

Leitlinien-Info

SCHIZOPHRENIE

Impressum

HERAUSGEBER
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785-0
Fax: 030.278 785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout: PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

Editorial.....	4
S3-Leitlinie Schizophrenie.....	5
Diagnostik.....	6
Psychotherapeutische Behandlung.....	10
Ersterkrankung mit Schizophrenie.....	13
Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen.....	15
Kinder und Jugendliche.....	16
Rehabilitation.....	16
Selbsthilfe.....	17
Zusammenarbeit.....	17
Anhang.....	19

Alle Geschlechter sollen sich von dem Inhalt dieser Leitlinien-Info gleichermaßen angesprochen fühlen. Die weit überwiegende Mehrheit der Kammermitglieder ist weiblich. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, den Text folgendermaßen zu gendern: Wir nennen zunächst beide Geschlechter. Danach benutzen wir aus Gründen der Lesbarkeit meist nur noch die weibliche Form. Damit sind aber stets alle Geschlechter gemeint. Die weibliche bzw. männliche Form verwenden wir in vergangenen und weiteren Ausgaben der Reihe Leitlinien-Info abwechselnd.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
schizophrene Erkrankungen, insbesondere akute Psychosen, galten lange Zeit nicht als psychotherapeutisch behandelbar. Vor allem Patientinnen und Patienten mit akutem Wahn und Realitätsverlust galten als nicht ausreichend im Gespräch erreichbar. Inzwischen ist klar: Menschen mit schizophrenen Erkrankungen sind durchaus psychotherapeutisch zu behandeln. Studien belegen: Psychotherapie ist in allen Krankheitsphasen neben der Pharmakotherapie eine wirksame Behandlung. Das berücksichtigen auch die Empfehlungen der vollständig überarbeiteten und aktualisierten S3-Leitlinie „Schizophrenie“.

Fünf bis sieben von 1.000 Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie. Die Patientinnen erkranken meist erstmals zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr, selten früher oder später. Die Erkrankung verläuft in Symptomatik und Schweregrad sehr unterschiedlich. Nur bei einem Fünftel der Patientinnen bleibt es bei einer einmaligen Episode ohne bleibende Einschränkungen. Häufiger sind chronische Entwicklungen, vor allem wenn zu spät behandelt wird. Dann bleibt das Alltagsleben manchmal erheblich beeinträchtigt.

Deshalb ist es so wichtig, dass die Erkrankung möglichst früh erkannt und behandelt wird – auch durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowohl stationär als auch ambulant. In allen Phasen, ob akut oder chronisch, ist Psychotherapie nachweislich wirksam und ratsam. Seit 2014 sind Schizophrenie und affektive psychotische Störungen deshalb auch eine Indikation für Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie – ohne die früheren Einschränkungen.

Mit dieser Leitlinien-Info möchte die Bundespsychotherapeutenkammer die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen der Experten für die Praxis aufbereiten¹. Grundsätzlich gestaltet sich die Psychotherapie einer Schizophrenie nicht anders als bei anderen psychischen Erkrankungen. Sie erfordert allerdings, insbesondere als ambulante psychotherapeutische Behandlung, eine möglichst gute Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, allen voran den Psychiaterinnen. Koordination und ein Gesamtbehandlungsplan sind von hoher Bedeutung. Die Koordination kann auch von Psychotherapeutinnen übernommen werden.

Die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine besondere Herausforderung, aber auch eine Bereicherung für den therapeutischen Alltag. Auch wenn nicht immer alle Empfehlungen der Leitlinie im Praxisalltag umgesetzt werden können, können Psychotherapeutinnen den Krankheitsverlauf von Menschen mit einer Schizophrenie günstig beeinflussen. Die BPTK-Info soll hierfür eine Orientierungshilfe bieten, sowohl für Kolleginnen, die diesen Patientinnen noch nicht so viel berufliche Erfahrungen gesammelt haben, als auch für Kolleginnen, die ihr vorhandenes Wissen auf den neuesten Stand bringen wollen.

Mit den besten Grüßen



Ihr Dietrich Munz

¹ Die Empfehlungen der S3-Leitlinie werden nicht immer wortwörtlich wiedergegeben. Bei Interesse oder bei genauerem Informationsbedarf können sie im Originaltext nachgelesen werden. Dafür wird im Text auf die entsprechenden Stellen verwiesen. Grundlegende Informationen zur Klassifikation von Leitlinien und ihrer Verlässlichkeit finden sich in unserer ersten Leitlinien-Info „Unipolare Depression“. Sie werden in dieser Broschüre nicht wiederholt.

S3-Leitlinie Schizophrenie

Grundlage dieser Leitlinien-Info der Bundespsychotherapeutenkammer ist die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ (Stand: 15.03.2019; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf).

Überblick: Komplexe Behandlung und multi-professionelle Zusammenarbeit

Die Behandlung einer schizophrenen Erkrankung dauert meist lange. Sie hat biologisch-somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziotherapeutisch-rehabilitative Aspekte, die je nach Krankheitsphase berücksichtigt werden müssen (siehe Tabelle 1, Seite 6).

Die Psychiaterin begleitet die Patientin häufig über viele Jahre und verordnet die meist notwendigen Medikamente. Die Psychotherapeutin wendet deutlich mehr Gesprächszeit für ihre Patientin auf, was eine genauere Beurteilung der aktuellen Problematik ermöglicht. Ein regelmäßiger

Austausch zwischen beiden trägt deshalb zu einer insgesamt besseren Einschätzung und Behandlung bei.

Die Psychotherapie einer Schizophrenie zielt einerseits auf eine Verbesserung der Symptomatik. Dies reicht aber häufig nicht aus. Psychotherapeutinnen sollten immer auch die soziale Reintegration im Auge haben, verstanden als individuelle „Recovery“. Recovery (Genesung) soll die Patientinnen befähigen, sich an den persönlichen Werten und Zielen zu orientieren und ein zufriedenstellendes Leben zu führen, auch wenn Symptome und Behinderungen über längere Zeit weiter bestehen.

Die erste schizophrene Episode sollte möglichst früh erkannt werden. Die Phase, in der die Erkrankung nicht behandelt wird, sollte möglichst kurzgehalten werden (siehe Exkurs „Erhöhtes Psychoserisiko“). Es gibt mittlerweile auch Früherkennungs- und Therapiezentren, die sich

Empfehlungen und Evidenzgrade²

A „Soll“-Empfehlung:

Es liegt mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz vor, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).

B „Sollte“-Empfehlung:

Es liegen gut durchgeführte klinische Studien vor, aber keine randomisierten klinischen Studien mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.

O „Kann“-Empfehlung:

Es liegen Berichte oder Meinungen von Experten oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) vor oder es handelt sich um eine Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare Erkenntnisse aus klinischen Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.

KKP „Klinischer Konsenspunkt“:

Es handelt sich um einen Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt worden ist. Die Empfehlung beruht auf dem Konsens und der klinischen Erfahrung der Mitglieder des Gremiums, das die Leitlinie erstellt hat, und wird als „Soll“- , „Sollte“- oder „Kann“-Empfehlung ausgesprochen. Sie gilt als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“).

² AWMF-Regelwerk Leitlinien: Graduierung der Empfehlungen: www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html

auf die Diagnostik und Behandlung eines erhöhten Psychoserisikos spezialisiert haben. Häufiger als bei anderen psychischen Erkrankungen sind auch somatische Erkrankungen zu beachten und zu behandeln (siehe Kapitel Diagnostik „Komorbide somatische Erkrankungen“).

Besonders wichtig bei der Behandlung ist die Koordination und multiprofessionelle Zusammenarbeit. Alle

beteiligten Berufsgruppen sollten die Behandlung untereinander abstimmen und die gleichen Ziele verfolgen. Dafür sollte ein Gesamtbehandlungsplan mit der Patientin abgestimmt werden, in dem die Koordination und Kooperation aller Behandlerinnen beschrieben sowie auch das nicht-professionelle Hilfe- und Selbsthilfesystem berücksichtigt werden (Empfehlung 11, KKP).

