränderungen im Gruppenverlauf.....	163
6.6	Berechnung der Effektstärken.....	170
6.7	Differentielle Analyse des Erwerbs sozialer Fertigkeiten.....	179
6.8	Differentielle Verläufe aufgrund unterschiedlicher medikamentöser Behandlung.....	189
6.9	Analyse der Rückfallraten.....	199
6.10	Veränderungen des Wohnstatus.....	201
6.11	Psychotherapiemotivation.....	208
6.12	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	210

D. DISKUSSION.....	218
1. Das neu entwickelte Therapieprogramm im Kontext der aktuellen Schizophrenieforschung.....	219
2. Methodologische Einschränkungen der Studie.....	224
3. Diskussion der Untersuchungsergebnisse.....	229
3.1 Psychopathologie und Rückfallraten.....	231
3.2 Sozialverhalten und Wohnstatus.....	234
3.3 Kognitive Funktionen.....	238
3.4 Neuroleptische Medikation.....	242
4. Schlussfolgerungen.....	244
Zusammenfassung.....	251
Literaturverzeichnis.....	260
Lebenslauf/Selbständigkeitserklärung.....	314

Einleitung

Die Schizophrenie gehört zu den schwerwiegendsten psychischen Störungen und verursacht neben den medizinischen auch grosse psychosoziale Probleme. Die Krankheit kann tief in die Lebensführung und das emotionale Empfinden der Betroffenen eingreifen. Sie erleben sich selbst, ihre Umwelt und die ihnen nahe stehenden Personen oft in ungewohnter oder bedrohlicher Weise. Schizophrene Patienten leiden infolge ihrer durch neuropsychologische Dysfunktionen behinderten Lerngeschichte, der Krankheitssymptomatik selbst und der vor allem bei chronischen Verläufen oft ungenügenden sozialen Stimulation sowie dem entsprechend eingeschränkten Gebrauch sozialer Fertigkeiten unter einer Vielzahl von interpersonellen und instrumentellen Defiziten. Diese betreffen sowohl die Aufmerksamkeit, die soziale Wahrnehmung und die konzeptuelle Informationsverarbeitung als auch das Interaktionsverhalten. Deshalb sind sie für den weiteren Verlauf der Krankheit wesentlich mit von Bedeutung. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit stress- oder konfliktreicher sozialer Interaktionen, begünstigen aber auch passive Verhaltensweisen, Selbstvernachlässigung und Rückzug aus gesellschaftlichen, familiären und partnerschaftlichen Aktivitäten. Sie führen zudem häufig zu Leistungsabfall in Schule oder Beruf. Die Folgen dieser funktionellen Beeinträchtigungen für die Lebensqualität und die soziale Biografie des Erkrankten sind daher oft gravierend, das Risiko von sozialer Isolation und Stigmatisierung ist erhöht. Die fehlenden interpersonellen Fertigkeiten verhindern zudem die Erschliessung und Nutzung sozialer Ressourcen. Der Aufbau und das Training sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen stellen somit einen wichtigen Faktor im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans für schizophren Erkrankte dar.

Aber auch vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Psychiatrie von der stationären zu einer gemeindeintegrierten Behandlung schizophrener Patienten kommt dem Aufbau sozialer Fertigkeiten für ein möglichst autonomes, doch aktiv mit der Gesellschaft verbundenes Wohnen ausserhalb der Klinik eine wichtige Rolle zu. Die Verlagerung des Behandlungsschwerpunkts in das Gemeindeumfeld und der Aufbau multidisziplinärer Wohnstrukturen im Rahmen der Deinstitutionalisierung brachte den Erkrankten einerseits zwar mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung, andererseits erhöhten sich aber auch die Bewältigungsanforderungen und damit die Gefahr von Rückfällen. Während stationäre Langzeitaufenthalte vermindert werden konnten, stieg die Anzahl der (Wieder-)Aufnahmen drastisch an. Die gemein-

deintegrierte Behandlung schizophrener Menschen bietet aber entscheidende Vorteile: Sie schneidet weniger tief greifend in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein, ist weniger stigmatisierend, und die verstärkende Wirkung von Hospitalisationen auf die soziale Behinderung entfällt. Sie erlaubt eine umfassendere Abklärung der Probleme und Ressourcen der Patienten in ihrem Lebenskontext und kann flexibler den wechselnden Bedürfnissen des Einzelnen angepasst werden. Für psychosoziale Interventionen bietet sie das geeignetere Setting, weil die Ressourcen der Betroffenen, z.B. ihr soziales Netz, besser genutzt und die Allianz mit den privaten Betreuern gestärkt werden können.

Zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen liegen verschiedene Interventionsansätze vor. Die bestehenden milieutherapeutischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rehabilitationsangebote erscheinen jedoch nur eingeschränkt Erfolg versprechend, weil sie zu unspezifisch sind. Sie können zwar die allgemeine soziale Kompetenz erhöhen, die Generalisierung und der Transfer der Therapieeffekte über den Therapierahmen hinaus erwiesen sich jedoch als ungenügend, d.h., es ergaben sich keine unmittelbaren Auswirkungen auf spezifisches soziales Verhalten wie etwa eine Verbesserung der sozialen Fertigkeiten im Bereich des Wohnens. Aus klinischer Sicht wird die Bedeutung einer befriedigenden Wohnsituation für eine erfolgreiche und dauerhafte Rehabilitation schizophrener Menschen in der Gemeinde immer wieder hervorgehoben. Doch neueren Studien zufolge leben schizophren Erkrankte häufig in unbefriedigenden Wohnverhältnissen, auch fehlt es ihnen vielfach an einfachen alltagspraktischen und sozialen Fertigkeiten, was eine Voraussetzung wäre, um ein möglichst selbständiges und unabhängiges Leben zu führen. Der Wohnbereich gilt deshalb als ein Hauptproblembereich schizophrener Menschen, und auch die Betroffenen stufen ihn als prioritär ein. Aus diesen Gründen werden immer wieder Therapieangebote gefordert, die gezielt das Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential in diesem spezifischen Bereich fördern.

Es war daher ein zentrales Anliegen bei der Entwicklung des Gruppentherapieprogramms zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich (Keppeler & Roder, 2002), dieser Forderung nachzukommen. Das neue Programm soll den Patienten eine weitgehend selbständige Lebensführung in ihrem gewohnten Umfeld ermöglichen. Es umfasst alle potenziellen Störungsebenen des Sozialverhaltens. Über das Thema Wohnen werden basale soziale und alltagspraktische Fertigkeiten eingeübt und sozial kompetentes Verhalten mit dem Ziel einer erfolgreichen sozialen Anpassung und Integration aufgebaut. Dabei wird der Verbesserung von Problemlösefertigkeiten besonderes Gewicht beigemessen und auch die Behandlung kogni-

tiver Störungen einbezogen. Der baukastenähnliche, flexibel einsetzbare Aufbau des Therapieprogramms ermöglicht eine Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Dadurch wird die breite Anwendung in verschiedenen psychiatrischen und ambulanten Einrichtungen begünstigt. Somit könnte das neue Programm bei guter Bewährung eine effektive zusätzliche Behandlungsmöglichkeit für schizophren Erkrankte innerhalb einer multimodalen Rehabilitation darstellen.

Die vorliegende Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Teil A umfasst die relevanten theoretischen und empirischen Grundlagen, die bei der Entwicklung des Therapieprogramms einbezogen worden sind und auf denen es aufbaut. In Teil B wird das Programm ausführlich beschrieben. Die Evaluation des neu konzipierten Therapieprogramms bildet Teil C. Der vierte Teil (D) enthält eine eingehende Diskussion der Ergebnisse im Kontext der aktuellen Schizophrenieforschung.

Im 1. Kapitel des theoretischen Teils (Teil A) werden zuerst die heute massgebenden Systeme und Konzepte zur Diagnostik der Schizophrenie dargestellt. Dabei wird vor allem auf die zunehmende Bedeutung des Sozialverhaltens für die Diagnose hingewiesen. Zwar ist die Erkenntnis nicht neu, dass schwerwiegende Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Fähigkeiten zu den grundlegenden Symptomen der Schizophrenie gehören. Eine solche Einschätzung geht bereits auf Kraepelin und Bleuler zurück. Doch erst in letzter Zeit wurde dieses Thema aufgrund der neu entstandenen Konzepte zur Negativsymptomatik und zu den Basissymptomen vermehrt beachtet und breit diskutiert. Anschliessend werden Entstehung und Weiterentwicklung des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodells aufgezeigt. Es ist das zurzeit am besten akzeptierte ätiopathogenetische Konzept der Schizophrenie und eine häufig verwendete, für therapeutische Entscheidungen relevante Rahmenhypothese. Die Fülle an Befunden aus den unterschiedlichsten Bereichen der ätiologischen Forschung und die damit zunehmende Komplexität machen deutlich, dass dem vielschichtigen Phänomen der Schizophrenie nur ein multifaktorielles, systemisches Erklärungsmodell gerecht werden kann. Die schizophrene Erkrankung wird dabei als das Resultat hochkomplexer, sich gegenseitig beeinflussender psychischer, neurobiologischer und sozialer Veränderungen aufgefasst. Das Modell integriert neben negativen ausdrücklich auch positive Rückkoppelungen. So gelten Vulnerabilität, Stress, Coping und Kompetenz als determinierende Faktoren für den Ausbruch der Krankheit, Remission und Rückfall bzw. für das Ausmass länger andauernder Behinderungen schizophrener Menschen. Den Abschluss des 1. Kapitels bilden Überlegungen zu den verschiedenen Behandlungsansätzen. Die Forderung,

dass dem multifaktoriellen Ursachenverständnis eine multimodale Behandlung der Schizophrenie entsprechen sollte, bleibt heute weitgehend unbestritten. Die biologische und die psychologische Dimension der Schizophrenietherapie werden gleichermassen als bedeutsam anerkannt. Moderne Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie empfehlen eine Kombination von Pharmakotherapie mit psychosozialen Interventionen, um das Behandlungsergebnis zu optimieren. Es werden wichtige Effektivitätsstudien und Metaanalysen referiert, welche die überlegene Wirksamkeit verhaltensorientierter, kognitiver und psychoedukativer psychologischer Interventionen in Kombination mit einer neuroleptischen Medikation bei der Behandlung von schizophren Erkrankten belegen.

Das 2. Kapitel des theoretischen Teils gibt einen kurzen Überblick zum breiten Spektrum dieser kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze für schizophren Erkrankte. Zuerst werden Programme zur Krankheits- und Belastungsbewältigung beschrieben, die entweder die medikamentöse Behandlung und ihre Nebenwirkungen, die Erkennung und den Umgang mit Frühwarnsymptomen, die akute oder persistierende Positivsymptomatik oder interpersonelle Konflikte, Alltagsbelastungen und kritische Lebensereignisse fokussieren. Es folgt eine Beschreibung von Therapieansätzen zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen bei schizophren Erkrankten. Dabei werden einzelne kognitive Leistungsfunktionen wie Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Gedächtnis oder Konzeptbildung verbessert oder mit computergestützten Mehrkomponentenprogrammen komplexere Aufgabenstellungen trainiert. Den Schwerpunkt des Kapitels bilden aber die Therapieprogramme zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen, zu denen das in dieser Arbeit vorgestellte und evaluierte Programm gehört. Die Entwicklung und Ausdifferenzierung dieser Ansätze wird chronologisch über drei Entwicklungsstufen beschrieben. Sie führt von den einfachen operanten Lernprogrammen zum Training sozialer Fertigkeiten bis zu den heutigen kognitiv-behavioralen Ansätzen zum Erwerb von Problemlösestrategien.

Der theoretische Teil schliesst mit einer Darstellung wichtiger Forschungsergebnisse und Entwicklungen, die bei der Rehabilitation schizophrener Menschen im Bereich des Wohnens von Bedeutung sind und eine zusätzliche Basis des neuen Therapieprogramms bilden. Nach einem einleitenden Abschnitt über Definition und Ziele der Rehabilitation wird zuerst die soziale Situation schizophrener Menschen analysiert. Durch das Konzept des sozialen Netzwerks, welches ursprünglich zur Untersuchung sozialer Gruppenstrukturen entwickelt worden war, erhielt die empirische Forschung der sozialen Lebenssituation schizophrener Erkrankter grossen Auftrieb. Ein wichtiges

Ergebnis ist der Befund, dass die sozialen Interaktionen schizophrener Patienten nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von denen gesunder Personen abweichen. Es werden dazu die wichtigsten Studien der Netzwerkforschung besprochen. Anschliessend folgt anhand relevanter Forschungsergebnisse eine Beschreibung der Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Sie wird in der aktuellen Literatur als ein mehrdimensionales Konzept verstanden, das sich aus einem Hedonismus-, Leistungs- und Konformitätsfaktor konstituiert. Dabei kommt dem Wohnen neben anderen Komponenten wie physisches und psychisches Wohlbefinden, Lebensstandard, soziale Interaktionen und Rollenfunktionen, Berufs- und Freizeitsituation eine zentrale Bedeutung zu. Im Weiteren wird den tief greifenden Veränderungen nachgegangen, die der Reformprozess in der Psychiatrie mit seiner Neuorganisation der Versorgung für schizophrene Menschen gebracht hat. Die früheren psychiatrischen Grosskrankenhäuser verschwanden mehrheitlich und wurden durch den gleichzeitigen Ausbau gemeindeintegrierter Institutionen und Dienste ersetzt. Es werden die neu geschaffenen Einrichtungen zur Wohnrehabilitation vorgestellt, die es den Patienten erlauben, je nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten ein mehr oder weniger stark strukturiertes und betreutes Wohnumfeld zu wählen. Dazu werden die wichtigsten Effektivitätsstudien besprochen. Wie diese aber zeigen, kann die Evaluation der rehabilitativen Bemühungen im Wohnbereich strengen wissenschaftlichen Ansprüchen selten genügen. Deshalb bildet eine Beschreibung der besonderen methodologischen Probleme und Limitationen der Versorgungsforschung den Abschluss des theoretischen Teils. Als Überleitung zum anschliessend evaluierten Therapieprogramm werden generelle Prinzipien, methodische Gesichtspunkte und mögliche Fehlerquellen dargelegt, die bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Wirksamkeitsuntersuchungen im Bereich der Therapie- und Rehabilitationsforschung von Bedeutung sind.

In Teil B wird das Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophrenen Erkrankten im Wohnbereich vorgestellt. Es ist ein Bestandteil der sog. WAF-Therapieprogramme zum Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002), die als therapeutischen Fokus die in der Literatur häufig beschriebenen drei rehabilitativen Hauptproblembereiche **Wohnen** (Keppeler & Roder, 2002), **Arbeit** (Zorn & Roder, 2002) und **Freizeit** (Mayer & Roder, 2002) aufgreifen und die in den letzten Jahren an der Forschungsabteilung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern entwickelt worden sind. Als erstes werden die Ziele und Teilziele beschrieben, die mit dem neuen Programm erreicht werden sollen. Anschliessend folgen im 2. Kapitel die Darstellung des Aufbaus des stark

strukturierten Therapiemanuals und eine ausführliche Inhaltsangabe zu den zwölf Themenbereichen. Das 3. Kapitel gibt einen Überblick zu den wichtigsten im Therapieverlauf eingesetzten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken. Es werden hier auch gewisse für die Arbeit mit schizophrenen Erkrankten notwendige Modifikationen beschrieben und auf wichtige Grundregeln aufmerksam gemacht, die bei der Therapie mit diesen Patienten besonders zu beachten sind. Zum Schluss von Teil B sind die Rahmenbedingungen zur Therapiedurchführung aufgeführt. Dazu gehören allgemeine Kriterien wie Gruppenzusammenstellung und Gruppengrösse, Kontraindikationen, Hinweise zum formalen und zeitlichen Ablauf der Gruppensitzungen sowie eine kurze Beschreibung der Aufgaben des therapeutischen Teams.

Teil C umfasst die Evaluation des neu entwickelten Therapieprogramms. Als erstes werden das Forschungsprojekt begründet und die Forschungsfragen dargelegt. Es wird erwartet, dass die Durchführung des Programms die Gruppenteilnehmer zur aktiven Auseinandersetzung mit den damit verbundenen inhaltlichen Fragen und Problemen führt und sich dadurch ihre alltagspraktischen und sozialen Fertigkeiten im Bereich des Wohnens erhöhen. Damit sollte es den Patienten im Verlauf oder nach Abschluss der Therapie gelingen, ihre Wohnsituation zu verbessern oder sich den Wunsch nach einer selbständigeren Wohnform zu verwirklichen. Zudem wird erwartet, dass die erworbenen sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen auch auf andere Lebensbereiche generalisieren und von längerfristiger Dauer sind. Darüber hinaus sollten durch die Anwendung des Therapieprogramms auch Verbesserungen in den beiden weiteren, für schizophrene Patienten zentralen Funktionsbereichen Neurokognition und Psychopathologie erzielt werden, was auch einen positiven Einfluss auf die Rückfallraten haben könnte. Als weitere Forschungsfrage soll untersucht werden, ob die Art der begleitenden Medikation (typische/atypische Neuroleptika) differentielle Auswirkungen auf den sozialen Verlauf der Krankheit, die kognitiven Funktionen und die Psychopathologie der Patienten hat. Das 3. Kapitel des empirischen Teils beschreibt die Methoden. Dazu gehören die Auswahl der Patientenstichprobe und eine Darstellung des Studiendesigns. Da es sich um eine Multicenterstudie handelt, werden auch Angaben zu den beteiligten Therapiezentren in der Schweiz und in Deutschland gemacht. Anschliessend folgt die genaue Beschreibung der Messinstrumente. Es werden verschiedene Testverfahren und Fragebögen zur Erfassung des Sozialverhaltens, zur Messung des kognitiven Funktionsniveaus, zur Bestimmung psychopathologischer Variablen und zur Psychotherapiemotivation verwendet. Zudem wird die Erhebung der Medikation, der Rückfallraten und des Wohnstatus beschrieben. Nach einem kurzen Kapitel zu den ethischen

Richtlinien folgen Angaben zur Datenanalyse. Es ist vorgesehen, dass neben einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit anschliessender Varimax-Rotation) hauptsächlich ein varianz- bzw. kovarianzanalytisches Analysemodell für Messwiederholungen (ANOVA, MANOVA) eingesetzt wird und auch Effektstärken berechnet werden. Zur Überprüfung der Rückfallraten wird eine Survivalanalyse (Life-Table-Methode) durchgeführt.

Im 6. Kapitel von Teil C werden die Studienergebnisse beschrieben. In die statistische Auswertung sind insgesamt 54 Patienten ($n = 54$) einbezogen worden. Die Experimentalgruppe umfasst 26 Patienten ($n = 26$), welche das neu entwickelte Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich durchlief. In der Kontrollgruppe befinden sich 28 Patienten ($n = 28$), die ein an das vierte Unterprogramm des IPT („Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophren Erkrankte“, Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten absolvierte. Nach einer genauen Beschreibung der Stichprobe werden alle Auswertungsschritte und die zugehörigen Ergebnisse dargestellt: Datenreduktion, Überprüfung der Baseline-Werte, Unterschiede zwischen den Gruppen zu den vier Messzeitpunkten, Veränderungen im Gruppenverlauf, Berechnung der Effektstärken, Analyse des Erwerbs sozialer Fertigkeiten, differenzielle Verläufe aufgrund unterschiedlicher Medikation, Rückfallraten, Wohnstatus und Psychotherapiemotivation. Zum Schluss des empirischen Teils folgt eine Zusammenfassung sämtlicher Ergebnisse.

Teil D enthält die abschliessende Diskussion. Das neu entwickelte Therapieprogramm und die Ergebnisse zu den verschiedenen Forschungsfragen werden in den Zusammenhang der aktuellen Schizophrenieforschung gestellt. Es wird zudem auf verschiedene methodologische Einschränkungen der Studie hingewiesen, und es werden auch die Schwierigkeiten beschrieben, die sich bei der Evaluationsforschung im sozialpsychiatrischen Gemeindeumfeld ergeben. Die Folgerungen aus den Ergebnissen für die Praxis bilden den Abschluss der Diskussion. Die Arbeit enthält im Weiteren eine Zusammenfassung, ein Literaturverzeichnis sowie einen Lebenslauf.

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung, Anregungen und Ermunterungen zahlreicher Freunde und Kollegen wohl nicht möglich gewesen. Ich möchte mich deshalb an dieser Stelle bei allen, die in irgendeiner Form zum Gelingen beigetragen haben, herzlich bedanken. Mein erster Dank gilt den schizophrenen Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben und sich auf die Gruppentherapie und die aufwendigen Untersuchungen eingelassen haben. Ich hoffe, dass auch sie von

dieser gemeinsamen Arbeit profitieren konnten. Besonders danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Meinrad Perrez, der mich mit wohlwollender Anteilnahme durch den langen Prozess dieser Arbeit in idealer Weise begleitet hat. Seine Anregungen und Rückmeldungen waren für mich immer sehr hilfreich. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei PD Dr. Volker Roder für seine Ermutigung, dieses Forschungsprojekt durchzuführen. In den vielen Jahren meiner Mitarbeit in seiner Forschungsgruppe wurden mir von seiner Seite immer grosszügige Unterstützung, Förderung und Vertrauen entgegengebracht. Besonders wertvoll war dabei die Hilfe von Dipl. Psych. Juliane Emmerich, Dr. Marc Lächler, Dr. Daniel Müller und Dr. Peter Zorn aus dem Forschungsteam bei der Datenerhebung und der statistischen Auswertung. Ausserdem möchte ich lic. phil. Martin Clausen herzlich danken, der mir beim abschliessenden Layout behilflich war. Am allermeisten habe ich aber meinem Mann Pedro zu danken. Er hat mich überall entlastet und uns an unzähligen Abenden ein feines Nachtessen gekocht, damit ich an dieser Arbeit schreiben konnte.

A. THEORETISCHE UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN

Dieser Teil gibt in drei Kapiteln einen Überblick zu den neueren Entwicklungen und Erkenntnissen in der Schizophrenieforschung, auf denen psychosoziale Ansätze wie das Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich aufbauen. Im 1. Kapitel werden zunächst die massgebenden Systeme und Konzepte zur Diagnostik der Schizophrenie sowie die verschiedenen ätiologischen Modelle dargestellt, die den Ausgangspunkt für die Konzipierung des neuen Programms bildeten. Die schizophrene Erkrankung wird dabei als ein vielschichtiges, auch in einem sozialen Kontext stehendes Geschehen verstanden, als Resultat hochkomplexer, sich gegenseitig beeinflussender psychischer, biologischer und sozialer Veränderungen. Anschliessend werden die verschiedenen, aus den theoretischen Modellen abgeleiteten therapeutischen Hauptansatzpunkte beschrieben und gleichzeitig auf die Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes hingewiesen, der dem heutigen multifaktoriellen, d.h. biopsychosozialen Ursachenverständnis der Schizophrenie entspricht. Es wird zudem die überlegene Wirksamkeit verhaltensorientierter, kognitiver und psychoedukativer psychologischer Interventionen in Kombination mit einer neuroleptischen Medikation bei der Behandlung von schizophren Erkrankten belegt. Das 2. Kapitel gibt einen kurzen Überblick zum breiten Spektrum dieser kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze für schizophren Erkrankte. Der theoretische Teil wird mit einer Darstellung wichtiger Forschungsergebnisse zur Rehabilitation schizophrener Menschen im Bereich des Wohnens abgeschlossen. Die in diesem 3. Kapitel referierten Erkenntnisse zur sozialen Situation und zur Lebensqualität, aber auch zu den Folgen der Verlagerung von Therapie und Rehabilitation vom stationären in den ambulanten Bereich bildeten neben den allgemeinen theoretischen und empirischen Grundlagen zur Schizophrenie die Basis bei der Entwicklung des neuen Therapieprogramms.

1. Neuere Entwicklungen und Erkenntnisse zur Schizophrenie

1.1 Die Bedeutung des Sozialverhaltens für die Diagnose

Die beginnende, besonders die akut einsetzende Schizophrenie zieht den Erkrankenden in ein rätselhaftes, unheimliches, neuartiges Erleben hinein, das ängstigende und verwirrende Gefühle auslöst. Er nimmt seine einst vertraute Umwelt fremdartig

verzerrt wahr und erliegt Trugwahrnehmungen; aus seinem Erleben verschwinden die natürliche Selbstverständlichkeit und der Zufall. Er spürt sich im Mittelpunkt eines bedrohlich abgewandelten Beziehungsgeflechts. In sein Denken schieben sich quälende Impulse oder störende Ablenkungen ein. Die Erfahrung innerer Desorientierung geht mit dem Gefühl einher, die Kontrolle über die eigenen psychischen Abläufe zu verlieren, an unerklärliche Vorgänge ausgeliefert zu sein. Das Gebannt sein durch phantastische Wahrnehmungen oder durch beunruhigende Gefühls-erlebnisse kann mit Phasen chaotischer Angst und Verwirrtheit abwechseln. Die Fähigkeit, sich auf seine gewohnten Aufgaben zu konzentrieren, schwindet. Sonderbare, aber oft mit intensiver Gewissheit empfundene Ideen führen zu einer tiefgreifenden Verunsicherung, entfremden den Erkrankenden von seinen Mitmenschen und treiben ihn in die soziale Isolation (Böker, 1997).

Dieses Erleben, besonders aber das Verhalten des schizophren Erkrankten ist für seine Mitmenschen oft nicht nachvollziehbar. Eine Verständigung zwischen den unterschiedlichen Wahrnehmungswelten ist daher kaum mehr möglich. Besonders solange die Krankheit als solche noch nicht erkannt ist, erwartet die Umgebung, dass die Regeln des üblichen Umgangs eingehalten und soziale Normen und Rollenverpflichtungen erfüllt werden. Das psychosebedingte einander Nichtverstehen führt zu Gefühlen von Ratlosigkeit, Gereiztheit, Zurückweisung, Bedrohung oder Aggressivität. Im Alltag gehen der Erkenntnis, dass eine ernsthafte Krankheit vorliegt, oft langwierige Leidensphasen voraus: Heftige Konflikte zwischen den Erkrankten und ihren Angehörigen, Abbruch von Freundschaften, sozialer Rückzug der Betroffenen, Ausschluss aus Gruppen, Berufs- und Wohnungsverlust, manchmal sogar Verwahrlosung oder Delinquenz. Die schizophren Erkrankten spüren, dass sich mit ihnen etwas verändert hat, dass etwas nicht mehr stimmt. Dem Scheitern eigener Bewältigungsversuche folgt nicht selten die krisenhafte Zuspitzung, der psychische Zusammenbruch, der die Diagnose und die anschließende Behandlung erst möglich macht.

Heute wird die Diagnose Schizophrenie gestellt, wenn ein Mensch ohne Trübung des Bewusstseins, ohne erkennbare Hirnkrankheit und ohne nachweisbare Einwirkungen von Substanzen wie Gifte, Drogen oder Medikamente bestimmte Störungen der Persönlichkeit, des Denkens, der Wahrnehmung und Realitätsauffassung sowie der Affektivität aufweist (Scharfetter, 1995). Als die fünf charakteristischen Symptome der Schizophrenie gelten Wahnphänomene, Halluzinationen, desorganisierte Sprechweise, grob desorganisiertes oder katatones Verhalten (diese vier Symptome werden als positive Symptome oder Plussymptomatik bezeichnet) sowie negative Symptome

(auch Minussymptomatik genannt, wie z.B. verflachte oder inadäquate Affekte, Langsamkeit, verminderte Aktivität, Sprachverarmung sowie die Unfähigkeit, sich nonverbaler Mittel der Kommunikation zu bedienen). Die positiven Symptome geben ein Übermass oder eine Verzerrung normaler Funktionen wieder, während als negative Symptome Erscheinungen bezeichnet werden, die auf beeinträchtigte, reduzierte oder defizitäre psychische Funktionen zurückzuführen sind, d.h. vor allem auf Funktionen des Denkens, der Affektivität, des Antriebs, des Willens oder der Fähigkeit zur Kommunikation. Die negativen Symptome sind fast immer mit einer deutlichen sozialen oder beruflichen Leistungsbeeinträchtigung verbunden. Ihr auffälligstes Verhaltenskorrelat ist der soziale Rückzug (Marneros, 1997; Wing, 1986).

Die beiden für die Schizophreniediagnose massgebenden Systeme sind ICD (International Classification of Diseases, Weltgesundheitsorganisation WHO; zurzeit ICD-10, 1993) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association APA; zurzeit DSM-IV-TR, 2003). Sie haben sich mit ihren neusten Revisionen konzeptionell und terminologisch angenähert. Die Kriterien für die Diagnose der Schizophrenie und ihrer Untergruppen decken sich nun in den beiden Ausgaben weitgehend. Mit ihrer multiaxialen Konzeption befinden sich die beiden Systeme zudem in Übereinstimmung mit den biopsychosozialen Modellen (vgl. 1.2), welche die Schizophrenie als ein vielschichtiges, auch in einem sozialen Kontext stehendes Geschehen postulieren (Scharfetter, 1995; Stefanis, 1990). Der Diagnostiker ist damit gezwungen, eine grosse Vielfalt an Informationen zu berücksichtigen. Neben den Achsen, auf welchen die klinischen Syndrome sowie die körperlichen Störungen beurteilt werden, können auf weiteren Achsen die psychosozialen Sachverhalte beschrieben werden: Der „Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren“ auf Achse IV des DSM-IV-TR, „Assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände“ auf Achse V des ICD-10 sowie die „Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus“ auf Achse V des DSM-IV-TR und auf Achse VI des ICD-10. Mit dem Einbezug sozialer Gesichtspunkte in die Manuale wird anerkannt, dass zur umfassenden Beurteilung eines Menschen mehr gehört als seine Symptome. Die Komplexität und die multifaktorielle Bedingtheit einer Störung wird betont und damit das Postulat von Brenner und Böker (1997) gestützt, dass Schizophrenie grundsätzlich eher als systemische Dysfunktion denn als Krankheit im üblichen medizinischen Sinn verstanden werden sollte. Die Berücksichtigung des psychosozialen Bereichs ist aber nicht nur für die Einschätzung des Schweregrades schizophrener Störungen wichtig, sondern auch für die Beurteilung des Behandlungserfolgs bzw. der Therapieresistenz, denn Langzeitbehandlung und Rehabili-

tation richten sich bei schizophren Erkrankten nicht nur nach psychopathologischen Kriterien, sondern vor allem auch nach dem sozialen Funktionsniveau und den Ressourcen des sozialen Netzes (Andres & Merlo, 1997).

Die Erkenntnis, dass in der klinischen Praxis schwerwiegende Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Fähigkeiten als eines der grundlegenden Symptome der Schizophrenie gelten und gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität haben (Bellack, 1996), ist nicht neu. Eine solche Einschätzung steht im deutschen Sprachraum in der Tradition von Emil Kraepelin und Eugen Bleuler. Kraepelin benannte 1904 neben der Verstandesabnahme auch Gemütsabstumpfung sowie die Einbusse an Willensfestigkeit und Tatkraft als Merkmale eigenartiger Schwächezustände (was in heutiger Terminologie einem Residualzustand entspricht) und stufte sie als dauernde und kennzeichnende Grundstörungen ein. Alle übrigen Symptombildungen, wie z.B. die paranoid-halluzinatorische oder die katatone und hebephrene, hob er als mehr zufällige und vorübergehende Begleiterscheinungen davon ab. Folgerichtig benannte er das Krankheitsbild als *Dementia praecox*. 1905 schrieb er: „Die Bezeichnung *Dementia praecox* wählte ich deswegen, weil sie nichts weiter enthielt als die üble Prognose und die Entwicklung des Leidens im jugendlichen Alter, zwei Kennzeichen, die mir damals für die neuumschriebene Krankheitsgruppe zuzutreffen schienen“ (S. 577).

Kraepelins Konzept der Zweiteilung der Schizophrenie in Grundstörungen und Begleiterscheinungen hat Bleuler (1911) dann zu seiner Gegenüberstellung von Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen weiter fortentwickelt. Zu den Grundsymptomen zählte er neben den Assoziationsstörungen den Autismus, bzw. die Störungen der Affektivität, der Aufmerksamkeit, der Ambivalenz und des Antriebs. Die paranoid-halluzinatorischen, katatonen und hebephrenen Merkmale bezeichnete er als akzessorische Symptome. An diese Sichtweise wurde Anfang der 80er Jahre in der angloamerikanischen Schizophrenieforschung (Andreasen, 1982; Andreasen & Olsen, 1982; Crow, 1985) mit der Positiv-negativ-Symptom-Dichotomie angeknüpft. Insbesondere Andreasen, die später massgeblich an den Vorarbeiten zur Neufassung des Schizophrenie-Kapitels im DSM-IV (APA, 1996) beteiligt war, bezog sich bei der Entwicklung ihrer „Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS“ (Andreasen, 1984; deutsche Version Ackenheil, Dieterle, Eben & Pakesch, 1985), dem heute wohl am weitesten verbreiteten Instrument zur standardisierten Erfassung negativer Symptome, explizit auf Bleulers Grundsymptom-Konzept. Nach Andreasen (1984) lassen sich die negativen Symptome in fünf Symptomgruppen einteilen: Affektverflachung oder Affektstarrheit; Alogie, d.h.

Sprachverarmung, Gedankenabreissen oder erhöhte Antwortlatenz; Abulie/Apathie, d.h. Energie- und Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Abschwächung des Willens oder Unstetigkeit; Anhedonie/sozialer Rückzug sowie Aufmerksamkeitsstörungen. Ursprünglich geht aber die Unterscheidung in Positiv- und Negativsymptomatik auf den englischen Neurologen J. Hughlings Jackson zurück, der bereits im 19. Jahrhundert die damals aktuellen Theorien zur Evolution auf das Gehirn übertrug. Er vermutete, dass schwere neurologische und geistige Krankheiten immer zuerst die evolutionär jüngsten und komplexesten Hirnzentren wie den frontalen Kortex angreifen. Dieser Ausfall führe dann zu Symptomen entsprechend der heutigen Negativsymptomatik. Die stammesgeschichtlich älteren und einfacheren Hirnzentren seien aber für den sozialen Kontext nicht adäquat, was sich als Einbruch fehlgeheurer Verhaltensweisen in das Alltagsleben zeige, beispielsweise im Sinn von akustischen Halluzinationen oder von Gefühlen der Fremdbestimmung (Heinz & Juckel, 2004).

Seit Andreasens Forschungsarbeiten spielt die Negativsymptomatik in der Schizophrenieforschung eine wichtige Rolle; die Zahl der Publikationen zu diesem Thema ist fast unüberschaubar geworden (Klosterkötter & Albers, 1997). Es wird sogar die Ansicht vertreten, dass sowohl von klinischer als auch von theoretischer Seite her die negativen Symptome von viel grösserer Bedeutung sind als eine bunte, floride, produktiv-psychotische Symptomatik (Andreasen & Flaum, 1991; Marneros, Deister & Rohde, 1994). In ICD-10 (WHO, 1993), DSM-IV (APA, 1996) und DSM-IV-TR (APA, 2003) hat die Negativsymptomatik gegenüber den früheren Ausgaben ebenfalls ein stärkeres Gewicht erhalten. In beiden Manualen werden Verhaltensdefizite, soziale Isolierung, eine deutliche Beeinträchtigung der Rollenerfüllung oder das Nachlassen der sozialen Kompetenz als Verhaltenskorrelat der Negativsymptomatik verstanden und sowohl als Kriterium für die Diagnose einer akuten schizophrenen Erkrankung herangezogen, als auch unter möglichen Prodromal- und Residualsymptomen klassifiziert. Zur Erfassung der negativen Symptome steht inzwischen eine grosse Anzahl von Skalen zur Verfügung. Übersichten dazu finden sich bei Maurer (1990), Silk und Tandon (1991), Stieglitz (1991), Deister (1996) und Marneros (1997).

Im Vorfeld zur Neufassung der Schizophrenie in DSM-IV (APA, 1996) entbrannte in der angloamerikanischen Psychiatrie eine heftige Kontroverse um die bessere Eignung der negativen oder der positiven Symptome als Diagnosekriterien. Ausgangspunkt des Disputs waren die Zweifel an der diagnostischen Validität der Negativsymptomatik (David & Appleby, 1992; Klosterkötter, Albers, Steinmeyer, Hensen & Sass, 1994). Tatsächlich besteht ein Mangel an Homogenität bei der

Definition und Messung der negativen Symptome. Einige Autoren verwenden enge Kriterien, andere jedoch viel weitere. In den meisten Konzeptionen ist aber doch ein wiederkehrender definitorischer Kern nachweisbar, gewissermassen das Kernsyndrom von Negativsymptomatik. Dazu gehören Affektverflachung, Interessen- und Initiativenverlust, Inaktivität und sozialer Rückzug. Die Negativsymptomatik wird somit als ein vorwiegend dynamisches soziales Verarmungssyndrom definiert (Möller, 1995). Negative Symptome sind zudem unspezifisch, d.h., sie können auch bei anderen Erkrankungen und psychischen Zuständen vorhanden sein. Infolgedessen erschwert ihr alleiniges Auftreten die Diagnosestellung (Boks, Liddle, Burgerhof, Knegtering & van den Bosch, 2004; David & Appleby, 1992; Klosterkötter & Albers, 1994; Klosterkötter & Albers, 1997; Möller, Mager & Müller, 1996). Für die Beurteilung der Streubreite von Negativsymptomatik über andere Diagnosegruppen liegen nur wenige empirische Daten vor (Kulhara & Chadda, 1987; Mundt & Kasper, 1987; Nestadt & McHugh, 1985; Sommers, 1985). Ein kleines differentialdiagnostisches Spektrum mit signifikant höherer Prävalenz bei den schizophrenen Störungen würde für eine gute diagnostische Eignung sprechen; umgekehrt aber würde ein breites differentialdiagnostisches Spektrum mit nur geringem oder gar keinem Prävalenzvorsprung bei den Schizophrenien eine eher schlechte Eignung der Negativsymptome als Diagnosekriterien bedeuten (Möller, 1995). Negative Symptome gelten als therapieresistenter als positive Symptome; sie sind teilweise irreversibel. Sie können eine lang andauernde Leistungsverminderung und dadurch auch eine negative soziale und berufliche Integration des Patienten verursachen (Marneros, 1997; Maurer & Häfner, 1997; Vauth, 2004). Häufig stellen sie, im Zusammenwirken mit anderen Faktoren, wie z.B. einem frühen Auftreten in der Adoleszenz, einen ungünstigen Prädiktor des Verlaufs der Krankheit dar (DSM-IV-TR; APA, 2003; Hubschmid & Ciompi, 1990).

Besondere klinische Beachtung fand die von der Arbeitsgruppe um Carpenter (Buchanan, Strauss, Breier, Kirkpatrick & Carpenter, 1997; Carpenter, 1992; Carpenter, Heinrichs & Wagman, 1988) vorgeschlagene Unterteilung der Negativsymptomatik in ein Defizit- und ein Non-Defizit-Syndrom, d.h. die Unterscheidung zwischen primären und sekundären negativen Symptomen. Erstere verstehen die Autoren als überdauernde Aspekte des Krankheitsgeschehens, letztere bewerten sie als Reaktionen auf die erlebten Beeinträchtigungen. Die Differenzierung erfolgt also nicht vorrangig anhand der Symptome, sondern aufgrund der Annahme eines krankheitsimmanenten Prozesses vs. der Verursachung durch äussere, sekundäre Einflussfaktoren. Die primäre Symptomatik (Defizitsyndrom), wird von Carpenter als die

morbogene Negativsymptomatik angesehen, wie sie typischerweise insbesondere im Rahmen von chronischen Residualzuständen zu beobachten ist. Zu ihrer Erfassung erstellten Carpenter (Carpenter, Heinrichs & Wagman, 1988) und Kirkpatrick (Kirkpatrick, Buchanan & McKenney, 1989) den „Schedule for the Deficit Syndrome, SDS“, das einzige operationalisierte Instrument, das für die Exploration von primärer und sekundärer Negativsymptomatik zur Verfügung steht. Es weist allerdings methodologische Mängel auf und wird daher selten verwendet (Leon, Simpson & Peralta, 1991; Tandon, 1991). Als sekundär (Non-Defizit-Syndrom) werden die negativen Symptome der Schizophrenie bezeichnet, wenn sie von anderen psychopathologischen Symptomen oder somatischen Beeinträchtigungen, von situativen oder psychologischen Faktoren sowie von pharmakologischen Wirkungen ableitbar sind (Carpenter, 1992; Carpenter, Heinrichs & Wagman, 1988). So können etwa aus produktiv-psychotischen Symptomen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie sozialer Rückzug resultieren. Eine sekundäre Negativsymptomatik ergibt sich aber auch aus möglichen Folgen der neuroleptischen Behandlung. Es ist bekannt, dass medikamentöse Nebenwirkungen wie extrapyramidale Symptome, Koordinations- oder Akkomodationsstörungen bei einigen Patienten ein sich Zurückziehen aus sozialen Situationen provoziert, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. Durch die Psychopharmakotherapie können aber auch Antriebsminderung, depressive Zustände, Unruhe, Libidobeeinträchtigungen u.a. entstehen, die dann sekundäre negative Symptome hervorrufen, wie etwa Apathie, sozialer Rückzug oder Anhedonie (Bottlender, Wegner, Wittmann, Strauss & Möller, 1999; Marneros, 1997). Die Entstehung von negativen Symptomen ist oft aber auch die Folge eines wenig stimulierenden Milieus bzw. einer psychosozialen Überstimulation (Bebbington & Kuipers, 1994; Kavanagh, 1992).

Die Untersuchungen zu möglichen biochemischen Verursachungsfaktoren oder Verursachungsmechanismen des Defizitsyndroms führten noch zu keinen eindeutigen Ergebnissen, aber es gibt eine Vielzahl von Hypothesen (Rao & Möller, 1994). Gemeinsamer Nenner scheint zu sein, dass die primäre Negativsymptomatik auf strukturelle Veränderungen in bestimmten Hirnregionen, d.h. auf anteriore und posteriore bilaterale temporale Dysfunktionen bzw. auf eine Reduktion der Aktivität im dopaminergen, serotonergen, noradrenergen und cholinergen System zurückgeführt werden kann (Buchanan & Carpenter, 1994; Gerbaldo, 1997; Marneros, 1997; Möller, 1995). Die Unterteilung der Negativsymptomatik in primäre und sekundäre Subtypen gilt als ein methodisch wesentlicher Schritt für weitere Forschungsbemühungen, denn damit verknüpfen sich theoretische, prognostische und therapeu-

tische Implikationen (Andreasen, Flaum & Swayze, 1990; Gerbaldo, 1997). In der klinischen Praxis stehen vor allem die pharmakotherapeutischen, sozio- und psychotherapeutischen sowie die rehabilitativen Konsequenzen im Vordergrund (Marneros, 1997).

Einen etwas anderen Zugang bietet der Ansatz von Süllwold (1976, 1986) und Huber (1983, 1986), die parallel zur angloamerikanischen Negativsymptomforschung in der deutschen Psychiatrie ihr Basissymptom-Konzept vorstellten. Die sogenannten Basissymptome überschneiden sich teilweise mit den negativen Symptomen von Andreasen (1984) und sind grösstenteils ebenfalls nicht spezifisch für schizophreniegefährdete Menschen (Ebel, Klosterkötter, Gross & Huber, 1989; Klosterkötter & Albers, 1997; Mundt & Kasper, 1987; Rösler, Bellaire, Henges, Kiesling-Muck & Carls, 1985). Nach dem Basissymptom-Konzept treten schon vor Ausbruch der eigentlichen psychotischen Symptome eine Vielzahl von Primärstörungen, die Basis-symptome, auf. Dies sind subjektiv wahrgenommene, subklinisch manifeste, substratnahe Beschwerden, wie z.B. Störungen des Denkens (Durcheinanderlaufen oder Aufdringlichkeit von Gedanken, Ablenkung durch abwegige Einfälle, überflutet werden, Denkblockaden), Störungen der Sprache (Wortverstümmelungen, mangelnde Verfügbarkeit, unvollständige Sätze), Wahrnehmungsstörungen (Verschwommen- oder Trübsehen, Farbveränderungen, Störungen der Figur/Grund-Wahrnehmung und der Grössenkonstanz, Geräuschüberempfindlichkeit, veränderte Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung), Störungen der körperlichen Befindlichkeit (bizarre Körperempfindungen, Blockierung von Bewegungsabläufen, nicht beabsichtigte Bewegungen, mangelnde Koordination) oder Störungen der Emotionalität (Gefühlschwankungen, Verstimmung, Unlust). Der synergetische Effekt aus den einzelnen Basisstörungen wird von den Betroffenen als zunehmender Kontrollverlust über die eigenen psychischen Vorgänge und das Verhalten erlebt. Die Folgen sind vielfältig: Irritation, Überforderung, Überreizung, Erschöpfung, Gefühle von Unsicherheit in Situationen, die mit verbaler Kommunikation verbunden sind, Abschirmung, Verlangsamung, Rückzug. Je nach den Reaktionen der Umwelt kann dies zu Eskalationsprozessen führen, an deren Ende eine akute psychotische Episode steht (Süllwold & Huber, 1986; Wienberg, 1995a). Dieser Wechsel von den Basissymptomen zu manifesten psychotischen Symptomen wurde von Klosterkötter (1988) anhand von Übergangsreihen dokumentiert. Zur standardisierten Erfassung der Basisstörungen entwickelten Süllwold und Huber (1986) ein Selbstbeurteilungsverfahren, den „Frankfurter Beschwerdefragebogen, FBF“, sowie ein Fremdbeurteilungsverfahren,

die „Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen, BSABS“ („Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms“).

In Übereinstimmung mit dem Basissymptom-Konzept wurde in vielen Studien zu prä-morbiden Persönlichkeitsvariablen schizophrener Patienten immer wieder darauf hingewiesen, dass entsprechend vulnerable Personen schon lange vor dem Auftreten spezifischer Krankheitssymptome deutliche Beeinträchtigungen im Bereich des Sozialverhaltens zeigen, d.h., der Erkrankung geht eine oft mehrjährige prä-psychotische Prodromalphase voraus, die sich in einer langsamen und allmählichen Entwicklung einer Vielzahl von Zeichen manifestiert. So wurden z.B. Kontaktstörungen, Passivität, Schüchternheit, Einzelgängertum, ungewöhnliches Verhalten, Interessenverlust, Fernbleiben von der Schule oder der Arbeit, ein Mangel an tragfähigen Beziehungen, sozialer Rückzug sowie ein Beharren im Beziehungsnetz der Herkunftsfamilie festgestellt (Dworkin, 1990; Dworkin, Lewis, Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1994; Juckel, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2004; Roder, Zorn & Brenner, 1997). Dies ist vor allem bei jungen Menschen zu beobachten, wo vor den typischen schizophrenen Symptomen meist eine Wochen oder Monate dauernde Prodromalphase mit unspezifischen Symptomen auftritt. Sie sind das erste Anzeichen für die Angehörigen, dass etwas nicht mehr stimmt. Die Betroffenen werden von ihrer Umgebung als jemand erlebt, der sich gleichsam „schrittweise davonstiehlt“ (DSM-IV-TR; APA, 2003, S. 349). Oft gehen dem Ausbruch einer Schizophrenie aber von Kindheit an geringfügige, in der normalen Streuung gelegene Entwicklungsverzögerungen voraus, die sich allerdings auch als Vorläufer anderer Erkrankungen finden. Das häufigste und meist zunehmende Vorzeichen einer beginnenden Schizophrenie ist die beeinträchtigte interpersonelle und soziale Kompetenz. Das Kind hat z.B. das Bedürfnis, allein zu spielen, sich aus sozialen Kontakten zurückzuhalten und seltener freundschaftliche Beziehungen einzugehen. Häfner (2005) deutet dieses Vermeidungsverhalten als Schutzmechanismus gegen eine erhöhte Verletzbarkeit durch engere soziale Beziehungen, die im späteren Krankheitsverlauf zu Anlässen kritischer Lebensereignisse werden könne und das Rückfallrisiko erhöhe.

In ihrer ABC-Schizophreniestudie (ABC steht für Age, Beginning und Course, wodurch die zentralen Themen der Studie benannt werden) untersuchten Maurer und Häfner (1997) die Phase des Frühverlaufs der Schizophrenie vom Beginn der ersten Symptome bis zum Ausbruch der Krankheit und der Ersthospitalisation. Hauptinstrument zur retrospektiven Erfassung der Merkmale einer beginnenden Schizophrenie war dabei das halbstrukturierte „Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia, IRAOS“ (Häfner et al., 1990). Die Analyse ergab in

Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen, dass eine hauptsächlich durch negative Symptome charakterisierte Prodromalphase bei ca. drei Viertel der Patienten einer psychotischen Vorphase vorausläuft. So befinden sich unter den zehn am häufigsten genannten Anzeichen des Beginns kein positives Symptom, jedoch mehrere negative Symptome, z.B. Denk- und Konzentrationsstörungen, Energieverlust und Verlangsamung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben sowie sozialer Rückzug, verbunden mit Misstrauen bzw. mit einem eingeschränkten Kommunikationsverhalten (an der Heiden, Häfner, Maurer & Bustamante, 1994; Häfner et al., 1995; Maurer & Häfner, 1997). Inzwischen ist eine Vielzahl strukturierter Interviews und Ratingskalen entwickelt worden, um die Früherkennung schizophrener Prodromalzustände standardisiert durchzuführen (Übersicht bei Juckel, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2004).

Obwohl heute unbestritten ist, dass schwerwiegende Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens für die Stellung der Diagnose bei schizophren Erkrankten von grosser Bedeutung sind, erscheint das empirisch gesicherte Wissen trotz grosser Forschungsbemühungen noch sehr lückenhaft. In diesem Zusammenhang stellen Bellack, Morrison, Wixted und Mueser (1990) die Frage, ob der heute übliche theoretische Fokus der Negativsymptomatik, der ursprünglich aus einer medizinisch geprägten Forschungstradition hervorgegangen ist, diese Lücken nicht zusätzlich begünstige. Die Autoren befürchten, dass durch diesen Fokus die Notwendigkeit psychologischer Grundlagenforschung übersehen werden könnte, die ihrerseits in ihrer Konzeptualisierung nicht von vornherein auf der syndromalen Begriffsebene ansetzen dürfe, sondern die differenzierte Erfassung und Beschreibung sozialer Defizite zum Ausgangspunkt nehmen müsse. Bellack (1996) sowie Roder, Zorn und Brenner (1997) vertreten die Ansicht, dass das breite Spektrum an Beziehungsstörungen bei Schizophrenen und die damit zusammenhängenden tiefgreifenden Beeinträchtigungen im sozialen Bereich nicht einfach als ein Nebenprodukt der Positiv- oder Negativsymptome, sondern als ein distinktes Phänomen der schizophrenen Erkrankung zu betrachten sei. In seiner Vielfältigkeit lasse es sich im theoretischen Bezugsrahmen der Negativsymptomatik nicht angemessen diskutieren. Dieses Postulat steht im Einklang zur Hypothese von Strauss, Carpenter und Bartko, die bereits 1974 vermuteten, dass Beeinträchtigungen der sozialen Kompetenz eine unabhängige Komponente der Krankheit seien und die deshalb für die Schizophreniediagnose eine Dreiteilung in positive Symptome, negative Symptome und Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich vorschlugen.

Unabhängig von dieser Frage besteht weitgehende Einigkeit darin, dass der Grad sozialer Kompetenz während Kindheit, Jugend- und Erwachsenenalter in enger Beziehung zu Schweregrad, Verlauf und Ausgang von schizophrenen Erkrankungen steht und diesbezüglich teilweise Prädiktorqualität hat. In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass je höher das psychosoziale Funktionsniveau und der soziale Anpassungsgrad einer Person waren, bevor sie schizophrene Symptome entwickelte und stationär behandelt werden musste, desto erfolgreicher gestaltete sich ihre spätere Rehabilitation (Bottlender, Wittmann, Wegner, Strauss & Möller, 2000; Liberman, 1994a).

1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell

Die Fülle an Befunden aus den unterschiedlichsten Bereichen der ätiologischen Forschung und damit eine zunehmende Komplexität auf allen Untersuchungsebenen machen klar, dass dem vielschichtigen Phänomen der Schizophrenie nur ein multifaktorielles, systemisches Erklärungsmodell gerecht werden kann. Obwohl die einzelnen pathogenetischen Mechanismen und ihr genaues Zusammenwirken noch nicht hinreichend geklärt sind, bilden solche Modelle einen heuristisch wertvollen Rahmen zum Verständnis der schizophrenen Erkrankungen. Zudem stellen übergreifende, empirisch begründete Konzepte bei einem Krankheitsbild wie der Schizophrenie, das so lange an der Schnittstelle unterschiedlicher psychiatrischer Weltanschauungen stand und entsprechend immer wieder ideologisch motiviert für die eine oder die andere davon vereinnahmt wurde, einen bemerkenswerten Entwicklungsschritt dar (Brenner & Böker, 1997). Die älteren Konzepte, mit denen schizophrene Störungen erklärt wurden, waren gewöhnlich monolithisch und stark kulturell determiniert. Jedes dieser Modelle konzentrierte sich auf eine andere Art von Grundannahmen und Ursachenfaktoren und beleuchtete damit eine andere Dimension des menschlichen Verhaltens. Keines konnte jedoch das gesamte Spektrum des Pathologischen erklären.

Die heutigen viel umfassender angelegten Modellannahmen zur Schizophrenie gehen vom Diathese-Stressmodell aus (Gottesman, 1993; Rosenthal, 1970). Es verbindet biologische, psychologische und Umweltfaktoren und ist nicht auf eine bestimmte Schule wie die lerntheoretische, kognitive, humanistisch-existentielle oder psychodynamische beschränkt. Es untersucht die oft subtilen Wechselwirkungen zwischen der Prädisposition für eine Krankheit, der Diathese, und belastenden Umwelt- oder Lebensereignissen, dem Stress. Diathese bedeutet genau genommen

eine konstitutionelle Prädisposition für eine körperliche Krankheit, es wird darunter aber auch jegliche Tendenz oder Neigung eines Menschen verstanden, auf eine besondere Weise auf einen Umweltstress zu reagieren, d.h. auf schädliche oder ungünstige Reize, die sowohl biologisch als auch psychologisch sein können. Den Kern des Diathese-Stressmodells bildet die Annahme, dass sowohl die Diathese als auch der Stress zur Entwicklung einer Störung nötig sind. In den von diesem grundlegenden Modell abgeleiteten, in der Terminologie veränderten und weiterentwickelten Vulnerabilitätsmodellen wird die Schizophrenie als ein Resultat hochkomplexer, sich gegenseitig beeinflussender psychischer, biologischer und soziokultureller Veränderungen aufgefasst. Sie integrieren neben den negativen ausdrücklich auch positive Rückkoppelungen. So gelten Vulnerabilität, Stress, Coping und Kompetenz als determinierende Faktoren für Ausbruch, Remission und Rückfall, gelungene oder misslungene Wiederanpassung bzw. für das Ausmass länger dauernder Behinderungen schizophrener Menschen.

Als einer der ersten hat Schefflen (1978, 1981) das systemische Paradigma in der Psychosereforschung genutzt. Er beschreibt die Schizophrenie als komplexe Resultante von Störungen auf verschiedenen Organisationsebenen psychischen Lebens, die von Subsystemen der molekularen Hirnstruktur bis zum gesellschaftlichen Suprasystem reichen. Er zeigt, wie jede Ebene kybernetisch auf jede andere Ebene bezogen ist und wie Vorgänge auf einer Ebene Wirkungen auf einer anderen Ebene auslösen und aufrechterhalten. Auch Ciompi (1989, 1996) greift zur Beschreibung der Erkrankung auf Erkenntnisse aus der System- und Chaostheorie zurück: An kritischen Punkten der Entwicklung, meist nach einer charakteristischen Phase der Destabilisierung, treten sogenannte Bifurkationen, d.h. Verzweigungsmöglichkeiten auf; der Entscheid für die eine oder die andere Möglichkeit hängt auch von den gegenwärtigen Umwelteinflüssen ab. Das plötzliche Umkippen des labilisierten Systems in neue Strukturzustände bezeichnet Ciompi als die „Verrückung“ oder das „Überschnappen“, wie im Volksmund treffend gesagt wird, von einem normalen in ein psychotisches Funktionssystem als nicht linearer Phasensprung im chaostheoretischen Sinn (Ciompi, 1996). Auch andere Autoren haben diesen faszinierenden Übergang aus systemtheoretischer Sicht immer wieder minutiös analysiert. Bateson (1975, 1982) vergleicht die dabei auftretenden eskalativen Wechselwirkungen zwischen Patient und Umgebung mit einem „runaway“, und Bleuler (1984) spricht im Sinn einer typischen Bifurkation von einem „point of no return“, bei welchem das ganze Funktionssystem ins Psychotische umschlägt. Böker und Brenner (1996)

beschreiben die schizophrene Erkrankung „als das Resultat eines Umkippens in eine neue erstarrte Ordnung oder in ein ungesteuertes Chaos“ (S. 20).

Als Markstein in der Entwicklung von multifaktoriellen Modellen zur Krankheitsentstehung gilt das von Zubin und Spring (1977) erarbeitete Vulnerabilitätskonzept der Schizophrenie. Mit ihrer Vulnerabilitätstheorie als Metatheorie gelang es den Autoren, die Erkenntnisse der bereits bestehenden verschiedenen Ätiologiemodelle zur Schizophrenie in ein übergeordnetes Modell zu integrieren. Das Vulnerabilitätsmodell postuliert, dass das zentrale Charakteristikum der Schizophrenie nicht die bestehende schizophrene Episode selbst ist, sondern die Vulnerabilität gegenüber der Entwicklung solcher Krankheitsepisoden, d.h. eine überdauernde, erhöhte Verletzbarkeit, die sich unter bestimmten Umständen in einer schizophrenen Episode manifestiert. Den Autoren zufolge ist wesentlich, dass die schizophrene Erkrankung und die Disposition hierzu klar voneinander getrennt werden. Vulnerabilität ist in ihrem Modell ein relativ stabiles, den Zeitablauf überdauerndes Merkmal (trait), während die Krankheit als episodisches Geschehen von instabilen, wechselnden Zuständen (states) zwischen florider Symptomatik und Vollremission beschrieben wird. Aufgrund dieser Trait-Eigenschaft ist Vulnerabilität in einem betroffenen Individuum auch dann präsent, wenn keine Krankheitsmanifestation besteht. Sie kann latent bleiben, d.h. nur als Risiko bestehen, bis sie durch einen Stressor zum Ausdruck kommt.

Die wichtigsten Punkte des von Zubin und Mitarbeitern später immer wieder ergänzten Vulnerabilitätskonzepts sind die folgenden: Eine schizophrene Episode tritt dann bei einem dafür vulnerablen Individuum auf, wenn es mit Problemen und Belastungen konfrontiert wird, die seine Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Kann das Individuum selbst oder sein soziales Umfeld die Ursache und Wirkung dieser Belastung nicht entschärfen, so ist mit einer kürzeren oder längeren psychotischen Episode zu rechnen. Diese wird als Zusammenbruch des psychischen Apparates in einer Überforderungssituation verstanden. Belastungen bzw. Stressoren haben vor allem eine auslösende Funktion. Die Störung, welche der schizophrenen Verletzbarkeit zugrunde liegt, wird als Schwellensenkung des Individuums definiert. Die Absenkung besteht gegenüber sozialen Reizen, die zu Stressoren werden und über Zwischenschritte psychotisches Geschehen auslösen können (Zubin & Steinhauer, 1981). Als Stressoren gelten vor allem situative Belastungen in der aktuellen Lebensphase wie etwa überfordernde Entwicklungsaufgaben, z.B. die Ablösung von der Herkunftsfamilie in der Adoleszenz, einschneidende Lebensereignisse oder ein kritisches und emotional überengagiertes Klima im Beziehungsumfeld. In einer späteren

Veröffentlichung wird darauf hingewiesen, dass neben diesen exogenen Reizen auch endogene Stressoren im Sinn von biochemischen oder neurophysiologischen Ereignissen als mögliche Auslösefaktoren für eine schizophrene Episode in Betracht zu ziehen sind (Zubin, Magaziner & Steinhauer, 1983). Aufgrund eines Defizits an Gegenregulationen, die der Organismus üblicherweise bei Störungen seines Gleichgewichts in Gang bringt, können diese Stressoren schon auf einem relativ niedrigen Stimulusniveau eine produktive psychotische Episode herbeiführen. Nachdem die Episode abgeklungen ist, kehrt das Individuum normalerweise zum prämorbidem Niveau der Anpassung im Alltagsleben zurück (Zubin, 1986). Damit betont das Vulnerabilitätskonzept den episodischen Charakter der meisten schizophrenen Psychosen und widerspricht gleichzeitig der früheren Annahme eines regelhaft schlechten Verlaufs und Ausgangs der Krankheit.

Zu den konstituierenden Grössen des Vulnerabilitätsmodells gehören neben der Vulnerabilität und den Stressoren auch die Moderatorvariablen (Zubin, Magaziner & Steinhauer, 1983). Somit hängt die tatsächliche Auslösung einer akuten psychotischen Episode neben dem Ausmass der individuellen Vulnerabilität und dem Ausprägungsgrad der Stressoren von Variablen ab, die den Einfluss einer konfrontativen Reizbedingung mildern und dadurch den Ausbruch der Krankheit verhindern können. Nach Zubin (1986) gibt es mindestens drei potentiell protektive Faktoren, die sich günstig auswirken können: das soziale Netzwerk des Individuums, die von ihm besetzte ökologische Nische und seine prämorbid Persönlichkeit, hier vor allem die persönliche Kompetenz und die erlernten Bewältigungsmöglichkeiten. In schwierigen Situationen sollte ein Bewältigungsrepertoire zur Verfügung stehen (Kompetenz), das zielgerichtet eingesetzt werden kann (Coping). Die Wirkung der Moderatorvariablen ist so zu verstehen, dass den sozialen Stressoren ein Teil ihrer Schärfe genommen wird, bevor sie das vulnerable Individuum erreichen.

Zubins konzeptioneller Beitrag zum Thema Vulnerabilität war nicht nur auf die Entwicklung eines Interaktionsmodells beschränkt. Vielmehr hat er sich in intensiver Form mit der Genese schizophrener Verletzbarkeit auseinandergesetzt. Dabei verband er die Frage nach den Ursachen für die Entstehung von Vulnerabilität mit dem Versuch, die verwirrende Vielfalt ätiologischer Entwürfe integrativ zu überwinden, indem er die wichtigsten zeitgenössischen Ätiologiemodelle der Schizophrenie in sein Modell übertrug. Die folgenden sieben Ansätze fanden dabei Berücksichtigung: Das genetische, das biochemische, das neuroanatomische, das psychophysiologische, das ökologische, das lerntheoretische und das entwicklungstheoretische Modell (Zubin, 1989). Damit werden sowohl angeborene als auch erworbene Kom-

ponenten von Vulnerabilität postuliert. Vulnerabilität ist im Rahmen dieser Sichtweise multikausal angelegt und soll das schizophrene Geschehen auf einer übergeordneten Ebene verstehbar machen.

Neben der Entwicklung des Vulnerabilitätsmodells und ätiologischen Überlegungen galt Zubins Interesse auch den sogenannten Markern schizophrener Verletzbarkeit. Die Relevanz derartiger Indikatoren liegt primär in ihrem Praxisbezug. Sie sollen ein diagnostisches Instrumentarium abgeben, das Personen mit einem erhöhten Psycho-serisiko zu identifizieren vermag. Zubin und Steinhauer (1981) erstellten eine Liste potentieller Vulnerabilitätsmarker, in die Aufnahme fand, was seitens der diversen psychiatrischen Schulen für die Schizophreniegenese als bedeutsam erklärt wurde. Entsprechend den unterschiedlichen Ätiologiemodellen, die einbezogen wurden, ergab sich ein sehr heterogenes Bild. So wurden neben vielen anderen z.B. die folgenden Indikatoren vorgeschlagen: Blutsverwandtschaft (Genetik); Migration, soziale Marginalität, ein deviantes soziales Netzwerk, ein emotionales Familienklima (Ökologie); postnatale Hirnschädigungen, ophthalmologische Defekte (Entwicklung); die Unfähigkeit, ein angepasstes Verhalten zu entwickeln oder aus Erfahrung zu lernen, unangemessene Verstärkungen (Lerntheorie); Monoaminoxidase, Dopamin-Beta-Hydroxylase (Biochemie); Pupillenreaktionen, langsame Augenfolgebewegungen (Neurophysiologie); erweiterte Hirnventrikel, Muskelanomalien (Neuroanatomie). Diese Zusammenstellung spiegelt die verwirrende Mischung aus empirischen Befunden und Spekulativem, welche die Forschungsbemühungen zur Schizophreniegenese bisher charakterisiert hatte. Es blieben aber viele offene Fragen, und es erschien daher angebracht, die vorgelegte Liste potentieller Vulnerabilitätsmarker als einen sehr vorläufigen Entwurf anzusehen (Olbrich, 1987).

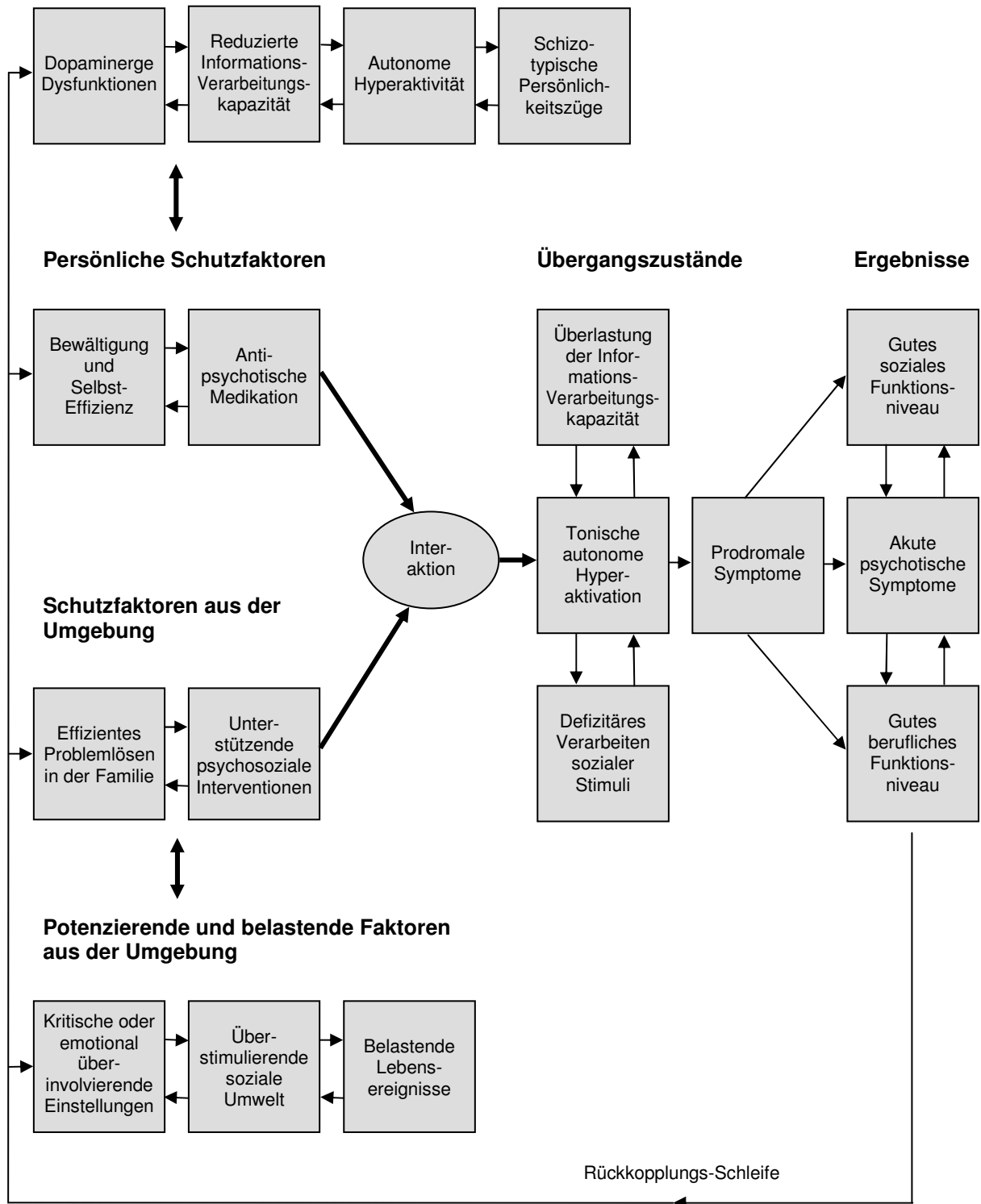
Zubins Vulnerabilitätskonzept fand innerhalb der Schizophrenieforschung grosse Beachtung und Anerkennung. Doch einige Schwachstellen, wie z.B. die fehlende Quantifizierung der beiden Dimensionen Vulnerabilität und Umweltstress, wurden immer wieder kritisiert. Ohne das Anheben des Definitionsstandards sei eine empirische Beschäftigung mit dem Vulnerabilitätskonzept kaum möglich. Auch ignoriere das Vulnerabilitätsmodell, indem es die Schizophrenie explizit als episodische Störung konzipiere, alle Krankheitsfälle, die chronisch progredient verlaufen (Carpenter, 1981; Olbrich, 1987; Tarrier, 1990). Zudem biete es keine Erklärung dafür, warum manche Patienten auch nach starken sozialen oder intrapsychischen Belastungen plötzlich für den Rest ihres Lebens gesund bleiben (Buchkremer & Böser, 1995). Zur Klärung dieser offenen Fragen ist weitere Forschungsarbeit notwendig. So untersucht z.B. die Arbeitsgruppe um Zubin (Zubin, Steinhauer & Condray, 1992),

ob es eine spezifische Vulnerabilität gibt, die schizophrene Patienten, welche einen Rückfall erleben, von solchen ohne Rückfall unterscheidet. Dazu sollen rückfällige und rückfallfreie schizophren Erkrankte hinsichtlich möglicher Vulnerabilitätsmarker miteinander verglichen werden.

Der Zubinsche Ansatz führte in der Folge zu wichtigen Weiterentwicklungen (Nuechterlein & Dawson, 1984a, 1984b; Liberman, 1986; Mirsky & Duncan, 1986; Nuechterlein, 1987; Nuechterlein et al., 1994; Green & Nuechterlein, 1999). Mit diesen immer komplexeren Modellen wurde der Versuch unternommen, sowohl die biologischen wie die Umweltfaktoren näher zu spezifizieren. Eines davon ist das „Heuristische Vulnerabilitäts-Stressmodell schizophrener Episoden“ (Nuechterlein & Dawson, 1984a). In seiner ursprünglichen Formulierung enthält es vier zentrale Bestandteile: Vulnerabilitätscharakteristika, Umweltreize, einen passageren, subklinischen Zustand und psychotische Episoden. Als Vulnerabilitätscharakteristika gelten drei Formen von Grundstörungen: eine verminderte Informationsverarbeitungskapazität, eine autonome Übererregbarkeit gegenüber aversiven Reizen sowie ein Defizit an sozialer Kompetenz. Das Zusammentreffen von Vulnerabilität mit belastenden Umweltreizen bewirkt im Individuum ein subklinisches Zustandsbild, das durch eine Überlastung der Informationsverarbeitung, ein abnorm hohes autonomes Arousal oder eine Fehlverarbeitung sozialer Reize gekennzeichnet ist. Ihr Auftreten hat Rückwirkungen im Sinn einer Zunahme an Umweltstressoren, so dass insgesamt ein zirkulärer Prozess in Gang gesetzt wird, in dessen Verlauf die immer gravierenderen Auffälligkeiten der subklinischen Phase in die Symptome einer psychotischen Episode übergehen.

In späteren Modellen (Liberman, 1986; Liberman et al., 1986a; Nuechterlein, 1987; Nuechterlein et al., 1994) wird zusätzlich die Bedeutung von Schutzfaktoren hervorgehoben. So betont das mehrschichtige, interaktive „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell“ (Nuechterlein et al., 1994; vgl. Abbildung 1.2 a), das den theoretischen Rahmen für diese Arbeit bildet, besonders die aktive Rolle des schizophren Erkrankten. Das Individuum wird hier nicht mehr als passives Opfer seiner Erkrankung gesehen, sondern es kann den Verlauf aktiv mitgestalten. Ob es zu einer psychotischen Dekompensation kommt, hängt nach diesem Modell zum einen von den persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren und den potenzierenden und belastenden Umweltfaktoren ab, zum anderen aber auch von persönlichen Schutz- und protektiven Umweltfaktoren. Diese Variablen interagieren in vielfältiger Weise miteinander.

Persönliche Vulnerabilitätsfaktoren



Prä-morbide oder Remissionsphase -----> Prodromale Phase -----> Episode

Abbildung 1.2 a: Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell (mod. nach Nuechterlein et al., 1994)

Das individuelle Bewältigungsverhalten und die Selbstkompetenz werden in diesem Modell als mögliche protektive Faktoren gesehen, was dazu führen kann, dass die durch die spezifische Vulnerabilität gesetzte Schwelle an Gesamtbelastung nicht überschritten wird und somit eine psychotische Dekompensation ausbleibt. Die kritische Schwelle ist umso höher anzusetzen, je besser es um das persönlichkeits-eigene Bewältigungspotential und um die Problemlösefähigkeiten in der Familie steht. Sie scheint auch umso höher zu liegen, je mehr sich der Betroffene die prophylaktische antipsychotische Medikation zunutze macht und ihm ausserdem stützende psychosoziale Interventionen zur Verfügung stehen.

Es wird zudem angenommen, dass sich die Fähigkeit des Betroffenen, kompetent zu handeln, sowohl auf seine soziale Umgebung als auch auf seine Hirnfunktionen auswirken kann. Zwar entwickeln sich die informationsverarbeitenden Systeme des Zentralnervensystems mit der genetisch gesteuerten neuronalen Vernetzung des Neocortex, d.h. vor allem mit der postnatalen Reifung der Axone und der Bildung von Synapsen. Sie benötigen zu ihrer Ausreifung aber ständige sensorische Erfahrungen. Soweit die neuronale Aktivität durch externe Informationen hervorgerufen oder moduliert wird, beeinflussen letztere auch die Entwicklung der neuronalen Netze und damit strukturelle Charakteristika der Hirnorganisation. So können pathogene psychosoziale Faktoren zu überdauernden Dysfunktionen im Bereich der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung und des logischen Denkens, aber auch der Emotionsverarbeitung führen (Brenner & Böker, 1997; Nuechterlein, 1991; Nuechterlein, Dawson & Green, 1994). Andererseits können günstige psychosoziale Faktoren zu einer Milderung dieser Störungen beitragen (Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992a, 1992b). Ein ungünstiges interaktionelles Zusammenspiel der beteiligten Faktoren, besonders wenn belastende und potenzierende Umweltfaktoren wie z.B. ein kritisches oder emotional überinvolviertes Familienklima, eine überstimulierende soziale Umwelt oder belastende Lebensereignisse dazukommen, führt dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell entsprechend in Zwischenstadien zu einer Überlastung der Verarbeitungskapazität, zur tonischen autonomen Hypererregung und zur verstärkten defizitären Verarbeitung sozialer Stimuli. Dies bewirkt dann auf der klinisch-psychopathologischen Ebene, dass schizophren Erkrankte Prodromalsymptome entwickeln, die beim Ausbleiben entsprechender Interventionen zur Entstehung akuter psychotischer Symptome führen. Damit verbunden ist häufig eine Reduktion des beruflichen und sozialen Funktionsniveaus.

Die konzeptuellen Annahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodells wurden in der Folge immer mehr zu einem umfassenden Begriffsrahmen für zahl-

reiche empirische Wissenskomplexe ausdifferenziert (Clements & Turpin, 1992). Mit jedem der einzelnen Faktoren des Modells wird ein ätiopathogenetisch, klinisch oder therapeutisch relevanter Forschungsbereich angesprochen. In diesem Sinn erfüllt das Modell trotz seiner vorerst rein heuristischen Natur für die Disziplinen, die sich mit den verschiedenen Einflussgrössen beschäftigen, eine metatheoretische Klammerfunktion. Es lohnt sich, wenn es bei der Einordnung neuer Ergebnisse immer wieder zur kritischen Reflexion von deren potentieller Bedeutsamkeit für ein Gesamtverständnis der Schizophrenie herangezogen wird (Brenner & Böker, 1997). Nachfolgend werden den einzelnen Faktoren des Vulnerabilitäts-Stress-Coping Kompetenzmodells einige wichtige, neuere Forschungsarbeiten zugeordnet: Als Vulnerabilitätsfaktoren bezeichnet das Modell dopaminerge Dysfunktionen (Borison & Diamond, 1996; Mager & Meisenzahl, 1998), eine reduzierte Informationsverarbeitungskapazität (Addington & Addington, 1999; Bogerts, 1995; Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000), eine autonome Hyperaktivität bei aversiver Stimulation (Möller, 2003) und schizotypische Persönlichkeitszüge (Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992a, 1992b; Schreiber & Kornhuber, 1995). Als potenzierende und belastende Faktoren aus der Umwelt gelten im Modell ein kritisches oder emotional überinvolviertes Familienklima (Brown, 1990; Kavanagh, 1992; Nuechterlein et al., 1992; Woo, Goldstein & Nuechterlein, 1996), eine überstimulierende soziale Umwelt (Ciompi, 1995; Olbrich, 1994) und belastende Lebensereignisse (Buchkremer & Böser, 1995; Hirsch, Cramer, Jolley & Dickenson, 1992). Diesen gegenüber stehen als persönliche Schutzfaktoren die Bewältigungskompetenz des Betroffenen (Böker & Schaub, 1997; Rauh, 1996; Schaub, 1993, 1995; Wiedl, 1996), seine Überzeugungen der Selbstwirksamkeit (Schneeweiss, 1994) sowie die antipsychotische Medikation (Gaebel, 1996; Merlo & Brenner, 1997; Wiedemann & Dose, 1995). Als Schutzfaktoren aus der Umwelt bezeichnet das Modell familiäres Problemlösen (Angermeyer, 1995; Brenner & Schaub, 1997; Ibes & Klusmann, 1989) und unterstützende psychosoziale Interventionen (Buchkremer & Böser, 1995; Herrlich & Süllwold, 1992; Phipps & Liberman, 1994; Schmolke, 2001).

Gegenwärtig befindet sich die Forschung zu Ätiologie, Pathogenese und Psychopathologie der Schizophrenie wieder in grosser Bewegung. Dazu tragen ganz wesentlich neue Forschungsansätze und -methoden in den Neurowissenschaften bei, wie z.B. die ständig fortschreitende Entwicklung auf dem Gebiet der molekularen Neurobiologie (Ackenheil, 1998; Elkin, Kalidindi & McGuffin, 2004; Hoefgen, Rietzel, Ackenheil & Maier, 2004; Kéri & Janka, 2004; Murphy, 2002; Owen, O'Donovan & Gottesman, 2003) und der bildgebenden Verfahren wie EEG-Brain Mapping,

CT, PET, SPECT, MRT, MRI (Bogerts, 1995, 1998; Häfner, 2005; Meisenzahl, Leinsinger, Heiss, Mager & Möller, 1998; Rosburg, Kreitschmann-Andermahr & Sauer, 2004). So weisen neue Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien übereinstimmend darauf hin, dass ungefähr 50% des Risikos, eine Schizophrenie zu entwickeln, genetisch bedingt ist (Möller, 2003). Die Erkrankungswahrscheinlichkeit monozygoter Zwillinge liegt beispielsweise bei 45 bis 50% (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN, 2006). Die genetische Komponente lässt sich aber nicht durch den Beitrag eines einzelnen, kausalen Gens erklären, sondern ist auf einen polygenen Erbgang zurückzuführen. Mittlerweile sind mehrere Regionen auf dem menschlichen Genom identifiziert worden, in denen Dispositionsgene für die Erkrankung liegen (Dahmen, 2003; Hoefgen, Rietschel, Ackenheil & Maier, 2004). Ebenso ist die Technologie bildgebender Verfahren bei der Analyse struktureller Veränderungen und funktioneller Abläufe im Gehirn in rascher Entwicklung begriffen. So wurden bei schizophrenen Patienten mittels MRT morphologische Hirnveränderungen wie z.B. eine leichte Verminderung der gesamten Hirnmasse, besonders der temporalen und frontalen Hirnrinde, des Hippokampus-Amygdala-Komplexes oder des Thalamus sowie komplementär dazu erhebliche Erweiterungen der Ventrikel gefunden (Häfner, 2005). Vogeley und Falkai (1999) sprechen in diesem Zusammenhang und unter Einbezug funktioneller Befunde von einer relativen frontotemporalen Dissoziation. Gemeint ist damit eine Funktionsstörung zwischen einer Hirnregion (temporolimbische Rinde und Hippokampus), die für Gedächtnis, Sprache, emotionale Qualitäten und Filterfunktion der Wahrnehmung verantwortlich ist, und einer Stirnhirnregion, die das Arbeitsgedächtnis und exekutive Funktionen wie Daueraufmerksamkeit, Initiative und Konzeptbildung beeinflusst. Für die Analyse von funktionellen Abläufen stehen derzeit im Wesentlichen fünf Verfahren zur Verfügung. Sie erfassen entweder die Durchblutung des Gehirns, den Glukosestoffwechsel, die Rezeptorbindung von Medikamenten und Testsubstanzen, bestimmte für den Hirnstoffwechsel bedeutsame Metaboliten oder die Veränderung von Magnetfeldern. Somit ermöglichen sie tiefere Einsichten in Zusammenhänge von psychischen Funktionen einerseits und regionalen Neurotransmitterprozessen, Stoffwechselvorgängen und Funktionsmustern im Gehirn andererseits (Häfner, 2005).

Auch immunologische Aspekte der Schizophrenie werden gegenwärtig intensiv erforscht. So wird z.B. untersucht, ob eine pränatale Virusinfektion eine Störung der Gehirnentwicklung verursachen und damit später zur Entstehung schizophrener Symptome beitragen könnte oder ob eine persistierende Infektion mit neurotrophen Viren zu einem veränderten Dopamin-Turnover in diversen Hirnarealen führen

könnte (Möller, 2003). Ebenso stehen weitere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen als Risikofaktoren für Schizophrenie im Blickpunkt der Forscher (Metaanalyse von Cannon, Jones & Murray, 2002). Zu neuen, immer differenzierteren Erkenntnissen führt auch die gegenwärtige klinische Erprobung von Antipsychotika der zweiten Generation, den sogenannten atypischen Neuroleptika (Finzen, 2004; Heinz & Juckel, 2004; Keefe, Silva, Perkins & Liberman, 1999; Möller, 1998, 2003). Und bereits wird an der Entwicklung von Neuroleptika der dritten Generation gearbeitet. Ihre neurobiologische Grundlage basiert auf der Annahme, dass die Psychose nicht auf eine Überfunktion von Dopamin, sondern auf eine Dysfunktion mit hyperdopaminergen und hypodopaminergen Aktivitäten zurückgeht, was nach einer Substanz mit einem Wirkungsprofil als Dopaminmodulator verlangt, die eine Überfunktion dämpfen und eine Unterfunktion aktivieren kann (Häfner, 2005).

Angesichts dieser neusten Entwicklungen wäre es deshalb voreilig, das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell als Durchbruch zu einem geschlossenen biopsychosozialen Krankheitskonzept zu verstehen, denn es ist zu bedenken, dass sowohl die Pfeile als auch der Interaktionskreis in diesem Modell für viele noch klärungsbedürftige Wirkungs- und Wechselwirkungsmechanismen stehen. Dennoch hat es ein hohes Mass an Plausibilität für das Verständnis der Prozesse, die dem Ausbruch einer psychotischen Episode im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung vorausgehen können. Durch die Integration der unterschiedlichsten Wissenskomplexe hat es auch in therapeutischer Richtung gewirkt. Es stellt heute die theoretische Grundlage für die Entwicklung und Überprüfung verschiedenster psychologischer und psychosozialer Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren dar. So sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe differentieller Interventionsprogramme entstanden, welche durch das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell angeregt worden sind (Brenner & Böker, 1997; Klosterkötter, 1996; Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002). Betrachtet man die Heuristik des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodells im Hinblick auf die wesentlichen Folgerungen, die sich daraus für die Therapie schizophrener Patienten ableiten lassen, so müssen potentiell wirksame Behandlungsstrategien mindestens eine der vier pathogenetisch interagierenden Faktoren, denen im Krankheitsverlauf eine bestimmende Funktion zugeschrieben wird, therapeutisch günstig beeinflussen können: die Vulnerabilität, die belastenden Krankheits- und Umweltanforderungen, die persönlichen Schutzfaktoren oder die familiären und interpersonellen Schutzfaktoren.

1.3 Die multimodale Therapie der Schizophrenie

Die Forderung, dass dem multifaktoriellen Ursachenverständnis eine multimodale Behandlung der Schizophrenie entsprechen sollte, bleibt in der Literatur heute weitgehend unbestritten. Die biologische und die psychologische Dimension der Schizophrenietherapie werden gleichermassen als bedeutsam anerkannt, obwohl die Auffassungen über die optimale Behandlung schizophrener Patienten nach wie vor durchaus kontrovers diskutiert werden. In den letzten Jahren ist aber der Nutzen einer kombinierten Vorgehensweise durch eine Vielzahl kontrollierter Therapiestudien empirisch belegt worden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die planmässige Kombination verschiedener Behandlungsmethoden gegenüber der Anwendung eines einzelnen Verfahrens grosse Vorzüge aufweist und bessere therapeutische Wirkungen entfalten kann. Allerdings dürfen die zum Teil eindrucksvollen Verbesserungen, die sich durch eine Kombination verschiedener Behandlungsverfahren erzielen lassen, nicht darüber hinwegtäuschen, dass noch wenig über die dabei relevanten interaktiven Prozesse bekannt ist.

Als derzeit wirksamste, allerdings bei alleiniger Anwendung nicht ausreichende oder optimale Komponente der Schizophreniebehandlung gilt die Medikation mit Neuroleptika. Darüber besteht in allen verfügbaren Therapieleitlinien volle Übereinstimmung (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006; Häfner, 2005). Die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika kann aber die nach den Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodellen theoretisch bestehenden Interventionsmöglichkeiten, die neben der Vulnerabilität auf belastende Krankheits- und Umwelthanforderungen und auf die persönlichen, familiären oder interpersonalen Schutzfaktoren abzielen, keinesfalls ausschöpfen. Neuroleptika reduzieren oder beseitigen vor allem die psychotischen Symptome (Positivsymptomatik) und vermindern bei Dauergabe (Erhaltungsdosis) das Rückfallrisiko. Die sogenannten klassischen, typischen oder konventionellen Neuroleptika der ersten Generation zeigen aber kaum eine Wirkung auf die Negativsymptomatik oder die kognitiven Funktionen und den davon abhängigen sozialen Verlauf der Krankheit und verursachen zudem teilweise gravierende Nebenwirkungen (Gaebel, 1998; Häfner, 2005; Halford, Harrison, Kalyansundaram, Moutrey & Simpson, 1995; Heinz & Juckel, 2004). Inzwischen sind Antipsychotika der zweiten Generation, die sogenannten atypischen Neuroleptika, entwickelt worden, von denen man sich geringere Nebenwirkungen und ein breiteres psychopathologisches Wirkungsspektrum erhofft. Sie werden als „atypisch“ bezeichnet, weil ihr klinisches Wirkungsprofil im

Widerspruch zu der seit den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts aufgestellten Hypothese steht, die besagt, dass Medikamente nur dann antipsychotisch wirksam seien, wenn sie über eine extrapyramidal-motorische Wirkungspotenz verfügen würden. Die klassischen Neuroleptika zielen deshalb auf die Blockade der D2-Rezeptoren der Nervenzellen, was aber zu extrapyramidal-motorischen Beeinträchtigungen führen kann, wie z.B. das Parkinsonoid, die Akathisie (quälende Bewegungsunruhe), die gefährliche Frühdyskinesie (zwanghafte Bewegungsabläufe, meist im Zungen-Schlund-Bereich) und bei längerer Anwendung die andauernde Spätdyskinesie (schmerzhaft, zwanghaft auftretende Kontraktionen von Muskelgruppen). Bei den neuen Substanzen ist diese enge Koppelung der antipsychotischen Wirkung an das Auftreten von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen stärker dissoziiert bis aufgehoben (Hippius, 2003). Die Medikamente der zweiten Generation, die chemisch ganz unterschiedlich zusammengesetzt sind und keine homogene Gruppe von Psychopharmaka darstellen, versuchen auf verschiedenen, sehr komplexen Wegen, das Problem der extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen zu umgehen, etwa durch Selektivität ihrer Angriffspunkte im Dopaminsystem oder durch Verminderung ihrer Rezeptorbindungskraft (Finzen, 2004; Heinz & Juckel, 2004). Es besteht noch kein abschliessender Konsens über die Kriterien atypischer Neuroleptika (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006). Die neuen Medikamente werden aber gegenwärtig auf breiter Front erprobt. So gibt es mittlerweile eine grosse Anzahl von klinischen Studien, welche die Wirkung der atypischen Neuroleptika mit derjenigen der älteren, typischen Neuroleptika vergleichen (Centorrino et al., 2005; Covell, Jackson, Evans & Essock, 2002; Ganguly, Kotzan, Miller, Kennedy & Martin, 2004; Rittmannsberger et al., 1999; Weinmann, Janssen & Gaebel, 2004). Viele dieser Untersuchungen weisen bei den atypischen Medikamenten neben dem geringeren Risiko, extrapyramidale Nebenwirkungen hervorzurufen, auch auf eine bessere Wirkung bei Therapieresistenz, kognitiven Beeinträchtigungen und negativen Symptomen hin (Azorin et al., 2001; Bondolfi et al., 1998; Möller, 2003; Naber, Degner & Bender, 2002; Schäfer, Lambert & Naber, 2004; Tollefson, Birkett, Kiesler & Wood, 2001; Volavka, Czobor & Sheitman, 2002). Eine 2003 publizierte Metaanalyse bestätigt diese Befunde weitgehend (Davis, Chen & Glick, 2003). Demgegenüber kommt aber eine im British Medical Journal publizierte Metaanalyse (Geddes, Freemantle, Harrisson & Bebbington, 2000) zum Ergebnis, dass sich bei einer Auswahl von Studien mit vergleichbaren Dosierungen keine unterschiedlichen therapeutischen Wirkungen von atypischen und typischen Neuroleptika zeigten; eine Ausnahme bildeten einzig die geringeren extrapyramidalen Nebenwirkungen bei atypischer Medikation. Eine weitere

Metaanalyse kontrollierter Therapievergleichsstudien ergab sogar, dass Neuroleptika der ersten Generation bei niedriger Dosierung nicht erkennbar mehr extrapyramidale Nebenwirkungen hatten als die verglichenen Neuroleptika der zweiten Generation in normaler Dosierung (Leucht et al., 2003). Ob die atypischen Neuroleptika keine Spätdyskinesien hinterlassen, ist im Hinblick auf die zeitlich begrenzten Erfahrungen mit den neuen Medikamenten noch nicht zu beantworten (Dose, 2003). Eine kritische Übersicht zu den Antipsychotika der zweiten Generation findet sich bei Dose (2002). In Zukunft wird es möglicherweise bald Neuroleptika einer dritten Generation geben. Ihre neurobiologische Grundlage besteht in der Annahme, dass die Psychose nicht auf eine Überfunktion von Dopamin, sondern auf eine Dysfunktion mit hyperdopaminergen (v.a. im mesolimbischen System) und hypodopaminergen (v.a. in der frontalen Rinde) Aktivitäten zurückgeht (Häfner, 2005). Eine subtotale Dopaminblockade führt zwar im limbischen System zum Sistieren der Psychose, beeinträchtigt aber in der frontalen Rinde Initiative, Arbeitsgedächtnis und konstruktives Denken. Gesucht wird demnach ein Dopaminmodulator, der die Überfunktion dämpft und die Unterfunktion aktiviert.

Die Einschränkungen und Grenzen der Pharmakotherapie widerspiegeln sich auch in der aktuellen Behandlungsrealität. So weisen verschiedene Studien nach, dass die Compliance der Erkrankten bei der Therapie mit Neuroleptika eher niedrig ist (Übersicht bei Awad, 2004). Die Nichteinnahme verordneter Medikamente gilt als ernsthaftes Problem sowohl in der Akutbehandlung als auch bei der Rückfallprophylaxe schizophrener Erkrankungen. Die in der Literatur angegebenen Non-Compliance-Raten schwanken – in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und dem Behandlungskontext – beträchtlich: Nach Naber (1998) nehmen nur 30% bis 40% der chronisch schizophrenen Patienten ihre Medikamente regelmässig ein. Gerlach (1994) geht bei oraler Medikation von Non-Compliance-Raten zwischen 40% und 60% aus. Mayer und Soyka (1992) geben Raten von 45% bis 60% bei längerfristiger ambulanter Behandlung an; bei den ersterkrankten Patienten brachen in der gleichen Studie 75% die Behandlung nach einiger Zeit vorzeitig ab.

In der Literatur werden die vielfältigsten Bedingungsfaktoren für die mangelhafte Compliance diskutiert. So wurden neben institutionellen Einflüssen z.B. die Beziehungen zwischen soziodemographischen sowie krankheitsbezogenen Einflüssen und dem Einnahmeverhalten, aber auch die Dynamik als Beziehungsgeschehen zwischen Arzt, Patient und Medikament untersucht. Es zeigte sich jedoch, dass neben der mangelnden Einsicht in die Krankheit und damit in die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie, vor allem die Nebenwirkungen der Neuroleptika, die einen

eigenen Leidensdruck schaffen können, sowie die Angst vor Spätschäden die wichtigsten Gründe für die Non-Compliance bei schizophrenen Patienten sind (Fenton, Blyler & Heinssen, 1997; Kemp & David, 1996; Lacro, Dunn & Dolder, 2002; Wienberg & Sibum, 1995). Als unerwünschte Wirkungen werden in der Literatur vor allem extrapyramidal-motorische, vegetative, kardiovaskuläre, psychische, hormonelle, neurologische, dermatologische, hepatische, augenärztliche und Stoffwechselstörungen genannt, darüber hinaus Wirkungen auf die blutbildenden Organe sowie Störungen der Thermoregulation (Laux, Dietmaier & König, 2002; Naber, 1998), wobei Art, Intensität und Häufigkeit der Nebenwirkungen einerseits von der Wahl des Präparates (z.B. typische oder atypische Neuroleptika) und seiner Dosierung abhängig sind, andererseits aber auch von der individuellen Disposition des Patienten. Die Bedeutung von Verträglichkeit und Compliance steigt jedoch mit der Dauer einer neuroleptischen Behandlung an. Beide sind in der Langzeittherapie, derer die meisten schizophrenen Patienten bedürfen, von hoher klinischer Relevanz. Deshalb wird für die Planung der Schizophreniebehandlung seit längerer Zeit gefordert, die Patientenperspektive bzw. die subjektive Wirkung von Neuroleptika im Zusammenhang mit der Lebensqualität vermehrt zu berücksichtigen (Awad & Hogan, 1994; Franz, 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Probleme (Spätschäden, Compliance) wurden auch alternative Behandlungsstrategien der neuroleptischen Langzeittherapie geprüft, wie etwa die Depotmedikation, die Frühinterventionsstrategie (Intervall- oder auch intermittierende Behandlung) oder die kontinuierliche Niedrigdosierungsstrategie (Vauth, 2006). Diese Strategien bringen für die Patienten zwar gewisse Vorteile, wie z.B. weniger unerwünschte Nebenwirkungen oder eine bessere subjektive Lebensqualität, es finden sich dagegen aber (ausgenommen bei der Depotmedikation) signifikant höhere Rückfallraten und häufigere Rehospitalisierungen als unter der Standardmedikation (Godemann, Linden & Gaebel, 2003; Hofmann, Melisch, Zapotoczky & Kulhanek, 1993; Kane & Freeman, 1994; Wiedemann & Dose, 1995). Die alternativen Vorgehensweisen erfordern eine sehr sorgfältige Beobachtung des Krankheitsverlaufs und das rechtzeitige Erkennen psychotischer Dekompensationen, d.h. ein Monitoring von Früh- und Warnsymptomen sowie von Prodromen (Möller, 2003). Daher sind sie nur bei einer Kombination mit psychoedukativen und psychosozialen Behandlungsmethoden geeignet.

Moderne Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie empfehlen in jedem Fall eine Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie mit psychosozialen Interventionen, um das Behandlungsergebnis zu optimieren (Fenton & Schooler, 2000; Frauenfelder, Ebner & Schätzle, 1998). Diese Empfehlung wird durch verschiedene

neuere Metaanalysen gestützt, die durchwegs zeigen, dass neben einer neuroleptischen Medikation zusätzliche psycho- und soziotherapeutische Interventionen das Therapieergebnis verbessern, d.h. einen Mehreffekt gegenüber der medikamentösen und unspezifischen Kontrollgruppenbehandlung bringen (Gould, Mueser, Bolton, Mays & Goff, 2001; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Rector & Beck, 2001; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996). Damit wird nicht nur ein empirisch breit abgestützter Nachweis für die additive Wirkung psychosozialer Therapieansätze geliefert, sondern auch eine empirische Grundlage für das multimodale Behandlungsmodell. Die sehr umfassende Metaanalyse von Mojtabai, Nicholson und Carpenter (1998) basiert auf allen zwischen 1966 und 1994 veröffentlichten kontrollierten Therapiestudien mit schizophrenen Patienten, in denen somatische (d.h. in den allermeisten Fällen eine Behandlung mit Neuroleptika) oder psychosoziale Therapiebedingungen verschiedenen Kontroll- oder Vergleichsbedingungen gegenübergestellt wurden. Insgesamt konnten 106 Studien in die Analyse einbezogen werden. Der Begriff der psychosozialen Therapiebedingung wurde hier sehr weit gefasst und enthält neben psycho-, beschäftigungs- und milieutherapeutischen Ansätzen auch allgemeine gemeindepsychiatrische Betreuungskonzepte. Ausschliesslich somatische Behandlungsbedingungen erzielten gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen im Schnitt eine leicht höhere Effektstärke ($ES = 0.37$) als ausschliesslich psychosoziale Therapiebedingungen ($ES = 0.23$). Die höchste Effektstärke ergab sich beim Vergleich einer Kombination von somatischen und psychosozialen Interventionen mit unbehandelten Kontrollgruppen ($ES = 0.85$). Kombinierte somatische und psychosoziale Therapiebedingungen erreichten verglichen mit einer rein somatischen Behandlung eine durchschnittliche Effektstärke von 0.39. Diese Effektstärke werten die Autoren als Ausmass des zur neuroleptischen Behandlung additiven Effekts der psychosozialen Therapien.

Metaanalysen fassen den aktuellen Forschungsstand zu einer Fragestellung zusammen, indem sie die empirischen Einzelergebnisse inhaltlich homogener Primärstudien statistisch aggregieren. Dabei können die Wirksamkeit einer Massnahme oder eines Treatments überprüft und das Ausmass des Effekts festgestellt werden. Ein zentraler Begriff ist dabei die Effektstärke bzw. der durch viele Einzeluntersuchungen geschätzte wahre Effekt einer Massnahme. Dieser wird durch eine Metaanalyse mit höherer Wahrscheinlichkeit identifiziert als durch Einzelstudien, denn eine Metaanalyse hat gegenüber Primärstudien eine höhere Teststärke (Bortz & Döring, 2006). Effektstärken werden auch in Einzelstudien verwendet, um neben einer inferenzstatistischen Auswertung klinisch relevante Effekte beschreiben zu

können, die das Signifikanzniveau nicht erreichen. Sie können aus der Mittelwertsdifferenz zweier Messzeitpunkte pro Gruppe, dividiert durch die Standardabweichung des Ausgangsniveaus der gesamten Stichprobe, gebildet werden $(M_{T1} - M_{tn})/SD_{t1}$. Zur Interpretation der Daten lassen sich die Effektstärken in kleine ($= 0.2$), mittlere ($= 0.5$) und grosse Effekte ($= 0.8$) klassifizieren (Bortz & Döring, 2006; Cohen, 1988). Allgemein muss bei der Beurteilung von Studien zwischen statistischer und klinischer Relevanz unterschieden werden: Statistisch signifikante Studien können einen geringen praktischen Aussagewert haben, denn oft führen grosse Fallzahlen aufgrund der statistischen Power zu hoch signifikanten Ergebnissen. Die Studien sind aber trotzdem nicht aussagekräftig, wenn die Grösse des beobachteten Effekts nicht klinisch relevant ist.

