

Leseprobe aus: Mehl, Lincoln, Therapie-Tools Psychosen, ISBN 978-3-621-28155-3
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28155-3>

KAPITEL 1 /

Einführung

Personen, die eine Psychose entwickeln (Schizophrenie, Schizoaffective Störung, Bipolare Störung, Wahnhafte Störung, Kurze psychotische Störung) gehören zu der Patientengruppe, die besonders stark unter den sozialen Folgen ihrer psychischen Störung leidet. Symptome der Störung wie

- ▶ Wahnideen,
- ▶ Halluzinationen,
- ▶ Veränderungen der Sprache,
- ▶ Verlust der Motivation oder des Interesses an ihrer Umwelt

begünstigen Probleme im Familienkreis, mit Freunden und Bekannten. Diese entstehen z. B., weil Angehörige und Freunde versuchen, den Patienten¹ davon zu überzeugen, dass sie nicht verfolgt werden oder weil Patienten sich aufgrund der Angst vor Verfolgung oder der Belastung durch die Halluzinationen zurückziehen. Die Probleme des Patienten, sich zu Aktivitäten zu motivieren, sind häufig ebenfalls Streitthema in Familien oder Wohngemeinschaften, da die Familie oder der Freundes- und Bekanntenkreis annehmen, dass der Patient die Antriebsprobleme leicht durch eigene Kraft überwinden kann (»Er muss sich nur aufraffen«). Auch die Aufnahme einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung ist für viele Patienten unangenehm, da sie sich z. B. dafür schämen, Hilfe von Psychiatern, Psychotherapeuten oder psychiatrischen Kliniken in Anspruch zu nehmen und sich als »verrückt« stigmatisiert fühlen. In den Behandlungsinstitutionen erleben Patienten häufig, dass aufgrund des niedrigen Personalschlüssels wenige Möglichkeiten bestehen, länger über persönliche Probleme (z. B. Ängste, Konflikte) zu sprechen. Nach Ängsten vor Verfolgung oder aufgrund von Stimmen wird eher selten gefragt, da viele Behandler noch immer annehmen, dass das Gespräch mit den Patienten über deren individuelle Erfahrungen und Ängste dazu führt, dass die Wahnsymptomatik zunehmen könnte bzw. die Halluzinationen stärker werden könnten. Die Patienten erleben also oft, dass die Behandler sich scheuen, mit ihnen über ihre persönlichen Erfahrungen zu sprechen, und diese stattdessen relativ schnell als Symptome einer Schizophrenie klassifizieren.

Medikamentöse Behandlung und/oder Psychotherapie?

Viele Behandler versuchen, die Einsicht der Patienten in ihre »Erkrankung« sowie deren Akzeptanz zu fördern und präsentieren den Patienten häufig die medikamentöse Behandlung sowie sozialpsychiatrische Hilfen als einzige Behandlungsformen. Dabei ist die medikamentöse Behandlung in dieser Patientengruppe nicht immer suffizient. Die Responderrate liegt – genau wie bei internistischer Medikation für chronische Erkrankungen (Diabetes, Hypercholesterinämie, Hypertonie, etc.) – in Metaanalysen nur bei etwa 40 Prozent (Leucht et al., 2008). Ein Großteil der Patienten reduziert im Zeitverlauf entweder eigenverantwortlich die Dosis der antipsychotischen Medikation oder nimmt diese nicht mehr ein. Die medikamentöse Non-Compliance liegt etwa bei 40 bis 70 Prozent (Goff, 2011). Meist steht diese mit unangenehmen oder nicht

1 Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form verwendet.