Tabelle 1: Krankheitsphasen und Behandlung

Krankheitsphase	Symptomatik	Behandlungselemente
Frühphase/Hochrisikophase für Übergang in Akutphase	abgeschwächte oder vorübergehende psychotische Symptome	(wenn möglich) spezialisierte multiprofessionelle Behandlung in einem Psychose-Früherkennungszentrum
Akutphase	Vorherrschen der Positivsymptomatik	Psychotherapie und Pharmakotherapie
postakute Stabilisierungsphase	Abklingen der Positivsymptomatik, im Vordergrund stehende Negativsymptomatik	Psychotherapie und Pharmakotherapie
stabile (partielle) Remissionsphase	Rückgang der Symptomatik und der damit verbundenen Einschränkungen oder Residualphase mit bleibenden Einschränkungen	Psychotherapie und Pharmakotherapie Unterstützung der beruflichen und sozialen Integration

Diagnostik

Die Diagnose einer Schizophrenie soll anhand der ICD-10-Kriterien erfolgen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; Empfehlung 1).

Leitsymptome

Die Leitsymptome für Schizophrenie sind:

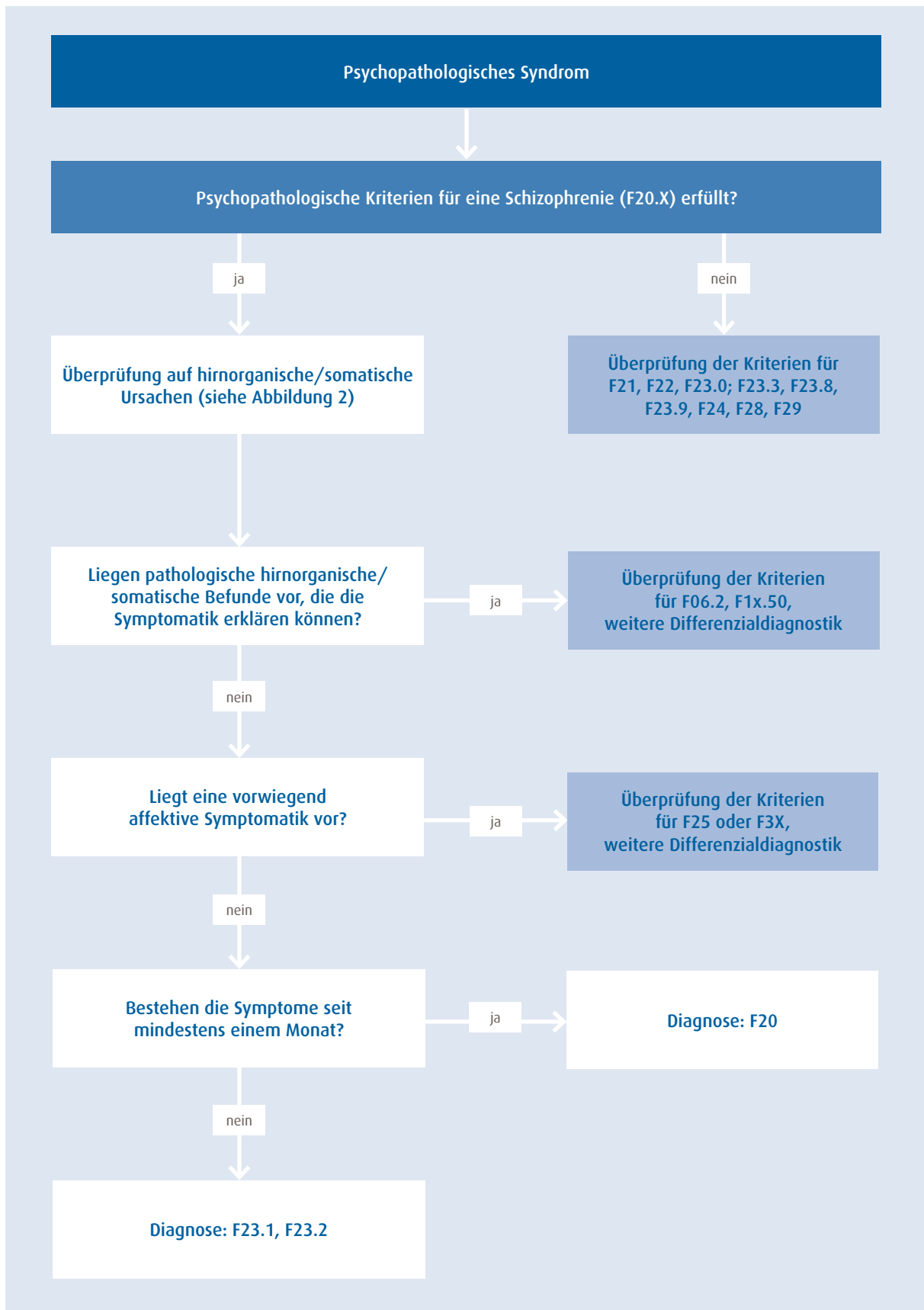
1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung,
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bezüglich Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen,
3. kommentierende oder dialogische Stimmen,
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn),
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität,

6. Gedankenabreißen oder Einschleusen in den Gedankenfluss,
7. katatonie Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen, Negativismus oder Stupor,
8. negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.

Für die Diagnose „Schizophrenie“ muss mindestens ein eindeutiges Symptom (oder zwei oder mehr Symptome, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1 bis 4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 bis 8 auftreten, und zwar fast durchgängig während eines Monats oder länger.

Die differenzialdiagnostische Einordnung erfolgt wie in Abbildung 1 (Seite 7) dargestellt. Eine Übersicht über häufig eingesetzte Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente bei Psychosen findet sich im Anhang.

Abbildung 1: Differenzialdiagnostik der Schizophrenie nach ICD-10



Zur Unterstützung von Diagnostik und Verlaufsmessung steht zudem eine Reihe von Selbst- und Fremdbewertungsinstrumenten zur Verfügung (siehe Tabelle im Anhang).

Substanzinduzierte psychotische Syndrome

Die häufigste Ursache für psychotische Folgeerkrankungen sind zentralnervös wirkende Substanzen. Bei akuten psychotischen Syndromen soll deshalb eine substanzinduzierte Verursachung mittels Drogenscreening ausgeschlossen werden (Empfehlung 3, KKP).

Substanzen, an die bei einer akuten psychotischen Symptomatik gedacht werden sollte, sind:

- Alkohol,
- Cannabis und Cannabisderivate,
- Amphetamine,
- Halluzinogene (LSD, Kokain),
- neue psychoaktive Substanzen (NPS),
- Barbiturate,
- organische Lösungsmittel,
- Opiate und Opioide.

Differenzialdiagnostik von organischen Störungen

Bei circa 5 Prozent aller Psychosen mit Symptomen einer Schizophrenie finden sich organische Ursachen für die Erkrankung.

Bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik soll deshalb eine organische Differenzialdiagnostik angeboten werden (Empfehlung 4, KKP).

Klinische Hinweise für eine organische Verursachung:

- früher und akuter Beginn,
- selektive neurologische Ausfälle (fokalneurologische Symptome), Bewusstseinsbeeinträchtigung, epileptische Anfälle,
- ausgeprägte kognitive Defizite, subakute (innerhalb von 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind,
- Verwirrtheit,

- optische Halluzinationen,
- psychomotorische Symptome (inklusive Katatonie),
- fluktuierender Verlauf der Erkrankung,
- frühe Therapieresistenz,
- fluktuierende Psychopathologie,
- komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung,
- Fieber, Austrocknung des Körpers (Exsikkose).

