

# Schizophrenien aus personenzentrierter Sicht

## Symptome, Ursachen und Folgen für personenzentrierte Beratung und Psychotherapie

Hans-Jürgen Luderer

Institut für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung  
Stuttgart, Deutschland

Etwa 0,3–0,7 % aller Menschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Schizophrenie. Diese Krankheit tritt überall auf der ganzen Welt, in allen sozialen Schichten und bei Frauen und Männern etwa gleich häufig auf. Die Krankheitsfolgen sind oft gravierend. Die meisten Betroffenen erreichen krankheitsbedingt nicht die berufliche Qualifikation ihrer Eltern, und viele sind langfristig nicht in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Viele Betroffene, vor allem Männer, bleiben unverheiratet und leben auch nicht in einer Partnerschaft. Etwa 5–6 % sterben durch Suizid. Während der akuten Krankheit können sich die Betroffenen oft nicht auf ihre Wahrnehmung und ihr Urteil verlassen. Sie leiden unter Sinnestäuschungen, Wahn und anderen Symptomen. Ohne Hilfe von außen haben sie meist keine Chance, diese als Täuschungen und ihre Krankheit als Krankheit zu erkennen. Aufgaben der personenzentrierten Beratung und Psychotherapie sind es, unmittelbar Betroffene und Angehörige empathisch zu begleiten und dabei die jeweilige Person als Individuum, deren soziale Situation und die Krankheit zu verstehen. Das bedeutet, die Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit aktiv zum Thema zu machen und die Betroffenen dafür zu gewinnen, medikamentöse, psychische und soziale Hilfe anzunehmen.

*Schlüsselwörter:* Schizophrenie, Symptome, Risikofaktoren, funktionale Folgen, personenzentrierte Beratung und Therapie

**Schizophrenia from a person-centered perspective. Symptoms, causes and consequences for person-centered counseling and psychotherapy.** About 0.3–0.7% of all humans are affected by schizophrenia during their lifetime. There is little variation with regard to ethnicity, geographic origin, social class, and gender. Schizophrenia is associated with severe functional consequences. Most patients do not reach the social occupational level of their parents and many of them do not meet the requirements of the general employment market. Many do not marry, particularly men. 5–6% of all affected persons die by suicide. During acute psychosis, patients cannot rely on their perception and judgement. They suffer from delusions and hallucinations, and they have no chance to recognize these symptoms as deceptions without help. Empathic counseling and psychotherapy will help the patients to understand themselves, their social situation and their disorder. Mental health care specialists should take symptoms seriously, provide psychoeducation and help patients to accept medical, psychological, and social help.

*Keywords:* Schizophrenia, symptoms, risk factors, functional consequences, and person-centered counseling and therapy.

---

**Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer** war von 1996 bis 2014 Chefarzt einer Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg. Er arbeitet weiterhin in der Institutsambulanz des Klinikums am Weissenhof sowie als Ausbilder und Mitglied der Leitung des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung in Stuttgart ([igb-stuttgart.de](http://igb-stuttgart.de)). Kontakt: [hj.luderer@gmx.de](mailto:hj.luderer@gmx.de)

**Anmerkung:** Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Version des gleichnamigen Kapitels B.2 aus dem 2. Band des von unserer Arbeitsgruppe verfassten

Lehrbuchs der personenzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020): Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie, S. 191–214. Weinheim: Beltz-Juventa).

Beitrag und Buch richten sich an alle Fachkräfte, die Aufgaben bei der Versorgung an Schizophrenie erkrankter Menschen wahrnehmen, unabhängig von der Frage, welcher Berufsgruppe sie angehören und welcher Art die Aufgaben sind.

## 1. Schizophrenie: Definitionen und Fallbeispiele

Schizophrenien gehören zu den schwersten psychischen Störungen überhaupt. Sie beginnen meist im jüngeren oder mittleren Lebensalter und dauern ein Leben lang an (Adorjan & Falkai, 2019, Hasan et al., 2020). Definiert sind sie durch ein Muster von Symptomen und Verlaufscharakteristika. Während der Zeit der akuten Krankheit gehen Schizophrenien mit Störungen der Wahrnehmung, des Denkens und des Urteilens einher. Die Betroffenen leiden unter Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen, die sie nicht als Zeichen einer Krankheit, sondern als Einfluss von außen und oft als Bedrohung durch andere Personen oder Mächte erleben. Im Verlauf der Krankheit kommt es bei den meisten Betroffenen immer wieder zu Krankheitsepisoden mit Akutsymptomen, die oft stationäre Krankenhausbehandlungen erforderlich machen. Mittel- bis langfristig sind sie beruflich meist weniger leistungsfähig. Die Möglichkeiten, soziale Kontakte aufzubauen und zu pflegen, sind bei vielen eingeschränkt (APA, 2013, S. 99 ff.; DGPPN, 2019).

### Fallbeispiele

- Ein 35-jähriger Kfz-Mechatroniker berichtet bei der ersten stationären Aufnahme: „An meinem Arbeitsplatz wird über mich geredet. Vor sechs Wochen hat das alles angefangen. Man sagt mir nach, dass ich rechtsradikal sein soll. Wenn ich in die Nähe von Arbeitskollegen komme, stecken sie die Köpfe zusammen und tuscheln ganz leise. Dabei höre ich aber ganz genau, was sie sagen: Der ist auch einer von denen, der hätte am liebsten den Hitler wieder da. Bisher hatte ich mich mit ihnen wirklich gut verstanden, und ich weiß nicht, warum sie solche Behauptungen aufstellen. Ich bin nicht rechtsradikal, aber die ganze Stadt ist voll von diesen Leuten. Man sieht es ihnen an, obwohl sie sich gut tarnen. Sie schauen mich an, als ob ich einer von ihnen wäre. Manchmal fahren sie auch um meine Wohnung herum. Ich glaube, die beobachten mich, ich weiß nicht, was sie vorhaben.“
- Eine 63-jährige, seit vielen Jahren berentete Verwaltungsangestellte wird von ihrem Mann in die Klinik gebracht. Er berichtet, sie habe die verordneten Antipsychotika abgesetzt, ohne dies näher zu begründen. Sie selbst klagt: „Ich werde von der Pharmaindustrie beschattet. Die Nachbarn sind bezahlte Spitzel, ich weiß nicht, wer ansonsten noch an dem Komplott beteiligt ist. Immer wieder finde ich vergiftete Nahrungsmittel. Das merke ich am Geruch. Manchmal bemerke ich aber die Vergiftung zu spät, und deshalb geht die Nahrung nicht richtig durch den Darm. Mein Mann hält das alles für Unsinn, aber vielleicht steckt er auch mit denen unter einer Decke.“
- Eine 47-jährige, seit zwölf Jahren erkrankte und seit acht Jahren pensionierte Lehrerin blickt auf die Zeit seit Beginn ihrer Erkrankung zurück: „Lehrerin war immer mein Traumberuf. Mit jungen Leuten zusammen sein, ihnen etwas beibringen, das war meine Welt. Nach meiner ersten Erkrankung ging das anfangs noch recht gut, aber es war anstrengender als vorher. Ich habe gedacht, die Medikamente brauche ich nicht, und sie lähmen mich. Irgendwann habe ich sie weggelassen. Dann haben andere Leute wieder angefangen, mich so merkwürdig anzuschauen, die Autos auf der Straße haben mich ausspioniert, ich wurde unruhig, konnte nicht mehr schlafen und musste wieder in die Klinik. Das hat sich mehrfach wiederholt, und ich musste einsehen, dass ich die Arbeit nicht mehr schaffe, und dass ich ohne Medikamente immer wieder krank werde. Trotzdem habe ich auch nach der Pensionierung immer wieder versucht, sie wegzulassen, weil ich so zugenommen habe, weil ich gezittert habe, und weil ich so langsam war. Aber es ging nicht. Jetzt bin ich froh, dass ich meinen Haushalt schaffe, dass ich mich um meine Kinder kümmern kann, und dass mein Mann zu mir hält. Ein normales Leben ist das nicht, aber es ist in Ordnung.“

### Wie sind diese Worte zu verstehen?

Viele Betroffene leiden während der akuten Krankheit subjektiv unter der Beeinträchtigung durch andere Personen, Personengruppen, Firmen, Institutionen oder sonstige Mächte. Sie hören, wie über sie gesprochen wird und sehen sich als Opfer von Mächtschaften, gegen die sie kaum etwas unternehmen können. Die akute Krankheit geht oft mit Unruhe, Schlafstörungen und Erregungszuständen einher (alle Fallbeispiele). Trotz offensichtliche Auffälligkeiten fühlen sie sich nicht krank (Beispiele 1, 2), und manchmal wehren sie sich aktiv gegen eine Behandlung. Nach Abklingen der akuten Erkrankung sind Betroffene oft in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und fühlen sich zeitweise weniger lebendig als vorher (Fallbeispiel 3). Hinsichtlich der Behandlung sind sie häufig ambivalent.

## 2. Zum Störungsbild

**Akutsymptome:** Schizophrenien verändern die Art und Weise, wie betroffene Personen sich selbst und ihre Umwelt erleben, und wie sie sich verhalten (APA, 2013, S. 99–102, DGPPN, 2019, S. 19, Adorjan & Falkai, 2019). In der akuten Krankheit leiden sie häufig unter *Halluzinationen*. Halluzinationen sind Sinnestäuschungen, d. h. sinnliche Erlebnisse. Die Betroffenen hören (Fallbeispiel 1), fühlen, sehen, riechen (Fallbeispiel 2) und schmecken etwas, das in der Realität keine Entsprechung hat, oder sie spüren eigenartige körperliche Veränderungen (Fallbeispiel 2). Besonders häufig hören Betroffene Stimmen

anderer Menschen, die sich über sie unterhalten (Fallbeispiel 1), ihnen Anweisungen geben oder das, was sie tun, mit irgendwelchen Bemerkungen kommentieren. Andere Personen hören ihre eigene Stimme laut, wenn sie etwas denken, wieder andere hören keine Stimmen, sondern Töne oder Geräusche.

