

Tania Lincoln

Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie

Ein individuenzentrierter Ansatz

3., überarbeitete Auflage

 **hogrefe**

Prof. Dr. rer. nat. Tania Lincoln, geb. 1972. 1992–1999 Studium der Psychologie in Marburg. 2000–2003 Promotionsstipendiatin in der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie. 2003 Promotion. 2005 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2003–2005 klinische und wissenschaftliche Tätigkeit in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina. 2005–2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Philipps-Universität-Marburg. 2008 Habilitation. Seit 2010 anerkannte Supervisorin. Seit 2011 Inhaberin der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg. Forschungsschwerpunkte: Grundlagen- und Therapieforschung bei psychotischen Störungen.

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

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3

37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: EPUB

3., überarbeitete Auflage 2019

© 2006, 2014 und 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG,
Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2956-4; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-2956-5)

ISBN 978-3-8017-2956-1

<http://doi.org/10.1026/02956-000>

Nutzungsbedingungen:

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

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden.

Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen,

insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

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

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

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

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

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 3. Auflage

Einleitung

I. Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1 Beschreibung schizophrener Störungen

1.1 Symptomatik

1.2 Begriff, Begriffsverwendung und Stigmatisierung

1.3 Klassifikation

1.4 Differenzialdiagnostik

1.5 Komorbide Störungen

1.6 Verlauf und Prognose

1.7 Epidemiologische Befunde

1.7.1 Prävalenz der Schizophrenie

1.7.2 Psychoseähnliche Symptome in der Normalbevölkerung

Kapitel 2 Ätiologie

2.1 Risikofaktoren

2.1.1 Genetische Risikofaktoren

2.1.2 Prä- und perinatale Risikofaktoren

2.1.3 Kritische Lebensereignisse

2.1.4 Kindheitstraumata

2.1.5 Migration

2.1.6 Urbanizität

2.1.7 Alltagsstressoren

2.1.8 Gemeinsamer Nenner sozialer Risikofaktoren

2.2 Neurochemische Befunde und Erklärungsmodelle

2.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modelle

2.4 Kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze

2.4.1 Psychologische Grundlagenforschung zu Wahn

2.4.2 Kognitive Modelle zur Entstehung von Wahn

2.4.3 Psychologische Grundlagenforschung zu Halluzinationen

2.4.4 Kognitive Modelle zur Entstehung von Halluzinationen

2.4.5 Psychologische Grundlagenforschung zu Negativsymptomatik

Kapitel 3 Diagnostische Verfahren

3.1 Ziele der Diagnostik

3.2 Diagnostische Verfahren

3.2.1 Instrumente zur Diagnoseerstellung

3.2.2 Instrumente zur Symptomerfassung

3.2.3 Verfahren zur Erfassung neuropsychologischer Defizite

3.2.4 Instrumente zur Erhebung dysfunktionaler Kognitionen

3.2.5 Ein Instrument zur Erfassung KVT-spezifischer Veränderungen

Kapitel 4 Überblick über Behandlungsansätze

4.1 Klassifikation der Behandlungsansätze

4.2 Medikamentöse Ansätze

4.2.1 Akutbehandlung

4.2.2 Längerfristige Behandlung (Rezidivprophylaxe)

4.3 Psychotherapeutische Ansätze

4.3.1 Psychoedukation (mit und ohne Einbezug der Familie)

4.3.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Familieninterventionen

4.3.3 Systemische Familieninterventionen

- [4.3.4 Soziale Kompetenztrainings](#)
- [4.3.5 Kognitive Remediation](#)
- [4.3.6 Metakognitives Training](#)
- [4.3.7 Psychodynamische Ansätze](#)
- [4.3.8 Gesprächspsychotherapie](#)
- [4.3.9 Dritte-Welle-Ansätze](#)
- [4.3.10 Leitlinienempfehlungen der DGPs](#)

[Kapitel 5 Kognitive Verhaltenstherapie für Schizophrenie](#)

- [5.1 Was ist kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie?](#)
- [5.2 Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie](#)
- [5.3 Bisheriger Forschungsstand](#)

[II. Therapie](#)

[Kapitel 6 Rahmenbedingungen](#)

