

# STÖRUNGSSPEZIFISCHE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI PSYCHOSEN

23.06.2017, Mainz

BDP Landesgruppe Rheinland-Pfalz

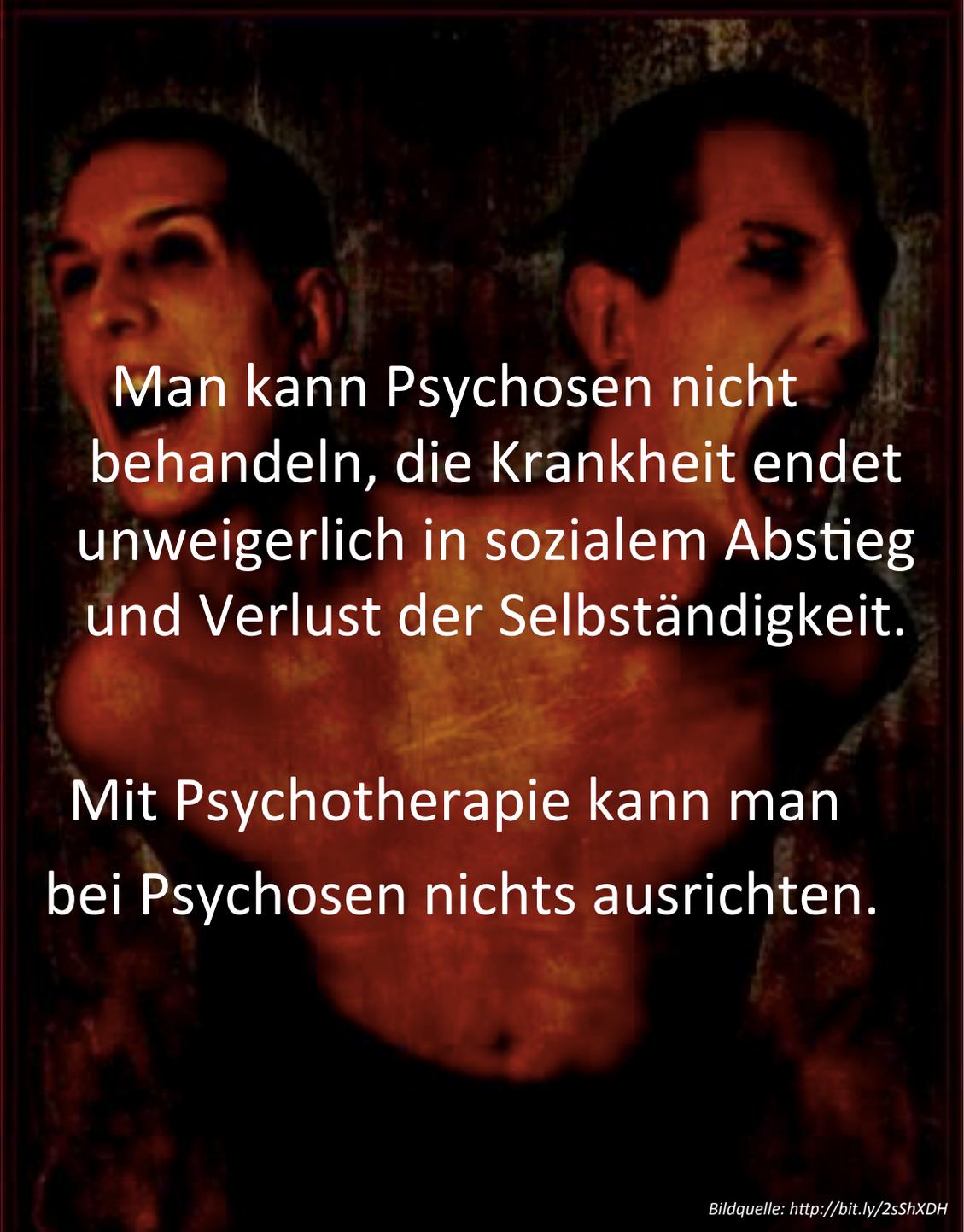
Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Julia Arnhold

Psychologische Psychotherapeutin

[www.psyberlin.com](http://www.psyberlin.com)



Bildquelle: <http://bit.ly/2sShXDH>



Man kann Psychosen nicht  
behandeln, die Krankheit endet  
unweigerlich in sozialem Abstieg  
und Verlust der Selbständigkeit.

Mit Psychotherapie kann man  
bei Psychosen nichts ausrichten.

# EPIDEMIOLOGIE SCHIZOPHRENE PSYCHOSEN

- **Alarmierende Behandlungslücke, insbesondere für die Schizophrenie:** weltweit wird nur eine Minderheit von 31% der Erkrankten behandelt

*Lora et al., 2012*

# AGENDA

- Ätiologie
- Therapieziele, Beziehungsgestaltung und Interventionen bei
  - Wahn
  - Halluzinationen
  - Antriebssteigerung / Erregung / Desorganisation
  - Negativsymptomatik

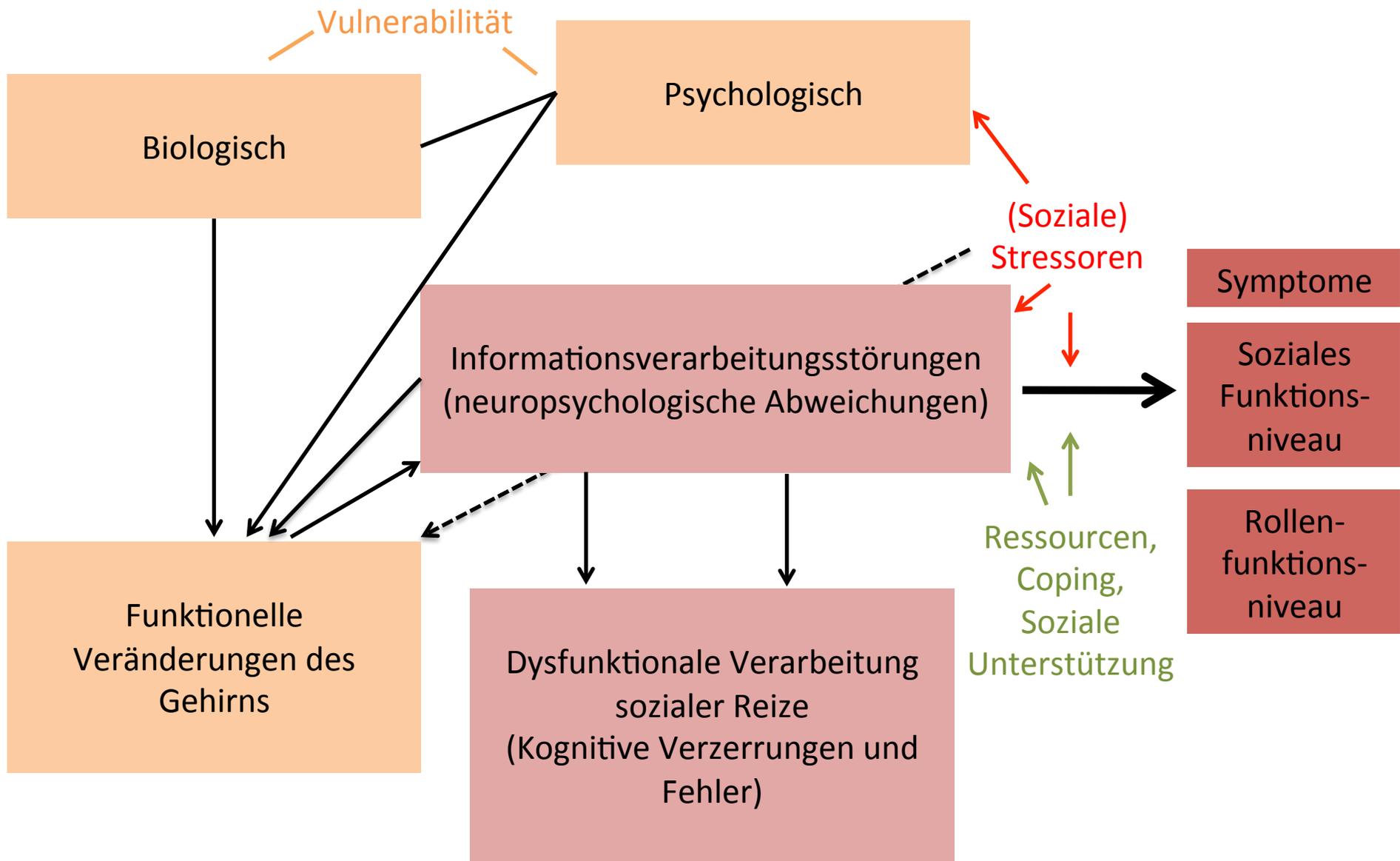
# ÄTIOLOGIE

Multifaktoriell determinierte Genese mit komplexen genetischen Einflüssen, Umwelteinflüssen und Interaktionen Genetik x Umwelt

