

Kognitive Verhaltenstherapie bei einer schizophrenen Patientin mit persistierenden produktiven Symptomen

B. Kahraman^a S. Kraemer^b

^aReferat Migration Psychologischer Dienst, ^bKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München

Schlüsselwörter

Schizophrenie · Persistierende Positivsymptomatik · Kognitive Verhaltenstherapie

Key Words

Schizophrenia · Persistent Positive Symptoms · Cognitive-behavioral Psychotherapy

Zusammenfassung

Im vorliegenden Fallbericht wird eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung (17 Sitzungen stationär, weitere 23 Sitzungen ambulant) mit einer schizophrenen Patientin beschrieben, die trotz medikamentöser Compliance jahrelang unter persistierender produktiver Symptomatik, insbesondere akustischen Halluzinationen, litt. Es wurde zunächst spezifisch an den akustischen Halluzinationen gearbeitet sowohl mit Selbstkontrollstrategien (z.B. Aufmerksamkeitslenkung, Betonung anderer Sinneskanäle) als auch mit komplexeren kognitiven Verfahren (z.B. Versachlichung, Verstehen und Entpathologisierung der Stimmeninhalte durch bedingungsanalytische Gespräche und Attributierungsprozesse sowie genaue Betrachtung versus Vermeidung). Weitere bedeutsame Therapieinhalte waren die Kommunikation mit den Bezugspersonen, soziale Kontakte und Selbstwirksamkeit. In allen Bereichen waren bei gleichbleibender Medikation deutliche Verbesserungen zu verzeichnen. Auch an messbaren Kriterien konnte der Effekt verdeutlicht werden: der PANSS-Wert ging von 90 auf 55 Punkte zurück und die Patientin war mehr als ein Jahr nicht mehr in stationärer Behandlung. Der Fallbericht demonstriert die praktische Sinnhaftigkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren auch bei schizophrenen Patienten mit persistierenden produktiven Symptomen.

Summary

Cognitive Behavioral Psychotherapy of a Schizophrenic Patient with Persistent Auditory Hallucinations
Cognitive behavioral therapy (17 during inpatient treatment, 23 after release) in a female schizophrenic patient with persistent positive symptoms despite highly compliant drug treatment is reported. Hallucinatory symptoms were addressed with self-control techniques (e.g., attention shifting, emphasis on other senses) and more complex cognitive techniques (e.g., analyzing attribution processes and content of hallucinations, reframing). Further, communication behavior with relatives, general social contacts and self-efficacy were important topics. In all addressed problems significant change was achieved while drug treatment stayed constant: PANSS values dropped from 90 to 55 and the patient did not need to be admitted to a psychiatric ward for more than 1 year for the first time since onset of schizophrenia 6 years ago.

Fallbericht

Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Bei Aufnahme berichtet die 34-jährige zeitberentete Patientin, sie fühle sich von ihren Nachbarn beobachtet und höre deren und andere Stim-

men, die sie beschimpften oder ihre Tätigkeiten kommentierten. Besonders unangenehm sei ihr die Drohung, dass ihr 13-jähriger Sohn ihr weggenommen würde und die Aufforderung, dass sie sich umbringen solle. Seit Ende des letzten stationären Aufenthalts vor etwa 2 Wochen hätten die Stimmen rasch an Lautstärke und Häufigkeit zugenommen, sie

habe buchstäblich «keine Minute Ruhe» vor ihnen. Abends lasse sie das Radio eingeschaltet, da sie sonst wegen der «heftigen» Stimmen nicht schlafen könne, tagsüber könne sie nicht alleine bleiben. Sie werde ständig von ihren Nachbarn beobachtet, die durch Tür und Fenster schauen und sie durch die Decke als «Schlampe» beschimpften. Daher habe sie große Angst und wohne weiterhin bei der Mutter. Aber auch mit dieser habe sie Probleme: Seit der Entlassung gebe es mit der Mutter und dem 13-jährigen Sohn vermehrt Streit, in dem diese sie «faul und nutzlos» schimpften. Weiter berichtet die Patientin, dass sie soziale Kontakte meide, obwohl sie «recht gesellig» sei, da sie befürchte, dass andere «Schlimmes» über sie denken würden oder die Stimmen wieder lauter würden. Von der Mutter ist zu erfahren, dass Frau S. sich kaum alleine aus dem Haus traue, Besuche in einer Tageseinrichtung für psychisch gestörte Menschen meide und immer häufiger über den Tag verteilt drei bis vier «Halbe» Bier (je 0,5 l) trinke.

Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Frau S. wurde als mittlere von 3 gemeinsamen Töchtern des Ehepaars S. geboren. Bei ihrer Geburt waren ihre Eltern Anfang 40 und hatten beide jeweils eine Tochter aus früheren Verbindungen, die jedoch nicht bei der Familie S. lebten. Die Patientin ist aufgewachsen mit zwei leiblichen Schwestern, von denen eine etwa 4 Jahre älter, die andere 4 Jahre jünger ist. Ihr Vater sei 1991 etwa 65-jährig gestorben, wobei sie «Altersschwäche» als Ursache vermutet. Über die Lebensumstände des Vaters vor ihrer Geburt sei ihr nichts bekannt, außer dass seine Familie in der DDR ein Geschäft gehabt habe und er jung im Krieg gewesen sei. Er habe sie oft mit Geschichten über Splitter in seinem Körper und mögliche Verkehrsunfälle geängstigt; geschlagen habe er sie nur einmal, dafür so fest, dass sie gegen die Wand geflogen sei. Er sei wohl selbst nervenkrank gewesen, daher wolle sie auch nicht weiter über ihn reden. Dagegen habe sie an ihrer Mutter sehr gehangen, die sie etwas «verzogen» habe und sie überall hin mitgenommen habe. Sie schmunzelt bei der Erinnerung, dass sie vor jedem Laden «brüllend» stehen geblieben sei, bis sie bekommen habe, was sie wollte. Auch sonst sei sie ein kompliziertes Kind gewesen, weshalb ihr die Mutter oft den Hintern versohlt und sie in ein Heim gesteckt habe. Sie möchte keine näheren Angaben zu Dauer oder Art des Aufenthalts im Heim machen.