- [6.1 Zielgruppe](#)
- [6.2 Struktur und Aufbau der Therapie](#)
- [6.3 Settings und Formales](#)
- [6.4 Einbettung der Therapie in andere Behandlungsangebote](#)
- [6.5 Therapeutische Voraussetzungen](#)
- [6.6 Beziehungsgestaltung](#)

[Kapitel 7 Einstieg, Zielerklärung, Diagnostik und Erarbeitung von Erklärungsmodellen](#)

- [7.1 Einstieg](#)
- [7.2 Klärung von Zielen und Erwartungen](#)

7.3 Problemerkfassung und Diagnostik

7.3.1 Ziele der Diagnostik

7.3.2 Die therapeutische Haltung während der diagnostischen Phase

7.3.3 Einstieg in die diagnostische Phase

7.3.4 Diagnoseerstellung

7.3.5 Erfassung relevanter Symptome

7.3.6 Erhebung der Symptomentwicklung

7.3.7 Erhebung neuropsychologischer Defizite

7.3.8 Erhebung von Problemverständnis

7.4 Erarbeitung des Erklärungsmodells

7.5 Aus dem Modell abgeleitete Ziele

Kapitel 8 Arbeit mit Halluzinationen

8.1 Entpathologisieren

8.2 Vorbereitung der Interventionen

8.3 Einsatz von Copingstrategien

8.4 Veränderung von Bewertungen der Stimmen

8.5 Exposition

Kapitel 9 Arbeit mit dem Wahn

9.1 Ausgangsüberlegungen

9.2 Anhaltspunkte für den Wahn eruieren

9.3 Besprechung von Mechanismen der Einstellungsbildung

9.4 Modellerarbeitung

9.5 Eruierung der Konsequenzen bei Aufgabe der Wahnüberzeugung

9.6 Umstrukturieren wahnhafter Überzeugungen

Kapitel 10 Interventionen für Negativsymptomatik

10.1 Entpathologisierende Haltung des Therapeuten

10.2 Motivationsarbeit und Arbeit an Zielen

10.3 Erstellung individueller Problemanalysen

10.4 Erarbeitung von Erklärungsmodellen für die Aufrechterhaltung der Negativsymptomatik

10.5 Veränderung der dysfunktionalen Überzeugungen

10.6 Aktivitätenaufbau

10.7 Vermittlung von Fertigkeiten

10.8 Änderung weiterer verursachender und aufrechterhaltender Bedingungen

Kapitel 11 Arbeit mit weiteren belastenden Symptomen

11.1 Impulsives und suizidales Verhalten

11.2 Desorganisierte Sprache

11.3 Kognitive Defizite

11.4 Angst

Kapitel 12 Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen

12.1 Herausarbeiten dysfunktionaler Grundannahmen

12.2 Veränderung dysfunktionaler Annahmen

12.2.1 Besonderheiten bei Patienten mit Schizophrenie

12.2.2 Verbales Infragestellen der Annahmen

12.2.3 Realitätstestung

12.2.4 Herausarbeiten der Implikationen der Sichtweisen

12.2.5 Verankerung veränderter Sichtweisen

Kapitel 13 Rückfallprävention

13.1 Diskussion über die psychische Diagnose

13.2 Vorbereitung auf Rückfälle

13.3 Erkennen von Rückfällen

13.3.1 Erkennen von Warnsignalen

13.3.2 Erkennen von wiederkehrenden Symptomen

13.4 Umgang mit Warnsignalen und Symptomen

13.4.1 Kognitive Strategien

13.4.2 Umgang mit Stressoren

13.4.3 Umgang mit Medikamenten

13.4.4 Krisenplan

Kapitel 14 Zielklärung und Abschied

Literatur

Anhang

Arbeitsblatt 1: Kurzanleitung zur Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Materialien auf CD-ROM