Komorbide somatische Erkrankungen

Somatische Komorbiditäten sind neben Suiziden die wesentliche Ursache für eine erhöhte Mortalität bei Menschen mit einer Schizophrenie. Somatische Begleiterkrankungen werden jedoch nicht immer rechtzeitig und umfassend diagnostiziert und behandelt.

Es besteht insbesondere ein erhöhtes Risiko für metabolische Erkrankungen, zum Beispiel Adipositas, Typ-2-Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen und Lungenerkrankungen (Statement 1). Diese können sowohl Folge unter anderem von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, ungesunder Ernährung, Übergewicht oder körperlicher Inaktivität sein als auch eine direkte oder indirekte Folge der Medikation.

Menschen mit einer Schizophrenie sollen deshalb zu regelmäßigen Abklärungen bei Allgemein- und Fachärzten motiviert und bei Bedarf aktiv unterstützt werden (sinngemäß Empfehlung 5, KKP).

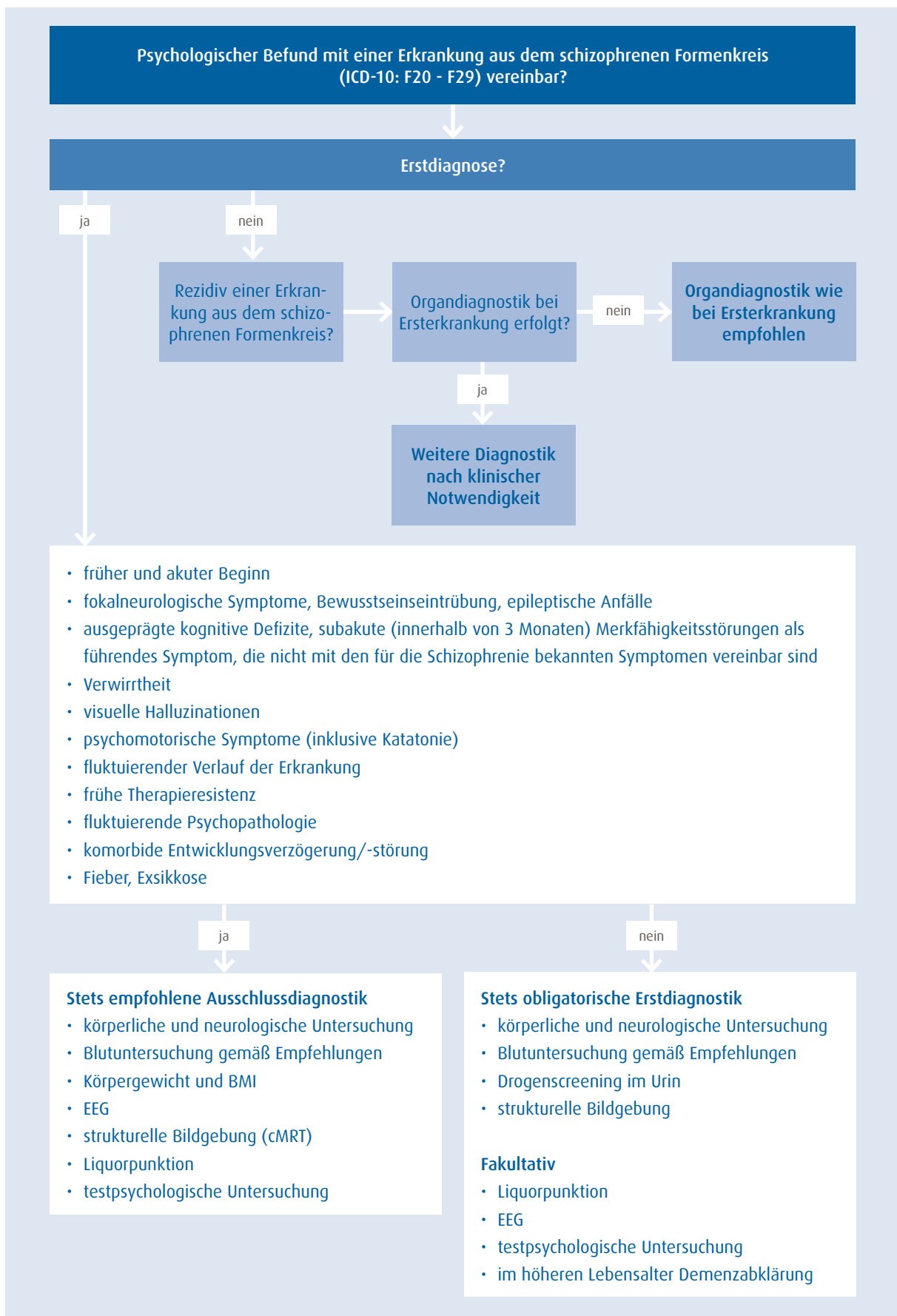
Ein gesundheitsförderndes Verhalten kann auch ein Therapieziel in der Psychotherapie sein.

Komorbide psychische Erkrankungen

Die häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer Schizophrenie sind Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis und Alkohol (47 Prozent), Depressionen (50 Prozent), Posttraumatische Belastungsstörungen (30 Prozent), Zwangsstörungen (23 Prozent) und Angststörungen (15 Prozent).

Die Symptome der häufigen komorbiden psychischen Störungen sollen aktiv erfragt werden. Liegen dafür die diagnostischen Kriterien vor, soll eine leitliniengerechte Behandlung angeboten werden (Empfehlung 83, KKP).

Abbildung 2: Algorithmus der organischen Differenzialdiagnostik



Psychotherapeutische Behandlung

Übergeordnete Ziele von Psychotherapie bei Menschen mit Schizophrenie sind die Verbesserung der Symptome sowie die Unterstützung der sozialen Reintegration, verstanden als individuelle „Recovery“ (Genesung), als Befähigung der Patientin, sich an den persönlichen Werten

und Zielen zu orientieren und ein zufriedenstellendes Leben zu führen, auch wenn Symptome und Behinderungen über längere Zeit weiter bestehen.

In der Regel Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Schizophrenie wurde – mit wenigen Ausnahmen – immer in Kombination mit einer Psychopharmakotherapie untersucht. Die Empfehlungen zur Psychotherapie der S3-Leitlinie beziehen sich deshalb auf die zusätzliche Wirkung von Psychotherapie bei Patientinnen mit einer Antipsychotika-Behandlung.

Die aktuelle britische NICE-Guideline³ (2014) betont ausdrücklich die gleichwertigen Evidenzen zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen und pharmakologischen Interventionen. Die NICE-Guideline empfiehlt deshalb, allen Patientinnen mit einer akuten psychotischen Symptomatik eine Kombinationsbehandlung anzubieten, unabhängig davon, ob es sich um eine erstmalige, eine Folgeepisode oder einen Rückfall handelt.

Eine hochwertige Studie aus der jüngsten Vergangenheit belegt auch die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Patientinnen ohne Medikation. Auf der Basis dieser Studie gibt die deutsche S3-Leitlinie die Empfehlung, dass eine Kognitive Verhaltenstherapie auch angeboten werden sollte, wenn die Patientinnen eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen (Empfehlung 65, B).

Höchste Evidenz für Kognitive Verhaltenstherapie

Menschen mit einer Schizophrenie soll – unabhängig von der Krankheitsphase – eine Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (Empfehlung 61, A).

Psychotherapeutinnen sollten sich an den Prinzipien Kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen sind dabei ein nichtkonfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Annahme einer andauernden Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Patientin (Empfehlung 64, B).

Es sollten mindestens 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von mehr als 25 Stunden angeboten werden (Empfehlung 62, B).

Metakognitives Training

Metakognitives Training versteht sich als eine Variante der Kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen. Ziel des strukturierten Trainings ist es, den Patientinnen typische kognitive Denkverzerrungen einer Psychose durch interaktive Übungen bewusst zu machen. Metakognitives Training kann als Gruppen- oder Einzelintervention durchgeführt werden.

