

Schizophrenie

Josef Bailer, Irmgard Thurm-Mussgay und Eibe-Rudolf Rey,
Mannheim

Einleitung

Die „Schizophrenie“ als homogenes Krankheitsbild mit einem eindeutig vorhersagbaren Krankheitsverlauf gibt es nicht. Schon Eugen Bleuler (1911), der den Begriff „Schizophrenie“ eingeführt hat, sprach nicht von einer Krankheit, sondern von der „Gruppe der Schizophrenien“. Entsprechend heterogen sind auch das klinische Erscheinungsbild, der Krankheitsverlauf und das Krankheitsendstadium der schizophrenen Störungen.

Das **akute** Krankheitsstadium ist gekennzeichnet durch mannigfaltige Störungen im Bereich der Wahrnehmung, des Denkens, des Verhaltens, des Willens, des emotionalen Erlebens, des Ichbewußtseins und der Beziehung zur Umwelt (siehe DSM-IV, APA 1994; ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1991; Tölle & Huber, 1988). Die charakteristischen Symptome der Schizophrenie sind:

Inhaltliche Denkstörungen, insbesondere Wahnvorstellungen wie z. B. der relativ häufige *Verfolgungswahn* (d. h. der Betroffene glaubt, daß andere ihm nachspionieren, ihm Schaden zufügen wollen) oder der *Beziehungswahn* (d. h. Ereignisse, Gegenstände oder Personen erhalten eine besondere, meist bedrohliche Bedeutung). Bizarre Wahnvorstellungen, körperbezogener Wahn, Größenwahn, religiöser oder nihilistischer Wahn werden dagegen deutlich seltener beobachtet.

Weitere Wahnphänomene, die im engeren Sinne zu den Ich-Störungen zählen, sind das Gefühl der *Gedankenausbreitung* (d. h. die Überzeugung, daß andere die Gedanken des Betroffenen hören können), des *Gedankenentzugs* (Gefühl, die eigenen Gedanken werden entzogen), der *Gedankeneingebung* (d. h. fremde Gedanken werden dem Betroffenen eingegeben) so-

wie der *Kontroll-* und *Beeinflussungswahn* (d. h. der Betroffene fühlt sich in seinem Denken, Fühlen oder Handeln von einer fremden Macht kontrolliert oder beeinflusst).

Formale Denkstörungen, diese beziehen sich sowohl auf den formalen Denkablauf als auch die Sprachäußerungen. Am häufigsten ist die Lockerung der Assoziationen zu beobachten, d. h. die Gedanken springen von einem Gegenstand zum anderen, was sich sprachlich in einer deutlichen Zerfahrenheit ausdrücken kann. Die Sprache kann auch übermäßig vage, übermäßig abstrakt oder übermäßig konkret sein oder häufige Wiederholungen oder Stereotypen enthalten. Weitere Auffälligkeiten sind Wortneubildungen, die der Sprachkonvention nicht entsprechen (sog. Neologismen), die sinnlose Wiederholung von Worten (sog. Perseverationen) oder der plötzliche Abbruch eines sonst flüssigen Gedankengangs ohne erkennbaren Grund (sog. Sperrungen).

Wahrnehmungsstörungen, hierzu zählen v. a. die verschiedenartigen *Halluzinationen*. Am häufigsten sind akustische Halluzinationen, wie das Hören von kommentierenden oder befehlenden Stimmen. Selten sind nichtverbale akustische Halluzinationen, die nur aus Geräuschen oder einem unverständlichen Murmeln bestehen, sogenannte Akoasmen. Die Halluzinationen können aber auch alle anderen Sinnesmodalitäten betreffen. Weitere Wahrnehmungsstörungen sind akustische, visuelle, olfaktorische, gustatorische oder taktile *Überempfindlichkeit*; *illusionäre Verkennungen* und Leibgefühlsstörungen (Coenästesien).

Affektstörungen, diese äußern sich häufig in einem *flachen* oder *inadäquaten* Affekt. Der verflachte Affekt ist gekennzeichnet durch reduzierten oder fehlenden verbalen und nonverbalen Gefühlsausdruck. Die Patienten berichten häufig, daß sie keine Gefühle mehr erleben können. Diese Unfähigkeit, Lust, Freude, Glück oder Befriedigung zu erleben, wird auch als „Anhedonie“ bezeichnet (vgl. Rado, 1956; Cohen, 1989). Beim inadäquaten Affekt stehen die geäußerten Gefühle in krassem Widerspruch zum Sprachinhalt.

Psychomotorische Störungen, die sich entweder als *Erregungszustand* oder aber in Form von *Haltungstereotypen* bis hin zur vollständigen *Bewegungslosigkeit* (sog. katatoner Stupor) oder *wächserner Biegsamkeit* (sog. *flexibilitas cerea*) äußern können.

Störungen des Ichbewußtseins, hierzu zählen Störungen des Einheits-Erlebens im Augenblick; der Identität im Zeitverlauf; der Ich-Umwelt-Grenze und der Ich-Haftigkeit aller Erlebnisse. So kann die Umgebung dem Kranken unwirklich, fremdartig oder räumlich verändert erscheinen (sog. Derealisation). Oder er kann sich selbst unwirklich, verändert, fremd oder

uneinheitlich wahrnehmen (sog. Depersonalisation). Aber auch spezielle Wahnhalte, wie Gedankenaußbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneinbegung und andere Fremdbeeinflussungserlebnisse zählen zu den Ich-Störungen.

Der akuten Krankheitsphase geht meistens eine sog. **Prodromalphase** voraus, die gekennzeichnet ist durch eher uncharakteristische leichte psychische Auffälligkeiten, Nachlassen der allgemeinen und intellektuellen Leistungsfähigkeit, Kontaktstörungen, Interessenverlust und depressive Verstimmungen. In Abhängigkeit von der Dauer der ersten Prodromalphase spricht man von einem akuten, subakuten oder schleichenden **Krankheitsbeginn**.

Nach Ablauf der ersten akuten Krankheitsepisode kann sich der weitere Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich entwickeln. Viele Schizophrene zeigen nach Abklingen der produktiven Symptomatik eine **Residualphase** mit Restsymptomatik, die durch sogenannte *Negativ-* oder *Minussymptome* wie sozialer Rückzug, Affektverflachung oder Affektstarrheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Antriebsarmut, mangelnde Körperpflege und Ordnung, Interessenverlust und sprachliche Verarmung gekennzeichnet ist.

Aufgrund der Ergebnisse neuerer Langzeitkatamnese-Studien mit einer Katamnesedauer bis zu 37 Jahren kann davon ausgegangen werden, daß es bei etwa einem Drittel der Ersterkrankten zu einer vollständigen Remission kommt, ein Drittel erlebt wiederholte Krankheitsepisoden, bleibt jedoch sozial weitgehend angepaßt, während nur das letzte Drittel einen chronischen Verlauf mit überdauernden Behinderungen zeigen wird (Bleuler, 1972; Ciompi & Müller, 1976; Huber et al., 1979; Harding et al., 1987; Tsuang et al., 1979). Die Lebenszeitprävalenz für Schizophrenie liegt bei ca. 1 % (Häfner, 1989). Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig, Männer im Mittel jedoch früher, zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr, Frauen zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (Riecher et al., 1990). In den letzten Jahren wurden eine ganze Reihe von Prädiktoren identifiziert, die einen substantiellen Prognosewert für den Krankheitsverlauf und -ausgang haben, wie z. B. die prämorbidie Anpassung (Bailer et al., 1996), soziodemographische und psychopathologische Merkmale, Mangel an sozialer Unterstützung, kritische Lebensereignisse und emotional belastendes Familienklima (vgl. Rey & Thurm, 1998). Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich seit einigen Jahren intensiv mit dieser Thematik. Im Rahmen einer prospektiven Verlaufsstudie gehen wir u. a. der Frage nach, welchen Einfluß personale, soziale und krankheitsbedingte Faktoren auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen haben (Rey & Bailer, 1996; Bailer et al., 1996 a,b,c,d). Die für die nachfolgende Fallbeschreibung ausgewählte Pa-

tientin, Frau S., hat an dieser fünfjährigen Verlaufsuntersuchung teilgenommen.

Biographische Angaben

Frau S. ist 33 Jahre alt, verheiratet, Mutter von 2 Kindern, als sie erstmals wegen einer schizophrenen Episode in stationäre psychiatrische Behandlung kommt.