tolerierbaren Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikation (Kao & Liu, 2010), mit der Überzeugung, dass psychologische Faktoren und nicht biologische Faktoren zu der Entwicklung der Störung führten (Wiesjahn et al., 2014) sowie mit Positivsymptomen (Beeinträchtigungswahn in Bezug auf den behandelnden Arzt; Stimmen, die Befehle geben), Negativsymptomen (Antriebsmangel) oder anderen Symptomen einer psychischen Erkrankung in Beziehung (Donohoe et al., 2001; Kao & Liu, 2010; Wiesjahn et al., 2014). Die unregelmäßige Medikamenteneinnahme oder das spontane Absetzen führen häufig zu einer erneuten psychotischen Episode (Mason et al., 1996), die unter Umständen auch mit zusätzlichen neuropsychologischen Funktionseinschränkungen und sozialen Problemen verbunden sein kann und die Reintegration der Betroffenen in ihren Alltag und die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt erschweren kann. Etwa bei der Hälfte der Patienten bestehen ebenfalls andere komorbide psychische Störungen (z. B. Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, Depressionen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen; Buckley et al., 2009), die Patienten benötigen häufig für diese Störungen ebenfalls eine psychotherapeutische Behandlung (Donohoe et al., 2001).

Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, für Patienten mit Psychosen zusätzlich zu der medikamentösen Behandlung und sozialtherapeutischen Interventionen auch Kognitive Verhaltenstherapie anzubieten. Diese beinhaltet den Aufbau einer tragfähigen Beziehung mittels gesprächstherapeutischer Techniken und einer empathischen und entpathologisierenden Haltung, die Entwicklung individueller Erklärungsmodelle für psychotische Symptome, die Vermittlung von Strategien zum Umgang mit belastenden Symptomen, die gezielte Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen und zugrundeliegender dysfunktionaler Überzeugungen sowie Interventionen zur Rückfallprävention (Lincoln, 2014). Kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen erwies sich in Metaanalysen als Behandlungsmethode in Kombination mit antipsychotischer Medikation als erfolgreich. Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und das allgemeine soziale Funktionsniveau verbessern sich, depressive Symptome werden reduziert und die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Wiederaufnahme wird gesenkt (Wykes et al., 2008). In einer ersten Pilotstudie und einer randomisiert-kontrollierten Studie war KVT auch bei Patienten, die zusätzlich keine antipsychotische Medikation erhielten, sogar wirksamer als eine Standardbehandlung (Morrison et al., 2012, 2014).

Auch im deutschsprachigen Raum wurden aktuell zwei Wirksamkeitsstudien erfolgreich abgeschlossen. Kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich in einer multizentrischen Studie (»Positive-Studie«: Klingberg et al., 2010, 2011) bei ambulanten Patienten mit persistierender Positivsymptomatik als wirksamer in Vergleich zu einer unspezifischen supportiven Psychotherapie. In der zweiten randomisiert-kontrollierten Studie (Lincoln et al., 2012) erwies sich Kognitive Verhaltenstherapie auch in der ambulanten psychotherapeutischen Routine-Versorgung als wirksamer, machbarer und empfehlenswerter Ansatz.

Aktuelle Weiterentwicklungen des KVT-Ansatzes für die Behandlung von Psychosen

Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychosen befindet sich in einem stetigen Weiterentwicklungsprozess. Damit ist die Hoffnung verbunden, die Effektivität des Ansatzes weiter steigern zu können. Dies soll einerseits über ein besseres Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychotischen Symptome erfolgen, andererseits durch die Entwicklung spezifischer Interventionen für spezifische Zielgruppen. Ein aktueller Fokus der Weiterentwicklung Kognitiver Verhaltenstherapie liegt auf der Verbesserung des Behandlungserfolgs für Patienten mit Negativsymptomatik. Unter Verwendung eines für diese Gruppe adaptierten individualisierten Ansatzes konnten in einer Studie der Arbeitsgruppe um A.T. Beck (Grant et al., 2012) sogar Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik, niedrigem sozialen Funktionsniveau und ausgeprägten neuropsychologischen Defiziten über 18 Monate erfolgreich behandelt werden. Ähnliche Ergebnisse konnten in einer ersten Pilotstudie auch mit einer kürzeren Behandlungsdauer erreicht werden (Staring et al., 2013). Andere Forschergruppen haben sich auf die Wirksamkeit spezifischer kognitiv-behavioraler Interventionen für Wahn konzentriert. Sie konnten zeigen, dass z.B. Interventionen zur Reduktion des Grübelverhaltens (Foster et al., 2010), zur Verbesserung der Schlafqualität (Freeman et al., 2013) oder Interventionen zur Reduktion spezifischer kognitiver Denkverzerrungen (Reasoning training: Ross et al., 2011) zu einer Reduktion von Wahn führten. Zusätzlich wurden spezifische Interventionen für komorbide psychische Erkrankungen entwickelt und in ihrer Wirksamkeit untersucht, z.B. narrative Kognitive Verhaltenstherapie (Jackson et al., 2009, 2011) oder expositionsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychosen und komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung (de Bont et al., 2013; van den Berg & van der Gaag, 2012).

Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie in der Psychosenbehandlung

Neben der Weiterentwicklung klassischer KVT-Ansätze wurden im letzten Jahrzehnt Interventionen und Therapien entwickelt und in ihrer Wirksamkeit getestet, die der sogenannten »dritten Welle« der Verhaltenstherapie zuzurechnen sind (Hayes, 2004). Gemeinsam ist diesen Therapieansätzen, dass ungünstige automatische Gedanken nicht mehr direkt durch kognitive Interventionen und Verhaltensexperimente verändert werden, sondern dass den Patienten zunächst Strategien zum verbesserten Umgang mit den dysfunktionalen Gedanken vermittelt werden. Ziel der Interventionen ist es, dass die Patienten (metakognitive) Einsichten über eigene dysfunktionale Gedanken oder Symptome erlangen und weniger automatisiert auf diese reagieren. Häufig wird dies durch das Training von Achtsamkeit erreicht, einer bestimmten Form der Aufmerksamkeit, die bewusst auf den aktuellen Moment gerichtet, aber nicht bewertend ist (Kabat-Zinn & Kappen, 2013).

Zu diesen neuen Therapien wird z.B. die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Mindfulness based Cognitive Therapy, MBCT) gezählt (Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002), in der den Patienten Akzeptanz für die belastenden Symptome vermittelt wird. Zusätzlich werden Meditationstechniken eingeübt, die dazu dienen, Achtsamkeit zu trainieren und die eigene Auf-

merksamkeit gezielt steuern zu können. Im Bereich der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie implementierte Chadwick (2006) in der sogenannten »Person-based Cognitive Therapy« Techniken der achtsamkeitsbasierten Therapie und kombinierte diese mit Elementen der Gesprächspsychotherapie nach Rogers (1961) und klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken. Neben Techniken zur Veränderung dysfunktionaler Bewertungen (z. B. die ABC-Schema- Technik) werden mit den Patienten Achtsamkeitstechniken trainiert, um sie darin zu unterstützen, weniger dysfunktional auf störende und belastende Symptome (z. B. Stimmen) zu reagieren. Zusätzlich werden schematherapeutische Interventionen wie Dialoge mit leeren Stühlen eingesetzt, um z. B. dysfunktionale Schemata der Patienten in deren gedanklicher Interaktion mit den Stimmen zu identifizieren und das Selbstbewusstsein der Patienten gegenüber den Stimmen sowie die Beziehung der Patienten zu ihnen zu verbessern. Weitere Interventionen konzentrieren sich auf den negativen Selbstwert der Patienten. Ziel dieser Interventionen ist es, dass Patienten metakognitives Wissen darüber erwerben, in welchen Situationen bei ihnen negative Selbstschemata aktiviert werden und wie sie diese Aktivierung erkennen können. Ebenfalls werden Möglichkeiten erarbeitet, positiven Selbstschemata mehr Raum im Leben der Patienten zu geben. Die »Person-based Cognitive Therapy« erwies sich in einer ersten Pilotstudie als wirksam (Dannahy et al., 2011), weitere Analysen ihrer Effektivität im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien stehen noch aus.

Ziel der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Hayes et al., 1999) ist es, Patienten eine höhere Toleranz und eine akzeptierende Haltung für ihre Symptomatik zu vermitteln. Dies erfolgt durch Meditationsübungen, in denen die Patienten erproben, auf dysfunktionale Gedanken nicht emotional zu reagieren, sondern diese »an sich vorbeiziehen zu lassen«. Zusätzlich werden wichtige Lebensziele thematisiert und die Patienten werden motiviert, diese Lebensziele trotz störender Symptome und belastender Gedanken zu realisieren. In einer randomisiert-kontrollierten Untersuchung war eine vierstündige Therapie im Vergleich zu einer Wartebedingung bei stationären Patienten mit Schizophrenie sowohl in der Symptomreduktion als auch in der Prävention von stationären Wiederaufnahmen erfolgreich (Bach & Hayes, 2002; Bach et al., 2012; Gaudiano & Herbert, 2006), jedoch stehen weitere Replikationen noch aus.