³ NICE. NICE clinical guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management – Issued: February 2014 last modified: March 2014. Abrufbar unter: www.nice.org.uk/guidance/cg178.

Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G, Christodoulides T, Dudley R, Chapman N, Callcott P, Grace T, Lumley V, Drage L, Tully S, Irving K, Cummings A, Byrne R, Davies LM, Hutton P. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9926):1395-40.

Metakognitives Training sollte/soll zur Verringerung der Positivsymptomatik angeboten werden (Empfehlung 66, B).

Psychodynamische Psychotherapie

Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden (Empfehlung 77, 0). Dabei bezieht sich die Empfehlung der Leitlinie auf eine modifizierte psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenie.

Die psychodynamische Psychotherapie betont die Funktion der Psychose als Lösungsversuch für ein existenziell bedrohliches Dilemma zwischen selbst- und objektgerichteten Tendenzen. Im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse findet die Therapie im Face-to-Face-Setting und in einer flexibleren Sitzungsfrequenz statt, die am Bedarf der Patientin orientiert ist. Sie fokussiert auf die interpersonellen Erfahrungen in Echtzeit statt auf die Deutungen.⁴

Gesprächspsychotherapie

Gesprächspsychotherapie ist in der Behandlung von Schizophrenie nicht ausreichend untersucht. Da Gemeinsamkeiten zwischen Gesprächspsychotherapie und supportiver Psychotherapie bestehen, kann sie angeboten werden, wenn besser untersuchte Verfahren nicht zur Verfügung stehen oder nicht der Präferenz der Patientin entsprechen (Empfehlung 78, 0).

Psychoedukation

Menschen mit Schizophrenie soll eine strukturierte Psychoedukation als Teil des Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden, und zwar nicht nur ein, zwei Stunden, sondern ausreichend lange und möglichst in Gruppen. Angehörige und Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden (Empfehlung 59, A).

In der Psychoedukation werden Patientinnen und Angehörige über die Erkrankung und ihre Behandlung informiert, um das Verständnis der eigenen Erkrankung und die Selbstverantwortung für deren Bewältigung zu unterstützen.

Familie, Angehörige und Vertrauenspersonen

Die Leitlinie empfiehlt folgende Interventionen:

- **Angehörigenarbeit, in der Regel als Psychoedukation für die Angehörigen**

Angehörige sind die wichtigste langfristige Unterstützung für Menschen mit einer Schizophrenie. Sie sind aber auch erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt.

Angehörige sollen daher als Mitbetroffene angesehen werden. Sie sollen unter Wahrung der Schweigepflicht Informationen über schizophrene Erkrankungen angeboten bekommen. Welchen Unterstützungsbedarf sie haben, soll regelmäßig erfragt werden. Entsprechend ihrem individuellen Bedarf sollen sie Unterstützung bei emotionalen Belastungen angeboten bekommen (Empfehlung 67, KKP).

- **Systemische Therapie**

Zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik kann eine Systemische Therapie angeboten werden (Empfehlung 69, 0).

- **Familieninterventionen/Psychotherapie unter Einbezug der Familie**

Bei akuter Episode oder nach einem Rezidiv soll allen Familien, die mit schizophren erkrankten Menschen zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen, Familieninterventionen angeboten werden. Diese können in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden (Empfehlung 71, KKP).

Bei einer akuten Verschlechterung der Erkrankung oder nach einem Rezidiv soll die psychotherapeutische Behandlung die Angehörigen einbeziehen, wenn sie mit der Patientin zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen. Dies gilt auch für andere Vertrauenspersonen. Eine solche Psychotherapie mit der Familie kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden (Empfehlung 72, A).

⁴ Lincoln T, Pedersen A, Hahlweg K et al. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Reihe: Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5. Hogrefe 2019.

Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie

- Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern.
- Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen.
- Die Entscheidung für gemeinsame psychotherapeutische Sitzungen sollten Patientin und Familie gemeinsam treffen.
- Der Familie sollte über die Möglichkeiten einer Ein-Familienbehandlung oder einer Mehrfamilien-Gruppenpsychotherapie informiert und ihre Präferenz berücksichtigt werden.
- Die Beziehung, zum Beispiel Interaktionsmuster, zwischen Angehörigen und der Patientin sollte berücksichtigt werden.
- Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten. (Empfehlung 73, B).



Hinweis: Bei erwachsenen Patientinnen mit einer Schizophrenie sollte immer geklärt werden, ob es minderjährige Kinder gibt, die aufgrund der Erkrankung des Elternteils einen besonderen Unterstützungsbedarf haben könnten.

Training sozialer Fertigkeiten

Bestehen Einschränkungen der sozialen Kompetenzen oder hält die Negativsymptomatik an, soll ein Training sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden (Empfehlung 74, A).

Kognitive Remediation

Um kognitive Beeinträchtigungen, die zu den Hauptmerkmalen der Schizophrenie zählen, zu verbessern, sollen der Patientin trainingsbasierte Interventionen angeboten werden. Kognitive Remediation soll ihr dabei helfen, Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen zu verbessern, um wieder so weit wie möglich allein funktionsfähig zu sein. Durch die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit soll sekundär auch das psychosoziale Funktionsniveau verbessert werden (Empfehlung 75, A).

Dabei sollte kognitive Remediation in Kombination mit anderen psychosozialen und rehabilitativen Behandlungsmethoden angeboten werden (Empfehlung 76, KKP).

Pharmakotherapie

Die Pharmakotherapie ist ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie. Sie sollte in Kombination mit einer Psychotherapie und anderen psychosozialen Therapien angeboten werden.

Zu Beginn einer Pharmakotherapie soll die Patientin über die akuten und langfristigen Wirkungen sowie Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt werden. Sie soll aktiv in den therapeutischen Entscheidungsprozess einbezogen werden (partizipative Entscheidungsfindung, siehe Kapitel 3 der Leitlinie). Vor- und Nachteile der medikamentösen Behandlung und mögliche Alternativen sollen in einer verständlichen Sprache erläutert werden (Empfehlung 16, KKP).

Die S3-Leitlinie sowie die aktuelle NICE-Leitlinie⁵ empfehlen folgende Grundprinzipien für die Pharmakotherapie:

- Eine medikamentöse Behandlung nur im Zusammenhang mit einer umfassenden medizinischen Vor- und Begleituntersuchung veranlassen.
- Die Dosis so niedrig wie möglich halten.
- Mehrfachmedikationen vermeiden.

In allen Phasen der Erkrankung kann zwischen Patientin und behandelnder Ärztin eine Verringerung oder das Absetzen der Antipsychotika vereinbart werden. Dafür sollte die Patientin ausreichend stabil sein und über eine ausreichende psychosoziale Unterstützung verfügen. Regelmäßige Verlaufskontrollen der Symptomatik sollten gewährleistet sein und keine Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen. Die Patientin sollte über das erhöhte Rezidivrisiko des Absetzens aufgeklärt werden (Empfehlung 26, KKP).

⁵ NICE. NICE clinical guideline 178 – Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management – Issued: February 2014 last modified: March 2014. Abrufbar unter: www.nice.org.uk/guidance/cg178

Nebenwirkungen

In Abhängigkeit vom Wirkungsprofil der Antipsychotika kann sich das Nebenwirkungsprofil stark unterscheiden. Die häufigsten Nebenwirkungen sind:

- neurologische Nebenwirkungen – extrapyramidal-motorische Störungen:
Hierzu zählen Frühdyskinesien, das heißt unwillkürliche Kontraktionen und Spasmen verschiedener Muskelgruppen, Parkinsonoide wie zum Beispiel ein unsicheres Gangbild oder Trippelschritte, Akathisie, das heißt eine Bewegungsunruhe bevorzugt in den Beinen und eine innere Anspannung, die erhebliche Ausmaße annehmen kann, sowie sogenannte Spätdyskinesien, die sich in unwillkürlichen, stereotyp anmutenden Bewegungsmustern wie zum Beispiel Schluckautomatismen, Schmatzen oder Grimassieren äußern können,
- Sedierung,
- metabolische Probleme wie starke Gewichtszunahme oder Diabetes,
- kardiovaskuläre Probleme,
- sexuelle Funktionsstörungen.

