



Einführung – Psychotherapie bei Psychosen

Klaus Hesse
Stefan Klingberg



Übung aus dem Metakognitiven Training

Was fühlt bzw. macht diese Person? Wie sicher sind Sie sich mit Ihrer Einschätzung?

Ausschnitt!

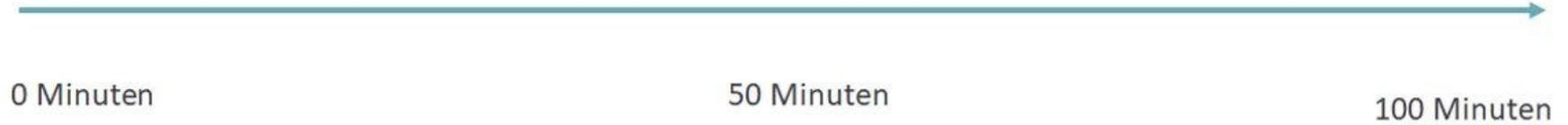


1. Schnappschuss eines gesuchten afrikanischen Kriegsverbrechers (General Dbeki)
2. Marathonläufer
3. Verzweifelter blinder Mann
4. Amerikanischer Politiker beim Joggen mit Leibwächtern

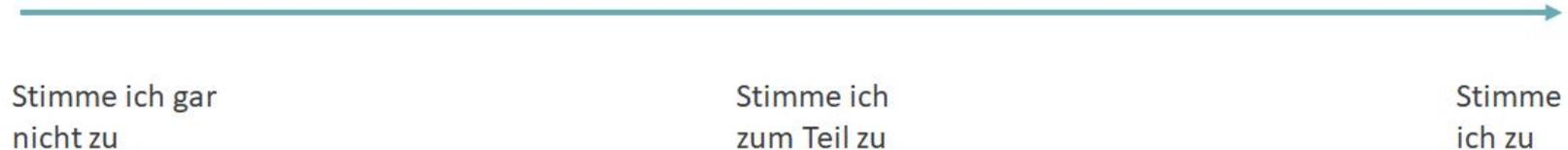
Wieviele Patienten mit psychotischen Störungen haben Sie behandelt?



**Alle Kontakte mit einem Patienten zusammen genommen:
Wieviel Einzelgesprächszeit haben Sie im Schnitt mit einer Patientin mit psychotischer Störung in der Woche?**



Kennen Sie sich mit der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen aus?



Wenn Patienten über Wahnhalte berichten ist es wichtig, den Patienten auf die gegenteilige Realität hinzuweisen.

Stimme ich gar
nicht zu

Stimme ich
zum Teil zu

Stimme
ich zu

In Gesprächen mit Patientinnen ist es wichtig Krankheitsbegriffe in aller Klarheit zu verwenden.

Stimme ich gar
nicht zu

Stimme ich
zum Teil zu

Stimme
ich zu

Ich arbeite klinisch vorwiegend:

ambulant

teilstationär

STÄB

Psychotherapiestation

Akutstation



Übersicht



1. Leitlinien und Evidenz
2. Kontinuumshypothese, Störungsmodelle
3. Psychotherapie als „Grundhaltung“
4. Versorgungssituation