^{19]} **Vorwort zur 3. Auflage**

Schizophrenie zählt zu den schweren psychischen Störungen, die für die Betroffenen und ihre Angehörigen sehr beeinträchtigend sind und oft langfristige und einschneidende Lebensveränderungen nach sich ziehen. Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es deutliche Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung der Schizophrenie. So ist inzwischen die Wirksamkeit für kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze von psychotischen Symptomen sehr gut belegt. In den internationalen Behandlungsleitlinien gibt es eine klare Empfehlung für die kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob die durch Behandlungsleitlinien verbreitete Empfehlung und die in Fachzeitschriften publizierten Studienergebnisse der kognitiven Verhaltenstherapie überhaupt in der Praxis umgesetzt werden. Bis heute ist es nicht einfach für Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, einen Zugang zu ambulanter Psychotherapie in Deutschland zu finden. So erfordert die Organisation eines ambulanten Therapieplatzes eine sehr hohe Behandlungsmotivation. Diese Motivation ist dabei nicht nur auf Seiten der Betroffenen, sondern auch auf Seiten der Behandelnden notwendig. Dieses Manual liefert eine ausgezeichnete Grundlage dafür, die Barrieren auf der Seite der Behandelnden zu überwinden.

Eine der wichtigsten Aufgaben der Psychotherapieforschung sollte sein, dass die wissenschaftlichen Ergebnisse auch in der Praxis ankommen. Tania Lincoln ist im deutschsprachigen Bereich die Expertin für kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei Schizophrenie und hat in einer großen Studie die Wirksamkeit im ambulanten Setting in Deutschland nachgewiesen. Es ist ihr Verdienst, diese Ergebnisse, aber fast noch wichtiger – das konkrete therapeutische Vorgehen – zu beschreiben, sodass ambulant tätige Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen eine Anleitung haben, diese nachgewiesenermaßen wirksamen Strategien auch in der Praxis umzusetzen.

Die erneute Überarbeitung des Therapiemanuals nach nur fünf Jahren verdeutlicht die rasante Entwicklung der Forschung zu kognitiver Verhaltenstherapie von Psychosen in den letzten Jahren. Eine Aktualisierung hinsichtlich des Stands der Ursachen- als auch der Therapieforschung war nötig. So wird immer deutlicher, dass zum einen soziale Faktoren und Umweltstressoren und zum anderen die psychische Verarbeitung dieser Stressoren eine wichtige Rolle in der Ätiologie und der Aufrechterhaltung der Störung spielen. Ergänzend zu den aktuellen Leitlinien zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen ([Lincoln et al., 2019](#)) liefert das vorliegende Manual eine detaillierte, praxisnahe Beschreibung für die Psychotherapie mit dieser Klientel.

Das Buch von Tania Lincoln liefert einen wertvollen und aktuellen Beitrag, die psychotherapeutische Behandlung

dieser beeinträchtigenden psychischen Störung weiter zu verbessern. Möge es in diesem Sinne von vielen Lesern und Leserinnen genutzt werden.

Berlin, im Mai 2019

Babette Renneberg

|10| **Einleitung**

Die Probleme von Menschen mit einer schizophrenen Psychose sind vielfältig und komplex. So leiden Betroffene einerseits direkt unter den für die Störung typischen Symptomen, wie Ängsten im Zusammenhang mit Wahn oder Halluzinationen. Andererseits nehmen sie wahr, dass die Kommunikation mit anderen erschwert ist und dass sie aufgrund ihrer Symptome deutliche soziale und berufliche Leistungseinbußen verzeichnen müssen. Hinzu kommen Folgeprobleme wie die negative Erfahrung von möglicherweise unfreiwilligen Psychiatrieaufenthalten, sozialer Abstieg, unerwünschte Nebenwirkungen der Medikamente und das Erleben von Unverständnis und Stigmatisierung durch Dritte. Dies alles führt zu extremer Verunsicherung bis hin zu Traumatisierung. Nach dem Abklingen einer akuten Episode leben viele Betroffene mit der Angst vor Rückfällen und erneutem Kontrollverlust. Sie können zudem den Eindruck bekommen, dass mit ihnen als Person etwas Fundamentales nicht in Ordnung ist und dass sie nie wieder ein normales Leben werden führen können. Die Vielfalt und Schwere dieser Probleme sowie die geringe Aussicht auf vollständige Besserung, die von vielen Behandlern suggeriert wird, resultieren oft in massiver Hoffnungslosigkeit. Diese führt wiederum zu einer unzureichenden Bewältigung der Probleme und nicht selten zu Suizid.