Antipsychotika-induzierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollen aktiv erfragt und dokumentiert werden und bei Verdacht soll eine entsprechende Abklärung und Therapie angeboten werden (Empfehlung 53, KKP).

In Abhängigkeit von der Schwere unerwünschter Arzneimittelwirkungen durch Antipsychotika soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation der Patientin angeboten werden, die Dosis zu verringern, auf ein anderes Präparat umzustellen oder das Medikament abzusetzen (Empfehlung 54, KKP).

Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer stärkeren Gewichtszunahme durch die Pharmakotherapie (> 7 Prozent des Ausgangsgewichts) sollen der Patientin Ernährungsberatung, Psychoedukation oder Bewegungsprogramme vorgeschlagen werden, um eine weitere Gewichtszunahme zu verhindern oder das Gewicht zu verringern (Empfehlung 55, A).

Für eine ausführliche Darstellung zum Thema Pharmakotherapie einschließlich der Behandlung von Nebenwirkungen wird auf die S3-Leitlinie Schizophrenie Kapitel 5 sowie auf Kapitel 8.6 in Lincoln et al., 2019⁶, verwiesen.

Ersterkrankung mit Schizophrenie

Die erste akute Phase einer Schizophrenie soll möglichst frühzeitig erkannt werden. Sie soll so kurz wie möglich gehalten werden.

Grundsätzlich gelten bei Ersterkrankungen die gleichen Behandlungsempfehlungen wie für alle Menschen mit einer Schizophrenie. Bei einer ersten Episode sind jedoch Besonderheiten zu beachten.

Exkurs: Erhöhtes Psychoserisiko

Fast drei Viertel der Menschen mit einer Schizophrenie (> 70 Prozent) haben bereits Jahre vor der ersten akuten Phase erste Anzeichen einer Schizophrenie. Dazu gehören unspezifische Symptome wie Schlafstörungen, starke Reizbarkeit und Anspannung. Manche Patientinnen werden misstrauisch gegenüber ihren Mitmenschen und ziehen sich zurück. Andere vernachlässigen ihr Äußeres und sind

Interventionen bei Ersterkrankten

Menschen mit einer ersten schizophrenen Episode sollten folgende Interventionen angeboten werden (Empfehlung 132, A):

- spezifische Pharmakotherapie für Ersterkrankte,
- spezialisierte Kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen,
- psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt (insbesondere „Supported Employment“ und „Individual Placement and Support“),
- niederschwellige Behandlungsangebote oder aufsuchende Behandlung,
- verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene.

⁶ Lincoln T, Pedersen A, Hahlweg K et al. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen. Reihe: Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Band 5. Hogrefe 2019.

zunehmend weniger an Schule oder Arbeit interessiert. Mitunter treten auch erste Trugwahrnehmungen auf. Diese Anzeichen können einige Monate, aber auch über Jahre andauern, bevor die Schizophrenie in ihre akute Phase übergeht.

Rückblickend betrachtet handelt es sich um ein Prodromalstadium, in dem sowohl unspezifische Symptome als auch spezifische Störungen im Denken und Wahrnehmen und psychotische Symptome auftreten können, die die zeitliche Dauer oder den Schweregrad einer manifesten psychotischen Erkrankung nicht erfüllen. Dadurch kann es bereits zu einer Abnahme des Funktionsniveaus kommen. Nicht alle Menschen mit solchen Symptomen entwickeln jedoch eine manifeste Psychose. Deshalb spricht man prospektiv von „Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko“.

Auf der Basis von Studienergebnissen geht man heute davon aus, dass sich Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko frühzeitig erkennen lassen und es Interventionen gibt, die das Risiko einer akuten Episode verringern können.

Diagnostik eines erhöhten Psychoserisikos

Folgenden Personen soll die Diagnostik eines erhöhten Psychoserisikos angeboten werden:

- a) Menschen mit vorübergehenden oder abgeschwächten psychotischen Symptomen oder anderen Wahrnehmungsstörungen, die zu einer psychotischen Störung passen. Diese Personen sollten sich dadurch als belastet erleben und von sich aus professionelle Hilfe suchen.
- b) Menschen, bei denen ein Angehöriger ersten Grades bereits an einer Schizophrenie erkrankt war oder ist und die deshalb eine weitere diagnostische Abklärung wünschen.

Ein allgemeines Screening bei Personen, die nicht diese Kriterien erfüllen, soll nicht erfolgen.

Dabei sollten die etablierten Kriterien, Skalen und Interviews gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Stand verwendet werden (siehe S3-Leitlinie „Schizophrenie“ Anhang, Seiten 331–333). Die Untersuchung soll durch in den diagnostischen Instrumenten geschultes Fachpersonal (Ärztinnen, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen oder andere in der Psychiatrie erfahrene Professionelle), zum Beispiel in einem Früherkennungszentrum, erfolgen (Empfehlung 133, KKP).

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollten:

- über ihren aktuellen Zustand mit vertretbarem therapeutischem Optimismus und psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung bei der Verarbeitung dieses Wissens informiert werden;
- nicht mit der vorzeitigen Diagnose einer Schizophrenie belastet und stigmatisiert werden. Es sollte zum Beispiel von einem erhöhten „Risiko einer weiteren Verschlechterung der seelischen Gesundheit“ oder dem „Risiko, eine psychotische Krise zu entwickeln“ gesprochen werden (Empfehlung 134, KKP).

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll außerdem ein Screening angeboten werden:

- auf depressive Störungen,
- auf den Konsum psychoaktiver Substanzen, insbesondere auf noradrenerg und dopaminerg wirksame Drogen, wie Amphetamine, Cannabis, Kokain.

Eventuelle Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen soll beachtet werden (Empfehlung 135, KKP).

Behandlung bei erhöhtem Psychoserisiko

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (Empfehlung 136, A).

Antipsychotika sollen in der Psychoseprävention nicht primär angeboten werden (Empfehlung 136, KKP).

Ist eine Kognitive Verhaltenstherapie nicht ausreichend und treten die vorpsychotischen Symptome mit zunehmender Schwere oder kurze psychotische Episoden mit steigender Frequenz auf, sollten vorübergehend Antipsychotika der zweiten Generation in geringer Dosierung angeboten werden (Empfehlung 136, KKP).

Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen

Die Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen soll unter Berücksichtigung der Grunderkrankung in der Regel nach den entsprechenden Leitlinien erfolgen.

Substanzstörungen

Die Behandlung komorbider Suchterkrankungen stellt eine besondere Herausforderung dar. Sie erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Behandlern oder dem Suchthilfesystem.

Bei Menschen mit einer Schizophrenie soll gezielt nach Substanz- und Drogenkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Bei klinischem Verdacht auf einen zusätzlichen Substanzgebrauch sollte, wenn möglich, eine toxikologische Untersuchung erfolgen.

Liegt eine komorbide Substanzstörung vor, sollten für beide Störungen Interventionen in einem Setting und durch dasselbe Therapeutenteam angeboten werden. Wichtig ist eine konstante Betreuungsperson, die ambulant langfristig verfügbar und gut erreichbar ist (Empfehlung 106, KKP).

Auch bei einer zusätzlichen Alkoholstörung (Missbrauch oder -abhängigkeit) sollten beide Störungen integriert durch ein Therapeutenteam behandelt werden. Ist das nicht möglich, sollte eine strukturierte Koordination der Behandlung, zum Beispiel durch ein Case Management, gewährleistet sein (Empfehlung 110, KKP).

