

Übersichtsarbeit

Psychotherapie psychotischer Störungen

Fabian Lamster^{1,2} und Matthias Jäger^{1,3}

¹Psychiatrische **Universitätsklinik** Zürich, **Klinik** für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen

²**Sanatorium Kilchberg**, **Privatklinik** für Psychiatrie und Psychotherapie

³Psychiatrie Baselland, Erwachsenenpsychiatrie

Zusammenfassung: Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit psychotischen Störungen ist gut belegt und deren Anwendung wird von internationalen Leitlinien empfohlen. Zielsetzungen der psychotherapeutischen Interventionen sind Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, Verbesserung der kognitiven, emotionalen und sozialen Fertigkeiten, der gesellschaftlichen Integration und Teilhabe sowie der Lebenszufriedenheit und des Selbstbildes. Insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, Familieninterventionen, kognitives und soziales Training sowie Psychoedukation sind gemäss Fachliteratur für die Behandlung von Psychosen geeignet. Eine tragfähige therapeutische Beziehung, ein patientengerechtes Behandlungssetting sowie eine gute Abstimmung mit anderen Interventionen im Rahmen eines multimodalen individuellen Therapiekonzepts sind grundlegende Faktoren für ein optimales Behandlungsergebnis. Für die zukünftige klinische Regelversorgung sowie die Versorgungsforschung stellt sich die Implementierung von evidenz-basierten psychotherapeutischen Interventionen als grosse Herausforderung dar.

Psychotherapy of psychotic disorders

Abstract: The efficacy of psychotherapy for individuals with psychotic disorders is well documented and its implementation is recommended by international guidelines. Goals of psychotherapeutic interventions are reduction of symptoms, prevention of relapse, improvement of cognitive, emotional and social functioning, social integration and participation, and enhancement of quality of life as well as self-perception. Cognitive-behavioral and family interventions, cognitive and social trainings as well as psychoeducation are particularly recommended according to the literature. Fundamental factors for a favorable treatment result are a profound therapeutic relationship, a therapeutic setting according to patients' needs, and a specific coordination with other interventions within the individual treatment concept. The implementation of evidence-based psychotherapeutic interventions for individuals with psychotic disorders in clinical routine practice seems to be most challenging for future mental health service organization and research.

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 2/13

Psychotische Störungen, insbesondere die Schizophrenie, zählen in der Betrachtung der Öffentlichkeit weitläufig zum Inbegriff psychischer Erkrankungen. Für von psychotischen Störungen betroffene Menschen sind Symptomatik und Folgen, die sich daraus für die gesellschaftliche Teilhabe ergeben, beträchtlich [1]. Die zugehörige diagnostische Einordnung ist sehr heterogen und wird in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; [2]) im Kapitel F2 «Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen» sowie im Diagnostischen Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5; [3]) im Kapitel «Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen» definiert. Neben Wahnerleben zählen Halluzinationen und Ich-Störungen zur Gruppe der «Positivsymptome» einer Schizophrenie. Diese lassen sich von «Negativsymptomen» (Affektverflachung, Alogie, Schwierigkeiten im abstrakten Denken etc.) und katatonen Symptomen abgrenzen. Die ICD-10 fordert für die Diagnose Schizophrenie das Vorliegen von mindestens einem Hauptsymptom (Ich-Störung, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, kommentierende oder dialogisierende Stimmen, bizarrer Wahn) oder zwei Nebensymptomen (Denkzerfahrenheit, katatone Symptome, Negativsymptome, Verhaltensänderung) in einem Zeitraum von einem Monat. Das DSM-5 setzt für die Diagnosestellung voraus, dass mindestens zwei von fünf Positivsymptomen innerhalb eines Monats vorliegen, darunter ein Kernsymptom (Wahn, Halluzinationen oder desorganisierte Sprache) mit einer Gesamtstörungsdauer von mindestens sechs Monaten. Im Rahmen der Schizophrenie-Spektrum-Störungen existiert die schizotype Störung, welche durch exzentrisches Auftreten, kognitive Defizite, Affektverflachung und sozialen Rückzug gekennzeichnet ist. Daneben die anhaltende wahnhaftige Störung, welche durch die Dominanz wahnhafter Symptome geprägt ist. Eine akute vorübergehende psychotische Störung zeichnet eine kurze Störungsdauer von wenigen Tagen oder Wochen aus. Gleichzeitiges Auftreten psychotischer und affektiver Symptomatik ist im Rahmen schizoaffektiver Störungen charakteristisch. Darüber hinaus bestehen wahnhaftige und psychotische Symptome bei schweren affektiven Störungen, bei Substanzmittelmissbrauch (Delir, Halluzinosen) oder hirnorganischen Störungen (Epilepsie, Enzephalopathien,

Demenzen).

In epidemiologischen Studien zur Schizophrenie liegen die Lebenszeit-Prävalenzen bei 0,2–1,2% [4, 5]. Für den weiter gefassten Bereich psychotischer Störungen (ICD-10 F2x, einschliesslich psychotischer Merkmale im Rahmen affektiver, organischer oder abhängigkeitsbedingter Störungen) berichten Jacobi und Kollegen [6] eine 12-Monatsprävalenz von 2,6%.