<b>Genetik</b>	
<i>Gottesman, 1991</i>	
<b>Erkranktes Familienmitglied</b>	<b>Risiko, an Schizophrenie zu erkranken</b>
Ein Geschwister	9%
Dizygoter Zwilling	17%
Monozygoter Zwilling	48%
Ein Elternteil	13%
Beide Eltern	46%
<i>Tienari, 1991</i>	
Leibliche Mutter (adoptiert)	10,3%
Niemand (adoptiert)	1,1%

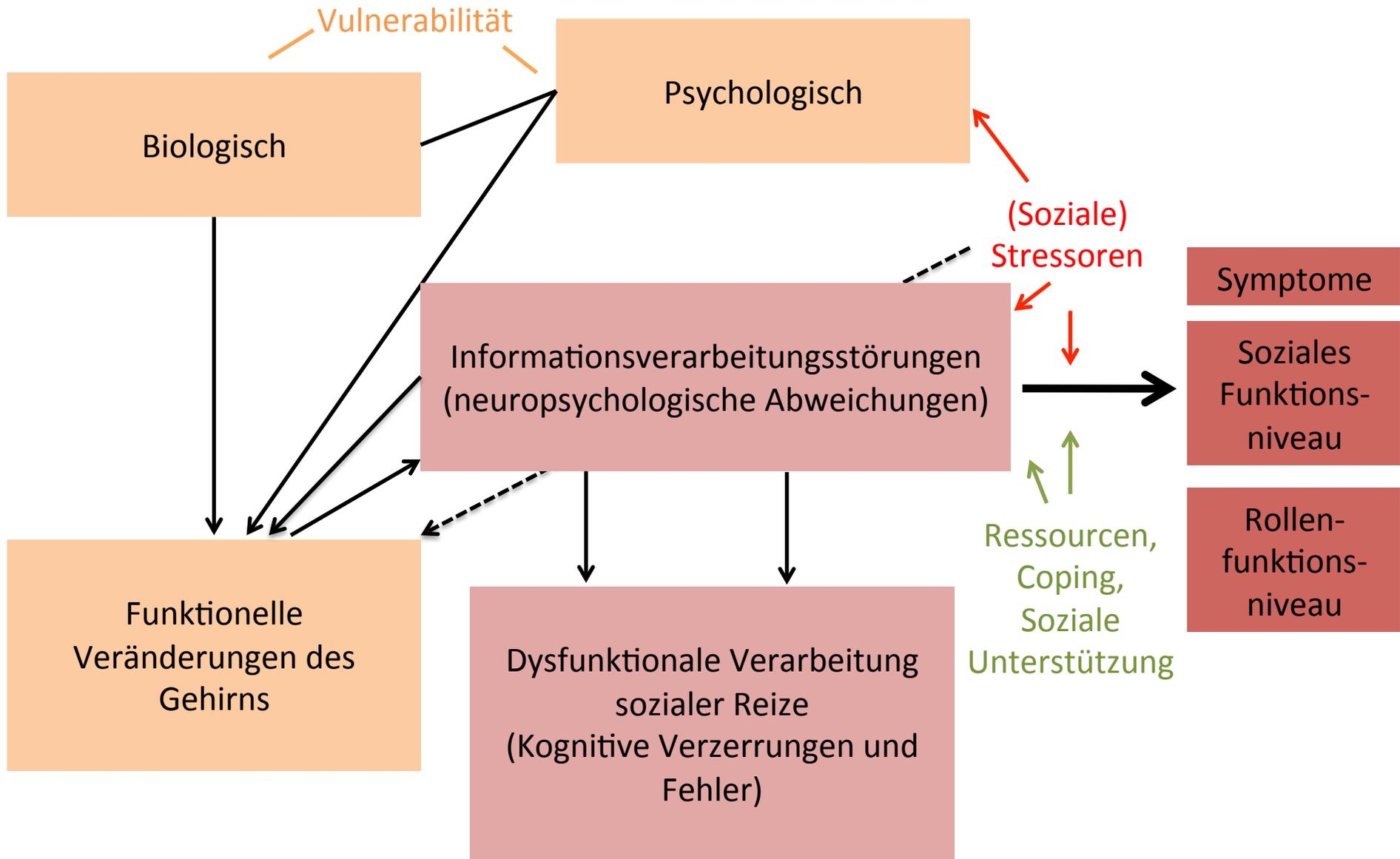
<b>Umwelteinflüsse mit emp. Evidenz</b>
<i>Tandon et al., 2008; van Os et al., 2008</i>
Urbane Umgebung
Migration
Prä- und perinatale Noxen
Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit
(früher) Cannabiskonsum
Schädel-Hirn-Trauma
Soziale Fragmentierung
Subtile, kontinuierliche Alltagsbelastung

# ÄTIOLOGIE – VULNERABILITÄTS-STRESS-BEWÄLTIGUNGSMODELL (VSBM)



nach: Cornblatt et al., 2009; Liberman, Nuechterlein & Wallace, 1982; Nuechterlein & Dawson, 1984, Nuechterlein, 1987

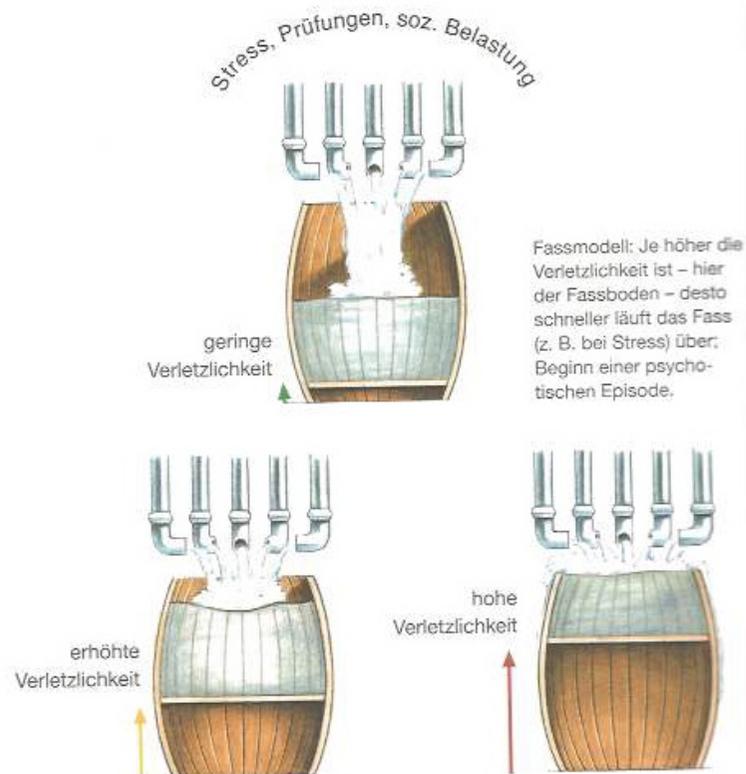
# ÄTIOLOGIE – VULNERABILITÄTS-STRESS-BEWÄLTIGUNGSMODELL (VSBM)



nach: Cornblatt et al., 2009; Liberman, Nuechterlein & Wallace, 1982; Nuechterlein & Dawson, 1984, Nuechterlein, 1987



## Die Verletzlichkeit der Seele – das Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Unter Vulnerabilität (Vulnus lat. = Wunde) wird die „Verletzlichkeit“ oder Empfindbarkeit verstanden, an einer Psychose zu erkranken. Für das Ausmaß der Verletzlichkeit sind verschiedene Faktoren verantwortlich: z. B. genetische Veranlagung, Störungen in der Hirnreifung durch schwere Einschränkungen in der frühen Kindheit, belastende Situationen in der Kindheit, Drogenkonsum usw.

## Die Fass-Metapher

Bäumli & Lambert, 2009, S. 16



Mit fließenden Übergängen können Menschen hinsichtlich ihrer „Verletzlichkeit“ und ihrem Stresserleben in 3 Gruppen eingeteilt werden:

1. Menschen ohne jede Vulnerabilität (Nerven wie Drahtseile, abgebrüht, wenig sensibel) können oft großen Stress ertragen, ohne krank zu werden
2. Menschen mit mittlerer Vulnerabilität bekommen bei gleichem Stresspegel Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder fühlen sich abgeschlagen und unwohl
3. Menschen mit hoher Vulnerabilität (hohe Verletzlichkeit) können beim gleichen Stresspaket psychotisch werden, wenn sie den so genannten „kritischen Grenzbereich“ überschreiten.

Jeder Mensch könnte mit einem Schiff verglichen werden, das auf dem Ozean des Lebens dahinsegelt. Jeder Segler weiß, dass die Län-



ge des Kiels darüber entscheidet, wie gut ein Schiff die Kräfte des Windes in Geschwindigkeit umsetzen kann. **Je länger der Kiel, desto seetüchtiger ist normalerweise ein Schiff.** Im übertragenen Sinne bedeutet ein langer Kiel eine besondere Begabung, aber auch Verletzlichkeit.