In der Metaanalyse von Mojtabai, Nicholson und Carpenter (1998) wird die klinische Bedeutung der Effektstärken durch die Umwandlung in Besserungsraten (Rosenthal, 1991) veranschaulicht: Danach drückt eine Effektstärke von 0.39 aus, dass es Patienten mit kombinierter neuroleptischer und psychosozialer Therapie nach der Behandlung im Schnitt in irgend einer Hinsicht besser geht als 65% der Patienten mit medikamentöser Standardbehandlung. Zudem verdeutlichen die für verschiedene Krankheitsvariablen berechneten mittleren Effektstärken, dass schizophrene Erkrankte besonders im Hinblick auf eine Verringerung von Denkstörungen, Negativsymptomen und Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsraten von der zusätzlichen psychosozialen Behandlung profitieren. Der Vergleich der Effektstärken verschiedener Behandlungsstrategien zeigt, dass die Wirkung von Therapieverfahren, die sich auf die Verbesserung der kognitiven und sozialen Fähigkeiten schizophrener Erkrankter oder auf die Belastungsbewältigung von Patienten und Angehörigen richten, deutlich stärker über den Effekt neuroleptischer Medikation hinausreicht als die Wirkung psychodynamischer Behandlungsansätze.

Die Metaanalyse von Wunderlich, Wiedemann und Buchkremer (1996) umfasst 31 kontrollierte Studien, publiziert im Zeitraum von 1955 bis 1994, mit einer Gesamtstichprobengrösse von 2161 Patienten. Es wird untersucht, wie gross der Einfluss von psychosozialen Interventionsmethoden auf das Befinden und Verhalten von schizophrenen Erkrankten im Vergleich zu Kontrollgruppen ist, die nur die in Kliniken übliche stationäre Behandlung ohne spezifische Psycho- und Soziotherapie erhalten. Von den mit spezifischen Interventionsmethoden behandelten Patienten aus den Experimentalgruppen besserten sich 59% im Vergleich zu nur 41% der Patienten aus den Kontrollgruppen. Werden die einzelnen Therapieformen getrennt betrachtet, so schneiden auch hier kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden sowie psycho-

edukative Familieninterventionen besonders gut ab. Bei beiden Ansätzen besserten sich je 64% der Patienten, im Gegensatz zu nur 36% aus den Kontrollgruppen. Die für die einzelnen Therapiemethoden gefundenen Effektstärken sind mit denen der Metaanalyse von Mojtabai, Nicholson und Carpenter (1998) vergleichbar.

Somit wird die in zahlreichen Einzelstudien bereits früher belegte überlegene Wirksamkeit verhaltensorientierter, kognitiver und psychoedukativer psychologischer Interventionen bei der Behandlung von schizophren Erkrankten bestätigt (Birchwood, 1999; Brenner & Pfammatter, 2000; Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001; Green, Kern & Heaton, 2004; Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000; Huxley, Rendall & Sederer, 2000; Mueser & Bond, 2000; Penn & Mueser, 1996). Dies gilt besonders für die Kombination der neuroleptischen Behandlung mit dem Aufbau und dem Training sozialer Fertigkeiten oder mit familientherapeutischen Interventionen. Für diese Verbindungen werden signifikant bessere Resultate berichtet als für die Pharmakotherapie mit Standardversorgung, vor allem bezüglich der Rückfallhäufigkeit und der psychosozialen Anpassung. Dies belegten bereits je drei in den 80er Jahren durchgeführte, oft zitierte prospektive, randomisierte Gruppenkontrollstudien. In der Studie von Wallace und Liberman (1984) erlitten 9 Monate nach der Behandlung nur 23% der Experimentalgruppe, die zusätzlich zur neuroleptischen Behandlung ein Training sozialer Fertigkeiten absolviert hatte, einen Rückfall gegenüber einer Rückfallhäufigkeit von 49% bei der Vergleichsgruppe mit sogenannt ganzheitlicher Therapie (holistisch-ergotherapeutischer Ansatz). In der Studie von Hogarty et al. (1986, 1991) ergab sich 12 Monate nach Abschluss der Behandlung eine Rückfallhäufigkeit von 23% bei der Kombination von Neuroleptika mit dem Training sozialer Fertigkeiten gegenüber 43% bei neuroleptischer Behandlung mit Standardversorgung. In der Studie von Bellack, Turner, Hersen und Luber (1984) wurde das Training sozialer Fertigkeiten in Kombination mit Tagesklinik und medikamentöser Therapie (Standardbehandlung) mit der Standardbehandlung allein verglichen. Für die Kombinationsbehandlung zeigten sich signifikant bessere Therapieeffekte bezüglich der sozialen Fertigkeiten, des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus sowie des klinischen Zustandes, die auch bei einer Follow-up-Untersuchung 6 Monate nach Therapieende weiterbestanden. Noch ausgeprägter war die Senkung der Rückfallhäufigkeit bei der Kombination einer neuroleptischen Behandlung mit familientherapeutischen Interventionen, wie die drei aus den 80er Jahren stammenden Gruppenkontrollstudien mit je einer 2-Jahres-Katamnese zeigten (Falloon et al., 1985; Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, 1985; Tarrier et al., 1988, 1989). Die durchgehend grossen Unterschiede bei den Rückfallraten bei Familientherapie in Kombination mit

Neuroleptika vs. einer Standardbehandlung einschliesslich neuroleptischer Medikation sind sehr eindrücklich: In der Studie von Falloon erlitten nach 1 Jahr 6% vs. 44% der Patienten einen Rückfall (nach 2 Jahren 17% vs. 83%), in der Studie von Leff waren es nach 1 Jahr 9% vs. 50% (nach 2 Jahren 20% vs. 78%) und in der Studie von Tarrier lauteten die Rückfallraten nach 1 Jahr 12% vs. 53% (nach 2 Jahren 33% vs. 60%).

2. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieansätze für schizophren Erkrankte

Das 2. Kapitel gibt einen Überblick zum breiten Interventionsspektrum, mit dem die Bewältigungsressourcen schizophrener Menschen gestärkt, ihre neurokognitiven Defizite kompensiert, soziale Fertigkeiten und Kompetenzen aufgebaut oder psychosoziale Stressoren vermindert werden können. Nach einem kurzen Kapitel zur Einteilung der Interventionsprogramme werden als erstes die Therapieansätze zur Krankheits- und Belastungsbewältigung beschrieben. Je nach Programm richten sie ihren Fokus auf die medikamentöse Behandlung und ihre Nebenwirkungen, auf die Erkennung und den Umgang mit Frühwarnsymptomen, auf die akute oder persistierende Positivsymptomatik, auf intra- oder interpersonelle Konflikte sowie auf Alltagsbelastungen und auf kritische Lebensereignisse. Anschliessend erfolgt die Beschreibung von Therapieprogrammen zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen bei schizophren Erkrankten. Es handelt sich dabei um Therapieansätze zur Verbesserung einzelner kognitiver Leistungsfunktionen, wie Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Gedächtnis oder Konzeptbildung, sowie um computer-gestützte Mehrkomponentenprogramme, bei denen komplexe und unterschiedliche Aufgabenstellungen zusammengefasst werden. Den Schwerpunkt dieses Kapitels bilden aber die Therapieansätze zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, zu denen das in dieser Arbeit evaluierte Programm gehört. Die Entwicklung und Ausdifferenzierung dieser Ansätze wird chronologisch über drei Entwicklungsstufen beschrieben. Sie führt von den einfachen operanten Lernprogrammen zum Training sozialer Fertigkeiten bis zu den heutigen kognitiv-behavioralen Ansätzen zum Erwerb von Problemlösestrategien.

2.1 Einteilung

Eine schwere und chronisch verlaufende Erkrankung wie die Schizophrenie stellt eine Lebenskrise dar, die den Betroffenen aus seinem Lebenszusammenhang reisst. Erkrankte Personen sind deshalb mit zahlreichen, hohen Adaptionsanforderungen konfrontiert. Neben eher allgemeinen Anpassungsaufgaben wie der Erhaltung des emotionalen Gleichgewichts und eines positiven Selbstbilds, einer befriedigenden Beziehungsgestaltung und beruflichen Rollenerfüllung, müssen sie sich zusätzlich mit verschiedenen krankheitsbedingten Belastungen auseinandersetzen: Mit Beeinträchtigungen ihrer kognitiven und sozialen Fähigkeiten, mit Prodromal-, Positiv- und Negativsymptomen, mit der Einnahme, aber auch den Nebenwirkungen von Medikamenten, mit dem Behandlungssetting sowie mit den Reaktionen der Umwelt auf ihre Erkrankung. Vor allem bei einem chronischen Verlauf entwickeln sich meist weitere Belastungen, wie der Verlust wichtiger Rollenfunktionen in Familie und Beruf, die Zerstörung von Zukunftsplänen, Angst, Depression und Hilflosigkeit. Dies führt zu einer oft schwerwiegenden Veränderung der Lebensumstände und der Lebensqualität. Der Betroffene muss somit auf eine Vielzahl von Anforderungen mit immer neuen Anpassungsleistungen reagieren.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell (Nuechterlein et al., 1994) hatte die Aufmerksamkeit auf die moderierende Wirkung der Krankheitsverarbeitung und Belastungsbewältigung gelenkt. Gleiches galt auch für das transaktionale Copingmodell von Lazarus (Lazarus & Launier, 1981; Lazarus & Folkman, 1984). Danach sind für die Auswirkungen von Stress weniger die objektiven Belastungsquellen ausschlaggebend, als vielmehr deren subjektive Verarbeitung und die daraus resultierenden Bewältigungsversuche mit nachfolgender Rückkoppelung auf die Bewertungsprozesse. Coping wird in diesem Ansatz definiert als die Summe der sowohl verhaltensorientierten wie intrapsychischen Anstrengungen, die ein Individuum unternimmt, um externe und interne Anforderungen, aber auch Konflikte zwischen beiden, die seine Ressourcen belasten oder übersteigen, zu bewältigen (d.h. zu meistern, zu tolerieren, zu reduzieren oder zu minimieren). Diese Erkenntnisse hat Thurm-Mussgay (1990) in ihr Modell der Krankheitsverarbeitung schizophrener Patienten integriert, ebenso wie die spezifischen Charakteristika der Krankheit. Es handelt sich um ein transaktionales Modell mit Rückwirkungen des Bewältigungsverhaltens auf das zu bewältigende Problem. Die zentrale Annahme dabei ist, dass die Fähigkeit, mit der schizophrenen Erkrankung adäquat umzugehen, einen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf hat. Krankheitsverarbeitung wird als intervenierende

Variable angesehen, die andere, ungünstige Voraussetzungen (z.B. ein hohes Mass an Negativsymptomatik oder ein feindseliges, hoch emotionales Familienklima) kompensieren kann. Personenbezogene und Umweltvariablen interagieren miteinander und mit der Krankheit und bestimmen so das Ausmass und die Ausprägung der adaptiven Anforderungen oder Bewältigungsaufgaben. Letztlich werden also die Ausgangsfaktoren Individuum, Krankheit und Umwelt über Rückkoppelungsprozesse verändert (Rey, Thurm-Mussgay, Laubenstein & Bailer, 1994).

Die bei schizophrenen Patienten besonders wirkungsvollen verhaltensorientierten, kognitiven und psychoedukativen Therapieverfahren lassen sich am besten im Hinblick auf ihre Ansatzpunkte und Therapieziele kategorisieren, denn die meisten Interventionsprogramme enthalten sowohl auf das Verhalten bezogene als auch kognitive und edukative Elemente. Insgesamt wird mit diesen Methoden eine bessere Bewältigung der mit der Krankheit verbundenen Beeinträchtigungen und Belastungen angestrebt. Die Förderung von Bewältigungsressourcen und Selbstkompetenz sind somit der gemeinsame Nenner der heute erfolgversprechendsten psychologischen Therapieansätze. Grawe (1995) identifizierte aufgrund von Prozess- und Wirksamkeitsstudien im Rahmen seiner Psychotherapieforschung vier Wirkfaktoren, welche als gesicherte Elemente einer empirisch fundierten psychotherapeutischen Veränderungstheorie betrachtet werden können: Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung, motivationale Klärung und Ressourcenaktivierung. Die Faktenbasis für diese Ergebnisse besteht aus über 2000 signifikanten Zusammenhängen, die in therapieschulenübergreifenden Prozess-Outcome-Studien zwischen Merkmalen des Therapieprozesses und den Therapieeffekten gefunden wurden (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Die kognitive Verhaltenstherapie hält ein breites Interventionsspektrum bereit, um die Anpassungsfähigkeit schizophrener Patienten an die krankheitsbezogenen und allgemeinen Anforderungen zu erhöhen, ihre Bewältigungsressourcen zu stärken, kognitive Defizite zu kompensieren, soziale Fertigkeiten aufzubauen oder psychosoziale Stressoren ihres Umfelds zu vermindern. Es reicht von Therapieansätzen zur Krankheits- und Belastungsbewältigung, die ihren Fokus z.B. auf die medikamentöse Behandlung und ihre Nebenwirkungen, auf die Erkennung und den Umgang mit Frühwarnsymptomen, auf die akute oder persistierende Positivsymptomatik, auf intrapersonelle (Selbstkonzept) oder interpersonelle Konflikte (belastende Familienbeziehungen), auf Alltagsbelastungen sowie kritische Lebensereignisse richten, bis zu Therapieansätzen zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen und zur Verbesserung der sozialen Kompetenz (Vauth, 2006). Während die Therapieansätze zur Krankheits- und

Belastungsbewältigung (vgl. 2.2) sowie zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen (vgl. 2.3) anschliessend nur überblicksweise vorgestellt werden, sollen die Therapieansätze zur Verbesserung der sozialen Kompetenz (vgl. 2.4), zu denen das in dieser Arbeit evaluierte Therapieprogramm gehört, ausführlicher beschrieben und die damit zusammenhängenden Probleme, offenen Fragen und Entwicklungstendenzen diskutiert werden.

2.2 Therapieansätze zur Krankheits- und Belastungsbewältigung

Die psychoedukativen, verhaltenstherapeutischen Therapieprogramme zur Krankheits- und Belastungsbewältigung sind zumeist multimethodale Ansätze, die nach unterschiedlichen, sich z.T. überlappenden Kriterien gegliedert werden können. Hier werden sie nach ihren therapeutischen Zielsetzungen eingeteilt in symptombezogene Interventionsprogramme, die Strategien vermitteln, um Früh- und Warnsymptome sowie chronisch-psychotische Symptome zu bewältigen sowie in komplexere Therapieansätze zum angemessenen Umgang mit multiplen Belastungen und zur Modifikation von Einstellungen zur Erkrankung und Lebenshaltung (Schaub & Böker, 1997). Die Programme werden in verschiedenen Behandlungsformaten umgesetzt: Mit einzelnen Familien (Falloon, Boyd & McGill, 1984; Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, 1985; Hogarty et al., 1986, 1991; Hahlweg, Dürr & Müller, 1995; Tarrier, 1990), in Angehörigengruppen mit (McFarlane et al., 1995) und ohne Einbezug der Patienten (Bäuml, Kissling, Meurer, Wais & Lauter, 1991; Leff et al., 1989), allein mit Patienten im Einzel- (Süllwold & Herrlich, 1998) oder im Gruppensetting (Kieserg & Hornung, 1996; Wienberg & Schünemann-Wurmthaler, 1995), aber auch bifokal mit Patienten und Angehörigen in getrennten Gruppensitzungen (Andres, Pfammatter & Brenner, 2002; Bäuml, Pitschel-Walz & Kissling, 1998; Buchkremer, Klingberg, Holle, Schulze Mönking & Hornung, 1997).

Die symptombezogenen Therapieansätze mit dem Schwerpunkt Frühwarnsymptome basieren auf der Annahme, dass schizophrene Patienten ein Rezidiv effizienter abfangen können, wenn sie frühe Symptome besser erkennen und bewältigen (Freudenreich, Deckersbach & Goff, 2004; Hempel, 1996). Es handelt sich dabei um unspezifische, nicht psychotische Beeinträchtigungen, sogenannte Prodromalsymptome wie Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen, Angespanntheit, Nervosität, Appetitstörungen, Interessenverlust, quälende Gedanken, sozialer Rückzug oder Depressivität (Gaebel et al., 1993; Wiedemann et al., 1994). Solche

Frühwarnzeichen werden von 75% der Patienten bereits zwei Wochen oder länger vor einer akuten psychotischen Dekompensation wahrgenommen (Birchwood, 1992). Demnach dürfte in den meisten Fällen genügend Zeit verbleiben, um Massnahmen zur Verhinderung eines Rezidivs zu ergreifen. Allerdings bedarf das Erkennen und Nutzen von Frühwarnzeichen einer gezielten Förderung, damit die Patienten oder ihre Angehörigen in der Lage sind, eine aktive Rolle bei der Vorbeugung akuter Krankheitsepisoden zu übernehmen.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse sind in den letzten Jahren verschiedene psychoedukative Therapieprogramme entstanden, welche die Vermittlung von Informationen über das Krankheitsgeschehen, den Umgang mit Früh- und Warnsymptomen sowie Fragen der Medikation und gesundheitsfördernder Verhaltensweisen thematisieren. Von Stark (1992) stammt ein Manual zur strukturierten Information schizophrener Patienten über Vulnerabilität und Belastungsmanagement, mit Basisinformationen zum Krankheitskonzept, zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der wichtigsten Psychopharmaka sowie mit Hinweisen zur Integration der Neuroleptikatherapie in den Gesamttherapieplan. Damit sollen die Patienten zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten und zu einer umfassenden und tragfähigen Compliance motiviert werden. Mit dem „Psychoedukativen Medikamententraining, PMT“ (Hornung & Buchkremer, 1994; Hornung, Holle, Schulze Mönking, Klingberg & Buchkremer, 1995), dem „Medication Management Module“ (Lieberman, 1988a; deutsche Übersetzung von Brenner, 1989), dem „Psychoedukativen Training für schizophrene Patienten, PTS“ (Kieserg & Hornung, 1996) und den Programmen von Bäuml (1996; Bäuml, Kissling, Meurer, Wais & Lauter, 1991) und von Smith, Birchwood und Haddrell (1992) werden ähnliche Ziele verfolgt. Andere Therapieprogramme fokussieren neben einer eher didaktisch angelegten Informationsvermittlung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten zusätzlich auf das rechtzeitige Erkennen und den adäquaten Umgang mit Frühwarnsymptomen und auf die konkrete Planung von Prophylaxemassnahmen. Ihr Ziel ist es, die Patienten zu Experten ihrer eigenen Erkrankung und Behandlung zu machen. So werden z.B. in der „Kognitiven Therapie zur Erhöhung der Krisenbewältigungskompetenz“ (Buchkremer & Fiedler, 1987) die individuellen Rückfallbedingungen analysiert, Bewältigungsstrategien gesucht und ein Krisenplan ausgearbeitet. Im „Symptom Management Module“ (Lieberman, 1988b; deutsche Übersetzung von Brenner, 1990) werden zuerst die Frühwarnsymptome von den Medikamentennebenwirkungen, den alltäglichen Stimmungsschwankungen und chronischen Symptomen abgegrenzt, dann tägliche Protokolle über ihr Auftreten und ihre Intensität erstellt sowie Modellverhalten im Rollenspiel

eingeeübt. In der „Individuellen personalen Therapie“ von Hogarty et al. (1995) werden die Patienten zu internalen Bewältigungsstrategien angeleitet, um eine zunehmend bessere Wahrnehmung und Bewältigung der persönlichen Vulnerabilität zu erzielen. Auch Schmitz-Niehues und Erim (2000) erarbeiteten ein bewältigungsorientiertes Therapiemanual zur Rezidivprophylaxe. Die Arbeitsgruppe um Herz (Herz et al., 1989, 1991) entwickelte ein Therapieprogramm zur Frühintervention, das mit einer intermittierenden Neuroleptikatherapie ergänzt wird, während ein ähnlicher Ansatz von Marder et al. (1994) therapeutische Massnahmen mit der Niedrigdosierungsstrategie kombiniert. Die „Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoauffektiv erkrankten Menschen, PEGASUS“ (Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 1995) hingegen ist ein Kurzzeit-Therapieprogramm und wird als therapeutischer Baustein im Rahmen eines langfristigen Behandlungs- und Betreuungsangebots im ambulanten und komplementären Bereich empfohlen.

Neben den Anleitungen zur Vermeidung eines drohenden Rezidivs sind für schizophren Erkrankte auch Hilfen im Umgang mit produktiven Symptomen ausserhalb einer akuten Exazerbation notwendig. Der Anteil derjenigen Patienten, die trotz optimaler neuroleptischer Therapie keine Besserung ihrer psychotischen Symptome erfahren, wird in der Literatur mit 10% bis 20% angegeben (Wienberg, 1995a). Diese Patienten leiden unter fortdauernden Wahngedanken oder Halluzinationen, vor allem im akustischen Bereich. Chronisch psychotische Symptome werden als sehr belastend erlebt und gehen häufig mit Angst, Depression und Stress einher. Sie haben aber auch einschneidende Auswirkungen auf die Bewältigung von Arbeits- und Alltagsanforderungen, auf soziale Beziehungen und die Lebensqualität. Oft verschweigen die Betroffenen wegen der Unheimlichkeit des Erlebten, verbunden mit Befürchtungen, nicht verstanden zu werden, persistierende produktive Symptome bis zur Dekompensation.

Die frühen symptombezogenen Therapieansätze mit dem Schwerpunkt chronische Positivsymptomatik verwendeten eher operante Techniken (Liberman, Teigen, Patterson & Baker, 1973; Wincze, Leitenberg & Agras, 1972), Entspannung mit gleichzeitiger Desensibilisierung (Slade, 1972; Lick & Heffler, 1977) oder Stimuluskontroll- und Selbstkontrollverfahren (Alford, Fleece & Rothblum, 1982; Allen, Halperin & Friend, 1985; Margo, Hemsley & Slade, 1981). Die jüngere Entwicklung geht über den Aufbau von blossen Bewältigungsstrategien für den Umgang mit wahnhafter oder halluzinatorischer Symptomatik deutlich hinaus. Heute werden vor allem kognitive Methoden und umfassende Selbstmanagementansätze eingesetzt. Die kognitiven Interventionen basieren auf der Annahme, dass den Wahnvorstellungen

und Halluzinationen Fehlinterpretationen, irrationale Überzeugungen oder falsche Kausalattributionen zugrunde liegen. Diese Dysfunktionen können in neurobiologisch oder lerngeschichtlich bedingten, defizitären Informationsverarbeitungsprozessen begründet sein (Alford & Beck, 1994; Frith, 1992; Kingdon, Turkington & John, 1994). Die Möglichkeit, mit Hilfe kognitiver Therapietechniken wahnhaftes Erleben zu beeinflussen, wurde von Beck bereits früh aufgezeigt. In seiner Pionierarbeit von 1952 beschreibt er, wie er bei einem chronisch paranoiden Patienten die produktive Symptomatik verringern konnte: Er sprach mit ihm über seine Symptome, hinterfragte deren Realitätsgehalt und interpretierte sie dann anhand lebensgeschichtlicher Zusammenhänge. Gemeinsam mit seinen Mitarbeitern (Hole, Rush & Beck, 1979) setzte er diese Arbeit später mit einem Bericht über acht Patienten fort, bei denen es nach der Anwendung kognitiver Techniken zu einer Abnahme der Wahnvorstellungen kam.

In den letzten fünfzehn Jahren sind von verschiedenen Arbeitsgruppen in England (Chadwick & Birchwood, 1994; Chadwick, Birchwood & Trower, 1996; Fowler, Garety & Kuipers, 1995; Kingdon, Turkington & John, 1994; Tarrier, 1994; Tarrier, Harwood, Yusopoff, Beckett & Baker, 1990; Tarrier et al., 1993a, 1993b; Wykes, Parr & Landau, 1999), in Skandinavien (Perris, 1989; Perris & Skagerlind, 1994) und in Australien (Jackson et al., 1998) kognitiv verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte mit dem Schwerpunkt chronische Positivsymptomatik vorgelegt worden. Einige davon sind primär kognitive Ansätze zur Modifikation dieser Symptome (d.h. die zu Grunde liegenden irrationalen Erklärungsmuster werden kognitiv bearbeitet), während bei anderen eher deren bessere Bewältigung im Zentrum steht. Zu letzteren gehört das „Training zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz“ („Coping Strategy Enhancement, CSE“), ein umfassendes Selbstmanagementprogramm von Tarrier, Harwood, Yusopoff, Beckett und Baker (1990). Hier wird durch das Einüben geeigneter Selbstbeobachtungs- und Bewältigungsstrategien versucht, die persistierenden positiven Symptome besser unter Kontrolle zu bringen, z.B. mit kognitiven Strategien (Wechsel oder Fokussierung der Aufmerksamkeit, Selbstinstruktionen), mit verhaltensnahen Strategien (Reduktion bzw. Erhöhung sozialer Aktivitäten, Vermeidung bestimmter Stressoren), sowie mit Strategien, welche die psychophysiologische Aktiviertheit verändern (Musik hören, laut lesen, Entspannungsübungen).

Neben diesen eher symptombezogenen Ansätzen (Frühwarnsymptome, Positivsymptomatik) sind auch komplexere Therapieprogramme zum angemessenen Umgang mit multiplen Belastungen bei schizophrenen Erkrankungen entstanden. Wichtige Themen sind hier die Bewältigung von krankheitsbedingten Symptomen

und Beeinträchtigungen, die Förderung von Eigenkompetenz und Selbstwirksamkeit, Rückfallprävention und Stressmanagement, die Vermittlung eines funktionalen Krankheitskonzeptes sowie der Aufbau von Ressourcen. Im deutschsprachigen Raum sind dazu der einzeltherapeutische Ansatz von Süllwold und Herrlich (1998), sowie die Gruppeninterventionen von Andres, Pfammatter und Brenner („Psychoedukation und Krankheitsbewältigung, PKB“; 2002), von Schaub („Bewältigungsorientierte Therapie, BOT“; 1994, 2003) und von Wiedl (1994) zu nennen. Vergleichbare Therapieprogramme wurden im angloamerikanischen Raum z.B. von Atkinson, Coia, Gilmour und Harper (1996), sowie von Leclerc, Lesage, Ricard, Lecomte und Cyr (2000) vorgelegt.

Die psychoedukativen, verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Krankheits- und Belastungsbewältigung gehören zu den am besten untersuchten Therapieansätzen für schizophrene Patienten. Sie haben einen quantitativ wie qualitativ überzeugenden Wirksamkeitsnachweis vorzuweisen (Tarrier, 2005; Tarrier & Wykes, 2004). Aktuelle kontrollierte Therapiestudien zum Umgang mit Früh- und Warnsymptomen (Herz et al., 2000; Hogarty et al., 1997a, 1997; Ikebuchi & Anzai, 1995) und zum Umgang mit chronischer Positivsymptomatik (Bark et al., 2003; Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996a, 1996b; Drury, Birchwood & Cochrane, 2000; Kuipers et al., 1997, 1998; Morrison et al., 2004; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1998, 1999; Wiersma, Jenner, Nienhuis & van de Willige, 2004; Wykes, Leese, Taylor & Phelan, 1998) belegen eindrücklich, dass die Schulung von Selbstwahrnehmung und Selbstkompetenz, verbunden mit der Vermittlung spezifischer Bewältigungsstrategien sowohl die Symptomatik und die Krankheitseinsicht der Patienten als auch den Krankheitsverlauf im Vergleich zur Standardversorgung entscheidend verbessern können. Ebenso führen Ansätze, die eine Förderung der Problemlösefähigkeit und der Bewältigungskompetenz im Umgang mit multiplen Belastungen intendieren, verglichen mit der Standardbehandlung zu einer deutlicheren Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik, des Krankheitsverlaufs und der Lebensqualität (Andres, Pfammatter, Garst, Teschner & Brenner, 2000; Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996; Bechdolf et al., 2004; Leclerc, Lesage, Ricard, Lecomte & Cyr, 2000; Lecomte et al., 1999). Einer Metaanalyse von Pitschel-Walz und Engel (1997) zufolge wird die jährliche Rückfallquote durch Therapieverfahren zur Krankheits- und Belastungsbewältigung im Vergleich zu Kontrollbedingungen mit ausschliesslich medikamentöser Behandlung um durchschnittlich 20% reduziert.

2.3 Therapieansätze zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen

Schizophrene Patienten leiden unter einer Vielzahl kognitiver Defizite, welche das Erlernen, den alltäglichen Gebrauch und das Bewahren von interpersonalen, instrumentellen Fertigkeiten und damit auch den Aufbau sozialer Kompetenz sowie die soziale und berufliche Anpassung verhindern und zu einer erhöhten Stressempfindlichkeit beitragen. Die Unfähigkeit, zielgerichtete Handlungen zu planen, zu beginnen und durchzuführen hält die Erkrankten von vielen unterschiedlichen Handlungen ab, wie z.B. Arbeit, intellektuelle Herausforderungen oder Selbstversorgung. Damit können neurokognitive Dysfunktionen zu ernsthaften sozialen Folgen führen. Besonders häufig betroffen sind Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen (d.h. höhere Prozesse der Informationsverarbeitung wie Konzeptbildung, Planung, Entscheidungsfindung, Abstraktionsvermögen, Perseverationen) sowie die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung (Green, 1998; Rund, Landro & Orbeck, 1997; Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000; Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt, 1999).

Als ein weiterer Ansatzpunkt psychologischer Interventionen bei schizophrenen Erkrankten wurden deshalb Therapieprogramme zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen entwickelt. Sie wurzeln in der neuropsychologischen Rehabilitation hirnorganisch beeinträchtigter Patienten. Man fasst sie unter dem Begriff der kognitiven Remediation zusammen (Green, 1993). Dies geschieht in Abgrenzung zum breiter verwendeten Begriff der kognitiven Therapie, der sich bei der Schizophreniebehandlung ganz allgemein auf die Umstrukturierung von dysfunktionalen Überzeugungen und Einstellungen bezieht, im besonderen aber auf die Umstrukturierung der Denk- und Wahrnehmungsinhalte, welche die kognitive Basis der Halluzinationen und Wahnvorstellungen schizophrener Menschen bilden. Die kognitive Remediation hingegen zielt auf die systematische Förderung kognitiver Prozesse durch wiederholtes systematisches Training oder den Aufbau von Kompensationsstrategien.

Therapieansätze zur Verbesserung einzelner kognitiver Leistungsfunktionen finden sich vor allem für die Bereiche Aufmerksamkeit (Gestrich & Hermanutz, 1991; Lamberti, Wieneke & Franke, 1988; Medalia, Aluma, Tryon & Merriam, 1998), Reaktionsgeschwindigkeit (Benedict et al., 1994), Gedächtnis (Burda, Starkey, Dominguez & Vera, 1994; O'Carroll, Russell, Lawrie & Johnstone, 1999) und Konzeptbildung (Bellack, Mueser, Morrison, Tierney & Podell, 1990; Goldberg, Weinberger, Berman, Pliskin & Podd 1987; Green, Satz, Ganzell & Vaclav, 1992; Hellman, Green, Kern & Christenson, 1992; Metz, Johnson, Pliskin & Luchins 1994; Stratta, Mancini, Mattei,

Casacchia & Rossi, 1994). Mit diesen Programmen werden die einzelnen kognitiven Funktionen repetitiv eingeübt, was heute meist computergestützt geschieht. Oft dienen dabei neuropsychologische Tests als Trainingsverfahren, die ursprünglich zur Operationalisierung kognitiver Dysfunktionen entwickelt worden sind. Bekanntestes Beispiel hierfür ist der „Wisconsin Card Sorting Test, WCST“ (Heaton, 1981; computerisierte Version: Loong, 1989), der die Exekutivfunktionen Konzeptbildung, Abstraktionsvermögen und kognitive Flexibilität operationalisiert. Aber auch der „Continuous Performance Test, CPT“ (Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome & Beck, 1956; Übersicht computerisierte Versionen: Hank, 1991) zur Verbesserung der Daueraufmerksamkeit sowie der „Span of Apprehension Test, SPAN“ (Estes & Taylor, 1964; Übersicht computerisierte Versionen: Hank, 1991) zum Training der selektiven Aufmerksamkeit werden häufig verwendet.

Neben den Trainingsverfahren zur Verbesserung einzelner defizitärer Funktionen sind computergestützte Mehrkomponentenprogramme entstanden, bei denen komplexe und unterschiedliche Aufgabenstellungen zusammengefasst werden. Dazu gehören das „Cognition Package, COGPACK“ der Mannheimer Arbeitsgruppe am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Geibel-Jakobs & Olbrich, 1998), das „Cognitive Laboratory, COGLAB“ der Arbeitsgruppe um Spaulding (Spaulding, Garbin & Crinean, 1989), das „Cognition“ (Marker, 1989) und das Trainingsprogramm von Delahunty und Morice (1993). COGPACK und Cognition richten sich auf Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, die visuomotorische Koordination, arithmetische, logische und semantische Fertigkeiten sowie das induktive Denken. Im COGLAB werden Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, konzeptuelle Verarbeitung und Vigilanz trainiert, während beim Programm von Delahunty und Morice v.a. exekutive Verarbeitungsprozesse wie Abstraktionsvermögen, Konzeptbildung, Planung und Entscheidungsfindung fokussiert werden.

Entsprechend der Ausrichtung der Therapieprogramme entweder auf einzelne kognitive Prozesse oder auf mehrere, auch komplexere kognitive Funktionen finden sich zwei Arten von Evaluationsstudien. So gibt es eine grosse Anzahl von laborähnlichen Trainierbarkeitsstudien zu den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Informationsverarbeitung. Sie zeigen insgesamt, dass sich einzelne kognitive Leistungen durch verschiedene Trainingsstrategien wie wiederholtes Üben, inneres Wiederholen des Stimulusmaterials, Regelinstruktionen, positive Verstärkung oder Rückmeldungen deutlich steigern lassen (Übersichten bei Green, 1996; Storzbach & Corrigan, 1996; Theilemann & Peter, 1994; Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000; Vollema, Geurtsen & vanVoorst, 1995). Allerdings ist unklar, ob die

trainierten Funktionen der Informationsverarbeitung direkt verbessert, oder ob sie durch kompensatorische Leistungen teilweise überdeckt werden. Weiter bleibt offen, ob unter laborähnlichen Bedingungen überhaupt alltagsrelevante Funktionen erlernt werden können und ob relativ kurzzeitig durchgeführte Trainingsverfahren länger dauernde Funktionsverbesserungen bei schizophrenen Patienten bewirken.

Im Gegensatz zu den Trainierbarkeitsstudien überprüfen kontrollierte Wirksamkeitsstudien die Auswirkung kognitiver Trainingsverfahren auf das allgemeine kognitive Funktionsniveau, die Krankheitssymptomatik, die Rückfallraten oder das Sozialverhalten. Solche Studien liegen zum COGPACK (Geibel-Jakobs & Olbrich, 1998; Mussgay, Olbrich, Ihle & Handtmann, 1991; Susslow & Arolt, 1998), zum COGLAB (Reed, Sullivan, Penn, Stuve & Spaulding, 1992; Spaulding, Reed, Elting, Sullivan & Penn, 1996; Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999) und zum Programm von Delahunty und Morice (Delahunty, Morice & Frost, 1993; Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt, 1999) vor. Sie belegen im allgemeinen eine gegenüber verschiedenen Kontroll- und Therapievergleichsbedingungen deutlich überlegene Wirkung des kognitiven Therapieansatzes auf diverse kognitive Funktionen. Im Weiteren konnte unter den Experimentalbedingungen mit kognitivem Training häufig eine bedeutende Reduktion der allgemeinen Psychopathologie, der subjektiv erlebten Beeinträchtigungen sowie der Erhöhung der Selbstwerteinschätzung der Patienten festgestellt werden. Aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer bleibt aber auch hier die Frage nach der zeitlichen Stabilität der erzielten Funktionsverbesserungen unbeantwortet. Ebenso ist unklar, wie sich diese Verbesserungen auf die Rezidivraten auswirken. Andererseits gibt es Hinweise auf generalisierte kognitive Leistungsverbesserungen sowie eine Übertragung der Trainingseffekte auf das Sozialverhalten schizophrener Erkrankter, wenn das kognitive Training im Kontext umfassender Therapie- und Rehabilitationsmassnahmen durchgeführt wurde (Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999; Ueland & Rund, 2004; Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt, 1999). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass kognitive Therapieverfahren die Wirkung sozialer Rehabilitationsprogramme begünstigen könnten. Sogenannt kombinierte Interventionsprogramme wie z.B. das „Integrierte Psychologische Therapieprogramm für schizophren Erkrankte, IPT“ (Brenner et al., 1994; Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) knüpfen hier an. So liegt dem IPT die Annahme einer Wechselwirkung zwischen kognitiven Prozessen und sozialen Fertigkeiten zugrunde; d.h. dass einerseits die Störungen der elementaren kognitiven Funktionen pervasiv auf komplexere kognitive Funktionen einwirken, und andererseits, dass gestörte elemen-

tare und komplexe kognitive Funktionen den Erwerb sowie die Ausführung von sozialen Fertigkeiten negativ beeinflussen (Brenner, Hodel, Roder & Corrigan, 1992). Entsprechend kombiniert das IPT in fünf hierarchisch angeordneten, mehrstufigen Unterprogrammen das Training verschiedener kognitiver Funktionen mit dem Aufbau und der Einübung sozialer Fertigkeiten. Es wird im folgenden Kapitel, das sich ausführlich mit der dritten Gruppe der verhaltenstherapeutischen Therapieansätze für schizophrene Patienten befasst, dargestellt und diskutiert.

2.4 Therapieansätze zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen

2.4.1 Definitionen

Im Hinblick auf soziales Verhalten werden in der Literatur die Begriffe „soziale Fertigkeiten“, „soziale Kompetenz“ und „soziale Anpassung“ unterschieden. McFall (1982) beschreibt die sozialen Fertigkeiten als personenspezifische Handlungskompetenzen, welche situative Anforderungen in Abhängigkeit von kognitiven, perzeptuellen und motivationalen Faktoren in Verhaltensantworten transformieren. Dem Autor zufolge sind Fertigkeiten vom offenen Verhalten abzuleitende hypothetische Konstrukte, deren Verfügbarkeit und Einsatz von der individuellen Lerngeschichte des Betroffenen abhängen. Nach Liberman und Wallace (1990) sind soziale Fertigkeiten (social skills) diejenigen interpersonalen Verhaltensweisen, welche erforderlich sind, um instrumentelle Ziele zu erreichen und soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. In einer späteren Definition beschreibt Liberman (1994) die sozialen Fertigkeiten als personenspezifisches Set von Verhaltenskompetenzen, das zur Bewältigung zwischenmenschlicher Anforderungen dient und die erfolgreichen Ergebnisse sozialer Interaktionen bewirkt. Es umfasst sowohl Kognitionen als auch affektive, motorische, verbale und nonverbale Verhaltensweisen.

Zu den sozialen Fertigkeiten liegen drei einander sehr ähnliche, ungefähr zur gleichen Zeit entwickelte dreistufige Modelle vor. Trower, Bryant und Argyle (1978) beschreiben in ihrem Modell die Wahrnehmung relevanter Charakteristika in interpersonalen Situationen (1. Stufe), die Übersetzung dieser Wahrnehmungen in alternative Reaktionsmöglichkeiten und eine Entscheidung für die beste Alternative (2. Stufe) und schliesslich die Durchführung bzw. Umsetzung der gewählten Alternative im interpersonalen Verhalten (3. Stufe). Wallace et al. (1980) unterscheiden

zwischen instrumentellen und sozial-affiliativen Situationstypen. Instrumentelle Situationen sind dadurch charakterisiert, dass sich eine Person durch die Interaktion ein bestimmtes Ergebnis von der Umwelt erhofft, während sozial-affiliative Situationen das Herstellen und die Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen beinhalten. Dieses Modell umfasst (1.) Wahrnehmungs-, (2.) Verarbeitungs- und (3.) Mitteilungsfertigkeiten. Der Wahrnehmungsaspekt bezieht sich auf die Fähigkeit, genau zu erkennen, welches die relevanten situativen Parameter sind. Das Verarbeitungsvermögen umfasst kognitives Problemlösen, d.h. die Evaluation von Verhaltensoptionen sowie eine Entscheidung für die der Situation angemessenste Variante. Mitteilungsfertigkeiten sind verbale und nonverbale Kommunikationsformen, mittels derer die ausgewählte Option im interpersonalen Kontext umgesetzt wird. McFall (1982) schlägt ein Modell sozialer Fertigkeiten vor, das sich aus den Komponenten (1.) Decodierung, (2.) Entscheidungsfindung und (3.) Encodierung zusammensetzt. Der Prozess der Decodierung umfasst die Wahrnehmung, den Empfang und die Interpretation der Reizsituation. Die Entscheidungsfindung beinhaltet die Suche nach Reaktionsalternativen, die Überprüfung dieser Alternativen und das Treffen einer Auswahl, die Sichtung des Repertoires an eigenen Bewältigungsfertigkeiten und externen Ressourcen sowie die Abschätzung des Erfolgs der geplanten Reaktion. Encodierungsfertigkeiten umfassen die Ausführung der Handlung, aber auch die Selbstbeobachtung und Evaluation des eigenen Verhaltens.

Von den personenspezifischen sozialen Fertigkeiten wird der Begriff der sozialen Kompetenz abgegrenzt. Nach McFall (1982) kann soziale Kompetenz nur in Bezug auf die konkrete Lebensumwelt des Betroffenen beschrieben werden, d.h., sie beinhaltet eine (Fremd-)Beurteilung und Bewertung beobachtbaren Verhaltens in verschiedenen sozialen Rollenbereichen. Liberman (1994) definiert soziale Kompetenz als die auf sozialen Fertigkeiten aufbauende Fähigkeit, sich im sozialen Umfeld in adäquater Weise zurechtzufinden. Eine solche Fähigkeit schliesst auch die selbständige Lösung von Alltagsproblemen und die Erreichung selbst gesteckter Ziele mit ein, ebenso wie die Adaption normativer sozialer Rollenerwartungen. Soziale Kompetenz kann nur über die erfolgreiche Bewältigung sozialer Fertigkeiten gewonnen werden.

Neben den sozialen Fertigkeiten und der sozialen Kompetenz kann schliesslich noch die Ebene der sozialen Anpassung unterschieden werden. Sie bezieht sich auf die objektivierbaren Konsequenzen der sozialen Kompetenz und ihre gesellschaftliche Akzeptanz. Als Spiegelbild der sozialen Kompetenz variiert sie im Spannungsfeld zwischen individuell zweckdienlichen und sozialen Bedürfnissen, also solchen nach Zugehörigkeit und Akzeptanz (Smith, Bellack & Liberman, 1996).

Mit der Unterscheidung der Begriffe „soziale Fertigkeiten“, „soziale Kompetenz“ und „soziale Anpassung“ werden verschiedene potentielle Störungsebenen von sozialer Beeinträchtigung angesprochen. Diese Beeinträchtigungen können entweder basale soziale Fertigkeiten betreffen und damit die Regulation interpersoneller Anforderungen erschweren. Sie können aber auch auf der Ebene der sozialen Kompetenz deutlich werden, indem sie die Umsetzung weiterreichender zielorientierter Handlungspläne bzw. die Adaption normativer sozialer Rollenerwartung behindern und damit den Grad der sozialen Anpassung beeinflussen. Da die Definition der drei Begriffe eine hierarchische Organisation des Sozialverhaltens impliziert, ist anzunehmen, dass sich eine Verbesserung basaler sozialer Fertigkeiten günstig auf die soziale Kompetenz auswirken müsste, was schliesslich auch zu einer verbesserten sozialen Anpassung führen sollte. Die neueren Therapieverfahren für schizophrene Erkrankte zum Erwerb sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen sind auf dieser Annahme aufgebaut.

2.4.2 Die erste Entwicklungsphase: Die operanten Lernprogramme

Therapieansätze zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen haben eine lange Tradition. Sie lassen sich nach Roder und Mitarbeitern (Roder et al., 2001) chronologisch in drei Entwicklungsphasen einteilen. Die ersten Versuche einer verhaltenstherapeutischen Behandlung sozialer Beeinträchtigungen entstanden entsprechend dem Stand der damaligen Theoriebildung vor dem theoretischen Hintergrund der klassischen Lerntheorie. 1954 veröffentlichten Lindsley und Skinner eine Arbeit, in der sie am Beispiel einfacher motorischer Reaktionen erstmals nachwiesen, dass operante Methoden erfolgreich zur Steuerung einzelner Verhaltensweisen bei chronisch schizophrenen Patienten eingesetzt werden können. Dieser Befund gab den Anstoss zu vielen weiteren Versuchen, auch komplexere Formen des Verhaltens Schizophrener zu modifizieren (Florin & Meyer-Osterkamp, 1974). Die psychotischen Verhaltensweisen wurden dabei als Verhaltensexzesse bzw. -defizite verstanden, deren Beeinflussung über die Variation möglicher Antezedenten und Konsequenzen des Problemverhaltens erfolgen sollte. Das therapeutische Vorgehen orientierte sich in erster Linie am Paradigma des operanten Konditionierens, d.h., es wurde über kontingente Verstärkung versucht, die Auftretenshäufigkeit sozial erwünschter Verhaltensweisen zu erhöhen bzw. unerwünschtes, fehlangepasstes Verhalten zu reduzieren. Anfangs wurden meist nur isolierte, schwerwiegende und chronifizierte Störungen bei hospitalisierten Langzeitpatienten

modifiziert, wie z.B. Essen stehlen, Tragen von übermässig vielen Kleidungsstücken, tätliche Aggressionen, pathologischer Sammeltrieb oder Verweigerung der selbständigen Nahrungsaufnahme (Ayllon, 1963; Ayllon & Haughton, 1962; Ayllon & Michael, 1959).

Die Erfahrung, dass sich materielle Verstärker bei schizophrenen Patienten als effektiver erwiesen als verbale oder soziale, hatte zunächst zum Einsatz leicht verfügbarer Belohnungen wie Zigaretten, Kaffee oder Süssigkeiten geführt. Als aber deutlich wurde, dass diese immer gleichbleibenden einfachen Verstärker oft nicht die erwarteten Verhaltensänderungen herbeiführen konnten, wurden sie durch generalisierte Verstärker, sogenannte Tokens (Wertmarken) ersetzt, die nach Belieben gegen materielle Vergünstigungen, Belohnungen von individuellem Wert oder Privilegien im Klinikalltag eingetauscht werden konnten. Tokens schienen in mancher Hinsicht von Vorteil zu sein: Sie konnten für alle Patienten einheitlich eingesetzt werden, waren relativ unabhängig vom jeweiligen Bedürfniszustand eines Patienten und hatten durch ihre Assoziation mit vielen primären Verstärkern einen höheren Wirkungsgrad als ein einzelner gleichbleibender Verstärker. So führten Ayllon und Azrin (1965) auf einer psychiatrischen Station mit langfristig hospitalisierten chronisch Schizophrenen erstmals ein Behandlungsprogramm durch, bei dem die Patienten für sozial erwünschtes Verhalten systematisch mit einer Art Stationswährung (Plastikmünzen) belohnt wurden. Dieses Verstärkungssystem wurde später auf zusätzliche Aktivitäten ausgeweitet, wobei vor allem die Selbständigkeit bei der persönlichen Pflege sowie das Arbeitsverhalten als Zielverhalten ausgewählt wurden (Ayllon & Azrin, 1968). Die Token-Economy-Programme fanden in den folgenden Jahren im stationären Rahmen psychiatrischer Institutionen grosse Verbreitung. Sie wurden bei schizophren Erkrankten vor allem zur gezielten Behandlung von dysfunktionalem Verhalten und sozialer Abkapselung sowie zur Reaktivierung von Langzeitpatienten eingesetzt und sollten insgesamt die soziale Adaptation der Patienten verbessern (Arran & Horner, 1972; Florin & Meyer-Osterkamp, 1974; Gorham, Green, Caldwell & Bartlett, 1970; Winkler, 1970).

Da schizophrene Patienten vor allem komplexeres Zielverhalten, z.B. aus den Bereichen Arbeit oder Sozialkontakte, oft gar nicht oder nur in rudimentärer Form zeigen, erhält beim therapeutischen Vorgehen die Erstellung einer Hierarchie erwünschter Zielverhaltensweisen unter verhaltensanalytischen Gesichtspunkten einen zentralen Stellenwert (Curran, Monti & Corriveau, 1982). Der Aufbau des angestrebten Verhaltens erfolgt mittels der Shaping-Technik (Verhaltensausformung). Dabei wird das Zielverhalten zunächst in einzelne Komponenten zerlegt. Das Auftreten dieser Teil-

ziele kann dann Schritt für Schritt mit Hilfe der Tokens kontingent verstärkt werden. Die Technik des Chaining (Verhaltensverkettung) kommt dagegen zum Einsatz, wenn Teile des Zielverhaltens im Repertoire des Patienten bereits zu beobachten sind, so dass nur die fehlenden Verhaltenskomponenten neu aufgebaut werden müssen. Unerwünschte, d.h. dem Zielverhalten nicht förderliche Verhaltensweisen, lassen sich im Rahmen eines Token-Programms durch ausbleibende Verstärkung oder den Entzug von Tokens (Response Cost) löschen. Zur Generalisierung und Aufrechterhaltung der Therapieeffekte wird vorgeschlagen, die Token-Programme längerfristig auf die häusliche Umgebung der Patienten auszudehnen und nachfolgend schrittweise wieder auszublenden (Carlson, Hersen & Eisler, 1972), denn im Hinblick auf die Dauerhaftigkeit operant erzielter Erfolge über die Hospitalisierungszeit hinaus ist entscheidend, ob es gelingt, die aufgebauten Verhaltensweisen zunehmend unabhängig von den Verstärkungsbedingungen eines Münzsystems zu machen. Eine Möglichkeit, neu ausgebildete Verhaltensweisen zu stabilisieren, d.h. widerstandsfähiger gegen Lösungsprozesse zu machen, besteht in einer zeitlichen Verzögerung der Münzverstärkung. Die Auszahlung der Tokens erfolgt nur noch einmal täglich, später nur noch wöchentlich, während soziale Anerkennung weiterhin unmittelbar gegeben wird (Atthowe & Krasner, 1968). Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass eine Annäherung an die Bedingungen ausserhalb der Klinik stattfindet, wo soziale Zuwendung eine häufige Form kontingenter Belohnung ist, während materielle Verstärkung, wie z.B. der Arbeitslohn, ebenfalls mit zeitlicher Verzögerung erfolgt (Florin & Meyer-Osterkamp, 1974).

Zur empirischen Überprüfung der Token-Programme liegt eine grosse Anzahl kontrollierter Studien vor, die sich aber hinsichtlich der untersuchten Patientenpopulation wie auch der verwendeten Erfolgsmasse und der therapeutischen Durchführung stark voneinander unterscheiden. Trotzdem lassen sich einige übereinstimmende Untersuchungsergebnisse festhalten. In vielen Studien konnte die Wirksamkeit der Token-Programme bei stationären Patienten nachgewiesen werden (Ayllon & Azrin, 1968; Florin & Meyer-Osterkamp, 1974; McReynolds & Coleman, 1972; Mumford, Paton, Andrews & Wyner, 1975; Paul & Lenz, 1977). Verbesserungen zeigten sich vor allem bei gerichteten Aktivitäten, wie z.B. bei der persönlichen Pflege, beim Arbeitsverhalten, bei Selbsthilfefertigkeiten sowie bei der Reduktion grob auffälligen Verhaltens. Den meisten Nutzen hatten bei diesen Programmen Patienten in einem mittelschweren chronischen Krankheitsstadium (Baker, Hall, Hutchinson & Bridge, 1977). Verschiedene Studien zeigten zudem, dass bei stark regredierten therapieresistenten Langzeitpatienten die kontingente Verstärkung mit Tokens einer nicht

kontingenten überlegen ist (Hall, Baker & Hutchinson, 1977). Die Durchführung eines Token-Programms scheint sich auch positiv auf die Entlassungs- bzw. Rehospitalisierungsraten auszuwirken (Foreyt, Rockwood, Davis, Desvousges & Hollingsworth, 1975). Über Verbesserungen im Bereich der sozialen Beeinträchtigungen wird in der Literatur ebenfalls berichtet: So konnte eine signifikante Zunahme der Kooperation, der Kommunikation und des sozialen Kontakts unter den Patienten im Vergleich zu traditionell psychiatrisch behandelten Kontrollgruppen festgestellt werden (Maley, Feldman & Ruskin, 1973; Presly, Black, Gray, Hartie & Seymour, 1976; Shean & Zeidberg, 1971).

Trotz dieser Belege, die für eine generelle Wirksamkeit der Token-Programme sprechen und auf differentielle Therapieeffekte im Bereich der sozialen Beeinträchtigungen schizophrener Patienten hinweisen, stösst dieser Ansatz in mehrfacher Hinsicht an seine Grenzen. So waren nach Besserungen im Bereich der verstärkten Verhaltensweisen oft Symptomexazerbationen oder Verschlechterungen in anderen Bereichen (z.B. Halluzinationen, emotionale und motorische Auffälligkeiten, allgemeine Erregtheit oder Aggressionen) zu beobachten (Florin & Meyer-Osterkamp, 1974; Hall, Baker & Hutchinson, 1977). Es stellt sich auch das Problem, dass trotz der Vorschläge zum Transfer der Therapieeffekte die berichteten Erfolge den zeitlichen Rahmen der Therapie nur selten überschritten und nur ungenügende Generalisierungseffekte der neu erworbenen Verhaltensweisen zu beobachten waren. Zudem beziehen sich fast alle Wirksamkeitsnachweise auf stark regredierte und weitgehend inaktive, hospitalisierte Langzeitpatienten. Im heutigen zunehmend gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystem wird die effektive Durchführung solcher Programme ausserdem durch die eingeschränkten Möglichkeiten zur Kontrolle der kontingenten Verstärkung limitiert. Schliesslich sind vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodells (Nuechterlein et al., 1994), das die aktive Rolle des Patienten besonders betont, Therapieziele wie individuelles Problemlösen oder die Förderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfe immer wichtiger geworden. Deshalb scheinen Token-Programme heute nur noch bei Patienten mit stark ausgeprägter Negativsymptomatik und Resistenz gegenüber anderen Behandlungsmethoden indiziert zu sein (Glynn, 1990), wobei doch immer wieder von unmittelbaren Therapieerfolgen berichtet wird (Hubmann, Bender, Vaitl, Steinbacher & Scholz, 1989).

2.4.3 Die zweite Entwicklungsphase: Das Training sozialer Fertigkeiten

Die Einschränkungen, denen die operanten Techniken in ihrer praktischen Anwendung unterliegen, führten dazu, dass seit den siebziger Jahren intensiv an der Entwicklung verbesserter verhaltenstherapeutischer Therapiemethoden für schizophrene Patienten gearbeitet wurde. Dabei gaben vor allem Banduras soziale Lerntheorie (1969, 1979) sowie die Forschungen von Zigler und Phillips (1962), die in ihren theoretischen Arbeiten auf die Bedeutung sozial kompetenten Verhaltens für den positiven Verlauf einer schizophrenen Erkrankung hingewiesen hatten, wichtige Anstösse. Den neuen Trainingsverfahren zum Aufbau sozialer Fertigkeiten liegt die Annahme zugrunde, dass alle, auch die maladaptiven psychotischen Verhaltensweisen, den Versuch einer Anpassung an spezifische soziale Situationen beinhalten. Demnach weist die Unangemessenheit, d.h. die fehlende Effizienz der Versuche darauf hin, dass schizophrene Patienten situationsspezifische Defizite in ihren sozialen Fertigkeiten aufweisen, die mittels geeigneter therapeutischer Verfahren behoben werden können (Goldsmith & McFall, 1975).

Beim Training sozialer Fertigkeiten werden vor allem situationsangemessene motorische Verhaltensweisen und kommunikative Fertigkeiten aufgebaut und eingeübt (Motor-Skills-Ansatz), wie z.B. einen angemessenen Augenkontakt halten, gezieltes Nachfragen, aktives Zuhören, Antwort geben, beim Thema bleiben, Redefluss, Mimik und Gestik kontrollieren (Foy, Eisler & Pinkston, 1975; Hersen & Bellack, 1976), das Training von Lächeln und Intonation (Bellack, Hersen & Turner, 1976) Höflichkeiten austauschen, angemessene Kritik äussern oder das Geben und Akzeptieren von Komplimenten (Foxx, McMorro, Bittle & Fenlon, 1985). Diese typischen Interaktionssequenzen werden zuerst in ihre Bausteine zerlegt. Dann können die einzelnen Verhaltenskomponenten mit aus der sozialen Lerntheorie abgeleiteten Techniken, wie z.B. Instruktion, Modelllernen, Rollenspiel, Videodemonstration, Feedback oder soziale Verstärkung eingeübt werden. Dabei wird fast ausschliesslich im Gruppensetting gearbeitet. Das konkrete therapeutische Vorgehen umfasst bei den meisten Trainingsprogrammen in Abhängigkeit des individuellen Funktionsniveaus der Patienten zwischen fünf und sieben Stufen. Unverzichtbarer Bestandteil aller Verfahren ist eine vom Therapeuten zu Beginn der jeweiligen Trainingssequenz vermittelte konkrete und verhaltensnahe Instruktion über die zu erlernenden Verhaltensweisen. Bei stärker beeinträchtigten Patienten erfolgt nachfolgend eine modellhafte Demonstration einer angemessenen Ausführung des Zielverhaltens durch den Therapeuten. Im anschliessenden zentralen Therapieabschnitt, dem Rollenspiel, üben die Patienten

das Verhalten zunächst zusammen mit dem Therapeuten, nachfolgend auch untereinander. Nach jedem Rollenspiel gibt der Therapeut ein spezifisches Feedback und verstärkt die gelungene Ausführung des Zielverhaltens. Zum Abschluss jeder Sitzung erhalten die Patienten therapeutische Hausaufgaben zur Anwendung des erarbeiteten Verhaltens. Verschiedene Autoren schlagen darüber hinaus ein Generalisierungstraining vor, bei dem die neu erworbenen Verhaltensweisen von den Patienten unter therapeutischer Anleitung systematisch in ihrem natürlichen Lebensumfeld erprobt werden (Brady, 1984a; Stokes & Baer, 1977).

Seit 1971, als Serber und Nelson eine der ersten Anwendungen eines Trainings sozialer Fertigkeiten mit schizophrenen Patienten evaluiert hatten, konnte in einer Reihe von kontrollierten Studien mit kleinen Stichproben gezeigt werden, dass mit dem Training sozialer Fertigkeiten (Motor-Skills-Ansatz) differentielle Therapieeffekte zu erzielen sind. Vor allem die basalen kommunikativen Fertigkeiten liessen sich durch ein solches Training unmittelbar verbessern. Finch und Wallace (1977) führten mit 16 Patienten in zwölf Gruppensitzungen ein Training zur Verbesserung interpersoneller sozialer Fertigkeiten und zum Abbau von Angst in sozialen Situationen durch. Die Patienten zeigten sich nach Beendigung der Therapie in allen erfassten Messdimensionen (Sprachflüssigkeit, Lautstärke, Sprechpausen, Stimmodulation, Sprechinhalt, Augenkontakt) der Kontrollgruppe signifikant überlegen. Darüber hinaus beobachteten die Autoren eine Generalisierung der Therapieeffekte auf Situationen, die nicht im Rahmen der Therapie bearbeitet worden waren. Eisler, Blanchard, Fitts und Williams (1978) verglichen 24 schizophrene Erkrankte mit 24 nichtpsychotischen hospitalisierten Patienten, die zufallsbedingt einer von drei Behandlungsbedingungen (Training sozialer Fertigkeiten mit bzw. ohne Modellernen, behaviorale Beschäftigungstherapie) zugewiesen wurden. Beide Trainingsgruppen zeigten gegenüber der Kontrollgruppe mit Beschäftigungstherapie nach Abschluss der Behandlung ein verbessertes Interaktions- und Konversationsverhalten. Bei den schizophrenen Patienten wurde darüber hinaus deutlich, dass solche Verbesserungen wesentlich vom Einsatz des Modellernens abhängig sind. Vergleichbare Untersuchungsergebnisse mit signifikanten Verbesserungen in einzelnen oder mehreren sozialen Fertigkeiten wurden auch von anderen Forschergruppen berichtet (Goldsmith & McFall, 1975; Matson & Stephens, 1978; Monti et al., 1979; Wallace et al., 1980; Williams, Turner, Watts, Bellack & Hersen, 1977).

Trotz dieser vielversprechenden Befunde zeigten sich auch beim Training sozialer Fertigkeiten die Begrenzungen der angewandten Methoden. Zum einen erschienen die empirischen Belege zur Dauerhaftigkeit der Therapieeffekte wenig überzeugend.

Obwohl die Stabilität der neu erworbenen Fertigkeiten in mehreren Studien betont wird (Goldsmith & McFall, 1975; Monti et al., 1979), waren die jeweiligen Katamnesezeiträume von drei bis fünf Monaten zu kurz, um eine weiterreichende Beurteilung des Therapieerfolgs zu ermöglichen. Zum andern konnte angesichts des relativ geringen zeitlichen Umfangs der Trainingsprogramme sowie der eingeschränkten Auswahl problematischer Fertigkeiten kaum erwartet werden, dass sich die soziale Funktionsfähigkeit der Patienten im Alltag substantiell verbessern würde und damit ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität und die soziale Anpassung erreicht werden könnte (Brady, 1984b; Liberman & Wallace, 1990). Die von einigen Autoren beobachteten Generalisierungseffekte fielen umso geringer aus, je unähnlicher die konkreten sozialen Alltagssituationen gegenüber den eingeübten Trainingssituationen waren (Bellack, Hersen & Turner, 1976). Als Fazit hielten Wallace et al. (1980) deshalb fest, dass die mangelnde Generalisierung von Trainingseffekten auf Situationen ausserhalb des Behandlungssettings ein gravierendes und ungelöstes Problem des Trainings sozialer Fertigkeiten (Motor-Skills-Ansatz) darstellt.

2.4.4 Die dritte Entwicklungsphase: Kognitive Problemlösestrategien

Der fehlende langfristige Erwerb von sozialen Fertigkeiten sowie ihr mangelhafter Transfer auf Alltagssituationen führte dazu, dass Ende der achtziger Jahre zunehmend komplexere, wesentlich breiter angelegte Therapieverfahren zu sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen entwickelt wurden. Im Gegensatz zu den Trainingsprogrammen der vorherigen Generation, die eine Verbesserung allgemeiner sozialer Fertigkeiten angestrebt hatten, wurden nun spezifische und für schizophren Erkrankte besonders relevante, alltagsnahe Rehabilitationsbereiche in die Therapie miteinbezogen. Mit diesen neuen Ansätzen, die ihren Fokus zusätzlich auf Fertigkeiten der sozialen Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung und der Problemlösung richteten (Social-Perception-, Social-Cognition- und Social-Problem-Solving-Ansatz), erfuhr der Motor-Skills-Ansatz auch eine thematische Erweiterung (Social-Skills-Ansatz).

Die aktuellen Programme zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen sind darauf ausgerichtet, den umfangreichen sozialen Rehabilitationsbedürfnissen schizophrener Erkrankter zu entsprechen und verstehen sich als ein „Training von sozialen Fertigkeiten und unabhängiger Lebensführung“ (Liberman & Wallace, 1990, S. 87). Sie basieren auf den Modellen von Trower, Bryant und Argyle (1978), Wallace et al.

(1980) sowie McFall (1982). Danach werden soziale Fertigkeiten als Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Durchführungsfertigkeiten operationalisiert und dementsprechend die interpersonale Kommunikation als dreistufiger Prozess konzipiert. Er umfasst folgende Schritte: Empfänger-Fertigkeiten (aufmerksam werden auf Anhaltspunkte und kontextuelle Elemente interpersonaler Situationen), Fertigkeiten der Verarbeitung (Reaktionsmöglichkeiten entwickeln, Konsequenzen abwägen, auswählen der optimalen Reaktion) sowie Sender-Fertigkeiten (umsetzen der gewählten Reaktion in eine effektive soziale Antwort). Das Training sozialer Fertigkeiten wird differenziell auf diese drei Komponenten abgestimmt (Liberman, 1994b). Somit enthalten die verschiedenen Programme therapeutische Techniken zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit, der Informationsverarbeitung, der Problemlösefähigkeit und der interpersonellen Fertigkeiten. Darüber hinaus wird auch die durch kognitive Defizite schizophrener Erkrankter bedingte Limitierung möglicher Lernvorgänge berücksichtigt (Liberman et al., 1993).

Die beiden bekanntesten sogenannten Mehrkomponenten-Therapieprogramme der dritten Generation sind, neben dem später beschriebenen „Integrierten Psychologischen Therapieprogramm für schizophrene Erkrankte, IPT“ (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002), das Training sozialer Fertigkeiten von Bellack und Mitarbeitern („Social Skills Training, SST“; Bellack, 1989, 1996; Bellack & Mueser, 1993) und die Module der Arbeitsgruppe um Liberman („Social and Independent Living Skills Modules, SILS“; Liberman et al., 1986a; Liberman & Wallace, 1990; Liberman & Corrigan, 1993; Liberman et al., 1993). Im therapeutischen Vorgehen setzen die beiden Programme verschiedene Schwerpunkte. Bei Bellack wird die Notwendigkeit betont, für den Erwerb sozialer Fertigkeiten vor allem diskriminante affektive Stimuli wahrzunehmen und zu interpretieren (Social-Perception- und Social-Cognition-Ansatz), während bei Liberman in erster Linie der situationsangemessene Einsatz von sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien zur Verbesserung der sozialen Kompetenz trainiert wird (Social-Problem-Solving-Ansatz). In der therapeutischen Praxis überwiegt bisher das Vorgehen nach Liberman (Roder, Zorn & Brenner, 1997).

Die strukturellen und funktionalen Einheiten des Trainingsprogramms von Liberman („Social and Independent Living Skills Modules, SILS“; Liberman et al., 1993) werden in sogenannten Modulen zusammengefasst, die sich auf ein breites Spektrum sozialer Fertigkeiten aus verschiedenen Lebensbereichen beziehen. Diese Module sind so aufgebaut, dass kognitives Problemlösen und interpersonale Kommunikationsfertigkeiten in wichtigen Funktionsbereichen gleichzeitig vermittelt werden

können. Es liegen Module zu Konversationsfertigkeiten, zur beruflichen Rehabilitation, zur Wohnungssuche und Haushaltsführung, zur Zubereitung von Mahlzeiten, zur persönlichen Hygiene, zum Umgang mit Geld, zu Freizeitaktivitäten, zur Inanspruchnahme öffentlicher Arbeitsstellen, zur Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sowie zum Umgang mit Medikamenten und zum Symptomanagement vor. Da der Bedarf an sozialer Rehabilitation von Patient zu Patient beträchtlich schwankt, werden je nach Umfang der vorhandenen Verhaltensdefizite und der individuellen Therapieziele eines oder mehrere Module durchgeführt. Die Dauer des Trainings wird ebenfalls individuell auf jeden Patienten abgestimmt. Die Trainingssitzungen variieren zwischen 15 und 90 Minuten und können einzeln oder in der Gruppe durchgeführt werden. Nach Liberman und Wallace (1990) haben beide Settings ihre Vorteile: Während das Einzeltraining eine ausführliche Beschäftigung mit dem Patienten ermöglicht und mehr praktische Übungsmöglichkeiten bietet, gewährt das Gruppentraining Möglichkeiten stellvertretenden Lernens durch die Beobachtung anderer Trainingsteilnehmer.

Jedes Modul wird anhand eines ausführlichen Manuals in einer festgelegten Abfolge durchlaufen. Im Rahmen einer Einführung wird der Patient zuerst mit dem Lernziel, d.h. mit dem Erwerb einer bestimmten sozialen Fertigkeit aus dem gewählten Lebensbereich, vertraut gemacht und die Therapiemotivation aufgebaut. Das daran anschließende Fertigkeitentraining umfasst zwei Stufen: Auf der ersten Stufe wird mit dem Patienten die Verhaltenssequenz kognitiv erarbeitet und eine modellhafte Videodemonstration einer gelungenen Durchführung des Zielverhaltens dargeboten. Auf der zweiten Stufe werden die entsprechenden Fertigkeiten im Rollenspiel eingeübt, bis der Patient die Sequenz selbstständig bewältigen kann. In den anschließenden Lerneinheiten geht es um die Nutzung von vorhandenen materiellen und sozialen Ressourcen und um die Diskussion potentieller Probleme und Schwierigkeiten, die auftreten können, wenn der Patient versucht, die soeben erlernte soziale Fertigkeit erfolgreich im Alltag umzusetzen. Hierzu kann ein Trainingsprogramm zu Problemlösefertigkeiten eingesetzt werden, das die folgenden fünf Stufen umfasst: Definition des Problems, Erarbeiten lösungsorientierter Verhaltensalternativen, Bewertung der Alternativen im Hinblick auf die Konsequenzen, Auswahl einer geeigneten Alternative sowie Umsetzung der gewählten Verhaltensalternative. Um eine zeitstabile Generalisierung der in der Therapie erarbeiteten Verhaltensweisen zu gewährleisten, endet jedes Modul mit therapeutischen Hausaufgaben, In-vivo-Übungen unter Begleitung eines Therapeuten und Auffrischungssitzungen.

Das Training sozialer Fertigkeiten von Bellack („Social Skills Training, SST“; Bellack, 1989, 1996) ist im Gegensatz zu Libermans Modulen weniger strukturiert, versucht aber ebenso wie dieses, den schizophrenen Patienten grundlegende soziale Verhaltensweisen, Selbstsicherheit und zwischenmenschliche Fertigkeiten zu vermitteln. Dabei werden die gleichen, von der sozialen Lerntheorie übernommenen verhaltenstherapeutischen Techniken wie gezielte Instruktionen, Etablierung von Verhaltenszielen, Modellernen, Feedback und soziale Verstärkung eingesetzt. Besonders betont wird in diesem Ansatz aber die Bedeutung der sozialen Wahrnehmung. Deshalb werden beim Erlernen von sozialen Fertigkeiten immer auch das Erkennen und Interpretieren von diskriminanten affektiven Stimuli (affektive Mimik und Gestik) sowie das Differenzieren von emotionalen Inhalten sozialer Situationen (Konfliktwahrnehmung) mit den Patienten trainiert.

Ein etwas anderer Ansatz liegt von Perris und Mitarbeitern („Schemafokussierte integrative Behandlung schizophrener Patienten“; Perris, 1989, 1996; Perris & Skagerlind, 1994) vor. Er basiert auf der Annahme, dass dysfunktionale Kognitionen und Einstellungen die Entwicklung und den Einsatz angemessener sozialer Fertigkeiten behindern können. Perris stützt sich dabei auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (Beck, 1976). Schizophren Erkrankte entwickeln nach Perris ein fundamental dysfunktionales Selbstschema. Dieses umfasst sowohl ein dysfunktionales Selbstbild als auch dysfunktionale Grundannahmen bezüglich der Beziehungen zur Aussenwelt. Durch kognitive Verzerrungen bei der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen (z.B. willkürliches Schlussfolgern, selektive Aufmerksamkeit, Übergeneralisierung, dichotomes Denken) werden die dysfunktionalen Annahmen aufrechterhalten. Das Schwergewicht der Interventionen liegt deshalb auf der Korrektur verzerrter Wahrnehmungs- und Denkstile sowie fehlangepasster Schemata. Die wichtigsten Schritte des therapeutischen Prozesses umfassen: Distanzierung, Reattribution, Entwicklung von Metakognitionen, Dezentrierung, Neutralisierung von automatischen Gedanken, Korrektur kognitiver Verzerrungen und Training interpersoneller Fertigkeiten, wobei die vorgeschlagenen Verfahren zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten weitgehend denjenigen Libermans entsprechen (Liberman et al., 1986b). Bei der Abfolge der einzelnen Schritte fordert Perris Flexibilität. Der Einsatz der verschiedenen Strategien zur Förderung von Veränderungen soll strikt auf den Einzelfall abgestimmt werden. Als Ziele der schemafokussierten integrativen Therapie werden genannt: Ein positives Selbstbild erwerben und aufrechterhalten, soziale Kontakte knüpfen und weiterführen, soziale Fertigkeiten erlernen und auf neue Situationen übertragen, eine realistische Zukunftsperspektive entwickeln. Das

vollständige Behandlungsprogramm erstreckt sich über durchschnittlich zwei Jahre und umfasst neben Milieu- und Gruppentherapie auch individuelle Psychotherapie. Durch die gezielte Kombination verschiedener therapeutischer Prinzipien, die auf sinnvolle Weise interagieren, soll eine allmähliche Integration der Persönlichkeitsstruktur des Patienten auf einem höheren Niveau ermöglicht werden.

Eine noch umfassendere Vorgehensweise, die auch Übungen zur kognitiven Remediation bei der Behandlung sozialer Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter einbezieht, wählten Brenner und Mitarbeiter (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) mit dem „Integrierten Psychologischen Therapieprogramm für schizophrene Erkrankte, IPT“. Dieses Programm stellt einen der ersten systematischen, empirisch fundierten und manualisierten Behandlungsansätze für diese Patientengruppe dar. Die Übersetzung des Therapiemanuals in zehn Sprachen und die bereits 5. Auflage in deutscher Sprache deuten auf eine breite Akzeptanz und Verwendung hin. Konzeptionelles Fundament dieses Ansatzes ist die Annahme einer wechselseitigen Beeinflussung von elementaren kognitiven Verarbeitungsprozessen und solchen höherer Ordnung. Danach ziehen Dysfunktionen auf tieferer kognitiver Funktionsebene Störungen auf höherer Stufe nach sich, die wiederum auf die ersteren zurückwirken. Zudem verhindern diese kognitiven Dysfunktionen den adäquaten Aufbau sozialer Fertigkeiten und sozialer Kompetenz. Mangelnde Sozialkompetenz erhöht wiederum das Risiko, sozialen Stressoren ausgesetzt zu werden und vermindert gleichzeitig das Vermögen, diese zu bewältigen. Die durch den sozialen Stress verursachte psychologische Erregung führt zu einer weiteren Einschränkung der durch kognitive Defizite ohnehin schon limitierten Informationsverarbeitungskapazität. Interventionen, die auf eine Unterbrechung dieser sich aufschaukelnden Prozesse abzielen, müssen ihren Fokus daher sowohl auf die kognitiven wie auf die sozialen Behinderungen richten. Dementsprechend enthält das IPT fünf hierarchisch angeordnete Subprogramme, wobei sich der therapeutische Schwerpunkt von elementaren kognitiven Prozessen in Richtung Sozialverhalten verlagert. Mit dem ersten Unterprogramm „Kognitive Differenzierung“ wird eine Verbesserung von kognitiven Grundfunktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Abstraktions- und Merkfähigkeit sowie Konzeptbildung angestrebt. Das zweite Unterprogramm „Soziale Wahrnehmung“ zielt auf Störungen im Ablauf der Reizerkennung und Reizinterpretation bei der Wahrnehmung und Einschätzung sozialer Interaktionen. Besondere Beachtung erfährt dabei die realitätsbezogene Wahrnehmung des emotionalen Ausdrucksverhaltens. Das dritte Unterprogramm „Verbale Kommunikation“ ist das Bindeglied zwischen dem Einüben kognitiver

Elementarfunktionen und komplexeren Fertigkeiten zur sozialen Kompetenz. Hier werden die Grundfertigkeiten der Kommunikation zwischen Sender und Empfänger (re-)etabliert: Hinhören, verstehen und situationsangemessen reagieren. Darauf aufbauend werden mit den beiden letzten Unterprogrammen „Soziale Fertigkeiten“ und „Interpersonelles Problemlösen“ komplexere soziale und Problemlösefertigkeiten eingeübt, um eine Optimierung und Ausweitung des vorhandenen Verhaltensrepertoires und eine effizientere Problembewältigung zu erreichen. Dabei werden Techniken wie Instruktionen, Modellernen, Rollenspiel, Rückmeldung und Verstärkung eingesetzt. Über die fünf Unterprogramme hinweg nimmt der Anforderungsgrad kontinuierlich zu, sowohl inhaltlich als auch bezogen auf die Art der Therapie-durchführung. So wird von zunächst hoher Strukturiertheit und Aufgabenorientierung zu einer immer grösseren Betonung der freien Gruppeninteraktion übergegangen und von einem stark direktiven Therapeutenverhalten zu einem sich eher zurücknehmenden Leitungsstil.

Die Therapieverfahren der dritten Generation zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen wurden in zahlreichen kontrollierten Wirksamkeitsstudien untersucht (Dobson, McDougall, Busheikin & Aldous, 1995; Eckman et al., 1992; Hayes, Halford & Varghese, 1995; Hogarty et al., 1986, 1991; Liberman, Massel & Wallace, 1986; Liberman & Wallace, 1990; Liberman et al., 1998; Marder et al., 1996; Wallace, Liberman, MacKain, Blackwell & Eckman, 1992). Insgesamt zeichnet sich ein recht konsistentes Ergebnismuster ab, das auch durch zwei Metaanalysen (Benton & Schroeder, 1990; Dilk & Bond, 1996), die Befundüberblicke des „Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, PORT“ (Lehman & Steinwachs, 1994, 1998; Lehman et al., 1998, 2004) sowie mehrere Übersichtsarbeiten (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001; Donahoe & Driensenga, 1988; Halford & Hayes, 1991; Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000; Huxley, Rendall & Sederer, 2000; Scott & Dixon 1995) weitgehend bestätigt wird. Die Ergebnisse belegen, dass die neuen Ansätze geeignet sind, schizophren Erkrankten vielfältige zwischenmenschliche Fertigkeiten, Kommunikationsfähigkeit und soziale Umgangsweisen zu vermitteln. Verschiedene instrumentelle und soziale Fertigkeiten werden zudem längerfristig erworben und können teilweise auch auf Alltagssituationen übertragen werden. Verfahren, die auf Verbesserungen von sozialen Fertigkeiten in eng definierten Bereichen abzielen, erreichen eine stärkere Generalisierung als Ansätze, die zu allgemein gehalten sind (Huxley, Rendall & Sederer, 2000; Smith, Bellack & Liberman, 1996). Dies gilt vor allem dann, wenn die soziale Kompetenz mit spezifischen Verhaltensmassen erfasst wird (Benton & Schroeder, 1990). Mit Hilfe sozialer Verstärkung durch Angehörige

kann die Generalisierung zusätzlich gesteigert werden (Hogarty et al., 1991). Schizophren Erkrankte fühlen sich ausserdem nach dem Training bedeutend selbstsicherer und weniger ängstlich in sozialen Situationen. Dadurch nehmen ihre sozialen Aktivitäten und Kontakte sowie die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität zu (Halford & Hayes, 1991; Roder, Zorn & Brenner, 2000). Demgegenüber scheint sich die generelle soziale Anpassung schizophrener Patienten nur leicht und zeitlich begrenzt positiv zu verändern (Scott & Dixon 1995). Das Training sozialer Fertigkeiten führt zu einer schnelleren Entlassung der Patienten aus der Klinik (Benton & Schroeder, 1990; Mann et al., 1993). In Bezug auf die Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsraten oder die Psychopathologie sind die Untersuchungsergebnisse jedoch widersprüchlich. Sollen sich hier die Trainingsprogramme stärker auswirken, sind sie offenbar längerfristig, d.h. mindestens ein halbes bis ein Jahr lang und mit wiederkehrenden Auffrischungssitzungen durchzuführen (Penn & Mueser, 1996). Schwerer beeinträchtigte Patienten beanspruchen ausserdem erheblich mehr Zeit für den Erwerb einzelner sozialer Fertigkeiten, besonders solche mit einer überdauernden Negativsymptomatik. Dies wird mit einer stark ausgeprägten Anhedonie und Apathie sowie mit dem eingeschränkten kognitiven Leistungsvermögen dieser Patienten in Verbindung gebracht (Kopelowicz, Liberman, Mintz & Zarate, 1997; Liberman, Kopelowicz & Young, 1994). In einer Re-Analyse der Daten aus verschiedenen Studien zum IPT konnten allerdings keine Auswirkungen der Negativsymptomatik auf die Wirksamkeit des Programms festgestellt werden (Brenner, Hodel & Merlo, 1991).

Zum Training sozialer Fertigkeiten in der von Liberman und Mitarbeitern entwickelten Form liegen inzwischen mehrere Untersuchungen vor. So überprüfte die Arbeitsgruppe die Wirksamkeit ihres Therapieprogramms zum Training sozialer Fertigkeiten, indem sie es mit einer ganzheitlichen Gesundheitstherapie zur Erhöhung des physischen und psychischen Wohlbefindens verglich (Liberman, Massel & Wallace, 1986; Liberman & Wallace, 1990). Beide Behandlungen dauerten neun Wochen und umfassten tägliche Gruppensitzungen sowie eine einmal wöchentlich durchgeführte behaviorale Familientherapie. Die Resultate zeigen, dass die Patienten, welche das Training sozialer Fertigkeiten absolviert hatten, bedeutend mehr soziale Fertigkeiten erwarben als die Patienten der Kontrollgruppe. Diese Differenz zugunsten des Fertigkeitstrainings nahm bis zum Katamnesezeitpunkt nach zwei Jahren weiter zu. Die erworbenen sozialen Fertigkeiten wurden von den Patienten zudem längerfristig bewahrt und auf Alltagssituationen übertragen. Die Patienten aus dieser Gruppe waren auch sozial besser integriert, zeigten weniger Krankheitssymptome und befanden sich ausserdem deutlich weniger lang in stationärer Behandlung als die Patienten der

Vergleichsbedingung. Für die Rückfall- und Rehospitalisierungsraten fand sich nach zwei Jahren ebenfalls ein Vorteil zugunsten des Fertigkeitstrainings. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Im Hinblick auf die Neigung schizophrener Erkrankter, auf Überstimulation empfindlich zu reagieren, wurde auch die Frage geprüft, ob das Training sozialer Fertigkeiten während der Trainingsphasen unerwünschte Nebenwirkungen auf die Patienten hatte. Tatsächlich zeigten sie unter dieser Behandlungsbedingung nach zweiwöchigem Training höhere Werte im Hinblick auf Angst und Wahnvorstellungen. Diese Effekte waren aber vorübergehender Natur; nach Beendigung der neunwöchigen Trainingsphase ergaben sich in beiden Behandlungsgruppen statistisch bedeutsame psychopathologische Verbesserungen. Im Rahmen einer Multicenterstudie wurden die drei Module „Freizeitaktivitäten“, „Persönliche Hygiene“ und „Umgang mit Medikamenten“ mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen (Wallace, Liberman, MacKain, Blackwell & Eckman, 1992). Von den 126 psychiatrisch erkrankten Patienten, davon 91% mit der Diagnose Schizophrenie, wurden 108 Patienten mit einem viermonatigen Trainingsprogramm zu sozialen Fertigkeiten behandelt. Es zeigten sich unabhängig vom jeweiligen Behandlungsthema signifikante Unterschiede zwischen den Prä- und Postmessungen der in den Modulen vermittelten Fertigkeiten, welche auch nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr noch festzustellen waren. In der Kontrollgruppe dagegen traten solche Unterschiede nicht auf. Eckman et al. (1992) gingen in ihrer Studie der Frage nach, ob schizophrene Erkrankte die mit den Modulen vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten längerfristig nutzen können. Sie untersuchten 41 männliche Patienten mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 14 Jahren, die randomisiert entweder ein sechsmonatiges Training sozialer Fertigkeiten (mit den Modulen „Umgang mit Medikamenten“ und „Symptommanagement“) oder eine supportive Gruppentherapie erhielten. Bei den Patienten der Trainingsgruppe erhöhte sich das Wissen und die Auftretensrate der vermittelten Verhaltensfertigkeiten um 35%, während bei der Kontrollgruppe nur eine fünfprozentige Zunahme zu beobachten war. Unabhängig vom Ausmass der Psychopathologie der Teilnehmer konnte dieser Effekt auch nach einem Katamnesezeitraum von zwölf Monaten noch nachgewiesen werden. Weiterhin generalisierte er auf das klinikexterne Milieu und bewirkte dort signifikante Verbesserungen im persönlichen Wohlbefinden, in sozialen Aktivitäten und in interpersonellen Kontakten.

In zwei weiteren Untersuchungen, in denen die Wirksamkeit eines Trainings sozialer Fertigkeiten mit einem milieuthérapeutischen Ansatz (Dobson, McDougall, Busheikin & Aldous, 1995) bzw. mit einer sogenannten Diskussionsgruppe (Hayes, Hal-

ford & Varghese, 1995) verglichen wurde, zeigte sich die Überlegenheit der experimentellen Behandlungsbedingungen jeweils bezüglich dem Erwerb sozialer Fertigkeiten, nicht aber bezüglich der Rückfallraten und der Psychopathologie. Zwar wurde in der Studie von Dobson und Mitarbeitern (1995) am Ende der Therapie ein therapeutischer Vorteil des Trainings sozialer Fertigkeiten hinsichtlich der Negativsymptomatik festgestellt. Er war aber sechs Monate nach der Behandlung nicht mehr nachzuweisen. Allerdings dauerte die Therapie in dieser Untersuchung nur neun Wochen.

In Studien, bei denen sich das Training sozialer Fertigkeiten über mindestens ein Jahr erstreckte, zeigte es deutlich grösseren klinischen Nutzen (Hogarty et al., 1986, 1991; Marder et al., 1996). Die sehr umfassende und oft zitierte Untersuchung von Hogarty et al. (1986, 1991) vergleicht drei Experimentalbedingungen, das Training sozialer Fertigkeiten, Familientherapie und eine Kombination dieser beiden Methoden, mit einer Standard-Kontrollgruppe. Nach dem ersten Behandlungsjahr finden sich sowohl für das Training sozialer Fertigkeiten wie für die Familientherapie, vor allem aber für die Kombination beider Ansätze gegenüber der nur neuroleptisch behandelten Kontrollgruppe signifikant tiefere Rückfallraten. Während bei der kombinierten Therapie kein Patient einen Rückfall erlitt, betrugen die Rückfallraten beim Training sozialer Fertigkeiten und bei der Familientherapie je ca. 20%, bei der Kontrollgruppe aber 38%. Zum Zeitpunkt des zweiten Follow-up nach zwei Jahren fiel dieser Effekt bei den Patienten mit Familientherapie und mit kombinierter Therapie etwas geringer aus, bei jenen Patienten, die nur am Fertigkeitstraining teilgenommen hatten, war er fast gänzlich verschwunden. In der Untersuchung von Marder et al. (1996) wurde das Training sozialer Fertigkeiten mit einer supportiven Gruppentherapie verglichen. Die Patienten, die am Fertigkeitstraining teilgenommen hatten, konnten die erworbenen Fertigkeiten für mindestens ein Jahr beibehalten und übertrugen sie teilweise auch auf ihren Alltag. Zum Follow-up-Zeitpunkt nach zwei Jahren hatte das Training sozialer Fertigkeiten gegenüber der supportiven Gruppentherapie bei den Patienten zudem eine deutlich bessere soziale Anpassung bewirkt. Kein Unterschied fand sich aber hinsichtlich der Krankheitssymptomatik.

Die klinische Effektivität des „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophren Erkrankte, IPT“ (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) wurde in einer Reihe kontrollierter Therapiestudien durch mehrere Arbeitsgruppen in verschiedenen Behandlungssettings untersucht. Frühe Übersichten dazu finden sich bei Mussgay und Olbrich (1988) sowie Theilemann und Peter (1994). Die Wirksamkeit des Programms kann besonders in

Bezug auf eine Verbesserung kognitiver Dysfunktionen als gesichert betrachtet werden. So wurden vor allem bei elementaren kognitiven Funktionen immer wieder signifikante Therapieeffekte nachgewiesen. Hinsichtlich komplexerer kognitiver Prozesse fielen die Ergebnisse jedoch uneinheitlich aus (Brenner, Hodel, Genner, Roder & Corrigan, 1992). Der Einfluss des Programms auf die soziale Anpassung und die Krankheitssymptomatik ist aufgrund der heterogenen Ergebnislage ebenfalls noch nicht abschliessend zu beurteilen (Brenner & Pfammatter, 1998). Dies hat mehrere Gründe. Ausgehend vom theoretischen Fokus der Pervasivitätshypothese wurde in vielen Studien versucht, Fragestellungen zu klären, die in erster Linie kognitive bzw. psychopathologische Erfolgsmasse zur Beurteilung möglicher Therapieeffekte erforderlich machten und wenig Gewicht auf die Erfassung von Veränderungen im sozialen Bereich legten (Brenner, Hodel, Kube & Roder, 1987). Andererseits evaluierten mehrere Untersuchungen nicht das Gesamtprogramm, sondern konzentrierten sich auf die Überprüfung spezifischer Effekte der kognitiven Anteile. So wurden häufig entweder nur einzelne (vorwiegend die beiden ersten) Stufen des IPT in die Studien miteinbezogen, oder das therapeutische Vorgehen wurde nicht unerheblichen Veränderungen unterworfen (Bender et al., 1987; Hermannutz & Gestrich, 1987; Kraemer, Sulz, Schmid & Lässle, 1987; Funke, Reinecker & Commichau, 1989; Heim, Wolf, Göthe & Kretschmar, 1989; Olbrich & Mussgay, 1990). Gegenstand der Untersuchungen waren dabei z.B. das genaue Wirkprofil der kognitiven Unterprogramme, spezifische Wechselwirkungen kognitiver und sozialer Therapiekomponenten, die Stabilität von kognitiven Therapieeffekten sowie die Indikation der kognitiven Teile des IPT (Roder, Zorn, Keppeler & Brenner, 1996). Es zeigte sich, dass rein kognitive Interventionen nur wenig direkten Einfluss auf Verbesserungen im sozialen Kompetenzbereich haben (Funke, Reinecker & Commichau, 1989; Kraemer, Sulz, Schmid & Lässle, 1987; Kraemer, Zinner & Möller, 1991; Roder, 1990; Roder & Kienzle, 1991). Die Annahme pervasiver Wirkungen kognitiver Funktionen auf die Verhaltensebene konnte somit nicht bestätigt werden (Brenner, Hodel & Giebeler, 1995). Es scheint, dass eine Verbesserung kognitiver Dysfunktionen zwar eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung für sozial kompetentes Verhalten ist. Trotz dieser Vorbehalte kommt eine erste Metaanalyse zum IPT (Müller, Roder & Brenner, 2003), welche 26 Evaluationsstudien der letzten 27 Jahre mit 1246 Patienten einbezieht, insgesamt zum Schluss, dass die IPT-Gruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen einen grösseren globalen Therapieeffekt über alle erhobenen Variablen zeigen, und dass ihre Überlegenheit im Verlauf einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 8,7 Monaten weiter zunimmt. Vergleichbar hohe Effekte lassen sich dabei in verschiedenen Funktionsbereichen

(kognitive Fähigkeiten, Sozialverhalten und Psychopathologie) nachweisen. Voraussetzung für diese Effekte scheint allerdings eine minimale Therapieintensität von mindestens zwei Sitzungen pro Woche zu sein. Eine weitere, kürzlich publizierte Metaanalyse über 28 unabhängige Evaluationsstudien (Müller, Roder & Brenner, 2007), die während der letzten 24 Jahre von Arbeitsgruppen aus 8 Ländern mit insgesamt 1329 schizophrenen Patienten durchgeführt wurden, bestätigte diese Ergebnisse. Die IPT-Gruppen zeigen einen signifikant höheren mittleren Therapieeffekt gegenüber den Kontrollgruppen, und ihre Überlegenheit nimmt im Verlauf einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 8,1 Monaten weiter zu. Die Ergebnisse belegen weiter, dass die Patienten unabhängig von Krankheits-, Rehabilitationsstatus und Therapiesetting vom IPT profitieren.

Es ist anzunehmen, dass die teilweise eindrucklichen Ergebnisse zur Wirksamkeit der neueren Therapieprogramme zu sozialen Fertigkeiten, ihre bessere Generalisierung und die etwas grössere Dauerhaftigkeit der Effekte auf die weiterentwickelte Methodik dieses Trainingsansatzes zurückzuführen sind. Zu nennen sind hier vor allem der Einbezug des Ansatzes der sozialen Wahrnehmung und des kognitiven Problemlösens, Techniken des Überlernens durch wiederholte Übung, Hausaufgaben und vermehrte In-vivo-Übungen sowie eine wesentlich längere Dauer der Behandlung. Soziale Fertigkeiten lassen sich zudem am besten über themenspezifische, die Patienten motivierende, alltagsnahe Therapieangebote verbessern (Lieberman & Wallace, 1990). So lässt sich in jüngster Zeit eine Tendenz hin zu Trainingsprogrammen feststellen, die auf bestimmte, eng umrissene Fertigkeitsbereiche fokussieren, denen für die soziale Reintegration besondere Bedeutung zugeschrieben wird. Zu diesen rehabilitativen Hauptproblembereichen schizophrener Erkrankter gehören Wohnen, Arbeit und Freizeit. Erhebliche Funktionseinbußen in diesen drei Bereichen sind in der Literatur durch prospektive und retrospektive Langzeitstudien seit langem empirisch gut belegt (Überblicksarbeiten bei Angst, 1988; McGlashan, 1988). Aus klinischer Sicht ist die Bedeutung dieser drei Bereiche für eine erfolgreiche Rehabilitation immer wieder hervorgehoben worden (Albers, 1998; Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999; Brenner, Junghan & Pfammatter, 2000; Buchkremer & Böser, 1995; Deister, 1993; Frey, 2000; Gmür, 1991; Kalousek & Rudas, 1991; Lieberman et al., 1993; Olbrich, 1995). Sie werden auch von Betroffenen am häufigsten als prioritär genannt (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002). Die im amerikanischen Sprachraum verbreiteten Therapiemodule der Arbeitsgruppe um Lieberman (Lieberman et al., 1993) umfassen zwar auch die Bereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit. Diese sind jedoch auf europäische Verhältnisse

kaum übertragbar, da sie stark mit den kulturellen Besonderheiten des angloamerikanischen Raumes verbunden sind (Roder, Jenull, Brenner & Zorn, 1996). Deshalb wurden von Roder und Mitarbeitern drei neue, an den europäischen Kulturraum angepasste Therapieprogramme (WAF-Programme) für die Bereiche Wohnen (Keppler & Roder, 2002), Arbeit (Zorn & Roder, 2002) und Freizeit (Mayer & Roder, 2002) entwickelt, mit dem Ziel, sie auf einer entsprechenden empirischen Basis als Teil der Standardversorgung schizophrener Patienten nutzbar zu machen. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Bereich Wohnen. Nachfolgend wird zuerst auf die Bedeutung rehabilitativer Massnahmen im Wohnbereich eingegangen. Anschliessend erfolgen eine Beschreibung des neu konzipierten Therapieprogramms zur Wohnrehabilitation und die Darstellung seiner Evaluation.

3. Die Rehabilitation schizophren Erkrankter im Wohnbereich

In den beiden vorangegangenen Kapiteln des theoretischen Teils wurden die allgemeinen Grundlagen dargestellt, auf denen das neu konzipierte Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation von schizophren Erkrankten basiert, d.h. die neueren Entwicklungen und Erkenntnisse zu Diagnostik und Ätiologie der Schizophrenie sowie die daraus abgeleiteten Ansätze zur Therapie auf den verschiedenen Störungsebenen. Im 3. Kapitel sollen nun besonders relevante Aspekte für die Rehabilitation im Wohnbereich referiert werden. Nach einem einleitenden Abschnitt über Definition und Ziele der Rehabilitation wird zuerst die soziale Situation schizophrener Menschen dargelegt, gefolgt von einem Überblick zur Lebensqualität während der verschiedenen Phasen der Krankheit. Anschliessend werden die tief greifenden Veränderungen beschrieben, die der Reformprozess in der Psychiatrie mit seiner Neuorganisation der Versorgung für schizophrene Menschen gebracht hat. Die Verkleinerung der grossen Kliniken und der gleichzeitige Ausbau gemeindenaher Institutionen und Dienste gaben den Anstoss zur Rehabilitation und Normalisierung ihres Lebensalltags. Zum Abschluss werden die verschiedenen, neu entstandenen Einrichtungen zur Wohnrehabilitation vorgestellt und in einem Überblick die wichtigsten Studien zu ihrer Effektivität besprochen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die besonderen methodologischen Probleme und Limitationen der Versorgungsforschung hingewiesen. Als Überleitung zum anschliessend evaluierten Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich werden generelle Prinzipien, methodologische Gesichtspunkte und mögliche Fehlerquellen dargelegt, die bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Wirksamkeitsunter-

suchungen im Bereich der Therapie- und Rehabilitationsforschung von Bedeutung sind.

3.1 Definition und Ziele der Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation stammt ursprünglich aus dem römischen Recht, wo er die Wiedereinsetzung in den früheren Rechtsstand durch nachträgliches Beweisen der Unschuld bezeichnete. Im Mittelalter erlangte er in Zusammenhang mit dem feudalen und militärischen Ehrenkodex (Duellordnung), eine herausragende Bedeutung. Im medizinischen Kontext wird er erstmals während des Ersten Weltkriegs verwendet (vor allem in der Orthopädie) und ab den 50er Jahren im Bereich der gesamten Sozialmedizin (Gmür, 1991). Hier wird Rehabilitation heute als die Gesamtheit aller Massnahmen medizinischer, pädagogischer, beruflicher, psychologischer und sozialer Art definiert, die erforderlich ist, um chronisch physisch oder psychisch Kranken oder Behinderten die bestmöglichen körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen zu schaffen. Diese sollen sie befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft, im Berufs- wie im Privatleben zu behalten oder wiederzuerlangen (Roche Lexikon Medizin, 1998).

Die Rehabilitation schizophrener Menschen bleibt trotz enormer Fortschritte bei der Entwicklung nebenwirkungsärmerer, sogenannter atypischer Neuroleptika (mit spezifischen Vorteilen für Kognition und Negativsymptomatik) eine grosse Herausforderung. Im Lauf der Jahre hat sich die Vorstellung von erfolgreicher Rehabilitation stetig ausgeweitet: War ursprünglich die Reduktion der Positivsymptomatik der Massstab einer guten Behandlung und Rehabilitation, wurden in den 80er Jahren die Negativsymptomatik und in den 90er Jahren kognitive Funktionsstörungen Ziele therapeutischer und rehabilitativer Interventionen. Zudem zeigte sich ein Wandel im Verständnis von Behandlung und Rehabilitation schizophrener Störungen. Dieser Konzeptwandel kann auf vier Ebenen angesiedelt werden: Die Reduktion von Behandlungserfolg auf pharmakologisch erfolgreiche Symptomsuppression und Rückfallprophylaxe wurde überwunden, der Patient wird jetzt als Subjekt der Rehabilitation und nicht mehr als Objekt identifiziert, die Rehabilitationsansätze wurden individualisiert und der zeitliche und situative Kontext rehabilitativer Massnahmen wird vermehrt berücksichtigt. Damit ist die Rehabilitation schizophrener Menschen heute so vielgestaltig wie der individuelle Krankheitsverlauf, die Verfügbarkeit bestimmter Behandlungs- und Rehabilitationsmassnahmen in bestimmten Behandlungssettings und die häufig im Erkrankungsverlauf sehr wechselnde Bereitschaft des Patienten,

sich darauf einzulassen (Vauth & Riecher-Rössler, 2004). Aufgrund der Zuständigkeit der Kostenträger unterscheidet man zwischen medizinisch-psychiatrischer Rehabilitation (Krankenkassen), beruflicher Rehabilitation (Invalidenversicherung) und sozialer Rehabilitation (beide Kostenträger). Nach den Behandlungssettings wird zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation differenziert. Allerdings überlappen sich die verschiedenen Bereiche zum Teil stark (z.B. Verbesserung sozialer Kompetenz, Arbeit oder Freizeit), sie müssen oft zeitlich parallel behandelt werden und lassen sich zumeist nicht in eine starre Abfolge fester Schritte bringen.

Am Beginn der individuell vorzunehmenden Rehabilitationsplanung stehen immer die gemeinsame Erarbeitung von Rehabilitationszielen, die der Patient als subjektiv bedeutsam erlebt, eine Analyse möglicher Hindernisse bei der Erreichung dieser Ziele sowie eine Sammlung der Ressourcen des Patienten. Allgemeine Ziele der Rehabilitation von schizophren Erkrankten sind, neben der Aufrechterhaltung der Symptombesserung über einen möglichst langen Zeitraum, die Erhaltung von sozialer und instrumenteller Rollenkompetenz während der Krankheit bzw. die mittel- oder langfristige Wiedererlangung von Fähigkeiten, die durch die Krankheit beeinträchtigt worden sind, aber auch die Entwicklung und Förderung solcher Fähigkeiten, die ersatzweise an die Stelle verlorener oder behinderter Fähigkeiten treten können. Damit soll einer möglichen gesellschaftlichen Ausgrenzung als Folge der Erkrankung entgegengewirkt und das Abgleiten in Armut und soziales Elend verhindert werden. Durch die Rehabilitation wird angestrebt, dem Betroffenen nicht nur das persönlich erreichbare Mass an Gesundheit oder Erwerbsfähigkeit, sondern auch gesellschaftliche Integration, berufliche Akzeptanz, Autonomie und Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugeben (Häfner, 2005).