In der Schule sei sie schlecht gewesen, nur im Turnen sei sie ausgezeichnet worden und habe, ebenso wie ihre beiden Schwestern, die Sonderschule abgeschlossen. Aus ihrer Schulzeit erinnert sie sich vor allem daran, dass sie von anderen Kindern regelmäßig verprügelt worden sei, aber sie habe «kräftig zurückgekloppt». In der Grundschule habe sie eine beste Freundin gehabt und sei gerne mit den anderen Kindern herumgezogen. Gefragt nach besonderen Krankheiten in der Kindheit schildert sie, dass sie als Elfjährige bei einem Streit mit ihrer Schwester die Glastür eingetreten und sich das Bein verletzt habe, so dass sie einen Monat im Krankenhaus gewesen sei. Nach der Schule habe sie keine Ausbildung gemacht, sondern in einem Kindergarten geputzt und gekocht und weiterhin bei den Eltern gelebt. Etwa mit 20 Jahren habe sie sich verliebt und bald einen inzwischen 13-jährigen Sohn bekommen. Von dem Mann habe sie sich nach etwa 4 Jahren getrennt, da er immer seltener zu ihr gekommen sei und sich um nichts gekümmert habe. Im Nachhinein vermutet sie, schon bald nach der Trennung Ausfallserscheinungen wie Konzentrationsschwäche, Vitalitätsverlust usw. wahrgenommen zu haben, aber die «Stimmen» und der Verfolgungswahn seien erst einige Jahre später, also vor etwa 6 Jahren aufgetreten. Von da an habe sie nichts mehr tun können, außer ständig vor den Stimmen wegzulaufen, mit der besorgten Mutter auf den Fersen, oder sich ins Bett zu verkriechen. Es habe lange gedauert bis sie überhaupt verstanden habe, dass es sich um eine Krankheit handle.

Seit dem ersten Auftreten 1994 seien die Stimmen nie vollständig abgeklungen und phasenweise so stark geworden, dass sie vergangenes Jahr (1999) 3 Mal jeweils für mehrere Monate in stationärer Behandlung gewesen sei. Fremdanamnistisch ist durch die behandelnde Ärztin bekannt, dass Frau S. mehrfach sehr compliant auf Neuroleptika unterschiedlicher Substanzklassen eingestellt wurde, ohne dass sich ein anhaltender Erfolg

zeigte. Bei ihrem letzten stationären Aufenthalt sei sie auf die Höchstdosis eines Studienmedikaments (16 mg Iloperidon versus 20 mg Haldol) umgestellt worden, worunter die akustischen Halluzinationen bis zur Entlassung deutlich zurückgegangen seien. Während der bisherigen stationären Behandlungen in derselben Klinik seien mit ihr stützende ärztliche Gespräche und psychoedukative Gruppenmaßnahmen durchgeführt bzw. eine ambulante Psychotherapie mit bisher 5 Sitzungen und eine sozialpädagogische Wohnbetreuung eingeleitet worden.

Psychischer Befund zu Therapiebeginn

Die Patientin wirkt beim Erstkontakt aufgeweckt, allseits orientiert und freundlich zugewandt, affektiv jedoch herabgestimmt und sehr ängstlich bei deutlichem Leidensdruck. Anhaltspunkte für das Vorliegen akustischer Halluzinationen sind ihre Aussagen, sie höre dialogisierende und kommentierende Stimmen, die sie permanent abwerteten, als Schlampe und schlechte Mutter beschimpften und drohten, der Sohn «komme fort»; ausserdem forderten imperative Stimmen sie auf, sich vor die U-Bahn zu werfen oder zu erhängen. Dabei distanziert sie sich energisch und glaubhaft von suizidalen Handlungsabsichten. Sie ist überzeugt davon, das Jugendamt wolle ihr den Sohn wegnehmen, weil sie krank sei, ohne andere Anhaltspunkte dafür zu haben als die Stimmen. Krankheitseinsicht ist grundsätzlich hinsichtlich der Symptome und der medikamentösen Behandlung vorhanden, aber deutlich eingeschränkt: Sie wisse, dass es sich bei gehörten Stimmen um Halluzinationen handeln könne, jedoch erachtet sie die Drohungen und Kommentare als real geäußert von ihren Nachbarn oder unbekanntenen Personen. Formale Auffälligkeiten sind beobachtbar, wenn die Patientin bei teils logorrhöischem Redefluss oft den Faden verliert, «daneben» antwortet, von einem Thema zum nächsten springt oder plötzlich innehält. Ich-Störungen und Zwangsgedanken sind nicht zu eruieren, mnestiche Funktionen sind unbeeinträchtigt. Mit Hilfe der «Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS, [Kay et al., 1987]; Streubereich: 30 = keine Störung bis 210 = extrem schwere Störung in allen Bereichen), die zur differenzierten Erfassung von Produktiv- und Minussymptomatik durchgeführt wird, lassen sich anhand von 30 Items inhaltliche und formale Denkstörungen, Störungen der Wahrnehmung, des Affekts und des Sozialverhaltens beschreiben. Dabei wird Vorhandensein und Grad der Störung fremdbewertet. Eine Woche vor Beginn der Psychotherapie erreichte die Patientin insgesamt 90 Punkte.

Somatischer Befund

Die Patientin ist leicht adipös, sie klagt über Einschlafstörungen und Kopfschmerzen, die bei Bedarf medikamentös therapiert werden. EKG, Oberbauchsonographie, Routinelaborparameter und neurologische Untersuchungen (EEG, CT, MRT) sind alle unauffällig; die körperliche Untersuchung bei stationärer Aufnahme ergibt einen gutem allgemeinen Gesundheitszustand.

Verhaltensanalyse

Im Folgenden werden drei für die Therapie relevante Problembereiche, die eng miteinander verknüpft sind, im Sinne von Verhaltensanalysen einzeln vorgestellt:

- intensive akustische Halluzinationen,
- sozialer Rückzug,
- Alkoholgebrauch zur Stressreduktion.

Intensive akustische Halluzinationen

Frau S. berichtet über die akustischen Halluzinationen als anhaltendes Phänomen, jedoch verstärkten sie sich bei verschiedenen Aktivitäten wie z.B. in der Stadt einkaufen und bei familiären Streitigkeiten. Unter der Annahme, dass persistierende psychotische Phänomene neben physiologischen durch psychologische Prozesse aufrechterhalten werden und medikamentenresistent bleiben, werden akustische Halluzinationen als «Problemverhalten» gedeutet und der Patientin anhand ihrer eigenen Erfahrungen dargelegt. Exemplarisch werden im Folgenden als belastend empfundene familiäre Konfliktsituationen angeführt, denen durch empirische Untersuchungen zu «High-expressed-emotion»-Familien bei schizophrenen Störungen besondere Bedeutung zukommt. Spezifische Auslöser sind kritische Bemerkungen seitens der Mutter oder des Sohns.

Organismusvariable: Im Rahmen des integrierten Vulnerabilitäts-Stress-Modells der Schizophrenie werden psychophysiologische Übererregbarkeit bei reduzierter kognitiver Flexibilität und Verarbeitungskapazität angenommen.