In der Kinder- und Jugendzeit hatte sie nach eigenen Angaben keine außergewöhnlichen psychischen Belastungen erlebt. Nach dem Hauptschulabschluß hatte sie eine Lehre als Einzelhandelsverkäuferin absolviert. Ihre Berufstätigkeit hatte sie kurz nach der Heirat aufgegeben, seitdem ist sie Hausfrau und Mutter. Die langjährige Ehe von Frau S. ist trotz gelegentlicher Konflikte stabil. Der Ehemann ist ungelernter Arbeiter, wechselt häufig seine Arbeitsstellen und ist zum Zeitpunkt der Ersthospitalisierung seiner Frau arbeitslos.

Frau S. lebt in sehr beengten Wohnverhältnissen. Sie bewohnt mit ihrer vierköpfigen Familie eine kleine 3-Zimmerwohnung in einem industriellen Ballungszentrum. Infolge von Ratenkäufen und der Aufnahme eines größeren Bankkredits hat sich die Familie in den letzten Jahren stark verschuldet. Mit der Erziehung der Kinder und der Haushaltsführung ist Frau S. objektiv überfordert. Sie lebt sozial zurückgezogen, auch mit dem Ehemann geht sie kaum aus dem Haus. Außerhalb der Familie besteht Kontakt nur zur Mutter und einer Nachbarin.

Psychiatrische Krankheiten kamen in ihrer Familie bisher nicht vor, sie selbst war bislang noch nie in nervenärztlicher Behandlung.

1 Beschreibung der Störung und Verlauf der Erkrankung

Mitarbeiter unserer Arbeitsgruppe haben Frau S. im Verlauf von fünf Jahren insgesamt sechsmal ausführlich zu ihrer Krankheit und zur psychosozialen Situation befragt. Die Daten der klinischen Interviews und Rating-skalen bilden zusammen mit der sorgfältig geführten Krankenakte die Grundlage für die nachfolgende Beschreibung der Störung.

Erster Klinikaufenthalt

Die erste stationäre psychiatrische Behandlung von Frau S. fand nicht in unserer Klinik, sondern in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus statt. Frau S. fühlte sich vor der stationären Aufnahme seit ca. zwei Wochen von ihrer Nachbarin beobachtet. Sie hörte Stimmen, die ihre Wohnungseinrichtung beschrieben, sie aber auch beschimpften, sie würde ihre Wohnung als „Saustall“ verkommen lassen. Frau S. war überzeugt, daß unter dem Fußboden ihrer Wohnung Sender und auf dem Dachboden Empfänger installiert seien. Später hörte sie die Stimmen auch außerhalb der Wohnung, so z. B. bei der Mutter oder im Auto. Sie hatte schließlich Bekannte gebeten, nach den Sendern und Empfängern zu suchen, diese hätten jedoch nichts gefunden, weil die Geräte sicher versteckt seien. Frau S. fühlte sich durch diese Vorgänge sehr beunruhigt, konnte nachts nicht mehr schlafen, auch nicht mehr essen. Als sie schließlich keine Luft mehr bekam, rief sie den Notarzt, der sie wegen Hyperventilationstetanien zunächst in ein Allgemeinkrankenhaus einwies, in dem ein psychiatrisches Konsil angefordert wurde; die Patientin wurde schließlich in das Psychiatrische Landeskrankenhaus verlegt.

Unter niedrig dosierter Medikation mit Haldol besserte sich die Symptomatik von Frau S. rasch. Sie hörte keine Stimmen mehr, konnte sich jedoch von ihren paranoiden Ideen nicht vollständig distanzieren. Nach zweiwöchiger Behandlung wurde Frau S. nach Hause entlassen.

Zweiter Klinikaufenthalt

Im Übergang erfolgt zunächst eine ambulante nervenärztliche Weiterbehandlung mit einem Depotneuroleptikum (Haldol), die von Frau S. jedoch schon bald abgebrochen wurde. Kurze Zeit nach dem eigenständigen Absetzen des Neuroleptikums erlitt sie einen ersten psychotischen Rückfall, so daß bereits sechs Monate nach der Entlassung aus der ersten stationären Behandlung die zweite stationäre Behandlung erfolgte, diesmal in der Psychiatrischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Unsere Forschungsgruppe nahm wenige Tage nach der Aufnahme Kontakt mit Frau S. auf, die sich bereit erklärte, an unserem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Der psychopathologische Aufnahmebefund stellte sich wie folgt dar: Frau S. hatte seit circa 2 Wochen Angst, allein in der Wohnung zu bleiben, sie fühlte sich von der Nachbarin in der Nebenwohnung bespitzelt, verfolgt und bedroht. Nachdem sie die Angst nicht mehr aushalten konnte, flüchtete

sie in die Wohnung ihrer Mutter. Der Ehemann motivierte sie schließlich zur Behandlung in unserer Klinik.

Beim Aufnahmegespräch war der formale Gedankengang von Frau S. geordnet, sie war zur eigenen Person, Ort und Zeit voll orientiert, bewußtseinsklar, die mnestischen Funktionen waren nicht eingeschränkt, es bestanden nur leichte Konzentrationsstörungen. Auffallend waren ihre sehr schlechten (kariösen) Zähne und ein hilflos ängstlicher Gesichtsausdruck. Affektiv wirkte sie leicht depressiv und etwas verflacht. Die produktive Symptomatik bestand wie bei der ersten Aufnahme darin, daß sie kommentierende Stimmen hörte sowie in paranoiden Denkinhalten (Gefühl beobachtet, abgehört, verfolgt und bedroht zu werden). In den letzten Wochen hatte der Alkoholkonsum von Frau S. zugenommen, regelmäßig hatte sie 5–6 Dosen Bier täglich getrunken. Seit einer Woche litt sie unter Durchfällen, reduziertem Appetit und Gewichtsverlust. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung lag nicht vor.

Nach vierwöchiger stationärer Behandlung wurde Frau S. – eingestellt auf ein Depot-Neuroleptikum (Dapotum D 0,5 mg, 14tägige i. m. Injektionen) – in die ambulante nervenärztliche Behandlung entlassen. Die zuletzt durchgeführten Belastungsurlaube über Nacht nach Hause verliefen komplikationslos, eine floride psychotische Symptomatik konnte nicht mehr festgestellt werden.

Dritter Klinikaufenthalt

Elf Monate später erfolgte die dritte stationäre Behandlung wegen einer erneuten akuten Exazerbation der bekannten paranoid-halluzinatorischen Symptomatik.

Nach dem letzten stationären Klinikaufenthalt hatte Frau S. sich noch etwa ein halbes Jahr sehr wohl gefühlt, seit 3–4 Monaten litt sie jedoch wieder unter massiven Verfolgungsängsten und fühlte sich abermals durch die Nachbarn in der darunterliegenden Wohnung beobachtet und bedroht. Sie hörte dialogisierende und kommentierende Stimmen, die sie der Nachbarin, deren Mann und deren Tochter zuschrieb. Die Stimmen sagten z. B.: „Sie ist keine Frau mehr, vernachlässigt ihren Haushalt, ist eine Alkoholikerin.“ Sie war fest davon überzeugt, durch eingebaute Kameras beobachtet zu werden. Aus Angst vor Beobachtung hatte sie Ritzen in ihrer Wohnung, durch die man schauen könnte, mit Zeitungspapier verstopft. Die Verfolgungsängste mündeten schließlich in Gedanken, sich Munition für eine Pistole zu kaufen, die sie zu Hause hatte, und die Nachbarin, deren Tochter und Ehemann anzuschießen. Trotz vorhandenem sexuellen Inter-

esse hatte sie zuletzt, aus der Angst heraus beobachtet zu werden, sämtliche sexuellen Aktivitäten unterbunden. Seit 3–4 Monaten schickte sie immer die Kinder zum Einkaufen, weil sie sich nicht aus der Wohnung traute, aus Angst, die Nachbarin würde über sie reden. In den letzten Wochen waren die Stimmen, die sie hörte, selbst dann nicht mehr weggegangen, wenn sie das Radio lauter gedreht hatte.