Das gemittelte Alter bei Erstmanifestation liegt bei Männern zwischen Pubertät und frühem Erwachsenenalter, bei Frauen am Ende des 3. Lebensjahrzehnts. Der Ersterkrankung ist häufig eine Prodromalphase vorgelagert, welche durch kognitive Veränderungen, Negativsymptome wie sozialem und emotionalem Rückzug sowie labilem Affekt gekennzeichnet ist [7]. Der weitere Verlauf ist heterogen. In etwa 15% der Fälle kommt es zur Vollremission und Wiedererlangen des ursprünglichen Funktionsniveaus ([8, 9]), mit jeder neuen Episode steigt jedoch die Chronifizierungswahrscheinlichkeit [10]. Zur starken psychischen Belastung kommen psychosoziale Stressoren wie niedriger sozioökonomischer Status hinzu. Protektive Faktoren und Prädiktoren einer funktionalen Remission sind ein jüngeres Ersterkrankungsalter, weibliches Geschlecht und ein hohes prämorbidem Funktionsniveau, wohingegen Medikamenten-*Noncompliance* und Substanzmittelkonsum ein Rezidiv begünstigen [9].

Nachdem lange eine biologische Sichtweise dominierte, die als ätiologische Faktoren hirnanorganische Anomalien, wie eine Dysregulation des Dopamin-Haushalts oder strukturelle Veränderungen des Zentralnervensystems, in den Fokus stellte, trat diese einseitige Betrachtung der Entstehungsfaktoren zugunsten eines integrativen *Bio-Psycho-Sozialen* und eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells [11, 12] in den Hintergrund. Im Vulnerabilitäts-Stress-Modell und seinen Erweiterungen werden Vulnerabilitätsfaktoren, bestehende kognitive Schemata, Persönlichkeitsfaktoren und negative Umgebungsbedingungen integriert.

Ziele in der Behandlung von Psychosen

Neben der ausgeprägten Belastung durch Symptome, unklarem Symptomverlauf und häufig erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen der antipsychotischen

Neben der ausgeprägten Belastung durch Symptome, unklarem Symptomverlauf und häufig erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen der antipsychotischen

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 3/13

Medikation erleben Betroffene Belastungen in unterschiedlichsten Lebensbereichen [1]. Hierzu zählen Stigmatisierung [13–15], sozialer Rückzug [16], Einsamkeit [17, 18]. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist bei Betroffenen oft nur eingeschränkt möglich, da sie sich in stigmatisierenden Parallelsystemen wiederfinden (Klinikaufenthalte, Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung, rechtliche Betreuung, betreutes Wohnen, Reha-Werkstätten, soziale Treffs etc.) [19, 20].

Ziel der Behandlung ist daher neben einer Reduktion belastender Symptome oder einer Verbesserung im Umgang mit persistierender Symptomatik die Sicherstellung und Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe und Reintegration ins individuelle soziale Milieu, die Verbesserung des Umgangs mit direkter oder indirekter Stigmatisierung sowie die Verbesserung der Lebensqualität durch Reduktion von individuellen und sozialen Barrieren.

In Abhängigkeit von Behandlungssetting und Schweregrad der Funktionseinschränkung stehen hier im Behandlungsverlauf unterschiedliche Ziele im Fokus der Therapie. Diese reichen von basalem Aufbau einer therapeutischen Beziehung über motivationale Klärung und Steigerung der Therapie / Änderungsbereitschaft, spezifischeren bedürfnisbasierten Therapiezielen, wie der Aufbau und das Erleben neuer Beziehungs- und Interaktionsmuster bis zu komplexeren Zielen wie Reflexion und Weiterentwicklung motivorientierter funktionaler Verhaltensmuster.

Stellenwert der Psychotherapie im Bio-Psycho-Sozialen Modell

Das *Bio-Psycho-Soziale Modell* bildet Psychotherapie-schulen-übergreifend eine Grundlage für unterschiedlichste Interventionen, die biologische Verfahren wie eine medikamentöse Behandlung sowie psychosoziale Reintegrationsmassnahmen sinnvoll ergänzen. Mit der Entwicklung und breiten Einführung antipsychotischer Medikamente setzte sich die pharmakologische Behandlung von psychotischen Störungsbildern durch [21] und steht de facto bis heute im Vordergrund der Behandlungsbemühungen [22]. Durch die Wirksamkeit auf die biologisch-hirnphysiologischen Ätiotoren, gerade

auch in florid-psychotischen Akutphasen, in denen häufig eine schnelle Symptomkontrolle indiziert ist, stellen Antipsychotika eine der wichtigsten Behandlungskomponenten dar. Mit Blick auf die vielfältigen Ursachen psychotischer Symptome, hohe Raten unzureichender Therapieresponse und auf die teils stark beeinträchtigenden Nebenwirkungen von Antipsychotika [23–24] kann die medikamentöse Behandlung jedoch nur ein Baustein eines multimethodalen Behandlungskonzepts sein, wie es in den internationalen Leitlinien empfohlen wird [25–27]. Psychotherapeutische Ansätze beinhalten im Zusammenhang mit biologischen Faktoren vor allem psychoedukative Komponenten, motivationale Klärung, die Etablierung einer Behandlungsbereitschaft im Sinne eines informed-consent und die Integration biologischer Therapiemöglichkeiten in die Gesamtbehandlung zur Steigerung der grundsätzlichen Behandlungsbereitschaft.