Kognitive Ebene: Wiederkehrende akustische Halluzinationen, dialogisierende und kommentierende Stimmen: «Du bist eine schlechte Mutter», «Dein Sohn kommt fort», «Schlampe». Seltener höre sie imperative Stimmen wie: «Bring dich doch um!». Eigene Gedanken lassen sich nur vage eruieren. Grundlegende Überzeugungen, die zum Tragen kommen, sind: sie sei eine Versagerin und eine Last für ihre Mutter.

Motorische Ebene: Überwiegend starre Körperhaltung, eingezogener Kopf (um besser «nach innen» zu hören) und Passivität stehen im Gegensatz zu ungezielter Aktivität, Hin- und Herlaufen und Weglaufen bei besonders intensiven und langdauernden Halluzinationen.

Emotionale Ebene: Angst.

Physiologische Ebene: Frau S. empfindet innere Unruhe und große Anspannung, die sich vor allem als «Kopfdruck» spürbar mache.

Bedingungsanalyse: Auslöser sind Situationen, in denen die Mutter Frau S. vorwirft, sie kümmere sich nicht um den gemeinsamen Haushalt, oder sie zeige sich nicht verantwortlich für die Versorgung ihres Sohnes. Besonders heftig seien die Auseinandersetzungen seit Frau S. regelmäßig zu Hause und beim Ausgehen Bier trinke. Schlimm für sie sei, dass ihr Sohn sich der Mutter anschließe und verächtliche Äußerungen im Sinne von «Säufst Du schon wieder!» mache. Mehrmals habe die Mutter dabei auch Andeutungen gemacht, dass Alkoholkern die Kinder weggenommen würden. Die persistierenden

Halluzinationen, die Frau S. als weniger belastend empfindet, wenn sie z.B. in eine Beschäftigung vertieft ist, werden bei Streitereien lauter und bedrohlicher im Inhalt. Das Erlebnis akustischer Halluzinationen, das heißt der beschimpfenden und abwertenden Stimmen selbst, wird wahrscheinlich situativ und über vermittelnde psychophysiologische Erregung (klassische Konditionierung) sowie über bewertende kognitive Prozesse getriggert, wenn wir akustische Halluzinationen auch als psychologisch bedingte Prozesse betrachten können. Äußerungen darüber, dass z.B. die Stimmen wieder da sind, dass die Stimmen sie quälen usw., werden wahrscheinlich operant verstärkt durch die unmittelbare Zuwendung der Mutter und Pflegepersonen sowie durch die Garantie, trotz eigener Wohnung bei der Mutter wohnen zu können und von dieser versorgt zu werden. Negative Verstärkung erfährt Frau S., indem sie sich zurückziehen kann von auslösenden familiären oder anderen sozialen Konfliktsituationen. Weitergehend vermeidet sie Alltagsanforderungen wie Erwerbstätigkeit, Haushalt führen und den Sohn erziehen. Langfristig bewirkt dies Unselbständigkeit, Gedanken der Insuffizienz, Niedergeschlagenheit und sozialen Rückzug, was neue Probleme aufwirft.

Sozialer Rückzug

Aufgrund der oben beschriebenen Halluzinationen, berichtet Frau S., meide sie Begegnungen mit anderen Menschen, obwohl sie Bedürfnisse nach zwischenmenschlichen Kontakten und nach Partnerschaft zu einem Mann hege.

Verhaltens Ebene: Frau S. geht Kontakten im Alltag mehrfach aus dem Weg. Sie besuche nicht mehr einen Treffpunkt für psychische kranke Menschen, den sie früher regelmäßig aufgesucht habe und wo sie eine Reihe von Besuchern seit mehreren Jahren kenne. Kontakte mit den Nachbarn seien ihr unangenehm. Wenn ihre Schwestern zu Besuch kämen, verziehe sie sich nach kurzer Zeit in die Küche. Außerdem gehe sie nicht mit Mitpatienten in ein nahegelegenes Café.

Kognitive Ebene: Frau S. befürchtet, dass die akustischen Halluzinationen an Lautstärke zunehmen könnten, wenn sie jemanden treffe. Ihr Zustand könne sich so verschlechtern, dass die Stimmen nur noch «toben». Außerdem könne ihr Gegenüber sie aushorchen, um Beschwerden gegen sie an die zuständige Behörde weiterzuleiten, die ihr den Sohn wegnähme. Auch befürchte sie, dass sie von männlichen Nachbarn/Bekanntem sexuell belästigt werden könne.

Emotionale Ebene: starke Angst.

Physiologische Ebene: Anspannung und innere Unruhe.

Bedingungsanalyse: Unmittelbar auslösende Bedingungen für den Rückzug von Frau S. sind Kontaktangebote durch Nachbarn, Mitpatienten oder andere Personen, wie z.B. beim Ein- und Ausgehen, im Treppenhaus, vor der Haustür und in öffentlichen Transportmitteln. Kurzfristig erfährt sie durch den Rückzug physiologisch und emotional Abnahme der Unruhe und Angst; außerdem bekommt sie positiv oder negativ getönte Zuwendung durch die Mutter, den Sohn und Pflegepersonen. Langfristig brechen Kontakte zu Bekannten in der Tageseinrichtung ab, belastende Emotionen wie Angst verstär-

ken sich und das negative Selbst- und Fremdbild wird bestätigt.

Alkoholgebrauch zur Stressreduktion

Um die chronischen Stimmen etwas zu dämpfen, greift Frau S. immer häufiger zu Alkohol.

Verhaltensebene: Frau S. gibt an, eher unregelmäßig am Abend zwischen 19 und 22 Uhr einen halben Liter Bier zu trinken. Außerdem trinke sie bei dem warmen Wetter unterwegs auch mal eine Maß Bier. Abweichend berichtet die Mutter bei einem gemeinsamen Gespräch, dass Frau S. regelmäßig jeden Abend 3–4 Bier trinke. Außerdem sei sie dieses Jahr im Sommer schon mehrmals tagsüber mit einer Fahne nach Hause gekommen.

Kognitive Ebene: Befragt danach, was ihr beim Alkoholgebrauch durch den Kopf gehe, berichtet Frau S. überwiegend positive Gedanken: «Ah, das tut wieder gut, das entspannt». Wenn sie abends trinke, denke sie, dass sie gleich besser schlafen könne.

Emotionale Ebene: «Wohliges, gutes Gefühl» und «Lebens»-Freude.

Physiologische Ebene: Frau S. erlebt sich «schon beim ersten Schluck» entspannt.

