

Klinisch-diagnostische Abklärung bei massivem Selbstzweifel und großem Leidensdruck in der Ehe – die aus der Türkei stammende Frau K., 30 Jahre

Zeynep Baraz Kalayci

Das Frankfurter Institut für Verhaltenstherapie (FIVE-APP) bietet eine verhaltenstherapeutisch orientierte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend den Vorgaben des Gesetzes über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). Die angehenden Therapeutinnen und Therapeuten sollen nach PsychTh-APrV¹ § 4 eine praktische Ausbildung absolvieren, die 600 Behandlungsstunden sowie mindestens 150 Supervisionsstunden umfasst. Diese Behandlungen können in der Ambulanz des Instituts durchgeführt werden.

Ab dem 01.04.2017 traten in Deutschland Neuerungen bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung in Kraft, unter anderem die neue „psychotherapeutische Sprechstunde“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Diese wurde vom Gesetzgeber als ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf einen „zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung“ definiert und soll zur Abklärung dienen, „ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 9). Am Ende dieses Prozesses steht dann entweder die Weitervermittlung der Hilfesuchenden, zum Beispiel an eine Beratungsstelle, oder die Empfehlung der Aufnahme einer Psychotherapie. Darauf folgen „probatorische Sitzungen“, die als Gespräche definiert werden, „die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren [...] dienen“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 10). In der Ambulanz arbeiten nur Psychologinnen und Psychologen, die ihre Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten absolvieren, unter der Leitung von drei Ambulanzleiterinnen oder Ambulanzleitern, die ebenfalls Psychologinnen bzw. Psychologen und Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten sind.

¹ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten

Die Klientinnen und Klienten werden in der Ambulanz unter anderem auch nach der Sprache, in der die Therapeutinnen und Therapeuten die Therapie anbieten können, zugewiesen. Neben Türkisch wird unter anderem auch Therapie auf Englisch und Russisch angeboten.

1 Erstgespräch und Beschwerdebild

Frau K., 30 Jahre, meldete sich telefonisch in der Ambulanz an und bat um eine türkischsprachige Therapie.

Die sehr schüchtern wirkende Klientin berichtete, dass es eigentlich der Wunsch ihres Ehemannes war, dass sie in die Therapie kommt. Sie meinte aber auch, dass es ihr seit einiger Zeit immer schlechter gehe, dass sie sehr oft weine, unter starken Schuldgefühlen leide, weil „alle Entscheidungen, die [sie] im Leben getroffen habe, falsch waren“, und sie sich einsam fühle. Sie grüble sehr oft. Besonders wenn sie sich über ihren Ehemann aufrege, spanne sie sich sehr an, um mit ihm nicht zu streiten, spreche vor sich hin, um sich zu beruhigen, und bekomme Kopfschmerzen. Sie könne gut schlafen, wache aber wegen ihrer Arbeit früh auf. Wenn sie dann früh morgens zur Arbeit gehe, fühle sie sich besser als sonst, könne sich beispielsweise an den Herbstfarben erfreuen. Wenn sie aber mittags wieder nach Hause gehe, überkomme sie Müdigkeit und Traurigkeit.

Sie erzählte mit großem Leidensdruck von ihren Beschwerden und auch davon, dass sie sich selbst, so wie sie mittlerweile geworden ist, nicht leiden könne. Sie zeigte großen Erzähltrieb, bemerkte aber, dass sie gleichzeitig unter diesem leide, weil sie nicht klagen möchte: „Ich mochte mich viel lieber, als ich nicht so viel gesprochen habe und zurückhaltender war.“ Nun könne sie sich bei Auseinandersetzungen mit ihrem Mann nicht immer zurückhalten und leide dann unter den eskalierenden Streitereien. Sie habe gemerkt, wie wenig sie in ihrem bisherigen Leben für sich gemacht habe, und leide darunter. Sie berichtete auch, dass sie der Besuch des Führerscheinkurses, den sie vor Kurzem angefangen habe, sehr stresse, weil sie dort in einer Gruppe von Menschen sein soll, die sie kaum kenne. Wenn sie in den Kursraum gehe, könne sie nicht aufschauen und denke, dass die anderen Teilnehmer sie anstarren, weil sie in diesem Augenblick überzeugt sei, irgendetwas Falsches zu machen. Diese Schwierigkeiten habe sie schon in ihrer Schulzeit ähnlich erlebt. Sie erlebe dabei physiologische Symptome, wie Herzklopfen, Zittern und Schweißausbrüche, könne sich aber nach einer Weile an die Situation gewöhnen, halte sich aber möglichst zurück. Fragen stellen zum Beispiel sei aber wiederum mit Angstsymptomen verbunden.

Frau K. berichtete, dass sie den Deutschkurs aufgeben musste, weil die Zeiten des Kurses nicht gepasst haben, und sie erzählte, dass sie nun, ohne viel Kontakt mit der Sprache, das Gelernte vergessen habe.

2 Fragestellung

Die Patientin kam auf Drängen ihres Ehemannes in die Sprechstunde, weil dieser meinte, dass „irgendetwas mit ihr nicht stimmt“. Nach der Klärung dieser Situation war es ihr Anliegen, diagnostisch abzuklären, ob eine (verhaltenstherapeutische) Psychotherapie mit ihrer Problematik indiziert sei.

3 Die psychologische Untersuchung

3.1 Anamnese und Exploration

3.1.1 Lebensgeschichtlicher Hintergrund

Frau K. stammt aus dem Osten der Türkei und wuchs bis zu ihrem dritten Lebensjahr mit ihrer Familie zusammen in einer eher ländlichen Umgebung auf. Die Eltern, Mutter Hausfrau und Vater Beamter, zogen, als sie drei Jahre alt war, mit ihren jüngeren zwei Geschwistern in die Großstadt und ließen Frau K. bis zum Schuleintritt bei ihrer Großmutter. Sie bemerkte dazu, dass sie ihre Großmutter längere Zeit als Mutter betrachtete und ganz verstört war, als sie mit ihrer Mutter mitgehen sollte. Dementsprechend empfand sie ihre erste Zeit in der Großstadt und mit ihrer Familie als nicht leicht.

Frau K. erinnert sich an ihre Großmutter als „eine Frau, die keine Furcht kannte“. Sie war allein, nachdem der Großvater sich neu verheiratet hatte, und habe ihr Leben im Dorf allein bestritten. Sie kann sich erinnern, dass sie mit ihr zusammen stundenlang im Wald unterwegs war, um Gräser und Kräuter zu sammeln, und wundert sich im Rückblick, wie furchtlos auch sie selbst zu dieser Zeit war, im Gegensatz zu jetzt. Sie denke an diese Zeit als die schönste in ihrem Leben.

Zurück bei ihrer Familie musste Frau K. eine große Umstellung durchmachen. Nicht nur, dass sie eigenen Angaben zufolge damals die Natur gegen die Großstadt tauschte, sondern auch die relative Freiheit bei ihrer Großmutter gegen viele Einschränkungen bei den Eltern. Letztere waren sehr restriktiv und erlaubten den Kindern nur wenig. Es wurde großer Wert auf islamisch-religiöse Werte gelegt. Insgesamt herrschte in der Familie „in Sachen Respekt ein hoher Standard“. Frau K. berichtete etwa, dass die Geschwister einander an der Tür begrüßen mussten, wenn eine von ihnen nach Hause kam, oder dass die jüngeren Geschwister ihre Stimme gegenüber den älteren nicht erheben durften bzw. respektvoll mit ihnen sprechen mussten. Zudem hielten sich die Kinder, insbesondere die Töchter, eher im Hintergrund, wenn beispielsweise Gäste da waren. Sie hielten sich meist in der Küche auf und bedienten die Gäste, nahmen aber nicht an der Unterhaltung teil.

Gerade als Frau K. mit der Grundschule fertig war (damals nach fünf Jahren Schulbesuch in der Türkei), wurde das Gesetz verändert, und der verpflichtende Schulbesuch wurde auf acht Jahre erhöht, sodass der Vater sie entgegen seines Wunsches weiter in die Schule schicken musste. Frau K. berichtete, dass sie sehr gerne noch weiter in die Schule gegangen sei und sich sehr gefreut habe, als das Gesetz geändert wurde. Der Vater sei emotional eher abweisend gewesen und habe seine Zuneigung kaum gezeigt. Er war in Bezug auf Schulleistungen sehr anspruchsvoll, sodass er einmal die „Dankesurkunde“ von Frau K., die bei einem gewissen Notendurchschnitt vergeben wird, zerriss und sie ausschimpfte, warum sie denn keine „Ehrenurkunde“ bekommen habe. Diese bekommt man mit einem noch besseren Notendurchschnitt. Als Frau K. dann in ein Internat geschickt wurde, wo sie zur Koranlehrerin ausgebildet wurde, wollte er nicht, dass sie öfters nach Hause kommt, habe ihr Faulheit vorgeworfen und ihr unterstellt, von dort weggelaufen zu sein. Frau K. meinte aber, dass sie nach drei Wochen im Internat einfach keine saubere Wäsche mehr hatte und deshalb nach Hause kommen wollte. Im Rückblick vermutet die Patientin, dass in ihrem Umfeld Entführungen häufig waren, und ihr Vater sie vermutlich deshalb außer Reichweite und im geschützten Internat haben wollte.