Diese Verletzlichkeit kann zum Problem werden, wenn plötzlich im Fahrwasser des Lebens Klippen und Hindernisse – sprich belastende Lebensereignisse und Stress – auftauchen. Diese Gefahr der seelischen Verletzung steigt, wenn sich Ballaststress an Bord befindet, welcher das Boot noch tiefer eintauchen lässt.



Menschen mit einem kurzen oder fehlenden Kiel haben dieses Problem weniger. Sie sind möglicherweise nicht so begabt, so feinfühlig und talentiert wie andere, dafür haben sie aber Nerven wie Drahtseile, sind durch nichts zu erschüttern und können buchstäblich über alle Hindernisse des Lebens hinwegsegeln.

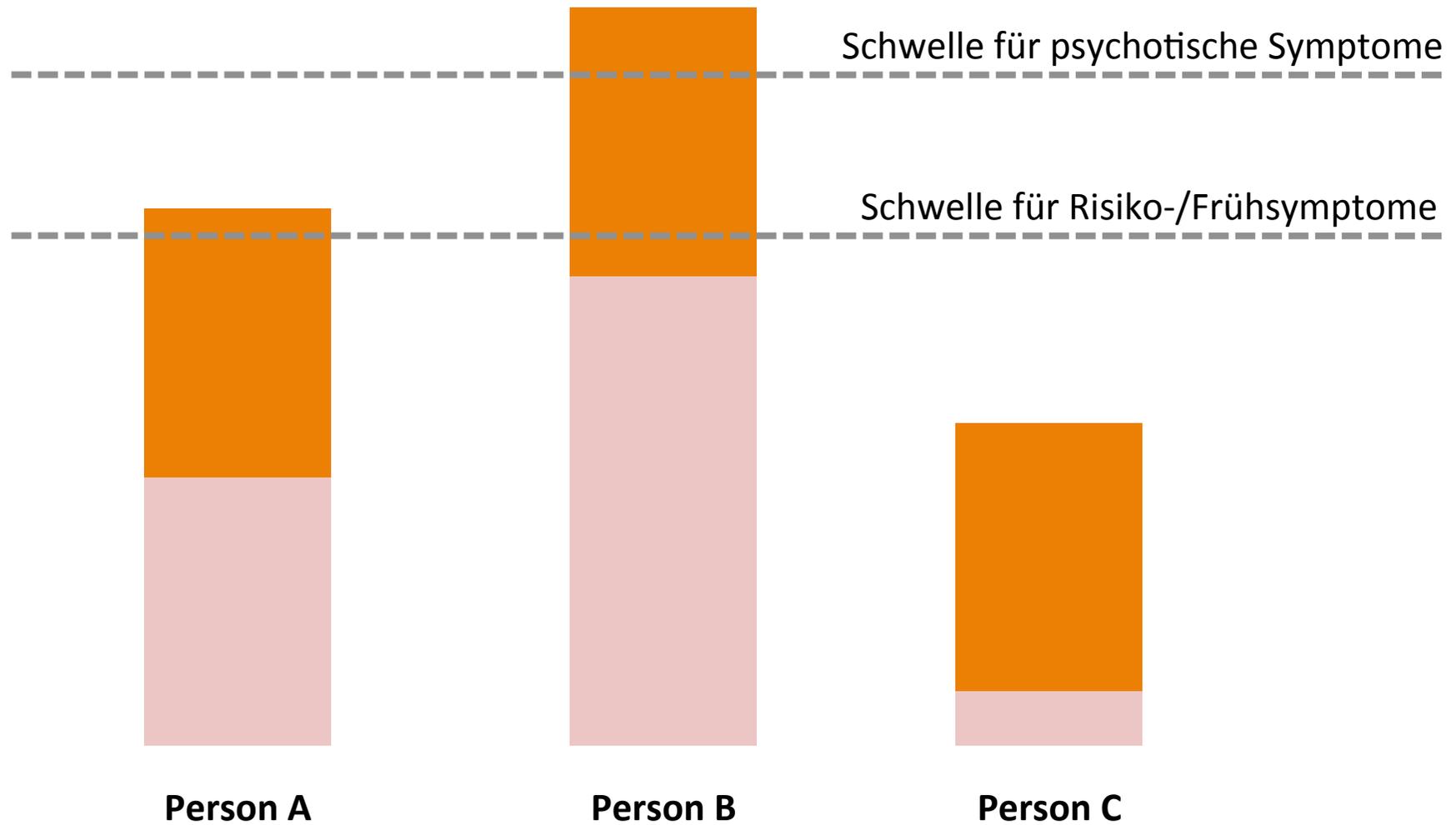
## Die Schiffs-Metapher

Bäumli & Lambert, 2009, S. 16

## Balkenmodell

Stress

Vulnerabilität



nach Bechdolf et al., 2010, S. 182

## ÄTIOLOGIE – KEIN ALLES-ODER-NICHTS-PRINZIP

- Der Grad der Überzeugtheit von Wahninhalten und die Intensität von halluzinatorischem Erleben schwanken situativ in Abhängigkeit von Stresserleben und affektiver Erregtheit

*Huber & Gross, 1977; Blood et al., 1997*

- Dies impliziert einen starken therapeutischen Ansatzpunkt: Ausmaß und Intensität der Symptomatik können durch Ruhe, Entspannung und wohlige Atmosphäre unmittelbar in der Sitzung beeinflusst werden

# ÄTIOLOGIE - KOGNITIVE THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG VON WAHN

Verständnis von Wahn als eine **Annahme**, an der **mit sehr starker Überzeugung** festgehalten wird, die aber **nicht unkorrigierbar** ist.

*Kingdon & Turkington, 2005; Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009*