Bedingungsanalyse: An «stressigen» Tagen, wenn Frau S. den ganzen Tag an akustischen Halluzinationen gelitten hat, trinkt sie am Abend Bier mit dem Ziel, sich zu entspannen. Als auslösende Bedingungen für Alkoholgenuss sind neben intrapsychischen Faktoren Umweltbedingungen festzuhalten: bei warmem Wetter trinke sie besonders gerne. Dabei kommt auch ein sozialer Anpassungswunsch zum Tragen, sie möchte gerne unbeschwert in der Öffentlichkeit trinken, wie viele andere Menschen auch. Der Biergenuss vermittelt Normalität in ihrem Leben, da «jeder» Bier trinkt und sie dies trotz der Psychose tun kann. Kurzfristig fühlt sich Frau S. entspannt und emotional gelöst, sie empfindet ein Gefühl der Zugehörigkeit und bahnt im Biergarten manchmal ein lockeres Gespräch mit dem Personal oder Gästen an. Erst in letzter Zeit sei es vorgekommen, dass sie dabei an ihre Mutter gedacht und sich Vorwürfe gemacht habe. Langfristig ist anzunehmen, dass sich die habituell bedingte Übererregung auf höherem Niveau festigt und indirekt psychotische Symptome verstärkt, wobei die Interaktion mit dem Neuroleptikum ungeklärt ist. Als belastende Konsequenz kommen gehäuft familiäre Konflikte wegen des Alkoholkonsums mit der Mutter und dem Sohn hinzu.

Funktionale Zusammenhänge zwischen den Symptomen

Wie bereits oben erwähnt, hängen die einzeln beschriebenen Problembereiche eng miteinander zusammen. Das chronische Stimmenhören bei verschiedenen Aktivitäten und Konflikten in der Familie bewirkt, dass die Patientin sich immer stärker von Mitgliedern der eigenen Familie, aber auch von anderen Personen zurückzieht. Unmittelbar schirmt sie sich so vor

Überstimulierung ab, verstärkt aber ihre soziale Isolation innerhalb von Familie und Gesellschaft. Der Alkoholgebrauch dient in erster Linie dazu, sich unmittelbare Entspannung und Beruhigung zu verschaffen. Gleichzeitig wirkt der Alkoholgebrauch in der Öffentlichkeit aber auch ausgleichend zum sozialen Rückzugsverhalten, da er ein subjektives Gefühl von Normalität und Zugehörigkeit vermittelt und die Gelegenheit verschafft, zu «normalen, gesunden» Menschen Kontakt zu knüpfen, statt ausschließlich zu ebenfalls «kranken» in der Tageseinrichtung. Verheerend wirkt er sich wiederum auf die ohnehin schon belastete Familiensituation aus, da er Ängste über weiteren Verfall bei der Mutter schürt.

Hypothetisch wird außerdem angenommen, dass der zunächst nicht allzu hoch wirkende Alkoholkonsum das vegetative Erregungsniveau von Frau S. steigert, was ihr psychotisches Erleben begünstigt. Weiterhin verstärkt vermehrter Alkoholkonsum möglicherweise die sedierende Wirkung des Neuroleptikums, was sich ungünstig auf den Antrieb und die Tagesstruktur auswirkt. Aus den Schilderungen von Frau S. ist bekannt, dass ihr mangelnder Einhalt einer Tagesstruktur in jüngster Zeit zum Zündfunken für besonders belastende Streitereien mit ihrer Mutter und dem Sohn wurde, welche in zeitlichem Zusammenhang mit vermehrten akustischen Halluzinationen stehen.

Bisher entwickelte Bewältigungsfähigkeiten

Frau S. hat es in den vergangenen 6 Jahren trotz schwerer psychotischer Störung geschafft, nicht in einer Institution untergebracht zu werden. Sie hat keinen bekannten Suizidversuch unternommen und, trotz ungünstiger Erlebnisse in der Kindheit (Heimaufenthalt) und emotional belastender Kommunikationsstrukturen, eine enge Beziehung zur Mutter aufrechterhalten, bei der sie mit ihrem Sohn wohnen, aber sich auch in gewissen Grenzen selbständig machen konnte (4 Jahre intime Beziehung zum Vater des Kindes, eigene Erwerbstätigkeit, außerhäusliche Aktivitäten usw.). Die Bindungsfähigkeit von Frau S. und ihre Bereitschaft, sich familiäre und professionelle Hilfe zunutze zu machen, sind dabei als potentielle Schutzfaktoren zu werten, ebenso ihr zugewandtes, humorvolles und sehr selbstverständlich wirkendes Sozialverhalten. Spezifische Bewältigungsmuster zur Überwindung der oben geschilderten Problembereiche sind eher dysfunktionaler Natur, wie zum Beispiel der Alkoholgebrauch oder das Rückzugsverhalten.

Diagnose

Aus der oben berichteten Symptomatik und fremdanamnестischen Angaben geht hervor, dass Frau S. bei Beginn der Psychotherapie seit etwa 6 Jahren an einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10, F20.0) leidet. Verdacht auf eine Alkohol-

abhängigkeit und eine soziale Phobie werden aufgrund der leichten Ausprägung als dysfunktionale Bewältigungsversuche mit bisher keinem gesonderten Störungswert verstanden, aber in der Therapieplanung berücksichtigt. Ebenso wird die affektive Herabgestimmtheit der Patientin als Folgeerscheinung der primären Störung verstanden und zurückgestellt, da durch die Behandlung der Psychose auch Veränderungen im Affekt erwartet werden.

Therapieziele und Prognose

Frau S. kommt eigenmotiviert in die Therapie. Mit Psychotherapie verbindet sie in erster Linie Entlastung und Zuwendung und erwartet daher insbesondere Empathie. Von ärztlicher Seite ist ihr zur Therapie geraten worden, um einen «besseren Umgang» mit dem chronischen Stimmenhören zu lernen, da zahlreiche medikamentöse Behandlungsversuche fehlgeschlagen seien. Frau S. selbst erwartet, dass die Stimmen möglichst bald völlig aufhören. Dennoch ist es ihr auch wichtig, über Inhalte der Halluzinationen zu sprechen, die sie besonders irritieren oder ängstigen. Die Motivation von Frau S. zur Bearbeitung psychotischer Symptome wird als hoch eingeschätzt, da eine Krankheitseinsicht partiell vorhanden ist – insofern als Frau S. akzeptiert, dass sie eine Erkrankung hat, dass Halluzinationen Krankheitszeichen sind und dass sie auch mit einer medikamentösen Behandlung einverstanden ist (zur Operationalisierung von Krankheitseinsicht siehe David [1990]). Allerdings hat sie ein passives Krankheitskonzept. Sie meint, selbst nichts tun zu können, nur Unterstützung und Medikation zu benötigen. Deshalb wird viel Wert auf die Vermittlung eines mehrdimensionalen, aktiven Krankheitskonzepts gelegt.