Bedauerlicherweise spiegelt sich in den Köpfen vieler Behandler eine vergleichbare Hoffnungslosigkeit wieder. Schizophrenie wird üblicherweise als qualitativ andere und im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen viel stärker, wenn nicht sogar ausschließlich biologisch bedingte psychische Erkrankung klassifiziert, deren Symptome einer Psychotherapie nicht zugänglich sind. Schizophrenie wird hier ferner weniger als psychische Störung, sondern eher als „medizinische Erkrankung“ bewertet, die in der akuten Phase vorrangig medikamentös zu behandeln sei. In der psychiatrischen Behandlung werden Patienten in der Regel mit einem medizinischen Krankheitsmodell konfrontiert und ihnen wird erklärt, dass sie nur dann eine Chance auf Besserung haben, wenn sie in eine lang anhaltende neuroleptische Behandlung einwilligen. Psychologische Behandlung in Form einer Psychotherapie bleibt ihnen nicht selten trotz ihres ausdrücklichen Wunsches, aufgrund von Kapazitätenmangel und der untergeordneten Bedeutung verwehrt. Aber auch dort, wo Psychologen durch das Psychotherapiegesetz und die Auflagen für die psychotherapeutische Weiterbildung in den Psychiatrien einen zunehmend größeren Raum einnehmen, sind sie in ihren Einflussmöglichkeiten durch untergeordnete Positionen in der Hierarchie eingeschränkt. In vielen Psychiatrien wird das ohnehin geringe psychotherapeutische Angebot inzwischen nahezu ausschließlich von Psychologen in Ausbildung durchgeführt. Sie sind eklatant unterbezahlt und bleiben nur so lange, wie dies für ihre Ausbildung notwendig ist. Diese Psychologen sind daher nicht geeignet, um eine hochwertige professionelle psychotherapeutische

Versorgung in den Psychiatrien zu gewährleisten. Dass sie dennoch in diese Rolle gebracht werden, verdeutlicht den geringen Stellenwert, den Psychotherapie in den Psychiatrien leider immer noch hat. Ferner übernehmen Psychologen in den Kliniken oft die vorherrschende medizinisch geprägte Sichtweise und zeigen wenig Vertrauen in den Einsatz psychologischer Interventionen oder in die Möglichkeit einer grundlegenden Besserung der Symptomatik. Auch in der ambulanten Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten kommen Patienten mit psychotischen Störungen oft zu kurz ([Schlier & Lincoln, 2016](#)), denn auch viele ambulante Psychotherapeuten trauen sich nicht zu, diese Störungen erfolgreich behandeln zu können.

Dieser Pessimismus wird sicherlich nicht selten durch Erfahrungen der jeweiligen Behandler gestützt. Trotzdem stellt sich die Frage, ob eine solch pessimistische Haltung nicht selbst zu einem ungünstigen individuellen Behandlungsverlauf beiträgt, in dem die negative Erwartung bezüglich des weiteren Verlaufs dem Patienten implizit vermittelt wird. Eine positive Erwartungshaltung sowohl durch den Therapeuten als auch durch den Patienten gilt immerhin als eine der nachgewiesenen methodenübergreifenden Wirkvariablen von Psychotherapie ([Perrez & Baumann, 1998](#)).

Zwar wäre auch eine völlige Überschätzung der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten von Psychosen kontraproduktiv, da sie falsche Erwartungen beim Patienten wecken und somit zu Frustrationserlebnissen sowie zu einer

Herabsetzung der Glaubwürdigkeit des Therapeuten führen würde. Dennoch soll dieses Manual ein Plädoyer für einen zuversichtlicheren Zugang zu Patienten mit Schizophrenie und mehr Optimismus in Bezug auf die Verbesserung relevanter Symptome sein. Dass diese Zuversicht zu rechtfertigen ist, wird durch die nachfolgenden Ausführungen und hoffentlich durch Ihre eigenen Erfahrungen in der Anwendung der in diesem Manual vorgeschlagenen Interventionsstrategien deutlich.