Grundsätzlich geht die Rehabilitation von schizophren erkrankten Menschen von einem vierstufigen Modell aus, das sich mit den Aspekten impairment, disability und handicap an die WHO-Definition von Behinderung anlehnt (Lieberman, 1994a). Nach dem aktuellen Krankheitsverständnis der Schizophrenie repräsentieren psychobiologische Anomalien im Zentralnervensystem, welche das Substrat kognitiver, attentionaler und autonomer Funktionsdefizite darstellen und mit Störungen der Regulation von Erregungs- und Informationsverarbeitungsprozessen einhergehen, die Pathologie des Betroffenen. Zu den daraus folgenden psychischen Beeinträchtigungen (impairments) gehören z.B. formale oder inhaltliche Denkstörungen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, inkohärentes Sprechen, erhöhte Ablenkbarkeit sowie Apathie und Anhedonie. Wenn diese psychischen Beeinträchtigungen bei einem Erkrankten eingeschränkte soziale Rollenleistungen zur Folge haben, wird von

funktioneller Einschränkung (disability) gesprochen. Damit ist gemeint, dass ein Mensch die an ihn gestellten Rollenerwartungen und Aufgaben in einem bestimmten sozialen Umfeld nur noch teilweise oder gar nicht mehr erfüllen kann. Dazu gehören z.B. verringerte Fertigkeiten in der Sorge um sich selber (Körperpflege, Essgewohnheiten, Kleidung, Haushalt), sozialer Rückzug oder eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das vierte Element im Rehabilitationsmodell sind die sozialen Beeinträchtigungen (handicaps), welche dann vorliegen, wenn Betroffene durch ihre psychische Störung ihren Mitmenschen gegenüber benachteiligt sind, etwa durch Stigmatisierung oder Diskriminierung. Auf jeder Stufe des Rehabilitationsmodells ergibt sich ein bestimmter Schwerpunkt für die zu ergreifenden Massnahmen. Ein auffallendes Merkmal schizophrener Erkrankungen ist jedoch die grosse Variabilität der Erscheinungsformen, bedingt durch die Wechselwirkungsprozesse zwischen den Faktoren Vulnerabilität, Stress, Bewältigung und Kompetenz. Dies erfordert eine sorgfältige, auf den Einzelfall abgestimmte Planung der Rehabilitationsmassnahmen. Zusätzlich müssen subjektiv bedeutsame Lebensziele des Patienten identifiziert und das Vertrauen in deren Erreichbarkeit gestärkt werden. Konsequenterweise wird der Patient daher als aktiver Mitgestalter von Behandlung und Rehabilitation und als Co-Experte seiner Erkrankung gesehen. Compliance bei der Inanspruchnahme psychopharmakologischer und psychosozialer Behandlungsmassnahmen wird nicht nur als passives Empfangen von Hilfeleistungen begriffen. Der Rehabilitationsplan wird vielmehr als Ergebnis eines Aushandelns zwischen Patient und Rehabilitationsteam aufgefasst mit dem Ziel eines informed consent. Ein gutes therapeutisches Arbeitsbündnis hat erste Priorität. Die heutige Behandlung und Rehabilitation schizophrener Störungen erfordert somit viel mehr als eine Stufenplanung auf der Basis vorhandener Funktionsdefizite bzw. sogenannter Restsymptome (Giebeler & Brenner, 1997).

Zeitlich betrachtet lässt sich vor der eigentlichen Rehabilitation eine Phase der Frührehabilitation abgrenzen, die im optimalen Fall bereits in der Prodromalphase und vor Ausbruch der ersten Episode einsetzt. Sie hat zum Ziel, die in dieser frühen Phase bereits auftretenden kognitiven Leistungseinbussen und sozialen Behinderungen und ihre Folgen zu verhindern oder zu verringern. Funktionsdefizite und die auf sie reagierenden Verhaltensmuster sind viel schwerer zu beeinflussen, wenn sie sich über längere Zeit etabliert haben und zum Bestandteil der Lebensführung geworden sind. Ähnliches gilt für die sozialen Folgen. Der eigentliche Rehabilitationsprozess beginnt unmittelbar im Anschluss an die Remission einer akuten Krankheitsepisode, die meist mit sozialen und beruflichen Einbussen einhergegangen ist. Er umfasst drei Phasen, die sich teilweise überlappen und wiederholen, solange der Erkrankte pro-

fessionelle Hilfe benötigt. Die Beurteilungs- und Planungsphase wird bestimmt durch umfassende Abklärungen auf symptomatischer, funktionaler und Ressourcenebene. Die Evaluation liefert Informationen über die Psychopathologie, kognitive und soziale Defizite, aber auch über die noch bestehenden Fertigkeiten und Kompetenzen. Es sind sowohl eine medizinisch-psychiatrische Diagnose als auch eine Beurteilung des Sozialverhaltens erforderlich, um für den Erkrankten neben der meist benötigten medikamentösen Behandlung ein angemessenes und wirksames psychosoziales Therapieprogramm zu planen und durchzuführen. Die genaue Bestimmung von Beeinträchtigungen und Behinderungen erlaubt es zudem, hinsichtlich der bestehenden Probleme Prioritäten zu setzen und spezifische Ziele zu formulieren, wobei die Betroffenen so stark wie möglich in den Entscheidungsprozess einbezogen werden sollten. Subjektiv bedeutsame Lebensziele des Patienten müssen identifiziert und das Zutrauen in deren Erreichen (Selbstwirksamkeit) gestärkt werden. In der anschließenden Interventionsphase dient der Rehabilitationsplan dazu, die Fertigkeiten und Kompetenzen der Erkrankten zu vermehren und zu verbessern oder Defizite abzubauen. So können z.B. fortbestehende neurokognitive Dysfunktionen mittels kognitiver Trainingsverfahren beeinflusst werden. Defizite im Sozialverhalten werden mit einem Training zum Aufbau sozialer Fertigkeiten verringert und die Selbstkompetenz durch Therapieangebote zur Krankheits- und Belastungsbewältigung gestärkt. Den sozialen Beeinträchtigungen wie Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit oder fehlende Sozialkontakte kann mit entsprechenden Förderprogrammen, z.B. mit Arbeitstherapie, einem Training beruflicher Fertigkeiten und Freizeitclubs für Patienten oder mit Gemeindeunterstützungsprogrammen wie Tagesstätten, betreutem Wohnen und geschützten Arbeitsplätzen begegnet werden. Die medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Rehabilitationsmassnahmen werden in stationären, teilstationären oder ambulanten Einrichtungen erbracht. Schliesslich liefert die dritte Phase im Rehabilitationsprozess, die Verlaufskontrolle, allen Betroffenen Informationen über den Stand der Rehabilitation und ermöglicht es zu überprüfen, inwieweit die durchgeführten Methoden auch tatsächlich zu den erwünschten Effekten führen. Falls Hindernisse, Anzeichen von Misserfolg oder Stagnation im Rehabilitationsprozess auftreten, müssen Entscheidungen und Massnahmen der früheren Stufen revidiert bzw. korrigiert werden.

Wenn aber die funktionelle Wiederherstellung durch anhaltende kognitive Defizite oder produktive Symptome begrenzt bleibt, müssen die Rehabilitationsbemühungen darauf abzielen, dem schizophren Erkrankten zu alternativen kompensatorischen Fertigkeiten und einem angemessenen Lebensumfeld zu verhelfen. So erfordern

Residualzustände bei chronischen Patienten, dass die Tatsache der Störung akzeptiert wird und neue, näher liegende Ziele definiert werden. Sie müssen sich an dem Funktionsniveau orientieren, das realistisch als erreichbar angesehen werden kann. Lernen, mit den Symptomen der Erkrankung umzugehen, die Medikamente entsprechend der Verordnung einzunehmen und nötigenfalls professionelle Ressourcen zu nutzen, werden hier zu wichtigen Zielen der Rehabilitation. Falls eine berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich ist, benötigen die Erkrankten Unterstützung bei der Suche nach alternativen sinnvollen Aktivitäten, sozialen Kontakten und bei der Strukturierung ihres Tagesablaufs, um einer fortschreitenden Chronifizierung vorzubeugen. Krüger, Piesch, Thoma und Schmidt-Michel (1994) stellen in diesem Zusammenhang folgende, den Chronifizierungsprozess fördernde Faktoren zusammen: Übernahme der Patientenrolle ohne weitere Rollenalternativen, „befriedigende“ Krankheitserklärungen seitens der professionellen Helfer (z.B. Vererbung, hirnorganische Störung), subjektlose Sprache im Klinikalltag, Fremdbestimmung oder Tradierung von Eindrücken. Ebenso machen Krisor und Pfannkuch (1996) auf die schädliche Wirkung der Vermittlung einer Klinik als Lebensbegleiterin aufmerksam.

Durch die grosse Variabilität der Erscheinungsformen schizophrener Erkrankungen ergibt sich ein ebenso unterschiedlicher zeitlicher Rehabilitationsbedarf. Er kann auf mehrere Monate begrenzt bleiben, wenn es nur um die Bewältigung aktueller Krankheitsfolgen ohne ernsthafte Behinderung geht, beispielsweise um Hilfen für den Wiedereinstieg in den Beruf, Unterstützung nach einer Partnerschaftskrise oder bei einem Schulwechsel. In den meisten Fällen deutlicher kognitiver und sozialer Behinderungen mit sozialen Folgen ist jedoch mit einem wesentlich länger andauernden, in einzelnen schwer chronifizierten Fällen mit einem lebenslangen Rehabilitations- und Unterstützungsbedarf zu rechnen.

3.2 Zur sozialen Situation schizophrener Erkrankter

Von den schweren und beeinträchtigenden Symptomen der Schizophrenie hat keines gravierendere Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation als die tief greifende Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Fähigkeiten. Der Mangel an sozialer Kompetenz verursacht auch ausserhalb akuter Krankheitsepisoden grosse Schwierigkeiten und trägt wesentlich zu den von vielen Patienten erfahrenen Einbussen an Lebensqualität und zu sozialer Isolation bei. Lange Zeit wurden soziale Interaktionen im Zusammenhang mit schizophrenen Erkrankungen einerseits unter Zuhilfenahme

soziodemographischer Daten wie Familienstand, Schulbildung und Beruf, andererseits mit Hilfe sozialer Konstrukte wie z.B. der sozialen Schicht untersucht. Zwar konnten auf diese Weise in einer Reihe von Studien die sozialen Konsequenzen schizophrener Störungen im beruflichen oder familiären Bereich dargestellt werden, doch war das Bild, welches von den sozialen Interaktionen schizophrener Erkrankter entstand, relativ grob und statisch (Hirschberg, 1988). Durch das Konzept des sozialen Netzwerks, welches ursprünglich von Kulturanthropologen zur Untersuchung sozialer Gruppenstrukturen entwickelt worden war, erhielt die empirische Erforschung der sozialen Situation schizophrener Erkrankter neuen Auftrieb.

Die Analyse eines persönlichen Netzwerks wird mit dem Ziel durchgeführt, Aufschluss über die Struktur der sozialen Interaktionen eines Individuums, der „fokalen Person“ (Hirschberg, 1988, S. 84) zu erhalten. Das persönliche Netzwerk konstituiert sich durch die direkten Beziehungen der fokalen Person zu anderen Individuen sowie durch die Beziehungen dieser Individuen untereinander. Bei der empirischen Analyse der Struktur sozialer Netzwerke werden soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand etc.), morphologische Netzwerkcharakteristika (Grösse und Dichte des sozialen Netzwerks, Stellung der fokalen Person im Netzwerk, Zahl und Grösse von Untergruppen etc.) sowie interaktionelle Charakteristika (Zahl der Sozialkontakte, Reziprozität, Umfang und Intensität der Kontakte etc.) erfasst. Die Literaturübersicht zeigt, dass das Netzwerk schizophrener Erkrankter, gemessen an gesunden Personen, aber auch an anderen psychiatrischen Patienten wie Suchtkranken oder Patienten mit depressiven Syndromen, signifikant kleiner ist. Bei einem chronischen Verlauf der Erkrankung wird eine Tendenz zur weiteren Verarmung des Netzwerks beobachtet (Angermeyer & Lammers, 1986; Ibes & Klusmann, 1989). Der Anteil der Familienangehörigen am Netzwerk schizophrener Erkrankter ist dabei vergleichsweise gross, die Zahl externer, die Familiengrenzen überschreitender Beziehungen entsprechend gering (Angermeyer, 1989). Mit zunehmender Krankheitsdauer werden solche ausserfamiliären Beziehungen fast ausschliesslich mit Mitpatienten oder Angehörigen anderer gesellschaftlicher Randgruppen geschlossen (Angermeyer & Lammers, 1986). So leben nach einer Studie von Ibes und Klusmann (1989) mehr als zwei Drittel der chronisch schizophrenen Patienten in einer überwiegend aus anderen psychiatrischen Patienten und berufsmässigen Helfern zusammengesetzten sozialen Welt. Hinsichtlich des Familienstandes zeigen verschiedene Studien, dass schizophrene Patienten signifikant häufiger ledig sind als altersgleiche Personen aus der Allgemeinbevölkerung (Häfner & an der Heiden, 1985; Nanko & Moridaira, 1993; Wittmann, Bottlender, Nennhuber, Strauss & Möller, 2000), wobei

die Dominanz der Ledigen bei männlichen Schizophrenen noch ausgeprägter ist als bei weiblichen (Müller et al., 1998; Scharfetter, 1983). Nach der Erstmanifestation der Erkrankung heiraten nur noch wenige Patienten, während der Anteil der Geschiedenen deutlich zunimmt (Müller, Günther & Lohmeyer, 1986). Weiterhin wohnen ca. 30% der schizophren Erkrankten zum Zeitpunkt der Erstbehandlung allein (Hirschberg, 1988), und ca. 50% leben zum gleichen Zeitpunkt noch in der Primärfamilie (Müller, Günther & Lohmeyer, 1986). Auch im weiteren Verlauf ändert sich kaum etwas daran, dass die meisten Patienten allein oder bei den Eltern wohnen, lediglich die Rate der in einer betreuten Wohnform Lebenden nimmt leicht zu (Hirschberg, 1988). Viele schizophren Erkrankte bleiben bis in ein höheres Alter ungewöhnlich eng an ihre Familienangehörigen, meist die Eltern, gebunden. Andere haben ausdrücklich mit der Herkunftsfamilie gebrochen und unterhalten relativ umgrenzte Beziehungen zu einem verstreuten Bekanntenkreis (Ibes & Klusmann, 1989).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Netzwerkforschung im Schizophreniebereich ist der Befund, dass die Interaktionen schizophrener Patienten nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von denen gesunder Personen abweichen. So verfügen schizophren Erkrankte selten über multiplexe Beziehungen, d.h. Beziehungen, die gleichzeitig mehrere Bereiche umfassen, wie z.B. die Bereitstellung emotionaler und instrumenteller Unterstützung. Ihre Beziehungen sind zudem häufig asymmetrisch oder durch starke Ambivalenz gekennzeichnet, und es mangelt ihnen an Reziprozität. Meist leben die Betroffenen, insbesondere männliche Patienten, dabei in einseitiger Abhängigkeit von den Eltern oder von anderen zentralen Personen, auf deren Hilfe sie angewiesen sind (Angermeyer, 1989). Generell erweisen sich die zwischenmenschlichen Beziehungen schizophrener Menschen als überdurchschnittlich störanfällig, die ausserfamiliären Beziehungen häufig auch als sehr kurzlebig (Beels, Gutwirth, Berkeley & Struening, 1984; Pattison & Pattison, 1981).

Der Zusammenhang zwischen sozialem Netzwerk und schizophrener Krankheit kann aus zwei gegenläufigen Perspektiven betrachtet werden: Einerseits werden Beziehungsdefizite als bedeutsamer Faktor für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit interpretiert; andererseits stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die Erkrankung auf die sozialen Beziehungen hat. Die beiden Perspektiven schliessen sich jedoch gegenseitig nicht aus. Verschiedene Untersuchungen haben ergeben, dass schizophren Erkrankte bereits vor der Erstmanifestation der Psychose über weniger tragfähige Beziehungen und einen deutlich kleineren Bekanntenkreis verfügen als gesunde Personen, und dass sie zum Rückzug von der Umwelt tendieren bzw. im Beziehungsnetz der Herkunftsfamilie verharren (Isele & Angst,

1982; Maurer & Häfner, 1997; Müller, Günther & Lohmeyer, 1986). Schon während der Adoleszenz scheinen die später an Schizophrenie Erkrankenden im Vergleich zu ihren Altersgenossen in grösserer Isolation zu leben. Sie unterhalten bereits zu diesem Zeitpunkt seltener eine enge Beziehung zu einem anderen Menschen, fühlen sich häufiger einsam und bezeichnen sich öfter als Einzelgänger (Angermeyer, 1995; Dworkin, Lewis, Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1994). Die bereits bestehenden Beziehungsdefizite verschärfen sich dann noch im weiteren Verlauf der Krankheit (Dohrenwendt, Shrout, Link, Martin & Skodol, 1987). Angermeyer (1995) wirft in diesem Zusammenhang die Frage auf, wodurch solche Schrumpfungsprozesse der sozialen Netzwerke schizophrener Erkrankter bzw. deren soziale Isolation bedingt sind. Er vertritt die Meinung, dass sich darin eine autoprotektive Strategie der Betroffenen zeigt. Diese leiden unter einer Vielzahl neurokognitiver Dysfunktionen und ziehen sich deshalb aktiv von ihrer Umwelt zurück, um so der Gefahr der Überstimulierung durch Umweltreize zu entgehen. Die Einschränkung sozialer Kontakte wird somit als Versuch der Bewältigung krankheitsbedingter Defizite gesehen. Diese Annahme wird gestützt durch die Forschungsarbeiten zum Konzept der „Expressed Emotion, EE“ (Leff & Vaughn, 1985). So konnte empirisch belegt werden, dass intensives emotionales Überengagement, kritische Kommentare und Feindseligkeit der Angehörigen des Erkrankten die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls deutlich erhöhen (Bebington & Kuipers, 1994; Kavanagh, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, 1985; Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990). Es gibt auch empirische Belege dafür, dass der zunehmende Rückzug der schizophrener Erkrankten auf die erfahrene oder antizipierte Stigmatisierung durch die Umwelt und das Gefühl einer wachsenden Perspektivlosigkeit zurückzuführen ist (Angermeyer & Lammers, 1986; Müller et al., 1998).

Während die Bedeutung defizitärer sozialer Beziehungen bei der Genese schizophrener Störungen noch unklar ist, so gilt dies nicht für den Verlauf der manifest gewordenen Erkrankung. Die positiven Auswirkungen eines intakten Netzwerks auf die Weiterentwicklung der Krankheit sind empirisch gut belegt (Überblick bei Angermeyer, 1989). Trotz erheblicher methodischer Unterschiede kommen die Studien übereinstimmend zum Ergebnis, dass für Patienten, die über ein quantitativ und qualitativ intakteres soziales Unterstützungssystem verfügen, die Verlaufsprognose günstiger ist. Dies gilt besonders für die Frequenz und Dauer stationärer Aufenthalte sowie für das Rehospitalisierungsrisiko. Zudem bestätigen weitere Studien, dass Patienten mit einem grösseren und effizienteren sozialen Netzwerk eine höhere Lebensqualität angeben (Levitt, Hogan & Bucosky, 1990; Simpson, Hyde & Faragher, 1989). Allerdings kritisiert Raisch (1996) zu Recht, dass einige Autoren

von einer ausschliesslich positiven Wirkung von sozialen Beziehungen ausgehen, indem sie soziale Netzwerke mit sozialer Unterstützung gleichsetzen und die sich daraus ergebenden Belastungsfaktoren ausser Acht lassen.

Von weit reichender Bedeutung für die soziale Integration schizophrener Erkrankter ist ihre berufliche Situation. Diese verschlechtert sich nach der Erstmanifestation der Krankheit gravierend. Eine ältere Studie zeigt, dass die Arbeitslosenrate nach eineinhalbjähriger Krankheitsdauer von 30% auf 60% steigt (Häfner & an der Heiden, 1985). In einer kürzlich durchgeführten deutschen Multicenterstudie mit 364 schizophrenen Erkrankten mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren kann nur ein Drittel der Patienten den Lebensunterhalt selbst bestreiten, knapp die Hälfte ist dauerhaft (mit Frührente oder durch Langzeitarbeitslosigkeit) aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und wirtschaftlich von Familienangehörigen oder öffentlicher Unterstützung abhängig (Müller et al., 1998). Ebenfalls von einer überwiegenden Anzahl an Arbeitslosen unter den schizophrenen Erkrankten berichten Elbelt, Müller und Schaefer (1998). In den USA wird die Arbeitslosenrate bei schizophrenen Patienten gar auf 80% bis 90% geschätzt (Mueser, Salyers & Mueser, 2001). Die verschärfte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt und erhöhte berufliche Anforderungen benachteiligen schizophrene Erkrankte zusätzlich bei der Arbeitssuche. Dazu kommt, dass ohne Beschäftigung einem grossen Teil der Betroffenen verunmöglicht wird, mit Arbeitskollegen Kontakte zu knüpfen, was sich wiederum negativ auf das persönliche Netzwerk auswirkt (Wegner et al., 2000). Gleiches gilt auch für die sich aus der Arbeitslosigkeit ergebende Armut, indem vielen Erkrankten die finanziellen Mittel fehlen, um Orte der Geselligkeit zu besuchen und dort mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen (Mörchen, Ratajczak, Voigtländer & Fähndrich, 1992). Ebenfalls zur Isolation dürfte beitragen, dass die Erkrankten häufig nur in sozial desintegrierten Gebieten grosser Städte eine Wohnung finden, in denen die ökologischen Rahmenbedingungen für soziale Kontakte besonders ungünstig sind (Klusmann & Angermeyer, 1989). Eine neue Studie von Lögdberg, Nilsson, Levander und Levander (2004) zeigt, dass an diesen Orten durch die Angst vor Bedrohung und Kriminalität die Sozialkontakte schizophrener Erkrankter zusätzlich erschwert werden, wodurch ihre Vereinsamung noch gefördert wird.

3.3 Die Lebensqualität schizophrener Erkrankter

Die Lebensqualität ist keine direkt beobachtbare Grösse, sondern ein psychologisches Konstrukt (Bullinger, 1993). Es bezieht auch die Perspektive der Betrof-

fenen in Form einer subjektiven Bewertung von zentralen Aspekten des eigenen Lebens vor dem Hintergrund des soziokulturellen und gesellschaftlichen Umfeldes mit ein. Es ist umfassender als Belastungskonzepte, denn es versucht, die subjektive Gesamtsituation mit allen positiven und negativen Komponenten abzubilden (Kaiser, Priebe, Hoffmann & Isermann, 1996). Die WHO definiert Lebensqualität als „die subjektive Beurteilung der eigenen Lebenssituation im kulturellen Kontext vor dem Hintergrund der vorherrschenden Wertsysteme sowie im Zusammenhang mit den Zielen, Erwartungen und Normvorstellungen des Individuums. Es ist ein breites Konzept, das in komplexer Weise körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, persönliche Überzeugungen und deren Bezug zu den wichtigsten Aspekten der Umwelt beinhaltet“ (WHOQOL Group, 1994, S. 43). Als erste wissenschaftliche Grundlage zur Erforschung der Lebensqualität von schizophren Erkrankten diente die von Maslow (1954) postulierte Hierarchie der fünf menschlichen Bedürfnisse. Dabei bilden biologische Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen und physischer Schutz die unterste Stufe. Sicherheits- und Stabilitätsbedürfnisse in einer primär unsicheren und gefährlichen Welt, einen Ort haben, wo man zu Hause ist, werden der zweiten Stufe zugeordnet. Auf der dritten Ebene der Bedürfnishierarchie stehen soziale Bedürfnisse, z.B. das Bedürfnis, geschätzt zu werden, Menschen zu haben, auf die man sich verlassen kann, Arbeit und Freizeit. Die psychologischen Bedürfnisse, wie etwa das nach Autonomie, lokalisiert Maslow auf der vierten Stufe, während auf der obersten Stufe die ästhetischen und intellektuellen Bedürfnisse angeordnet werden, etwa das Bedürfnis nach geistiger Stimulation und Selbstverwirklichung. Die Alltagsbegriffe Glück und Wohlbefinden, die hierher gehören, sind von der Wissenschaft wenig später aufgegriffen worden (Mayring, 1991). Nach Maslow bestimmt die Befriedigung dieser Bedürfnisse den jeweiligen Grad der subjektiven Lebensqualität: Erst wenn niederrangige biologische Grundbedürfnisse sowie Sicherheits- und Stabilitätsbedürfnisse abgedeckt sind, können höherrangige soziale und emotionale Bedürfnisse bis hin zur Selbstverwirklichung zum Tragen kommen.

Die Maslowsche Hierarchie bedeutete eine erste Orientierungshilfe bei der Erforschung der Lebensqualität. Spätere Studien machten aber deutlich, dass eher von einer Mehrdimensionalität menschlicher Bedürfnisse ausgegangen werden muss. Es wurde klar, dass Bedürfnisse auf einer höheren Ebene erfüllt werden können, ohne dass diejenigen auf einer unteren Ebene bereits erfüllt oder überhaupt als solche wahrgenommen werden müssen (Katschnig, 1994). In der aktuellen Schizophrenieforschung wird Lebensqualität als ein mehrdimensionales Konzept verstanden, das

sich aus einem Hedonismus-, Leistungs- und Konformitätsfaktor konstituiert (Corten, Mercier & Pelc, 1994). Das Konstrukt der Lebensqualität, vor allem in der Dimension der subjektiven Bewertung (subjective well being, subjective quality of life, life satisfaction), fand zuerst in den USA Eingang in die Schizophrenieforschung. Entscheidend dafür war die Frage nach der Lebenssituation enthospitalisierter schizophrener Langzeitpatienten im Zuge der psychiatrischen Versorgungsreform. Wichtige Anstösse und Anregungen kamen aber auch durch die stärkere Gewichtung der individuellen Sicht der Betroffenen und durch die Selbsthilfebewegung von Angehörigen (Schaub, 1998). Diese sind in noch stärkerem Mass als die professionellen Helfer mit den Auswirkungen der Schizophrenie auf das Alltagsleben konfrontiert. In Deutschland wurde deshalb 1997 die Verbesserung der Lebensqualität vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker zum prioritären Forschungsziel erklärt (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999). Einen weiteren Impuls erhielt die Lebensqualitätsforschung durch die Einführung der zweiten Generation von Psychopharmaka. Diese sogenannten atypischen Neuroleptika versprechen wegen ihres günstigeren Nebenwirkungsprofils eine geringere Einschränkung der Lebensqualität schizophrener Erkrankter, als dies bei den traditionellen Neuroleptika der ersten Generation der Fall ist (Angermeyer & Katschnig, 1997). Schliesslich kommt dem Konzept der Lebensqualität bei der aktuellen Diskussion um Qualitätssicherung und in gesundheitsökonomischen Analysen grosse Bedeutung zu. Lebensqualität dient als eines der Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisqualität bei der Behandlung und Rehabilitation schizophrener Patienten. Aus diesen Gründen ist die Zahl wissenschaftlicher Publikationen, die sich mit Lebensqualität und Schizophrenie befassen, innerhalb weniger Jahre stark angewachsen.

Zur Erhebung der Lebensqualität und ihrer Komponenten (z.B. physisches und psychisches Wohlbefinden, Lebensstandard, soziale Interaktionen und Rollenfunktionen, Wohn-, Berufs- und Freizeitsituation) werden verschiedene psychometrisch geprüfte Messinstrumente wie Fragebogen und (halb-)standardisierte Interviews eingesetzt (Übersichten bei Barry & Zissi, 1997; Bullinger, 1993; Salek, 1997; Schaub, 1998). Diese Messinstrumente unterscheiden sich dahingehend, ob die subjektive Einschätzung durch den Betroffenen, krankheitsbedingte Defizite, der Lebensstandard oder sowohl subjektive als auch objektive Aspekte erhoben werden. Einige Fragebogen operationalisieren die Lebensqualität aus verschiedenen Perspektiven: aus der Sichtweise des Patienten, eines Angehörigen bzw. einer anderen wichtigen Bezugsperson sowie des Diagnostikers.

Die Frage, welche Vorstellungen die Betroffenen selber von Lebensqualität haben, wird im Folgenden anhand einer neueren Studie dargestellt (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999). Es wurden 565 schizophrene Erkrankte mit Hilfe einer offenen Frage dazu aufgefordert, zu beschreiben, was Lebensqualität für sie bedeutet. Sie erhielten eine Karte ausgehändigt mit dem Satz: Lebensqualität, das bedeutet für mich: – gefolgt von vier Leerzeilen. Die Antworten wurden einer systematischen Inhaltsanalyse unterzogen und anhand eines speziell entwickelten Kategoriensystems kodiert. Alle Statements wurden den 45 Kategorien zugeordnet und diese wiederum zu 4 Kategorien zusammengefasst: soziale Integration, Gesundheit, subjektives Wohlbefinden und psychiatrische Behandlung. Am häufigsten nannten die befragten Patienten Aspekte von Lebensqualität, die sich unter dem Begriff der sozialen Integration subsumieren lassen. Dazu gehört an erster Stelle die Arbeit, häufig auch mit der Erwartung verbunden, dass es sich um eine sinnvolle, gute und befriedigende Arbeit handelt. Diese Einstufung steht in krassem Kontrast zur Realität, die beim überwiegenden Teil der Betroffenen durch Arbeitslosigkeit gekennzeichnet ist (Elbelt, Müller & Schaefer, 1998). Hier wird der Wunsch nach einem normalen Leben deutlich, was für viele schizophrene Erkrankte nicht nur bedeutet, finanziell abgesichert zu sein, sondern auch Gelegenheit zu sozialen Kontakten zu haben, für andere nützlich und ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein (Riedel, Lindenbach, Kilian & Angermeyer, 1998). Unter den weiteren Komponenten der Kategorie soziale Integration wurden häufig eine Familie, ein Partner oder Freunde genannt, welche Verlässlichkeit, Schutz und Geborgenheit bieten. Der Wunsch nach Kindern wurde vergleichsweise selten im Zusammenhang mit Lebensqualität erwähnt. Ähnlich häufig wie zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Kontakte betrachteten die Befragten die Wohnsituation als einen Bestandteil von Lebensqualität, denn eine eigene Wohnung gibt Schutz, Sicherheit und Geborgenheit, bietet Rückzugsmöglichkeiten und ein Heimatgefühl. Als weitere Aspekte im Bereich der sozialen Integration wurden Freizeitgestaltung, Tagesstruktur, Akzeptanz durch die Umwelt und der Glaube genannt.

Deutlich seltener, nur halb so häufig wie die in der Kategorie soziale Integration zusammengefassten Aspekte von Lebensqualität, wurden solche genannt, die mit Gesundheit allgemein (physisch und psychisch), aber auch bezogen auf die schizophrene Erkrankung im Sinne von Freisein von Symptomen und krankheitsbedingten Behinderungen in Zusammenhang stehen. Darüber hinaus wurden in dieser Kategorie die folgenden psychoemotionalen Bereiche als bedeutsam für die Lebensqualität erachtet: Kognitive Leistungsfähigkeit, emotionale Ausgeglichenheit und

Erlebnisfähigkeit, angstfreies Leben, Aktivität, Energie, Ausdauer und ein gesunder Schlaf. Für viele der Befragten gehörte zur Lebensqualität in dieser Kategorie auch, ein normales Leben zu führen und wieder so leben zu können wie vor dem Ausbruch der Erkrankung.

Ähnlich häufig wie die gesundheitsbezogenen Aspekte der Lebensqualität wurden solche genannt, die sich der Kategorie subjektives Wohlbefinden zuordnen lassen. Abgesehen von oralen Genüssen wie Essen, Trinken oder Rauchen assoziierten die Befragten hier mit Lebensqualität vor allem Lebensfreude oder Unabhängigkeit. Die psychiatrische Behandlung und die Medikation als vierte Kategorie wurden von den Betroffenen nur ausnahmsweise mit Lebensqualität in Beziehung gebracht. Dieser Befund der Studie kontrastiert stark mit den Ergebnissen einer von der gleichen Arbeitsgruppe parallel durchgeführten Umfrage bei Psychiatern. Diese waren überwiegend der Meinung, dass viel für die Lebensqualität schizophrener Patienten gewonnen wäre, wenn die zur Behandlung benutzten Medikamente weniger Nebenwirkungen verursachen würden. Die Psychiater setzten den Gesichtspunkt der medizinischen Behandlung an die erste Stelle ihrer Beurteilung der Lebensqualität ihrer Patienten (Holzinger, Angermeyer & Matschinger, 1997).

Die Ergebnisse der Studie von Angermeyer, Holzinger und Matschinger (1999) decken sich im Wesentlichen mit den Resultaten von Schmolke (2001). Sie befragte schizophren Erkrankte nach denjenigen Aktivitäten und Faktoren, die sie für die Stärkung oder Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens für bedeutsam halten. Unter den 26 inhaltsanalytisch herausgearbeiteten Hauptthemen könnten auch hier fast die Hälfte unter dem Begriff der sozialen Integration subsumiert werden: das Bedürfnis, Teil der Gesellschaft zu sein und gebraucht zu werden; emotionales Wohlbefinden durch aktiven sozialen Austausch; der Wunsch nach einer Tätigkeit, die den bestehenden Fähigkeiten entspricht; Teilnahme in Peer-Gruppen; Partnerschaft als protektiver Faktor; Familie als Ort sozialer Unterstützung und starker Bindungen; Wohnung als wichtiger Lebensraum und Rückzugsort; das Bemühen um eine selbständige Lebensführung; die Gestaltung einer eigenen Tagesstruktur; eine unterstützende Arzt-Patient-Beziehung; Sinn im Leben durch zwischenmenschliche Beziehungen gewinnen. Die weiteren Hauptthemen lassen sich hauptsächlich unter die Dimensionen subjektives Wohlbefinden und Gesundheit einordnen.

Zur tatsächlich empfundenen Lebensqualität schizophrener Erkrankter liegen vielfältige Studienergebnisse vor (Übersichten bei Lauer, 1993; Katschnig, 2000). So erleben

chronisch schizophren Erkrankte eine geringere Lebensqualität als die Allgemeinbevölkerung (Kaiser, Priebe, Hoffmann & Isermann, 1996). Geschlechtsspezifische Aspekte der Lebensqualität konnten in der Mehrzahl der Studien nicht gefunden werden. Einige Einzelergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass schizophrene Patientinnen im Gegensatz zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung eher zufriedener sind als Männer (Röder-Wanner & Priebe, 1995, 1998). Noch unklar ist, inwieweit die psychiatrische Diagnose mit der individuellen Lebensqualität korreliert. Dagegen gibt es Hinweise, dass psychopathologische Symptome und Lebensqualität miteinander in Beziehung stehen. Sie spielen aber für das globale Wohlbefinden keine primär entscheidende Rolle (Röder-Wanner & Priebe, 1995). Eine klare Beurteilung der Lebensqualität in Bezug auf die verschiedenen Stadien der Krankheit ist jedoch schwierig, obwohl die subjektiv erlebte Lebensqualität in enger Wechselwirkung mit den krankheitsbedingten Einschränkungen von schizophren Erkrankten steht. Es liegen derzeit kaum Studien vor, die explizit diesen Zusammenhängen nachgehen. Eine Ausnahme bildet die Studie von Bechdolf et al. (2003). Hier wurde die Lebensqualität von postakuten schizophrenen Patienten untersucht. Es konnten keine klaren Zusammenhänge zwischen Variablen wie Psychopathologie, Stress oder Copingstrategien und der Lebensqualität gefunden werden, wohl aber signifikante Zusammenhänge mit Negativsymptomatik und Depression. Ebenfalls eine stark eingeschränkte Lebensqualität fand sich zudem bei schizophrenen Langzeitpatienten mit extrapyramidalen Symptomen und stigmatisierenden Erfahrungen (Katschnig, 2000). Bei den krankheitsbedingten Einschränkungen von schizophren Erkrankten ist besonders der Zusammenhang zwischen Negativsymptomatik und Lebensqualität gut dokumentiert (Bellack, Morrison, Wixted & Mueser, 1990; Meltzer, Burnett, Bastani & Ramirez, 1990). In einer breit angelegten Studie, die sich mit den Auswirkungen von Negativsymptomen, Erkrankungsdauer, Neuroleptikadosis und Medikamentennebenwirkungen auf die Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten in neun wichtigen Lebensbereichen befasst, ergaben sich in Bezug auf die Negativsymptomatik die erwarteten negativen Korrelationen für die Bereiche Sozialkontakte, Wohnsituation, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit (Lauer & Stegmüller-Koenemund, 1994). Darüber hinaus wurden die folgenden drei Hypothesen geprüft: Je länger die Erkrankungsdauer, je höher die neuroleptische Medikation oder je ausgeprägter die Nebenwirkungen der Medikamente, desto geringer wird von den Betroffenen die subjektive Lebensqualität in neun wichtigen Lebensbereichen empfunden. Es zeigte sich, dass sich die Erkrankungsdauer in den Bereichen Wohnsituation, Freizeit und Gesundheit negativ auswirkt, während die Höhe der neuroleptischen Medikation kaum lebensqualitätsmindernde Effekte hat. Einzig im Sicherheitsbereich ergab sich

hier die erwartete negative Korrelation. Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang auch auf eine Studie hin, wonach psychisch Kranke häufig Opfer von Verbrechen werden (Lehman & Linn, 1984). Schliesslich zeigte die Prüfung der dritten Hypothese, dass die Nebenwirkungen der Medikamente die subjektive Lebensqualität schizophren Erkrankter in den Bereichen Sozialkontakte, Wohnsituation, Gesundheit, Arbeit und Sicherheit negativ beeinflussen. Dieser Befund stimmt mit weiteren Forschungsergebnissen überein, die alle den negativen Einfluss der Nebenwirkungen einer Psychopharmakotherapie auf die Lebensqualität belegen (Awad & Hogan, 1994; Browne et al., 1996; Larsen & Gerlach, 1996; Naber, 1998). Auch die unterschiedlichen neuroleptischen Substanzen sind mit unterschiedlicher Lebensqualität assoziiert (Meltzer, Burnett, Bastani & Ramirez, 1990).

Zusammenhänge zwischen dem objektiven Lebensstandard und der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität scheinen nur niedrig ausgeprägt bzw. gar nicht vorhanden zu sein (Pinkney, Gerber & Lafave, 1991; Skantze, Malm, Dencker, May & Corrigan, 1992). Jedoch geben Patienten mit einem grösseren sozialen Netz eine höhere Lebensqualität an (Levitt, Hogan & Bucosky, 1990; Simpson, Hyde & Faragher, 1989). Die Enthospitalisierung chronisch schizophren Erkrankter scheint deshalb unter dem Aspekt der individuellen Lebensqualität sinnvoll. Patienten, die ausserhalb der Klinik betreut werden, zeigen sich in der Regel in vielen Bereichen zufriedener als stationär behandelte Langzeitpatienten (Röder-Wanner & Priebe, 1995). Die Berücksichtigung der Lebensqualität erlaubt auch eine differenziertere Sicht auf verschiedene Behandlungsstrategien und auf beschützte Wohnformen. So konnte im Zusammenhang mit bestimmten gemeindepsychiatrischen Konzepten eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität festgestellt werden. Spezifische Nachteile einiger betreuter Wohnformen wurden dagegen erkannt und verändert (Huxley & Warner, 1992; Simpson, Hyde & Faragher, 1989).

3.4 Die Folgen der Deinstitutionalisierung für schizophren Erkrankte

Die Deinstitutionalisierungsbewegung, d.h. der Übergang von der langfristigen Hospitalisation chronisch schizophren Erkrankter zur gemeindenahen, ambulanten Versorgung, ging in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts von den USA aus. Sie führte dort zu einer radikalen Verkleinerung und teilweisen Schliessung der grossen psychiatrischen Kliniken und zum (anfangs unzureichenden) Aufbau der Community Mental Health Centers. Viele Patienten wurden damals ohne weitere Vorkehrungen

auf die Strasse, in Gefängnisse und in die Wohnungslosigkeit entlassen (Eikermann, 2000). Die Reformbewegung bei der Behandlung schizophrener Erkrankter wurde zusätzlich durch die Erwartung von Kosteneinsparungen, vor allem aber auch durch die Entwicklung der Neuroleptika und ihre Einführung auf breiter Basis begünstigt und beschleunigt. Die paradigmatische Wende von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie sollte eine vollständige Umkehrung des Systems der Ausgrenzung und Stigmatisierung bedeuten, verkörpert durch die Verwahrung der Patienten in überfüllten und isolierten Grosskrankenhäusern. Schizophrene Erkrankte mussten nun aus dieser Gemeinschaft der Ausgeschlossenen in den Hauptstrom der Gesellschaft zurückgeführt werden (Basaglia, 1971). An Stelle der grossen, geschlossenen und undifferenzierten Anstalten traten kleine, dezentral angesiedelte, offen und flexibel agierende, aufeinander abgestimmte Einrichtungen, die in einem umfassenden therapeutischen und rehabilitativen Netzwerk miteinander kommunizieren sollten. Gleichzeitig wurde das enge, rein naturwissenschaftliche Schizophreniekonzept um psychosoziale Faktoren erweitert und der rigide Dualismus zwischen normal und pathologisch durch ein Modell der fließenden Übergänge erweitert. Das gemeindepsychiatrische Paradigma berücksichtigte nun auch den sozialen Kontext, in dem psychische Störungen durch Reaktionen anderer beeinflusst, durch Unterstützung gemindert oder durch Vernachlässigung verschlechtert werden konnten. Das Prinzip der uneingeschränkten ärztlichen Autorität den anderen involvierten Berufsgruppen und den schizophrenen Erkrankten gegenüber wurde nach und nach durch ein partnerschaftlich-kooperatives Modell abgelöst. Es wurden auch Elemente der Selbsthilfe und der Laienmitarbeit eingeführt sowie weitere nicht professionelle Ressourcen der Patienten vermehrt anerkannt. Heute bedeutet Gemeindepsychiatrie somit idealtypisch die Bereitstellung von therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen im Lebenskontext der Erkrankten, unter Berücksichtigung von sozialen Faktoren und unter Benutzung von sozialen Beziehungen, vor allem aber mit der Perspektive der sozialen Eingliederung in das Alltagsleben der Gemeinschaft (Forster, 1997).

Die Verlagerung des psychiatrischen Versorgungsschwerpunkts ins Gemeindeumfeld führte auch im westlichen Europa zu grossen Veränderungen. Die früheren psychiatrischen Grosskrankenhäuser mit mehr als 1000 Betten verschwanden mehrheitlich, und das Bettenangebot reduzierte sich von 1970 bis 1990 um ca. 30% bis 50% (Rössler, Salize, Biechele & Riecher-Rössler, 1994). Beginn, Tempo und Ausmass der Umstrukturierung verliefen allerdings in den einzelnen Ländern ganz unterschiedlich. In England setzte der Deinstitutionalisierungsprozess sehr früh ein. Das Prinzip der sektorierten Psychiatrie führte zur Schliessung von über 90 psychia-

trischen Kliniken (McCrone & Becker, 2000). In Deutschland wurde die Psychiatriereform kontrovers diskutiert und umgesetzt. Heute steht hier der sektorisierten Vollversorgung schizophren Erkrankter in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern das Modell einer zweistufigen Versorgung gegenüber. Neben dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie wurden psychiatrische Grosskrankenhäuser nicht geschlossen, sondern zur Spezialversorgung chronisch psychisch Kranker umgewandelt (Häfner, Rössler & Häfner-Ranabauer, 1996). Trotzdem sind in Deutschland seit 1975 insgesamt mehr als die Hälfte der psychiatrischen Krankenhausbetten abgebaut worden (Eikermann, 2000). Aus einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Zechert, 1996) über die Situation der Enthospitalisierung in Deutschland geht hervor, dass 45'000 bis 60'000 Menschen, die als Langzeitpatienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern lebten, zwischen 1973 und 1995 aus der Klinik in eine andere Wohnform entlassen wurden. Somit kann hier dieser Prozess als abgeschlossen gelten (Kallert, Looks, Leisse, Hoffmann & Franz, 2006). In den neuen Bundesländern und in allen osteuropäischen Staaten setzte der Reformprozess mit grosser Verzögerung erst vor kurzem ein (Rössler, Salize, Biechele & Riecher-Rössler, 1994). In Österreich ist im Raum Wien die Eingliederung psychiatrischer Abteilungen in allgemeine Krankenhäuser voll im Gang (Schmidl, Berghofer, Lang & Rudas, 2000), während in Niederösterreich ein für das Land ganz neuartiges extramurales Versorgungssystem, bestehend aus Wohnheimen, Tagesstätten und ambulanten psychosozialen Diensten, geschaffen wurde (Eichberger, 1999). Anders verlief die Entwicklung in Frankreich, wo die Reformbewegung zunächst zur Modernisierung und zum weiteren Ausbau psychiatrischer Grosskrankenhäuser führte. Erst spätere Interventionsprogramme bewirkten dann den Abbau von 12'000 überzähligen Betten (Noel, 1989). Auch die Niederlande gingen bei der Psychiatriereform eigene Wege. So verfügt das Land über eines der am besten ausgebauten extramuralen psychiatrischen Versorgungssysteme überhaupt, während sich der Krankenhaussektor nur wenig verkleinerte und keine nennenswerte Dehospitalisierung stattfand (Forster, 1997). Am deutlichsten war der Bettenabbau in Italien, wo der Reformprozess die Folge einer eigentlichen politisch-kulturellen Bewegung war (Basaglia, 1971). Die Anzahl der psychiatrischen Grosskrankenhäuser verringerte sich innerhalb von zehn Jahren von 55 auf 20, die Bettenanzahl ging um zwei Drittel zurück (Pirella, 1987). Die breite Deinstitutionalisierung brachte auch in Europa nicht nur die Abschaffung von Grosskrankenhäusern alter Prägung mit sich, sondern zumindest partiell deren Ersatz durch angemessenere komplementäre Lösungen. So entstanden durch die Reformbewegung in den meisten Ländern gemeindenähe, bedarfsgerechte, koordinierte Versorgungsmodelle, die therapeutisch-

rehabilitative Massnahmen einschliessen. Das Ergebnis sind eindeutige Fortschritte in der ambulanten Behandlung und Betreuung schizophrener Erkrankter. Sie bedeuten für die Betroffenen eine Chance zur Rehabilitation und Normalisierung ihres Lebensalltags (Forster, 2000).

Ob die Enthospitalisierung, wie aus den Niederlanden (Pijl, Sytema, Barels & Wiersma, 2002), der Schweiz (Ciompi et al., 1993) oder aus England (Leff, 1997) berichtet wird, zu einer kostensteigernden erhöhten Inanspruchnahme und längeren Behandlungsdauer in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen führt, die vor allem Tagesstrukturierung und betreutes Wohnen anbieten, ist bisher nicht hinreichend untersucht worden. Zu bedenken ist auch, dass die Haltung der Bevölkerung zu schizophren erkrankten Menschen das Konzept der Gemeindenähe wesentlich mitbestimmt, indem sie das Lebensumfeld prägt, in das der Erkrankte nach seiner Entlassung aus der Klinik zurückkehrt. Durch den Ausbau der gemeindenahen Versorgung wird die Bevölkerung in ihrem alltäglichen Leben weit mehr mit der Krankheit Schizophrenie konfrontiert, als dies vor den Reformen der Fall war. Es lassen sich Zusammenhänge zwischen der Qualität und dem Ausbaugrad der Versorgung und der Einstellung der Bevölkerung erkennen (Rössler & Salize, 1995). Auch hat sich gezeigt, dass die Akzeptanz oder Ablehnung der direkten sozialen Umgebung wesentlichen Einfluss auf Symptomatik und Rezidivrate schizophrener Erkrankter hat und somit auch auf das Gelingen ihrer Wiedereingliederung (Rössler, 1998).

Auch in der Schweiz ging mit der Verkleinerung und Umstrukturierung psychiatrischer Kliniken ein Aufbau gemeindeintegrierter multidisziplinärer Wohn- und Behandlungsstrukturen einher. Heute besteht vielerorts ein Versorgungsnetz mit einer Vielfalt von Institutionen, wie z.B. Tages- oder Nachtkliniken, Übergangswohnhäusern, therapeutischen Wohngemeinschaften, Tagesstätten, geschützten Werkstätten, sozialpsychiatrischen Diensten sowie tagesstrukturierenden Freizeitangeboten. Als Entwicklungsleitlinien gelten Bedarfsorientierung, Patientenzentrierung, Nähe, Normalisierung und Kontinuität der therapeutischen und rehabilitativen Unterstützung. Die Versorgung schizophrener Erkrankter soll den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen angepasst und in deren Wohnumfeld organisiert und koordiniert werden (Brenner, Junghan & Pfammatter, 2000). Diese Reformen gestehen den Patienten einerseits mehr Eigenverantwortung im Umgang mit ihrer Krankheit zu, andererseits erhöhen sich aber auch die Bewältigungsanforderungen. Deshalb kommt den Interventionen, die den Informationsstand der Betroffenen über die Krankheit, aber auch ihr Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential gezielt zu fördern versuchen, eine zentrale therapeutische Funktion zu. In der heutigen Schizophreniebe-

handlung nehmen daher psychosoziale Therapie- und Rehabilitationsverfahren, die sich auf die Unterstützung und Förderung der Anpassungsleistungen von schizophren Erkrankten richten, einen wichtigen Platz ein (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002).

3.5 Einrichtungen zur Wohnrehabilitation

Die Rehabilitationsbedürfnisse schizophrener Erkrankter werden von Häfner (1988; 2005) auf fünf Ebenen definiert. An erster Stelle nennt er das Wohnen, vor der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, der Freizeitgestaltung, der sozialen Integration und der Rehabilitation im Beruf. Aber bereits in Maslows (1954) Pyramide der fünf menschlichen Bedürfnisse hatte das Wohnen einen zentralen Stellenwert: Der physische Schutz des Individuums zählt hier zu den biologischen Grundbedürfnissen. Auf den vier weiteren Stufen der Pyramide finden sich mit den Begriffen Sicherheitsbedürfnis, Freizeit, Autonomie sowie ästhetische Stimulation und Selbstverwirklichung ebenfalls Bedürfnisse, die sehr direkt mit dem Wohnumfeld in Zusammenhang stehen. Entsprechend formulierte der Architekt Justus Dahinden (Amering, 1994) in einer Vorlesung zur Raumgestaltung folgende Dimensionen des Wohnens: Sicherheit und Geborgenheit, Schutz vor der Umwelt, Rückzugsmöglichkeiten, Kommunikation zwischen Subjektwelt und Objektwelt, Kommunikation zwischen Personen innerhalb des Raumes und zwischen dem Innen und dem Aussen, Identifikation, Wiedererkennen und Vertrautheit, Individualität, Kompensation (Wohnen als Alternative zur Arbeitswelt), Gegensätzlichkeit (Ruhe und Betriebsamkeit, Erholung und Regeneration), soziale Integration, Kontinuität, Heimatgefühl, Kreativität. Aus klinischer Sicht wird die zentrale Bedeutung eines guten Wohnumfeldes für schizophrene Erkrankte ebenfalls immer wieder betont (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999; Brenner, Junghan & Pfammatter, 2000; Buchkremer & Böser, 1995; Deister, 1993; Frey, 2000; Kalousek & Rudas, 1991; Liberman et al., 1993; Olbrich, 1995). Eikermann (1998) nennt die Integration chronisch schizophrener Patienten in möglichst normale Wohn- und Lebensverhältnisse als Hauptanliegen der Rehabilitation. Die „eigene Wohnung“ habe geradezu grundrechtlichen Rang vor allen anderen rehabilitativen Zielen. Diese Einschätzung deckt sich mit den Aussagen der Betroffenen selbst, die ihre Wohnung als ihren wichtigsten Lebensraum und Rückzugsort und somit als eine ihrer Gesundheitsressourcen bezeichnen (Schmolke, 2001).

Nach einem stationären Klinikaufenthalt benötigt die überwiegende Anzahl schizophrener Erkrankter zur Reintegration in gemeinschaftliche Lebensformen konkrete Hilfe und Unterstützung im Wohnbereich. Um der Vielfalt ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten gerecht zu werden, wurde ein Kontinuum von alternativen geschützten Wohnmöglichkeiten geschaffen. Die Angebote sind je nach Grad der jeweils notwendigen sozialen Kompetenz abgestuft. Dadurch wird eine flexible Anpassung der Betreuungsart und des Betreuungsumfangs an die Stärken und Schwächen des einzelnen Patienten in Bezug auf seine sozialen Fertigkeiten ermöglicht (Rosemann, 1999). Das Wohnangebot sollte so gestaltet sein, dass es dem Leben im vertrauten Milieu möglichst nahe kommt (Deister, 1993). Grossen Einfluss auf die Bereitstellung einer Vielzahl von Wohnmöglichkeiten unterschiedlichster Betreuungsintensität hatten die Forschungsarbeiten von Ciompi (1982). Er forderte für schizophrene Patienten ein mehrachsiges Rehabilitationssystem für Wohnen, Arbeit und Freizeit. Im Wohnbereich sollen aufeinander bezogene, abgestufte sozialpsychiatrische Übergangsinstitutionen die langfristige Hospitalisation ersetzen. Die Wohnachse umfasst die Stufen Vollhospitalisation, Kriseninterventionsstation, Tagesklinik, Nachtklinik, Wohnheim, Übergangsheim, geschützte Wohngemeinschaft, halbgeschütztes Wohnumfeld, Familienpflege, Pensionen und selbständiges Wohnen. Ein derartiges Kontinuum fördert nach Ciompi die allmähliche Autonomisierung schizophrener Erkrankter im Wohnbereich. Es muss flexibel und durchlässig sein und idealerweise die jeweils am wenigsten restriktive Wohnmöglichkeit zur Verfügung stellen. Hinter einer solchen Ausdifferenzierung der Versorgung steht die gesundheitspolitische Vorstellung, dass mit einem möglichst breit aufgefächerten System den Wohnbedürfnissen und Fertigkeiten von schizophrenen Erkrankten am besten entsprochen werden kann (Rössler, 1998).

Die Frage, welcher Patient unter welchen Bedingungen in welcher Wohnform am besten lebt, ist bisher noch kaum untersucht worden. Eine wissenschaftlich abgestützte Indikationsstellung ist daher nicht möglich. Über die günstigste Wohnumwelt für schizophrene Erkrankte liegen nur allgemeine Erfahrungsberichte vor. Sie lassen sich nach Buchkremer und Böser (1995) folgendermassen zusammenfassen: Patienten mit vorherrschender Minussymptomatik wohnen am besten in therapeutischen Wohngemeinschaften mit anderen Patienten zusammen, bei denen ebenfalls vorwiegend eine Minussymptomatik vorliegt. Andererseits leben Patienten, die sozial aktiv sind oder häufig unangepasste Verhaltensweisen zeigen, am günstigsten allein. Doch sollten für diese Patienten unverbindliche soziale Kontakte oder lose Freundschaften bereits etabliert sein. Wichtig ist, dass dem schizophrenen

Erkrankten, der in einer Wohngemeinschaft oder in einer Familie lebt, ein unabhängiger Wohnbereich zur Verfügung steht, der ausreichende Rückzugsmöglichkeiten bietet. Wenn sich ein Patient jedoch extrem von seinen Mitbewohnern zurückzieht, sollte gewährleistet sein, dass er genügend Kommunikationsangebote erhält. Generell wird für alle schizophrenen Erkrankten eine Wohnumgebung als ideal angesehen, die protektiv, aber nicht regressionsfördernd, stimulierend, aber nicht stressbelastet sowie warm und zugleich ausreichend distanziert ist. In einer amerikanischen Studie wurden chronisch schizophrenen Erkrankte in Bezug auf ihre Wohnsituation befragt (Lehman, 1983). Als Indikatoren für globales Wohlbefinden konnten die folgenden vier Faktoren identifiziert werden: Wenig Inanspruchnahme von ausserhäuslichen Einrichtungen, mehr und intimere Kontakte zu Hause, mehr Privatsphäre, nicht Opfer eines Verbrechens werden (z.B. Überfälle, Einbrüche). Lehman folgert aus diesem Ergebnis, dass für schizophrene Patienten eine Wohnform ähnlich derjenigen von Gesunden anzustreben sei, d.h. eine Wohngruppe von der Grösse einer Familie, die sowohl den Bedürfnissen nach intimen Kontakten als auch dem Wunsch nach Privatsphäre gerecht werden kann. Herrlich und Süllwold (1992) betonen, dass die Bedingungen der direkten Wohnumwelt für schizophrene Patienten umso wichtiger werden, je schwerwiegender ihre Erkrankung ist. Diese Aussage wird durch die Ergebnisse einer Studie von Lauer und Stegmüller-Koenemund (1994) gestützt, welche die Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischer subjektiver Lebensqualität und Krankheitsvariablen bei chronisch schizophrenen Patienten untersuchten. Für den Wohnbereich wurden signifikante negative Korrelationen mit der Erkrankungsdauer sowie mit den Medikamentennebenwirkungen gefunden.

Im Folgenden wird eine Beschreibung der Wohnalternativen für schizophrenen Erkrankte gegeben. Den restriktivsten Wohnrahmen stellt theoretisch die Klinik dar. Hier befinden sich die Patienten in einer geschlossenen oder einer offenen Abteilung, je nach dem Ausprägungsgrad ihrer Erkrankung. Die stationäre Behandlung von akuten schizophrenen Syndromen bei Erst- und Früherkrankten findet heute vorzugsweise nach dem Soteria-Modell (Ciompi, Dauwalder, Maier & Aebi, 1991) in kleinen, ruhigen, strukturierenden Behandlungsgruppen in wohnungsähnlicher Umgebung statt. Allerdings sind viele Aufnahmestationen für Akutkranke immer noch zu gross, oft zu überfüllt und zu unruhig (Böker & Brenner, 1997). Die Wiedereingliederungsbehandlung für rezidivierend und langfristig erkrankte schizophrene Patienten erfolgt auf Spezialstationen oder in therapeutischen Wohngruppen mit eher äquilibrierendem und animierendem Milieu. Beruhigung, aber auch Anregung und tätige Gemeinschaft in individuell abgestimmtem Mass sollten hier vorherrschen. Für

vereinsamte, hochgradig vulnerable und chronisch schwer defiziente schizophrene Patienten stehen in grösseren psychiatrischen Kliniken auch Dauerwohnplätze zur Verfügung.

Unter den Teilhospitalisierungsformen nehmen Tages- und Nachtkliniken heute einen wichtigen Platz ein. Sie existieren entweder als autonome, voll ausgebaute Einrichtungen in der Wohngemeinde oder sind einer psychiatrischen Klinik angegliedert. Die tagesklinische Behandlung dient zur Strukturierung des Alltags chronisch schizophrener Erkrankter und ihrer Rehabilitation, zur Fortsetzung einer stationären Behandlung, zur Intensivierung einer ambulanten Behandlung oder als Alternative zu einer stationären Aufnahme. Sie bietet strukturbedürftigen Patienten, die noch nicht oder nicht mehr voll dekompenziert sind und gleichzeitig eine familiäre Betreuung oder eine eigene Wohnung haben, tagsüber fachkundige Hilfe und Unterstützung an. Einige Tageskliniken legen das Schwergewicht der Betreuung auf gruppentherapeutische Arbeit, andere verfügen über Werkstätten, ergotherapeutische Angebote, Freizeitclubs für die Patienten oder sind mit einer Angehörigenberatungsstelle verbunden (Schröder & Winkler, 1998). In der Nachtklinik finden jene Patienten psychotherapeutische oder ärztliche Betreuung, medikamentöse Überwachung und Unterkunft, die zwar während des Tages einer Beschäftigung nachgehen können, im Verlauf der Erkrankung aber ihre Wohnung verloren haben oder mit ihren Angehörigen in erheblichen Konflikten leben, welche eine rasche Rückkehr in das familiäre Wohnumfeld nicht ratsam erscheinen lassen.

Typische Wohnangebote zur Langzeitrehabilitation schizophrener Erkrankter sind komplementäre Einrichtungen wie Wohn- oder Übergangswohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, Familienpflege, Pensionen sowie betreute Einzelwohnungen. Sie dienen auch für eine kürzere Phase des Übergangs nach stationärer Behandlung, mit dem Ziel, dass Erkrankte wieder selbständig in einer eigenen Wohnung leben können. In Wohnheimen sind oft chronisch schizophrene Patienten untergebracht, die langfristig eine kontinuierliche Betreuung brauchen, aber nicht stationär behandlungsbedürftig sind. Solche Heime umfassen Betreuung und Pflege sowie tagesstrukturierende Massnahmen und bieten teilweise auch Freizeitaktivitäten, Arbeit oder Beschäftigung an. Das Personal hat die Aufgabe, durch Aktivierung möglichen Hospitalismusschäden der Heimbewohner vorzubeugen und ihre soziale und berufliche Rehabilitation voranzutreiben. Wohnheime mit zeitlich begrenzter Aufenthaltsdauer werden auch als Übergangswohnheime bezeichnet. Sie legen das Schwergewicht auf die Aneignung von praktischen und sozialen Fertigkeiten für ein selbständiges Leben in der Gemeinde, jedoch in einem weniger strukturierten und

weniger intensiv überwachten Rahmen. Sie erleichtern stationär behandelten schizophren Erkrankten die Rückkehr in ihr gewohntes Wohn- und Arbeitsumfeld (Pach & Lodemann, 1999).

Therapeutische Wohngemeinschaften oder betreute Wohngruppen sind gegenwärtig die bedeutendste Form individuellen Wohnens für enthospitalisierte schizophrene Patienten (Mannsdorff, 1994; Müller, 1999; von Cranach, 2000). Hier leben mehrere Bewohner in einer gemeinsamen Wohnung oder einem Haus. Jeder verfügt über seinen eigenen Lebensbereich, nur die übergreifenden Belange des Zusammenwohnens stellen gemeinsam zu bewältigende Aufgaben dar. Wohngemeinschaften erfordern von den einzelnen Mitgliedern ein hohes Mass an Übernahme von Verantwortung bezüglich einer arbeitsteiligen Haushaltsführung. Die Ansprüche an die Bewohner in Bezug auf Toleranz, Rücksichtnahme und Zuverlässigkeit wachsen mit der Anzahl der Mitglieder. Für chronisch schizophren Erkrankte kann deshalb eine solche Form des Wohnens leicht eine Überforderung bedeuten (Deister, 1993). Es werden meist nur schizophren Erkrankte in betreute Wohngruppen aufgenommen, die einen ausreichend strukturierten Tagesablauf haben, d.h. über eine Arbeit oder Beschäftigung verfügen oder zumindest einer Tagesklinik angegliedert sind. Die Betreuung oder therapeutische Unterstützung der Wohngemeinschaften durch Fachleute erfolgt je nach Zusammensetzung der Gruppe täglich bis wöchentlich, wobei der Grad und die Art der Interventionen stark variieren können.

Eine in der Schweiz wenig verbreitete Form im Kontinuum der Wohnalternativen für schizophren Erkrankte sind die Pensionen. Hier leben die Betroffenen während der Woche relativ unabhängig und gehen einer Beschäftigung oder Arbeit nach. Das Wochenende verbringen sie bei Angehörigen oder in ihrer Herkunftsfamilie. Die psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung findet je nach Bedarf im ambulanten Rahmen statt (Katschnig, 1995).

Die Familienpflege stellt eine besondere Form von beschütztem Wohnen dar. Die Aufnahme von meist chronisch schizophren Erkrankten in eine mit ihnen nicht verwandte Familie, die dafür ein Entgelt erhält, ist die traditionsreichste und älteste Institution der ausserklinischen Betreuung (Konrad & Schmidt-Michel, 1995). Inwieweit der Fortbestand solcher Pflegeplätze, die sich früher häufig in Bauernbetrieben fanden, in Zukunft gewährleistet ist bzw. überhaupt angestrebt werden soll, ist heutzutage umstritten. Es kam immer wieder vor, dass diese Langzeiterkrankten nur aus ökonomischen Motiven aufgenommen, unzureichend untergebracht oder als billige Hilfskräfte ausgenutzt wurden, so dass sie schlechter betreut waren als in einer gut

ausgebauten Klinik mit ihren psychotherapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten (Böker & Brenner, 1997). Allerdings ist nach längerer Stagnation gegenwärtig wieder eine Aktivierung der Familienpflege zu beobachten, wobei speziell jüngere Langzeitpatienten in sogenannt therapeutische Gastfamilien auf dem Land vermittelt werden, die sorgfältig ausgewählt, geschult und professionell betreut werden (von Cranach, 2000).

Heute gewinnt die Form des betreuten Einzelwohnens als individuellste Wohnmöglichkeit der Rehabilitationskette zunehmend an Bedeutung. Sie ist besonders für schizophren Erkrankte geeignet, die über die notwendigen grundlegenden Fertigkeiten, soziale Kompetenz und ein tragfähiges Netzwerk verfügen. Die Patienten leben unabhängig im eigenen Haushalt und werden in abgestufter Intensität von einem Sozialarbeiter begleitet. Die Ansprüche an Selbständigkeit, Selbstverantwortung und psychische Stabilität sind bei dieser Wohnform besonders hoch. Sie gilt als die letzte Stufe im Kontinuum beschützten Wohnens und soll schliesslich zum selbständigen Leben in der eigenen Wohnung führen.

3.6 Die Effektivität rehabilitativer Massnahmen im Wohnbereich

Verschiedene Forschungsprojekte haben mittlerweile die Entwicklung von schizophren Erkrankten nach der Klinikentlassung in eine unabhängigere Wohnform untersucht. Allerdings ist die wissenschaftliche Evaluation der rehabilitativen Bemühungen auf der Wohnachse noch lückenhaft und kann strengen methodischen Ansprüchen oft nicht standhalten. Dies scheint bedingt zu sein durch die unscharfe Konzeptualisierung und inhaltliche Heterogenität vieler Rehabilitationsansätze (Albers, 1998; Kallert, Stoll, Leisse & Winiecki, 2004). So untersuchen zumindest im deutschen Sprachraum viele Enthospitalisierungsstudien naturalistische Versorgungsprozesse. Diese werden in Abhängigkeit von der regionalen Verfügbarkeit alternativer Versorgungsstrukturen bzw. der Etablierung spezifischer Angebote gestaltet. Es handelt sich bei den untersuchten Populationen häufig auch um gemischte Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen, wobei genaue Angaben über den Anteil schizophrener Patienten, welche in die Studien aufgenommen worden sind, zum Teil fehlen. Ebenfalls fehlen meistens die Kontrollgruppen. Ausserdem wurde in den wenigsten Untersuchungen die medikamentöse Behandlung kontrolliert durchgeführt. Die Ergebnisse unterliegen somit erheblichen methodischen Einschränkungen und lassen nur eine vorsichtige Interpretation zu (z.B. Albrecht, Ingenleuf, Günther & Haneberg, 1999; Franz, Meyer, Ehlers & Gallhofer, 2001; Kaiser et al., 1997;

Kruckenberg, Fabian & Henning, 1995; Leisse & Kallert, 2001; Priebe, Hoffmann, Isermann & Kaiser, 1996; Ropers, Röhl & Spancken, 1999; Stich, 2001; Werner, 1998). Eine kritische Übersicht zur durchgeführten Begleitforschung des Enthospitalisierungsprozesses in Deutschland stammt von Kallert, Looks, Leisse, Hoffmann und Franz (2006). Die Durchsicht von Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum vermittelt ein ähnliches Bild (Überblicksarbeiten von Braun et al., 1981; Carpenter, 1978; Cournos, 1987; Test & Stein, 1978; Wherley & Bisgaard, 1987). Die Studien sind zudem aufgrund der im internationalen Vergleich sehr heterogen ausgestatteten und konzeptionell ausdifferenzierten betreuten Wohnformen sowie aufgrund der Variabilität der verwendeten Untersuchungsinstrumente kaum miteinander vergleichbar. Auch werden bei den einzelnen Forschungsprojekten sehr unterschiedliche Kriterien verwendet, mit denen der Erfolg rehabilitativer Massnahmen im Wohnbereich beurteilt wird. Am häufigsten sind dies die Rezidivraten bzw. die Anzahl und Dauer der Rehospitalisationen. Die Konzentration auf Rückfälle als einziges Erfolgskriterium ist aber ein entscheidender Mangel vieler Studien. Wichtig wären auch die Veränderung der psychopathologischen Befunde, kognitive Parameter, die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und Anforderungen, die soziale Kompetenz sowie die Lebenszufriedenheit der Patienten. Eine der Ausnahmen bildet in dieser Hinsicht die umfangreiche TAPS-Studie, welche den Schliessungsprozess zweier viktorianischer psychiatrischer Grosskrankenhäuser in England analysiert (Burns & Priebe, 1999; Leff, 1997; Leff & Trieman, 2000). Hier wurden nach einem und nach fünf Jahren psychopathologische Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Negativsymptome und Angst, Sozialverhalten, Alltagsfertigkeiten, Medikamentencompliance, körperliche Gesundheit und soziales Netzwerk untersucht. Allerdings handelte es sich um eine gemischte Gruppe von nicht dementen Langzeitpatienten, die an unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen, mehrheitlich aber an Schizophrenie, litten.

Dass empirische Untersuchungen zum beschützten Wohnen von schizophren Erkrankten, obwohl immer wieder gefordert, kaum in ausreichender Anzahl und Qualität vorhanden sind, ist angesichts der Bedeutung und grossen Verbreitung von Rehabilitationsmassnahmen im Wohnbereich erstaunlich. Die Hauptgründe liegen aber im Untersuchungsgegenstand selbst begründet. Die Strukturen und Gegebenheiten sozialpsychiatrischer Versorgung im ausserklinischen Setting sind methodologisch-wissenschaftlich schwer zu erfassen. Forschung findet hier häufig als Begleitforschung statt; experimentelle Bedingungen lassen sich aus praktischen und ethischen Gründen kaum herstellen. So ist z.B. eine randomisierte Zuweisung der Patienten in unterschiedliche Versorgungsformen aus ethischen Gründen zumeist

nicht vertretbar, oder sie ist wegen vieler praktischer Widerstände zum Scheitern verurteilt (Eikermann, 1998). Hinzu kommt, dass das Interesse und die Bereitschaft der Mitarbeiter und Patienten, sich an solchen Untersuchungen zu beteiligen, nicht immer vorhanden sind. Erschwerend wirken sich hier auch Personalmangel und geringe finanzielle Unterstützung sowie der grosse zeitliche Aufwand aus, denn zumeist sind lange Zeiträume der Beobachtung und der wissenschaftlichen Begleitung erforderlich. Als grösstes Problem bei Versorgungsstudien gilt aber die oftmals unübersichtliche Anzahl von Stör- und Kontrollvariablen, welche auch die Evaluation von rehabilitativen Massnahmen im Wohnbereich zu einer aufwändigen und schwierigen Aufgabe werden lassen. So weist Deister (1993) zu Recht auf die grossen methodologischen Probleme einer solchen Evaluation hin, die sich mit den Schwierigkeiten bei der Überprüfung psychotherapeutischer Ansätze vergleichen lassen, wo ebenfalls eine Vielzahl von interferierenden Faktoren zu berücksichtigen ist (und auf welche ausführlich im nachfolgenden Kapitel 3.7 eingegangen wird). Die wichtigsten davon sind auf den Patienten, auf die Erkrankung oder auf die Betreuer bezogene Faktoren, spezifische und unspezifische Therapiefaktoren sowie unkontrollierbare Ausseneinflüsse. Schizophren Erkrankte werden heute meist mehrdimensional behandelt. Es ist deshalb sehr schwierig, die Einflüsse verschiedener pharmakologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Massnahmen zu differenzieren. Über die Gewichtung der einzelnen Faktoren und ihre Interaktion untereinander ist noch kaum etwas bekannt. Zudem sind Behandlungseffekte und Spontanbesserungen oft nicht leicht zu unterscheiden (Häfner & an der Heiden, 2000). Somit evaluieren empirische Untersuchungen im Bereich der Versorgungsforschung eine sehr komplexe Praxis, und viele Studien stellen einen Kompromiss zwischen methodologischen Postulaten und praktischen Notwendigkeiten dar. In der Regel handelt es sich eher um explorative Untersuchungen, die der Hypothesenbildung dienen. Ein Wissenszugewinn ist in diesem Gebiet nur langsam und äusserst kompliziert zu realisieren. Eikermann (1998, S.174) hält dazu fest, „dass letzte Schlüsse über die Effektivität von Gemeindeprogrammen nur kumulativ und langsam aufkommen können und auf Gemeinsamkeiten aus vielen weniger-als-idealen Studien basieren“.

Im Bewusstsein dieser Schwierigkeiten wurden von verschiedenen Autoren für die Bewertung der methodologischen Qualität von Studien im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgungsforschung klare Kriterien definiert (Eikermann, 1998; Kallert, Looks, Leisse, Hoffmann & Franz, 2006; Schützwohl & Kallert, 2004; Thornicroft & Tansella, 2002). Dies sind z.B. standardisierte Angaben zum Studienkontext und

zum Versorgungssetting (Zielbeschreibung, abgebende Versorgungseinrichtung, aufnehmende Versorgungsformen, Organisationsmerkmale dieser Einrichtungen), allgemeine forschungsmethodische Merkmale (Charakteristik der Studie, Studienbeginn, Definition der Stichprobe, Zeitperiode der Datenerhebung, Follow-up-Zeitraum) und durchführungsbezogene Aspekte (Fallzahlplanung, Eignungs- und Ausschlusskriterien, verwendete Untersuchungsinstrumente, Qualifikation der Interviewer, Finanzierung). Weitere Kriterien zielen auf die Repräsentativität der untersuchten Kohorten für den zu evaluierenden Prozess. So sollten wissenschaftlich ausgewiesene Studien repräsentativ ausgewählte, hinreichend grosse und gekennzeichnete Stichproben mit gut eingeführten Instrumenten untersuchen. Die Untersuchungszeiträume sollten ein Jahr nicht unterschreiten. Zusätzlich werden für eine qualitativ gute Resultatdarstellung Angaben über unerwünschte Ergebnisse sowie Prädiktoren für zukünftige Enthospitalisierungsprozesse gefordert (Kallert, Looks, Leisse, Hoffmann & Franz, 2006). Die im Folgenden referierten Studien zu rehabilitativen Massnahmen im Wohnbereich erfüllen solche erst in letzter Zeit aufgestellten Kriterien meist nur zum Teil.

Zur Identifizierung empirischer Studien, die patientenbezogene Verlaufsdaten von schizophren Erkrankten zum beschützten Wohnen im Rahmen von Enthospitalisierungsprozessen untersucht haben, wurde für den Zeitraum von 1975 bis 2006 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline/PubMed, Psynex und Solis durchgeführt. Für eine breit angelegte Analyse wurden die Suchwörter Schizophrenie, Rehabilitation, Enthospitalisierung/Deinstitutionalisierung und Wohnen allein oder kombiniert, in Deutsch und Englisch verwendet. Es wurden hunderte von Studien aus aller Welt identifiziert. Die meisten von ihnen schienen aber nach Durchsicht der Abstracts weder auf unseren hier üblichen Strukturen und Gegebenheiten der sozialpsychiatrischen Versorgung im ausserklinischen Setting zu basieren und waren daher für einen Vergleich unbrauchbar, noch entsprachen sie minimalen methodischen Ansprüchen, oder sie waren gar nicht greifbar. Um die Literatursuche spezifischer und ergiebiger zu gestalten, wurden die Suchwörter auch mit geographischen Einschränkungen verbunden. Während die Kombination schizophrenia and rehabilitation 4945 Antworten ergab und die Kombination schizophrenia, rehabilitation and deinstitutionalization noch 241 Antworten, erwies sich die Kombination schizophrenia, rehabilitation, deinstitutionalization and germany mit 27 Antworten am bedeutsamsten für die vorliegende Arbeit. Weitere interessante Studien fanden sich mit der Kombination schizophrenia, rehabilitation, deinstitutionalization and housing (14 Antworten).

Zwei ältere, in der Schizophrenieliteratur oft zitierte Referenzstudien im Wohnbereich sind die Soteria-Forschungsprojekte von Mosher (Mosher, Menn & Matthews, 1975; Mosher & Menn, 1978) und Ciompi (Ciompi, Dauwalder, Maier & Aebi, 1991; Ciompi et al., 1993). Es konnte gezeigt werden, dass schizophrene Patienten in kleinen ausserklinischen Behandlungsgruppen in wohnungsähnlicher Umgebung und trotz massiver Reduktion der Medikation gleich erfolgreich behandelt werden können wie traditionell behandelte Klinikpatienten. Die Evaluation des Soteria-Projekts von Mosher (Mosher, Menn & Matthews, 1975; Mosher & Menn, 1978) ergab, dass im Soteria House bei eher niedrigeren Gesamtkosten ebenso gute und vor allem in der sozialen Entwicklung und im subjektiven Erleben der Patienten deutlich bessere Resultate als in konventionellen Institutionen erzielt wurden. Mit soziotherapeutischen Methoden und einem Minimum an Neuroleptika gelang es, akute Psychosen meist innerhalb von Tagen bis Wochen weitgehend zum Verschwinden zu bringen. Hinsichtlich der Rückfallraten und des psychopathologischen Befundes wurden in einem Zeitraum von zwei Jahren gegenüber der konventionell neuroleptisch behandelten Kontrollgruppe statistisch keine Unterschiede gefunden. Gleichzeitig wiesen die Patienten des Soteria House aber eine signifikant bessere soziale Eingliederung, subjektiv weniger traumatisches Erleben, eher geringere Behandlungskosten und einen hochsignifikant geringeren Neuroleptikaverbrauch auf. Ciompi et al. (1993) berichten über ähnliche Resultate. In einer prospektiven Verlaufsstudie über zwei Jahre wurden akut schizophrene Patienten, die in der offenen therapeutischen Wohngemeinschaft Soteria Bern mit wenig Neuroleptika vorwiegend sozio- und psychotherapeutisch behandelt worden waren, mit traditionell behandelten Kontrollpatienten aus vier verschiedenen Kliniken verglichen. Das therapeutische Klima in Soteria Bern unterschied sich von demjenigen aller Kontrollsettings signifikant durch engagiertere, spontanere Beziehungen zwischen Patienten und Betreuern bei gleichzeitig stärker partnerschaftlichen Teamstrukturen, weniger straffer Ordnung und Organisation und weniger Kontrolle. Als nichtsignifikante Trends waren zusätzlich eine grössere Selbständigkeit der Patienten, stärkere Zukunftsorientierung, eine deutlichere Modellfunktion der Therapeuten und mehr Zusammenhalt im Team festzustellen. Als Erfolgskriterien galten der psychopathologische Zustand, die Wohn- und Arbeitssituation und eine Kombinationswertung bei der Nachuntersuchung. Zusätzlich wurden die Rückfallhäufigkeit über zwei Jahre, die neuroleptische Medikation und die Behandlungskosten erfasst. Als Hauptresultat ergaben sich in den drei zentralen Bereichen (Psychopathologie, Wohn- und Arbeitssituation) und der darauf beruhenden Kombinationswertung nach zwei Jahren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Index- und Kontrollpatienten. Ebenso wenig waren hinsichtlich der

Häufigkeit und Dauer von Rückfällen signifikante Unterschiede festzustellen. Der Neuroleptikaverbrauch war bei den Soteria-Patienten aber um mehr als die Hälfte geringer als bei den Klinikpatienten. Die Gesamtbehandlungskosten in Soteria Bern fielen um rund einen Drittel höher aus als in den vier Kliniken, dies als Folge einer durchschnittlich doppelt so langen Aufenthaltsdauer der Patienten, da hier konzeptgemäss die oft langwierige Rehabilitationsphase eingeschlossen war. Dieser letzte Befund stimmt mit den Ergebnissen der TAPS-Studie (Leff, 1997) überein. Auch sie stellte zusätzlich die Frage nach den Kosten der alternativen oder poststationären Versorgung. Es ergab sich in sukzessiven Jahreskohorten Entlassener eine fast durchgehende Steigerung der Betreuungskosten pro Patient, besonders in den spätesten Kohorten. Dies reflektiert die Tatsache, dass in den ersten Jahren vorwiegend Patienten entlassen wurden, bei denen Störungen des Sozialverhaltens, der Selbstvernachlässigung und der Selbst- und Fremdgefährdung nicht im Vordergrund standen. Mit Fortschreiten des Enthospitalisierungsprozesses wurde eine engmaschigere Betreuung notwendig, was zunehmend personalintensive Angebote erforderlich machte (McCrone & Becker, 2000).

Hülsmeier (1986) berichtet über ein Wohngemeinschaftsprojekt mit überwiegend schizophren Erkrankten. Es handelte sich dabei einerseits um jüngere Erwachsene, welche die Ablösung von zuhause noch nicht vollzogen hatten und andererseits um teilweise langjährig hospitalisierte Patienten. Nach Hülsmeier liegt der entscheidende Effekt des Projekts bei der massiven Verkürzung der Hospitalisationen. In der Gruppe der Langzeitpatienten sank die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer hochsignifikant, während bei den jüngeren, zuvor noch nicht oft hospitalisierten Patienten die Zahl der Aufnahmen zwar anstieg, sich jedoch von der Gruppe stationärer Langzeitpatienten nicht signifikant unterschied. Hülsmeier führt diesen Erfolg vor allem darauf zurück, dass sich die Patienten in der Wohngemeinschaft sicher und geborgen fühlten und mehr Selbstvertrauen entwickelten. Dadurch konnte der unheilvolle Kreislauf von Krise, Rezidiv, Angst vor sozialen Konsequenzen und daraus folgendem Zerreißen des sozialen Netzes nicht in Gang kommen. Hülsmeier fand zudem eine deutliche und lineare Beziehung zur Dauer der Vorbereitung der Patienten auf die Wohngemeinschaft: Je besser die Vorbereitung war, desto erfolgreicher verlief die Rehabilitation. Am besten schnitten diejenigen Patienten ab, die an einem Haushaltstraining in einer Vorbereitungsgruppe teilgenommen hatten. Dabei ging es um praktische Fertigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen und Budgetplanung. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass mit geschützten Wohngemeinschaften chronisch oder rezidivierend Kranken ein selbständiges Leben er-

möglichst werden kann. Es traten weniger Rückfälle auf, und diese führten zu zehnmal weniger Hospitalisierungen als bisher. Zudem waren die Kosten in der Wohngemeinschaft achtmal geringer als bei einem vollstationären Aufenthalt.

In einer Untersuchung, die den Aufbau eines regionalisierten, psychiatrischen ambulanten Versorgungssystems der Stadt Wien begleitete, hatten die mehrheitlich schizophrenen Langzeitpatienten vor Eintritt in eine externe Wohneinrichtung eine durchschnittliche Hospitalisierungsdauer von 240.5 Tagen pro Jahr. Diese reduzierte sich nach der Übersiedlung in ein Wohnheim, in eine betreute Wohngemeinschaft oder in eine betreute Einzelwohnung auf 12.4 Tage pro Jahr. Zum Follow-up nach 3.5 Jahren konnten noch mehr als die Hälfte aller Patienten (65%) erfolgreich in der Gemeinde leben. Die Anzahl und Dauer stationärer Aufnahmen waren bei den in einer eigenen Wohnung lebenden Patienten am geringsten (Schmidl, Berghofer, Lang & Rudas, 2000). Diese Resultate stimmen in Bezug auf die deutliche Senkung der Hospitalisationsraten auch gut mit drei amerikanischen Studien mit zeitlich etwa vergleichbarem Follow-up überein (Deweese, Pulice & McCormick, 1996; McCarthy & Nelson, 1991; Okin, Borus, Baer & Jones, 1995).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie von Vetter (Vetter, 1985; Vetter & Citovska, 1990). Bei 158 mehrheitlich an Schizophrenie Erkrankten wurde über einen Zeitraum von 13.5 Jahren untersucht, welchen Einfluss die Rehabilitation in Wohngemeinschaften auf die Hospitalisierungsdauer hat. Die Evaluation ergab, dass sich nach Eintritt in eine Wohngemeinschaft die Aufenthaltsdauer in der Klinik fast um das Vierfache verkürzt, wenn der Mittelwert zugrunde gelegt wird. Für mehr als die Hälfte der 158 Patienten verringerte sich die Hospitalisierungsdauer nach Eintritt in eine Wohngemeinschaft sogar um das Zwölfwache (Medianwert). Diese Daten stehen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer weiteren Studie, in der sich die Anzahl der Hospitalisationstage durch die Rehabilitation in einem Wohnheim ebenfalls massiv verringern liess (Amering, 1994; Katschnig, 1995). Die Mehrzahl der Patienten hatte vor dem Eintritt in das Wohnheim noch im Haushalt von Familienangehörigen gelebt. Das therapeutische Ziel dieses Rehabilitationsprogramms war jedoch die grösstmögliche Autonomie für die Patienten und ihre Familien. Nach durchschnittlich 17 Monaten konnten 78% der Bewohner das Programm in eine autonome Wohnsituation verlassen. Ein Jahr später lebten noch immer 76% unabhängig von den Angehörigen, ein Drittel davon war in eine Einzelwohnung umgezogen. Gleichzeitig hatte sich die Anzahl der Krankenhaustage von 39% (der möglichen Tage im Jahr) vor der Aufnahme in das Wohnheim auf 7% ein Jahr nach dem Austritt reduziert. Diese Verbesserungen werden als Folge davon gesehen, dass sowohl Patienten wie

Angehörige lernten, durch Neutralität und Autonomie besser miteinander umzugehen. Gerade bei jüngeren Kranken sei deshalb frühzeitig zu prüfen, inwieweit eine verfahrenere und für alle Beteiligten in hohem Masse strapaziöse familiäre Dauerkrise in einem möglicherweise krankheitsförderlichen Elternhaus durch die Aufnahme in eine Übergangseinrichtung und ein damit verbundenes neues Beziehungsnetz überwunden werden könnte (Katschnig & Amering, 1996).

In einer Studie mit 53 schizophrenen Erkrankten, die in verschiedenen komplementären Wohneinrichtungen lebten, wurde während fünf Jahren die individuelle Entwicklung der Patienten verfolgt und ihre rehabilitativen Fortschritte ermittelt und bewertet (Eikermann, 1989; Eikermann & Reker, 1994). Das Ziel war, dass die Erkrankten kontinuierlich die verschiedenen Wohnstufen von der Klinik über das Wohnheim und die Wohngemeinschaft bis zum selbständigen Wohnen durchlaufen. 70% der Patienten erreichten in diesen fünf Jahren eine unabhängigere Form des Wohnens, wobei sich Verbesserungen vor allem bei Patienten mit gering ausgeprägter psychopathologischer Symptomatik zeigten. Bei 20% der Patienten ergab sich keine Veränderung in der Wohnform, während 10% der Patienten in die psychiatrische Klinik zurückkehren mussten. Als weiterer Prädiktor für eine erfolgreiche Wohnrehabilitation erwies sich neben der Psychopathologie die soziale Integration der Patienten, die in dieser Studie über die Zahl der Bezugspersonen operationalisiert wurde. Diese Ergebnisse stimmen gut mit den Resultaten von Rittmannsberger und Schöny (1986) zur Effizienz der Spätrehabilitation von langjährig hospitalisierten schizophrenen Patienten überein. Sie fanden eine deutliche Tendenz zur Akkumulation von günstigen Faktoren bei den erfolgreich entlassenen Patienten. Im Durchschnitt waren sie jünger, wiesen weniger Voraufnahmen auf und waren weniger lang hospitalisiert als die in der Klinik verbliebenen Patienten. Statistisch signifikante Prädiktoren eines positiven Rehabilitationsverlaufs waren hier ein höheres Alter bei der Erstaufnahme in die Klinik, eine längere vorgängige Berufsausübung sowie ein intaktes soziales Netzwerk. Bestätigt werden diese Befunde auch durch eine Studie zur Lebensqualität schizophrener Langzeitpatienten in unterschiedlichen Wohnformen (Bach, Winiecki & Viererbe, 1997). Die in Trainingswohnungen im Krankenhausbereich bzw. in geschützten Wohnungen lebenden Patienten verfügten gegenüber den stationär Untergebrachten über einen höheren Ausbildungsstand, waren jünger, erreichten bessere Werte im Bereich der sozialen Anpassung und hatten signifikant weniger psychopathologische Symptome.

Auch in der Studie von Vaitl und Mitarbeitern (Vaitl, Bender, Hubmann, Krug & Oberacker, 1987; Vaitl et al., 1989) beeinflussten psychopathologische und soziale Va-

riablen den Rehabilitationserfolg. Von den untersuchten 50 chronisch schizophrenen Patienten, die in diesen beiden Bereichen starke Beeinträchtigungen aufwiesen, erreichten nur 25% das Rehabilitationsziel Wohngemeinschaft. Bei 12% verschlechterte sich die Wohnsituation sogar deutlich. Die Wohnachse erstreckte sich in dieser Studie von der geschlossenen Abteilung der Klinik über eine wohnheim-ähnliche, offene Abteilung, in der für einen Teil der Patienten auch die Möglichkeit einer Probewohngemeinschaft angeboten wurde, bis hin zur Entlassung in eine therapeutische Wohngemeinschaft. In diesen Dauerwohngemeinschaften konnten die Patienten langjährig und ohne zeitliche Begrenzung verbleiben. Ein Umzug in eine eigene Wohnung war eher selten. Nach den Autoren bietet die Vernetzung von stationären mit komplementären Rehabilitationseinheiten den Vorzug, dass die Wohnachse je nach therapeutischer Notwendigkeit in beide Richtungen beschritten werden kann. Bei 20% der in eine Wohngemeinschaft entlassenen Patienten war in einem Zeitraum bis zu 2.5 Jahren eine meist vorübergehende Rückverlegung in die stationäre Behandlung wegen erneuter psychotischer Dekompensation nötig. Erst nach 2.5 Jahren Wohnzeit in der Wohngemeinschaft ergab sich eine vermehrte Stabilität mit einer Rückfallquote von weniger als 5% (Vaitl, Bender & Hubmann, 1992).

Im Enthospitalisierungsprozess eines ehemaligen psychiatrischen Grosskrankenhauses in Sachsen wurde die Entwicklung einer Gruppe chronisch schizophren Erkrankter aus dem dort verbliebenen Pflegeheimbereich mit bereits enthospitalisierten Bewohnern von kleinen sozialtherapeutischen Wohnstätten verglichen (Kallert, Stoll, Leisse & Winiecki, 2004). In einem Zeitraum von zwei Jahren wurden zu je drei Messzeitpunkten die Psychopathologie, soziale Behinderungen, die subjektive Lebensqualität und der psychiatrische Versorgungsbedarf erhoben. Die Pflegeheimbewohner verschlechterten sich auf allen Outcome-Ebenen signifikant. So kam es im 2-Jahres-Verlauf zu einer verstärkten Ausprägung der Negativsymptomatik und der allgemeinen Psychopathologie sowie zu einem weiteren Verlust an sozialer Kompetenz. Die subjektive Lebensqualität wurde in den Bereichen Beziehung, Kontakthäufigkeit, finanzielle Lage und Gesundheit als schlechter eingeschätzt, und sowohl im klinischen als auch im sozialen Versorgungssektor erhöhte sich die Anzahl der versorgungsrelevanten Probleme. Zudem erlebten 34% dieser Subgruppe im Untersuchungszeitraum einen Settingwechsel, über dessen Gestaltung sich die Patienten eher unzufrieden äusserten. Demgegenüber wiesen die Bewohner der sozialtherapeutischen Wohnstätten lediglich hinsichtlich ihrer subjektiven Lebensqualität Verschlechterungen auf, vor allem im Bereich der sozialen Kontakte. Die Autoren machen allerdings darauf aufmerksam, dass sich im Pflegeheimbereich deutlich

ältere, über Jahrzehnte chronifiziert erkrankte und in ihren sozialen Kompetenzen massiv beeinträchtigte Patienten befanden, während die in sozialtherapeutischen Wohnstätten lebenden Personen jünger waren, kürzere Krankheitsverläufe aufwiesen, aber dennoch sowohl psychopathologisch wie in ihren sozialen Rollen schwer beeinträchtigt imponierten.

Die Befunde dieser Studie decken sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen eines kürzlich erschienenen Überblicks derselben Arbeitsgruppe zum Enthospitalisierungsprozess in acht deutschen psychiatrischen Grosskrankenhäusern (Kallert, Looks, Leisse, Hoffmann & Franz, 2006). Auch hier waren die erfolgreich in ein ausser-klinisches Setting entlassenen (meist chronisch schizophrenen) Patienten jünger und kürzer erkrankt bzw. hospitalisiert als die Kontrollpatienten. Sie wiesen einige Zeit nach der Entlassung positive Veränderungen von objektiven und subjektiven Lebensqualitätsparametern auf und mussten weniger betreut werden. Auf verschiedenen anderen Outcome-Ebenen wurden hingegen keine einheitlichen Entwicklungstendenzen gefunden. Die hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik oder sozialer Kompetenz festgestellten Veränderungen erschienen generell eher gering.

Ein weiteres wissenschaftlich begleitetes Enthospitalisierungsprogramm zweier psychiatrischer Grosskrankenhäuser im Süden Londons (TAPS-Studie; Leff, 1997; Leff & Trieman, 2000; Leff & Szmidla, 2002) hat ergeben, dass die Reintegration von vorher längerfristig hospitalisierten, mehrheitlich schizophren Erkrankten in ein ausserklinisches Setting von diesen überwiegend positiv erlebt wurde. Mehr als 80% der in betreute und unbetreute Gruppenwohnungen entlassenen Patienten waren nach zwei Jahren mit ihrer Lebenssituation zufriedener und zogen den Aufenthalt in den komplementären Einrichtungen dem vorhergehenden stationären Aufenthalt vor. Ein grosser Teil hatte normale Beziehungen zur Nachbarschaft und zur weiteren sozialen Umgebung aufgenommen. Positive Veränderungen ergaben sich auch in Bezug auf die Negativsymptomatik und die Alltagsfertigkeiten der Patienten. Allerdings bereitete ein kleiner Teil der in die Gemeinde entlassenen Studienteilnehmer erhebliche Probleme, etwa durch aggressiv oder sexuell auffallendes Verhalten oder durch kleinere Gesetzesübertretungen. Diese asozialen Verhaltensmuster wurden häufig durch die Nichteinnahme der verordneten Medikamente und durch Missbrauch von Alkohol oder illegalen Drogen gefördert.

In einer Studie mit schizophrenen Langzeitpatienten wurde die therapeutische Wirksamkeit der Familienpflege über einen Zeitraum von zwei Jahren evaluiert. 30 Patienten in Familienpflege wurden mit einer gematchten Kontrollgruppe von

30 Klinikpatienten verglichen (Schmidt-Michel et al., 1992; Konrad & Schmidt-Michel, 1995). Bei den Patienten der Experimentalgruppe handelte es sich entweder um schwer chronifizierte Menschen mit einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 20 Jahren, die bisher nicht in ausserstationäre Einrichtungen vermittelt werden konnten, oder um Patienten, die in allen psychiatrischen Versorgungsformen gescheitert waren. Das zentrale Mass für den Erfolg waren der Grad der sozialen Behinderung sowie die psychopathologische Symptomatik. Die Resultate zeigen, dass sich hinsichtlich dieser beiden Parameter über den Gesamtverlauf von zwei Jahren keine Überlegenheit der Familienpflege gegenüber dem stationären Aufenthalt ergab. Zwar konnte bei den Patienten in Familienpflege während des ersten Jahres eine deutliche Verbesserung der sozialen Behinderung festgestellt werden. Diese stagnierte aber im zweiten Jahr (oder, positiver ausgedrückt, stabilisierte sich auf dem erreichten Niveau), während bei der Kontrollgruppe nach einem Jahr eine positive Entwicklung bei den sozialen Behinderungswerten einsetzte, welche nach zwei Jahren nahezu an das Niveau der Therapiegruppe heranreichte. Die Autoren geben zu bedenken, dass die Verbesserung bei der Kontrollgruppe auf Veränderungen des Settings in der Klinik während des zweiten Jahres zurückgeführt werden könnte (mehr Personal, neue Wiedereingliederungsmassnahmen). Angesichts der Tatsache, dass die Integration in eine Gastfamilie für die Mehrzahl der Patienten nach mehr als zwanzigjähriger Dauerhospitalisierung der erste Versuch war, ausserhalb der Klinik zu leben, sei jedoch schon der Umstand bemerkenswert, dass sich die soziale Behinderung nicht verstärkt habe (Konrad & Schmidt-Michel, 1995).

Dass das Rehabilitationsziel einer vollständigen Wiedereingliederung schizophrener Langzeitpatienten in das Gemeinschaftsleben durch den Aufenthalt in einer Übergangseinrichtung häufig nicht erreicht werden kann, bestätigen auch die Studien von Leclerc-Springer (1992) und Hubschmid, Pfister und Spalinger (1988). Nur ein Drittel der chronisch schizophren Erkrankten erreichte hier das ursprüngliche Rehabilitationsziel einer eigenen Wohnung, bei fast der Hälfte war sogar eine Verschlechterung der Wohnsituation zu verzeichnen (Leclerc-Springer, 1992). Wurden die Lebensumstände der Patienten differenziert erhoben, so zeigte sich, dass 80% weiterhin über spärliche soziale Beziehungen verfügten und dass eine ausgeprägte, andauernde Abhängigkeit von den Betreuern bestehen blieb (Hubschmid, Pfister & Spalinger, 1988). Die Integration von vormals langzeithospitalisierten chronischen Schizophreniepatienten erweist sich somit als schwierig. Unbestritten ist jedoch, dass geschützte klinikexterne Wohneinrichtungen, in denen diese Personen ausreichend betreut und gefördert werden, einen deutlichen Fortschritt bringen, weil sich dadurch

die Anzahl und Dauer stationärer Klinikaufenthalte drastisch reduzieren lassen (Eikermann & Reker, 1991; Schmidl, Berghofer, Lang & Rudas, 2000). Denn im Bereich des allgemeinen Lebensgefühls und der Lebensqualität leben enthospitalisierte schizophrene Patienten gegenüber Klinikpatienten nach eigener Einschätzung ruhiger, weniger in Streit mit Mitbewohnern verwickelt, sie fühlen sich insgesamt zufriedener und sicherer, haben vermehrt Kontakte zu nicht zum Betreuungssystem gehörigen dritten Personen, ihre Eigenaktivitäten und Kompetenzen (einkaufen gehen, Zeitungen lesen, telefonieren, kochen, Wäsche besorgen) nehmen zu und die eigene Selbstwirksamkeit (Entscheidungen treffen, Vorschläge durchsetzen, Lösen der eigenen Probleme, Einfluss nehmen auf gegebene Lebensumstände) wird besser eingeschätzt (Bach, Winiecki & Viererbe, 1997; Kasckow et al., 2001). Frey (2000) berichtet über den Enthospitalisierungsprozess in Sachsen (Krankenhaus Zschadrass), wo den Betroffenen zum Teil ein Probewohnen in den neu geschaffenen Wohnformen mit der Zusicherung der Rückkehr in die Klinik angeboten wurde. Keiner dieser chronischen Langzeitpatienten stellte den Antrag einer Rückverlegung. Auch zuvor ausserordentlich zurückgezogen lebende Menschen, die sich weitgehend passiv versorgen liessen, entwickelten ausserhalb der Klinik erstaunliche Eigeninitiativen und beteiligten sich vermehrt am Gemeinschaftsleben. Dieser Effekt stimmt gut mit den Erkenntnissen einer kürzlich publizierten Übersichtsarbeit von internationalen Studien überein (Fakhoury, Murray, Shepherd & Priebe, 2002). Neben einer drastisch gesenkten Rehospitalisierungsfrequenz und -dauer konnten durch den Aufenthalt in komplementären Einrichtungen das soziale Funktionsniveau der Patienten verbessert und die soziale Integration erleichtert werden. Allerdings sind diese Befunde in Wohnformen erhoben worden, die sich durch einen besonders hohen Autonomiegrad der Bewohner sowie durch eine gute Integration des Versorgungsangebots in der Gemeinde auszeichnen (Andrews, Teeson, Stewart & Hoult, 1990; Borge, Martinsen, Ruud, Watne & Friis, 1999; Donnelly, McGilloway & Mays, 1996; Leff & Trieman, 2000). Überdies sind solche Effekte offenbar dann zu erzielen, wenn mit den Patienten, die schwerer beeinträchtigt sind, spezialisierte Programme mit einer hohen Personalintensität durchgeführt werden (Leff & Szmidla, 2002).