Parallel wird die Bearbeitung familiärer Probleme angestrebt. Bereits zu Beginn der Therapie äußert Frau S. den Wunsch nach einem gemeinsamen Gespräch mit der Mutter und dem Sohn, um deren Verständnis für ihre Störung zu fördern. Außerdem sollen anhand des Alkoholgebrauchs von Frau S. modellhaft günstigere innerfamiliäre Kommunikationsstrukturen erprobt werden. Aufgrund des beiderseitig hohen Leidensdrucks, der Bereitschaft zu gemeinsamen Gesprächen in der Klinik und der trotz großer Probleme erhaltenen familiären Strukturen (Frau S. wohnt immer noch bei der Mutter, die Mutter kümmert sich um den Enkel und gegebenenfalls um sie) wird eine günstige Prognose getroffen.

Die Förderung differenzierter Wahrnehmung eigener Gedanken und Gefühle, die Korrektur von Beziehungsideen, soweit sie der Durchführung von Aktivitäten oder sozialen Kontaktaufnahme im Wege stehen, die Erweiterung sozialer Kompetenz zur Durchsetzung berechtigter Forderungen, sowie die Aufnahme außerhäuslicher Aktivitäten sind weitere Ziele, um dem Rückzugsverhalten von Frau S. entgegenzuwirken, wofür angesichts der zugewandten Primärpersönlichkeit von Frau S. eine günstige Prognose anzunehmen ist.

Behandlungsplan

Allgemeine Planung

In der Anfangsphase wird verstärkt der Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung betrieben, die unmittelbare Befriedigung von Bedürfnissen der Patientin nach Entlastung, Ressourcenstärkung, Strukturierung, Transparenz, unbedingter Wertschätzung und Empathie wird in den Vordergrund gerückt [Kraemer et al., 1999]. Mit Frau S. wird vereinbart, zunächst indirekt, über die Stabilisierung ihres psychischen Befindens, den Rückgang akustischer Halluzinationen anzustreben. Aus der Verhaltensanalyse wird dazu die Veränderung auslösender Bedingungen, wie Stress und emotional belastender Kommunikation innerhalb der Familie mit generalisierenden Vorwürfen und latenten Drohungen, abgeleitet. Parallel soll auf das Problemverhalten direkt Einfluss genommen werden: Zur unmittelbaren Hemmung akustischer Halluzinationen soll trainiert werden, die Wahrnehmung kontrolliert auf Außenreize zu lenken. Die Inhalte der Stimmen sollen allmählich in den Rahmen irrationaler Vorstellungen und Phantasien, die das mangelnde Selbstwertgefühl der Patientin repräsentieren, gestellt und so «entpathologisiert» werden. Dann können sie mit kognitiven Techniken wie Vergleich, Distanzierung, Perspektivenänderung durch Rollentausch o.ä. bearbeitet werden. Damit wird auch eine Zunahme der Selbsteffizienz angestrebt. Durch den Aufbau positiver Verstärker soll die Aufnahme selbständiger Aktivitäten und der Aufbau von Ressourcen im Sinne einer Stimmungsaufhellung und Rückfallprophylaxe gefördert werden. Gleichzeitig wird damit die Reduktion des Alkoholgebrauchs zu entspannenden bzw. sozialen Zwecken angestrebt.

Symptomspezifische Planung

Für die Bearbeitung des Problembereichs persistierende Halluzinationen bei familiären Konflikten sind zum einen informationsvermittelnde Maßnahmen [Bäumel, 1994; Liberman, 1992] zur Reduktion stressbedingter Auslöser für Frau S. und ihre Mutter vorgesehen. Gleichzeitig sollen, zum Teil in intermittierenden gemeinsamen Gesprächen mit der Mutter, Fertigkeiten, wie aktives Zuhören, adäquates Ausdrücken positiver bzw. negativer Gefühle und konstruktives Mitteilen von Wünschen und Kritik [Hahlweg, 2000] geübt werden. Rollenspiele sollen das Problemlöseverhalten hinsichtlich Erziehungs- und Aufenthaltsfragen des Sohnes gegenüber der eigenen Mutter, den Schwestern und dem Vater des Sohnes trainieren. Die Beziehung zum Sohn soll durch regelmäßige Angebote für gemeinsame Unternehmungen wie Brettspiele, kurze Radtouren, Schwimmbadbesuche usw. gefestigt werden. Angemessene Reaktionen auf potentiell ablehnendes Verhalten des Sohnes oder überfordernde Tendenzen anderer Familienmitglieder sollen im Rollenspiel mit der Therapeutin bzw.

in der Patientengruppe zum Training sozialer Kompetenz vorbereitet werden.

Der Aufbau von Aktivitäten und Ressourcen soll stufenweise geschehen durch die Aufnahme von regelmäßigen Besuchen in der Tageseinrichtung «Lichtblick» für psychisch gestörte Menschen mit späterer Übernahme von angebotenen Aktivitäten wie wöchentlicher Theken- oder Bürodienst, Übernahme von Aufgaben im gemeinsamen Haushalt nach Absprache mit der Mutter, verlängerte Aufenthalte in und Pflege der eigenen Wohnung, Besuche bei der Freundin und Einladung dieser in die eigene Wohnung. Stärkimpfung, Entspannungs- und Genusstraining sollen das allgemeine Befinden verbessern und dem Alkoholgebrauch entgegenwirken. Für letzteres Therapieziel sind auch psychoedukative Maßnahmen hinsichtlich der ungünstigen langfristigen Wirkungen des Alkohols auf das Erregungsniveau und die Wechselwirkung mit Medikamenten vorgesehen. Durch kognitive Umstrukturierung und Entwicklung alternativen Verhaltens soll nach einer abstinenter Phase kontrolliertes Trinkverhalten geübt werden.

Förderung von Selbstmanagement soll hinsichtlich der akustischen Halluzinationen hemmende kognitive Prozesse trainieren. Durch Verhaltensexperimente wird zunächst kurzfristig die Möglichkeit der Kontrolle erfahrbar und die Selbsteffizienz gesteigert [Fowler et al., 1995; Süllwold und Herrlich, 1998]: die Aufmerksamkeit wird bewusst auf externe Geräuschquellen gelenkt, andere Sinnesmodalitäten, wie zum Beispiel das Sehen, Riechen oder Tasten werden benutzt, externe Auslöser für Halluzinationen erarbeitet oder Halluzinationen absichtlich durch die Klientin herbeigeführt.