Während Frau K. ihren Vater eher als ruhig beschrieb, der seine Stimme kaum erhob, erzählte sie über ihre Mutter, dass diese ziemlich aufbrausend war und die Kinder viel angeschrien habe. Sie habe die Kinder sehr streng erzogen und stark unter Druck gesetzt. Frau K. habe schon in der Grundschulzeit bei der Hausarbeit mithelfen müssen, wobei es der Mutter selten gefallen habe, was oder wie sie es tat. Die Mutter habe zudem hinter jeder Aussage oder jedem Vorfall eine böartige Absicht gewittert, weshalb Frau K. die Mutter immer wieder von ihrer Unschuld überzeugen müssen. Sie betonte aber, dass die eigentliche Respektperson zu Hause der Vater war und dass sie als Kinder große Scheu davor hatten, ihm zu missfallen.

3.1.2 Ehe und Kinderwunsch

Ihren Ehemann lernte Frau K. kennen, als sie 13 Jahre alt war und mit ihren Eltern zu Hause lebte. Wie Frau K. angibt, hatten sie sich bei einer Hochzeitsfeier eines Bekannten gesehen und sich wenig miteinander unterhalten. Weil er nach Deutschland zog, hielten sie aber eine Zeit lang Briefkontakt. Irgendwann endete der Kontakt. Als Frau K. älter wurde, habe es Anfragen an ihre Eltern von Familien gegeben, die ihren Sohn mit ihr verheiraten wollten. Frau K. berichtete, dass sie damals noch nicht heiraten wollte, aber als sie ein Telefonat ihrer Mutter mithörte, die mit ihren Verwandten einen Entführungsplan für sie ausheckte, habe sie Angst bekommen: Den Cousin, den ihre Mutter für sie wollte, habe sie nicht heiraten wollen, sodass sie mit ihrem jetzigen Mann wieder Kontakt aufgenommen und ihn gebeten habe, dass seine Familie um ihre Hand anhalten solle. Die Hochzeit habe

innerhalb weniger Monate unter starkem Protest der Mutter stattgefunden. Ihr Vater, der den Vater des Bräutigams sehr schätzte, sei mit dieser Wahl zufrieden gewesen. Ihre Mutter, die selbst innerhalb der eigenen Familie geheiratet hatte (der Vater von Frau K. war ein Cousin der Mutter) und der Meinung gewesen sei, ihre Tochter sollte das auch tun, sei über ihren Alleingang sehr entrüstet gewesen. Wie Frau K. berichtet, konnte es nicht zu einer richtigen Aussprache zwischen ihr und ihrer Mutter kommen. Frau K. habe versucht, der Mutter klar zu machen, dass sie aus „Notwehr“ gehandelt habe, weil sie nicht unbedingt habe heiraten wollen.

Mit ihrem Ehemann zog Frau K. nach Deutschland. Sie berichtete, dass sich die restriktive Atmosphäre, die sie zu Hause erlebt hatte, auch in der Ehe fortführte. Der Ehemann sei sehr aufbrausend und von Anfang an ihr gegenüber sehr kritisch gewesen. Er habe sie getadelt, weil er zum Beispiel der Meinung war, dass sie gegenüber Bekannten, die zu Besuch waren, respektlos gewesen sei. Er habe sie wegen ihres Gewichts kritisiert, wegen des Essens, das sie gekocht hatte oder wegen der Hausarbeit. Sie habe nicht allein zu Hause bleiben dürfen, sondern musste die Zeit, in der der Ehemann bei der Arbeit war, bei ihrer Schwägerin verbringen. Als sie anfang zu arbeiten, habe sie ihr Gehalt nicht behalten dürfen, sondern lediglich ein Taschengeld von ihrem Mann bekommen. Obwohl Frau K. ihre Arbeit als Koranlehrerin für Kinder auch in Deutschland weitermachen wollte, habe sie der Ehemann daran gehindert, weil ihm die Arbeitszeiten nicht passten. Sie habe aber etwa zwei Jahre lang zu Hause Kindergruppen unterrichtet. Frau K. habe zwischendurch als Schneiderin gearbeitet, was ihr sehr viel Freude bereitet habe. Als sie aber während eines Großauftrags von ihrem Ehemann heftig kritisiert wurde, empfand sie diesen Stress als zu viel und habe mit dieser Arbeit aufgehört: „Den Auftrag rechtzeitig fertig machen und die Kritik meines Mannes ... das war zu viel des Guten ...“

Etwa ein Jahr nach der Hochzeit wurde im Rahmen einer medizinischen Untersuchung festgestellt, dass der Ehemann keine Kinder bekommen kann. Ein künstlicher Befruchtungsversuch misslang. Danach hätten sie keine Versuche mehr unternommen. Obwohl Frau K. gerne Kinder hätte, stand das für sie aktuell nicht im Vordergrund. Sie berichtete, dass sie die Unfruchtbarkeit des Mannes vor ihrem Umfeld geheim hielt, um ihn zu schützen. Besonders ihrer Mutter, die ja nicht gewollt hatte, dass sie ihn heiratet, habe sie es vorenthalten und gesagt, dass sie selbst unfruchtbar sei.

Frau K. berichtete, dass ihr Ehemann, seit sie erfahren haben, dass sie keine Kinder kriegen können, viel restriktiver geworden sei. Er schränke sie immer mehr ein und sei auch viel reizbarer geworden. Er habe angefangen, laut zu werden und auch Sachen im Haushalt zu beschädigen, wenn er sich aufrege. Zudem wollte der Mann keine sexuelle Beziehung mehr zu Frau K. aufnehmen, mit der Begründung, dass sie dann jeden Monat umsonst darauf warten würde, ob sie ihre Regel be-

käme oder nicht. Sie berichtete, dass der Ehemann mittlerweile nicht einmal mehr auf demselben Sofa mit ihr sitzen wolle.

Vor etwa drei Jahren habe Frau K. in einer Chat-Gruppe für einen Kurs einen Mann kennengelernt, mit dem sie längere Zeit im Chat-Kontakt stand und Gefühle für ihn entwickelte. Im Zusammenhang mit ihren sozialphobischen Symptomen meinte die Klientin, dass sie in dieser Zeit verzweifelt nach Anerkennung gesucht habe, und da der Kontakt über das Internet stattfand und nicht persönlich, sie sich in dieser Hinsicht auch überwinden konnte. Als der Ehemann davon erfuhr, gab es große Auseinandersetzungen. Er habe daraufhin ihr Handy, ihre E-Mails etc. konfisziert, und sie durfte keine eigene Nummer oder E-Mail-Adresse mehr haben. Sie berichtete, dass er nun ihr Handy mit neuer Nummer auch regelmäßig kontrolliere. Frau K. meinte, dass sie diese Phase ihres Lebens zutiefst bereue und dass sie die Kontrollen des Ehemannes im Sinne einer Buße gerne hinnehme. Sie habe sich in dieser Zeit so hoffnungslos und traurig gefühlt und einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen, den sie selbst unterbrach, indem sie sich zum Erbrechen brachte. Das ginge eigentlich entschieden gegen ihre religiösen Überzeugungen, aber sie habe zu der Zeit kaum einen Ausweg aus ihrer Lage gesehen. Sie bemerkte dazu abschließend: „Ich bin keine Tochter gewesen, die meines Vaters würdig war, nun bin ich keine Ehefrau, die meines Mannes würdig ist.“

3.1.3 Psychotherapeutische Vorerfahrungen

Frau K. berichtete, dass sie ca. vor einem Jahr schon einmal eine Psychotherapie aufgrund depressiver Symptome mit einer türkischsprachigen Psychotherapeutin angefangen habe und ca. vier Monate in Behandlung gewesen sei. Sie meinte, dass die Zusammenhänge, die die Therapeutin hergestellt habe, sehr gut und hilfreich waren. Aber als die Therapeutin sich mehrmals abfällig über religiöse Inhalte äußerte, wollte sie die Therapie dort nicht mehr fortsetzen. Sie meinte dazu, dass sie es ignoriert haben würde, wenn die Therapeutin nur einmal etwas Negatives über ihre Religion gesagt hätte, aber dies kam mehrere Male vor. Als sie im Laufe dieser früheren Therapie das erste Mal über ihr Leben als Ganzes erzählte, sei ihr klar geworden, was sie alles für andere gemacht habe, und so wenig für sich selbst.

