Psychotherapie bei Psychosen

WOGE

Julia Arnhold

Einleitung

Psychotische Erkrankungen sind in der Regel schwere Störungen mit massiven Beeinträchtigungen des sozialen und Rollenfunktionsniveaus sowie der persönlichen Lebensqualität. Die S2-Behandlungsleitlinie für Psychosen sieht bereits seit Jahren ein Gesamtbehandlungskonzept vor, in dem Psychotherapie in jedem Krankheitsstadium eine Rolle spielt. Im Oktober 2014 zog auch der Gemeinsame Bundesausschuss nach und passte die Psychotherapierichtlinie der gesetzlichen Krankenversicherung dem aktuellen Forschungsstand an. Seit 2015 kann nun jede psychotische Störung über alle Krankheitsstadien hinweg ambulant psychotherapeutisch behandelt werden. Um den Bedarf zu decken, benötigen wir im Bereich Psychose gut ausgebildete Kollegen.

Mythos Psychose

Trotz der Verankerung in den Leitlinien und nun auch in der Psychotherapierichtlinie »trauen« Psychotherapeuten sich oftmals noch nicht an das Störungsbild Psychose heran. Zurückzuführen ist diese Unsicherheit auf kollektive dysfunktionale Annahmen über Psychosen im Allgemeinen und ihre Behandelbarkeit im Besonderen. Dies gilt in besonderem Maße für schizophrene Psychosen wie die Schizophrenie, durchaus aber auch für affektive Psychosen wie die bipolare Störung.

Verbreitet ist nach wie vor die Annahme, schizophrene Psychosen könnten ausschließlich medikamentös behandelt werden, Betroffene gelten als schwierig oder sogar als gefährlich. Die Folge dieser Überzeugungen ist, dass die Suche nach einem Psychotherapeuten für Betroffene äußerst langwierig ist, was den Verlauf der Erkrankung negativ beeinflussen kann.

Die Mythen um die psychotherapeutische Behandelbarkeit von Psychosen an der tatsächlichen Erkenntnislage zu prüfen, ist eine wesentliche Voraussetzung für die angemessene Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen. Weitere sind die flächendeckende Integration der störungsspezifischen Ausbildung an Aus- und Weiterbildungseinrichtungen sowie die Vernetzung von spezialisierten Behandlern, um auch Supervision und Intervision zu gewährleisten.

Der Umgang mit Menschen mit Psychosen birgt einige Besonderheiten, die wir mit dem entsprechenden Hintergrundwissen jedoch gut bewältigen können.

Besonderheit: Misstrauen und Angst

Eine mögliche Schwierigkeit im Kontakt mit Menschen mit Psychosen ist Angst oder Misstrauen des Patienten dem Behandler gegenüber. Hilfreich ist hier, diese Möglichkeit bereits früh zu thematisieren. Die bisherigen Erfahrungen des Patienten aufgreifend, sollte eingeräumt werden, dass es durchaus möglich ist, dass sich bestimmte Befürchtungen im Verlauf auch gegenüber dem Therapeuten entwickeln könnten. Dieser sollte den Betroffenen darauf hinweisen, dies im Falle eines Falles direkt anzusprechen und gemeinsam eine Lösung zu finden. Offenbart der Patient zu einem späteren Zeitpunkt tatsächlich Angst oder Misstrauen, wird gemeinsam eruiert, was ihm in dieser Situation helfen würde. Um eine Verunsicherung des Vertrauens in den Therapeuten zu vermeiden, ist es zudem hilfreich, durchgehend eine grundsätzlich entspannte, wohltuende und patientenfokussierte Atmosphäre herzustellen. Wenn es dennoch einmal dazu kommt, dass der Patient die Integrität des Therapeuten oder der Praxis anzweifelt, muss dies nicht zum Therapieabbruch oder zur Verunsicherung des Therapeuten führen. Letzterer kann diese Situationen konstruktiv nutzen und Befürchtungen sozusagen »live« bearbeiten.

Besonderheit: Unkonzentriertheit des Patienten

Eine andere Schwierigkeit im Kontakt mit Psychosebetroffenen kann sich dadurch ergeben, dass der Patient abgelenkt oder unkonzentriert wirkt, zum Beispiel aufgrund aktuellen halluzinatorischen Erlebens. Auch hier ist es wichtig, den Eindruck direkt anzusprechen und dem Patienten Entlastung zu verschaffen, indem kurz pausiert, das Thema gewechselt oder eine Entspannungseinheit eingelegt wird.

Besonderheit: Überforderung des Patienten

Auch kann der Patient emotional oder (bei Residualzuständen) kognitiv überfordert von einer Sitzung sein. Wichtige Grundprinzipien sind hier eine grundsätzliche Reduktion des Tempos, Verzicht auf emotionsaktivierende und provokante Methoden, Verwendung einfacher Sprache sowie strukturierte Planung überschaubarer Sitzungsinhalte mit wiederholten Zusammenfassungen und schriftlichem Festhalten erarbeiteter Inhalte.

Besonderheit: Fehlende Krankheitseinsicht

Ein weiteres Problem, das viele Kollegen wohl als das schwerwiegendste im Kontakt mit Menschen mit psychotischem Erleben erachten, ist die sogenannte »mangelnde Distanzierungsfähigkeit«. Damit ist gemeint, dass der Patient kein Problem darin sieht, psychisch erkrankt zu sein, da er sein Erleben als real bewertet. Er kann sich von wahnhaftem oder halluzinatorischem Erleben nicht distanzieren, das Erlebte nicht als Ausdruck einer Erkrankung interpretieren, weil es für ihn Realitätscharakter hat. Wenn der Behandler nun darauf besteht, dem Patienten begreiflich zu machen, dass sein Erleben nicht real ist und er an einer Psychose leidet, die ihn Dinge glauben lässt, die nicht wahr sind, hat er das Vertrauen des Patienten verloren. Die direkte Konfrontation mit Wahninhalten führt zu Beziehungsabbrüchen und Verfestigung des Wahns und ist in der Behandlung unbedingt zu vermeiden. Genauso wenig sollte Wahninhalten jedoch zugestimmt oder mit dem Patienten gemeinsam »antipsychiatrische Stimmung« gemacht werden (Nelson, 2010; Klingberg, Schaub & Conradt, 2003). Die Devise lautet: »den eigenen Unglauben zurückstellen« (Nelson, 2010, S. 52). Dies bedeutet, dem Patienten einzuräumen, dass das, was er erlebt, wahr sein kann. Der Therapeut ist der objektive, neutrale Beobachter von außen, der offen für Erfahrungen ist und mit neugierigem Forschergeist den Dingen auf den Grund gehen möchte – nicht der allwissende Behandler, der es besser weiß als der Patient. Der Therapeut zieht zunächst alle möglichen Erklärungen für das Erleben des Patienten in Betracht,

Autorin
Dr. Julia Arnhold
war bis 2011 psychologische Leiterin des Früherkennungs- und Therapiezentrums der psychiatrischen Uniklinik Köln. Heute ist sie als Psychotherapeutin in Berlin niedergelassen und als Dozentin an Aus- und Weiterbildungsinstituten sowie als externe Mitarbeiterberaterin tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Psychosen, Persönlichkeits- und stressbedingte Störungen.

