

Mehl • Heibach

THERAPIE-TOOLS



Psychosen

3. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools



BELTZ

Prof. Dr. Stephanie Mehl
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Marburg
Rudolf-Bultmann-Str. 8
35039 Marburg
E-Mail: stephanie.mehl@med.uni-marburg.de

Dr. Eva Heibach
Praxis für Psychotherapie
Molberger Str. 14
49688 Lastrup
E-Mail: info@psychotherapie-heibach.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Sofern in vorliegender Publikation Personen abgebildet sind und ihnen darin fiktive Namen, Berufe, Dialoge u. a. zugeordnet sind oder diese Personen in bestimmte – etwa krankheitsbedingte – Kontexte gesetzt werden, dienen diese Zuordnungen und Darstellungen ausschließlich der Veranschaulichung und dem besseren Verständnis des Inhalts.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29350-1 Print
ISBN 978-3-621-29351-8 E-Book (PDF)

3., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Sonja Frank, Lina-Marie Oberdorfer

Herstellung: Myriam Frericks
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	7
Vorwort	12
1 Einführung	14
2 Einstieg in die Behandlung und Beziehungsaufbau	23
2.1 Einstieg in die Behandlung	23
2.2 Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung	24
2.3 Erstgespräch und Ablauf einer therapeutischen Sitzung	25
3 Diagnostik	49
3.1 Einführung	49
3.2 Erfassung relevanter Symptome, Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltender Bedingungen	49
3.3 Festlegung der Diagnose	51
3.4 Diagnostik zur Unterstützung einer erfolgreichen Therapieplanung	51
3.5 Informationen über die Psychose/die Schizophrenie vermitteln	52
3.6 Notfallkarte	53
3.7 E-Mails und Kontakte zwischen den Sitzungen	54
4 Störungsmodelle für Menschen mit Psychosen	104
4.1 Einführung in die Entwicklung von Störungsmodellen	104
4.2 Erklärungsmodelle für spezifische Probleme oder Symptome	104
4.3 Auswahl und Erarbeitung der Störungsmodelle	107
5 Therapieziele und wichtige Lebensziele	132
6 Emotionale Stabilisierung, Verbesserung der Stimmung und Negativsymptomatik	140
6.1 Einführung	140
6.2 Interventionsstrategien	140
6.3 Therapeutisches Vorgehen	141
7 Emotionsregulation und Akzeptanz- und Achtsamkeitsstrategien	185
7.1 Einführung	185
7.2 Informationsvermittlung über Emotionen	185
7.3 Vulnerabilität für belastende Emotionen reduzieren	185
7.4 Einführung in die Emotionsregulation	187
7.5 Veränderung spezifischer Gefühle	189
8 Verbesserung der Selbstakzeptanz, des Selbstwerts und des Selbstmitgefühls und Veränderung maladaptiver Schemata	237
8.1 Einführung	237
8.2 Verbesserung von Selbstakzeptanz und Selbstwert	237

9	Wahnüberzeugungen: Coping und Veränderung von Wahn	256
9.1	Einführung	256
9.2	Verbesserung des Copings mit Wahnüberzeugungen	256
9.3	Abbau von Sicherheitsverhalten und Vermeidungsverhalten	257
9.4	Aufbau von Motivation und Einstieg in die Veränderung von Wahnüberzeugungen	257
9.5	Veränderung von Wahnüberzeugungen	258
10	Akustische Halluzinationen	289
10.1	Einführung	289
10.2	Verbesserung von Copingstrategien bei Stimmen und Veränderung der Bewertung der Stimmen	289
10.3	Verbesserung der Kommunikation mit den Stimmen	290
11	Traumata und belastende Erinnerungen bei Menschen mit Psychosen	307
11.1	Einführung	307
11.2	Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Kontext einer psychotischen Erkrankung	309
11.3	Erarbeitung eines Störungsmodells für die Posttraumatische Belastungsstörung	309
11.4	Stabilisierende Interventionen	310
11.5	Traumafokussierte Interventionen	310
12	Rückfallprävention und Therapieende	333
12.1	Einführung	333
12.2	Informationsvermittlung über Rückfallprävention	333
12.3	Frühwarnsignale identifizieren und Gegenmaßnahmen planen	334
12.4	Abschied	335
	Literatur	359
	Bildnachweis	365

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2 Einstieg in die Behandlung und Beziehungsaufbau		23
INFO 1	Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen	27
INFO 2	FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen	30
INFO 3	Umgang mit Negativsymptomatik, Affektverflachung und Sprachverarmung	36
INFO 4	Umgang mit Konzentrationsproblemen und formalen Denkstörungen	37
INFO 5	Förderung der Behandlungseinsicht	38
INFO 6	Ablauf eines Erstgesprächs	39
INFO 7	Ablauf eines Erstgesprächs (Kurzform)	43
INFO 8	Wichtige Fragen zur Exploration im Erstgespräch	44
AB 1	Was ist Kognitive Verhaltenstherapie?	45
INFO 9	Allgemeiner Ablauf einer therapeutischen Sitzung	47
3 Diagnostik		49
AB 2	Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS)	56
AB 3	Paranoia Checklist (PCL) – Deutsche Version	66
AB 4	Welche Probleme möchte ich lösen?	71
INFO 10	Aufgaben von Therapeut:innen während der diagnostischen Phase	75
AB 5	Erfassung aktueller Belastungen, Probleme und Lösungen	78
AB 6	Erfassung relevanter Problem- und Belastungsbereiche	79
AB 7	Erfassung der Lebensgeschichte	90
AB 8	Reactions to Paranoid Thoughts Scale (RePT)	91
AB 9	Beliefs About Paranoia Scale (BAPS)	95
AB 10	Notfallkarte	97
INFO 11	Was ist eine Psychose/ Was ist eine Schizophrenie?	98
4 Störungsmodelle für Menschen mit Psychosen		104
INFO 12	Kognitive Verhaltenstherapie mit der Auto-Metapher erklären	110
AB 11	Auto-Metapher	112
INFO 13	Störungsmodelle für wahnhaftige Überzeugungen: Wissenswertes und Instruktionen	113
AB 12	Wie sind meine Probleme entstanden?	116
AB 13	Wie sind meine Probleme entstanden: ungewöhnliche Überzeugungen I	118
AB 14	Wie sind meine Probleme entstanden: ungewöhnliche Überzeugungen II	120
AB 15	Typische Denkstile bei Stress	122
INFO 14	Störungsmodelle für Menschen mit akustischen Halluzinationen: Wissenswertes und Instruktionen	124
AB 16	Wie sind meine Probleme entstanden: Stimmen	125
INFO 15	Störungsmodelle für depressive Symptome oder Negativsymptome einsetzen: Wissenswertes und Instruktionen	127
AB 17	Wie sind meine Probleme entstanden: Negativsymptomatik	128
AB 18	Wie sind meine Probleme entstanden: Depressionen	130

5 Therapieziele und wichtige Lebensziele	132
INFO 16 Therapieziele erarbeiten	134
AB 19 Meine wichtigsten Therapieziele	137
AB 20 Therapieziele entwickeln I	138
AB 21 Therapieziele entwickeln II	139
 6 Emotionale Stabilisierung, Verbesserung der Stimmung und Negativsymptomatik	 140
INFO 17 Problem- und Bewältigungsmodus mit Patient:innen erarbeiten	148
AB 22 Bin ich im Problem- oder Bewältigungsmodus?	149
INFO 18 Zusammenhang zwischen Aktivität und Stimmung	151
AB 23 Welche Arten von Aktivitäten tun mir gut?	152
AB 24 Liste positiver Aktivitäten	153
AB 25 Wochenplan	157
INFO 19 Möglichkeiten, meine emotionale Belastbarkeit zu verbessern	158
AB 26 Verhaltensexperiment	159
AB 27 Automatische Gedanken im Vorfeld einer geplanten Aktivität beobachten	161
INFO 20 Hinweise für die Planung und Durchführung positiver Aktivitäten	162
AB 28 Wie kann ich mögliche Hindernisse einer geplanten Aktivität antizipieren?	165
AB 29 Aktivitäten in kleine Schritte aufteilen	166
AB 30 Welche Bewegung passt zu mir?	167
AB 31 Mein Erfolgstagebuch	169
AB 32 Belohnungsplan entwerfen	170
AB 33 Bester-Freund-Technik/Beste-Freundin-Technik	171
AB 34 12 Tipps für besseren Schlaf	172
AB 35 Pro-/Contra-Schema oder Pro-/Pro-Schema	173
AB 36 Mein soziales Netzwerk	174
AB 37 Ziele in Bezug auf soziale Kontakte	176
AB 38 Mein Handlungsplan	178
AB 39 Gründe, Nein zu sagen	179
INFO 21 Wie kann ich ein Anliegen absagen?	180
AB 40 Wie kann ich anderen Menschen Feedback geben?	181
AB 41 Probleme lösen	182
 7 Emotionsregulation und Akzeptanz- und Achtsamkeitsstrategien	 185
INFO 22 Was sind Gefühle?	196
AB 42 Welche Gefühle kenne ich?	199
AB 43 Meine Gefühls-Therapieziele	200
INFO 23 Meine Verwundbarkeit für unangenehme Gefühle reduzieren	201
INFO 24 Informationen über antipsychotische Medikation	202
AB 44 Substanzkonsumprotokoll	203
AB 45 Was spricht für Grübeln und was dagegen?	204
AB 46 Eine feste Grübelzeit einrichten	206
INFO 25 Gefühle verändern	207
AB 47 Welche Möglichkeiten habe ich, Gefühle zu verändern?	208
AB 48 Gefühlsprotokoll	209
AB 49 Seil-Metapher	210
AB 50 Brief-aus-Hogwarts-Metapher	211

AB 51	Monster-im-Bus-Metapher	212
AB 52	Gefühlsregler-Metapher	213
INFO 26	Prinzip der radikalen Akzeptanz	214
AB 53	Verhaltensexperiment zur radikalen Akzeptanz	215
INFO 27	Warum ist Achtsamkeit wichtig?	217
AB 54	Tiger-Übung	219
AB 55	Variationen der Tiger-Übung	220
AB 56	Achtsamkeitsmetaphern	221
AB 57	Taking your mind for a walk-Übung	222
AB 58	Wahrnehmungsspaziergang	223
AB 59	Längere Achtsamkeitsübung	224
AB 60	Achtsamkeit: Zusammenfassung	225
INFO 28	ABC-Technik: Anleitung	226
AB 61	ABC-Technik: Protokoll	228
INFO 29	ABCDE-Technik: Anleitung	229
AB 62	ABCDE-Technik: Protokoll	230
AB 63	Veränderungen	231
AB 64	An positive Ereignisse mit anderen Menschen denken	232
AB 65	Was ist ein fairer Vergleich?	233
INFO 30	Was ist Angst?	234
AB 66	Positives inneres Bild	235
AB 67	Positives inneres Bild gegen starke belastende Emotionen	236

8 Verbesserung der Selbstakzeptanz, des Selbstwerts und des Selbstmitgefühls und Veränderung maladaptiver Schemata

INFO 31	Was ist Selbstakzeptanz?	241
AB 68	10-Euro-Metapher	242
AB 69	Analyse von Gedanken über mich selbst	243
INFO 32	Automatische Gedanken verändern	244
AB 70	Meine Stärken und Schwächen	245
AB 71	Mich selbst motivieren und loben	246
AB 72	Negatives Selbstschema	247
AB 73	Positives Selbstschema	248
INFO 33	Stuhldialog – Anleitung	249
AB 74	Wie kann ich mein positives Selbstschema aktivieren?	251
AB 75	Modusmodell erarbeiten	253
INFO 34	Gefühlsbrücke und vulnerables Kind trösten – Anleitung	255

9 Wahnüberzeugungen: Coping und Veränderung von Wahn

INFO 35	Copingstrategien, die anderen Patient:innen geholfen haben	262
AB 76	Fragebogen zu Sicherheitsverhaltensweisen	263
AB 77	Selbstbeobachtungsprotokoll	264
AB 78	Sicherheitsverhaltensweisen	265
AB 79	Sicherheitsverhaltensweisen und Alternativen	267
INFO 36	Therapeutische Beziehungsgestaltung bei der Veränderung von Wahnüberzeugungen	268
INFO 37	Einstieg in die Veränderung der Wahnüberzeugungen	269
AB 80	Wie hat sich meine (ungewöhnliche) Überzeugung entwickelt?	271

AB 81	Ungewöhnliche Überzeugungen hinterfragen	272
AB 82	Mechanismen, die meine Erfahrungen erklären können	273
AB 83	Vier-Felder-Tafel	275
AB 84	Was spricht für meine Überzeugung? Was spricht dagegen?	278
AB 85	Welche Konsequenzen hat meine Überzeugung?	280
AB 86	Was kann schlimmstenfalls passieren?	282
AB 87	Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen	283
AB 88	Automatische Gedanken überprüfen	285
AB 89	Wie sollte ich mich verhalten, wenn meine Annahme zutrifft oder nicht zutrifft?	287

10 Akustische Halluzinationen 289

AB 90	Selbstbeobachtungsprotokoll für Stimmen	293
INFO 38	Copingstrategien bei Stimmen, die anderen Patient:innen geholfen haben	294
AB 91	Wie kann ich auf belastende Stimmen reagieren?	295
INFO 39	Arbeit mit dem ABC-Schema und Stimmen – Anleitung	296
INFO 40	Arbeit mit dem ABCDE-Schema und Stimmen – Anleitung	298
INFO 41	Drei Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung	299
AB 92	Beziehungen analysieren	301
AB 93	Wie sieht eine selbstbewusste Beziehungsgestaltung aus?	303
AB 94	Meine Reaktion auf Stimmen oder andere Personen	304
INFO 42	Standardablauf der Trainingsrollenspiele	305
AB 95	Meine Erkenntnisse über die Kommunikation mit den Stimmen oder anderen Personen	306