3.2 Psychischer Befund

Die Klientin war gepflegt, im Kontakt zurückhaltend, aber freundlich. Sie war zeitlich, örtlich und situativ voll orientiert. Der formale Gedankengang war geordnet. Es gab keinerlei Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Sie weinte oft beim Erzählen. In Bezug auf Aufmerksamkeit und Gedächtnis zeigten sich keine Schwierigkeiten. Subjektiv

wurden Konzentrationsschwierigkeiten berichtet. Wie am häufigen Weinen und den Selbstzweifeln erkenntlich, war der Affekt deutlich zum depressiven Pol verschoben. Zudem wurden starke Schuldgefühle und ein deutlicher Selbstwertverlust berichtet. Der Antrieb sei ebenfalls vermindert. Ebenso sei eine schnelle Ermüdbarkeit vorhanden. Die Psychomotorik war unauffällig. Obwohl in der Vergangenheit ein Suizidversuch vorlag, konnte sich die Patientin aktuell glaubhaft davon distanzieren. Ihre religiösen Überzeugungen stünden dagegen. Es bestand keine Fremdgefährdung.

3.3 Eingesetzte Verfahren und Ergebnisse

Bei den eingesetzten Verfahren musste auf die Rahmenbedingungen des Falles Rücksicht genommen werden. Da die Fragebögen in den seltensten Fällen in türkischer Sprache vorliegen, muss man diese entweder mündlich im Gespräch abfragen, was im normalen Praxisalltag kaum machbar ist, oder den Patientinnen und Patienten mitgeben, in der Hoffnung, dass sie sich bei ihren Angehörigen Hilfe holen. In diesem Fall wurde Frau K. nur der Anamnesebogen des Instituts mitgegeben, da die Fragen darin relativ leicht verständlich sind, mit dem Hinweis, dass sie die Fragen auf Türkisch beantworten kann. Aufgrund der problematischen Situation in der Ehe wurden die restlichen Fragebögen der Patientin absichtlich nicht mitgegeben, sondern in der Therapiestunde mit der Patientin zusammen bearbeitet, um einerseits keine weitere Konfliktsituation zu Hause zu provozieren, andererseits die Eigenständigkeit der Patientin zu fördern und auch die Rolle der Therapeutin als ihre Unterstützerin und Begleiterin im Therapieprozess zu betonen.

Zum Einsatz kamen folgende Verfahren: *Brief Symptom Inventory von Derogatis, Deutsche Version* (BSI; Franke, 2002), *Beck-Depressions-Inventar (BDI) – Türkische Version* (Hisli, 1989) und die *Skalen zur sozialen Angststörung (SOZAS; Consbruch, Stangier & Heidenreich 2016)*. Die einzelnen Verfahren werden in den nächsten Abschnitten genauer beschrieben.

3.3.1 BSI

Das BSI (*Brief Symptom Inventory von Derogatis, Deutsche Version; Franke, 2002*) ist ein Fragebogen, mit dem man die psychische Belastung von Patientinnen und Patienten erfassen kann. Anhand einer fünfstufigen Ratingskala werden verschiedene Bereiche abgefragt. Ansprechende Reliabilität und die Validität dieses Instrumentes für die türkische Population wurden von Şahin und Durak (1994) und Şahin, Durak und Uğurtaş (2002) bestätigt. Sempertégui, Knipscheer, Baliatsas und Bekker (2019) haben in ihrer Metaanalyse herausgefunden, dass zum Beispiel Depressionssymptome bei türkischen und marokkanischen Migrantinnen

und Migranten stärker ausgeprägt sind als bei der länger einheimischen Bevölkerung, wobei Studien aus Deutschland, Österreich, den Niederlanden und Schweden untersucht wurden. Auch David, Borde und Kentenich (2002) haben herausgefunden, dass bei Frauen deutscher und türkischer Herkunft in der Gruppe der türkischstämmigen Patientinnen eine höhere psychische Symptombelastung festgestellt werden konnte.

Die soziale Erwünschtheit bestimmter Verhaltensweisen innerhalb bestimmter kultureller Subgruppen muss bei der Interpretation solcher Fragebogenergebnisse mitbedacht werden. Im Zweifel kann der individuelle Leidensdruck der Klientinnen und Klienten in Bezug auf das Symptom als Hinweis auf eine Belastung herangezogen werden. In diesem Fall zeigte Frau K. in Bezug auf ihre soziale Unsicherheit einen deutlichen Leidensdruck, obwohl die kulturellen Vorgaben in ihrem Umfeld keine selbstsicheren und extrovertierten Verhaltensweisen bei Frauen präferieren.

Bei Frau K. zeigten sich im BSI in den Bereichen *Depressivität* ($T=78$), *Unsicherheit im sozialen Kontakt* ($T=80$) und *Ängstlichkeit* ($T=70$) klinisch bedeutsame Belastungen.

3.3.2 BDI – Türkische Version

Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI) – *Türkische Version* (Hisli, 1989) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik (vgl. auch Beck, Steer & Brown, 2009). Das Instrument beinhaltet 21 Fragen, die die Bereiche Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlusslosigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlaf, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung und Verlust an sexuellem Interesse abfragen.

Das BDI ergab bei Frau K. mit einem Summenwert von 32 eine klinisch bedeutsame, schwere depressive Symptomatik (vgl. Beck, Steer & Brown, 2009).

3.3.3 SOZAS

Die *Skalen zur sozialen Angststörung* (Consbruch, Stangier & Heidenreich 2016) bestehen aus folgenden Skalen: das *Soziale-Phobie-Inventar* (SPIN), die *Soziale-Interaktions-Skala* (SIAS), die *Soziale-Phobie-Skala* (SPS) und die *Liebowitz-Soziale-Angst-Skala* (LSAS). Mit dem SPIN könne man laut den Autoren eine optimierte diagnostische Einordnung vornehmen, da dieses Inventar die sozialen Ängste in verschiedenen Situationen, das Vermeidungsverhalten und die physiologischen Aspekte der sozialen Angststörung erfasst. Die Skalen SIAS und SPS ermöglichen die Erfassung verschiedener Typen von sozialen Situationen und sind somit dif-

ferenzialdiagnostisch und für die individuelle Therapieplanung von Bedeutung. Die LSAS ist eine Fremdbeurteilungsskala, die als ein Interviewleitfaden verstanden werden kann, wobei die Angst und das Vermeidungsverhalten getrennt beurteilt werden kann.

Im SPIN erreichte Frau K. einen Summenwert von 33, in der SIAS einen Wert von 40 und in der SPS einen von 38. Alle Werte deuten eine auf eine klinisch bedeutsame soziale Angstsymptomatik hin. In der LSAS erreichte Frau K. einen Gesamtwert von 82, was auf eine klinisch bedeutende generalisierte soziale Angstsymptomatik hindeutet.

4 Interpretation, Beantwortung der Fragestellung und Empfehlung

Diagnostiziert wurde bei Frau K. eine rezidivierende² depressive Störung, und zwar gegenwärtig in einer schweren Ausprägung ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2; vgl. World Health Organization/Dilling et al., 2016). Zumindest eine Episode ist in der Zeit der Ehekrise zu vermuten, die auch zum beschriebenen Suizidversuch geführt hat. Komorbid³ ist auch die Diagnose einer sozialen Phobie gerechtfertigt (F40.1).

Prädisponierend⁴ ergab sich auf der einen Seite die ruhige und zurückhaltende Natur der Patientin, auf der anderen Seite die restriktive Erziehung, die die Patientin in ihrem Elternhaus erfahren hat. Sie hat dadurch gelernt, dass ihre Meinung und ihre Bedürfnisse nicht wichtig sind, sie diese auch nicht artikulieren darf und diese Bedürfnisse höheren Werten oder Regeln untergeordnet werden müssen. Im Vater, der als Respektperson eine fordernde Haltung aufwies, hat sie eine Bezugsperson gehabt, deren Anerkennung sie sich sehnlichst wünschte, aber stattdessen erfahren musste, dass sie den Ansprüchen nie gerecht werden konnte. Ähnlich war es in der Beziehung mit der Mutter, die sie und ihre Arbeit immer kritisierte und sie oft beschuldigte; so sah sie sich sehr oft in der Position, sich erklären und beweisen zu müssen. Auf der anderen Seite kann es als eine Ressource angesehen werden, dass die Patientin bis zu ihrem siebten Lebensjahr bei ihrer Großmutter aufgewachsen ist, die mit ihr liebevoll umging und bei der sie ein starkes Frauenmodell erlebt hatte.

² in Abständen wiederkehrend

³ Eine Komorbidität ist ein weiteres, abgrenzbares Krankheitsbild oder Syndrom, das zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegt.

⁴ Prädisponierende Faktoren sind solche, die Klientinnen und Klienten für bestimmte Erkrankungen besonders empfänglich und anfällig machen.