Bei zusätzlichem Cannabiskonsum (Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit) soll dieser verringert oder eine Abstinenz angestrebt werden (Empfehlung 114, KKP).

Depression

Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische Kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (Empfehlung 101, B).

Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie soll, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollen medikamentöse Interaktionen beachtet und die Patientin über die Möglichkeit einer Zunahme der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgeklärt werden (Empfehlung 102, A).

Posttraumatische Belastungsstörung

Eine erste hochwertige Studie konnte zeigen, dass bei einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung sowohl eine klassische Traumaexposition als auch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wirksam sind. Die Traumaexposition führte weder zu einer Zunahme der psychotischen Symptomatik noch zu einer Zunahme der Suizidalität.

Zwangsstörung

Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an Zwangssymptomen oder einer Zwangsstörung, kann dies auch durch die antipsychotische Behandlung verursacht sein. Dann kann die Medikamentendosis verringert oder ein Wechsel auf ein Präparat mit geringerem Risiko für Zwangssymptome (zum Beispiel Aripiprazol, Risperidon) angeboten werden.

Wenn die Zwangssymptomatik nicht durch die medikamentöse Behandlung verursacht wird und in Situationen, in denen keine Anpassung der primären antipsychotischen Medikation möglich ist, soll eine Behandlung gemäß der AWMF-Leitlinie „Zwangsstörungen“⁷ erfolgen (Empfehlung 105, KKP).

7 AWMF-Leitlinie „Zwangsstörungen“. Abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-017.html

Suizidalität

Fünf bis 15 Prozent der Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung begehen Suizid. Besonders kritisch ist die Phase nach der Erstdiagnose. Etwa 10 Prozent der Menschen mit einer erstmals diagnostizierten Schizophrenie versuchen innerhalb eines Jahres danach einen Suizid.

Deshalb soll das Suizidrisiko kontinuierlich eingeschätzt werden. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände können zu Suizidgedanken und selbstschädigendem Verhalten führen.

Dabei sollen auch medikamentöse Nebenwirkungen, die zum Beispiel zu Akathisie führen können, vermieden werden. Ferner ist zur Suizidvermeidung auch die Reduktion eines komorbiden Substanzkonsums ratsam (Empfehlung 96, KKP).

Kinder und Jugendliche

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Schizophrenie gelten grundsätzlich die gleichen Empfehlungen zur Pharmako- und Psychotherapie wie für Erwachsene. Dabei sollen allgemeine Spezifika des Kindes- und Jugendalters berücksichtigt werden:

- Kinder und Jugendliche haben eine größere Sensibilität für Nebenwirkungen der Pharmakotherapie. Dies sollte bei der Dosierung, der Umstellung und der Frequenz des Nebenwirkungsmonitorings beachtet werden (Empfehlung 119, KKP).
- Nach der Akutphase soll an einer Schizophrenie erkrankten Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden, die schulische oder berufliche Ausbildung fortzuführen. Hierfür sollen Gespräche mit den verantwortlichen Personen in Schule und Ausbildung durchgeführt werden. Dies kann durch Ärztinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie andere an der Behandlung beteiligte Personen geschehen.

Gegebenenfalls sollte für die Fortsetzung von Schule oder Ausbildung komplementäre Unterstützung, zum Beispiel Schulbegleiter oder Einzelfallhilfe, zur Verfügung gestellt werden. Den erkrankten Jugendlichen sollen auch unterstützende Programme zur Wiedereingliederung oder zur Vermittlung einer Ausbildungs- oder Arbeitsstelle, zum Beispiel in beruflichen Trainingszentren oder Berufsbildungswerken, angeboten werden (Empfehlung 125, KKP).

- Bei ausgeprägter Negativsymptomatik oder persistierender Positivsymptomatik mit starker Beeinträchtigung kann eine spezialisierte Einrichtung notwendig sein. Eine entsprechende Eingliederungshilfe (nach § 35a SGB VIII) ist dann anzuregen (Empfehlung 125, KKP).
- Die sozialen und schulischen oder beruflichen Aktivitäten sollen regelmäßig erfragt und in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden (Empfehlung 125, KKP).

Rehabilitation

Menschen mit einer Schizophrenie sollten Rehabilitationsangebote erhalten, wenn sie dies wünschen oder wenn dies für ihre Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben notwendig ist (Empfehlung 137, KKP).

Menschen mit einer Schizophrenie leiden häufig unter Einschränkungen in der sozialen und beruflichen Teilhabe. Die Erkrankung kann zum Abbruch von Schule oder Aus-

bildung, zum Verlust des Arbeitsplatzes und zur Gefährdung partnerschaftlicher und familiärer Bindungen führen. Verhaltensauffälligkeiten und Einbußen praktischer Alltagsfertigkeiten können die Chancen einer sozialen Wiedereingliederung nach einer oder mehreren Krankheitsphasen verringern. Daher haben Erkrankte Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation, die eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung von Selbst-

bestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beheben oder verringern sollen. Psychotherapeutinnen können seit Juni 2017 medizinische Rehabilitation als

Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen (siehe Kasten unten).

Spezielle Rehabilitation für schwer chronisch psychisch kranke Menschen

Für Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Schizophrenie, gibt es spezifische Angebote – die „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte“ (RPK-Einrichtungen).

Die Besonderheit dieser Einrichtungen liegt darin, dass alle Leistungen der medizinischen, beruflichen und begleitenden psychosozialen Rehabilitation kostenträgerübergreifend und aus einer Hand auf die besonderen Bedürfnisse der Patientinnen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen abgestimmt sind. In der Regel beginnt die Rehabilitation in RPK-Einrichtungen mit einer vorwiegend medizinisch orientierten Reha, an die sich eine vorwiegend berufliche Reha anschließt. RPK-Leistungen dauern deutlich länger als andere Rehabilitationen. Die Obergrenze liegt bei zwei Jahren – je ein Jahr für die medizinische und die berufliche Reha-Phase. Die Reha für schwer chronisch psychisch kranke Menschen hat ein spezielles Antragsverfahren. Dieses Verfahren ist in der Praxis-Info „Medizinische Rehabilitation“ der BPTK, Seite 12, beschrieben (siehe Kasten unten).

Selbsthilfe

Grundsätzlich sollte die Selbsthilfe der Patientinnen wie der Angehörigen oder Vertrauenspersonen gefördert, ihr Selbstbewusstsein gestärkt, ihre Wünsche nach Infor-

mationen und ihr Einbezug bei Therapieentscheidungen nachdrücklich unterstützt werden (Empfehlung 146, KKP).

Zusammenarbeit

Neben der Psychiaterin oder der Hausärztin können in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie noch andere beteiligt sein. Sie unterstützen Patientinnen in Bereichen, die über die Kernaufgaben der Psychotherapeutin hinausgehen.

Eine wichtige Aufgabe ist dabei die Koordination von psychiatrischen und psychotherapeutischen, psychosozialen und allgemeinen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen (Empfehlung 145, KKP). Häufig übernimmt die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie diese Versorgungskoordination. Sie kann aber auch durch die Psychotherapeutin erfolgen. Die neueren Befugnisse zur Verordnung von Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation sowie zur Krankenhauseinweisung und zum Krankentransport bieten hierfür gute Voraussetzungen (siehe Abbildung 3, Seite 18).