Die Grundidee der »Compassion-focused Therapy« bzw. des »Compassionate Mind Training« (Gilbert, 2010), das sehr gut mit klassischer Kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert werden kann, besteht darin, die Beziehung der Patienten zu sich selbst zu verbessern, indem Scham und Selbstkritik reduziert werden. Den Patienten werden Techniken vermittelt, um mehr Mitgefühl für sich selbst zu entwickeln, sensibler mit sich selbst umzugehen und eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu realisieren. Zu diesem Zweck werden klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken (z. B. der sokratische Dialog), aber auch imaginative Interventionen eingesetzt (z. B. wird durch imaginative Verfahren das Bild des »inneren Kritikers« positiv verändert). Der Ansatz erwies sich in einer Pilotstudie mit Patienten mit akuter Symptomatik im Gruppensetting (Laithwaite et al., 2009) und in einer randomisiert-kontrollierten Studie als wirksam (Braehler et al., 2013). In einer Studie an gesunden Teilnehmern konnte zudem gezeigt werden, dass eine einzige kurze Intervention aus der Compassion-focused Therapy geeignet war, um paranoide Gedanken zu reduzieren, und dass dieser Effekt über einen Rückgang negativer Emotionen vermittelt wurde (Lincoln et al., 2013). Da viele Patienten mit Psychosen unter

Schwierigkeiten der Emotionsregulation (Livingstone et al., 2009) und unter negativen Selbstschemata und einem geringen Selbstwert leiden (Kesting & Lincoln, 2013; Thewissen et al., 2008, 2011), scheint dies ein erfolgversprechender Ansatz zu sein.

Ein Ansatz, der eine Zwischenstellung zwischen klassischen kognitiven Remediationsprogrammen und Kognitiver Verhaltenstherapie einnimmt, ist das Metakognitive Training (Moritz & Woodward, 2007). Patienten werden zunächst metakognitive Informationen über kognitive Verzerrungen/kognitive Biase vermittelt, die bei Patienten mit Wahnsymptomatik häufig auftreten und in psychologischen Modellen als Mediatoren der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Wahn und Halluzinationen angesehen werden (Freeman et al., 2002; Garety et al., 2007). Die Patienten werden dann im Gruppensetting trainiert, ihre eigenen kognitiven Verarbeitungsstile zu verändern. Sie erlernen z. B., weniger voreilige Schlussfolgerungen zu treffen oder für belastende Situationen eine ausgewogenere Ursachenzuschreibung vorzunehmen. Ebenfalls wird mit ihnen trainiert, Emotionen und Verhalten anderer Menschen in sozialen Situationen besser interpretieren und vorhersagen zu können. Das Metakognitive Training wird ebenfalls in der Einzeltherapie eingesetzt, entweder in Form der im Internet erhältlichen Materialien (http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_17380.php) oder in Form einer zwölfstündigen manualbasierten individuellen Therapie, dem Metakognitiven Training Plus (MKT+; Moritz et al., 2011). Die Therapie enthält einige Elemente der Kognitiven Verhaltenstherapie (Problemmodell, Rückfallprophylaxe, Vermittlung von Informationen über kognitive Verzerrungen), konzentriert sich aber insbesondere auf kognitive Verzerrungen im Alltag der Patienten, analysiert soziale Situationen und vermittelt Techniken, um sich in diesen Situationen weniger stark durch dysfunktionale kognitive Verzerrungen leiten zu lassen. In randomisiert-kontrollierten Studien zeigte das Metakognitive Training bereits erste Erfolge im Hinblick auf die Tendenz, voreilige Schlussfolgerungen zu treffen sowie hinsichtlich der Belastung der Patienten durch wahnhaftige Überzeugungen (Aghotor et al., 2011; Moritz et al., 2013).