Im Aufnahmegespräch wirkte Frau S. vorgealtert, nachlässig gekleidet, ungepflegt. Sie weinte häufig während der Exploration. Der Kontakt konnte von ihr gehalten werden, die Sprache war sehr einfach, es gab keine Antwortlatenz. Es lagen weder Bewußtseins- oder Orientierungsstörungen noch mnestiche Störungen vor, das formale Denken war geordnet, inhaltlich dominierten Beziehungs- und Verfolgungsideen. Ferner bestanden akustische Halluzinationen im Sinne kommentierender und dialogisierender Stimmen. Die affektive Schwingungsfähigkeit war leicht eingeschränkt, sie wirkte selbstunsicher, ängstlich, verzweifelt. Der Antrieb war vermindert, Krankheitseinsicht bestand nicht, Frau S. war jedoch behandlungswillig. Es bestand weiterhin ein Alkoholabusus, die Patientin trank regelmäßig bis zu 8 Flaschen Bier täglich.

Im Verlauf der stationären Behandlung kam es rasch zu einer Remission der produktiven Symptomatik. Frau S. wurde nach sechs Wochen wieder in die nervenärztliche ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Vierter Klinikaufenthalt

Nach 23 Monaten erfolgte die vierte und bislang letzte stationäre Behandlung wegen einer erneuten Exazerbation der bekannten paranoid-halluzinatorischen Symptomatik. Frau S. fühlte sich seit mehreren Monaten vor der Aufnahme erneut von Nachbarn beobachtet und bedroht. Sie hörte auch wieder Stimmen, die sie abwerteten und beschimpften. Bei der vierten Klinikaufnahme zeigte Frau S. zudem eindeutig das Bild eines alkoholischen Prädelirs mit vegetativen Stigmatisierungen (Tachykardien, Hyperhydrosis, Fingerspreiztremor). Die körperliche Untersuchung ergab Zeichen einer alkoholtoxischen Hepatopathie sowie Hinweise auf eine beginnende alkoholtoxische Polyneuropathie. Die Stimmen, die Frau S. hörte, beschimpften sie u. a. wegen ihres Alkoholmißbrauchs. Dabei trinke sie doch nur, da sie sich dann weniger verfolgt fühle, und auch die Stimmen erträglicher seien. Ihr täglicher Alkoholkonsum lag nun schon bei circa zehn Flaschen Bier.

Am Ende der dritten Behandlungswoche wurde Frau S. auf eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen. Der behandelnde

Psychiater stellte abschließend fest, daß es Frau S. sowohl an der notwendigen Medikamentencompliance als auch an einer erforderlichen Veränderungsmotivation bzgl. des Alkoholkonsums ermangelte. Hinweise für das Vorliegen eines Entzugsdelirs fanden sich nicht. Bei der Entlassung waren die produktiven Symptome weitgehend remittiert. An dem weinerlichen, selbstunsicheren Affekt hatte sich jedoch nichts geändert. Ebenso blieben die Auffassungs- und Konzentrationsstörungen weitgehend unbeeinflußt. Vermutlich handelte es sich bei dieser Restsymptomatik eher um einen schizophrenen Residualzustand als um den Beginn einer alkoholtoxischen Demenz.

Nach diesem bislang letzten Klinikaufenthalt verbesserte sich die Compliance der Patienten jedoch erheblich. Die nun konsequent durchgeführte ambulante Behandlung mit Depotneuroleptika hatte zur Folge, daß sich die Produktiv- und Negativsymptomatik deutlich verbesserte und ein erneuter Klinikaufenthalt in den letzten zwei Jahren nicht mehr notwendig wurde.

Ergänzende Angaben zur Symptomatik und Verlauf

Die bisher geschilderte Symptomatik ist der Krankenakte entnommen und charakterisiert das Krankheitsbild in seinem akuten Stadium. Die klinischen Daten, die wir bei der Indexaufnahme (t0) und den späteren Katamnesen (6 (t1), 12 (t2), 24 (t3), 36 (t4), 60 (t5) Monate nach der Indexaufnahme) erhoben haben, liefern dagegen wichtige Informationen zum Verlauf der Erkrankung. Eine phänomenologisch umfassende Beschreibung des aktuellen Zustandes und des Verlaufs einer schizophrenen Störung sollte folgende drei Ebenen berücksichtigen: Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und soziale Behinderung (vgl. Strauss et al., 1974).

Positivsymptomatik

Zu jedem Katamnesezeitpunkt wurde die produktive Symptomatik mit einem standardisierten psychiatrischen Interview, dem „Present State Examination“ (PSE) von Wing, Cooper und Sartorius (1973) erhoben. Da sich das PSE aber immer nur auf die Symptomatik des vorangegangenen Monats bezieht, wurde die Symptomatik, die zwischen den einzelnen Katamnesezeitpunkten vorhanden war, retrospektiv mit einem modifizierten Erhebungsinstrument der WHO, der „Follow-up History and Sociodemographic Description Schedule“ (FU-HSD), erfragt.

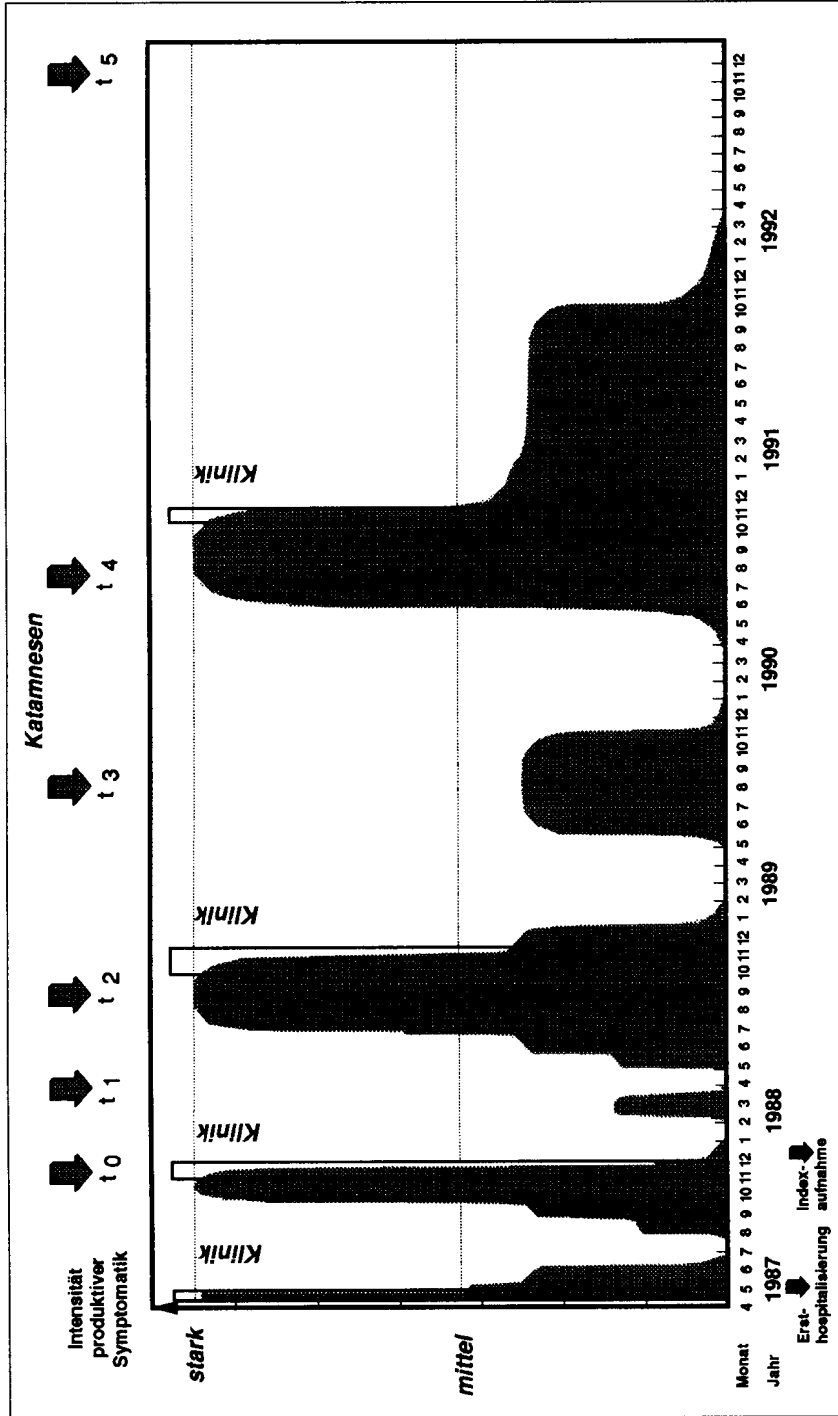


Abbildung 1: Verlauf der produktiven Symptomatik von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Ersthospitalisierung.