Aufbau des Manuals

Der erste Teil des Manuals bietet zunächst einen Überblick über die Symptomatik der Schizophrenie, Klassifikation, Differenzialdiagnostik, epidemiologische und ätiologische Befunde und psychologische Erklärungsmodelle. Dabei wird der Fokus in erster Linie auf jene Aspekte und Ergebnisse gelegt, die die Grundlage für die Entwicklung kognitiv-behavioraler Interventionsverfahren bilden. Es folgen eine kurze Darstellung gängiger Interventionen bei schizophrenen Psychosen und ihrer Evidenz. Schließlich wird die Entwicklung kognitiv-behavioraler Ansätze geschildert und aktuelle Interventionsstudien werden vorgestellt. Im zweiten Teil des Buches erfolgt eine ausführliche und praxisorientierte Beschreibung der kognitiv-behavioralen Interventionsmethoden mit vielen Fallbeispielen. Dabei stützt sich die Darstellung sowohl auf die von den führenden Forschern des Gebietes publizierten Beiträge und Manuale ([Fowler, Garety & Kuipers, 1995](#); [Chadwick, Birchwood &](#)

Trower, 1996; Kingdon & Turkington, 1994; Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2004; Haddock & Slade, 1996) als auch auf meine eigene klinische Erfahrung in der Durchführung und Supervision von kognitiver Verhaltenstherapie bei Psychosen. Auf der CD-ROM finden sich eine Reihe von diagnostischen Inventaren und Arbeitsmaterialien für die Therapie.

Änderungen in der neuen Auflage

Während sich an dem therapeutischen Vorgehen in der kognitiven Verhaltenstherapie seit der letzten Auflage im Grunde nichts Wesentliches verändert hat, bewegt sich die Ursachen- und Therapiewirksamkeitsforschung für psychotische Störungen unaufhörlich fort. Daher erschien mir – trotz der eher kurzen Zeitspanne von nur knapp 5 Jahren seit der letzten Auflage – eine erneute umfängliche Aktualisierung des Manuals sinnvoll.

Die inhaltlichen Überarbeitungen beziehen sich vor allem auf den theoretischen Hintergrund und die Evidenzforschung. Änderungen im Therapieteil betreffen den Teil zum Umgang mit der Medikation in der Therapie und beschränken sich ansonsten eher auf kleinere sprachliche Verbesserungen und Ergänzungen.

Die deutsche Übersetzung der DSM-5-Kriterien war bei der Bearbeitung der letzten Revision noch in vollem Gang, sodass sich der diagnostische Teil noch an DSM-IV ausrichtete. In dieser neuen Auflage erfolgt nun eine

konsequente Orientierung an den DSM-5-Kriterien. In den [Kapiteln 1](#) und [2](#), in denen es neben der Beschreibung der Symptomatik auch um die Epidemiologie und Ätiologie von psychotischen Störungen geht, habe ich viele aktuelle Forschungsbefunde eingefügt (und dafür einige ältere entfernt) sowie neuere Entwicklungen und Debatten aufgegriffen.

In [Kapitel 3](#), in dem es um die diagnostischen Verfahren geht, sind einige ältere und m. W. zunehmend weniger gebräuchliche Instrumente zugunsten neuerer und viel beachteter Verfahren ersetzt worden.

Umfangreich überarbeitet habe ich [Kapitel 4](#). Hier habe ich im Abschnitt zur pharmakologischen Therapie etwas weiter ausgeholt, um auf die in den letzten Jahren teils auch hitzig geführte Debatte zu Risikoabwägungen zwischen Vor- und Nachteilen von Neuroleptika eingehen zu können. Ferner habe ich einen Ausschnitt aus den pharmakologischen Behandlungsleitlinien hinzugefügt, damit sich Therapeuten einen schnellen Überblick verschaffen können, um auf Rücksprachen mit dem Facharzt besser vorbereitet zu sein. Den Überblick über andere psychotherapeutische Behandlungsansätze habe ich um die Beschreibung weiterer Ansätze (z. B. systemische Ansätze, psychodynamische Ansätze, achtsamkeitsbasierte Ansätze) erweitert. In enger Anlehnung an die 2019 erschienene Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie für die Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen ([Lincoln et al., 2019](#)) erhält der Leser hier auch einen aktuellen Überblick über den Stand der

Wirksamkeitsforschung zu jedem dieser Ansätze sowie eine Zusammenfassung der Leitlinienempfehlungen.