Die Patientin hat, in der familiär und gesellschaftlich ihr zugewiesenen Rolle, keine Möglichkeiten gehabt, ihre sozialen Kompetenzen zu stärken. Hinzu kam, dass ihr Selbstwert durch die andauernde harsche Kritik der Eltern nicht richtig entwickelt werden konnte, sodass sie eine sozialphobische Symptomatik entwickelte. Durch den eingeschränkten gesellschaftlichen Umgang, der ihr durch den Ehemann auferlegt wurde, wurden die angstbesetzten Situationen automatisch vermieden und die Symptomatik aufrechterhalten.

Der kulturell-religiöse Hintergrund, in dem die Patientin aufwuchs, erfüllte in diesem Zusammenhang unterschiedliche Funktionen. Einerseits dient er Frau K. als Begründung für die Einschränkungen in ihrem Leben durch die Eltern, andererseits stellt er in ihrer Funktion als Koranlehrerin eine potenzielle Quelle ihres Selbstwertes dar. Umgekehrt führen die religiösen Werte (das Klagen über die eigene schlechte Situation ist verpönt, weil man sich damit gegen Gottes Plan auflehnen würde) zu ihrem aktuellen Selbstzweifel und zur Selbstablehnung. Die Frustration ihrer Bedürfnisse durch den abweisenden Ehemann führten dazu, dass sie sich Kontakte mit anderen Männern im Internet suchte, was in auffallendem Gegensatz zu den angesprochenen Werten steht und in der Folge eine erste depressive Episode auslöste.

In der aktuellen Ehesituation befindet sich Frau K. genau in der Konstellation wieder, die sie in ihrem Elternhaus erlebt hatte. Sie steht einem Ehemann gegenüber, von dem sie anerkannt und geschätzt werden möchte, dessen Zuneigung sie sich wünscht, der ihr gegenüber aber genauso kritisch und abweisend ist wie die Eltern. Mit dieser Situation geht sie so um, wie sie das schon immer getan hat, indem sie sich nämlich noch mehr anstrengt. Die Störung wird dadurch aufrechterhalten, sodass Frau K., genauso wie sie das als Kind und Jugendliche gemacht hat, mit immer größeren Anstrengungen versucht, die Anerkennung und die Zuneigung des Ehemannes zu gewinnen. Dabei wird sie immer wieder frustriert. In diesem Bemühen gibt sie auch für sich positive Aktivitäten, wie zum Beispiel das Nähen, auf, sodass ihre Stimmung und ihr Selbstwert stark darunter leiden und die depressive Symptomatik aufrechterhalten wird.

In ihrer letzten kurzen Therapiephase hat die Patientin anscheinend schon eine erste Einsicht in ihr Leben gewonnen, sodass sie nun mehr für sich selbst machen möchte; so habe sie sich zum Beispiel in einer Fahrschule angemeldet.

Im Anschluss an die Diagnosestellung wurden die Ergebnisse und das Störungsmodell mit Frau K. besprochen. Ihr wurde die Aufnahme einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie empfohlen und angeboten, was sie gerne in Anspruch nahm.

Literatur

- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2009). *Beck-Depressions-Inventar – Revision (BDI-II)* (Deutsche Ausgabe von M. Hautzinger, F. Keller und C. Kühner). Frankfurt am Main: Pearson.
- Consbruch, K. von, Stangier, U. & Heidenreich, T. (2016). *Skalen zur sozialen Angststörung (SOZAS), Soziale-Phobie-Inventar (SPIN), Soziale-Interaktions-Skala (SIAS), Soziale-Phobie-Skala (SPS), Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)*. Göttingen: Hogrefe.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (2002). Die psychische Belastung von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen – der Einfluss von Ethnizität, Migrationsstatus und Akkulturationsgrad. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, 62, 37–44. <https://doi.org/10.1055/s-2002-29095>
- Franke, G. H. (2002). *Symptom Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R)* (Deutsche Version, 2., vollständig überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)* (zuletzt geändert am 22. November 2019). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2029/PT-RL_2019-11-22_iK-2020-01-24.pdf
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği [Die Validität und Reliabilität des Beck Depressionsinventars für Studenten]. *Psikoloji dergisi*, 7, 3–13.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018). *Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung. Wissenswertes für Therapeuten* (PraxisInfo, Oktober 2018). Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Psychotherapie-Reform.pdf
- Şahin, N. & Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması [Die Adaptation des BSI für türkische Jugendliche]. *Türk psikoloji dergisi*, 9(31), 44–56.
- Şahin, N., Durak, A. & Uğurtaş, S. (2002). Kısa semptom envanteri: Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı [Brief Symptom Inventory: Die Validität, Reliabilität und Faktorenstruktur bei der Anwendung bei Jugendlichen]. *Türk psikiyatri dergisi*, 13, 125–135.
- Sempertégui, G. A., Knipscheer, J. W., Baliatsas, C. & Bekker, M. H. J. (2019). Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 247, 134–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.060>
- World Health Organization/Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie) bei paranoider Schizophrenie – Herr B., 36 Jahre

Katarina Krkovic & Anne-Katharina Fladung

Die Psychotherapeutische Hochschulambulanz der Universität Hamburg ist nach § 117 SGB V zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des dazugehörigen Arbeitsbereichs *Klinische Psychologie und Psychotherapie* befassen sich mit der Erforschung der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und der Entwicklung wissenschaftlich geprüfter psychologischer Interventionsmethoden, insbesondere für psychotische Störungen. Die Hochschulambulanz bietet entsprechend für die Behandlung der Krankenversicherten wissenschaftlich fundierte Psychotherapie an. Es werden Patientinnen und Patienten aus einem breiten Spektrum psychischer Störungen behandelt. Schwerpunkt ist die Psychotherapie von Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen. Dazu gehören Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum, wahnhaftige Störungen, akut vorübergehende psychotische Störungen sowie schizoaffektive Störungen. Psychotische Störungen sind im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eher selten – so liegt zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit für eine Person, im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken – je nach Festlegung der Diagnosekriterien – zwischen 0.5 und 1.6%. Dabei gehen die psychotischen Störungen mit immensen Behandlungskosten für die Gesellschaft und oft starkem Leidensdruck der Betroffenen und deren Angehörigen einher. Nichtsdestotrotz wird nur eine äußerst kleine Anzahl der Betroffenen tatsächlich ambulant psychotherapeutisch behandelt (Görgen & Engler, 2005). Diese offensichtliche Versorgungslücke gilt es zukünftig zu schließen.

Die Durchführung einer Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ist üblicherweise wie folgt aufgebaut: In einer ersten Sprechstunde wird eine grobe Einschätzung des psychischen Zustands durchgeführt und bei entsprechendem Befund (Verdachtsdiagnose nach ICD-10; World Health Organization/Dilling et al., 2015) die Indikation für eine Psychotherapie gestellt. Die Patientin bzw. der Patient wird informiert, welche weiteren Maßnahmen zur diagnostischen Abklärung gegebenenfalls empfohlen werden und ob eine voraussichtliche psychotherapeutische Behandlung als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden sollte. Bei komplexeren Fällen

können bis zu drei solcher Sprechstunden durchgeführt werden. Vor Beginn der eigentlichen Therapie werden zwei bis vier weitere, sogenannte probatorische Sitzungen durchgeführt: Hier erfolgt eine differenziertere Abklärung der Störung mit Ableitung einer gesicherten Klassifikation nach ICD-10, eines individuellen Störungs- und Veränderungsmodells sowie Abschätzung der Prognose. Relevante Informationen zu den Symptomen und deren Entstehung und Aufrechterhaltung werden im Kern durch ein halbstrukturiertes Interview zur Erfassung psychischer Störungen und eine ausführliche biografische Anamnese erhoben. Begleitend wird die Patientin bzw. der Patient gebeten, in störungsübergreifenden und -spezifischen standardisierten Selbstbeurteilungsverfahren Auskunft zu geben. Therapieziele werden gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten erarbeitet. Parallel wird ein Antrag auf die Kostenübernahme der Therapie an die Krankenkasse gestellt, die nach Bewilligungsbescheid durch die Kasse in Form einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie mit 12, 24 bzw. 60 Behandlungseinheiten durchgeführt wird.¹

1 Erstkontakt und Indikationsstellung

Herr B. war zum Zeitpunkt des Erstkontakts 36 Jahre alt, nach Abschluss des Studiums arbeitssuchend, in einer festen Partnerschaft und wohnte in einer Wohngemeinschaft mit einem Mitbewohner.