Die meisten Betroffenen erleben in der akuten Krankheit die Realität auch in anderer Weise als verändert. Sie sehen sich als Opfer bestimmter Gruppen von Menschen (Fallbeispiele 1 und 2), andere sind sicher, dass sie übermenschliche Fähigkeiten haben. Diese und ähnliche Fehlbeurteilungen der Realität bezeichnet man als *Wahn*. Typische Wahnhalte sind Verfolgungswahn (alle Fallbeispiele), Größenwahn, Schuldwahn oder Liebeswahn.

Im Unterschied zu Verschwörungstheorien oder Verschwörungsmithen, die darauf ausgerichtet sind, andere Menschen von einer bestimmten Sicht der Realität zu überzeugen, stellt der Wahn eine Art Privatwirklichkeit dar. In der Regel haben die Betroffenen nicht das Bedürfnis, andere Menschen zu überzeugen.

Die meisten akut Kranken schlafen schlecht und sind unruhig. Bei schwer Erkrankten kann es zu Erregungszuständen kommen. Andere schwer Erkrankte erstarren, **können sich kaum mehr bewegen**, sprechen oder aus eigener Kraft Kontakt mit der Umgebung aufnehmen. Diese Symptome werden unter dem Begriff der *Katatonie* zusammengefasst. Zu den Akutsymptomen gehören zudem Beeinträchtigungen der Denkvorgänge, bei denen die Ordnung der Gedanken auf verschiedene Weise verloren geht.

Keines der genannten Akutsymptome tritt bei allen Betroffenen auf. Besonders häufig sind akustische Halluzinationen und Verfolgungswahn (Andreasen, 1987). Ein **ähnlich häufiges** Symptom ist die *beeinträchtigte oder fehlende Krankheitseinsicht*. Das bedeutet: die betroffenen Personen sind zeitweise nicht in der Lage, den Krankheitscharakter ihres Erlebens zu erkennen, obwohl dieser für andere Personen offensichtlich ist (Lincoln et al., 2007).

**Negativsymptome und kognitive Symptome:** Wenn die akute Krankheit abklingt, treten andere Symptome in den Vordergrund, vor allem *Negativsymptome und kognitive Symptome*. Von Negativsymptomen Betroffene reden weniger, zeigen nach außen weniger Gefühle, weniger Interesse und Initiative, können sich weniger freuen, sich schlechter konzentrieren und sind schlechter in der Lage, Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Typische kognitive Symptome sind Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Planung von Handlungen (Fallbeispiel 3). Das Ausmaß der Negativsymptome beeinflusst die Lebensqualität, die Ausprägung der kognitiven Symptome und die Alltagskompetenz der Betroffenen.

Bei schweren Krankheitsverläufen kommt es vor, dass Sinnestäuschungen, Wahn, andere Psychotische Symptome und

fehlende Krankheitseinsicht trotz der Behandlung weiterbestehen (Fallbeispiel 2).

**Wie wird die Diagnose einer Schizophrenie gestellt?** Diagnosen werden nach Regeln gestellt, die in Diagnosesystemen zusammengefasst werden. Die maßgeblichen Diagnosesysteme sind die IDC der WHO und das DSM der American Psychiatric Association. Aktuell gelten die ICD-10 (Dilling et al., 1991, 2015; Dilling, Freyberger, 2015) und das DSM-5 (2013, dt. 2015). Die ICD-10 wird in den nächsten Jahren durch die ICD-11 abgelöst (WHO, 2018).

Nach DSM-5 wird die Diagnose einer Schizophrenie gestellt, wenn zwei Symptome aus zwei Bereichen (Wahn, Halluzinationen, schwere Störungen der Denkvorgänge, katatone Symptome oder Negativsymptome) für die Dauer von mindestens einem Monat bestehen, und wenn die Betroffenen für wenigstens sechs Monate durch die Symptome im Alltagsleben beeinträchtigt sind.

**Wie erleben betroffene Personen und Angehörige die akute Krankheit?** Die akute Krankheit ist für die meisten Betroffenen eine Qual: andere Menschen haben etwas gegen sie, sie werden beobachtet, sie hören Tag und Nacht Stimmen, die sie bedrohen, sie haben Angst; und es nützt nichts, um Hilfe zu rufen oder davonzulaufen. Sie sind gereizt, unruhig und geraten mit anderen Menschen in Streit.

**Angehörige** leiden in der akuten Krankheit mit den Betroffenen, oft aber auch unter ihnen: wenn sie unzusammenhängende, unverständliche Dinge erzählen, nachts nicht schlafen, laut Musik hören, ohne Ankündigung davonlaufen, aggressiv werden oder versuchen, sich das Leben zu nehmen. Zermürbend ist diese Situation besonders dann, wenn die Betroffenen sich nicht als krank ansehen und jegliche Hilfe verweigern (Caqueo-Urizar et al., 2017).

Psychische Störungen sind eine Belastung für die gesamte Familie. **Kinder sind die schutzlosesten Angehörigen.** Sie werden nur selten als mittelbare Opfer wahrgenommen und als Angehörige häufig vergessen. In Arztpraxen oder Kliniken treten sie kaum in Erscheinung. Zu Hause werden sie in der Regel angehalten, Verständnis für den erkrankten Elternteil zu haben. Kinder bis zu 10–12 Jahren empfinden ihre Situation oft als normal und beklagen sich nicht. Die Belastungen durch die akute Krankheit sind aber oft dramatisch, vor allem wenn das betroffene Elternteil mit den Kindern allein lebt und kein psychisch gesundes Elternteil die Verantwortung übernehmen kann (Riedel, 2008; Mattejat & Remschmidt, 2018). Auch für Freunde oder Arbeitskollegen ist das Verhalten der Betroffenen oft irritierend, zumal es in der Regel zunächst nicht offensichtlich ist, dass eine Krankheit dahintersteckt.

**Wie erleben betroffene Personen und Angehörige die Zeit nach der akuten Krankheit?** Wenn die Akutsymptome durch die Behandlung abgeklungen sind, bemerken viele Betroffene,

dass sie weniger leistungsfähig und irritierbarer sind als vor der Erkrankung (Fallbeispiel 3). Tätigkeiten, die früher leicht von der Hand gingen, sind jetzt anstrengend. Es kostet Überwindung, etwas anzufangen, es ist schwer, bei einer Tätigkeit zu bleiben, vor allem unter Zeitdruck. Die Angehörigen müssen sich nach der akuten Krankheit damit auseinandersetzen, dass die betroffenen Personen verändert sind. Viele sind weniger selbstständig als früher, haben weniger Schwung und Energie. Schwer beeinträchtigte Betroffene müssen dazu angehalten werden, morgens aufzustehen und tagsüber irgendetwas zu tun. Bei manchen ist die Einsicht in die eigene Krankheit einem beständigen Wechsel unterworfen. Manchmal erkennen sie, dass sie krank sind, dann wieder fühlen sie sich trotz eindeutiger Krankheitszeichen völlig gesund und glauben, keinerlei Hilfe zu benötigen. Über kurz oder lang kommt es wieder zu einer akuten Krankheit, und das Drama beginnt von neuem (Luderer, 2008b).

**Häufigkeit, Verlauf und Krankheitsfolgen:** Etwa 0,3–0,7 % aller Menschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Schizophrenie (APA, 2013; DGPPN, 2019; Saha et al., 2005). Diese Zahlen liegen niedriger als die oft genannte Lebenszeitprävalenz von 1 % (Saha et al., 2005). Die Krankheit tritt in überall auf der ganzen Welt und in allen sozialen Schichten etwa gleich häufig auf. In reichen Ländern und in großen Städten liegen die Zahlen jedoch etwas höher. Männer erkranken im Durchschnitt 3–4 Jahre früher als Frauen (DGPPN, 2019), über die gesamte Lebensspanne erkranken Frauen und Männer aber gleich häufig. Etwa drei Viertel aller Schizophrenien beginnen mit Vorstadien, in denen die Betroffenen vor allem unter gedrückter Stimmung und Negativsymptomen leiden (APA, 2013, S. 104; Adorjan & Falkai, 2019; Hasan et al., 2020). Die Folgen der Krankheit sind oft gravierend. 5–6 % aller an Schizophrenie Erkrankten sterben durch Suizid. Viele chronisch Kranke sind nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (Mueser et al., 2001) und werden früh berentet (Juckel & Heinz, 2010).

### *Was wissen wir über die Ursachen?*

**Genetik und Neurobiologie:** Schizophrenien treten familiär gehäuft auf. Kinder mit einem erkrankten Elternteil oder Geschwister Betroffener einschließlich zweieiiger Zwillinge haben ein Erkrankungsrisiko von etwa 10 %, d. h. das Risiko der Kinder mit einem erkrankten Elternteil, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken, ist um den Faktor 10 erhöht. Bei eineiigen Zwillingen und Kindern, bei denen beide Eltern erkrankt sind, liegt das Risiko bei etwa 50 % (Olbrich et al., 2004). Die meisten Betroffenen haben aber keine an Schizophrenie erkrankten Familienangehörigen. Das bedeutet, dass genetische Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie eine große Rolle spielen, aber nicht die alleinige Ursache sind (APA, 2013, S. 103).

Auf der Ebene neurobiologischer Faktoren wurden verschiedene Botenstoffe im Gehirn als mögliche Ursachen diskutiert. Im Zentrum stand dabei lange das Dopaminsystem. Inzwischen gilt es als wahrscheinlich, dass mehrere Botenstoffsysteme betroffen sind.