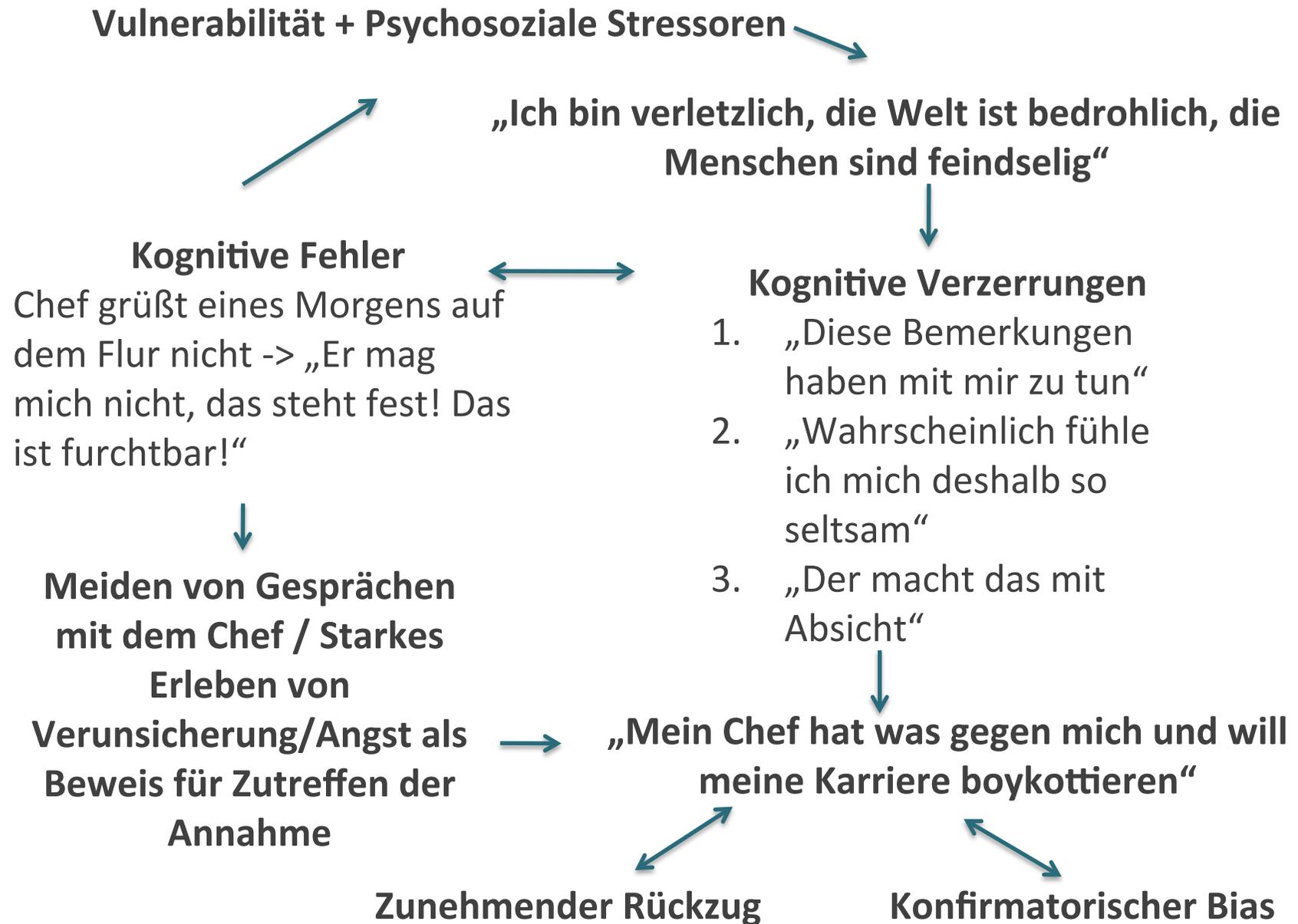
# KOGNITIVES MODELL DES WAHNS

nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009



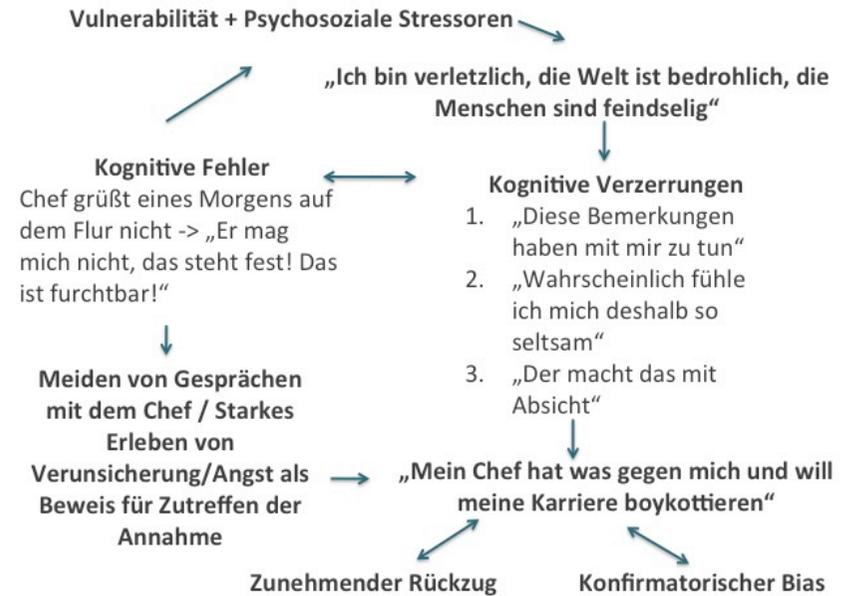
# KOGNITIVES MODELL DES WAHNS

nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009



# KOGNITIVES MODELL DES WAHNS

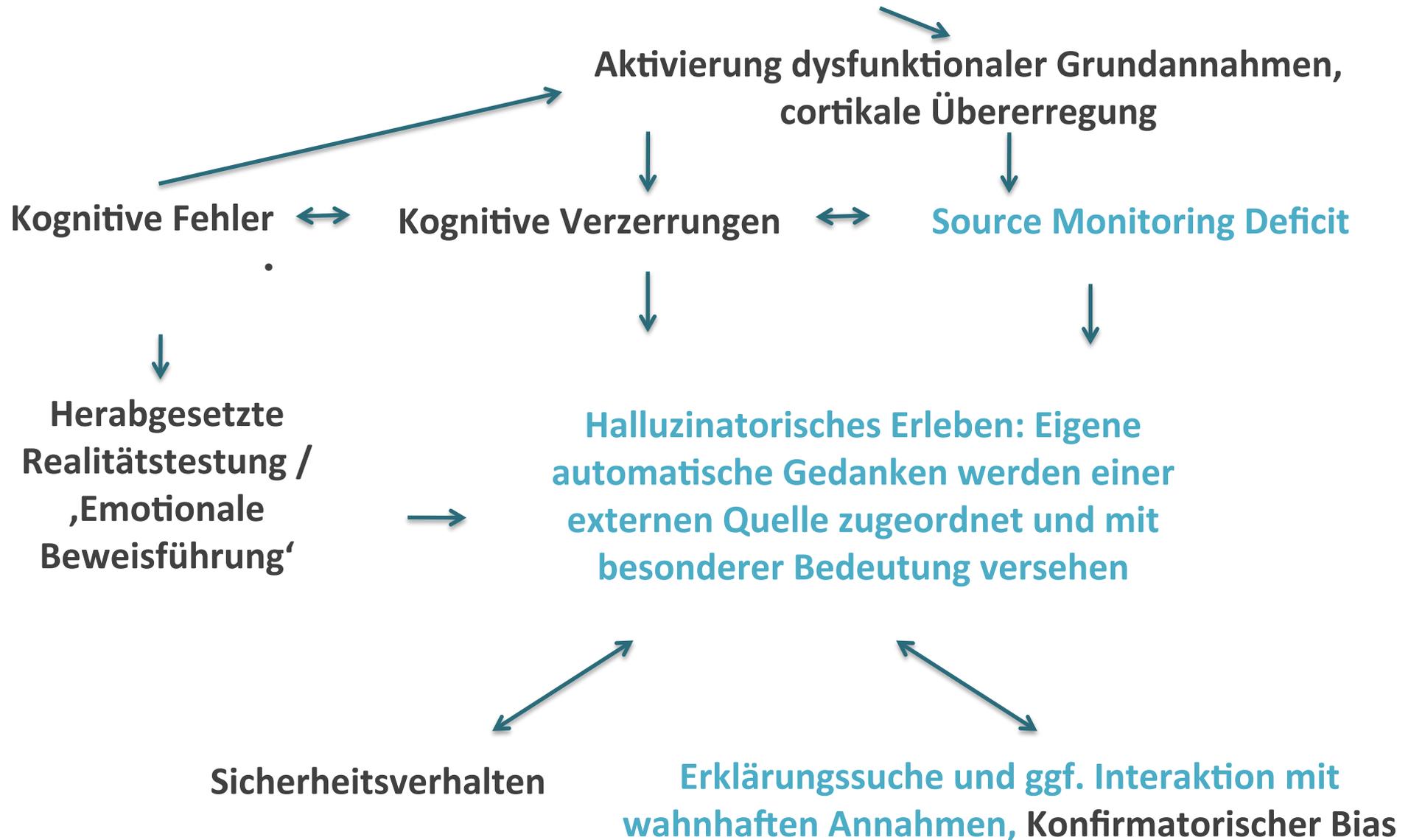
nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009



# KOGNITIVES MODELL HALLUZINATORISCHEN ERLEBENS

nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009; Nelson, 2010; Baker & Morrison, 1998

Vulnerabilität + Psychosoziale und sensorische Stressoren



# KOGNITIVES MODELL HALLUZINATORISCHEN ERLEBENS

nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009; Nelson, 2010; Baker & Morrison, 1998

## Vulnerabilität + Psychosoziale und sensorische Stressoren

„Ich bin wertlos und inkompetent“

**Kognitive Fehler**

Kunde am Telefon ist kurz angebunden -> „Auch er hält mich für eine Niete!“

Meiden von

Leistungssituationen/  
Starke Verunsicherung als Beweis für Zutreffen der Annahme

Zunehmender Rückzug

**Kognitive Verzerrungen**

„Der Chef schaut so kritisch, er missbilligt sicher meine Leistung“ usw.