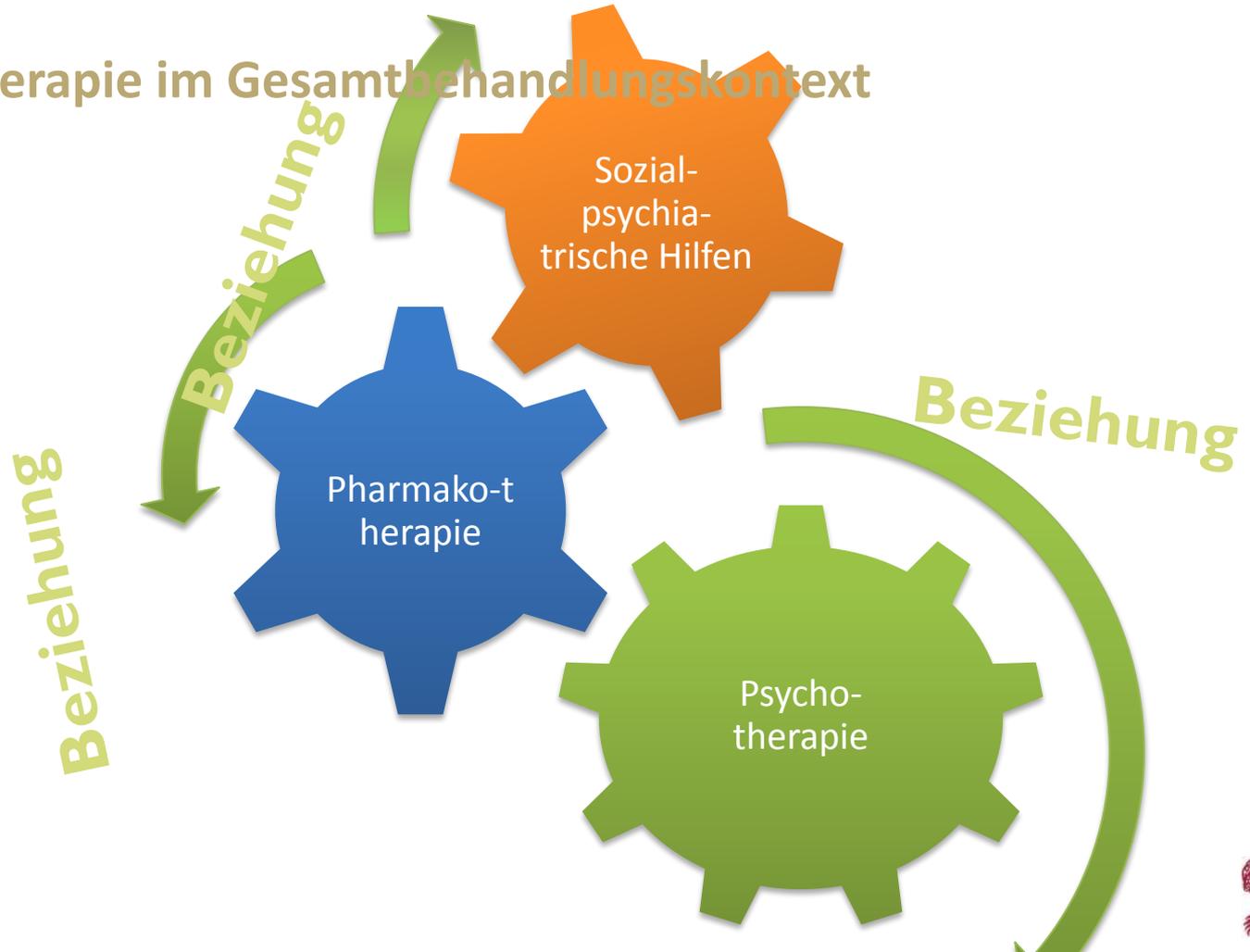
Übersicht



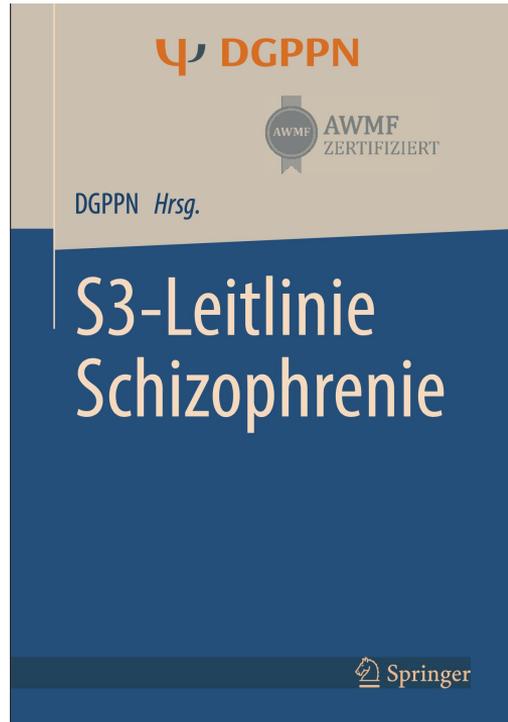
1. Leitlinien und Evidenz
2. Kontinuumshypothese, Störungsmodelle
3. Psychotherapie als „Grundhaltung“
4. Versorgungssituation



Psychotherapie im Gesamtbehandlungskontext



Zahlreiche Meta-Analysen als Grundlage der Leitlinie



- CBTp: Jauhar et al. (2014), Turner et al. (2014), Bighelli et al. (2018)
- SKT: Turner et al. (2017)
- MKT: van Osterhout et al. (2016), Eichner et al. (2016)
- Psychoedukation: Xia et al. (2011), Lincoln et al. (2007)
- Familieninterventionen: Pharoah et al. (2010), Okpokoro et al. (2014)
- Sozial-kognitive Therapien: Kurtz et al. (2012), Fizzon et al. (2012)
-



S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



Psychoedukation

Empfehlung 59	Empfehlungsgrad
Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.	A

Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [162] und Meta-Analyse LoE 1+ Xia et al. [488]



Störungsspezifische Psychotherapie

Herausgegeben von Anil Batra
und Fritz Hohagen

Stefan Klingberg, Klaus Hesse

Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Praxismanual

inkl. CD-ROM
mit zahlreichen
Arbeitsmaterialien

Kohlhammer

Einzelpsychotherapie und
differenziertes
Gruppenpsychotherapie-Programm

Basiert auf RCT (Klingberg et al.
2010)

Implementiert in der
Routineversorgung



Module Psychoedukation (PET)

- 16 Stunden in offener Gruppe
 - a. Was ist mit mir los? Was ist eine Psychose?
 - b. Warum hat es mich erwischt? Wie kann ich mir das erklären?
 - c. Was kann ich tun? Welche Unterstützung gibt es?
 - d. Wie kann ich Rückfälle abmildern oder verhindern?



Alles Gute Basel



Krisenplan



Thema D: Frühsymptomerkenkung und Krisenmanagement / Sitzung D1 – D4

Frühsignale

Die folgenden Frühsignale sind meine persönlichen Warnzeichen:

- 1. Beim lesen Seite immer wieder lesen müssen, ohne sie zu verstehen*
- 2. Gelesenes auf mein Leben beziehen*
- 3. Misstrauisch auch meiner besten Freundin gegenüber*
- 4. Mehr als 2 Tage weniger als 5 Stunden Schlaf*
- 5. Das Gefühl, die Medikamente vergiften mich*

Einstellung: Wenn ich Frühsignale bemerke sage ich mir:

⇒ *Sprich mit deiner Freundin darüber und mache eine Termin aus. Zieh dich nicht nur zurück!*



Ich spreche über diese Frühsymptome mit: (Name, Anschrift, Telefon)

1. Elisabeth [redacted] (07071 [redacted])

2. Herr P. [redacted] (07071 [redacted])

Handlungsschritte: Wenn ich eines dieser Frühsignale bemerke, werde ich folgendes tun:

- ⇒ Krankschreiben lassen
- ⇒ Spazieren gehen mit Elisabeth
- ⇒ Zum Chor gehen

Die Medikation werde ich folgendermaßen verändern (Absprachen auf Station oder mit dem Psychiater):

- ⇒ 15 Mg Zyprexa zur Nacht
- ⇒

Langfristige Stabilität erreiche ich durch:

- ⇒ Chor
- ⇒ Konflikte gleich lösen
- ⇒ Jedes Wochenende etwas vornehmen



S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



KVT

Empfehlung 61	Empfehlungsgrad
Menschen mit einer Schizophrenie soll eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden.	A
Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ [149]. Meta-Analyse LoE1++ Jauhar et al. [508], Meta-Analyse LoE1++ Wykes et al. [514], Meta-Analyse LoE1++ Turner et al. [512]	
Empfehlung 62	Empfehlungsgrad
Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden.	B
Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ [149], Meta-Analyse LoE1-Sarin et al. [511], LoE2+ Lincoln et al. [517]	

KVT

Empfehlung 64	Empfehlungsgrad
Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.	B

Abgeleitete Evidenz aus den Wirksamkeitsstudien: Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ [149]. Meta-Analyse LoE1++ Jauhar et al. [508], Meta-Analyse LoE1++ Wykes et al. [514], Meta-Analyse LoE1++ Turner et al. [512]

Empfehlung 65	Empfehlungsgrad
Kognitive Verhaltenstherapie sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.	B

Hochwertige randomisierte Studie LoE 1+ Morrison et al. [518]

Fallbericht Frau S.