Insgesamt lässt sich zu den dargestellten »Dritte Welle«-Therapien bemerken, dass diese generell vielversprechende neue Ansätze für Patienten mit Psychosen anbieten können. Ob diese insbesondere Patienten helfen können, für die aktuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze nicht hinreichend wirksam sind, wird sicher weiter untersucht werden. Ein weiterer Vorteil einiger der »Dritte-Welle«-Therapieformen ist, dass sie eher transdiagnostisch angelegt sind und somit möglicherweise bessere Behandlungsmöglichkeiten für komorbide Störungen bieten, unter denen ca. 50 Prozent der Patienten leiden (Buckley et al., 2009).

Implementierung der Kognitiven Verhaltenstherapie in die stationäre und ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Psychosen

Vor dem Hintergrund zahlreicher Wirksamkeitsnachweise Kognitiver Verhaltenstherapie und ihrer Weiterentwicklungen der »dritten Welle« stellt sich die Frage, ob die durch aktuelle Behandlungsleitlinien verbreitete Empfehlung Kognitiver Verhaltenstherapie für *alle* Patienten mit Schizophrenie im klinischen Alltag ankommt, die Leitlinienempfehlungen also umgesetzt werden (NICE, 2008; Gaebel et al., 2009, S. 208).

Im stationären Bereich ist die Integration Kognitiver Verhaltenstherapie in die Regelversorgung aufgrund der Kosten möglicher zusätzlicher Arzt- und Psychotherapeutenstellen nur in wenigen Kliniken vollzogen. Es wäre wünschenswert, auch Patienten mit akuter Symptomatik zumindest einzelne Module der Kognitiven Verhaltenstherapie anbieten zu können (z. B. die Entwicklung eines individuellen Problemmodells oder eine individuelle Rückfallprophylaxe), die einen Grundstein für eine ambulante Weiterbehandlung bilden könnten.

Im ambulanten Bereich scheitert die Behandlung häufig daran, dass Patienten mit Psychosen keinen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten finden. In Deutschland erfordert die Organisation eines ambulanten Therapieplatzes aufgrund von wenigen verfügbaren Therapieplätzen, langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz von einem halben bis zu einem Jahr und komplizierten Verhandlungen mit der Krankenkasse über Kostenerstattungsverfahren im Rahmen des §13 (3) des Sozialgesetzbuchs V eine sehr hohe Behandlungsmotivation. Diese besteht bei Patienten mit Schizophrenie aufgrund vorhandener Antriebsprobleme häufig nicht in dem Maß wie bei Patienten mit anderen psychischen Störungen. Auch schildern viele Patienten, von ambulanten Psychotherapeuten zurückgewiesen worden zu sein, mit der Begründung, dass diese sich die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie nicht zutrauten oder dass diese dafür nicht hinreichend ausgebildet seien. Viele ambulante Psychotherapeuten scheuen sich möglicherweise auch, rare Behandlungsplätze an Patienten mit Schizophrenie zu vergeben, die dafür bekannt sind, aufgrund von Antriebsproblemen oder stationären (Wieder-)Aufnahmen Termine nicht immer so regelmäßig wahrzunehmen wie andere Patientengruppen. Eventuell erfolgt die seltene Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie durch behandelnde Ärzte ebenfalls vor dem Hintergrund der bekannten Schwierigkeiten, Psychotherapieplätze für diese Patienten zu bekommen.

Der Aufbau des Buches

Somit ist eines der wichtigsten Ziele des vorliegenden Buchs, Psychotherapeuten² im ambulanten und stationären Bereich, die psychologische Therapie für Patienten mit Psychosen anbieten möchten, zu motivieren, dies zu tun. Wir hoffen, dass die zahlreichen Arbeitsblätter Ihnen den Einstieg in die Therapie mit dieser spannenden Patientengruppe erleichtern. Schwerpunkt des Buches bilden bewährte Arbeitsblätter der »klassischen« Kognitiven Verhaltenstherapie, da zahlreiche wissenschaftliche Studien und Metaanalysen die Wirksamkeit dieses Verfahrens belastbar belegen können. Von den Ansätzen der »dritten Welle der Verhaltenstherapie« greifen wir primär Interventionen aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und der Person-Based Cognitive Therapy auf, da diese sehr gut in Ergänzung zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen verwendet werden können und wir mit diesen Interventionen schon viele positive Erfahrungen gemacht haben. Interventionen aus dem metakognitiven Training eignen sich hervorragend, um ergänzend eingesetzt zu werden und damit kognitive Verzerrungen zu verändern, diese sind online erhältlich (<http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/in->

2 Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form verwendet.

dex_17380.php). Die Interventionen sind den einzelnen Themenbereichen zugeordnet. Das Kapitel 8 befasst sich zudem ganz spezifisch mit Interventionen der »dritten Welle«.