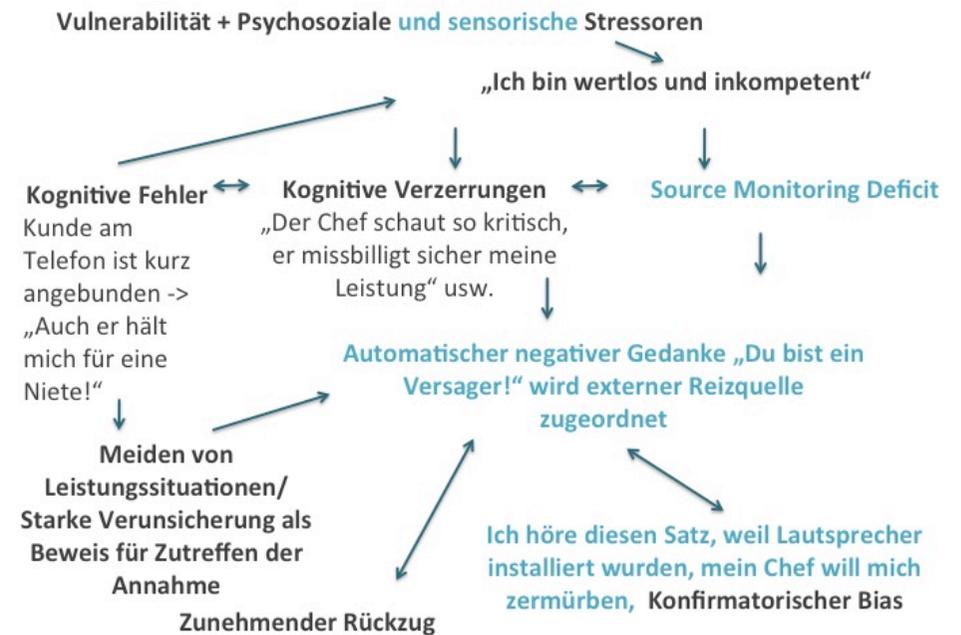
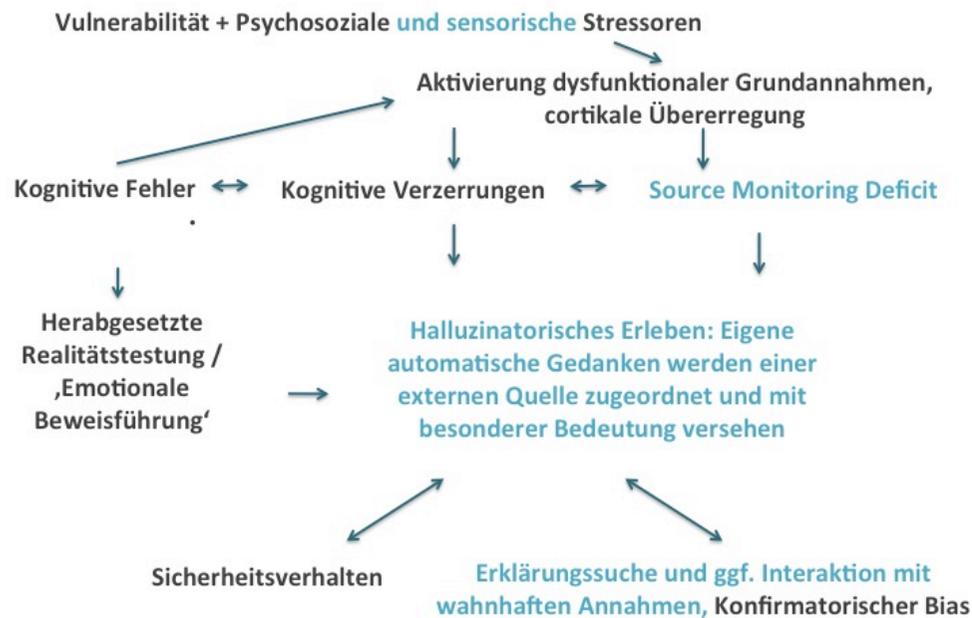
**Automatischer negativer Gedanke „Du bist ein Versager!“ wird externer Reizquelle zugeordnet, es entsteht ein Höreindruck**

**Ich höre diesen Satz, weil Lautsprecher installiert wurden, mein Chef will mich zermürben, Konfirmatorischer Bias**

**Source Monitoring Deficit**

# KOGNITIVES MODELL HALLUZINATORISCHEN ERLEBENS

nach Bentall et al. (1994) Garety et al. (2001), Freeman et al. (2001), Beck et al., 2009; Nelson, 2010; Baker & Morrison, 1998



## Indikationen

- Präpsychotische Prodromalstadien (Empfehlungsstärke A)
- Persistierende Symptomatik bei medikamentöser  
Behandlungsresistenz (Empfehlungsstärke A) 20-30% der Pat.!
- Zur Rezidivprophylaxe als Kombinationsbehandlung  
(Empfehlungsstärke A)
  
- Persistierende Positivsymptomatik bei mangelnder Einsicht in  
die Irrationalität psychotischen Erlebens zur Verbesserung der  
Compliance (Empfehlungsstärke B)

# WIRKSAMKEIT VON PSYCHOTHERAPIE

- Symptomreduktion und rückfallprophylaktische Wirkung nur für Kognitive Verhaltenstherapie nachgewiesen
  - Metaanalyse von 34 KVT-Studien: Effektstärke .35 bis .44 für Positiv- und Negativsymptomatik sowie Stimmung ( $\emptyset$  .4)

*Wykes et al., 2008*

- Vergleichbare Effekte für KVT vs. TAU in spezieller Subgruppe von Patienten, die Medikation ablehnen

*Morrison et al., 2014*

- *Bisher kein* Wirksamkeitsnachweis für psychodynamische /-analytische Therapien, Gesprächspsychotherapien u.a. Verfahren

Meldung der Psychotherapeutenkammer vom 16.10.2014

## „PSYCHOTHERAPIE BEI SCHIZOPHRENIE UNEINGESCHRÄNKT INDIZIERT“

„Psychotherapie ist zukünftig bei einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei einer bipolaren affektiven Störung uneingeschränkt indiziert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passte dazu heute die Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand an. Damit können psychotische Störungen von jetzt an ambulant und in allen Phasen der Erkrankung psychotherapeutisch behandelt werden. Da es sich bei psychotischen Erkrankungen meist um besonders schwere Störungen handelt, die mit erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden sind, ist eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dringend geboten, zumal auch im stationären Bereich die psychotherapeutische Versorgung oft unzureichend ist“ ...

*Gesamte Meldung unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-83.html>*

# KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI PSYCHOSEN

„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 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.“

*Lincoln, 2006, S. 66*

## Therapieziele

- Reduktion der Positivsymptomatik, Förderung der Flexibilität der Denkprozesse
- Reduktion des Leidens und der Behinderung durch Negativsymptomatik, Verbesserung des Funktionsniveaus
- Reduktion von Depression, Angst und Hoffnungslosigkeit
- Vulnerabilitätsschutz durch Aufbau von Medikamenten-Compliance und Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen / Schemata
- Aufbau eines Psychoseverständnisses i.S. eines Empowerments zur Prophylaxe von Rezidiven und sozialer Behinderung

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

## Mögliche Schwierigkeiten

- **Patient ist misstrauisch oder ängstlich**
  - Als Option direkt ansprechen
  - Fragen, was helfen würde
  - Entspannte Atmosphäre herstellen, auf Wünsche eingehen (z.B. Tür offen lassen, rausgehen)
- **Patient ist abgelenkt, unkonzentriert**
  - Mögliches Anzeichen für halluzinatorisches Erleben oder Angst
  - Direkt ansprechen, Entlastung verschaffen, ggf. Thema wechseln oder pausieren

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

## Mögliche Schwierigkeiten

- **Therapie als Stressor: Patient ist emotional oder kognitiv überfordert**
  - Tempo reduzieren
  - Nicht emotionsaktivierend oder provokant vorgehen
  - Einfache Sprache
  - Überschaubare Inhalte, ein Thema pro Sitzung
  - Ausführliche Erläuterung komplexer Sachverhalte
  - Häufige Zusammenfassungen, Wiederholungen, ggf. schriftliches Festhalten

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

## Mögliche Schwierigkeiten

- **Patient ist nicht distanzierungsfähig und sieht daher „kein Problem“**
  - Vielleicht sieht er das Problem nicht darin, psychisch krank zu sein / eine Psychose zu haben: finden Sie heraus, worunter der Patient leidet
- **Therapeut kann Wahninhalte nicht nachvollziehen, was Empathie erschwert**
  - Den Patienten in seinem Gefühl abholen, nicht beim Inhalt
  - Hineinversetzen, was es für Sie bedeuten würde, wenn Sie glaubten, dass ....

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

- **Grundprinzip 1: Empathie, Wärme, Echtheit**
  - Respekt signalisieren, auf Augenhöhe begegnen (ggf. eigene Beispiele für irrationale Interpretationen z.B. bei Stress)
  - Gemeinsame Therapieziele: stressfreieres Leben, unbeschwerter Dingen nachgehen können, die man gerne tut etc.
    - Therapeut ist Verbündeter, „an meiner Seite“, Arbeitsbündnis
    - Therapeut hat keine unausgesprochenen Hintergedanken
  - Humor einfließen lassen, plaudern, „befriending“

## KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

- **Grundprinzip 2: Keine direkte Konfrontation mit Wahninhalten**
  - Verhindert bzw. zerstört Vertrauen, begünstigt Therapieabbruch, Isolierung und Chronifizierung
  - Offenheit gegenüber Erfahrungen des Patienten unterstreichen: alle Optionen in Betracht ziehen, auch die Annahme des Patienten! „Den eigenen Unglauben zurückstellen“ (Nelson, 2010, S. 52)
  - Cave: vermeiden Sie genauso auch Kollusion, stimmen Sie Wahninhalten nicht (explizit oder implizit) zu

# KVT BEI PSYCHOSEN - *BEZIEHUNGSGESTALTUNG*

## **Mythos Fremdaggressives Verhalten**

- Selten
  - Weniger als 2% stationär behandelter Patienten *aller* Diagnosen (AWMF, 2010)
  - Nicht-psychotische Männer zwischen 18 und 26 J. werden mit höherer Wahrscheinlichkeit körperlich gewalttätig als eine Person mit einer Psychose (*Nelson, 2010, S. 144*)
- Ursachen: wahnassoziertes Bedrohungserleben / Angst, imperative Stimmen, Substanzeinfluss
- Wichtigste Präventionsmaßnahme: wertschätzende, validierende, respektvolle und vertrauensvolle Beziehungsgestaltung, Herstellung angenehmer Atmosphäre, Aufrechterhaltung von Ruhe und Entspannung beim Patienten