Therapieverlauf

Die Einzelsitzungen fanden über die gesamte Dauer der Therapie in den Räumen der Klinik statt. Zunächst wurden 2 Sitzungen pro Woche angesetzt, bei Bedarf wurden diese auf 3–4 Kontakte in der Woche erhöht. Wegen Konzentrationsproblemen stellte es sich zum Teil als problematisch heraus, den üblichen Zeitrahmen von 50 Minuten einzuhalten, weshalb die Sitzungslänge flexibel gehandhabt wurde. Außerdem wurden 1–2 etwa 5-minütige Pausen vereinbart, die Frau S. bei Bedarf einfordern sollte. Die erste Sitzung fand am 16.2.2000 statt, weitere 17 Sitzungen folgten bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung Ende April. In dieser Zeit nahm sie an weiteren Maßnahmen wie Ergotherapie, Konzentrationstraining und Rollenspiel zum Erwerb sozialer Kompetenzen teil. Außerdem nahm Frau S. etwa 5 Wochen nach Therapiebeginn eine Tätigkeit in der Klinikgärtnerei im Rahmen einer arbeitstherapeutischen Maßnahme auf, die sie 4 Wochen täglich für mehrere Stunden durchführte. Nach der Entlassung kam Frau S. regelmäßig zu wöchentlichen Sitzungen in die Klinik, die gegen Ende der Therapie nach Absprache ausgedünnt wurden. Insgesamt fanden bis zum 7.1.2001 40 einzeltherapeutische Sitzungen statt.

Als vordringlichstes Ziel stellte sich zu Beginn die Erweiterung der Kontrolle über akustische Halluzinationen heraus. Frau S. beschrieb, zum einen eine Entlastung in der Gesprächssituation zu spüren und weniger Halluzinationen zu haben, jedoch ergab sich in den ersten Sitzungen häufig die Situation, dass sie dem Gespräch nicht folgen konnte bzw. sich selbst unterbrach und «nach innen horchte», um kommentierenden Stimmen zu folgen. Außerdem sprang sie häufig nach wenigen Minuten von einem Thema zum nächsten, ohne dies selbst zu bemerken. Mit Frau S. wurde vereinbart, durch gezielte Übungen, die sie mehrmals täglich machen sollte, mehr Kontrolle darüber zu erlangen, worauf sie ihre Aufmerksamkeit richtet bzw. welche Informationen sie «ausblendet». Zu diesem Zweck übte sie, sich auf andere Geräuschquellen, wie zum Beispiel Straßengeräusche, Stimmen und Schritte auf dem Flur, die Stimme der Gesprächspartnerin usw. zu konzentrieren. Dabei sollte sie die wahrgenommenen Geräusche immer explizit ihrer Quelle zuordnen (z.B. «Aha, jetzt geht jemand über den Flur», «Draußen fährt gerade eine Straßebahn vorbei») und stellte fest, dabei Halluzinationen leiser oder gar nicht zu hören. Außerdem übte sie, andere Sinneskanäle vermehrt zu benutzen, indem sie zum Beispiel ihre visuelle Aufmerksamkeit auf umliegende Objekte richtete. Danach bewertete sie, wie viel Halluzinationen sie dabei gehört hatte und stellte fest, dass sie sich, entsprechend ihrer Aufmerksamkeit, an mehr Gesehenes als Gehörtes erinnerte. Der Gesprächsverlauf wurde anfangs stark von der Therapeutin strukturiert, so wurden zu Beginn gemeinsam maximal 2–3 Themen festgelegt, die bearbeitet werden sollten. Bei Abweichungen sollte eine Unterbrechung und Reflexion stattfinden. Diese Aufgaben übernahm Frau S. immer stärker selbst und äußerte sich erstaunt darüber, unbeabsichtigte Themenwechsel vermehrt selbst festzustellen.

In der dritten Therapiesitzung war Frau S. besonders stark abgelenkt. Auf Nachfrage berichtete sie sehr zögerlich, dass «die Stimmen» sagten, sie sei eine «Ausländerhasserin», was jedoch auf keinen Fall stimme, schließlich sei der Vater ihres Sohnes türkischer Herkunft. Sie habe erstmals eine Halluzination mit solchem Inhalt und konnte keine möglichen Ursachen dafür nennen. Als mit ihr erarbeitet wurde, dass die dunkle Haar- und Hautfarbe der Therapeutin möglicherweise ein auslösender Reiz für den Inhalt der Halluzination gewesen sein könnten, ohne dass dieser Inhalt stimmen müsse, zeigte sich Frau S. erstaunt, aber vor allem erleichtert, da diese Erklärung ihr plausibel erschien. Anhand dieses Beispiels konnte eine mögliche Funktion von Halluzinationen erarbeitet werden, nämlich irrationale Befürchtungen, die sich aus Reizkonstellationen in der Situation ergaben, aufzugreifen. Andere wiederkehrende Halluzinationen (z.B. hatte Frau S. gehäuft die für sie emotional sehr belastende Halluzination «Zickezacke, heu, heu, heu»), für die keine unmittelbaren Auslöser gefunden wurden, blieben aus, nachdem es Frau S. gelang, sich diesen in der Therapie auszusetzen: Sie konstruierte eine wahrscheinliche Auslösesituation als Modell, sie selbst und die

Therapeutin formulierten die Halluzination, sie fixierte sie schriftlich und schaute sie mehrmals an bis die belastenden Gefühle abnahmen.

Frau S. klagte zwar bei Nachfrage weiterhin über wechselnde Halluzinationen, aus den Symptomprotokollen und regelmäßigen PANNS-Interviews ergab sich jedoch bis zur stationären Entlassung bei unveränderter Studienmedikation ein deutlicher Rückgang der akustischen Halluzinationen.

Zwar äußerte Frau S. selbst mehrmals Entlassungswünsche, als diese jedoch aufgegriffen wurden, verstärkte sich neben Versagensängsten und Schuldgefühlen auch das psychotische Erleben. Die akustischen Halluzinationen nahmen wieder zu, Frau S. schilderte Depersonalisationsempfindungen wie z.B., dass sie sich selbst nicht mehr spüre. Dennoch konnte sie den Entlassungstermin beibehalten und wollte weiterhin ambulant in die Therapie kommen.