Abbildung 1 zeigt den Verlauf der produktiven Symptomatik (Wahn und Halluzination) auf der Grundlage der erhobenen FU-HSD-Daten.

Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, litt Frau S. fast während des gesamten Beobachtungszeitraums mehr oder weniger stark unter Verfolgungsängsten und Beziehungsideen. Die Exazerbation der produktiven Symptomatik – gekennzeichnet durch eine Zunahme der Verfolgungsängste und das Hören von abwertenden Stimmen – hatte immer eine Klinikaufnahme zur Folge. In der Regel verstrichen jedoch mehrere Wochen bis Monate, bevor aufgrund der ausgeprägten Akutsymptomatik eine Klinikweisung erfolgte.

Negativsymptomatik

Das Ausmaß der Negativsymptomatik ist entscheidend für die Entwicklung von „Chronizität“ oder überdauernder sozialer Behinderung. Dieser empirische Befund erklärt u. a., weshalb die Problematik der Negativsymptomatik und ihre Beziehung zur produktiven Symptomatik, der sog. Positivsymptomatik, in jüngster Zeit wieder ausführlich diskutiert wird (vgl. Andreasen, 1989; Barnes, 1989; Maneros, Andreasen & Tsuang, 1991; Rey et al., 1992, 1994; Rey & Bailer, 1996). Die Negativsymptomatik ist aber nicht nur das charakteristische Merkmal eines chronisch-schizophrenen Zustands, sondern sie kann auch bereits vor dem Einsetzen der florid psychotischen Symptome oder während der akuten Manifestation der Psychose vorhanden sein.

Strauss et al. (1974) definieren Negativsymptomatik in Anlehnung an Jackson (1887) als „involving primarily an absence of normal functions“. Negativsymptome sind charakterisiert durch Verhaltensauffälligkeiten, wie Affekt- und Sprachverarmung, Verlangsamung, Aktivitätsminderung, Kontaktmangel, sozialer Rückzug, Einbuße an Initiative.

Nach Andreasen (1982) kann das Konzept der Negativsymptomatik als eine Neuformulierung des Grundstörungsansatzes von Bleuler (1911) angesehen werden. Grundstörungen hat Bleuler als Störungen des Denkens und der Assoziation im Sinne einer überdauernden kognitiven Integrationsstörung beschrieben und von den „akzessorischen“ Symptomen, wie Wahn und Halluzination, abgegrenzt.

Die Negativsymptomatik von Frau S. wurde zu jedem Untersuchungszeitpunkt mit der von Andreasen (1982) entwickelten „Scale for the Assessment of Negative Symptoms“ (SANS) beurteilt (siehe Abbildung 2).

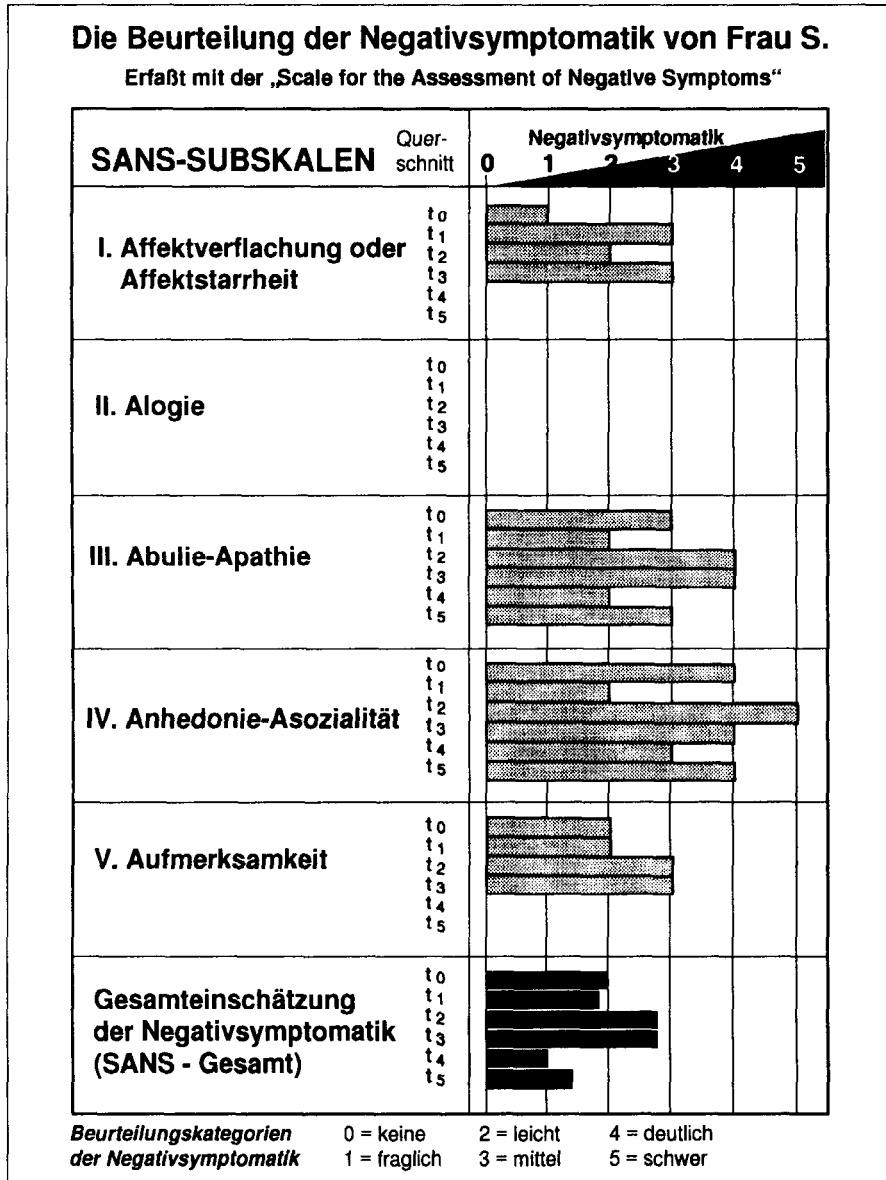


Abbildung 2: Verlauf der Negativsymptomatik von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Indexaufnahme (t0). Erfasst und beurteilt wurde die Negativsymptomatik mit der „Scale for the Assessment of Negative Symptoms“ (SANS) von Andreasen (1982).

Die SANS ist eine Fremdbeurteilungsskala, die sich aus den folgenden Subskalen zusammensetzt:

- I. Affektverflachung/Affektstarrheit, hier werden Items beurteilt wie starrer Gesichtsausdruck, verminderte Spontanbewegungen, Armut der Ausdrucksbewegungen, geringer Augenkontakt, Affektverflachung.
- II. Alogie/Paralogie, beinhaltet die Items Verarmung der Sprechweise, Verarmung des Gesprächsinhaltes, Gedankenabreißen und erhöhte Antwortlatenz.
- III. Abulie/Apathie, operationalisiert als mangelnde Pflege und Hygiene, Unstetigkeit in Beruf, Ausbildung oder Haushalt und körperliche Energielosigkeit.
- IV. Anhedonie/Asozialität, beinhaltet einen Mangel an Freizeitvergnügen und Aktivitäten, mangelndes sexuelles Interesse, Unfähigkeit, Intimität und Nähe zu fühlen, Unfähigkeit, soziale Kontakte zu knüpfen.
- V. Aufmerksamkeit, beinhaltet soziale Unaufmerksamkeit und mangelnde Konzentration.

Am Ende jeder Subskala wird eine globale Beurteilung der bereichsspezifischen Symptomausprägung auf einer fünfstufigen Ratingskala vorgenommen, die von 0 (normal) bis 5 (gravierender Ausprägungsgrad) reicht.

Wie aus Abbildung 2 zu entnehmen ist, zeigt Frau S. insgesamt ein eher geringes Ausmaß an Negativsymptomatik. Die stärksten Beeinträchtigungen weist sie in den Symptombereichen Anhedonie – Asozialität und Abulie – Apathie auf. Insgesamt scheint der Verlauf der Negativsymptomatik bei Frau S. eine eher günstige Entwicklung zu nehmen.