11 Traumata und belastende Erinnerungen bei Menschen mit Psychosen 307

INFO 43	Fallbeispiele Thomas und Andreas	313
INFO 44	Vermeidung von Traumatisierung in der stationären Akutbehandlung und Hilfen für Patient:innen, die mit einer stationären Behandlung unzufrieden sind	314
INFO 45	Wichtige Aspekte in der Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Personen mit psychotischen Störungen	315
AB 96	Fragen zum Zusammenhang von psychotischen Erlebnissen und belastenden traumatischen Erfahrungen	316
AB 97	Lebenslinie	317
INFO 46	Störungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung	319
AB 98	Der innere sichere Ort	321
AB 99	Mein innerer guter Ort	323
INFO 47	Warum sollten Traumata und belastende Erinnerungen behandelt werden?	324
INFO 48	Imaginary Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT)	326
INFO 49	Ablaufübersicht Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy	330

12 Rückfallprävention und Therapieende 333

INFO 50	Rückfallprävention: Was ist zu beachten?	338
AB 100	Informationen über Rückfallprävention	339
AB 101	Warnsignale entdecken	340
INFO 51	Woran erkenne ich, ob eine Veränderung ein Warnsignal ist?	342
AB 102	Verlauf der Warnsignale	343

AB 103	Welche Strategien sind hilfreich bei Warnsignalen?	344
AB 104	Krisenplan	345
INFO 52	Nebenwirkungen antipsychotischer Medikation	347
AB 105	Umgang mit Nebenwirkungen	349
INFO 53	Tipps zum Umgang mit Nebenwirkungen	350
INFO 54	Wie und wo wirken die Medikamente eigentlich?	351
AB 106	Medikamentenprotokoll	354
INFO 55	Hinweise für einen erfolgreichen Therapieabschluss	355
AB 107	Was nehme ich mir für die Zeit nach der Therapie vor? Welche Strategien waren für mich hilfreich?	356
AB 108	Was kann ich tun, wenn meine emotionale Stabilität in Gefahr ist?	357
AB 109	Was habe ich in der Therapie gelernt? Was nehme ich mit?	358

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen nun die 2. Auflage der *Therapie-Tools Psychosen* vorzulegen. Seit der letzten Auflage hat sich sehr viel in der Welt verändert, in der Therapiewelt und der restlichen Welt. In der Therapiewelt haben sich viele spannende Neuerungen ergeben, die wir Ihnen gerne hier präsentieren möchten. In der echten Welt haben wir die Sars-CoV-19-Pandemie erlebt. Viele unserer Leserinnen und Leser haben tatsächlich erlebt, wie Konflikte über unterschiedliche Überzeugungen in Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis und im Kollegium zu Verwerfungen führen können. Und vielleicht gelangten viele Leserinnen und Leser auch zu der Ansicht, dass man die Konflikte nicht immer rational auflösen konnte, trotz viel guten Willens und langen Gesprächen.

Interessant ist für uns, dass Patientinnen und Patienten mit Psychosen und ihre Familien eigentlich schon immer ähnliche Konflikte über verschiedene Ansichten über die Realität haben, sodass wir jetzt hoffentlich besser mit ihnen mitfühlen können.

Die Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen ist immer noch ein aufstrebendes junges Feld und noch immer nicht vollständig in der Versorgungsrealität der psychotherapeutischen Praxen und Kliniken angekommen. Für Menschen mit Psychosen und ihre Familien bietet sie zahlreiche Ansatzpunkte für Hilfestellungen, Behandlung und Entlastung. Nicht immer ist dazu wichtig, dass man als Betroffener Psychosen als Krankheit anerkennt, sondern die Kognitive Verhaltenstherapie sieht es als ihre Aufgabe an, alle Menschen zu erreichen und wieder in die Lage zu versetzen, ihre wichtigen Lebensziele zu realisieren.

Wir haben inzwischen umfangreiche Erfahrungen mit dem Therapieansatz im ambulanten sowie im stationären Setting sammeln können. Dabei waren und sind wir immer wieder überrascht, wie schnell es häufig gelingt, auch zu sehr misstrauischen Menschen mit Psychosen, die möglicherweise negative Erfahrungen mit anderen Menschen gemacht haben, eine gute Therapiebeziehung aufzubauen. Zusätzlich erhält man häufig sehr persönliche Einblicke in eine ganz ungewöhnliche Erlebens- und Erfahrungswelt. Es ist sehr motivierend zu erleben, dass psychotherapeutische Interventionen auch bei dieser durch Stigmatisierung und Folgeprobleme der Störung sehr belasteten Gruppe wirken können. Häufig erfordert dies allerdings eine Zusammenarbeit des gesamten Behandlungsnetzwerkes, manchmal muss das Netzwerk auch erst aufgebaut werden, eine Initiative, von der auch andere Patientinnen und Patienten profitieren können.

Wir wünschen uns, dass die Therapie-Tools Ihnen die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Psychosen erleichtern und wir Sie motivieren, die auf den Arbeitsblättern beschriebenen Interventionen kreativ in Ihrer Praxis umzusetzen.

Danksagung

Wir möchten sehr herzlich Prof. Dr. Tania Lincoln danken, die bei der 1. Auflage des vorliegenden Buches mitgewirkt und uns nun ermutigt hat, alle Materialien, die sich als hilfreich bewährt haben, weiter zu verwenden. Sie hat uns als unsere gemeinsame Doktormutter wissenschaftlich sehr geprägt. Wir haben beide auch psychotherapeutisch viel von ihr gelernt, haben bei ihren Therapien hospitiert. Ihre Empathie, ihr Humor und ihre Patientenorientierung sind hoffentlich in die Beispieldialoge eingeflossen. Ihre wissenschaftliche Vorreiterrolle in der Implementierung der Kognitiven Verhaltenstherapie für Psychosen bewundern wir sehr.

Wir bedanken uns ebenfalls bei allen Patientinnen und Patienten für ihr hilfreiches Feedback zu den Arbeitsmaterialien.

Dankbar verbunden sind wir ebenfalls allen ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten, die die Arbeitsblätter der 1. Auflage eingesetzt haben und uns von ihren Erfahrungen berichtet haben. Wir

bedanken uns auch bei den wissenschaftlichen und therapeutischen Teams um Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Jürgen Margraf und Prof. Dr. Rudolf Stark, die bei den Praxisstudien mitgewirkt haben, in denen wir viele der neuen Arbeitsblätter erprobt haben. Auch die ärztlichen und therapeutischen Teams um Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Prof. Dr. Michael Franz und Prof. Dr. Rudolf Bittner haben uns sehr unterstützt und natürlich auch das Team meiner Heimatklinik um Prof. Dr. Tilo Kircher. Wir freuen uns immer sehr, wenn Professionelle trotz ihrer knapp bemessenen Zeit etwas Neues wagen und unsere Materialien einsetzen, ich hoffe, sie waren hilfreich!

Wir bedanken uns außerdem bei Isabell Sommer für die Korrekturen und die Anfertigung der Transkripte.

Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. Reinhard Maß und Prof. Dr. Steffen Moritz, deren Testverfahren wir verwenden durften. Ferner danken wir Prof. Dr. Buchanan und Prof. Dr. Morrison für die Abdruckgenehmigungen ihrer Arbeiten bzw. der übersetzten Manuale.

Karin Ohms vom Beltz-Verlag danken wir herzlich für die hilfreichen Verbesserungsvorschläge zum Aufbau des Buches und ihre Geduld.

Marburg und Lastrup, Frühjahr 2022

Stephanie Mehl
Eva Heibach

1 Einführung

Soziale Folgen von ungewöhnlichen Überzeugungen sind während der Sars-CoV-19-Pandemie stark in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gelangt. Einige Menschen haben erlebt, dass Bekannte, Freunde oder Arbeitskollegen Verschwörungserzählungen zuneigen oder in Bezug auf medizinische Behandlungen (Impfungen etc.) oder Regeln zum Gesundheitsschutz und deren Notwendigkeit unterschiedliche Ansichten hatten und großer Diskussionsbedarf bestand. Viele Menschen machten hier die Erfahrung, dass man sich in Bezug auf die Pandemie immer weniger auf eine gemeinsame Sichtweise einigen konnte und einige Personen teilweise rationalen Argumenten nicht zugänglich waren. Gleichzeitig bestanden viele Sorgen, den Kontakt untereinander zu verlieren und über die oben genannten Themen in Konflikte zu geraten, die sich nicht mehr auflösen lassen.

Dies sind typische Situationen von Familien, Freundes-, Bekannten- und Kollegenkreise, in denen Personen eine ungewöhnliche Überzeugung entwickeln. Dazu gehört bspw. die Überzeugung, von einer feindlichen Organisation verfolgt zu werden oder über ungewöhnliche Fähigkeiten oder Talente zu verfügen, in einer Beziehung mit einer berühmten Person zu sein oder Personen aus einer feindlich gesinnten Organisation als Stimmen zu hören. Auch in diesen Fällen versuchen viele Familienmitglieder, die Personen davon zu überzeugen, dass keine Gefahr besteht oder es die feindliche Macht nicht gibt. Allerdings hilft das häufig nicht weiter und führt nicht dazu, dass Personen mit psychotischen Störungen ihre Ängste vor der Verfolgung oder die ungewöhnlichen Überzeugungen verlieren. Insofern sind die Sorgen und Nöte von Angehörigen, Freunden, Bekannten und Kollegen von Personen mit psychotischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung angekommen.

Auch andere Symptome der psychotischen Erkrankungen können zu Problemen in Familien-, Freundes- und Bekanntenkreisen führen, bspw. beängstigende Halluzinationen oder Antriebsprobleme. Diese können dazu führen, dass Betroffene nicht mehr das Haus verlassen oder den ganzen Tag über im Bett liegen und es ihnen nicht gelingt, aktiv zu werden, sich um sich selbst zu kümmern und andere Menschen zu treffen. Die Probleme der Betroffenen, sich zu Aktivitäten zu motivieren, sind häufig ebenfalls Streitthema, da die Familie oder der Freundes- und Bekanntenkreis annehmen, dass die Patienten die Antriebsprobleme leicht durch eigene Kraft überwinden können (»Er/Sie muss sich einfach nur aufraffen«), was aber häufig nicht gelingt.

Andere Probleme, wie Veränderungen der Sprache sowie Probleme mit der Konzentration oder dem Gedächtnis, können dazu führen, dass sich Patienten an Gesprächen nicht mehr gut beteiligten können, da die Konzentration fehlt oder sie Angst haben, Gesprächsinhalte zu vergessen. Diese Symptome können auch Auswirkungen auf die Wiederaufnahme der Schul- oder Berufsausbildung oder -tätigkeit sowie eines Studienganges haben, da hier soziale Probleme und Leistungsprobleme zu befürchten sind.

Somit ergeben sich viele verschiedene Ansatzpunkte für ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot für Menschen mit Psychosen.

Kognitive Verhaltenstherapie von Psychosen: Wirksamkeit

Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen ist gemäß dem *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2019) definiert als manualisierte Einzeltherapie über mindestens 16 Sitzungen, die den Patienten dabei helfen kann, Zusammenhänge zwischen ihren Gedanken, Gefühlen und ihrem Verhalten und ihren aktuellen und vergangenen Symptomen bzw. ihrem Wohlergehen zu finden. Kognitive Verhaltenstherapie ist verbunden mit einer Überprüfung der eigenen Wahrnehmungen, Überzeugungen oder Schlussfolgerungen in Bezug auf die belastenden Symptome. Die folgenden Komponenten sind Bestandteile von Kognitiver Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen:

- (1) der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mittels geschlechtstherapeutischer Techniken und einer empathischen und entpathologisierenden Haltung gegenüber den Symptomen und der Erkrankung sowie die gemeinsame Entwicklung individueller Erklärungsmodelle für psychotische Symptome
- (2) psychoedukative Interventionen zum verbesserten Verständnis der Erkrankung sowie der Behandlungsoptionen (z.B. Medikation), Initiierung weiterer Behandlungsoptionen, wenn ein Wunsch danach besteht
- (3) Vereinbarung von individuellen Therapiezielen, an denen sich der Aufbau und Ablauf der Therapie orientiert
- (4) Arbeit an den individuellen Therapiezielen: Es werden Interventionen aus verschiedenen Bereichen ausgewählt (Wahn, Halluzinationen, Negativsymptome, Grübeln, Depression, Selbstwertprobleme, komorbide Störungen)
- (5) Interventionen zur Rückfallprävention und zum Abschluss der Therapie

In aktuell etwa 63 randomisiert-kontrollierten Studien und inzwischen 13 Metaanalysen (Review der Metaanalysen von Lincoln & Pedersen, 2019) erwies sich Kognitive Verhaltenstherapie als wirksam im Vergleich zu sog. Treatment as Usual (z. B. pharmakologische Therapie und Beratung). Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) führte zu einer Reduktion der Gesamtsymptomatik und der Positivsymptomatik, die Effekte entsprechen einem mittleren Effekt (Bighelli et al., 2018; Jauhar et al., 2014; Lincoln & Pedersen, 2019; Turner et al., 2014; Wykes et al., 2008). Auch im Vergleich zu unterstützenden Gesprächen (Supportive Therapie) erwies sich KVT als wirksamer in Bezug auf die Reduktion von Positivsymptomatik (Bighelli et al., 2018), die Effekte sind hier etwas geringer. Im Bereich der Negativsymptomatik ist KVT im Vergleich etwas weniger wirksam (Jauhar et al., 2014; Lutgens et al., 2017). KVT kann auch Patienten angeboten werden, die keine antipsychotische Medikation einnehmen möchten, in einer randomisiert-kontrollierten Studie erwies sich KVT auch in dieser Patientengruppe als wirksam (Morrison et al., 2014). Bei Patienten, die Prodromalsymptome einer psychotischen Störung entwickelt haben, führt KVT zu weniger Übergängen in psychotische Störungen (Hutton & Taylor, 2014; Zheng et al., 2021).