Praxis-Infos

Krankenhauseinweisung

www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/bptk_praxis-info_krankenhauseinweisung.pdf

Krankentransport

www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/bptk_praxis-info_krankentransport_web.pdf

Medizinische Rehabilitation

www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/bptk_praxisinfo_med-reha.pdf

Soziotherapie

www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/20171115_bptk_praxis-info_soziotherapie.pdf

Abbildung 3: Versorgungskoordination in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie



Anhang

Tabelle: Übersicht über häufig verwendete Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren bei psychotischen Störungen
(aus: Lincoln T et al., 2019, Seite 25)

Instrument	Autoren	Kurzbeschreibung des Instruments	Anwendungshinweise
PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)	Kay, Fiszbein & Opler (1987); dt. Version in CIPS (2005)	Instrument zur differenzierten Erfassung schizophrener Symptome, geeignet für Verlaufs- bzw. Veränderungsmessungen. Fokussiert auf positive und negative Symptome, allgemeine psychopathologische Symptome.	Fremdbeurteilungsverfahren
PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales)	Haddock, McCarron, Tarriner & Faragher (1999); dt. Version von Vauth & Stieglitz (2007)	Instrument zur differenzierten Erfassung von Wahn und Halluzinationen, geeignet zur Verlaufs bzw. Veränderungsmessung, v. a. auch im Rahmen von KVT.	Fremdbeurteilungsverfahren
BRPS (Brief Psychiatric Rating Scale)	Overall & Gorham (1962); dt. Version in CIPS (2005)	Instrument zur Erfassung verschiedener Symptome wie Depression, Angst und Halluzinationen.	Fremdbeurteilungsverfahren
ESI (Eppendorfer Schizophrenie-Inventar)	Maß (2001)	Instrument zur Erfassung schizophreniespezifischer subjektiv erlebter kognitiver Beeinträchtigungen.	Selbstbeurteilungsverfahren
MAP-SR (Motivation and Pleasure Scale Self-Report)	Llerena et al. (2013); dt. Version von Engel & Lincoln (2016)	Instrument zur Erfassung von Motivationsdefiziten (im Rahmen negativer Symptome) und der Lebenszufriedenheit.	Selbstbeurteilungsverfahren
BNSS (Brief Negative Symptom Scale)	Kirkpatrick et al. (2011); dt. Version von Bischof et al. (2016)	Instrument zur Erfassung negativer Symptome, geeignet zur Verlaufs- bzw. Veränderungsmessung.	Selbstbeurteilungsverfahren
CAPE (Community Assessment of Psychic Experience)	Stefanis et al. (2002); dt. Version von Schlier et al. (2015)	Instrument zur Erfassung subklinischer psychotischer Symptomatik.	Selbstbeurteilungsverfahren
CHOICE (Choice of Outcome in CBT for psychoses)	Greenwood et al. (2010); dt. Version von Lincoln (2014)	Instrument zur Erfassung von Veränderungen im Rahmen der KVT, u. a. das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Symptome bzw. die Lebenszufriedenheit.	Selbstbeurteilungsverfahren

Auf den Folgeseiten Auszug aus:

BPTK-Berufsporträts von Psychotherapeuten

„Wenn Überzeugungen wahnhaft werden – Psychotisch kranke Menschen am Universitätsklinikum Tübingen“ – Dr. Klaus Hesse (Seiten 16 – 21)

Wenn Überzeugungen wahnhaft werden

Psychotisch kranke Menschen am
Universitätsklinikum Tübingen



Brigitte S. (Name geändert) hatte in der Therapie Schwerstarbeit geleistet. Sie dauerte Jahre und war nicht ohne Rückschläge. Sie forderte einen enormen Einsatz der Patientin, aber am Ende stand auch ein beeindruckender Erfolg. Sie hat heute ihren inneren Dämon bezwungen, ihn über Jahre und mit großer Ausdauer niedergerungen. Sie hat Abstand gewonnen von der Vorstellung, dass ihr „Chef“ sie überall und ständig verfolgt.

Brigitte S., 54 Jahre, fühlte sich rund um die Uhr beobachtet und abgehört, durch Spiegel, durch die sie zu beobachten war, über Mikrofone, die ihr in den Körper eingepflanzt worden waren. Im Internet fand sie ständig Berichte, in denen sie bloßgestellt wurde und die von ihrem „Chef“ lanciert wurden. Ihr „Chef“ hatte die Welt um sie herum völlig unter Kontrolle. Diese permanente Überwachung rieb sie auf. Immer wieder geriet sie in Angst und Schrecken. Sie fühlte sich ohnmächtig und ihrem „Chef“ ausgeliefert.

...fühlte sich rund um die Uhr beobachtet und abgehört.

Der große Erfolg der Psychotherapie bestand darin, dass sie heute nicht mehr von diesen Vorstellungen beherrscht wird. Brigitte S. hat Abstand zu ihnen gewonnen. Immer wieder tauchen sie noch als „Fetzen“ auf, doch sie haben ihren überwältigenden Einfluss verloren. Sie bringen ihr Leben nicht mehr völlig durcheinander.

Ihr Psychotherapeut Dr. Klaus Hesse begleitete sie auf dem Weg einer kritischen Hinterfragung der eigenen Überzeugungen: Er nahm die Vorstellungen der Patientin durchaus ernst. Er ließ sich ihre Verfolgungsängste im Detail schildern und begann, sie mit der Patientin zu überprüfen, regte sie an, hinter Spiegel zu schauen, nach versteckten Mikrofonen zu suchen, und las mit ihr die Berichte im

Internet, in denen vermutlich von ihr die Rede war. Manche Befürchtungen konnten so widerlegt werden, andere waren allerdings auch plausibel und nicht eindeutig zu entkräften.

Wahnhafte Vorstellungen sind normaler, als wir meinen, eigentlich kennt sie jeder.

„Frau S. hat eine unglaubliche Kopfarbeit geleistet“, erklärt Dr. Klaus Hesse, Psychologischer Psychotherapeut an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen. Dort war sie zweimal in stationärer Behandlung, dort ist sie noch lange danach ambulant behandelt worden. „Jeder hat sich schon einmal einen Abend um Kopf und Kragen geredet und sich am nächsten Tag gewundert, was er so alles behauptet hat“, erläutert Hesse. „Jeder hat als Jugendlicher mit Inbrunst an eine Überzeugung geglaubt und nichts anderes mehr gelten lassen.“ Ein Wahn ist erst einmal nichts anderes als eine felsenfeste Überzeugung, die ein Mensch auch nicht aufgibt, wenn alle anderen es anders sehen. „Wahnhafte Vorstellungen sind normaler, als wir meinen, eigentlich kennt sie jeder“, schildert Hesse seine Sicht der psychotischen Erkrankung und fährt fort:



„Wenn ich nachts im Dunkeln eine Gestalt sehe, die hinter mir herläuft, fühle auch ich mich verfolgt. Wenn ich etwas nicht wiederfinde und annehme, dass es gestohlen wurde, bin ich schon nahe an einem Verfolgungswahn. Und wenn ich dann noch annehme, alle meine Kollegen und Nachbarn stecken unter einer Decke und haben etwas gegen mich, dann wird der Wahn zu einer abgeschlossenen Welt, aus der ich nur schwer einen Weg zurückfinde.“

Auch bei einer krankhaften Wahnvorstellung muss nicht alles eingebildet sein. Viele Beobachtungen können durchaus zutreffen. Klaus Hesse gesteht dies jedem seiner Patienten zu.

Er geht mit seinen Patienten ihre Annahmen durch und bestärkt sie zu prüfen, ob sie nicht tatsächlich der Wirklichkeit entsprechen. Dafür untersuchen sie gemeinsam zum Beispiel Spiegel, um zu sehen, ob der Spiegel von der anderen Seite durchsichtig ist. Wenn sich der Spiegel als undurchsichtig erweist, hat er den ersten Zweifel an der Richtigkeit der Wahnvorstellungen gesät.