Soziale Behinderung

Im Verlauf schizophrener Erkrankungen treten häufig Störungen in den sozialen Funktionsbereichen auf (vgl. Schubart et al., 1986, Marneros et al., 1991, 1991a). „Der Betroffene kann den Anforderungen des täglichen Lebens in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Bereichen nicht genügen und daher seine sozialen Rollen während eines mehr oder weniger langen Zeitraumes nicht mehr ausfüllen“ (Jung et al., 1989, S. 9). Diese sogenannte „soziale Behinderung“ kann lange nach Abklingen der akuten Symptomatik noch fortbestehen. Dies bedeutet jedoch nicht, daß soziale Behinderung etwas Irreversibles ist. Selbst bei schizophrenen Langzeitpatienten kann durch spezifische Rehabilitationsmaßnahmen noch eine Verbesserung des beeinträchtigten sozialen Funktionsniveaus erreicht werden.

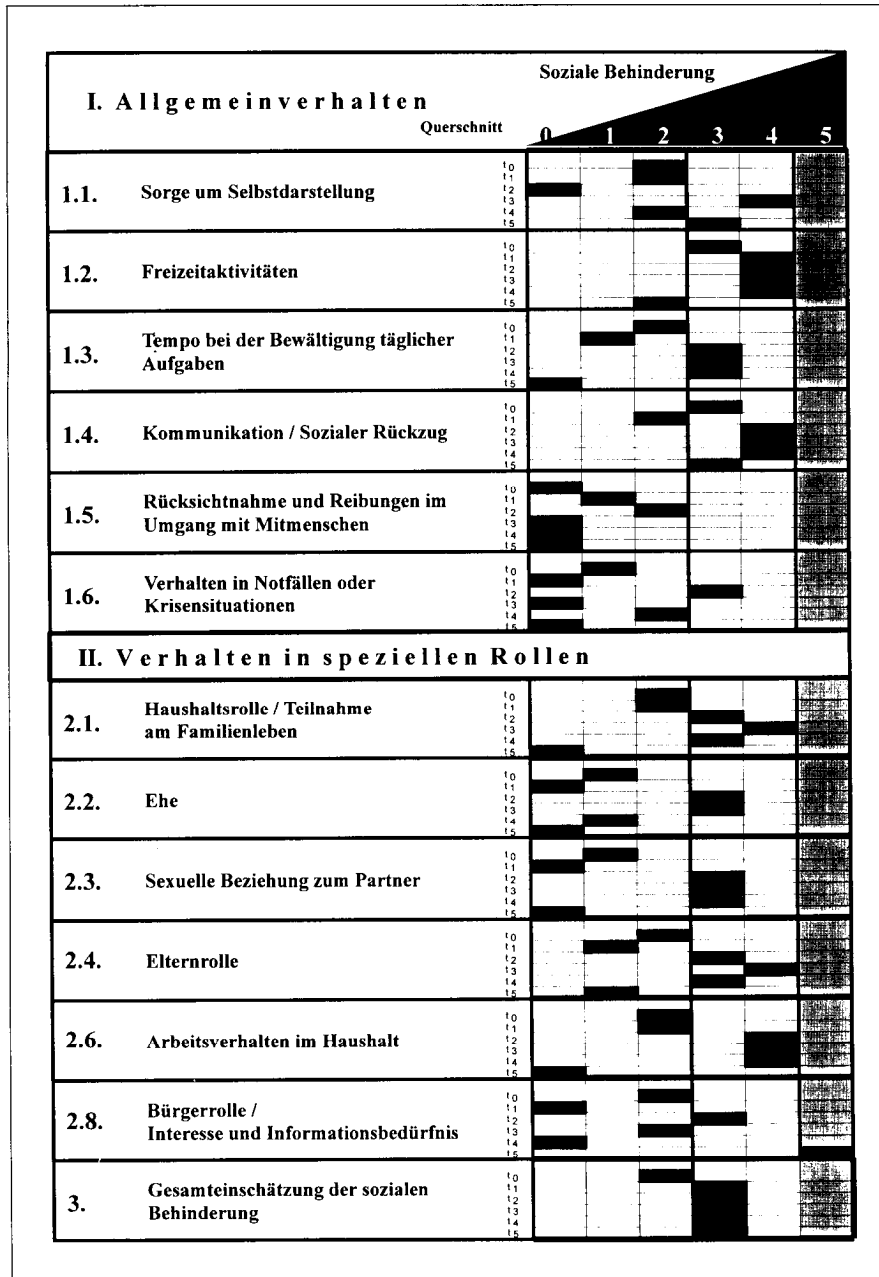


Abbildung 3: Verlauf der sozialen Behinderung von Frau S. in den ersten fünf Jahren nach Indexaufnahme (t0). Die Beeinträchtigungen von Frau S. in verschiedenen Rollenfunktionen wurden mit der „Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung“ (DAS-M) von Jung et al. (1989) erfaßt.

Das Ausmaß der sozialen Behinderung von Frau S. wurde bei der Indexaufnahme (t0) und allen späteren Katamnesezeitpunkten (t1–t5) mit der „Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung“ (DAS-M, Jung et al., 1989) eingeschätzt (siehe Abbildung 3).

Die DAS-M ist ein strukturiertes Interview, das üblicherweise mit der Hauptbezugsperson durchgeführt wird. Im vorliegenden Fall war der Ehemann der Interviewpartner. Grundlage der Beurteilung sind die letzten vier Wochen vor dem Interview. Die DAS-M enthält zwei Sektionen zu verschiedenen Aspekten der sozialen Behinderung. Sektion 1 erfaßt unter dem Oberbegriff „Allgemeinverhalten“ rollenunspezifische und Sektion 2 rollenspezifische Verhaltensbereiche. Jedes Item besteht aus einem Fragenkomplex und wird danach beurteilt, inwieweit der Proband die sozial normierte Verhaltenserwartung erfüllt. In den Behinderungsscore des Einzelitems geht additiv sowohl die Beurteilung der Intensität (Ausprägungen 0–4) als auch die Einschätzung der Dauer der Störung (Ausprägungen 0–1) ein. Der so zusammengesetzte Behinderungsscore kann folglich Werte zwischen 0 (keine Behinderung) und 5 (maximale Behinderung) annehmen. In Sektion 3 wird abschließend aufgrund aller verfügbaren Informationen eine „Gesamteinschätzung der sozialen Anpassung“ vorgenommen. Die gut operationalisierte Beurteilungsskala hat ebenfalls sechs Ausprägungen:

0 = gute soziale Anpassung, 1 = befriedigende soziale Anpassung, 2 = mäßige soziale Anpassung, 3 = geringe soziale Anpassung, 4 = schlechte soziale Anpassung, 5 = fehlende soziale Anpassung.

Abbildung 3 zeigt die Beeinträchtigungen von Frau S. in den verschiedenen sozialen Funktionsbereichen. Der jeweilige Behinderungsscore ist durch einen schwarzen Balken angegeben. Insgesamt zeigt Frau S. fast über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg eine geringe soziale Anpassung, einzelne Rollen, insbesondere in den Bereichen Haushalt, Familie und Sozialkontakte, werden von ihr nicht mehr oder nur noch mit einem überwiegenden Anteil von Hilfestellung wahrgenommen.

2 Differentialdiagnostische Überlegungen

Das Krankheitsbild von Frau S. ist gekennzeichnet durch einen eng umgrenzten Verfolgungswahn und deutliche akustische Halluzinationen im Sinne von kommentierenden Stimmen. Die immer wiederkehrenden Wahnideen und Halluzinationen kreisen nur um ein einziges Thema, das der Beobachtung und Verfolgung durch die Nachbarn. Auffallend ist ferner

die über den gesamten Krankheitsverlauf vorhandene soziale Behinderung und das deutlich erniedrigte Leistungsniveau, die sich bei Frau S. in Form von sozialem Rückzug, Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Körperpflege, Einschränkung in der Rollenerfüllung und einem Mangel an Freizeitaktivitäten äußern.