Zusammenfassend lässt sich als studienübergreifendes Ergebnis festhalten, dass sich die komplementäre Wohnrehabilitation im Allgemeinen als Mittel zur Integration schizophrener Menschen in die Gemeinschaft bewährt hat. Das Setting fördert schrittweise die Selbständigkeit und bietet soviel Normalität wie möglich. Zudem werden in einem verbindlichen und definierten vorgegebenen Rahmen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, zum Umgang mit Krankheitserscheinungen, zu Arbeit und Be-

schäftigung, zu sozialen Kontakten und kontinuierlichen vertraulichen Beziehungen vermittelt. Der Patient erlernt einen weitestgehend selbstbestimmten Umgang mit seiner Krankheit, mit psychiatrischen Behandlungseinrichtungen und der Pharmakotherapie. Voraussetzung dazu ist eine gewisse psychische Belastbarkeit und Stabilität der psychopathologischen Symptomatik (Eikermann, 1998). Somit bilden geschützte Wohneinrichtungen für schizophren Erkrankte einen wesentlichen Bestandteil im Rehabilitationsprozess zu einem selbständigen Leben in der Gemeinde.

Die gegenwärtigen Massnahmen im Wohnbereich scheinen aber nicht für alle Patientengruppen gleich Erfolg versprechend zu sein. So zeigt sich, dass erfolgreich in selbständigeren Wohnformen lebende schizophrene Patienten jünger und kürzer erkrankt bzw. hospitalisiert gewesen sind als Kontrollpatienten. Erfolgreiche rehabilitative Massnahmen im Wohnbereich scheinen vor allem von psychopathologischen und sozialen Faktoren abhängig zu sein. Mit zunehmendem Beeinträchtigungsgrad in diesen Bereichen nimmt der Rehabilitationserfolg ab. Doch trotz der zum Teil eher bescheidenen Resultate von Programmen zur Wohnrehabilitation sollte nicht vergessen werden, dass selbst bei geringen oder gar keinen Unterschieden zwischen stationär und in komplementären Einrichtungen behandelten Patienten das Wohnen ausserhalb der psychiatrischen Klinik einer Dauerhospitalisation vorzuziehen ist. Die meisten Studien konnten aber einzelne positive Effekte aufzeigen. Vor allem wurde durch die Betreuung schizophrener Patienten in Übergangsheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften die Rehospitalisierungsfrequenz und -dauer beträchtlich gesenkt. Die Ergebnisse verschiedener Enthospitalisierungsstudien entkräften damit die Behauptung, dass eine ambulante Versorgung zu häufigeren, eher kurzzeitigen stationären Wiederaufnahmen, d.h. zu einem „Drehtüreffekt“ führt (Amering, 1994; Hülsmeier, 1986; Katschnig, 1995; Schmidl, Berghofer, Lang & Rudas, 2000; Vetter, 1985; Vetter & Citovska, 1990). Leider ist aber aus den Studien oft nicht ersichtlich, ob das Ziel des selbständigen Wohnens über längere Zeit hinweg erreicht werden konnte. Deshalb wären ausgedehntere Katamnesezeiträume wünschenswert. Auch der Einfluss der Rehabilitationsmassnahmen auf das soziale Funktionsniveau, die kognitiven Fähigkeiten, die Psychopathologie und den Verlauf der Krankheit bleibt weiterhin unklar. So lässt sich nur vermuten, dass an Schizophrenie Erkrankte häufig nicht optimal durch die bestehenden rehabilitativen Angebote im Wohnbereich behandelt werden. Aus therapeutischer Sicht sind bisher nur allgemeine milieutherapeutische Versuche unternommen worden, um die Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter auf diesem Gebiet zu verbessern. Es bestehen im europäischen Raum noch keine umschriebenen spezifischen therapeutischen Inter-

ventionsansätze, welche die Patienten nach dem Klinikaustritt bei der Bewältigung von Schwierigkeiten in ihrer Wohnsituation und in der Aneignung entsprechender Fertigkeiten gezielt unterstützen (Roder, Jenull, Brenner, Heimberg & Hirsbrunner, 1995; Schroeter, 1990). Neue Interventionsangebote wie das in Teil B dargestellte Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation von schizophren Erkrankten könnten deshalb eine Brücke von den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden zu den vorgängig beschriebenen Rehabilitationsmassnahmen im Wohnbereich schlagen (Roder et al., 2001).

3.7 Methodologische Probleme der Evaluationsforschung mit schizophrenen Patienten im Psychotherapie- und Rehabilitationsbereich

Kontrollierte Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapie- und Rehabilitationsforschung mit schizophren Erkrankten sind anspruchsvoll, arbeits- und kostenintensiv sowie mit zahlreichen methodischen Fallstricken behaftet. Der Bestand an methodisch guten Studien mit validen, verallgemeinerungsfähigen Ergebnissen wird als eher dürftig eingeschätzt (Häfner & an der Heiden, 2000; Möller & von Zerssen, 1995). Die Versorgung schizophrener Patienten im vollstationären Rahmen einer Klinik, beispielsweise innerhalb einer Langzeitstation, stellt mittlerweile für die meisten eine Ausnahme dar. Dementsprechend findet Evaluationsforschung vermehrt im ausserklinischen Setting statt, wo auch die therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen oder Trainingsprogramme immer häufiger angeboten werden. Hier sind jedoch die unter Laborbedingungen anzulegenden Massstäbe wissenschaftlicher Genauigkeit kaum aufrecht zu erhalten. Die Schwierigkeiten sind vergleichbar mit denen, wie sie im Zusammenhang mit den Wirksamkeitsuntersuchungen im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgungsforschung dargestellt worden sind (Kapitel 3.6).

Nach Häfner und an der Heiden (2000) besteht die methodische Kunst der Evaluationsforschung darin, unter feldexperimentellen Bedingungen zu hinreichend validen bedingungsanalytischen Folgerungen zu gelangen. Probleme ergeben sich zunächst bei der Auswahl und Zusammenstellung von Stichproben. Oftmals ist eine Randomisierung nicht erreichbar, da nicht einem Teil der Patienten eine potentiell Erfolg versprechende Intervention vorenthalten werden sollte. Auf der anderen Seite schränkt eine möglicherweise doch durchgeführte Randomisierung teilweise die externe Validität unnötig ein, da Gruppen künstlich zusammengestellt werden, in einer

Weise, die so in der Praxis nie vorkäme. Dennoch stellt nach Schumacher und Schulgen (2007) für den grundsätzlichen Beweis der Wirksamkeit eines neuen Verfahrens das Modell der randomisierten, kontrollierten Studie nach wie vor den Goldstandard dar. Ziel müsse es sein, eine rationale, über die Schulen und Disziplinen hinweg nachvollziehbare und replizierbare Bewertung des Nutzens von therapeutischen Interventionen zu erreichen. Auch auf der Delphi-Liste (Verhagen et al., 1998) wird zur Überprüfung der Qualität eines Studiendesigns neben anderen Gütekriterien (wie z.B. Verwendung standardisierter Diagnosekriterien, Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen zu Beginn, Verblindung der Rater, der Therapeuten und der Patienten, adäquate statistische Auswertung und Darstellung) die Randomisierung genannt.

Hinzu kommt bei Evaluationsforschung im ausserklinischen Setting eine oftmals unübersichtliche Anzahl von Störvariablen. Diese können zwar in der Regel kaum kontrolliert werden; man sollte sich jedoch über ihre Existenz und ihren eventuellen Einfluss im Klaren sein. Mögliche konfundierende Variablen sind z.B. individuelle Faktoren (Spontanverlauf, Placebo-Effekt), soziale Faktoren (familiäre und gesellschaftliche Ereignisse, life events, Arbeitsmarktsituation), therapeutische Faktoren (Klima der Institution, sonstiges Angebot, Therapiebeziehung, Gruppenprozesse) und methodische Faktoren (Datenerfassung, Qualität der Messinstrumente, Art der Erhebung, Ausfälle, Effekte durch Messwiederholung, Selektionsprozesse bei Gruppenbildung, statistische Regression etc.). Auch Prozesse innerhalb der untersuchten Interventionsmassnahme selbst dürfen nicht übersehen werden. Schizophren Erkrankte werden heute meist mehrdimensional behandelt, und es ist enorm schwierig, die Einflüsse verschiedener pharmakologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Massnahmen zu unterscheiden. Zudem können sich aufgrund der zusätzlichen, sogenannten Standardbehandlung (medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika) weitere Verzerrungen durch die unterschiedliche Wirkstoffzusammensetzung, Dosierung oder Applikationsform des Medikaments, aber auch durch unerwünschte (Neben-)Wirkungen ergeben (Eikermann & Reker, 1994). Allerdings kann angenommen werden, dass bei genügend grossen Gruppen und einer randomisierten Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe sich die Störgrössen auf beide Gruppen gleichmässig auswirken und damit die Unterschiede zwischen den Gruppen hauptsächlich auf Effekte des Interventionsprogramms zurückzuführen sind.

Buchkremer und Klingberg (2001) unterscheiden klinische Wirksamkeitsstudien nach Efficacy und Effectiveness, wobei Efficacy für die Wirksamkeit unter kontrollierten

Bedingungen steht, Effectiveness für die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen. Als Merkmale von Efficacy-Studien nennen die Autoren:

- explizite Ein- und Ausschlusskriterien
- randomisierte Zuteilung
- Einbeziehung einer Kontrollgruppe
- manualisierte Therapie mit festgelegten Rahmenbedingungen
- operationalisierte Zielkriterien
- Verblindung der Studienbedingung
- statistische Auswertung im Sinne konfirmativer Hypothesenprüfung

Dagegen sind nach Buchkremer und Klingberg (2001) explizit geforderte Merkmale von Effectiveness-Studien:

- operationalisierte Outcome-Erfassung
- prospektives Design
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Lebensqualität als eines der Zielkriterien (d.h. keine Beschränkung auf reine Symptomveränderungen)
- weiter gefasste Einschlusskriterien (u.a. auch Berücksichtigung von Komorbidität)

Als zusätzliches wichtiges Kriterium einer guten klinischen Wirksamkeitsstudie (und mittlerweile fester Bestandteil von Evaluationsforschung im Therapiebereich) gilt die Follow-up-Untersuchung (Katamnese). Es wird erwartet, dass die psychotherapeutische Intervention nicht nur in der Zeit ihrer Anwendung wirkt, sondern auch, dass nach Beendigung der Behandlung eine dauerhafte Besserung bestehen bleibt. Dies kann durch eine Katamnese gezeigt werden. Solche Untersuchungen sind methodologisch allerdings mit Vorsicht zu betrachten, denn die untersuchten schizophrenen Patienten entziehen sich nach Abschluss der therapeutischen Intervention vermehrt der experimentellen Kontrolle. Sie machen weiterhin ganz unterschiedliche zusätzliche Therapieerfahrungen oder erhalten teilweise gar keine Unterstützung mehr. Trotzdem sind möglichst langfristig differenzierende Effektkontrollen notwendig. Denn bei schizophren Erkrankten können sich kurzfristig positive Effekte als längerfristig negativ erweisen, wenn beispielsweise aktive, affektprovozierende Bewältigungsstrategien eingeübt werden, die zwar kurzzeitig positive Ergebnisse erzielen, langfristig jedoch die Rückfallzahlen ansteigen lassen (Häfner & an der Heiden, 2000).

Ein weiterer kritischer Punkt bleibt die Generalisierbarkeit der mit hoch motivierten Psychotherapeuten gewonnenen Studienergebnisse auf alle Therapeuten (Bandelow & Broocks, 2002). Zeigt sich in einer Psychotherapieuntersuchung ein bestimmter klinischer Effekt, so ist damit noch nicht davon auszugehen, dass jeder, der diese Therapiemethode erlernt, diesen spezifischen Effekt auch professionell anwenden kann und in jedem Fall den gewünschten Effekt erzielt. Andererseits betonen Schumacher und Schulgen (2007) die Wichtigkeit der Veröffentlichung von negativen Studienergebnissen. Sie würden oftmals unterdrückt, obwohl Berichte über aufgetretene unerwünschte Therapieeffekte die Qualität der Resultatsdarstellung erhöhen könnten.

Bei der Evaluation eines neuen Therapieprogramms muss immer auch der Kosten-Nutzen-Aspekt betrachtet werden. Wie die Global Burden of Disease Study der WHO (Murray & Lopez, 1997) zeigte, ist die Schizophrenie eine der kostenintensivsten psychischen Störungen, und zwar wegen ihres überwiegend frühen Erkrankungsalters, ihres oftmals chronischen Verlaufs, der Häufigkeit und Dauer der Wiederaufnahmen in stationäre Akutbehandlung, der notwendigen Rehabilitationsleistungen sowie des hohen Anteils psychischer Behinderung. In Zeiten steigender Gesundheitsausgaben und kritischer Entwicklungen der Gesundheitssysteme hat sich ein neues Bewusstsein für die Kosten einer Krankheit und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung herausgebildet. Es ist mittlerweile für die Kostenträger von untergeordneter Bedeutung, wie gut ein Programm seine Ziele erreicht, wenn diese Ziele von anderen Programmen effektiver und günstiger erreicht werden können. Auch die Entwicklung und Evaluierung eines neuen Therapieprogramms ist somit dem Kosten-Nutzen-Denken unterworfen, was sich in verschiedener Art negativ auf die Planung und Durchführung einer Wirksamkeitsuntersuchung auswirken kann (Häfner, 2005).

Abschliessend sei noch auf das augenfällige Problem der Verflechtung von Erkenntnis und Interesse in der Evaluationsforschung hingewiesen, welches beispielsweise besteht, wenn Forscher ein selbst entwickeltes Programm evaluieren, wie dies in der vorliegenden Studie geschieht. Schumacher und Schulgen (2007) geben zu bedenken, dass in Studien, deren Autoren selbst entwickelte oder selten verwendete Skalen benutzen, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit der jeweils untersuchten Behandlungsmethode aufgezeigt wird. Der meist grosse Interpretationsspielraum, den Feldstudien im Vergleich zu kontrollierten Experimenten aufweisen, zwingt somit bei der Analyse und Gewichtung der gefundenen Ergebnisse zu besonderer Sorgfalt und dem Versuch, dem Streben nach Dissonanzreduktion bei der

Interpretation zu widerstehen. Beachtet man jedoch diese Gefahr bei der Dateninterpretation, so hat die Evaluation selbst entwickelter Interventionsprogramme im alltäglichen Arbeitskontext den grossen Vorteil, dass die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis schnell und problemlos erfolgen kann und zugleich Erkenntnisse, die während der praktischen Anwendung gefunden wurden, in das Evaluationsvorhaben mit einfliessen können. In dieser Weise ist ein enger Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Forschung und praktischer Anwendung gegeben, der über das sonst übliche Mass hinausgeht.

B. DAS GRUPPENTHERAPIEPROGRAMM ZUR REHABILITATION VON SCHIZOPHREN ERKRANKTEN IM WOHNBEREICH

Das Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich basiert auf den integrativen Modellannahmen zur Schizophrenie (vgl. Teil A, 1.2), die es ermöglicht haben, die Wechselwirkungen der verschiedenen Funktionsebenen des Erlebens und Verhaltens zu identifizieren und empirisch zu überprüfen. Es wurde unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zur sozialen Situation schizophrener Erkrankter und ihrer Lebensqualität (vgl. Teil A, 3.2 und 3.3), aber auch vor dem Hintergrund der teilweise unbefriedigenden rehabilitativen Ergebnisse im Wohnbereich (vgl. Teil A, 3.6) konzipiert. Es geht von der Hypothese aus, dass schizophrene Erkrankte von einem Therapieprogramm profitieren können, das ihnen konkrete und strukturierte Inhalte als Hilfestellung zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen im Wohnbereich anbietet. Dadurch sollten auch die im Zuge der Neuorganisation der psychiatrischen Versorgung geschaffenen Wohnmöglichkeiten für schizophrene Erkrankte besser und erfolgreicher genutzt werden können (vgl. Teil A, 3.5). Das neue Verfahren ist ein Bestandteil der sogenannten WAF-Therapieprogramme zum Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten (Roder et al., 2001; Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002), die als therapeutischen Fokus die in der Literatur häufig beschriebenen drei rehabilitativen Hauptproblem-bereiche **Wohnen** (Keppeler & Roder, 2002), **Arbeit** (Zorn & Roder, 2002) und **Freizeit** (Mayer & Roder, 2002) aufgreifen.

Kapitel 1 beschreibt zunächst die übergeordneten Ziele, die mit dem neuen Therapieprogramm erreicht werden sollen. Anschliessend sind verschiedene aufeinander aufbauende Teilziele angeführt. In Kapitel 2 werden der Aufbau und die zwölf Themenbereiche des ausführlichen und stark strukturierten Manuals dargestellt. Kapitel 3 gibt einen Überblick zu den wichtigsten im Therapieprogramm eingesetzten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken und beschreibt, wie sie für die Arbeit mit schizophren Erkrankten teilweise modifiziert werden mussten. Zusätzlich wird auf einige wichtige Grundregeln aufmerksam gemacht, die bei der Therapie mit schizophren Erkrankten besonders zu beachten sind. Abschliessend werden in Kapitel 4 die Rahmenbedingungen zur Therapiedurchführung beschrieben. Dazu gehören allgemeine Kriterien zur Gruppenzusammenstellung und zur Gruppengrösse, die

Kontraindikationen, Hinweise zum formalen und zeitlichen Ablauf der Gruppensitzungen sowie eine kurze Beschreibung der Aufgaben des therapeutischen Teams.

1. Ziele des Therapieprogramms

Das neue Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich wurde konzipiert, um die bestehende Lücke zwischen allgemeinen sozio- und milieuthérapeutischen Angeboten und unspezifischen kognitiv-verhaltens-therapeutischen Verfahren zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten zu schliessen. Es ist eine Weiterentwicklung des vierten Unterprogramms („Soziale Fertigkeiten“) des „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte, IPT“ (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002). Empirische Untersuchungen zum IPT (Müller, Roder & Brenner, 2003; Roder, Zorn, Keppeler & Brenner, 1996) haben signifikante Therapieeffekte vor allem in elementaren kognitiven Prozessen aufgezeigt. Die Ergebnisse hinsichtlich Veränderungen im Sozialverhalten fielen jedoch weniger zufriedenstellend aus. Es zeigte sich, dass rein kognitive Interventionen nicht die erwarteten Verbesserungen im sozialen Kompetenzbereich nach sich zogen. Das vierte Unterprogramm „Soziale Fertigkeiten“ des IPT erhöhte zwar die allgemeine soziale Kompetenz; Generalisierung und Transfer der Therapieeffekte über den Therapierahmen hinaus erwiesen sich jedoch als ungenügend. Es ergaben sich keine unmittelbaren Auswirkungen auf spezifisches soziales Verhalten, z.B. eine Verbesserung der sozialen Fertigkeiten in wichtigen Lebensbereichen wie etwa im Bereich des Wohnens. Deshalb wird im neu entwickelten Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation das bisher unspezifische Vorgehen durch ein spezifisches, d.h. themenorientiertes und problemzentriertes Training ersetzt. Wie Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Liberman (Liberman, Glynn, Blair, Ross & Marder, 2002) belegen, tragen solche spezifischen Trainingsverfahren nicht nur zu erheblichen Verbesserungen in den trainierten Fertigkeitsbereichen bei, sondern sie zeigen darüber hinaus auch bessere Transfer- und Generalisierungseffekte als unspezifische soziale Fertigkeitstrainings. Dementsprechend werden mit dem neuen Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation spezifische soziale Verhaltenskompetenzen erarbeitet und eingeübt, die zum Erreichen und Aufrechterhalten einer adäquaten Wohnsituation notwendig sind. Die Behandlung kognitiver Störungen wird dabei durch die Vermittlung handlungsorientierter kognitiver Fertigkeiten unmittelbar in das therapeutische Vorgehen integriert. Ergänzend zu den bestehenden rehabilitativen Versorgungs-

angeboten eingesetzt, soll das Therapieprogramm die Rehabilitationsergebnisse im Wohnbereich entscheidend verbessern und den Betroffenen zu grösstmöglicher Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung und damit zu mehr Lebensqualität verhelfen. Darüber hinaus werden durch das therapeutische Vorgehen auch Verbesserungen im Bereich kognitiver Defizite erwartet, ebenso wie eine bessere Generalisierung auf die allgemeine soziale Kompetenz.

Neben diesen allgemeinen Zielen verfolgt das Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation mehrere konkrete, aufeinander aufbauende Teilziele:

- Sensibilisierung für die eigenen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Fertigkeiten im Wohnbereich
- Kennenlernen von entsprechenden Wohnmöglichkeiten
- Hinführen zu einer realistischen Entscheidung für eine bestimmte Wohnform
- Unterstützen und Motivieren bei der konkreten Umsetzung der entsprechenden Veränderungswünsche
- Aufbau oder Verbesserung von kognitiven Fähigkeiten wie z.B. Wohnungsbewerbung, Auffinden des Wohnungsangebots, Bewältigen des Weges, Wohnungsbesichtigung, Beurteilen des Angebots, Entscheidungsfindung etc.
- Aufbau oder Verbesserung von sozialen Kompetenzen wie z.B. telefonieren, sich vorstellen, Sozialkontakte aufbauen, Freizeitbeschäftigungen pflegen etc.
- Aufbau oder Verbesserung von lebenspraktischen Fertigkeiten beim Wohnen wie z.B. einkaufen, kochen, putzen, waschen, budgetieren etc.
- Antizipation von möglichen Schwierigkeiten, welche die neue Wohnsituation mit sich bringen könnte
- Bearbeiten und Lösen von Problemen, die in der neuen Wohnsituation auftreten.

Das Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation soll dem schizophren Erkrankten somit zu konkreten Vorstellungen bezüglich seiner zukünftigen Wohnsituation verhelfen, damit er anschliessend unter therapeutischer Hilfestellung eine realistische Entscheidung treffen kann. Schwierigkeiten, die bei der Planung und Realisierung der neuen Wohnform auftreten, sollen in der Therapie anhand der konkreten Problemsituation unter Einsatz der entsprechenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken bearbeitet werden. Durch die damit gewährleistete Alltagsnähe des Problemlöseprozesses sollen der Erwerb und vor allem auch die Generalisierung der jeweils erforderlichen Problemlösefertigkeiten ermöglicht werden.

2. Aufbau und Inhalt des Therapiemanuals

Das Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophrenen Erkrankten im Wohnbereich besteht aus einem ausführlichen, hoch standardisierten Manual sowie aus Arbeitsblättern für die Patienten und einem Anhang mit zusätzlichen Erläuterungen für die Therapeuten (Keppeler & Roder, 2002). Es ist inhaltlich in zwölf thematische Interventionseinheiten untergliedert, die sich in drei aufeinander aufbauende Therapiephasen, die Orientierungsphase, die Umsetzungsphase und die Problemlösephase, einteilen lassen (vgl. Tabelle 2 a).

Thematische Interventionseinheiten	Therapiephasen
1. Einführung und gegenseitiges Kennenlernen	<i>Orientierungsphase:</i> Kognitive Orientierung und Zielfindung
2. Kennen lernen verschiedener Wohnformen	
3. Ermitteln der individuellen Wohnbedürfnisse	
4. Sammeln von Informationen zum Wohnangebot und Entscheidungsfindung	
5. Wohnungssuche	<i>Umsetzungsphase:</i> Aufbau spezifischer instrumenteller und sozialer Fertigkeiten zur Zielerreichung
6. Vorstellungsgespräch und Wohnungsbesichtigung	
7. Einrichten der Wohnung oder des Zimmers	
8. Organisieren des Umzugs	
9. Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche	<i>Problemlösephase:</i> Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Realisierung der individuellen Ziele
10. Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung und beim Budgetieren	
11. Sozial kompetenter Umgang mit anderen	
12. Bewältigen von Schwierigkeiten beim Wohnen	

Tabelle 2 a: Überblick zu den Themenbereichen des Gruppentherapieprogramms

Die Orientierungsphase umfasst die Interventionseinheiten 1 bis 4. Die Übungen verfolgen das Ziel, den Gruppenteilnehmern eine realistische Wohnperspektive zu vermitteln und sie zu einer Entscheidung für eine angemessene Wohnform zu befähigen. Diese wird beispielsweise beim Übertritt von einem stationären Klinikaufenthalt in eine neu einzurichtende betreute oder freie Wohnform erforderlich. Daneben muss eine solche Entscheidung auch getroffen werden, wenn der Auszug aus der elterlichen Wohnung oder ein Wechsel in eine Wohnform mit geringerem oder auch höherem Betreuungsgrad ansteht. Beispiele dafür wären z.B. der Übergang von einer betreuten Wohngemeinschaft ins begleitete Wohnen oder in eine freie Wohn-

form, der Wechsel vom begleiteten Wohnen oder von einer betreuten Wohngemeinschaft zurück in ein Wohnheim, aber auch ein Wohnungswechsel innerhalb der gleichen wohnrehabilitativen Anforderungsstufe. Nach einer ersten einführenden Gruppensitzung zum gegenseitigen Kennenlernen und Festlegen von Gruppenregeln werden zunächst Fertigkeiten zur kognitiven Orientierung über die eigenen Vorstellungen, Möglichkeiten und Kompetenzen im Wohnbereich erarbeitet. Anschliessend setzt sich die Gruppe intensiv mit den verschiedenen bestehenden Wohnformen auseinander. Es werden deren Charakteristika sowie deren Vor- und Nachteile diskutiert. Im Rahmen von selbständigen Übungen oder bei einem gemeinsamen Besuch lernen die Gruppenmitglieder einige lokale Wohnangebote des betreuten Wohnens kennen. Als weitere entscheidungsrelevante Kriterien werden die für jede Wohnform erforderlichen Basisfertigkeiten im Haushaltsbereich und die individuellen Ansprüche an die Wohnbehaglichkeit herausgearbeitet, aber auch finanzielle Aspekte in die Überlegungen mit einbezogen. Die Orientierungsphase wird mit der Festlegung einer realistischen, an den individuellen Erfordernissen und Möglichkeiten ausgerichteten rehabilitativen Zielsetzung abgeschlossen. Die Gruppenteilnehmer sollten sich jetzt für die konkrete Suche nach einer ihnen zusagenden und für sie realisierbaren Wohnmöglichkeit entschliessen können. Falls von einzelnen Teilnehmern am Ende der Orientierungsphase noch erkennbar unrealistische Ziele angestrebt werden, greift der Therapeut diese auf und bespricht sie zusammen mit dem betreffenden Patienten im Einzelgespräch. Für Teilnehmer schliesslich, denen im Rahmen der Orientierungsphase klar geworden ist, dass eine Veränderung ihrer Wohnsituation kurz- oder mittelfristig kein angemessenes wohnrehabilitatives Ziel darstellt, kann die weitere Gruppenteilnahme bei genügender Motivation als Übungsfeld für den Erwerb oder für die Stabilisierung allgemeiner sozialer und instrumenteller Fertigkeiten dienen.

In der anschliessenden Umsetzungsphase (Interventionseinheiten 5 bis 8) werden die relevanten alltagspraktischen instrumentellen und sozialen Fertigkeiten, die zum Erreichen der persönlichen Ziele jedes Teilnehmers notwendig sind, in der Gruppe erarbeitet und geübt und dann individuell eingesetzt. Die Teilnehmer sichten z.B. das konkrete Wohnangebot, üben telefonische Abklärungen und Anfragen, entwerfen den Text für Wohnungsinserate oder für Karten zum Aufhängen an Anschlagbrettern, verfassen Bewerbungsschreiben und bereiten ein Vorstellungsgespräch und eine Wohnungs- oder Wohnheimbesichtigung vor. Einen breiten Raum nehmen in dieser Therapiephase die Rollenspiele ein. Um den Transfer in die Alltagssituation zu fördern, werden sie in ihrem Schwierigkeitsgrad kontinuierlich gesteigert. So kann bei-

spielsweise zunächst das Vorstellungsgespräch mit einem freundlichen und verständnisvollen Wohnheimleiter geübt werden. Im weiteren Therapieverlauf werden dann schwierigere Situationen im Rollenspiel bearbeitet, wie beispielsweise die Auseinandersetzung mit einem abweisenden, misstrauischen oder wenig toleranten Vermieter. Mit Teilnehmern, die Schwierigkeiten beim Lesen von Stadtplänen oder Fahrplänen für öffentliche Verkehrsmittel haben, werden ergänzend entsprechende Übungen durchgeführt. Weitere wichtige Interventionen in der Umsetzungsphase umfassen Übungen zur Klärung und Beschaffung der benötigten Einrichtungsgegenstände sowie zur Planung und Organisation des Umzugs an den neuen Wohnort. Sie dienen dazu, die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, ihre Wohnung oder ihr Zimmer den eigenen Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend einzurichten und den Wohnungswechsel selbständig und eigenverantwortlich vorzunehmen. Während der ganzen Umsetzungsphase erfolgt bei Bedarf parallel zu den Gruppensitzungen die einzeltherapeutische Bearbeitung möglicher dysfunktionaler Kognitionen und Einstellungen, falls diese sich hinderlich auf die Veränderungswünsche der Teilnehmer auswirken.

In einem dritten Schritt, der Problemlösephase (Interventionseinheiten 9 bis 12), stehen die Bearbeitung und Bewältigung von Schwierigkeiten, die sich bei der Realisierung oder Aufrechterhaltung der neuen Wohnform ergeben, im Mittelpunkt des therapeutischen Vorgehens. Die Probleme bei der Wohnungssuche können beispielsweise durch den Einsatz unangemessener Suchstrategien oder durch Motivationseinbrüche infolge häufiger Absagen auftreten. Probleme entstehen aber auch durch eine unzureichende Planung und Organisation des Umzugs oder durch die bei schizophren Erkrankten häufig zu beobachtenden Schwierigkeiten im Rahmen von Veränderungen der vertrauten Umgebung. Darüber hinaus werden in dieser Phase vor allem Probleme bearbeitet, die sich im Zusammenhang mit dem Wohnen in einer neuen Wohnform ergeben. Im Einzelnen handelt es sich dabei um das Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung (gesunde Ernährung, einkaufen, kochen, aufräumen, putzen, Wäsche waschen, budgetieren), um das Strukturieren des Lebensalltags, fehlende Sozialkontakte oder Probleme bei der Freizeitgestaltung. Infolge der hohen alltagspraktischen Bedeutung dieser Problembereiche erfolgt deren Bearbeitung beispielhaft mit der ganzen Gruppe. Aber auch Interventionen zum sozial kompetenten Umgang mit anderen, zur individuellen Tages- oder Wochenplanung, zur Pflege des bestehenden oder zum Aufbau eines neuen Bekannten- und Freundeskreises sind von grösster Bedeutung, um zu gewährleisten, dass den schizophren Erkrankten die Rehabilitation im neuen Wohnumfeld dauerhaft gelingt.

Die therapeutische Vorgehensweise stützt sich auf eine Behandlung in der Gruppe. Bestimmte Inhalte werden aber auch in anderer Form erarbeitet und vertieft. Insgesamt kommen vier verschiedene Interventionsarten zur Anwendung: Gruppeninterventionen, Einzelinterventionen, gemeinsame Aktivitäten und selbständige Übungen. Die Gewichtung der jeweiligen Durchführungsform kann dabei in Abhängigkeit von den therapeutischen Erfordernissen und der Gruppenzusammensetzung variiert werden.

1. Die Gruppeninterventionen bilden den therapeutischen Schwerpunkt des Therapieprogramms. Sie werden zur allgemeinen Vermittlung und Erarbeitung der Inhalte eingesetzt. Die Teilnehmer erhalten Informationen zu allen wohnrelevanten Themen, diskutieren sie und bringen dabei auch ihre eigenen Erfahrungen ein. Sie eignen sich instrumentelle und soziale Fertigkeiten an, erarbeiten Bewältigungsstrategien bei auftretenden Schwierigkeiten und üben sich im Problemlösen. Je nach Thema, Gruppengrösse oder -zusammensetzung können bei Bedarf auch Kleingruppen gebildet werden.
2. Die Einzelinterventionen dienen zur Besprechung von persönlichen Fragen und Schwierigkeiten, deren Bearbeitung in der Gruppe für die Teilnehmer eine zu grosse emotionale Belastung darstellen würde. Klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass es schizophrenen Patienten meist schwer fällt, belastende Themen problembezogen in eine Gruppe einzubringen. Eine vertiefte Bearbeitung im Einzelgespräch ist auch dann erforderlich, wenn die individuelle Problematik eines Teilnehmers in der Gruppe zu viel Zeit beanspruchen würde und dadurch die übrigen Mitglieder in ihrer Konzentration überfordert wären. Überdies kann es für den besseren Fortgang der Gruppenarbeit angebracht sein, mit kognitiv oder sozial besonders stark beeinträchtigten Patienten ausgewählte Inhalte aus den Gruppensitzungen nochmals einzeln zu üben und zu vertiefen. In Einzelfällen ist auch eine zusätzliche individuelle Motivationsarbeit erforderlich.
3. Bei den gemeinsamen Aktivitäten, die zusätzlich zu den Therapiesitzungen ausserhalb des Gruppenraums stattfinden (z.B. gemeinsames Kochen und Essen, Besuche in Wohnheimen oder Wohngemeinschaften, praktische Übungen mit Stadtplan und Fahrplänen, Brockenhäuser aufsuchen, draussen grillieren etc.), werden die erlernten Fertigkeiten in der natürlichen Situation ausprobiert, geübt und gefestigt. Die Aktivitäten dienen aber auch zur Auflockerung der Gruppenatmosphäre, sie fördern die Motivation und stärken die Gruppenkohäsion.

4. Mit den selbständigen Übungen werden das Aufrechterhalten der therapeutischen Fortschritte und die Generalisierung des Erlernten auf neue Situationen unterstützt. Sie umfassen z.B. das Sammeln von Informationen, das Ausfüllen der Arbeitsblätter, das eigenständige Umsetzen der erarbeiteten Fertigkeiten in der natürlichen Situation, das Ausprobieren neuer Reaktionsmöglichkeiten oder das Vorbereiten der gemeinsamen Aktivitäten.

Die zwölf Themenblöcke des Therapiemanuals sind inhaltlich aufeinander aufgebaut und werden in chronologischer Reihenfolge mit der ganzen Gruppe durchgearbeitet:

1. *Einführung und gegenseitiges Kennenlernen.* Die erste Interventionseinheit dient dazu, mögliche Ängste vor der neuen Gruppensituation abzubauen, die gegenseitige Kontaktaufnahme zu erleichtern und die Gruppenkohäsion zu fördern. Zum Schutz der persönlichen Grenzen des Einzelnen werden Gruppenregeln etabliert und im Therapieraum aufgehängt. Im weiteren Verlauf äussern sich die Teilnehmer zu ihren persönlichen Erwartungen und Anliegen. Abschliessend geben die Therapeuten eine Vorschau auf die Inhalte des gesamten Therapieprogramms.
2. *Kennenlernen verschiedener Wohnformen.* In diesem Themenblock werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Wohnformen herausgearbeitet sowie ihre Vor- und Nachteile besprochen. Das Ziel besteht darin, den Teilnehmern die Entscheidung für eine ihnen entsprechende Art des Wohnens zu erleichtern. Zur weiteren Stärkung der Gruppenkohäsion wird eine gemeinsame Aktivität geplant und durchgeführt. Dies kann ein Picknick oder ein einfaches Essen sein, aber auch das Kennen lernen einer Wohnform aus früheren Zeiten (Besichtigung einer Burg, eines Schlosses oder eines Wohnmuseums).
3. *Ermitteln der individuellen Wohnbedürfnisse.* Hier wird mit den Teilnehmern besprochen, welche Fertigkeiten es braucht, um einen Haushalt zu führen. Zudem werden für jede Wohnform anhand von Informationsmaterial die ungefähren Kosten ermittelt. Die Gruppe diskutiert darüber, was in einer Wohnung vorhanden sein muss, damit man sich wohl fühlt. Mit jedem Teilnehmer werden in Einzelsitzungen die individuellen Wohnvorstellungen und -wünsche vor dem Hintergrund seiner finanziellen Lage besprochen, um zu einer realistischen Entscheidung zu kommen.

4. *Sammeln von Informationen zum Wohnangebot und Entscheidungsfindung.* In diesem Themenblock lernen die Teilnehmer Informationsmöglichkeiten zum Wohnangebot kennen, sammeln ihnen zusagende konkrete Wohnangebote und setzen sich mit dem gefundenen Material auseinander. Sie sollten nun eine realistische Wohnperspektive gewonnen haben und sich für eine bestimmte Wohnform entscheiden können. Um die Entscheidungsfindung zusätzlich zu unterstützen, besucht die Gruppe als gemeinsame Aktivität ein Wohnheim und eine Wohngemeinschaft.
5. *Wohnungssuche.* Diese Interventionseinheit dient dem Aufbau von spezifischen Fertigkeiten, die benötigt werden, um sich telephonisch oder schriftlich für eine neue Wohnmöglichkeit zu bewerben. Die Teilnehmer erarbeiten Dialoge zu telephonischen Anfragen und üben diese im Rollenspiel. Gemeinsam werden Texte für Karten zum Aufhängen an Anschlagbrettern oder für Wohnungsinserate verfasst und Bewerbungsschreiben auf Chiffreinserate ausgearbeitet. Dadurch sollen Sicherheit und Selbstvertrauen der Teilnehmer im Umgang mit Bewerbungen erhöht werden. Für die konkrete Wohnungssuche wird ein Büroraum mit der notwendigen Infrastruktur eingerichtet.
6. *Vorstellungsgespräch und Wohnungsbesichtigung.* In diesem Themenblock werden die Teilnehmer auf das Vorstellungsgespräch und die Wohnungsbesichtigung vorbereitet. Zur Verbesserung der sozialen Kompetenz erarbeitet und übt die Gruppe verschiedene zu den einzelnen Wohnformen passende Dialoge. Die Teilnehmer setzen sich auch mit möglichen unerwarteten oder unangenehmen Fragen des Vermieters auseinander. Je nach den kognitiven Fähigkeiten der Gruppenmitglieder ist es zudem oft notwendig, die Orientierung auf dem Stadtplan oder die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel zu thematisieren und zu üben. Dazu findet als gemeinsame Aktivität ein Treffen an einem geeigneten und interessanten Ort statt, der selbständig erreicht werden muss.
7. *Einrichten der Wohnung oder des Zimmers.* Hier werden spezifische Fertigkeiten wie das Entwerfen eines Wohnungs- oder Zimmerplans, das Erstellen einer Inventarliste für die Wohnungseinrichtung und das Beschaffen der benötigten Gegenstände erarbeitet. Es nehmen alle Gruppenmitglieder an diesen Interventionen teil. Die noch nach einer neuen Wohnmöglichkeit suchenden Teilnehmer bearbeiten die Inhalte antizipatorisch, werden aber von den Therapeuten in Einzelsitzungen weiterhin bei der Verwirklichung ihres Wohnwun-

sches unterstützt. Die gemeinsame Aktivität dient dazu, verschiedene Brockenhäuser der Umgebung zu erkunden.

8. *Organisieren des Umzugs.* Themen dieses Kapitels sind die Organisation und die Zeitplanung vor dem Umzug. Die Teilnehmer sollen erkennen, dass durch rechtzeitiges und sorgfältiges Vorbereiten des Umzugs Unsicherheit und Angst verringert, aber auch Unannehmlichkeiten vermieden werden können. Gemeinsam werden Merklisten erstellt, Transportmöglichkeiten abgeklärt und im Rollenspiel das Anfragen von Helfern für den Umzug geübt. Die Gruppe wird zu gegenseitiger aktiver Hilfeleistung motiviert, was nicht nur die Gruppenkohäsion weiter steigert, sondern jedem Teilnehmer zu zusätzlichen Erfahrungen verhilft.
9. *Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche.* Diese Interventionschritte dienen dazu, die Teilnehmer bei auftretenden Schwierigkeiten zu unterstützen. Es werden konkrete Strategien zum Umgang mit Stresssituationen bei der Wohnungssuche erarbeitet, und die Gruppenmitglieder lernen, diese in den Alltag umzusetzen. Die Sitzungen beginnen jeweils mit einer Rückmelderrunde zum Stand der individuellen wohnrehabilitativen Schritte. Dann werden geeignete Problemstellungen, die von allgemeinem Interesse sind, herausgegriffen und von der ganzen Gruppe bearbeitet. Für sehr belastende oder spezielle Probleme ist eine Bearbeitung in Einzelsitzungen vorgesehen.
10. *Bewältigen von Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung und beim Budgetieren.* Dieser Themenblock richtet sich an alle Gruppenmitglieder, unabhängig vom Stand ihrer Wohnungssuche oder von der gewünschten Wohnform. Er enthält Interventionen zur Bewältigung von Schwierigkeiten, die beim Führen eines Haushalts auftreten können, aber auch Interventionen zum Aufbau spezifischer Fertigkeiten in diesem Bereich. Ebenso werden Strategien zur Einhaltung des Budgets erarbeitet. Um die Auseinandersetzung mit den besprochenen Themen zu vertiefen und den Praxisbezug herzustellen, wird als Gruppenaktivität ein gemeinsames Essen geplant, vorbereitet und durchgeführt.
11. *Sozial kompetenter Umgang mit anderen.* Auch die Themen dieser Interventionseinheit, wie z.B. die Pflege des Bekannten- und Freundeskreises, die Beziehungen zu Mitbewohnern und Nachbarn, bestehende Klinikkontakte, die Erweiterung von Sozialkontakten oder die Freizeitgestaltung sind für die ganze Gruppe, unabhängig vom Stand ihrer Wohnungssuche, von Bedeutung. Es werden sowohl Interventionen zur Bewältigung von Schwierigkeiten in diesen

Bereichen als auch Interventionen zum Aufbau sozialer Fertigkeiten durchgeführt.

12. *Bewältigen von Schwierigkeiten beim Wohnen.* Diesen letzten Themenblock gestalten die Therapeuten je nach den aktuellen Bedürfnissen der Teilnehmer. Da erfahrungsgemäss nicht alle in der Gruppe auf dem gleichen Stand ihrer wohnrehabilitativen Bemühungen sind, ist ein flexibles Vorgehen indiziert. Wenn die Mehrzahl bereits am neuen Wohnort lebt, werden vor allem die aktuellen wohnbezogenen Probleme bearbeitet, beispielsweise das sich Einfügen in eine schon bestehende Wohngemeinschaft oder das Strukturieren des Wohnalltags. Teilnehmer, die noch keine neue Wohnmöglichkeit gefunden haben, werden von den Therapeuten weiterhin in Einzelgesprächen bei ihren Bemühungen unterstützt. Bei einigen Gruppen kann es notwendig sein, das Schwergewicht der Therapie nochmals auf bereits früher bearbeitete Bereiche zu legen. Eine gemeinsam geplante Freizeitaktivität, die geeignet ist, um die Gruppenarbeit mit einem angenehmen Erlebnis ausklingen zu lassen, schliesst das Therapieprogramm ab.

Alle zwölf Interventionseinheiten haben im Therapiemanual den gleichen formalen Aufbau. Nach einer einleitenden kurzen Zusammenfassung der therapeutischen Ziele werden zuerst die Gruppeninterventionen beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt eine Darstellung der selbständigen Übungen sowie der vorgesehenen Einzelinterventionen. Zum Schluss werden Durchführungshinweise zu den externen Gruppenaktivitäten gegeben und das benötigte Material aufgelistet. Diese formale Struktur im Manual entspricht jedoch nicht durchgängig dem tatsächlichen zeitlichen Ablauf während der Therapie. Oft begleiten und ergänzen selbständige Übungen und Einzelinterventionen die Gruppeninterventionen. Sie finden deshalb parallel zu den Gruppensitzungen statt. Ebenso erfolgen die gemeinsamen Aktivitäten nicht zwingend zum Abschluss einer Interventionseinheit. Sie können je nach therapeutischen oder organisatorischen Gesichtspunkten auch früher durchgeführt werden.

Für jeden Themenblock sind Materialien erstellt worden, die für die beschriebenen Übungen benötigt werden. Es handelt sich dabei um 20 Arbeitsblätter für die Patienten und 16 Anhänge mit zusätzlichen Erläuterungen für die Therapeuten. Die Arbeitsblätter werden zur Durchführung bestimmter Aufgaben bei der Gruppenarbeit oder im Hinblick auf eine selbständige Übung an die Teilnehmer verteilt. Die Inhalte der Anhänge dagegen nutzen die Therapeuten als zusätzliche Hilfsmittel für die Vorbereitung der Sitzungen. Arbeitsblätter und Anhänge wurden dem Therapiemanual

aus praktischen Gründen (zum Herstellen von Kopien) in Form einer CD-ROM angefügt (Keppeler & Roder, 2002).

3. Wichtige kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken, modifiziert für schizophren Erkrankte

Beim Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich werden verhaltenstherapeutische Techniken und kognitive Methoden eingesetzt, die bereits beim IPT („Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophren Erkrankte“, Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) zur Anwendung gelangten und sich dort bewährt haben. Als wichtigste sind hier vor allem zu nennen: Rollenspiel, Problemlösen, Kognitive Umstrukturierung und Entspannungsverfahren (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1998; Linden & Hautzinger, 1996). Diese kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardmethoden müssen für die Therapie mit schizophren Erkrankten allerdings teilweise modifiziert werden.

Das Rollenspiel nutzt zahlreiche verhaltenstherapeutische Prinzipien wie z.B. Modelllernen, operantes Lernen, Aufbau von Verhalten oder soziale Verstärkung. Bei der Therapie von sozialer Kompetenz und bei der Behandlung von Beziehungs- und Kommunikationsproblemen gilt es als die zentrale Interventionsform (Pfingsten & Hinsch, 1991). Unter der Anleitung von Therapeuten und in geschütztem Rahmen können verschiedene Verhaltensvarianten ausprobiert sowie neue soziale Verhaltensweisen aufgebaut und eingeübt werden, um sie später in der entsprechenden Alltagssituation anzuwenden. Durch eine Reihe entsprechender Techniken, beispielsweise Instruktion, Coaching, Hilfs-Ich, Soufflieren, Chaining, Prompting, Schnitt, Rollentausch, Modelldarbietung oder Hierarchiebildung lassen sich Rollenspiele variieren und damit flexibel an die therapeutischen Erfordernisse der Teilnehmer anpassen (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002). Die Durchführung von Rollenspielen im gruppentherapeutischen Setting gliedert sich in vier Abschnitte: Die kognitive Aufarbeitung der Situation zur Vorbereitung des Rollenspiels, die Durchführung des Rollenspiels, die Auswertung in Form von Rückmeldungen und die Umsetzung der erprobten bzw. eingeübten Verhaltensweise in einer realen Alltagssituation. Bei schizophren Erkrankten erfolgt die Anwendung von Rollenspielen vor allem als verhaltensaufbauendes und übendes Verfahren. Dabei muss besonders darauf geachtet werden, dass eine Überforderung und Überstimulation,

beispielsweise durch Reizüberflutung, vermieden wird. Überschreitet die soziale Stimulation bei schizophrenen Patienten ein bestimmtes Mass, können Rückfälle nicht ausgeschlossen werden. Deshalb sollte bei Patienten mit massiven kognitiven Störungen und fehlender Konzentrationsfähigkeit auf Rollenspiele in der Gruppe ganz verzichtet werden. Im Einzelrollenspiel in der Dyade zwischen Patient und Therapeut kann das Lernziel besser erreicht werden. Ebenso erscheinen Rollenspiele kontraindiziert, wenn in der Gruppe noch keine ausreichende Gruppenkohäsion aufgebaut werden konnte und damit das Vertrauen zwischen den Teilnehmern, das soziale Ängste abbauen hilft, noch weitgehend fehlt. Hier ist der Einsatz von Rollenspielen erst später möglich. Eine sorgfältige Vorbereitung des Rollenspiels (kognitive Aufarbeitung der Situation, wie z.B. Vorgabe der zu übenden Situation, Dialogerarbeitung, Finden einer Überschrift, Antizipieren und Einschätzen von Schwierigkeiten, Zuteilen von Beobachteraufgaben) ist für schizophren Erkrankte besonders hilfreich, da damit eine hohe Strukturierung aufgebaut werden kann, die Sozialängste vermindern hilft. Je nach Krankheitszustand der Teilnehmer ist es notwendig, den Schwierigkeitsgrad des Rollenspiels zu variieren, indem der Dialog vollständig oder in Stichworten notiert wird. Teilnehmer mit grossen Sozialängsten können zunächst als Beobachter fungieren, bevor sie die Rolle als Hilfs-Ich übernehmen und schliesslich in der Lage sind, selbständig in einer Rolle zu handeln. Ganz allgemein ist von einer behutsamen graduellen Steigerung des Anspruchsniveaus bei Rollenspielen mit schizophren Erkrankten auszugehen, indem zunächst standardisierte, emotional weitgehend neutrale Situationen nachgespielt werden. Bei fortgeschrittener Therapiedauer können dann komplexere halbstandardisierte Situationen im Rollenspiel geübt werden, bis schliesslich aktuelle Probleme einzelner Patienten über die Methode des Problemlösens angegangen und im Rollenspiel erprobt werden. Der Einsatz eines Videogeräts zur Rückmeldung ist bei schizophren Erkrankten, besonders bei Patienten mit Dyskinesien oder grosser sozialer Unsicherheit (z.B. leises Sprechen, kein Blickkontakt), nicht geeignet.

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Methode des Problemlösens ist im Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation nach dem Rollenspiel das wichtigste Verfahren. Es hat neben dem Aufbau von Bewältigungsverhalten als eigentliches Ziel das Vermitteln von Problemlösekompetenz, d.h., der schizophren Erkrankte soll in die Lage versetzt werden, die in seinem Alltag auftretenden Probleme selbständig zu lösen. Nach Süllwold und Herrlich (1998) lassen psychologische Interventionen nur dann einen langfristigen Effekt erwarten, wenn sie in ein Self-Management des Betroffenen übergehen. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von unterschiedlichen Konzep-

tionen des Problemlösetrainings. Sie beschreiben grundsätzlich alle denselben Prozess, unterscheiden sich aber vor allem durch den Grad ihrer Strukturierung (z.B. D'Zurilla & Goldfried, 1971; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; Liebeck, 1996). Beispielsweise teilen D'Zurilla und Goldfried (1971) das Problemlösen in fünf Therapieschritte ein: Generelle Orientierung und Einstellung; Definieren und Formulieren des Problems; Erarbeiten von Lösungsalternativen; Bewerten, Entscheiden und Umsetzen; Überprüfen des Erfolgs. Liebeck (1996) konzipierte ein achtstufiges Modell, während Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000) ihr 7-Phasen-Modell vorstellten. Die Durchführung des Problemlösetrainings mit schizophren Erkrankten erfordert aufgrund klinischer Erfahrungen verschiedene Modifikationen. Wegen des oftmals eingeschränkten Realitätsbezugs und kognitiver Beeinträchtigungen ist eine adäquate Problemwahrnehmung häufig nur in geringem Mass gegeben. Gängige Techniken zu deren Verbesserung, wie z.B. Interpretieren oder Konfrontieren, führen aber bei schizophren Erkrankten zu grosser emotionaler Belastung, reduzieren die Therapiemotivation und können leicht einen Therapieabbruch provozieren. Im Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation werden deshalb mit der ganzen Gruppe vorerst konkrete standardisierte Problemsituationen exemplarisch durchgearbeitet, bevor zur Bearbeitung von einfachen Problemen, die einzelne Patienten nennen, weitergegangen wird. In vielen Gruppen ist es auch später kaum möglich, eine komplexere Problemlösestrategie zu vermitteln, da manche Patienten dadurch kognitiv überfordert wären. Neben der Erarbeitung realitätsgerechter Problemperspektiven und realisierbarer Problemlösungen sind folgende kognitive Zielsetzungen für schizophrene Erkrankte besonders wichtig: Verbesserung der Problemwahrnehmung, Erarbeitung einer rationalen Haltung gegenüber Problemen, Entwicklung einer lösungsorientierten Haltung sowie Förderung eines antizipierenden, konsequenzorientierten Denkens (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002). Bei emotional sehr belastenden persönlichen Problemen können Einzelsitzungen mit dem Therapeuten den grösseren Erfolg bringen als eine Bearbeitung im Gruppensetting. Ebenfalls Einzelsitzungen sind vorgesehen, wenn bestimmte Gruppenmitglieder vorübergehend geschützt werden müssen. So kommt es z.B. gelegentlich vor, dass jemand nicht die notwendige Empathie oder Kompetenz aufbringen kann, um den Teilnehmer, dessen Problem bearbeitet wird, hilfreich zu unterstützen; er wird im Gegenteil angegriffen, beschuldigt oder lächerlich gemacht.

Als weiterer wichtiger Behandlungsbaustein wird im Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation die kognitive Umstrukturierung eingesetzt. Diese Methode basiert auf der Annahme, dass Menschen ihr Erleben und Verhalten selbst steuern oder

beeinflussen können durch die Art und Weise, in der sie Ereignisse und Situationen kognitiv verarbeiten, d.h. wahrnehmen, interpretieren und bewerten. Das therapeutische Grundprinzip der kognitiven Umstrukturierung besteht darin, dysfunktionale Kognitionen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen im Erleben und Verhalten führen, zu identifizieren, zu hinterfragen und in Richtung funktionaler Kognitionen zu verändern. Dabei wird unterschieden zwischen automatischen Gedanken, Annahmen bzw. Grundannahmen sowie Einstellungen und Regeln. Aktuelle systematische Therapieansätze zur Modifikation von Kognitionen bei schizophren Erkrankten basieren hauptsächlich auf der Kognitiven Therapie von Beck (1976), der Rational-emotiven Therapie von Ellis (1978) und dem Stressimpfungstraining von Meichenbaum (1985), so z.B. das Programm von Süllwold und Herrlich (1998). Das therapeutische Vorgehen im Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation bezüglich der kognitiven Umstrukturierung richtet sich nach diesem Ansatz. Es werden vier Therapieschritte unterschieden: Sensibilisierung des Patienten für seine eigenen kognitiven Vorgänge (Anleitung zur Selbstverbalisation, Protokollierung automatischer Gedanken); Durchführung des Diskriminationslernens (Differenzierung zwischen Wahrnehmung, Bewertung, emotionalen Reaktionen und Verhaltenskonsequenzen); Identifizierung fehlangepasster Denkstile und kognitiver Verzerrungen (willkürliches Schlussfolgern, Übertreibung der Bedeutung eines Ereignisses, dichotomes Denken, selektive Verallgemeinerung); Einsatz kognitiver Umstrukturierungs- und Bewältigungstechniken (Alternativen entwickeln und bewerten, Reattribuieren, Entkatastrophisieren, Realitätsprüfung). Die Technik der kognitiven Umstrukturierung stellt relativ hohe Anforderungen an schizophrene Erkrankte und ist deshalb nicht für alle Gruppenteilnehmer gleichermaßen geeignet. Im Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation erfolgt deren Vermittlung nicht in der Gruppe, sondern immer im Einzelsetting mit dem Therapeuten. Dabei muss die Vorgehensweise eventuell weiter vereinfacht sowie auf eine sokratische Gesprächsführung verzichtet werden. Oft ist es notwendig, den Patienten stark strukturierend und direktiv anzuleiten und als Therapeut Modell- und Hilfs-Ich-Funktionen zu übernehmen. In akuten Krisensituationen ist die Vermittlung der kognitiven Umstrukturierung kontraindiziert.

Als sehr hilfreich hat sich in verschiedenen Therapiesituationen die Anwendung von Entspannungsübungen erwiesen. Im Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation wird bei Bedarf die Methode der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (1938) eingesetzt. Als palliative Stressbewältigungsmethode, die nicht vorrangig auf imaginativen Techniken aufbaut und auch auf Suggestion verzichtet, stellt sie ein für schizophrene Erkrankte besonders gut geeignetes Entspannungsverfahren

dar (Sulz, Kraemer, Bittner, Michl & Wachinger, 1987). Das Grundprinzip der Progressiven Muskelentspannung lässt sich folgendermassen zusammenfassen: Der Zustand der Entspannung wird durch eine Reduktion des muskulären Tonus erreicht, mit der auch eine periphere Gefässerweiterung, eine Verlangsamung der Atmung, eine Senkung der Herzfrequenz, eine Zunahme des Hautwiderstandes sowie eine Veränderung der Hirnstromaktivität verbunden ist (Höfler, 1990). Die Reduktion des Muskeltonus entsteht durch abwechselndes An- und Entspannen ganzer Muskelgruppen. Dazu kontrahiert der Patient bewusst einzelne Muskelgruppen, um im Anschluss daran dieselben Muskelpartien gezielt wieder zu entspannen. Er lernt dabei, zwischen den Zuständen Anspannung und Entspannung zu unterscheiden. Entspannung wird als eine aktive Bewältigungsfertigkeit vermittelt, die geeignet ist, Angst- und Spannungserleben in Belastungssituationen günstig zu beeinflussen. Dadurch kann das psychophysiologische Aktivationsniveau reduziert werden, so dass längerfristig auch positive Effekte auf das kognitive Funktionsniveau zu erwarten sind. Entspannung stellt damit einen wichtigen Teil eines erfolgreichen Selbstmanagements dar. Für den praktischen Einsatz der Progressiven Muskelentspannung sind bei schizophren Erkrankten verschiedene Voraussetzungen erforderlich. So muss vor allem gewährleistet sein, dass die Gruppenteilnehmer fähig sind, sich über den ganzen Zeitraum der Durchführung zu konzentrieren. Zudem darf das Angst- oder Aktivationsniveau während der Entspannungsübung nicht zu hoch sein, denn in diesem Fall wäre eine Konzentration auf körperliche Wahrnehmungen kaum mehr möglich, und die Aufmerksamkeit würde verstärkt auf kognitiv-emotionale Prozesse gerichtet. Damit könnte das Angst- und Aktivationsniveau weiter zunehmen und zu paradoxen Therapieeffekten führen, d.h., statt der Entspannung wäre eine Zunahme der psychotischen Symptomatik wahrscheinlich. Deshalb ist es bei schizophren Erkrankten empfehlenswert, die Übungen im Sitzen und mit geöffneten Augen durchzuführen. Wegen der Möglichkeit paradoxer Therapieeffekte ist es zudem besonders wichtig, das Erleben und die Verarbeitung der Entspannungsübungen ausführlich nachzubesprechen. Bei Patienten mit deutlicher Negativsymptomatik oder mit persistierenden Positivsymptomen sind die beschriebenen Voraussetzungen wie Konzentrationsfähigkeit oder geringes Angst- und Aktivationsniveau häufig nicht oder nur sehr eingeschränkt vorhanden, so dass hier ganz auf Entspannungsübungen verzichtet werden muss. Allenfalls kann das Verfahren in einer verkürzten und vereinfachten Form dargeboten werden, indem vorerst nur einzelne Muskelgruppen behandelt werden.

Neben dem Einsatz der beschriebenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardmethoden sind bei der Anwendung des Gruppentherapieprogramms zur Wohnrehabilitation weitere übergeordnete Grundregeln zu beachten. So ist es bei der Arbeit mit schizophren Erkrankten besonders wichtig, dass es dem Therapeuten gelingt, eine transparente, reizarme und angstfreie Behandlungsatmosphäre zu schaffen und sich möglichst echt und aktiv zu verhalten. Um dem Auftreten von Ängsten, Enttäuschung, Mutlosigkeit und Motivationseinbrüchen entgegenzutreten, vermeidet er negativ formulierte Kritik. Er hebt stattdessen Fortschritte und positive Entwicklungen hervor, unterstützt alle konstruktiven Beiträge der Teilnehmer und verstärkt diese. Der Kommunikationsstil sollte eindeutig, gut verständlich und einfach sein. Komplizierte, widersprüchliche und hoch emotionale Umgangsformen sind zu vermeiden. Diese sind besonders geeignet, schizophren Erkrankte zu ängstigen oder zu stark zu aktivieren. Auch durch eine zu starke Akzentuierung des Beziehungsaspekts gegenüber inhaltlichen Gesichtspunkten könnte die Therapiesituation für die Teilnehmer uneindeutig und verwirrend werden. Eine leiterzentrierte, direktive, aber nicht autoritäre, sowie eine sachliche, aber nicht emotional distanzierte Gruppenleitung vermittelt ein hohes Mass an Struktur und Sicherheit. Sie führt zu keinem oder nur geringem Angsterleben und zum erwünschten mittleren Aktivationsniveau in der Gruppe. Zusätzlich ist bei allen Interventionen auf eine fortlaufende Optimierung der Anforderungen an die Teilnehmer zu achten. Damit kann einer Unter- oder Überstimulation vorgebeugt werden. Denn wenn die emotionale, kognitive oder soziale Stimulation ein bestimmtes Mass überschreitet, besteht bei schizophren Erkrankten die Gefahr eines Rückfalls. Bei Unterstimulation wird dagegen eher die Negativsymptomatik gefördert. Deshalb sind auch in dieser Beziehung alle Extreme zu vermeiden. Um die Motivation der Teilnehmer aufrecht zu erhalten, ist es wichtig, dass während der gesamten Gruppentherapie immer wieder auf gemeinsame positive, realistische Zukunftserwartungen hingearbeitet wird. Die kurz- und langfristigen Therapieziele sollten für alle Teilnehmenden jederzeit klar erkenntlich und realitätsnah sein.

4. Rahmenbedingungen zur Therapiedurchführung

Das Gruppentherapieprogramm zur Wohnrehabilitation für schizophren Erkrankte ist primär für die Durchführung in geschlossenen Gruppen konzipiert, kann in modifizierter Form aber auch bei halboffenen oder offenen Gruppen eingesetzt werden. Vor der Aufnahme jedes Teilnehmers muss gewährleistet sein, dass das Programm

eine therapeutisch indizierte Intervention im Rahmen eines ambulanten, teilstationären oder stationären Gesamtbehandlungsplans darstellt. Die schizophren Erkrankten sollten sich in einer relativ stabilen Remissionsphase befinden und für die Arbeit zum Thema Wohnen motiviert sein. Ein Vorgespräch, bei dem die Interessenten über den Ablauf der Therapie und die zu bearbeitenden Inhalte informiert werden, kann die Teilnahmemotivation zusätzlich erhöhen. Es schafft ausserdem die Möglichkeit, offene Fragen vorab zu klären und Befürchtungen und Ängste in Zusammenhang mit der Gruppe zu bearbeiten. Die Veränderung der persönlichen Wohnsituation stellt den primären therapeutischen Ansatzpunkt des Programms dar. Es ist aber so flexibel gestaltet, dass eine Teilnahme auch für Patienten möglich ist, bei denen eine solche Veränderung unter therapeutischen und rehabilitativen Gesichtspunkten zum gegebenen Zeitpunkt noch nicht indiziert erscheint. Unrealistische Veränderungsmotivationen stellen ebenfalls keine Kontraindikation dar, sofern sie nicht in ein persistierendes Wahnsystem integriert sind. Patienten mit moderater Positivsymptomatik, Negativsymptomen oder mit deutlichen kognitiven Beeinträchtigungen können, sofern sie gruppenfähig sind, ebenfalls einbezogen werden. Ausschlusskriterien sind vorherrschende Akutsymptome, Doppeldiagnosen (d.h. zusätzlicher schwerwiegender Drogen- oder Alkoholabusus) sowie erhebliche Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen oder kognitiven Basisfertigkeiten, wie z.B. ein stark eingeschränktes Kommunikationsverhalten oder schwere kognitive Defizite, die ein geordnetes, themenbezogenes Sprechen und eine soziale Kontaktaufnahme verunmöglichen. Ebenfalls kontraindiziert ist das Programm für Patienten, welche die Gruppensituation oder die zu bearbeitende Thematik wahnhaft verarbeiten würden. Hinsichtlich Alter und Geschlecht ist eine heterogene Zusammensetzung der Gruppe von Vorteil. Als Altersgrenze hat sich der Bereich zwischen 20 und 50 Jahren bewährt; dieser kann in Einzelfällen aber auch unter- oder überschritten werden. Bezüglich Intelligenz, Lernfähigkeit und Ausmass der Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung ist bei der Gruppenzusammenstellung jedoch Homogenität anzustreben. Eher ähnliche Wohnwünsche der Teilnehmer können die praktische Therapiedurchführung zusätzlich erleichtern.

Die ideale Gruppengrösse liegt zwischen sechs und acht Personen. Bei grösseren Gruppen nimmt aufgrund der starken Aufgabenbetonung des Programms die Intensität der Therapie für den Einzelnen ab, so dass es häufig schwierig wird, die Lerninhalte im vorgesehenen Umfang zu vermitteln. Die Therapeuten können sich zu wenig auf die einzelnen Teilnehmer einstellen, und der Gruppenprozess wird unübersichtlicher und schwieriger lenkbar. In zu kleinen Gruppen dagegen kann die Belas-

tung für einzelne Gruppenmitglieder, besonders für die leistungsschwächeren, erheblich anwachsen. Mögliche Konsequenzen sind beispielsweise Überforderungsreaktionen oder eine Zunahme der Krankheitssymptomatik. Zudem sind kleinere Gruppen den grösseren bei Übungen zum Problemlösen unterlegen, da unterschiedliche Lösungsalternativen häufig nur in geringerem Umfang entwickelt und diskutiert werden können. Bei geschlossenen Gruppen ist vor der Bestimmung der Gruppengrösse zu bedenken, dass im Verlauf der Therapie Absenzen zu erwarten sind oder Patienten ganz ausfallen. Damit könnte das Weiterbestehen der Gruppe fraglich werden.

Die Durchführung des Therapieprogramms beansprucht etwa 30 bis 35 Gruppensitzungen von jeweils 90-minütiger Dauer. Diese finden in den ersten drei Monaten zweimal wöchentlich statt, in den folgenden zwei bis drei Monaten nur noch einmal pro Woche. Da das Programm modulartig aufgebaut ist, können je nach Gruppenanfordernissen auch nur einzelne Teile vorgegeben werden. Damit verkürzt sich die Therapiedauer entsprechend. Eine Therapiedauer von weniger als 20 Doppelstunden ist bei der Gruppenarbeit mit schizophren Erkrankten jedoch nicht zu empfehlen, da der Aufbau der Gruppenkohäsion eine entsprechende Zeit dauert. Um die Teilnehmer in ihrer Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit nicht zu überfordern, wird während jeder Doppelstunde eine 15-minütige Pause eingelegt. Bei wenig belastbaren Teilnehmern kann es sinnvoll sein, die Gruppentherapie mit einer kürzeren Sitzungsdauer oder einer reduzierten Stundenfrequenz zu beginnen und die zeitliche Intensität erst längerfristig zu steigern. Die im Programm vorgesehenen Einzelsitzungen werden mit jedem Teilnehmer je nach seinen individuellen Bedürfnissen und Lernfortschritten vereinbart und dauern durchschnittlich 30 Minuten. Die externen Gruppenaktivitäten werden nach Absprache mit den Teilnehmern anstelle der Gruppensitzungen oder im Anschluss daran durchgeführt und dauern zwei bis drei Stunden.

Für die praktische Durchführung des Therapieprogramms ist ein ausreichend grosser Gruppenraum erforderlich, in dem eine Tafel und eine Flipchart sowie Schreibmaterial zur Verfügung stehen. Alle Teilnehmer müssen in einem Kreis unbeengt Platz finden, der ausserdem noch Raum für Rollenspiele und Kleingruppenarbeit bietet. Nach Abschluss der Orientierungsphase wird ein „Gruppenbüro“ eingerichtet, in dem alle erforderlichen Hilfsmittel für schriftliche und telefonische Bewerbungen vorhanden sind (Telephon, PC, Büromaterialien). Es hat sich bewährt, den Gruppenraum selbst für diesen Zweck zu nutzen.

Das therapeutische Team besteht aus einem Haupttherapeuten und einem Co-Therapeuten. Es sollte wenn möglich über den gesamten Behandlungszeitraum in seiner Zusammensetzung konstant bleiben. Der Haupttherapeut hat die Aufgabe, die Gruppensitzungen zu leiten, d.h., sie formal und inhaltlich unter Berücksichtigung des Gruppenverlaufs zu strukturieren. Er entscheidet über die zeitliche und therapeutische Gewichtung der behandelten Themen und stimmt die im Manual beschriebene Vorgehensweise auf die Erfordernisse der konkreten Therapiegruppe ab. Darüber hinaus stützt er die Teilnehmer, motiviert sie zur aktiven Auseinandersetzung mit den zu bearbeitenden Themen und gibt veränderungsfördernde Rückmeldungen. Der Co-Therapeut unterstützt den Haupttherapeuten bei dessen Vorgehen, hält sich dabei aber mit eigenen therapeutischen Interventionen eher zurück. Er nimmt beispielsweise in Rollenspielen eine Modellfunktion bei der Darstellung des einzuübenden Zielverhaltens ein, oder er hält die in der Gruppe erarbeiteten Inhalte auf der Flipchart übersichtlich und strukturiert fest. Daneben achtet er auf Gruppenprozesse und bringt seine Beobachtungen in die Nachbesprechung mit dem Haupttherapeuten ein. Er kann den Gruppenprozess aber auch während der Therapie optimieren, indem er einzelnen Teilnehmern, die ermüden oder überfordert sind, besondere Unterstützung gibt. Ausserdem kann er den Haupttherapeuten bei der Bearbeitung schwieriger Therapiesituationen, beispielsweise bei störendem oder unangemessenem Verhalten einzelner Teilnehmer, in dessen therapeutischem oder didaktischem Vorgehen aktiv mit eigenen Interventionen unterstützen. Bei stabilen Gruppen ist ein Wechsel in der Gruppenleitung zwischen Haupttherapeut und Co-Therapeut möglich. Er sollte bei Gruppenbeginn aber explizit mitgeteilt werden. Um Irritationen und Unsicherheiten bei den Teilnehmern zu vermeiden, ist darauf zu achten, dass beide Therapeuten ihre unterschiedlichen Rollen jederzeit eindeutig ausfüllen.

Als Voraussetzung zur Arbeit mit dem neuen Programm benötigt zumindest der Haupttherapeut neben der guten Kenntnis der Inhalte des Manuals in zwei Bereichen weiterreichende Kompetenzen. Einerseits sind fundierte didaktische Erfahrungen in der Leitung von Gruppen mit schizophrenen Patienten erforderlich. Diese beziehen sich auf die inhaltliche Vermittlung der therapeutischen Thematik in einer Form, welche in der Gruppe zu einem optimalen Motivationsniveau führt, sowie auf den therapeutischen Umgang mit Gruppenprozessen. Andererseits sollten die Therapeuten gut mit den grundlegenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden vertraut sein, für deren praktische Anwendung der Erfahrungshintergrund einer verhaltenstherapeutischen Weiterbildung notwendig ist.

C. EMPIRISCHER TEIL

1. Begründung des Forschungsprojekts

Wie der derzeitige Forschungsstand verdeutlicht, zeigen schizophren Erkrankte weit reichende Defizite in ihrer sozialen Kompetenz und Anpassung. Solche Defizite werden in allen wichtigen Lebensbereichen offensichtlich, sie betreffen somit auch die alltäglichen sozialen Fähigkeiten im Bereich des Wohnens. Dementsprechend empfinden schizophrene Menschen ihre soziale Situation und Lebensqualität als eher schlecht. Sie leben häufig in unbefriedigenden Wohnverhältnissen, und es fehlt ihnen vielfach auch an einfachen alltagspraktischen Fertigkeiten, die eine Voraussetzung wären, um möglichst unabhängig leben zu können. Die bestehenden Rehabilitationsangebote erscheinen jedoch diesbezüglich nur eingeschränkt Erfolg versprechend (Teil A, 2. und 3. Kapitel). Vor diesem Hintergrund wurde das Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich konzipiert (Keppeler & Roder, 2002; vgl. Teil B). Als ein Bestandteil der WAF-Therapieprogramme (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002) greift es neben den Bereichen Arbeit und Freizeit einen der rehabilitativen Hauptansatzpunkte für schizophren Erkrankte auf.

In einer Pilotstudie mit sechs Patienten wurde vorerst eine viel kürzere, noch wenig strukturierte Version des Therapieprogramms praktisch erprobt (Heimberg & Hirsbrunner, 1991). Es war eine eher deskriptive und Hypothesen generierende Untersuchung. Da es sich um den ersten Einsatz in der klinischen Praxis handelte, galt das theoretische Hauptinteresse zunächst der Angemessenheit der therapeutischen Interventionen. Folglich wurde untersucht, ob das Therapieprogramm den ihm zugeordneten Zweck erfüllen kann, d.h. ob seine Inhalte für die Patienten relevant und in ihrer Durchführungsform verständlich sind. Ein vorläufig noch untergeordnetes Interesse lag in der Evaluation von unmittelbaren Therapieeffekten. Trotzdem wurde zusätzlich untersucht, ob die Therapie Veränderungen in Richtung der erwünschten Ziele bewirkt. So sollte z.B. auch geklärt werden, ob das Selbstvertrauen der Patienten in die eigene Kompetenz (Kompetenzerwartung) und die tatsächliche Kompetenz bezüglich der Therapieinhalte zunehmen und ob sich Veränderungen in der Wohnsituation abzeichnen. Die Resultate waren insgesamt ermutigend. Es zeigte sich, dass die therapeutischen Interventionen für die Patienten relevant und verständlich sind und deren Inhalte auch zur aktiven Beteiligung in der Therapiegruppe anregen.

Die Vermittlung der Therapieinhalte über die unterschiedlichen Durchführungsformen (Gruppensitzungen, Einzelsitzungen, selbständige Übungen und externe Aktivitäten) erwies sich als sehr effektiv. Ebenso positiv waren die Ergebnisse zur Kompetenzerwartung und -einschätzung. Überdies konnten während der je zweimonatigen Therapie- und Katamnesephase vier der sechs Gruppenteilnehmer ihre Wohnsituation verändern. Zwei Patienten zogen aus der Klinik in ein Wohnheim um, einer trat aus der Klinik in eine therapeutische Wohngemeinschaft ein und ein weiterer liess sich auf die Warteliste für eine Aussenwohngruppe setzen.

Im Hinblick auf das geplante, vom Schweizerischen Nationalfonds finanziell unterstützte Evaluationsprojekt des gesamten WAF-Therapieprogramms (Nr. 32-45577.95) wurden verschiedene formale und inhaltliche Änderungen vorgenommen. Es hatte sich gezeigt, dass für schizophren Erkrankte die zweimonatige Therapiedauer während der Pilotphase zu kurz bemessen war und auf drei Monate verlängert werden musste. Um weiterreichende Veränderungen im Wohnbereich zu ermöglichen, wie z.B. den Erwerb von alltagspraktischen Fertigkeiten, die Förderung der Selbständigkeit bei der Haushaltsführung, die Bewältigung von Schwierigkeiten beim Wohnen, den Aufbau von Sozialkontakten oder die Optimierung der Freizeitgestaltung, war eine Erweiterung des Therapieangebots notwendig. Zudem schienen Nachbetreuungssitzungen mit geringerer Therapieintensität über einen weiteren Zeitraum von drei Monaten sinnvoll, um die Patienten bei auftretenden Schwierigkeiten in ihrer neuen Wohnsituation aktiv zu begleiten. In dieser Nachbehandlungsphase können auch diejenigen Gruppenteilnehmer weiterhin unterstützt werden, die immer noch auf der Suche nach einer neuen Wohnmöglichkeit sind. Es wurde daher ein grundlegend neu formuliertes, inhaltlich wesentlich erweitertes und stark strukturiertes Therapiemanual ausgearbeitet (Keppeler, 1997, unveröffentlichte Lizentiatsarbeit; Keppeler & Roder, 2002). Einer möglichst klaren und übersichtlichen Darstellung wurde dabei grosses Gewicht beigemessen, um die spätere Anwendung in unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen zu erleichtern. Jede therapeutische Intervention wird neu mit einer Leitfrage eingeführt, die auf das jeweilige Thema vorbereitet. Es werden mehrere, bezüglich ihres Belastungs- und Vertiefungsgrades abgestufte Interventionsalternativen zum selben Bereich angeboten. Dies ermöglicht eine flexible Anpassung an das Niveau und die Bedürfnisse der jeweiligen Therapiegruppe. Das Themenspektrum sowie das Angebot an zusätzlichen, realitätsnahen Arbeitsmaterialien und Arbeitsblättern wurden stark erweitert. Neu wurde auch die Einrichtung eines Gruppenbüros mit entsprechender Infrastruktur eingeführt, um den

Patienten die Möglichkeit zu verschaffen, sich am Computer über das Wohnangebot zu informieren oder Bewerbungen zu schreiben.

Das neue Therapieprogramm für den Wohnbereich wurde zusammen mit den beiden Programmen zur Arbeits- und Freizeitrehabilitation in den letzten Jahren im Rahmen einer umfangreichen Multicenterstudie von Roder und Mitarbeitern auf seine Wirksamkeit hin evaluiert. Neben den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern nahmen sieben weitere psychiatrische Institutionen mit einem vergleichbaren Standardversorgungsangebot an der Gesamtstudie teil. In der Schweiz waren dies die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, die Externen Psychiatrischen Dienste Liestal, die Kantonale Psychiatrische Klinik Rheinau und die Psychiatrische Klinik Wil. In Deutschland beteiligten sich das Bezirkskrankenhaus München/Haar sowie die Privatnervenklinik Dr. med. Kurt Fontheim in Liebenburg und in Österreich das Institut für Psychotherapie Wien an der Evaluation. Das Forschungsprojekt wurde bewusst als Multicenterstudie angelegt, um entsprechende Erfahrungen in verschiedenen klinischen Einrichtungen des deutschsprachigen Raumes zu sammeln. Es ist geplant, die Therapieprogramme zur Wohn-, Arbeits- und Freizeitrehabilitation entsprechend dem zugrunde liegenden „Integrierten Psychologischen Therapieprogramm für schizophren Erkrankte, IPT“ (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002), das inzwischen in zehn Sprachen übersetzt worden ist, bei guter Bewährung längerfristig ebenfalls für die therapeutische und rehabilitative Standardversorgung schizophrener Erkrankter einzusetzen.

2. Forschungsfragen

Wir erwarten, dass die Durchführung des Therapieprogramms zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich die Gruppenteilnehmer zur aktiven Auseinandersetzung mit den damit verbundenen inhaltlichen Fragen und Problemen führt. Dadurch sollten sich die alltagspraktischen und sozialen Fertigkeiten der Teilnehmer im Bereich des Wohnens erhöhen, womit die therapeutisch eingeübten Verhaltenskompetenzen besser in die Praxis umgesetzt werden können. Infolgedessen wird weiter erwartet, dass es den Patienten im Verlauf oder nach Abschluss der Gruppentherapie gelingt, ihre Wohnsituation zu verbessern oder ihren Wunsch nach einer selbständigeren Wohnform zu verwirklichen und sich so ein befriedigendes Wohnumfeld zu verschaffen.

In der Literatur wird vielfach darauf hingewiesen, dass die allgemeinen unspezifischen Trainingsverfahren zu sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen nur geringe Transfer- und Generalisierungseffekte über den Therapierahmen hinaus aufweisen und auch bezüglich der Dauerhaftigkeit ihrer Effekte nicht befriedigen (Teil A, 2.4.3). Sie tragen daher wenig dazu bei, spezifische Verhaltenskompetenzen, z.B. für den Wohnbereich, aufzubauen und langfristig zu erhalten. Die in letzter Zeit entwickelten, hoch standardisierten Module zur spezifischen Behandlung sozialer Fertigkeitsdefizite zeigen sich unter diesen Gesichtspunkten den unspezifischen Trainingsverfahren signifikant überlegen (Teil A, 2.4.4). Dementsprechend erwarten wir, dass die mit dem neuen Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich erworbenen sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen auch auf andere nahe stehende Lebensbereiche generalisieren und von längerfristiger Dauer sind. Darüber hinaus sollten durch die Anwendung des Therapieprogramms auch Verbesserungen in den beiden weiteren, für schizophrene Patienten zentralen Funktionsbereichen Kognition und Psychopathologie erzielt werden, was insgesamt einen positiven Einfluss auf die Rückfallraten haben könnte. Schliesslich soll noch die Frage geklärt werden, ob die Behandlung eines spezifischen sozialen Therapiebereichs wie Wohnen die Motivation der Gruppenteilnehmer verbessern könnte.

Neueste Studien zur Wirksamkeit von Neuroleptika der zweiten Generation, den sogenannten atypischen Antipsychotika, konnten in Bezug auf die Negativsymptomatik und die kognitiven Funktionen der Patienten zum Teil eine Überlegenheit gegenüber den klassischen (typischen) Neuroleptika der ersten Generation nachweisen (Teil A, 1.3). Dies ist ein viel- aber auch kontrovers diskutiertes Thema in der heutigen Schizophrenieforschung. Deshalb soll zusätzlich überprüft werden, ob sich der Befund von differentiellen Verläufen im Zusammenhang mit typischer oder atypischer Medikation auch in der vorliegenden Untersuchung nachweisen lässt.

Im Einzelnen können folgende Hypothesen formuliert werden:

1. Durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich ergeben sich für die Patienten diesbezüglich grössere Verbesserungen als bei der Teilnahme an einem allgemeinen, unspezifischen Fertigkeitstraining. Es gelingt ihnen dadurch besser, sich ein Wohnumfeld in möglichst grosser Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu verschaffen.
2. Dieser Effekt lässt sich auch fünf Jahre nach Gruppenbeginn noch nachweisen.

3. Durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm werden der Transfer und die Generalisierung der erworbenen sozialen Fertigkeiten in nahe stehende Lebensbereiche ermöglicht. Dies hat positive Konsequenzen für die allgemeine soziale Kompetenz der Patienten.
4. Durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm werden die neurokognitiven Dysfunktionen reduziert. Dies führt z.B. zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit oder zu einer erhöhten Tempoleistung.
5. Durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm werden die psychopathologischen Symptome reduziert.
6. Die Verbesserungen in den Bereichen Sozialverhalten, kognitive Funktionen und Psychopathologie führen zu einer reduzierten Rückfallhäufigkeit. Dieser Effekt lässt sich auch fünf Jahre nach Therapiebeginn noch nachweisen.
7. Die Behandlung eines spezifischen sozialen Therapiebereichs wie Wohnen fördert die Motivation der Gruppenteilnehmer.
8. Die Art der begleitenden Medikation (typische/atypische Neuroleptika) hat differentielle Auswirkungen auf den sozialen Verlauf der Krankheit, die kognitiven Funktionen und die Psychopathologie der Patienten.

3. Methoden

3.1 Auswahl der Patientenstichprobe

An der vorliegenden Studie nahmen Patienten aus den beteiligten Therapiezentren in Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste), Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik), Liestal (Externe Psychiatrische Dienste), Wil (Psychiatrische Klinik), München/Haar (Bezirkskrankenhaus) und Liebenburg (Privatnervenklinik Dr. med. Kurt Fontheim) teil. Die Studienteilnahme war freiwillig. Aus Rücksicht auf den Versorgungsauftrag der partizipierenden nicht universitären psychiatrischen Institutionen wurden alle interessierten Patienten, welche die untenstehenden Kriterien erfüllten, in eine der Gruppen aufgenommen. Um die Strukturhomogenität der Vergleichsgruppen zu gewährleisten, wurden jedoch nur diejenigen Patienten in die statistischen Auswertungen einbezogen, die über die verschiedenen Parallelisierungskriterien gleich-

mässig einer der Vergleichsgruppen zugeteilt werden konnten (Teil C, 6.1). Alle potentiell in Frage kommenden Patienten wurden schriftlich und in einem zusätzlichen Einzelgespräch über die geplante Studie, ihre Ziele, die angewandten Methoden und den erwarteten Nutzen informiert. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass mit der Teilnahme an der Gruppentherapie die Verpflichtung verbunden ist, an der mehrmaligen Datenerhebung teilzunehmen. Dabei wurde erläutert, wie und in welchem zeitlichen Umfang diese erfolgt. Gleichzeitig wurde den Patienten zugesichert, dass die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse anonym geschieht.

Die Aufnahme in eine Therapiegruppe erfolgte nach den folgenden Kriterien:

- Diagnose Schizophrenie (F20) oder Schizoaffektive Störung (F25) nach ICD-10 (WHO, 1993)
- drei oder mehr psychiatrische Hospitalisationen
- Alter zwischen 20 und 50 Jahren
- mindestens durchschnittliche Intelligenz (Reduzierter Wechsler-Intelligenztest, WIP; Dahl, 1986)
- andauernde Einbussen im psychosozialen Funktionsbereich während des letzten Jahres (Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme, DSM-IV; Sass, Wittchen & Zaudig, 1996b)
- stabil dosierte Medikation mit Neuroleptika
- Therapieindikation und Rehabilitationsanliegen im Bereich Wohnen und soziale Fertigkeiten
- ausreichende Deutschkenntnisse, Lese- und Schreibfähigkeit
- Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung

Patienten mit deutlicher Positivsymptomatik oder ausgeprägtem Alkohol- oder Drogenabusus (sogenannte Doppeldiagnosepatienten) wurden nicht in die Studie aufgenommen. Weitere Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer hirnorganischen Erkrankung oder einer schweren körperlichen Krankheit sowie akute Suizidalität.

3.2 Studiendesign

Mit der Experimentalgruppe wurde das neue Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich durchgeführt (Keppeler & Roder, 2002; vgl. Teil B). Die Kontrollgruppe erhielt ein allgemeines unspezifisches soziales Fertig-

keits- und Problemlösetraining, in Anlehnung an das vierte Unterprogramm des „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte, IPT“ (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002). Therapieinhalte waren hier die Erarbeitung und Einübung von Fertigkeiten aus verschiedenen sozialen Lebensbereichen (Stationsleben in der Klinik, Arbeitssuche, Verhalten am Arbeitsplatz, Umgang mit Vorgesetzten, Behörden, Verwandten oder Nachbarn, Freizeitkontakte und ähnliche für die Patienten relevante allgemeine soziale Bezüge) sowie die Bearbeitung von Konfliktsituationen in diesen Bereichen. Die Therapiedauer, die Betreuungsintensität und die verschiedenen Interventionsformen dieses allgemeinen Trainings sozialer Fertigkeiten entsprachen denjenigen der Experimentalgruppe. Somit wurde ein soziales Fertigkeitsprogramm der dritten Entwicklungsphase (Teil A, 2.4.4) mit einem solchen der zweiten Entwicklungsphase verglichen (Teil A, 2.4.3). Alle in die Studie aufgenommenen Teilnehmer erhielten zusätzlich zur Gruppentherapie eine vergleichbare Standardbehandlung, d.h. eine stabil dosierte Medikation mit Neuroleptika, die nach Möglichkeit während der gesamten Therapie- und Nachbetreuungsphase beibehalten werden sollte. Es wurden gleichzeitig keine anderen spezifischen Therapien angeboten, deren Effekte mit den in der Studie eingesetzten Interventionen hätten interferieren können.

Insgesamt wurden fünf Therapiegruppen zum Thema Wohnen (Experimentalgruppe) und neun Gruppen mit dem allgemeinen, unspezifischen Training sozialer Fertigkeiten nach IPT (Kontrollgruppe) durchgeführt. Beteiligt waren in der Schweiz die Therapiezentren in Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste), Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik), Liestal (Externe Psychiatrische Dienste) und Wil (Psychiatrische Klinik), in Deutschland das Bezirkskrankenhaus München/Haar und die Privatnervenklinik Dr. med. Kurt Fontheim in Liebenburg. Tabelle 3.2 a zeigt im Überblick, wo die verschiedenen Therapiegruppen durchgeführt wurden und zu welchem Zeitpunkt sie begonnen haben. Ausserdem ist die Art der Gruppentherapie angefügt (Experimentalgruppe = Wohnen, Kontrollgruppe = IPT). Von der Verfasserin der vorliegenden Studie wurden die Berner Gruppen geleitet.

Durchführungsort	Therapiebeginn	Experimentalgruppe = Wohnen Kontrollgruppe = IPT
Bern	März 1998	Wohnen
Bern	Oktober 1998	Wohnen
Zürich	Oktober 1998	Wohnen
München/Haar	November 1998	Wohnen
Liebenburg	August 1998	Wohnen
Bern	Mai 1997	IPT
Bern	August 1997	IPT
Bern	Oktober 1997	IPT
Bern	März 1998	IPT
Liestal	November 1995	IPT
Liestal	März 1997	IPT
Liestal	April 1998	IPT
Wil	Mai 1997	IPT
Wil	Februar 1998	IPT

Tabelle 3.2 a: Überblick zu den verschiedenen Therapiegruppen

Es wurde in geschlossenen Gruppen gearbeitet, an denen bei Therapiebeginn zwischen fünf und acht Patienten teilnahmen. Alle Gruppen wurden von einem Haupttherapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet. Um die Treatment-Validität zu gewährleisten und Störeinflüsse möglichst zu eliminieren, wurden die verschiedenen Therapeuten der partizipierenden Therapiezentren vor Beginn der Gruppenarbeit gut mit den Therapieinhalten vertraut gemacht, durch Instruktionen und Trainings vorbereitet und mit regelmässigen Supervisionssitzungen durch den Projektleiter im Therapieverlauf begleitet. Gründliche Kenntnisse der einzelnen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren wurden vorausgesetzt. Die Therapeuten hatten sich zudem an die chronologische Abfolge des hoch strukturierten Therapiemanuals zu halten.

Jede Gruppe (Experimental- und Kontrollgruppe) durchlief eine zwölf Wochen dauernde Therapiephase mit wöchentlich zwei Gruppensitzungen à je 90 Minuten und einer Einzelsitzung à 30 Minuten pro Patient. Darauf folgte eine ebenfalls zwölf Wochen dauernde Nachbehandlungsphase, in der aber nur noch eine Gruppensitzung pro Woche und eine Einzelsitzung pro Patient in zweiwöchigem Abstand stattfanden. Die gesamte Behandlung umfasste somit sechs Monate. Während dieser Zeitspanne ergänzten die im Manual beschriebenen selbständigen Übungen und gemeinsamen Aktivitäten das Therapieprogramm. Die Datenerhebung erfolgte

zu genau festgelegten Messzeitpunkten mittels Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen sowie kognitiven Leistungstests. Diese werden in Teil C, 3.3 beschrieben. Die Messinstrumente wurden vor und nach der Therapiephase (T1 und T2) und am Ende der Nachbehandlungsphase (T3) vorgegeben. Zur Überprüfung der längerfristigen Effekte sowie der weiteren Entwicklung der Gruppenteilnehmer erfolgte ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) eine entsprechende katamnestische Datenerhebung (Katamnese 1). Als weitere Variablen wurden bei jedem Patienten zusätzlich die Art und Dosis der neuroleptischen Medikation (typische oder atypische Neuroleptika), die Rückfallraten und der Wohnstatus zu allen vier Messzeitpunkten (T1–T4) erhoben. In einer Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) wurden nochmals die Rückfallraten und der Wohnstatus aller Gruppenteilnehmer erfasst (Katamnese 2). Der zeitliche Ablauf der Studie über fünf Jahre ist in Tabelle 3.2 b dargestellt.

T1	Therapiephase	T2	Nachbehandlungsphase	T3	Katamnese 1	T4	Katamnese 2 (Rückfallrate n und Wohnstatus)	T5
	12 Wochen		12 Wochen		6 Monate		4 Jahre	

Tabelle 3.2 b: Zeitlicher Ablauf der Studie über fünf Jahre

Insgesamt war die Untersuchung für die Studienteilnehmer mit erheblicher Anstrengung und grossem zeitlichem Aufwand verbunden. Die umfangreiche Datenerhebung an den ersten vier Messzeitpunkten musste aus Rücksicht auf die reduzierte Aufnahme- und Verarbeitungskapazität der schizophrenen Patienten jeweils auf mehrere Sitzungen verteilt werden. Entsprechend kann es als äusserst positiv gewertet werden, dass die meisten Gruppenteilnehmer an allen vier Testterminen und an allen dazu notwendigen Sitzungen teilnahmen. Ein Teil der Tests und Fragebögen konnten in Gruppenerhebungen durchgeführt werden, andere mussten im Einzelsetting erhoben werden. Die Untersucher hatten sich dabei an die empfohlene Reihenfolge bei der Vorgabe der Messinstrumente zu halten, die bei jedem Testtermin unverändert blieb. Da keine finanziellen Mittel für unabhängige und blinde Untersucher zur Verfügung standen, mussten die Therapeuten auch als Untersucher fungieren und die umfangreichen und zeitintensiven Evaluierungen selbst durchführen. Es wurde aber darauf geachtet, dass im jeweiligen Untersuchungszentrum alle Kontrollmittel zu allen vier Messzeitpunkten wenn möglich vom gleichen Untersucher vorgegeben wurden. Eine Ausnahme bildeten die beiden Skalen zur Bestimmung psychopathologischer Variablen, die Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS

(Overall & Gorham, 1962; Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum CIPS, 1996) sowie die Scale for Assessment of Negative Symptoms, SANS (Andreasen, 1984; deutsche Version Ackenheil, Dieterle, Eben & Pakesch, 1985), die an allen Untersuchungscentren und bei allen Gruppen vom Projektleiter vorgegeben wurden, der selber keine Gruppenleitung innehatte. Ebenso wurden die beiden wichtigsten und zeitaufwändigsten Verfahren zur Erfassung des Sozialverhaltens, die Disability Assessment Schedule, DAS-M (Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung; Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989) und die Social Interview Schedule, SIS (halbstrukturiertes Interview zur Erfassung der aktuellen sozialpsychologischen Situation; Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) zu allen vier Messzeitpunkten an sämtlichen Untersuchungscentren in der Schweiz und in Deutschland von der Verfasserin der Studie und einem zweiten, in gleicher Weise für diese Aufgabe geschulten und trainierten Diagnostiker, durchgeführt und ausgewertet. Die Nacherhebung der Rückfallraten sowie die Erfassung des Wohnstatus sämtlicher Studienteilnehmer fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) wurden an allen Zentren in der Schweiz und in Deutschland von der Verfasserin der Studie vorgenommen.

3.3 Messinstrumente

Vor der Aufnahme in eine der Gruppen wurde mit jedem Patienten eine Intelligenzabklärung durchgeführt (Reduzierter Wechsler-Intelligenztest, WIP; Dahl, 1986). Zusätzlich wurden seine Einbussen im psychosozialen Funktionsbereich während des letzten Jahres ermittelt (Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme, DSM-IV; Sass, Wittchen & Zaudig, 1996b) und seine Psychotherapiemotivation abgeklärt (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40; Schulz, Nübling & Rüddel, 1995).

Die weitere Datenerhebung erfolgte ebenfalls in Form von standardisierten psychologischen und psychiatrischen Tests sowie mit bestehenden Fremd- oder Selbstbeurteilungsskalen. Die verwendeten Messinstrumente werden in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben. Sie lassen sich den drei für schizophrene Patienten besonders relevanten Störungsbereichen Sozialverhalten (Teil C, 3.3.1), kognitives Funktionsniveau (Teil C, 3.3.2) und Psychopathologie (Teil C, 3.3.3) zuordnen. Der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation wird in Teil C, 3.3.4 beschrieben. Tabelle 3.3 a zeigt im Überblick, mit welchen Verfahren jeweils welche abhängigen

Variablen operationalisiert wurden und gibt zusätzliche Hinweise auf die Vorgabeart und -häufigkeit der einzelnen Messinstrumente.

Messinstrument	Operationalisierte Variablen	Vorgabeart	Vorgabehäufigkeit
Disability Assessment Schedule, DAS-M (Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989; Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung)	Soziale Fertigkeiten im Allgemeinverhalten und in spezifischen Lebensbereichen, soziale Anpassung	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)
Global Assessment of Functioning Scale, GAF; DSM-IV, Achse V (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996a)	Soziale und psychische Leistungsfähigkeit, soziale Anpassung	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)
Intentionalitäts-Skala, INSKA; Subskala VI: Sozialverhalten (Mundt, Fiedler, Pracht & Rettig, 1985)	Sozialverhalten in verschiedenen Lebensbereichen	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)
Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme; DSM-IV, Achse IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996b)	Psychosoziale Probleme in wichtigen Bereichen	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)
Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987; halbstrukturiertes Interview zur Erfassung der aktuellen sozialpsychologischen Situation)	Bewältigung verschiedener sozialer Rollen, Zufriedenheit mit der sozialen Situation, objektive Bedingungen in den verschiedenen Lebensbereichen	Fremdbeurteilung Selbstbeurteilung	4x (T1–T4)
Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, d2 (Brickenkamp, 1975)	Kognitive Fähigkeiten, v.a. Diskriminationsfähigkeit unter Belastung, Schnelligkeit der Informationsverarbeitung	Test	4x (T1–T4)
Konzentrations-Verlaufs-Test, KVT (Abels, 1961)	Kognitive Fähigkeiten, v.a. längerfristige Aufrechterhaltung der Konzentration	Test	4x (T1–T4)
Reduzierter Wechsler-Intelligenztest, WIP (Dahl, 1986)	Allgemeiner kognitiver Entwicklungsstand, Leistungsbeeinträchtigungen	Test	1x (T1)
Zahlen-Verbindungs-Test, ZVT (Oswald & Roth, 1978)	Kognitive Leistungsgeschwindigkeit	Test	4x (T1–T4)
Befindlichkeits-Skala, Bf-S (von Zerssen, 1975)	Subjektive Befindlichkeit in den Bereichen Stimmung, Antrieb, Selbstwerterleben und Vitalgefühl	Selbstbeurteilung	4x (T1–T4)
Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS (Overall & Gorham, 1962; Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum, CIPS, 1996)	Psychopathologische Symptome (Plus- und Minussymptomatik)	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)

Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS (Andreasen, 1984; deutsche Version Ackenheil, Dieterle, Eben & Pakesch, 1985)	Psychopathologische Symptome (Minussymptomatik)	Fremdbeurteilung	4x (T1–T4)
Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995)	Psychotherapiemotivation	Selbstbeurteilung	4x (T1–T4)

Tabelle 3.3 a: Überblick zu den verwendeten Messinstrumenten

Neben der Vorgabe dieser 13 standardisierten Verfahren wurden zu allen vier Messzeitpunkten (T1–T4) auch die Medikation (Teil C, 3.3.5), die Rückfallraten (Teil C, 3.3.6) und der Wohnstatus (Teil C, 3.3.7) erhoben. Bei der Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) wurden die Rückfallraten sowie der Wohnstatus noch einmal erfasst.

3.3.1 Verfahren zur Erfassung des Sozialverhaltens

Um ein möglichst breites und vielfältiges Spektrum an Variablen zum Sozialverhalten zu erhalten, wurden die verschiedenen Dimensionen und Kontexte, in denen sich typischerweise soziale Defizite bei schizophrenen Menschen zeigen, mit den fünf nachfolgend beschriebenen Messinstrumenten erhoben. Die Angaben zu den Gütekriterien stammen aus den jeweiligen Testhandbüchern sowie aus dem „Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests“ (Brickenkamp, 2002) und aus dem „Handbuch psychosozialer Messinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit“ (Westhoff, 1993).

Disability Assessment Schedule, DAS-M (Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989; Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung). Mit diesem semistrukturierten Interview, das im Einverständnis des Patienten mit einer seiner Hauptbezugspersonen durchgeführt wird, können das Ausmass der sozialen Funktionsbeeinträchtigungen im Allgemeinverhalten und in spezifischen Rollenbereichen sowie der Realitätsbezug des Patienten eingeschätzt werden. Der Informant sollte den Patienten sehr gut kennen und zu allen vier Messzeitpunkten für ein Interview zur Verfügung stehen. Grundlage der Beurteilung sind die vorangegangenen vier Wochen. Im Interview kommen Themen wie Freizeitaktivitäten, das Bewältigen der täglichen Aufgaben, Kommunikation, sozialer Rückzug, Rücksichtnahme und Reibungen im Umgang mit Menschen, das Verhalten in Krisensituationen, Haus-

haltsfertigkeiten, das Arbeitsverhalten, die Partnerbeziehung, die Sorge um Selbstdarstellung sowie die Rolle als Bürger und Konsument zur Sprache. Es werden für jedes Item Intensität und Dauer der Störung eingeschätzt. Durch Addieren der beiden Werte ergibt sich der jeweilige Grad der sozialen Behinderung in diesem Bereich. Das Ausmass an Selbständigkeit und Autonomie des Probanden in seinen verschiedenen sozialen Rollen führt schliesslich zu einer Gesamteinschätzung seiner sozialen Anpassung. Wegen der halbstandardisierten Form der Durchführung ist bei der DAS-M keine Objektivität im strengen Sinn gegeben. Allerdings besteht die Vorgabe, sämtliche Bereiche abzuprüfen, und zwar weitgehend mit standardisierten Beispielfragen. Die Reliabilität wurde als Interrater-Reliabilität geprüft, die Werte liegen zwischen 0.69 und 1.0. Die Übereinstimmung in der Gesamteinschätzung klinischer Experten beträgt im Mittel 0.79. Die kriterienbezogene Validität zwischen Expertenurteil und Behinderungsscore des Gesamttests beläuft sich auf 0.68.