**Weitere biologische Faktoren:** Verschiedene weitere biologische Faktoren können die Vulnerabilität erhöhen und so eine Schizophrenie erstmals auslösen oder das Risiko einer Wiedererkrankung erhöhen. Hierzu gehören unter anderem so unterschiedliche Vorgänge wie die hormonellen Veränderungen nach der Geburt oder der Gebrauch von Cannabis. Die hormonellen Veränderungen in der Schwangerschaft mit hohen Östrogen- und Gestagenspiegeln im Blut wirken psychisch stabilisierend. Durch das abrupte Absinken dieser Hormone nach der Geburt steigt in dieser Zeit das Risiko des Auftretens einer Schizophrenie oder anderer psychischer Störungen. Der Gebrauch von Cannabis erhöht das Risiko des Auftretens einer akuten Psychose dagegen durch die Wirkung von Tetrahydrocannabinol (THC) auf das Gehirn (Patel et al., 2020).

**Psychosoziale Faktoren:** Genetische und andere biologische Faktoren erklären nicht vollständig, warum bestimmte Personen an Schizophrenien erkranken und andere nicht. Inzwischen konnte gezeigt werden, dass bestimmte psychosoziale Faktoren das Erkrankungsrisiko erhöhen: Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend, Trennung von den Eltern, früher Tod der Eltern, Migration und Entwurzelung. (APA, 2013, S. 103; NICE, 2014, S. 24f.; DGPPN, 2019, S. 19 f.; Saha et al., 2005).

Belastende Lebensereignisse und Traumata sind zudem für den Verlauf der Erkrankung bedeutsam. Sie können unter anderem den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den an der Behandlung beteiligten Personen erschweren und die Bereitschaft der aktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit negativ beeinflussen. Wahrscheinlich haben mehr als die Hälfte der Betroffenen wenigstens ein traumatisches Ereignis erlebt. Deshalb ist es sinnvoll, Betroffene nach früheren und aktuellen Belastungen oder Traumata zu fragen und mit ihnen darüber zu sprechen, wenn sie das möchten. Dies sollte nach Abklingen der Akutsymptome geschehen (NICE, 2014, S. 293f.).

### *Schizophrenie und Familie*

**Antipsychiatrische Theorien:** Die Beziehung zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken war seit jeher ambivalent. Auf der einen Seite stand das Bedürfnis, zu helfen, auf der anderen die Versuchung, die Augen vor dem Schicksal der Hilfsbedürftigen zu verschließen und sie wegzusperren. Psychiatrische Institutionen waren in ihrer wechselvollen Geschichte oft Orte der Menschlichkeit und Fürsorge, aber auch

Orte der Verwahrung, in denen die Autonomie der Betroffenen massiv beschnitten wurde.

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman beschrieb in seinem Buch „Asyle“ psychiatrische Kliniken als „totale Institutionen“, in denen die „Insassen“ einem massiven Anpassungsdruck unterworfen waren (Goffman, 1961). Die Antipsychiatriebewegung der 1950-er und 1960-er Jahre griff diese Gedanken auf, unterzog aber nicht nur die Institutionen, sondern alle bisherigen Konzepte psychischer Krankheit und deren Behandlung einer radikalen Kritik. Diese wandte sich vor allem gegen biologische Therapieverfahren wie die Elektrokrampftherapie oder die damals neuen Möglichkeiten der Behandlung mit Antipsychotika (Übersicht bei Rechlin & Vliegen 1995).

Im Zentrum stand das Krankheitskonzept der Schizophrenie. Erkrankte Personen wurden in dieser Gegenbewegung als Opfer ihrer Erziehung, ihres gesellschaftlichen Umfelds oder der Gesellschaftsordnung insgesamt betrachtet (Fromm-Reichmann, 1959; Wynne et al, 1958; Laing, 1960, Cooper, 1967 Bate-son et al., 1956).

Obwohl die Kritik an den Institutionen und an der Einstellung zu den Betroffenen die ab dem Ende des 18. Jahrhunderts einsetzenden Bemühungen um eine an den Bedürfnissen der betroffenen orientierten Behandlung (Luderer, 1998) ausblendeten, war sie in vieler Hinsicht berechtigt. Die Krankheitskonzepte der Schizophrenie entbehrten jedoch jeder wissenschaftlichen Grundlage. (Rechlin & Vliegen, 1995, S. 57ff.).

Die Antipsychiatrie des späten 20. und 21. Jahrhunderts entwickelte sich im Gegensatz zur akademischen Bewegung der 1950-er und 1960-er Jahre auf der Basis von Selbsthilfeorganisationen. Diese nahmen die antipsychiatrischen Krankheitskonzepte auf und verbinden diese mit einer Fundamentalkritik an der Psychiatrie. Vor allem setzte sie sich aber vor allem für eine psychiatrische Versorgung ohne Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, ohne Psychopharmaka und ohne psychiatrische Kliniken ein. Ein prominenter Vertreter der Antipsychiatrie in Deutschland ist der Pädagoge Peter Lehmann, der 1986 den Antipsychiatrieverlag gründete (<http://www.antipsychiatrieverlag.de/>). Das Berliner Weglaufhaus (<https://www.weglaufhaus.de/>) ist eine antipsychiatrisch orientierte Kriseneinrichtung, die wohnungslosen oder akut von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen die Möglichkeit bietet, „sich dem psychiatrischen System zu entziehen“.

**Der Einfluss der Familie auf den Verlauf der Schizophrenie:** In den späten 1960-er Jahren begannen britische Autoren, sich mit der Frage nach dem Einfluss der Familie auf den Verlauf der Krankheit zu beschäftigen. Hintergrund dieses Themas war die Entlassung vieler Langzeitpatienten in die Familien, weil im Rahmen der damals noch neuen psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten lange stationäre Krankenhausbehandlungen immer weniger notwendig waren. Dadurch

stieg die Belastung der Herkunftsfamilien. Manche Betroffene mussten schon bald nach der Entlassung wieder in die Klinik aufgenommen werden. Es zeigte sich, dass viele Familien durch das Zusammenleben mit einem trotz der wirksamen Behandlung immer noch schwer psychisch kranken Familienmitglied überfordert waren. Die gespannte Familienatmosphäre führte zu einer Zunahme der Krankheitssymptome, die Krankheits-symptome verstärkten die Spannungen in der Familie (Übersicht bei Luderer, 2008a).

Diese Probleme führten ab den 1970-er Jahren in vielen Ländern zur Gründung von Angehörigensebsthilfeorganisationen (In Deutschland: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (<https://www.bapk.de/startseite.html>)). Gegen Ende der 1980-er Jahre begannen auch die unmittelbar Betroffenen, sich in Selbsthilfeorganisationen zusammenzuschließen (in Deutschland: Bundesverband Psychiatrieerfahrener (<http://www.bpe-online.de/>)). Im Gegensatz zu den Angehörigen gibt es bei den Selbsthilfeorganisationen unmittelbar Betroffener zwei psychiatriepolitische Richtungen. Manche wollen eine partnerschaftliche Psychiatrie, andere haben sich den Aufbau eines nichtpsychiatrischen Versorgungssystems zum Ziel gesetzt.

**Psychiatriereform:** In den 1970-er Jahren begann in den USA und Europa ein Prozess der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung. In Deutschland wurde dieser durch die Psychiatrie-Enquete eingeleitet. Politiker aller Fraktionen und engagierte Fachleute erstellten einen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Deutscher Bundestag, 1975). In diesem Bericht wurden die menschenunwürdigen Zustände in den Krankenhäusern und die schweren Mängel der ambulanten Versorgung aufgezeigt, die zu dieser Zeit bestanden. Seitdem hat sich vieles geändert. Die Kliniken wurden verkleinert und modernisiert, und es entstand ein umfassendes Versorgungssystem mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Hilfen. Zu den Elementen dieses Versorgungssystems gehören neben den psychiatrischen Kliniken milieuthérapeutisch orientierte stationäre Versorgungseinrichtungen, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken, Psychiatrische Institutsambulanzen, fachärztliche, hausärztliche und psychotherapeutische Behandlung, sozialpsychiatrische Dienste, aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams, häusliche psychiatrische Pflege, Frühinterventionszentren und die allgemeinen Leistungen der Sozialhilfeträger (DGPPN, 2019, S. 220ff.). Ziel dieser Behandlungselemente ist es, die Betroffenen möglichst lange in ihrem sozialen Umfeld zu behandeln und stationäre Behandlungen zu vermeiden oder wenigstens deren Dauer zu verkürzen.

**Einbeziehung Betroffener und Angehöriger:** In vielen psychiatrischen Einrichtungen werden Angehörigengruppen als Bestandteil der Therapie angeboten. Die Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten dienen zudem Gruppen, in denen Betroffene, Angehörige und Mitarbeitende

psychiatrischer Einrichtungen ihre Erfahrungen austauschen (Trialog) (Bock, Priebe, 2005). Zu den Weiterentwicklungen der Versorgung an Schizophrenie Erkrankter im 21. Jahrhundert gehört auch die Beteiligung besonders ausgebildeter Betroffener an der Behandlung (Peer-to-Peer-Ansätze, DGPPN, 2019, S. 238 f.; Ex-In, Utschakowski et al., 2016, <https://ex-in.de/>). Betroffene und Angehörige sind zudem bei der Entwicklung und Verabschiedung von Leitlinien beteiligt (NICE, 2014; DGPPN, 2019).

### 3. Inkongruenz bei Schizophrenien

Rogers (1959) geht bekanntlich davon aus, dass psychische Probleme und Störungen durch innere Widersprüche entstehen, die er als Inkongruenzen bezeichnet. Diese entstehen, wenn eine Person nicht so akzeptiert wird, wie sie ist, sondern so, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen (Wertbedingungen). Betroffene empfinden Eigenschaften, die von Bezugspersonen wenig wertgeschätzt wurden, selbst als weniger schätzenswert und übernehmen Werturteile anderer Personen, obwohl diese nicht ihren organismischen Erfahrungen entsprechen. Dadurch entstehen Widersprüche zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild (Behr et al. 2017, S. 11ff.).