# KVT BEI PSYCHOSEN - *POSITIVSYMPTOMATIK*

## KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

- **Erster Schritt ist immer die Problemanalyse**
  - Situative Bedingungen für wahnbezogene Gedanken oder Affekte
  - Konsequenzen der Aktivierung wahnbezogener Gedanken
  - Makroanalyse / biographische Anamnese: in welcher Lebensphase sind erstmals wahnbezogene Gedanken aufgetreten?
  - Exploration von Vermeidung / Sicherheitsverhalten

## KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

- **Hinführung zu modifizierenden kognitiven und behavioralen Interventionen** geschieht über die Beziehungsgestaltung, das offene Explorieren und ggf. Informationsvermittlung

## KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

### ***Bevor* modifizierende Strategien zum Einsatz kommen:**

Motivierung des Patienten und Abschätzung, ob eine Modifikation der Überzeugung nicht eventuell verheerende psychische Folgen hätte (Selbstwertverlust, Suizidalität etc.), z.B. mittels 4-Felder-Schema (*vgl. Lincoln, 2006*)

## KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

**Beispiel Herr B.**, 26 J., angestellt in einem Call-Center

Zentrale belastende Annahme:

Kollegen, Vorgesetzte, Mitglieder seiner Kirchengemeinde und mittlerweile auch Fremde im öffentlichen Raum denken er sei pädophil und verbreiten dieses Gerücht überall.

## 4-Felder-Schema: Abschätzung der Konsequenzen der Veränderung einer Überzeugung

Annahme	Überall wird das Gerücht verbreitet, ich sei pädophil	Niemand denkt oder sagt, ich sei pädophil
Realität		
Überall wird das Gerücht verbreitet, ich sei pädophil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich liege richtig</li> <li>• Mein Leben wird durch die Drahtzieher der Gerüchte erschwert, ihr Ziel ist mich fertig zu machen</li> <li>• Ich werde früher oder später vor Gericht und ins Gefängnis gebracht werden</li> <li>• Ich tue gut daran, nicht mehr unter Menschen zu gehen, um das Schlimmste zu verhindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich vertraue Leuten und werde dann in die Pfanne gehauen</li> <li>• Ich bin umsonst in Behandlung</li> <li>• Ich unternehme fälschlicherweise nichts gegen das Komplott und lande vielleicht im Gefängnis</li> <li>• Ich würde mich erstmal besser und entspannter fühlen und könnte wieder einem Alltag nachgehen, an die Zukunft denken</li> </ul>
Niemand denkt oder sagt, ich sei pädophil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich hätte mich getäuscht und muss mir das eingestehen</li> <li>• Würde an meinem Verstand und meiner Wahrnehmung zweifeln</li> <li>• Hätte mich sinnlos von anderen zurückgezogen</li> <li>• Ich könnte wieder arbeiten gehen, wieder mehr unternehmen, wieder mit Leuten in Kontakt kommen</li> <li>• Könnte meine Zukunft planen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bessere Stimmung, Entspannung</li> <li>• Könnte ganz normal arbeiten gehen, meine Freunde sehen, vielleicht eine Freundin kennenlernen</li> <li>• Könnte eine Zukunft planen</li> <li>• Hätte viel mehr Energie und Zeit für wichtige Dinge</li> </ul>

# KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

- **Zentrale Strategie der kognitiven Methoden**
  - Wahn als Ergebnis dysfunktionaler Wahrnehmung und Verarbeitung sozialer Situationen
  - Ergo: Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse modifizieren, d.h. Förderung
    - des Zweifels und der Bereitschaft eigene Annahmen an Erfahrung zu überprüfen
    - der Offenheit für neue Informationen, gleichbedeutend mit dem Abbau der Neigung zu voreiligen Schlussfolgerungen

# KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

- **Kognitive Strategien**

- Therapeutenverhalten gemäß den Grundprinzipien der kognitiven Therapie nach Beck im Sinne des **geleiteten Entdeckens:**
  - unvoreingenommen und interessiert,
  - offen für alle Möglichkeiten,
  - keinen Veränderungsdruck aufbauend,
  - keine Erklärungen vorgebend,
  - logische Widersprüche nicht direktiv aufzeigend

## KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

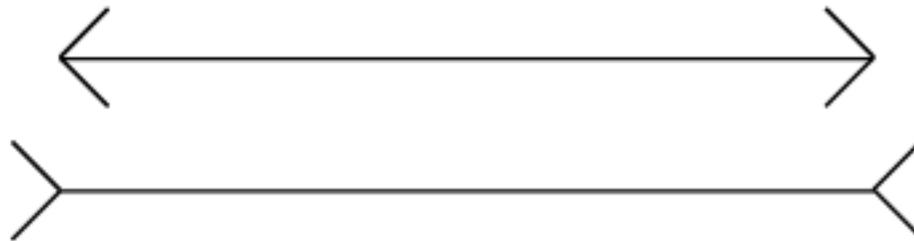
- **Kognitive Strategien**
  - Differenzierung zwischen Wahrnehmung und Interpretation
  - Reduktion selektiver Wahrnehmung
    - Bias mit Fokus auf Bedrohung behutsam explizieren
    - Situationen detailliert und lenkend explorieren
    - Beobachtungs-/Protokollierungsaufgaben
  - Aufdeckung von Fehlschlüssen aufgrund z.B. voreiliger Schlussfolgerung: empathisch, einladend zur **zunehmenden Offenheit gegenüber Erfahrungen / eigene Annahmen in Frage zu stellen**

## KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

**Ggf. spielerische Annäherung an die Förderung der Offenheit  
für neue / weitere Informationen**

# Den Patienten für Realitätsprüfungen motivieren, ihn ermutigen

**Müller-Lyer Illusion:** Welcher Strich ist länger?



Weitere Beispiele für visuelle Illusionen sind im Internet unter dem Suchbegriff „visuelle Illusionen“ zu finden.

Aus: Lincoln: Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie, © 2006 Hogrefe Verlag, Göttingen

# BEISPIEL *FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN*

Wie wahrscheinlich finden Sie die Antwortmöglichkeiten?



- (1) Der Junge ist einem Mann zur Hilfe geeilt, der gerade ausgeraubt wurde.
- (2) Der Junge hilft einem betrunkenen Mann.
- (3) Der Junge hat aus Versehen mit einem Tisch den Mann am Kopf getroffen.
- (4) Zwei alte Bekannte treffen sich auf der Straße.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

# BEISPIEL FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN

Hat sich mit dem neuen Bild etwas in Ihrer Einschätzung verändert?



- (1) Der Junge ist einem Mann zur Hilfe geeilt, der gerade ausgeraubt wurde.
- (2) Der Junge hilft einem betrunkenen Mann.
- (3) Der Junge hat aus Versehen mit einem Tisch den Mann am Kopf getroffen.
- (4) Zwei alte Bekannte treffen sich auf der Straße.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

# BEISPIEL FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN

Bitte beurteilen Sie die  
Wahrscheinlichkeiten erneut!



- (1) Der Junge ist einem Mann zur Hilfe geeilt, der gerade ausgeraubt wurde.
- (2) Der Junge hilft einem betrunkenen Mann.
- (3) Der Junge hat aus Versehen mit einem Tisch den Mann am Kopf getroffen.
- (4) Zwei alte Bekannte treffen sich auf der Straße.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

# BEISPIEL FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN



- (1) Der Junge ist einem Mann zur Hilfe geeilt, der gerade ausgeraubt wurde.
- (2) Der Junge hilft einem betrunkenen Mann.
- (3) Der Junge hat aus Versehen mit einem Tisch den Mann am Kopf getroffen.
- (4) Zwei alte Bekannte treffen sich auf der Straße.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modus 3 Korrigierbarkeit

## BEISPIEL *FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN*

Wie wahrscheinlich finden Sie die  
Antwortmöglichkeiten?



- (1) Der Mann und die Frau stehlen das Auto.
- (2) Der Mann ist mit seiner Geliebten in dem Auto und hofft, dass niemand ihn sieht.
- (3) Der Mann fährt mit seiner Verabredung ins Kino.
- (4) Der Mann bringt eine Schaufensterpuppe in sein Geschäft.

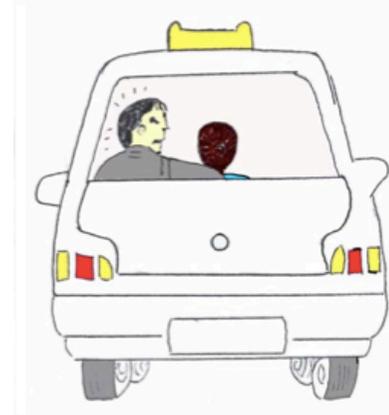
Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

## BEISPIEL *FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN*

Hat sich mit dem neuen Bild etwas in Ihre Einschätzung verändert?