Global Assessment of Functioning Scale, GAF; DSM-IV, Achse V (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996a). Diese Skala zur Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus ist ebenfalls eine Fremdeinschätzung. Es werden die momentane psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit, das Sozialverhalten und die soziale Anpassung des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit eingeschätzt. Die Skala reicht von 90 (keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben) bis zu 1 bis 10 (ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen, anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten, ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht). Die Beurteilung des derzeitigen psychosozialen Funktionsniveaus spiegelt in der Regel wider, in welchem Ausmass die Person ein selbständiges und befriedigendes Leben führen kann. Die GAF-Skala stellt, wie das gesamte DSM-IV, relativ standardisierte und präzise definierte Beurteilungskriterien bereit; es fehlen jedoch numerische Angaben zur Beurteilerübereinstimmung oder Interraterreliabilität. Das operationalisierte Klassifikationssystem DSM-IV wurde aber explizit eingeführt, um die Reliabilität psychiatrischer Diagnosestellung zu verbessern. Im Manual finden sich keine spezifischeren Angaben zu den Gütekriterien.

Intentionalitäts-Skala, INSKA; Subskala VI: Sozialverhalten (Mundt, Fiedler, Pracht & Rettig, 1985). Die INSKA ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung von schizophrener Residualsymptomatik. Sie enthält insgesamt 60 Items. Neben den Subskalen I–V der INSKA (motorischer Antrieb, Sprachverhalten, affektive Reaktio-

nen, Wahn und Autismus, Initiative und Motivation) werden in der Subskala VI (Sozialverhalten) mittels 15 Items Bereiche wie Interesse an Beruf oder Ausbildung, Kontakt zu Arbeitskollegen, Ordnung halten, Partnerbeziehung, Freunde, sonstige Aussenkontakte, Konfliktverhalten, Hilfsangebote annehmen, Aktivitäten und Freizeitbeschäftigungen angesprochen. Die Fragen beziehen sich auf die vorherrschende Symptomatik während der letzten zwei Wochen vor der Untersuchung. Die Objektivität der INSKA ist durch die wörtlichen Anweisungen und die standardisierte Auswertung mit einer Schablone gewährleistet. Die Interrater-Reliabilität ist mit 0.81 ähnlichen Instrumenten vergleichbar. Durch die Korrelation der Werte der geradzahli- gen mit denen der ungeradzahli- gen Items ergab sich eine Odd-even-Reliabilität von 0.94. Die Gültigkeit des Verfahrens wird durch mehrere Validitätsuntersuchungen belegt. Darunter befinden sich Studien zur Konstruktvalidität und zur empirischen Validität aus dem Gebiet der klinischen Psychologie.

Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme; DSM-IV, Achse IV (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996b). Diese Ratingskala zur Fremdeinschätzung erlaubt es, den Schweregrad eines oder mehrerer psychosozialer Belastungsfaktoren zu beurteilen, die im Jahr vor der Einschätzung zum Ausbruch, zum Wiederauftreten oder zur Verschlimmerung einer psychischen Störung beigetragen haben könnten. Dabei sollen die Belastungsfaktoren nach überwiegend akuten Ereignissen (weniger als sechs Monate) oder nach überwiegend länger andauernden Lebensumständen (mehr als sechs Monate) näher spezifiziert und auf einer Skala von 1 bis 6 kodiert werden. Beispiele für akute psychosoziale Ereignisse sind das Auseinanderbrechen einer Freundschaft, eine Trennung oder Scheidung, der Wohnungs- oder Arbeitsplatzverlust, Misserfolge, Todesfälle oder die Diagnose einer schweren körperlichen Krankheit. Überwiegend länger andauernde Umstände oder Lebensbedingungen sind z.B. ständige partnerschaftliche oder familiäre Konflikte, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit, schwerwiegende finanzielle Probleme oder fortwährende psychische oder physische Misshandlungen. Die Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme stellt, wie die bereits beschriebene GAF-Skala aus dem DSM-IV, relativ standardisierte und präzise definierte Beurteilungskriterien bereit. Aber auch hier fehlen numerische Angaben zur Interraterreliabilität. Doch den Autoren zufolge hat der Einsatz operationalisierter Kriterien bei der Diagnosestellung die Voraussetzung für eine Verbesserung der Reliabilität geschaffen. Im Manual finden sich keine weiteren Hinweise zu den Gütekriterien.

Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987). Dieses halb- strukturierte Interview zur Erfassung der aktuellen sozialpsychologischen Situation

bezieht sich auf die vorangegangenen vier Wochen. Die erhobenen Informationen aus allen relevanten sozialen Rollenbereichen einer Person werden anhand eines Manuals auf einer Vier-Punkte-Skala geratet. Es wird erfasst, wie erfolgreich eine Person in den verschiedenen Lebensbereichen handelt und wie sie dabei ihre sozialen Verpflichtungen erfüllt. Zudem misst es, inwieweit diese Person dadurch Befriedigung und Erfüllung erreicht. Schliesslich werden auch die materiellen und objektiven Lebensbedingungen einbezogen, um abschätzen zu können, ob die erfassten Schwierigkeiten und Unzufriedenheiten ihren Ursprung in objektivierbaren Belastungen haben. Somit beurteilt die SIS das Leben einer Person auf drei Dimensionen. Sie fragt erstens nach dem, was diese Person in verschiedenen Lebensbereichen vorfindet, z.B. ihre objektiven Wohn- und Arbeitsbedingungen, ihr Einkommen, ihre Möglichkeiten zu sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten, ihre häusliche Situation, die äusseren Bedingungen der Kindererziehung etc. (Dimension Objektive Bedingungen). Als zweites fragt sie nach dem, was eine Person in verschiedenen Lebensbereichen tut, wie sie mit den objektiv vorhandenen Bedingungen zurechtkommt, wie sie ihre Möglichkeiten einsetzt und wie allfällige Belastungen bewältigt werden. Darunter fallen z.B. das Zurechtkommen mit der Arbeit, mit den Kollegen, mit dem Einkommen und der Hausarbeit, das Ausmass der Aktivitäten in der Freizeit, der Aufbau sozialer Kontakte, das Funktionieren einer Partnerbeziehung oder das Zurechtkommen mit dem Alleinleben, die Qualität der Interaktion mit Freunden und Verwandten, die Kindererziehung etc. (Dimension Management/Coping). Diese beiden Dimensionen werden durch den Interviewer eingeschätzt. Als drittes wird erfragt, was die Person in den oben genannten verschiedenen Lebensbereichen empfindet und wie zufrieden sie mit ihrer sozialen Situation ist. Diese Dimension ist klar subjektiv und wird vom Probanden selbst eingeschätzt (Dimension Zufriedenheit). Da der Interviewer in der Formulierung der einzelnen Fragen relativ frei ist, damit diese z.B. für den Probanden besser verständlich werden, ist die Durchführungsobjektivität der SIS nicht uneingeschränkt gewährleistet. Nur die Zufriedenheitsfragen müssen wortwörtlich gestellt werden. Es fanden sich Intraklassen-Korrelations-Koeffizienten zwischen 0.58 und 0.97. Zum Nachweis der Zuverlässigkeit wurde die Retest-Reliabilität für ein bis zwei Tage nach dem Erstinterview ermittelt. Sie betrug für die Dimension Objektive Bedingungen 0.89, für die Dimension Management/Coping 0.90 und für die Dimension Zufriedenheit 0.64. Bei der Überprüfung der Validität ergaben sich signifikante Unterschiede im Vergleich von psychiatrischen Fällen mit unauffälligen Personen. Die a-priori-bestimmten Schwellenwerte konnten empirisch bestätigt werden.

3.3.2 Verfahren zur Messung des kognitiven Funktionsniveaus

Obwohl erhebliche Einbussen des kognitiven Funktionsniveaus neben den Beeinträchtigungen im Sozialverhalten als grundlegende Symptome der Schizophrenie gelten, gibt es im deutschsprachigen Raum kaum spezifische Untersuchungsverfahren zur Diagnostik kognitiver Funktionen bei schizophrenen Erkrankten. Deshalb musste zu ihrer Erfassung auf geeignete allgemeine Verfahren zurückgegriffen werden. Um die verschiedenen kognitiven Leistungsbereiche zu messen, wurden die nachfolgend aufgeführten vier standardisierten Tests verwendet. Die Angaben zu den Gütekriterien stammen aus den jeweiligen Testhandbüchern und aus dem „Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests“ (Brickenkamp, 2002).

Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, d2 (Brickenkamp, 1981). Dieser Durchstreichtest dient zur Erfassung der Diskriminationsfähigkeit ähnlicher visueller Reize unter Belastung und der Schnelligkeit der Informationsverarbeitung. Er ermöglicht eine Beurteilung der individuellen selektiven Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung, die ein zentrales Merkmal der Störung der Informationsverarbeitung bei schizophrenen Personen darstellt. Der Test ist im Wesentlichen intelligenz-unabhängig. Die Probanden müssen aus einer wechselnden Folge von sich wiederholenden Zeichen, die auf 14 Zeilen angeordnet sind, unter Zeitdruck jedes d durchstreichen, das mit insgesamt zwei Strichen versehen ist. Sie erhalten dazu die Anweisung, so schnell wie möglich, aber auch möglichst ohne Fehler zu arbeiten. Von diesem Teil der Instruktion hängt das Verhältnis von Mengenleistung zu Güteleistung ab, die ermittelt wird. Mit der Anzahl der bearbeiteten Zeichen wird das Arbeitstempo, mit dem prozentualen Anteil an Fehlern die Sorgfalt und mit der Anzahl richtig bearbeiteter Zeichen die konzentrierte Belastbarkeit bestimmt. Der Test ist so angelegt, dass es bei durchschnittlichem Leistungsniveau kaum möglich ist, die einzelnen Zeilen, für die jeweils nur 20 Sekunden Bearbeitungszeit zur Verfügung stehen, vollständig und richtig zu beenden. Durch das standardisierte Versuchsmaterial und die standardisierte Auswertung mit Schablonen ist die Objektivität des d2 gewährleistet. Neue Reliabilitätsschätzungen (Cronbach Alpha, Split-Half), die auf der Eichstichprobe (N = 3236) basieren, variieren für alle Testwerte zwischen 0.95 und 0.98. Darüber hinaus liegen gute Ergebnisse weiterer Zuverlässigkeitskontrollen vor, die auch den Aspekt der Messwertstabilität über lange Zeiträume (bis 23 Monate) berücksichtigen. Die Gültigkeit des Verfahrens wird durch eine grosse Anzahl von Validitätsuntersuchungen belegt. Darunter befinden sich Studien zur Konstruktvalidität und vor

allem zur empirischen Validität, die aus Gebieten der klinischen, pädagogischen und experimentellen Psychologie sowie der Verkehrs-, Sport-, Umwelt- und Pharmakopsychologie stammen.

Konzentrations-Verlaufs-Test, KVT (Abels, 1961). Mit diesem Test wird die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und Konzentration über einen längeren Zeitraum gemessen. Er erlaubt eine genaue Analyse des Arbeitsverhaltens unter Daueraufmerksamkeitsbedingungen. Ein Kartenstoss von insgesamt 60 Karten soll nach vier Kriterien durchgesehen und sortiert werden. Dabei wird im Gegensatz zum oben genannten Test nicht die Schnelligkeit bei der Ausführung betont, sondern es wird explizit darauf hingewiesen, sich beim Sortieren nicht zu beeilen und jede Karte genau anzuschauen, da mit dieser Aufgabe die Sorgfalt bei der Durchführung einer Arbeit untersucht werden soll. Die Probanden werden instruiert, wie im Berufsleben nicht zu schnell, aber auch nicht zu langsam zu arbeiten, d.h. das Arbeitstempo so anzupassen, dass keine Fehler geschehen, aber die Arbeit dennoch gut voran kommt. Gemessen werden die Arbeitszeit und die Fehlerzahl. Daraus ergibt sich eine Arbeits-Verlaufskurve mit Tempoleistung, Konzentrationsleistung und Sorgfaltsleistung. Die Testinstruktionen des KVT liegen in standardisierter Form vor, und die Auswertung erfolgt mittels Schablonen. Dadurch sind sowohl Durchführung- als auch Auswertungsobjektivität gesichert. Die Reliabilität, vom Autor Konstanz genannt, wurde nach der Unterteilungsmethode geprüft und ergab einen Wert von 0.67. Interkorrelationen zur Validität des KVT mit Intelligenzleistungen und der Tempoleistung erwiesen sich als nicht signifikant, Vierfelder-Korrelationen mit Lehrerurteilen zur Konzentrationsfähigkeit und den Fehlerwerten des Tests lagen zwischen 0.60 und 0.83.

Reduzierter Wechsler-Intelligenztest, WIP (Dahl, 1986). Dieser Test ist eine Kurzform des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene, HAWIE-R (Tewes, 1991) und dient zur Einschätzung des allgemeinen geistigen Entwicklungsstandes und zur Untersuchung von Leistungsbeeinträchtigungen. Er ist aus der Kritik an den Unzulänglichkeiten des HAWIE entstanden, dem man u.a. mangelnde Ökonomie, speziell für klinische Patienten, aber auch für alte und kranke Probanden vorwarf. Die Abkürzung WIP bezieht sich auf die anfängliche Bezeichnung „Reduzierter Wechsler-Intelligenztest für psychiatrisch Kranke“, die beibehalten wurde, obwohl der Test mittlerweile auch für die nicht klinische Population erschlossen wurde. Von den ursprünglich elf Subtests der langen Version werden in dieser Kurzform nur vier verwendet (Allgemeines Wissen, Gemeinsamkeiten finden, Bilder ergänzen, Mosaiktest), womit sich die benötigte Zeit zur Testdurchführung auf 15 bis 20 Minuten

reduziert. Die zwei ersten Subtests des WIP prüfen die sprachliche Intelligenz, der dritte und vierte Untertest die praktische Intelligenz. Der Untertest „Allgemeines Wissen“ erhebt das Allgemeinwissen. Die Leistungen in diesem Bereich gelten als relativ stabil, so dass dieser Untertest auch Hinweise auf die Schulbildung und das prämorbidale Leistungsniveau gibt. Der Subtest „Gemeinsamkeiten finden“ zielt auf die Abstraktionsfähigkeit, der Subtest „Bilder ergänzen“ auf die Fähigkeit zur Unterscheidung wesentlicher und unwesentlicher Details bei bekannten Gegenständen. In beiden Bereichen zeigen schizophrene Patienten häufig Auffälligkeiten, die sich auf der Ebene der Symptome in Konkretismus sowie in Zerfahrenheit und Sprunghaftigkeit des Denkens manifestieren. Der Untertest „Mosaiktest“ erhebt die Fähigkeit zur Analyse und synthetischen Reproduktion komplexer visueller Vorlagen. Der WIP ist für die IQ-Bestimmung vor der Gruppenaufnahme gut geeignet, weil er ökonomisch und dennoch aussagekräftig genug ist. Die Auswertungsobjektivität wurde empirisch bestimmt, wobei die Objektivitätsindizes für die verschiedenen Subtests zwischen 0.95 und 0.99 lagen. Die Item-Analyse ergab bei Patienten durchschnittliche Schwierigkeiten und Trennschärfeindizes, bei Studenten allerdings nur beim Mosaiktest, während sich die übrigen Untertests als zu leicht erwiesen. Die interne Konsistenz betrug zwischen 0.72 und 0.89 für die klinischen Patienten sowie 0.53 für die Studenten. Eine Konsistenzbestimmung nach der Odd-even-Methode mit Korrektur nach Spearman-Brown ergab für den gesamten WIP einen Wert von 0.94. Bei der Prüfung der internen Validität lag die durchschnittliche Korrelation der Untertests mit dem gesamten WIP bei 0.62. Zur Überprüfung der externen Validität wurden verschiedene Leistungstests mit dem WIP korreliert. Es ergaben sich Korrelationen zwischen 0.35 und 0.67.

Zahlen-Verbindungs-Test, ZVT (Oswald & Roth, 1978). Dieser Test dient zur Erfassung der basalen, allen Intelligenzleistungen zugrunde liegenden Bearbeitungsgeschwindigkeit. Die Probanden müssen die Zahlen von 1 bis 90 in aufsteigender Reihenfolge so rasch als möglich miteinander verbinden. Diese Aufgabe wird viermal nacheinander durchgeführt, wobei die Zahlen jeweils in veränderter und zunehmend komplexerer Anordnung dargeboten werden. Die Anweisung lautet, dass sehr schnell gearbeitet werden muss, und zwar so schnell, wie man bei grösster Anstrengung fähig ist. Auch wird den Probanden gesagt, dass es nicht auf schöne Verbindungsstriche ankommt und dass Fehler nicht ausgebessert werden sollen, um keine Zeit zu verlieren. Die Objektivität des ZVT ist durch die einfache und klare Anweisung gewährleistet. Die Retest-Reliabilität liegt zwischen 0.84 und 0.97, die Paralleltest-Reliabilität zwischen 0.95 und 0.98. Die hohe Zuverlässigkeit ist weitgehend unab-

hängig vom Alter und Bildungsstand der Probanden. Korrelationen mit verschiedenen Intelligenzverfahren liegen zwischen 0.40 und 0.83.

3.3.3 Verfahren zur Bestimmung psychopathologischer Variablen

Traditionellerweise gilt in der klinischen Praxis als Methode zur Erfassung psychopathologischer Variablen das freie Interview bzw. die Exploration. Dabei führt der diagnostische Prozess von der Beschreibung der Phänomene über die Benennung der Symptome zu einer Syndromdiagnose und schliesslich zu einer Diagnose nach entsprechenden Klassifikationssystemen wie DSM-IV-TR oder ICD-10. Für Forschungszwecke ist dieses Vorgehen aber unzureichend. Um das gesamte Spektrum möglicher Symptome und Beeinträchtigungen sicher zu erfassen und eine unvollständige oder unsystematische Datenerhebung zu vermeiden, kann auf eine Vielzahl von standardisierten Verfahren zurückgegriffen werden. Für diese Studie wurden drei gut bewährte Instrumente ausgewählt. Neben einem Selbstbeurteilungsverfahren, das die momentane subjektive Befindlichkeit der Patienten wiedergibt, wurden mit einer Skala zur Fremdbeurteilung systematisch die verschiedenen Aspekte der psychopathologischen Symptomatik erhoben. Der in der Literatur beschriebene enge Zusammenhang zwischen negativen Symptomen und schwerwiegenden sozialen Funktionsbehinderungen (Häfner, 2005) legte es aber nahe, für diese Studie zusätzlich ein spezifisches Messinstrument zur Beurteilung der Negativsymptomatik einzusetzen. Es wurden die nachfolgend aufgeführten drei Verfahren zur Bestimmung psychopathologischer Variablen verwendet. Die Angaben zu den Gütekriterien stammen aus den jeweiligen Testhandbüchern.

Befindlichkeits-Skala, Bf-S (von Zerssen, 1975). Diese Skala zur Selbsteinschätzung des subjektiven Wohlbefindens reflektiert den aktuellen Zustand des Patienten in globalem Sinn. Sie erfasst das Ausmass momentaner Beeinträchtigungen im subjektiven Befinden in den Bereichen Stimmung, Antrieb, Selbstwerterleben und Vitalgefühl. Die Skala eignet sich gut zur Registrierung von Zustandsänderungen und momentanen Befindlichkeitsschwankungen. Die Probanden haben aus einer Reihe von 28 Eigenschaftspaaren spontan und ohne lange zu überlegen diejenigen Eigenschaften anzukreuzen, die ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entsprechen. Die wiederholte Anwendung der Skala ermöglicht eine Objektivierung von Befindlichkeitsänderungen. Bei gleichzeitiger Benutzung der Parallelförmchen erhöht sich die Zuverlässigkeit der Aussage. Zur Objektivität der Bf-S werden keine Angaben ge-

macht. Die Paralleltest-Reliabilität beträgt 0.86 und 0.95, die Halbierungszuverlässigkeit 0.94; für beide Versionen zusammen beträgt diese 0.96. Bei der kriterienbezogenen Validität gibt es Korrelationen mit klinischer Einschätzung der Depressivität (0.85) und mit Angaben zur Verstimmung von endogen depressiven Patienten (0.90), zudem weitere Validierung durch Korrelation und gemeinsame Faktorenanalyse mit anderen Testskalen sowie durch Vergleich von Aufnahme- und Entlassungsbefunden psychiatrischer Klinikpatienten.

Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS (Overall & Gorham, 1962; Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum, CIPS, 1996). Mit dieser Skala zur Fremdbeurteilung wird die psychopathologische Symptomatik bei schizophrenen Erkrankten erfasst. Sie ging als Kurzform aus zwei wesentlich umfangreicheren psychiatrischen Skalen hervor, aus der MSRPP (Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients; Lorr, Jenkins & Holsopple, 1953) und der IMPS (Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale; Lorr & Klett, 1966). Die BPRS besteht aus insgesamt 18 Symptomkomplexen zur Plus- und Minussymptomatik, die vom Diagnostiker nach dem Stärkegrad ihres Vorhandenseins auf 7-stufigen Skalen eingeschätzt werden. Jeder Symptomkomplex, der durch einen umfassenden Begriff charakterisiert ist (z.B. Größenideen, Zerfall der Denkprozesse, paranoide Inhalte, Halluzinationen, emotionale Zurückgezogenheit, Gespanntheit, motorische Verlangsamung, affektive Abstumpfung, Orientierungsstörungen, Feindseligkeit, Erregung), wird durch eine Reihe von dazugehörigen Symptomen präzisiert. Das Interview beginnt mit einer kürzeren einleitenden Kontaktherstellung, woran sich eine längere nicht direkte Interaktion anschließt. Zumeist geben die Patienten während dieser Phase genügend Aufschlüsse für die spätere Beurteilung der Symptomatik. Das Interview endet mit einer abschliessenden direkten Befragung, welche die allenfalls noch erforderlichen weiteren Informationen liefert. Zur Objektivität der BPRS bemerken die Autoren lediglich, dass die Skala in schriftlicher Form vorliege. Die Beobachterübereinstimmung wurde im Rahmen einer Prüfung der Interrater-Reliabilität bestimmt. Die Werte für zwei Beurteiler und 83 schizophrene Patienten lagen zwischen 0.56 und 0.87 für die verschiedenen Symptomkomplexe; für drei Interviewer fanden sich etwas schlechtere Koeffizienten. Die Übereinstimmung mit dem Gesamtwert betrug zwischen 0.82 und 0.92. Bezüglich der Validität wird eine Korrelation von 0.93 zwischen der zugrunde liegenden MSRPP (Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients; Lorr, Jenkins & Holsopple, 1953) und dem BPRS-Gesamt-Rohwert angegeben.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS (Andreasen, 1984; deutsche Version Ackenheil, Dieterle, Eben & Pakesch, 1985). Diese Skala ermöglicht

die Erfassung der Negativsymptomatik bei schizophren Erkrankten. Sie ist ein Fremdbeurteilungsinstrument mit 25 Items, wovon 5 Items globale Beurteilungen zu den entsprechenden 5 Subskalen darstellen. Die Items sind den folgenden fünf Symptomgruppen zugeordnet: Affektverflachung/Affektstarrheit (z.B. starrer Gesichtsausdruck, verminderte Spontanbewegungen, geringer Augenkontakt, unangemessener Affekt, mangelnde sprachliche Ausdrucksfähigkeit), Alogie (Verarmung der Sprechweise und des Gesprächsinhalts, Gedankenabreissen, erhöhte Antwortlatenz), Abulie/Apathie (Pflege und Hygiene, Unstetigkeit in Beruf und Ausbildung, körperliche Energielosigkeit), Anhedonie/sozialer Rückzug (Freizeitvergnügen und Aktivitäten, sexuelles Interesse, Fähigkeit zu Intimität und Nähe, Verhältnis zu Verwandten und Freunden) sowie Aufmerksamkeit (soziale Unaufmerksamkeit, Desinteresse, fehlende Motivation). Zur Objektivität der SANS liegen keine näheren Angaben vor. Da die Items aber relativ offen formuliert sind, scheint die Durchführungsobjektivität nicht uneingeschränkt gewährleistet zu sein. Eine Überprüfung der Dimensionalität ihrer Skala bzw. der Interkorrelation zwischen den Subskalen wurde von der Autorin nicht vorgenommen. Es ergaben sich aber gute Werte bei der Interrater-Reliabilität. Sie liegen zwischen 0.86 (für die beiden Subskalen Abulie/Apathie und Anhedonie/sozialer Rückzug) und 0.92 (für die beiden Subskalen Affektverflachung/Affektstarrheit und Aufmerksamkeit). Zudem wurde eine facettentheoretische Validitätsuntersuchung der SANS vorgenommen (Trabert, Rösler, Pülschen & Lamberty, 1996).

3.3.4 Erhebung der Psychotherapiemotivation

In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schizophren Erkrankten weisen Wunderlich, Wiedemann und Buchkremer (1996) darauf hin, dass die Motivation des Patienten, seine allgemeine Zugänglichkeit und Kooperationsbereitschaft, wie in der übrigen Psychotherapieforschung allgemein anerkannt, wesentlich am Therapieerfolg beteiligt seien und leider in den meisten Studien nicht diskutiert würden. Andererseits seien aber auch Programme nötig, um die oft sehr geringe oder fehlende Motivation bei schizophren Erkrankten, die eigene Lebenssituation zu verändern, günstig zu beeinflussen. In der vorliegenden Studie wurde deshalb auch der standardisierte Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) vorgegeben. Es handelt sich um eine Skala zur Selbsteinschätzung. Der FPTM-40 ist die Kurzform einer wesentlich umfangreicheren Skala, welche ursprünglich 120 Items umfasste (Nübling, 1992). Der gekürzte Frage-

bogen wurde für die ökonomische und standardisierte Messung der Psychotherapiemotivation im Rahmen eines Routineeinsatzes in Kliniken konstruiert. In der 40 Items umfassenden Kurzform werden die folgenden sechs Dimensionen unterschieden: psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch, Hoffnung, Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Initiative, Wissen sowie symptombezogene Zuwendung durch andere. Eine Faktorenanalyse mit Varimaxrotation zeigte, dass der FPTM-40 die ursprüngliche Dimensionalität sehr gut repliziert. Die sechs Faktoren erklären 54.9% der Varianz. Zur Überprüfung der Reliabilität wurde für die einzelnen Dimensionen Cronbachs Alpha bestimmt, das zwischen 0.71 (Wissen) und 0.90 (psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch) liegt. Der FPTM-40 verfügt über Augenscheinvalidität und inhaltlich-logische Gültigkeit. Die durchgeführten Faktorenanalysen belegen seine faktorielle Validität. Die aufgefundenen Zusammenhänge zu anderen Verfahren liefern weitere Hinweise zur Validität des Verfahrens (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995).

3.3.5 Erhebung der Medikation

Ein heute viel-, aber immer noch kontrovers diskutiertes Thema in der Schizophreniebehandlung ist die unterschiedliche Wirkungsweise von sogenannten typischen oder konventionellen Neuroleptika der ersten Generation im Vergleich zu den sogenannten atypischen Neuroleptika der zweiten Generation (Teil A, 1.3). Den neuen Medikamenten werden in vielen Studien geringere Nebenwirkungen und ein breiteres psychopathologisches Wirkungsspektrum, besonders in Bezug auf die Negativsymptomatik und den davon abhängigen sozialen Verlauf der Krankheit sowie auf die kognitiven Funktionen zugeschrieben. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit auch eine Untersuchung dieser Fragestellung durchgeführt. Um beurteilen zu können, ob die erreichten Therapieeffekte in Abhängigkeit von der Art der Medikation variieren, d.h. um eine Auswertung von differentiellen Verläufen aufgrund unterschiedlicher medikamentöser Behandlung (typische/atypische Neuroleptika) vornehmen zu können, wurde bei allen Patienten die neuroleptische Medikation nach Art und Dosis systematisch über den Zeitraum der Behandlungs- und Nachbehandlungsphase bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) erfasst. Aus Vergleichbarkeitsgründen erfolgte eine Umrechnung der Tagesdosis der verabreichten typischen Neuroleptika in Chlorpromazin-Äquivalente (CPZ mg pro Tag; Jahn & Mussgay, 1989; Kulhanek, 1995). Für die atypischen Neuroleptika wur-

den die Dosis-Richtwerte von Meltzer und Fatemi (1998) zur Äquivalenzberechnung herangezogen.

3.3.6 Erhebung der Rückfallraten

Die Rückfallhäufigkeit ist in der Schizophrenieforschung eine gut untersuchte Variable. Nach einem Überblick zu verschiedenen Langzeitstudien kommt es bei rund 75% der schizophren Erkrankten zu Rückfällen in die Psychose (Häfner, 2005). Die Rückfallprophylaxe ist somit von zentraler Bedeutung, denn ohne sie wird es den Patienten kaum möglich sein, sich längerfristig sozial und beruflich wieder gut zu integrieren und ihre Lebensqualität zu verbessern. Neben der ausführlichen Datenerhebung zum Sozialverhalten, den kognitiven Funktionen und der Psychopathologie soll deshalb zusätzlich untersucht werden, ob die mit dem neuen Therapieprogramm angestrebten Verbesserungen in diesen drei Bereichen auch mit einer Reduktion der Rückfallraten einhergehen. Dazu wurden sämtliche Rückfälle über einen Untersuchungszeitraum von insgesamt fünf Jahren nach Therapiebeginn erhoben. Die Rückfälle wurden gemäss einer modifizierten Definition von Goldstein, Rodnick, Evans, May und Steinberg (1978) als volle oder teilweise Rehospitalisierungen mit erneuter psychotischer Akutsymptomatik operationalisiert. Es wurden die genauen Daten der Rehospitalisierungen (Zeitpunkt des Wiedereintritts in die Klinik) und die Anzahl verbrachter Tage in der Klinik erfasst.

3.3.7 Erhebung des Wohnstatus

Von besonderem Interesse war schliesslich die Frage, wie gut es den Patienten durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm gelungen ist, ihre Wohnvorstellungen und -wünsche im Verlauf oder nach Beendigung der Gruppentherapie zu verwirklichen und sich ein entsprechendes Umfeld in möglichst grosser Unabhängigkeit zu verschaffen. Um dies zu untersuchen, wurde an den ersten vier Messzeitpunkten (T1–T4) der jeweilige Wohnstatus jedes Gruppenteilnehmers erhoben, ein weiteres Mal bei einer Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5). Die Operationalisierung erfolgte gemäss einer modifizierten Form von Ciompi's Wohnachse (Ciompi, Ague & Dauwalder, 1979). Diese umfasst sieben Stufen des Wohnens, welche vom stationären Setting in der Klinik mit einer intensiven Betreuung und wenig

Selbständigkeit bis zur vollständigen Autonomie in der eigenen Wohnung führen. Die modifizierte Wohnachse besteht aus den folgenden Stufen:

1. Geschlossene Station in der Klinik
2. Offene Station in der Klinik
3. Tages- oder Nachtklinik
4. Wohn- oder Übergangsheim
5. Betreute Wohngemeinschaft
6. Betreutes Einzelwohnen
7. Selbständiges Wohnen (Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989; Anhang zum Disability Assessment Schedule, DAS-M, S. 21).

4. Ethische Richtlinien

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde unter Beachtung der „Ethischen Richtlinien für die Forschung an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern“ erstellt. Diese berücksichtigen vollumfänglich die relevanten internationalen und nationalen Texte, insbesondere auch die Richtlinien der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP sowie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Vor der Aufnahme in die Gruppen wurden alle Patienten in Einzelgesprächen über Ziele, Methoden und erwarteten Nutzen der Studie ausführlich unterrichtet. Die Studienteilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Der vertrauliche Umgang mit den erhobenen Daten wurde jedem Patienten zugesichert. Es liegt von allen Teilnehmern eine schriftliche Einverständniserklärung vor (informed consent). Mit fast allen im Untersuchungsplan beschriebenen Verfahren bestehen Vorerfahrungen aus früheren Pilotprojekten. Sie gelten als ethisch und juristisch unbedenklich. Der Forschungsplan der gesamten Multicenterstudie (Evaluation der Therapieprogramme zur Rehabilitation im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich, WAF) wurde der ethischen Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bern vorgelegt und von ihr genehmigt.

5. Datenanalyse

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um die Evaluation eines Teilbereichs des WAF-Therapieprogramms für schizophrene Patienten. Deshalb wurde die Datenanalyse in Übereinstimmung mit den beiden dazugehörigen Teilen (Arbeits- und Freizeitprogramm) vorgenommen. Sie erfolgte mit dem speziell für sozialwissenschaftliche Auswertungen entwickelten Programmsystem „Statistical Package for the Social Sciences, SPSS“ (Version 11.0 für Macintosh). Neben einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit anschliessender Varimax-Rotation) wurden hauptsächlich ein Varianz- bzw. Kovarianzanalytisches Analysemodell für Messwiederholungen (ANOVA, MANOVA) eingesetzt sowie Effektstärken für abhängige Variablen berechnet. Zur Überprüfung der Rückfallraten wurde eine Survivalanalyse (Life-Table-Methode) durchgeführt. Die Wahl der Stichprobengrösse pro Gruppe basierte, nebst der in den Sozialwissenschaften üblichen statistischen Teststärke von 0.80, auf mittleren Interaktionseffekten für zweiseitige einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung ($f = 0.25$) sowie auf einem Alpha-Fehlerniveau von 5% (Bortz & Döring, 2006; Cohen, 1988).

In einem ersten Schritt wurden die umfangreichen Daten zu den drei typischen Störungsbereichen schizophrener Erkrankter (psychopathologische, kognitive und soziale Beeinträchtigungen) mittels einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit anschliessender Varimax-Rotation) empirisch überprüft und die entsprechenden abhängigen Variablen explorativ zu Faktoren zusammengefasst. Dieses Vorgehen erscheint plausibel und statistisch angemessen, da sich die Variablen innerhalb der drei Bereiche hinsichtlich theoretischer Konzeptualisierung und empirischer Ausprägung zum Teil erheblich unterscheiden. Die einzelnen Faktoren wurden anschliessend einer Reliabilitätsanalyse unterzogen (Teil C, 6.2).

Zur inferenzstatistischen Auswertung wurden die abhängigen Variablen, die sich über die empirisch hergeleiteten Faktoren verteilen, zunächst z-transformiert und pro Faktor gemittelt. Die Vergleichbarkeit der beiden Therapiegruppen hinsichtlich ihres Ausgangsniveaus in den einzelnen Faktoren (Baselinewerte) wurde mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede zwischen den Gruppen hin überprüft (Teil C, 6.3 und 6.4). Die Daten der vier verschiedenen Erhebungszeitpunkte (T1–T4) wurden mittels mehrfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung inferenzstatistisch analysiert (Teil C, 6.5). Um auch Deskriptionen klinisch relevanter Effekte mittels Effektstärken mitteilen zu können, die das Signifikanzniveau nicht erreichen,

wurden zusätzlich Effektstärken berechnet. Diese wurden zum Verlauf der aus der Faktorenanalyse gebildeten Faktorvariablen ermittelt (Teil C, 6.6).

Um ein noch genaueres Bild über Veränderungen der beiden Therapiegruppen im Sozialverhalten zu erhalten, wurden zudem, nun nicht mehr auf Faktorebene, die Verläufe der SIS-Skalen (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) einzeln betrachtet und mit ANOVAS mit Messwiederholung hinsichtlich Unterschieden zwischen den Gruppen über die vier Messzeitpunkte (T1–T4) geprüft (Teil C, 6.7). Die Analyse von differentiellen Verläufen aufgrund unterschiedlicher medikamentöser Behandlung (typische/atypische Neuroleptika) wurde mit dreifachen MANOVAS mit Messwiederholung vorgenommen (Teil C, 6.8). Die Überprüfung der Verteilung der Rückfallraten über einen Erhebungszeitraum von fünf Jahren (T1–T5) erfolgte mittels einer Survival-Analyse (Teil C, 6.9). Die Veränderungen im Wohnstatus, ebenfalls über fünf Jahre, wurden deskriptiv ausgewertet (Teil C, 6.10). Zur Überprüfung der Psychotherapiemotivation über den Studienverlauf (T1–T4) wurden ein- und zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVA, MANOVA) berechnet (Teil C, 6.11).

6. Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Stichprobe

An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 70 Patienten teil. Davon haben 30 Patienten das neue Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich absolviert (Experimentalgruppe = Wohngruppe) und 40 Patienten ein an das vierte Unterprogramm des IPT („Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophren Erkrankte“; Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten (Kontrollgruppe = IPT-Gruppe). Von den 30 Patienten der Wohngruppe brach einer die Therapie ab, bei den 40 Patienten der IPT-Gruppe gab es 7 Studienabbrecher. Somit verliessen insgesamt 11.4% der Patienten die Studie vorzeitig und konnten nicht in die Berechnungen einbezogen werden. 5 dieser Studienabbrecher hatten eine Symptomverschlechterung oder einen Rückfall erlitten, was die weitere Teilnahme an der Gruppentherapie verunmöglichte. 2 Patienten konnten aufgrund deutlicher psychosozialer und symptomatischer Verbesserungen aus der behandelnden psychiatrischen Institution austreten

und zogen weg. 1 Patient fand eine Arbeitsstelle und war zeitlich für die Gruppentherapie nicht mehr verfügbar.

Die beiden Gruppen wurden anhand der acht Kriterien Alter, Geschlecht, IQ (WIP), Hospitalisationsdauer (Monate), Krankheitsdauer (Jahre), Psychopathologie (BPRS, Gesamtscore), neuroleptische Medikation (Chlorpromazin-Äquivalente) und Motivation (FPTM-40, Mittelwerte) parallelisiert. Die strukturelle Homogenität wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben (zweiseitig) und Pearson χ^2 -Test überprüft. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen bezüglich Geschlecht, IQ, Hospitalisations- und Krankheitsdauer, Psychopathologie und Motivation gefunden. Unterschiedlich verteilt waren hingegen die beiden Kriterien Alter und tägliche Neuroleptikadosis. Deshalb mussten für die Parallelisierung die Daten von 3 Patienten der Experimentalgruppe und von 5 Patienten der Kontrollgruppe gelöscht werden. Nach Parallelisierung und ohne Berücksichtigung der dropouts konnten somit insgesamt 54 Patienten in die statistische Auswertung einbezogen werden ($n = 54$). Davon hatten 26 Patienten an einer Wohngruppe teilgenommen (Experimentalgruppe, $n = 26$) und 28 Patienten an einer IPT-Gruppe (Kontrollgruppe, $n = 28$). Die Patientencharakteristika können Tabelle 6.1 a entnommen werden. Sie sind pro Gruppe normalverteilt.

	Experimentalgruppe Wohnen ($n = 26$)		Kontrollgruppe IPT ($n = 28$)	
	M	\pm SD	M	\pm SD
Alter	34.0	± 7.9	31.4	± 6.7
IQ (WIP)	99.4	± 12.7	102.1	± 8.2
Hospitalisationsdauer (Monate)	19.4	± 19.3	10.1	± 11.3
Krankheitsdauer (Jahre)	7.5	± 6.2	6.2	± 4.7
Tägliche Neuroleptikadosis (Chlorpromazin-Äquivalente)	551.3	± 426.8	333.4	± 261.1
Psychopathologie (BPRS, Gesamtscore)	39.2	± 4.4	37.2	± 6.8
Motivation (FPTM-40, Mittelwerte)	2.6	$\pm .2$	2.6	$\pm .4$

Anmerkungen: n = Stichprobengrösse; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 6.1 a: Patientencharakteristika ($n = 54$)

Die Gesamtstichprobe umfasste 21 Frauen (38.89%) und 33 Männer (61.11%). Das Geschlecht der Studienteilnehmer war gleichmässig über die beiden Gruppen verteilt (Pearson $\chi^2 = 0.38$, $df = 1$, n.s.). In der Experimentalgruppe betrug der Anteil männlicher Patienten 65% und in der Kontrollgruppe 57%. Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lag bei 32.8 ± 7.4 Jahren; der jüngste Teilnehmer war 21 Jahre alt, der älteste 49 Jahre. Der IQ war mit einem mittleren Wert von 100.6 ± 10.9 im Durchschnittsbereich. Die bisherige Hospitalisationsdauer aller Studienteilnehmer betrug durchschnittlich 15.2 ± 16.7 Monate, die mittlere Krankheitsdauer 6.9 ± 5.6 Jahre. Die tägliche Neuroleptikadosis der Gesamtstichprobe entsprach 452.7 ± 373.8 Chlorpromazin-Äquivalenzwerten. Der BPRS-Gesamtscore lag bei durchschnittlich 38.3 ± 5.7 und der FPTM-40-Mittelwert bei 2.6 ± 0.3 .

6.2 Datenreduktion

Die mit den verschiedenen Testverfahren und Fragebögen erhobenen Daten wurden entsprechend der Faktorenanalyse des Gesamtsamples der Multicenterstudie (Roder et al., 2001; $n = 143$) reduziert. Die einzelnen Variablen wurden mittels einer Hauptkomponentenanalyse gemäss ihrer korrelativen Beziehungen in wenige, voneinander unabhängige Variablengruppen geordnet. Es wurden alle Faktoren extrahiert, deren Eigenwert grösser als 1 war (Kaiser-Guttman-Kriterium, Scree-Test; Bortz & Döring, 2006). Anschliessend wurde zur Optimierung der Varianzverteilung auf die verschiedenen Faktoren eine Varimax-Rotation vorgenommen. Damit soll erreicht werden, dass Variablen, die auf zwei oder mehreren Faktoren mittelmässig laden, eindeutig einem der Faktoren zugeordnet werden können, was zu einer besseren Interpretierbarkeit der Faktoren führt. Die Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation ergab fünf Faktoren mit einer guten Interpretierbarkeit des Ladungsmusters. Tabelle 6.2 a zeigt die Eigenwerte, den durch die Faktoren jeweils aufgeklärten Varianzanteil sowie die kumulative Varianz. Insgesamt werden 70.4% der Gesamtvarianz aufgeklärt, wobei die einzelnen Faktoren zwischen 23.6% und 7.3% aufklären.

Faktor	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %
1	3.538	23.6	23.6
2	2.420	16.1	39.7
3	2.132	14.2	53.9
4	1.367	9.1	63.1
5	1.099	7.3	70.4

Tabelle 6.2 a: Eigenwerte und Varianzanteile der 5-Faktoren-Lösung für die abhängigen Variablen

Tabelle 6.2 b gibt die Ladungen der einzelnen Variablen auf den rotierten Faktoren wieder. Es wurden nur Faktorenladungen interpretiert, die grösser als 0.50 sind (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 1994). Eine hohe Ladung auf die beiden ersten Faktoren zeigen vor allem die Werte für die kognitiven Variablen. Auf den dritten und vierten Faktor laden vorwiegend soziale Variablen und auf den fünften Faktor Variablen zur Psychopathologie. Durch diese empirische Differenzierung der drei relevanten Störungsbereiche bei schizophren Erkrankten werden kognitive und soziale Beeinträchtigungen durch jeweils zwei Faktoren sowie psychopathologische Beeinträchtigungen durch einen Faktor repräsentiert. Dieses Ergebnis stimmt mit den vorangestellten theoretischen Überlegungen gut überein.

Die fünf Faktoren wurden entsprechend den ihnen zugeordneten abhängigen Variablen folgendermassen benannt:

- Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“. Dieser Faktor fasst die Variablen d2 (Anzahl bearbeiteter Zeichen), d2 (Anzahl richtig bearbeiteter Zeichen), ZVT und KVT (Tempoleistung) zusammen.
- Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“. Dieser Faktor setzt sich aus den beiden Variablen KVT (Konzentrationsleistung) und KVT (Sorgfaltsleistung) zusammen.
- Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“. Dieser Faktor enthält die Variablen INSKA (Sozialverhalten), DAS-M, GAF und zwei zusammengefasste SANS-Subskalen (Abulie/Apathie und Anhedonie/sozialer Rückzug).
- Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“. Dieser Faktor fasst die Variablen SIS (Management/Coping), SIS (Zufriedenheit) sowie Bf-S zusammen.
- Faktor 5 „Psychopathologie“. Dieser Faktor enthält die Variablen BPRS (Gesamtscore) und drei zusammengefasste SANS-Subskalen (Alogie, Aufmerksamkeit und Affektverflachung/Affektstarrheit).

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Bf-S				.71474	
BPRS (Gesamtscore)					.77114
d2 (Anzahl bearbeiteter Zeichen)	.94102				
d2 (Anzahl richtig bearbeiteter Zeichen)	.92702				
DAS-M			.78141		
GAF			-.62910		
INSKA (Sozialverhalten)			.51473	.50278	
KVT (Konzentrationsleistung)		.97567			
KVT (Sorgfaltsleistung)		.94378			
KVT (Tempoleistung)	.45019				-.40348
SANS (Abulie/Apathie, Anhedonie/sozialer Rückzug)			.82487		
SANS (Alogie, Aufmerksamkeit Affektverflachung/Affektstarrheit)					.73007
SIS (Zufriedenheit)				.72597	
SIS (Management/Coping)				.72229	
ZVT	.53527	.44964			

Tabelle 6.2 b: Rotierte Faktorenmatrix

Die Itemkomposition jedes Faktors wurde zusätzlich einer Reliabilitätsanalyse (Cronbachs Alpha; Bortz, 2005) unterzogen, um abzuklären, wie gut die Variablenkombinationen durch die Faktoren repräsentiert werden. Es konnten die folgenden Reliabilitätskoeffizienten ermittelt werden:

- Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ (Cronbachs $\alpha = 0.75$)
- Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ (Cronbachs $\alpha = 0.97$)
- Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Cronbachs $\alpha = 0.73$)
- Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Cronbachs $\alpha = 0.66$)
- Faktor 5 „Psychopathologie“ (Cronbachs $\alpha = 0.46$)

6.3 Überprüfung der Baselinewerte

Die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen wurde mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede zwischen Wohn- und IPT-Gruppe hin überprüft. Die zu fünf Faktoren gruppierten abhängigen Variablen wurden zum Ausgangswert vor der Therapiephase (T1) z-transformiert und pro Faktor gemittelt. Die Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Tests für unabhängige Stichproben pro Gruppe für alle Faktoren zum Messzeitpunkt T1 finden sich in Tabelle 6.3 a. Es ergaben sich bei keinem der fünf Faktoren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu T1, weshalb auf den Einbezug der Baselinewerte als Kovariaten verzichtet werden konnte.

Faktoren	Experimental- gruppe Wohnen (n = 26)	Kontrollgruppe IPT (n = 28)	t-Test	Signifikanz
	M±SD	M±SD	t-Wert	p
Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung	-.026±.735	.018±.772	-.214	.831
Aufrechterhaltung der Konzentration	.031±1.001	-.029±1.000	.222	.825
Soziales Interesse und soziale Integration	-.142±.732	.113±.802	-1.211	.232
Befindlichkeit und psychosoziales Coping	.011±.700	-.011±.887	.107	.916
Psychopathologie	.136±.577	-.126±1.030	1.119	.268

Anmerkungen: n = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 6.3 a: Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Tests für unabhängige Stichproben für alle Faktoren zum Baseline-Messzeitpunkt T1

6.4 Unterschiede zwischen den Gruppen zu den vier Messzeitpunkten

In einem nächsten Schritt wurden die Unterschiede zwischen der Wohn- und der IPT-Gruppe über alle vier Messzeitpunkte berechnet. Die Mittelwerte und Standardabweichungen pro Gruppe für alle Faktoren zu jedem der vier Messzeitpunkte (T1–T4), d.h. vor und nach der Therapiephase, am Ende der Nachbehandlungsphase sowie ein Jahr nach Therapiebeginn befinden sich in der nachfolgenden Tabelle 6.4 a.

Faktoren		Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)	Kontrollgruppe IPT (n = 28)
		M±SD	M±SD
Geschwindigkeit der Informations- verarbeitung	T1	-.026±.735	.018±.772
	T2	-.075±.806	.085±.614
	T3	-.092±.835	.130±.667
	T4	-.165±.809	.138±.711
Aufrechterhaltung der Konzentration	T1	.031±1.001	-.029±1.000
	T2	.047±.985	-.044±1.005
	T3	.174±.978	-.174±.985
	T4	.214±.827	-.214±1.106
Soziales Interesse und soziale Integration	T1	-.142±.732	.113±.802
	T2	-.113±.777	.152±.842
	T3	-.087±.837	.056±.822
	T4	-.309±.655	.130±.844
Befindlichkeit und psycho- soziales Coping	T1	.011±.700	-.011±.887
	T2	-.069±.728	.064±.851
	T3	-.022±.612	.030±.937
	T4	.091±.706	-.018±.939
Psycho- pathologie	T1	.136±.577	-.126±1.030
	T2	-.429±.585	.399±.911
	T3	-.237±.731	.260±1.099
	T4	-.378±.698	.339±.906

Anmerkungen: n = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 6.4 a: Mittelwerte und Standardabweichungen der fünf Faktoren zu den vier Messzeitpunkten (T1–T4)

6.5 Veränderungen im Gruppenverlauf

Um zu untersuchen, wie sich die Werte der verschiedenen Störungsbereiche (kognitive Dysfunktionen, Sozialverhalten und Psychopathologie) über die vier Messzeitpunkte (T1–T4, d.h. vor und nach der Therapiephase, am Ende der Nachbehandlungsphase sowie ein Jahr nach Therapiebeginn) verändern und welche Interaktionen sich dabei ergeben, wurde der Verlauf der beiden Gruppen (Wohn- und IPT-Gruppe) für jeden der fünf Faktoren mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVAS) überprüft. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Resultate der Varianzanalysen für die einzelnen Faktoren können den Tabellen 6.5 a bis 6.5 e entnommen werden. Insgesamt ergaben sich die folgenden signifikanten Haupteffekte und Interaktionen: Für Faktor 5 „Psychopathologie“ wurde ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ gefunden ($F = 4.848$, $p = 0.033$; Tabelle 6.5 e). Zusätzlich konnte eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ nachgewiesen werden ($F = 3.738$,

$p = 0.013$; Tabelle 6.5 a). Eine weitere signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ ergab sich für Faktor 5 „Psychopathologie“ ($F = 10.502$, $p = 0.000$; Tabelle 6.5 e). Ansonsten wurden keine signifikanten Haupteffekte oder Interaktionen gefunden.

Nachfolgend werden für jeden Faktor die Veränderungen im Gruppenverlauf dargestellt. Für die Interpretation der Daten ist es wichtig zu wissen, dass die Werte der Faktoren nicht umgepolt wurden. Dies bedeutet, dass bei den Faktoren 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ hohe Werte gute kognitive Leistungen bedeuten, bei den Faktoren 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“, 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ und 5 „Psychopathologie“ hingegen niedrige Werte als positiv gelten, also mit hohem sozialem Interesse, guter Befindlichkeit und niedriger Psychopathologie einhergehen.

Für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ (Tabelle 6.5 a) ergaben sich keine signifikanten Haupteffekte, d.h. dass sich Experimental- und Kontrollgruppe im kognitiven Bereich der Faktorvariable Tempo über alle vier Messzeitpunkte nicht signifikant unterscheiden. Es konnte aber eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 1 nachgewiesen werden ($F = 3.738$, $p = 0.013$). Eine Überprüfung dieser Interaktion, um festzustellen, auf welche Unterschiede sie zurückzuführen ist, wurde post hoc durchgeführt und kann Tabelle 6.5 g entnommen werden.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	-.026	±.735	.018	±.772
T2	-.075	±.806	.085	±.614
T3	-.092	±.835	.130	±.667
T4	-.165	±.809	.138	±.711

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.350	1	.557
Haupteffekt Zeit	.143	3	.943
Interaktion Gruppe x Zeit	3.738	3	.013*

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengröße M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 a: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“

Für Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ (Tabelle 6.5 b) ergaben sich keine signifikanten Haupteffekte, d.h. dass sich Experimental- und Kontrollgruppe im kognitiven Bereich der Faktorvariable Konzentration über alle vier Messzeitpunkte nicht signifikant unterscheiden. Ebenfalls nicht signifikant ist die Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 2.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	.031	±1.001	-.029	±1.000
T2	.047	±.985	-.044	±1.005
T3	.174	±.978	-.174	±.985
T4	.214	±.827	-.214	±1.106

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.994	1	.324
Haupteffekt Zeit	.559	3	.643
Interaktion Gruppe x Zeit	2.064	3	.108

Anmerkungen:

n = Stichprobengröße

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 b: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“

Auch für Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Tabelle 6.5 c) konnten keine signifikanten Haupteffekte gefunden werden. Somit unterscheiden sich Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich dieses Faktors im Gruppenverlauf über die vier Messzeitpunkte nicht signifikant. Ebenfalls nicht signifikant ist die Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 3.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	-.142	±.732	.113	±.802
T2	-.113	±.777	.152	±.842
T3	-.087	±.837	.056	±.822
T4	-.309	±.655	.130	±.844

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	1.912	1	.175
Haupteffekt Zeit	2.192	3	.093
Interaktion Gruppe x Zeit	2.056	3	.110

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 c: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“

Für Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Tabelle 6.5 d) ergaben sich weder signifikante Haupteffekte „Gruppe“ oder „Zeit“, noch ist die Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 4 signifikant.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	.011	±.700	-.011	±.887
T2	-.069	±.728	.064	±.851
T3	-.022	±.612	.030	±.937
T4	.091	±.706	-.018	±.939

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.030	1	.863
Haupteffekt Zeit	.223	3	.881
Interaktion Gruppe x Zeit	.689	3	.560

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 d: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“

Für Faktor 5 „Psychopathologie“ (Tabelle 6.5 e) wurde ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ zugunsten der Experimentalgruppe nachgewiesen ($F = 4.848$, $p = 0.033$). Dies bedeutet, dass die Patienten der Wohngruppe über alle vier Messzeitpunkte hinweg tiefere Psychopathologiewerte aufwiesen als diejenigen der IPT-Gruppe. Als ebenfalls signifikant erwies sich die Interaktion „Gruppe x Zeit“ für Faktor 5

($F = 10.502$, $p = 0.000$). Auch diese Interaktion wurde post hoc auf die genauen Unterschiede hin überprüft. Die Resultate können Tabelle 6.5 g entnommen werden.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	.136	±.577	-.126	±1.030
T2	-.429	±.585	.399	±.911
T3	-.237	±.731	.260	±1.099
T4	-.378	±.698	.339	±.906

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	4.848	1	.033*
Haupteffekt Zeit	.308	3	.820
Interaktion Gruppe x Zeit	10.502	3	.000*

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 e: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für Faktor 5 „Psychopathologie“

Zur besseren Interpretation der Daten erfolgte anschliessend eine Interaktionsüberprüfung mit Differenzwerten. Für die beiden signifikanten Interaktionen „Gruppe x Zeit“ der Faktoren 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und 5 „Psychopathologie“ wurde post hoc geprüft, auf welche Unterschiede sie zurückzuführen sind. Die Interaktionsüberprüfung erfolgte anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben über die Differenzwerte zwischen T1–T2, T1–T3, T1–T4, T2–T3, T2–T4 sowie T3–T4. Die Überprüfung von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ ergab eine stärkere Verbesserung bei der Kontrollgruppe (IPT-Gruppe) über die vier Messzeitpunkte als bei der Experimentalgruppe (Wohnen). Es wurden drei signifikante Differenzen gefunden, welche in Tabelle 6.5 g aufgeführt sind. Die signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ von Faktor 1 ist somit hauptsächlich auf den Unterschied zwischen der Verbesserung der Kontrollgruppe und der gleichzeitigen Stagnation der Experimentalgruppe über den gesamten Untersuchungszeitraum, d.h. von der Therapiephase bis zum Ende der Untersuchung (T1–T4), zurückzuführen. Zur besseren Überprüfbarkeit dieses Sachverhalts sind vorgängig in Tabelle 6.5 f die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzen zwischen den einzelnen

Messzeitpunkten für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ aufgeführt.

	Experimental- gruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
Differenz T1–T2	.049	.310	–.067	.427
Differenz T1–T3	.086	.477	–.149	.424
Differenz T1–T4	.143	.490	–.227	.534
Differenz T2–T3	.038	.508	–.086	.310
Differenz T2–T4	.084	.491	–.145	.426
Differenz T3–T4	.038	.420	–.045	.328

Anmerkungen:
M = Mittelwert

n = Stichprobengrösse
SD = Standardabweichung

Tabelle 6.5 f: Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“

	t	df	p(t)
Differenz T1–T2	1.140	52	.259
Differenz T1–T3	1.842	48	.072(*)
Differenz T1–T4	2.530	47	.015*
Differenz T2–T3	1.049	48	.300
Differenz T2–T4	1.741	47	.088(*)
Differenz T3–T4	.773	46	.443

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
(*) signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 10\%$) df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 g: t-Tests für unabhängige Stichproben über die Differenzwerte T1–T4 von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“

Die Überprüfung von Faktor 5 „Psychopathologie“ ergab ebenfalls drei signifikante Differenzen, welche Tabelle 6.5 i entnommen werden können. Die Experimentalgruppe (Wohnen) konnte sich somit bezüglich der psychopathologischen Variablen im Vergleich zur Kontrollgruppe (IPT) stärker über den Zeitverlauf verbessern. Die signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ dieses Faktors lässt sich hauptsächlich auf die ausgeprägte Symptomverbesserung der Wohngruppe vom Prä- zum Post-Therapie-Messzeitpunkt (T1–T2) zurückführen, verglichen mit der gleichzeitigen

Stagnation bei der Kontrollgruppe. Vom Verlauf her bleiben die Werte anschliessend in etwa gleich bei T3 und T4, so dass die Differenzen T1–T3 und T1–T4 zwischen den Gruppen ebenfalls hoch signifikant unterschiedlich sind. Auch für Faktor 5 „Psychopathologie“ werden vorgängig zu den Resultaten der t-Tests die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten aufgeführt (Tabelle 6.5 h).

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
Differenz T1–T2	.561	.684	–.542	.696
Differenz T1–T3	.348	.724	–.400	.899
Differenz T1–T4	.460	.807	–.472	.788
Differenz T2–T3	–.172	.612	.146	.816
Differenz T2–T4	–.092	.531	.121	.577
Differenz T3–T4	.187	.694	.025	.843

Anmerkungen: n = Stichprobengrösse; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 6.5 h: Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten für Faktor 5 „Psychopathologie“

	t	df	p(t)
Differenz T1–T2	5.763	50	.000*
Differenz T1–T3	3.230	48	.002*
Differenz T1–T4	4.015	45	.000*
Differenz T2–T3	–1.582	50	.120
Differenz T2–T4	–.822	47	.415
Differenz T3–T4	.731	47	.468

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$) df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.5 i: t-Tests für unabhängige Stichproben über die Differenzwerte T1–T4 von Faktor 5 „Psychopathologie“

Die inferenzstatistischen Ergebnisse lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Es wurden insgesamt ein signifikanter Haupteffekt und zwei signifikante Interaktionen gefunden. Bei Faktor 5 „Psychopathologie“ ergab sich ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 4.848$, $p = 0.033$), d.h. dass die Patienten der Wohngruppe (Experimentalgruppe) über alle vier Messzeitpunkte hinweg tiefere Psychopathologiewerte

aufwiesen als diejenigen der IPT-Gruppe (Kontrollgruppe). Zusätzlich konnte eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ nachgewiesen werden ($F = 3.738$, $p = 0.013$). Die anschließende Interaktionsüberprüfung mit Differenzwerten zwischen den Messzeitpunkten zeigte, dass sich die IPT-Gruppe über den gesamten Untersuchungsverlauf, d.h. von der Therapiephase bis zum Ende der Untersuchung (T1–T4) bei Faktor 1 stärker verbessert hat als die Wohngruppe. Eine weitere signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ ergab sich bei Faktor 5 „Psychopathologie“ ($F = 10.502$, $p = 0.000$). Diese Interaktionsüberprüfung zeigte hingegen eine ausgeprägte Symptomverbesserung der Wohngruppe vom Prä- zum Post-Therapie-Messzeitpunkt (T1–T2), verglichen mit einer gleichzeitigen Stagnation bei der IPT-Gruppe. Der weitere Verlauf der beiden Gruppen erfolgte fast parallel, so dass die Differenzen T1–T3 und T1–T4 zwischen den Gruppen ebenfalls hoch signifikant unterschiedlich ausfielen. Bei den übrigen drei Faktoren „Aufrechterhaltung der Konzentration“, „Soziales Interesse und soziale Integration“ sowie „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ergaben sich weder signifikante Haupteffekte „Gruppe“ oder „Zeit“, noch ist die Interaktion „Gruppe x Zeit“ signifikant.

6.6 Berechnung der Effektstärken

Neben der inferenzstatistischen Auswertung der Daten sollen diese auch deskriptiv dargestellt werden, um klinisch relevante Effekte beschreiben zu können, die das Signifikanzniveau nicht erreichen. Deshalb wurden zusätzlich Effektstärken (ES) berechnet (Smith & Glass, 1977), und zwar jeweils pro Gruppe und Faktor für die beobachteten Veränderungen zwischen den vier Messzeitpunkten (Differenzen T1–T2, T1–T3 und T1–T4). Die Effektstärken wurden aus der Mittelwertsdifferenz zweier Messzeitpunkte pro Gruppe, dividiert durch die Standardabweichung des Ausgangsniveaus der gesamten Stichprobe, gebildet $(M_{T1} - M_{tn}) / SD_{t1}$. Um einen Überblick zur Wirksamkeit des neuen Therapieprogramms insgesamt zu erhalten, wurden zusätzlich pro Gruppe und Vergleich T1–T2, T1–T3 sowie T1–T4 anhand der Mittelwerte der Effektstärken über die fünf Faktoren Gesamteffekte berechnet. Für die Interpretation der Daten lassen sich die Effektstärken in kleine ($= 0.2$), mittlere ($= 0.5$) und grosse Effekte ($= 0.8$) klassifizieren (Bortz & Döring, 2006; Cohen, 1988). Es ist zu beachten, dass hier die Mittelwertsdifferenzen so vorgenommen wurden, dass alle Effektstärken gleich gepolt sind. Eine positive Effektstärke steht somit immer für eine

Verbesserung, eine negative Effektstärke für eine Verschlechterung in Bezug auf den entsprechenden Faktor.

Generell konnten für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ und Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ bei beiden Gruppen nur kleine bis mittlere Effektstärken nachgewiesen werden. Dies gilt sowohl für die Therapiephase (T1–T2), wie auch für die Nachbehandlungsphase (T1–T3) und die Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4). Für Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ wurden bei beiden Gruppen mittlere bis sehr grosse Effektstärken gefunden, die im Untersuchungsverlauf stetig ansteigen. Faktor 5 „Psychopathologie“ weist bei der Experimentalgruppe durchgehend sehr grosse Effektstärken auf, während die Kontrollgruppe in allen Phasen nur kleine Effektstärken erreicht.

Nachfolgend werden die Effektstärken jedes Faktors während der drei Untersuchungsphasen dargestellt. Bei beiden Gruppen wurde zunächst das Ausgangsniveau (T1) mit der Erhebung nach der Therapiephase (T2) sowie mit der Erhebung nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T3) verglichen, anschliessend das Ausgangsniveau mit der Erhebung zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Bezüglich des Faktors 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ (Abbildung 6.6 a) erkennt man über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres anhand der durchwegs kleinen Effektstärken kaum Veränderungen bei der Experimentalgruppe (Wohnen). Die Werte schwächen sich von T1–T2 (ES = 0.14) bis T1–T4 (ES = 0.10) sogar etwas ab. Demgegenüber kann sich die Kontrollgruppe (IPT) bei Faktor 1 leicht verbessern. Die Effektstärken sind zwar ebenfalls nur klein, steigen aber im Verlauf der Untersuchung kontinuierlich an (T1–T2: ES = 0.14; T1–T3: ES = 0.22; T1–T4: ES = 0.30).

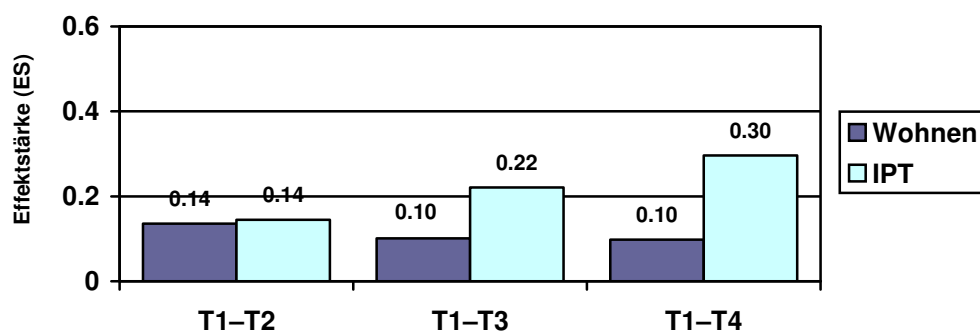


Abbildung 6.6 a: Effektstärken für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

Bei Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ (Abbildung 6.6 b) ergibt sich ein nahezu reziprokes Resultat. Hier ist die Wohngruppe der IPT-Gruppe überlegen. Sie verbessert sich deutlich im Verlauf der Untersuchung. Die Effektstärken steigen von kleinen auf mittlere Werte (T1–T2: ES = 0.15; T1–T3: ES = 0.47; T1–T4: ES = 0.58). Im Gegensatz dazu stagnieren die Effektstärken der IPT-Gruppe. Von ES = 0.12 nach der Therapiephase (T1–T2) erhöhen sie sich bis zum Ende der Katamnesezeit nur geringfügig (T1–T3: ES = 0.19; T1–T4: ES = 0.20). Somit liegt bei den beiden untersuchten kognitiven Funktionen (Tempo und Konzentrationsfähigkeit) eine leicht gegenläufige Entwicklung der beiden Gruppen vor.

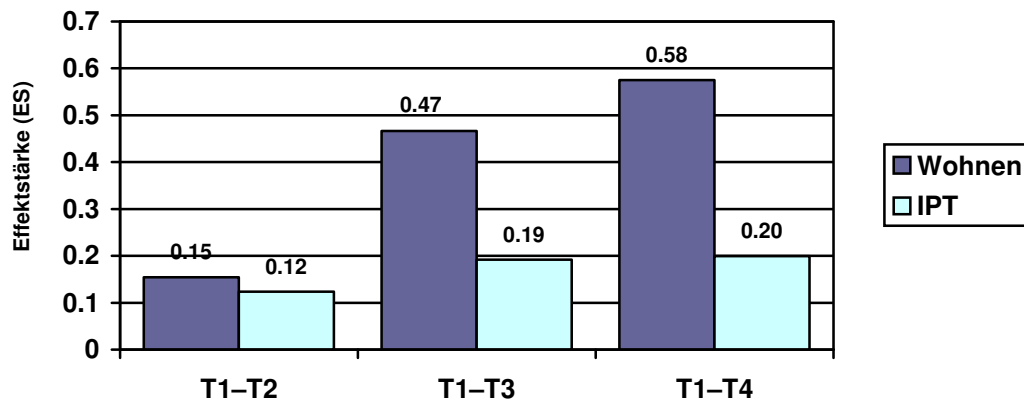


Abbildung 6.6 b: Effektstärken für Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

Bezüglich des Faktors 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Abbildung 6.6 c) verläuft die Entwicklung der beiden Gruppen nahezu parallel. Sowohl die Experimentalgruppe wie auch die Kontrollgruppe können sich über den gesamten Untersuchungszeitraum stetig verbessern. Die Wohngruppe ist der IPT-Gruppe aber überlegen, denn die Effektgrößen der Experimentalgruppe sind fast durchwegs grösser und steigen von der Therapiephase bis zum Ende der Untersuchung ein Jahr nach Therapiebeginn auch stärker an (T1–T2: ES = 0.54; T1–T4: ES = 1.16). Besonders in der Katamnesezeit hat bei der Wohngruppe eine sehr positive Veränderung stattgefunden. Die IPT-Gruppe verbessert sich demgegenüber deutlich weniger stark (T1–T2: ES = 0.44; T1–T3: ES = 0.76; T1–T4: ES = 0.85).

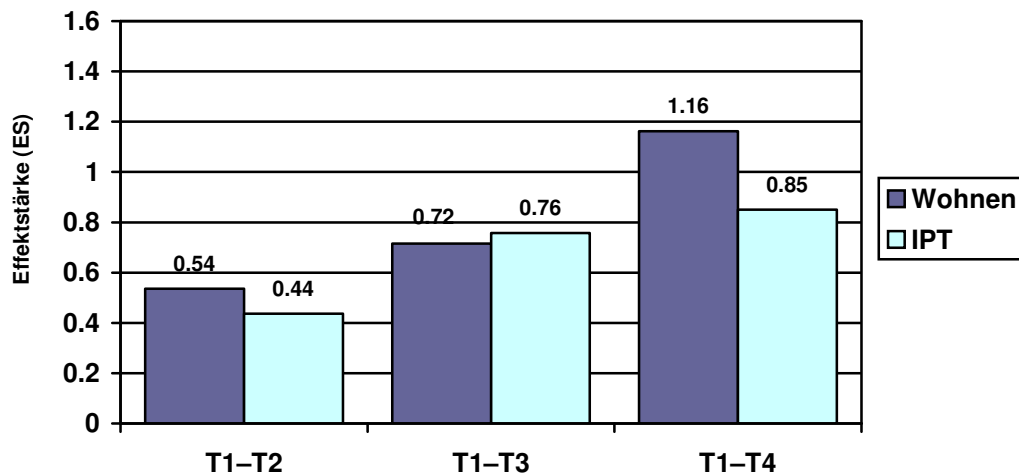


Abbildung 6.6 c: Effektstärken für Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

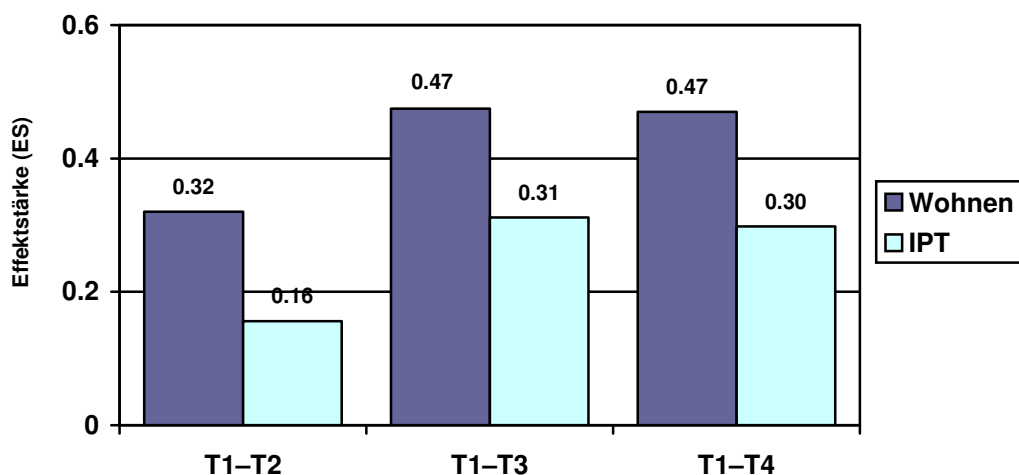


Abbildung 6.6 d: Effektstärken für Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

Bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Abbildung 6.6 d) ist der Verlauf der beiden Gruppen ebenfalls ähnlich. Sowohl bei der Experimentalgruppe als auch bei der Kontrollgruppe steigen die Effektstärken bis zum Abschluss der Nachbehandlungsphase deutlich an und verharren dann bis zum Ende der Katamnesezeit auf nahezu gleichem Niveau. Wiederum weist die Wohngruppe aber durchwegs grössere Effektstärken auf als die IPT-Gruppe: ES = 0.32 nach der Therapiephase,

ES = 0.47 nach der Nachbehandlungsphase und ebenfalls ES = 0.47 ein Jahr nach Therapiebeginn. Die IPT-Gruppe beginnt bei ES = 0.16 (T1–T2) und erreicht am Ende der Untersuchung ES = 0.30 (T1–T4). Somit verläuft die Entwicklung der beiden Gruppen in den verschiedenen Bereichen des Sozialverhaltens (Faktor 3, Faktor 4) zwar gleichartig, aber die Patienten der Wohngruppe sind den Kontrollpatienten überall deutlich überlegen.

Die grössten Effekte treten bei Faktor 5 „Psychopathologie“ auf (Abbildung 6.6 e). Sie bleiben jedoch auf die Experimentalgruppe beschränkt. Die Kontrollgruppe dagegen weist nur sehr kleine Effektstärken auf. Bereits während der Therapiephase verringern sich die psychopathologischen Symptome der Wohngruppe sehr stark (T1–T2: ES = 1.30). In der Nachbehandlungsphase steigen die Effekte weiter an (T1–T3: ES = 1.51) und gehen bis zum Ende der Untersuchung wieder leicht zurück (T1–T4: ES = 1.11). Im Gegensatz dazu erreicht die IPT-Gruppe bei Faktor 5 die kleinsten Effektstärken im Vergleich zu den übrigen vier Faktoren. Die psychopathologischen Variablen dieser Patienten verändern sich während der dreimonatigen Therapiephase kaum (T1–T2: ES = 0.08). Erst in der Nachbehandlungsphase verbessern sie sich etwas (T1–T3: ES = 0.24), bilden sich aber bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn wieder leicht zurück (T1–T4: ES = 0.17). In Bezug auf eine Verringerung der psychopathologischen Auffälligkeiten ist somit die Wohngruppe der IPT-Gruppe sehr deutlich überlegen.

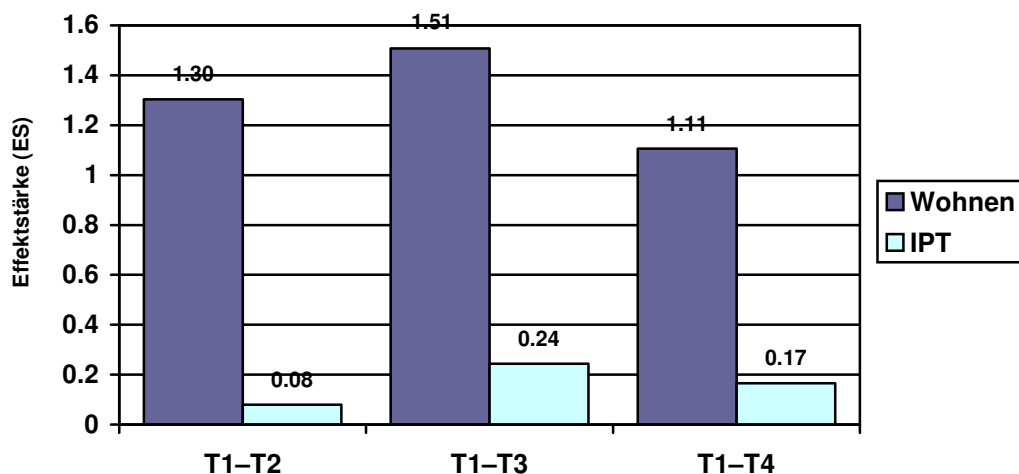


Abbildung 6.6 e: Effektstärken für Faktor 5 „Psychopathologie“ über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

Um einen Überblick zur Wirksamkeit des neuen Therapieprogramms insgesamt zu erhalten, wurden die Effektstärken der fünf Faktoren in Relation zur Baseline pro Gruppe zu einem Therapiegesamteffekt gemittelt. Wie aus Abbildung 6.6 f ersichtlich wird, fallen die globalen Effekte für die Experimentalgruppe durchwegs höher aus als für die Kontrollgruppe. Nach der Therapiephase ergibt sich für die Wohngruppe eine mittlere Gesamteffektstärke (T1–T2: $ES = 0.48$), während die IPT-Gruppe nur einen kleinen Gesamteffekt aufweist (T1–T2: $ES = 0.19$). Nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T1–T3) verbessern sich beide Gruppen weiter: Bei der Wohngruppe erhöhen sich die Gesamteffektstärken auf 0.53, bei der IPT-Gruppe auf 0.36. Bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) gehen die globalen Effekte bei beiden Gruppen wieder leicht zurück, bei der Wohngruppe auf 0.49 und bei der IPT-Gruppe auf 0.32. Es lässt sich somit festhalten, dass sich die Wohngruppe über die gesamte Untersuchungszeit generell besser entwickelt hat als die IPT-Gruppe.

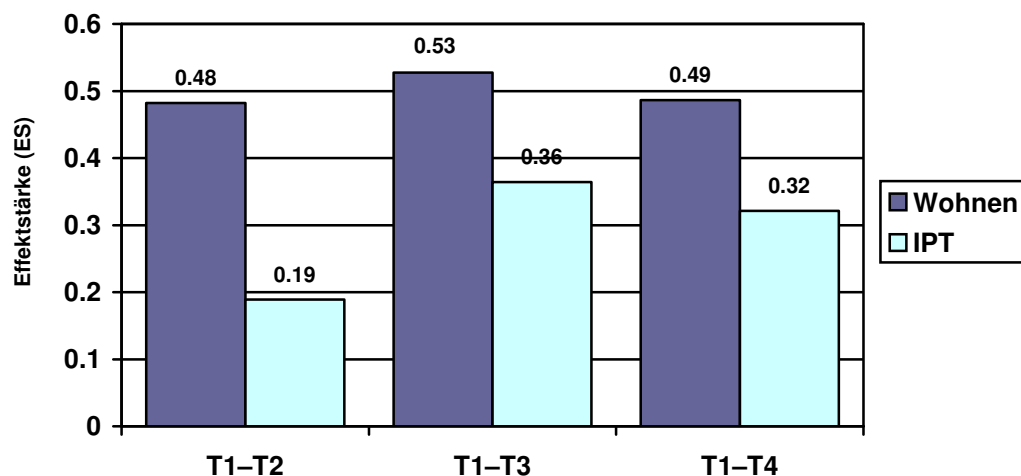


Abbildung 6.6 f: Therapiegesamteffekt: Gemittelte Effektstärken der fünf Faktoren über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres

Betrachtet man die Entwicklung der Effektstärken getrennt nach den verschiedenen Untersuchungsphasen, so fällt nach der Therapiephase (T1–T2; Abbildung 6.6 g) die ausgeprägte Verbesserung der Experimentalgruppe bei Faktor 5 „Psychopathologie“ auf ($ES = 1.30$), die in grossem Kontrast zur minimalen Veränderung der Kontrollgruppe steht ($ES = 0.08$). Bei den beiden kognitiven Faktoren (Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzen-

tration“) sind die Effektstärken bei beiden Gruppen klein; sie bewegen sich zwischen 0.12 und 0.15, d.h., es sind am Ende der dreimonatigen intensiven Therapiephase nur geringe Veränderungen im kognitiven Bereich feststellbar. Die beiden Faktoren zur sozialen Kompetenz (Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ und Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“) weisen grössere Effekte auf. Bei der Wohngruppe sind sie mit 0.54 bei Faktor 3 und 0.32 bei Faktor 4 durchwegs höher als bei der IPT-Gruppe (ES = 0.44 bei Faktor 3; ES = 0.16 bei Faktor 4).

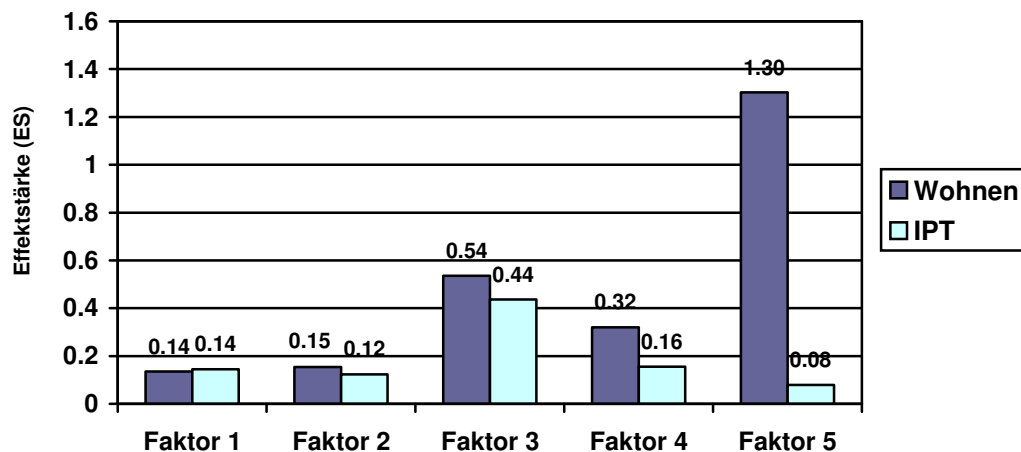


Abbildung 6.6 g: Effektstärken der fünf Faktoren nach der Therapiephase (T1–T2)

Nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T1–T3), d.h. sechs Monate nach Therapiebeginn, können nochmals Verbesserungen bei allen fünf Faktoren festgestellt werden (Abbildung 6.6 h). Die Effektstärken sind generell höher als nach der Intensivphase der Therapie, mit Ausnahme des Wertes von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ bei der Experimentalgruppe (ES = 0.10). Mittlere bis höhere Werte erreicht besonders die Wohngruppe bei Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ (ES = 0.47), bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (ES = 0.72) und bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (ES = 0.47), aber auch die IPT-Gruppe bei Faktor 3 (ES = 0.76). Wiederum die grösste Verbesserung, d.h. eine sehr starke Reduktion der psychopathologischen Symptomatik, ergibt sich für die Wohngruppe bei Faktor 5 „Psychopathologie“ (ES = 1.51), während die IPT-Gruppe hier nur eine kleine Effektgrösse aufweist (ES = 0.24).

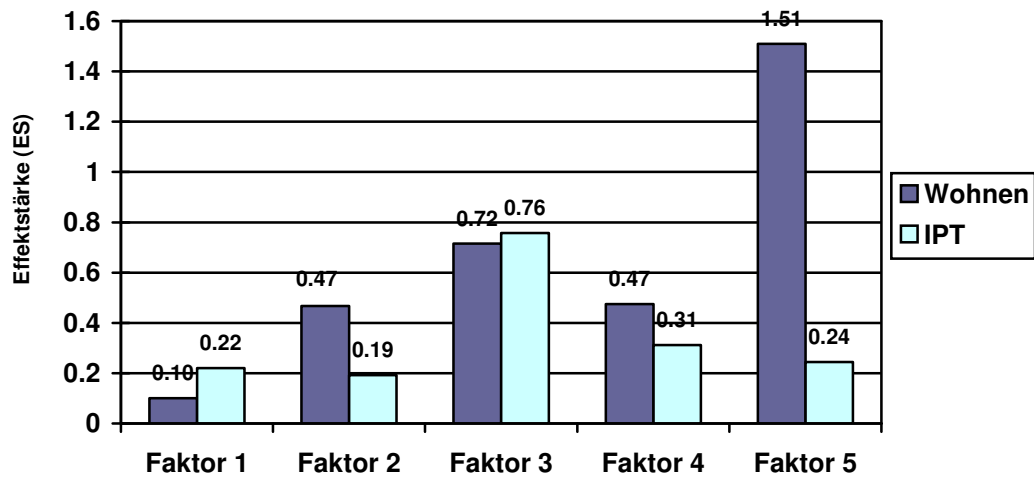


Abbildung 6.6 h: Effektstärken der fünf Faktoren nach der Nachbehandlungsphase (T1–T3)

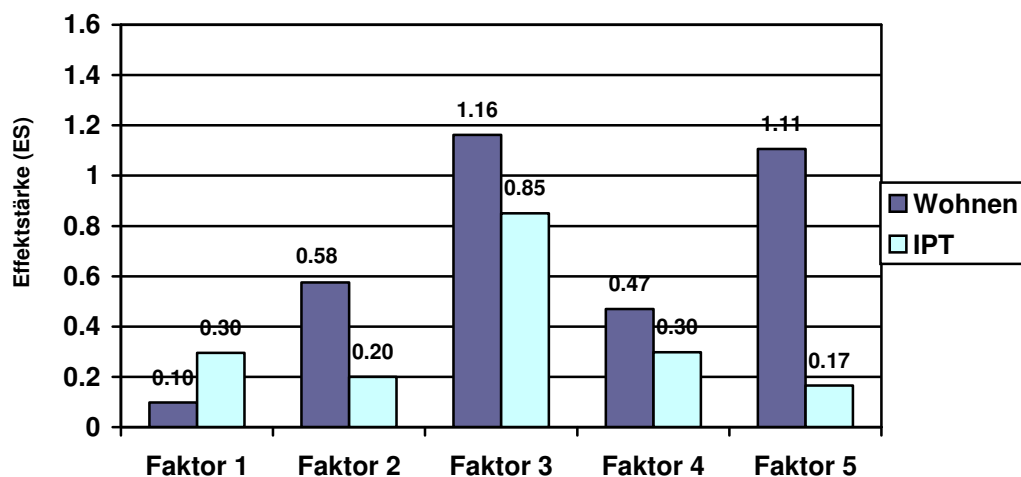


Abbildung 6.6 i: Effektstärken der fünf Faktoren bei der Katamneseerhebung (T1–T4)

Bei der Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) steigen die Effektstärken bei den ersten drei Faktoren („Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, „Aufrechterhaltung der Konzentration“, „Soziales Interesse und soziale Integration“) in beiden Gruppen nochmals deutlich an, wiederum mit Ausnahme des Wertes von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ bei der Experimentalgruppe (ES = 0.10; Abbildung 6.6 i). Den höchsten Wert erreicht hier die

Wohngruppe bei Faktor 3 ($ES = 1.16$). Fast unverändert bleiben die Effektstärken beider Gruppen bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ($ES = 0.47$ bei der Wohngruppe; $ES = 0.30$ bei der IPT-Gruppe). Bei Faktor 5 „Psychopathologie“ reduzieren sich die Effekte sowohl bei der Wohn- als auch bei der IPT-Gruppe, wobei die Experimentalgruppe ein Jahr nach Therapiebeginn immer noch eine ausgeprägte Verbesserung bei der psychopathologischen Symptomatik aufweist ($ES = 1.11$).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Effektstärken für die Experimentalgruppe (Wohnen) mit Ausnahme von Faktor 1 („Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“) bei allen Faktoren deutlich höher ausfielen als für die Kontrollgruppe (IPT). Die beiden Faktoren, welche kognitive Beeinträchtigungen abbilden (Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“), zeigen jedoch gegenläufige Resultate. Während sich die IPT-Gruppe bei Faktor 1 (Abbildung 6.6 a) bis zum Ende der Untersuchung stetig leicht verbessert, schwächen sich die Effektstärken der Wohngruppe gleichzeitig etwas ab. Bei Faktor 2 (Abbildung 6.6 b) ergibt sich eine nahezu umgekehrte Tendenz: Die Experimentalgruppe kann sich bis zur Katamneseerhebung deutlich verbessern, hingegen verändern sich die Effektstärken der Kontrollgruppe nur wenig über die Zeit. Es liegt demnach eine unterschiedliche Entwicklung der beiden Gruppen in Bezug auf Tempo und Genauigkeit der Informationsverarbeitung vor. Im Bereich des Sozialverhaltens zeigen die Experimental- und die Kontrollgruppe eher gleichartige Verlaufstendenzen. Bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Abbildung 6.6 c) steigen die Effektstärken bis zum Abschluss der Untersuchung bei beiden Gruppen kontinuierlich an. Bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Abbildung 6.6 d) verbessern sich beide Gruppen bis zum Abschluss der Nachbehandlungsphase und verharren dann praktisch auf gleichem Niveau bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn. Bei beiden Faktoren, welche psychosoziale Fähigkeiten abbilden, ist aber die Wohngruppe der IPT-Gruppe mit ihren durchwegs grösseren Effektstärken deutlich überlegen. Noch ausgeprägter ist die Überlegenheit der Experimentalgruppe bei Faktor 5 „Psychopathologie“ (Abbildung 6.6 e). Die Entwicklung der beiden Gruppen verläuft hier ganz unterschiedlich. Während sich die Experimentalgruppe bei den psychopathologischen Auffälligkeiten verglichen mit den anderen vier Faktoren am stärksten verbessert und zu jedem Untersuchungszeitpunkt sehr grosse Effektstärken aufweist, bleiben die Effekte der Kontrollgruppe bei Faktor 5 über den gesamten Verlauf nur klein. Auch die zusätzlich berechneten Gesamteffekte, die einen Überblick zur Wirksamkeit des neuen Thera-

pieprogramms insgesamt verschaffen sollen, fielen für die Experimentalgruppe durchwegs höher aus als für die Kontrollgruppe. Die mittlere Gesamteffektstärke betrug nach der Therapiephase (T1–T2) für die Wohngruppe 0.48, für die IPT-Gruppe hingegen nur 0.19. Nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T1–T3) stiegen die globalen Effekte bei beiden Gruppen weiter an (Wohnen: 0.53; IPT: 0.36), bildeten sich jedoch bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) wieder leicht zurück (Wohnen: 0.49; IPT: 0.32).

6.7 Differentielle Analyse des Erwerbs sozialer Fertigkeiten

Von besonderem Interesse bei der Evaluation des Therapieprogramms zur Rehabilitation schizophren Erkrankter im Wohnbereich ist die Frage, ob es den Patienten durch die intensive Beschäftigung mit relevanten, alltagsnahen, wohnspezifischen Themen gelungen ist, ihre sozialen und alltagspraktischen Fertigkeiten zu verbessern. Die Berechnung der Effektstärken von Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Abbildung 6.6 c) und Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Abbildung 6.6 d) geben dazu einen allgemeinen Überblick: Bei beiden Faktoren, welche psychosoziale Fähigkeiten abbilden, ist die Wohngruppe der IPT-Gruppe mit ihren durchwegs höheren Effektstärken deutlich überlegen. Um aber differenziertere Aussagen über die Veränderungen der beiden Gruppen im Sozialverhalten zu erhalten, wurden deshalb, nun nicht mehr auf Faktorebene, die Verläufe der drei entsprechenden Skalenbereiche der Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987; Teil C, 3.3.1) einzeln betrachtet. Für die Skalenbereiche „Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“ wurden jeweils die Werte der Dimensionen „Objektive Bedingungen“, „Management/Coping“ und „Zufriedenheit“ mittels ANOVAS mit Messwiederholung hinsichtlich Unterschieden zwischen den Gruppen über die vier Messzeitpunkte (T1–T4), d.h. vor und nach der Therapiephase, am Ende der Nachbehandlungsphase sowie ein Jahr nach Therapiebeginn, geprüft. Vorgängig wurde die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede zwischen der Wohn- und IPT-Gruppe hin untersucht. Die Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Tests für unabhängige Stichproben zum Baseline-Messzeitpunkt (T1) finden sich in Tabelle 6.7 a. Die beiden Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Dimension „Objektive Bedingungen“ des Skalenbereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ signifikant ($t = 2.544$, $p = 0.014$). Die IPT-Gruppe hat hier, verglichen mit der Wohngruppe,

die bedeutend besseren Ausgangsbedingungen. Deshalb wurde dieser Unterschied mit einer kovarianzanalytischen Auswertung statistisch kontrolliert.

Dimensionen	Skalenbereiche	Experiment- talgruppe Wohnen (n = 26) M±SD	Kontroll- gruppe IPT (n = 28) M±SD	t-Test	df	Sig. (2- seitig) p
Objektive Bedingungen	Alltagspraktische Fertigkeiten	3.269±1.151	2.500±1.071	2.544	52	.014*
	Soziale Fertigkeiten	1.615±.752	1.875±.899	-1.146	52	.257
	Wohnen	1.673±.552	1.630±.631	.264	51	.793
Management/ Coping	Alltagspraktische Fertigkeiten	1.346±.562	1.179±.475	1.186	52	.241
	Soziale Fertigkeiten	2.183±.639	2.246±.809	-.319	52	.751
	Wohnen	2.308±.813	2.105±.606	1.032	52	.307
Zufriedenheit	Alltagspraktische Fertigkeiten	2.384±.551	2.320±.534	.432	52	.667
	Soziale Fertigkeiten	2.410±.510	2.329±.709	.477	52	.635
	Wohnen	1.986±.486	2.041±.524	-.395	51	.695

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 a: Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Tests für unabhängige Stichproben zum Baseline-Messzeitpunkt (T1)

Nachfolgend sind die Ergebnisse der drei Skalenbereiche „Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“ einzeln dargestellt. Es wurde untersucht, wie sich die Werte jedes Bereichs bezüglich der Dimensionen „Objektive Bedingungen“, „Management/Coping“ und „Zufriedenheit“ über die vier Messzeitpunkte (T1–T4) bei beiden Gruppen verändert haben. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Resultate der Varianzanalysen für die einzelnen Bereiche und die jeweiligen Dimensionen können den Tabellen 6.7 b bis 6.7 k entnommen werden. Im Bereich „Alltagspraktische Fertigkeiten“ wurden vorerst die objektiven Bedingungen der Person erhoben und nach potentiellen Belastungsmöglichkeiten gefragt. Dies können etwa sein: Ständiger Zeitdruck, keine Möglichkeit, die eigenen Fertigkeiten einzusetzen, kein Einfluss auf den Arbeitsablauf oder die inhaltliche und zeitliche Gestaltung der Tätigkeiten, wenig eigenständiges Arbeiten möglich, körperliche

Krankheit oder Behinderung etc. Gemäss dem Konstruktionsprinzip der SIS wird jeweils der negative Aspekt erfasst, nämlich welche Beschränkungen der Proband in jedem Bereich erfährt. Wie Tabelle 6.7 b zeigt, ergibt sich für die Dimension „Objektive Bedingungen“ des Bereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ bei der einfaktoriellen Kovarianzanalyse mit Messwiederholung (Kontrollvariable ist T1) ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($F = 9.849$, $p = 0.001$). Dies bedeutet, dass sich die beiden Gruppen über den gesamten Messzeitraum (T1–T4) bezüglich ihrer objektiven Bedingungen signifikant verbessert haben.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	3.269	±1.151	2.500	±1.071
T2	3.167	±1.167	2.542	±.884
T3	3.083	±1.248	2.333	±.963
T4	1.625	±.769	1.792	±.588

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.012	1	.913
Haupteffekt Zeit	9.849	1.529	.001*
Interaktion Gruppe x Zeit	2.735	1.529	.086

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade
Fehlerkovarianz nach Greenhouse-Geisser korrigiert

Tabelle 6.7 b: Einfaktorielle Kovarianzanalyse mit Messwiederholung (Kontrollvariable: T1) für die Dimension „Objektive Bedingungen“ im Bereich „Alltagspraktische Fertigkeiten“ der SIS

Bei der Erhebung der Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ wurde nach dem Zurechtkommen bei verschiedenen Tätigkeiten des Alltags und den Schwierigkeiten, die sich dabei ergeben, gefragt. Es wurde auch geprüft, ob sich der Proband dabei gelegentlich überfordert fühlt, ob wichtige oder notwendige Tätigkeiten ständig liegen bleiben und es dadurch eventuell zu neuen Schwierigkeiten kommt, ob es wegen nicht oder mangelhaft gemachten Arbeiten zu Beanstandungen kommt oder ob es sonstige Hinweise auf eine schlechte Organisation bei alltäglichen Verrichtungen gibt. Zu diesem Bereich gehören ebenfalls Fragen nach der Fähigkeit des Probanden, mit seinem Geld umzugehen, Rechnun-

gen rechtzeitig zu bezahlen, das Setzen von falschen Prioritäten bei den Ausgaben, impulsives Kaufen, die Weigerung, Geld anzunehmen, das einem zusteht, aber auch Fragen nach Behördenangelegenheiten, Abschliessen von Versicherungen, Verhandlungen mit dem Vermieter etc. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ ergibt ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($F = 3.352$, $p = 0.029$; Tabelle 6.7 c). Somit haben sich die beiden Gruppen über den gesamten Messzeitraum (T1–T4) bezüglich des Zurechtkommens bei verschiedenen Tätigkeiten des Alltags signifikant verbessert.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	1.333	±.565	1.167	±.482
T2	1.208	±.509	1.125	±.448
T3	1.167	±.381	1.125	±.338
T4	1.042	±.204	1.042	±.204

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.707	1	.405
Haupteffekt Zeit	3.352	.422	.029*
Interaktion Gruppe x Zeit	.578	2.505	.600

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 c: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ im Bereich „Alltagspraktische Fertigkeiten“ der SIS

Für die Dimension „Zufriedenheit“ des Bereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ wurde erhoben, was die Person bezüglich der einzelnen, oben besprochenen Themengruppen empfindet und wie zufrieden sie dabei mit ihrer Situation ist. Diese Dimension ist klar subjektiv und musste deshalb vom Probanden selbst eingeschätzt werden. Wie aus Tabelle 6.7 d ersichtlich wird, ergeben sich für die Dimension „Zufriedenheit“ des Bereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ weder signifikante Haupteffekte noch eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	2.333	±.534	2.332	±.513
T2	2.236	±.476	2.359	±.418
T3	2.222	±.515	2.360	±.529
T4	2.188	±.432	2.311	±.492

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.655	1	.423
Haupteffekt Zeit	.583	3	.627
Interaktion Gruppe x Zeit	.528	3	.664

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse
SD = Standardabweichung

M = Mittelwert
df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 d: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Zufriedenheit“ im Bereich „Alltagspraktische Fertigkeiten“ der SIS

Im Bereich „Soziale Fertigkeiten“ wurden ebenfalls zuerst die objektiven Bedingungen der befragten Person erhoben und nach potentiellen Belastungen gefragt. Dabei wurde beurteilt, welche Möglichkeiten diese Person zu sozialen Kontakten, Interaktionen am Arbeitsplatz und Freizeitaktivitäten hat. Gemäss dem Konstruktionsprinzip der SIS wurde wiederum der negative Aspekt erfasst, nämlich welche Beschränkungen die Person erfährt. Es wurden nur die hauptsächlichen Restriktionen festgehalten. Diese können sowohl in der Person selbst als auch in ihrer Umgebung liegen. Es sind z.B. körperliche Krankheiten, Behinderungen oder Gebrechlichkeit (nicht aber psychische Störungen, um eine Kontaminierung dieses Masses mit Massen psychischer Gesundheit zu vermeiden), weit reichende häusliche Verpflichtungen wie etwa ein behindertes Kind oder pflegebedürftige Verwandte, berufliche Verpflichtungen (unregelmässige Schichtarbeit, Nachtarbeit oder häufige Überstunden), zu wenig Einkommen, um bestimmte Interessen zu verfolgen oder andere Menschen zu treffen, eine besonders ungünstige Wohnlage, keine Kollegen am Arbeitsplatz, Einschränkungen durch soziale Unterschiede etc. Wie Tabelle 6.7 e zeigt, ergibt die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Objektive Bedingungen“ des Bereichs „Soziale Fertigkeiten“ weder signifikante Haupteffekte noch eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	1.625	±.769	1.792	±.833
T2	1.583	±.775	1.708	±.624
T3	1.625	±.769	1.750	±.608
T4	1.625	±.769	1.792	±.588

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.568	1	.455
Haupteffekt Zeit	.431	1.872	.638
Interaktion Gruppe x Zeit	.072	1.872	.921

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 e: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Objektive Bedingungen“ im Bereich „Soziale Fertigkeiten“ der SIS

In die Erhebung der Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Soziale Fertigkeiten“ wurden das Ausmass und die Intensität der sozialen Kontakte und Freizeitaktivitäten, aber auch das Interesse und die Freude daran einbezogen, ebenfalls Fragen nach der Qualität und Häufigkeit von Interaktionen am Arbeitsplatz. Zusätzlich wurden auch die häuslichen Interaktionen (mit Partner, Kindern, Eltern, Verwandten, Nachbarn) beurteilt. Es wurde zudem nach den Schwierigkeiten gefragt, die sich bei sozialen Kontakten ergeben, wie z.B. Verärgerungen, Meinungsverschiedenheiten, unterschwellige oder offene Spannungen, Streitigkeiten, Beleidigungen und Vermeidungen. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Soziale Fertigkeiten“ ergibt einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($F = 11.628$, $p = 0.000$; Tabelle 6.7 f). Somit haben sich beide Gruppen über den gesamten Messzeitraum (T1–T4) in Bezug auf ihre sozialen Fertigkeiten signifikant verbessert.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	2.177	±.661	2.187	±.857
T2	2.031	±.677	1.833	±.637
T3	1.760	±.414	1.719	±.657
T4	1.760	±.519	1.742	±.674

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.160	1	.691
Haupteffekt Zeit	11.628	3	.000*
Interaktion Gruppe x Zeit	.588	3	.624

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 f: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ im Bereich „Soziale Fertigkeiten“ der SIS

Für die Erhebung der Dimension „Zufriedenheit“ des Bereichs „Soziale Fertigkeiten“ schätzten die Befragten wiederum ein, was sie bezüglich ihrer sozialen Fertigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen empfinden und wie zufrieden sie mit ihrer sozialen Situation sind. Wie aus Tabelle 6.7 g hervorgeht, ergeben sich für die Dimension „Zufriedenheit“ im Bereich „Soziale Fertigkeiten“ weder signifikante Haupteffekte noch eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	2.416	±.522	2.221	±.656
T2	2.375	±.504	2.235	±.486
T3	2.264	±.582	2.208	±.508
T4	2.431	±.446	2.208	±.517

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	1.563	1	.217
Haupteffekt Zeit	.559	2.229	.592
Interaktion Gruppe x Zeit	.485	2.229	.638

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 g: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Zufriedenheit“ im Bereich „Soziale Fertigkeiten“ der SIS

Auch im Bereich „Wohnen“ wurden zuerst die objektiven Wohnbedingungen erhoben und nach potentiellen Belastungsquellen gefragt. Dabei interessierten vor allem drei Aspekte: Die Lage der Wohnung, der verfügbare Raum und der Zustand der Wohnung. So wurde beurteilt, inwiefern sich aus der Lage der Wohnung irgendwelche Belastungsmöglichkeiten ergeben. Diese können darin bestehen, dass viele alltägliche Verrichtungen und Aktivitäten für den Befragten sehr aufwändig werden, viel Zeit in Anspruch nehmen (z.B. Fahrt zur Arbeit, Einkaufen) oder dass der Ort der Wohnung ungünstig oder beeinträchtigend für das alltägliche Leben ist (z.B. durch ständigen Verkehrslärm). Es wurde auch der Aspekt der Überbelegung in einer Wohnung beurteilt und ob sich für den Befragten zumindest Rückzugsmöglichkeiten bieten (z.B. eigene Intimsphäre), ebenso das Fehlen oder auch das Nichtfunktionieren elementarer Einrichtungen. Wie Tabelle 6.7 h zeigt, ergibt sich bezüglich der Dimension „Objektive Bedingungen“ des Bereichs „Wohnen“ ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“ ($F = 5.684$, $p = 0.004$). Dies bedeutet eine signifikante Verbesserung der objektiven Wohnbedingungen beider Gruppen über den gesamten Messzeitraum.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	1.659	±.571	1.624	±.616
T2	1.577	±.556	1.360	±.350
T3	1.459	±.543	1.305	±.317
T4	1.459	±.576	1.444	±.479

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.722	1	.400
Haupteffekt Zeit	5.684	2.108	.004*
Interaktion Gruppe x Zeit	1.077	2.108	.347

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 h: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Objektive Bedingungen“ im Bereich „Wohnen“ der SIS

Für die Erhebung der Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Wohnen“ wurde nach dem Zurechtkommen in allen wesentlichen Bereichen der Hausarbeit gefragt, wie z.B. das Saubermachen der Wohnung, das Einkaufen, Kochen, Geschirrspülen, Waschen, Bügeln und Instandhalten der Kleidung. Es wurden aber auch Fragen nach den konkreten Schwierigkeiten beim Haushalten oder beim Einrichten der Wohnung gestellt. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ des Bereichs „Wohnen“ ergibt einen signifikanten Haupteffekt „Zeit“ ($F = 3.991$, $p = 0.009$; Tabelle 6.7 i), was bedeutet, dass sich die beiden Gruppen auch bezüglich ihrer häuslicher Fertigkeiten signifikant verbessert haben.