Schließlich musste auch der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie ^[12] in [Kapitel 5](#) wieder umfassend aktualisiert werden. Dieses Kapitel geht jetzt auf einige neue Studien ein, z. B. auf solche, die neue computergestützte Therapieansätze für Halluzinationen untersucht haben, aber auch auf solche, die endlich Antworten geben auf Fragen, die mir von Therapeuten schon oft gestellt worden sind, wie beispielsweise die Frage „Was mache ich, wenn eine komorbide PTBS vorliegt?“. Man kann gar nicht so schnell lesen, wie neue und interessante Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen publiziert werden. Das spricht für ein weiterhin ungebremstes Interesse an dieser Therapie.

Danksagung

In den Therapieteil des Manuals ist vor allem die Erfahrung aus meiner Zeit in Marburg als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leiterin des „Psychoseprojekts“ eingeflossen. In diesem Projekt haben wir die Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie in der klinischen ambulanten Praxis im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe sowie viele weitere Fragen rund um die Entstehung und Veränderung psychotischer Symptome untersucht. Mein Dank für die Unterstützung in der Erstellung dieses Manuals gilt daher nach wie vor den Kollegen aus der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie in Marburg, die in diesem

Projekt als Therapeuten und als Doktoranden mitgewirkt haben und inzwischen alle ihre Promotion längst erfolgreich abgeschlossen haben: Frau Dr. Stephanie Mehl, Herrn Dr. Michael Ziegler, Frau Dr. Marie-Luise Kesting, Frau Dr. Eva Heibach und Herrn Dr. Stefan Westermann. Ganz besonders danken möchte ich Prof. Dr. Winfried Rief, der mich als Leiter der Arbeitsgruppe ermutigt hat, das Manual zu verfassen und auch das Therapieprojekt in die Tat umzusetzen. Prof. Dr. Cornelia Exner danke ich für hilfreiche Korrekturvorschläge für die erste Auflage und dafür, dass sie mir bei allen fachbezogenen Anliegen mit Rat und Tat behilflich war. Auch bei allen anderen Kollegen aus der Arbeitsgruppe in Marburg möchte ich mich herzlich für den angenehmen und kollegialen Umgang untereinander bedanken, der die Voraussetzung für produktives Arbeiten geschaffen hat.

Unterstützung für die erste Auflage des Manuals erhielt ich auch von ehemaligen Kollegen aus der Klinik für forensische Psychiatrie in Haina. Vielen Dank an Michael Fritz, der alle Teile des Manuals gelesen und kommentiert hat. Danke auch für die fachbezogenen Streitgespräche zum medizinischen Krankheitsmodell der Schizophrenie! Walter Schmidbauer danke ich für die fachmännische Überarbeitung des Abschnittes zu Psychopharmakologie. Alexandra Kirste danke ich für das Korrekturlesen des Therapieteils und allen Kollegen und Patienten der Station G2/2 für die Erfahrung in der Therapie von Patienten mit Schizophrenie, die ich dort sammeln konnte. Ein besonderer Dank gilt meiner ehemaligen Supervisorin Dr. Monika Frank. Sie ist mir während meiner Therapieausbildung und darüber hinaus

eine hervorragende Supervisorin gewesen und hat zudem die erste Auflage des Manuals gegengelesen und kommentiert.

Mein Dank für die beiden Neuauflagen gilt vor allem denjenigen, die mir in Form von Buchbewertungen oder persönlich Rückmeldung zur ersten Auflage gegeben haben. Ganz besonders denke ich dabei an Angela Kieserg, deren Rückmeldung sich direkt aus ihren eigenen Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von Patienten mit Schizophrenie speiste. Ferner bedanke ich mich bei Dr. Anja Fritzsche und Dr. Maike Engel für ihre Rückmeldungen zum Kapitel über die Behandlung von Negativsymptomatik. Auch die Erfahrungen in der Supervision in der Hochschulambulanz in Hamburg fließen in die neuen Auflagen ein. Herzlicher Dank geht daher an alle Therapeuten dort, die bereit waren, ihre Erfolge und Schwierigkeiten in die Supervision einzubringen. Stellvertretend für alle gilt mein Dank hier insbesondere Valeska Hug, die ihre Patienten unermüdlich und inzwischen schon seit vielen Jahren mit viel Wärme und Engagement therapeutisch begleitet.

