

Einführung

Nicht nur Watzlawick verdanken wir die wichtige Erkenntnis, dass oft die Art, wie wir Probleme im klinischen Kontext definieren, deren Lösung behindert. Auch unsere tagtägliche klinische Erfahrung zeigt, dass häufig erst die andere Perspektive, die andere Definition oder Sichtweise eines klinischen Problems den Einstieg in dessen Lösung ermöglicht. So ist das auch mit der Art und Weise, wie wir wahnhaftige und halluzinatorische Symptomatik heute häufig erfassen. Innerhalb der ICD-10 und des DSM-IV wird sie lediglich formal klassifiziert. Diese Diagnosesysteme sind ohne Zweifel zur nosologischen, differenzialdiagnostisch klaren Einordnung nach einheitlichen Kriterien ein Durchbruch. Und auch das AMDP-System hat viel dazu beigetragen, dass die Sprache in der Psychiatrie und Psychotherapie eine Vereinheitlichung erfahren hat. Hierdurch können wir effizienter Informationen austauschen und auch besser auf einer einheitlichen diagnostischen Grundlage Ergebnisse klinischer Forschung gewichten.

Und doch ist hiermit in der Praxis die Bereitschaft insgesamt gewichen, sich der *subjektiven erlebnismäßigen Seite der Symptomatik*, in unserem Zusammenhang des Stimmenhörens und wahnhafter Ängste, zuzuwenden. Für eine diagnostische Einordnung, ja sogar für eine differenzialtherapeutische Entscheidung im psychopharmakologischen Bereich mag das irrelevant sein. Aber um einen psychotherapeutischen Zugang bei einer chronifizierten und trotz optimaler neuroleptischer Therapie persistierenden Symptomatik zu finden, ist dies unzureichend. Die Untersuchung von McCabe et al. (2002) in der ambulanten psychiatrischen Routineversorgung machte es deutlich: In der gegenwärtigen psychiatrischen 15-Minuten-Konsultationspraxis spielen die subjektiven Inhalte des Erlebens von Stimmen ebenso wenig eine Rolle wie die subjektiven Inhalte von Erklärungsmodellen des Patienten für veränderte Wahrnehmungen, die wir in der Fachsprache als Wahn bezeichnen. Das steht im Widerspruch zu Befunden, die klar zeigen, dass eine deutlichere Patientenzentrierung in der Konsultationsgestaltung mit verbesserter Compliance, vermehrter Behandlungszufriedenheit, Symptomreduktionen und auch mit einer Verminderung von emotionaler Belastung durch die Erkrankung einhergeht (Little et al., 2001).

Was ist jedoch die *Ursache* hierfür? Die knappe Konsultationszeit? Nein, wir denken die Frage ist wesentlich komplexer zu beantworten. Psycho-

tische Erfahrungen wurden lange Zeit als qualitativ unterschiedlich von den Gesetzmäßigkeiten der Alltagserfahrung gesehen, so dass ein erfahrungsorientierter Ansatz auch unsinnig erschien. Dazu kam, dass die Hilflosigkeit und die Schwere der Gestörtheit der Patienten in der Akutphase die Sichtweise der Behandelnden über die Erkrankung und deren Behandelbarkeit prägt. Die Akutphase erfordert häufig eine paternalistische Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, in hohem Maße das Übernehmen von stellvertretender Verantwortung für den häufig sehr gefährdeten Patienten. Doch eine solche Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung in der Langzeittherapie scheint eher auf dem Stigma des schizophren Erkrankten als einer Art „großem Kind“ zu basieren. Hierdurch werden aber Chancen in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung vertan, da gar nicht erst erwartet wird, dass der Patient auch als Partner im Behandlungsprozess gewonnen werden kann und eigene Initiative und Verantwortung einbringen kann. Auch die starke Weiterentwicklung der neuroleptischen Therapie in den letzten zehn Jahren mit der Verfügbarkeit einer Vielzahl von sog. atypischen Neuroleptika mit einem wesentlich günstigeren Wirk- und Nebenwirkungsprofil haben den Blick für jene Subgruppe von 25 bis 30 % der betroffenen Menschen mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen verstellt, die relativ dauerhaft Stimmen hören und auch wahnhaftige Ängste und Sichtweisen aufweisen. Und der Blick in der Forschung hat sich in den letzten Jahren eher dem frühen Erkrankungsverlauf zugewendet, also Frühformen schizophrener Erkrankungen oder auch Ersterkrankungen. Ziel war dabei die Prognose der Erkrankungen durch frühe Optimierung der Behandlung günstig zu beeinflussen. All dies ist richtig und nötig, vernachlässigt aber, dass trotz allen Fortschritts in der Kenntnis der neurobiologischen Grundlagen der Erkrankungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten Symptompersistenz nicht nur ein Problem für Menschen ist, die mangelnde Behandlungsbereitschaft aufweisen, sondern das Leben von ca. 1/4 bis 1/3 der Betroffenen nach wie vor prägt.

Die nachfolgenden Ausführungen bezüglich Stimmenhören und Wahn beschränken sich ausschließlich auf schizophrene Störungen. Natürlich finden sich auch bei anderen psychischen Störungen diese Symptombereiche (z. B. depressive Störungen). Von besonderer Bedeutung sind vor allem aber die schizoaffektiven Störungen, die, obwohl ihr nosologischer Status bisher nicht abschließend geklärt werden konnte, in Studien z. T. mit schizophrenen Störungen zusammen genommen werden. Die Fokussierung auf schizophrene Störung erfolgt auf Grund zweier Aspekte. Zum einen liegen hierzu die meisten Studien vor, zum anderen auf Grund eigener klinischer Erfahrungen mit schizophrenen Störungen. Eine Reihe der nachfolgenden therapeutischen Interventionen wird sich vermutlich auch auf andere Störungsgruppen übertragen bzw. adaptieren lassen. Der Effektivitätsnachweis ist jedoch noch zu leisten.

Der Trend weg von der Schulorientierung in unserem psychotherapeutischen und psychologischen Wissen hin zu einer evidenz-basierten Betrachtung der Störungen und ihrer Behandlung hat in den letzten 5 bis 10 Jahren moderne sozialpsychologische Ansätze zum Verständnis von chronischem Stimmenhören und persistierendem Wahn ebenso gefördert wie die Weiterentwicklung problemspezifischer Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, die genau auf diesen Störungsbereich fokussieren. Obwohl seit geraumer Zeit bekannt, finden sie in der täglichen Routineversorgung eine beschämend geringe Anwendung. Für unsere Patienten sollten wir sie in die Curricula verhaltenstherapeutischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Ausbildung aufnehmen und den künftigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ebenso wie den künftigen Klinischen Psychologen und Psychologischen Psychotherapeuten gut in Methoden ausbilden, die in diesem Bereich wirksam sind. Dieses Buch soll hierzu einen Beitrag darstellen.

Basel, Herbst 2006

Roland Vauth
Rolf-Dieter Stieglitz