1.1 Vorstellungsgrund

In der Sprechstunde berichtete Herr B. davon, in seinem Leben mehrere psychotische Episoden erlebt zu haben. Er sei bereits zweimal in stationärer Behandlung gewesen, habe jedoch noch nie eine Psychotherapie in Anspruch genommen. Er werde heute auf Anraten seines Psychiaters in der Hochschulambulanz vorstellig. Er berichtete, er werde zurzeit schnell verunsichert, er gerate in Selbstzweifel und werde misstrauisch. Er fühle sich auf der Straße oft beobachtet. Teilweise „verliere er den Realitätsbezug“ – er denke dann, alle reden über ihn („Der Typ ist krank“) und wollen ihm schaden. Zudem habe er starke Angst vor Ausschluss aus Gruppen und erlebe sich, seitdem er psychotische Episoden hatte, als „dünnhäutiger“ und „stressempfänglicher“. Er habe Schwierigkeiten, mit seinen Gefühlen, wie Angst, Wut und Traurigkeit, umzugehen und sie zu zeigen, er „schlucke“ alles hinunter. Deshalb leide er an schlechter Stimmung und Niedergeschlagenheit. So habe er Schwierigkeiten, sich zu motivieren, etwas zu unternehmen, und er würde sich wünschen, mehr mit Menschen zu machen, Sport zu betreiben und seinen Haushalt besser zu organisieren. Herr B. glaube sehr stark daran, dass eine Psy-

¹ Nach Bedarf können noch weitere Stunden zur Verlängerung der Therapie beantragt werden.

chotherapie ihm bei der Bewältigung seiner Probleme helfen wird, jedoch habe er nicht gewusst, dass er eine in Anspruch nehmen könnte. Er ist aktuell in psychiatrischer Behandlung und nimmt zurzeit Olanzapin² (10 mg/Tag).

1.2 Psychopathologischer Befund

Die Therapeutin schätzte anhand des AMDP-Systems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2018) grob den psychopathologischen Zustand der letzten Tage ein. Dies geschah via Selbstbericht des Patienten und Beobachtung durch die Therapeutin für die folgenden Bereiche: Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und formales sowie inhaltliches Denken. Des Weiteren wurden bestimmte Befürchtungen, das Vorliegen von Zwängen, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen sowie Störungen im Affekt, im Antrieb und in der Psychomotorik erfasst.³

Die Therapeutin beschrieb Herrn B. demnach als im Kontakt freundlich und zugewandt, jedoch auch unsicher. Er vermied den Blickkontakt und errötete schnell. Er war wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten (Ort, Zeit, Situation, Person) voll orientiert. Aufmerksamkeit und Gedächtnis waren intakt. Im formalen Gedankengang war Herr B. ideenflüchtig (das Springen von einem Thema zum nächsten, ohne die Gedanken zum Abschluss zu bringen), inkohärent (der Patient berichtete in Wortfetzen, teilweise zusammenhanglos) und grübelnd (nachdenken, ohne zu einem Ergebnis zu kommen). Er berichtete von Misstrauen (z. B. gegenüber den fremden Menschen auf der Straße sowie der Therapeutin gegenüber). Anhaltspunkte für Zwänge waren nicht vorhanden. Es bestand eine mittelstark ausgeprägte Wahnstimmung (der Patient berichtete vom unspezifischen „Gefühl, etwas könnte los sein, ich könnte verfolgt werden“, ohne klarer Wahnidee). Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (d. i. das Erleben der Fremdbeeinflussung, oder das Erleben von sich selbst und eigener Umgebung als fremd) wurden nicht berichtet. Im Affekt war Herr B. mittelstark deprimiert, die Schwingungsfähigkeit (adäquate Modulationsfähigkeit der Stimmung) war erhalten. Der Antrieb war stark gehemmt, der Patient war psychomotorisch ruhig. Es wurden keine zirkadianen Besonderheiten (Tagesrhythmik, wie beispielsweise Morgentief) berichtet. Es waren keine Hinweise auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben.

² ein Neuroleptikum, s. Fußnote 4

³ Nach AMDP bestünde die Möglichkeit, die Einschätzungen numerisch zu kodieren, allerdings sind die Normen sehr veraltet (Gebhardt & Pietzcker, 1983), sodass die Qualität des Verfahrens in diesem Sinne nicht beurteilt werden kann. Studien zur Qualität der Messung sind genauso rar; die letzte Studie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung stammt aus dem Jahr 2000 (Laux, 2000). Das AMDP-System wird in der klinischen Praxis dennoch standardmäßig eingesetzt, meist ohne numerische Einordnung der Symptomatik.

1.3 Vorläufige Klassifikation

Die Therapeutin vergab vorläufig die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD10: F20.0) und empfahl die Aufnahme einer ambulanten Verhaltenstherapie im Einzelsetting in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz zunächst über 24 Sitzungen. Sie klärte den Patienten über die Durchführung der Therapie im Kontext von Forschung und Lehre auf. Der Patient erklärte sich mit der weiteren Behandlung einverstanden.

2 Die psychologische Untersuchung

2.1 Anamnese und Exploration

Die biografische oder lebensgeschichtliche Anamnese dient der Erfassung der sogenannten Organismusvariablen, die zur Störungsentwicklung und -aufrechterhaltung beitragen, sowie zur Erhebung der bisherigen Umgangsstrategien, die möglicherweise zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Um alle wichtigen Informationen zu sammeln, kann sich die biografische Anamnese auf einen Fragebogen mit offenen Fragen stützen. Herr B. füllte den Fragebogen zur Lebensgeschichte aus, der im Lehrbuch *KVT-Praxis* von Stavemann (2008, Arbeitsblatt 1–4) zu finden ist. Herzstück der biografischen Anamnese ist jedoch das psychologisch-diagnostische Gespräch. Hier können Informationen über wichtige Ereignisse auch über nonverbale Kanäle erhoben werden. Dies ist beispielsweise dann hilfreich, wenn Themen besonders schuld- oder schambesetzt sind. Für Herrn B. ergibt sich das im folgenden geschilderte Bild.

2.1.1 Biografischer Hintergrund

Herr B. ist gemeinsam mit seinen Geschwistern (Bruder: zwei Jahre jünger; Schwester: fünf Jahre jünger) bei den Eltern (Mutter: Grundschullehrerin; Vater: Übersetzer) aufgewachsen. Der Vater sei aus Kanada eingewandert und fühle sich auch nach langjährigem Aufenthalt in Deutschland manchmal noch fremd. Herr B. erinnert ihn als herrisch und streng, er habe viel erzieherischen Druck und Zwang in der Kindheit ausgeübt. Der Vater habe von zu Hause gearbeitet, und durch die ständige Präsenz habe er besonders viel Kontrolle über Herrn B. ausüben können und den Tag für ihn durchstrukturiert. Herr B. habe immer noch das Gefühl, alles „richtig“, d. h. im Sinne seines Vaters, machen und entscheiden zu müssen. Seine Mutter sei die Hauptverdienerin in der Familie gewesen. Herr B. beschrieb sie als unsichere Person, die durch die Arbeit ständig überlastet gewesen sei. Sie habe aufgrund ihres Berufes einen besonderen Anspruch an die Erziehung ihrer drei Kinder gehabt. Herr B. als ältester habe dabei immer beson-

ders im Fokus gestanden. Es war wichtig, „richtig“, d. h. im Sinne der Mutter, zu funktionieren. Habe er dies nicht getan, sei die Mutter extrem enttäuscht gewesen und habe ihn mit Schweigen und Nichtbeachtung gestraft. Herr B. sei sich nicht sicher, ob die Mutter eventuell an einer nicht behandelten Depression gelitten habe.

Die Atmosphäre im Elternhaus beschrieb Herr B. rückblickend als „nach außen überharmonisch“. Er habe immer den Eindruck gehabt, die Eltern wollten dem Umfeld „die perfekte Ehe“ vorspielen, allerdings hätten sie auch nie Streit gehabt und perfekt miteinander harmoniert. Zudem berichtete Herr B., die Eltern haben ihn und seine Geschwister „vor der komplexen Gesellschaft außerhalb der Kernfamilie“ beschützen wollen: So hätten die Eltern wenig soziale Kontakte außerhalb der Familie oder dem beruflichen Kontext gepflegt. Beide Eltern seien politisch sehr engagiert gewesen, und der Vater habe ihn hin und wieder zu politischen Veranstaltungen mitgenommen. Freunde habe Herr B. kaum mit nach Hause gebracht, aus Angst, die Familie würde sonderbar auf die Freunde wirken. Die Eltern hätten, seiner Aussage zufolge, oft über die fragwürdige kleinbürgerliche Leistungsmoral und deren Folgen diskutiert, auch im schulischen Umfeld des Patienten. Herr B. sei deshalb oft einsam gewesen und habe allein oder mit den jüngeren Geschwistern gespielt. Die Geschwister seien heute noch wichtig für ihn, der Bruder sei allerdings zurückgezogen und verschlossen, bei der Schwester ist vor einigen Jahren eine schizophrene Störung diagnostiziert worden.