Speierer (1994) zeigte, dass Inkongruenzen auch auf andere Weise entstehen können: als Folge von Belastungen und Traumata, die nicht durch Wertbedingungen erklärt werden können, oder als Folge biologischer Vorgänge (lebensereignisbezogene bzw. dispositionelle Inkongruenz). Bense (2003) und Luderer (2020) wiesen darauf hin, dass Inkongruenzen nicht nur Ursachen, sondern auch Folgen psychischer Probleme und Störungen sein können und sprechen in diesem Zusammenhang von sekundären Inkongruenzen.

Schizophrenien sind Erkrankungen, bei deren Entstehung genetische und andere biologische, aber auch psychosoziale Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Ursächlich sind deshalb in erster Linie dispositionelle, aber meist auch sozialkommunikative und lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen bedeutsam (Speierer, 1994). Durch die schweren Symptome sowie die Krankheitsfolgen kommt es zusätzlich zu ausgeprägten sekundären Inkongruenzen (Luderer, 2020).

Eine wichtige Gruppe sekundärer Inkongruenzen im Rahmen akuter Krankheitsepisoden ist die Verunsicherung durch die Symptome. Wenn eine betroffene Person die Stimmen von Arbeitskollegen hört, die über sie reden (Fallbeispiel 1) oder davon überzeugt ist, dass Rechtsradikale (Fallbeispiel 1) oder Nachbarn (Fallbeispiel 2) sie ausspionieren, ist ein normales Leben nicht mehr möglich. Das gilt umso mehr, wenn Nachbarn ihr im Auftrag feindselig gesonnener Institutionen nach der Gesundheit oder dem Leben trachten (Fallbeispiel

2). Während der akuten, unbehandelten Krankheit sind diese Symptome für die Betroffenen Realität. Diese Realität ist bedrohlich, steht im Widerspruch zu ihrem bisherigen Erleben, und dieser Widerspruch lässt sich nicht auflösen, ohne dass die betroffene Person die Symptome als Ausdruck einer Krankheit sieht. Hierzu hat sie aber zunächst keine Veranlassung. Die Betroffenen in den Beispiele 1 und 2 sehen sich als Opfer dunkler Mächtschaften, und für sie deutet zunächst nichts darauf hin, dass sie Opfer einer krankheitsbedingten Täuschung sind. Aufgabe von Gesprächen ist es, den Betroffenen zu dieser Erkenntnis zu verhelfen.

Nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome erleben die Betroffenen den Widerspruch zwischen den eigenen Ansprüchen und den krankheitsbedingten Einschränkungen. Die Betroffene im Fallbeispiel 3 hatte den schweren Weg der Erkenntnis der eigenen Krankheit eigentlich hinter sich, versuchte aber trotzdem mehrfach, die vorbeugende Behandlung abzusetzen. Sie tat dies zum einen wegen der Nebenwirkungen der Antipsychotika, zum anderen weil sie hoffte, die Krankheit sei vorbei. Diese Hoffnung stellte sich jedoch immer wieder als Irrtum heraus. Zudem verlor sie nach Absetzen der Antipsychotika wiederholt ihre Krankheitseinsicht. Nach erneutem Beginn der Behandlung stellte sich diese wieder ein, zuletzt erst nach mehrmonatiger konsequenter medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Der Widerspruch zwischen den eigenen Ansprüchen und den krankheitsbedingten Einschränkungen löste sie, nachdem es ihr gelang, Krankheit, krankheitsbedingte Einschränkungen und die notwendige Behandlung als Teil ihres Lebens zu akzeptieren.

### 4. Behandlung

Die Behandlung der Schizophrenie umfasst die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika, Psychotherapie und verschiedene Formen der Unterstützung im Alltag.

**Medikamentöse Behandlung:** Die Akutsymptome werden in erster Linie psychopharmakologisch mit Antipsychotika behandelt. Diese Medikamente ordnen Gedanken und Wahrnehmung, dämpfen die übermäßige Erregung und verhindern ein Wiederauftreten der Akutsymptome. Aktuelle Therapieleitlinien empfehlen nach der Akutbehandlung eine vorbeugende Gabe von Antipsychotika für mindestens 1–2 Jahre nach dem ersten Auftreten der Krankheit und eine längerfristige Behandlung, wenn die Krankheit erneut auftritt (DGPPN, 2019, NICE, 2014).

**Umgang mit akut Kranken:** Akut Kranke sollten so rasch wie möglich eine medikamentöse Behandlung erhalten. Je länger sie unbehandelt bleiben, desto länger dauert es, bis sich die Symptome unter der Behandlung zurückbilden. Die

Behandlung sollte, wenn irgend möglich, mit Einverständnis der betroffenen Person und in einer ruhigen, reizarmen Umgebung stattfinden. Das ist besonders bei Unruhezuständen wichtig.

Das Einverständnis der betroffenen Person kann nicht immer vorausgesetzt werden. Erstmals Erkrankte sehen diagnostisch bedeutsame Symptome wie Stimmenhören oder Wahn oft nicht als Zeichen einer Krankheit an. Wichtig ist deshalb die Suche nach Symptomen, welche für die betroffene Person belastend sind. Meist sind das Schlafstörungen und innere Unruhe. Stimmen sind vor allem subjektiv belastend, wenn sie die betroffene Person nicht zur Ruhe kommen lassen. Fragen wie: „Sollen wir etwas gegen die Unruhe tun, sollen wir versuchen, die Stimmen zum Schweigen zu bringen?“ treffen deshalb oft auf die Zustimmung der Betroffenen (Luderer, 2008a, 2008b, 2008c).

Eine ruhige, reizarme Umgebung bedeutet: möglichst wenige Menschen, keine lauten Geräusche, keine laute Musik, keine langen Gespräche, vor allem keine Gespräche über persönliche und zwischenmenschliche Probleme.

**Psychoedukation im Behandlungsalltag:** Unter dem Begriff der Psychoedukation werden alle Interventionen zusammengefasst, die Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Der erste Schritt ist das Gespräch **über die Krankheit und ihre Behandlung**. (Übersicht bei Luderer, 2008a, Bechdorf & Klingberg, 2014).

Diese Gespräche sind bei der Behandlung der Schizophrenie besonders wichtig, da Schizophrenien oft einen ungünstigen Verlauf nehmen, dieser aber durch eine konsequente Behandlung erheblich abgemildert werden kann. Basis der langfristigen Behandlung ist die leitliniengerechte vorbeugende Behandlung mit Antipsychotika. Viele Betroffenen nehmen die Medikamente aber nur kurze Zeit ein, was häufig zu Wiedererkrankungen führt.

Ein Beweggrund für das Absetzen der Antipsychotika ist das Auftreten von Nebenwirkungen. Bei modernen Antipsychotika ist es vor allem die Gewichtszunahme, aber auch Müdigkeit, Mundtrockenheit oder Verstopfung. Die Betroffenen leiden unter diesen Nebenwirkungen, und es ist die Aufgabe der ärztlichen Bezugspersonen, gemeinsam mit den Betroffenen eine möglichst nebenwirkungsarme und dabei wirksame Behandlung zu finden.

Viele Betroffene setzen die Antipsychotika aber nicht oder nicht nur wegen der Nebenwirkungen ab, sondern weil sie glauben, die Behandlung sei unnötig, oder weil sie insgesamt skeptisch gegenüber Medikamenten eingestellt sind. In dieser medikamentenskeptischen Haltung werden sie durch Berichte

in den Medien unterstützt. Gegen den allgemeinen Konsens vertritt auch eine deutsche Fachgesellschaft (DGSP, abgerufen 31. 1. 2021 von <https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka.html>) eine skeptische Position hinsichtlich der Langzeitprophylaxe mit Antipsychotika.

Die meisten Experten betonen allerdings die Vorteile der vorbeugenden Behandlung. Wiedererkrankungen verlaufen oft schwerer als Ersterkrankungen, und die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Denkens, der Konzentration und des Durchhaltevermögens nehmen mit steigender Anzahl der akuten Krankheitsepisoden zu (Leucht et al., 2003). Zu Wiedererkrankungen kommt es auch unter der vorbeugenden Behandlung mit Antipsychotika, aber sie verlaufen meist weniger schwer und sind wesentlich seltener (Leucht et al., 2012).

**Systematische Psychoedukation:** Bei der systematischen Psychoedukation erfolgt in der Regel in Form von Gruppensitzungen nach einem Curriculum, dessen Ablauf in einem Manual festgelegt ist. Dabei haben sich getrennte Gruppen für Betroffene und Angehörige als besonders hilfreich erwiesen. Themen der systematischen Psychoedukation sind die Symptome der Schizophrenie, ihre Ursachen, der Verlauf der Krankheit, die verschiedenen Elemente der Behandlung, vor allem aber die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells der Erkrankung.

**Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell:** Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Nuechterlein et al., 1992) ist ein allgemein akzeptiertes Konzept der Entwicklung einer Schizophrenie und anderer psychischer Störungen. Es geht davon aus, dass genetische, biochemische und psychosoziale Faktoren die Vulnerabilität, d. h. die Anfälligkeit für eine psychische Störung bestimmen. Zur manifesten Störung kommt es, wenn zusätzliche psychosoziale oder biologische Belastungen ein kritisches Maß übersteigen. Je höher die Vulnerabilität, desto geringer ist der Stress, der erforderlich ist, um eine Störung in Gang zu setzen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärt nicht nur die Entstehung einer bestimmten Störung bei einem bestimmten Menschen, sondern auch die Mechanismen des erneuten Auftretens einer bestehenden Störung. Wer einmal eine akute Psychose erlebt hat, kann jederzeit erneut akut erkranken. Das erneute Erkranken wird als Rückfall (Relapse) bezeichnet. Um Rückfälle zu verhindern, sollten Vulnerabilität und Stress niedrig gehalten werden. Die wirksamste Methode, die Vulnerabilität zu reduzieren, ist die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika.