Der systematisierte Verfolgungswahn und das Fehlen von Inkohärenz, auffallende Lockerung der Assoziation, deutlich inadäquater Affekt, katatonies oder deutlich desorganisiertes Verhalten, weisen auf den „Paranoiden Schizophrenietypus“ nach DSM-IV (dt. Version: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) hin. Auch das Verlaufsmerkmal „stabiler Typ“ trifft hier zu, da während aller akuten Episoden die Kriterien des Paranoiden Typus erfüllt waren. Die Auslösung und Aufrechterhaltung der Störung kann nicht auf organische Faktoren zurückgeführt werden. Der vorhandene episodische Alkoholabusus ist mit Sicherheit Folge und nicht Ursache der schizophrenen Störung. Die Zweitdiagnose von Frau S. lautet daher „sekundärer Alkoholmißbrauch“.

Schizophrenien mit begleitendem Alkoholmißbrauch sind nach einem Literaturüberblick von Zeiler (1990) mit einer Häufigkeit von 10 bis 20 Prozent übrigens nicht selten. Zeiler ist der Meinung, und zeigt dies auch anhand einer eigenen Studie auf, daß „die motivische Grundlage des Abusus im schizophrenen Bewältigungsverhalten zu suchen“ ist (Zeiler, 1990, S.73).

3 Theoretisches Modell

Vulnerabilitäts-Streß-Modell der Schizophrenie

Unserem heutigen Verständnis der Auslösung und Aufrechterhaltung bzw. des Wiederauftretens schizophrener Symptome liegt ein interaktives, sowohl biologische als auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigendes Krankheitskonzept zugrunde (Strauss & Carpenter, 1981; Nuechterlein & Dawson, 1984; Liberman et al., 1986).

Aus einem solchen Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modell läßt sich ableiten, daß die Ausprägung der psychischen und sozialen Beeinträchtigung einer an einer Schizophrenie erkrankten Person von der individuellen Ausprägung der Vulnerabilität (Verletzbarkeit) im Sinne einer (sehr wahrscheinlich zum Teil genetisch determinierten) psycho-physiologischen Übererregbarkeit und einer reduzierten kognitiven Verarbeitungskapazität, sowie den zu einem bestimmten Zeitpunkt im Krankheitsverlauf vorherrschenden Belastungs- und Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsfertigkeiten des Betroffenen abhängt (siehe Abbildung 4).

Die Wahrscheinlichkeit, daß schizophreientypische Symptome bei einem vulnerablen Individuum auftreten, nimmt nach Liberman et al. (1986) dann zu, wenn

1. belastende Ereignisse wie z. B. Drogenmißbrauch oder Stellenverlust die Bewältigungsfertigkeiten des Individuums übersteigen;
2. potenzierende Faktoren wie starke familiäre Spannungen oder überstimulierende Behandlungsbedingungen in einem bereits beeinträchtigten kognitiven System Hypererregung oder Störungen der Informationsverarbeitung hervorrufen;
3. ein Individuum den Forderungen des täglichen Lebens nicht gewachsen ist, weil die schützenden Effekte von Medikamenten durch Noncompliance verlorengegangen sind;
4. die Fähigkeiten zu sozialem Problemlösen entweder nicht erworben wurden oder aber wegen mangelnden Gebrauchs durch Rückzug bereits verkümmert sind;
5. das Netz der sozialen Unterstützung eines Individuums geschwächt wird oder zusammenbricht.

Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren von Frau S. zu Beginn der Erkrankung

Die Lebenssituation von Frau S. zum Zeitpunkt der Ersterkrankung weist einige der oben beschriebenen Merkmale auf, die auf eine erhöhte Streßbelastung hindeuten:

- ad 1. Die Arbeitslosigkeit des Ehemannes erhöht die Bewältigungsanforderungen für beide Partner.
- ad 2. Beengte Wohnverhältnisse und finanzielle Probleme können zu erhöhter partnerschaftlicher/familiärer Spannung führen.
- ad 3. Frau S. ist mit der Erziehung der beiden Kinder und der Haushaltsführung überfordert.
- ad 4. Die Familie lebt sozial isoliert, es ist kaum soziale Unterstützung verfügbar.

Das Zusammenwirken dieser Belastungsfaktoren übersteigt offensichtlich die Bewältigungsfertigkeiten der Patientin, sie dekompenziert erstmals psychotisch. Als stabilisierender bzw. schützender Faktor ist die Eingebundenheit in Partnerschaft und Familie zu nennen, obwohl zum aktuellen Zeitpunkt hier große Belastungen vorliegen. (Die Prognose für verheiratete Patienten ist generell günstiger als für Alleinstehende.)

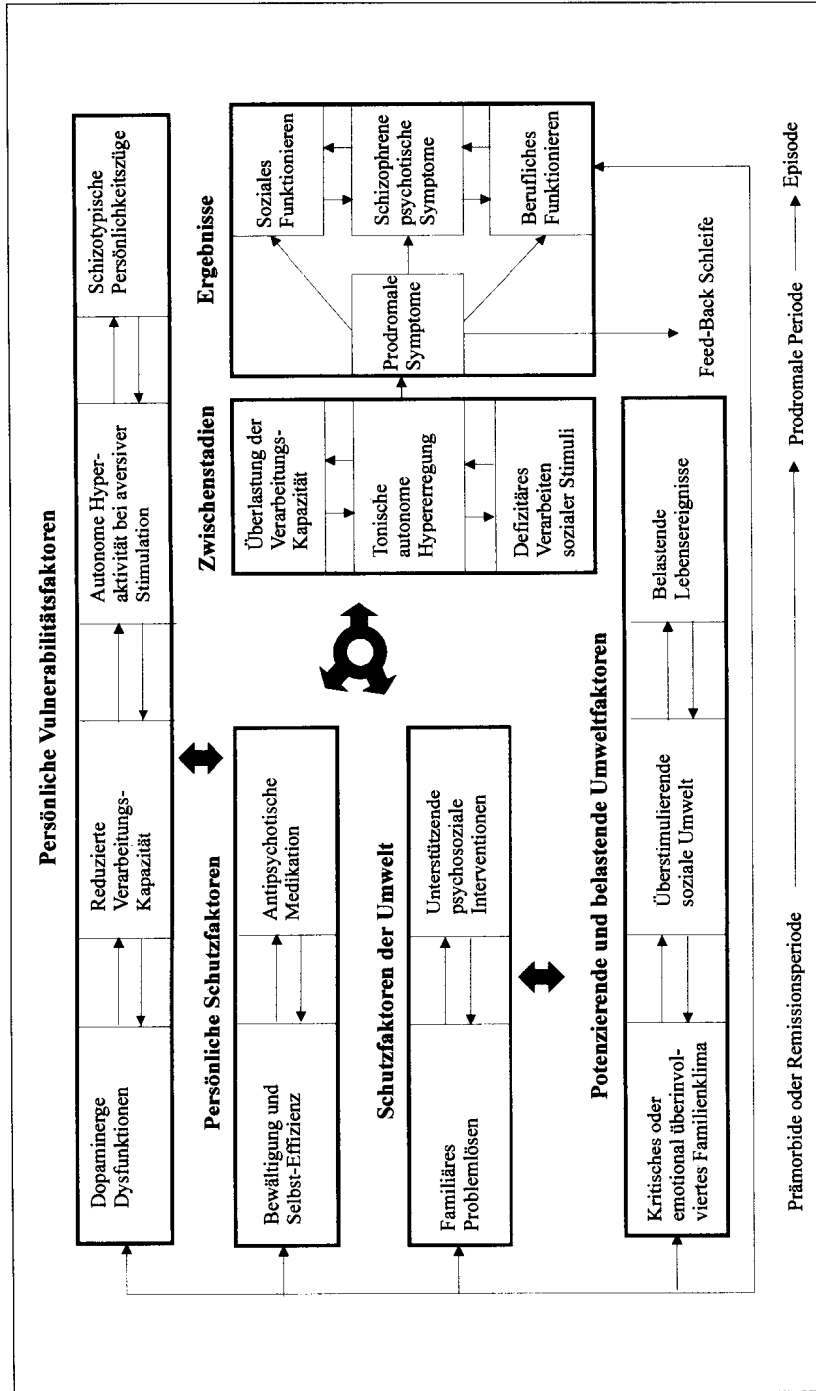


Abbildung 4: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie. (Nach Liberman et al., 1986, S. 97.)
 Copyright © 1986 Verlag Hans Huber, Bern. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

4 Interventionsprinzip

Im folgenden werden der Krankheitsverlauf und die Behandlung von Frau S. unter den im theoretischen Modell erläuterten Belastungs- und Bewältigungsaspekten untersucht und abschließend alternative bzw. ergänzende Interventionsmaßnahmen vorgestellt.