In Vorbereitung der ambulanten Phase wurden verstärkt familiäre Konflikte und soziale Befürchtungen aufgegriffen. Frau S. war es bereits im stationären Alltag rasch gelungen, sich in die Patientengruppe gut einzugliedern, außerdem machte sie bald regelmäßige Besuche in der bekannten Tageseinrichtung und nahm intensiven Kontakt zu einer früheren Freundin auf, mit der sie die Wochenenden verbrachte. Im sozialen Kompetenztraining übte sie mit viel Humor, auf Kontaktangebote einzugehen bzw. diese selbst zu machen, Gesprächsverläufe abseits von krankheitsbezogenen Themen aktiv zu gestalten und berechnete Forderungen zu stellen – Fertigkeiten, die sie in kleinen täglichen Übungen auf der Station, in der Tageseinrichtung und in der Familie umsetzte. Paranoide Beziehungsideen gingen parallel zu Halluzinationen und familiären Konflikten zurück und mussten daher kaum gesondert behandelt werden. Übungen in Verbindung mit der Pflege der eigenen Wohnung und zur Steigerung der Selbständigkeit in der mütterlichen Wohnung, bzw. hinsichtlich ihres Sohnes, machte sie nur unregelmäßig und widerstrebend, so dass ihr häufig geäußelter Wunsch, allein mit dem Sohn leben zu wollen, bisweilen vorgeschoben erschien.

Familiäre Konflikte hinsichtlich des Alkohols ließen sich bei einem gemeinsamen Gespräch mit der Mutter in der 15. Sitzung bearbeiten. Mutter und Tochter einigten sich, dass Frau S. den Alkoholgebrauch in der Therapie selbständig aufgreift und sich für 4 Wochen vermehrt um Abstinenz bemüht, was ihr in der Folge gelang. Hingegen verzichtete die Mutter dauerhaft auf Drohungen und Schuldzuweisungen, reflektierte Befürchtungen über den «Abstieg» der Tochter und formulierte konstruktiv Wünsche an diese. Die Überwachung der Abstinenz bzw. des kontrollierten Konsums wurde explizit der Verantwortung der Mutter enthoben und Frau S. aufgetragen, die dafür die Hilfe der Therapeutin nutzen konnte, was unmittelbar entlastend für die Mutter wirkte. Um den Wünschen der Mutter nach aktiver Beziehungsgestaltung und Fürsorge für die Tochter nachzukommen, wurden gemeinsam Möglichkeiten entwickelt, wie die Mutter Frau S. in der Bewältigung ihrer Aufgaben ermutigen und stärken, sowie in alltagsrele-

vante Aufgaben hinsichtlich des Enkels einbeziehen kann. Abschließend benannten beide jeweils positive Gefühle und wertgeschätzte Eigenschaften der anderen. Bei Bedarf angebotene gemeinsame Gespräche nahm die Mutter nicht in Anspruch, sie suchte aber mehrmals telefonisch Kontakt zur Therapeutin, um aktuelle Schwierigkeiten zu besprechen.

In der Folge berichtete Frau S., sehr erleichtert zu sein und von der Mutter in der Pflege der eigenen Wohnung unterstützt zu werden, indem diese sie mehrmals dorthin begleitete. Dennoch stellten sich bei Frau S. zeitweise sehr belastende Halluzinationen mit Suizidaufforderungen und fremdaggressiven Inhalten hinsichtlich ihrer Mutter und ihrer Freundin ein, von denen sie sich stets glaubhaft distanzierte. Durch das wiederholte Herausarbeiten aggressiver Gedanken und Gefühle konnten Befürchtungen abgeschwächt werden und differenzierte, sehr zugeneigte, aber auch aggressive Gefühle aufgrund von aktuellen Verletzungen formuliert werden. Frau S. übte, die angebrachte Existenz aggressiver Gedanken und Gefühle von aggressivem und abwertendem Verhalten zu differenzieren und entwickelte im Rollenspiel angemessene Verhaltensweisen bei Konflikten. Eigene Gefühle und damit verbundene Bedürfnisse wurden in der therapeutischen Beziehung explizit und anhaltend verstärkt, was die Klientin zunehmend entlastete und sicherer in ihrer Selbstwahrnehmung machte, so dass sie häufiger Ärgergefühle und Insuffizienzängste ansprach, aber auch schnell selbständige Alternativen entwickelte. Als Beispiel sei genannt, dass sie bei einer ungehaltenen Forderung des Sohnes «ihrem Ärger erst mal Luft» machte, indem sie «zur Beruhigung erst mal um den Block» gegangen sei und sich dann überlegt habe, was sie sagen wolle.

Ergebnisse

Frau S. wurde nach 10 Wochen Psychotherapie aus der stationären Behandlung entlassen. Da sie die zuvor aufgenommene ambulante Psychotherapie nicht weiterführen wollte, sicherte sie sich selbständig die ambulante Fortführung der Therapie in der Klinik durch Absprachen mit der Ärztin und der Psychologin. Im Verlauf der Therapie berichtet sie, erstmals seit Beginn ihrer Störung vor mehr als 6 Jahren keine Stimmen mehr zu hören. Kurze Zeit nach Verlust der akustischen Halluzinationen bemerkte sie, dass der «Verfolgungswahn» auch zurückgegangen sei, was sie mit den ausbleibenden akustischen Halluzinationen begründete. Die Selbsteinschätzung der Patientin spiegelt sich auch in der Fremdbewertung durch die Studienärztin wieder: Frau S. erreicht bei Ende der ambulanten Therapie auf der PANNS-Skala insgesamt 55 im Vergleich zu 90 Punkten zu Beginn der Therapie. Sie klagt aktuell über verstärkte Geräuschempfindlichkeit und hat mehrere abwehrstärkende homöopathische Präparate ohne den erhofften Erfolg probiert. Gemeinsam mit der behandelnden Ärztin strebt sie eine Erhöhung des Studienmedikaments an. Dennoch ist sie zuversichtlich, die Psychose dauerhaft im Griff zu haben.

Befragt nach ihrem Alkoholkonsum reagiert sie gereizt und ist nur zu kurzen Antworten bereit, es nerve sie, «ständig im Vorübergehen» von Stationsärzten darauf angesprochen zu werden. Sie versichert, beim Ausgehen weiterhin alkoholfreies Bier zu trinken. Hinsichtlich ihrer sozialen Ängste und familiären Konflikte berichtet sie einen verbesserten Umgang mit der Mutter, mehr Durchsetzungsvermögen dem Sohn und den Schwestern, aber auch der Freundin gegenüber. Sie bewertet die Kommunikation mit anderen Menschen als überwiegend befriedigend und sagt, sie habe keine Angst mehr vor vorübergehenden aggressiven Gefühlen. Den Sommerurlaub verbrachte Frau S. mit einer Gruppe aus der Tageseinrichtung für psychisch gestörte Menschen, die sie zunächst fast täglich besuchte. Mittlerweile habe sie die Besuche dort reduziert, da sie sich langweile und lieber arbeiten wolle oder mit ihrer Freundin zusammen sei.