2



3

- (1) Der Mann und die Frau stehlen das Auto.
- (2) Der Mann ist mit seiner Geliebten in dem Auto und hofft, dass niemand ihn sieht.
- (3) Der Mann fährt mit seiner Verabredung ins Kino.
- (4) Der Mann bringt eine Schaufensterpuppe in sein Geschäft.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

# BEISPIEL FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN

Bitte beurteilen Sie die  
Wahrscheinlichkeiten erneut!



1



2



3

- (1) Der Mann und die Frau stehlen das Auto.
- (2) Der Mann ist mit seiner Geliebten in dem Auto und hofft, dass niemand ihn sieht.
- (3) Der Mann fährt mit seiner Verabredung ins Kino.
- (4) Der Mann bringt eine Schaufensterpuppe in sein Geschäft.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

## BEISPIEL *FÖRDERUNG FÜR OFFENHEIT GEGENÜBER NEUEN INFORMATIONEN*



- (1) Der Mann und die Frau stehlen das Auto.
- (2) Der Mann ist mit seiner Geliebten in dem Auto und hofft, dass niemand ihn sieht.
- (3) Der Mann fährt mit seiner Verabredung ins Kino.
- (4) Der Mann bringt eine Schaufensterpuppe in sein Geschäft.

Aus: Moritz et al. (2010), MKT, Modul 3 Korrigierbarkeit

# KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

## **Klassische kognitive Techniken**

## KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

- **Anregen, alternative Erklärungen zu suchen:**

„Ich verstehe Ihre Überlegung. Ich habe mich gerade gefragt, ob es noch weitere Erklärungen für xy geben könnte. Ich schlage vor, dass wir hierüber mal gemeinsam nachdenken. Sind Sie einverstanden?“

- **Distanzierung von Bewertungen:**

„In der Situation erschien es Ihnen also als ob..., hat sich daran etwas geändert, wenn Sie jetzt noch einmal darüber nachdenken?“

## KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

- **Perspektivwechsel:**

„Angenommen, ein guter Freund würde Ihnen von solch einem Erlebnis erzählen, was würden Sie sich dabei denken?“ oder „Was glauben Sie, würde Ihr Bruder / bester Freund in einer solchen Situation tun?“

- **Generierung alternativer Sichtweisen:**

„Haben Sie Ideen, wie das Verhalten von xy noch zu erklären sein könnte?“

- **Beweise sammeln:**

für und wider das Zutreffen eines Wahnhalts

- **Ggf. Lektüre von Erfahrungsberichten ehemaliger Patienten\***

*\* Klingberg, S., Mayenberger, M. & Blaumann, G. (2005). Schizophren? Orientierung für Betroffene und Angehörige. Weinheim: Beltz PVU.*

*Lauveng, A. (2008). Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. btb Verlag.*

*Kompetenznetz Schizophrenie: <http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/index.htm>*

## KVT BEI PSYCHOSEN - *WAHN*

- **Systematisches Beobachten und Durchdenken von Situationen und Realitätstests:** Annahmen „in vivo“ in Frage stellen und an der Realität prüfen

# Befürchtungen überprüfen

---

- Notieren Sie in ihren Tagebüchern das Datum, die Uhrzeit, und die Situation / das Problem, was zu Ihnen gesagt wurde, wie Sie es gedeutet haben .
- Sprechen Sie mit Freunden, Familienangehörigen, etc über die Eintragungen in Ihrem Tagebuch.
- Sprechen Sie mit Ihrem Psychologen oder Arzt über diese Ereignisse.
- Warum beziehen sich diese Ereignisse auf Sie. Gibt es einen bestimmten Grund dafür?
- Stellen Sie Überlegungen an, ob es andere mögliche Interpretationen der Situation gibt.
- Versuchen Sie die Annahmen systematisch zu prüfen.
- Ziehen Sie sich nicht aus diesen Situationen zurück, dies schränkt lediglich Ihr Leben ein.

# Protokoll: Befürchtungen prüfen

<b>Vorbereitung</b>	Um welchen Gedanken bzw. welche Befürchtung geht es?
	Beobachtungssituation beschreiben:
	Erwartung: Was erwarte ich / was wird geschehen:
	Was könnte geschehen, was gegen meine Befürchtung sprechen würde?
<b>Auswertung</b>	Was ist geschehen:
	Schlussfolgerung

Aus Klingberg, Wittorf, Sickinger & Jakobi (2009)

## KVT BEI PSYCHOSEN - WAHN

- **Behaviorale Strategien** zur Reduktion funktionaler Einschränkungen durch den Wahn = Abbau von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten:
  - Personen Vertrauensvorschuss geben
  - Risiken eingehen
  - Nach vorne sehen, persönliche Ziele verfolgen trotz angenommener Bedrohung / Benachteiligung
  - Vertrauen stärken in eigene Möglichkeiten, unabhängig von äußeren Umständen und anderen Personen
- Hilfreiche Ergänzung: **ACT** und **Achtsamkeit**
  - unabwendbarer Erlebnisweisen akzeptieren bei gleichzeitiger Fokussierung wertgeschätzter persönlicher Ziele
  - wahnbezogene Kognitionen und Gefühle wertfrei wahrnehmen ohne nach ihnen zu handeln

## KVT BEI PSYCHOSEN - *HALLUZINATIONEN*

- **Problemanalyse**

- Unter welchen Bedingungen? Wann stärker/schwächer?
  - ggf. Belastungen modifizieren
- Gedanken über Halluzinationen (z.B. woher kommen sie und warum? Warum nicht für andere Menschen wahrnehmbar?)
- Bisherige Bewältigungsversuche?

## KVT BEI PSYCHOSEN - *HALLUZINATIONEN*

- **Problemanalyse**

- Unter welchen Bedingungen? Wann stärker/schwächer?
  - ggf. Belastungen modifizieren
- Gedanken über Halluzinationen (z.B. woher kommen sie und warum? Warum nicht für andere Menschen wahrnehmbar?)
- Bisherige Bewältigungsversuche?

**Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit** in durchschnittlich 47% der Fälle, in speziellen Stichprobe sogar über 70%  
-> bei allen Betroffenen standardmäßig abzuklären!

(zsf. *Gouzoulis-Mayfrank, 2007*)

## KVT BEI PSYCHOSEN - *HALLUZINATIONEN*

- **Kognitive Strategien**

- Psychoedukation zur Entlastung / Entpathologisierung
- Akzeptanz erarbeiten, dass Halluzination Ausdruck eigenen Geistes/Gehirns ist, real erscheint, aber nicht ist
- Logisches bzw. empirisches Disputieren
  - Imperative Stimmen: Macht/Einfluss, Möglichkeiten der Widersetzung disputieren (welche Vor- und Nachteile hat es, der Stimme Folge zu leisten oder nicht?)
  - Beweise sammeln zum Entkräften der Stimmen
  - Bezug zu dysfunktionalen Grundannahmen (biographischen Lernerfahrungen) erarbeiten und diese modifizieren
- Realitätstests

## KVT BEI PSYCHOSEN - *HALLUZINATIONEN*

- **Behaviorale Strategien zur Reduktion funktionaler Einschränkungen durch die Halluzinationen, z.B.**
  - Musik hören (Kopfhörer)
  - Ohrstöpsel tragen
  - Leise mit sich selbst sprechen, singen oder summen; fernsehen, lesen, unterhalten
  - Sich auf die Stimmen konzentrieren (Objektivierung, Distanzierung z.B. durch Protokollierung)
  - Stimmen an- und ausschalten (zunächst willentlich herbeiführen, dann an unwillkürlich auftretenden Stimmen üben)
  - Symptomverschreibung (analog z.B. zu „Grübelstunde“)
  - Körperliche Aktivität
  - PMR
  - Erholungspausen einlegen

# KVT BEI PSYCHOSEN

## – *ERREGUNG/ANTRIEBSSTEIGERUNG UND DESORGANISATION*

- **Situationsanalyse**
- **Belastungsreduktion** (z.B. Entspannungsübungen, körperliche Aktivität, Reduktion von Außenreizen)
- **Strukturierungshilfen**
- **Modifikation dysfunktionaler Kognitionen bzgl. der Symptome**

# KVT BEI PSYCHOSEN – *NEGATIVSYMPTOMATIK*

## KVT BEI PSYCHOSEN - *ANTRIEBSSTÖRUNGEN*

### **Zu beachten:**

- Antriebsstörungen können vor Überforderung schützen (Schutz vor Übersteigen der Vulnerabilitätsschwelle)
- Antriebssteigerung somit auch riskant, daher stets behutsam!
- Unterforderung und mangelnde Tagesstruktur kann jedoch auch zur Belastung werden und Risiken bergen
- Ziel: Erreichen des individuell höchsten Aktivitätsniveaus, das bei gegebener Vulnerabilität aufrecht erhalten werden kann
- Eigenes Maß zählt hier gar nichts: *kleinste Schritte* notwendig!