Krankheitsverlauf, Behandlung und Bewältigungsverhalten

Die erste stationäre Behandlung erfolgt in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Durch Gabe von Neuroleptika wird eine rasche Besserung der produktiven Symptomatik erzielt, die Patientin wird bereits nach zwei Wochen in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Frau S. kehrt in die ursprünglich auslösende, unverändert belastende Lebenssituation zurück. Die Compliance der Patientin ist gering, sie bricht die Behandlung mit einem Depotneuroleptikum nach kurzer Zeit ab und erleidet bald darauf – ohne den schützenden Effekt der Medikamente und bei unveränderter Belastung – ein erstes psychotisches Rezidiv. Die erneut auftretenden akustischen Halluzinationen und paranoiden Vorstellungen, die bei Frau S. immer mit massiven Angstzuständen verbunden sind, versucht sie mittels Alkoholkonsum zu bewältigen. Alkohol wirkt kurzfristig entspannend und angstlösend. Langfristig erhöht er jedoch eher das Rezidivrisiko und verschlechtert die soziale Prognose.

Im Rahmen des zweiten Klinikaufenthalts wird neben der medikamentösen, symptomzentrierten Behandlung auch auf die soziale Situation der Patientin eingegangen. In Einzel- und Gruppengesprächen wird die Belastung der Patientin durch Arbeitslosigkeit und Schulden ebenso thematisiert wie die problematischen Bewältigungsversuche mittels Alkohol. Sie nimmt das Angebot einer sozialpsychiatrisch ausgerichteten Klinik wahr, das neben der üblichen Beschäftigungs- und Werktherapie auch Fertigkeiten der Alltagsbewältigung trainiert und eine stufenweise Wiederbelastung über Wochenendbeurlaubung einführt. Die Vermittlung der beiden Kinder in einen Hort soll Entlastung auch in der Zeit nach der Entlassung aus stationärer Behandlung bieten.

Zwei weitere Klinikaufnahmen werden 11 Monate später und dann erst nach fast 2 Jahren erforderlich. Der Alkoholkonsum zur Bewältigung schizophrener Symptome hat sich inzwischen so gesteigert, daß die Diagnose sekundäre Alkoholabhängigkeit vergeben wird. Neben der neuroleptischen Behandlung liegen Schwerpunkte der stationären Behandlungen erneut im Bereich psychosozialer Maßnahmen. Die Teilnahme am „Lebensprakti-

schen Training“ zielt auf einen Abbau der sozialen Behinderung. Hierbei wird die Patientin durch praktische Übungen wieder an die Alltagsbewältigung herangeführt, etwa über gemeinsames Kochen, Einkaufen, Nahrungsmittel- und Ernährungskunde, Umgang mit Behörden und öffentlichen Verkehrsmitteln, Schriftverkehr etc.

Zwischen den einzelnen Klinikaufenthalten nimmt die Patientin verschiedene Formen der ambulanten ärztlichen Betreuung in Anspruch. Sie wird weiter mit einem Depot-Neuroleptikum behandelt, zunächst durch die Klinikambulanz, danach bei einem niedergelassenen Psychiater, zuletzt durch ihren Hausarzt. Bei der Befragung durch Mitarbeiter unserer Forschungsgruppe wird deutlich, daß die Compliance sowohl bezüglich der regelmäßigen Arztkontakte als auch der Einnahme der neuroleptischen Medikation zeitweise sehr gering war. Der bei vielen Patienten in ähnlicher Form zu beobachtende Mangel an Compliance ist sehr wahrscheinlich auf mangelnde Krankheitseinsicht zurückzuführen, für deren Vermittlung im Rahmen der ärztlichen Standardbetreuung häufig zu wenig Zeit zur Verfügung steht.

Die Erfassung des Bewältigungsverhaltens der Patientin erfolgte mit dem im Rahmen des Forschungsprojekts entwickelten „Interview zur Erfassung der Krankheitsbewältigung Schizophrener“ (IKB) von Thurm-Mussgay et al. (1991). Frau S. zeigte im ersten Jahr nach der Erkrankung noch deutlich mehr problemorientierte Bewältigungsstrategien als zu späteren Meßzeitpunkten. Insgesamt zeichnet sich ihr Bewältigungsstil durchgängig durch eher passiv- abwartendes Verhalten aus. Im Umgang mit Symptomen vermeidet sie bestimmte Situationen oder trinkt Alkohol. Im Umgang mit sozialen Folgen der Erkrankung setzt sie daneben auch ablenkende Strategien wie zum Beispiel Musikhören, Lesen, oder „sich etwas Gutes gönnen“ ein.

Alternative bzw. ergänzende Interventionsmöglichkeiten

Aus der Beschreibung der Behandlungsgeschichte der Patientin wird deutlich, daß die Interventionsmaßnahmen vor allem auf zwei Bereiche des Vulnerabilitäts-Belastungs-Bewältigungsmodells der Schizophrenie abzielen, nämlich die medikamentöse Beeinflussung der Vulnerabilität und die Reduktion von Belastungen. Die neuroleptische Therapie bietet – bei ausreichender Compliance – einem vulnerablen Individuum wirkungsvollen Schutz vor einer erneuten Erkrankung, indem sie sozusagen künstlich die Vulnerabilität verringert. Die vor allem während der stationären Behandlungen erfolgten psychosozialen Interventionen helfen, aus der Umwelt und Lebenssituation der Patientin herrührende Belastungen zu reduzieren.

Relativ wenige Maßnahmen zielen dagegen auf den dritten Bereich, die Verbesserung der Bewältigungskompetenz der Patientin, ab. Eine systematische Schulung des Patienten im Umgang mit Symptomen und Belastungen müßte nach dem theoretischen Modell ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Rezidivprophylaxe leisten können. Mittlerweile existieren einige Untersuchungen, in denen über Bewältigungsversuche Schizophrener mit einzelnen Aspekten der Symptomatik berichtet wird, so etwa Umgang mit akustischen Halluzinationen (Falloon & Talbot, 1981), Basisstörungen (Böker & Brenner, 1983), Prodromalsymptomen (Cohen & Berk, 1985), akute (Bailer et al., 1994) sowie chronisch psychotischen Symptomen (Tarrier, 1987; Thurm & Häfner, 1987). Süllwold & Herrlich (1998) befürworten eine ergänzende psychologische Behandlung schizophrener Patienten, die sich am Einzelfall orientiert und auf eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und den Wiedererwerb sozialer Fertigkeiten abzielt. Die Arbeitsgruppe von Tarrier et al. (1993) berichtet über erfolgreiche Versuche, das Copingverhalten chronisch schizophrener Patienten zu verbessern. Ein gezieltes Training von Bewältigungsfertigkeiten erwies sich als effektiver in der Reduktion von Symptomen als ein in der Kontrollgruppe durchgeführtes Problemlösetraining. Der spezifische Effekt scheint sich über eine Vergrößerung des Coping-Repertoires zu vermitteln.

Bezüglich des weiteren Krankheitsverlaufs in den nächsten ein bis drei Jahren können für Frau S. folgende prognostische Aussagen formuliert werden, wobei zwischen den Verlaufsaspekten „Psychopathologie“ und „Soziale Rollenerfüllung“ zu differenzieren ist:

Die Wiederauftretenswahrscheinlichkeit produktiver Symptome bei Frau S. kann durch eine kontinuierliche neuroleptische Prophylaxe deutlich verringert werden. Dafür spricht das bisherige rasche und gute Ansprechen auf Neuroleptika während der vorangegangenen Episoden. Diese Prophylaxe sollte für mindestens ein Jahr weitergeführt werden.

Bezüglich der sozialen Rollenerfüllung (Kinder, Haushalt, Partnerschaft und soziale Kontakte) weist Frau S. erhebliche Defizite auf. Ohne weitere therapeutische Hilfestellung in diesen Bereichen ist zu befürchten, daß es wiederum zu Überforderung und Überlastung kommt, die schließlich zur Auslösung einer erneuten psychotischen Episode beitragen. Durch entsprechende psychosoziale Hilfe ist jedoch zumindest für die Bereiche Haushalt und Familie eine Stabilisierung erreichbar. Die Fähigkeit zu intensiven zwischenmenschlichen Kontakten außerhalb der Kernfamilie ist dagegen aufgrund der hohen Vulnerabilität bei vielen an Schizophrenie erkrankten Menschen wenig beeinflussbar.