Kapitel 2 enthält Arbeitsblätter, die beim Aufbau der therapeutischen Beziehung mit psychotischen Patienten Unterstützung bieten. Das diagnostische Vorgehen wird im Kapitel 3 thematisiert und wichtige Fragen zu Symptomen und typischen Problemen der Patienten in Form von Arbeitsblättern vorgestellt. Zusätzlich stellen wir einige der am häufigsten verwendeten Interviews und Fragebögen vor. Die gemeinsame Entwicklung eines kognitiven Problem- oder Arbeitsmodells mit dem Patienten wird in Kapitel 4 thematisiert. Kapitel 5 widmet sich der emotionalen Stabilisierung von Patienten mit Psychosen und stellt Techniken zum Aufbau einer Tages- und Schlafstruktur, der Wiederaufnahme positiver Aktivitäten, dem Abbau von Grübeln und Sicherheitsverhaltensweisen vor. Kapitel 6 thematisiert den Umgang mit Wahngedanken und Halluzinationen. Kapitel 7 beschreibt Techniken zur Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen. Spezifische Interventionen der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie werden in Kapitel 8 vorgestellt. Techniken zur Information über antipsychotische Medikation (Wirkung und Nebenwirkungen), zur Identifikation von Warnsignalen und zur Rückfallprävention sind Kapitel 9 zu entnehmen.

Einführung in die Arbeitsblätter

Das Manual enthält in jedem Kapitel ganz verschiedene Arbeitsblätter. Es gibt





- ▶ Arbeitsblätter, die Interventionstechniken erklären und Handlungsanweisungen für den Therapeuten erhalten;
- ▶ Arbeitsblätter, die der Therapeut dem Patienten vorliest (z. B. Achtsamkeitsübungen);
- ▶ Arbeitsblätter zur Vermittlung bestimmter Themen (z. B. Informationen über die Psychose);
- ▶ Arbeitsblätter zur Durchführung bestimmter Therapieinterventionen mit dem Patienten.

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

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

T »Therapeut/in«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für den Therapeuten selbst gedacht sind.

P »Patient/in«: Mit diesem Icon ausgehändigte Arbeits- oder Informationsblätter werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.

-  »Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  »Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.
-  »Input fürs Köpfchen«: Hier werden Anregungen zum Weiter- und Ums-Eck-Denken gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten oder Fortführungen der jeweiligen Übung.
-  »Ganz Ohr«: Dieses Icon kennzeichnet Übungen, die der Therapeut dem Patienten vorliest, der mit geschlossenen Augen zuhört.

AB 4/



Wichtige Fragen zur Exploration im Erstgespräch



Erfassung der Probleme und Lösungen des Patienten

- ▶ Was führt Sie hierher?
- ▶ Unter welchen Problemen leiden Sie zurzeit? Welche Probleme stehen für Sie im Vordergrund?
- ▶ Gibt es Probleme, die Sie ändern möchten?
- ▶ Was ist das besonders Belastende an diesem Problem?
- ▶ Was denken/fühlen Sie, wenn das Problem auftritt?
- ▶ Wie verhalten Sie sich gewöhnlich in einer solchen Situation (in der das Problem auftritt)?
- ▶ Seit wann leiden Sie unter dem Problem?
- ▶ Was haben Sie bisher unternommen, um das Problem zu lösen? Was war hilfreich? Was war nicht hilfreich?
- ▶ Haben Sie eine Erklärung dafür, warum Sie dieses Problem haben?
- ▶ Gibt es denn auch Bereiche, in denen Sie gut zurechtkommen?
- ▶ Welche Dinge gelingen Ihnen gut?
- ▶ Was sind Ihre Stärken?
- ▶ Haben Sie enge Freunde oder Bekannte? Was schätzen Ihre Freunde an Ihnen? Wie ist die Beziehung zu ihnen?
- ▶ Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Familie?

Erfassung der Ziele und Erwartungen an die Therapie

Günstige Formulierungen sind:

- ▶ Was möchten Sie gerne in der Therapie verändern?
- ▶ Wenn Sie sich etwas wünschen könnten, was wäre das? Welche Veränderung würden Sie sich wünschen?
- ▶ Was sollte am Ende der Therapie anders sein, damit Sie mit der Therapie zufrieden sind?
- ▶ Was fehlt Ihnen für ein erfülltes Leben? Was würden Sie gerne machen und wie würden Sie sich fühlen, wenn Ihr Leben erfüllt wäre?
- ▶ Wenn eine Fee erscheinen würde und Sie hätten drei Wünsche frei, was würden Sie sich wünschen? Und wie sähe das aus?
- ▶ Was würden Sie machen, wenn Sie eines Tages aufwachen würden und alle Ihre Probleme wären gelöst? Was würden Sie dann machen? Wie würden Sie sich verhalten? Wie sähe Ihr Tag aus? Wie würden Sie sich dann fühlen?

AB 5/



Was ist Kognitive Verhaltenstherapie?

1/2



Liebe Patientin, lieber Patient,
das folgende Arbeitsblatt informiert Sie darüber, was Kognitive Verhaltenstherapie ist und wie sie wirkt. Lesen Sie es sich in Ruhe durch und schreiben Sie sich mögliche Fragen, die Sie haben, auf die letzte Seite des Arbeitsblatts. Sie können diese in der nächsten Sitzung mit Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin besprechen.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie ist eine Form der Psychotherapie. »Kognitiv« bedeutet, dass es um geistige Prozesse geht, also um die eigenen Gedanken, Erinnerungen, Bilder oder um das, worauf Sie Ihre Aufmerksamkeit richten. »Verhalten« bezieht sich auf alles, was man tut, Dinge, die man sagt, die Art und Weise, wie man Probleme löst. Ziel ist es, das eigene Leben möglichst schnell wieder ohne therapeutische Hilfe zu bewältigen. Kognitive Verhaltenstherapie setzt an den aktuellen Problemen an, Therapeut und Patient überprüfen gemeinsam, inwiefern bestimmte Gedanken (z. B. »Das wird nie besser«) oder Denkweisen (z. B. ständiges Grübeln) das Problem verschärfen können und suchen nach einer Lösung für das Problem. Die Idee besteht darin, einerseits Denkweisen zu verändern, andererseits aber auch das Verhalten so zu verändern, dass man dadurch anders denkt und fühlt. Sie wird bei vielen verschiedenen Problemen, psychischen Störungen und auch organischen Erkrankungen (z. B. bei Tumorerkrankungen) eingesetzt. Sie wurde in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen überprüft. Dabei zeigte sich in den meisten Studien, dass es den Patienten, die die Therapie erhielten, am Ende besser ging als denen, die sie nicht erhielten. Besonders wichtig ist allerdings, dass Sie auch selbst außerhalb des Therapie- raums neue Strategien ausprobieren. Auf diese Weise wird die Wirksamkeit der Behandlung verbessert.

Ein Beispiel, wie Gedanken die Gefühle beeinflussen können

Stellen Sie sich vor, Sie gehen morgens auf dem Weg zum Bus an Ihrem Nachbarn vorbei, Sie grüßen, der Nachbar grüßt Sie nicht. Wenn Sie sich nun denken: »Der war bestimmt in Gedanken und hat mich gar nicht gesehen«, dann bleiben Sie gelassen und ruhig und denken sich nichts dabei. Wenn Sie aber denken: »Was für ein unhöflicher Mensch, mich nicht zu grüßen, den grüße ich auch nicht mehr«, ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie sich ärgern. Möglicherweise verhalten Sie sich beim nächsten Treffen ebenfalls weniger positiv gegenüber dem Nachbarn. Das Beispiel verdeutlicht also, wie dieselbe Situation unterschiedlich interpretiert werden kann und wie dies sich auf Ihre Gefühle und Ihr Verhalten auswirkt.