Kontakt
Dr. Julia Arnhold
psyberlin
Schönhauser Allee 66/67
10437 Berlin
E kontakt@psyberlin.com

darunter genauso die Möglichkeit, dass er an einer verzerrten Wahrnehmung und Informationsverarbeitung leidet, wie die Möglichkeit, dass er tatsächlich verfolgt oder verflucht ist. Er lädt den Patienten ein zum kollaborativen Empirismus sensu Beck, zum gemeinsamen Entdecken. Oberstes Prinzip lautet hier, den Patienten dort abzuholen, wo er ist. Auch wenn ein Patient nicht sagt: »ich leide unter Wahnvorstellungen«, leidet er wahrscheinlich unter bestimmten Auswirkungen des Erlebens. Unter Angst, Stress, Konzentrationsproblemen, interpersonellen Konflikten oder gar unter völliger Beziehungslosigkeit. Einzige Ausnahme bilden womöglich Menschen mit Psychosen im Maßregelvollzug, die sich der Therapie nicht freiwillig unterziehen. Auch hier kann jedoch in den meisten Fällen ein Leidensdruck ausgemacht werden (z.B. das Gefühl, verkannt zu sein, bei Syndromen mit Größenideen).

Besonderheit: Den Inhalt beiseitestellen

Betroffene müssen an den Emotionen abgeholt werden, nicht am Inhalt des psychotischen Erlebens. Mit den meisten Wahninhalten hätten viele Therapeuten wohl Schwierigkeiten, sich zu identifizieren und authentisch empathisch zu sein, mit Gefühlen von Angst und Verzweiflung oder Bedrohung wohl kaum. Eine Hilfe wäre, sich zu vergegenwärtigen, dass Therapeuten sich auch mit Überzeugungen bei Angst- und Essstörungen nicht identifizieren können. Bei diesen Krankheitsbildern stellen sie sich jedoch wie selbstverständlich nie die Frage, ob sie Betroffene deshalb nicht behandeln können. Therapeuten nehmen Anteil an deren Leidensdruck und den negativen Auswirkungen der Erkrankung auf deren Leben. Das reicht für ein empathisches Beziehungsangebot. Zumindest versuchen sie, sich in die Lage des Patienten hineinzuversetzen, und fragen: »Wie ginge es mir, wenn ich der Überzeugung wäre, dass ...« Therapeuten signalisieren stets Respekt und begegnen ihrem Patienten auf Augenhöhe, indem sie sich Situationen in Erinnerung rufen, in denen sie selbst unsicher waren, zu irrationalen Interpretationen beziehungsweise voreiligen Schlussfolgerungen neigten oder falschen Annahmen aufgesessen sind. Der Therapeut ist der Verbündete an der Seite des Patienten im Rahmen gemeinsamer Therapieziele (z.B. »stressfreieres Leben«, »unbeschwerter Dingen nachgehen, die ich gerne tue«, »wieder mehr Freunde treffen« etc.).

Besonderheit: Freundlich und humorvoll, nicht zu emotional

Ein wesentlicher Aspekt der Beziehungsarbeit in der Psychotherapie der Psychosen ist das sogenannte »befriending« (Beck et al., 2009). Der Therapeut tritt mit dem Patienten in Kontakt wie mit einem Arbeitskollegen oder einem neuen Nachbarn. Insbesondere zu Beginn der Behandlung ist die affektive Tönung der Themen relativ neutral, dabei aber ermutigend und orientiert an den persönlichen Vorlieben, Interessen und Hobbys des Patienten. Auch Humor darf in der Behandlung eine wesentliche Rolle einnehmen, immer jedoch unter Wahrung der respektvollen Begegnung und professioneller Distanz.

Besonderheit: Stress kann Symptome unmittelbar verstärken

Eine möglichst entspannte Atmosphäre herzustellen und dauerhaft zu wahren, ist im Kontakt mit Menschen mit psychotischem Erleben deshalb so entscheidend, weil die Symptomatik mit Stresserleben im Zuge verstärkter Dopaminausschüttung angestoßen oder verstärkt werden kann, während sie bei Entspannung reduziert wird (vgl. Nuechterlein & Dawson, 1984; Nuechterlein, 1987). Das psychotische Erleben kann heute nicht mehr als ein Phänomen nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip verstanden werden. Der Grad der Überzeugtheit von Wahninhalten sowie auch die Intensität von halluzinatorischem Erleben schwanken situativ, dies auch in Abhängigkeit von Stresserleben und affektiver Erregtheit des Patienten (Huber & Gross, 1977; Blood et al., 1997). Hierin sollte für Therapeuten jedoch nicht eine Quelle von Befürchtungen liegen, sondern vielmehr ein sehr starkes therapeutisches Mittel: Sie können das Ausmaß und die Intensität unmittelbar in einer Sitzung beeinflussen, indem sie für Ruhe und Entspannung sorgen.

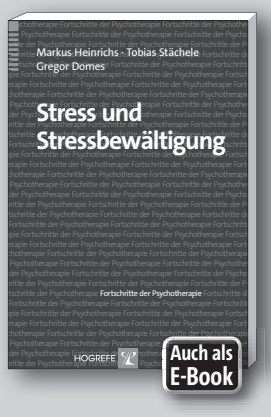
Besonderheit: Angst des Therapeuten vor dem Patienten

Ein letzter Aspekt der Skepsis des Therapeuten ist die Annahme, Patienten mit psychotischen Störungen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit gefährlich. Allgemein lässt sich jedoch sagen, dass fremdaggressives Verhalten bei Menschen mit Psychosen selten ist. Nicht psychotische Männer zwischen 18 und 26 Jahren werden mit höherer Wahrscheinlichkeit körperlich gewalttätig als eine Person mit der Diagnose einer Psychose (Nelson, 2010).
Wie bei allen Menschen ist fremdaggressives Verhalten jedoch auch bei Menschen mit psychotischen Störungen nicht ausgeschlossen – es kommt vor, häufiger sind jedoch suizidale Tendenzen. Wenn es zu aggressiven Impulsen kommt, begründen diese sich in der Regel in wahnassoziiertem Bedrohungserleben oder Befehlen imperativer Stimmen. Auch der Einfluss psychotroper Substanzen senkt (wie bei jedem Menschen) die Aggressionsschwelle. Die wichtigsten Präventionsmaßnahmen von Aggression und Gewalt im Umgang mit Patienten sind eine wertschätzende und validierende Grundhaltung und eine respektvolle und vertrauensvolle Beziehungsgestaltung, die Wahrung der Autonomie des Patienten und die Aufrechterhaltung von Ruhe und Entspannung (Mayer et al., 2012; DGPPN, 2010). Wenn Kollegen sich mit zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen wie Pieper oder Sitzposition nahe der Tür wohler fühlen, können diese natürlich zusätzlich ergriffen werden, scheinen bei Wahrung genannter Grundprinzipien im Rahmen der Beziehungsgestaltung jedoch nicht notwendig.

Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell

Nach heutigem Kenntnisstand können sowohl biologische als auch psychische Faktoren zu funktionellen und strukturellen Veränderungen des Gehirns führen, die eine Vulnerabilität für die Entwicklung von Psychosen bedingen. Besonders gut nachgewiesen ist eine Dopamin-Dys-

Buchtipps

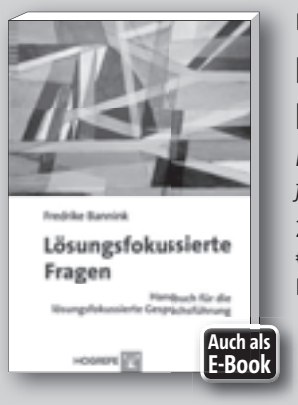


Markus Heinrichs
Tobias Stächele · Gregor Domes

Stress und Stressbewältigung

(Reihe: »Fortschritte der Psychotherapie«)
2015, VII/101 Seiten,
€ 19,95 / CHF 28,50
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 / CHF 22,90)
ISBN 978-3-8017-2252-4

Stress kann zu komplexen psychischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen führen und ist entsprechend ein Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung zahlreicher psychischer, psychosomatischer und somatischer Störungen. Der Band stellt verschiedene Instrumente der Stressdiagnostik dar und liefert einen Überblick über Präventions- und Behandlungsansätze zur Bewältigung von Stress.



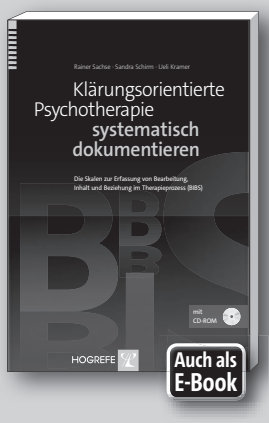
Fredrike P. Bannink

Lösungsfokussierte Fragen

Handbuch für die lösungsfokussierte Gesprächsführung

2015, 294 Seiten,
€ 36,95 / CHF 49,90
ISBN 978-3-8017-2635-5

Schritt für Schritt wird hier die Praxis des lösungsorientierten Arbeitens anhand von 1001 lösungsfokussierten Fragen für den allgemeinen Gebrauch, für spezielle Situationen sowie für spezielle Klientengruppen erläutert. Psychotherapeuten, Berater, Coaches, Supervisoren, Trainer und Führungskräfte erhalten einen Leitfaden an die Hand, wie sie ihre Gespräche respektvoll und lösungsorientiert führen können.



Rainer Sachse · Sandra Schirm
Ueli Kramer

Klärungsorientierte Psychotherapie systematisch dokumentieren

Die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung im Therapieprozess (BIBS)

2015, 119 Seiten,
Großformat, inkl. CD-ROM,
€ 39,95 / CHF 53,90
ISBN 978-3-8017-2654-6

Das Buch stellt die Skalen zur Erfassung von Bearbeitung, Inhalt und Beziehung im Therapieprozess dar. Mit diesem Rating-System können relevante Klientenprozesse und therapeutische Handlungen im Therapieprozess eingeschätzt werden. Das System ermöglicht Therapeuten und Supervisoren, schon früh in der Therapie die Qualität der Therapieprozesse einzuschätzen. Konsequent kann so das therapeutische Handeln korrigiert und verbessert werden, Klientenprozesse können konstruktiver gesteuert werden. Therapeuten können zudem mit Hilfe des Systems ihre Wahrnehmung relevanter Prozessaspekte schulen und so ein tieferes Verständnis von Psychotherapie erarbeiten.

Tobias Teismann
Wolfram Dorrmann

Suizidgefahr?

Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige

(Ratgeber zur Reihe: »Fortschritte der Psychotherapie«)
2015, ca. 100 Seiten, Kleinformat,
ca. € 12,95 / CHF 18,90
ISBN 978-3-8017-2595-2

Der Ratgeber wendet sich an Menschen in einer suizidalen Krise sowie an deren Angehörige und Freunde. Er liefert Informationen zu Suizidgedanken sowie suizidalen Krisen und ihren Ursachen. Es werden Maßnahmen vorgestellt, die helfen können, die Entscheidung für den Tod nochmals zu überdenken und mit belastenden Symptomen zurechtzukommen. Angehörige und Freunde bekommen Hinweise für den Umgang mit suizidalen Personen und es werden Informationen zu anonymen und persönlichen Hilfsangeboten gegeben.

HOGREFE

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 99950-0 · Fax: -111
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

regulation (vgl. Nuechterlein, 1987; Nuechterlein & Dawson, 1984). Bei den biologischen Faktoren spielen neben erblicher Belastung auch prä- und perinatale Noxen und Risiken eine Rolle (vgl. Tandon, Keshavan & Nasrallah, 2008). Psychische Vulnerabilitätsfaktoren begründen sich wahrscheinlich vorrangig in den Folgen traumatischer Ereignisse (Varese et al., 2012) sowie dysfunktionalen Grundannahmen (Bentall et al., 1994; Garety et al., 2001; Beck et al., 2009, Beck et al., 2011).

Es ist heute davon auszugehen, dass eine verstärkte Dopaminausschüttung im mesolimbischen System maßgeblich für die Entstehung von Positivsymptomen, eine herabgesetzte Dopaminausschüttung im präfrontalen Cortex für die Entstehung von Negativsymptomen verantwortlich ist (Davis et al., 1991).