Die Betroffenen können Stress vermeiden, indem sie kein Cannabis konsumieren, wenig oder keinen Alkohol trinken, ein regelmäßiges Leben führen und für ausreichend Schlaf sorgen. Für viele Betroffene bedeuten viele Menschen auf engem Raum, große Lautstärke oder Arbeit unter Zeitdruck ebenfalls Stress. Wenn sie sich diesen Situationen trotzdem aussetzen, verstärkt

sich nicht nur das allgemeine Unwohlsein. Die noch größere Gefahr besteht darin, dass durch den Stress Akutsymptome wie Sinnestäuschungen, Wahn und Unruhezuständen erneut auftreten. Um zu verhindern, dass sich die Situation weiter zuspitzt, müssen die behandelnden ärztlichen Bezugspersonen die Vulnerabilität senken, indem sie die Dosis der Antipsychotika erhöhen und die betroffene Person stationär aufnehmen.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Belastungsgrenzen kennen, erste Anzeichen einer beginnenden Psychose (Frühwarnzeichen bzw. Warnsignale) selbst erkennen und sofort Hilfe aufsuchen. Je früher diese Hilfe einsetzt, desto rascher bilden sich die Akutsymptome wieder zurück, und desto weniger wird das Leben der Betroffenen destabilisiert. Gut informierte Betroffene erhöhen beim Auftreten von Frühwarnzeichen die Dosis der Antipsychotika auf eine vorher mit dem behandelnden Arzt vereinbarte Weise selbständig. Dadurch senken sie die Vulnerabilität ohne Verzögerung (Bäumel et al., 2010; Behrendt, 2009).

### *Psychotherapie*

Psychotherapien im engeren Sinn werden in erster Linie bei medikamentös behandelten Betroffenen mit weitgehend abgeklungenen oder wenigstens gebesserten Akutsymptomen durchgeführt.

**Psychodynamische Therapien** haben sich nur dann als hilfreich erwiesen, wenn sie alltagsbezogen und in ein übergreifendes Versorgungskonzept eingebunden waren (Übersicht bei Pitschel-Walz, 2010). Wie systemische Psychotherapie und personenzentrierte Psychotherapie erhielt sie in der AWMF-Leitlinie (DGPPN, 2019) lediglich eine eingeschränkte Empfehlung („kann angeboten werden.“). **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** (Bechdorf & Klingberg, 2014, Klingberg & Hesse, 2011) wird neben Psychoedukation und Familieninterventionen in allen Leitlinien (NICE, 2014; DGPPN, 2019, S. 127ff.) ausdrücklich empfohlen

Wesentliche Ziele der KVT der Schizophrenie sind neben der Psychoedukation die Unterstützung beim Umgang mit Negativsymptomen und psychotischen Symptomen. Die Beeinträchtigung durch die Negativsymptome lässt sich abmildern, wenn die Betroffenen sich möglichst wenig zurückziehen. Fachkräfte sollen sie ermutigen Initiative zu ergreifen, mit anderen Menschen zu reden sowie die eigenen, durch die Krankheit gedämpften Emotionen wiederzuentdecken. Beim Umgang mit Sinnestäuschungen, Wahn und Ich-Störungen, die trotz der medikamentösen Behandlung weiterbestehen überprüfen Betroffene gemeinsam mit den an der Behandlung beteiligten Fachkräften Sinnestäuschungen und Wahnsymptome an der Realität. Diese Vorgehensweisen gehen von der Erfahrung aus, dass die meisten Betroffenen ihren psychotischen

Symptomen nicht völlig hilflos gegenüberstehen (Klingberg & Hesse, 2011, S. 147).

### *Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie*

**Die Wisconsin-Studie:** Das Krankheitsbild der Schizophrenie war für den personenzentrierten Ansatz von großer historischer Bedeutung. Rogers war schon früh daran gelegen, die universelle Bedeutung seiner Beratungs- und Behandlungsprinzipien zu zeigen und dazu auch Therapien bei psychisch schwer beeinträchtigten Betroffenen durchzuführen und wissenschaftlich zu überprüfen.

Von der Universität Wisconsin erhielt er das Angebot, dort sowohl die Leitung des Psychologischen und des psychiatrischen Forschungsinstituts zu übernehmen. Das eröffnete für ihn die Möglichkeit, Studien bei schwer beeinträchtigten Patienten durchzuführen. Sein zentrales Forschungsprojekt in den Jahren in Wisconsin (1957–1963) war eine Studie zur Wirksamkeit der personenzentrierten Psychotherapie bei Patienten mit Schizophrenien. Untersucht wurden acht chronisch Kranke, acht akut Kranke und acht Personen, bei denen eine Schizophrenie bestand, die aber außerhalb der Klinik leben konnten und ambulant behandelt wurden. Die Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse wurden mit denen einer nach Diagnose, Bildungsstand und Alter vergleichbaren Kontrollgruppe ohne Therapie verglichen (Rogers, 1967, Knienider, 2014, S. 117–121, Groddeck, 2002, S. 134ff.).

Die Arbeit an diesem Projekt stand unter keinem guten Stern. Zum einen hatte Rogers in dieser Zeit mit erheblichen familiären Problemen zu kämpfen. Unter anderem erkrankte eine Schwägerin an einer Schizophrenie mit Stimmenhören und verschiedenen Wahnsymptomen (Groddeck, 2002, S. 128 f). 1958 wurde sie in eine Klinik eingewiesen und dort mit Elektrokrampftherapien behandelt. Rogers war über die schlechte Qualität der Pflege und die herablassende Behandlung erschüttert.

Er hatte das Bedürfnis, eine Alternative für diese Behandlung zu finden, aber die therapeutische Arbeit mit dieser Personengruppe war für die beteiligten Therapeuten und Rogers selbst ungewohnt und frustrierend. In Chicago hatten alle an der Studie beteiligten Fachkräfte ausschließlich mit Betroffenen gearbeitet, die in der Lage waren, ihr Leben selbständig zu gestalten und eine Therapie wünschten. Beides konnte bei den Patienten der Wisconsin-Studie nicht vorausgesetzt werden. Die meisten hatten, wie sich herausstellte, schlechte Erfahrungen mit Gesprächen gemacht und waren nur widerwillig bereit, mit den Therapeuten in Kontakt zu treten.

Die Ergebnisse der Studie waren insgesamt enttäuschend. Die Veränderungen bei der Therapiegruppe unterschieden sich nicht von denen bei der Kontrollgruppe (Knienider, 2014, S. 119;

Groddeck, 2002, S.136 f.; Rogers et al., 1967; Gendlin, 1966). Trotzdem beeinflusste die Studie die weitere Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes erheblich. Dies betraf vor allem die Art und Weise, wie Beratende und behandelnde Personen den Zugang zu den Betroffenen gestalteten (Gendlin, 1961).

Nach ersten Misserfolgen, mit ihnen in gewohnter Weise in Kontakt zu treten, verbrachten die Therapierenden im Rahmen eines Teilprojekts mindestens 13 Stunden pro Woche auf einer geschlossenen Station mit schwer chronisch kranken Betroffenen. Es zeigte sich, dass nur ein kleiner Teil der Einladung zu einem Gespräch im Zimmer folgte, das sie aber zu einem informellen Gespräch auf der Station bereit waren. Bei Betroffenen, die überhaupt nicht sprachen, wurde dies akzeptiert, und es zeigte sich, dass die Kontaktaufnahme in den folgenden Tagen besser gelang. Die Therapierenden machten somit die Erfahrung, dass die Gesprächsbereitschaft sich bei den meisten schwer kranken Betroffenen nur langsam entwickelte. Gendlin (1962a) stellte später fest, das Forschungsdesign der Wisconsin-Studie habe sie gezwungen, sich mit den Problemen bei Aufbau und Pflege der therapeutischen Beziehung zu wenig motivierten Betroffenen auseinanderzusetzen. Charakteristisch dafür seien unter anderem kontinuierliches Schweigen, Reden über Belanglosigkeiten, geringe Introspektionsfähigkeit oder die ablehnende Haltung beim Versuch, über Gefühle zu sprechen. All dies müsse eine therapeutisch tätige Person akzeptieren, aber trotzdem im Gespräch aktiv bleiben. Sie sollte das Erleben der betroffenen Person wahrnehmen, ihr nicht die eigene Sichtweise aufdrängen, eigene Gedanken und Empfindungen genau im Blick behalten und diese unter Umständen der betroffenen Person mitteilen (Gendlin 1962b). Gegenüber schweigenden Betroffenen sei es oft hilfreich, das Schweigen, die Andeutungen oder die nonverbalen Mitteilungen der betroffenen Person in Worte zu fassen, d. h. zu versuchen, das möglicherweise dahinter stehende Erleben anzusprechen (Gendlin 1963). In einem späteren Beitrag schlug Gendlin (1966) vor, das Schweigen mit Formulierungen wie z. B. „You look like you feel very sad. I wonder, are you feeling sad? You haven't said anything, so of course I don't know.“ In diesen Interventionen wird das Befinden des Betroffenen angesprochen, ohne dass dieser etwas gesagt hatte.

Langes Schweigen, fehlende Selbstexploration, fehlende Entwicklung neuer Gefühle oder Gefühlsbedeutungen, das fehlende Bedürfnis, in der Behandlung zu bleiben und die Isolation der Betroffenen werden als Problem der Therapie in mehreren Beiträgen benannt. Die Kommunikationsprobleme der Betroffenen veranlassten Gendlin (1964) aber auch, Überlegungen zur Ursache der Schizophrenie anzustellen und daraus therapeutische Überlegungen abzuleiten. Er griff das Thema der Isolation auf und vertrat die Auffassung, dass eine betroffene Person nicht in die Umgebung zurückgehen solle, aus der sie gekommen sei (Gendlin, 1964). Offenbar schloss Gendlin (1964,

1966) aus dem Ort und der Zeit des Beginns der Schizophrenie auf die verursachenden Personen und vertrat damit einen im Kern familienkritischen und antipsychiatrischen Ansatz.

Dieses Denken und die problematische Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen entsprachen dem Geist der Zeit. Wie oben geschildert, entstanden antipsychiatrische Ideen damals nicht ohne Grund. Die Situation der Psychiatrie und der psychiatrischen Kliniken in den frühen 1950-er Jahren war in vieler Hinsicht trostlos.