„Die meisten Patienten brauchen Zeit, um eine andere Sichtweise zu entwickeln“, erläutert Klaus Hesse. „Medikamente können dabei helfen, dass manche Gedanken für den Patienten nicht mehr so wichtig sind.“ Aber antipsychotische Medikamente allein reichen oft nicht aus, damit ein Patient wieder lernt, ein eigenes Leben zu führen. Dafür gelte es, das Selbstvertrauen der Patienten wieder aufzubauen. Eine psychotische Erkrankung verletze tief das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Sie sei eine sehr kränkende Erfahrung. Den Patienten sei es äußerst peinlich, was sie anderen gegenüber an Überzeugungen geäußert haben und auch wie andere sie erlebt haben. Viele Patienten erleben ihre Erkrankung als Grund für Ausgrenzung und Vereinsamung.

„Eine psychotische Erkrankung verletzt tief das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.“

Deshalb erweitert Psychotherapeut Hesse mit seinen Patienten nicht nur ihre geschlossene Gedankenwelt, sondern richtet sie auch als Person wieder auf. „Ich habe mich wieder in die Welt hinaus getraut“, berichtet Brigitte S. „Ich habe wieder angefangen, in einer Band Musik zu machen, und dann habe ich mich sogar getraut, mich auf einen Job im Altenheim zu bewerben.“ Die Ängste, nicht zu genügen, die Anforderungen nicht erfüllen zu können, besprach sie mit ihrem Psychotherapeuten. Klaus Hesse machte mit ihr eine spezielle Art von Bewerbungstraining, in der es vor allem darum ging, der Angst möglichst keinen Raum zu geben. Angst ist für Brigitte S. bis heute ein sehr schnell aktivierbares Gefühl. Doch es gelingt ihr immer besser, Abstand von der Angst zu gewinnen.

... aus den Tiefen der Angst und Scham wieder in einen täglichen Ablauf zurückzufinden.

Ihre Zeit im Krankenhaus war noch sehr von Rückzug geprägt gewesen. Brigitte S. brauchte Zeit, sich die Decke über den Kopf zu ziehen und „um Gefühle abzubauen“. „Wenn man mich nicht gelassen hat, war das ein echter Eingriff für mich“, erinnert sie sich. Sie nahm ungern an den Gruppentherapien teil und hing allgemeinen Ängsten nach, alt zu werden. Auf das Abklingen der wahnhaften Überzeugungen folgte erst einmal eine depressive Phase. „Der Stationsalltag mit seinem festen Programm passt nicht immer für alle“, weiß Klaus Hesse. „Doch er aktiviert auch, aus den Tiefen der Angst und Scham wieder in einen täglichen Ablauf zurückzufinden.“

Nicht weniger schwierig ist die Zeit nach der Krankenhausbehandlung, in der der Patient wieder in sein normales Leben zurückfinden soll. „Die latente Angst



schnürt ein und raubt Lebensraum“, erklärt Klaus Hesse. Eine andere Patientin habe zum Beispiel große Probleme gehabt, im Supermarkt einkaufen zu gehen, weil sie dort schnell wieder Anzeichen entdeckte, dass sie verfolgt wird. „Bei dieser Patientin ging es darum, den Einkauf möglichst schnell zu erledigen, ohne sich dafür zu lange im Supermarkt aufhalten zu müssen.“ Hesse plante mit ihr zunächst minutiös den Gang durch den Supermarkt. Wo standen die Dinge, die sie kaufen wollte? Wie kam sie von einem Punkt zum nächsten? Wann waren die Schlangen an den Kassen am kürzesten?

Brigitte S. kann ihre Verfolgungsangst heute selbst als „Wahn“ bezeichnen und unbefangen davon berichten. Ihre überdurchschnittliche Neigung, sich verfolgt und bedroht zu fühlen, ist noch nicht völlig aus ihrer Welt verschwunden. Sie gerät aber nicht mehr unweigerlich auf eine Rutschbahn in eine andere Welt, in der sich alle gegen sie verbündet haben. Damit ist jedoch für sie nicht alles falsch, was sie gesehen und wovor sie sich gefürchtet hatte. „Viele Sachen waren auch eindeutig so“, wie sie sie erlebt hat, sagt sie. Aber ihr „Chef“ hat sie fallengelassen, er ist nicht mehr hinter ihr her. „Das finde ich richtig gut“, sagt sie stolz, denn dass sie sich aus der Überwachung durch ihren „Chef“ befreien konnte, das ist vor allem auch ihr Verdienst. Sie hat dafür mit ganzem Einsatz an sich gearbeitet.

Die Behandlung auf der Station 21

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Patienten bekommen alle Bausteine einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten, wie sie in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen werden. In der Regel werden sie um Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie ergänzt.

Zunächst wird geprüft, dass keine körperlichen Ursachen für die psychische Erkrankung vorliegen. Danach beginnt eine intensive stationäre Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Oft ist es notwendig, nach dem Krankenhaus die Psychotherapie und Pharmakotherapie noch ambulant fortzuführen.

Einzelgespräche

Die Entscheidungen für eine optimale Behandlung werden gemeinsam mit dem Patienten getroffen. Dauer und Häufigkeit der therapeutischen Gespräche können an die Bedürfnisse angepasst werden (in der Regel 2 x 25 Minuten pro Woche). Bei jeder Behandlung empfehlen wir zusätzlich gemeinsame Gespräche mit Angehörigen.

Medikamente

Medikamente können ein wichtiger Bestandteil der Behandlung sein. Der Oberarzt ist für die Medikation verantwortlich. Falls Unzufriedenheit mit der Medikation besteht, sollten die Bedenken mit dem Therapeuten oder in der Visite offen angesprochen werden.

Einzelgespräch Pflege

Während des Aufenthaltes ist eine Bezugsperson aus dem Pflorgeteam für jeden Patienten zuständig. Einmal in der Woche findet mit jedem Patienten ein 25-minütiges Gespräch statt, um gemeinsam herauszufinden, wie Unterstützung in Alltagssituationen auf Station aussehen könnte. Um einen individuellen Therapieplan anbieten zu können, gehört die Vor- und Nachbereitung des Therapieplanes zum Pflegegespräch dazu.

Gruppentherapie

Die Patienten bekommen jede Woche einen individuellen Wochenplan für die Gruppentherapien, die Ergotherapie, die Musiktherapie und die Bewegungstherapie ausgehändigt. Die Gruppenpsychotherapien haben folgende Schwerpunkte:

- Psychoedukation: Erarbeitung eines positiven Krankheitskonzepts,
- Sozial-Emotionales Training: Verbesserung der sozialen Beziehungen,
- Meta-Kognitives Training: Reflexion von Denkstilen.

Sozialberatung

Im Zusammenhang mit dem Auftreten einer psychischen Erkrankung können sich verschiedene soziale Fragestellungen ergeben. Die Sozialberatung unterstützt zum Beispiel bei der Sicherung des Lebensunterhalts, bei der beruflichen Planung oder der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Entsprechend dem Bedarf werden auch sozialpsychiatrische Hilfen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vermittelt. Die sozialpsychiatrische Gruppentherapie ermöglicht, einen Überblick über mögliche Hilfen zu bekommen und mit anderen Betroffenen zu diskutieren.

Angehörigengruppe

Für alle Angehörigen (Eltern, Partner, Kinder, Freunde) der Patienten findet alle zwei Wochen eine Angehörigengruppe statt. Die Termine hängen aus oder sind im Stationszimmer zu erfragen.

Blutentnahmen

Die regelmäßigen Blutentnahmen durch einen Assistenzarzt dienen der Kontrolle der körperlichen Gesundheit. Die medikamentöse Behandlung kann durch die Blutkontrollen optimiert werden und unerwünschte Nebenwirkungen können rechtzeitig erkannt werden.

Außenaktivität

Unternehmung gemeinsamer Ausflüge, zum Beispiel Spaziergänge, Museums- oder Ausstellungsbesuche, zum Kegeln oder zum Bowling gehen, Boot fahren.