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	2.312	±.844	2.055	±.609
T2	2.125	±.784	2.021	±.651
T3	2.000	±.737	1.750	±.589
T4	2.062	±.770	1.875	±.695

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	1.362	1	.249
Haupteffekt Zeit	3.991	3	.009*
Interaktion Gruppe x Zeit	.283	3	.838

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
n = Stichprobengrösse M = Mittelwert
SD = Standardabweichung df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 i: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Management/Coping“ im Bereich „Wohnen“ der SIS

Für die Dimension „Zufriedenheit“ des Bereichs „Wohnen“ wurde erhoben, was die Person in Bezug auf die genannten Haushaltsbereiche empfindet und wie zufrieden sie dabei mit ihrer Situation ist. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt keine signifikanten Haupteffekte und ebenfalls keine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ (Tabelle 6.7 k).

	Experimentalgruppe Wohnen (n = 26)		Kontrollgruppe IPT (n = 28)	
	M	±SD	M	±SD
T1	1.985	±.508	2.021	±.446
T2	2.134	±.435	1.993	±.507
T3	1.972	±.429	1.998	±.419
T4	2.022	±.383	2.097	±.588

	F	df	p(F)
Haupteffekt Gruppe	.026	1	.872
Haupteffekt Zeit	.962	3	.413
Interaktion Gruppe x Zeit	.812	3	.489

Anmerkungen:

n = Stichprobengrösse

SD = Standardabweichung

M = Mittelwert

df = Freiheitsgrade

Tabelle 6.7 k: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Dimension „Zufriedenheit“ im Bereich „Wohnen“ der SIS

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei der differentiellen Analyse des Erwerbs sozialer Fertigkeiten anhand der Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) in den drei untersuchten Skalenbereichen „Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“ statistisch bedeutsame Verbesserungen aller Patienten über die Therapie- und Nachbetreuungsphase bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn beobachtet werden konnten (Haupteffekte „Zeit“). Dies gilt allerdings nur bezüglich der beiden Dimensionen „Objektive Bedingungen“ und „Management/Coping“. Für die Dimension „Zufriedenheit“ gibt es in keinem der drei Bereiche signifikante Resultate. Zudem finden sich in keinem der drei Skalenbereiche signifikante Interaktionen „Gruppe x Zeit“, d.h., es ergeben sich keine differentiellen Resultate zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe in der SIS. Deshalb können auch keine differenzierteren Aussagen über die Wirkung des neuen Therapieprogramms in Bezug auf die alltagspraktischen

und sozialen Fertigkeiten der Gruppenteilnehmer, wie sie in der SIS erhoben worden sind, gemacht werden.

6.8 Differentielle Verläufe aufgrund unterschiedlicher medikamentöser Behandlung

In der heutigen Schizophrenieforschung wird die Wirkung der sogenannten typischen oder konventionellen Neuroleptika der ersten Generation im Vergleich zu den sogenannten atypischen Neuroleptika der zweiten Generation immer noch kontrovers diskutiert (Teil A, 1.3). Bei der Behandlung mit den neuen Medikamenten konnten in verschiedenen Studien geringere Nebenwirkungen, vor allem bezüglich der Spätdyskinesien, und eine bessere Wirkung auf die Negativsymptomatik und damit auf den sozialen Verlauf der Krankheit sowie auf die kognitiven Funktionen nachgewiesen werden. Um beurteilen zu können, ob die in der vorliegenden Arbeit festgestellten Therapieeffekte in Abhängigkeit von der Art der Medikation variieren, d.h. ob es diesbezüglich Unterschiede in den Verläufen der fünf Faktoren gibt, wurden die Patienten der Experimental- und der Kontrollgruppe (Wohnen/IPT) nach ihrer medikamentösen Behandlungsart in zwei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe erhielt von T1 bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) typische Neuroleptika (inkl. Depo), die zweite Gruppe erhielt über denselben Zeitraum atypische Neuroleptika.

In der Wohngruppe befinden sich 7 Patienten (26.9%) mit typischer und 19 Patienten (73.1%) mit atypischer Medikation, in der IPT-Gruppe 15 Patienten (53.6%) mit typischer und 13 Patienten (46.4%) mit atypischer Medikation ($n = 54$). Ein Chi-Quadrat-Test mit den Variablen „Gruppe“ und Art der Medikation („Mediart“) ergibt eine signifikant von den erwarteten Häufigkeiten abweichende Verteilung ($\chi^2 = 3.965$, $p = 0.046$). In der Wohngruppe befinden sich signifikant weniger Patienten mit typischen Neuroleptika als erwartet. Ebenfalls ergibt sich in einem entsprechenden Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechts ($\chi^2 = 3.829$, $p = 0.050$). Von den insgesamt 33 Männern der Studie erhalten 10 typische und 23 atypische Neuroleptika, bei den 21 Frauen werden 12 mit typischen und 9 mit atypischen Neuroleptika behandelt. Somit erhalten die Frauen signifikant mehr typische Neuroleptika als erwartet.

Anschliessend wurden die zwei Medikamentengruppen anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede in den weiteren Patientencharakteristika hin

überprüft. Wie Tabelle 6.8 a zeigt, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter, IQ (WIP), Hospitalisationsdauer (Monate), Krankheitsdauer (Monate), tägliche Neuroleptikadosis (Chlorpromazin-Äquivalente) und Motivation (FPTM-40, Mittelwerte) zu T1.

	Typische Neuroleptika (n = 22)	Atypische Neuroleptika (n = 32)	t-Test	Signifikanz
	M±SD	M±SD	t-Wert	p
Alter	33.733±7.25	31.882±7.63	.894	.375
IQ (WIP)	98.863±12.733	101.267±9.906	-.766	.447
Hospitalisationsdauer (Monate)	12.300±15.648	19.000±19.058	-1.311	.196
Krankheitsdauer (Monate)	96.273±79.129	74.813±64.382	1.096	.278
Tägliche Neuroleptikadosis (Chlorpromazin-Äquivalente)	472.268±408.914	445.703±324.202	.263	.794
Motivation (FPTM-40, Mittelwerte)	2.604±.360	2.595±.295	.103	.918

Anmerkungen: n = Stichprobengrösse; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tabelle 6.8 a: Patientencharakteristika (n = 54)

Die Baseline-Werte der fünf extrahierten Faktoren (Teil C, 6.2) wurden mit einfaktoriellen Kovarianzanalysen (ANOVAS) auf Unterschiede hin geprüft. Dabei wurden die Faktoren „Gruppe“ und „Geschlecht“ wegen der gefundenen Unterschiede zwischen den beiden Medikamentengruppen („Mediart“) als Kovariaten mit einbezogen und deren Einfluss somit kontrolliert. Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, wie aus Tabelle 6.8 b hervorgeht.

	Faktoren	ANOVA	Signifikanz
		F	p
1	Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung	1.150	.289
2	Aufrechterhaltung der Konzentration	.233	.631
3	Soziales Interesse und soziale Integration	2.084	.155
4	Befindlichkeit und psychosoziales Coping	.093	.762
5	Psychopathologie	2.159	.148

Tabelle 6.8 b: Einfaktorielle Kovarianzanalysen mit den Baselinewerten (T1) der Faktoren 1–5 in Bezug auf die „Mediart“ (typisch/atypisch), mit den Kovariaten „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

Mögliche Unterschiede in den Verläufen der fünf Faktoren über die vier Messzeitpunkte (T1–T4), in Abhängigkeit von der Art neuroleptischer Behandlung, wurden anhand von multifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung (MANOVAS) mit den zweifach gestuften Faktoren „Mediart“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“ überprüft. Nachfolgend werden für jeden Faktor die Haupteffekte „Mediart“, „Gruppe“ und „Geschlecht“ sowie die Interaktionen „Mediart x Gruppe“, „Mediart x Geschlecht“, „Gruppe x Geschlecht“ und „Mediart x Gruppe x Geschlecht“ dargestellt (Tabellen 6.8 c bis 6.8 g). Zur besseren Veranschaulichung von signifikanten Ergebnissen oder Besonderheiten in den Verläufen wird zusätzlich bei Faktor 1, Faktor 3 und Faktor 4 eine graphische Darstellung beigefügt (Abbildungen 6.8 a bis 6.8 c). Dabei ist wiederum zu beachten, dass bei den Faktoren 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ hohe Werte gute kognitive Leistungen bedeuten, hingegen bei den Faktoren 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“, 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ und 5 „Psychopathologie“ niedrige Werte positiv sind, d.h. mit guter sozialer Integration, guter Befindlichkeit und niedriger Psychopathologie einhergehen.

Für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ ergeben sich keine signifikanten Haupteffekte und ebenfalls keine signifikanten Interaktionen. Allerdings zeigt sich ein Trend ($\alpha = 10\%$) hinsichtlich der dreifachen Interaktion „Mediart x Gruppe x Geschlecht“ ($F = 3.329$, $p = 0.076$; Tabelle 6.8 c). Interessant ist aber die graphische Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen (typisch/atypisch), aufgeteilt nach Gruppenzugehörigkeit (Wohnen/IPT). Wie Abbildung 6.8 a

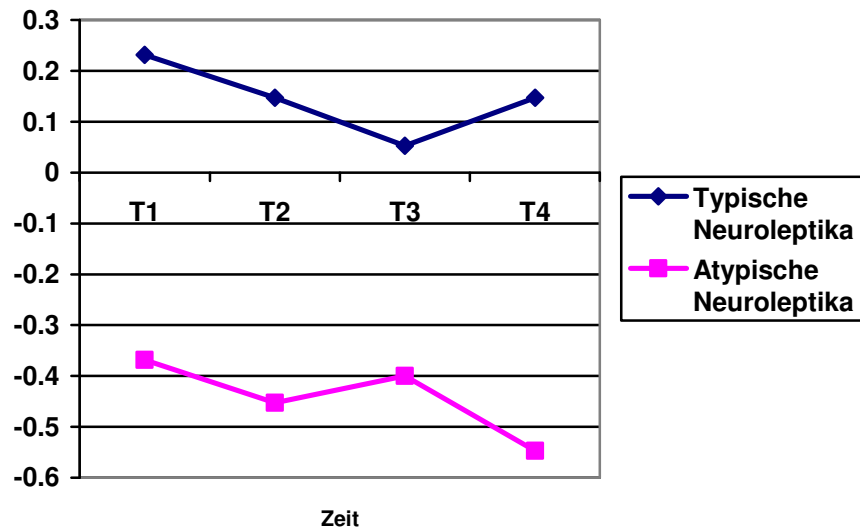
zeigt, ist die Verbesserung der IPT-Gruppe bezüglich der kognitiven Geschwindigkeit über die vier Messzeitpunkte (T1–T4) hauptsächlich auf die Patienten mit typischen Neuroleptika zurückzuführen. Das für Faktor 1 gefundene Resultat in Abschnitt 6.5 und 6.6, welches eine stärkere Verbesserung bei der Kontrollgruppe (IPT) ergab als bei der Experimentalgruppe (Wohnen), wird somit hier noch weiter differenziert. Es widerspricht aber der in der Literatur diskutierten positiveren Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Funktionen.

	F	df	p(F)
Haupteffekt Mediart	1.846	1	.182
Haupteffekt Gruppe	.962	1	.332
Haupteffekt Geschlecht	.015	1	.903
Interaktion Mediart x Gruppe	1.322	1	.257
Interaktion Mediart x Geschlecht	.279	1	.600
Interaktion Gruppe x Geschlecht	.630	1	.432
Interaktion Mediart x Gruppe x Geschlecht	3.329	1	.076(*)

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
 (*) Trend (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 10\%$)

Tabelle 6.8 c: Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“. Multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren „Mediart“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

1. Gruppe Wohnen



2. Gruppe IPT

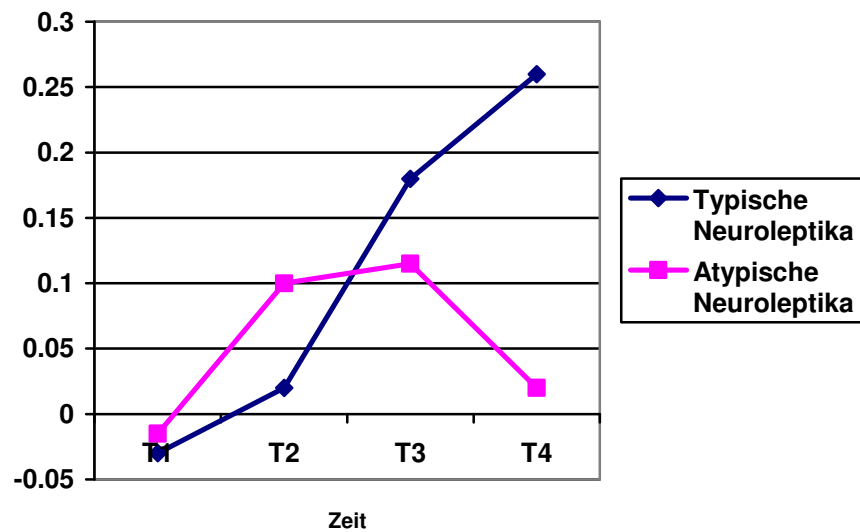


Abbildung 6.8 a: Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“. Verlauf mit typischer/atypischer Medikation (T1–T4), getrennt nach Gruppenzugehörigkeit (Wohnen/IPT)

Für Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ ergeben sich ebenfalls weder signifikante Haupteffekte noch signifikante Interaktionen (Tabelle 6.8 d). Marginal ist der Haupteffekt „Geschlecht“ ($\alpha = 10\%$; $F = 3.122$, $p = 0.085$). Die Männer weisen demnach über den gesamten Verlauf eine tendenziell höhere Konzentrationsfähigkeit auf als die Frauen.

	F	df	p(F)
Haupteffekt Mediant	.360	1	.552
Haupteffekt Gruppe	.304	1	.585
Haupteffekt Geschlecht	3.122	1	.085(*)
Interaktion Mediant x Gruppe	1.215	1	.277
Interaktion Mediant x Geschlecht	.026	1	.872
Interaktion Gruppe x Geschlecht	.132	1	.718
Interaktion Mediant x Gruppe x Geschlecht	.040	1	.842

Anmerkungen:

* signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)

(*) Trend (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 10\%$)

Tabelle 6.8 d: Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“. Multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren „Mediant“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

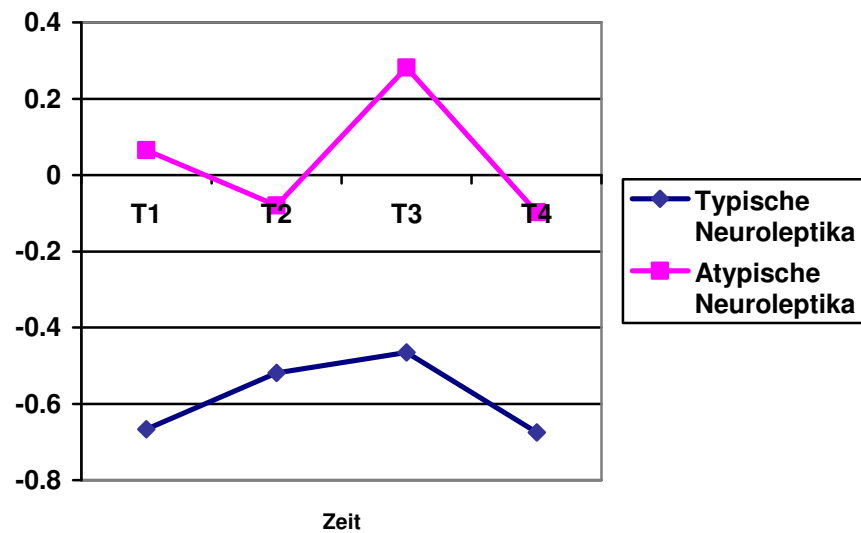
Für Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt „Mediant“ ($F = 5.131$, $p = 0.030$; Tabelle 6.8 e). Die Gruppe mit typischen Neuroleptika zeigt über den gesamten Verlauf ein höheres soziales Interesse und eine bessere soziale Integration als die Gruppe mit atypischen Neuroleptika. Dieses Resultat widerspricht wiederum der, allerdings umstrittenen, Annahme einer besseren Wirkung atypischer Neuroleptika in Bezug auf die Negativsymptomatik und damit auch auf den sozialen Verlauf der Krankheit. Bei der graphischen Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen (typisch/atypisch), aufgeteilt nach Gruppenzugehörigkeit (Wohnen/IPT), ist zu beachten, dass bei Faktor 3 niedrige Werte positiv sind und daher mit hohem sozialem Interesse und einer guten sozialen Integration einhergehen (Abbildung 6.8 b). Im Weiteren ergibt sich ein Trend ($\alpha = 10\%$) hinsichtlich des Haupteffekts „Gruppe“ ($F = 3.363$, $p = 0.076$). Die Wohngruppe weist über den gesamten Verlauf tendenziell bessere Ergebnisse auf als die IPT-Gruppe. Damit wird das unter 6.5 und 6.6 gefundene Resultat repliziert, wo bei Faktor 3 für die Wohngruppe durchwegs grössere Effektstärken nachgewiesen werden konnten als für die IPT-Gruppe. Im Übrigen sind die Verläufe der beiden Medikamentengruppen pro Geschlecht und Therapiegruppe bei Faktor 3 sehr homogen. Dementsprechend ergeben sich keine Interaktionen.

	F	df	p(F)
Haupteffekt Mediart	5.131	1	.030*
Haupteffekt Gruppe	3.363	1	.076(*)
Haupteffekt Geschlecht	.013	1	.908
Interaktion Mediart x Gruppe	.016	1	.899
Interaktion Mediart x Geschlecht	.001	1	.971
Interaktion Gruppe x Geschlecht	.367	1	.549
Interaktion Mediart x Gruppe x Geschlecht	.303	1	.586

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
 (*) Trend (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 10\%$)

Tabelle 6.8 e: Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“. Multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren „Mediart“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

1. Gruppe Wohnen



2. Gruppe IPT

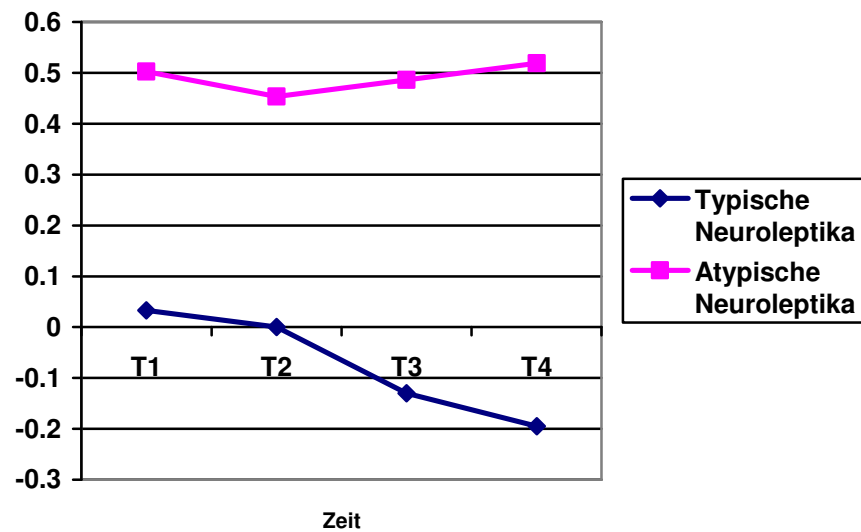


Abbildung 6.8 b: Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“. Verlauf mit typischer/atypischer Medikation (T1–T4), getrennt nach Gruppenzugehörigkeit (Wohnen/ IPT)

Für Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ergibt sich eine signifikante dreifache Interaktion „Mediart x Gruppe x Geschlecht“ ($F = 4.830$, $p = 0.034$; Tabelle 6.8 f). Die Interpretation einer solchen dreifachen Interaktion ist schwierig, deshalb wurde zur besseren Veranschaulichung eine graphische Darstellung beigefügt (Abbildung 6.8 c). Dabei ist zu beachten, dass bei diesem Faktor niedrige Werte positiv sind, d.h. mit guter Befindlichkeit und gutem psychosozialen Coping einhergehen. Die Graphik widerspiegelt zunächst eine bei den „within group“-Effekten gefundene tendenzielle Überlegenheit der typischen Neuroleptika über den Verlauf (d.h. ein Trend hinsichtlich der Interaktion „Mediart x Zeit“; $F = 2.435$, $p = 0.068$). Wie die zur näheren Interpretation nötigen Berechnungen ergaben und die Graphik zeigt, verbessern sich einerseits zwar dementsprechend die Befindlichkeit und das psychosoziale Coping der Patientinnen und Patienten der Wohngruppe, welche mit typischen Neuroleptika behandelt wurden, während es bei denjenigen mit atypischen Neuroleptika gleich bleibt oder sich verschlechtert. Andererseits findet sich diese Verbesserung der typischen Neuroleptika bei der IPT-Gruppe lediglich bei den Männern. Bei den Frauen verbessern sich hier die Befindlichkeit und das psychosoziale Coping unter atypischen Neuroleptika, sie bleiben gleich oder verschlechtern sich mit typischen Neuroleptika. Zusammengefasst bedeutet diese Interaktion eine Dissoziation der Art neuroleptischer Behandlung und des Geschlechts zwischen den beiden Therapiegruppen. Bei der Wohngruppe verbessern sich die Befindlichkeit und

das psychosoziale Coping der Patienten mit typischen Neuroleptika gegenüber solchen mit atypischen Neuroleptika unabhängig vom Geschlecht. Bei der IPT-Gruppe gilt dies nur für die männlichen Patienten. Die Patientinnen profitieren hier eher von atypischen Neuroleptika.

	F	df	p(F)
Haupteffekt Mediant	.109	1	.743
Haupteffekt Gruppe	.452	1	.505
Haupteffekt Geschlecht	.310	1	.581
Interaktion Mediant x Gruppe	1.794	1	.188
Interaktion Mediant x Geschlecht	1.296	1	.261
Interaktion Gruppe x Geschlecht	.053	1	.820
Interaktion Mediant x Gruppe x Geschlecht	4.830	1	.034*

Anmerkungen:

* signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)

Tabelle 6.8 f: Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“. Multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren „Mediant“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

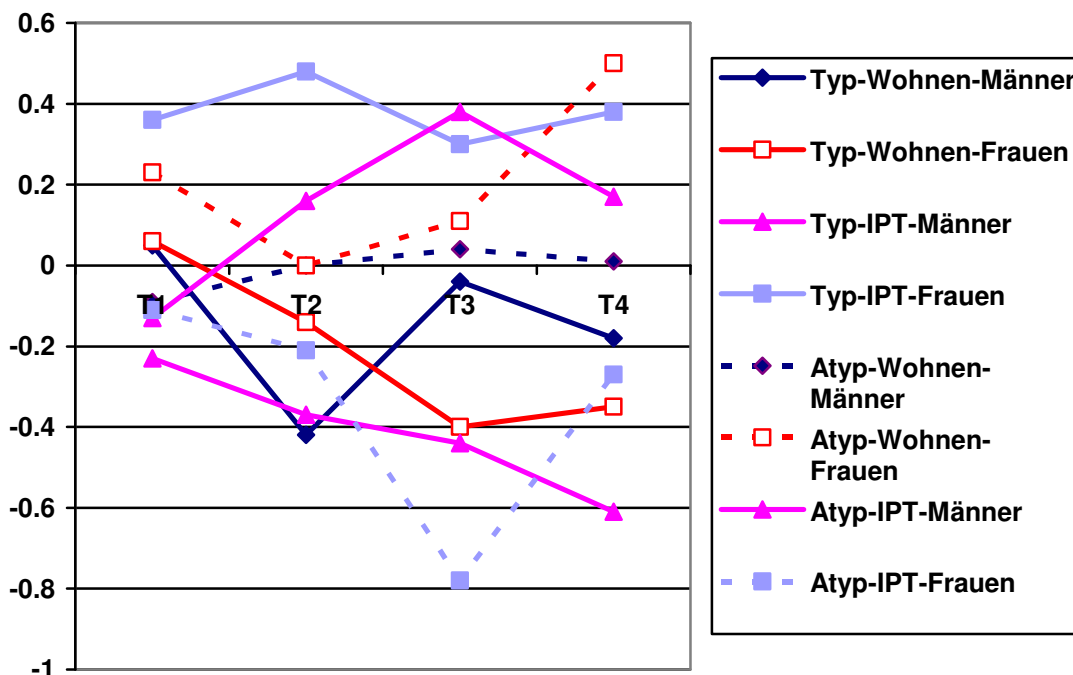


Abbildung 6.8 c: Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“. Dreifache Interaktion „Mediant x Gruppe x Geschlecht“, Verlauf mit typischer/atypischer Medikation (T1–T4), getrennt nach Gruppenzugehörigkeit (Wohnen/IPT) und Geschlecht

Für Faktor 5 „Psychopathologie“ wurden keine signifikanten Haupteffekte und Interaktionen gefunden. Es zeigt sich aber ein Trend ($\alpha = 10\%$) hinsichtlich des Haupteffekts „Gruppe“ ($F = 3.305$, $p = 0.077$; Tabelle 6.8 g). Dieser marginale Haupteffekt stimmt gut mit den unter 6.5 (Veränderungen im Gruppenverlauf) und 6.6 (Berechnung der Effektstärken) dargestellten signifikanten Verbesserungen der Wohngruppe bezüglich der psychopathologischen Symptomatik gegenüber der IPT-Gruppe überein.

	F	df	p(F)
Haupteffekt Mediant	1.231	1	.274
Haupteffekt Gruppe	3.305	1	.077(*)
Haupteffekt Geschlecht	.018	1	.893
Interaktion Mediant x Gruppe	.030	1	.864
Interaktion Mediant x Geschlecht	.388	1	.537
Interaktion Gruppe x Geschlecht	.000	1	.988
Interaktion Mediant x Gruppe x Geschlecht	1.453	1	.235

Anmerkungen: * signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$)
(*) Trend (Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 10\%$)

Tabelle 6.8 g: Faktor 5 „Psychopathologie“. Multifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Faktoren „Mediant“ (typisch/atypisch), „Gruppe“ (Wohnen/IPT) und „Geschlecht“

Die Untersuchungsergebnisse über mögliche Unterschiede in den Verläufen der fünf Faktoren, in Abhängigkeit von der Art der Medikation (typische/atypische Neuroleptika), können folgendermassen zusammengefasst werden: Die von mehreren klinischen Studien belegte, aber in der Fachwelt kontrovers beurteilte bessere Wirkung der atypischen Neuroleptika auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die Negativsymptomatik konnte nicht bestätigt werden. Es ergab sich im Gegenteil bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ ein signifikanter Haupteffekt „Mediant“ zu Gunsten der Patienten mit typischer neuroleptischer Medikation ($F = 5.131$, $p = 0.030$; Tabelle 6.8 e). Ebenso zeigt die graphische Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen (typisch/atypisch) bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, dass die gefundene Verbesserung der IPT-Gruppe hauptsächlich auf die Patienten mit typischen Neuroleptika zurückzuführen ist (Abbildung 6.8 a). Diese beiden Resultate widersprechen somit der in der Literatur diskutierten positiveren Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Funktionen und die

Sozialkompetenz. Die signifikante Interaktion „Mediart x Gruppe x Geschlecht“ bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ($F = 4.830$, $p = 0.034$; Tabelle 6.8 f) zeigt dagegen eine Dissoziation der Art neuroleptischer Behandlung und des Geschlechts zwischen den beiden Therapiegruppen (Abbildung 6.8 c): Bei der Wohngruppe verbessern sich die Befindlichkeit und das psychosoziale Coping der Patientinnen und Patienten mit typischen Neuroleptika, und eine Verbesserung ergibt sich ebenfalls bei den männlichen Patienten der IPT-Gruppe mit typischen Neuroleptika. Die Patientinnen der IPT-Gruppe profitieren hingegen eher von einer atypischen Medikation.

6.9 Analyse der Rückfallraten

Obwohl der Behandlungserfolg heute nicht mehr auf eine erfolgreiche Symptom-suppression verkürzt wird, ist die Reduktion der Rückfallraten nach wie vor von zentraler Bedeutung, denn ohne eine gute Rückfallprophylaxe wird kaum eine realistische Chance für eine geglückte soziale Integration der schizophrenen Patienten möglich sein. Deshalb wurde zusätzlich untersucht, ob die mit dem neuen Therapieprogramm angestrebten Verbesserungen in den Bereichen Sozialverhalten, kognitive Funktionen und Psychopathologie auch zu einer reduzierten Rückfallhäufigkeit beitragen könnten. Die Rückfälle wurden bei jedem Patienten über einen Untersuchungszeitraum von insgesamt fünf Jahren nach Therapiebeginn erhoben. Wie in der Schizophrenieforschung allgemein üblich, wurden sie als volle oder teilweise Rehospitalisierungen mit erneuter psychotischer Akutsymptomatik definiert, da symptombezogene Definitionen bei schizophrenen Erkrankungen schwierig zu vergleichen sind (Goldstein, Rodnick, Evans, May & Steinberg, 1978). Es wurden die genauen Daten der Rehospitalisierungen (Zeitpunkt des Wiedereintritts in die Klinik) und die Anzahl verbrachter Tage in der Klinik erfasst.

Die Verteilung der Rückfallraten über den gesamten Erhebungszeitraum von fünf Jahren wurde mittels einer Survival-Analyse (Life-Table-Methode, Jahresintervalle) überprüft und dabei die Experimentalgruppe (Wohnen) mit der Kontrollgruppe (IPT) verglichen. Dieses Verfahren wird vor allem in medizinischen Studien verwendet, wo es darum geht, die Zeit zwischen zwei festgelegten Zeitpunkten (z.B. von der Diagnose bis zum Tod, vom Therapiebeginn bis zum Rückfall) zu analysieren. Mögliche Ziele von Überlebensstudien sind z.B. die Beschreibung des zeitlichen Verlaufs des Überlebens oder der Vergleich von Therapien bezüglich des Überlebens oder

eines Rückfalls. Anfang und Ende einer Überlebensstudie werden meist zu Beginn festgelegt. Die Analyse von sogenannten Überlebensdaten (survival data analysis) berücksichtigt, dass das betrachtete Ereignis (Rückfall oder Tod) bei den untersuchten Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten und zudem bis zum Ende der Studie nicht bei allen Patienten eintritt. So können einige Patienten nicht während der gesamten Studiendauer beobachtet werden, weil sie nicht überleben oder einen Rückfall haben. Diese Daten werden als zensiert (censored) bezeichnet. In fast allen Überlebensstudien ist ein Anteil der Beobachtungen zensiert, was eine Analyse mit konventionellen statistischen Methoden verunmöglicht. Mit einem Verfahren wie der Survival-Analyse können aber zensierte Daten gut ausgewertet werden. Dabei wird entweder die Life-Table-Methode oder die Schätzung der Überlebensfunktion nach Kaplan-Meier verwendet. In dieser Studie wurde mit der Life-Table-Methode gearbeitet, weil sie sich gut eignet, um Jahresintervalle abzubilden (Hüsler & Zimmermann, 1996).

Für den Zeitraum des ersten Jahres ab Therapiebeginn liegen die vollständigen Daten von allen an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Experimentalgruppe: $n = 26$, Kontrollgruppe: $n = 28$). Bei der Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn konnten nur noch die Rückfallraten von 25 der ursprünglich 26 Patienten der Experimentalgruppe erfasst werden. Bei der Kontrollgruppe waren zu diesem Zeitpunkt noch die Daten von 23 der anfänglich 28 teilnehmenden Patienten zugänglich. Bei 3 Patienten war der Aufenthaltsort unbekannt, bei den übrigen Patienten wurde die nochmalige Einsichtnahme in die Krankenakten aus Datenschutzgründen verweigert. Die betreffenden Vorschriften wurden an den beteiligten Kliniken der Multi-centerstudie sehr unterschiedlich ausgelegt und gehandhabt.

Die Survival-Analyse (Life-Table-Methode, fünf Jahresintervalle) ergibt bei den Rückfallraten keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Wie Abbildung 6.9 a aber zeigt, weist die Wohngruppe über den gesamten Untersuchungsverlauf von fünf Jahren eine durchwegs tiefere Rückfallhäufigkeit auf als die IPT-Gruppe. Bereits ein Jahr nach Therapiebeginn liegt die Rückfallrate bei der IPT-Gruppe bei 29.6%, im Gegensatz zur Wohngruppe, die zum gleichen Zeitpunkt erst 11.5% Rückfälle zu verzeichnen hat, was einer Differenz von 18.1% entspricht (Wilcoxon [Gehan]: statistics = 2.491, $p = 0.115$). Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen bleibt über die gesamte Studiendauer in etwa gleich, da der Verlauf ähnlich ist: Die kumulierte Rückfallrate steigt bis vier Jahre nach Therapiebeginn bei beiden Gruppen kontinuierlich an (auf 55.6% bei der IPT-Gruppe und 34.6% bei der Wohngruppe) und erhöht sich im letzten Untersuchungsjahr bei der Wohngruppe

nochmals leicht auf 38.5%, während sie sich bei der IPT-Gruppe auf gleichem Niveau stabilisiert hat (55.6%). Die Differenz zwischen den beiden Gruppen hat sich somit seit dem ersten Jahr nur unwesentlich verändert und beträgt am Ende der Katamnese 17.1% (Wilcoxon [Gehan]: statistics = 2.496, $p = 0.114$).

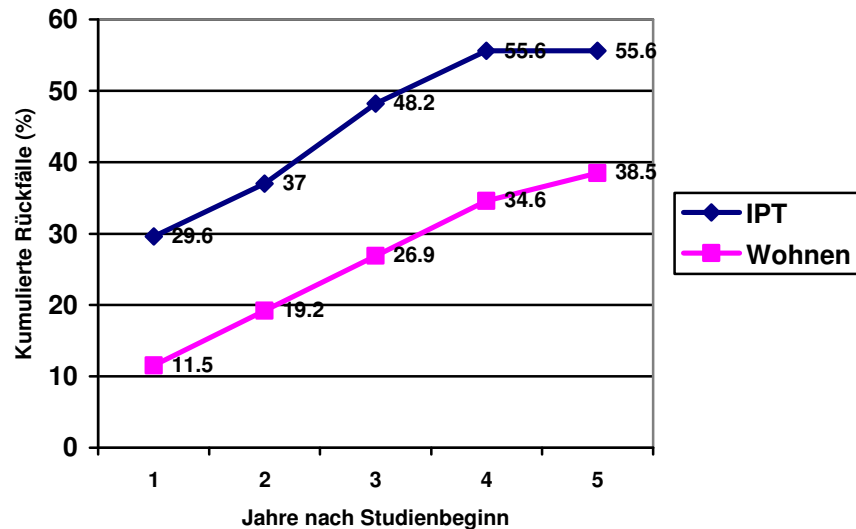


Abbildung 6.9 a: Verlauf der kumulierten Rückfallraten von Wohn- und IPT-Gruppe über einen Erhebungszeitraum von 5 Jahren

6.10 Veränderungen des Wohnstatus

Um zu untersuchen, wie gut es den Patienten durch die Teilnahme an der neuen Gruppentherapie gelungen ist, ihre Wohnvorstellungen und -wünsche zu verwirklichen und sich ein Leben in möglichst grosser Unabhängigkeit zu verschaffen, wurde der Wohnstatus jedes Patienten zu fünf verschiedenen Messzeitpunkten erhoben: Vor und nach der Behandlungsphase (T1 und T2), nach der Nachbehandlungsphase (T3), ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) sowie fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5). Die Operationalisierung erfolgte gemäss einer modifizierten Form von Ciompis Wohnachse (Ciompi, Ague & Dauwalder, 1979). Sie umfasst die folgenden sieben Stufen, die von einem Wohn- und Lebensumfeld in der geschlossenen Station der Klinik bis zur vollständigen Autonomie in der eigenen Wohnung führen (Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989; Anhang zum Disability Assessment Schedule, DAS-M, S. 21):

1. Geschlossene Station in der Klinik
2. Offene Station in der Klinik
3. Tages- oder Nachtklinik
4. Wohn- oder Übergangsheim
5. Betreute Wohngemeinschaft
6. Betreutes Einzelwohnen
7. Selbständiges Wohnen

Die verschiedenen Wohnformen wurden in Teil A, 3.5 (Einrichtungen zur Wohnrehabilitation) genauer beschrieben.

In den beiden nachfolgenden Tabellen 6.10 a (Experimentalgruppe) und 6.10 b (Kontrollgruppe) ist der Wohnstatus der Patienten zu den fünf Messzeitpunkten aufgeführt. Für die ersten vier Messzeitpunkte (T1–T4) liegen die vollständigen Daten aller an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Wohngruppe: n = 26, IPT-Gruppe: n = 28). Bei T5, fünf Jahre nach Therapiebeginn, konnte der gegenwärtige Wohnort von insgesamt drei Patienten nicht mehr eruiert werden (Wohngruppe: n = 25, IPT-Gruppe: n = 26).

Wohnstatus	T1 (n = 26)	T2 (n = 26)	T3 (n = 26)	T4 (n = 26)	T5 (n = 25)
Stufe 1	1	–	1	1	–
Stufe 2	13	11	5	6	–
Stufe 3	1	1	1	1	–
Stufe 4	1	2	4	2	4
Stufe 5	1	1	3	3	4
Stufe 6	2	3	–	–	3
Stufe 7	7	8	12	13	14

Anmerkungen:

Stufe 1 = Geschlossene Station in der Klinik

Stufe 2 = Offene Station in der Klinik

Stufe 3 = Tages- oder Nachtklinik

Stufe 4 = Wohn- oder Übergangsheim

Stufe 5 = Betreute Wohngemeinschaft

Stufe 6 = Betreutes Einzelwohnen

Stufe 7 = Selbständiges Wohnen

Tabelle 6.10 a: Wohnstatus der Experimentalgruppe (Wohnen) zu den Messzeitpunkten T1–T5: Anzahl Patienten in den verschiedenen Wohnformen

Wie aus Tabelle 6.10 a hervorgeht, lebten von den Patienten der Experimentalgruppe (Wohnen) bei Therapiebeginn (T1) 7 Patienten in der eigenen Wohnung (Stufe 7). Nach der dreimonatigen Gruppentherapie (T2) waren es 8 und nach der Nachbehandlungsphase (T3) bereits 12 Patienten. Im Verlauf der Katamnesezeit erhöhte sich die Anzahl Patienten weiter, die den Schritt zur eigenen Wohnung verwirklichen konnten: Ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) lebten 13 Patienten und nach vier weiteren Jahren (T5) sogar 14 Patienten selbständig. Somit hat sich bei der Experimentalgruppe fünf Jahre nach Therapiebeginn die Anzahl Personen, die selbständig in einer eigenen Wohnung lebten, genau verdoppelt. Entsprechend nahmen während der Therapie- und Nachbehandlungsphase die Aufenthalte in der Klinik stetig ab, was mit den Befunden zu den Rückfallraten übereinstimmt (Teil C, 6.9). Betrachtet man die Hospitalisationen in den geschlossenen und offenen Stationen der Kliniken gemeinsam (Stufe 1 und 2), so lebten zu Beginn der Therapie (T1) 14 Patienten und nach der dreimonatigen Behandlungsphase (T2) noch 11 Patienten in der Klinik. Nach der Nachbehandlungsphase (T3) waren es insgesamt noch 6 und beim ersten Katamnesezeitpunkt (T4) insgesamt 7 Patienten. Von T1 bis T4 hat sich die Anzahl stationär untergebrachter Patienten somit halbiert. Dieser Befund widerspiegelt in seiner Umkehrung der Zahlenverhältnisse die gegenläufige Entwicklung an beiden Enden der Skala. Bei der Katamnese fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) lebten keine Patienten mehr in einer Klinik (geschlossene Station, offene Station, Tages- oder Nachtklinik). Alle ehemaligen Teilnehmer der Experimentalgruppe waren entweder in einem Wohnheim, einer Wohngemeinschaft oder in betreuten und unbetreuten Wohnungen untergebracht.

Bei den Patienten der Kontrollgruppe (IPT) veränderte sich der Wohnstatus weniger positiv in Richtung hin zu einer möglichst selbständigen Wohnform (Tabelle 6.10 b). Die Anzahl der selbständig in einer eigenen Wohnung lebenden Personen stieg nur vorübergehend leicht an: Von T1 (10 Personen) erhöhte sie sich bei T2 auf 12 und bei T3 auf 13 Personen, sank dann aber wieder bis zum ersten Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn auf 9 Personen. Vier Jahre später (T5) lebten nur noch 8 Personen selbständig in ihrer eigenen Wohnung, d.h. weniger als zu Beginn der Studie. Wird die Anzahl Personen, die selbständig in einer eigenen Wohnung leben, gemeinsam mit denjenigen in einer betreuten Einzelwohnung betrachtet (Stufe 6 und 7), so ist der Verlauf ähnlich: Bei Therapiebeginn (T1) sind es insgesamt 16, nach der Therapiephase (T2) 18 und nach der Nachbehandlungsphase (T3) 17 Personen. Ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) und ebenso fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) sind es noch 15 Personen. Am unteren Ende der Skala bei den stationär Unter-

gebrachten gab es ebenfalls keine wesentlichen Veränderungen. Zwar befanden sich zum letzten Katamnesezeitpunkt bei T5 ebenfalls keine Patienten der Kontrollgruppe in der geschlossenen Station einer Klinik (Stufe 1). Die Anzahl Patienten in der offenen Station (Stufe 2) blieb aber über den gesamten Untersuchungszeitraum von fünf Jahren ungefähr auf gleichem Niveau.

Wohnstatus	T1 (n = 28)	T2 (n = 28)	T3 (n = 28)	T4 (n = 28)	T5 (n = 26)
Stufe 1	3	–	–	–	–
Stufe 2	4	1	3	5	4
Stufe 3	2	2	1	1	1
Stufe 4	1	2	3	1	3
Stufe 5	2	5	4	6	3
Stufe 6	6	6	4	6	7
Stufe 7	10	12	13	9	8

Anmerkungen:

Stufe 1 = Geschlossene Station in der Klinik

Stufe 2 = Offene Station in der Klinik

Stufe 3 = Tages- oder Nachtklinik

Stufe 4 = Wohn- oder Übergangsheim

Stufe 5 = Betreute Wohngemeinschaft

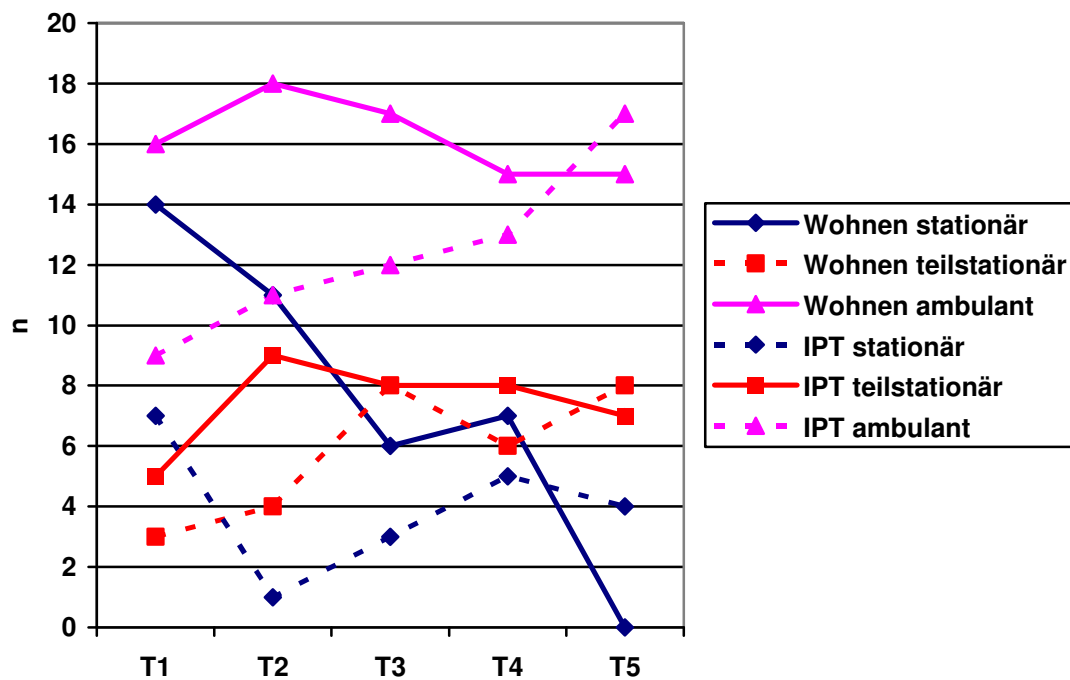
Stufe 6 = Betreutes Einzelwohnen

Stufe 7 = Selbständiges Wohnen

Tabelle 6.10 b: Wohnstatus der Kontrollgruppe (IPT) zu den Messzeitpunkten T1–T5: Anzahl Patienten in den verschiedenen Wohnformen

In Abbildung 6.10 a wird der Wohnstatus aller Patienten der Experimentalgruppe (Wohnen) und der Kontrollgruppe (IPT) über die fünf Messzeitpunkte (T1–T5) graphisch dargestellt. Zur besseren Übersicht wurden dabei die sieben Stufen der Wohnachse zu folgenden drei Kategorien oder Settings zusammengefasst: Geschlossene und offene Station in der Klinik (Stufen 1, 2) = stationär; Tages- oder Nachtklinik, Wohn- oder Übergangsheim, betreute Wohngemeinschaft (Stufen 3, 4, 5) = teilstationär; betreutes Einzelwohnen, selbständiges Wohnen (Stufen 6, 7) = ambulant. Aus dieser Abbildung wird nochmals die wesentlich erfolgreichere Veränderung der Wohngruppe zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Vergleich zur IPT-Gruppe ersichtlich. Zu Beginn der Studie (T1) lebten 14 Patienten der Wohngruppe, aber nur 7 Patienten der IPT-Gruppe in einer Klinik (stationär; Stufen 1, 2). Bei Beendigung der Studie (T5) hatten alle Patienten der Wohngruppe die Klinik verlassen, während sich 4 Patienten der IPT-Gruppe auf einer offenen Station be-

fanden. Betrachtet man die Veränderungen der beiden Gruppen im ambulanten Bereich (Stufen 6, 7), so fällt auch hier die erfolgreichere Entwicklung bei den Patienten der Wohngruppe auf. Bei T1 lebten erst 9 Patienten selbständig oder in einer betreuten Einzelwohnung (Stufen 6, 7), bei T5 waren es 17 Patienten. Demgegenüber ist bei der IPT-Gruppe auf diesen beiden Stufen keine Bewegung zu mehr Selbständigkeit beim Wohnen erkennbar: Bei T1 befanden sich 16 Patienten im ambulanten Bereich, bei T5 sogar nur noch 15 Patienten.



Anmerkungen:

stationär = Stufen 1, 2 (geschlossene und offene Station in der Klinik)

teilstationär = Stufen 3, 4, 5 (Tages-/Nachtklinik, Wohn-/Übergangsheim, betreute Wohngemeinschaft)

ambulant = Stufen 6, 7 (betreutes Einzelwohnen, selbständiges Wohnen)

Abbildung 6.10 a: Wohnstatus der Experimentalgruppe (Wohnen) und der Kontrollgruppe (IPT) zu den Messzeitpunkten T1–T5, zusammengefasst zu den Kategorien stationär, teilstationär und ambulant

Wie Abbildung 6.10 a zeigt, findet der auffälligste Verlauf eines Wechsels in ein weniger strukturiertes und betreutes Setting bei den stationären Patienten der Wohngruppe statt. Dies verdeutlicht auch der durchgeführte Friedman Test: Die Veränderung bei der Wohngruppe ist hoch signifikant (Friedman Test: $\chi^2 = 38.140$, $df = 4$, $p < 0.01$), nicht aber bei der IPT-Gruppe (Friedman Test: $\chi^2 = 5.926$, $df = 4$, $p = 0.205$).

Da eines der wichtigsten Ziele des neu entwickelten Therapieprogramms darin besteht, den schizophrenen Patienten dazu zu verhelfen, aus dem stationären Bereich der Klinik in ein teilstationäres oder ambulantes Wohnumfeld zu wechseln, wurde bei beiden Gruppen der Verlauf des Wohnstatus über die verschiedenen Phasen (Therapie- und Nachbehandlungsphase, Katamnesephase) noch genauer analysiert. Dazu wurde die Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus berechnet, d.h. der Wechsel in ein weniger oder in ein höher strukturiertes Setting. Die beiden Gruppen wurden anschliessend miteinander verglichen. Wie aus Tabelle 6.10 c ersichtlich wird, wechselten während der Therapie- und Nachbehandlungsphase (T1–T3) 10 Patienten der Wohngruppe in ein weniger betreutes Wohnumfeld. Bei der IPT-Gruppe waren es 7 Patienten. Andererseits mussten 7 Patienten der Wohngruppe und 5 Patienten der IPT-Gruppe entweder wieder in ein höher strukturiertes Setting wechseln, oder es fand kein Wechsel statt. Dieses Resultat ist nicht signifikant (Pearson $\chi^2 = 0.001$, $df = 1$, $p = 0.979$). Entsprechend ist die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, im Verlauf der Therapie- und Nachbehandlungsphase in ein weniger betreutes Wohnumfeld zu wechseln, etwa gleich gross wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 1.020).

	Wechsel in weniger strukturiertes Setting	Wechsel in höher strukturiertes Setting/ kein Wechsel
Wohngruppe	10	7
IPT-Gruppe	7	5

Tabelle 6.10 c: Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus der Vergleichsgruppen während der Therapie- und Nachbehandlungsphase (T1–T3), exklusive die ambulanten Patienten zu T1

Analysiert man in gleicher Weise die Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus während der Katamnesephase (T3–T5), exklusive die ambulanten Patienten zu T3, so konnten in dieser Zeit 10 Patienten der Wohngruppe, aber nur 2 Patienten der IPT-Gruppe einen Wechsel in ein selbständigeres Setting vornehmen. Andererseits mussten 4 Patienten der Wohngruppe und 9 Patienten der IPT-Gruppe entweder in ein stärker betreutes Wohnumfeld wechseln, oder sie wechselten ihren Wohnort nicht (Tabelle 6.10 d). Dieses Resultat ist signifikant (Pearson $\chi^2 = 6.997$, $df = 1$, $p = 0.008$). Die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, während der Katamnesephase in ein weniger strukturiertes Setting zu wechseln, ist 11.25-mal so

gross wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 11.25).

	Wechsel in weniger strukturiertes Setting	Wechsel in höher strukturiertes Setting/ kein Wechsel
Wohngruppe	10	4
IPT-Gruppe	2	9

Tabelle 6.10 d: Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus der Vergleichsgruppen während der Katamnesephase (T3–T5), exklusive die ambulanten Patienten zu T3

Schliesslich wurde noch der gesamte Erhebungszeitraum von 5 Jahren (T1–T5) untersucht. Wie Tabelle 6.10 e zeigt, wechselten während dieser Zeit 15 Patienten der Wohngruppe in ein weniger betreutes Wohnumfeld. Bei der IPT-Gruppe waren es nur 6 Patienten. Andererseits mussten 1 Patient der Wohngruppe und 5 Patienten der IPT-Gruppe entweder wieder in ein höher strukturiertes Setting wechseln, oder es fand kein Wechsel statt. Dieses Resultat ist signifikant (Pearson $\chi^2 = 5.797$, $df = 1$, $p = 0.016$). Die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, während des fünfjährigen Studienverlaufs in ein weniger strukturiertes Setting wechseln zu können, ist 12.5-mal so gross wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 12.50).

	Wechsel in weniger strukturiertes Setting	Wechsel in höher strukturiertes Setting/ kein Wechsel
Wohngruppe	15	1
IPT-Gruppe	6	5

Tabelle 6.10 e: Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus der Vergleichsgruppen während des gesamten Erhebungszeitraums von 5 Jahren (T1–T5), exklusive die ambulanten Patienten zu T1

Die Ergebnisse zur Veränderung des Wohnstatus können folgendermassen zusammengefasst werden: Insgesamt gelang es den Patienten der Wohngruppe viel besser als den Kontrollpatienten, sich den Wunsch nach mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit beim Wohnen zu erfüllen. Fünf Jahre nach Therapiebeginn hatte sich die Anzahl Personen, die selbständig in einer eigenen Wohnung lebten, genau ver-

doppelt. Entsprechend nahmen während dieser Zeit auch die Aufenthalte in der Klinik stetig ab: Von T1 bis T4 halbierte sich die Anzahl stationär untergebrachter Patienten, bei der Katamnese fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) lebten gar keine Patienten der Wohngruppe mehr in einer Klinik (geschlossene oder offene Station, Tages- oder Nachtklinik). Bei den Patienten der Kontrollgruppe veränderte sich der Wohnstatus viel weniger positiv in Richtung hin zu einer möglichst selbständigen Wohnform. Die Anzahl Personen in einer eigenen Wohnung stieg nur vorübergehend leicht an, sank dann aber wieder bis zum ersten Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Vier Jahre später (T5) lebten sogar weniger Personen selbstständig als zu Beginn der Studie. Bei den stationär untergebrachten Patienten der Kontrollgruppe befanden sich zum zweiten Katamnesezeitpunkt (T5) zwar ebenfalls keine Patienten mehr in der geschlossenen Station einer Klinik. Die Anzahl Patienten in der offenen Station blieb aber über den gesamten Untersuchungsverlauf von fünf Jahren ungefähr auf gleichem Niveau. Eine genauere Analyse der Veränderungen des Wohnstatus über die verschiedenen Erhebungsphasen verdeutlicht zusätzlich, wie erfolgreich die Patienten der Wohngruppe nach der Therapie- und Nachbehandlungsphase ihre Wohnsituation verbessern konnten. Die Wahrscheinlichkeit, während der Katamnesephase (T3–T5) in ein weniger strukturiertes und betreutes Setting zu wechseln, ist für sie 11.25-mal so gross wie bei den Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 11.25) und über den gesamten fünfjährigen Studienverlauf (T1–T5) sogar 12.5-mal so gross (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 12.50).

6.11 Psychotherapiemotivation

Mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) wurde die Motivation der Patienten über den Verlauf der Gruppentherapie bis ein Jahr nach Therapiebeginn erfasst (T1–T4). Die Patienten hatten sich selbst zu jedem Messzeitpunkt in den folgenden sechs Dimensionen einzuschätzen: Psychischer Leidensdruck und Selbstreflexionswunsch, Hoffnung, Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Initiative, Wissen sowie symptombezogene Zuwendung durch andere. Die nachfolgenden Berechnungen beruhen auf dem Gesamtscore des FPTM-40. Sämtliche Werte wurden so gepolt, dass hohe Werte auch eine hohe Psychotherapiemotivation bedeuten.

Die beiden Vergleichsgruppen (Wohnen/IPT) unterscheiden sich hinsichtlich der Baseline des FPTM-40 (Mittelwerte) nicht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6.1 a (Patientencharakteristika) dargestellt. Die Überprüfung der Psychotherapiemotivation über den Studienverlauf (T1–T4) ergab einen signifikanten Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 3.832$, $df = 1$, $p = 0.050$), wie Abbildung 6.11 a zeigt.

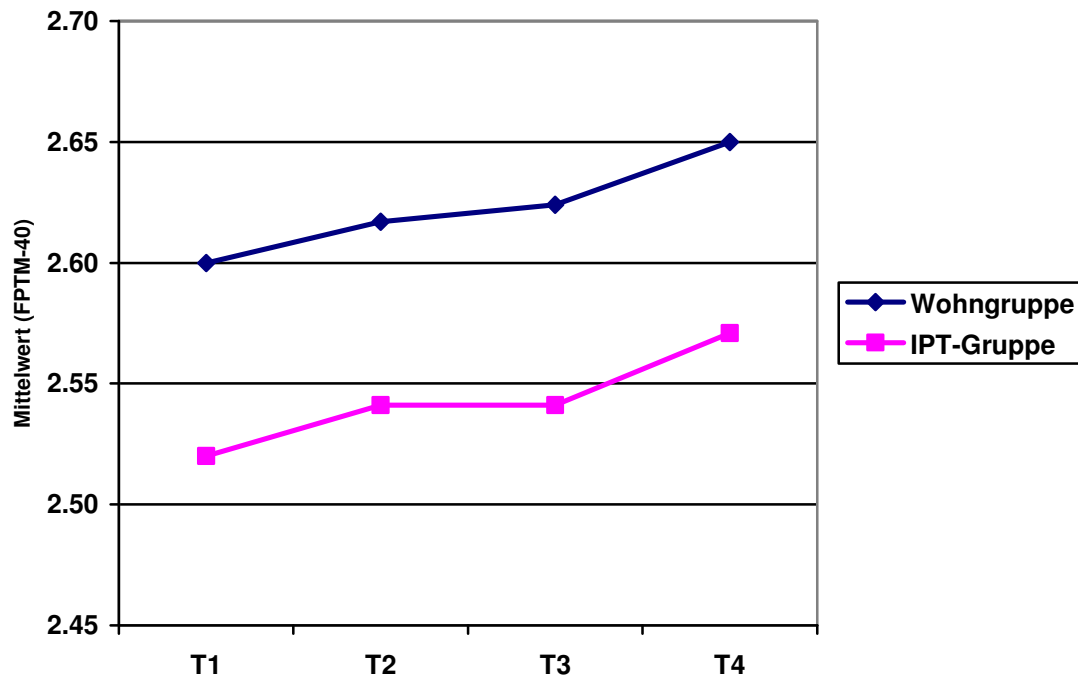


Abbildung 6.11 a: Psychotherapiemotivation der Wohngruppe ($n = 26$) und der IPT-Gruppe ($n = 28$), gemessen mit dem FPTM-40

Um zu überprüfen, ob die Behandlung eines spezifischen sozialen Therapiebereichs wie Wohnen die Motivation der Gruppenteilnehmer verbessern könnte, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (3x4 MANOVA) mit den Faktoren „Gruppe x Wohnstatus x Zeit“ berechnet. Die Patienten wurden dazu in die drei Settings stationär, teilstationär und ambulant eingeteilt. Dabei zeigte sich ein tendenziell signifikanter Haupteffekt „Zeit“ bezüglich der Psychotherapiemotivation ($F = 2.038$, $df = 3$, $p = 0.112$). Die Haupteffekte „Wohnstatus“ und „Gruppe“ waren hingegen nicht signifikant, ebenso die Interaktionen „Gruppe x Zeit“ ($F = 0.209$, $df = 3$, $p = 0.890$), „Gruppe x Wohnstatus“ ($F = 0.397$, $df = 2$, $p = 0.263$) sowie „Gruppe x Wohnstatus x Zeit“ ($F = 1.148$, $df = 6$, $p = 0.339$). Wie in Abbildung 6.11 b dargestellt wird, erwies sich aber der Interaktionseffekt „Wohnstatus x Zeit“ der gepolten

Wohn- und IPT-Gruppe ($n = 54$), die Psychotherapiemotivation betreffend, als signifikant ($F = 2.477$, $df = 6$, $p = 0.027$). Diese Signifikanz ist vor allem auf die Motivationsentwicklung der teilstationären Patienten gegenüber den Patienten in den anderen beiden Settings zurückzuführen.

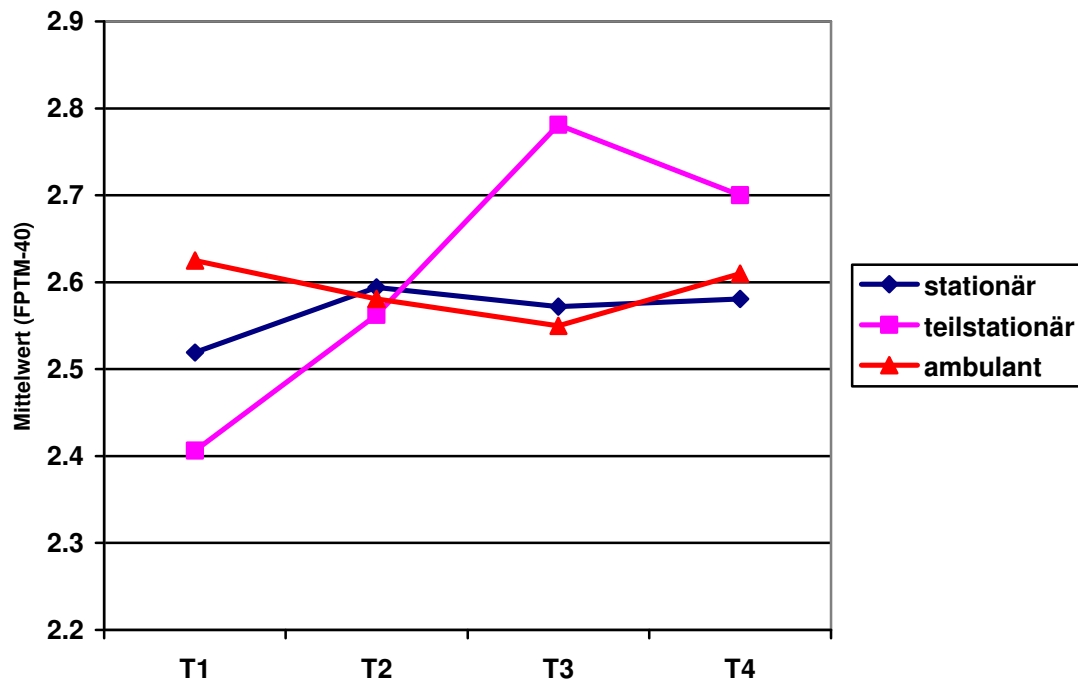


Abbildung 6.11 b: Einfluss des Wohnstatus auf die Psychotherapiemotivation der gepolten Wohn- und IPT-Gruppe ($n = 54$), gemessen mit dem FPTM-40

6.12 Zusammenfassung der Ergebnisse

An der vorliegenden Studie nahmen insgesamt 70 schizophrene Patienten teil. Davon absolvierten 30 Patienten das neu entwickelte Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich (Keppeler & Roder, 2002) und 40 Patienten ein an das vierte Unterprogramm des IPT („Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophren Erkrankte“, Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten. Die beiden Gruppen (Experimentalgruppe = Wohngruppe; Kontrollgruppe = IPT-Gruppe) wurden anhand der acht Kriterien Alter, Geschlecht, IQ (WIP), Hospitalisationsdauer (Monate), Krankheitsdauer (Jahre), Psychopathologie

(BPRS, Gesamtscore), neuroleptische Medikation (Chlorpromazin-Äquivalente) und Motivation (FPTM-40, Mittelwerte) parallelisiert. Die strukturelle Homogenität wurde mittels t-Test für unabhängige Stichproben (zweiseitig) und Pearson χ^2 -Test überprüft. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen bezüglich Geschlecht, IQ, Hospitalisations- und Krankheitsdauer, Psychopathologie und Motivation gefunden. Unterschiedlich verteilt waren hingegen die beiden Kriterien Alter und tägliche Neuroleptikadosis. Deshalb mussten die Daten von 3 Patienten der Experimentalgruppe und von 5 Patienten der Kontrollgruppe gelöscht werden. Insgesamt konnten somit 54 Patienten in die statistische Auswertung einbezogen werden ($n = 54$). Die Experimentalgruppe umfasste 26 Patienten ($n = 26$), die Kontrollgruppe 28 Patienten ($n = 28$).

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die mit verschiedenen Testverfahren und Fragebögen zu sozialen, kognitiven und psychopathologischen Variablen erhobenen Daten entsprechend der Faktorenanalyse des Gesamtsamples der Multicenterstudie (Roder et al., 2001; $n = 143$) reduziert. Die Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation ergab fünf Faktoren mit einer guten Interpretierbarkeit des Ladungsmusters. Eine hohe Ladung auf die beiden ersten Faktoren zeigten vor allem die Werte für die kognitiven Variablen. Auf den dritten und vierten Faktor luden vorwiegend soziale Variablen und auf den fünften Faktor Variablen zur Psychopathologie. Die Itemkomposition jedes Faktors wurde zusätzlich einer Reliabilitätsanalyse (Cronbachs Alpha) unterzogen. Sie ergab eine gute bis genügende Reliabilität der fünf Faktoren. Die drei relevanten Störungsbereiche bei schizophren Erkrankten (kognitive Funktionen, Sozialverhalten und Psychopathologie) sind somit gut repräsentiert. Damit bestätigen sich auch die vorangestellten theoretischen Überlegungen. Die fünf Faktoren wurden folgendermassen benannt: Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“, Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“, Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“, Faktor 5 „Psychopathologie“.

Um zu untersuchen, wie sich die Werte der verschiedenen Störungsbereiche über die vier Messzeitpunkte (T1–T4, d.h. vor und nach der dreimonatigen Therapiephase, am Ende der dreimonatigen Nachbehandlungsphase sowie ein Jahr nach Therapiebeginn) verändern und welche Interaktionen sich dabei ergeben, wurde der Verlauf der beiden Gruppen (Wohn- und IPT-Gruppe) für jeden der fünf Faktoren mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVAS) überprüft. Vorgängig war die Vergleichbarkeit der Gruppen mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede hin geprüft worden. Dabei hatten sich bei keinem der

fünf Faktoren signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu T1 ergeben, weshalb auf den Einbezug der Baselinewerte als Kovariaten verzichtet werden konnte. Insgesamt wurden bei dieser Untersuchung ein signifikanter Haupteffekt und zwei signifikante Interaktionen gefunden. Bei Faktor 5 „Psychopathologie“ ergab sich ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 4.848$, $p = 0.033$). Dies bedeutet, dass die Patienten der Wohngruppe über alle vier Messzeitpunkte hinweg tiefere Psychopathologiewerte aufwiesen als diejenigen der IPT-Gruppe. Zusätzlich konnte eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ nachgewiesen werden ($F = 3.738$, $p = 0.013$). Eine weitere signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ ergab sich bei Faktor 5 „Psychopathologie“ ($F = 10.502$, $p = 0.000$). Zur besseren Interpretation dieser beiden signifikanten Interaktionen wurde post hoc geprüft, auf welche Unterschiede diese zurückzuführen sind. Die Interaktionsüberprüfung erfolgte anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben über die Differenzwerte zwischen T1–T2, T1–T3, T1–T4, T2–T3, T2–T4 sowie T3–T4. Bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ ergab die Überprüfung der signifikanten Interaktion, dass sich die Kontrollgruppe (IPT-Gruppe) über den gesamten Untersuchungszeitraum, d.h. von der Therapiephase bis zum Ende der Untersuchung (T1–T4) stärker verbessert hat als die Experimentalgruppe (Wohngruppe). Bei Faktor 5 „Psychopathologie“ zeigte sich hingegen eine ausgeprägte Symptomverbesserung der Wohngruppe vom Prä- zum Post-Therapie-Messzeitpunkt (T1–T2), verglichen mit einer gleichzeitigen Stagnation bei der IPT-Gruppe. Vom Verlauf her blieben die Werte anschliessend in etwa gleich, so dass die Differenzen T1–T3 und T1–T4 zwischen den Gruppen ebenfalls hoch signifikant unterschiedlich ausfielen.

Da auch klinisch relevante Effekte beschrieben werden sollen, die das Signifikanzniveau nicht erreichen, wurden zusätzlich Effektstärken berechnet, und zwar jeweils pro Gruppe und Faktor für die beobachteten Veränderungen zwischen den vier Messzeitpunkten (Differenzen T1–T2, T1–T3 und T1–T4). Die Effektstärken wurden aus der Mittelwertsdifferenz zweier Messzeitpunkte pro Gruppe, dividiert durch die Standardabweichung des Ausgangsniveaus der gesamten Stichprobe, gebildet ($(M_{T1} - M_{tn}) / SD_{T1}$). Insgesamt ergaben sich für die Experimentalgruppe (Wohnen) mit Ausnahme von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ bei allen Faktoren deutlich höhere Effektstärken als für die Kontrollgruppe (IPT). Die zwei ersten Faktoren, welche kognitive Beeinträchtigungen abbilden (Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“), zeigten gegenläufige Resultate. Während sich die IPT-Gruppe bei Faktor 1 bis zum

Ende der Untersuchung stetig leicht verbesserte, schwächten sich die Effektstärken der Wohngruppe gleichzeitig etwas ab. Bei Faktor 2 ergab sich eine nahezu umgekehrte Tendenz: Die Experimentalgruppe konnte sich bis zur Katamneseerhebung deutlich verbessern, hingegen veränderten sich die Effektstärken der Kontrollgruppe nur wenig über die Zeit. Somit liegt eine unterschiedliche Entwicklung der beiden Gruppen in Bezug auf Tempo und Genauigkeit der Informationsverarbeitung vor. Im Bereich des Sozialverhaltens zeigten die Experimental- und die Kontrollgruppe eher gleichartige Verlaufstendenzen. Bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ stiegen die Effektstärken bei beiden Gruppen bis zum Abschluss der Untersuchung kontinuierlich an. Bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ verbesserten sich ebenfalls beide Gruppen bis zum Abschluss der Nachbehandlungsphase und verharrten dann praktisch auf gleichem Niveau bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn. Bei beiden Faktoren, welche psychosoziale Fähigkeiten abbilden, ist aber die Wohngruppe mit ihren durchwegs grösseren Effektstärken der IPT-Gruppe deutlich überlegen. Noch ausgeprägter ist die Überlegenheit der Experimentalgruppe bei Faktor 5 „Psychopathologie“. Die Entwicklung der beiden Gruppen verlief hier ganz unterschiedlich. Während sich die Experimentalgruppe bei den psychopathologischen Variablen verglichen mit den anderen vier Faktoren am stärksten verbesserte und zu jedem Untersuchungszeitpunkt sehr grosse Effektstärken aufwies, blieben die Effekte der Kontrollgruppe bei Faktor 5 über den gesamten Studienverlauf nur klein.

Um einen Überblick zur Wirksamkeit des neuen Therapieprogramms insgesamt zu erhalten, wurden pro Gruppe und Vergleich (T1–T2, T1–T3, T1–T4) anhand der Mittelwerte der Effektstärken über die fünf Faktoren Gesamteffekte berechnet. Diese fielen, bei einem ähnlichen Verlauf, für die Experimentalgruppe durchwegs höher aus als für die Kontrollgruppe. Nach der Therapiephase ergab sich für die Wohngruppe eine mittlere Gesamteffektstärke (T1–T2: $ES = 0.48$), für die IPT-Gruppe hingegen nur ein kleiner Gesamteffekt (T1–T2: $ES = 0.19$). Nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T1–T3) stiegen die globalen Effekte bei beiden Gruppen weiter an (T1–T3: Wohnen $ES = 0.53$; IPT $ES = 0.36$), bildeten sich jedoch bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn wieder leicht zurück (T1–T4: Wohnen $ES = 0.49$; IPT $ES = 0.32$).

Um noch differenziertere Aussagen über die Veränderungen der beiden Gruppen im Sozialverhalten machen zu können, wurden die Verläufe der drei Skalenbereiche „Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“ der Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) einzeln betrachtet. Dabei

wurden jeweils die Werte der Dimensionen „Objektive Bedingungen“, „Management/Coping“ und „Zufriedenheit“ mittels ANOVAS mit Messwiederholung hinsichtlich Unterschiede zwischen den Gruppen über die vier Messzeitpunkte (T1–T4) geprüft. Vorgängig wurde die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen mit t-Tests für unabhängige Stichproben auf Unterschiede zwischen der Wohn- und IPT-Gruppe hin untersucht. Die beiden Gruppen unterschieden sich bezüglich der Dimension „Objektive Bedingungen“ des Skalenbereichs „Alltagspraktische Fertigkeiten“ signifikant ($t = 2.544$, $p = 0.014$). Die IPT-Gruppe hatte hier, verglichen mit der Wohngruppe, die bedeutend besseren Ausgangsbedingungen. Deshalb wurde dieser Unterschied mit einer kovarianzanalytischen Auswertung statistisch kontrolliert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den drei untersuchten Skalenbereichen der SIS („Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“) statistisch bedeutsame Verbesserungen aller Patienten über die gesamte Therapie- und Nachbetreuungsphase bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn beobachtet werden konnten (Haupteffekte „Zeit“). Dies gilt allerdings nur bezüglich der beiden Dimensionen „Objektive Bedingungen“ und „Management/Coping“. Für die Dimension „Zufriedenheit“ gab es in keinem der drei Bereiche signifikante Resultate. Zudem fanden sich in keinem der drei Skalenbereiche signifikante Interaktionen „Gruppe x Zeit“, d.h., es ergaben sich keine differentiellen Resultate zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe in der SIS. Es können somit auch keine differenzierteren Aussagen über die Wirkung des neuen Therapieprogramms in Bezug auf die alltagspraktischen und sozialen Fertigkeiten der Gruppenteilnehmer, wie sie in der SIS erhoben worden sind, gemacht werden.

Ein kontrovers diskutiertes Thema in der heutigen Schizophrenieforschung ist die Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation. Diesen sogenannten atypischen Neuroleptika wird in vielen Studien neben geringeren Nebenwirkungen eine bessere Wirksamkeit, besonders in Bezug auf die Negativsymptomatik und den davon abhängigen sozialen Verlauf der Krankheit sowie auf die kognitiven Funktionen, zugeschrieben. Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit zusätzlich untersucht, ob es Unterschiede in den Verläufen der fünf Faktoren in Abhängigkeit von der Art neuroleptischer Medikation gibt. Die Resultate können folgendermassen zusammengefasst werden: Eine bessere Wirkung der atypischen Neuroleptika auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die Negativsymptomatik konnte nicht bestätigt werden. Es ergab sich im Gegenteil bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ ein signifikanter Haupteffekt „Mediart“ zu Gunsten der Patienten mit typischer neuroleptischer Medikation ($F = 5.131$, $p = 0.030$). Ebenso zeigt die graphische

Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen (typisch/atypisch) bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, dass die gefundene Verbesserung der IPT-Gruppe hauptsächlich auf die Patienten mit typischen Neuroleptika zurückzuführen ist. Diese beiden Resultate widersprechen somit der in der Literatur diskutierten positiveren Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Funktionen und die Sozialkompetenz. Eine signifikante Interaktion „Mediart x Gruppe x Geschlecht“ bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ($F = 4.830$, $p = 0.034$) zeigte dagegen eine Dissoziation der Art neuroleptischer Behandlung und des Geschlechts zwischen den beiden Therapiegruppen: Bei der Wohngruppe verbesserten sich die Befindlichkeit und das psychosoziale Coping der Patientinnen und Patienten mit typischen Neuroleptika, und eine Verbesserung gab es ebenfalls bei den männlichen Patienten der IPT-Gruppe mit typischen Neuroleptika. Die Patientinnen der IPT-Gruppe profitierten hingegen eher von einer atypischen Medikation.

Als wichtiges Mass für eine erfolgreiche therapeutische Intervention bei schizophren Erkrankten gilt die Reduktion der Rückfallraten. Deshalb wurde untersucht, ob die mit dem neuen Programm angestrebten Verbesserungen in den Bereichen Sozialverhalten, kognitive Funktionen und Psychopathologie auch zu einer reduzierten Rückfallhäufigkeit beitragen könnten. Die Rückfälle wurden als volle oder teilweise Rehospitalisierungen mit erneuter psychotischer Akutsymptomatik definiert und bei jedem Patienten über einen Untersuchungszeitraum von insgesamt fünf Jahren nach Therapiebeginn erhoben. Für den Zeitraum des ersten Jahres lagen die vollständigen Daten von allen an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Experimentalgruppe: $n = 26$, Kontrollgruppe: $n = 28$). Bei der Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn konnten nur noch die Rückfallraten von 25 Patienten der Experimentalgruppe und von 23 Patienten der Kontrollgruppe erfasst werden. Die Verteilung der Rückfallraten über den gesamten Erhebungszeitraum wurde mittels einer Survival-Analyse (Life-Table-Methode, Jahresintervalle) überprüft und die Experimentalgruppe (Wohnen) mit der Kontrollgruppe (IPT) verglichen. Die Datenanalyse ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Wohngruppe wies aber über den gesamten Untersuchungsverlauf von fünf Jahren eine durchwegs tiefere Rückfallhäufigkeit auf als die IPT-Gruppe. Bereits ein Jahr nach Therapiebeginn lag die Rückfallrate bei der IPT-Gruppe bei 29.6%, im Gegensatz zur Wohngruppe, die zum gleichen Zeitpunkt erst 11.5% Rückfälle zu verzeichnen hatte, was einer Differenz von 18.1% entspricht. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen blieb über die gesamte Studiendauer in etwa gleich, weil der Verlauf ähnlich war: Die kumulierte Rückfallrate stieg bis vier Jahre nach Therapiebeginn bei beiden

Gruppen kontinuierlich an (auf 55.6% bei der IPT-Gruppe und auf 34.6% bei der Wohngruppe) und erhöhte sich im letzten Untersuchungsjahr bei der Wohngruppe nochmals leicht auf 38.5%, während sie sich bei der IPT-Gruppe auf gleichem Niveau stabilisiert hatte (55.6%).

Eine Frage von besonderem Interesse war, wie gut es den Patienten durch die Teilnahme an der neuen Gruppentherapie gelungen ist, ihre Wohnvorstellungen und -wünsche zu verwirklichen und möglichst unabhängig in einem unbetreuten Setting zu leben. Deshalb wurde der Wohnstatus jedes Patienten zu fünf Messzeitpunkten erhoben: Vor und nach der Behandlungsphase (T1 und T2), nach der Nachbehandlungsphase (T3), ein Jahr nach Therapiebeginn (T4) sowie fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5). Die Operationalisierung erfolgte gemäss einer modifizierten Form von Ciompis Wohnachse (Ciompi, Ague & Dauwalder, 1979; in Jung, Krumm, Biehl, Maurer & Bauer-Schubart, 1989: Anhang zum Disability Assessment Schedule, DAS-M), welche die folgenden sieben Stufen umfasst: Geschlossene Station in der Klinik, offene Station in der Klinik, Tages- oder Nachtambulanz, Wohn- oder Übergangsheim, betreute Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen, selbständiges Wohnen. Für die ersten vier Messzeitpunkte (T1–T4) lagen die vollständigen Daten aller an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Experimentalgruppe: n = 26, Kontrollgruppe: n = 28). Fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) konnte der gegenwärtige Wohnort von drei Patienten nicht mehr eruiert werden (Experimentalgruppe: n = 25, Kontrollgruppe: n = 26). Insgesamt gelang es den Patienten der Wohngruppe viel besser als den Kontrollpatienten, sich den Wunsch nach mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung beim Wohnen zu erfüllen. Fünf Jahre nach Therapiebeginn hatte sich die Anzahl Personen, die selbständig in einer eigenen Wohnung lebten, genau verdoppelt. Entsprechend nahmen während dieser Zeit auch die Aufenthalte in der Klinik stetig ab: Von T1–T4 halbierte sich die Anzahl stationär untergebrachter Patienten, bei der Katamnese fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) lebten gar keine Patienten der Wohngruppe mehr in einer Klinik (geschlossene oder offene Station, Tages- oder Nachtambulanz). Bei den Patienten der Kontrollgruppe veränderte sich der Wohnstatus weniger positiv in Richtung hin zu einer möglichst selbständigen Wohnform. Die Anzahl Personen in einer eigenen Wohnung stieg nur vorübergehend leicht an, sank dann aber wieder bis zum ersten Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Vier Jahre später (T5) lebten weniger Personen selbständig in ihrer eigenen Wohnung als zu Beginn der Studie. Am unteren Ende der Skala, bei den stationär untergebrachten Patienten, befanden sich zum letzten Katamnesezeitpunkt (T5) zwar ebenfalls keine Patienten der Kontrollgruppe mehr in der geschlossenen Station

einer Klinik. Die Anzahl Patienten in der offenen Station blieb aber über den gesamten Untersuchungszeitraum von fünf Jahren ungefähr auf gleichem Niveau.

Da eines der wichtigsten Ziele des neu entwickelten Therapieprogramms darin besteht, den Patienten zu helfen, aus dem stationären Bereich der Klinik in ein weniger betreutes Wohnumfeld zu wechseln, wurde bei beiden Gruppen der Verlauf des Wohnstatus über die verschiedenen Phasen (Therapie- und Nachbehandlungsphase, Katamnesephase) noch genauer analysiert. Dazu wurde die Anzahl der Veränderungen im Wohnstatus berechnet, d.h. der Wechsel in ein weniger oder in ein höher strukturiertes Setting. Zur besseren Übersicht wurden die sieben Stufen der Wohnachse zu folgenden drei Kategorien zusammengefasst: Geschlossene und offene Station in der Klinik (Stufen 1, 2) = stationär; Tages- oder Nachtklinik, Wohn- oder Übergangsheim, betreute Wohngemeinschaft (Stufen 3, 4, 5) = teilstationär; betreutes Einzelwohnen, selbständiges Wohnen (Stufen 6, 7) = ambulant. Die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, im Verlauf der Therapie- und Nachbehandlungsphase (T1–T3) in ein weniger betreutes Wohnumfeld zu wechseln, ist etwa gleich gross wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 1.020). Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, während der Katamnesephase (T3–T5) in ein weniger strukturiertes und betreutes Setting zu wechseln, 11.25-mal so gross wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 11.25) und über den gesamten fünfjährigen Studienverlauf (T1–T5) sogar 12.5-mal so gross (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 12.50).

Schliesslich wurde mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) die Motivation der Patienten über den Verlauf der Gruppentherapie bis ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) überprüft. Es ergab sich ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 3.832$, $df = 1$, $p = 0.050$). Um zusätzlich zu analysieren, ob die Behandlung eines spezifischen sozialen Therapiebereichs wie Wohnen die Motivation der Gruppenteilnehmer verbessern könnte, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (3x4 MANOVA) mit den Faktoren „Gruppe x Wohnstatus x Zeit“ berechnet. Die Patienten wurden dazu in die drei Settings stationär, teilstationär und ambulant eingeteilt. Es erwies sich aber nur der Interaktionseffekt „Wohnstatus x Zeit“ der gepolten Wohn- und IPT-Gruppe ($n = 54$), die Psychotherapiemotivation betreffend, als signifikant ($F = 2.477$, $df = 6$, $p = 0.027$). Diese Signifikanz ist vor allem auf die Motivationsentwicklung der teilstationären Patienten gegenüber den Patienten in den anderen beiden Settings zurückzuführen.

D. DISKUSSION

Im ersten Teil wird das neu entwickelte Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich (Keppeler & Roder, 2002) im Kontext der aktuellen Schizophrenieforschung diskutiert. Es werden in der Literatur immer wieder Therapieangebote gefordert, die gezielt das Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential schizophrener Menschen stärken, besonders in den Hauptproblem-bereichen, zu denen auch das Wohnen gehört. Damit ist die Erwartung verbunden, dass solche spezifischen, d.h. themenorientierten und problemzentrierten Therapieprogramme den Patienten zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit verhelfen als ein allgemeines Training sozialer Fertigkeiten. Zudem erhofft man sich von diesen Programmen eine grössere Dauerhaftigkeit der Therapieeffekte und damit eine stärkere Reduktion der Rückfallraten. Diese Forderungen konnten mit dem neuen Therapieprogramm erfüllt werden. Im zweiten Teil der Diskussion wird auf verschiedene methodologische Einschränkungen der vorliegenden Studie hingewiesen. Es wird beschrieben, wie den Schwierigkeiten, die sich bei der Evaluationsforschung im sozialpsychiatrischen Gemeindeumfeld ergeben, begegnet worden ist. Ebenso werden die Vor- und Nachteile der Evaluation eines selbst konzipierten Interventionsprogramms diskutiert. Der dritte Teil umfasst eine ausführliche Diskussion der drei untersuchten typischen Störungsbereiche bei schizophren Erkrankten: Psychopathologie, Sozialverhalten und neurokognitive Funktionen. Dabei wird auch den vielfältigen und komplexen Wechselwirkungen zwischen diesen drei Bereichen nachgegangen, ebenso wie dem Transfer und der Generalisierung der erworbenen sozialen Fertigkeiten über den Therapierahmen hinaus in den Alltag und in andere soziale Kontexte. Schliesslich werden die Resultate zur viel diskutierten Frage einer unterschiedlichen Wirkung von klassischen (typischen) Neuroleptika der ersten Generation und atypischen Neuroleptika der zweiten Generation auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die Negativsymptomatik besprochen. Die Folgerungen aus den Ergebnissen für die Praxis bilden den vierten Teil der Diskussion. Nach Überlegungen zum Kosten-Effektivitäts-Verhältnis des neu konzipierten Programms unter den gegenwärtigen ökonomischen Voraussetzungen im Gesundheitswesen und zu ethischen Aspekten wird abschliessend auf einige allgemeine Prinzipien bei der Behandlung schizophrener Menschen hingewiesen und das evaluierte Programm in den Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans gestellt.

1. Das neu entwickelte Therapieprogramm im Kontext der aktuellen Schizophrenieforschung

Die Schizophrenie ist durch eine Reihe schwerer und beeinträchtigender Symptome gekennzeichnet. Keines hat aber so weit reichende Auswirkungen auf die gesamte Lebenssituation eines Menschen wie die gravierenden Beeinträchtigungen im Bereich des Sozialverhaltens. Der Mangel an sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen ist weitgehend unabhängig vom Ausprägungsgrad der Psychopathologie und tritt bei schizophren Erkrankten häufig auf. Die sozialen Funktionsbehinderungen erhöhen das Risiko nicht adäquater Interaktionen und erschweren oder verunmöglichen dadurch die soziale und berufliche Integration. Damit tragen sie wesentlich zu der von vielen Patienten erfahrenen Einbusse an Lebensqualität und zu sozialer Isolation bei. Die mangelhaften sozialen Kompetenzen beeinträchtigen schizophrene Erkrankte in ihrer häuslichen und familiären Umgebung, während der Ausbildung, am Arbeitsplatz sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld. Soziale Fertigungsdefizite verhindern auch den Aufbau unterstützender Beziehungen, die einen Puffereffekt gegen die Krankheit haben könnten. Sie sind zudem eine häufige Ursache für Stress und stellen damit einen gewichtigen Prädiktor für Symptommexazerbationen und Rehospitalisierungen dar. Es bleibt deshalb in der heutigen Schizophrenieforschung unbestritten, dass das Sozialverhalten eine einflussreiche Determinante des Krankheitsverlaufs darstellt und dass der Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen ein vorrangiges Rehabilitationsziel bei der Behandlung schizophrener Menschen sein muss (Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Pilling, Bebbington & Kuipers, 2002; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996).

Die tief greifenden und überdauernden Beeinträchtigungen schizophrener Erkrankter im Bereich des Sozialverhaltens werden in der Literatur häufig im theoretischen Bezugsrahmen des psychopathologischen Syndroms der Negativsymptomatik diskutiert. Das weite Spektrum an Beziehungsstörungen bei diesen Patienten ist aber nicht einfach ein Nebenprodukt der Positiv- und Negativsymptomatik. Eine Fülle an deskriptiven und experimentellen Daten spricht gegen eine solche perspektivische Einengung. Die Betroffenen zeigen unabhängig davon, ob ausgeprägte Negativsymptome vorliegen, deutliche soziale Beeinträchtigungen, und zwar auch dann, wenn ihre Positivsymptome medikamentös unter Kontrolle gebracht werden konnten. Vielmehr weist der Stand der Theoriebildung darauf hin, dass soziale Defizite als verbindendes Charakteristikum aller schizophrenen Erkrankungen zu betrachten sind. Diese Beeinträchtigungen wirken sich auf der Ebene der sozialen Fertigkeiten

und Problemlösefertigkeiten, des sozial kompetenten Verhaltens sowie der sozialen Anpassung und Integration aus. Zudem sind auf allen Ebenen des Sozialverhaltens gestörte kognitive Funktionen zu beobachten. Entsprechend der Annahme komplexer zirkulärer Prozesse beeinträchtigen diese die Coping-Fähigkeiten in sozialen Situationen und wirken über die Steigerung des Stresserlebens auf die basalen Prozesse der Informationsverarbeitung zurück, werden somit verstärkt und erschweren oder verunmöglichen zunehmend ein situationsangemessenes Sozialverhalten (Brenner & Böker, 1997; Nuechterlein et al., 1994).

Für die Therapie der sozialen Beeinträchtigungen bei schizophren Erkrankten bedeutet dies, dass alle potentiellen Störungsebenen des Sozialverhaltens zu berücksichtigen sind. So müssen zuerst basale soziale Fertigkeiten erlernt und geübt und sozial kompetentes Verhalten aufgebaut werden, um den Patienten eine erfolgreiche soziale Anpassung zu ermöglichen. Darüber hinaus sollten den Betroffenen weiterreichende zielorientierte Verhaltensstrategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen und zur Verbesserung von Problemlösefertigkeiten vermittelt werden. Dabei ist besonders auf Wechselwirkungen zwischen den Störungen im kognitiven und im sozialen Bereich zu achten. Diesen Forderungen versucht das neue Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich (Keppeler & Roder, 2002) gerecht zu werden. Es geht von der Hypothese aus, dass schizophrene Erkrankte von einem Verfahren profitieren können, mit dem ihnen auf allen potentiellen Störungsebenen konkrete und strukturierte Inhalte als Hilfestellung zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen angeboten werden. Nach dem Stand der heutigen Forschung gilt das Training sozialer Fertigkeiten als eine der effektivsten zur Verfügung stehenden Interventionsmethoden für die Arbeit mit schizophren Erkrankten (Gould, Mueser, Bolton, Mays & Goff, 2001; Krabbendam & Aleman, 2003; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Müller, Roder & Brenner, 2007; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996). Es handelt sich um eine sehr flexible Strategie, die individuell auf die Patienten abgestimmt werden kann. Der Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung praktischer Fertigkeiten, Tempo und Vorgehensweise können so gewählt werden, dass die Teilnehmer Erfolgserlebnisse haben. Dadurch ist das Training in der Regel für die Patienten attraktiv.

Wie die Dropout-Rate der vorliegenden Studie zeigt, scheint dies auch für das hier evaluierte neue Verfahren zu gelten. Von den 30 Patienten, die das Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich absolviert haben (Experimentalgruppe = Wohngruppe), brach nur einer die Therapie vorzeitig ab. Bei den 40 Patienten der Kontrollgruppe (= IPT-Gruppe), die ein an das vierte

Unterprogramm des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophren Erkrankte, IPT (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten durchliefen, gab es insgesamt 7 Studienabbrecher. Für Interventionen im Schizophreniebereich erscheint diese Dropout-Rate eher gering, da hier häufiger Patienten die Behandlung verweigern oder abbrechen als in anderen Störungsbereichen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer des neuen Therapieprogramms die angebotenen Themen und Inhalte, aber auch die Art ihrer Vermittlung interessant und hilfreich fanden und sie Bezüge zu ihrer aktuellen Lebenssituation sahen. Für diese Einschätzung sprechen auch die guten Motivationswerte, die von den Patienten der Wohngruppe mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) erzielt worden sind. Die Überprüfung über den Studienverlauf (T1–T4) ergab einen signifikanten Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 3.832$, $df = 1$, $p = 0.050$) zugunsten der Wohngruppe. Darüber hinaus weist die konstante Mitarbeit darauf hin, dass die Bearbeitung des Themas Wohnen offenbar einem wichtigen Bedürfnis der Teilnehmer entsprach. Neueren Studien zufolge leben schizophrene Erkrankte häufig in unbefriedigenden Wohnverhältnissen, und es fehlt ihnen vielfach auch an einfachen alltagspraktischen Fertigkeiten, die eine Voraussetzung sind, um möglichst unabhängig zu wohnen. In der Literatur gilt deshalb der Wohnbereich als einer der Hauptproblembereiche schizophrener Menschen, und auch die Betroffenen stufen ihn als prioritär ein (Häfner, 2005). Aus klinischer Sicht wird die Bedeutung einer befriedigenden Wohnsituation für eine erfolgreiche und dauerhafte Rehabilitation immer wieder hervorgehoben (Albers, 1998; Frey, 2000). Die bestehenden milieutherapeutischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rehabilitationsangebote erscheinen jedoch nur eingeschränkt Erfolg versprechend, weil sie zu unspezifisch sind. Sie können zwar die allgemeine soziale Kompetenz erhöhen, die Generalisierung und der Transfer der Therapieeffekte über den Therapierahmen hinaus erwiesen sich jedoch als ungenügend, d.h., es ergaben sich keine unmittelbaren Auswirkungen auf spezifisches soziales Verhalten wie etwa eine Verbesserung der sozialen Fertigkeiten im Bereich des Wohnens. Es ist daher ein zentrales Anliegen, mit dem neuen Therapieprogramm der häufig geäußerten Forderung nachzukommen, diesen wesentlichen Rehabilitationsbereich in die Langzeitbehandlung schizophrener Patienten einzubeziehen.

Während sechs Monaten setzten sich die Teilnehmer des Programms intensiv mit den vielfältigen Aspekten des Wohnens auseinander und erhöhten ihre alltagsprak-

tischen und sozialen Fertigkeiten im Wohnbereich. Die therapeutisch eingeübten Verhaltenskompetenzen wurden fortlaufend in die Praxis umgesetzt, was den Patienten ermöglichte, ihre gegenwärtige Wohnsituation zu verbessern oder in eine selbständigere Wohnform zu wechseln. Wie die Ergebnisse zum Wohnstatus der Studienteilnehmer belegen, ist dies den Patienten der Experimentalgruppe viel besser gelungen als den Kontrollpatienten. Sie zeigten einen signifikant häufigeren Wechsel von hoch strukturierten und betreuten stationären Settings in weniger strukturierte ambulante Wohnformen. Durchschnittlich war die relative Häufigkeit dieser Patienten, während des fünfjährigen Studienverlaufs in ein weniger strukturiertes Setting zu wechseln, um 12.5-mal höher als bei den Kontrollpatienten (relative Häufigkeiten: Odds Ratio = 12.50). Die Patienten der Experimentalgruppe konnten sich somit durch die Teilnahme am Therapieprogramm eine viel grössere Unabhängigkeit und Eigenverantwortung beim Wohnen verschaffen, ein Effekt, der auch fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) noch nachweisbar war. So lebten am Studienende doppelt so viele Personen selbständig in einer eigenen Wohnung als zu Beginn. Entsprechend nahmen auch die Aufenthalte in der Klinik stetig ab: Ein Jahr nach Therapiebeginn hatte sich die Anzahl stationär untergebrachter Patienten halbiert, und bei der Katamnese fünf Jahre nach Therapiebeginn lebten gar keine Patienten mehr in einer Klinik (geschlossene oder offene Station, Tages- oder Nacht-klinik). Dieser doch auffällige Verlauf eines Wechsels in ein weniger strukturiertes Setting bei den stationären Patienten der Wohngruppe wird auch durch den durchgeführten Friedman-Test verdeutlicht, die Veränderung ist hoch signifikant (Friedman-Test: $\chi^2 = 38.140$, $df = 4$, $p < 0.01$). Bei den Patienten der Kontrollgruppe veränderte sich der Wohnstatus viel weniger positiv zu einer möglichst selbständigen oder niederschwellig betreuten Wohnform hin. Die Anzahl Personen in einer eigenen Wohnung stieg während der Therapiephase zwar vorübergehend leicht an, sank dann aber wieder bis zum ersten Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) lebten sogar noch weniger Kontrollpatienten selbständig in einer eigenen Wohnung als zu Beginn der Studie. Somit kann gemäss der ersten Hypothese davon ausgegangen werden, dass das hier evaluierte spezifische, d.h. themenorientierte und problemzentrierte Therapieprogramm besser geeignet ist als ein allgemeines Training sozialer Fertigkeiten, schizophrenen Menschen zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit beim Wohnen zu verhelfen. Gleichzeitig bestätigt sich im Sinn der zweiten Hypothese die Erwartung, dass mit einem solchen Programm auch eine grössere Dauerhaftigkeit dieses Therapieeffekts erreicht werden kann.

Auch vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Psychiatrie von einer stationären zu einer gemeindeintegrierten Behandlung schizophrener Erkrankter kommt dem Aufbau spezifischer Fertigkeiten für ein möglichst autonomes Wohnen eine wichtige Rolle zu. Die Verlagerung des Behandlungsschwerpunkts in das Gemeindeumfeld und der Aufbau multidisziplinärer Wohnstrukturen im Rahmen der Deinstitutionalisierung brachte den schizophrenen Patienten einerseits zwar mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, andererseits erhöhten sich aber auch die Bewältigungsanforderungen und damit die Gefahr von Rückfällen. Die Schaffung differenzierter und spezialisierter Wohn- und Behandlungsangebote führte nicht nur zu der erwünschten beträchtlichen Verringerung der Anzahl Klinikbetten und einer drastischen Verkürzung der durchschnittlichen Klinikaufenthaltsdauer, sondern auch zu einem starken Anstieg der Anzahl (Wieder-)Aufnahmen. Stationäre Langzeitaufenthalte konnten somit zwar vermindert werden, eine aktive Rückfallprophylaxe blieb demgegenüber eher sekundär. Dies trug dazu bei, „dass sich das psychiatrische Versorgungssystem von einem System mit geschlossenen Türen über ein solches mit offenen Türen hin zu einem Drehtürsystem gewandelt hat“ (Brenner, Junghan & Pfammatter, 2000, S. 691). Doch die gemeindeintegrierte Behandlung schizophrener Menschen bietet entscheidende Vorteile: Sie schneidet weniger tief greifend in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein, ist weniger stigmatisierend, und die verstärkende Wirkung von Hospitalisationen auf die soziale Behinderung entfällt. Sie erlaubt eine umfassendere Abklärung der Probleme und Ressourcen der Patienten in ihrem Lebenskontext und kann flexibler den wechselnden Bedürfnissen des Einzelnen angepasst werden. Für psychosoziale Interventionen bietet sie das geeignetere Setting, weil die Ressourcen der Betroffenen, z.B. ihr soziales Netz, besser genutzt und die Allianz mit den privaten Betreuern gestärkt werden können. Dies führt schliesslich auch zu einer erhöhten Compliance. Zur Verhinderung von Rückfällen im ausserklinischen Setting braucht es aber zusätzliche Therapieangebote, die gezielt das Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential von schizophren Erkrankten fördern. Mit dem neuen Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich wurde versucht, dieser Forderung zu entsprechen.