Er sei ein ängstliches und stilles Kind gewesen. In der Schule habe er in der 5. und 6. Klasse Mobbing-Erfahrungen gemacht. Er habe den mobbenden Jugendlichen allerdings für seinen „coolen“ Hintergrund bewundert und das Mobbing durch Reduktion des Kontaktes beenden können. Mit 16 Jahren habe er seine erste Partnerin kennengelernt, die eine sehr viel konservativere Einstellung als er gehabt habe. Über fünf Jahre habe diese Partnerschaft ihm Struktur und Halt gegeben. Herr B. leistete nach der Schule den Zivildienst ab und habe in dieser Zeit hin und wieder auch Drogen konsumiert (Cannabis). Er habe sich dann zum Studium der Politikwissenschaften entschlossen.

2.1.2 Krankheitsanamnese

Herr B. berichtete, die erste psychotische Episode vor zehn Jahren während des Studiums erlebt zu haben. Damals habe sich vieles in seinem Leben geändert: Er sei aus dem Elternhaus in eine neue Stadt gezogen und habe dort selbstständig leben müssen. Von Anfang an habe er sich von anderen Mitstudierenden ausgeschlossen und keiner Gruppe zugehörig gefühlt. Mit den Eltern der damaligen Partnerin habe er häufiger konflikthaft diskutiert. In der Folge habe er sich immer mehr von allen Menschen distanziert, sei schließlich auch nicht mehr zu Vorlesungen gegangen und habe sich zunehmend verwirrt gefühlt. Er berichtete, er

habe „radikale Zweifel bezüglich der eigenen Person, Beziehungen zu anderen und der Realität an sich erlebt“ und er habe keine alltagspraktischen Entscheidungen mehr treffen können. Die Unsicherheit über das, was grundsätzlich richtig und falsch ist, sei von negativen und positiven Emotionen bis hin zur Euphorie gleichermaßen begleitet gewesen. Die Ich-Grenzen seien verschwommen gewesen und der Eindruck, andere Personen dächten seine Gedanken (Gedankenausbreitung), sei aufgetreten, was starke Verunsicherung, Schuldgefühle und schließlich Verfolgungsideen zur Folge hatte. Die Überzeugung, dass „alle“ über ihn redeten und ihn kennen würden, erreichte eine Stärke, die so groß war, dass keine Änderung oder Korrektur dieses Inhalts mehr möglich war. Dies entspricht nach klinischen Kriterien der Definition eines Wahns (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015, S. 117).

Herr B. beschrieb weiterhin, dass er ein starkes Bewusstsein für die eigene Verantwortung bezüglich des Wohlergehens anderer gehabt habe, das von Versagensängsten und der wahnhaften Überzeugung und dem quälenden Gefühl begleitet gewesen sei, sich in vielerlei Hinsicht schuldig gemacht zu haben. Herr B. ist damals in eine Klinik eingewiesen worden und medikamentös mit einem atypischen Neuroleptikum⁴ in einer üblichen Dosis (Olanzapin, 10 mg/Tag) behandelt worden. Nach etwa drei Wochen habe die Wirkung eingesetzt. Nach Abklingen der akuten Symptomatik habe er eine zunehmende Dünnhäutigkeit erlebt und er sei weniger stressresistent geworden. Die Frage nach der richtigen Lebensführung mit dem Ziel, nützlich und konstruktiv für die eigene Person und andere sein zu können, begleite ihn bis heute.

Herr B. erlebte weitere akute Episoden und war dann nochmals in stationärer Behandlung. Auch damals wurde ein Beziehungswahn („die Dinge, die in den Zeitungen stehen, beinhalten Botschaften speziell für mich“), Ich-Störungen, eine Affektlabilität, paranoide Ängste und Wahninhalte, starkes Schulterleben sowie Störungen im formalen Gedankengang (Störung des Denkablaufes, wie beispielsweise verlangsamtes oder auf ein Thema eingegängtes Denken) berichtet. Die Therapie war vorwiegend medikamentös ausgerichtet und wurde mit einer kurzen Ausnahme (probeweise Gabe eines alternativen Neuroleptikums – Aripiprazol – das der Patient nicht gut vertrug) durch Olanzapin fortgeführt. Herr B. versuchte immer wieder, die Medikation zu reduzieren. Zuletzt auf 2.5 mg/Tag, was allerdings kurzfristig zu erneuter akuter Verschlechterung des paranoiden Wahns führte. Derzeit sei die Dosis auf 5 mg/Tag eingestellt. Herr B. berichtete von keinen somatischen Beschwerden, er wurde aktuell psychiatrisch mitbehandelt (er besuche monatlich seine Psychiaterin, die regelmäßig seinen körperlichen und psychischen Zustand prüfe und gegebenenfalls die Medikation anpasse).

⁴ Ein Neuroleptikum ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Psychopharmaka, welcher antipsychotische Wirkung besitzt und dabei Dopamin- und Serotoninrezeptoren blockiert.

Das Verhältnis zu den Eltern sei seit der ersten akuten Episode der Psychose vermehrt angespannt. Herr B. könne wertschätzen, dass die Eltern ihn zu schützen versuchen und sich deshalb kontrollierend in seine Lebensführung einmischten. Allerdings erlebe er Kommentare zur Wahl seiner Partnerin und generellen Lebensführung als übergriffig und belastend („Ich bekomme die Botschaft, allein nicht richtig entscheiden zu können, unfähig zu echter Autonomie zu sein.“). Die Eltern redeten zudem lieber von „Depression“ als von einer Schizophrenie und seien zu dem Schluss gekommen, andere hätten den Sohn „krank gemacht“. Die letzte Episode habe Herr B. zu Weihnachten im Umfeld der Kernfamilie erlebt, als er ein Weihnachtsgedicht auf die eigene Person bezogen habe und zu dem Schluss gekommen sei, er könne die Rolle von Jesus einnehmen. Zugleich habe er die Belastung, die mit diesem Gedanken einherging („das schaffe und will ich nicht“), als extrem schuldhaft erlebt. Seitdem erlebe er vorwiegend negative Symptomatik mit negativer Verstimmung und Trauer. Da er im Rahmen der Psychose einmal aus dem Fenster gesprungen sei und sich den Fuß gebrochen habe, sei er nun ängstlich, suizidale Gedanken entwickeln zu können. Aktuell war Herr B. jedoch deutlich von Suizidalität distanziert. Als Ressourcen nannte er die derzeitige Beziehung zu seiner Partnerin, das Saxophonspielen seit seiner Jugendzeit, sein Interesse an Musik und Kunst.

2.3 Eingesetzte Verfahren und Ergebnisse

2.3.1 Klinisches Interview zur Störungsklassifikation gemäß ICD-10

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version* (SCID-5-CV; Beesdo-Baum, Zaudig & Wittchen, 2019) ist ein standardisiertes und halbstrukturiertes Verfahren, mit dem psychische Störungen nach den Kriterien der fünften Ausgabe des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015) klassifiziert werden können. Eine Einordnung der Symptomatik in die in sozialrechtlicher Hinsicht bindende ICD-10 ist ebenfalls möglich. Das Interview beginnt mit Fragen zur Exploration und Screening-Fragen (Fragen, die eine erste, grobe Untersuchung eines Problembereichs ermöglichen) zu Hauptsymptomen ausgewählter Störungen. Je nach Antworten werden entsprechende Klassifikationen überprüft. Herr B. erfüllte die Kriterien einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0). Dabei sind zum Zeitpunkt der Beurteilung nur die sogenannten Residualsymptome (Antriebshemmung, Motivationsschwierigkeiten, Misstrauen) vorhanden gewesen.

Differenzialdiagnostisch mussten vor allem die Kriterien einer sozialen Phobie beurteilt werden, jedoch ließen sich die sozialen Ängste durch das paranoide Denken im Rahmen der Schizophrenie erklären (Angst geprägt durch den Gedanken „Die anderen wollen mir schaden“, eingebettet in weitere Symptome der Schizophrenie, keine Angst vor einer schlechten Bewertung generell). Des Weiteren wurden die Kriterien für eine depressive Episode, auch unter Berücksichtigung der Ausprägung depressiver Symptomatik, mittels BDI-II (vgl. Abschnitt 2.3) geprüft. Der Fokus der Probleme lag bei Herrn B. laut eigenen Angaben in der Anamnese jedoch bei Motivationsschwierigkeiten, die typisch für die Negativsymptomatik und das Residualsyndrom im Rahmen der Schizophrenie sind, daher wurde keine depressive Episode angenommen. Für das Vorliegen einer manischen Phase waren – auch in der Vorgeschichte – keine Kriterien erfüllt.

2.3.2 Bereichsspezifische Verfahren

Verschiedene Fragebögen wurden eingesetzt, um Schwierigkeiten in spezifischen Bereichen zu erfassen.

Depressivität. Zur Beurteilung der Depressivität wurde die deutsche Version des *Beck Depressions-Inventar-II* (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2009) eingesetzt. Hierbei werden zu 21 Symptomen der Depression jeweils vier Aussagen vorgegeben. Von diesen ist jene auszuwählen, die am besten beschreibt, wie sich die Person nach eigenen Angaben in den zurückliegenden zwei Wochen fühlte.