Die Veränderungen des dopaminergen Systems begünstigen zunächst eher subtile Informationsverarbeitungsstörungen. Dazu gehören Abweichungen in sozialer Wahrnehmung, Arbeitsgedächtnis, Wortflüssigkeit, planerisch problemlösendem Denken, eine gestörte Filterfunktion der Wahrnehmung und der selektiven Aufmerksamkeit, also eine Einschränkung der Differenzierung zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen. Zudem ist der Abruf biografischer Gedächtnisinhalte eingeschränkt, was die treffende Interpretation alltäglicher Situationen erschwert. Auch das normalerweise automatisch ablaufende innere Monitoring eigenen Verhaltens ist beeinträchtigt, sodass der eigene Einfluss auf Erlebnisweisen von einem Einfluss von außen schwerer zu unterscheiden ist. Diese Informationsverarbeitungsstörungen setzen die Informationsverarbeitungskapazität herab, sodass bei zunehmenden Anforderungen Reize immer wieder fehlinterpretiert werden, was zu Stress und damit zu einer Übererregung des Nervensystems mit veränderter Dopaminaktivität führt. Die Entstehung von Symptomen wird insbesondere dann begünstigt, wenn weitere Stressoren, zum Beispiel belastende Lebens- oder Alltagsereignisse, besonders im Zusammenhang mit sozialen Interaktionen und Beziehungen, hinzukommen und es an Bewältigungsressourcen mangelt. Im Zusammenhang mit Stressoren, die nicht bewältigt werden können, sollen kognitiven Modellen zufolge auch die bei psychotischen Störungen charakteristischen dysfunktionalen Grundannahmen aktiviert werden (etwa »ich bin anfällig für Verletzungen und Anfeindung«, »andere sind gefährlich«). Analog zum kognitiven Modell der Depression (Beck et al., 1992) soll die Aktivierung dysfunktionaler Grundannahmen zu kognitiven Verzerrungen führen (z.B. Selbstreferenz, externale Attribution subjektiver Erlebnisweisen), die wiederum kognitive Fehler wie selektive Abstraktion und voreiliges Schlussfolgern begünstigen und ihrerseits aufrechterhaltend auf die Verzerrungen wirken. Die Folge ist eine herabgesetzte Realitätsprüfung subjektiver Eindrücke und Interpretationen, einhergehend mit erhöhter affektiver Beteiligung, die wiederum emotionale Beweisführung begünstigen kann.

Auf diese Weise kann die Weiterentwicklung einer so weit normalpsychologischen Annahme (z.B. »ich glaube, mein Chef hat etwas gegen mich«) zu einer wahnhaften Überzeugung (z.B. »mein Chef will mir schaden«) oder auch zu Kognitionen, die Negativsymptomatik begünstigen (z.B. »zwischen mir und den anderen ist eine Mauer«, »nichts macht Freude«), angestoßen werden. Sicherheitsverhalten wie sozialer Rückzug und der konfirmatorische Bias tragen zur Aufrechterhaltung und Verfestigung des Wahns oder auch der Antriebs- und Affektminderung bei (Garety et al., 2001; Beck et al., 2009). Dysfunktionale Grundannahmen spielen auch bei akustischen Halluzinationen eine Rolle. Häufig werden sie durch deren Inhalte widergespiegelt. Begünstigend wirken sich hier die Defizite im inneren Monitoring aus, die bedingen, dass Betroffene Schwierigkeiten damit haben, zwischen inneren und äußeren Ereignissen zu differenzieren (Baker & Morrison, 1998; Gaweda et al., 2013). Eigene Gedanken und Vorstellungen werden somit leicht als durch äußere Quellen verursacht missinterpretiert. Verstärkend und aufrechterhaltend wirken unter anderem der Externalisierungsbias sowie die herabgesetzte Realitätsprüfung im Zuge kognitiver Fehler. Es kommt zur Entwicklung zunächst präpsychotischer, dann psychotischer Symptome sowie Einbußen im sozialen und im Rollenfunktionsniveau.

Neben zentralen Ansatzpunkten für die Psychotherapie der Psychosen impliziert das integrative Modell auch, dass der Therapeut stets im Sinn haben sollte, dass Stresserleben nicht nur zur Erstmanifestation von Symptomen führt, sondern auch im Verlauf die Symptomatik beeinflusst. Eine formale Denkstörung zum Beispiel kann bei emotional belastenden Themen in einer Therapiesitzung deutlicher zutage treten als bei neutraleren Themen. Dasselbe gilt für den Grad der Überzeugtheit von wahnhaften Ideen. Daher sind Reduktion von Belastungen und Entspannung bei allen Interventionen oberstes Gebot.

Die Kognitive Verhaltenstherapie der Psychosen

Bisher liegen empirische Wirksamkeitsnachweise nur für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor. Metaanalytisch wurde neben der Reduktion von Positiv- und Negativsymptomatik durch KVT auch eine rückfallprophylaktische Wirkung sowie eine Verbesserung der Stimmung und des Funktionsniveaus nachgewiesen, die durchschnittliche Effektstärke lag bei .4 (Wykes et al., 2008). Diese Effekte beziehen sich auf Patienten, die eine Kombinationstherapie aus Antipsychotika (»treatment as usual«, TAU) und KVT erhielten. Vergleichbare Effekte wurden jedoch auch für KVT als einzige Intervention gegenüber TAU in einer Subgruppe von Patienten nachgewiesen, die eine Medikation ablehnen (Morrison et al., 2014).

Dennoch ist die Psychotherapie der Psychosen nicht einfach und erfordert neben umfangreichem Störungs- und Veränderungswissen vor allem eines: Geduld auf Seiten des Therapeuten. So beschreibt es Tanja Lincoln (2006, S. 66) äußerst treffend: »Es ist wesentlich leichter, die therapeutischen Techniken zu beschreiben, als sie in der Realität durchzuführen. Der therapeutische Prozess ist langsam und oft mühselig und nicht selten werden Therapeuten den Eindruck haben, dass sie bei einem Patienten gerade gar nichts erreichen. Lassen

Fähigkeitsorientierte Beurteilung bei psychischen Erkrankungen

Der Test

Das Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in der 2., überarbeiteten und erweiterten Neuauflage

Mit dem Mini-ICF-APP kann in etwa 10 Minuten eingeschätzt werden, in welchem Ausmaß ein Patient in seinen Fähigkeiten bei der Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist. Das Mini-ICF-APP hat seit der Erstauflage große Akzeptanz gefunden und wird inzwischen auch in nationalen und internationalen Gutachtenleitlinien als Standardinstrument empfohlen.

Neuauflage

www.verlag-hanshuber.com/mini-icf-app

Neu

www.verlag-hanshuber.com/85504

Das Buch

Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP

In diesem Buch wird dargestellt, was unter Fähigkeiten zu verstehen ist, wie sie zu erfassen und zu quantifizieren sind, welche Bedeutung ihnen bei psychischen Erkrankungen zukommt und welche therapeutischen und sozialmedizinischen Folgen daraus erwachsen.