Für die nahe Zukunft plant Frau S., eine neue Wohnung zu beziehen, die sie für sich und ihren Sohn einrichten wolle, so dass sie im Falle einer Erkrankung ihrer inzwischen 74-jährigen Mutter selbst für den Sohn sorgen könnte. Einer Bekannten, zu der sie im Verlauf der Therapie wieder Kontakt aufnahm, habe sie mehrmals bei ihrer Tätigkeit als Raumpflegerin ausgeholfen und kurz vor Abschluss der Therapie konnte ihr der ambulante Wohnbetreuer eine ähnliche Tätigkeit auf Stundenbasis vermitteln. Auf ihre neue Tätigkeit ist sie zum einen stolz, andererseits macht sie sich Sorgen, dass sie es nicht schaffen könnte. Diese Unsicherheit lässt sich auf mehrere behandelte Bereiche erweitern: Zum einen resümiert Frau S., ein «besseres Leben» als vor ihrer Erkrankung zu führen, andererseits nimmt sie viele Problembereiche jetzt erst verstärkt wahr, wie beispielsweise den Kontakt zum Vater ihres Sohnes. Mit der Beendigung der Therapie ist sie einverstanden, zum einen aus Zeitgründen, zum anderen möchte sie sich von der Klinik lösen, in deren Räumen die Therapie stattfand und in der sie in den vergangenen beiden Jahren mehrmals stationär behandelt wurde. Mit Frau S. wurde die Vereinbarung getroffen, dass sie sich bei Bedarf melden würde, was sie innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der Therapie nicht in Anspruch nahm.

Abschließende Bewertung der Therapie

Frau S. hatte bei Aufnahme der Psychotherapie bereits seit 3 Monaten (Beginn des vorletzten stationären Aufenthaltes) die Höchstdosis eines Studienmedikaments erhalten, das doppelblind ausgegeben wurde (Iloperidon versus Haloperidol). Unter der Studienmedikation waren zwar zunächst während des vorletzten Aufenthaltes die akustischen Halluzinationen zurückgegangen, hatten aber nach Entlassung rasch wieder

zugenommen, was zur oben beschriebenen Aufnahme geführt hatte. Nachdem in den vergangenen 6 Jahren bei guter Compliance mehrere Behandlungsversuche mit unterschiedlichen Neuroleptika fehlgeschlagen waren, wurde auf eine erneute Umstellung verzichtet und statt dessen verstärkt auf eine psychotherapeutische Behandlung fokussiert, so dass die Patientin erneut nach etwa 3 Monaten entlassen werden konnte. Wegen der langfristigen persistierenden Symptomatik, der häufigen stationären Aufenthalte und wegen der nicht sehr günstigen sozialen Bedingungen (alleinerziehend, allerdings mit Hilfe der Mutter; keine Partnerschaft; wenige soziale Kontakte) wurde die prognostische Einschätzung mit Vorsicht getroffen. Erschwerend kam bei Frau S. ihre rein «bio-somatische» Sicht von psychischen Störungen hinzu, die sehr gefestigt war und viel Redundanz in der Vermittlung von Störungsmodellen bzw. angemessenen Bewältigungsstrategien erforderte. Aber wir waren ermutigt durch die Literatur zur Psychotherapie persistierender psychotischer Symptome und hier speziell der kognitiven Verhaltenstherapie, die nicht nur in Fallberichten [Kraemer, 2001] oder Behandlungsanleitungen [Fowler et al., 1995; Garety et al., 2000; Süllwold und Herrlich, 1998], sondern auch in kontrollierten, empirischen Untersuchungen [z.B. Norman und Townsend, 1999; Sensky et al., 2000; Tarrier 2001] positive Effekte zeitigte. In der Tat waren die erzielten Erfolge der Patientin, wie der zeitweise völlige Rückgang akustischer Halluzinationen, aber auch die Neugestaltung eingefahrener familiärer Muster innerhalb weniger Monate erfreulich.

Im Vergleich zur optimistischen Sicht der Therapeutin fällt die Einschätzung seitens der Patientin eher nüchtern aus: Sie nutzte die Therapiesitzung in erster Linie zur unmittelbaren Entlastung und würdigte Erfolge, wie den Rückgang der akustischen Halluzinationen oder verändertes Problemlöseverhalten, jeweils nur kurz.

Angesichts der Fülle von schwierigen Aufgaben, die Frau S. in der Therapie zu bewältigen hatte, wirkt ihr Durchhaltevermögen im Nachhinein überraschend und ihre bisweilen sehr fordernde Haltung verständlich. Der psychische Zustand von Frau S. ist bei Beendigung der ambulanten Therapie stabil: Sie hat seit Beginn ihrer Störung vor 6 Jahren erstmals einen Zeitraum von bisher mehr als einem Jahr ohne stationäre Aufnahme bewältigt.

Dank

Unser Dank gilt Dr. Dipl.-Psych. Günther Knoblich, Dipl.-Psych. Heinz Vollmer und dem anonymen Gutachter für wertvolle Kommentare und Verbesserungsvorschläge zum Fallbericht. Frau Dr. Seemann danken wir für die Bereitstellung der PANNS-Daten.

Literatur

- Bäumli J: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Berlin, Springer, 1994.
- David AS: Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798–808.
- Fowler D, Garety P und Kuipers E: Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice. Chichester, Wiley, 1995.
- Garety PA, Fowler D, Kuipers E: Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophr Bull* 2000;26:73–86.
- Hahlweg K: Schizophrenie; in Margraf J (Hrsg): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 2. Berlin, Springer, 2000, pp 309–348.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261–276.
- Kraemer S: Kognitive Therapie einer Patientin mit einer schizophrenen Störung; in Lempa G, Troje E (Hrsg): *Andere Methoden der Psychosenbehandlung aus psychoanalytischer Sicht*. (Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie). Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 2001, pp 55–71.
- Kraemer S, Starck JV, Dietzel A, Dragon E: Kognitive Verhaltenstherapie schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung: Erste Ergebnisse einer Einzelfallstudie. *Psychotherapie* 1999;4:57–65.
- Lieberman RP: *Effective Psychiatric Rehabilitation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
- Norman RMG, Townsend LA: Cognitive-behavioral therapy for psychosis: A status report. *Can J Psychiatry* 1999;44:245–252.
- Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddie R, O'Carroll M, Barnes TRE: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:165–172.
- Süllwold L, Herrlich J: *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter* (ed 2). Stuttgart, Kohlhammer, 1998.
- Tarrier N: Recent advances in cognitive-behavioural treatment of schizophrenia. Vortrag XXXI Congress EABCT Istanbul, 2001.