Positiv- und Negativsymptomatik. Die *Positive and Negative Syndroms Scale* (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987; Collegium Internationale Psychiatrica Scalarum, 2015) wurde für die Beurteilung der Schizophrenie-typischen Symptome eingesetzt. Bei der PANSS handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsverfahren, bei welchem die interviewende Person die Patientin bzw. den Patienten in der Ausprägung der Positiv- und Negativsymptomatik sowie der allgemeinen Psychopathologie bewertet. Um die 30 Items zu beurteilen, wird ein strukturierter Interviewleitfaden eingesetzt (SCI-PANSS; Kay & Opler, 1990).

Emotionsregulation. Mittels der deutschen Adaptation des *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Loch, Hiller & Witthöft, 2011) können neun funktionale und dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien erfasst werden.

Für Herrn B. ergab sich zum Zeitpunkt der therapievorbereitenden Untersuchung das in Tabelle 1 abgebildete Bild.

Tabelle 1: Ergebnisse von Herrn B. in den diagnostischen Verfahren zu Therapiebeginn

| Verfahren | Rohwert | Interpretation |
|-----------------------------|---------|--|
| BDI-II | 18 | leichte Depressivität |
| PANSS | | |
| Positivsymptomatik | 27 | überdurchschnittlich ausgeprägt |
| Negativsymptomatik | 42 | überdurchschnittlich ausgeprägt |
| Allgemeine Psychopathologie | 40 | im unauffälligen Bereich |
| CERQ | | |
| Selbstbeschuldigung | 13 | überdurchschnittliche Ausprägung dieser Strategie |
| Akzeptanz | 5 | unterdurchschnittliche Anwendung dieser Strategie |
| Rumination | 15 | überdurchschnittliche Ausprägung dieser Strategie |
| Positive Refokussierung | 7 | im unauffälligen Bereich |
| Planung | 3 | im unauffälligen Bereich |
| Neubewertung | 3 | unterdurchschnittliche Anwendung dieser Strategie |
| Relativieren | 3 | unterdurchschnittliche Anwendung dieser Strategie |
| Katastrophisierung | 12 | unterdurchschnittliche Ausprägung dieser Strategie |
| Andere Beschuldigen | 12 | überdurchschnittliche Ausprägung dieser Strategie |

3 Interpretation

3.1 Das übergeordnete individuelle Störungsmodell (Makroanalyse)

Schizophrenie ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung bisher noch unklarer Ätiologie. Es ist anzunehmen, dass eine komplexe Interaktion von genetischen und Umweltfaktoren die Entstehung und die Aufrechterhaltung der Störung begünstigt (van Os, Kenis & Rutten, 2010). In Bezug auf bekannte ätiologische Ri-

sikofaktoren sind bei Herrn B. mögliche genetische Ursachen festzuhalten, denn auch seine Schwester scheint von der Diagnose einer psychotischen Störung betroffen zu sein. Es wird vermutet, dass dies unter anderem zu Störungen im Transmitterhaushalt des Gehirns oder auch in der Funktion der neurobiologischen Stressregulation führen könnte, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Informationsverarbeitung (Howes & Murray, 2014; Walker & Diforio, 1997). Im Vergleich zur Normalbevölkerung haben zudem Migranten der zweiten Generation – wie für Herrn B. zutreffend – ein deutlich erhöhtes Risiko, eine psychotische Störung zu entwickeln (Metaanalyse von Cantor-Graae & Selten, 2005).

Durch den elterlichen Erziehungsstil, geprägt durch Kritik und Kontrolle, entstand ein negatives Selbstkonzept („Ich bin nicht wertvoll und liebenswert mit meinen Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen“, „Ich kann nicht autonom leben“) sowie die Grundannahme: „Ich muss erst wissen, was richtig und wahr ist, wenn ich entscheide, was zu tun ist“. Mobbing Erfahrungen stärkten das Misstrauen anderen Menschen gegenüber und führten zur Entwicklung der Grundannahme „Menschen lehnen mich ab und wollen mir schaden“. Diese Grundannahme wurde durch kritische Lebensereignisse (Auszug aus dem elterlichen, ambivalent als kontrollierend und stützend erlebten, Umfeld; Wohnortwechsel; Aufnahme des Studiums) verstärkt und begünstigte die Entwicklung der akuten Positivsymptomatik. Es konnte gut belegt werden, dass kritische Lebensereignisse dem Ausbruch einer akuten psychotischen Episode häufig in kurzem zeitlichem Abstand vorausgehen (Beards, Gayer-Anderson, Borges, Dewey, Fisher & Morgan, 2013). Möglicherweise löst bei Herrn B. ein als belastend erlebtes Ereignis, wie zum Beispiel das weihnachtliche Beisammensein in der Kernfamilie, das Auftreten akuter Positivsymptomatik aus.

Nicht direkt untersucht wurden aus zeitlichen bzw. organisatorischen Gründen bei Herrn B. folgende kognitive Prozesse, die ebenfalls Relevanz für die Störung haben könnten: eine Tendenz zu voreiligen Schlussfolgerungen aufgrund nicht ausreichend vorhandener Informationen sowie die verminderte Verarbeitung relevanter visueller Reize, vor allem bei der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke anderer Personen. Diese Prozesse könnten jedoch die Überzeugung, von anderen Personen abgelehnt zu werden, auch bei Herrn B. schädlich unterstützt haben. So fiel bereits im ersten Kontakt der mangelnde Blickkontakt durch den Patienten auf. Des Weiteren ist ein Zusammenhang von Verfolgungswahn und mangelndem bzw. über die Zeit fluktuierendem Selbstwörterleben, wie es Herr B. selbst berichtet, bereits gut belegt (Kesting & Lincoln, 2013) und wichtiger therapeutischer Ansatzpunkt bei Personen mit Verfolgungswahn (Lincoln, 2014). Schließlich werden Schwierigkeiten, Emotionen in hilfreicher Art und Weise zu regulieren, als ein möglicher vermittelnder Mechanismus angenommen, der die Lernerfahrungen aus der Lebensgeschichte und damit verbundenen sogenannten negativen Grundannahmen (z. B. „Ich bin ein Versager“) mit der Entstehung und Aufrechterhaltung psychotischer Symptomatik in Verbindung bringt (Lincoln,

Hartmann, Köther & Moritz 2015). Herr B. zeigte im entsprechenden diagnostischen Instrument (CERQ) Hinweise auf eine ungünstige Regulation emotionalen Erlebens mit überdurchschnittlicher Beschuldigung der eigenen Person und anderer Personen, Neigung zur Katastrophisierung sowie wenig Rückgriff auf allgemein als funktional anerkannte Strategien, wie Neubewertung einer belastenden emotionalen Situation.

Die Aufrechterhaltung der paranoiden Gedanken wurde durch den sozialen Rückzug, mangelnde Einsicht und intensive Auseinandersetzung mit bedrohlichen Gedanken (kognitive Verzerrungen: Unkorrigierbarkeit und voreiliges Schlussfolgern) verstärkt. Die Medikamente, die verschrieben worden sind, haben die Rückbildung der akuten Symptome begünstigt. Des Weiteren habe Herr B. die Beschäftigung mit anderen Themen, die nichts mit Inhalten seiner Wahngedanken zu tun haben, als hilfreich empfunden (vgl. die in Abschnitt 2.1.2 genannten Ressourcen).

3.2 Situationsanalyse des Verhaltens (Mikroanalyse)

Eine Situationsanalyse, auch Mikroanalyse genannt, ist eine Technik, die in der diagnostischen Phase der Verhaltenstherapie dazu genutzt wird, um die aktuellen Probleme, deren Konsequenzen und damit verbundene Aufrechterhaltungsmechanismen zu verstehen und für das therapeutische Vorgehen nutzbar zu machen. Für Herrn B. wurde folgende Situationsanalyse erstellt:

- *S* (Situation; eine Momentaufnahme aus dem Alltag bzw. ein Geschehnis, welches die Patientin bzw. der Patient als belastend und gleichzeitig als typisches Problem bezeichnet): Herr B. hatte einen stressigen Tag aufgrund von vielen anstehenden Terminen, ist etwas müde und geht abends allein durch einen gut besuchten Supermarkt, um für das Abendessen einzukaufen.
- *O* (Organismusvariable): Herr B. hatte bei entsprechender Vulnerabilität (seine Schwester ist bereits an Schizophrenie erkrankt, schädliche Grundannahmen: „Ich bin nicht gut so wie ich bin“, „Ich muss aufpassen was ich tue, ich bin nicht verlässlich“, „Andere Menschen wollen mir schaden“, kritische, misstrauische Eltern usw.) bisher mehrere psychotische Episoden mit ausgeprägtem paranoidem Wahn sowie weiteren Symptomen.
- *R* (Reaktion):
 - kognitiv (gedanklich) – „Alle gucken mich an und erkennen, dass ich einer bin, der ständig Dinge falsch macht, eine Last ist für die Gesellschaft und total daneben ist“, „Das könnte auch meine Psychose sein, aber der Typ da guckt mich schon komisch an“, „Ich halte das nicht aus“
 - emotional – Angst
 - physiologisch – Herzklopfen, schwitzen
 - motorisch – den Supermarkt verlassen, ohne eingekauft zu haben