5 Resümee

Krankheitsverlauf und Behandlungsgeschichte von Frau S. sind in verschiedener Hinsicht typisch für eine an Schizophrenie erkrankte Person. Relativ kurze Zeit nach der Ersterkrankung erfolgt ein psychotisches Rezidiv, danach werden die Abstände zwischen den Hospitalisierungen länger. Die Patientin profitiert offenbar von den psychosozialen Maßnahmen im Rahmen der Klinikbehandlungen. Die produktive Symptomatik ist weiterhin vorhanden, was sehr wahrscheinlich zumindest teilweise auf die unzureichende Compliance der Patientin zurückzuführen ist (s. Abschnitt 4).

Die Negativsymptomatik ist während des gesamten Verlaufs eher gering ausgeprägt, ein für die weitere Prognose eher günstiger Faktor. Während des gesamten Beobachtungszeitraums von 5 Jahren besteht eine deutliche soziale Behinderung. Bezüglich der Rollenerfüllung in Haushalt und Familie ist zum letzten Meßzeitpunkt erstmals eine deutliche Besserung eingetreten, wie auch bei der produktiven Symptomatik.

Für die weitere Prognose von Frau S. erscheint die Vermittlung eines psychosozialen Krankheitskonzepts von zentraler Bedeutung. Dieses kann über die Erhöhung der Medikamenten-Compliance mittelbar zu einer Reduktion der Symptomatik beitragen. Auch die Verbesserung der Krankheitsbewältigung, im Sinne eines adäquaten Umgangs mit Alltagsanforderungen bzw. einer Vermeidung von Überbelastung, kann einen wichtigen Beitrag zur Rückfallprophylaxe leisten.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed. (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784–788.
- Andreasen, N.C. (1989). Neural mechanisms of negative symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 155, Supplement 7, 93–98.
- Bailer, J., Bräuer, W., Laubenstein, D. & Rey, E.-R. (1994). Coping bei ersthospitalisierten Schizophrenen. In G. Schüßler & E. Leibing (Hrsg.), *Coping*. Göttingen: Hogrefe.
- Bailer, J., Waschkowski, H., Müller-Bischof, C. & Rey, E.-R. (1998). Konzepte und Ergebnisse zur beruflichen Reintegration chronisch psychisch Kranker. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 42, 61–70.
- Bailer, J., Bräuer, W., Rey, E.-R. & Volz, M. (1996a). Die Mannheim S-3 Studie zu

- Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil I. Stichprobe, Design und Methoden. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 32–40.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996b). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil II. Verlauf und Vorhersage der sozialen Behinderung. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 41–50.
- Bailer, J., Bräuer, W., Rey, E.-R. & Volz, M. (1996c). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil III. Verlauf und Vorhersage der Negativsymptomatik. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 51–57.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996d). Die Mannheim S-3 Studie zu Prognose und Verlauf schizophrener Psychosen: Teil IV. Prognosefaktoren für Verlaufstypen. Ergebnisse der 3-Jahres-Katamnese. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 58–65.
- Bailer, J., Bräuer, W., & Rey, E.-R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: Results of a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 368–377.
- Barnes, T.R. (Ed.) (1989). Negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, Supplement 7.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen*. Leipzig: Deuticke.
- Bleuler, M. (1972). *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten*. Stuttgart: Thieme.
- Böker, W. & Brenner, H.D. (1983). Selbstheilungsversuche Schizophrener: Psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt*, 54, 578–589.
- Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katanestische Langzeituntersuchung bis ins Senium*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, C.J. & Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407–410.
- Cohen, R. (1989). Das Anhedonie-Konzept in der Schizophrenie-Forschung. *Nervenarzt*, 60, 313–318.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Falloon, J.R. & Talbot, R.E. (1981). Persistent auditory hallucinations. Coping mechanisms and implications for the management. *Psychological Medicine*, 11, 329–339.
- Häfner, H. (1989). Ist Schizophrenie eine Krankheit? Epidemiologische Daten und spekulative Folgerungen. *Nervenarzt*, 60, 191–199.
- Harding, C., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S., Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study: 11. Long-term outcome of subjects who once met the criteria for DSM-III schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718–735.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. (1979). *Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Heidelberg: Springer.
- Jung E., Krumm, B., Biehl, H., Maurer, K. & Bauer-Schubart, C. (1989). *Mannheimer Skala zur Einschätzung sozialer Behinderung*. Weinheim: Beltz.
- Liberman, R.P., Jacobs, H.E., Boone, S.E., Foy, D.W., Donahoe, C.R., Falloon, I.R.H.,

- Blackwell, G. & Wallace, C.J. (1986). Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gemeinschaft. In W. Böker & H.D. Brenner (Hrsg.), *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Huber.
- Mameros, A., Andreasen, N.C. & Tsuang (Eds.). (1991). *Negative versus Positive Schizophrenia*. Heidelberg: Springer.
- Mameros, A., Deister, A. & Rohde, A. (1991a). *Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie*. Heidelberg: Springer.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300–312.
- Rado, S. (1956). Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia. In S. Rado (Ed.), *Psychoanalysis of Behavior*. New York: Grune & Stratton.
- Rey, E.-R., & Bailer, J. (Hrsg.). (1996). *Prognose und Verlauf ersthospitalisierter Schizophrener*. Frankfurt: Peter Lang Verlag.
- Rey, E.-R., Bailer, J., Bräuer, W., Händel, M., Laubenstein, D. & Stein, A. (1994). Stability trends and longitudinal correlations of negative and positive syndromes within a 3 year follow-up of initially hospitalized schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 405–412.
- Rey, E.-R., Birnbaum, D., Koppe, T. & Krumm, B. (1992b). Ein statistisches Modell zur Interaktion von Negativsymptomatik, Krankheitsbewältigung und sozialer Unterstützung sowie dessen prognostische Bedeutung für den Krankheitsverlauf. In H.D. Brenner & W. Böker (Hrsg.), *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Bern: Huber.
- Rey, E.-R. & Thurm, I. (1998). Schizophrenien. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Riecher, A., Maurer, K., Löffler, W., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Munk-Jorgensen, P., Strömngren, E. & Häfner, H. (1989). Gender differences in age at onset and course of schizophrenic disorders. In H. Häfner & W.F. Gattaz (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia, Vol. II* (pp. 14–33). Berlin-Heidelberg: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schubart, C., Schwarz, R., Krumm, B., Biehl, H. (1986). *Schizophrenie und soziale Anpassung – eine prospektive Längsschnittuntersuchung*. Heidelberg: Springer.
- Strauss, J.S. & Carpenter, W.T. (1981). *Schizophrenia*. New York: Plenum Press.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. & Bartko, J.J. (1974). Speculations on the process that underlies schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 61–69.
- Süllwold, L. & Herrlich, J. (1998). *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141–143.
- Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. & Yusopoff, L. (1993). A trial of two cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. II. Treatment-specific changes in coping and problem-solving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5–10.
- Thurm, I. & Häfner, H. (1987). Perceived vulnerability, relapse risk and coping in

- schizophrenia. An explorative study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 46–53.
- Thurm-Mussgay, I., Galle, K. & Häfner, H. (1991). Krankheitsbewältigung Schizophrener: Ein theoretisches Konzept zu ihrer Erfassung und erste Erfahrungen mit einem neuen Meßinstrument. *Verhaltenstherapie*, 1, 293–300.
- Tölle, R. & Huber, G. (1988). *Psychiatrie* (8. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Tsuang, M., Woolson, R. & Fleming, J. (1979). Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295–1301.
- Wing J.K., Cooper, L.E. & Sartorius N. (1973). *Present State Examination (PSE)*. Medical Research Council/Cambridge University Press. (Deutsche Bearbeitung: M. v. Cranach (1978). *Standardisiertes Verfahren zur Erhebung des Psychopathologischen Befundes*. Weinheim: Beltz.)
- Zeiler, J. (1990). *Schizophrenie und Alkohol: Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile*. Berlin: Springer.