HUBER

www.verlag-hanshuber.com

Sie sich nicht entmutigen. Manchmal werden die Erfolge erst später und dafür fast überraschend sichtbar. In manchen Fällen werden nur diskrete Veränderungen erreicht, aber der Patient hat immerhin die Erfahrung einer zuverlässigen, vertrauensvollen Beziehung machen können mit einem Therapeuten, der ihn ernst nimmt, und wird auf Grund dieser Erfahrung in Zukunft weniger skeptisch auf Therapeuten und Ärzte reagieren.«

Es stehen mehrere Behandlungsleitfäden zur KVT der Psychosen in deutscher Sprache zur Verfügung (Klingberg et al., 2003; Klingberg et al., 2009; Lincoln, 2006; Vauth & Stieglitz, 2007; Nelson, 2010).

Zusammenfassend beinhaltet die Behandlung von Wahn, Halluzinationen, Erregung, Desorganisation, Antriebsminderung und Affektverflachung jeweils drei auf, einander bezogene Schritte: die Problemanalyse, kognitive Strategien und behaviorale Strategien zur Reduktion funktionaler Einschränkungen durch die Symptome.

In der Problemanalyse werden begünstigende und abschwächende Bedingungen für die Symptomatik sowie die Konsequenzen der Aktivierung von Symptomen eruiert. Die Analyse von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten sollte ebenso wie die biografische Betrachtung im Sinne einer Makroanalyse in allen Symptombereichen obligatorisch sein. Sie ist insgesamt von großer Bedeutung für die Behandlung, da ein individuelles Entwicklungsmodell erstellt werden muss, das dem Erleben des Patienten Sinn gibt. Auch werden auf diese Weise lerngeschichtlich begründete dysfunktionale Grundannahmen identifiziert, die später im Rahmen kognitiver Methoden modifiziert werden können, was eine Reduktion der psychologischen Vulnerabilität und damit einen Teil der Rezidivprophylaxe darstellt.

Interventionen bei Wahn

Der entscheidende Faktor im Einsatz der kognitiven Strategien zur Bearbeitung von Wahn ist die Förderung von Offenheit für neue Informationen, gleichbedeutend mit dem Abbau der Neigung zu voreiligen Schlussfolgerungen (Moritz et al., 2014). Ist dem Patienten im Verlauf der Behandlung auf diese Weise ein gewisser Zweifel an psychotischem Erleben möglich geworden, können nach Abschätzen der Konsequenzen einer Veränderung der wahnhaften Annahme für den Patienten (vgl. Lincoln, 2006) weitere kognitive Strategien zum Einsatz kommen: Anregung zum Auffinden alternativer Erklärungen für Erlebtes, Distanzierung von Bewertungen durch rückblickende Neubewertung aus einem emotional neutralen Zustand heraus, Perspektivwechsel, Beweise sammeln für und wider das Zutreffen eines Wahninhalts, Realitätstests etc.

Die Reduktion funktionaler Einschränkungen durch den Wahn ist gleichbedeutend mit dem Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten (z.B. Meidung bestimmter Personen, Orte oder Situationen). Hier ergeben sich wertvolle Anregungen und Ergänzungen der KVT aus der Akzeptanz-Commitment-Therapie. Der Patient soll darin unterstützt werden, persönlich wichtige Ziele und Werte zu fokussieren und zu verfolgen, obwohl er ein gewisses Misstrauen hegt oder gewisse Befürchtungen hat. Das Vertrauen in eigene Handlungsmöglichkeiten unabhängig von äußeren Umständen und Verhalten anderer Menschen soll gestärkt werden, während angstinduzierende Kognitionen und Gefühle der Beunruhigung zunehmend akzeptierend und wertfrei wahrgenommen und losgelassen werden können (vgl. Morrison, Johns & Oliver, 2013; Bach & Hayes, 2002).

Interventionen bei Halluzinationen

Im Rahmen der Problemanalyse bei Halluzinationen ist es neben der Identifikation von Belastungen von Bedeutung, Gedanken über die Halluzinationen zu erfassen, um mögliche wahnhafte Ursachenzuschreibungen für das Erleben zu identifizieren, die dann vorangestellt modifiziert werden müssten. Außerdem ist es wichtig, bereits vorhandene Strategien zu erfassen, mit denen Betroffene versuchen, besser mit den Halluzinationen zurechtzukommen. Einige davon sind hilfreich, andere dysfunktional. Insbesondere zu beachten ist hier die hohe Prävalenz von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit im Sinne eines ungünstigen Selbstmedikationsversuchs, die bei im Schnitt 47 Prozent, in speziellen Stichproben sogar bei über 70 Prozent liegt (zsfd. Gouzoulis-Mayfrank, 2007). Im nächsten Schritt sollten kurz- wie langfristig funktionale Bewältigungsstrategien aufgebaut werden, während dysfunktionale Copingversuche reduziert werden. Zu den funktionalen Strategien gehören zum Beispiel Musik oder Hörbuch hören, offenes oder verdecktes Sprechen, Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation und körperliche Bewegung (Vauth, 2011).

Die kognitiven Strategien zur Bearbeitung von Halluzinationen, insbesondere konzipiert für das Stimmenhören, beinhalten psychoedukative Elemente zur Entlastung und Entpathologisierung des Patienten. Hierzu gehört zum Beispiel die Information, dass Stimmenhören die gleichen Hirnareale aktiviert wie »echtes« Hören und dass Halluzinationen menschliche Phänomene sind, die prinzipiell bei jedermann unter Extrembelastung oder bei Schlafentzug auftreten können (vgl. Nelson, 2010, Lincoln, 2006). Durch logisches und empirisches Disputieren soll die Akzeptanz erarbeitet (oder gestärkt werden), dass die Halluzination Ausdruck des eigenen Geistes ist. Darüber hinaus sollen Beweise für und wider das Zutreffen von Behauptungen von Stimmen gesammelt und Bezüge zu dysfunktionalen Grundannahmen vor dem Hintergrund biografischer Lernerfahrungen hergestellt werden. Disputiert werden auch Vor- und Nachteile der Widersetzung bei imperativen Stimmen. Auch zur Modifikation von Halluzinationen werden detailliert vorbereitete Realitätstests durchgeführt.

Interventionen bei Antriebssteigerung und Desorganisation

Die Bearbeitung von Antriebssteigerung und Desorganisation beinhaltet eine dezidierte Situationsanalyse und anschließende Belastungsreduktion, die Etablierung funktionaler Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel Kanalisierung von Energie durch sportliche Aktivitäten und von Strukturierungshilfen wie Wochenplänen sowie Erinnerungshilfen im Alltag. Hier ist auf kogniti-

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Psychotherapie praxisnah!

VPP im BDP e.V. (Hrsg.)
Marcus Rautenberg

Jetzt bin ich Psychotherapeut

Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis

2., überarbeitete Auflage 2014,
126 Seiten, Broschur,
mit Zusatzmaterial zum Download,
ISBN 978-3-942761-01-7,
Bestellnr. 221, 19,80 EUR
(16,80 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Udo Boessmann

Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben

Kompendium und Repetitorium für Psychodynamische Psychotherapie mit begleitendem Internet-Programm

2012, 224 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-11-6,
Bestellnr. 256, 39,80 EUR
(29,80 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Udo Boessmann, Arno Remmers

Das Erstinterview

Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung

2011, 136 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-03-1,
Bestellnr. 224, 19,80 EUR
(16,80 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Dunja Hergenröther

Praxisbuch VT-Bericht

Berichterstellung und Gutachterverfahren in der Verhaltenstherapie

2011, 160 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-942761-04-8,
Bestellnr. 225, 21,80 EUR
(19,80 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Udo Boessmann/Ingo Jungclaussen

Bericht abgelehnt – was nun?

Praxis-Ratgeber zu den wichtigsten Ablehnungsgründen mit zahlreichen Antrags-Beispielfällen für TP

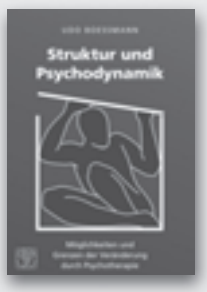
2011, 277 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-931589-93-6,
Bestellnr. 189, 28,90 EUR
(24,90 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Udo Boessmann/Arno Remmers

Behandlungsfokus

- *Psychodynamische Therapieplanung*
- *Ziel- und Zeitbegrenzung*
- *Praxisgerechte Nutzung der OPD-2*
- *Bericht an den Gutachter*

2008, 154 Seiten, Broschur,
mit Begleitmaterial zum Download,
ISBN 978-3-931589-84-4,
Bestellnr. 128, 16,90 EUR
(14,90 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)



Udo Boessmann

Struktur und Psychodynamik

Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung durch Psychotherapie

2006, 95 Seiten,
ISBN 978-3-931589-75-2,
Bestellnr. 070, 11,80 EUR

Udo Boessmann

Wirksam behandeln

Nutzung von bewussten und unbewussten Aufträgen in der Psychotherapie, Medizin und Supervision

2005, 250 Seiten, Broschur,
ISBN 978-3-931589-68-4,
Bestellnr. 058, 18,00 EUR
(16,00 EUR für BDP-/VPP-Mitglieder)

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

152702

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE/PSYCHOTHERAPIE

ver Ebene vor allem die Modifikation dysfunktionaler Gedanken über die Symptome von Bedeutung (z.B. »es ist furchtbar, dass ich so vieles vergesse und dauernd den Faden verliere, so kann ich niemandem gegenübertreten«), da diese zum einen die Erregtheit und damit die Symptomatik insgesamt steigern und zum anderen zu ungünstigem Verhalten wie Rückzug und Vermeidung führen können.

Interventionen bei Antriebsstörungen

Bei der Bearbeitung von Antriebsstörungen ist zu beachten, dass diese den Betroffenen zu einem gewissen Maß auch vor Überforderung schützen können. Die Steigerung des Antriebs birgt somit immer auch ein Risiko und sollte daher äußerst behutsam und unter therapeutischem Monitoring erfolgen. Da jedoch auch Unterforderung, Langeweile und mangelnde Tagesstruktur eine Belastung darstellen, besteht das Ziel darin, das individuell höchstmögliche Aktivitätsniveau zu erreichen, das bei gegebener Vulnerabilität erhalten werden kann. Das wichtigste Instrument ist der Wochenplan, mit dessen Hilfe in kleinen Schritten Aktivitäten aufgebaut werden. Auch hier ist die Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen wichtig, da sie sich hemmend auf Veränderung auswirken können (z.B. »bevor ich nicht wieder vollständig wiederhergestellt bin, kann ich gar nichts tun«).

Interventionen bei Affektverflachung

Die affektive Verflachung kann neben ihrem Symptomcharakter auch eine Schutzfunktion haben, indem sie vor emotionaler Überflutung und einhergehendem Stress bewahrt. Dennoch ist wünschenswert, dass Betroffene eine gewisse emotionale Empfindsamkeit und Schwingungsfähigkeit zurückerreichen, um am sozialen Leben teilzunehmen, Motivation und Lebensfreude zu empfinden. Hier tragen minutiöse Situationsanalysen und Wahrnehmungsübungen zur Differenzierung auch feinster Unterschiede im emotionalen Empfinden bei. Diese Strategien dienen auch bereits der Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken, wie zum Beispiel: »Ich fühle niemals irgendetwas.«

Rezidivprophylaxe und Krankheitsbewältigung

Da die Mehrheit der Betroffenen mit unzureichender Behandlung einen rezidivierenden Verlauf mit zum Teil zunehmenden funktionalen Einschränkungen zu erleben droht (vgl. Zubin, Steinhauer & Condray, 1992; Shepherd et al., 1989), ist die Rezidivprophylaxe obligatorischer Bestandteil der KVT der Psychosen. Die wesentlichen Elemente dieses Behandlungsaspektes sind Psychoedukation, Frühsymptommanagement und Angehörigenarbeit.

Mit anderenfalls provozierten ungünstigen Verläufen assoziiert sind ein höheres Maß an Negativsymptomatik, Funktionseinbußen, Komorbidität und Suizidalität (Häfner & an der Heiden, 2008). Ebenfalls alarmierend im Zusammenhang mit ungünstigen Verläufen ist das durchschnittliche Verrentungsalter aufgrund der Diagnose Schizophrenie in Deutschland bei 39 (Männer) beziehungsweise 42 Jahren (Frauen). 14,7 Prozent aller Verrentungen bei Männern und 12,1 Prozent bei Frauen unter 40 Jahren erfolgen mit der Diagnose Schizophrenie – der mit Abstand wichtigsten Einzelursache für Erwerbsunfähigkeit in dieser Altersgruppe (Clouth, 2004).

Einen praktischen Leitfaden für die Rezidivprophylaxe in der ambulanten Einzelpsychotherapie mit dem Ziel des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und der Krankheitsbewältigung, einschließlich Medikamenten-Compliance, bieten Klingberg et al. (2003).

Insbesondere bei Patienten mit unzureichender Distanzierungsfähigkeit zum psychotischen Erleben ist die Anwendung der Methoden zu individualisieren. Neben dem geduldigen und behutsamen Fördern von Offenheit für neue Informationen im Sinne des kollaborativen Empirismus ist hier wieder am Erleben des Patienten anzusetzen. Psychoedukation und Bewältigung sowie auch die Angehörigenarbeit müssen sich nicht zwangsläufig auf »die Psychose« beziehen. Im Umgang mit dem Patienten kann und sollte zunächst der Ausdruck benutzt werden, mit dem er selbst seine psychische Beeinträchtigung beschreibt (z.B. Stress oder Angst). Erst bei ausreichender Distanzierungsfähigkeit sollte dann auch der Frühverlauf vor Erstmanifestation detailliert analysiert werden, um die initialen Frühsymptome des Betroffenen zu identifizieren. Oftmals sind diese recht unspezifisch, darunter zum Beispiel Schlafstörungen, Nervosität, Unruhe, Reizbarkeit und sozialer Rückzug. Mittels dieser individuellen sowie weiterer allgemeiner Frühsymptome können Krisen- und Notfallpläne erstellt werden, die dem Betroffenen als Leitfaden bei Verschlechterung des Zustands und drohendem Rezidiv dienen.

Interventionen im Prodromalstadium

Die Früherkennungsforschung zeigt, dass einer ersten psychotischen Episode eine im Schnitt fünf Jahre lange (Schultze-Lutter et al., 2008) Periode erster Krankheitsanzeichen vorausgeht, die sogenannte Prodromalphase oder die »Dauer der unbehandelten Erkrankung« (Häfner et al., 1996; Klosterkötter et al., 2001; Norman & Malla, 2001).

Da 75 Prozent der Ersterkrankten Prodromalsymptome bemerken und berichten (Häfner et al., 1995), aus denen zwischenzeitlich klinische Risikoanzeichen mit signifikantem Vorhersagewert extrahiert werden konnten, und wesentliche soziale und Rollenfunktionseinbußen bereits in diesem Stadium vor der Erstmanifestation entstehen (Häfner et al., 1995), bestanden wesentliche Bemühungen der Forschung in den vergangenen beiden Jahrzehnten darin, Behandlungsansätze für Menschen mit klinisch erhöhtem Psychoserisiko zu entwickeln. Da Menschen mit entsprechenden Symptomen in der Regel hohen Leidensdruck haben, einige jedoch als falsch positiv Identifizierte betrachtet werden müssen und die Toleranz medikamentöser Therapien nicht immer gegeben ist, lag ein besonderes Augenmerk auf der Entwicklung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze. Auch in diesem Bereich stehen vielversprechende Methoden zur Verfügung, die auch im deutschsprachigen Raum manualisiert vorliegen (Bechdolf et al., 2010). Die therapeutischen Strategien orientieren sich an den für die manifeste Psychose beschriebenen, sind aber spezifisch angepasst an das

junge Klientel mit den für das Prodromalstadium spezifischen Basissymptomen, attenuierten Positivsymptomen und kurzen intermittierenden psychotischen Symptomen und der besonderen Rolle des Einbezugs der Angehörigen. Eine weiterführende Übersicht über die Prodromalsyndrome und den Forschungsstand findet der interessierte Leser bei Ruhrmann und Schultze-Lutter (2008) und Ruhrmann, Paruch und Klosterkötter (2010).

Neben der psychotherapeutischen Behandlung kommt Psychotherapeuten schon in diesem frühen Erkrankungsstadium eine wichtige Schlüsselfunktion in der Bahnung indizierter Therapien zu, denn der größte Teil der Betroffenen sucht lange vor der Erstmanifestation wegen unspezifischer und prodromaler Symptome bereits Hilfe im Gesundheitssystem (vgl. von Reventlow et al., 2014).

ZUSAMMENFASSUNG

Die Psychotherapie der Psychosen ist in allen Krankheitsstadien möglich und wirkungsvoll. Das für die Behandlung notwendige Störungs- und Veränderungswissen ist in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen und hat manualisierte Behandlungsleitfäden hervorgebracht.
Die Vorbehalte gegen eine Psychotherapie psychotischer Störungen basieren weitestgehend auf Fehlannahmen, die heute als widerlegt gelten. Angewandt auf dem Boden einer störungsspezifisch ausgerichteten Gestaltung von Behandlungssetting und therapeutischer Beziehung, können psychotische Störungen psychotherapeutisch genauso behandelt werden wie andere psychische Erkrankungen auch. Wesentliche Bestandteile der Behandlung sind Geduld, Offenheit und Flexibilität des Therapeuten sowie eine starke Individualisierung des Vorgehens, entsprechend dem äußerst heterogenen Krankheitsbild, darüber hinaus qualifizierte Supervision und Intervision sowie – falls möglich – der Einbezug von Angehörigen.

ABSTRACT

Psychotherapy is possible and effective in all states of psychosis. The body of knowledge about the disorder and its modification has grown large during the past years, and we have manualized treatment guidelines available.
The concern against a psychotherapy of psychosis in all its states is rooted mainly in common misconceptions about this disorder spectrum, which are considered to be disproved today.
If applied against the background of a setting and a therapeutic relationship that is adapted to the specific needs of affected people, psychotic disorders can be treated psychotherapeutical as well as every other mental disorder. Crucial components of treatment are therapist's patience, openness and flexibility and a strong individualisation of the proceeding, compliant with the heterogeneous syndrome.

LITERATUR

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (5), 1129-1139.

Baker, C. & Morrison, A. P. (1998). Metacognition, intrusive thought and auditory hallucinations. Psychological Medicine, 28, 1199-1208.

Bechdolf, A., Pützfeld, V., Güttgemanns, J. & Groß, S. (2010). Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Ein Behandlungsmanual. Hogrefe.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1992). Kognitive Therapie der Depressionen. Psychologie Verlags Union.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. & Grant, P. (2009). Schizophrenia. Cognitive Theory, Research, and Therapy. The Guilford Press.

Beck, A. T., Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D. & Chang, N. A. (2011). Dysfunctional Attitudes and Expectancies in Deficit Syndrome Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 39 (1), 43-51.

Bentall, R. P., Haddock, G. & Slade, P. D. (1994). Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations: from theory to therapy. Behavioral Psychotherapy, 25, 51-56.

Blood, I. M., Wertz, H., Blood, G. W., Bennett, S. & Simpson, K. C. (1997). The effects of life stressors and daily stressors on stuttering. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 40 (1), 134-143.

Clouth J. (2004). Costs of early retirement – The case of schizophrenia. Psychiatrische Praxis; 31 (2), 238-45.

Davis, K. L., Kahn, R. S., Ko, G. & Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. American Journal of Psychiatry, 148 (11), 1474-86.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2010). S2-therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer.

Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychological Medicine, 31, 189-195.

Gaweda, L., Woodward, T. S., Moritz, S. & Kokoszka, A. (2013). Impaired action self-monitoring in schizophrenia patients with auditory hallucinations. Schizophrenia Research, 144, 72-79.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis. Steinkopff.

Häfner, H., Nowotny, B., Löffler, W., an der Heiden, W. & Maurer, K. (1995). When and how does schizophrenia produce social deficits? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 246 (1), 17-28.

Häfner, H., & an der Heiden, W. (2008). Course and Outcome. In: K. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), Clinical Handbook of Schizophrenia. Guilford Press.

Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W. &Nowotny, B. (1996). Der Frühverlauf der Schizophrenie. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5, 22-31.

Klingberg, S., Schaub, A. & Conradt, B. (2003). Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Beltz PVU.

Klingberg, S., Wittorf, A., Sickinger, S. & Jakobi, U. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie von Patienten mit persistierenden psychotischen Symptomen. Behandlungsmanual. Unveröffentlichtes Studienmanual (The POSITIVE Study, BMBF). URL: http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/files/POSITIVE_KVT_Manual_V3.pdf, Stand: 25.02.2015.

Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M. & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of General Psychiatry, 58, 158-164.

Lincoln, T. (2006). Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik. Hogrefe.

Mayer, M., Papenberg, W., Martin, V., Gaschler, F. & Özköylü, S. (2012). Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P. & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. Clinical Psychology Review, 34, 358-366.

Morris, E. M. J., Johns, L. C. & Oliver, J. E. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness für Psychosis. Wiley-Blackwell.

Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A. Dunn, G., Christodoulides, T. et al. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. Lancet, 383 (9926): 1395-403.

Nelson, H. E. (2010). Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen. Ein Therapieleitfaden. Schattauer.

Norman, R. M. G. & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. Psychological Medicine, 31, 381-400.

Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In: H. Häfner, W. F., Gattaz, & W. Janzarik, W. (Eds.). Search for the causes of schizophrenia (297-316). Berlin: Springer.

Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability Stress Model of Schizophrenic Episodes. Schizophrenia Bulletin, 10 (2), 300-312.

Ruhrmann, S. & Schultze-Lutter, F. (2008). Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen. Uni-Med.

Ruhrmann, S., Paruch, J. & Klosterkötter, J. (2010). Klinische Prädiktion und Prävention von Psychosen. Thieme.

Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I. & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. Psychological Medicine, 15, 1-46.

Schultze-Lutter, F., Picker, H. R., Ruhrmann, S. & Klosterkötter, J. (2008). Das Kölner Früh-Erkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ). Evaluation der Inanspruchnahme. Medizinische Klinik, 103 (2), 81-89.

Tandon, R., Keshavan, M. S. & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, »just the facts« what we know in 2008. Epidemiology and etiology. Schizophrenia Research, 102 (1-3), 1-18.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. & Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. Schizophrenia Bulletin, 38 (4), 661-671.

Vauth, R. (2011). Wenn Antipsychotika nicht helfen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei persistierendem Wahn und chronischem Stimmenhören. Nervenheilkunde, 4, 239-244.

Vauth, R. & Stieglitz (2007). Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn. Hogrefe.

von Reventlow, H. G., Krüger-Özgürdal, S., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Heinz, A., Patterson, P., Heinimaa, M., Dingemans, P., French, P., Birchwood, M., Salokangas, R. K., Linszen, D., Morrison, A., Klosterkötter, J.& Juckel, G. (2014). Pathways to care in subjects at high risk for psychotic disorders – a European perspective. Schizophrenia Research, 152 (2-3), 400-407.

Zubin, J., Steinhauer, S. R. & Condray, R. (1992). Vulnerability to Relapse in Schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 161 (suppl. 18), 13-18.

Seminar Praxisgründung und Niederlassung

Themen: Der Weg in die eigene Praxis · Fördermittel für Praxisgründer · Finanzierungsfragen · Steuern · Abrechnung mit der KV · Absicherung der Praxis · Vorsorge für den Praxisinhaber · u.v.m.

Termine: 12./13. Juni 2015 in München, 3./4. Juli 2015 in Stuttgart

Preise (Tagungskosten ohne Übernachtung):

	Nicht-BDP-Mitglieder	BDP-Mitglieder
Normalpreis	189 EUR	149 EUR
Frühbucher (München bis 25.05.2015, Stuttgart bis 10.06.2015)	149 EUR	109 EUR

Weitere Informationen und Anmeldung:

www.bdp-wirtschaftsdienst.de/existenzgruenderseminar

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
Telefon: 030 - 20 91 66 513 · Telefax: 030 - 20 91 66 555 · mail@bdp-wirtschaftsdienst.de · www.bdp-wirtschaftsdienst.de

Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Fit für die Prüfung!

Miki Kandale, Kai Rugenstein

Das Repetitorium

für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2014, 376 Seiten, Broschur
ISBN 978-3-942761-30-7, Bestellnr. 326
42,80 EUR (36,80 EUR für BDP-Mitglieder)

Fachstimmen:

„Das Repetitorium unterscheidet sich wohltuend von einigen anderen Büchern zur Vorbereitung auf die staatliche Prüfung." Ingeborg Kirsch, Ludwigshafen

„Die Vorteile dieses Buches liegen in der stringenten Struktur und der übersichtlichen Aufbereitung, die das Verstehen und Lernen erleichtert." Philipp Victor, Witten

„Den Autoren Miki Kandale und Kai Rugenstein ist wirklich eine hervorragende Alternative der bislang vorliegenden spezifischen Literatur zur Prüfungsvorbereitung gelungen. Absolut empfehlenswert!" Kundenrezension auf amazon.de

BESTELLCOUPON

Einfach ausfüllen und per Post versenden oder noch einfacher per Fax an 030 - 209 166 413

☒ **Ja, ich bestelle aus dem DPV-Verlagsprogramm:**

___ Expl. Miki Kandale, Kai Rugenstein
Das Repetitorium
für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
2014, 376 Seiten, Broschur
ISBN 978-3-942761-30-7, Bestellnr. 326
42,80 EUR (36,80 EUR für BDP-Mitglieder)

Alle Preise inkl. gesetzl. MwSt sowie zzgl. Versandkosten bei Direktbestellung beim Verlag. BDP-Mitglieder zahlen keine Versandkosten. (bitte Mitgliedsnr. angeben!)

Name/Vorname/Titel

Straße/Nr.

PLZ/Ort

BDP-Mitgliedsnr. (falls vorhanden)

E-Mail /Telefon (für Rückfragen)

Datum/Unterschrift

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

WWW.PSYCHOLOGENVERLAG.DE

1501 02