Wie die vorliegende Studie zeigt, sind die Resultate bezüglich der Reduktion der Rückfallraten ermutigend. Zwar ergab die Survival-Analyse (Life-Table-Methode) knapp keinen signifikanten Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe. Die Wohngruppe wies aber über den gesamten Untersuchungsverlauf von fünf Jahren eine tiefere Rückfallhäufigkeit auf als die IPT-Gruppe. Bereits ein Jahr nach

Therapiebeginn lag die Rückfallrate bei der IPT-Gruppe bei 29.6%, im Gegensatz zur Wohngruppe, die zum gleichen Zeitpunkt erst 11.5% Rückfälle zu verzeichnen hatte, was einer Differenz von 18.1% entspricht. Dieser Unterschied blieb über die gesamte Studiendauer in etwa gleich, weil der Verlauf beider Gruppen ähnlich war: Die kumulierte Rückfallrate stieg bis fünf Jahre nach Therapiebeginn kontinuierlich an, auf 55.6% bei der IPT-Gruppe und auf 38.5% bei der Wohngruppe. Im Vergleich zu den in der Literatur genannten Zahlen erscheint die Rückfallrate der Experimentalgruppe somit als recht gering. Nach verschiedenen Studien zum Langzeitverlauf der Schizophrenie kommt es bei rund 75% aller Erkrankten zu Rückfällen in die Psychose (Häfner, 2005; an der Heiden, 1996). Dabei erleiden 30 bis 40% der Patienten trotz Einnahme von Medikamenten bereits innerhalb des ersten Jahres nach der Klinikentlassung einen Rückfall (Giebeler & Brenner, 1997). Nach einem allgemeinen Training sozialer Fertigkeiten, verbunden mit einer Pharmakotherapie, werden signifikant bessere Resultate berichtet. So beträgt hier die Rückfallrate nach einem Jahr ca. 20%, nach zwei Jahren ca. 50%, steigt im dritten Jahr dann aber deutlich an (Böker & Brenner, 1997a). Die nochmals tiefere Rückfallhäufigkeit bei den Patienten der Wohngruppe weist somit darauf hin, dass mit einem spezifischen sozialen Fertigkeitstraining wie dem Therapieprogramm zur Rehabilitation schizophrener Erkrankter im Wohnbereich auch dem beklagten Drehtüreffekt als Folge der Deinstitutionalisierung entgegengewirkt werden kann. Gleichzeitig wird die sechste Hypothese bestätigt, wonach die reduzierte Rückfallrate auch fünf Jahre nach Therapiebeginn noch nachweisbar ist.

2. Methodologische Einschränkungen der Studie

Die ermutigenden Resultate bezüglich Selbständigkeit und Unabhängigkeit beim Wohnen, Dauerhaftigkeit der Therapieeffekte und Rückfallprophylaxe, aber auch die im 3. Kapitel zu diskutierenden differentiellen Untersuchungsergebnisse zu sozialen Fertigkeiten, neurokognitiven Dysfunktionen, Psychopathologie und Medikation, müssen auch unter kritischen Gesichtspunkten betrachtet werden. So stellt die Therapie und Rehabilitation schizophrener Patienten im vollstationären Rahmen einer Klinik mittlerweile für die meisten von ihnen die Ausnahme dar. Die Evaluationsforschung verlagert sich dementsprechend vermehrt in ein ausserklinisches Setting, weil die therapeutischen und rehabilitativen Massnahmen immer häufiger dort angeboten werden. Im sozialpsychiatrischen Gemeindeumfeld sind jedoch die unter Laborbedingungen anzulegenden Massstäbe wissenschaftlicher Genauigkeit kaum aufrecht

zu erhalten (Efficacy-Studien, Buchkremer & Klingberg, 2001). Auch die vorliegende Studie erfüllt nicht alle Anforderungen an klassische kontrollierte Wirksamkeitsstudien. Es gibt zwar explizite Ein- und Ausschlusskriterien, eine Kontrollgruppe, eine manualisierte Therapie mit festgelegten Rahmenbedingungen, operationalisierte Zielkriterien und eine statistische Auswertung im Sinne konfirmativer Hypothesenprüfung, jedoch keine randomisierte Zuteilung der Patienten. Aus Kosten- und Kapazitätsgründen fehlen ausserdem bei mehreren Kontrollinstrumenten blinde Rater bzw. die therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilung, was die Gefahr von Versuchsleitereffekten birgt. Dieser Mangel wurde aber durch grösstmögliche wissenschaftliche Redlichkeit zu kompensieren versucht. Alle Anforderungen an Effectiveness-Studien (Buchkremer & Klingberg, 2001), d.h. die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen, werden vom Design der vorliegenden Studie hingegen erfüllt. So enthält das Schlusskapitel der Diskussion auch eine Kosten-Nutzen-Analyse.

Nach Häfner und an der Heiden (2000) besteht die methodische Kunst der Evaluationsforschung darin, unter feldexperimentellen Bedingungen zu hinreichend validen Folgerungen zu gelangen. Experimentelle Studien, die vom Ansatz her am besten geeignet wären, die interne Validität der Untersuchung zu gewährleisten, sind in der Praxis einer Reihe von Einschränkungen unterworfen. Ihre Durchführung scheitert überwiegend schon an ethischen Problemen. Das zur Umgehung dieser Probleme häufig notwendige selektive Vorgehen bei der Auswahl der zu untersuchenden Patientengruppen führt demgegenüber zu erheblichen Einschränkungen der Generalisierbarkeit der Ergebnisse, d.h. der externen Validität. So besteht ein schwer aufzulösender Konflikt zwischen interner und externer Validität einer experimentellen Untersuchung. Henningsen und Rudolf (2000) werfen in diesem Zusammenhang die prinzipielle Frage auf, ob randomisiert-kontrollierte Studien, die als Goldstandard der Psychotherapieforschung bezeichnet werden, nicht der psychotherapeutischen Situation Unrecht widerfahren liessen. Eine Randomisierung auf eine unbehandelte Kontrollgruppe sei ein eklatanter Verstoss gegen die ethischen Grundprinzipien, und ebenso würde eine Randomisierung auf eine andere Behandlungsbedingung nach dem Zufallsprinzip ethische Regeln verletzen, da sie indikativ-prognostische Variablen ausser Kraft setze und somit eine spezifische Behandlungszuweisung zu einem anderen Verfahren als dem tatsächlich indizierten mit sich bringe. Randomisiert-kontrollierte Studien seien zudem ihrem Gegenstandsbereich nicht angemessen und methodisch unterkomplex, d.h., sie müssten notwendigerweise therapeutische Aspekte der Beziehungsaufnahme und -gestaltung (Therapiebeziehung als unspezifi-

scher allgemeiner Wirkfaktor) ausschalten, womit sie aber den Kern psychotherapeutischer Wirkungsweise verletzt oder gar zerstört und somit invalide seien.

Auch in der vorliegenden Studie ergab sich eine erste Schwierigkeit bei der Auswahl und Zusammenstellung der Stichprobe. Obwohl eine Randomisierung auf unterschiedliche Behandlungsbedingungen mehrheitlich als wünschenswert angesehen wird (Bormuth & Wiesing, 2005; Verhagen et al., 1998), wurde aus ethischen Überlegungen, aber auch wegen des geplanten Einbezugs mehrerer Untersuchungszentren darauf verzichtet. Mit dem hier angewendeten Parallelisierungsdesign konnte der Forderung der Gemeindepsychiatrie nach einem vermehrten Einbezug nichtuniversitärer Einrichtungen in Psychotherapiestudien besser entsprochen werden (Teusch & Gastpar, 2000). Für die Beteiligung dieser Zentren sprechen mehrere Gründe. Da vorgesehen ist, das neu entwickelte Therapieprogramm wie das ihm zugrunde liegende IPT bei guter Bewährung für die Standardversorgung schizophrener Patienten nutzbar zu machen, sollte es auch in ganz unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär und stationär) zum Einsatz kommen. Zudem konnten die Patienten in ihrem gegenwärtigen Wohnumfeld erreicht und behandelt werden. Das gewählte Design ermöglichte es auch, dass innerhalb verhältnismässig kurzer Zeit grössere Stichprobenumfänge in die Studie einbezogen werden konnten, was die rasche Einführung und Verbreitung des Programms begünstigt. Denn dem Anspruch, dass ein neues Therapieprogramm möglichst bald auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen ist, stand die Schwierigkeit gegenüber, innert angemessener Zeit genügend motivierte und geeignete schizophrene Patienten für eine sechsmonatige intensive Gruppentherapie zu gewinnen, die zusätzlich auch bereit waren, vier zeitaufwändige Testtermine zu absolvieren. Dies wäre bei der Beschränkung auf eine einzige Institution kaum möglich gewesen.

Kritisch bleibt jedoch anzumerken, dass bei einer Multicenterstudie naturgemäss eine Vielzahl von Therapeuten involviert ist, die unbemerkte systematische Einflussfaktoren darstellen könnten. Zumindest auf der Messebene wurde aber bei den wichtigsten Kontrollinstrumenten, an allen vier Messzeitpunkten und in sämtlichen Zentren das gleiche erfahrene Untersucherteam eingesetzt, um diesen Fehler auszuschliessen. Die Datenerhebung erfolgte ausschliesslich in Form von standardisierten psychologischen und psychiatrischen Tests sowie mit Fremd- oder Selbstbeurteilungsskalen. Diese beiden Skalenformen haben verschiedene Vor- und Nachteile. Selbstbeurteilungsskalen geben direkter die Meinung des Probanden wieder und sind weniger einer Verfälschung der Testergebnisse durch die unbewusste Erwartung des Beurteilers unterworfen, dass die untersuchte Behandlung wirksam sei

(Expectation-Bias). Besonders dann, wenn der Untersucher mit dem Therapeuten identisch ist, wie es in der vorliegenden Studie aus Kostengründen bei einigen Messinstrumenten notwendig war, könnte die eigene Behandlung als zu positiv eingeschätzt werden. Solche Allegiance-Effekte (Loyalität mit der eigenen Therapie) scheinen eine nicht unerhebliche Rolle beim Einsatz von Fremdbeurteilungsskalen zu spielen (Bandelow & Broocks, 2002). So fanden Luborsky et al. (1999) eine Korrelation von 0.85 zwischen dem Ausmass der Allegiance der Autoren von Psychotherapiestudien und den Erfolgsmassen ihrer Behandlungsmethoden. Fremdbeurteilungsskalen dagegen haben den Vorteil, dass der Untersucher den Probanden mit anderen Patienten des gleichen Störungsbildes vergleichen kann und somit eine relative Einschätzung des Schweregrades möglich wird, was gerade bei schizophrenen Erkrankungen besonders wichtig ist. Auch bestimmte Antworttendenzen, die bei einer Selbstbeurteilung das Ergebnis verfälschen können, wie z.B. die Tendenz zur Mitte oder zu sozial erwünschten Antworten, sind hier kaum relevant. Aus diesen Gründen wurden bei der vorliegenden Studie neben den Testverfahren überwiegend Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Lediglich zur Messung der Befindlichkeit und der Psychotherapiemotivation wurde auf Selbstbeurteilungsskalen zurückgegriffen. Um die Treatment-Validität zu gewährleisten wurden die verschiedenen Therapeuten der partizipierenden Institutionen vor Beginn der Gruppenarbeit mit den Therapieinhalten gründlich vertraut gemacht, durch Instruktionen und Trainings vorbereitet und mit regelmässigen Supervisionssitzungen im Therapieverlauf begleitet. Gute Kenntnisse der einzelnen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren wurden vorausgesetzt. Die Therapeuten hatten sich zudem an die chronologische Abfolge des hoch standardisierten und strukturierten Therapiemanuals zu halten.

Die Notwendigkeit einer Randomisierung bei Psychotherapiestudien wird auch von Krauthauser und Bassler (1997) in Frage gestellt. Die Autoren nennen und empfehlen aber verschiedene alternative Möglichkeiten zur Kontrolle der Störvariablen. In der vorliegenden Studie wurde versucht, weitere Störeinflüsse post hoc durch eine statistische Überprüfung der Gruppen hinsichtlich Unterschieden in der strukturellen Homogenität (Patientencharakteristika und Ausgangsniveau) zu ermitteln und über entsprechende statistische Verfahren zu eliminieren. Im ausserklinischen Setting gibt es jedoch eine oft unübersichtliche Anzahl konfundierender Variablen. Einige davon können kaum kontrolliert werden, wie z.B. der Spontanverlauf und der Placebo-Effekt bei den individuellen Faktoren, familiäre und gesellschaftliche Ereignisse, life events oder die Situation auf dem Wohnungsmarkt bei den sozialen Faktoren, Effekte durch Messwiederholung bei den methodischen Faktoren sowie die Therapiebeziehung

oder Gruppenprozesse bei den therapeutischen Faktoren. Man sollte sich jedoch über ihre Existenz und ihren eventuellen Einfluss bei der Beurteilung der Ergebnisse im Klaren sein. Auch Prozesse innerhalb der untersuchten Interventionsmassnahme selbst dürfen nicht übersehen werden. Schizophren Erkrankte werden heute meist mehrdimensional behandelt, und es ist enorm schwierig, die Einflüsse verschiedener pharmakologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Massnahmen zu unterscheiden. So können sich aufgrund der medikamentösen Behandlung mit Neuroleptika Verzerrungen durch die unterschiedliche Wirkstoffzusammensetzung, Dosierung oder Applikationsform des Medikaments, aber auch durch unerwünschte (Neben-)Wirkungen ergeben (Eikermann & Reker, 1994). In der vorliegenden Studie erhielten alle Teilnehmer zusätzlich zur Gruppentherapie eine vergleichbare Standardbehandlung, d.h. eine stabil dosierte Medikation mit Neuroleptika, die nach Möglichkeit während der gesamten sechsmonatigen Therapie- und Nachbetreuungsphase beibehalten werden sollte (Umrechnung der Tagesdosis in Chlorpromazin-Äquivalente). Zudem wurden gleichzeitig keine anderen spezifischen Therapien angeboten, deren Effekte mit den in der Studie eingesetzten Interventionen hätten interferieren können.

Als zusätzliches wichtiges Kriterium einer guten klinischen Wirksamkeitsstudie gilt die Follow-up-Untersuchung (Katamnese). Es wird erwartet, dass die psychotherapeutische Intervention nicht nur während der Zeit ihrer Anwendung wirkt, sondern auch, dass nach Beendigung der Behandlung eine möglichst dauerhafte Besserung bestehen bleibt. Dies kann durch eine Katamnese überprüft werden. Die gewonnenen Resultate sind allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. So entzogen sich in unserer Studie die untersuchten Patienten nach Abschluss der sechsmonatigen Gruppentherapie vermehrt der experimentellen Kontrolle. Einige machten vielleicht zusätzliche und ganz unterschiedliche Therapieerfahrungen, während andere gar keine professionelle Unterstützung mehr erhielten. Weitere Einflüsse aus dem persönlichen Umfeld der Patienten auf die Studienergebnisse sind anzunehmen. Deshalb können die anschliessend diskutierten Resultate zu sozialen Fertigkeiten, neurokognitiven Dysfunktionen, Psychopathologie und Medikation, erhoben bis ein Jahr nach Therapiebeginn (T4), aber auch die Resultate zu den Rückfallraten, erhoben bis fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5), nur unter diesem Vorbehalt interpretiert werden.

Ein weiterer kritischer Punkt bleibt die Generalisierbarkeit der mit hoch motivierten Forschern gewonnenen Studienergebnisse auf alle späteren Therapeuten. Zeigt sich in einer Psychotherapieuntersuchung ein bestimmter klinischer Effekt, so ist nicht

unbedingt davon auszugehen, dass jeder, der diese Therapiemethode später anwendet, diesen spezifischen Effekt ebenfalls erzielt (Bandelow & Broocks, 2002). An der vorliegenden Multicenterstudie waren Psychotherapeuten aus unterschiedlichen, auch nichtuniversitären Institutionen beteiligt, was bezüglich dieses einen Aspekts eher von Vorteil gewesen sein könnte. In diesem Zusammenhang muss nochmals auf das Problem der Verflechtung von Erkenntnis und Interesse in der Evaluationsforschung hingewiesen werden, das besteht, wenn ein Therapeut ein selbst entwickeltes Programm evaluiert, wie dies hier erfolgte. Neben Luborsky et al. (1999) belegen auch Schumacher und Schulgen (2007), dass Studien, deren Autoren selbst entwickelte Programme oder Skalen benutzen, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Wirksamkeit der untersuchten Behandlungsmethode nachweisen. Deshalb zwingt der grössere Interpretationsspielraum, der bei Feldstudien im Vergleich zu Laborexperimenten meist besteht, bei der Analyse und Gewichtung der gefundenen Ergebnisse zu besonderer Sorgfalt und verpflichtet dazu, dem Streben nach Dissonanzreduktion bei der Interpretation zu widerstehen. Wird diese Gefahr jedoch beachtet, so hat die Evaluation eines selbst entwickelten Interventionsprogramms im alltäglichen Arbeitskontext den grossen Vorteil, dass die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis schnell und problemlos erfolgen kann und zugleich Erkenntnisse, die während der praktischen Anwendung gefunden werden, in das Evaluationsvorhaben mit einfließen können. In dieser Weise ist ein enger Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Forschung und praktischer Anwendung gegeben, der über das sonst übliche Mass hinausgeht und in verschiedener Hinsicht positive Auswirkungen haben kann.

3. Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Ausgangspunkt bei der Entwicklung des neuen Therapieprogramms zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich (Keppeler & Roder, 2002) war das Integrierte Psychologische Therapieprogramm, IPT (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Brenner et al., 1994; Roder, Brenner & Kienzle, 2002). Dieses bereits in sieben Sprachen übersetzte Therapiekonzept ist in der Vergangenheit in 28 unabhängigen Studien breit evaluiert worden, und ein Wirkungsnachweis in Bezug auf die Aneignung von allgemeinen sozialen Fertigkeiten konnte erbracht werden (Müller, Roder & Brenner, 2007). Bei der vorliegenden Studie wurde deshalb ein an das vierte Unterprogramm des IPT angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten als Massstab gewählt (Kontrollgruppe), um das neu entwickelte Therapieprogramm

damit zu vergleichen. Somit stellen die hier verglichenen Experimental- und Kontrollbedingungen therapeutische Interventionen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten der zweiten und dritten Entwicklungsphase dar. Bei einer Analyse der Ergebnisse zeigt sich, dass die Resultate der früheren IPT-Evaluationsstudien und die Resultate der Kontrollgruppe in Qualität und Quantität weitgehend übereinstimmen, was auf die Validität unserer Arbeit hindeutet. Da aber die Kontrollbedingung in vielen unabhängigen Studien erfolgreich evaluiert worden ist, können bei einer Reihe von Messinstrumenten keine grossen Gruppenvergleichseffekte erwartet werden. Um Signifikanz zu erlangen, wird bei einem Vergleich einer neuen Psychotherapieform mit einer bewährten Methode eine erheblich grössere Probandenzahl empfohlen, als es die beschränkten zeitlichen und finanziellen Ressourcen bei dieser Studie zulassen. Bandelow und Broocks (2002) nennen z.B. 200 Patienten pro Bedingung, damit sicher gesagt werden kann, dass die neue Psychotherapieform der alten zumindest ebenbürtig ist (Testung auf Gleichwirksamkeit, Kontrolle des Alpha-Fehlers). Denn zwischen der neuen und der bewährten Behandlung wird ein relativ geringer Effektunterschied erwartet. Bei einem Vergleich der neuen Methode mit einer Warteliste würde eine viel kleinere Patientenzahl pro Gruppe ausreichen, um sicher entscheiden zu können, ob sich die Experimentalbedingung von der Kontrollbedingung abhebt oder nicht, da hier von einem relativ grossen Effektunterschied ausgegangen werden kann. Eine Warteliste kam aber aus ethischen Gründen und aus Rücksicht auf den Versorgungsauftrag der beteiligten auch nichtuniversitären Institutionen nicht in Frage.

Trotz dieser Einschränkung ist mit dem neuen Programm durch die Verbindung von Therapie und spezifischem Rehabilitationsinhalt eine deutliche Verbesserung des Gesamteffekts erzielt worden. Wie die Resultate zeigen, fallen die globalen Therapieeffekte für die Experimentalgruppe (Wohnen) durchwegs höher aus als für die Kontrollgruppe (IPT). Zieht man Cohens (1988) allgemein anerkannte Berechnung der Grösse von Effektstärken heran, so ergibt sich nach der dreimonatigen Therapiephase für die Wohngruppe eine mittlere Gesamteffektstärke (T1–T2: $ES = 0.48$), während die IPT-Gruppe nur einen kleinen Gesamteffekt aufweist (T1–T2: $ES = 0.19$). Nach Abschluss der ebenfalls dreimonatigen Nachbehandlungsphase (T1–T3) erhöhen sich bei der Wohngruppe die Gesamteffektstärken weiter auf 0.53, bei der IPT-Gruppe auf 0.36. Bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) gehen die globalen Effekte bei beiden Gruppen zwar wieder leicht zurück, bei der Wohngruppe verbleiben sie aber auf einem mittleren Niveau von 0.49, während sie bei der IPT-Gruppe auf 0.32 sinken. Somit entwickelte sich die

Wohngruppe über die gesamte Untersuchungszeit generell besser als die IPT-Gruppe.

3.1 Psychopathologie und Rückfallraten

Der höhere Gesamteffekt bei der Wohngruppe ist in erster Linie auf den ausgeprägten Effekt bei Faktor 5 „Psychopathologie“ zurückzuführen, der über den gesamten Untersuchungsverlauf nachgewiesen werden kann. Die psychopathologischen Symptome bildeten sich bereits während der Therapiephase sehr stark zurück ($ES = 1.30$) und verringerten sich während der Nachbehandlungsphase sogar noch weiter ($ES = 1.51$). Am Ende der Katamnesezeit betrug die Effektstärke immer noch 1.11. Die IPT-Gruppe erreichte dagegen während der gesamten Untersuchungszeit nur sehr geringe Effektstärken. Entsprechend ergab die Überprüfung des Gruppenverlaufs mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVAS) bei Faktor 5 „Psychopathologie“ einen signifikanten Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 4.848$, $p = 0.033$), was bedeutet, dass die Patienten der Wohngruppe über alle vier Messzeitpunkte hinweg (T1–T4) tiefere Psychopathologiewerte aufwiesen als diejenigen der IPT-Gruppe. Die zusätzliche signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ bei diesem Faktor ($F = 10.502$, $p = 0.000$) verdeutlicht die ausgeprägte Symptomverbesserung der Wohngruppe vom Prä- zum Post-Therapie-Messzeitpunkt (T1–T2), bei gleichzeitiger Stagnation der IPT-Gruppe. Vom Verlauf her blieben die Werte anschließend in etwa gleich bei T3 und T4, so dass die Differenzen T1–T3 und T1–T4 zwischen den Gruppen ebenfalls hoch signifikant unterschiedlich ausfielen. Somit konnte die 5. Hypothese bestätigt werden.

Die Effekte der Wohngruppe bezüglich Psychopathologie sind ein Jahr nach Therapiebeginn ausgeprägter als in allen IPT-Studien (Müller, Roder & Brenner, 2007) und Metaanalysen zu herkömmlichen psychosozialen Interventionen (Dilk & Bond, 1996; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998). Sie gehen bei den Patienten der Wohngruppe zudem mit einer durchwegs tieferen Rückfallrate einher. Diese lag ein Jahr nach Therapiebeginn bei 11.5%, im Gegensatz zur IPT-Gruppe, die zum gleichen Zeitpunkt bereits 29.6% Rückfälle zu verzeichnen hatte, was einer Differenz von 18.1% entspricht. Dieses in seinem Ausmass doch überraschende Ergebnis könnte durch folgende Hypothese erklärt werden: Das Wohnen, einer der Hauptproblembereiche schizophrener Menschen, stufen auch die Betroffenen selbst als prioritär ein. Durch die direkte Integration dieses rehabilitationsspezifischen und

alltagsrelevanten Themas in die therapeutische Arbeit könnte sich ein intrinsisch motiviertes und aus der Sicht der Patienten auch sinnstiftendes Übungsverhalten entwickelt haben. Dies könnte gleichzeitig ein positives Selbstkonzept gefördert und die vorhandenen Ressourcen, d.h. das Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential aktiviert haben, was insgesamt die Psychopathologie in den Hintergrund treten liess. Für den Faktor Motivation als vermittelnde Variable sprechen auch die signifikant höheren Motivationswerte, die von den Patienten der Wohngruppe erzielt worden sind ($F = 3.832$, $df = 1$, $p = 0.050$). In der Literatur wird der Zusammenhang von hoher Therapiemotivation mit einer Symptomreduktion und geringeren Rückfallraten immer wieder hervorgehoben (Drieschner, Lammers & van der Staak, 2004; Schneider & Klauer, 2001). Die Bearbeitung relevanter wohnspezifischer Themenbereiche entsprach offenbar einem Bedürfnis der Patienten. Die Übereinstimmung dieses Bedürfnisses mit den Inhalten und Zielen des neuen Programms wurde somit zur Determinante der Motivation zum Therapieeintritt und -engagement (Schulte, 1997).

Symptomverbesserungen und die Senkung der Rückfallraten durch soziale Fertigkeitstrainings werden allerdings kontrovers diskutiert. So konnte in verschiedenen Metaanalysen eine Verringerung der psychopathologischen Symptome nachgewiesen werden (Dilk & Bond, 1996; Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996), und das Training sozialer Fertigkeiten führte deshalb zu einer schnelleren Entlassung der Patienten aus der Klinik (Benton & Schroeder, 1990; Mann et al., 1993). In anderen Studien wurde jedoch kein Effekt auf die Psychopathologie gefunden (Eckman et al., 1992; Marder et al., 1996). Die abweichenden Ergebnisse könnten dahingehend interpretiert werden, dass unterschiedliche Inhalte eines Fertigkeitstrainings auch unterschiedliche Effekte erzielen und deshalb nicht den gleichen Einfluss auf die Rückbildung der Symptome haben können. Der Einbezug des Wohnbereichs als ein relevantes und rehabilitations-spezifisches Thema in die Therapie könnte bei der vorliegenden Studie einen Teil dieses Unterschieds ausmachen. Auch Therapieprogramme von unterschiedlicher Zeitdauer erzielen unterschiedliche Effekte auf der Symptomebene (Penn & Mueser, 1996). In ihrer Übersichtsarbeit diskutieren die Autoren, dass Therapieansätze zu sozialen Fertigkeiten zwar in vielen Fällen die psychopathologischen Symptome reduzieren könnten, zur Rückfallprophylaxe würden sie jedoch kaum etwas beitragen, da die meisten von zu kurzer Dauer seien. Um eine stärkere Reduktion der Rückfallraten zu erreichen, müssten diese Trainingsprogramme mindestens ein halbes bis ein ganzes Jahr und mit wiederkehrenden Auffrischsitzungen durchgeführt

werden. So zeige sich in den wenigen Studien, bei denen sich das Training sozialer Fertigkeiten über sechs Monate erstreckte, ein deutlich grösserer klinischer Nutzen. Überwiegend werden solche Trainings jedoch nur während zwei bis drei Monaten angeboten. Neben Inhalt und Dauer eines sozialen Fertigungsprogramms scheint aber auch die Therapieintensität für die Rückbildung der Symptome und die Verringerung der Rückfallhäufigkeit von Bedeutung zu sein. In einer Metaanalyse zum IPT (Müller, Roder & Brenner, 2003), welche 26 Evaluationsstudien mit 1246 Patienten einschliesst, konnten in verschiedenen Funktionsbereichen (kognitive Fähigkeiten, Sozialverhalten und Psychopathologie) gute Effekte nachgewiesen werden. Voraussetzung dafür war allerdings eine minimale Therapieintensität von mindestens zwei Sitzungen pro Woche. Verschiedene Autoren (Penn & Mueser, 1996; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996) machen zudem mit Recht darauf aufmerksam, dass schwerer beeinträchtigte schizophrene Patienten, besonders solche mit einer überdauernden Negativsymptomatik, erheblich mehr Zeit für den Erwerb sozialer Fertigkeiten beanspruchen als wenig beeinträchtigte Patienten. Eine Studie von Kopelowicz, Liberman, Mintz und Zarate (1997) kommt sogar zum Schluss, dass Patienten mit schwerwiegender Negativsymptomatik wegen ihrer ausgeprägten Apathie und Anhedonie sowie einem eingeschränkten kognitiven Leistungsvermögen kaum auf solche Therapieverfahren ansprechen.

Beim hier evaluierten Therapieprogramm durchliefen alle Teilnehmer eine dreimonatige intensive Therapiephase, während welcher zweimal wöchentlich eine Gruppensitzung von 90-minütiger Dauer stattfand. In der anschliessenden ebenfalls dreimonatigen Nachbehandlungsphase wurde nur noch einmal wöchentlich eine Gruppensitzung angeboten. Es wurden sämtliche Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20) oder Schizoaffective Störung (F25) nach ICD-10 (WHO, 1993) in die Studie aufgenommen, bei denen das Programm eine therapeutisch indizierte Intervention im Rahmen eines ambulanten, teilstationären oder stationären Gesamtbehandlungsplans darstellte, besonders auch erheblich beeinträchtigte chronische Langzeitpatienten. Ausschlusskriterien waren eine vorherrschende Akutsymptomatik, Doppeldiagnosen (d.h. zusätzlicher schwerwiegender Drogen- oder Alkoholabusus) sowie ein stark eingeschränktes Kommunikationsverhalten oder ausgeprägte kognitive Defizite, welche ein geordnetes themenbezogenes Sprechen und die soziale Kontaktaufnahme in der Gruppe unmöglich machten. Bemerkenswert ist deshalb, dass sich bei der vorliegenden Studie mit eher schwerer und länger beeinträchtigten Patienten während der gesamten Therapie- und Nachbehandlungsphase, aber auch noch am Ende der Katamnese ein Jahr nach Therapiebeginn grosse Effekte bei

Faktor 5 „Psychopathologie“ für die Wohngruppe nachweisen liessen und die Rückfallrate eher tief blieb, während die IPT-Gruppe gleichzeitig nur sehr geringe Effektstärken erreichte, verbunden mit einer wesentlich höheren Rückfallhäufigkeit. Somit scheinen vor allem die spezifischen und alltagsnahen Rehabilitationsinhalte des neuen Therapieprogramms zu den tieferen Rückfallraten und der deutlichen Symptomreduktion beigetragen zu haben. Einen zusätzlichen Effekt könnten aber auch die ausreichende Intensität und Dauer des sozialen Fertigkeitstrainings gehabt haben.

Was die Stabilität der erzielten Therapieeffekte betrifft, so sind die Resultate ebenfalls sehr ermutigend, verglichen mit den in der Literatur genannten Rückfalldaten (an der Heiden, 1996; Häfner, 2005). Die kumulierte Rückfallrate der Wohngruppe stieg zwar kontinuierlich an, von 11.5% ein Jahr nach Therapiebeginn bis auf 38.5% fünf Jahre nach Therapiebeginn. Im Gegensatz dazu hatte die IPT-Gruppe nach einem Jahr aber bereits 29.6% Rückfälle zu verzeichnen, fünf Jahre später 55.6%. Die empirischen Belege zur Dauerhaftigkeit von Symptomreduktionen in Studien zu sozialen Fertigkeiten erscheinen dagegen wenig überzeugend. In einer Untersuchung von Dobson und Mitarbeitern (Dobson, McDougall, Busheikin & Aldous, 1995) wurde während neun Wochen ein allgemeines soziales Fertigkeitstraining durchgeführt. Am Ende der Therapie konnte zwar eine Verbesserung bezüglich der Negativsymptomatik festgestellt werden, diese war aber sechs Monate später bereits nicht mehr nachweisbar. In einigen weiteren Studien wird die zeitliche Stabilität der psychopathologischen Verbesserungen betont, doch die Katamnesezeiträume sind mit zwei bis acht Monaten meist zu kurz bemessen, um eine weiterreichende Beurteilung zu ermöglichen (Hayes, Halford & Varghese, 1995). Ausnahmen bilden z.B. diverse Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Liberman (Liberman et al., 1993), bei denen nach ein- oder zweijährigen Katamnesen noch Effekte bezüglich der Symptomatik nachgewiesen werden konnten. In der Literatur wird deshalb auch die grundsätzliche Frage aufgeworfen, inwieweit durch eine psychosoziale Therapie Rückfälle tatsächlich verhindert oder aber lediglich aufgeschoben werden, dies besonders dann, wenn in einer fortgeschrittenen Rehabilitationsphase die Umgebungsanforderungen an die Patienten zunehmen (Böker & Brenner, 1997a).

3.2 Sozialverhalten und Wohnstatus

Neben der psychopathologischen Symptomatik und den Rückfallraten wurden in der vorliegenden Studie zwei weitere typische Störungsbereiche bei schizophrenen Er-

kranken untersucht: das Sozialverhalten und die neurokognitiven Funktionen. Die Diskussion der Psychopathologie wurde aber an den Anfang gestellt, weil die signifikant reduzierten Werte bei der Wohngruppe den Therapiegesamteffekt entscheidend beeinflusst haben. Zwischen Psychopathologie, Neurokognition und Sozialverhalten werden vielfältige Wechselwirkungen vermutet. Allerdings ist eine Interpretation schwierig, da noch viel zu wenig über die dabei relevanten interaktiven Prozesse bekannt ist. Diesem Aspekt wurde in der Therapieforschung zur Schizophrenie bisher kaum Beachtung geschenkt. Es ist aber wahrscheinlich, dass die therapeutische Beeinflussung einer einzelnen Störungsebene oder eines Störungsmusters synerge Wirkungen auf anderen Ebenen zur Folge hat. Die gängige Annahme wäre jedoch zu vereinfachend und zu schematisch, dass die Pharmakotherapie Rückfälle auf direktem Weg durch symptomatische Prophylaxe verhindert, während die Psychotherapie oder ein psychosoziales Training diese auf indirektem Weg über verbesserte soziale Fertigkeiten und Kompetenzen oder die effektivere Bewältigung von Belastungssituationen verhindern (Böker & Brenner, 1997a).

Angesichts der Prävalenz und der gravierenden Folgen sozialer Dysfunktionen bei schizophrenen Patienten zielen viele Interventionen, wie auch das hier evaluierte Therapieprogramm, vor allem auf Verbesserungen des Sozialverhaltens ab. Es ist mittlerweile anerkannt, dass durch solche Fertigkeitstrainings eine Aneignung und teilweise auch Aufrechterhaltung von sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen erreicht werden kann. Unsere Resultate im Bereich des allgemeinen Sozialverhaltens, wie es durch die beiden Faktoren „Soziales Interesse und soziale Integration“ (Faktor 3) sowie „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ (Faktor 4) repräsentiert wird, scheinen diese Einschätzung zu bestätigen. Zwar konnten über den Erhebungszeitraum eines Jahres bei der inferenzstatistischen Auswertung keine signifikanten Unterschiede zwischen der Wohn- und der IPT-Gruppe festgestellt werden. Dieses Resultat war aber vorhersehbar, da die Kontrollbedingung als eine Intervention der zweiten Entwicklungsphase bereits mehrfach erfolgreich evaluiert worden ist und daher aufgrund der nicht optimalen statistischen Power keine grossen Gruppenvergleichseffekte erwartet werden konnten. Zudem sollte bei der Interpretation auch die Messmittel- bzw. Operationalisierungsproblematik sozialer Variablen berücksichtigt werden, denn diese sind bei schizophren Erkrankten vermehrt mit Störvariablen konfundiert (z.B. diverse unspezifische Behandlungseinflüsse) und methodologisch schwer zu operationalisieren (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001). Im Vergleich zu anderen Funktionsbereichen fallen die Effekte daher in der Regel tendenziell kleiner aus (Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998; Pilling, Beb-

bington & Kuipers, 2002). Diese Problematik wurde vor allem bei der Auswertung der Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) sichtbar. Es konnten anhand dieses Messinstruments keine differenzierteren Aussagen über die Wirkung des neuen Therapieprogramms in Bezug auf alltagspraktische und soziale Fertigkeiten der Gruppenteilnehmer gemacht werden. In den untersuchten Skalenbereichen ergaben sich zwar über die gesamte Therapie- und Nachbetreuungsphase bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn statistisch bedeutsame Verbesserungen bei allen Patienten (Haupteffekte „Zeit“), jedoch keine signifikanten Interaktionen. Somit lassen sich zwischen Wohn- und IPT-Gruppe keine differentiellen Resultate erkennen.

Bei der Berechnung der Effektstärken ergeben sich für die beiden Faktoren, welche psychosoziale Variablen abbilden, mittlere bis grosse Effekte. Bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ liegt die Effektstärke der Wohngruppe unmittelbar nach der zwölfwöchigen Therapiephase bei 0.54, während die IPT-Gruppe eine Effektstärke von 0.44 aufweist. Beide Gruppen verbessern sich anschliessend bis zum Ende der Nachbehandlungsphase kontinuierlich weiter, und beim Untersuchungsabschluss ein Jahr nach Therapiebeginn erreicht die Wohngruppe eine Effektstärke von 1.16, die IPT-Gruppe eine Effektstärke von 0.85. Somit ist die Wohngruppe mit ihren durchwegs grösseren Effekten der IPT-Gruppe bezüglich sozialem Interesse und sozialer Integration deutlich überlegen. Im Weiteren zeigt sich, dass die Patienten, welche das neue Therapieprogramm durchliefen, ebenfalls bessere Bewältigungsstrategien aufweisen als die Kontrollpatienten und sich ihre Befindlichkeit deutlicher erhöht. Die Effektstärken sind hier zwar weniger gross als bei Faktor 3. Sie bewegen sich bei der Wohngruppe zwischen 0.32 nach der Therapiephase und 0.47 ein Jahr nach Therapiebeginn, bei der IPT-Gruppe im gleichen Zeitraum zwischen 0.16 und 0.30. Der Verlauf bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ ist bei beiden Gruppen aber wiederum ähnlich.

Setzt man die Ergebnisse zum Sozialverhalten in Beziehung zum Wohnstatus der Gruppenteilnehmer, so fällt auf, dass dieser sich über den gesamten Untersuchungsverlauf bei den Patienten der Wohngruppe in paralleler Art hin zu einer immer unabhängigeren und selbständigeren Wohnform verbessert. Bei Therapiebeginn lebten nur 7 Personen in einer eigenen Wohnung, nach der dreimonatigen Therapiephase 8 Personen und nach der Nachbehandlungsphase 12 Personen. Ein Jahr nach Therapiebeginn waren es bereits 13 Personen und fünf Jahre nach Therapiebeginn 14 Personen. Dies sind genau doppelt so viele wie am Anfang. Entsprechend reduzierten sich die Aufenthalte in der Klinik: Während bei Studienbeginn noch

14 Patienten in einer geschlossenen oder offenen Station lebten, waren es ein Jahr später nur noch 7 Patienten. Fünf Jahre nach Therapiebeginn wurden gar keine Patienten der Wohngruppe mehr hospitalisiert. Mit dem durchgeführten Friedman-Test wird dieser auffällige Verlauf bei den stationären Patienten noch verdeutlicht, die Veränderung ist hoch signifikant (Friedman-Test: $\chi^2 = 38.140$, $df = 4$, $p < 0.01$). Im Gegensatz dazu stieg bei den Patienten der IPT-Gruppe die Anzahl Personen, die allein in einer eigenen Wohnung lebte, während der Therapie- und Nachbehandlungsphase nur kurzzeitig leicht an. Fünf Jahre nach Studienbeginn wohnten aber weniger Personen selbständig als zu Beginn. Bei den stationär untergebrachten Patienten veränderte sich dementsprechend ebenfalls wenig. Die Anzahl Patienten in der offenen Station einer Klinik blieb über den gesamten Untersuchungszeitraum von fünf Jahren ungefähr auf gleichem Niveau.

In der Literatur wird immer wieder die Forderung nach eindeutigeren Nachweisen für Transfer und Generalisierung der erworbenen sozialen Fertigkeiten erhoben (Huxley, Rendall & Sederer, 2000; Penn & Mueser, 1996). Eines der Ziele dieser Forschungsarbeit war es deshalb, dieser Forderung nachzukommen. Es besteht Übereinstimmung, dass allgemeine unspezifische Trainingsverfahren zu sozialen Fertigkeiten nur geringe Transfer- und Generalisierungseffekte über den Therapierahmen hinaus aufweisen (Brenner & Pfammatter, 1998; Marder et al., 1996; Smith, Bellack & Liberman, 1996), im Gegensatz zu spezifischen sozialen Fertigungsprogrammen der dritten Entwicklungsphase, welche in dieser Hinsicht bessere Resultate vorweisen können. Über entsprechende Effekte berichten z.B. Eckman et al. (1992). Sie fanden eine Generalisierung der erlernten sozialen Fertigkeiten auf das klinikexterne Milieu, verbunden mit einer signifikanten Verbesserung des Wohlbefindens, einer Erhöhung der sozialen Aktivität sowie der interpersonellen Kontakte. Auch in weiteren Studien wurden Effekte bezüglich Generalisierung sozialer Fertigkeiten auf andere Lebensbereiche gefunden (Hayes, Halford & Varghese, 1995; Smith, Bellack & Liberman, 1996). Unsere Erwartung war deshalb, dass mit dem neu entwickelten Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich die erworbenen sozialen Kompetenzen besser auf andere nahe stehende Lebensbereiche generalisieren. Vergleicht man die Befunde der Experimentalgruppe zum Wohnstatus mit den Ergebnissen zum allgemeinen Sozialverhalten, wie sie in den beiden untersuchten Faktoren „Soziales Interesse und soziale Integration“ sowie „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ zum Ausdruck kommen, so könnte die gute Übereinstimmung in der Entwicklung der beiden Bereiche im Sinne der dritten Hypothese darauf hinweisen, dass den Patienten der Wohngruppe ein Transfer und eine

Generalisierung ihrer neu erworbenen spezifischen Fertigkeiten auf allgemeine soziale Alltagssituationen besser gelungen ist als den Patienten der IPT-Gruppe, wo es eine weniger gute Übereinstimmung der Verläufe gab. Es ist plausibel, dass Personen, welche unabhängig in einer eigenen Wohnung leben, vermehrt auch ihre allgemeine Sozialkompetenz und ihre Bewältigungsfertigkeiten aktivieren und einsetzen müssen. Die befriedigende Wirkung einer selbständigen Wohnsituation könnte sich zudem verstärkend auf das Sozialverhalten in anderen Lebensbereichen auswirken. Andererseits sind allgemeine soziale Fertigkeiten und Kompetenzen aber auch eine Voraussetzung für die eigenverantwortliche Lebensführung in einer eigenen Wohnung.

3.3 Kognitive Funktionen

Als dritter typischer Störungsbereich bei schizophrenen Erkrankten werden in der vorliegenden Studie die kognitiven Funktionen untersucht. Die Ergebnisse intensiver Forschungsbemühungen der letzten Jahre zeigen, dass sich neben störungsspezifischen psychopathologischen Symptomen hauptsächlich neurokognitive Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und exekutive Funktionen (Konzeptbildung, Planung, Entscheidungsfindung, Fehlersuche und -korrektur) pervasiv auf die soziale Integration der Patienten auswirken können (Lächler, 2006). Kognitive Dysfunktionen verhindern den adäquaten Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen. Die mangelnde Sozialkompetenz erhöht das Risiko, sozialen Stressoren ausgesetzt zu werden und vermindert gleichzeitig das Vermögen, diese zu bewältigen. Die dadurch verursachte psychologische Erregung führt zu einer weiteren Einschränkung der ohnehin schon limitierten Informationsverarbeitungskapazität. Schizophrenietypische Störungen der Informationsverarbeitung behindern ebenfalls die Möglichkeit einer effektiven Nutzung allenfalls vorhandener sozialer Unterstützung. Dass kognitive Beeinträchtigungen den Erwerb und die Anwendung sozialer und instrumenteller Fertigkeiten bei schizophrenen Erkrankten stark einschränken, ist mittlerweile gut gesichert (Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000). Replizierbare Zusammenhänge von kognitiver Funktionsstörung und sozialer Kompetenz fanden sich z.B. für die Bereiche verbales Langzeitgedächtnis (Corrigan & Toomey, 1995), Daueraufmerksamkeit (Penn, Mueser & Spaulding, 1995) und Negativsymptomatik (Dickerson, Boronow, Ringel & Parente, 1996). Mögliche Zusammenhänge ergaben sich für das verbale Kurzzeitgedächtnis und visuelle Verarbeitungsprozesse (Corrigan, Green & Toomey,

1994). Für exekutive Funktionen (Corrigan & Toomey, 1995; Penn, Mueser & Spaulding, 1995) und Positivsymptomatik (Corrigan, Green & Toomey, 1994) liessen sich bisher jedoch keine Zusammenhänge nachweisen. Weitere Wechselwirkungen zwischen Psychopathologie, Neurokognition und Sozialverhalten werden vermutet. Sie sind aber sehr komplex und deshalb noch ungenügend untersucht. Green und Nuechterlein (1999) stellten dazu ein Modell vor, welches auf der Basis einer Übersicht bisheriger empirischer Studien mögliche weitere Wechselwirkungen aufzeigt.

Die Forderungen an eine optimale Therapie und Rehabilitation für schizophrene Patienten sind aus diesen Gründen so heterogen wie die Befundlage. Sowohl zur Upward-Generalisierung (Verbesserbarkeit von komplexeren Fertigkeiten wie sozialer Kompetenz durch vorangehendes kognitives Training), als auch zur Downward-Generalisierung (Steigerung kognitiver Funktionsfähigkeit durch vorangehendes soziales Kompetenztraining) werden inkonsistente Ergebnisse berichtet (Vauth, Dietl, Stieglitz & Olbrich, 2000). Für zukünftige Therapiekonzepte in diesen Bereichen wird aber dem Faktor soziale Kognition vermehrt Bedeutung zugewiesen. Er gilt als mögliches Bindeglied zwischen basaler Neurokognition und sozialem Funktionsniveau. Bezüglich seiner Definition besteht heute noch kein Konsens (Green, 2003). Das Forschungsinteresse richtet sich vor allem auf zu verbessernde Funktionen wie Emotionswahrnehmung, soziale Perspektivenübernahme, soziale Attributionen und Schlussfolgerungsprozesse. Ein weiterer sozialkognitiver Bereich umfasst die Selbstwahrnehmung und das Selbstkonzept schizophrener Patienten, hier vor allem im Zusammenhang mit dem Krankheitskonzept und der Krankheitseinsicht (Horan & Blanchard, 2003; Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green & Gitlin, 2004).

Vor dem Hintergrund dieser neusten Forschungsentwicklungen scheinen Therapieverfahren, welche beim Training von spezifischen sozialen Fertigkeiten und Kompetenzen auch die Behandlung kognitiver Funktionsstörungen einbeziehen, geeignet zu sein, Wechselwirkungen zwischen den beiden Ebenen entgegenzuwirken. Dies bestätigen unsere Resultate in den beiden Bereichen Sozialverhalten und kognitive Funktionen. Die Evaluation des neuen Therapieprogramms erbrachte neben den mittleren bis grossen Effekten im psychosozialen Bereich auch Verbesserungen bei den beiden Faktoren, welche kognitive Beeinträchtigungen abbilden. Ebenfalls bestätigt werden in diesem Zusammenhang die Ergebnisse früherer Studien zur Kontrollgruppe, die belegen, dass durch das IPT eine Verbesserung kognitiver Leistungen bewirkt werden kann (Roder et al., 2001). Für Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ und Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“ liegen aber gegenläufige Resultate für Experimental- und Kontrollgruppe vor. Während bei

der Wohngruppe über den gesamten Untersuchungszeitraum eines Jahres nur kleine Veränderungen bezüglich der Tempoleistung zu erkennen sind, kann sich die IPT-Gruppe bis zum Ende der Untersuchung beim ersten Faktor leicht verbessern. Die Effektstärken sind bei beiden Gruppen jedoch sehr gering, sie bewegen sich zwischen 0.10 und 0.30. Beim zweiten Faktor ergibt sich eine umgekehrte Tendenz. Hier ist die Wohngruppe der IPT-Gruppe überlegen und verbessert sich bezüglich Konzentration deutlich im Verlauf der Untersuchung. Die Effektstärken steigen von kleinen Werten (0.15 nach der Therapiephase) auf mittlere Werte (0.47 nach der Nachbehandlungsphase und 0.58 am Ende der Katamnesezeit). Im Gegensatz dazu stagnieren die Effektstärken der IPT-Gruppe beim zweiten Faktor auf tiefem Niveau: Von 0.12 nach der Therapiephase erhöhen sie sich bis zum Ende der Katamnesezeit nur geringfügig auf 0.20. Somit liegt eine reziproke Entwicklung der beiden Gruppen in Bezug auf Tempoleistung und Konzentration vor.

Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede könnte in den verschiedenen Inhalten und den damit verbundenen unterschiedlichen Trainingseffekten vermutet werden. So behandeln die Teilnehmer der Wohngruppe kompliziertere und vielschichtigere Themen, die möglicherweise komplexere Hirnleistungen und damit Hirnfunktionen trainieren. Viele der eingeübten sozialen Situationen im neuen Programm, wie z.B. das Teilnehmen an einer Konversation oder das Vorstellungsgespräch bei einem Wohnungsvermieter, stellen hohe Anforderungen an präattentive und attentive Prozesse (Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson & Weiler, 1999). Eine gesteigerte Konzentrationsleistung dürfte einer Desorganisation kognitiver Strukturen entgegenwirken, was von einer erhöhten Tempoleistung weniger erwartet werden kann. Damit liessen sich möglicherweise auch die in dieser Studie gefundenen Ergebnisse zur Psychopathologie zum Teil erklären, d.h. die signifikante Symptomreduktion bei den Patienten der Wohngruppe im Gegensatz zu den eher bescheidenen Verbesserungen der IPT-Gruppe. Nach Green und Nuechterlein (1999) scheinen kognitive Dysfunktionen und Negativsymptomatik in einem positiven Zusammenhang zu stehen.

Die kognitiven Verbesserungen erscheinen bemerkenswert, auch wenn sie relativ gering sind, da sowohl bei der Experimental- wie auch der Kontrollgruppe explizit kein ergänzendes kognitives Training durchgeführt wurde, wie dies etwa beim integral durchgeführten IPT geschieht. Dort werden mit dem ersten Unterprogramm „Kognitive Differenzierung“ zuerst entsprechende attentional-perzeptive und kognitive Grundfunktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit oder Konzeptbildung eingeübt, bevor darauf aufbauend mit den vier weiteren Unterpro-

grammen allgemeine soziale Fertigkeiten bearbeitet werden. Kognitive Übungen waren jedoch bei unserer Untersuchung in die sozialen Fertigkeitstrainings beider Gruppen integriert und wurden demzufolge indirekt in das therapeutische Vorgehen einbezogen. Daraus lässt sich schliessen, dass sowohl mit einem allgemeinen sozialen Fertigkeitstraining wie auch mit dem neu entwickelten Programm zur Rehabilitation schizophrener Erkrankter im Wohnbereich kognitive Funktionen stabilisiert und verbessert werden können. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit verschiedenen Publikationen (Green & Nuechterlein, 1999; Spaulding et al., 1999; Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt, 1999), die Zusammenhänge zwischen dem Sozialverhalten und Verbesserungen im kognitiven Bereich aufzeigen. Die vierte Hypothese, die von einer Reduktion der neurokognitiven Dysfunktionen durch die Teilnahme am neuen Therapieprogramm ausgeht, konnte somit bestätigt werden.

Offen bleibt aber einerseits der genaue Zusammenhang zwischen spezifischen kognitiven Funktionseinschränkungen und verschiedenen Aspekten des Sozialverhaltens und andererseits, welche Konsequenzen daraus für die Konzipierung und Gestaltung neuer Therapieverfahren gezogen werden müssen. In der gegenläufigen Entwicklung der beiden Gruppen in Bezug auf die untersuchten Variablen Tempoleistung und Konzentration deutet sich möglicherweise an, dass Wohnprogramm und IPT unterschiedliche Indikationen haben könnten. Bei der Wohnungssuche, beim Umzug an einen neuen Wohnort oder beim Bewältigen von Schwierigkeiten im Wohnbereich sind weniger eine hohe Tempoleistung als vielmehr Aufmerksamkeit und Konzentration für diese doch recht komplexen spezifischen Anforderungen notwendig. Deshalb werden eventuell schizophrene Erkrankte mit wenig ausgeprägter Symptomatik oder solche in Remission stärker vom neuen Therapieprogramm profitieren. Andererseits könnte das IPT-Programm vielleicht geeigneter sein für Patienten, bei denen basale Funktionen wie z.B. die Tempoleistung limitierend wirken.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei den gemittelten abhängigen Variablen Neurokognition (Faktor 1 und 2), Sozialverhalten (Faktor 3 und 4) und Psychopathologie (Faktor 5) durchwegs höhere globale Behandlungseffekte für die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe gefunden werden konnten. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies für die Therapiephase. Hier beträgt der Therapiegesamteffekt für die Wohngruppe 0.48, während die IPT-Gruppe nur einen kleinen Gesamteffekt von 0.19 aufweist. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass das neue Therapieprogramm, welches den Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten in einem eng definierten Bereich wie dem Wohnen fördert, im Vergleich mit einem allgemeinen sozialen Fertigkeitsprogramm schneller zu Verbesserungen bei sozialen, kognitiven

und psychopathologischen Parametern führt. Die gemittelten Effektstärken der fünf Faktoren über die gesamte Untersuchungszeit bestätigen aber auch, dass die Forderung einer möglichst langfristigen Behandlung für das Erreichen befriedigender Therapieeffekte berechtigt ist. Die gefundenen Werte steigen im weiteren Verlauf nochmals an und liegen für die Wohngruppe nach Abschluss der Nachbehandlungsphase bei 0.53 und am Ende der Katamnesezeit bei 0.49.

3.4 Neuroleptische Medikation

Ein wichtiges Kriterium zur Aufnahme von Patienten in eine der Therapiegruppen war die individuell angepasste und stabil dosierte antipsychotische Medikation, wie dies heute bei nahezu allen kontrollierten Studien zur Effektivität von Psychotherapie bei schizophren Erkrankten üblich ist (Bailer, Takats & Schmitt, 2002; Wunderlich, Wiedemann & Buchkremer, 1996). Die Tagesdosis der verabreichten Neuroleptika wurde zu Vergleichszwecken in Chlorpromazin-Äquivalente umgerechnet. Die neuroleptische Medikation war folglich auch eines der acht Parallelisierungskriterien in der vorliegenden Studie. Die Fragestellung zielte also nicht auf den Vergleich der Effektivität von Psychotherapie versus Pharmakotherapie ab, sondern es interessierte der Mehrwert, d.h. der zusätzliche Nutzen, der durch die Anwendung eines spezifischen oder unspezifischen Fertigkeitstrainings für die Patienten entsteht. Angesichts der oft gravierenden Nebenwirkungen von Neuroleptika, die einen eigenen Leidensdruck schaffen können, und der Tatsache, dass auch Medikamente spätere Rückfälle nicht immer vermeiden, wäre es erstrebenswert, wenn die Medikamentendosis bei gleichzeitiger Anwendung von psychosozialen Interventionen möglichst gering gehalten werden könnte. Wird dem Patienten geholfen, sich Fähigkeiten anzueignen, die für ein selbständiges Leben notwendig sind, sinkt auch die Wahrscheinlichkeit weiterer stationärer Aufenthalte. Dies könnte neben dem Gewinn an Lebensqualität auch eine kostengünstigere Alternative zur höher dosierten Psychopharmakabehandlung darstellen.

Eine interessante Frage bezüglich der Neuroleptika stellte sich aber trotzdem: In der heutigen Schizophrenieforschung wird die unterschiedliche Wirkung von klassischen (typischen) Neuroleptika der ersten Generation und sogenannten atypischen Neuroleptika der zweiten Generation immer noch häufig und kontrovers diskutiert. Neben geringeren Nebenwirkungen wird den neuen Medikamenten in vielen Studien auch eine bessere Wirksamkeit in Bezug auf die Negativsymptomatik und den davon ab-

hängigen sozialen Verlauf der Krankheit sowie auf die kognitiven Funktionen oder die Therapieresistenz zugeschrieben (Azorin et al., 2001; Bondolfi et al., 1998; Möller, 2003; Naber, Degner & Bender, 2002; Schäfer, Lambert & Naber, 2004; Tollefson, Birkett, Kiesler & Wood, 2001; Volavka, Czobor & Sheitman, 2002). Eine Metaanalyse bestätigt diese Befunde weitgehend (Davis, Chen & Glick, 2003). Demgegenüber kommt aber eine frühere, im British Medical Journal publizierte Metaanalyse (Geddes, Freemantle, Harrisson & Bebbington, 2000) zum Ergebnis, dass sich bei einer Auswahl von Studien mit vergleichbaren Dosierungen keine unterschiedlichen therapeutischen Wirkungen von atypischen und typischen Neuroleptika zeigen, mit Ausnahme der geringeren extrapyramidalen Nebenwirkungen bei atypischer Medikation. Eine weitere Metaanalyse ergibt sogar, dass Neuroleptika der ersten Generation bei niedriger Dosierung nicht erkennbar mehr extrapyramidale Nebenwirkungen verursachen als Neuroleptika der zweiten Generation in normaler Dosierung (Leucht et al., 2003). Ob die atypischen Neuroleptika keine Spätdyskinesien hinterlassen, ist im Hinblick auf die zeitlich begrenzten Erfahrungen mit den neuen Medikamenten noch nicht zu beantworten (Dose, 2003).

Vor dem Hintergrund dieser widersprüchlichen Ergebnisse wurde deshalb in der vorliegenden Untersuchung überprüft, ob die Art der begleitenden Neuroleptika differenzielle Auswirkungen auf den sozialen Verlauf der Krankheit, die kognitiven Funktionen oder die Psychopathologie der Patienten hat. Wie die Resultate aber zeigen, konnte die von mehreren klinischen Studien belegte bessere Wirksamkeit der atypischen Neuroleptika in diesen drei Bereichen nicht bestätigt werden. Es ergab sich im Gegenteil bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ ein signifikanter Haupteffekt zu Gunsten der Patienten mit typischer neuroleptischer Medikation ($F = 5.131$, $p = 0.030$), d.h., diese Patienten zeigten über den gesamten Untersuchungsverlauf ein höheres soziales Interesse und eine bessere soziale Integration als die Gruppe mit atypischen Neuroleptika. Ebenso verdeutlicht die graphische Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, dass die gefundene Verbesserung der IPT-Gruppe hauptsächlich auf die Patienten mit typischen Neuroleptika zurückzuführen ist. Differenzielle Auswirkungen der begleitenden Medikation gemäss der achten Hypothese konnten somit zwar gefunden werden, allerdings widersprechen diese beiden Resultate der in der Literatur diskutierten positiveren Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Funktionen und die Sozialkompetenz. Unsere Resultate können jedoch aufgrund der sehr kleinen Stichprobengrössen nur mit grosser Vorsicht interpretiert werden. So befanden sich in der Wohngruppe 7 und in der IPT-

Gruppe 15 Patienten mit typischer Medikation (insgesamt 22 Patienten), mit atypischer Medikation wurden in der Wohngruppe hingegen 19 und in der IPT-Gruppe 13 Patienten behandelt (insgesamt 32 Patienten), wobei die signifikant von den erwarteten Häufigkeiten abweichende Verteilung ($\chi^2 = 3.965$, $p = 0.046$) selbstverständlich im weiteren Verlauf der statistischen Auswertung kontrolliert wurde. Doch trotz dieser Einschränkung wird durch die erhaltenen Ergebnisse der Eindruck verstärkt, dass im Bereich des differentiellen Wirkprofils von konventionellen gegenüber atypischen Neuroleptika noch weitere Forschungsanstrengungen notwendig sind.

4. Schlussfolgerungen

Die Schizophrenie ist eine der kostenintensivsten psychischen Störungen, und zwar wegen ihres überwiegend frühen Erkrankungsalters, ihres häufig chronischen Verlaufs, der oft mehrmaligen Wiederaufnahmen in stationäre Akutbehandlung, der meist notwendigen Rehabilitationsleistungen sowie des hohen Anteils dauerhafter psychischer Behinderung (Global Burden of Disease Study der WHO, Murray & Lopez, 1997). Dabei entstehen etwa 30% der Behandlungskosten bereits im ersten Jahr (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2006). Es erstaunt deshalb nicht, dass die Berechnung der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten von Schizophrenieerkrankungen in den letzten Jahren viel Interesse gefunden hat. Denn in Zeiten steigender Gesundheitsausgaben und einer zunehmend kritischen Analyse der Gesundheitssysteme hat sich ein neues Bewusstsein für die Kosten einer Krankheit und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung herausgebildet. Die Ermittlung von Kostenaspekten dient aber auch dazu, auf die wirtschaftliche Bedeutung eines Gesundheitsproblems aufmerksam zu machen und durch den Kostenvergleich mit anderen Krankheiten die Prioritätensetzung von Gesundheits- und Forschungspolitik zu beeinflussen. Die Kosten einer Krankheit setzen sich aus drei Komponenten zusammen: Direkte Kosten (Diagnose, Behandlung, Rehabilitation, Prävention, Investitions- und Betriebskosten der Einrichtungen im Gesundheitswesen, Transferleistungen an die Kranken etc.), indirekte Kosten (Verlust an Produktivität durch Arbeitsausfall und Frühpensionierungen, Einbussen an Ressourcen etc.) und nichtmonetäre Kosten (verminderte Lebensqualität, Schmerz, Leiden und Behinderung, Belastung der Angehörigen). Aus den nichtmonetären Kosten können wiederum Folgekosten entstehen, indem z.B. Angehörige von schizophren Erkrankten vermehrt das Gesundheitssystem beanspruchen. Die Bestimmung der gesamten Kosten ist mit einer grossen Unschärfe belastet, weil der berechenbare

Anteil begrenzt und der Schätzanteil vor allem bei den indirekten Kosten gross ist. In Deutschland beispielsweise werden die direkten Kosten der Schizophrenie auf jährlich drei Milliarden Euro geschätzt, die Gesamtkosten auf ca. zehn Milliarden Euro (Häfner, 2005; Juckel, Schultze-Lutter & Ruhrmann, 2004). Übereinstimmend betragen in Europa die direkten Kosten ca. 2% bis 3% der Gesamtausgaben eines nationalen Gesundheitswesens (Knapp, 1997). In einer soeben erschienen Studie der Universität Zürich zu den Kosten von psychiatrischen Erkrankungen in der Schweiz werden die direkten Kosten, welche die geschätzten 40'000 schizophrenen Patienten pro Jahr verursachen, mit 527 Millionen Euro angegeben (Jäger, Sobocki & Rössler, 2008). Die Studie berücksichtigt alle verfügbaren Daten zu den Kosten im Schweizer Gesundheitssystem und Hochrechnungen des European Brain Councils auf der Basis gesamteuropäischer Daten. Die Autoren vermuten aber, dass die tatsächlichen Kosten tendenziell eher höher seien, da für einige Kostenfaktoren nur unzureichende Daten vorlägen.

Die Verlagerung des Behandlungs- und Versorgungsschwerpunkts schizophrener Erkrankter von der geschlossenen Klinik ins Gemeindeumfeld führte neben den vielfältigen Verbesserungen für die Betroffenen auch zu Kosteneinsparungen. Dies belegen Kostenvergleichsstudien zu den verschiedenen Formen der Behandlung und Versorgung. So wies Ciompi bereits 1993 aufgrund seines Soteria-Projekts darauf hin, dass die Behandlung von Akutpatienten im ausserklinischen Setting nur 40% bis 50% der Kosten der stationären Versorgung verursache und zudem gleich effektiv oder effektiver sei (Ciompi, 1993). Wird die oft langwierige Rehabilitationsphase in die Kostenberechnung eingeschlossen, so fielen die Gesamtbehandlungskosten in Soteria Bern allerdings um rund einen Drittel höher aus als in den verglichenen Kliniken, dies als Folge einer durchschnittlich doppelt so langen Aufenthaltsdauer der Patienten (Ciompi et al., 1993). Neuere Kosteneffektivitätsstudien stützen Ciompis Ergebnisse. Sie belegen, dass bei der gemeindeintegrierten Akutversorgung über einen reduzierten stationären Behandlungsbedarf eine deutliche Senkung der Kosten erreicht werden kann (Burns & Raftery, 1991; Creed et al., 1997; Merson, Tyrer, Carlen & Johnson, 1996; Wiersma, Kluiter, Nienhuis, Rüphan & Giel, 1995). Auch in den zwei grossen Mannheimer Untersuchungen von 1980 und 1995 fiel der Kosten-Nutzen-Vergleich eindeutig zugunsten des gemeindeorientierten Versorgungssystems aus (Häfner, 1988; 2005). Dieses erbringe ein deutliches Mehr an Lebensqualität für die Erkrankten, verursache aber im Durchschnitt nur etwas weniger als 50% der Kosten einer langfristigen Klinikbehandlung.

Bei den chronischen Langzeitpatienten zeigt das Verteilungsmuster der Behandlungskosten, dass diese bei den stationär untergebrachten Patienten in den letzten Jahren ebenfalls stark zurückgegangen sind. Demgegenüber stiegen aber die Kosten für beschütztes Wohnen immer mehr an, entsprechend dem fortschreitenden Ausbau dezentraler Dienste (Häfner, 2005). Diese Ressourcenverschiebung von den psychiatrischen Kliniken zu einem breiten Angebot an Wohnmöglichkeiten von unterschiedlicher Betreuungsintensität, zu Nachsorge und Rehabilitation in der Gemeinde widerspiegelt den grossen Anteil an chronisch schizophren Erkrankten, die nicht mehr stationär untergebracht sind und deshalb vielfältiger Hilfe und Unterstützung benötigen. Dabei sorgt besonders die langfristige soziale Versorgung für hohe Kosten. Dies belegen z.B. die Ergebnisse der mehrjährigen, umfassenden TAPS-Studie (Leff, 1997; McCrone & Becker, 2000), wo sich in sukzessiven Jahreskohorten Entlassener eine fast durchgehende Steigerung der Betreuungskosten pro Patient ergab, besonders in den spätesten Kohorten. Dies wird dadurch erklärt, dass neben den Akutpatienten mit den Jahren immer häufiger auch Patienten entlassen wurden, bei denen Störungen des Sozialverhaltens, der Selbstvernachlässigung und der Selbst- und Fremdgefährdung im Vordergrund standen. Mit dem Fortschreiten des Enthospitalisierungsprozesses und der Entlassung auch schwerer beeinträchtigter oder chronischer Langzeitpatienten in die Gemeinde wurde eine engmaschigere Betreuung notwendig, was zunehmend personalintensivere Angebote erforderlich machte. Deshalb liessen sich insgesamt zwar keine substanziellen Kosteneinsparungen nachweisen, wohl aber eine viel höhere Akzeptanz durch die Betroffenen selbst. Mehr als 80% der entlassenen Patienten waren nach zwei Jahren mit ihrer Wohnsituation zufrieden und zogen den Aufenthalt in einer komplementären Einrichtung dem vorher erlebten Klinikaufenthalt vor. Brenner (1995) gelangte deshalb nach einer eingehenden Literaturanalyse und als Mitarbeiter der EU-Arbeitsgruppe „Future of the mental hospital“ zum Schluss, dass eine gut und differenziert ausgebaute Gemeindepsychiatrie nicht billiger sei als traditionelle Behandlungsstrukturen. Sie sei zudem für einen beträchtlichen Anteil an Erkrankten nicht ausreichend und stehe in einer ausgesprochen komplementären, nicht aber alternativen Beziehung zu den reformierten psychiatrischen Kliniken. Wo immer möglich, sei aber einer Versorgung in der Gemeinde Vorrang einzuräumen.

Die Ressourcenverknappung und der dadurch verschärfte Verteilungskampf sowie Diskussionen um die Kosteneffektivität der verschiedenen Versorgungsformen liessen zeitweise eine wichtige Frage in den Hintergrund treten: Welcher Patient kann unter welchen Bedingungen und mit welchem Verfahren am effizientesten behandelt

werden? Wie die klinische Erfahrung in der Anwendung bestehender Therapieprogramme zeigt, kann die Therapieansprechbarkeit (der sogenannte Therapieerfolg) oft sehr unterschiedlich sein. Dies ist bedingt durch die Heterogenität schizophrener Erkrankungen sowohl auf syndromaler Ebene als auch bezüglich des Rehabilitations- und Krankheitsstatus. Dementsprechend wäre die empirische Untersuchung möglicher Prädiktoren für den Therapieerfolg für eine Optimierung bestehender Behandlungsansätze von zentraler Bedeutung. Ebenfalls kaum untersucht ist die Frage, in welcher Wohnform ein schizophrener Erkrankter am besten lebt. Über die günstigste Wohnumwelt wurden bisher kaum Studien veröffentlicht, eine empirisch abgestützte Indikationsstellung ist daher nicht möglich. Es besteht die Tendenz, dass auch diese Frage immer weniger nach wissenschaftlichen Überlegungen und Erkenntnissen, sondern zunehmend nach ökonomischen oder betriebswirtschaftlichen Kriterien entschieden wird. Dies gilt auch für die psychosozialen Therapie- und Rehabilitationsmassnahmen. So ist mittlerweile für die Kostenträger von untergeordneter Bedeutung, wie gut ein Programm seine Ziele erreicht, wenn diese Ziele von anderen Programmen oder Behandlungsstrategien (z.B. Psychopharmaka) günstiger erreicht werden können. Bei der Entwicklung und Evaluation eines neuen Therapieprogramms muss daher immer auch der Kosten-Nutzen-Aspekt einbezogen werden. Unter den gegenwärtigen ökonomischen Voraussetzungen im Gesundheitswesen ist dies ein entscheidendes Kriterium für die spätere Aufnahme in die Versorgungspraxis. Die ressourcenintensiven psychologischen Behandlungsmethoden haben diesbezüglich einen besonders schweren Stand. Das Kosten-Nutzen-Denken wirkt sich oft bereits bei der Planung und Durchführung einer Wirksamkeitsuntersuchung in verschiedener Art negativ aus, denn exakt durchgeführte Psychotherapiestudien verursachen hohe Kosten. So musste beispielsweise in unserer Untersuchung aus Kostengründen auf eine therapeutenunabhängige Erfolgsbeurteilung durch blinde Rater verzichtet werden, was die Gefahr von Versuchsleitereffekten birgt. Die meisten Finanzmittel in der Therapieforschung werden heute für die Erfassung der Wirksamkeit psychopharmakologischer Substanzen eingesetzt. Hier interessiert im Wesentlichen der Vergleich mit einer bereits eingeführten und bewährten Referenzsubstanz oder mit Placebo. Entsprechende Studien im Bereich psychotherapeutischer und psychosozialer Therapieverfahren sind heute wegen der strengen empirischen Anforderungen fast nur noch mittels aufwändiger Multicenterstudien zu erfüllen. Sie beschränken sich daher hauptsächlich auf Einzelprojekte interessierter Forschergruppen mit meist kleinen Stichproben.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass durch die kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Interventionen des neuen Therapieprogramms zum Thema Wohnen gezielt das Selbsthilfe-, Bewältigungs- und Rehabilitationspotential von schizophren Erkrankten in einem ihrer Hauptproblembereiche gestärkt werden kann. Dies führt bei den Patienten zu mehr Selbständigkeit und Unabhängigkeit und bewirkt neben deutlichen Symptomverbesserungen auch eine starke Reduktion der Rückfallraten. Dem oft beklagten Drehtüreffekt kann somit besser begegnet werden. Durch die (wieder) erreichte persönliche Stabilität sind auch die Vorbedingungen für eine soziale und berufliche Wiedereingliederung erfüllt, was den Erkrankten ermöglicht, sich dauerhaft gesellschaftlich zu integrieren. Wenn durch das selbständige und autonome Wohnen weniger Versorgungs- und Betreuungskosten anfallen und die ambulanten Dienste seltener genutzt werden müssen, trägt dies wesentlich zur Senkung der hohen direkten und indirekten volkswirtschaftlichen Kosten bei. Noch ausgeprägter scheint mir aber der Nutzen im Bereich der nichtmonetären Kosten zu sein. Ein schizophrene Erkrankter, der unabhängig leben und sich im Alltag vorwiegend selbst versorgen kann, gewinnt an Selbstvertrauen, Zufriedenheit, subjektiv empfundener Lebensqualität und persönlicher Freiheit. Gleichzeitig vermindern sich der Schmerz und das Leiden, das durch die Abhängigkeit, Ausgrenzung und Stigmatisierung entsteht, wenn Patienten dauerhaft in psychiatrischen Institutionen behandelt und betreut werden müssen. Auch die Angehörigen werden entlastet, wenn ihr erkranktes Familienmitglied seine Autonomie beim Wohnen zurückgewinnt. Denn nicht selten geraten sie durch die intensive Betreuung und Pflege selbst in eine zunehmende Isolation, weil sie ihre eigenen sozialen Beziehungen und Aktivitäten zurückstellen müssen, aber auch weil kaum jemand die Schwierigkeiten nachvollziehen kann, vor denen Angehörige stehen. Scham- und Schuldgefühle und eine schwere innere Verunsicherung verstärken die entstehende Hilflosigkeit zusätzlich (Seelhorst, 2000). Dazu kommt, dass es besonders in jenen Familien zu häufigen Rückfällen kommt, die mit der Psychose ihrer Patienten stark überfordert sind. Die Überforderung schlägt sich nieder in Verbitterung und Enttäuschung über das Verhalten des kranken Familienmitglieds und in einem emotionalen Überengagement, der „expressed Emotion“ (Brown, 1990). Für die Angehörigen selbst erwächst daraus ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung sekundärer psychischer Störungen, meist in Form depressiver oder somatoformer Reaktionen (Häfner, 2005).

Unbesehen vom materiellen und immateriellen Nutzen, den das neu entwickelte Therapieprogramm bringt, wird seine Anwendung in der Praxis aber auch durch

ethische Überlegungen gestützt. Selbst bei geringerer Wirksamkeit könnte das Verfahren doch einigen Patienten zu einem Leben in ihrem gewohnten Umfeld, zu mehr Unabhängigkeit und einer besseren Integration in die Gesellschaft verhelfen. Bormuth und Wiesing (2005) nennen dies das ethische Prinzip der unbedingten Wohlfahrt den Patienten gegenüber. Dabei gilt es, alles zu tun, um ihnen eine möglichst gute menschliche Existenz zu gewährleisten. Für die meisten Menschen verbindet sich damit auch ein selbständiges Leben in einem frei gewählten Wohnumfeld.

Zum Abschluss dieser Diskussion soll noch auf einige allgemeine Prinzipien bei der Behandlung schizophrener Menschen hingewiesen werden. Die Therapie der Schizophrenie ist grundsätzlich mehrdimensional orientiert. Dies bedeutet, dass in allen Therapie- und Versorgungsangeboten biologisch-somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutisch-rehabilitative Aspekte gleichermassen berücksichtigt werden müssen, wenn auch phasenspezifisch mit unterschiedlichem Akzent. Der Charakter schizophrener Erkrankungen als letztlich systemische Störung schliesst einen einzigen Königsweg bei der Behandlung aus (Brenner & Böker, 1997). Eine möglichst effektive und multiprofessionelle Therapie der Schizophrenie verbindet daher die auf unterschiedliche Hauptansatzpunkte gerichteten Interventionen miteinander. Alle Behandlungsschritte sind in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren und individuell aufeinander abzustimmen, unter Einbezug der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten. Dabei geht es nicht nur um eine sinnvolle Kombination verschiedener Therapiebausteine, sondern ebenso um die planvolle Abstimmung von Art, Zeitpunkt, Intensität und Dauer der eingesetzten Interventionen sowie um eine möglichst Erfolg versprechende Zuordnung zu verschiedenen Patientenmerkmalen. Von Bedeutung sind hier nicht nur krankheitsbezogene Variablen, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale, bestehende Ressourcen und Umweltbedingungen.

Das neu entwickelte Therapieprogramm könnte in einem solchen Gesamtbehandlungsplan einen wichtigen Platz bei der Rehabilitation schizophrener Patienten im Wohnbereich einnehmen. Es umfasst alle potentiellen Störungsebenen des Sozialverhaltens. Über das Thema Wohnen werden basale soziale Fertigkeiten eingeübt und sozial kompetentes Verhalten mit dem Ziel einer erfolgreichen sozialen Anpassung und Integration aufgebaut. Dabei wird der Verbesserung von Problemlösefertigkeiten besonderes Gewicht beigemessen und auch die Behandlung kognitiver Störungen einbezogen. Der baukastenähnliche, flexibel handhabbare Aufbau des Therapieprogramms ermöglicht eine Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Dadurch wird die breite Anwendung in

verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen begünstigt. Auch aufgrund der erhaltenen Ergebnisse könnte das neue Programm eine effektive zusätzliche Behandlungsmöglichkeit innerhalb einer multimodalen psychiatrischen und psychologischen Rehabilitation schizophren Erkrankter darstellen. Die positiven Auswirkungen auf das Sozialverhalten, die Psychopathologie und die kognitiven Beeinträchtigungen sowie der Transfer und die Generalisierung der erworbenen sozialen Fertigkeiten in den Alltag könnten dazu beitragen, dass die Lücke zwischen den bestehenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen und milieutherapeutischen Interventionen geschlossen werden kann. Damit wird auch eine effektivere Nutzung der verfügbaren rehabilitativen Infrastruktur erreicht.

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels von einer stationären zu einer gemeindeintegrierten Behandlung schizophrener Erkrankter kommt dem Aufbau von spezifischen Fertigkeiten für das selbständige oder niederschwellig betreute Wohnen eine wichtige Rolle zu. Es liegen jedoch bisher kaum evaluierte Therapieansätze vor, die gezielt die für den Wohnbereich relevanten Funktionen zu verbessern versuchen. Deshalb wurde in den letzten Jahren an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern ein neues manualisiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophrenen Erkrankten im Wohnbereich entwickelt (Keppeler & Roder, 2001), welches in der vorliegenden Arbeit dargestellt und evaluiert wird. Das neue Verfahren ist ein Bestandteil der sogenannten WAF-Therapieprogramme zum Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten, die als therapeutischen Fokus die in der Literatur häufig beschriebenen drei rehabilitativen Hauptproblembereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit aufgreifen (Roder, Zorn, Andres, Pfammatter & Brenner, 2002).

Im 1. Kapitel des theoretischen Teils (Teil A) wurde ein Überblick zu den neueren Entwicklungen und Erkenntnissen in der Schizophrenieforschung gegeben und die allgemeinen Grundlagen dargestellt, auf denen das neu konzipierte Therapieprogramm zur Wohnrehabilitation von schizophrenen Erkrankten basiert. Dabei wurden zunächst die heute massgebenden Systeme und Konzepte zur Diagnostik der Schizophrenie beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Bedeutung des Sozialverhaltens für die Diagnose hingewiesen. Anschliessend wurden verschiedene ätiologische Modellannahmen zur Schizophrenie vorgestellt, die es ermöglichen, die Wechselwirkungen der verschiedenen Funktionsebenen des Erlebens und Verhaltens zu identifizieren und empirisch zu überprüfen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenzmodell als das zurzeit am besten akzeptierte ätiopathogenetische Konzept bildete den Ausgangspunkt für die Entwicklung des neuen Therapieprogramms. In diesem Modell wird die schizophrene Erkrankung als ein vielschichtiges, auch in einem sozialen Kontext stehendes Geschehen verstanden, als ein Resultat hochkomplexer, sich gegenseitig beeinflussender psychischer, biologischer und sozialer Veränderungen. Zum Schluss des 1. Kapitels wurden die verschiedenen, aus den theoretischen Modellen abgeleiteten therapeutischen Hauptansatzpunkte dargestellt. Gleichzeitig wurde auf die Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes hingewiesen, der dem heutigen multifaktoriellen, d.h. biopsychosozialen Ursachenverständnis der Schizophrenie entspricht.

Im 2. Kapitel des theoretischen Teils wurde zunächst das breite Interventionspektrum an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen beschrieben, mit dem die Bewältigungsressourcen schizophrener Menschen gestärkt, ihre neurokognitiven Defizite verbessert oder kompensiert, soziale Fertigkeiten und Kompetenzen aufgebaut sowie psychosoziale Stressoren vermindert werden können. Nach einem kurzen Kapitel zur Einteilung dieser Interventionsprogramme wurden als erstes die Therapieansätze zur Krankheits- und Belastungsbewältigung beschrieben, die ihren Fokus entweder auf die medikamentöse Behandlung und ihre Nebenwirkungen, auf die Erkennung und den Umgang mit Frühwarnsymptomen, auf die akute oder persistierende Positivsymptomatik, auf intra- oder interpersonelle Konflikte oder auf Alltagsbelastungen und kritische Lebensereignisse richten. Anschließend erfolgte die Beschreibung von Therapieprogrammen zur Reduktion von neurokognitiven Dysfunktionen bei schizophren Erkrankten. Es handelt sich dabei um Therapieansätze zur Verbesserung einzelner kognitiver Leistungsfunktionen wie Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Gedächtnis oder Konzeptbildung, sowie um computergestützte Mehrkomponentenprogramme, bei denen komplexe und unterschiedliche Aufgabenstellungen zusammengefasst werden. Den Schwerpunkt des 2. Kapitels bildeten aber die Therapieansätze zur Verbesserung der sozialen Kompetenz von schizophren Erkrankten, zu denen das in dieser Arbeit vorgestellte und evaluierte Programm gehört. Es wurden auch die drei Entwicklungsstufen dieser Ansätze aufgezeigt: von den einfachen operanten Lernprogrammen der 70er Jahre über das Training allgemeiner sozialer Fertigkeiten der 80er Jahre bis zu den heutigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zum Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen und zum Erwerb von Problemlösestrategien. Zu allen Interventionsansätzen wurden die wichtigsten Evaluationsstudien besprochen.

Der theoretische Teil wurde mit einer Darstellung relevanter Forschungsergebnisse zur Rehabilitation schizophrener Erkrankter im Bereich des Wohnens abgeschlossen. Nach einem einleitenden Abschnitt über Definition und Ziele der Rehabilitation wurde zuerst die soziale Situation schizophrener Menschen anhand von neueren Studienergebnissen beschrieben, gefolgt von einem Überblick zu ihrer Lebensqualität während der verschiedenen Phasen der Krankheit. Anschließend wurden die tiefgreifenden Veränderungen aufgezeigt, die der Reformprozess in der Psychiatrie mit seiner Neuorganisation der Versorgung für die schizophrenen Patienten gebracht hatte. Die Verkleinerung der grossen psychiatrischen Kliniken und der gleichzeitige Ausbau gemeindenaher Institutionen und Dienste gaben den Anstoss zur Rehabilitation und Normalisierung ihres Lebensalltags. Zum Abschluss des 3. Kapitels

wurden die verschiedenen, neu entstandenen Einrichtungen zur Wohnrehabilitation vorgestellt, die es den Patienten heute erlauben, je nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten ein stärker oder weniger stark strukturiertes und betreutes Wohnumfeld zu wählen. Dazu wurden die wichtigsten Studien zu ihrer Effektivität besprochen. Die Evaluation der rehabilitativen Bemühungen auf der Wohnachse ist jedoch noch lückenhaft und kann strengen wissenschaftlichen Ansprüchen oft nicht genügen. Als Überleitung zum anschliessend evaluierten Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich wurde deshalb in einem letzten Abschnitt auf die besonderen methodologischen Probleme und Limitationen der Versorgungsforschung hingewiesen. Dabei wurden generelle Prinzipien, methodische Gesichtspunkte und mögliche Fehlerquellen dargelegt, die bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Wirksamkeitsuntersuchungen im Bereich der Therapie- und Rehabilitationsforschung von Bedeutung sind.

Die referierten Erkenntnisse zur sozialen Situation und zur Lebensqualität schizophrener Menschen, aber auch zu den Folgen der Verlagerung von Therapie und Rehabilitation vom stationären in den ambulanten Bereich bildeten neben den allgemeinen theoretischen und empirischen Grundlagen zur Schizophrenie die Basis bei der Entwicklung des hier vorgestellten Therapieprogramms. Es geht von der Hypothese aus, dass schizophrene Erkrankte von einem Verfahren profitieren können, das ihnen konkrete und strukturierte Inhalte als Hilfestellung zur Bewältigung der vielfältigen Anforderungen im Wohnbereich anbietet. Dadurch sollten auch die im Zuge der Neuorganisation der psychiatrischen Versorgung geschaffenen Wohnmöglichkeiten für schizophrene Erkrankte besser und erfolgreicher genutzt werden können.

In Teil B wurde das neu entwickelte Gruppentherapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich vorgestellt. Zunächst wurden im 1. Kapitel die Ziele und Teilziele beschrieben, die mit dem neuen Programm erreicht werden sollten. Anschliessend erfolgte im 2. Kapitel die Beschreibung des Aufbaus des stark strukturierten Therapiemanuals mit einer ausführlichen Inhaltsangabe zu den zwölf Themenbereichen. Das 3. Kapitel gab einen Überblick zu den wichtigsten im Therapieverlauf eingesetzten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken. Dabei wurden auch gewisse für die Arbeit mit schizophren Erkrankten notwendige Modifikationen beschrieben und auf wichtige Grundregeln aufmerksam gemacht, die bei der Therapie mit diesen Patienten besonders zu beachten sind. Den Abschluss von Teil B bildete das 4. Kapitel mit den Rahmenbedingungen zur Therapiedurchführung. Dazu gehören allgemeine Kriterien wie Gruppenzusammenstellung und Gruppengrösse, Kontraindikationen, Hinweise zum formalen und zeitlichen Ablauf

der Gruppensitzungen sowie eine kurze Beschreibung der jeweiligen Aufgaben des therapeutischen Teams.

Zu Beginn des empirischen Teils (Teil C) wurden das Forschungsprojekt begründet und die Forschungsfragen dargelegt. Anschliessend folgte eine Beschreibung der Patientenstichprobe und des Studiendesigns. Es konnten insgesamt 54 Patienten in die statistische Auswertung einbezogen werden ($n = 54$). Die Experimentalgruppe umfasste 26 Patienten ($n = 26$), welche das neu entwickelte Therapieprogramm zur Rehabilitation von schizophren Erkrankten im Wohnbereich durchlief (Keppeler & Roder, 2002). In der Kontrollgruppe befanden sich 28 Patienten ($n = 28$), die ein an das vierte Unterprogramm des IPT („Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Erkrankte“, Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 1988; Roder, Brenner & Kienzle, 2002) angelehntes allgemeines Training sozialer Fertigkeiten absolvierte. Die beiden Gruppen (Experimentalgruppe = Wohngruppe, Kontrollgruppe = IPT-Gruppe) waren anhand der acht Kriterien Alter, Geschlecht, IQ (WIP), Hospitalisationsdauer (Monate), Krankheitsdauer (Jahre), Psychopathologie (BPRS, Gesamtscore), neuroleptische Medikation (Chlorpromazin-Äquivalente) und Motivation (FPTM-40, Mittelwerte) parallelisiert worden. Als Kontrollmittel wurden verschiedene Testverfahren und Fragebögen zu sozialen, kognitiven und psychopathologischen Variablen sowie zur Psychotherapiemotivation eingesetzt. Die Daten wurden an vier Messzeitpunkten erhoben: vor und nach der dreimonatigen Therapiephase (T1 und T2), am Ende der dreimonatigen Nachbehandlungsphase (T3) sowie ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Zudem wurden bei jedem Patienten über einen Untersuchungszeitraum von insgesamt fünf Jahren nach Therapiebeginn der Wohnstatus und die Rückfallraten erhoben.

In einem ersten Auswertungsschritt wurden die gewonnenen Daten mittels einer Faktorenanalyse mit anschliessender Varimax-Rotation reduziert. Es ergaben sich fünf Faktoren mit einer guten Interpretierbarkeit des Ladungsmusters. Die Itemkomposition jedes Faktors wurde zusätzlich einer Reliabilitätsanalyse (Cronbachs Alpha) unterzogen. Diese ergab eine gute bis genügende Reliabilität der fünf Faktoren. Die drei relevanten Störungsbereiche bei schizophren Erkrankten (kognitive Funktionen, Sozialverhalten und Psychopathologie) wurden somit gut repräsentiert und gleichzeitig auch die vorangestellten theoretischen Überlegungen bestätigt. Die fünf Faktoren wurden folgendermassen benannt: Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“, Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“, Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“, Faktor 5 „Psychopathologie“. Die inferenzstatistische Auswertung

der fünf Faktoren mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (ANOVAS) ergab einen signifikanten Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 4.848$, $p = 0.033$) bei Faktor 5 „Psychopathologie“, was bedeutet, dass die Patienten der Wohngruppe über alle vier Messzeitpunkte hinweg tiefere Psychopathologiewerte aufwiesen als diejenigen der IPT-Gruppe. Zusätzlich konnte eine signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ nachgewiesen werden ($F = 3.738$, $p = 0.013$). Die Interaktionsüberprüfung zeigte, dass sich die Kontrollgruppe über den gesamten Untersuchungszeitraum (T1–T4) stärker verbessert hatte als die Experimentalgruppe. Eine weitere hoch signifikante Interaktion „Gruppe x Zeit“ ergab sich bei Faktor 5 „Psychopathologie“ ($F = 10.502$, $p = 0.000$), wo die Überprüfung eine ausgeprägte Symptomverbesserung der Wohngruppe bei gleichzeitiger Stagnation der IPT-Gruppe vor allem vom Prä- zum Post-Therapie-Messzeitpunkt (T1–T2) aufzeigte.

Bei der Berechnung der Effektstärken ergaben sich für die Experimentalgruppe mit Ausnahme von Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“ bei allen Faktoren deutlich höhere Effekte als für die Kontrollgruppe. Die zwei ersten Faktoren, welche kognitive Beeinträchtigungen abbilden (Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, Faktor 2 „Aufrechterhaltung der Konzentration“), zeigten gegenläufige Resultate. Während sich die IPT-Gruppe bei Faktor 1 bis zum Ende der Untersuchung stetig leicht verbesserte, schwächten sich die Effektstärken der Wohngruppe gleichzeitig etwas ab. Bei Faktor 2 ergab sich eine nahezu umgekehrte Tendenz: Die Experimentalgruppe konnte sich bis zur Katamneseerhebung deutlich verbessern, hingegen veränderten sich die Effektstärken der Kontrollgruppe nur wenig über die Zeit. Im Bereich des Sozialverhaltens zeigten die Experimental- und die Kontrollgruppe eher gleichartige Verlaufstendenzen. Bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ stiegen die Effektstärken bei beiden Gruppen bis zum Abschluss der Untersuchung kontinuierlich an. Bei Faktor 4 „Befindlichkeit und psychosoziales Coping“ verbesserten sich ebenfalls beide Gruppen bis zum Abschluss der Nachbehandlungsphase und verharrten dann praktisch auf gleichem Niveau bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn. Bei beiden Faktoren, welche psychosoziale Fähigkeiten abbilden, war aber die Wohngruppe mit ihren durchwegs grösseren Effektstärken der IPT-Gruppe deutlich überlegen. Noch ausgeprägter zeigte sich die Überlegenheit der Experimentalgruppe bei Faktor 5 „Psychopathologie“, wo die Entwicklung der beiden Gruppen ganz unterschiedlich verlief. Während sich die Experimentalgruppe hier verglichen mit den anderen Faktoren am stärksten verbesserte und zu jedem Untersuchungszeitpunkt sehr grosse

Effektstärken aufwies, blieben die Effekte der Kontrollgruppe über den gesamten Studienverlauf nur klein. Auch die zusätzlich berechneten Gesamteffekte fielen für die Experimentalgruppe durchwegs höher aus als für die Kontrollgruppe. Nach der Therapiephase (T1–T2) ergab sich für die Wohngruppe eine mittlere Gesamteffektstärke von 0.48, für die IPT-Gruppe hingegen nur ein kleiner Gesamteffekt von 0.19. Nach Abschluss der Nachbehandlungsphase (T1–T3) stiegen die globalen Effekte bei beiden Gruppen weiter an (Wohnen: 0.53, IPT: 0.36), bildeten sich jedoch bis zur Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) wieder leicht zurück (Wohnen: 0.49, IPT: 0.32).

Differenziertere Aussagen über Veränderungen der beiden Gruppen im Sozialverhalten anhand der Social Interview Schedule, SIS (Hecht, Faltermeier & Wittchen, 1987) konnten nicht gemacht werden. Zwar ergaben sich in den drei untersuchten Skalenbereichen „Alltagspraktische Fertigkeiten“, „Soziale Fertigkeiten“ und „Wohnen“ bei allen Patienten über die gesamte Therapie- und Nachbetreuungsphase bis zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn statistisch bedeutsame Verbesserungen (Haupteffekte „Zeit“), es waren jedoch keine signifikanten Interaktionen („Gruppe x Zeit“) nachweisbar. Mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation FPTM-40 (Schulz, Nübling & Rüddel, 1995) wurde die Motivation der Patienten über den Verlauf der Gruppentherapie bis ein Jahr nach Therapiebeginn (T1–T4) überprüft. Hier ergab sich ein signifikanter Haupteffekt „Gruppe“ ($F = 3.832$, $df = 1$, $p = 0.050$).

Ein kontrovers diskutiertes Thema in der heutigen Schizophrenieforschung ist die Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation. Diesen sogenannten atypischen Neuroleptika wird in vielen Studien neben geringeren Nebenwirkungen eine bessere Wirksamkeit als den konventionellen (typischen) Neuroleptika zugeschrieben, besonders in Bezug auf die Negativsymptomatik und den davon abhängigen sozialen Verlauf der Krankheit sowie auf die kognitiven Funktionen. Es handelt sich somit um eine relevante Fragestellung für die vorliegende Studie. Eine bessere Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die Negativsymptomatik der untersuchten Patienten konnte jedoch nicht bestätigt werden. Es ergab sich im Gegenteil bei Faktor 3 „Soziales Interesse und soziale Integration“ ein signifikanter Haupteffekt „Mediart“ zu Gunsten der Patienten mit typischer neuroleptischer Medikation ($F = 5.131$, $p = 0.030$). Ebenso zeigte die graphische Betrachtung der Verläufe der beiden Medikamentengruppen bei Faktor 1 „Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung“, dass die gefundene Verbesserung der IPT-Gruppe hauptsächlich auf die Patienten mit typischen Neuroleptika zurückzuführen ist. Diese

beiden Resultate widersprechen der in der Literatur diskutierten positiveren Wirkung atypischer Neuroleptika auf die kognitiven Funktionen und die Sozialkompetenz.

Weiter wurde untersucht, ob die mit dem neuen Programm angestrebten Verbesserungen in den Bereichen Sozialverhalten, kognitive Funktionen und Psychopathologie auch zu einer reduzierten Rückfallhäufigkeit beitragen könnten. Für den Zeitraum des ersten Jahres lagen die vollständigen Daten aller an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Experimentalgruppe: $n = 26$, Kontrollgruppe: $n = 28$). Bei der Nacherhebung fünf Jahre nach Therapiebeginn konnten nur noch die Rückfallraten von 25 Patienten der Experimentalgruppe und von 23 Patienten der Kontrollgruppe erfasst werden. Die Survival-Analyse (Life-Table-Methode, Jahresintervalle) ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Wohngruppe wies aber über den gesamten Untersuchungsverlauf von fünf Jahren eine durchwegs tiefere Rückfallhäufigkeit auf als die IPT-Gruppe. Bereits ein Jahr nach Therapiebeginn lag die Rückfallrate bei der IPT-Gruppe bei 29.6%, im Gegensatz zur Wohngruppe, die zum gleichen Zeitpunkt erst 11.5% Rückfälle zu verzeichnen hatte, was einer Differenz von 18.1% entspricht. Dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen blieb, bei ähnlichem Verlauf, über die gesamte Studiendauer in etwa gleich: Die kumulierte Rückfallrate stieg bis vier Jahre nach Therapiebeginn bei beiden Gruppen kontinuierlich an (auf 55.6% bei der IPT-Gruppe und auf 34.6% bei der Wohngruppe) und erhöhte sich im letzten Untersuchungsjahr bei der Wohngruppe nochmals leicht auf 38.5%, während sie sich bei der IPT-Gruppe auf gleichem Niveau stabilisiert hatte (55.6%).

Schliesslich wurde der Wohnstatus jedes Patienten zu fünf Messzeitpunkten (T1–T5) erhoben. Er umfasste sieben Stufen: geschlossene und offene Station in der Klinik, Tages- oder Nachtklinik, Wohnheim, betreute Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen und selbständiges Wohnen. Für die ersten vier Messzeitpunkte (T1–T4) lagen die vollständigen Daten aller an der Studie teilnehmenden Patienten vor (Experimentalgruppe: $n = 26$, Kontrollgruppe: $n = 28$). Fünf Jahre nach Therapiebeginn (T5) konnte der gegenwärtige Wohnort von drei Patienten nicht mehr eruiert werden (Experimentalgruppe: $n = 25$, Kontrollgruppe: $n = 26$). Insgesamt gelang es den Patienten der Wohngruppe viel besser als den Kontrollpatienten, sich den Wunsch nach mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung beim Wohnen zu erfüllen. Fünf Jahre nach Therapiebeginn hatte sich die Anzahl Personen, die selbständig in einer eigenen Wohnung lebte, genau verdoppelt. Entsprechend nahmen während dieser Zeit auch die Aufenthalte in der Klinik ab: Von T1–T4 halbierte sich die Anzahl stationär untergebrachter Patienten, bei der Katamnese fünf Jahre nach

Therapiebeginn (T5) lebten gar keine Patienten der Wohngruppe mehr in einer Klinik (geschlossene oder offene Station, Tages- oder Nachtklinik). Bei den Patienten der Kontrollgruppe veränderte sich der Wohnstatus viel weniger positiv in Richtung hin zu einer möglichst selbständigen Wohnform. Die Anzahl Personen in einer eigenen Wohnung stieg nur vorübergehend leicht an, sank dann aber wieder bis zum ersten Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T4). Vier Jahre später (T5) lebten sogar weniger Personen selbständig in der eigenen Wohnung als zu Beginn der Studie. Eine zusätzliche Auswertung zum Wohnstatus machte deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit eines Patienten der Wohngruppe, während der Katamneseperiode (T3–T5) in ein weniger strukturiertes und betreutes Setting zu wechseln, 11.25-mal so gross ist wie bei einem Patienten der IPT-Gruppe (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 11.25). Über den gesamten fünfjährigen Studienverlauf (T1–T5) ist diese Wahrscheinlichkeit sogar 12.5-mal so gross (relative Häufigkeiten: Odds Ratio, OR = 12.50).

In der abschliessenden Diskussion (Teil D) wurde das neu entwickelte Therapieprogramm zuerst im Kontext der aktuellen Schizophrenieforschung diskutiert. Wie die Evaluation zeigte, kann ein spezifisches, d.h. themenorientiertes und problemzentriertes Therapieprogramm wie erwartet den schizophren Erkrankten zu grösserer Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Wohnbereich verhelfen als ein allgemeines Training sozialer Fertigkeiten. Ebenfalls erfüllt wurde mit dem neuen Programm die Forderung nach einer grösseren Dauerhaftigkeit der Therapieeffekte und damit einer stärkeren Reduktion der Rückfallraten. Im zweiten Teil der Diskussion wurde auf verschiedene methodologische Einschränkungen der vorliegenden Studie hingewiesen. Es wurden die Schwierigkeiten beschrieben, die sich bei der Evaluationsforschung im sozialpsychiatrischen Gemeindeumfeld ergeben und die Vor- und Nachteile der Evaluation eines selbst konzipierten Interventionsprogramms diskutiert. Der dritte Teil umfasste eine ausführliche Diskussion der drei untersuchten typischen Störungsbereiche bei schizophren Erkrankten: Psychopathologie, Sozialverhalten und neurokognitive Funktionen. Dabei wurde auch den vielfältigen und komplexen Wechselwirkungen zwischen diesen drei Bereichen nachgegangen, ebenso wie dem Transfer und der Generalisierung der erworbenen sozialen Fertigkeiten über den Therapierahmen hinaus in den Alltag und in andere soziale Kontexte. Schliesslich wurden die Resultate zur viel diskutierten Frage einer unterschiedlichen Wirkung von klassischen (typischen) Neuroleptika der ersten Generation und atypischen Neuroleptika der zweiten Generation auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die Negativsymptomatik besprochen. Die Folgerungen aus den Ergebnissen für die Praxis bilde-

ten den vierten Teil der Diskussion. Nach Überlegungen zum Kosten-Effektivitäts-Verhältnis des neu konzipierten Programms unter den gegenwärtigen ökonomischen Voraussetzungen im Gesundheitswesen und zu ethischen Aspekten wurde abschliessend auf einige allgemeine Prinzipien bei der Behandlung schizophrener Menschen hingewiesen und das evaluierte Programm in den Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans gestellt.

Literaturverzeichnis

- Abels, D. (1961). Konzentrations-Verlaufs-Test (KVT). Göttingen: Hogrefe.
- Ackenheil, M., Dieterle, D.M., Eben, E. & Pakesch, G. (1985). Beurteilung der Minus-symptomatik (SANS) Münchener Version. München: Universität München.
- Ackenheil, M. (1998). Zum gegenwärtigen Stand der genetisch orientierten Schizophrenieforschung. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 155–162). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Addington, J. & Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 25, 173–182.
- Albers, M. (1998). Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien. Nervenarzt, 69, 737–751.
- Albrecht, G., Ingenleuf, H.J., Günther, C. & Haneberg, J. (1999). Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Langzeitpatienten. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen (S. 339–361). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. Behaviour Research and Therapy, 32, 369–378.
- Alford, G.S., Fleece, L. & Rothblum, E. (1982). Hallucinatory-delusional verbalization: Modification in a chronic schizophrenic by self-control and cognitive restructuring. Behavior Modification, 6, 421–435.
- Allen, H.A., Halperin, J. & Friend, R. (1985). Removal and diversion facts and the control of hallucinations. Behaviour Research and Therapy, 23, 601–605.
- American Psychiatric Association APA. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 1994: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)
- American Psychiatric Association APA. (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)
- Amering, M. (1994). Wohnen und Lebensqualität schizophrener Patienten. In H. Katschnig & P. König (Hrsg.), Schizophrenie und Lebensqualität (S. 153–161). Wien: Springer-Verlag.
- an der Heiden, W. (1996). Der Langzeitverlauf schizophrener Psychosen. Eine Literaturübersicht. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5, 8–21.