Auch im deutschsprachigen Raum wurden zwei randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudien erfolgreich abgeschlossen. KVT zeigte sich in einer multizentrischen Studie (»Positive-Studie«: Klingberg et al., 2011) bei ambulant behandelten Patienten mit persistierender Positivsymptomatik als wirksamer im Vergleich zu einer unspezifischen supportiven Psychotherapie. In der zweiten randomisiert-kontrollierten Studie (Lincoln et al., 2012) erwies sich KVT auch in der ambulanten psychotherapeutischen Routine-Versorgung als wirksamer, machbarer und empfehlenswerter Ansatz. In der Nachfolgestudie im Prä-post-Design ohne Wartekontrollgruppe konnte das Team um Lincoln nachweisen, dass bereits nach etwa 16 Stunden eine deutliche Symptomverbesserung eintrat (Lincoln et al., 2016).

Als Konsequenz wurde individualisierte KVT als Behandlungsempfehlung in die Leitlinien des *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2019), in die neue S3-Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN, 2019) und in die Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (DGPs; Lincoln et al., 2019) aufgenommen.

Kognitive Verhaltenstherapie: aktuelle Weiterentwicklungen

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für Patienten mit Psychosen befindet sich in einem stetigen Weiterentwicklungsprozess. Damit ist die Hoffnung verbunden, die Effektivität des Ansatzes weiter steigern zu können. Dies soll einerseits über ein besseres Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychotischen Symptome erfolgen, andererseits durch die Entwicklung spezifischerer Interventionen für bestimmte Zielgruppen.

Einige Interventionen der KVT erwiesen sich insbesondere bei Patienten mit akut bestehenden Wahnüberzeugungen auch gemäß unseren Erfahrungen als teilweise schwierig durchführbar. Dazu gehören insbesondere kognitive Interventionen, mit deren Hilfe Wahnüberzeugungen und die mit ih-

nen verbundenen automatischen Gedanken und Bewertungen überprüft und hinterfragt werden sollen. Die Veränderung wahnhafter Überzeugung und die Erarbeitung einer alternativen Erklärung für Stimmen und Verfolgungserfahrungen ist subjektiv im Akutbereich mit der Gefahr verbunden, dass Patienten anmerken: »Schön, dass Sie mit mir an meiner Bewertung arbeiten möchten, ich möchte das aber nicht, ich werde nämlich wirklich verfolgt.«

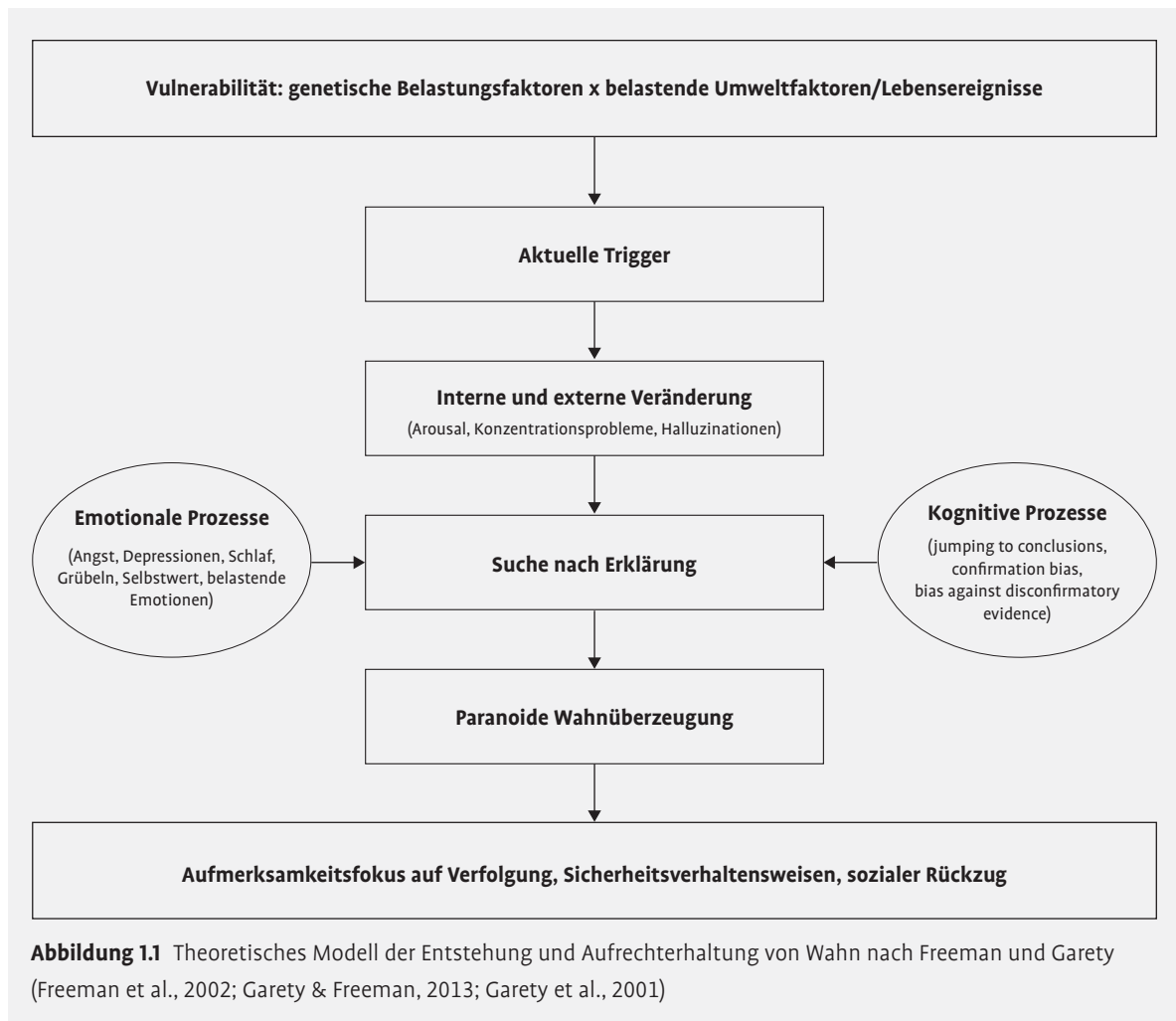
Dieser Eindruck stimmt mit Ergebnissen aus Metaanalysen überein, die die Wirkung von KVT auf Wahnsymptomatik analysierten (im Vergleich zur Standardbehandlung): KVT erreichte hier nur einen kleinen Effekt, der über einen Follow-up-Zeitraum von 18 Monaten nicht stabil war (Mehl et al., 2015; van der Gaag et al., 2014). Auch scheint KVT bei Wahnüberzeugungen nicht wirksamer zu sein als andere unspezifische Interventionen (Supportive Therapie). Zu diesen Ergebnissen passt, dass Patienten in Sitzungen, in denen Wahnüberzeugungen direkt hinterfragt werden, die therapeutische Beziehung weniger positiv bewerten (Wittorf et al., 2013).

Interventionist causal Approach. Basierend auf diesen Erfahrungen und Studienergebnissen wurden für Patienten mit Wahn andere kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen entwickelt bzw. adaptiert, die die Wahnüberzeugung weniger in den Fokus nahmen und zu verändern suchten. Die Interventionen basierten auf dem sog. »Interventionist causal approach« (Kendler & Campbell, 2009), dessen Idee darin besteht, statt an den belastenden Symptomen an kausalen Faktoren zu arbeiten, die die Symptome »verursachen« (für eine Zusammenfassung s. a. Mehl et al., 2018). Die Auswahl der kausalen Faktoren erfolgte basierend auf den kognitionswissenschaftlichen Modellen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn und Positivsymptomatik. In den Modellen wird angenommen, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn durch kognitive Verarbeitungsstile und emotionale Prozesse begünstigt bzw. mediiert wird, wie im folgenden Kasten erklärt wird.

■ Exkurs • Kognitionswissenschaftliche Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn und Halluzinationen

In den kognitionswissenschaftlichen Modellen (Freeman et al., 2002; Garety & Freeman, 2013; Garety et al., 2001) führen biologische Vulnerabilitätsfaktoren in Interaktion mit belastenden Lebensereignissen und aktuellen Auslösern/Triggern zu einer erhöhten Stressbelastung, durch die erste Prodromalsymptome wie Wahrnehmungsveränderungen (Halluzinationen), erhöhte Anspannung (Arousal) oder Konzentrationsprobleme verursacht werden. Individuen versuchen in einem nächsten Schritt, eine Erklärung für die ungewöhnlichen Wahrnehmungen und Symptome zu finden. Dieser Prozess wird auf der einen Seite durch bestimmte kognitive Verarbeitungsstile, auf der anderen Seite durch emotionale Prozesse mediiert bzw. beeinflusst. Die (paranoide) Wahnüberzeugung stellt das Endresultat dieses Erklärungsversuchs dar (s. Abb. 1.1).

Zu den **kognitiven Verarbeitungsstilen** wird z. B. die Tendenz von Patienten mit psychotischen Störungen gerechnet, wenig Informationen zu sammeln, sondern schnelle Schlussfolgerungen zu treffen, der sog. »Jumping to conclusions-Bias« (JTC-Bias; Huq et al., 1988). Eine weitere Denkverzerrung ist der sog. »Bias against disconfirmatory evidence« (BADE), die Tendenz, Informationen, die der eigenen Überzeugung widersprechen, nicht mehr wahrzunehmen (Moritz & Woodward, 2006). Im Bereich der emotionalen Faktoren, die möglicherweise an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Wahn beteiligt sind, werden Angst und andere belastende Emotionen, Depressionen, negativer Selbstwert und negative Selbst- und Fremdschemata sowie Grübeln und Schlafprobleme diskutiert. Zu den aufrechterhaltenden Faktoren von Wahnüberzeugungen werden in dem theoretischen Modell sozialer Rückzug, Sicherheitsverhaltensweisen und Bedrohungsmonitoring gerechnet.



Gezielte Interventionen bei Wahn/Targeted Interventions/Feeling-Safe-Programm

Die Arbeitsgruppe um Daniel Freeman entwickelte basierend auf den theoretischen Modellen verschiedene gezielte (»targeted«) Interventionen, die sich auf die Veränderung kognitiver Verarbeitungstile und emotionaler Prozesse fokussieren. Zu den Entwicklungen, die jeweils in ersten Pilotstudien und randomisiert-kontrollierten Studien in ihrer Wirksamkeit überprüft wurden, zählt bspw. das *Maudsley Reasoning Training*, das auf die Reduktion des JTC-Bias abzielt und sich in einer randomisiert-kontrollierten Studien im Vergleich zur Standardbehandlung als erfolgreich erwies (Waller et al., 2015).

Feeling-Safe-Programm. Im Bereich emotionaler Prozesse entwickelten Freeman und seine Arbeitsgruppe Interventionen, die sich insbesondere auf die Verbesserung des Selbstwerts fokussierten. Die erste randomisiert-kontrollierte Pilotstudie weist auf eine erfolgreiche Interventionsmethode im Vergleich zur Standardbehandlung hin (Freeman et al., 2014). Zwei weitere randomisiert-kontrollierte Studien konzentrierten sich auf die Reduktion von Grübel- und Sorgenprozessen durch die Erarbeitung von Vor- und Nachteilen von Grübeln, Reduktion von Grübelverhalten und Aufbau positiver Aktivitäten. In diesen Studien verbesserten sich sowohl Grübel- und Sorgenverhalten als auch die Überzeugungsstärke der paranoiden Wahnüberzeugungen im Vergleich zur Standardbehandlung (Foster et al., 2010; Freeman et al., 2015). Aktuell wurden von der Arbeitsgruppe die einzelnen Interventionsmethoden in ein gemeinsames Programm implementiert, das Feeling-Safe-Programm für Patienten mit persistierendem Wahn. Das Gesamtprogramm ist modularisiert und auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten, die Interventionen zielen auf die Verbesserung des Schlafs, Reduktion von Sorgenverhalten, Verbesserung von Selbstvertrauen, Reduktion kognitiver Verzerrungen, Interventionen bei Belastung durch

Stimmen und Interventionen, um sich insgesamt sicherer im Kontakt mit anderen Personen zu fühlen. Im Vergleich zu unterstützenden Gesprächen waren Patienten, die das Programm erhielten, nach der Intervention weniger stark von ihren Wahnüberzeugungen überzeugt und beschrieben insgesamt weniger Wahnüberzeugungen (Freeman et al., 2021). Unklar ist jedoch, inwiefern die neu entwickelten Interventionen auch tatsächlich klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen im Hinblick auf die Reduktion von Wahn überlegen sind.