Zudem waren die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in dieser Zeit extrem begrenzt. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts standen lediglich beruhigende Medikamente wie z. B. die Barbiturate oder Chloralhydrat zur Verfügung, die müde und schläfrig machten, aber auf Sinnestäuschungen und Wahnsymptome keinerlei Einfluss hatten. 1952 stellten die französischen Psychiater Jean Delay und Pierre Deniker Chlorpromazin vor, das erste antipsychotisch wirksame Medikament. 1953 wurde es in Europa unter dem Namen Largactil und in Deutschland unter dem Namen Megaphen zugelassen. In den USA stand es seit 1955 unter dem Namen Thorazin zur Verfügung. Durch diese Möglichkeit änderte sich die Situation in den psychiatrischen Kliniken auf eine Weise, die vorher niemand für möglich gehalten hatte. Tobende, schreiende, nicht ansprechbare Patienten auf überfüllten Stationen gehörten der Vergangenheit an, viele Patienten wurden unter der Behandlung symptomfrei (Shorter, 1999, S. 379, 383). Es war möglich, Betroffene nach Hause zu entlassen, und die riesigen Anstalten begannen sich zu leeren.

International setzte sich die Behandlung mit Chlorpromazin deshalb in der 2. Hälfte der 1950-er Jahre sehr schnell durch. (Lopez-Munoz et al., 2005; Shorter, 1999, S. 379ff.). In den USA war die Situation schwieriger, da die Psychiatrie zu dieser Zeit entscheidend durch die Psychoanalyse geprägt war und deren Vertreter grundsätzlich skeptisch gegenüber Psychopharmaka eingestellt waren. Es ist anzunehmen, dass die im Rahmen der Wisconsin-Studie untersuchten Betroffenen wenigstens zu Beginn der Studie nicht medikamentös antipsychotisch behandelt wurden. Gendlin (1966) lehnte medikamentöse Hilfen für Betroffene nicht grundsätzlich ab. Er sah sie in der Zukunft („if pharmacological help is found“) durchaus als mögliche Hilfen.

Zusammenfassend wurden im Rahmen der Wisconsin-Studie neue Wege der Beziehungsaufnahme zu Betroffenen gesucht und gefunden. Die Therapierenden in der Wisconsin-Studie unternahmen erste Versuche, das mögliche Erleben der schweigenden Betroffenen in Worte zu fassen. Dies geschah allerdings auf eine eher unspezifische, nicht auf die Schizophrenie bezogene Weise. Spezifisches, d. h. auf die Schizophrenie bezogenes Erleben wurde noch nicht thematisiert, z. B.: Wie erleben die Betroffenen ihre Krankheit und ihre Situation? Wie ist es für sie, wenn sie Stimmen hören, die über sie reden, sie nie

in Ruhe lassen, und andere hören diese Stimmen nicht? Wie ist es für sie, wenn sie von anderen Menschen bedroht werden, und Außenstehende sehen keine Gefahr? Wie ist es für sie, wenn sie in einer Klinik sind und nicht verstehen, warum sie dort sind? Diese Fragen betreffen den inneren Bezugsrahmen der Betroffenen, dessen Kenntnis die Basis der Empathie ist, aber es dauerte noch eine Reihe von Jahren, ehe es üblich wurde, sie zu stellen.

### *Andere personenzentrierte Untersuchungen*

**Weitere Untersuchungen:** Truax (1970) untersuchte den Krankheitsverlauf von 32 hospitalisierten Betroffenen. 16 von ihnen wurden in ein personenzentrierte Therapieprogramm aufgenommen. Nach neun Jahren konnten keine Unterschiede zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Krankheitsentwicklung in der Therapiegruppe günstiger war, wenn die Behandelnden ein hohes Maß an Empathie, Akzeptanz und Echtheit verwirklicht hatten.

Teusch (1994) berichtete eine offene, unkontrollierte Studie zur bei 60 medikamentös behandelten, krankheitseinsichtigen, psychotherapiemotivierten Betroffenen, bei denen die akute Symptomatik abgeklungen war. Sie wurden in die Studie aufgenommen, wenn aktuelle oder frühere Konflikte für den Krankheitsverlauf bedeutsam waren. Es zeigte sich, dass die meisten Betroffenen von der Behandlung profitierten. Diese Untersuchung ist in vielerlei Hinsicht nicht mit der Wisconsin-Studie vergleichbar. Vor allem waren die Patienten ausnahmslos medikamentös behandelt, therapiemotiviert und frei von Akutsymptomen. Es bestanden frühere oder aktuelle psychosoziale Konflikte, die den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflusst hatten. Ziel der Behandlung war insofern eine Verminderung von Stress im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Dies gelang, und insofern zeigt die Studie, dass heutige personenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Psychoedukation in Verbindung mit medikamentöser Behandlung eine sinnvolle Intervention sein kann.

### *Personenzentrierte Empfehlungen*

**Umgang mit Betroffenen als Bestandteil der Routinebehandlung:** Mann (1974) vertrat die Auffassung, dass ein Projekt wie die Wisconsin-Studie nicht habe gelingen können, da die Psychotherapie in Wisconsin nicht in ein therapeutisches Konzept der Klinik oder einer einzelnen Station integriert gewesen sei. Er schilderte positive Erfahrungen bei der Umgestaltung einer von ihm geleiteten psychiatrischen Station, bei der den Mitarbeitenden aller Berufsgruppen durch regelmäßige Weiterbildungen und Besprechungen personenzentrierte Prinzipien vermittelt wurden. Rank et al. (1986) beschrieben die Umsetzung

personenzentrierter Konzepte des Umgangs mit psychisch Kranken in einer psychiatrischen Universitätsklinik, wobei sie sich unter anderem auf die von Mann (1974) skizzierten Organisationsprinzipien bezogen.

Swildens (1991, S. 211–213) sowie Binder & Binder (1991) betont die zentrale Rolle der personenzentrierte Grundhaltung bei der ambulanten Behandlung, wobei Swildens (1991) betont, dass auch die Psychopharmakotherapie an Schizophrenie Erkrankter mit dieser Haltung erfolgen sollte.

Speierer (1994, S. 192f.) wies auf die Inkongruenzen hin, die bei den Betroffenen als Folge der Störung auftreten. Dabei erwähnte er die akuten Krankheits Symptome, die Symptome nach Abklingen der akuten Krankheitserscheinungen und die psychosozialen Folgen der Krankheit. Er betonte, diese Inkongruenzen erforderten eine Vielzahl von Hilfen: medikamentöse Behandlung, Hilfen bei der Arbeit, oft auch beim Wohnen und bei der Freizeitgestaltung, und nicht zuletzt Psychotherapie als Hilfe beim Umgang mit den Krankheitsfolgen.

**Umgang mit psychotischen Symptomen:** Bei manchen schwer akut kranken Betroffenen ist die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme beeinträchtigt oder aufgehoben. Wie oben erwähnt, werden diese Symptome unter dem Begriff der Katatonie zusammengefasst. Katatone Symptome sollten, wie ebenfalls oben erwähnt, so schnell und so konsequent wie möglich medikamentös behandelt werden. Vor Beginn und während der medikamentösen Behandlung sollten helfende Personen mit den Betroffenen Kontakt aufnehmen und den Kontakt aufrechterhalten. Dabei sind Vorgehensweisen hilfreich, die Garry Prouty ab 1966 entwickelte und unter dem Begriff der Prä-Therapie zusammenfasste (Prouty et al., 2019). Grundprinzip der Prä-Therapie ist die aktive Kontaktaufnahme zur Betroffenen mit einfachen Mitteln. Die helfenden Personen kann beispielsweise das Zimmer der betroffenen Person, den Blick aus dem Fenster, ihren Gesichtsausdruck oder ihre Körperhaltung beschreiben. Sie kann auch die sprachlichen Äußerungen der betroffenen Person wiederholen, auch wenn diese Worte möglicherweise zunächst keinen Sinn ergeben. Ziel dieser Interventionen ist es, der betroffenen Person zu helfen, Kontakt zur Realität und zu den Menschen um sie herum aufzunehmen.

Finke (2019, S. 296–307) zeigt Möglichkeiten des empathischen Verstehens psychotischer Symptome bei Betroffenen auf, die nicht unter schweren katatonen Symptomen leiden und somit in der Lage sind, mit helfenden Personen zu kommunizieren. Dabei empfiehlt er, zunächst das Erleben der Betroffenen nachzuvollziehen, ihnen zu helfen, diese Gedanken genau zu formulieren, sich aber nicht ihrem Realitätsurteil anzuschließen. Oberreiter (2018) spricht in diesem Zusammenhang von „Paraposition“. Helfende Personen sollten etwaiges Misstrauen ansprechen, wahnkorrigierende Interpretationsalternativen

und Handlungsalternativen aufzeigen und die Wahngewissheit der Betroffenen in Frage stellen. Diese Empfehlungen sind im Einklang mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, deren Wirksamkeit belegt wurde und die in den Leitlinien der Fachgesellschaften (NICE, 2014; DGPPN, 2019) empfohlen werden.

**Umgang mit Negativsymptomen und sozialem Rückzug:** Gaebel (1986, 1994) wies auf die krankheitsbedingten Probleme der Betroffenen hin, die Mimik anderer Personen zu erkennen und richtig zu deuten. Da behandelnde und beratende Personen zudem mit Störungen der Auffassung und Konzentration rechnen müssen, empfiehlt er, die verbale und nonverbale Kommunikation klar und unmissverständlich zu gestalten.