Bedanken möchte ich mich zudem bei Frau Weidinger aus dem Hogrefe Verlag für die hilfreichen Verbesserungsvorschläge zum Aufbau des Manuals und zu beiden Neuauflagen.

Mein Dank gilt auch Prof. Aaron Beck, der die kognitive Therapie erstmalig auch bei Schizophrenie untersuchte und so die ganze Welle ins Rollen brachte. Ich danke ihm auch

dafür, dass er mich in meiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit durch sein Interesse sowie durch ein Reisestipendium unterstützt hat. Schließlich möchte ich den Beitrag der britischen Forscher und Forscherinnen betonen, die die Ansätze in Form von Manualen erstmalig spezifiziert und ihre wissenschaftliche Erforschung vorangetrieben haben, hier denke ich vor allem an Prof. Philippa Garety, Prof. Elizabeth Kuipers, Prof. David Fowler, Prof. Richard Bentall, Prof. David Kingdon, Prof. Douglas Turkington, Prof. Paul Chadwick, Prof. Max Birchwood und Prof. Tony Morrison.

Hamburg, im März 2019

Tania Lincoln

|13| **I. THEORETISCHER HINTERGRUND**

^[15] **Kapitel 1** **Beschreibung schizophrener** **Störungen**

1.1 Symptomatik

Die charakteristischen Symptome einer akuten Schizophrenie sind vielfältig und umfassend, wobei kein spezifisches Symptom bei allen Betroffenen auftritt. In der Regel stehen in verschiedenen Stadien unterschiedliche Symptome stärker im Vordergrund. In der akuten Phase der Schizophrenie dominieren sogenannte Positivsymptome wie Wahn, Halluzinationen oder desorganisiertes Verhalten und formale Denkstörungen, während in der post-akuten Phase oft eher Negativsymptome wie Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug und eingeschränkter Affektausdruck zu beobachten sind. Im Folgenden werden die wichtigsten Symptome und Merkmale der Schizophrenie, teilweise anhand von Beispielen, geschildert.

Wahnphänomene

Als besonders charakteristisch gelten Wahnphänomene, die bei etwa 80 bis 90 % aller Patienten mit Schizophrenie im Verlauf der Störung auftreten ([Andreasen & Flaum, 1991](#)). Nach DSM-5 beschreibt Wahn „eine feste Überzeugung, die

trotz gegenteiliger Evidenz nicht verändert werden kann“ (S. 117, DSM-5, [APA, 2015](#)).

Kasten 1: Beispiele für Wahnvorstellungen

1. Herr V. ist überzeugt davon, dass er im Golfkrieg als Soldat eine herausragende Rolle gespielt hat und mehrfache Heldenauszeichnungen erhalten hat. Auf Nachfrage, ob er die Auszeichnungen zeigen könnte, erwidert er, dass diese im Kriegsfeuer verbrannt seien. Zudem seien die Narben, die er in den Kriegseinsätzen erwarb, alle auf wundersame Weise verheilt, sodass keine Spuren seines Kampfeinsatzes mehr zu sehen seien.
2. Obwohl Anhaltspunkte dafür fehlen, und Herr Z. nicht politisch aktiv ist, ist er überzeugt, dass die chinesische Geheimpolizei hinter ihm her ist und ihn bespitzelt. Er verbrennt deshalb alle seine schriftlichen Dokumente.
3. Frau M. ist davon überzeugt, dass sie mit außergewöhnlichen Fähigkeiten ausgestattet und in der Lage ist, in besonderer Weise mit Gott zu kommunizieren und Aufträge von ihm zu erhalten. Manchmal erhält sie den Auftrag, wochenlang das Haus nicht zu verlassen.