Interventionen bei Negativsymptomatik und für Patienten mit chronifizierten psychischen Störungen

Ein aktueller weiterer Fokus der Weiterentwicklung Kognitiver Verhaltenstherapie liegt auf der Verbesserung des Behandlungserfolgs für Patienten mit chronifizierter Negativsymptomatik. Unter Verwendung eines für diese Gruppe adaptierten individualisierten Ansatzes konnten in einer randomisiert-kontrollierten Studie der Arbeitsgruppe um Aaron T. Beck (Grant et al., 2012) sogar Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik, niedrigem sozialen Funktionsniveau und ausgeprägten neuropsychologischen Defiziten über 18 Monate erfolgreich behandelt werden, die Negativsymptomatik verbesserte sich im Vergleich zur Standardbehandlung. Ähnliche Ergebnisse konnten in einer ersten Pilotstudie auch mit einer kürzeren Behandlungsdauer erreicht werden (Staring et al., 2013). Die Arbeitsgruppe um Beck implementierte ihre Behandlung erfolgreich in vielen psychiatrischen und forensischen Kliniken und publizierte ihren Ansatz in einem Manual (Beck et al., 2020), das sich dadurch hervorhebt, dass auch sehr niedrigschwellige Interventionen für Co-Therapeuten beschrieben werden, sodass es für viele Settings gut passt, in denen sehr chronifizierte Patienten behandelt werden.

Interventionen bei Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen

Da viele Patienten unter komorbiden Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, wurden verschiedene Interventionen, die bei Angststörungen wirksam sind, in die Behandlung von Patienten mit Psychosen implementiert. Dazu zählt Expositionsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Prolonged Exposure) sowie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Beide Interventionen erwiesen sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie im Vergleich zu einer Standardbehandlung als wirksam in Bezug auf die Verbesserung der posttraumatischen Belastungssymptome sowie als sicher im Hinblick auf Symptomverschlechterung der Patienten (z. B. ausgelöst durch die Traumaexposition; van den Berg et al., 2015).

Die »Dritte Welle« der Verhaltenstherapie in der Psychosenbehandlung

Neben der Weiterentwicklung klassischer Ansätze der KVT wurden in den letzten Jahrzehnten Interventionen und Therapien entwickelt und in ihrer Wirksamkeit getestet, die der sog. »Dritten Welle« der Verhaltenstherapie zuzurechnen sind (Hayes et al., 1999). Gemeinsam ist diesen Therapieansätzen, dass ungünstige automatische Gedanken nicht mehr direkt durch kognitive Interventionen und Verhaltensexperimente verändert werden, sondern dass den Patienten Strategien zum verbesserten Umgang mit den dysfunktionalen Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen und anderen inneren Ereignissen (z. B. Stimmen) vermittelt werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, dass Patienten (metakognitive) Einsichten über diese dysfunktionalen Gedanken, Erinnerungen, Emotionen oder Symptome erlangen und weniger automatisiert auf diese reagieren. Häufig wird dies durch das Training von Achtsamkeit erreicht, einer bestimmten Form der Aufmerksamkeit, die bewusst auf den aktuellen Moment gerichtet, aber nicht bewertend ist (Kabat-Zinn & Kappen, 2013).

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie. Zu diesen neuen Therapien wird die Mindfulness-based/achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Mindfulness-based Cognitive Therapy [MBCT]; Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000) gezählt, in der den Patienten Akzeptanz für die belastenden Symptome vermittelt wird. Zusätzlich werden Meditationstechniken eingeübt, die dazu dienen, Achtsamkeit zu trainieren, um die eigene Aufmerksamkeit gezielter steuern zu können. In einer ersten Pilotstudie erzielte eine MBCT-Gruppenintervention für Menschen mit Psychosen signifikante Prä-post-Effekte (Randall et al., 2016). Die Arbeitsgruppe um Chadwick entwickelte ebenfalls Acht-

samkeitstrainingsgruppen für Menschen mit Psychosen und akustischen Halluzinationen, die sich in Pilotstudien im Prä-post-Vergleich als wirksam erwiesen (Chadwick et al., 2005, 2009).

Person-based Cognitive Therapy. Eine Weiterentwicklung und Adaption der Achtsamkeitstechniken stellte Chadwick (2006) im Rahmen der sog. Person-based Cognitive Therapy vor, die als Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden kann. Die Therapie kombiniert Techniken der achtsamkeitsbasierten Therapie mit Elementen der personenzentrierten Therapie/Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1961) und klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken, wie bspw. dem ABC-Schema. Zusätzlich werden schematherapeutische Interventionen wie Dialoge mit leeren Stühlen eingesetzt, um z. B. dysfunktionale Selbstschemata der Patienten in deren gedanklicher Interaktion mit den Stimmen oder anderen Personen zu identifizieren und das Selbstbewusstsein der Patienten gegenüber den Stimmen zu verbessern.

Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Ziel der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes et al., 1999) ist es, Patienten eine verbesserte Toleranz und eine akzeptierende Haltung gegenüber ihren belastenden Gedanken, Emotionen, Erinnerungen und ihrer belastenden Symptomatik zu vermitteln. Dies erfolgt durch Meditationsübungen, in denen die Patienten erproben, auf dysfunktionale Gedanken nicht emotional zu reagieren, sondern diese mit Achtsamkeit zu betrachten. Auch wird in Imaginationsübungen trainiert, auf belastende negative Emotionen nicht sofort zu reagieren und diese z. B. zu unterdrücken oder sich von ihnen abzulenken, sondern sich letztlich mit ihnen zu konfrontieren. Zunächst erfolgt die Konfrontation mit der belastenden Emotion nur wenige Sekunden lang, später über einen längeren Zeitraum. Die Patienten versuchen, die negativen Emotionen achtsam zu betrachten und nichts gegen sie zu unternehmen und zu beobachten, ob sich die Intensität der Emotion reduziert – eine Intervention, die Expositionsübungen der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie sehr nahe kommt. Zusätzlich werden wichtige Lebensziele thematisiert und die Patienten werden motiviert, diese Lebensziele trotz störender Symptome und belastender Gedanken oder Emotionen zu realisieren.

MBCT und ACT wurden in zwei gemeinsamen Metaanalysen in ihrer Gesamtwirksamkeit analysiert, für ACT ergab sich dabei kein Effekt im Vergleich zur Standardbehandlung, jedoch verbesserte sich die Gesamtsymptomatik durch MBCT stärker als durch Standardbehandlung (Cramer et al., 2016; Louise et al., 2018).

Compassion Focused Therapy. Die Grundidee der Compassion Focused Therapy bzw. des Compassionate Mind Trainings (Gilbert, 2010) besteht darin, die Beziehung der Patienten zu sich selbst zu verbessern, indem Scham und Selbstkritik reduziert werden und Selbstmitgefühl entwickelt wird. Den Patienten werden Techniken vermittelt, um sich selbst besser zu verstehen, sensibler mit sich selbst umzugehen und eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu realisieren. Zu diesem Zweck werden klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken (z. B. der sokratische Dialog), aber auch imaginative Interventionen eingesetzt (z. B. wird durch imaginative Verfahren das Bild des »inneren Kritikers« positiv verändert). Der Ansatz erwies sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie im Vergleich zur Standardbehandlung als wirksam (Braehler et al., 2013).

Emotionsfokussierte Therapie bei Psychosen (CBT-E). Ein Ansatz, den Tania Lincoln und Stephanie Mehl in Deutschland ausprobiert haben, ist die Emotionsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen und Wahn (CBT-E). CBT-E integriert emotionsfokussierte Interventionen (Greenberg & Klosterziel, 2016), Interventionen aus ACT, aus MBCT, aus der Metakognitiven Therapie und der Compassion Focused Therapy. Zunächst erhalten Patienten Informationen über Emotionen, wie diese entstehen, wie sie die eigenen Emotionen bemerken und welche Implikationen sich aus verschiedenen Emotionen ergeben. Die Patienten üben anschließend das achtsame Beobachten eigener Gedanken und Emotionen, um nicht sofort auf diese zu reagieren. Anschließend erarbeiten sie mit dem Therapeuten neue Denk- und Verhaltensweisen für belastende Situationen, in denen die Emotionen Ärger, Angst, Schuldgefühle oder Einsamkeit auftreten, und trainieren die Interventionen und neuen Verhaltensweisen im Alltag mit Übungen, Rollenspielen und Imaginationsübungen. Wei-

tere Interventionen fokussieren auf Selbstakzeptanz, Selbstwert und Selbstmitgefühl. In einer ersten randomisiert-kontrollierten Pilotstudie erwies sich CBT-E als wirksam in Bezug auf die allgemeine Psychopathologie im Vergleich zur Standardbehandlung (Mehl et al., 2021).

Metakognitives Training und Metakognitives Training Plus. Ein Ansatz, der eine Zwischenstellung zwischen Trainingsprogrammen zur Verbesserung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Planungsvermögen (Kognitive Remediation) und Kognitiver Verhaltenstherapie einnimmt, ist das Metakognitive Training (Moritz & Woodward, 2006). Es ist ein aus acht verschiedenen Modulen bestehendes Training in der Gruppe, das unterstützt mit Präsentationsfolien durchgeführt wird. Den Patienten werden zunächst metakognitive Informationen über kognitive Verzerrungen (Jumping to Conclusion-Bias, Confirmation Bias, Attributionsstil, Theory of Mind) und auch über emotionale Prozesse (Depression, Selbstwert) vermittelt. Die Patienten trainieren anschließend, ihre eigenen kognitiven Verarbeitungsstile oder emotionalen Prozesse zu verändern. Sie erlernen z. B., weniger voreilige Schlussfolgerungen zu treffen oder für belastende Situationen eine ausgewogenere Ursachenzuschreibung vorzunehmen. Das Metakognitive Training ist online erhältlich (https://clinical-neuropsychology.de/metakognitives_training_psychose/). Die Informationsmaterialien und Übungen können auch in eine individualisierte KVT integriert werden. Es erwies sich in einigen randomisiert-kontrollierten Studien und Metaanalysen (Eichner & Berna, 2016) als im Vergleich zur Standardbehandlung erfolgreich hinsichtlich der Reduktion von Wahn und führte auch zu einer Verbesserung in den kognitiven Verarbeitungsstilen. Inzwischen ist eine weitere Version als Einzeltherapie erhältlich (*Metakognitives Training Plus*; Moritz et al., 2021). Das Programm enthält einige Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie (Störungsmodell, Rückfallprophylaxe, Vermittlung von Informationen über kognitive Verzerrungen), konzentriert sich aber insbesondere auf die Analyse von Situationen im Alltag der Patienten, in denen kognitive Verzerrungen auftreten.

Interventionen für akustische Halluzinationen: Avatar-Therapie und Relating Therapie

Im Bereich der Behandlung akustischer Halluzinationen haben sich ebenfalls interessante Neuerungen ergeben, die miteinander gemeinsam haben, dass sich der therapeutische Prozess weniger auf die Inhalte der Stimmen, sondern eher auf eine sozial kompetentere Kommunikation mit den Stimmen und emotionale Prozesse im Zusammenhang mit den Stimmen fokussiert, z. B. Angst vor den Stimmen oder Ärger auf die Stimmen.

Avatar-Therapie. Die Avatar-Therapie (Leff et al., 2013) umfasst sechs Sitzungen und basiert darauf, dass Therapeut und Patient mit einem PC-Programm eine oder mehrere Stimmen als digitale Personen (Avatare) nachbilden. Die Patienten erstellen ein Gesicht für die Stimme, das so aussehen soll, wie sie sich die Stimme vorstellen. Anschließend suchen sie aus verschiedenen Stimm melodien die ähnlichste Stimm melodie aus. Die Patienten sehen dann den neu hergestellten Avatar am PC und können mit ihm/ihr sprechen, die Steuerung wird durch den Therapeuten aus einem Nebenraum übernommen.

In den therapeutischen Sitzungen hört der Patient die Stimme (die der Therapeut steuert), antwortet ihr und trainiert mit dem Therapeuten in Rollenspielen, selbstbewusster auf die Stimme zu reagieren. Der Therapeut spielt dabei sowohl die Stimme, kann aber auch als Therapeut in den Trainingsprozess eingreifen und beispielsweise den Patienten ermutigen, selbstbewusster und mit lauterer Stimme zu kommunizieren. In der Avatar-Therapie trainieren Patienten bspw., die Äußerungen der Stimme zu validieren (»Danke für die Rückmeldung«), aber ihr auch Grenzen zu setzen und eigene Wünsche zu äußern (»Du hast gesagt, ich bin wertlos, das hat mich ziemlich verletzt. Ich wünsche mir in Zukunft, dass du mir nicht mehr so globales negatives Feedback gibst.«). Im Vergleich zu supportiver Therapie erwies sich Avatar-Therapie in einer randomisiert-kontrollierten Studie als wirksam in Bezug auf die Reduktion von akustischen Halluzinationen (Craig et al., 2018).

Relating Therapy. Ein ähnlicher Ansatz ohne die Verwendung eines PC-Avatars stellt die Relating Therapie dar. In der Therapie wird zunächst die aktuelle Beziehung der Patienten zu den verschiedenen Stimmen, aber auch zu den anderen wichtigen Personen in ihrem Leben analysiert. Es wird erfasst,

wie die Patienten normalerweise auf die Stimmen oder andere Personen reagieren (dominant, unterwerfend oder selbstbewusst). Anschließend wird eine Beziehung ausgewählt, die nach Einschätzung des Patienten das höchste Veränderungspotenzial umfasst. Patient und Therapeut trainieren in Rollenspielen und Stuhldialogen, auf die (von dem Therapeuten gespielten) Stimme selbstbewusster und weniger dominant-aggressiv oder unterwerfend zu reagieren. Die Therapie erwies sich in einer ersten randomisiert-kontrollierten Pilotstudie im Vergleich zur Standardbehandlung als wirksam und führte zu einer Reduktion akustischer Halluzinationen (Hayward et al., 2017).

■ Fazit

Wie wir hoffentlich hinreichend dargestellt haben, gibt es in der Psychotherapie der Psychosen sehr viele spannende Ansätze, eine große Auswahl und viele Interventionen, die Ihnen vielleicht aus anderen Störungsbereichen gut bekannt vorkommen. Wir hoffen sehr, dass wir Sie nicht mit den vielen neuen Therapieangeboten »erschlagen« haben. Das Schöne daran ist doch, dass man auf diese Weise für jedes Problem die passende Therapie findet und diese sehr gut individualisieren kann. Ein besonderer Vorteil der neuen Ansätze ist, dass sie transdiagnostisch sind, sodass Sie möglicherweise viele Elemente aus der Behandlung von anderen psychischen Störungen wiedererkennen können.

Wir hoffen, dass wir mit dem vorliegenden Buch einen Beitrag zur Verbesserung der Implementierung von KVT-Methoden in die stationäre und ambulante therapeutische Behandlung und auch in die Beratung realisieren können. Wir freuen uns sehr über jede Art von Rückmeldung, um die Implementierung so gut wie möglich verbessern zu können. Aus einer eigenen Studie wissen wir, dass viele Implementierungsprobleme dadurch entstehen, dass sich Therapeuten durch ihr Studium und die therapeutische Weiterbildung nicht hinreichend auf die Behandlung von Menschen mit Psychosen vorbereitet fühlen (Heibach et al., 2014) und sich mehr Vorbereitung und begleitende Supervision wünschen. Diese Lücke möchten wir mit dem vorliegenden Buch schließen und Ihnen möglichst viele Hilfen bieten, um diese sehr spannende Patientengruppe kennenzulernen.

Aufbau des Buches

Das erste Kapitel bietet zunächst eine Einführung in die verschiedenen psychotherapeutischen Techniken bei Patienten mit Psychosen sowie eine kurze Vorstellung aktueller Interventionsstudien und Metaanalysen. Das zweite Kapitel führt in den Aufbau der therapeutischen Beziehung mit Menschen mit Psychosen ein und bietet Arbeitsblätter zum Umgang mit möglichen Problemen sowie zur Vorbereitung der Therapie. Das diagnostische Vorgehen wird in Kapitel 3 thematisiert. Einen besonderen Fokus legen wir dabei auf die für die Therapieplanung relevante Diagnostik. Kapitel 4 stellt Arbeitsblätter zur Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells vor. Kapitel 5 thematisiert die Festlegung von Therapiezielen für die Kognitive Verhaltenstherapie. In Kapitel 6 werden Interventionen zur emotionalen Stabilisierung, Umgang mit depressiven Symptomen und Negativsymptomatik vorgestellt. Dritte-Welle-Interventionen zur Verbesserung des Umgangs mit belastenden Emotionen, Reduktion von Grübeln und Aufbau von Achtsamkeit finden sich in Kapitel 7. Kapitel 8 widmet sich Interventionen zur Verbesserung des Selbstwerts und des Selbstmitgefühls sowie der Veränderung von maladaptiven Schemata. In Kapitel 9 finden sich Interventionen zur direkten Veränderung von Wahnüberzeugungen. Kapitel 10 widmet sich Interventionen bei Halluzinationen. Kapitel 11 stellt Interventionen zur Arbeit an komorbider Traumatisierung und Posttraumatischen Belastungsstörungen vor und Kapitel 12 Interventionen zur Rückfallprävention.

Gendergerechte Sprache. In diesem Buch verwenden wir in den Einführungen der Kapitel die männliche bzw. weibliche Benennung jeweils abwechselnd, auf den Arbeitsmaterialien setzen wir gender-

gerechte Sprache um und möchten damit möglichst alle Personen ansprechen, unabhängig von dem Geschlecht, mit dem sie sich identifizieren.

Arbeitsblätter. Jedes Kapitel enthält ganz verschiedene Arbeitsblätter. Es gibt

- ▶ Informationsblätter, die Interventionstechniken erklären und Handlungsanweisungen für die Therapeuten erhalten
- ▶ Informationsblätter zur Vermittlung bestimmter Themen (z. B. Informationen über die Psychose)
- ▶ Arbeitsblätter, die gemeinsam in der Therapiesitzung eingesetzt werden (z. B. vorgelesen werden, etwa Achtsamkeitsübungen)
- ▶ Arbeitsblätter zur Durchführung bestimmter Therapieinterventionen mit den Patienten

Wir möchten Sie einladen, die Arbeits- und Informationsblätter in der Therapie flexibel, kreativ und individuell zu verwenden. Einige Patienten mit Psychosen (und vielleicht einige Therapeuten) mögen »vorgefertigte Arbeitsblätter« nicht und haben den Eindruck, dass sie zu ihren individuellen Problemen nicht so gut passen. In einem solchen Fall könnten Sie sich bspw. an den Arbeitsblättern orientieren, aber individuelle Arbeitsblätter daraus gestalten.

Damit Sie sich auf den Materialien gut zurechtfinden, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sofort sehen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt bestimmt ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

-  »Therapeut:in«: Dieses Icon kennzeichnet Informations- oder Arbeitsblätter, die für die Therapeutin bzw. den Therapeuten selbst gedacht sind.
-  »Patient:in«: Mit diesem Icon ausgehändigte Arbeits- oder Informationsblätter werden Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.
-  »Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem ausgedruckten Arbeitsblatt zu notieren.
-  »Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten präsentiert.
-  »Ganz Ohr«: Dieses Icon kennzeichnet Übungen, die Therapeuten den Patienten vorlesen, die mit geschlossenen Augen zuhören.
-  »Input fürs Köpfchen«: Hier sind weitergehende Informationen und Anregungen zum Weiterdenken zu lesen.

2 Einstieg in die Behandlung und Beziehungsaufbau

2.1 Einstieg in die Behandlung

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist gerade bei Patientinnen mit Psychosen sehr wichtig. Einige Patientinnen haben bspw. negative Vorerfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht, wurden aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung stationär aufgenommen, haben Fixierungen oder Zwangsmaßnahmen erlebt oder bei anderen Personen beobachtet. Neben diesen Extrembeispielen ist die Aufnahme auf eine psychiatrische Akutstation aufgrund der geringen Personaldichte, schwer erkrankten Mitpatientinnen und Konflikten oder zu wenig Zeit für individuelle Gespräche eine belastende Zeit. Zusätzlich dazu erleben die Patientinnen vielleicht sehr belastende Symptome wie Stimmen, optische Halluzinationen und starke Angst vor Verfolgern, die ebenfalls sehr belastend sein können. Auch die medikamentöse Einstellung erfolgt nicht immer problemlos, so können Nebenwirkungen der antipsychotischen Behandlung wie Akathisie (starke Bewegungsunruhe) oder Blickkrämpfe sehr beängstigend und auch schmerzhaft sein.

Daher ist der wichtigste Schritt beim Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung der Aufbau einer tragfähigen vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

Aufbau eines ambulanten Behandlungsnetzwerks

Psychiatrie. Nach unserer Erfahrung sind die meisten Patientinnen, die eine ambulante Psychotherapie aufnehmen, bereits in aktueller psychiatrischer und medikamentöser Behandlung. Einige andere Patientinnen wenden sich als erste Anlaufstelle an Psychotherapeutinnen, bspw. Patientinnen, die lediglich Prodromalsymptome einer psychotischen Störung bei sich bemerken. Daher ist es zu Beginn der Behandlung auch wichtig, über den Aufbau eines Behandlungsnetzwerks nachzudenken.

In den aktuellen Behandlungsleitlinien (DGPPN, 2019; Lincoln et al., 2019) wird Menschen mit Psychosen eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie sowie psychotherapeutischen Interventionen und insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, die im stationären Bereich regelmäßig stattfindet und auch ambulant weitergeführt werden kann. Die Weiterführung ist jedoch teilweise noch immer schwierig zu organisieren, weil nicht alle Therapeutinnen die Behandlung anbieten.

Psychotherapeutinnen sollten darüber nachdenken und frühzeitig Patientinnen zu einer ergänzenden medikamentösen Behandlung raten, wenn dies notwendig und entlastend erscheint. Dies kann bspw. im Rahmen der Organisation des Konsiliarberichts erfolgen. Nach unseren Erfahrungen ist ein psychiatrischer Konsiliarbericht günstiger für eine erfolgreiche Beantragung von Therapiesitzungen im Gutachterverfahren als ein hausärztlicher Konsiliarbericht. Wenn bereits eine psychiatrische Mitbehandlung besteht, ist es sehr sinnvoll, mit der jeweiligen Kollegin Kontakt aufzunehmen und sie über die psychotherapeutische Mitbehandlung zu informieren. Die Kooperation kann auch dazu dienen, mögliche Probleme im Beziehungsaufbau und in der Behandlung frühzeitig zu erkennen, da andere Behandlerinnen von ihren Erfahrungen berichten können. Ebenfalls ist es günstig, mit der vorbehandelnden Klinik Kontakt aufzunehmen und die Arztbriefe anzufordern.

Psychosoziale Beratung. Insbesondere bei Patientinnen mit sozialen Problemen, z. B. bei Behördenangelegenheiten oder -konflikten, und mit deutlichen Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe (durch soziale Ängste, Probleme in der Kommunikation, belastende Symptome wie Stimmen, Wahn oder Antriebslosigkeit) kann es sehr sinnvoll sein, zusätzlich eine psychosoziale Beratung durch eine entsprechende Einrichtung zu initiieren. Die psychosoziale Beratung erfolgt meistens durch qualifizierte Beratungsstellen und ihr Fokus ist eher auf die Beantragung und Hilfe bei finanziellen Problemen oder Konflikten mit Ämtern gerichtet, meistens erhalten die Patientinnen aber auch supportive

Beratungsgespräche. Sie kann auch mit der Einrichtung eines betreuten Wohnens kombiniert werden, wenn Patientinnen umfangreiche Probleme in der Alltagsgestaltung haben.

Soziotherapie. Eine weitere Alternative ist die Soziotherapie, die sowohl von Psychologischen Psychotherapeutinnen als auch von Ärztinnen psychiatrischer oder neurologischer Fachrichtungen verordnet werden kann (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Sie findet im sozialen Umfeld der Patientinnen statt (bspw. in Form von Hausbesuchen) und soll durch praktische Übungen dabei helfen, den Alltag der Patientinnen zu organisieren sowie individuelle Probleme (z. B. eine zu geringe Belastbarkeit, Motivation oder Organisation) zu beheben, um die Tagesstruktur und den Umgang mit der Erkrankung zu verbessern (Zygowski, 1989). Die sozialpsychiatrische Mitbehandlung ist zwar zunächst aufwendig, weil sie initiiert werden muss, spart aber Zeit, da einige Probleme der Patientinnen gelöst werden können und ihr Lebensumfeld sich verbessern kann. Auch kann man beim Auftreten einer erneuten psychotischen Symptomatik mit den Mitbehandelnden kooperieren, das Problem gemeinsam gut einschätzen und möglicherweise ambulant abfedern.

2.2 Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung

Generelle Anmerkungen. Bei allen von uns vorgeschlagenen Formulierungen sollten Therapeutinnen zunächst kritisch für sich selbst prüfen, ob sie sich mit den Formulierungen wohl fühlen oder diese lieber verändern und an ihre Person und ihre individuelle Ausdrucksweise und Therapeutinnenpersönlichkeit anpassen möchten. Für den Therapieerfolg von Patientinnen mit Psychosen ist die wahrgenommene »Echtheit« der Therapeutinnen ein wichtiger Prädiktor (Jung et al., 2015). Daher sollten Therapeutinnen immer wieder versuchen, insgesamt Formulierungen zu wählen und Interventionen auszusuchen, mit denen sie sich gut identifizieren können.

Vorbedingungen für den Beziehungsaufbau

Im Folgenden wird auf einige Besonderheiten der Therapie von Patientinnen mit Psychosen und insbesondere Verfolgungswahn eingegangen. Dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Patientinnen mit Psychosen stehen erstens die Symptome der Psychose im Weg, die das Gespräch behindern können, wie Verfolgungswahn, Misstrauen, störende Halluzinationen, Affektverflachung oder formale Denkstörung. Zweitens haben viele Patientinnen mit Psychosen schon mit anderen Menschen über ihre Probleme gesprochen und dabei häufig die Erfahrung gemacht, dass ihnen nicht geglaubt wird, insbesondere wenn sie unter Wahnvorstellungen leiden. Es besteht die Gefahr, dass die Patientinnen diese Vorerfahrung auf ihre Therapeutinnen übertragen könnten. Auch können negative (traumatische) Vorerfahrungen es Patientinnen erschweren, Vertrauen zu Therapeutinnen aufzubauen.

Auch bestimmte Verhaltensweisen der Patientinnen können erste Interaktionen erschweren, da sie z. B. Fragen stellen, die Therapeutinnen indiskret vorkommen oder wenig mit der aktuellen Situation zu tun haben. Auch kann Misstrauen dazu führen, dass Patientinnen schweigen oder sehr einsilbig antworten, um nicht zu viel über sich zu verraten. Halluzinierte Stimmen können die Kommunikation ebenfalls beeinträchtigen (weil sie z. B. androhen, die Patientin zu »bestrafen, wenn sie etwas erzählt«). Die Beziehung kann zudem dadurch belastet werden, dass Therapeutinnen in den ersten Gesprächen zu viel Zeit darauf verwenden, Symptome der Schizophrenie oder anderer psychotischer Störungen (Stimmenhören, inhaltliche Denkstörungen) zu eruieren, die die Patientinnen aktuell nicht unbedingt für ihr dringendstes Problem halten. Auch ein zu schnelles Anzweifeln der Wahninhalte durch Therapeutinnen oder der Hinweis darauf, dass die Wahnüberzeugung ein Symptom einer psychischen Störung ist, kann von Patientinnen ebenfalls ungünstig verarbeitet werden.

Detaillierte Informationen zum Beziehungsaufbau und dem Umgang mit verschiedenen psychotischen Symptomen erhalten Sie auf den Informationsblättern dieses Kapitels.

Ist die Förderung von Krankheitseinsicht wichtig?

Viele Patientinnen fühlen sich durch die Diagnose Schizophrenie gesellschaftlich stigmatisiert und möchten diese für sich nicht annehmen, weil sie bspw. den Eindruck haben, von anderen Personen verfolgt zu werden und nicht unter einer psychischen Störung zu leiden. Da Einsicht in die Störung eine möglicherweise bestehende traurige Stimmung, Depression und Hoffnungslosigkeit verstärken kann, ist dies für viele Patientinnen sogar die günstigere Herangehensweise an ihre Probleme. Für eine erfolgreiche Kognitive Verhaltenstherapie ist die Entwicklung von Einsicht in die Störung nicht relevant.

Behandlungseinsicht. Die Förderung von Behandlungseinsicht ist in den meisten Fällen das wichtigere Ziel, da Patientinnen erfahren, dass sie in der Psychotherapie und auch durch andere Behandelnde Hilfe erhalten können. Die Kognitive Verhaltenstherapie richtet sich nach den Problemen und Zielen der Patientinnen, die diese – mit oder ohne Akzeptanz der Diagnose – erreichen können.

INFO 1 »Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen« und **INFO 2** »FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen« fassen die wichtigsten Probleme, Lösungsvorschläge sowie Beispiele für Formulierungen zusammen.

2.3 Erstgespräch und Ablauf einer therapeutischen Sitzung

Erstgespräch. Das Ziel des Erstgesprächs besteht in einer ersten Kontaktaufnahme, dem (ersten) Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, der Vorstellung des therapeutischen Vorgehens sowie der Klärung von Formalitäten (z. B. Konsiliarbericht). Auf den Arbeits- und Informationsblättern dieses Kapitels finden Sie vertiefende Informationen zum idealtypischen Ablauf eines Erstgesprächs.

Sitzungsablauf. Nach unserer Erfahrung empfinden Patientinnen mit Psychosen (und nicht nur diese!) es als sehr angenehm, wenn mit ihnen zu Beginn jeder Therapiesitzung das aktuelle Thema der Sitzung abgesprochen bzw. die »Tagesordnung« für die aktuelle Sitzung thematisiert wird, da sie sich so auf das Thema gut einstimmen und es mitgestalten können. Wir haben gute Erfahrungen mit dem von Beck (2013) beschriebenen Vorgehen für kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiesitzungen gemacht. Dieser besteht aus den folgenden Punkten:

- (1) Begrüßung
- (2) Wie geht es der Patientin aktuell?
- (3) Anknüpfung an die letzte Stunde
- (4) Wie liefen die Übungen?
- (5) Tagesordnung: Welche Themen werden heute besprochen? Was ist heute wichtig?
- (6) Inhaltliche Arbeit
- (7) Übungen für zu Hause
- (8) Fazit aus der Stunde (»Was nehme ich mit?«) und Feedback

Auf dem **INFO 8** »Allgemeiner Ablauf einer therapeutischen Sitzung« werden die einzelnen Punkte genauer erläutert.

Arbeitsblätter und Informationsmaterialien

INFO 1 Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Das Infoblatt vermittelt Therapeutinnen einige Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen sowie einige Beispielsituationen und mögliche Formulierungen.

INFO 2 FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Das Infoblatt ist für Therapeutinnen gedacht und beantwortet die wichtigsten Fragen zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen und beschreibt beispielhaft einige Gesprächs- und Interventionsstrategien.

INFO 3 Umgang mit Negativsymptomatik, Affektverflachung und Sprachverarmung

Das Infoblatt stellt einige therapeutische Strategien zum therapeutischen Umgang mit Affektverflachung und Sprachverarmung vor.

INFO 4 Umgang mit Konzentrationsproblemen und formalen Denkstörungen

Das Infoblatt beschreibt mögliche therapeutische Strategien im Umgang mit Konzentrationsproblemen und formalen Denkstörungen.

INFO 5 Förderung der Behandlungseinsicht

Das Infoblatt thematisiert den Umgang von Therapeutinnen mit Patientinnen mit einer geringen Krankheitseinsicht. Es beschreibt ebenfalls, wie Therapeutinnen den Patientinnen mit geringer Krankheitseinsicht die Diagnose Schizophrenie oder andere Diagnosen vermitteln können.

INFO 6 Ablauf eines Erstgesprächs

Der genauere Ablauf eines Erstgesprächs sowie Formulierungsvorschläge für die Durchführung sind diesem Infoblatt für Therapeutinnen zu entnehmen.

INFO 7 Ablauf eines Erstgesprächs (Kurzform)

Das Infoblatt fasst den Ablauf eines Erstgesprächs noch einmal in Kurzform zusammen.

INFO 8 Wichtige Fragen zur Exploration im Erstgespräch

Dieses Infoblatt stellt verschiedene Fragen vor, die Therapeutinnen zur Exploration der Belastungen der Patientinnen stellen können.

AB 1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie?

Dieses Arbeitsblatt erklärt für Patientinnen das Prinzip und die Vorgehensweise einer Kognitiven Verhaltenstherapie. Die Patientinnen können Fragen dazu auf dem Arbeitsblatt notieren.

INFO 9 Allgemeiner Ablauf einer therapeutischen Sitzung

Das Infoblatt gibt eine Übersicht über den allgemeinen Ablauf und die Strukturierung der folgenden diagnostischen Sitzungen (nach dem Erstgespräch) mit Menschen mit Psychosen, mit dem wir gute Erfahrungen gemacht haben.

Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Transparentes Vorgehen



Die generelle therapeutische Beziehung mit Patient:innen mit Psychosen sollte durch ein offenes und transparentes Vorgehen von Therapeut:innen geprägt sein, indem sie sich zunächst ausführlich selbst vorstellen, sodass die Patient:innen einen ersten Eindruck von ihnen als Person gewinnen können. Wenn möglich, kann dies so umgesetzt werden, dass Therapeut:innen bereits bei der Vorstellung einige zusätzliche Informationen über sich selbst preisgeben (Studienfach etc.).

Möglichen kritischen Nachfragen in Bezug auf ihre Person sollten Therapeut:innen freundlich, verständnisvoll, offen und mit Respekt begegnen. Ungünstig wäre es z. B., in eine Diskussion darüber zu verfallen, ob das Misstrauen der Patient:innen ein Symptom der Psychose darstellt. Therapeut:innen sollten stattdessen fragen, ob sie etwas tun können, um Patient:innen das Misstrauen zu nehmen, z. B. Approbationsunterlagen oder Zeugnisse mitzubringen, wenn Betroffene an deren Existenz zweifeln sollte. Die folgenden Strategien sind für ein offenes und transparentes Vorgehen günstig:

- (1) Unterlagen, die Patient:innen ausfüllen sollten, genau erklären
- (2) über die Bedingungen für die Aufnahme einer Psychotherapie und das damit verbundene Prozedere der gesetzlichen/privaten Krankenkassen detailliert informieren
- (3) darauf hinweisen, dass der Bericht an den/die Gutachter:in, der/die die Stunden genehmigt, anonymisiert ist
- (4) über die therapeutische Schweigepflicht aufklären und genau berichten, wie deren Realisierung aussieht (»Das sieht folgendermaßen aus: Wenn dann jemand anruft und mich fragt: ›Ist Frau Müller bei Ihnen in Therapie?‹, dann würde ich sagen: ›Nein, ich kenne keine Frau Müller‹, und dann das Gespräch beenden.«)
- (5) Patient:innen auf Wunsch Einsicht in die Akte gewähren, bei der Einsichtnahme anwesend sein, um Missverständnisse aufzuklären

Entpathologisierende und entstigmatisierende Haltung gegenüber der Psychose

In Bezug auf die Psychose und den mit ihr verbundenen Symptomen wie Stimmenhören empfiehlt es sich, diese als Teil des normalen menschlichen Erlebens aufzufassen. Dazu ist es günstig, sich als Therapeut:in vor Augen zu führen, dass psychotische Symptome auch in der Allgemeinbevölkerung sowie in Träumen, unter Drogeneinfluss oder bei Kindern vorkommen können, also letztlich etwas Normales und Menschliches sind.

Therapeut:innen sollten vermitteln, dass die Symptome sie nicht erstaunen oder sehr ungewöhnlich sind. Günstiger ist hier die Haltung des Containing aus der systemischen Therapie (Bion, 1997), mit der Therapeut:innen signalisieren, dass sie alle Informationen über die Symptome gut annehmen und damit gut umgehen können und sie als normale Facetten der menschlichen Psyche sehen und nicht als »verrückt« oder unnormale und dass sie nicht durch diese belastet werden.

Einige Patient:innen fühlen sich stigmatisiert, wenn ihre Probleme oder ihre Erkrankung als Schizophrenie bezeichnet werden. Es empfiehlt sich, zu Beginn der Behandlung zu fragen, wie Betroffene zu ihrer Diagnose stehen und wie sie selbst diese bezeichnen würden. Viele Patient:innen bevorzugen bspw. die Bezeichnung Psychose für ihre psychische Störung, da sie sich dadurch weniger stigmatisiert fühlen als durch den Begriff Schizophrenie. Das sollte respektiert und die gewünschte Bezeichnung verwendet werden.

Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Zuhören, neugierig sein und emotionale Anteilnahme zeigen

Für Patient:innen mit Psychosen und natürlich auch alle anderen Patient:innen ist es wichtig, dass ihnen möglichst aktiv zugehört wird. Therapeut:innen sollten Interesse zeigen und viele Fragen stellen. Sie sollten sich darum bemühen, die Situation der Patient:innen so genau und detailliert wie möglich zu verstehen, sodass sie sich die Situation selbst gut vorstellen können. Dazu kann es auch notwendig sein, die Patient:innen höflich zu unterbrechen und viele Nachfragen zu stellen. Ein solches Vorgehen ist auch günstig, da Patient:innen auf diese Weise nicht in einen eher automatisierten Monolog verfallen, sondern sich darum bemühen, von ihrem/ihrer Therapeut:in gut verstanden zu werden.

Umgang mit Positivsymptomatik, Wahn und Halluzinationen

In Bezug auf Wahnüberzeugungen und Halluzinationen sollten Therapeut:innen keine Bedenken haben, darüber offen zu sprechen und nachzufragen. Die Nachfragen und Gespräche über die Symptome sind wichtig, um die Patient:innen zu entlasten und sich ein detailliertes Bild von ihrer Lebens- und Erfahrungswelt bilden zu können.

Zusätzlich sollten Therapeut:innen möglichst häufig verbal und nonverbal signalisieren, dass sie der Sichtweise der Patient:innen Verständnis entgegenbringen. Zu diesem Zweck ist es immer sehr günstig, sich in die (wahnhaften) Erlebnisse hineinzuversetzen und zu überlegen, wie man selbst darauf reagiert hätte, wenn einem das Geschilderte tatsächlich passieren würde. Therapeut:innen sollten sich also nicht fragen, wie es ihnen gehen würde, wenn sie solche Gedanken hätten, sondern wenn ihnen das tatsächlich passieren würde:

■ Wichtig

Um sich umfassend in das Erleben der Patient:innen hinein versetzen zu können, sollten sich Therapeut:innen fragen: Wie würde es mir gehen, wenn mich tatsächlich jemand verfolgen oder abhören würde. Wie würde ich darauf reagieren? Wie würde ich zudem reagieren, wenn mir niemand glaubt, obwohl es tatsächlich real passieren würde und andere Menschen in Gefahr wären? Wie würde ich auf die Aussagen der Behandler:innen reagieren?

Viele Patient:innen haben im Vorfeld erlebt, dass über ihre Berichte sehr schnell geurteilt wird. Die Vorerfahrung, dass jemand unter einer Psychose leidet, sorgt teilweise dafür, dass viele Erfahrungen, die Patient:innen mit Psychosen berichten, eher angezweifelt werden. Es gibt viele Fälle, die wir z. B. auch schon erlebt haben, in denen wir definitiv angenommen haben, dass alles, was die Patient:innen uns berichtet haben, ganz klare Zeichen eines paranoiden Wahns sind (Verfolgung durch Hacker), aber im Nachhinein waren die Angaben richtig. Therapeut:innen sollten bedenken, dass sie schwer abschätzen können, ob Informationen nicht doch wahr sind, und sich entsprechend verhalten. Nach unseren Erfahrungen ist es besser, die eigene Unsicherheit zuzugeben (»Das, was Sie berichten, klingt sehr schlimm, ich kann mir gar nicht vorstellen, dass der BND so etwas macht«), als direkt davon auszugehen, dass der Bericht falsch ist.

Tipps zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Emotionale Anteilnahme zeigen

Einige Patient:innen mit Psychosen berichten von den ihnen widerfahrenen Erlebnissen sehr detailliert und teilweise mit relativ wenig Anteilnahme. Möglicherweise liegt dies an einer allgemeinen Habituation oder Gewöhnung an die eigenen Vorstellungen, kann aber auch eine Nebenwirkung der Medikation darstellen.

Therapeut:innen sollten in einem solchen Fall versuchen, emotional auf den Inhalt des Gesprächs zu reagieren (nicht auf den emotionalen Ausdruck der Patient:innen). Wenn Patient:innen mit wenig emotionalem Ausdruck berichten, dass sie verfolgt werden und ihnen schlimme Dinge widerfahren sind (»In der letzten Klinik wurde mir Gift ins Essen gemischt«), sollte Therapeut:innen also Anteilnahme zeigen, besorgt sein und nachfragen und bspw. auch erzählen, dass sie die Information erschreckt und dass sie diese Information nicht erwartet hätten (»Das tut mir sehr leid, das ist ja furchtbar«).

Zu diesem Zweck können Therapeut:innen sich vorstellen, dass die (wahnhaften) Erlebnisse der Patient:innen real wären oder sogar ihnen selbst passiert wären und sich überlegen, wie sie darauf reagiert hätten.

■ Beispiel • Verfolgung durch den Verfassungsschutz

Bei einem/einer Patient:in, der/die überzeugt ist, vom Verfassungsschutz verfolgt zu werden, könnte der/die Therapeut:in bspw. die folgende Formulierung wählen:

»Ich kann gutnachvollziehen, dass Sie, nachdem Sie bemerkten, dass in der WG über Ihnen ständig die Mieter wechselten, die Klingelschilder ständig ausgetauscht wurden und Sie ständig das Trampeln der Personen über Ihnen hörten, irgendwann dachten, die Wohnung könnte eine Wohnung sein, die dazu dient, dass der Verfassungsschutz andere Leute abhört. Das war bestimmt sehr unheimlich für Sie.«

?

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen



Was mache ich, wenn Patient:innen nur zu mir kommen, weil die Eltern/Freund:innen sagen, dass sie eine Therapie brauchen?

Viele Patient:innen mit Verfolgungswahn haben zunächst nicht primär den Eindruck, an einer psychischen Störung zu leiden, sondern sehen die Verfolgung als ihr Hauptproblem an. Die Angehörigen oder Freund:innen haben meist einen ganz anderen Eindruck und bitten die Patient:innen, sie zu einer ersten Therapiesitzung zu begleiten. Für Therapeut:innen stellt dies oft einen Balanceakt dar, da sie die Probleme der Angehörigen gut nachvollziehen können, aber auch eine Beziehung zu den Patient:innen aufbauen möchten. Deshalb ist es günstig,

- ▶ den Angehörigen gegenüber Verständnis zu äußern für die Sorgen, die sie sich machen;
- ▶ auch allein mit Patient:innen zu sprechen;
- ▶ nach aktuellen Belastungen zu fragen, die die Patient:innen in der Therapie besprechen möchten;
- ▶ nach den persönlichen Anliegen der Patient:innen zu fragen, die dazu geführt haben, dass sie zur Sitzung gekommen sind: »Ich finde das sehr gut, dass Sie gekommen sind, das ist ja erst mal ein großer Schritt, zu einem/einer Therapeut:in zu gehen. Therapie ist ja so ein bisschen wie eine Beratung oder Coaching: Man überlegt sich, ob es etwas gibt, was man in seinem Leben gerne ändern möchte, und überlegt gemeinsam mit dem Coach, welche Schritte dazu wichtig sind. Wie ist das denn bei Ihnen, gibt es etwas, was Sie als Belastung oder Problem sehen und gerne verändern möchten?«

Was mache ich, wenn Patient:innen angeben, keine Probleme/Belastungen zu haben?

Wenn Patient:innen angeben, keine Probleme oder Belastungen zu haben, kann dies ebenfalls daran liegen, dass sie vor allem die Verfolgung als Problem empfinden, während ihre soziale Umgebung dies nicht teilen kann und die Patient:innen immer wieder davon überzeugen möchte, dass sie unter einer psychischen Störung leiden und nicht verfolgt werden. Wenn Patient:innen angeben, keine Probleme zu haben, können Therapeut:innen bspw.

- ▶ Patient:innen signalisieren, dass das sehr positiv ist;
- ▶ Patient:innen nach den persönlichen Anliegen befragen, die dazu geführt haben, dass sie die Sitzung wahrnehmen.

Was mache ich, wenn Patient:innen misstrauisch sind/mir nicht vertrauen können?

Viele Patient:innen mit Psychosen leiden unter einem Verfolgungswahn und/oder einem Beeinträchtigungswahn (die unrealistische Annahme, dass andere Personen ihnen schaden möchten), die den Aufbau einer therapeutischen Beziehung stören können. Hinweise dafür sind, dass Patient:innen sich z. B.

- ▶ unruhig im Raum umsehen oder misstrauisch sind;
- ▶ Nachfragen stellen (»Stimmt das wirklich, dass Sie hier arbeiten?«).

Zunächst ist es ratsam, das beobachtete Verhalten anzusprechen, z. B. »Einige Patient:innen, mit denen ich gearbeitet habe, hatten den Eindruck, dass ich auch an der Verfolgung von ihnen beteiligt bin. Geht Ihnen das im Moment auch so? Fällt es Ihnen deswegen so schwer, mit mir zu sprechen?«

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Wenn Patient:innen dies bejahen, empfiehlt sich bspw. das folgende Vorgehen:

- (1) Validieren und betonen, dass man nicht an einer Verschwörung gegen/Verfolgung beteiligt ist, bspw. so:



»Ich danke Ihnen sehr, dass Sie mir das erzählt haben. Es tut mir leid, dass Sie das befürchtet haben. Ich möchte gerne betonen, dass ich das generell nicht mache. Ich arbeite hier als Therapeut:in und möchte Menschen mit psychischen Problemen helfen. Ich würde auf keinen Fall bei einer Verfolgung von Menschen mit psychischen Problemen mitmachen, ich würde so etwas ganz schlimm finden, wenn das hier stattfinden würde, wäre ich entsetzt und würde vermutlich auch zur Polizei gehen.«

- (2) Verständnis äußern, z. B.:



»Ich kann aber gut verstehen, dass Sie das vermuten, wenn ich mir vor Augen führe, welche Erfahrungen Sie mit anderen Menschen gemacht haben.«

Sollte dies nicht ausreichen, empfiehlt es sich, zunächst direkt zu fragen, ob die eigene Wahrnehmung korrekt ist. Wenn Patient:innen dies bejahen, können Behandelnde

- ▶ Patient:innen vorschlagen, zunächst zu sammeln, welche Hinweise es dafür gibt, dass sie dem/der Therapeut:in nicht vertrauen können und welche Hinweise dagegen sprechen. Zu diesem Zweck kann das Arbeitsblatt 35 »Pro-/Contra-Schema oder Pro-/Pro-Schema« verwendet werden, um Argumente dafür und dagegen einander gegenüberzustellen;
- ▶ abschließend die Patient:innen bitten, vor dem Hintergrund der Hinweise, die für das Vertrauen in den/die Therapeut:in sprechen, und den Hinweisen, die dagegen sprechen, zu bewerten, wie stark sie aktuell noch davon überzeugt sind, dem/der Therapeut:in nicht vertrauen zu können (auf einer Skala von 0 = gar nicht überzeugt bis 100 = absolut überzeugt);
- ▶ das Thema »Anderen vertrauen« auf abstrakter Ebene besprechen, bspw. mit der folgenden Formulierung:



»Wissen Sie, wir haben uns ja jetzt die Hinweise angesehen, die dafür und dagegen sprechen, dass Sie mir vertrauen können. Letztendlich ist es aber so, dass niemand auf der Welt zu 100 Prozent sicher sein kann, irgendjemandem vertrauen zu können. Für 100-prozentige Sicherheit müsste man denjenigen eigentlich sein ganzes Leben lang beobachten und vielleicht auch psychologische Tests mit ihm durchführen. Und selbst diese Tests haben eine gewisse Wahrscheinlichkeit, ein falsches Ergebnis zu produzieren. Die meisten Leute entscheiden sich aber dafür, anderen Menschen zu vertrauen, auch wenn sie vielleicht nur eine Wahrscheinlichkeit von, sagen wir, 80 Prozent haben. Vertrauen ist sozusagen eine bewusste Entscheidung mit einer nicht 100-prozentigen Sicherheit. Und man vertraut dann sozusagen so lange, bis man Grund zum Misstrauen hat. Und so ist es auch bei Ihnen, Sie müssen sich jetzt überlegen, ob Ihnen die aktuelle Sicherheit ausreicht, mir zu vertrauen, oder eher nicht. Wir können auch ausmachen, dass Sie mir die nächsten fünf Sitzungen lang vertrauen und Sie dann nochmals neu überlegen. Wenn Sie mir nicht vertrauen, ist das auch völlig in Ordnung. Aber ohne Vertrauen ergibt die Therapie leider keinen Sinn, weil Sie mir dann ja auch nicht Dinge sagen können, die Sie belasten. Ich würde sagen, Sie schauen sich jetzt nochmals die Hinweise an und überlegen sich, ob Sie mir z. B. für die nächsten Sitzungen vertrauen können. Ist das okay?«

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Was mache ich, wenn Patient:innen wissen möchten, ob ich ihnen glaube, dass sie verfolgt werden?

Viele Patient:innen erleben immer wieder, dass ihnen Behandler:innen nicht glauben und ihre Sorgen und Ängste nur für Symptome halten, die im Rahmen der Psychose auftreten. Deshalb kann es gelegentlich vorkommen, dass sie darauf pochen, von den Therapeut:innen zu erfahren, wie sie zu ihren Überzeugungen stehen. In diesen Fällen sollten Therapeut:innen

- ▶ vermeiden, sich dazu hinreißen zu lassen, Patient:innen recht zu geben (und sie somit in ihrer Wahnüberzeugung zu bestärken oder sich selbst gegebenenfalls sogar unglaubwürdig zu machen) oder ihnen unrecht zu geben (und somit zu riskieren, die Beziehung zu gefährden). Letztlich können Therapeut:innen sich ja meistens nicht ganz sicher sein, ob eine Wahnüberzeugung sich nicht doch als korrekte Einschätzung einer Situation entpuppt;
- ▶ stattdessen Verständnis signalisieren und versichern, dass man die Interpretation der Patient:innen gut nachvollziehen kann;
- ▶ für mit der Interpretation in Verbindung stehenden Emotionen wie Angst oder Ärger Verständnis äußern, z. B.: »Herr F., ich kann gut nachvollziehen, dass Sie, als alle Personen im Bus Sie anblickten, dachten, die stecken alle unter einer Decke, die verfolgen mich, das ist ja auch erstmal unheimlich. Ich kann gut verstehen, dass Sie in dieser Situation Angst hatten.«
- ▶ Bei direkter Nachfrage von Patient:innen »Glauben Sie mir?« sind Behandelnde eine klare Antwort schuldig, z. B.: »Ich glaube Ihnen, dass Sie das so erlebt haben und Sie das so belastet hat. Ich stelle mir es sehr beängstigend vor und es tut mir sehr leid, dass Sie das erlebt haben. Und Sie klingen mir wie ein vernünftiger und rationaler Mensch, der von so etwas nicht vorschnell ausgeht. Ich war letztlich aber nicht dabei und kann es daher nicht genau wissen.«

Was mache ich, wenn Patient:innen sich wünschen, dass ich Nachforschungen für sie bei der Polizei oder Geheimdiensten einhole oder sie mich darum bitten, Kolleg:innen bei der Polizei anzuzeigen?

Zunächst sollte man den Patient:innen klar sagen, dass man ihnen glaubt, dass die Erlebnisse mit dem Geheimdienst/mit anderen Kolleg:innen sehr belastend waren und dass man bedauert, dass sie das erlebt und so schlechte Erfahrungen gemacht haben. Außerdem sollten Therapeut:innen deutlich machen, dass sie nicht dabei waren und deswegen keine guten Zeug:innen wären. Wichtig ist auch zu betonen, dass Ermittlungen Aufgabe der Polizei und der Staatsanwaltschaft sind, dass man Patient:innen in der Therapie nur mit therapeutischen Strategien helfen kann, z. B. um besser mit dem Stress und der Belastung durch die Verfolgung umgehen zu können.

Was mache ich, wenn Patient:innen unruhig wirken?

Einige Patient:innen sind unruhig aufgrund von Stimmen, die sie während des Gesprächs hören und die sehr störend sein können. Ein anderer Grund kann darin bestehen, dass Patient:innen z. B. eine Überwachung vermuten. In einem solchen Fall empfiehlt sich das folgende Vorgehen:

- ▶ Verhalten ansprechen, z. B.: »Ich sehe, dass Sie sich gerade im Raum umschaun und unruhig sind. Kann ich etwas tun, damit es Ihnen besser geht?«
- ▶ Wenn Patient:innen aufgrund der Stimmen dem Gespräch nicht folgen können, fragen, ob es etwas gibt, was man tun kann, was es den Patient:innen erleichtern würde.
- ▶ Bei Patient:innen, die eine Überwachung vermuten, können Behandelnde anbieten, dass sie sich umschaun und elektrische Geräte kontrollieren oder abschalten können (z. B. eine Kamera).

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Was mache ich, wenn Patient:innen wenig sprechen oder mir nicht antworten?

Gründe für ein solches Verhalten könnten darin bestehen, dass Patient:innen entweder sehr misstrauisch sind oder sie aufgrund ausgeprägter Negativsymptomatik unter einer Sprachverarmung leiden, vielleicht aufgrund langer sozialer Isolation oder aufgrund von Konzentrationsproblemen Schwierigkeiten haben zu kommunizieren. Therapeut:innen haben dann oft das Gefühl, wenig Rückmeldung zu erhalten, und leiden darunter, nicht genau zu wissen, ob Patient:innen sich im Gespräch verstanden und aufgehoben fühlen oder nicht.