Sommerbeck (2002), die bis 2011 über viele Jahre in einer psychiatrischen Klinik arbeitete, empfahl in einem Beitrag zu den Konsequenzen der Wisconsin-Studie, bei der Behandlung an Schizophrenie Erkrankter auf deren Belastbarkeit Rücksicht zu nehmen. Diese Empfehlung ist in Einklang mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Die Prä-Therapie (Prouty et al., 2019) eröffnet im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie nicht nur Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu Betroffenen mit schweren akuten kognitiven Symptomen, sondern auch zu Betroffenen mit ausgeprägten sozialen Rückzug. Zudem liegen inzwischen Prä-Therapie-Konzepte für weitere psychische Störungen vor, die mit Problemen bei der Kontaktaufnahme und Kontaktpflege einhergehen (z. B. Geistige Behinderung, Autismus-Spektrum-Störungen und andere Entwicklungsstörungen, frühe Traumata und Dissoziation).

## 5. Betroffene personenzentriert beraten und behandeln

### Empathie und Akzeptanz bei erkrankten Personen

**Symptome ernstnehmen:** Von Schizophrenie betroffene Personen leiden in allererster Linie an ihren Symptomen und deren Folgen. Bei den Akutsymptomen sind nicht die Sinnestäuschungen oder der Wahn selbst subjektiv belastend, sondern die damit verbundene Angst, die Unruhe und die Schlafstörungen. Deshalb ist es sinnvoll, bei Gesprächen über Akutsymptome immer die subjektive Symptombelastung zu thematisieren. Wenn eine psychosoziale Fachkraft ahnt, wie es sich anfühlt, bedrohliche Stimmen zu hören oder die Verfolger, die das eigene Essen vergiften wollen, vor der Tür zu wohnen, entsteht das Gefühl: Mein Gegenüber hat eine Vorstellung von dem, was ich durchmache.

**Die Krankheit zum Thema machen:** Mit krankheitseinsichtigen Betroffenen sollten Fachkräfte über die Krankheit sprechen. Dabei sollten sie ihnen die Diagnose, das

Vulnerabilitäts-Stress-Modell, die biologischen Ursachen, ein vereinfachtes biologisches Modell, die Bedeutung der medikamentösen Behandlung und des Familienklimas für den Verlauf, die Prognose und die Prinzipien einer leitliniengerechte Behandlung erläutern. Die Krankheitsinformation ist der erste Schritt der Psychoedukation, d. h. des gegenseitigen Austauschs von Informationen, der Diskussion von Krankheitskonzepten und der Arbeit mit Frühwarnzeichen bzw. Warnsignalen. Hierunter versteht man für die betroffene Person oder die Angehörigen erkennbare Symptome, die auf eine erneute akute Psychose hinweisen (Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2008).

**Umgang mit Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und geringer Behandlungsbereitschaft:** Mangel an *Krankheitsgefühl* bedeutet: Das *Erleben* einer betroffenen Person und die Einschätzung anderer Personen hinsichtlich der *Schwere* der Symptome passen nicht zusammen. Mangel an *Krankheitseinsicht* heißt: das *Urteil* der betroffenen Person und die Einschätzung Anderer hinsichtlich *Art und Schwere* der Erkrankung passen nicht zusammen. Ablehnung der Behandlung: die Notwendigkeit oder der Nutzen einer Behandlung werden von den Betroffenen und Anderen unterschiedlich eingeschätzt.

Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht betrifft die Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Krankheit, die Ablehnung der Behandlung die Einstellung und das Verhalten in Bezug auf die Behandlung. Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung bezeichnen dabei einerseits das Nicht-Wahrhaben-Wollen und andererseits das Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit und des Sinns der Behandlung. Das Nicht-Wahrhaben-Wollen eigener Krankheiten findet man z. B. bei Suchtkranken, bei Betroffenen mit psychischen Störungen ohne psychotische Symptome oder bei körperlich Kranken. Das Nicht-Wahrhaben-Können bedeutet dagegen, dass die Krankheit selbst verhindert, dass eine betroffene Person sie erkennen kann, siehe Fallbeispiel 1.

Wir empfehlen folgendes Vorgehen:

(1) Symptome ernstnehmen, Symptombelastung ansprechen und das Krankheitsgefühl fördern: „Das ist ja beängstigend, wie gute Arbeitskollegen über sie reden, und dass Rechtsradikale Sie förmlich belagern. Können Sie denn unter den Umständen überhaupt schlafen?“

(2) Die Eigentümlichkeit des Erlebens ansprechen: „Es ist doch seltsam, gute Arbeitskollegen reden plötzlich abfällig über Sie und behaupten absurde Dinge?“ „Es ist doch eigentümlich, dass Rechtsradikale ihre Wohnung belagern? Haben Sie denn eine Vorstellung, wie die darauf kommen, dass Sie rechtsradikal sein sollen? Ist das nicht auch seltsam?“

Diese Ungereimtheiten lassen sich mit den Worten zusammenfassen; „Das, was Sie erleben, geht irgendwie gegen den gesunden Menschenverstand, aber trotzdem sind Sie davon überzeugt, dass es stimmt, ist es so?“

(3) Wenn die betroffene Person einer solchen Aussage zustimmt, kann sich die Frage anschließen: „Können Sie sich vorstellen, dass diese eigentümlichen Erlebnisse etwas mit einer Krankheit zu tun haben?“ Wenn die betroffene Person die Möglichkeit einer Krankheit in Erwägung zieht, kann sich die Frage: „Sollen wir versuchen, etwas dagegen zu unternehmen?“ anschließen. Wenn sie die Symptome weiterhin nicht als Ausdruck einer Krankheit sieht, sollten psychosoziale Fachkräfte aber auf keine Fall versuchen, Krankheitseinsicht zu erzwingen, sondern die Sichtweise der Betroffenen zunächst akzeptieren und trotzdem versuchen, sie zur Kooperation bei der Behandlung zu gewinnen. Dieses Vorgehen stellt eine personenzentrierte Variante der kognitiven Psychotherapie von Akutsymptomen dar (Klingberg & Hesse, 2011).

**Gespräche über Negativsymptome, kognitive Symptome oder Nebenwirkungen der Psychopharmaka:** Diese ähneln in ihren empathischen Reaktionen dem Vorgehen bei Personen, die nicht an einer Schizophrenie leiden, sondern mit einem anderen Lebensereignis fertig werden müssen. (Fallbeispiel 3). Die 47-jährige pensionierte Lehrerin blickt auf das frühe Ende ihres Berufslebens und den teilweise dramatischen Verlauf ihrer Erkrankung zurück. Empathische Reaktionen darauf könnten lauten:

„Wenn Sie an Ihre Zeit als Lehrerin zurückdenken, dann tut es weh, zu sehen, was die Krankheit Ihnen genommen hat.“  
 „Seit der Krankheit ist das Leben viel mühevoller geworden.“  
 „Manchmal wollten Sie die Krankheit einfach nur los sein, aber sie hat es Ihnen gezeigt, dass Sie sie nicht abschütteln können.“  
 „Jetzt haben Sie mit der Krankheit ihren Frieden gemacht, aber das ist auch nicht leicht.“ Im Fallbeispiel 3 wird deutlich, dass Empathie bei an Schizophrenie Erkrankten sich nicht prinzipiell von der Empathie bei anderen Personen unterscheidet. Es ist keine andere Empathie, es sind aber andere Inhalte. Weitere Anregungen für Gespräche mit an Schizophrenie Erkrankten über die Krankheit und Krankheitsfolgen finden sich bei Klingberg & Hesse (2011) und bei Luderer (2008a).

Nicht alle Betroffenen leiden subjektiv an den Negativsymptomen oder kognitiven Beeinträchtigungen, und manche haben nicht das Bedürfnis, darüber zu sprechen. Bei diesen Personen ist es meist nicht sinnvoll, ihnen Gespräche über dieses Thema aufzudrängen, vor allem dann, wenn sie Hilfe annehmen. Grundsätzlich gilt die Regel, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie sind.

**Gespräche über andere krankheitsbezogene oder nicht krankheitsbezogene Themen:** Die Feststellung, dass an Schizophrenie Erkrankte keine andere Empathie brauchen, gilt

besonders für Gespräche, die nicht unmittelbar die Krankheit zum Thema haben. Bei Gesprächen über Alleinsein, Probleme mit der Familie oder mit Freunden, über Probleme bei der Arbeit oder beim Aufbau und bei der Gestaltung intimer Beziehungen stellt sich oft heraus, dass es oft wenigstens teilweise um die Auseinandersetzung mit Krankheitsfolgen geht. Bei Gesprächen über Belastungen und Traumata vor Beginn der Krankheit ist es in der Regel ratsam, die Frage einer möglichen Teilverursachung der Krankheit durch diese Probleme offen zu lassen. Bei allen Gesprächen mit an Schizophrenie Erkrankten ist es wichtig, die Belastbarkeit der Betroffenen im Auge zu behalten.

**Wenn die betroffene Person keine Hilfe will:** Wenn alle Versuche scheitern, einer betroffenen Person Hilfe anzubieten, lassen sich Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person oft nicht vermeiden. Solche Maßnahmen erfordern jedoch immer eine richterliche Entscheidung. Rechtliche Grundlage dieser Entscheidung ist entweder das im jeweiligen Bundesland gültige Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz oder der § 1906 BGB (Unterbringung nach Betreuungsrecht). In den vergangenen Jahren haben Gerichte dabei die Rechte der Betroffenen immer mehr gestärkt, eine Tendenz, die von der DGPPN ausdrücklich befürwortet wird.

Trotzdem gibt es Situationen, in denen die Möglichkeit besteht, stationäre Aufnahmen und Behandlung gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzen, wenn diese ihre eigenen Gesundheitsinteressen krankheitsbedingt nicht wahrnehmen können. In Deutschland hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach festgestellt, dass dies nur in Frage komme, wenn alle Möglichkeiten, auf Zwang zu verzichten, ausgeschöpft seien (DGPPN, 2018).

Um Behandlungen gegen den Willen zu vermeiden, ist es unter Umständen sinnvoll, dass die Betroffenen und die behandelnden Personen und Institutionen eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen. Dies sollte geschehen, wenn die Betroffenen behandelt sind und ihre Behandlungsbedürftigkeit erkennen können. Darin kann geregelt werden, was geschehen soll, wenn sie ihre Krankheitseinsicht im Rahmen einer erneuten akuten Krankheit wieder verlieren.