Wahnvorstellungen variieren erheblich sowohl in der Überzeugungsstärke als auch thematisch (vgl. [Kasten 1](#)). Am Anfang handelt es sich oft eher um fixe Ideen oder um überzogene dysfunktionale Konzepte oder Interpretationen. Wenn jemand bereits sehr verfestigte Wahnvorstellungen hat und neue, widersprüchliche Information zunehmend in seine Vorstellungen integriert, bzw. diese entsprechend ausweitet, spricht man von einem Wahnsystem. Inhaltlich finden sich am häufigsten Verfolgungswahn oder wahnhaft negative oder positive Überzeugungen in Bezug auf das Selbst (z. B. die Überzeugung, dass eigene Gedanken entzogen werden oder die Überzeugung, telepathische Fähigkeiten zu besitzen). Im Prinzip kann eine große Bandbreite an Themen wahnhaft verarbeitet werden.

Typisch sind jedoch religiöse oder politische Inhalte, bei denen ein Bezug zum Selbst besteht, die Themen Sexualität und Partnerschaft oder körperbezogene Wahnhalte (z. B. hypochondrischer Wahn). Seltener sind negative oder positive Wahnvorstellungen in Bezug auf die Welt oder andere nicht selbstbezogene Inhalte (vgl. auch [Appelbaum, Robbins & Roth, 1999](#)).

An wahnhaften Überzeugungen wird in der Regel stark festgehalten. Sie werden also trotz Gegenargumenten, widersprüchlichen Erfahrungen oder falsifizierender Information nicht leicht in Frage gestellt. In Anlehnung an frühe Beschreibungen von Karl [Jaspers \(1973\)](#) beinhalteten Definitionen von Wahn deshalb Kriterien, wie „eine Überzeugung, an der mit ^[16] absoluter Überzeugung festgehalten wird“, die unveränderbar durch andersartige Erfahrungen oder Argumente anderer ist. Solche prototypischen Definitionen sind jedoch inzwischen umstritten, weil es vielfache Belege dafür gibt, dass Wahnphänomene in der Überzeugungsstärke variieren und modifizierbar sind ([Chadwick, Lowe, Horne & Higson, 1994](#); [Moritz et al., 2013](#); [Sharp et al., 1996](#)).

Neuere Therapieansätze finden ihren Ursprung in der Annahme, dass die Grenzen zwischen normalen Überzeugungen und Wahn fließend sind und dass Wahn auf einem Kontinuum mit normalen Überzeugungen betrachtet werden sollte (van [Os et al., 2009](#)).

Halluzinationen

Etwa 60 % aller Patienten mit der Diagnose Schizophrenie erleben in der akuten Phase akustische Halluzinationen ([McCarthy-Jones et al., 2017](#)). Eine Halluzination ist eine Wahrnehmung, die in Abwesenheit eines angemessenen Stimulus erfolgt, aber den vollen Umfang und die Auswirkung einer realen Wahrnehmung hat. Das bedeutet zum Beispiel, dass jemand Stimmen hört, obwohl niemand spricht. Halluzinationen können in jeder Sinnesmodalität auftreten. Die häufigste akustische Halluzination ist jedoch Stimmenhören. Dabei handelt es sich meistens um kommentierende Stimmen, gefolgt von dialogischen oder kommandierenden Stimmen ([Andreasen & Flaum, 1991](#)). Die Stimmen produzieren meistens kurze Sätze (1 bis 5 Worte), die repetetiver Natur sind. Die meisten Stimmenhörer berichten, dass sie mehr als eine Stimme hören. Die Stimmen können laut und deutlich oder leise und verschwommen vernommen werden. Auch die Zuschreibung der Quelle der Stimme(n) variiert erheblich. Die Anzahl der Patienten, die berichten, dass Stimmen von außen (durch die Ohren) kommen, ist ebenso hoch wie die Anzahl von Patienten, die angeben, dass Stimmen von innen stammen. Wenn Stimmen als von innen kommend wahrgenommen werden, werden sie dennoch klar vom Ursprung der eigenen Gedanken abgegrenzt und nicht als selbstgeneriert wahrgenommen ([Chadwick, Birchwood & Trower, 1996](#)). Patienten entwickeln aufgrund der Charakteristika der Stimmen eine Vorstellung über deren Identität. Oft ist die Stimme dem Betroffenen vertraut, sie klingt beispielsweise wie die Stimme eines Verwandten oder Bekannten. Dabei handelt es sich manchmal um längst verstorbene Personen