- an der Heiden, W., Häfner, H., Maurer, K. & Bustamante, S. (1994). Vorauslaufende Negativsymptomatik bei Krankheitsbeginn schizophrener Psychosen. In H.-J. Möller & G. Laux (Hrsg.), Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik (S. 113–124). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. Archives of General Psychiatry, 39, 784–788.
- Andreasen, N.C. (1984). Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: The University of Iowa.
- Andreasen, N.C. & Flaum, M. (1991). Schizophrenia: The characteristic symptoms. Schizophrenia Bulletin, 17, 27–49.
- Andreasen, N.C., Flaum, M. & Swayze, V.W. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal. Archives of General Psychiatry, 47, 615–621.
- Andreasen, N.C. & Olsen, S. (1982). Negative v. positive schizophrenia: Definition and validation. Archives of General Psychiatry, 39, 789–794.
- Andres, K., Pfammatter, M. & Brenner, H.D. (2002). Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB). In V. Roder, P. Zorn, K. Andres, M. Pfammatter & H.D. Brenner (Hrsg.), Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter (S. 157–214). Bern: Hans Huber.
- Andres, K., Pfammatter, M., Garst, F., Teschner, C. & Brenner, H.D. (2000). Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: A pilot study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 1–5.
- Andres, K. & Merlo, M.C. (1997). Definition und Diagnostik. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 13–24). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Andrews, C.M., Teeson, M., Stewart, G. & Hoult, J. (1990). Follow-up of community placement of the chronic mentally ill in New South Wales. Hospital Community Psychiatry, 4, 184–188.
- Angermeyer, M.C. (1989). Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie (S. 188–206). Berlin: Springer-Verlag.
- Angermeyer, M.C. (1995). Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. In H. Häfner (Hrsg.), Was ist Schizophrenie? (S.171–188). Stuttgart: Gustav Fischer.

- Angermeyer, M.C., Holzinger, A. & Matschinger, H. (1999). Lebensqualität, das bedeutet für mich... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. Psychiatrische Praxis, 26, 56–60.
- Angermeyer, M.C. & Lammers, R. (1986). Das soziale Netzwerk schizophrener Kranker. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 34, 100–118.
- Angermeyer, M.C. & Katschnig, H. (1997). Psychotropic medication and quality of life: A conceptual framework for assessing their relationship. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders (pp. 215–225). Chichester: Wiley.
- Angst, J. (1988). European long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 14, 501–513.
- Arran, L. & Horner, V.M. (1972). Contingency management in an open psychiatric ward. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 31–37.
- Atkinson, J.M., Coia, D.A., Gilmour, W.H. & Harper, J.P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. British Journal of Psychiatry, 168, 199–204.
- Atthowe, J.M. & Krasner, L. (1968). A preliminary report on the application of contingent reinforcement procedures (token economy) on a chronic psychiatric ward. Journal of Abnormal Psychology, 73, 37–43.
- Awad, A.G. (2004). Antipsychotic medications: Compliance and attitudes towards treatment. Current Opinion in Psychiatry, 17, 75–80.
- Awad, A.G. & Hogan, T.P. (1994). Subjective response to neuroleptics and the quality of live: Implications for treatment outcome. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 27–32.
- Ayllon, T. (1963). Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. Behaviour Research and Therapy, 1, 53–61.
- Ayllon, T. & Azrin, N.H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 8, 357–383.
- Ayllon, T. & Azrin, N.H. (1968). The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ayllon, T. & Haughton, E. (1962). Control of the behavior of schizophrenic patients by food. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 5, 343–352.
- Ayllon, T. & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 2, 323–334.
- Azorin, J.M., Spiegel, R., Remington, G., Vanelle, J.M., Pere, J.J., Giguere, M. & Bourdeix, I. (2001). A double-blind comparative study of clozapine and

- risperidone in the management of severe chronic schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 158, 1305–1313.
- Bach, O., Winiecki, P. & Viererbe, W. (1997). Untersuchung zur Bewertung der eigenen Lebensqualität von schizophrenen Langzeitpatienten in unterschiedlichen Wohnformen. In T.W. Kallert & H. Felber (Hrsg.), Extramurale psychiatrische Versorgungsstrukturen (S. 14–23). Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (1994). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin: Springer-Verlag.
- Bäuml, J. (1996). Psychoedukative Gruppen zur Verbesserung von Compliance und Coping: Auswirkungen auf Rezidivrate, Krisenbewältigung und soziale Adaption. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. Berlin: Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Bäuml, J., Kissling, W., Meurer, C., Wais, A. & Lauter, H. (1991). Informationszentrierte Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Patienten. Psychiatrische Praxis, 18, 48–54.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Kissling, W. (1998). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen: Spezifische Auswirkungen eines bifokalen Ansatzes auf Krankheitsbewältigung und Rezidivraten im 4-Jahreszeitraum. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. Schizophrenie, Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management. Mitteilungsorgan der gfts, 13, 25–38.
- Bailer, J., Takats, I. & Schmitt, A. (2002). Individualisierte Kognitive Verhaltenstherapie bei schizophrenen Patienten mit Negativsymptomatik und sozialer Behinderung: II. Responderanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs. Verhaltenstherapie, 12, 192–203.
- Baker, R.D., Hall, J.N., Hutchinson, K. & Bridge, G. (1977). Symptom changes in chronic schizophrenic patients on a token economy: A controlled experiment. British Journal of Psychiatry, 131, 381–393.
- Bandelow, B. & Broocks, A. (2002). Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung. Verhaltenstherapie, 12, 205–215.
- Bandura, A. (1969). Principles of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
- Bark, N., Revheim, N., Huq, F., Khalderov, V., Ganz, Z.W. & Medalia, A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. Schizophrenia Research, 63, 229–235.

- Barry, M.M. & Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: A review of the empirical evidence. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32, 38–47.
- Basaglia, F. (1971). Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bateson, G. (1975). Mind and Nature. A Necessary Unit. Toronto: Bantam Books.
- Bateson, G. (1982). Natur und Geist – Eine notwendige Einheit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bebbington, P. & Kuipers, L. (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 42–53.
- Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S. & Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 253, 228–235.
- Bechdorf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M. & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 21–28.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. Psychiatry, 15, 305–312.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beels, C.C., Gutwirth, L., Berkeley, J. & Struening, E. (1984). Measurements of social support in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 10, 399–411.
- Bellack, A.S. (1989). A comprehensive model for the treatment of schizophrenia. In A.S. Bellack (Ed.), A clinical guide for the treatment of schizophrenia (pp. 1-22). New York: Plenum Press.
- Bellack, A.S. (1996). Defizitäres Sozialverhalten und Training sozialer Fertigkeiten: Neue Entwicklungen und Trends. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 191–202). Bern: Hans Huber.
- Bellack, A.S., Hersen, M. & Turner, S.M. (1976). Generalization effects of social skills training with chronic schizophrenics: An experimental analysis. Behaviour Research and Therapy, 14, 391–398.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixted, J.T. & Mueser, K.T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 156, 809–818.
- Bellack, A.S. & Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 317–336.

- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Morrison, R.L., Tierney, A. & Podell, K. (1990). Remediation of cognitive deficits in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 147, 1650–1655.
- Bellack, A.S., Turner, S.M., Hersen, M. & Luber, R.F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. Hospital and Community Psychiatry, 35, 1023–1028.
- Bender, W., Gerz, L., John, K., Mohr, F., Vaitl, P. & Wagener, U. (1987). Kognitive Trainingsprogramme bei Patienten mit schizophrener Residualsymptomatik. Nervenarzt, 58, 212–217.
- Benedict, R.H.B., Harris, A.E., Markow, T., Mc Cormick, J.A., Nuechterlein, K.H. & Asarnow, R.F. (1994). Effects of attention training on information processing in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20, 537–546.
- Benton, M.K. & Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 741–747.
- Birchwood, M. (1992). Practice Review. Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. British Journal of Clinical Psychology, 31, 257–278.
- Birchwood, M. (1999). Psychological and social treatment: Course and outcome. Current Opinion in Psychiatry, 12, 61–66.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie, Teil 4. Leipzig: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972). Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme.
- Bleuler, M. (1984). Das alte und das neue Bild des Schizophrenen. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie & Psychiatrie, 135, 143–149.
- Böker, W. (1997). Das Problem der Krankheitseinsicht und die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses bei Ersterkrankten. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 55–59). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Böker, W. & Brenner, H.D. (1996). Stand systemischer Modellvorstellungen zur Schizophrenie und Implikationen für die Therapieforschung. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 17–32). Bern: Hans Huber.
- Böker, W. & Brenner, H.D. (1997a). Wechselwirkungen therapeutischer Interventionen. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 270–279). Stuttgart: Ferdinand Enke.

- Böker, W. & Brenner, H.D. (1997b). Behandlungsorte und -institutionen. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 280–290). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Böker, W. & Schaub, A. (1997). Bewältigungsversuche Schizophrener. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 165–185). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Bogerts, B. (1995). Hirnstrukturelle Untersuchungen an schizophrenen Patienten. In K. Lieb, D. Riemann & M. Berger (Hrsg.), Biologisch-psychiatrische Forschung. Ein Überblick (S. 125–144). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Bogerts, B. (1998). Befunde der neueren neuroanatomischen Schizophrenie-Forschung und deren Interpretation. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 195–204). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Boks, M.P., Liddle, P.F., Burgerhof, J.G.M., Knegtering, R. & van den Bosch, R.-J. (2004). Neurological soft signs discriminating mood disorders from first episode schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 29–35.
- Bondolfi, G., Dufour, H., Patris, M., May, J.P., Billeter, U., Eap, C.B. & Baumann, P. (1998). Risperidone vs. clozapine in treatment-resistant chronic schizophrenia: A randomized double-blind study. The Risperidone Study Group. American Journal of Psychiatry, 155, 499–504.
- Borge, L., Martinsen, E., Ruud, T., Watne, O. & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness and social contact among long-term psychiatric patients. Psychiatric Services, 50, 81–84.
- Borison, R.L., & Diamond, B.I. (1996). Zur Weiterentwicklung der Dopamin-Hypothese: Klinische Erfahrungen und Forschungsergebnisse mit Risperidon. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 91–102). Bern: Hans Huber.
- Bormuth, M. & Wiesing, U. (2005). Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Köln: Ärzte-Verlag.
- Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bottlender, R., Wegner, U., Wittmann, J., Strauss, A. & Möller, H.-J. (1999). Deficit syndromes in schizophrenic patients 15 years after their first hospitalization: Preliminary results of a follow-up study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 249 (Suppl. 4), 27–36.

- Bottlender, R., Wittmann, J., Wegner, U., Strauss, A. & Möller, H.-J. (2000). Welche Bedeutung haben Negativsymptome für den 15jährigen Krankheitsverlauf und das psychosoziale Funktionsniveau endogener Psychosen? In W. Maier, R.R. Engel & H.-J. Möller (Hrsg.), Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 175–178). Göttingen: Hogrefe.
- Brady, J.P. (1984a). Social skills training for psychiatric patients. I: Concepts, methods and clinical results. American Journal of Psychiatry, 141, 333–340.
- Brady, J.P. (1984b). Social skills training for psychiatric patients. II: Clinical outcome studies. American Journal of Psychiatry, 141, 491–498.
- Brenner, H.D. (1989). Therapieprogramm zum Umgang mit Medikamenten (Medication Management Module). Therapeuten-Handbuch und Patienten-Arbeitsbuch. Bern: Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie an der Universitätsklinik Bern.
- Brenner, H.D. (1990). Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen (Symptom Management Module). Therapeuten-Handbuch und Patienten-Arbeitsbuch. Bern: Abteilung für Theoretische und Evaluative Psychiatrie an der Universitätsklinik Bern.
- Brenner, H.D. (1995). Stand der Diskussion zur Kosten-Effektivitätsfrage in der Gemeindepsychiatrie und Klinikpsychiatrie. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 146, 24–32.
- Brenner, H.D. & Böker, W. (1997). Neuere ätiopathogenetische Befunde zur Schizophrenie und Hauptansatzpunkte therapeutischer Interventionen. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 44–54). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Brenner, H.D. & Pfammatter, M. (1998). Neuere Entwicklungen in der kognitiv-behaviouralen Therapie der Schizophrenie. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 265–281). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Brenner, H.D. & Pfammatter, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (Suppl. 407), 74–77.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V. & Corrigan, P.W. (1992a). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. British Journal of Psychiatry, 161 (Suppl. 18), 154–163.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V. & Corrigan, P.W. (1992b). Biologische und kognitive Vulnerabilitätsfaktoren bei schizophrenen Störungen: Implikationen für die Behandlung. In H.D. Brenner & W. Böker (Hrsg.), Verlaufs-

- prozesse schizophrener Erkrankungen: Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren (S. 334–349). Bern: Hans Huber.
- Brenner, H.D., Hodel, B. & Giebeler, U. (1995). Kognitive Therapien bei schizophren Erkrankten: Theoretische Grundlagen, empirische Befunde und zukünftige Entwicklungen. In W. Bender, W. Hubmann & F. Mohr (Hrsg.), Neuere Entwicklungen in der Behandlung schizophrener Psychosen (S. 11–35). München-Haar: VTS-Verlag.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Kube, B. & Roder, V. (1987). Kognitive Therapie bei Schizophrenen: Problemanalyse und empirische Ergebnisse. Nervenarzt, 58, 72–83.
- Brenner, H.D., Hodel, B. & Merlo, M.C.G. (1991). Nonpharmacological treatment concepts of negative symptomatology. In A. Marneros, N.C. Andreasen & M.T. Tsuang (Eds.), Negative versus Positive Schizophrenia (pp. 34–38). Berlin: Springer-Verlag.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P.W. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia: Integrated Psychological Therapy. Schizophrenia Bulletin, 18, 21–26.
- Brenner, H.D., Junghan, U. & Pfammatter, M. (2000). Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. Nervenarzt, 71, 691–699.
- Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D. & Liberman, R.P. (1994). Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (IPT). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Brenner, H.D. & Schaub, A. (1997). Kognitiv-behaviorale Familientherapie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 136–148). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Brickenkamp, R. (1981). Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2). Göttingen: Hogrefe.
- Brickenkamp, R. (2002). Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen: Hogrefe.
- Brown, G.W. (1990). Die Entdeckung von Expressed Emotion: Induktion oder Deduktion? In R. Olbrich (Hrsg.), Therapie der Schizophrenie (S. 25–41). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C. & O'Callaghan, A. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 94, 118–124.

- Buchanan, R.W., Strauss, M.E., Breier, A., Kirkpatrick, B. & Carpenter, W.T. (1997). Attentional impairments in deficit and nondeficit forms of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 154, 363–370.
- Buchanan, R.W. & Carpenter, W.T. (1994). Domains of psychopathology: An approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 193–204.
- Buchkremer, G. & Böser, H. (1995). Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Krankheitsverlauf und Möglichkeiten therapeutischer Intervention. In H. Häfner (Hrsg.), Was ist Schizophrenie? (S. 213–228). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Buchkremer, G. & Fiedler, P. (1987). Kognitive versus handlungsorientierte Therapie. Versuch zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. Nervenarzt, 58, 481–488.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Nervenarzt, 72, 20–30.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Mönking, H. & Hornung, W.P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: Results of a 2-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, 483–491.
- Bullinger, M. (1993). Lebensqualität – Entscheidungshilfen durch ein neues evaluatives Konzept? In E. Nagel & C. Fuchs (Hrsg.), Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (S. 214–232). Berlin: Springer-Verlag.
- Burda, P.C., Starkey, T.W., Dominguez, F. & Vera, V. (1994). Computer-assisted cognitive rehabilitation of chronic psychiatric inpatients. Computers in Human Behavior, 10, 359–368.
- Burns, T. & Priebe, S. (1999). Mental health care failure in England. Myth and reality. British Journal of Psychiatry, 174, 191–192.
- Burns, T. & Raftery, J. (1991). Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. Schizophrenia Bulletin, 17, 407–410.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P. & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. American Journal of Psychiatry, 158, 163–175.
- Cannon, M., Jones, P.B. & Murray, R.M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. American Journal of Psychiatry, 159, 1080–1092.
- Carlson, C.G., Hersen, M. & Eisler, R.M. (1972). Token economy programs in the treatment of hospitalized adult psychiatric patients: Current status and recent trends. Journal of Nervous and Mental Disease, 155, 192–194.

- Carpenter, W.T. (1981). Commentary on "How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics" by Joseph Zubin and Stuart Steinhauer. Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 495–496.
- Carpenter, W.T. (1992). The negative symptom challenge. Archives of General Psychiatry, 49, 236–237.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W. & Wagman, M.I. (1988). Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. American Journal of Psychiatry, 145, 578–583.
- Centorrino, F., Fogarty, K.V., Sani, G., Salvatore, P., Cimbolli, P. & Baldessarini, R.J. (2005). Antipsychotic drug use: McLean Hospital, 2002. Psychopharmacology, 20, 355–358.
- Chadwick, P.D.J. & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. British Journal of Psychiatry, 164, 190–201.
- Chadwick, P.D.J., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ciampi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ciampi, L. (1989). Zur Dynamik komplexer biologisch-psychosozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie (S. 27–38). Bern: Hans Huber.
- Ciampi, L. (1993). Grundsätze einer modernen patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung. Schweizerische Ärztezeitung, 8, 302–306.
- Ciampi, L. (1995). Der Einfluss psychosozialer Faktoren in der Schizophrenie. Theoretische und praktisch-therapeutische Konsequenzen. Schweizerisches Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 146, 207–215.
- Ciampi, L. (1996). Nicht-lineare Dynamik komplexer Systeme: Ein chaostheoretischer Zugang zur Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 33–47). Bern: Hans Huber.
- Ciampi, L., Ague, C. & Dauwalder, H.P. (1979). Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationsverlauf und zur Prognostik. Nervenarzt, 50, 366–378.
- Ciampi, L., Dauwalder, H.P., Maier, Ch. & Aebi, E. (1991). Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. Nervenarzt, 62, 428–435.

- Ciampi, L., Kupper, Z., Aebi, E., Dauwalder, H.P., Hubschmid, T., Trütsch, K. & Rutishauser, C. (1993). Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. Nervenarzt, 64, 440–450.
- CIPS, Collegium Internationale Psychiatricae Salarum (1996). Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Belz.
- Clements, K. & Turpin, G. (1992). Vulnerability models and schizophrenia: The assessment and prediction of relapse. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services (pp. 21–47). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Erlbaum.
- Collegium Internationale Psychiatricae Salarum CIPS (1996). Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Corrigan, P.W., Green, M.F. & Toomey, R. (1994). Cognitive correlates to social cue perception in schizophrenia. Psychiatry Research, 53, 141–151.
- Corrigan, P.W. & Toomey, R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 395–403.
- Corten, P., Mercier, C. & Pelc, I. (1994). Subjective quality of life: Clinical model for assessment of rehabilitation in psychiatry. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29, 178–183.
- Covell, N.H., Jackson, C.T., Evans, A.C. & Essock, S.M. (2002). Antipsychotic prescribing practices in Connecticut's public mental health system: Rates of changing medications and prescribing styles. Schizophrenia Bulletin, 28, 17–29.
- Creed, F., Mbay, P., Lancashire, S., Tomenson, B., Williams, B. & Holme, S. (1997). Cost-effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: Results of a randomised controlled trial. British Medical Journal, 314, 1381–1385.
- Crow, T.J. (1985). The two-syndrome concept: Origins and current status. Schizophrenia Bulletin, 11, 471–486.
- Curran, J.P., Monti, P.M. & Corriveau, D.P. (1982). Treatment of schizophrenia. In A.S. Bellack, M. Hersen & A.E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy (pp. 433–466). New York: Plenum Press.
- Dahl, G. (1986). Reduzierter Wechsler-Intelligenztest (WIP). Testzentrale der Schweizer Psychologen. Bern: Hans Huber.
- Dahmen, N. (2003). Forschungsschwerpunkte der Klinik. Genetik komplexer neuropsychiatrischer Erkrankungen: Eine Bestandesaufnahme. In H. Hippus (Hrsg.),

- Universitätskolloquien zur Schizophrenie. Band 1 (S. 229–232). Darmstadt: Steinkopff.
- David, A.S. & Appleby, L. (1992). Diagnostic criteria in schizophrenia: Accentuate the positive. Schizophrenia Bulletin, 18, 551–557.
- Davis, J.M., Chen, N. & Glick, I.D. (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Archives of General Psychiatry, 60, 553–564.
- Deister, A. (1993). Allgemeines zu soziotherapeutischen Verfahren. In H.-J. Möller (Hrsg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen (S. 91–103). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Deister, A. (1996). Reliabilität und Validität der gebräuchlichen Skalen zur Erfassung von Negativ-Symptomatik. In H.-J. Möller, R.R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen (S. 155–164). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Delahunty, A. & Morice, R. (1993). A training programme for the remediation of cognitive deficits in schizophrenia. Albury, New South Wales: Department of Health.
- Delahunty, A., Morice, R. & Frost, B. (1993). Specific cognitive flexibility rehabilitation in schizophrenia: Preliminary results. Psychological Medicine, 23, 221–227.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.) (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff.
- Deweese, M., Pulice, R.T. & McCormick, L.L. (1996). Community integration of former state hospital patients: Outcomes of a policy shift in Vermont. Psychiatric Services, 47, 1088–1092.
- Dickerson, F., Boronow, J.J., Ringel, N. & Parente, F. (1996). Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 21, 75–83.
- Dilk, M.N. & Bond, G.R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1337–1346.
- Dobson, D.J.G., McDougall, G., Busheikin, J. & Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry, 46, 376–380.
- Dohrenwendt, B.P., Shrout, P.E., Link, B., Martin, J.L. & Skodol, A. (1987). Overview and initial results from a risk factor study of depression and schizophrenia. In M.C. Angermeyer (Ed.), From social class to social stress: New development in the psychiatry epidemiology (pp. 210–234). Berlin: Springer-Verlag.

- Donahoe, C.P. & Driensenga, S.A. (1988). A review of social skills training with chronic mental patients. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (pp. 131–164). Newbury Park, CA: Sage.
- Donnelly, M., McGilloway, S. & Mays, N. (1996). Leaving hospital: One and two-year outcomes of long-stay psychiatric patients discharged to the community. Journal of Mental Health, 5, 245–255.
- Dose, M. (2002). Die schöne Welt der neuen Neuroleptika – eine kritische Betrachtung. Schizophrenie, 18, 37–56.
- Dose, M. (2003). Neue Neuroleptika – des Kaisers neue Kleider? Psychiatrische Praxis, 30, 1–3.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M. & Staak van der, C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. Clinical Psychology Review, 23, 1115–1137.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & Macmillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. British Journal of Psychiatry, 169, 593–601.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. & Macmillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time. British Journal of Psychiatry, 169, 602–607.
- Drury, V., Birchwood, M. & Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III. Five-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 177, 8–14.
- Dworkin, R.H. (1990). Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. American Journal of Psychiatry, 147, 347–352.
- Dworkin, R.H., Lewis, J.A., Cornblatt, B.A. & Erlenmeyer-Kimling, L. (1994). Social competence in adolescents at risk for schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 103–108.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107–126.
- Ebel, H., Klosterkötter, J., Gross, G. & Huber, G. (1989). Basic symptoms in schizophrenic and affective psychoses. Psychopathology, 22, 224–232.
- Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P., Johnston-Cronk, K., Zimmermann, K. & Mintz, J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. American Journal of Psychiatry, 149, 1549–1555.

- Eichberger, G. (1999). Möglichkeiten und Grenzen der Rückführung von chronisch psychisch Kranken in die Gemeinde – am Beispiel Mistelbach. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Eikermann, B. (1989). Die Klinik sinnvoll ergänzen und ersetzen – zur Versorgung, Effektivität und Indikation des komplementären psychiatrischen Wohnbereichs. Ergebnisse einer einjährigen prospektiven Evaluationsstudie. Psychiatrische Praxis, 16, 19–27.
- Eikermann, B. (1998). Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Eikermann, B. (2000). Grenzen der Desinstitutionalisierung? Die Sicht der Fachklinik. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S53–S58.
- Eikermann, B. & Reker, T. (1991). A modern therapeutic approach for chronically mentally ill patients – results of a four-year prospective study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84, 357–363.
- Eikermann, B. & Reker, T. (1994). Rehabilitation chronisch psychisch Kranker: Subjektive und objektive Evaluation. In B. Eikermann & T. Reker (Hrsg.), Sozialpsychiatrie in der Praxis. Neue Projekte, empirische Untersuchungen und Analysen (S. 27–46). Münster: Lit Verlag.
- Eisler, R.M., Blanchard, E.B., Fitts, H. & Williams, J.G. (1978). Social skills training with and without modeling in schizophrenic and nonpsychotic hospitalized psychiatric patients. Behavior Modification, 2, 147–172.
- Elbelt, U., Müller, P. & Schaefer, E. (1998). Zur beruflichen Integration schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen. Psychiatrische Praxis, 25, 33–37.
- Elkin, A., Kalidindi, S. & McGuffin, P. (2004). Have schizophrenia genes been found? Current Opinion in Psychiatry, 17, 107–113.
- Ellis, A. (1978). Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Estes, W.K. & Taylor, H.A. (1964). Span of Apprehension Test. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States, 52, 446–454.
- Fakhoury, W.K.H., Murray, A., Shepherd, G. & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37, 301–315.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. (1984). Family care of schizophrenia: A problem-solving treatment for mental illness. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H.B., Gilderman, A.M. & Simpson, G.M. (1985). Family management in the prevention of

- morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. Archives of General Psychiatry, 42, 887–896.
- Fenton, W.S., Blyler, C.R. & Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin, 23, 637–651.
- Fenton, W.S. & Schooler, N.R. (2000). Editors introduction: Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 26, 1–3.
- Finch, B.E. & Wallace, C.J. (1977). Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 885–890.
- Finzen, A. (2004). 50 Jahre Neuroleptika. Psychiatrische Praxis, 31, 275–277.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Florin, I. & Meyer-Osterkamp, S. (1974). Ansätze zur Verhaltenstherapie bei Schizophrenen. In C. Kraiker (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie (S. 465–485). München: Kindler.
- Foreyt, J.P., Rockwood, C.E., Davis, J.C., Desvousges, W.H. & Hollingsworth, R. (1975). Benefit-cost analysis of a token economy program. Professional Psychology, 6, 26–33.
- Forster, R. (1997). Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Forster, R. (2000). Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung – soziologisch gedeutet. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S39–S43.
- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice. Chichester: John Wiley & Sons.
- Foy, D.W., Eisler, R.M. & Pinkston, S. (1975). Modeled assertion in a case of explosive rages. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 6, 135–137.
- Fox, R.M., McMorro, M.J., Bittle, R.G. & Fenlon, S.J. (1985). Teaching social skills to psychiatric inpatients. Behaviour Research and Therapy, 23, 531–537.
- Franz, M. (1998). Empirische Untersuchungen zur Lebensqualität schizophrener Patienten unter Neuroleptikabehandlung. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 255–264). Wien, New York: Springer-Verlag.

- Franz, M., Meyer, T., Ehlers, F. & Gallhofer, B. (2001). Schwer chronisch kranke schizophrene Langzeitpatienten. Welche Merkmale beeinflussen den Prozess der Enthospitalisierung? Krankenhauspsychiatrie, 12, S95–S100.
- Frauenfelder, A., Ebner, G. & Schätzle, M. (1998). Zum Stand der Psychotherapie der Psychosen. 12. Internationales Symposium der Psychotherapie der Schizophrenie, 12.-16. Oktober 1997 in London. Nervenarzt, 69, 823–825.
- Freudenreich, O., Deckersbach, T. & Goff, D.C. (2004). Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 14–20.
- Frey, C. (2000). Anmerkungen zur Enthospitalisierung. Psychiatrische Praxis, 27, Suppl. 2, S83–S88.
- Frith, C.D. (1992). The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Funke, B., Reinecker, H. & Commichau, A. (1989). Grenzen kognitiver Trainingsmethoden bei schizophrenen Langzeitpatienten. Nervenarzt, 60, 750–754.
- Gaebel, W. (1996). Medikamentöse Frühintervention in der Rückfallprophylaxe: Grundlagen, Indikation und Durchführung. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 249–263). Bern: Hans Huber.
- Gaebel, W. (1998). Langzeitbehandlung schizophrener Erkrankungen: Konzept, Methoden, Strategien. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 315–333). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Gaebel, W., Frick, U., Köpcke, W., Linden, M., Müller, P., Müller-Spahn, F., Pietzker, A. & Tegeler, J. (1993). Early neuroleptic intervention in schizophrenia: Are prodromal symptoms valid predictors of relapse? British Journal of Psychiatry, 163, 8–12.
- Ganguly, R., Kotzan, J.A., Miller, L.S., Kennedy, K. & Martin, B.C. (2004). Prevalence, trends and factors associated with antipsychotic polypharmacy among medicaid-eligible schizophrenia patients, 1998-2000. Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1377–1388.
- Geddes, J., Freemantle, N., Harrisson, P. & Bebbington, P. for the National Schizophrenia Guideline Development Group (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Systematic overview and meta-regression analysis. British Medical Journal, 321, 1371–1376.
- Geibel-Jakobs, M. & Olbrich, R. (1998). Computergestütztes kognitives Training bei schizophrenen Patienten. Psychiatrische Praxis, 25, 111–116.

- Gerbaldo, H. (1997). Die deutsche Übersetzung der Carpenter-Kriterien für das Defizitsyndrom (primäre überdauernde Negativsymptomatik). In H. Gerbaldo (Hrsg.), Negativsymptomatik: Vier aktuelle methodische Aspekte (S. 45–47). Darmstadt: Steinkopff.
- Gerlach, J. (1994). Oral versus depot administration of neuroleptics in relapse prevention. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 28–32.
- Gestrich, J. & Hermanutz, M. (1991). Computer-gestütztes Aufmerksamkeitstraining mit Schizophrenen. Ergebnisse einer kontrollierten Studie. In R. Schüttler (Hrsg.), Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten (S. 95–101). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Giebeler, U. & Brenner, H.D. (1997). Behandlung von Krankheitsphasen und Rückfällen. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psycho- sen (S. 209–227). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Glynn, S.M. (1990). Token economy approaches for psychiatric patients. Behavior Modification, 14, 383–407.
- Gmür, M. (1991). Die Rehabilitation von Schizophrenen - Der Rehabilitationsstern als Modell. In T. Platz, R. Schubert & R. Neumann (Hrsg.), Fortschritte im Umgang mit schizophrenen Patienten (S. 11–21). Wien: Springer-Verlag.
- Godemann, F., Linden, M. & Gaebel, W. (2003). Is interval medication a successful treatment regimen for schizophrenic patients with critical attitudes towards treatment? European Psychiatry, 18, 82–84.
- Goldberg, T.E., Weinberger, D.R., Berman, K.F., Pliskin, N.H. & Podd, M.H. (1987). Further evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia? A controlled study of teaching the Wisconsin Card Sorting Test. Archives of General Psychiatry, 44, 1008–1014.
- Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R. & Steinberg, M.R. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 35, 1169–1177.
- Goldsmith, J.B. & McFall, R.M. (1975). Development and evaluation of an interpersonal skills training program for psychiatric inpatients. Journal of Abnormal Psychology, 84, 51–58.
- Gorham, D.R., Green, L.W., Caldwell, L.R. & Bartlett, E.R. (1970). Effect of operant conditioning techniques on chronic schizophrenics. Psychological Reports, 27, 223–234.
- Gottesman, J.J. (1993). Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen, Verlaufsformen. Heidelberg: Spektrum-Verlag.

- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. Schizophrenia Research, 48, 335–342.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130–145.
- Green, M.F. (1993). Cognitive remediation in schizophrenia: Is it time yet? American Journal of Psychiatry, 150, 178–187.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? American Journal of Psychiatry, 153, 321–330.
- Green, M.F. (1998). Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Green, M.F. (2003). Schizophrenia revealed: From neurons to social interactions. New York: W.W. Norton & Company.
- Green, M.F., Kern, R.S. & Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. Schizophrenia Research, 72, 41–51.
- Green, M.F. & Nuechterlein, K.H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophrenia Bulletin, 25, 309–318.
- Green, M.F., Satz, P., Ganzell, S. & Vaclav, J.F. (1992). Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia: Remediation of a stubborn deficit. American Journal of Psychiatry, 149, 62–67.
- Häfner, H. (1988). Rehabilitation Schizophrener. Ergebnisse eigener Studien und selektiver Überblick. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 17, 187–209.
- Häfner, H. (2005). Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München: C.H. Beck.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1985). Schizophrenieforschung mit Hilfe psychiatrischer Fallregister. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 53, 273–290.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (2000). Methodische Probleme der Verlaufsforschung an der Schizophrenie. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 68, 193–205.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Bustamante, S., an der Heiden, W., Riecher-Rössler, A. & Nowotny, B. (1995). Onset and early course of schizophrenia. In H. Häfner & W.F. Gattaz (Eds.), Search for the Causes of Schizophrenia (S. 43–66). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Häfner, H., Riecher, A., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenheuer, B., Löffler, W. & an der Heiden, W. (1990). Ein Instrument zur retrospektiven Einschätzung des Erkrankungsbeginns bei Schizophrenie (Instrument for the

- Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia – “IRAOS”) – Entwicklung und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19, 230–255.
- Häfner, H., Rössler, W. & Häfner-Ranabauer, W. (1996). Zwei-Klassen-Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 23, 55–62.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1995). Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Halford, W.K., Harrison, C., Kalyansundaram, A., Moutrey, C. & Simpson, S. (1995). Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. Psychiatric Services, 46, 1189–1191.
- Halford, W.K. & Hayes, R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical Psychological Review, 11, 23–44.
- Hall, J.N., Baker, R.D. & Hutchinson, K. (1977). A controlled evaluation of token economy procedures with chronic schizophrenic patients. Behaviour Research and Therapy, 15, 261–283.
- Hank, G.M. (1991). Spezifität und Stabilität von Aufmerksamkeitsstörungen bei schizophrenen Patienten, untersucht mit dem Continuous Performance Test und dem Span of Apprehension Test. Frankfurt: Lang.
- Hayes, R.L., Halford, W.K. & Varghese, F.T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. Behavior Therapy, 26, 433–449.
- Heaton, R.K. (1981). Wisconsin Card Sorting Test Manual. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Hecht, H., Faltermeier, A. & Wittchen, H.-U. (1987). Social Interview Schedule, SIS: halbstrukturiertes Interview zur Erfassung der aktuellen sozialpsychologischen Situation. Regensburg: Roderer.
- Heim, M., Wolf, S., Göthe, U. & Kretschmar, J. (1989). Kognitives Training bei schizophrenen Erkrankungen. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 41, 367–341.
- Heimberg, D. & Hirsbrunner, A. (1991). „Mir spinnt's, aber ig sueche gliich ä Wohnig!“ Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Bern.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P. & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. Schizophrenia Bulletin, 26, 21–46.

- Heinz, A. & Juckel, G. (2004). Historische Modelle und aktuelle Erkenntnisse. Entstehung schizophrener Erkrankungen. Psychoneuro, 30, 140–145.
- Hellman, S., Green, M.F., Kern, R.S. & Christenson, C.D. (1992). The effects of instruction versus reinforcement on the Wisconsin Card Sorting Test. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 14, 63–67.
- Hempel, H.D. (1996). Die Bedeutung von Frühsymptomen in der Schizophreniebehandlung. In A. Stark (Hrsg.), Verhaltenstherapeutische Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Konzepte – Praxis – Perspektiven (S. 185–192). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 50, 366–375.
- Hermanutz, M. & Gestrich, J. (1987). Kognitives Training mit Schizophrenen. Nervenarzt, 58, 91–96.
- Herrlich, J. & Süllwold, L. (1992). Gibt es stabilisierende Umwelten für schizophren Erkrankte? In B. Andresen, F.M. Stark & J. Gross (Hrsg.), Mensch – Psychiatrie – Umwelt: Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis (S. 264–272). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: Rationale, research findings, and future directions. Comprehensive Psychiatry, 17, 559–580.
- Herz, M.I., Glazer, W., Mirza, M., Mostert, M., Hafez, H., Smith, P., Trigoboff, E., Miles, D., Simon, J., Finn, J. & Schohn, M. (1989). Die Behandlung prodromaler Episoden zur Prävention von Rückfällen in der Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie (S. 270–282). Bern: Hans Huber.
- Herz, M.I., Glazer, W. & Mostert, M. (1991). Intermittent vs. maintenance medication in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 48, 333–339.
- Herz, M.I., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S.P., McCartan, L. & Nix, G. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. Archives of General Psychiatry, 57, 277–283.
- Hippius, H. (2003). Universitätskolloquien zur Schizophrenie. Band 1. Darmstadt: Steinkopff.
- Hirsch, S.R., Cramer, P., Jolley, A. & Dickenson, M. (1992). Die Rolle der life events beim schizophrenen Rückfall. In H.D. Brenner & W. Böker (Hrsg.), Verlaufspro-

zesse schizophrener Erkrankungen: Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren (S. 187–195). Bern: Hans Huber.

- Hirschberg, W. (1988). Soziale Netzwerke bei schizophrenen Störungen: Eine Übersicht. Psychiatrische Praxis, 15, 84–89.
- Hoefgen, B., Rietschel, M., Ackenheil, M. & Maier, W. (2004). Genetische Grundlagen der Schizophrenie. Psychoneuro, 30, 603–605.
- Höfler, R. (1990). Bemerkungen zur Weiterentwicklung der „Progressiven Relaxation“ nach Jacobson. In E. Jacobson (Hrsg.), Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis (S. 13–18). München: Pfeiffer.
- Hofmann, P., Melisch, B., Zapotoczky, H.G. & Kulhanek, F. (1993). Neuroleptische Niedrigdosis-Langzeitstrategie und intermittierende Behandlungsstrategien bei chronisch Schizophrenen – ein kritischer Überblick. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 61, 195–200.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Javan, C.D. & Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I: One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archives of General Psychiatry, 43, 633–642.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulrich, R.F. & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II: Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Archives of General Psychiatry, 48, 340–347.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., DiBarry, A.L., Cooley, S., Flesher, S., Reiss, D.J., Carter, M. & Ulrich, R.F. (1995). Personal Therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 379–393.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R.F., Carter, M. & Flesher, S. (1997a). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on relapse rates. American Journal of Psychiatry, 154, 1504–1513.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., DiBarry, A.L., Cooley, S., Flesher, S., Reiss, D.J., Carter, M. & Ulrich, R.F. (1997b). Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients. American Journal of Psychiatry, 154, 1514–1524.

- Hole, R.W., Rush, A.J. & Beck, A.T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. Psychiatry, 42, 312–319.
- Holzinger, H., Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1997). Lebensqualität für schizophrene Patienten – das ist... Ergebnisse einer Umfrage bei Psychiatern. Psychiatrische Praxis, 24, 61–64.
- Horan, W.P. & Blanchard, J.J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: The role of individual differences in affective traits and coping. Schizophrenia Research, 60, 271–283.
- Hornung, W.P. & Buchkremer, G. (1994). Psychoedukatives Training als Bestandteil rehabilitativer Massnahmen bei chronisch Schizophrenen. In B. Eikermann & T. Reker (Hrsg.), Sozialpsychiatrie in der Praxis: Neue Projekte, empirische Untersuchungen und Analysen (S. 112–123). Münster: Lit Verlag.
- Hornung, W.P., Holle, R., Schulze Mönking, H., Klingberg, S. & Buchkremer, G. (1995). Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Nervenarzt, 66, 828–834.
- Huber, G. (1983). Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt, 54, 23–32.
- Huber, G. (1986). Psychiatrische Aspekte des Basisstörungskonzeptes. In L. Süllwold & G. Huber (Hrsg.), Schizophrene Basisstörungen (S. 39–143). Berlin: Springer-Verlag.
- Hubmann, W., Bender, W., Vaitl, P., Steinbacher, I. & Scholz, L. (1989). Stationäre Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten mit einem verhaltenstherapeutischen Münzverstärkerprogramm. Psychiatrische Praxis, 16, 36–42.
- Hubschmid, T.L. & Ciompi, L. (1990). Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 58, 355–359.
- Hubschmid, T.L., Pfister, F. & Spalinger, J. (1988). Wiedereingliederung auf der Wohnachse. Eine katamnestische Untersuchung. Psychiatrische Praxis, 15, 78–83.
- Hülsmeier, H. (1986). Erfahrungen mit Wohngemeinschaften für psychisch Kranke. Psychiatrische Praxis, 13, 144–152.
- Hüsler, J. & Zimmermann, H. (1996). Statistische Prinzipien für medizinische Projekte. Bern: Hans Huber.
- Huxley, N.A., Rendall, M. & Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. The Journal of Nervous and Mental Disease, 188, 187–201.

- Huxley, P. & Warner, R. (1992). Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. Hospital and Community Psychiatry, 43, 799–802.
- Ibes, K. & Klusmann, D. (1989). Persönliche Netzwerke und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch psychotischen Erkrankungen. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie (S. 207–230). Berlin: Springer-Verlag.
- Ikebuchi, E. & Anzai, N. (1995). Effect of the medication management module evaluated using the role play test. Psychiatry Clinical Neuroscience, 49, 151–156.
- Isele, R. & Angst, J. (1982). Live-events und prämorbid soziale Beziehungen bei ersterkrankten Schizophrenen. In G. Huber (Hrsg.), Endogene Psychosen: Diagnostik, Basissymptome und biologische Parameter (S. 43–57). Stuttgart: Schattauer.
- Jackson, H., McGorry, P., Edwards, J., Hulbert, C., Henry, L., Francey, S., Maude, D., Cocks, J., Power, P., Harrigan, S. & Dudgeon, L. (1998). Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). British Journal of Psychiatry, 172, 93–100.
- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press (Midway Reprint 1974).
- Jäger, M., Sobocki, P. & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland. With a focus on mental disorders. Swiss Medical Weekly, 138, 4–11.
- Jahn, T. & Mussgay, L. (1989). Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von Chlorpromazinäquivalenten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis, 18, 257–267.
- Juckel, G., Schultze-Lutter, F. & Ruhrmann, S. (2004). Früherkennung beginnender schizophrener Erkrankungen. Psychoneuro, 30, 153–159.
- Jung, E., Krumm, B., Biehl, H., Maurer, K. & Bauer-Schubart, C. (1989). Disability Assessment Schedule, DAS-M, (Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung). Weinheim: Beltz.
- Kaiser, W., Priebe, S., Barr, W., Hoffmann, K., Isermann, M., Röder-Wanner, U. & Huxley, P. (1997). Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. Psychiatry Research, 66, 153–166.
- Kaiser, W., Priebe, S., Hoffmann, K. & Isermann, M. (1996). Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Nervenarzt, 67, 572–582.
- Kallert, T.W., Looks, P., Leisse, M., Hoffmann, K. & Franz, M. (2006). Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Grosskrankenhäusern. Eine

- kritische Übersicht zur durchgeführten Begleitforschung. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 74, 309–328.
- Kallert, T.W., Stoll, A., Leisse, M. & Winiecki, P. (2004). Der Enthospitalisierungsprozess des psychiatrischen Heimbereichs eines ehemaligen Grosskrankenhauses aus Patienten- und Mitarbeitersicht. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 72, 446–459.
- Kalousek, M.E. & Rudas, S. (1991). Integrierte Langzeitbehandlung schizophrener Patienten. In T. Platz, R. Schubert & R. Neumann (Hrsg.), Fortschritte im Umgang mit schizophrenen Patienten (S. 163–173). Wien: Springer-Verlag.
- Kane, J.M. & Freeman, H.L. (1994). Towards more effective antipsychotic treatment. British Journal of Psychiatry, 165, 22–31.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (3. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Kasckow, J.W., Twamley, E., Mulchahey, J.J., Carroll, B., Sabai, M., Strakowski, S.M., Patterson, T. & Jeste, D.V. (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: Comparison with matched outpatients. Psychiatric Research, 103, 69–78.
- Katschnig, H. (1994). Wie lässt sich die Lebensqualität bei psychischen Krankheiten erfassen? In H. Katschnig & P. König (Hrsg.), Schizophrenie und Lebensqualität (S. 1–13). Wien: Springer-Verlag.
- Katschnig, H. (1995). Soziotherapeutische Strategien in der Langzeitbehandlung der Schizophrenie. In W.W. Fleischhacker (Hrsg.), Die Behandlung schizophrener Erkrankungen: Neue Entwicklungen (S. 91–102). Innsbruck: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 33–37.
- Katschnig, H. & Amering, M. (1996). Neutralität und Autonomie – Leitbilder für die Kooperation mit Angehörigen schizophrener Patienten in einem familienorientierten Wohnheim. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 377–383). Bern: Hans Huber.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 160, 601–620.
- Keefe, R.S.E., Silva, S.G., Perkins, D.O. & Liberman, J.A. (1999). The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: A review and meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 25, 201–222.
- Kemp, R. & David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. British Journal of Psychiatry, 169, 444–450.

- Keppeler, U. (1997). Aktuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieansätze zur Behandlung und Rehabilitation schizophrener Patienten. Literaturanalyse und Gruppentherapieprogramm für den Wohnbereich. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Fribourg.
- Keppeler, U. & Roder, V. (2002). Therapiemanual für den Wohnbereich. In V. Roder, P. Zorn, K. Andres, M. Pfammatter & H.D. Brenner (Hrsg.), Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter (S. 217–262). Bern: Hans Huber.
- Kéri, S. & Janka, Z. (2004). Review article. Critical evaluation of cognitive dysfunctions as endophenotypes of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 83–91.
- Kieserg, A. & Hornung, W.P. (1996). Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS); ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kingdon, D.G., Turkington, D. & John, C. (1994). Cognitive behaviour therapy of schizophrenia. The amenability of delusions and hallucinations to reasoning. British Journal of Psychiatry, 164, 581–587.
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R.W. & McKenney, P.D. (1989). The schedule for the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia. Psychiatry Research, 30, 119–123.
- Klosterkötter, J. (1988). Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie: Eine empirische Untersuchung der psychopathologischen Übergangsreihen zwischen defizitären und produktiven Schizophreniesymptomen. Berlin: Springer-Verlag.
- Klosterkötter, J. (1996). Das Vulnerabilitätskonzept bei schizophrenen Erkrankungen. In H.-J. Möller & A. Deister (Hrsg.), Vulnerabilität für affektive und schizophrene Erkrankungen (S. 11–21). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Klosterkötter, J. (1998). Die Post-Kraepelinsche Weiterentwicklung des Dementia praecox- bzw. Schizophreniekonzepts. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 13–28). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Klosterkötter, J. & Albers, M. (1994). Klinische Differentialdiagnostik schizophrener Minussymptomatik. In H.-J. Möller & G. Laux (Hrsg.), Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik (S. 1–13). Wien, New York: Springer-Verlag.

- Klosterkötter, J. & Albers, M. (1997). Der diagnostische Stellenwert von Negativsymptomen. In H. Gerbaldo (Hrsg.), Negativsymptomatik: Vier aktuelle methodische Aspekte (S. 1–11). Darmstadt: Steinkopff.
- Klosterkötter, J., Albers, M., Steinmeyer, E.M., Hensen, A. & Sass, H. (1994). Positive oder negative Symptome: Was ist brauchbarer für die Diagnose Schizophrenie? Nervenarzt, 65, 444–453.
- Klusmann, D. & Angermeyer, M.C. (1989). Persönliche Netzwerke bei psychotisch Erkrankten. Messung und Beschreibung. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie (S. 95–129). Berlin: Springer-Verlag.
- Knapp, M. (1997). The costs of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 171, 509–518.
- Konrad, M & Schmidt-Michel, P.O. (1995). Familienpflege - Alternative Möglichkeit der Therapie chronisch schizophrener Patienten. In W. Bender, W. Hubmann & F. Mohr (Hrsg.), Neuere Entwicklungen in der Behandlung schizophrener Psychosen (S. 71–97). München-Haar: VTS-Verlag.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., Mintz, J. & Zarate, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 154, 424–425.
- Krabbendam L. & Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: A quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology, 169, 376–382.
- Kraemer, S., Sulz, K.H.D., Schmid, R. & Lässle, R. (1987). Kognitive Therapie bei standardversorgten schizophrenen Patienten. Nervenarzt, 58, 84–90.
- Kraemer, S., Zinner, H.J. & Möller, H.J. (1991). Kognitive Therapie und Sozialtraining: Vergleich zweier verhaltenstherapeutischer Behandlungskonzepte für chronisch schizophrene Patienten. Erste und vorläufige Ergebnisse. In R. Schüttler (Hrsg.), Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten (S. 102–117). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Kraepelin, E. (1904). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7., vielfach umgearbeitete Aufl., Bd. 2. Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1905). Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 28, 573–590.
- Kraepelin, E. (1913). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8., vollständig umgearbeitete Aufl., Bd. 3. Leipzig: Barth.
- Krauthauser, H. & Bassler, M. (1997). Das Problem der Randomisierung bei Psychotherapiestudien. Psychotherapie und medizinische Psychologie, 47, 279–284.

- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1996). Zur Entwicklung einer autonomie- und subjekt-orientierten stationären Gemeindepsychiatrie in Herne. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28, 393–414.
- Kruckenber, P., Fabian, A.S. & Henning, H.J. (1995). Modellprojekt Integration von Patienten einer psychiatrischen Langzeitklinik in dezentrale gemeindenahe Versorgungseinrichtungen. Endbericht des Evaluationsprojekts zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Bremen im Zuge der Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg. Baden-Baden: Nomos.
- Krüger, M., Piesch, A., Thoma, H. & Schmidt-Michel, P.-O. (1994). Chronisch psychisch krank. Wie aus endlicher Krankheit unendliche Behinderung wird. Fundamenta Psychiatrica, 8, 191–195.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. & Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. British Journal of Psychiatry, 171, 319–327.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. & Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. British Journal of Psychiatry, 173, 61–68.
- Kulhanek, F. (1995). Über die Bedeutung neuroleptischer Äquivalenzdosen. In H. Hinterhuber, W.W. Fleischhacker & U. Meise (Hrsg.), Die Behandlung der Schizophrenien (S. 67–75). Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie.
- Kulhara, P. & Chadda, R. (1987). Study of negative symptoms in schizophrenia and depression. Comprehensive Psychiatry, 28, 229–235.
- Lacro, J., Dunn, L. & Dolder, C. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. Journal of Clinical Psychiatry, 63, 892–908.
- Lächler, M. (2006). Prädiktoren für den Therapieerfolg kognitiver Verhaltenstherapie bei schizophren Erkrankten. Schizophrenie, 22, 14–23.
- Lamberti, G., Wieneke, K.H. & Franke, N. (1988). Der Computer als Hilfe beim Aufmerksamkeitstraining. Eine klinisch-experimentelle Studie. Rehabilitation, 27, 190–198.
- Larsen, E.B. & Gerlach, J. (1996). Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 381–388.
- Lauer, G. (1993). Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis, 20, 88–90.

- Lauer, G. & Stegmüller-Koenemund, U. (1994). Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis, 21, 70–73.
- Laux, G., Dietmaier, O. & König, W. (2002). Psychopharmaka. München: Urban & Fischer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen (S. 213–259). Bern: Hans Huber.
- Leclerc-Springer, J. (1992). Rehabilitationsziele in einem psychiatrischen Übergangswohnheim. Sozialpsychiatrische Informationen, 2, 21–23.
- Leclerc, C., Lesage, M.D., Ricard, N., Lecomte, T. & Cyr, M. (2000). Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry, 70, 380–388.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, M.D., Wilde, J., Leclerc, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 406–413.
- Leff, J.P. (1997). The outcome for long-stay non-demented patients. In J.P. Leff (Ed.), Care in the community: Illusion or reality? (pp. 69–91). Chichester: Wiley.
- Leff, J.P., Berkowitz, R., Shavit, A., Strachan, I., Glass, I. & Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 154, 58–66.
- Leff, J.P., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985). A controlled study of social intervention in families of schizophrenic patients: A two year follow-up. British Journal of Psychiatry, 146, 594–600.
- Leff, J.P. & Szmidla, A. (2002). Evaluation of a special rehabilitation programme for patients who are difficult to place. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37, 532–536.
- Leff, J.P. & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project. British Journal of Psychiatry, 176, 217–223.
- Leff, J.P. & Vaughn, C. (1985). Expressed Emotion in Families. New York: Guilford Press.
- Lehman, A.F. (1983). The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. Archives of General Psychiatry, 40, 369–373.

- Lehman, A.F. & Linn, L.S. (1984). Crimes against discharged mental patients in board-and-care homes. American Journal of Psychiatry, 142, 271–274.
- Lehman, A.F. & Steinwachs, D.M. (1994). Literature review: Treatment approaches for schizophrenia. Baltimore: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), University of Maryland.
- Lehman, A.F. & Steinwachs, D.M. (1998). Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophrenia Bulletin, 24, 1–10.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M., Dixon, L.B., Fahey, M., Fischer, P., Hoch, J., Kasper, J., Lyles, A., Postrado, L., Scott, J.C., Shore, A. & Skinner, E. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia PORT Client Survey. Schizophrenia Bulletin, 24, 11–20.
- Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, L.B., Goldberg, R., Green-Paden, L.D., Tenhula, W.N., Boerescu, D., Tek, C., Sandson, L. & Steinwachs, D.M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. Schizophrenia Bulletin, 30, 193–217.
- Leisse, M. & Kallert, T.W. (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis, 28, 10–17.
- Leon, J., Simpson, G.M. & Peralta, V. (1991). Positive and negative symptoms in schizophrenia: Where are the data? Biological Psychiatry, 31, 431–434.
- Leucht, S., Barnes, T.R., Kissling, W., Engel, R.P., Corell, C. & Kane, J.M. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: A systematic review and exploratory meta-analysis of randomized controlled trials. American Journal of Psychiatry, 160, 1209–1222.
- Levitt, A.J., Hogan, T.P. & Bucosky, C.M. (1990). Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. Psychological Medicine, 20, 703–710.
- Liberman, R.P. (1986). Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. In M.J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (Eds.), Treatment of schizophrenia. Family assessment and intervention (pp. 201–215). Berlin: Springer-Verlag.
- Liberman, R.P. (1988a). Social and Independent Living Skills. The Medication Management Module. Trainer's Manual and Patient's Handbook. Los Angeles: Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation.
- Liberman, R.P. (1988b). Social and Independent Living Skills. The Symptom Management Module. Trainer's Manual and Patient's Handbook. Los Angeles: Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation.

- Liberman, R.P. (1994a). Die Bewältigung chronisch seelischer Erkrankungen. In R.P. Liberman, U. Giebeler & H.D. Brenner (Hrsg.), Die Rehabilitation chronisch seelisch Kranker in der Psychiatrie (S. 1–28). Bern: Hans Huber.
- Liberman, R.P. (1994b). Das Training sozialer Fertigkeiten. In R.P. Liberman, U. Giebeler & H.D. Brenner (Hrsg.), Die Rehabilitation chronisch seelisch Kranker in der Psychiatrie (S. 107–156). Bern: Hans Huber.
- Liberman, R.P. & Corrigan, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 56, 283–249.
- Liberman, R.P., Glynn, S., Blair, K.E., Ross, D. & Marder, S.R. (2002). In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. Psychiatry, 65 (2), 137–155.
- Liberman, R.P., Jacobs, H.E., Boone, S.E., Foy, D.W., Donahoe, C.P., Falloon, I.R.H., Blackwell, G. & Wallace, C.J. (1986a). Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen (S. 96–112). Bern: Hans Huber.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A. & Young, A.S. (1994). Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behavioural Therapy, 25, 89–107.
- Liberman, R.P., Massel, H.K. & Wallace, C.J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. American Journal of Psychiatry, 143, 523–526.
- Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Eckman, T. & Massel, H.K. (1986b). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin, 12, 631–647.
- Liberman, R.P., Teigen, J., Patterson, R. & Baker, V. (1973). Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, 6, 57–63.
- Liberman, R.P. & Wallace, C.J. (1990). Neuere Entwicklungen des Trainings sozialer Fertigkeiten für chronisch psychisch Kranke. In R. Olbrich (Hrsg.), Therapie der Schizophrenie (S. 83–99). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Eckman, T.A., Vaccaro, J.V. & Kuehnel, T.G. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. Innovations and Research, 2, 43–60.

- Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 155, 1087–1091.
- Liebeck, H. (1996). Problemlösetraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), Verhaltenstherapie (S. 245–251). Berlin: Springer-Verlag.
- Lick, J.R. & Heffler, D. (1977). Relaxation training and attention placebo in the treatment of severe insomnia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 153–162.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (1996). Verhaltenstherapie. Berlin: Springer-Verlag.
- Lindsley, O.R. & Skinner, B.F. (1954). A method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. American Psychologist, 9, 419–420.
- Lögdberg, B., Nilsson, L.-L., Levander, M.T. & Levander, S. (2004). Schizophrenia, neighbourhood, and crime. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 92–97.
- Loong, J.W.K. (1989). Wisconsin Card Sorting Test (WCST). La Luna Court: Wang Neuropsychological Laboratory.
- Lorr, M., Jenkins, R.L. & Holsopple, J.Q. (1953). Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients. Technical Bulletin, 43, 10–507.
- Lorr, M. & Klett, C.J. (1966). Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D., Rosenthal, R., Krause, E., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, JS. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A 'wild card' in comparisons of treatment efficacy. Clinical Psychology and Science Practice, 6, 95–106.
- Mager, T. & Meisenzahl, E.M. (1998). Das dopaminerge System und schizophrene Erkrankungen. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 117–126). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Maley, R.F., Feldman, C.L. & Ruskin, R.S. (1973). Evaluation of patient improvement in a token economy treatment program. Journal of Abnormal Psychology, 82, 141–144.
- Mann, N.A., Tandon, R., Butler, J., Boyd, M., Eisner, W.H. & Lewis, M. (1993). Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: Beginnings in acute hospitalization. Archives of Psychiatric Nursing, 7, 154–162.
- Mannsdorff, P. (1994). Das verrückte Wohnen. Erfahrungsbericht aus einer psychiatrisch-therapeutischen Wohngemeinschaft. Freiburg i.Br.: Herder Spektrum.

- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston-Cronk, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmermann, K. & Liberman, R.P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 153, 1585–1592.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., VanPutten, T., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston-Cronk, K., Lebell, M. & Liberman, R.P. (1994). Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 51, 280–287.
- Margo, A., Hemsley, D.R. & Slade, P.D. (1981). The effect of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. British Journal of Psychiatry, 139, 122–126.
- Marker, K. (1989). Cognition I. Version 2.2. Dossenheim: Marker software.
- Marneros, A. (1997). Negative Symptome der Schizophrenie: Diagnose – Therapie – Bewältigung. Stuttgart, New York: Thieme.
- Marneros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1994). Möglichkeiten und Grenzen der Positiv-Negativ-Dichotomie der Schizophrenie. In H.-J. Möller & G. Laux (Hrsg.), Fortschritte in der Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik (S. 16–25). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper and Row.
- Matson, J.L. & Stephens, R.M. (1978). Increasing appropriate behavior of explosive chronic psychiatric patients with a social skills training package. Behavior Modification, 2, 61–67.
- Maurer, K. (1990). PSE-standardisierte Verlaufsdaten zur Minussymptomatik. In H.-J. Möller & E. Pelzer (Hrsg.), Neuere Ansätze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik (S. 35–46). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Maurer, K. & Häfner, H. (1997). Die retrospektive Erfassung der Negativsymptomatik im Frühverlauf der Schizophrenie. In H. Gerbaldo (Hrsg.), Negativsymptomatik: Vier aktuelle methodische Aspekte (S. 13–29). Darmstadt: Steinkopff.
- Mayer, K. & Roder, V. (2002). Therapiemanual für den Freizeitbereich. In V. Roder, P. Zorn, K. Andres, M. Pfammatter & H.D. Brenner (Hrsg.), Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter (S. 311–351). Bern: Hans Huber.
- Mayer, C. & Soyka, M. (1992). Compliance bei der Therapie schizophrener Patienten mit Neuroleptika – eine Übersicht. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 60, 217–222.
- Mayring, P. (1991). Psychologie des Glücks. Stuttgart: Kohlhammer.

- McCarthy, J. & Nelson, G. (1991). An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. Hospital and Community Psychiatry, 42, 1244–1256.
- McCrone, P. & Becker, T. (2000). Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S68–S71.
- McFall, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. Behavioral Assessment, 4, 1–33.
- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., Dunne, E.J., Horen, B. & Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psycho-education in the treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 52, 679–687.
- McGlashan, T.H. (1988). A selective review of recent north american long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 14, 515–542.
- McReynolds, W.T. & Coleman, J. (1972). Token economy: Patient and staff changes. Behaviour Research and Therapy, 10, 29–34.
- Medalia, A., Aluma, M., Tryon, W. & Merriam, A.E. (1998). Effectiveness of attention training in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 24, 147–152.
- Meichenbaum, D.H. (1985). Stress Inoculation Training. New York: Pergamon Press.
- Meisenzahl, E.M., Leinsinger, G.L., Heiss, D.T., Mager, T. & Möller, H.-J. (1998). Welche Erkenntnisse bringt die funktionelle MRT-Diagnostik hinsichtlich der Ätiopathogenese der Schizophrenie? In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 185–193). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Meltzer, H.Y., Burnett, S., Bastani, B. & Ramirez, L.F. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. Hospital and Community Psychiatry, 41, 892–897.
- Meltzer, H.Y. & Fatemi, S.H. (1998). Treatment of schizophrenia. In A.F. Schatzberg & C.B. Nemeroff (Eds.), The american psychiatric press text book of psychopharmacology (pp. 747–774). Washington: American Psychiatric Press.
- Merlo, M.C. & Brenner, H.D. (1997). Biologische Behandlungsmethoden. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 60–89). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Merson, S., Tyrer, P., Carlen, D. & Johnson, T. (1996). The cost of treatment of psychiatric emergencies: A comparison of hospital and community services. Psychological Medicine, 26, 727–734.

- Metz, J.T., Johnson, M.D., Pliskin, N.H. & Luchins, D.J. (1994). Maintenance of training effects on the Wisconsin Card Sorting Test by patients with schizophrenia or affective disorders. American Journal of Psychiatry, 151, 120–122.
- Mirsky, A.F. & Duncan, C.C. (1986). Etiology and expression of schizophrenia. Annual Review of Psychology, 37, 291–319.
- Möller, H.-J. (1995). Neuere Aspekte in der Diagnostik und Behandlung der Negativsymptomatik schizophrener Patienten. In H. Hinterhuber, W. Fleischhacker & U. Meise (Hrsg.), Die Behandlung der Schizophrenien – State of the Art (S. 197–212). Innsbruck: VIP-Verlag Integrative Psychiatrie.
- Möller, H.-J. (1998). Atypische Neuroleptika: Definitionsprobleme, Wirkungsmechanismen und Wirksubstanzen. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 207–226). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Möller, H.-J. (2003). Aktuelle Schwerpunkte der Schizophrenieforschung. In H. Hippus (Hrsg.), Universitätskolloquien zur Schizophrenie (S. 21–46). Darmstadt: Steinkopff.
- Möller, H.-J., Mager, T. & Müller, H. (1996). Lässt sich die Minussymptomatik der Schizophrenen durch Neuroleptika beeinflussen? In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 103–115). Bern: Hans Huber.
- Möller, H.-J. & von Zerssen, D. (1995). Course and outcome of schizophrenia. In S.R. Hirsch & D.R. Weinberger (Eds.), Schizophrenia (pp. 106–127). Oxford: Blackwell Science.
- Mörchen, G., Ratajczak, M., Voigtländer, W. & Fähndrich, E. (1992). Armut auf der psychiatrischen Station – ein zentrales Problem unserer Arbeit. Psychiatrische Praxis, 19, 207–211.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A. & Carpenter, B.N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. Schizophrenia Bulletin, 24, 569–587.
- Monti, P.M., Fink, E., Norman, W., Curran, J.P., Haydes, S. & Caldwell, H. (1979). Effects of social skills training groups and social skills bibliotherapy with psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 189–191.
- Morrison, A.P., Renton, J.C., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M., Nothard, S., Patel, U. & Dunn, G. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: An effectiveness study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 36–44.

- Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up data. Hospital and Community Psychiatry, 29, 715–723.
- Mosher, L.R., Menn, A.Z. & Matthews, S. (1975). Soteria. Evaluation of a home-based treatment for schizophrenics. American Journal of Orthopsychiatry, 45, 455–467.
- Müller, P. (1999). Therapie der Schizophrenie. Integrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Müller, P., Gaebel, W., Bandelow, B., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A. & Tegeler, J. (1998). Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. Nervenarzt, 69, 204–209.
- Müller, P., Günther, U. & Lohmeyer, J. (1986). Behandlung und Verlauf schizophrener Psychosen über ein Jahrzehnt. Krankheitsverlauf und Prädiktoren. Nervenarzt, 57, 332–341.
- Müller, D., Roder, V. & Brenner, H.D. (2003). Effectiveness of the Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia patients: A meta-analysis of 25 years of research. Schizophrenia Research, 60, 326–332.
- Müller, D., Roder, V. & Brenner, H.D. (2007). Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophren Erkrankte. Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. Nervenarzt, 78, 62–73.
- Mueser, K.T. & Bond, G.R. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 13, 27–35.
- Mueser, K.T., Salyers, M.P. & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 27, 281–296.
- Mumford, S.J., Paton, K.C.L., Andrews, N. & Wyner, L. (1975). A token economy ward programme with chronic schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 126, 60–72.
- Mundt, C., Fiedler, P.A., Pracht, B. & Rettig, R. (1985). INSKA (Intentionalitäts-Skalen) – ein neues psychopathometrisches Instrument zur quantitativen Erfassung der schizophrenen Residualsymptomatik. Nervenarzt, 56, 146–149.
- Mundt, C. & Kasper, S. (1987). Zur Schizophreniespezifität von negativen und Basis-symptomen. Nervenarzt, 58, 489–495.
- Murphy, K.C. (2002). Schizophrenia and velo-cardio-facial syndrome. Lancet, 359, 426–430.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349, 1436–1442.

- Mussgay, L. & Olbrich, R. (1988). Trainingsprogramme in der Behandlung kognitiver Defizite Schizophrener. Eine kritische Würdigung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis, 17, 341–353.
- Mussgay, L., Olbrich, R., Ihle, W. & Handtmann, T. (1991). Das Training kognitiver Fertigkeiten bei schizophrenen Patienten und seine Effekte auf elementare Informationsverarbeitungsmasse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis, 20, 103–114.
- Naber, D. (1998). Unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika und ihr Einfluss auf die Lebensqualität schizophrener Patienten. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 235–242). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Naber, D., Degner, S. & Bender, S. (2002). Olanzapine vs. clozapine: Findings on subjective well-being from a double-blind clinical trial. Schizophrenia Research, 53 (suppl. 3), B 70.
- Nanko, S. & Moridaira, J. (1993). Reproductive rates in schizophrenic outpatients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 400–404.
- Nestadt, G. & McHugh, P.R. (1985). The frequency and specificity of some “negative” symptoms. In G. Huber (Hrsg.), Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem (S. 183–189). Stuttgart, New York: Schattauer-Verlag.
- Noel, P. (1989). Versorgungskonzepte und Versorgungsstrategien für psychisch Kranke und Behinderte in den letzten zehn Jahren in Frankreich. In C. Kulenkampff & W. Picard (Hrsg.), Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich (S. 17–54). Köln: Rheinland-Verlag.
- Nübling, R. (1992). Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften.
- Nuechterlein, K.H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Häfner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Eds.), Search for the causes of schizophrenia (pp. 297–316). Berlin: Springer-Verlag.
- Nuechterlein, K.H. (1991). Vigilance in schizophrenia and related disorders. In S.R. Steinhauser, J.H. Gruzeller & J. Zubin (Eds.), Handbook of Schizophrenia, Vol. 5, Neuropsychology, Psychophysiology and Information Processing (pp. 397–433). Amsterdam: Elsevier.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984a). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophrenia Bulletin, 10, 300–312.

- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984b). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. Schizophrenia Bulletin, 10, 160–203.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., Yee, C.M. & Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. Schizophrenia Bulletin, 18, 387–425.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E. & Green, M.F. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 65–71.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L., Snyder, K.S., Mintz, J. & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 58–64.
- O’Carroll, R.E., Russell, H.H., Lawrie, S.M. & Johnstone, E.C. (1999). Errorless learning and the cognitive rehabilitation of memory-impaired schizophrenic patients. Psychological Medicine, 29, 105–112.
- Olbrich, R. (1987). Die Verletzbarkeit des Schizophrenen: J. Zubins Konzept der Vulnerabilität. Nervenarzt, 58, 65–71.
- Olbrich, R. (1994). Die Suche nach Risikofaktoren für psychotische Rezidive schizophrener Kranker. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23 (3), 153–162.
- Olbrich, R. (1995). Die Rehabilitation Schizophrener. Bisherige Forschungsaktivitäten, künftige Forschungsziele. In H. Häfner (Hrsg.), Was ist Schizophrenie? (S. 229–249). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Olbrich, R. & Mussgay, L. (1990). Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training. An evaluative study. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 239, 366–371.
- Okin, R.L., Borus, J.F., Baer, L. & Jones, A.L. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. Psychiatric Services, 46, 73–78.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp 270–376). New York: Wiley.
- Oswald, W.D. & Roth, E. (1978). Der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT). Göttingen: Hogrefe.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 10, 799–812.

- Owen, M.J., O'Donovan, M. & Gottesman, I.I. (2003). Psychiatric genetics and genomics. Oxford: Oxford University Press.
- Pach, J. & Lodemann, E. (1999). Rehabilitation psychisch Kranker im Übergangswohnheim. Ein 10-Jahres-Rückblick. Rehabilitation, 38, 233–239.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. Psychological Medicine, 20, 961–965.
- Pattison, E.M. & Pattison, M.C. (1981). Analysis of a schizophrenic psychosocial network. Schizophrenia Bulletin, 7, 135–143.
- Paul, G.L. & Lentz, R.J. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs. Cambridge: Harvard University Press.
- Penn, D.L. & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 153, 607–617.
- Penn, D.L., Mueser, K.T. & Spaulding, W. (1995). Information processing, social skill, and gender in schizophrenia. Psychiatry Research, 59, 213–220.
- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with schizophrenic patients. London: Guilford Press.
- Perris, C. (1996). Schemafokussierte integrative Behandlung von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 148–155). Bern: Hans Huber.
- Perris, C. & Skagerlind, L. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 65–70.
- Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). Gruppentraining sozialer Kompetenz. Weinheim: Beltz.
- Phipps, C. & Liberman, R.P. (1994). Unterstützung durch die Gemeinde. In R.P. Liberman, U. Giebeler & H.D. Brenner (Hrsg.), Die Rehabilitation chronisch seelisch Kranker in der Psychiatrie (S. 233–258). Bern: Hans Huber.
- Pijl, Y.J., Sytema, S., Barels, R. & Wiersma, D. (2002). Costs of deinstitutionalization in a rural catchment area in the Netherlands. Psychological Medicine, 32, 1435–1443.
- Pilling, S., Bebbington, P. & Kuipers, E. (2002). Psychological treatment in schizophrenia: II. Metaanalyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychological Medicine, 32, 783–791.
- Pinkney, A.A., Gerber, G.J. & Lafave, H.G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: The clients' perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica, 83, 86–91.
- Pirella, A. (1987). Institutional psychiatry between transformation and rationalization: The case of Italy. International Journal of Mental Health, 16, 118–141.

- Pitschel-Walz, G. & Engel, R.R. (1997). Ergebnisse einer Metaanalyse. Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. Psycho, 23, 22–36.
- Presly, A.S., Black, D., Gray, A., Hartie, A. & Seymour, E. (1976). The token economy in the national health service: Possibilities and limitations. Acta Psychiatrica Scandinavica, 53, 258–270.
- Priebe, S., Hoffmann, K., Isermann, M. & Kaiser, W. (1996). Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten. Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 23, 15–20.
- Raisch, M. (1996). So weit die Netze tragen. Psychiatriebetroffene im Spannungsfeld zwischen Familie und Sozialpsychiatrie. München: Profil.
- Rao, M.L. & Möller, H.-J. (1994). Biochemical findings of negative symptoms in schizophrenia and their putative relevance to pharmacologic treatment. Neuropsychobiology, 30, 160–172.
- Rauh, D.-A. (1996). Personale Ressourcen und Belastungsbewältigung schizophrener Erkrankter. Universität Osnabrück: Fachbereich Psychologie.
- Rector, N.A. & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 278–287.
- Reed, D., Sullivan, M., Penn, D., Stuve, P. & Spaulding, W. (1992). Assessment and treatment of cognitive impairments. In R.P. Liberman (Ed.), New directions for mental health services: Effective psychiatric rehabilitation (pp. 7–19). San Francisco: Jossey-Bass.
- Rey, E.R., Thurm-Mussgay, I., Laubenstein, D. & Bailer, J. (1994). Erste empirische Befunde zur Krankheitsbewältigung bei ersterkrankten Schizophrenen. In E. Heim & M. Perrez (Hrsg.), Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, 10 (S.136–153). Göttingen: Hogrefe.
- Riedel, S., Lindenbach, I., Kilian, R. & Angermeyer, M.C. (1998). „Weg vom Fenster“ – Die Selbstbeurteilung der beruflichen Situation chronisch schizophrener Erkrankter in den neuen Bundesländern. Psychiatrische Praxis, 25, 286–290.
- Rittmannsberger, H., Meise, U., Schauflinger, K., Horvath, E., Donat, H. & Hinterhuber, H. (1999). Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. European Psychiatry, 14, 33–40.
- Rittmannsberger, H. & Schöny, W. (1986). Spätrehabilitation psychiatrischer Patienten. Psychiatrische Praxis, 13, 185–190.
- Roche Lexikon Medizin, hrsg. von der Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer (1998). München: Urban & Fischer.

- Roder, V. (1990). Evaluation einer kognitiven Schizophrenietherapie. In G.E. Kühne, H.D. Brenner & G. Huber (Hrsg.), Kognitive Therapie bei Schizophrenen (S. 27–39). Jena: Gustav Fischer.
- Roder, V., Brenner, H.D. & Kienzle, N. (2002). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophran Erkrankte (IPT) (5. völlig neu bearbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. & Hodel, B. (1988). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schizophrene Patienten. München Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Roder, V., Brenner, H.D., Müller, D., Reisch, T., Lächler, M., Zorn, P., Guggenbühl, R., Schröder, S., Christen, C., Schmidl, F. & Jenull, B. (2001). Effekte neuer kognitiv-behavioraler Therapieprogramme zur Verbesserung spezifischer sozialer Fertigkeiten bei schizophran Erkrankten: Eine kontrollierte Studie. Nervenarzt, 72, 709–716.
- Roder, V., Jenull, B., Brenner, H.D., Heimberg, D. & Hirsbrunner, A. (1995). Kognitive Verhaltenstherapie mit schizophran Erkrankten im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: Erste Ergebnisse. Verhaltenstherapie, 5, 68–80.
- Roder, V., Jenull, B., Brenner, H.D. & Zorn, P. (1996). (Re)Integration schizophran Erkrankter in die Gesellschaft durch verhaltenstherapeutische Interventionen. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 225–246). Bern: Hans Huber.
- Roder, V. & Kienzle, N. (1991). Kognitive Therapie bei schizophrenen Patienten: Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT). Darstellung der Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In R. Schüttler (Hrsg.), Theorie und Praxis kognitiver Therapieverfahren bei schizophrenen Patienten (S. 88–94). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Roder, V., Zorn, P., Andres, K., Pfammatter, M. & Brenner, H.D. (2002). Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophran Erkrankter. Bern: Hans Huber.
- Roder, V., Zorn, P. & Brenner, H.D. (1997). Verhaltenstherapeutische Ansätze zu sozialen Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten schizophrener Patienten: Ein Überblick. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 111–135). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Roder, V., Zorn, P. & Brenner, H.D. (2000). Kognitiv-behaviorale Programme für schizophran Erkrankte zum Aufbau sozialer Kompetenz im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich: Überblick und empirische Ergebnisse. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 32, 195–211.

- Roder, V., Zorn, P., Keppeler, U. & Brenner, H.D. (1996). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schizophren Erkrankte. Psychotherapeut, 41, 181–189.
- Röder-Wanner, U.-U. & Priebe, S. (1995). Schizophrenie und Lebensqualität: Geschlechtsspezifische Aspekte. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 63, 393–401.
- Röder-Wanner, U.-U. & Priebe, S. (1998). Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248, 250–258.
- Rösler, M., Bellaire, W., Hengesach, G., Kiesling-Muck, H. & Carls, W. (1985). Die uncharakteristischen Basissymptome des Frankfurter-Beschwerdefragebogens und ihre Beziehungen zu psychopathologischen Syndromen. Nervenarzt, 56, 259–264.
- Rössler, W. (1998). Regionale Versorgungsstrategien für schizophren Erkrankte. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 335–345). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Rössler, W. & Salize, H.J. (1995). Gemeindenahe Versorgung braucht eine Gemeinde, die sich sorgt. Die Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung und zu psychisch Kranken. Psychiatrische Praxis, 22, 58–63.
- Rössler, W., Salize, H.J., Biechele, U. & Riecher-Rössler, A. (1994). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Ein europäischer Vergleich. Nervenarzt, 65, 427–437.
- Ropers, G., Röhl, K.P. & Spancken, E. (1999). Gemeindeintegration chronisch psychisch Kranker. Evaluation eines innovativen Enthospitalisierungsprogramms. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen (S. 363–380). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Rosburg, T., Kreitschmann-Andermahr, I. & Sauer, H. (2004). Die Mismatch-Negativität (MMN) in der Schizophrenieforschung. Ein Indikator früher Störungen der akustischen Informationsverarbeitung. Nervenarzt, 75, 633–641.
- Rosemann, M. (1999). Zimmer mit Aussicht: Betreutes Wohnen bei psychischer Krankheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rosenthal, D. (1970). Genetic theory and abnormal behavior. New York: McGraw-Hill.
- Rosenthal, R. (1991). Meta-analytic Procedures for Social Research (Revised edition). Newbury Park: Sage Publications.

- Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, E.D. & Beck, L.H. (1956). A continuous performance test of brain damage. Journal of Consulting Psychology, 20, 343–350.
- Rund, B., Landro, N. & Orbeck, A. (1997). Stability of cognitive dysfunctions in schizophrenic patients. Psychiatric Research, 69, 131–141.
- Salek, M.S. (1997). Compendium of quality of life instruments. Quality of Life Research, 6, 713–714.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996a). Global Assessment of Functioning Scale, GAF. In American Psychiatric Association APA (Hrsg.), Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (S. 32–33). Göttingen: Hogrefe.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996b). Skala der psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme. In American Psychiatric Association APA (Hrsg.), Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (S. 30). Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, I., Lambert, M. & Naber, D. (2004). Atypische Antipsychotika bei therapieresistenter Schizophrenie. Nervenarzt, 75, 79–91.
- Scharfetter, C. (1983). Epidemiologie der Schizophrenie. In U.H. Peters (Hrsg.), Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychiatrie, Bd. 1 (S. 411–415). Weinheim: Beltz.
- Scharfetter, Ch. (1995). Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Schaub, A. (1993). Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Eine Längsschnittstudie. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schaub, A. (1994). Bewältigungsorientierte Therapie bei Patienten mit schizophrenen Psychosen. Bern: Unipress.
- Schaub, A. (1995). Rückfallgefährdung und Bewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten. In W. Bender, W. Hubmann & F. Mohr (Hrsg.), Neuere Entwicklungen in der Behandlung schizophrener Psychosen (S. 277–293). München-Haar: VTS-Verlag.
- Schaub, A. (1998). Zur Beziehung von sozialer Anpassung und Lebensqualität bei schizophrenen Erkrankten. In H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), Schizophrenie – Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie (S. 283–298). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Schaub, A. (2003). Coping-Forschung und bewältigungsorientierte Therapien bei schizophrenen Störungen. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (S. 173–191). Stuttgart: Schattauer.

- Schaub, A. & Böker, W. (1997). Bewältigungsorientierte Therapieansätze. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Behandlung schizophrener Psychosen (S. 186–208). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schefflen, A.E. (1978). Communicational concepts of schizophrenia. In M.M. Berger (Ed.), Beyond the Double-Bind (pp. 41-49). New York: Brunner & Mazel.
- Schefflen, A.E. (1981). Levels of Schizophrenia. New York: Brunner & Mazel.
- Schmidl, F., Berghofer, G., Lang, A. & Rudas, S. (2000). Unterstütztes Wohnen für ehemals langzeithospitalisierte psychisch Kranke. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S28–S34.
- Schmidt-Michel, P.-O., Ostroga, G., Kenntner, S., Konrad, M., Krüger, M. & Hoffmann, M. (1992). Rehabilitationsverläufe in der psychiatrischen Familienpflege. Nervenarzt, 63, 34–41.
- Schmitz-Niehues, B. & Erim, Y. (2000). Problemlösetraining für schizophrene Patienten. Ein bewältigungsorientiertes Therapie-Manual zur Rezidivprophylaxe. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schmolke, M. (2001). Gesundheitsressourcen im Lebensalltag schizophrener Menschen: Eine empirische Untersuchung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schneeweiss, E. (1994). Generalisierte Kontrollüberzeugungen, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung bei schizophrenen Patienten: Haben sie einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf? Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Mannheim.
- Schneider, W. & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. Psychotherapy Research, 11, 153–167.
- Schreiber, H. & Kornhuber, H.H. (1995). Biologische Marker in der Psychiatrie: Forschungskonzept und bisherige Ergebnisse am Beispiel der Schizophrenie. In K. Lieb, D. Riemann & M. Berger (Hrsg.), Biologisch-psychiatrische Forschung. Ein Überblick (S. 196–218). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schröder, A. & Winkler, K. (1998). Tagesstätten für chronisch psychisch kranke Menschen. Ein gemeindepsychiatrischer Beitrag zur Sicherung wohnortnaher Versorgung. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Schroeter, R. (1990). Psychosoziale Rehabilitation. Das kalifornische Modell der Therapie für psychisch Kranke in Übergangseinrichtungen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schützwohl, M. & Kallert, T.W. (2004). Zur Methodik evaluativer Untersuchungen zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung. In B. Eikermann & T. Reker (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik (S. 73–81). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schulte, D. (1997). Die Bedeutung der Therapiemotivation in klinischer Psychologie und Psychotherapie. In B. Rockstroh, T. Elbert & H. Watzel (Hrsg.), Impulse für die klinische Psychologie (S. 129–141). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5, 89–95.
- Schumacher, M. & Schulgen, G. (2007). Methodik klinischer Studien. Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung. Berlin: Springer.
- Scott, J.E. & Dixon, L.B. (1995). Psychosocial interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 621–630.
- Seelhorst, R.-M. (2000). Grenzen der Deinstitutionalisierung: Perspektiven der Angehörigen psychisch Kranker. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S64–S67.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddie, R., O'Carroll, M. & Barnes, T.R. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Archives of General Psychiatry, 57, 165–172.
- Serber, M. & Nelson, P. (1971). The ineffectiveness of systematic desensitization and assertive training in hospitalized schizophrenics. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 107–109.
- Shean, G.D. & Zeidberg, Z. (1971). Token reinforcement therapy: A comparison of matched groups. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2, 95–106.
- Silk, K.R. & Tandon, R. (1991). Negative symptom rating scales. In J.F. Greden & R. Tandon (Eds.), Negative Schizophrenic Symptoms: Pathophysiology and Clinical Implications (pp. 61–77). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Simpson, C.J., Hyde, C.E. & Faragher, E.B. (1989). The chronically mentally ill in community facilities: A study of quality of life. British Journal of Psychiatry, 154, 77–82.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J., May, P.R. & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. British Journal of Psychiatry, 161, 797–801.
- Slade, P.D. (1972). The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations. Behaviour Research and Therapy, 10, 85–93.
- Smith, T.E., Bellack, A.S. & Liberman, R.P. (1996). Social skills training for schizophrenia: Review and future directions. Clinical Psychological Review, 16, 599–617.

- Smith, J.M., Birchwood, M. & Haddrell, A. (1992). Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual symptoms. Journal of Mental Health, 1, 61–66.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, 752–760.
- Sommers, A.A. (1985). Negative symptoms: Conceptual and methodological problems. Schizophrenia Bulletin, 11, 364–379.
- Spaulding, W.D., Fleming, S.K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D. & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin, 25, 275–289.
- Spaulding, W.D., Garbin, C.P. & Crinean, W.J. (1989). Die logischen und psychometrischen Voraussetzungen für eine kognitive Therapie der Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie (S. 157–169). Bern: Hans Huber.
- Spaulding, W.D., Reed, D., Elting, D., Sullivan, M. & Penn, D. (1996). Kognitive Veränderungen im Verlauf der psychiatrischen Rehabilitation. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 156–169). Bern: Hans Huber.
- Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C. & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin, 25, 657–676.
- Stark, F.M. (1992). Strukturierte Information über Vulnerabilität und Belastungsmanagement für schizophrene Patienten. Verhaltenstherapie, 2, 40–47.
- Stefanis, C.N. (1990). On the concept of schizophrenia. In A. Kales, C.N. Stefanis & J.A. Talbott (Eds.), Recent advances in schizophrenia (pp. 25–57). New York: Springer-Verlag.
- Stich, J. (2001). Enthospitalisierung älterer psychisch kranker Menschen am Beispiel einer ehemaligen Langzeitstation des Bezirkskrankenhauses Bayreuth 1989–1993. Krankenhauspsychiatrie, 12, S107–S109.
- Stieglitz, R.-D. (1991). Assessment of negative symptoms: Instruments and evaluation criteria. In A. Marneros, N.C. Andreasen & M.T. Tsuang (Eds.), Positive versus Negative Schizophrenia (pp. 52–70). New York: Springer-Verlag.
- Stokes, T.F. & Baer, D.M. (1977). An implicit technology of generalisation. Journal of Applied Behavior Analysis, 10, 349–354.
- Storzbach, D.M. & Corrigan, C.P.W. (1996). Cognitive rehabilitation for schizophrenia. In C.P.W. Corrigan & S.C. Yudofsky (Eds.), Cognitive rehabilitation for

- neuropsychiatric disorders (pp. 299–328). Washington: American Psychiatric Press.
- Stratta, P., Mancini, F., Mattei, P., Casacchia, M. & Rossi, A. (1994). Information processing strategy to remediate Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia: A pilot study. American Journal of Psychiatry, 151, 915–918.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. & Bartko, J.J. (1974). An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia: Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. Schizophrenia Bulletin, 1, 61–67.
- Süllwold, L. (1976). Uncharakteristische Basisstadien der Schizophrenie und deren Bedeutung für die Rehabilitation von Residualsyndromen. In G. Huber (Hrsg.), Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen (S. 141–151). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Süllwold, L. (1986). Die Selbstwahrnehmung defizitärer Störungen: Psychologische Aspekte des Basisstörungskonzeptes. In L. Süllwold & G. Huber (Hrsg.), Schizophrene Basisstörungen (S. 1–38). Berlin: Springer-Verlag.
- Süllwold, L. (1995). Schizophrenie. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Süllwold, L. & Herrlich, J. (1998). Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankungen. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Süllwold, L. & Huber, G. (1986). Schizophrene Basisstörungen. Berlin: Springer-Verlag.
- Sulz, S.K.D., Kraemer, S., Bittner, R., Michl, R. & Wachinger, A. (1987). Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz in der Therapie chronisch Schizophrener – eine kontrollierte Therapiestudie. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie (S. 45–53). Stuttgart: Thieme.
- Susslow, T. & Arolt, V. (1998). Effektivität eines Computer-gestützten Aufmerksamkeitstrainings für schizophrene Patienten. Psychiatrische Praxis, 25, 105–110.
- Tandon, R. (1991). Negative symptoms of schizophrenia: The need for conceptual clarity. Biological Psychiatry, 30, 321–325.
- Tarrier, N. (1990). Psychosoziale Interventionen bei Familien mit schizophrenen Patienten. In R. Olbrich (Hrsg.), Therapie der Schizophrenie (S.120–134). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Tarrier, N. (1994). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), Psychological management of schizophrenia (pp. 109–131). Chichester: Wiley.
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia – a review of development, evidence and implementation. Psychotherapy and Psychosomatics, 74, 136–144.

- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C.E., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H.L. (1988). Community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry, 153, 532–536.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C.E., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H.L. (1989). Community management of schizophrenia: A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. British Journal of Psychiatry, 154, 625–628.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusopoff, L. & Ugarteburu, I. (1993a). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. British Journal of Psychiatry, 162, 524–532.
- Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R. & Baker, A. (1990). Coping Strategy Enhancement (CSE): A method of treating residual schizophrenic symptoms. Behavioural Psychotherapy, 18, 283–293.
- Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. & Yusopoff, L. (1993b). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, 5–10.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. & Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. British Journal of Psychiatry, 174, 500–504.
- Tarrier, N. & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? Behaviour Research and Therapy, 42, 1377–1401.
- Tarrier, N., Yusopoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. British Medical Journal, 317, 303–307.
- Teusch, L. & Gastpar, M. (2000). Psychotherapieforschung in der Psychiatrie. Nervenarzt, 71, 213–217.
- Tewes, U. (1991). Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision 1991 (HAWIE-R). Bern: Hans Huber.
- Theilemann, S. & Peter, K. (1994). Zur Evaluation kognitiver Therapie bei schizophren Erkrankten. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis, 23, 20–33.

- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). Mental health services research. In S. Pribe & M. Slade (Eds.), Evidence in mental health care (pp. 81–100). New York: Brunner-Routledge.
- Thurm-Mussgay, I. (1990). Krankheitsverarbeitung Schizophrener - Die Anwendung des Coping-Konzepts auf die Schizophrenie. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Tollefson, G.D., Birkett, M.A., Kiesler, G.M. & Wood, A.J. (2001). Double-blind comparison of olanzapine vs. clozapine in schizophrenic patients clinically eligible for treatment with clozapine. Biological Psychiatry, 49, 52–63.
- Trabert, W., Rösler, M., Pülschen, D. & Lamberty, H.-M. (1996). Facettentheoretische Validitätsuntersuchung der SANS. In H.-J. Möller, R.R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen (S. 195–203). Wien: Springer-Verlag.
- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M. (1978). Social skills and mental health. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Ueland, T. & Rund, B.R. (2004). A controlled randomized treatment study: The effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 70–74.
- Vaitl, P., Bender, W. & Hubmann, W. (1992). Soziale Rehabilitation schizophrener Patienten mit Residualsymptomatik. Krankenhauspsychiatrie, 3, 6–11.
- Vaitl, P., Bender, W., Hubmann, W., Hummel, C., Kröner, A. & Kröner, M. (1989). Vollstationäre versus halbstationäre psychiatrische Anschlussbehandlung – Eine vergleichende retrospektive Studie. Psychiatrische Praxis, 16, 214–217.
- Vaitl, P., Bender, W., Hubmann, W., Krug, M. & Oberecker, L. (1987). Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in Dauerwohngemeinschaften. Nervenarzt, 58, 116–120.
- Vauth, R. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? Psychiatry Research, 128, 155–165.
- Vauth, R. (2006). Langzeittherapie schizophrener Störungen. Eine Depotmedikation senkt die Rückfallrate. Info Neurologie und Psychiatrie, 4, 36–37.
- Vauth, R. (2006). Psychosoziale Interventionen in der Langzeittherapie schizophrener Störungen. Psychoneuro, 32, 327–330.
- Vauth, R., Dietl, M., Stieglitz, R.D. & Olbrich, H.M. (2000). Kognitive Remediation. Eine neue Chance in der Rehabilitation schizophrener Störungen? Nervenarzt, 71, 19–29.

- Vauth, R. & Riecher-Rössler, A. (2004). Behandlungsprobleme bei schizophrenen Störungen. In W. Rössler (Hrsg.), Psychiatrische Rehabilitation (S. 532–546). Berlin: Springer-Verlag.
- Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F. & Gitlin, M.J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. Schizophrenia Research, 69, 343–352.
- Verhagen, A.P., de Vet, H.C., de Bie, R.A., Kessels, A.G., Boers, M., Bouter, L.M. & Knipschild, P.G. (1998). The Delphi list: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51, 1235–1241.
- Vetter, P. (1985). Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften und ihr Einfluss auf die Hospitalisierungsdauer. Nervenarzt, 56, 359–364.
- Vetter, P. & Citovska, M. (1990). Die Rehabilitation psychisch Behinderter in Wohngemeinschaften: Der Einfluss der Arbeitsleistung und anderer Variablen auf die Hospitalisierungsdauer. Eine katamnestische Untersuchung. Psychiatrische Praxis, 17, 78–84.
- Vogeley, K. & Falkai, P. (1999). Brain imaging in schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry, 12, 41–46.
- Volavka, J., Czobor, P. & Sheitman, B. (2002). Clozapine, olanzapine, risperidone and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. American Journal of Psychiatry, 159, 255–262.
- Vollema, M., Geurtsen, G. & vanVoorst, A. (1995). Durable improvements in Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenic patients. Schizophrenia Research, 16, 209–215.
- von Cranach, M. (2000). Formen betreuten Wohnens innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses. Psychiatrische Praxis, 27, Sonderheft 2, S59–S63.
- von Zerssen, D. (1975). Befindlichkeits-Skala (Bf-S). Testzentrale der Schweizer Psychologen. Bern: Hans Huber.
- Wallace, C.J. & Liberman, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. Psychiatry Research, 15, 239–247.
- Wallace, C.J., Liberman, R.P., MacKain, S.J., Blackwell, G. & Eckman, T.A. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. American Journal of Psychiatry, 149, 654–658.
- Wallace, C.J., Nelson, C.J., Liberman, R.P., Aitchison, R.A., Lukoff, D., Elder, J.P. & Ferris, C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 6, 42–63.

- Wegner, U., Bottlender, R., Wittmann, J., Strauss, A., Gross, A. & Möller, H.-J. (2000). Sozialer Status von Patienten mit funktionellen Psychosen im Langzeitverlauf – Ergebnisse der Münchner 15-Jahres-Katamnese. In W. Maier, R.R. Engel & H.-J. Möller (Hrsg.), Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 50–54). Göttingen: Hogrefe.
- Weinmann, S., Janssen, B. & Gaebel, W. (2004). Switching antipsychotics in inpatient schizophrenia care: Predictors and outcome. Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1099–1105.
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Hans Huber.
- Werner, W. (1998). Auflösung ist machbar. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Westhoff, G. (1993). Handbuch psychosozialer Messinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen: Hogrefe.
- WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organisation Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kyken (Eds.), Quality of life assessment: International perspectives (pp. 41–57). Berlin: Springer-Verlag.
- Wiedemann, G. & Dose, M. (1995). Medikamentöse Behandlungsansätze in der Langzeittherapie schizophrener Psychosen. In K. Hahlweg, H. Dürr & U. Müller (Hrsg.), Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien (S. 129–140). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Wiedemann, G., Hahlweg, K., Hank, G., Feinstein, E., Müller, U. & Dose, M. (1994). Zur Erfassung von Frühwarnzeichen bei schizophrenen Patienten. Einsatzmöglichkeiten in der Rückfallprophylaxe. Nervenarzt, 65, 438–443.
- Wiedl, K.H. (1994). Bewältigungsorientierte Therapie bei Schizophrenen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 42, 89–117.
- Wiedl, K.H. (1996). Bewältigungsorientierte Therapie bei Schizophrenen: Handlungsleitende Prinzipien, Ansatzpunkte und Fragen der Evaluation. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 310–329). Bern: Hans Huber.
- Wienberg, G. (1995a). Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (1995b). Aktuelle Modellvorstellungen zur Schizophrenie – Das Verletzlichkeit-Stress-Bewältigungs-Konzept. In G. Wienberg (Hrsg.), Schizo-

- phrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (S. 16–112). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. & Schünemann-Wurmthaler, S. (1995). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten/PEGASUS – Ziele, Inhalte und Methoden. In G. Wienberg (Hrsg.), Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (S. 189–202). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S. & Sibus, B. (1995). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Manual und Materialien. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. & Sibus, B. (1995). Psychoedukative Therapie schizophrener Erkrankter – Einordnung und Überblick. In G. Wienberg (Hrsg.), Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis (S. 113–188). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wiersma, D., Jenner, J.A., Nienhuis, F.J. & van de Willige, G. (2004). Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 194–201.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Rüphan, M. & Giel, R. (1995). Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. British Journal of Psychiatry, 166, (suppl. 27), 52–59.
- Williams, M.T., Turner, S.M., Watts, J.G., Bellack, A.S. & Hersen, M. (1977). Group social skills training for chronic psychiatric patients. European Journal of Behavioral Analysis and Modification, 1, 223–228.
- Wincze, J.P., Leitenberg, H. & Agras, W.S. (1972). The effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behavior of chronic paranoid schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, 5, 247–262.
- Wing, J.K. (1986). Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen (S. 11–28). Bern: Hans Huber.
- Winkler, R.C. (1970). Management of chronic psychiatric patients by a token reinforcement system. Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 47–55.
- Wittmann, J., Bottlender, R., Nennhuber, H., Strauss, A. & Möller, H.-J. (2000). Computersimulierte Katamnese der Schizophrenie. In W. Maier, R.R. Engel & H.-J.

- Möller (Hrsg.), Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 237–240). Göttingen: Hogrefe.
- Woo, S.M., Goldstein, M.J. & Nuechterlein, K.H. (1996). „Expressed Emotion“ von Angehörigen und nonverbale Anzeichen subklinischer Psychopathologie bei schizophrenen Patienten. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Integrative Therapie der Schizophrenie (S. 203–215). Bern: Hans Huber.
- Wunderlich, U., Wiedemann, G. & Buchkremer, G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. Verhaltenstherapie, 6, 4–13.
- Wykes, T., Leese, M., Taylor, R. & Phelan, M. (1998). Effects of community services on disability and symptoms: The PRISM psychosis study. British Journal of Psychiatry, 173, 399–403.
- Wykes, T., Parr, A.M. & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. British Journal of Psychiatry, 175, 180–185.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C. & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 25, 291–307.
- Zechert, C. (1996). Enthospitalisierung in Heime? Ergebnisse der DGSP-Umfrage bei Ministerien und Landeswohlfahrtsverbänden. Soziale Psychiatrie, 3, 24–30.
- Zigler, E. & Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. Journal of Abnormal Social Psychology, 65, 215–222.
- Zorn, P. & Roder, V. (2002). Therapiemanual für den Arbeitsbereich. In V. Roder, P. Zorn, K. Andres, M. Pfammatter & H.D. Brenner (Hrsg.), Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter (S. 263–309). Bern: Hans Huber.
- Zubin, J. (1986). Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen (S. 29–41). Bern: Hans Huber.
- Zubin, J. (1989). Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie (S. 14–26). Bern: Hans Huber.
- Zubin, J., Magaziner, J. & Steinhauer, S.R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. Psychological Medicine, 13, 551–571.

- Zubin, J. & Spring, B.J. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103–126.
- Zubin, J. & Steinhauer, S.R. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. Journal of Nervous and Mental Disease, 169, 477–492.
- Zubin, J., Steinhauer, S.R. & Condray, R. (1992). Vulnerabilität für Rückfälle. In H.D. Brenner & W. Böker (Hrsg.), Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen: Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren (S. 30–39). Bern: Hans Huber.

Lebenslauf

- Geboren am 20. Januar 1946 in Burgdorf
- 1962–1966 Lehrerinnenseminar Thun
- 1966–1968 Primarlehrerin in Arch
- 1968–1970 Auslandsaufenthalte in Paris und London
- 1970–1976 Primarlehrerin in Liebefeld/Köniz
- 1976–1979 Heilpädagogische Zusatzausbildung Bern
- 1976–1986 Lehrerin an Kleinklasse für verhaltensauffällige Kinder in Liebefeld/Köniz
- 1986–1994 Legasthenie- und Dyskalkulietherapeutin in Liebefeld/Köniz
- 1991–1997 Studium der klinischen Psychologie und Heilpädagogik in Fribourg
- 1994–2000 Praktikantin und Teilzeitmitarbeiterin an der Abteilung Therapiefor-
schung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern
Weiterbildungen in kognitiver Verhaltenstherapie und Methodeninte-
gration (AIM/AVM) und in psychoanalytischer Psychotherapie und
Psychoanalyse (SGPsa)
- 2001 Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, eigene Praxis in Bern

† † †

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meine Dissertation selbständig und ohne unzu-
lässige fremde Hilfe verfasst habe und sie noch keiner anderen Fakultät vorgelegt
habe.“