### *Empathie und Akzeptanz bei Angehörigen*

**Angehörige werden oft allein gelassen.** Viele Angehörige, vor allem Söhne und Töchter, berichten rückblickend, mit ihren Sorgen und Nöten alleingelassen zu werden. In Kliniken, Praxen oder Beratungsstellen wolle man nicht mit ihnen allein, sondern nur in Anwesenheit der unmittelbar betroffenen Person reden und begründe das mit der Schweigepflicht.

Diese Klagen der Angehörigen sind berechtigt. Die Begründung psychosozialer Fachkräfte, sie seien wegen der

Schweigepflicht nicht befugt, mit Angehörigen ohne Beisein der Betroffenen zu sprechen, ist unzutreffend. Die Schweigepflicht, unter anderen geregelt im § 203 StGB, verbietet nur die Weitergabe von Geheimnissen, nicht aber ein Gespräch mit Angehörigen, bei denen die Informationen von den Angehörigen selbst kommen (Luderer, 2008d, S. 317f.). Angehörige brauchen die Möglichkeit, sich im Gespräch mit psychosozialen Fachkräften auch in Abwesenheit der Betroffenen äußern zu können.

**Angehörigengruppen.** Expertengeleitete Angehörigengruppen bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich zu informieren und Antworten auf Sachfragen zu erhalten, aber auch, sich den anderen Angehörigen und den Experten über ihre Erfahrungen auszutauschen. Der Erfahrungsaustausch findet auch im Rahmen von Angehörigenselbsthilfegruppen statt (<https://www.bapk.de/der-bapk.html>).

## 6. Schlussfolgerung

Aufbau und Pflege einer förderlichen therapeutischen Beziehung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung an Schizophrenie Erkrankter. Betroffene und Angehörige nehmen pflegende, beratende und behandelnde Personen als hilfreich wahr, wenn sie sich verstanden und auf gleicher Augenhöhe mit dem Therapeuten fühlen (Übersicht bei Hewitt, Coffey 2005).

Versuche, Schizophrenien ausschließlich psychotherapeutisch zu behandeln, sind fehlgeschlagen. Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe mit Antipsychotika sind die Basis einer leitliniengerechten Behandlung.

Psychotherapie der Schizophrenie bedeutet in erster Linie Unterstützung beim Leben mit der Krankheit. Die Empathie, verstanden als die Fähigkeit, die Krankheit aus der Sicht der Betroffenen zu sehen und ihnen dies mitzuteilen, ist die zentrale Basis der Beziehungsgestaltung.

## Literatur

Ackers, S. & Nuißl, K. (Hrsg.) (2021). *EX-IN Genesungsbegleitung. Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Adorjan, K. & Falkai, P. (2019). Recovery in der Behandlung der Schizophrenie: Vision oder Realität? *DNP – Der Neurologe & Psychiater* 2019; 20(6), 82–87.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Andreasen, N. C. (1987). The diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 9–22.

Angermeyer, M. C. & Finzen, A. (1984). *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe*. Stuttgart: Enke.

Anstadt S. (1989). *Alle meine Freunde sind verrückt. Aus dem Leben eines schizophrenen Jungen. Bericht einer Mutter*. Piper: München.

Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (2008). Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In J. Bäuml, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.) (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 1–34.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavior Science* 1, 251–256.

Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (2008) (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.

Bäuml, J.; Pitschel-Walz, G.; Berger, H.; Gunia, H. & Heinz, A. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES): Mit Manual für die Gruppenleitung*. Stuttgart: Schattauer.

Bechdolf, A. & Klingberg, S. (2014). Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiatrische Praxis* 41, 8–10.

Behrendt, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale: Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung. Band 1, Manual für Gruppenleiter* Tübingen: dgvt.

Binder, U. & Binder, H. J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.

Bock, T. & Priebe, S. (2005). Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric services* 56(11), 1441–1443.

Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K., Irrarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current psychiatry reports*, 19(1), 2. Abgerufen 15.10.2020 von <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>

Cooper, D (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF-Register Nr. 038-009*. Abgerufen 23.9.2020 von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009l\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“* AWMF-Register Nr. 038-022. Abgerufen 12.5.2020 von [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022l\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf)

Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Bonn, Drucksache. Nr. 7/4200)*. Abgerufen 12.6.2020 von [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/80a99fba-caed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie\\_Enquete\\_WEB.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fba-caed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf)

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper*. 8. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M. H. (1991, 2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern. 10. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung*. München: Reinhardt.

Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press. Deutsch (1978). *Psychoanalyse und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.

Gaebel, W. (1986). Die Bedeutung von psychiatrischer Diagnose und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 4, 399–408.

Gaebel, W. (1994). Gesprächspsychotherapeutische Ansätze aus der Perspektive schizophrener Kommunikationsstörungen. In L. Teusch, J. Finke, J. & M. Gastpar, *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Gendlin, E. T. (1961). Initiating psychotherapy with “unmotivated” patients. *Psychiatric Quarterly*, 35, 134–139.

- Gendlin, E. T. (1962a). Need for a new type of concept: Current trends and needs in psychotherapy research on schizophrenia. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 2(1), 37–46.
- Gendlin, E. T. (1962b). Client-centered developments and work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9(3), 205–212.
- Gendlin, E. T. (1963). Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. *Journal of Existential Psychiatry*, 4(14), 105–120.
- Gendlin, E. T. (1964). Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 4(2), 168–179.
- Gendlin, E. T. (1966). Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that “illness”. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 4–16.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Chicago: Doubleday.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hasan, A.; Falkai, P.; Lehmann, I. & Gabel, W (2020). Schizophrenie. *Deutsches Ärzteblatt* 117, 412–419.
- Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 52, 561–570.
- Juckel, G. & Heinz, A. (2010). Neurobiologische Grundlagen schizophrener Erkrankungen und Implikationen für die Pharmakotherapie. In J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, H. Berger, H. Gunia, A. Heinz & G. Juckel, G., *Arbeitsbuch Psychoedukation (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Klingberg, S. & Hesse, K. (2011). Schizophrene Psychosen. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964). *Sanity, madness, and the family*. London: Tavistock.
- Laing, R. D. (1960). *The divided self*. London: Tavistock.
- Leucht, S., Barnes, T. R., Kissling, W., Engel, R. R., Correll, C., & Kane, J. M. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *The American journal of Psychiatry*, 160(7), 1209–1222.
- Leucht, S., Tardy M., Komossa K., Heres S., Kissling W., Salanti G., Davis J. M. (2012): Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379, 2063–2071
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1324–1342.
- Luderer, H. J. (1998): Zur Geschichte der psychosozialen Versorgung. In R. Baer, *Themen der Psychiatriegeschichte*. Stuttgart: Enke.
- Luderer, H. J. (2008a). Schizophrenie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der Therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag, 835–864.
- Luderer, H. J. (2008b). Empathie, accepziebereiteid en congruentie in de omgang met psychisch zieke patiënten: psycho-educatie met een persoonsgerichte oriëntering. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* 36(2008b), 101–121.
- Luderer, H. J. (2008c). *Gesprächspsychotherapeutische Aspekte der Psychoedukation*. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 235–243.
- Luderer, H. J. (2008d). Rechtsfragen. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 315–327.
- Luderer, H.-J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personzentriert sein. *Person* 24, 16–28.
- Mann, F. (1976). *Die Anwendung klientenzentrierter Konzepte in der heutigen Psychiatrie*. In: P. Jankowski, D. Tschelun, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.). *Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den 1. Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie in Würzburg*, 28.9.-4. 10. 74. Göttingen: Hogrefe, 253–259.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt* 105(23), 413–418.
- Mueser, K. T.; Salyers, M. P., & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 27, 281–296.
- NICE – National Institute of Clinical Excellence (UK)(2014): *Psychosis and schizophrenia in adults – Treatment and management*. National Clinical Guideline Number 178. Abgerufen 29. 4. 2018 von <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>
- Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10(2), 300–312.
- Oberreiter, D. (2018) Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition. *Person* 22(2), 123–135.
- Olbrich, H. M.; Leucht, S.; Fritze, J.; Lanczik, M. H. & Vauth, R. (2004). Schizophrenie und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.
- Patel, S., Khan, S., M, S., & Hamid, P. (2020). The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. *Cureus*, 12(7), e9309. Abgerufen 15. 10. 2020 von <https://doi.org/10.7759/cureus.9309>
- Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J. & Gunia, H. (2010). Psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen. In: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, H. Berger, H. Gunia, A. Heinz & G. Juckel (Hrsg.) (2010). *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Prouty, G.; Pörtner, M. & Van Werde, D. (2019). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rank, K., Stephan, A., Grüß, U., Weise, H. & Weise K. (1986). Gesprächspsychotherapie als Basiskonzept der psychiatrischen Grundversorgung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 379–390.
- Rechlin, T. & Vliegen, J. (1995). *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*. Berlin: Springer.
- Riedel, K. (2008). *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1967)(ed.). *The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLOS Medicine* 2(5): e141. Abgerufen am 23. 9. 2020 von <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Shorter, E. (1997). *A history of Psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons. Deutsch: Shorter, E. (1999). *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Alexander Fest.
- Sommerbeck, L. (2002). The Wisconsin Watershed or the universality of CCT. *The Person-Centered Journal* 9, 140–158.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell*. Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln, GwG.
- Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar. *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Asanger, S. 90–99.
- Truax C. B. (1970). Effects of client-centered psychotherapy with schizophrenic patients: nine years pretherapy and nine years posttherapy hospitalization. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35(3), 417–422.
- Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T. & Winter, A. (Hrsg.) (2016). *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WHO (ed.) (2018). ICD-11. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Abgerufen 27. 2. 2021 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f34423054>
- Wynne, L. C.; Ryckoff, I. M.; Day, J. & Hirsch, S. J. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205–220.