## KVT BEI PSYCHOSEN - *ANTRIEBSSTÖRUNGEN*

### **Interventionen:**

- **Situationsanalyse**
- **Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen** („Bevor ich nicht wieder gesund bin, kann ich gar nichts tun“; „Wenn es nicht wird wie früher, lohnt es sich gar nicht“ etc.)
- **Aktivitätenplanung und -aufbau** mittels Wochenplan
- Individualisiert ergänzen um Methoden aus z.B. euthymer Therapie, ACT
- Auch bei Negativsymptomatik ist Beziehungsarbeit zentral wichtig!

## KVT BEI PSYCHOSEN - *ANTRIEBSSTÖRUNGEN*

### **Beispiel Frau L., 32 J., Krankenschwester in leitender Position**

- Leidet unter Schwierigkeiten bei der alltäglichen Körperhygiene, duscht ca. alle 14 Tage, sonst „Katzenwäsche“
  - Starker sekundärer Stress durch hohen Leistungsanspruch und Selbstabwertungen
  - Positive Verstärkung kleiner Erfolge wird als „lächerlich“ empfunden
- ↪ Bahnung jeder verändernden Intervention ist die Beziehungsarbeit, v.a. die Validierung des Funktionsverlustes

## KVT BEI PSYCHOSEN – *AFFEKTVERFLACHUNG*

### **Zu beachten:**

- Kann ebenfalls auch Schutzfunktion haben
- Stark gefühlsaktivierende Methoden kontraindiziert

### **Interventionen:**

- **Situationsanalyse**
- **Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen** („Ich fühle gar nichts“, „Ich fühle immer gleich“ etc.) durch gezielte Beobachtung, Benennung auch feinsten Unterschiede

# KVT BEI PSYCHOSEN - MODIFIKATION VON SYMPTOMEN UND VULNERABILITÄTSMINDERUNG – VERÄNDERUNG VON GRUNDANNAHMEN BZW. SCHEMATA

- Klassische Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen sensu Beck oder Ellis  
oder
- Modifikation maladaptiver Schemata sensu Young **ohne** emotionsaktivierende Methoden
  - Adaptation der Schematherapie für die Behandlung von Psychosen erstmals bei Klingberg et al., 2009, S. 45 ff.
  - Spezifische Konzeptualisierung der Psychosen im schematherapeutischen Modell laufend (z.B. Taylor & Harper, 2015, Bortolon et al., 2013, Rebgetz et al., in prep.)

## TAKE-HOME MESSAGE

- **Psychotherapie ist bei Psychosen uneingeschränkt und in allen Krankheitsstadien indiziert und wirksam**
  - **Anzustreben ist im Sinne des State of the Art immer eine Kombinationsbehandlung, aber auch Psychotherapie alleine ist wirksam**
- **Störungsspezifische Beziehungsgestaltung ist (mindestens) ebenso wichtig wie störungsspezifische Interventionen**
- **Eigener Unglaube ist zurückzustellen, es geht nicht darum den Patienten davon zu überzeugen, dass er sich irrt, sondern um eine Flexibilisierung seiner (womöglich verzerrten) Denkprozesse**
- **Biographische Arbeit, Bewältigung (früher) belastender Erfahrungen und Modifikation dysfunktionaler Annahmen / Schemata ist genauso wichtig wie bei anderen Patienten**

## RATGEBER FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

- Bäuml, J. & Lambert, M (2009). *Psychose erkennen, verstehen und behandeln. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige*. Michelstadt: vdm verlag didaktik medien.

(freier Download:

<http://www.psychose.de/downloadarchiv/P-psychoesen-erkennen.pdf>)

- Klingberg, S., Mayenberger, M. & Blaumann, G. (2005). *Schizophren? Orientierung für Betroffene und Angehörige*. Weinheim: Beltz PVU.
- *Psychose: Wege aus der Isolation. Informationen für Patienten und ihre Angehörigen*.

(freier Download: [http://www.psychose.de/downloadarchiv/P-psychoese-wege\\_aus\\_der\\_isolation.pdf](http://www.psychose.de/downloadarchiv/P-psychoese-wege_aus_der_isolation.pdf))

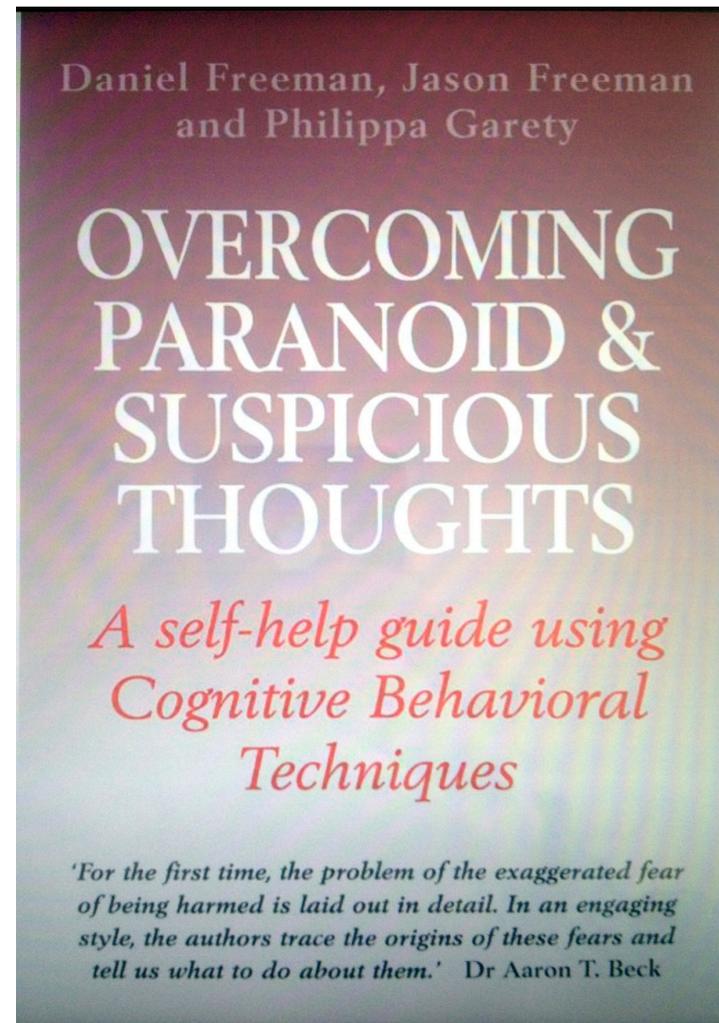
- *Früh erkennen - früh behandeln. Neue Chancen für Menschen mit erhöhtem Psychoseerisiko*.

(freier Download: <http://www.fetz.org/FETZ-Broschuere.pdf>)



## KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHE **SELBSTHILFELITERATUR**

- Freeman, D., Freeman, J. & Garety, P. (2006). *Overcoming paranoid & suspicious thoughts. A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. Robinson.



## ERFAHRUNGSBASIERTE **SELBSTHILFELITERATUR**

- Knuf, A. & Gartelmann, A. (2015). *Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen*. Psychiatrie Verlag.

**Andreas Knuf und Anke Gartelmann (Hg.)**

**Bevor die Stimmen wiederkommen**

**Vorsorge und Selbsthilfe  
bei psychotischen Krisen**

BALANCE ratgeber

## LITERATURHINWEISE

- Bechdolf, A., Veith, V., Güttgemanns, J. & Gross, S. (2010). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Ein Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. & Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research, and Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Häfner, H. (2001). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Verlag C.H. Beck.
- Klingberg, S., Schaub, A. & Conradt, B. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: 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](http://www.psychose-psychotherapieforschung.de/ppp/files/POSITIVE_KVT_Manual_V3.pdf) Stand: 03.09.2015

## LITERATURHINWEISE

- Lincoln, T. (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. Göttingen: Hogrefe.
- Lincoln, T. (2015, Neubearbeitung). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Mehl, S. & Lincoln, T. (2014). *Therapie-Tools Psychosen: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*. Weinheim: Beltz.
- Morris, E.M.J., Johns, L.C. & Oliver, J.E. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness für Psychosis*. Wiley-Blackwell.
- Nelson, H.E. (2010). *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen: Ein Therapieleitfaden*. Schattauer.
- Schultze-Lutter, F. & Ruhrmann, S. (2008). *Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen*. Bremen: UNI-MED.
- Vauth, R. (2006). *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Göttingen: Hogrefe.

# VORTRAGSFOLIEN ZUM DOWNLOAD

Link: <http://bit.ly/2sSjmKd>

Passwort: vsjfa6w9d

Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!