- *K* (Konsequenz): Kurzfristig fühlt sich Herr B. erleichtert, die bedrohliche Situation verlassen zu haben (\mathcal{C}^- = Wegfall einer negativen Konsequenz); die Angst wird weniger (\mathcal{C}^-). Diese kurzfristig belohnenden Konsequenzen tragen dazu bei, dass das vermeidende Verhalten aufrechterhalten wird (negatives Verstärkungslernen). In weiterer Folge macht Herr B. keine korrigierenden Erfahrungen (z. B. „Es passiert mir nichts, wenn ich in der Situation bleibe, keiner wird mich beschuldigen“; \mathcal{C}^+ = Wegfall positiver Konsequenzen). Mittel- bis langfristig zieht sich Herr B. zurück und verliert soziale Kontakte (\mathcal{C}^+), und seine Grundannahme „Andere wollen mir schaden, nichts mit mir zu tun haben“ (\mathcal{C}^- = negative Konsequenz) wird gestärkt.

4 Erarbeitung der Therapieziele

Anhand der Schilderung von Herrn B. und der Untersuchungsergebnisse wurden gemeinsam mit Herrn B. folgende Ziele und Vorgehensweisen (u. a. nach Lincoln, 2014) erarbeitet:

- Psychoedukation (eine systematische und strukturierte Vermittlung von wissenschaftlich fundiertem Wissen über eine psychische Krankheit) zum Störungsbild „Schizophrenie“ und Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells, um Herrn B. zu helfen, die Entwicklung seiner Störung besser verstehen und einordnen zu können.
- Aufbau von Aktivitäten, die ausgewogen, positiv und ausreichend herausfordernd sein sollten, um die Motivationsschwierigkeiten zu überwinden und den Kontakt sowie die kommunikative Auseinandersetzung mit Menschen zu fördern. Rollenspiele zur sozialen Kompetenz, v. a. in den Bereichen „eigene Rechte durchsetzen“ und „Beziehungen gestalten“, sollen durchgeführt werden.
- Emotionsregulationstraining: Ausarbeiten der unterschiedlichen Strategien zum Umgang mit Gefühlen und Einüben der hilfreichen Strategien sowie deren Transfer in den Alltag.
- Veränderung der misstrauischen automatischen Gedanken und das Hinterfragen der dysfunktionalen Grundannahmen mithilfe der Techniken zur kognitiven Umstrukturierung unter besonderer Stärkung des Selbstwertes.
- Rückfallprophylaxe – Identifikation und Umgang mit Frühwarnzeichen.

5 Therapieprozessdiagnostik

Im Laufe der Psychotherapie findet alle zehn Therapiestunden eine computerbasierte Verlaufsdiagnostik statt. Hierbei werden die gleichen Verfahren, die bei der therapievorbereitenden Untersuchung angewandt wurden, eingesetzt, um die

Erfolge der bisherigen Therapie beurteilen zu können. Nach 24 Therapieeinheiten, zum Abschluss der Therapie, erzielte Herr B. die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse.

Tabelle 2: Ergebnisse von Herrn B. in den diagnostischen Verfahren zum Ende der Therapie

| Verfahren | Rohwert | Interpretation |
|-----------------------------|---------|--|
| BDI-II | 2 | keine Depressivität |
| PANSS | | |
| Positivsymptomatik | 14 | im unauffälligen Bereich |
| Negativsymptomatik | 20 | im unauffälligen Bereich |
| Allgemeine Psychopathologie | 20 | klinisch relevante Reduktion |
| CERQ | | |
| Selbstbeschuldigung | 8 | im unauffälligen Bereich |
| Akzeptanz | 13 | überdurchschnittliche Anwendung dieser Strategie |
| Rumination | 7 | im unauffälligen Bereich |
| Positive Refokussierung | 7 | im unauffälligen Bereich |
| Planung | 10 | im unauffälligen Bereich |
| Neubewertung | 12 | im unauffälligen Bereich |
| Relativieren | 12 | überdurchschnittliche Anwendung dieser Strategie |
| Katastrophisierung | 5 | im unauffälligen Bereich |
| Andere Beschuldigen | 6 | im durchschnittlichen Bereich |

6 Katamnese

Herr B. nahm, wie geplant, 24 Therapiestunden in Anspruch. Der Beziehungsaufbau mit dem Patienten gestaltete sich aufgrund des Misstrauens am Anfang der Therapie als schwierig. Mit der Zeit verlief der Aufbau der therapeutischen Beziehung jedoch gut, sodass der Patient immer mehr von sich preisgab und sich laut eigener Aussage in der Beziehung mit der Therapeutin sicher gefühlt habe. Insgesamt nahm Herr B. sehr motiviert an der Therapie teil und erledigte trotz Antriebschwierigkeiten die Hausaufgaben, welche einen unabdingbaren Teil einer Ver-

haltenstherapie darstellen (z. B. eigenständige Verhaltensexperimente zum Thema „Ich werde beobachtet“: Statt auf der Straße zu versuchen, möglichst unauffällig zu wirken und sich zu verstecken, darauf achten, von wie vielen Leuten man tatsächlich angeguckt wird und mit welchem Gesichtsausdruck), gewissenhaft und für den Therapiefortschritt gewinnbringend.

Im Katamnesegespräch berichtete Herr B., von der Therapie stark profitiert zu haben. Der anfängliche Aufbau der Aktivitäten sei ihm besonders schmerzhaft. Herr B. berichtete zudem, dass sich die misstrauischen Gedanken im Alltag „immer noch melden“, dass er jedoch über bessere Strategien verfüge, um mit ihnen umzugehen – er hinterfrage sie so, wie er es in der Therapie gelernt habe, und überlege und untersuche auch die alternativen Erklärungsmöglichkeiten. Dies habe ihm auch ermöglicht, neue Kontakte zu knüpfen und korrigierende Erfahrungen zu machen. Er treffe zurzeit regelmäßig einen neuen Bekannten und besuche zwei verschiedene Stammtische. Er sei wieder in einer Teilzeitstelle berufstätig. Insgesamt beurteilte Herr B. die Therapie als wertvoll, und er berichtete, dass er dadurch gelernt habe, dass er seinen Gedanken und Gefühlen nicht ausgeliefert sei und es viele Möglichkeiten gebe, wie er mit diesen umgehen kann. Es falle ihm zudem leichter, generelle Konzepte, wie sie in philosophischen und politischen Diskursen relevant seien, vom ganz konkreten Alltagsgeschehen zu unterscheiden und beide Bereiche konstruktiv für sich nutzbar zu machen.

Literatur

- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen, mit herausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). (Hrsg.). (2018). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (10., korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L. & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: a review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 740–747. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt065>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2009). *Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)* (Deutsche Ausgabe von M. Hautzinger, F. Keller und C. Kühner). Frankfurt am Main: Pearson.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H.-U. (2019). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version (SCID-5-CV)* (Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders – Clinical Version von M. B. First, J. B. W. Williams, R. S. Karg und R. L. Spitzer). Göttingen: Hogrefe.
- Cantor-Graae & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS). (Hrsg.). (2015). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (6., überarb. und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Gebhardt, R. & Pietzcker, A. (1983). Zur Validierung der AMDP-Syndromskalen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233(6), 509–523. <https://doi.org/10.1007/BF00342790>
- Görgen, W. & Engler, U. (2005). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Kammerstudie* (FOGS im Auftrag der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin). Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm.
- Howes, O.D. & Murray, R.M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*, 383, 1677–1687. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X)
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kay, S.R. & Opler, L.A. (1990). *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS)*. Toronto, ON: Multi Health Systems.
- Kesting, M.L. & Lincoln, T.M. (2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 766–789. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.002>
- Laux, G. (Hrsg.). (2000). *Depression 2000*. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-59394-9>
- Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lincoln, T.M., Hartmann, M., Köther, U. & Moritz, S. (2015). Dealing with feeling: Specific emotion regulation skills predict responses to stress in psychosis. *Psychiatry Research*, 228, 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.003>
- Loch, N., Hiller, W. & Witthöft, M. (2011). Der Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Die erste teststatistische Überprüfung einer deutschen Adaption. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 94–106. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000079>
- Stavemann, H.H. (Hrsg.). (2008). *KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B.P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203–212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Walker, E.F. & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104(4), 667–685. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.104.4.667>
- World Health Organization/Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2015). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe.