



Leseprobe aus Mehl und Heibach, Therapie-Tools Psychosen,
ISBN 978-3-621-28767-8 © 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28767-8>

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 237

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 256

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

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 Wahnhalte 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 unnormal 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 hineinzusetzen 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.«