- Mikroanalyse der angstauslösenden Situationen
- Material gemeinsam unvoreingenommen sichten
- Selbstwerterhalt durch Normalisierung
 - Beobachtung und Verfolgung kommen in der Realität vor!
- Aufbau und Wiederaufnahme von Aktivitäten bei denen sie Wertschätzung erfährt.
- Integration in Biographie



Quelle: BPTK Berfsporträts



Quelle: wikihow



Quelle: www.marismith.com



Quelle: FOCUS online



Wie reagieren bei Positiv-Symptomen?

P: Die Mafia beobachtet meine Wohnung. Die sind hinter mir her. Die wollen mich fertig machen.

Flüstergruppe 2 Minuten dann Plenum

1. Th.: Oh je, das würde mir Angst machen. Gut, dass Sie es hierher geschafft haben...
2. Th: Hier gibt es bestimmt eine Mafia, allerdings kenne ich mich damit nicht gut aus. Ich bin Psychotherapeut....
3. Th: Fühlen Sie sich denn hier sicher? Was können wir tun, damit es hier sicherer wird?

4. Initial keine Konfrontation und keine lange Exploration.
5. Primär unterstützend, empathischer Zugang
6. Sicherheit, Rückzug und Kontrolle sind wichtige Motive, die befriedigt werden müssen.

Halluzinationen im Detail besprechen

- Romme & Escher, Maastricht-Interview
- Differenzierte Fragen zur Erfahrung des Stimmenhörens in allen Details

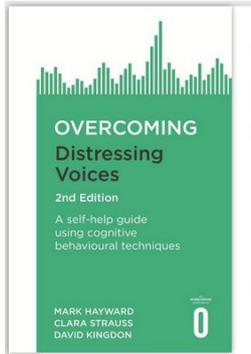


Psychotherapeutische Bearbeitung von Halluzinationen: Beispiele: AVATAR-Therapy, Relating Therapy



Quelle: <https://www.kcl.ac.uk/research/avatar1>

- Auseinandersetzung mit den halluzinierten Inhalten mit technischer Unterstützung; AVATAR (Craig et al., 2018; Ward, 2020)
- Stimmenhören als soziale Situation verstehen: Relating Therapy (Hayward et al. 2012, Hayward et al. 2017)



M. Hayward, C. Strauss, D. Kingdon
Overcoming Distressing Voices
Constable & Robinsons Ltd, London (2012)



S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



... Familienintervention

Empfehlung 72	Empfehlungsgrad
Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv soll die psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie oder Vertrauenspersonen/Bezugspersonen stattfinden, wenn Betroffener und Familienmitglieder zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen. Diese kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden.	A

Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ [149] und Meta-Analyse LoE1+ Pharoah et al. [541]



Liebe Angehörige,

Herzlich Willkommen auf unserer Psychotherapiestation zur Behandlung psychotischer Erkrankungen.

Wir möchten mit Ihnen ins Gespräch kommen! In den verschiedenen Phasen der Erkrankung entstehen Fragen und Anliegen, bei denen wir Sie unterstützen möchten. Sie sind deshalb eingeladen, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Persönliches Gespräch

Gern stehen wir für ein persönliches Gespräch zur Verfügung. Ggf. kommen wir auch auf Sie zu, um anstehende Fragen zu besprechen. Aus rechtlichen Gründen setzen solche Gespräche voraus, dass der Patient mit dem Gespräch einverstanden ist. Uns ist es wichtig, zu einem guten Kontakt in Ihrer Familie beizutragen. Für die Terminvereinbarung wenden Sie sich bitte an den/die für Ihren erkrankten Angehörigen zuständigen Arzt oder Psychologen.

Angehörigengruppe auf der Station 21

Wir laden Sie ein, als Teil des Therapieprogramms unserer Station, an einer Angehörigengruppe speziell für Patienten mit Psychosen teilzunehmen. Sie werden durch Mitglieder unseres therapeutischen Teams über die psychotische Erkrankung, die Therapieoptionen und das Verhindern von Rückfällen bei Psychosen informiert. Bitte sprechen Sie unser Team vor der ersten Gruppenteilnahme an. Die Gruppe findet alle 2 Wochen um 18.00 Uhr im Multifunktionsraum unserer Station statt.

Der nächste Termin

Ambulante Angehörigengruppe

Sie können an einer regelmäßigen Angehörigengruppe teilnehmen, die sich alle 2 Wochen trifft. Sie erhalten Fachinformationen über psychiatrische Erkrankungen, professionelle Unterstützung und Austausch von Erfahrungen unter Betroffenen. Die Gruppe trifft sich alle zwei Wochen Donnerstags 18.00 in der Tagesklinik, Wildermuthstraße 2. Der Ansprechpartner ist Herr Frieder Winter 07071/29-8 26 71 angehoerigengruppe@med.uni-tuebingen.de

Angehörigensprechstunde

Sie können Einzelgespräche von erfahrenen Angehörigen für Angehörige wahrnehmen. Dieses Angebot gilt für alle Angehörige der Klinik. Gespräche, Unterstützung, Begleitung und Hilfe von Angehörigen für Angehörige. Ansprechpartnerin: Frau Voth-John. Tel.: 07071 / 67154

Angehörigengruppe sollte durch Familiengespräche ergänzt werden

1. Behandlungsplanung
2. Familiäre Konflikte
3. Krisenmanagement



S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



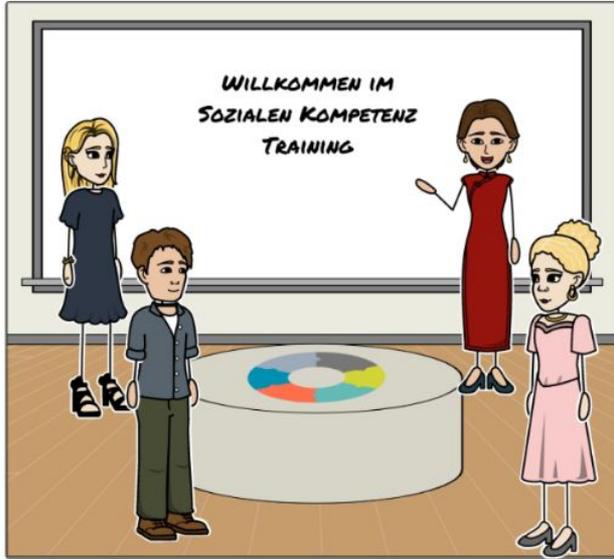
Training sozialer Kompetenz

Empfehlung 74	Empfehlungsgrad
Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.	A

Meta-Analyse LoE1+ Turner et al. [544], Meta-Analyse LoE1- Almerie et al. [548]



Soziales Kompetenz Training





S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



Kognitive Remediation

Empfehlung 75	Empfehlungsgrad
Kognitive Remediation soll bei Menschen mit Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden.	A
Meta-Analyse LoE 1+ Wykes et al. [549], Meta-Analyse LoE1- Kurtz et al. [560], weitere Literatur siehe Hintergrundtext	
Empfehlung 76	Empfehlungsgrad
Kognitive Remediation sollte in Kombination mit anderen psychosozialen und rehabilitativen Behandlungsmethoden angeboten werden.	KKP
Indirekte Evidenz aus Meta-Analyse LoE 1+ Wykes et al. [549]	



S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen zur Psychotherapie

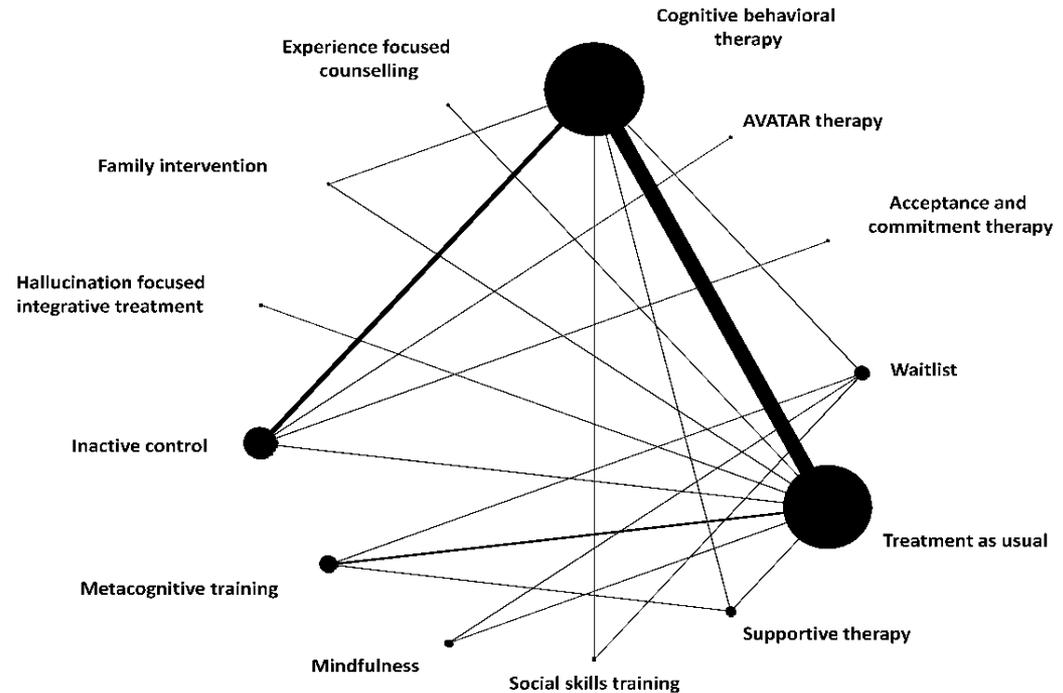
	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
Psychoedukation		Grün				
CBTp/Kognitive Therapie	Grün		Grün			
Metakognitives Training	Gelb					
Familienintervention		Grün				
Systemische Therapie						Grau
Soziales Kompetenztr.			Grün		Grün	
Kognitive Remediation				Grün	Grün	
Psychodynamische Ps.						Grau
Supp. Therapie/GT					Grau	
Ergotherapie					Grau	
Körperorientierte Th.			Grün		Grün	

Reihenfolge entspricht der Gliederung der Leitlinie.
Empfehlungsstärke
grün: A,
gelb: B,
grau: 0



Netzwerk-Metaanalyse

„The network meta-analysis showed that cognitive behavioural therapy (40 studies) reduced positive symptoms more than inactive control (standardized mean difference, $SMD=-0.29$; 95% CI: -0.55 to -0.03), treatment as usual ($SMD=-0.30$; 95% CI: -0.45 to -0.14) and supportive therapy ($SMD=-0.47$; 95% CI: -0.91 to -0.03).“



S3-Leitlinie Schizophrenie, geordnet nach Psychotherapieverfahren (PT-RL)

	Positiv-Symptome	Rückfall	Negativ-Symptome	Kognitive Leistung	Soziale Funktionsfähigkeit	Allgemeine Symptomatik
„Verhaltenstherapie“	CBTp	PE, KVT, FI	SKT		SKT	
Kognitive Remediation						
Systemische Therapie		Syst. Familientherapie				
Psychodynamische Ps.						

Zusammenfassung: Leitlinien

- Hinreichende Belege für die Wirksamkeit von Psychotherapie
- Moderater Therapieeffekt kann erwartet werden.
- Evidenz überwiegend aus Studien mit Patient/inn/en, die Antipsychotika einnehmen

- Evidenzbasierte Behandlung umfasst Psychotherapie!



Übersicht



1. Leitlinien und Evidenz
2. **Kontinuumshypothese, Störungsmodelle**
3. Psychotherapie als „Grundhaltung“
4. Versorgungssituation

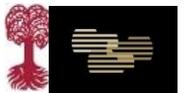


Infragestellung der Möglichkeit von Psychotherapie - Wahndefinition

- „Als Wahn bezeichnet man eine **unkorrigierbar falsche** Beurteilung der Realität, die **erfahrungsunabhängig** auftritt und an der mit subjektiver **Gewissheit** festgehalten wird. Die Überzeugung steht also im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen.“

Möller et al. (2009)

- Diese Definition steht in der Tradition von Karl Jaspers und der Heidelberger Schule. Sie versucht, Wahn und „normale“ Überzeugung dichotom zu trennen.



Psychose-Symptome in der Allgemeinbevölkerung

Table 1

Frequency of endorsement of psychosis screening items

Screening item	Yes (%)
1. Have you ever believed that people were spying on you or following you?	759 (12.9)
2. Have you ever believed that you were being secretly tested or experimented on, that someone was plotting against you, or that someone was trying to poison you or hurt you?	213 (3.6)
3. Have you ever believed that someone was reading your mind?	438 (7.4)
4. Have you ever believed that others could hear your thoughts?	236 (4.0)
5. Have you ever believed you could actually hear what another person was thinking, even though that person was not speaking?	405 (6.9)

Shevlin, M., Murphy, J., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2007). The distribution of positive psychosis-like symptoms in the population: A latent class analysis of the National Comorbidity Survey. *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 101-109. doi: Doi 10.1016/J.Schres.2006.09.014



Symptome sind verstehbar und entwickeln sich (Kontinuumshypothese)

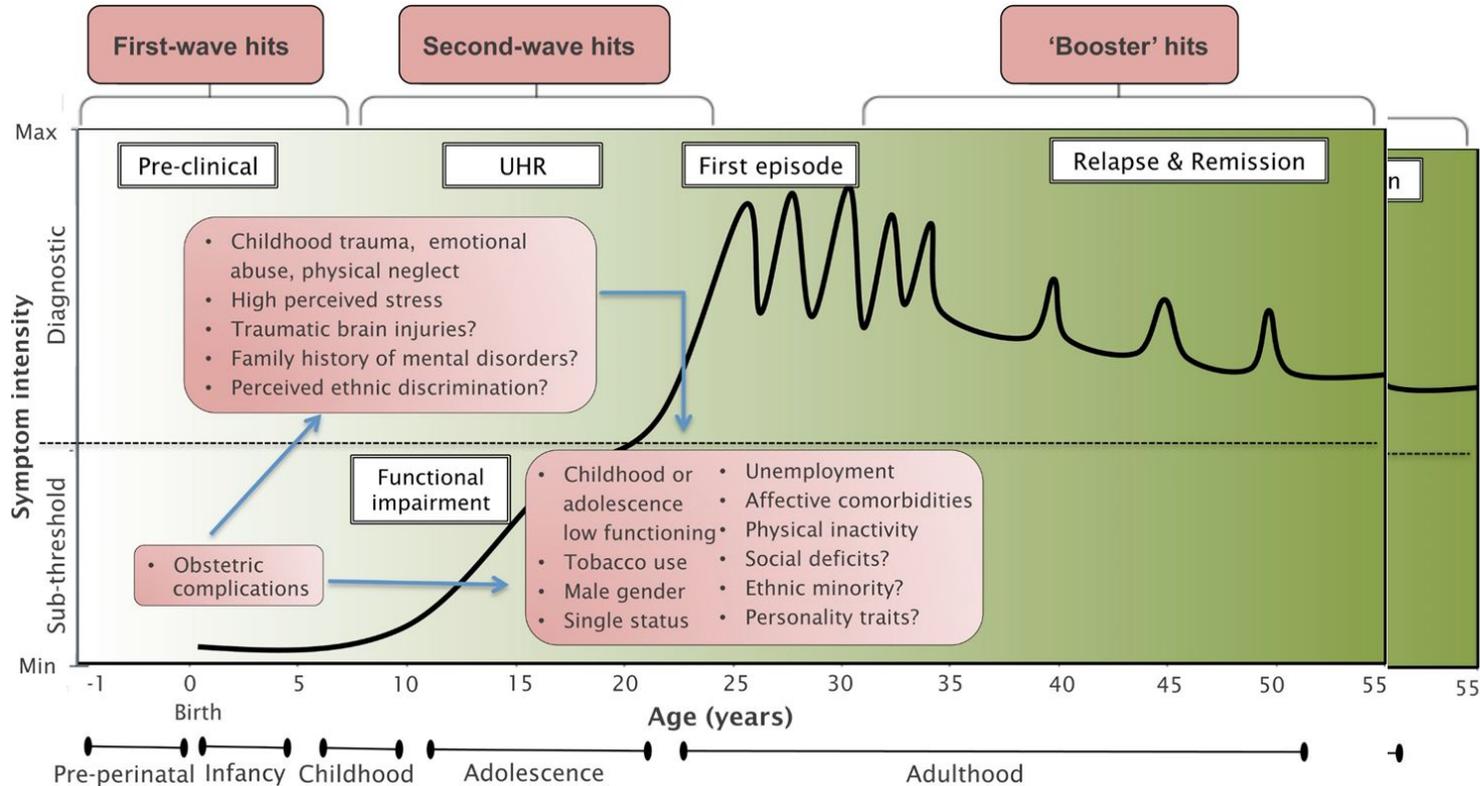


Zusammenfassung Kontinuumsmodell

- Wahn als dimensionales Geschehen
- Fließende Übergänge
- Aufweichung rigider Überzeugungen ist ein sinnvolles Therapieziel
- Das Kontinuumsmodell ist die zentrale Antwort auf die psychopathologisch begründete Infragestellung der Möglichkeit von Psychotherapie



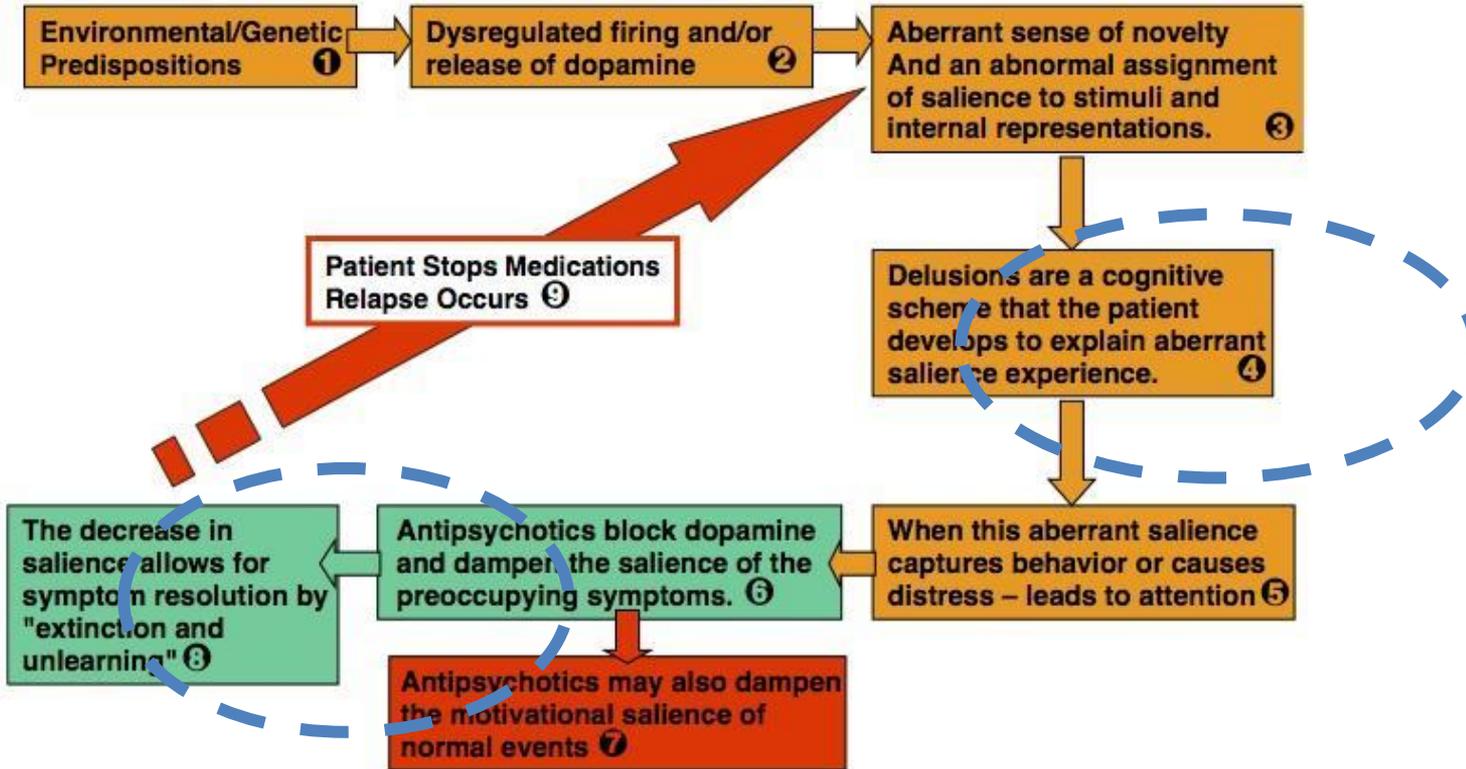
Two Hit Modell



Fusar-Poli et al. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.



Aberrant Salience Hypothesis





Therapie

Soziale Unterstützung
Training sozialer Kompetenzen
Familienintervention

Bearbeitung kognitiv-emotionaler Selbstschemata

Metakognitive Kompetenzen
Kognitiver Disput
Realitätsprüfung
Korr. Erfahrung

Person

kurzfristig

Stress und Stress-sensitivität

Negative Emotionen

Verzerrte Informationsverarbeitung

Wahnhaftes Überzeugen

langfristig

Stigmatisierung und soziale Konflikte

Negative Selbstschemata

Sozialer Rückzug und sozial-kognitive Defizite

Umwelt

Aversive Lebenserfahrungen

Blackwood, N. J., Howard, R. J., Bentall, R. P., & Murray, R. M. (2001). Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 527-539. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.527

Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res*, 169(2), 107-112. doi:10.1016/j.psychres.2008.07.009

Garety, P., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., & Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37(10), 1377-1391. doi:10.1017/s003329170700013x

Kesting, M. L., & Lincoln, T. M. (2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr Psychiatry*, 54(7), 766-789. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.002

Zusammenfassung:

- CBTp basiert auf dem Kontinuitätsmodell psychotischer Symptomatik. Zwei zentrale Annahmen sind:
 - Psychosen sind Stressreaktionen bei stress-sensitiven Menschen
 - Psychotische Symptome werden als Folge eines gestörten Informationsverarbeitungsprozess mit spezifischen Urteilsfehlern angesehen,
- Averse Lebenserfahrung und „negative“ Emotionen können die Störung der Informationsverarbeitung verursachen oder triggern.



Übersicht



1. Leitlinien und Evidenz
2. Kontinuumshypothese, Störungsmodelle
3. Übersicht über Interventionen
4. Psychotherapie als „Grundhaltung“
5. Versorgungssituation



Psychotherapeutisches Grundverständnis vs. Systematische Psychotherapie

- Nicht nur die Symptome betrachten, sondern die gesamte Person
- Die aktuelle Situation im Kontext der Lebensgeschichte und des sozialen Umfelds reflektieren
- Regelmäßiger Perspektivwechsel: Wie sieht die Welt wohl aus der Sicht des Patienten aus?
- Regelmäßige Reflexion der Beziehung zum Patienten: Was läuft gut? Welche Besonderheiten hat die Interaktion?
- Beruht auf den Störungsmodellen der psychotherapeutischen Hauptverfahren
- Wird mit Hilfe definierter Interventionstechniken durchgeführt.
- Ist – nach Möglichkeit – durch Wirksamkeitsstudien bestätigt
- Erfordert spezifische Ausbildung





► **Abb.3** Etappen einer fiktiven Autofahrt mit dem Patienten. **a** Angebot, den Patienten zu begleiten, **b** Frage nach der Richtung, **c** Vorschlag für Richtung, **d** Hilfe anbieten auf dem Weg, den der Patient anvisiert.

Selbstmanagementansatz

Das wichtigste Ziel des Ansatzes ist und bleibt, Patienten wieder zu einer selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags zu befähigen.

Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012)



Frederick H. Kanfer (1925 - 2002)



Phasenmodell der Verhaltenstherapie bei Psychosen



Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie bei Psychosen

- Güte der Beziehung ist assoziiert mit Therapieerfolg – wie bei allen anderen Störungen. Beziehungsgestaltung ist daher eine wichtige Aufgabe aller Berufsgruppen.
- Aus Therapeutenperspektive sind viel Negativsymptomatik und wenig “Krankheitseinsicht“ eine Belastung der Beziehung
- Aus Patientenperspektive sind „Genuineness“, Vertrauenswürdigkeit und Empathie hilfreiche Merkmale von Therapeut/inn/en
- Patient/inn/en mit Gewalterfahrung und geringer “Krankheitseinsicht“ schätzen die Güte der Beziehung schlechter ein.

Übersicht



1. Leitlinien und Evidenz
2. Kontinuumshypothese, Störungsmodelle
3. Psychotherapie als „Grundhaltung“
4. **Versorgungssituation**





Akutstation/Aufnahmestation

- Herausforderungen:

- Fehlende „Krankheitseinsicht“
- Erregung/Aggressivität
- Kognitive Einschränkungen
- Mißtrauen

- Fehlende Zeit für individuelle Zuwendung
- Dominanz pharmakotherapeutischer Maßnahmen

- Ansatzpunkte

- Psychotherapeutische Grundhaltung
- Art der Beziehungsgestaltung
- Motivation als Grundfrage der Behandlung
- Psychotherapieziel: Mitarbeit bei weiterer Behandlung

Recovery-Orientierung und Motivationsförderung

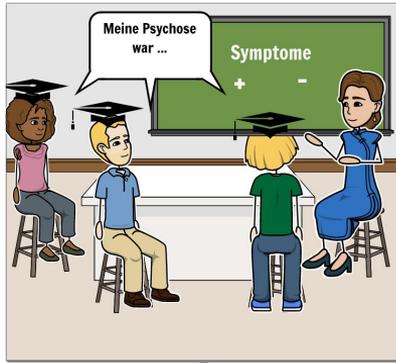


Station mit psychotherapeutischem Schwerpunktprogramm

- Bedürfnisse der speziellen Patientengruppe im Mittelpunkt
- Kompetenz des ganzen Teams entwickelt sich
- Erforderlich: Rückhalt bei der Klinikleitung und Position einer/einer programmkoordinierenden Psychotherapeutin/Psychotherapeuten
 - Spezialisierte Individualkompetenz entwickeln
 - Teammitglieder einführen und begleiten
 - psychotherapeutisches Stationskonzept entwickeln



Psychoedukation



Einzeltherapie



Metakognitives Training



Station 21

Angehörigengruppe



Sozialtherapeutische Beratung



Soziales-Kompetenz Training





S3-LL Schizophrenie: Zeitaufwand zur Umsetzung der Empfehlungen

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (siehe Module 3, 4b)	150 - 300	
2 x 25-50 Minuten ärztliche und/oder psychologische Psychotherapie ¹ im Einzelsetting (ggfl. zu verteilten Zeitpunkten)	50 - 100	1
1 - 2 x 50 Minuten Gruppentherapie und/oder	50 - 100	6 - 8
1 - 2 x 50 Minuten Gruppentherapie Psychoedukation	50 - 100	6 - 8
2 - 3 x 25-50 Minuten Kognitives Training/Remediation ²	50 - 150	6 - 8

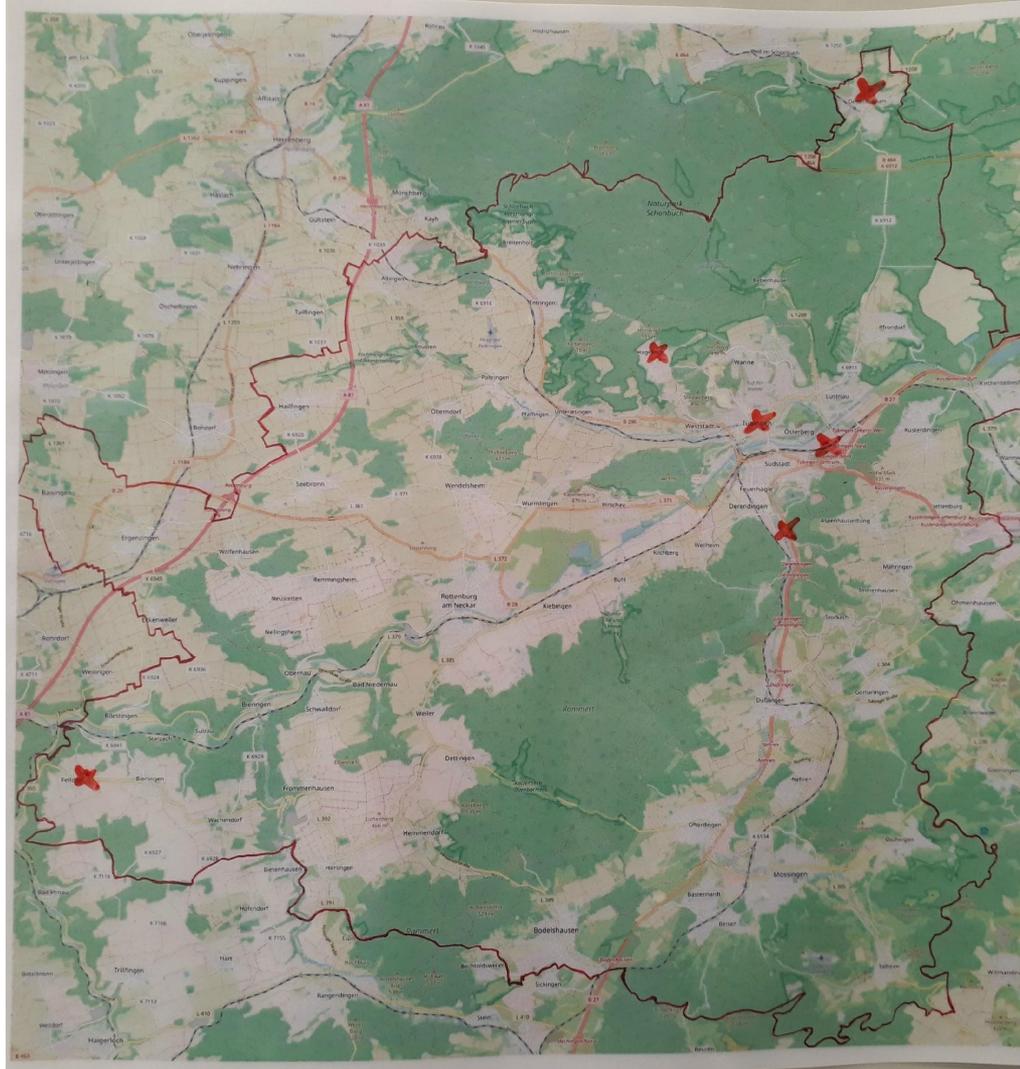
Psychose-StäB in Tübingen

5-6 Behandlungsplätze

Tägliche Kontaktzeiten 2020 (OPS)

Psychotherapie	30'
Somatische Behandlung	5'
Pflegerische Behandlung	45'
Spezialther. (Ergo, Physio, SD)	14'
	= 94'

→ ca. 210' Psychotherapie/Woche



Ambulante Psychotherapie

- Zeitlicher Rahmen birgt große Chancen
- Herausforderung: oft begrenzte Vertrautheit mit dem Störungsbild
- Einzelpraxis ist nicht ideal für die komplexen Anforderung
- -> Fortbildung besuchen (bsp. DDPP)
- -> störungsspezifisches Netzwerk besuchen/gründen
- -> künftig an ambulanter Komplexbehandlung mitarbeiten





Daten aus dem PEPP-Browser: stationäre Psychotherapie

- Datengrundlage: PEPP-Browser 2018 (114 Krankenhäuser mit 320.615 Fällen und 8.384.288 Behandlungstagen)
- Ausgewertete PEPP Entgeltgruppen:
- PA03A: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
- PA03B: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation

	PEPP Gruppe	Arzt	Psycho- loge	Summe
Minuten / Woche Einzeltherapie pro Patient (MW)	PA03A	12,5	2,5	15,0
	PA03B	12,5	5,0	17,5
Minuten / Woche Gruppentherapie pro Patient (MW)	PA03A	1,0	1,3	2,3
	PA03B	1,5	1,8	3,3

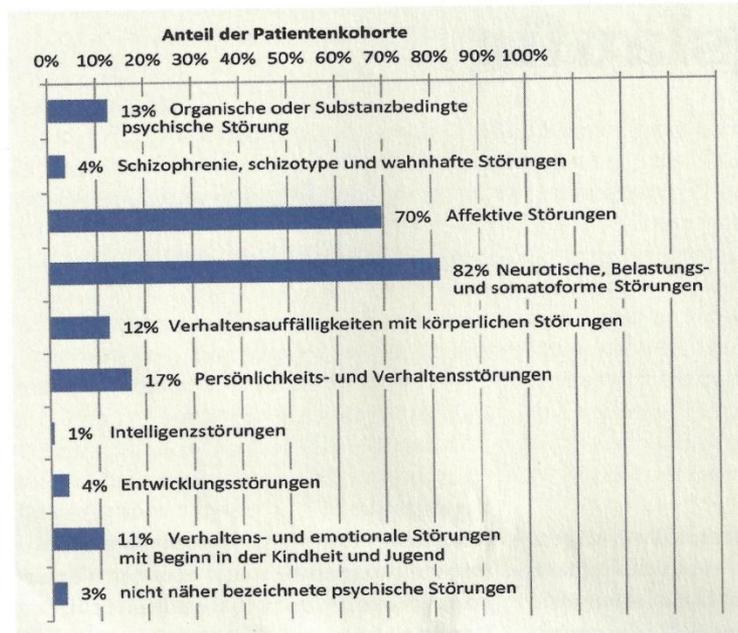
Quelle: PEPP Browser



KBV

Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV

Abbildung 3: Anteil der Diagnosegruppen an den kodierten Diagnosen der Patienten der gesicherten Kohorte zu Beginn der Psychotherapie (2009)



Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen*

APPS-Studie 2020 – Ergebnisse einer Onlinebefragung.



Bezüglich Kompetenzerleben meint nur knapp die Hälfte, dass sie sich fachlich „eher“ und „sehr“ kompetent für die Behandlung von Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29) fühlen.

Demgegenüber liegt das Kompetenzerleben bei affektiven Störungen (F30-F39) sowie bei Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49) bei circa 95 % ...





Berliner Überregionales Symposium 2022 »Negativsymptomatik – Ein zwischenmenschliches Ringen«

**Samstag, 1. Oktober – Sonntag, 2. Oktober,
in Präsenz**

„Negativsymptomatik“ -ein Begriff, der immer noch stigmatisierend verwendet oder empfunden wird, dabei gibt es inzwischen vielversprechende (psycho-)therapeutische Ansätze. In Vorträgen und Diskussionen mit Ihnen wollen wir die Hintergründe und verschiedene Perspektiven des Begriffs der Negativsymptomatik beleuchten. Dies wie auch die Fallseminare finden wieder in Präsenz statt.

[Hier zu Programm und Anmeldung](#)

Online 2 Tages Workshop



online akademie für
psychotherapie

- www.online-akademie-psychotherapie.de
- Praxisorientierter Überblick



Update zur psychotherapeutischen Behandlung psychotischer Erkrankungen

Dr. Klaus Hesse

Fr. 18.11.2022	Sa. 19.11.2022
16.00 - 19.30	09.00 - 16.30

Wenige freie Plätze **320 € / 14 Pkt.**

Praxisworkshop

Verhaltenstherapie



www.psychose-
psychotherapie.
de

- 4 Wochenenden
- DDPP Zertifikat
- Workshops in Berlin und Tübingen austauschbar
- Dieses Jahr online

CBTp

Home

Über uns

Curriculum Psychotherapie bei Psychosen - KVT

Therapiemanuale

Für Kursteilnehmer



Kognitive Verhaltenstherapie
bei Psychosen (CBTp)

CBTp - Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen

Interessiert?

Kognitive Verhaltenstherapie ist wirksam bei der Behandlung schizophrener Psychosen.

Wie bieten Kurse zum Erlernen und Vertiefen der notwendigen psychotherapeutischen Kompetenzen an. Das Curriculum entspricht den Vorgaben des [DDPP](#).

Die Termine des [Curriculums2022/2023](#) sind:

WS 01	Grundlagen, Gesamtbehandlung, Vernetzung	08./09.07.2022	Präsenz
WS 02	Recovery-Orientierung und Rückfallprävention	23./24.09.2022	Online
WS 03	Früherkennung und Frühbehandlung von Ersterkrankten und Risikopersonen	02./03.12.2022	Online
WS 04	Symptom- und funktionsorientierte Behandlungsstrategien	03./04.03.2023	Noch offen
Vertiefung	Halluzinationen	11./12.11.2022	Online

Details sind in der [Infobroschüre für 2022/2023](#) zu finden. Die Kurszeiten sind jeweils Freitags von 14.00-20.00 Uhr und Samstags von 09.00 – 17.00 Uhr. Jeder Workshop umfasst 16 Unterrichtseinheiten. Die einzelnen Veranstaltungen sind CME-akkreditiert. Falls es pandemiebedingt notwendig ist, werden die Veranstaltungen online angeboten.

Kontakt: info@psychose-psychotherapie.de



Philosophie von Beppo Straßenkehrer:
„Man muss nur
an den nächsten Schritt denken,
an den nächsten Atemzug,
an den nächsten Besenstrich.
Und immer wieder nur an den nächsten“.

Danke für's Zuhören!



Kollusion und Konfrontation

Therapeutisches Dilemma

Stimmen als wahr, und
Entitäten die Stimmen
produzieren als real
ansehen

Stimmen als Produkt der
eigenen Gedanken sehen

Stimmen als pathologisch,
und als Produkt von
neurobiologischer
Fehlfunktion ansehen

Kollusion

Erhöht Nähe
Bestätigung führt zu
erhöhtem Selbstwert
Kognitive Dissonanz wird
reduziert

Cave:

Veränderungsmotivation wird
reduziert

Unterstützende, empathische
und
realitätsorientierte
Beziehungsgestaltung

Konfrontation

Riss in der Beziehung
Erhöhung der kognitiven Dissonanz
Veränderungsmotivation wird
gesteigert

Cave:

Beziehungs- und
Therapieabbruch drohen