- ▶ Fragen, was der Grund für das Schweigen ist, bspw. so: »Ich habe den Eindruck, es fällt Ihnen schwer, mir zu antworten. Woran liegt es?«
- ▶ Wenn Patient:innen dies nicht selbst zum Ausdruck bringen können, können Therapeut:innen Angebote machen, z. B.: »Einige meiner bisherigen Patient:innen wollten zu Beginn der Therapie ungern mit mir sprechen, weil sie mir misstrauten. Andere Patient:innen lebten sehr zurückgezogen und es fiel ihnen schwer, ein Gespräch zu führen, weil es für sie ungewohnt war. Wiederum andere Patient:innen grübelten so stark, dass sie nicht antworten konnten. Wie ist es bei Ihnen? Finden Sie sich in einem dieser Beispiele wieder?«

Wenn die Therapeut:innen den Grund für das Schweigen herausgefunden haben, stehen ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung:

- ▶ Wenn Patient:innen den Behandelnden nicht vertrauen, können diese so verfahren wie weiter oben beschrieben.
- ▶ Wenn Patient:innen bspw. schweigen, da es ihnen schwerfällt zu sprechen oder weil sie ständig grübeln, können die Behandelnden fragen, wie sie Patient:innen das Gespräch erleichtern können, z. B. anbieten, über ein anderes Thema zu sprechen, einen Spaziergang zu machen und währenddessen zu sprechen (das fällt vielen Patient:innen leichter) oder gemeinsam Kaffee zu trinken und/oder zu rauchen.
- ▶ Therapeut:innen können mehrere Antwortmöglichkeiten vorgeben, aus denen sich Patient:innen eine Möglichkeit aussuchen können.
- ▶ bei Problemen mit Konzentration und Müdigkeit: Pausen/kürzere Sitzungen anbieten.
- ▶ Bei Schüchternheit fragen, ob es etwas gibt, was helfen würde, damit sich die Patient:innen besser fühlen.
- ▶ bei Überforderung durch zu viel Blickkontakt: Sitzposition verändern.

Was mache ich, wenn Patient:innen im Gespräch unter formalen Denkstörungen leiden (z. B. sehr weitschweifig Dinge erzählen)?

Formale Denkstörungen können dazu führen, dass die Kommunikation deutlich erschwert ist.

- ▶ Patient:innen die eigene Beobachtung rückmelden, bspw. sagen, dass sie
 - sehr viele Details berichten;
 - sich sehr darum bemühen, alles so genau wie möglich zu erzählen;
 - von einem Thema zum anderen wechseln;
 - Erklären, warum das ein Problem ist (z. B. aufgrund der begrenzten Therapiezeit, weil viele Informationen für den Therapieantrag gesammelt werden müssen, weil Stunden beantragt werden müssen).

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

► Vorschläge für Lösungen machen, z. B.:

- Patient:innen können z. B. zu Beginn der Stunde alles so detailliert erzählen, wie sie es wünschen, ab einer bestimmten Zeit, die festgelegt wird, werden sie höflich und vorsichtig unterbrochen.
- Behandelnde können Feedback darüber geben, wenn Patient:innen sehr detailliert erzählen und sie daran erinnern, etwas weniger genau zu erzählen.
- Bei Themensprüngen: Therapeut:innen können auf die eigene begrenzte Aufnahmekapazität hinweisen und fragen, ob das erste Thema noch abgeschlossen werden kann, bevor das nächste Thema behandelt wird.

Was mache ich, wenn Patient:innen sich nicht konzentrieren können?

- mit Patient:innen herausarbeiten, woran das liegen könnte – an der Tagesverfassung, an der Sitzposition, am Setting, an Schlafproblemen?
- kürzere Sitzungen, Pausen, Unterbrechungen
- Setting verändern: Spaziergang, Rauchpausen, kurze positive Aktivitäten: Spiele zum Auflockern während der Therapie

Was mache ich, wenn Patient:innen nicht zur Sitzung erscheinen?

Einige Patient:innen mit Schizophrenie haben aufgrund ausgeprägter Antriebsprobleme oder aufgrund von Ängsten vor Verfolgung (z. B. auf dem Weg zur Therapiepraxis) oder aufgrund der Reizüberflutung in öffentlichen Verkehrsmitteln große Probleme, die Sitzung wahrzunehmen bzw. rechtzeitig abzusagen oder trauen sich das nicht.

Therapeut:innen sollten offen fragen, woran es lag, dass Patient:innen nicht zum Termin gekommen sind (eventuell per Telefonat). Wenn es den Patient:innen schwerfällt, eine Erklärung für das Nichterscheinen zu geben, können Behandelnde wieder verschiedene Möglichkeiten vorschlagen, bspw. so:

»Unser letzter Termin konnte ja leider nicht stattfinden, weil Sie nicht da waren. Mir wäre es jetzt ganz wichtig, dass wir herausarbeiten, woran das lag, damit es Ihnen das nächste Mal leichter fällt, zum Termin zu kommen. Viele meiner Patient:innen haben Probleme, sich aufzuraffen, weil sie zu müde sind oder zu erschöpft. Lag es bei Ihnen daran? Oder haben Sie sich nicht an den Termin erinnert? Andere Patient:innen haben auch Probleme, sich in der Öffentlichkeit zu bewegen, Bus zu fahren, weil sie befürchten, dass sie dort die Verfolger:innen treffen. Manche fühlen sich auch durch die Fahrt reizüberflutet, lag es daran? Andere Patient:innen haben Angst, dass die Therapie zu anstrengend wird, liegt es daran? Und kann ich irgendetwas machen, damit es Ihnen leichter fällt, zu kommen?«

- bei Gedächtnisproblemen: Erinnerungssystem entwickeln: Handyerinnerung, Erinnerungs-E-Mail, Anrufe, Kalender mit Weckfunktion
- bei Ängsten, den Weg zu bewältigen: Copingstrategien für Ängste entwickeln, häufiger fahren, eventuell gemeinsam mit dem/der Therapeut:in das Bewältigen der Wegstrecke üben
- bei Antriebsproblemen: einzelne Schritte des Weges zur Therapiepraxis aufschreiben und dann eine Liste zum Abhaken erstellen, die einzelnen Schritte kommen den Patient:innen meistens bewältigbar vor
- sich für die einzelnen Schritte belohnen
- bei zu anstrengender Therapie: Tempo verlangsamen, häufiger um Rückmeldungen der Patient:innen bitten, wie anstrengend es für sie aktuell ist, Patient:innen stärker einbeziehen in den Therapieprozess, z. B. durch Zusammenfassungen oder Fazit ziehen in eigenen Worten, Notieren der Therapieinhalte auf einem Zettel etc.

FAQ zum Beziehungsaufbau mit Menschen mit Psychosen

Was mache ich, wenn Patient:innen Dinge nicht erledigen oder Übungen und Hausaufgaben liegen bleiben?

Wenn Patient:innen Übungen nicht umsetzen konnten, es Probleme gab oder Fragen zu den Übungen bestehen, können Therapeut:innen folgendermaßen reagieren:



»Das ist super, dass Sie das ansprechen. Es tut mir leid, es lag an mir, dass Sie die Übung nicht gemacht haben. Ich habe die Übungen nicht gut genug mit Ihnen geplant und ich muss in unserer heutigen Sitzung darauf achten, dass die Planung so gut ist, dass alles reibungslos klappt. Ist das in Ordnung für Sie?«

Mit der vorgeschlagenen Formulierung sorgen die Therapeut:innen dafür, dass sich die Patient:innen nicht selbst die Schuld dafür geben, dass die Übung nicht geklappt hat. Dieses Vorgehen soll mögliche Schuldgefühle reduzieren und Patient:innen dabei helfen, über Schwierigkeiten und Probleme offen zu sprechen, sodass diese gut gelöst werden können.

Was mache ich, wenn Patient:innen keine Krankheitseinsicht haben?

- ▶ Mangelnde Krankheitseinsicht muss nicht unbedingt negativ sein, da die Patient:innen dadurch z. B. weniger anfällig für Stigmatisierung aufgrund der schizophrenen Störung sind.
- ▶ Behandlungseinsicht fördern: Stress und Belastung reduzieren. Ob Patient:innen den Eindruck haben, unter einer psychischen Störung zu leiden oder bestimmte Symptome als krankheitsbedingt einordnen, ist für diese Frage eher irrelevant.

Wie spreche ich mit Patient:innen über die Diagnose? Was mache ich, wenn sie fragen, was sie für eine Diagnose haben?

Viele Patient:innen zweifeln an ihrer Diagnose und sehen als ihr Hauptproblem an, dass sie verfolgt werden. Die Patient:innen haben aber gleichzeitig das Recht, über die Diagnose aufgeklärt zu werden, die sie in der Therapie erhalten haben. Therapeut:innen können bspw. so über die Diagnose aufklären:



»Herr M., ich kann gut verstehen, dass Ihnen das merkwürdig vorkommt, dass Sie krank sein sollen, wo Ihr Hauptproblem doch ist, verfolgt zu werden. Für unsere Therapie ist eine genaue Diagnose auch nicht so wichtig, da wir uns vor allem an den Dingen orientieren, die Ihnen Probleme bereiten oder die Sie ändern möchten. Aber ich möchte Ihnen auch sagen, was die Diagnose ›Schizophrenie‹, von der Sie gerade gesprochen haben, bedeutet. Personen mit Schizophrenie sind Personen, die sich über bestimmte Themen in ihrem Leben große Sorgen machen oder stark mit ihnen beschäftigt sind. Sie machen sich z. B. Sorgen, dass sie verfolgt werden könnten oder dass andere Personen ihnen schaden könnten, oder sie sind stark damit beschäftigt, dass sie besondere Kräfte haben, oder sie haben starke Schuldgefühle. Hinzu kommen häufig noch Stimmen, die sie hören und unter denen sie leiden. Oder etwas, dass wir Denkstörung nennen. Das ist, wenn die Personen aufgrund der Belastung und der Sorgen nicht mehr in der Lage sind, an Gesprächen teilzunehmen und zu kommunizieren, weil sie immer wieder an ihre Sorgen denken müssen. Und damit die Krankenkasse Ihnen die Therapie bezahlt und weil Sie sich häufig Sorgen machen, verfolgt zu werden, würde ich auch gegenüber der Krankenkasse sagen, Sie haben eine Schizophrenie. In der Therapie würden wir uns dann aber vor allem Ihren aktuellen Problemen widmen. Ist das für Sie so in Ordnung?«

Umgang mit Negativsymptomatik, Affektverflachung und Sprachverarmung



Viele Patient:innen mit Psychosen weisen zusätzlich zu positiven Symptomen eine ausgeprägte Negativsymptomatik auf. Es kann irritierend sein, wenn die Patient:innen z. B. auf Fragen nicht oder nur mit Ein-Wort-Sätzen antworten oder insgesamt einen gering ausgeprägten emotionalen Ausdruck zeigen. Dabei ist zunächst noch herauszufinden, ob die Patient:innen aufgrund von zu wenig Gefühlswahrnehmung emotional nicht reagieren oder ob dies eine Nebenwirkung der antipsychotischen Medikation ist. Es ist ebenfalls möglich, dass die Patient:innen unter Angst leiden, das Falsche zu sagen und damit die Verfolger zu verärgern, oder die Stimmen z. B. verboten haben, mit dem/der Therapeut:in zu sprechen. Patient:innen mit Sprachverarmung erschweren es den Behandelnden, mit ihnen ins Gespräch zu kommen und alle wichtigen Informationen zu erfassen. Lange Antwortlatenzen führen möglicherweise dazu, dass man das Gespräch und die Therapie als schwierig und »zäh« antizipiert und Therapeut:innen befürchten, zu viel Zeit zu benötigen, bevor alle wichtigen Informationen erhoben sind.

Geringer emotionaler Ausdruck

Bei geringem emotionalem Ausdruck des/der Patient:in oder Sprachverarmung ist es wichtig, sich als Therapeut:in klar zu machen, dass dies nicht unbedingt bedeutet, dass Patient:innen die Therapiebeziehung oder die therapeutischen Interaktionen nicht wertschätzen (Jung et al., 2013), sondern dass die Schweigsamkeit möglicherweise ein Symptom der Störung ist. In einem solchen Fall besteht die Gefahr, dass Therapeut:innen selbst einen hohen Gesprächsanteil übernehmen. Günstiger wäre es jedoch, Patient:innen viel Zeit zu lassen, um sich an die Therapiesituation zu gewöhnen. Häufig fühlen sich Patient:innen in den folgenden Sitzungen etwas wohler, können dann offener kommunizieren und zeigen möglicherweise mehr Emotionen.

Ängstlicher Ausdruck

Wenn Patient:innen ängstlich reagieren, können Therapeut:innen fragen, ob der Blickkontakt vielleicht zu anstrengend ist, und vorschlagen, eine andere Sitzweise auszuprobieren oder eine Pause zu machen. Manchmal ist es auch hilfreich, die Therapie in die Therapieküche zu verlegen und dort einen Kaffee aufzusetzen, in die Raucherecke umzuziehen oder einen gemeinsamen kurzen Spaziergang zu machen, falls dies organisatorisch möglich ist.

Sprachverarmung

Bei Sprachverarmung ist es ratsam, nicht in lange Monologe zu verfallen, sondern Patient:innen viel Zeit zu lassen, um sich an die neue Therapiesituation zu gewöhnen, und sich auch selbst weniger Druck aufzubauen, alle wichtigen Informationen in der ersten Sitzung zu erfassen bzw. den üblichen Ablauf eines Erstgesprächs genau einzuhalten. Um Anfangsunsicherheiten zu überwinden, können Therapeut:innen Patient:innen zunächst jeweils immer mehrere Antwortmöglichkeiten vorgeben, vielleicht zunächst zwei, dann drei Möglichkeiten, sodass sie auswählen können. Manchmal ist es auch sinnvoll, Patient:innen zu fragen, ob das aktuelle Thema zu belastend ist, und ihnen anzubieten, zunächst über ein anderes Thema zu sprechen (das aktuelle Lieblingsbuch, die Lieblingsband etc.). Bei Patient:innen mit starker Sprachverarmung kann es bereits eine therapeutische Intervention darstellen, jede Sprachäußerung zu validieren und auf diese positiv zu reagieren und auf diese Weise wieder Konversation mit anderen Menschen zu ermöglichen.