Das *Bio-Psycho-Soziale Modell* bildet in Kombination mit dem *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* die sozialen Stressoren und Risikofaktoren ab, die mit der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychotischer Symptomatik in Zusammenhang stehen, wodurch sich weitere Ansatzpunkte therapeutischer Verfahren eröffnen. Als soziale Risikofaktoren sind die bereits erwähnten Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe, Stigmatisierungserfahrungen und soziale Stressoren, wie der Zusammenhang zu traumatischen Vorerfahrungen [28] oder der Zusammenhang von familiären Interaktions- und Kommunikationsmustern [29] zu nennen. Die sozialen Faktoren des Modells werden dabei sowohl durch soziotherapeutische und sozialpsychiatrische Massnahmen sowie milieutheraeutische Interventionen, wie die Gestaltung der Behandlungssettings, das therapeutische Interaktionsverhalten und die Beziehungsgestaltung adressiert. Eine positive therapeutische Beziehung ist gerade bei psychotischen Patienten mit erhöhtem Grad an Misstrauen eine Ausgangsvoraussetzung für den Erfolg eines multimodalen Behandlungskonzepts.

Psychologische Ansatzpunkte psychotherapeutischer Interventionen

Im Zusammenhang mit psychologischen Ätiotoren konnte die Grundlagenforschung zahlreiche Einflussfel-

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 4/13

der psychologischer Prozesse auf die Entstehung und Aufrechterhaltung psychotischer Symptome nachweisen, die Ansatzpunkte psychotherapeutischer Interventionen darstellen. Das *integrative kognitive Modell* nach Freeman und Garety [30–32] etwa stellt Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren von wahnhaften Symptomen in den Mittelpunkt, die durch emotionale und kognitive Faktoren vermittelt werden. Dieses Modell lässt sich dem Vulnerabilitäts-Stress-Ansatz unterordnen und bildet die Grundlage für psychotherapeutische Interventionen, die psychotisches Erleben indirekt durch die Beeinflussung assoziierter Faktoren adressieren. Zu den beteiligten und modifizierbaren Faktoren gehören voreiliges Schlussfolgern mit mangelnder Berücksichtigung von Alternativerklärungen (*Jumping to conclusions bias*, [33–35]) sowie die Attribution bedrohlich empfundener Reize auf andere [36–37] oder sich selbst [38]. Daneben sind emotionale Prozesse als Risikofaktoren beteiligt, die sich durch Überzeugungen über das Selbst, Andere und die Welt auszeichnen. Zu weiteren therapeutisch beeinflussbaren Faktoren zählen Selbstwert [39–41] und negative Fremdschemata [40, 42], die in engem Zusammenhang mit psychotischem Erleben stehen. Da auch Ängstlichkeit oder Depressivität ein Bedrohungs-erleben und dadurch Verteidigungsmechanismen verstärken [43] sind auch diese emotionalen Prozesse Teil psychotherapeutischer Interventionen.

Therapeutische Haltung und Recovery-Orientierung

Eine klare und stabile professionelle Grundhaltung der therapeutisch tätigen Fachperson bildet das Fundament eines jeden psychotherapeutischen Prozesses. Die Bildung einer adäquaten therapeutischen Grundhaltung erfordert fundierte fachliche Kenntnisse über die psychische Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten, eine ethisch reflektierte Handlungsweise sowie ziel- und prozessorientiertes Vorgehen in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Neben den Zielsetzungen der Symptomreduktion sowie der Verbesserung von Alltagsfunktionalität und gesellschaftlichen Teilhabe fokussieren zeitgemässe Behandlungskonzepte insbesondere auch auf das subjektive Erleben sowie auf Autonomieerhalt und

-wiederherstellung von psychotischen Erkrankungen betroffener Personen. Eine therapeutische Beziehungsgestaltung mit dem Ziel der partizipativen Entscheidungsfindung (*Shared decision making*) [44] gilt hierbei ebenso als primärer Orientierungspunkt für die therapeutische Haltung wie das *Recovery-Konzept*. Der Recovery-Gedanke entwickelte sich unter dieser Bezeichnung in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts aus der Selbsthilfebewegung von Psychiatrieerfahrenen heraus. Recovery meint einen individuellen Wachstums- und Veränderungsprozess von Menschen mit chronischen Erkrankungen und umfasst typischerweise Hoffnung, Autonomie, Teilhabe und Empowerment (Selbstbefähigung) als Elemente zur Erlangung eines zufriedenen und produktiven Lebens trotz behindernder Umstände wie sie eine psychische Erkrankung zur Folge haben kann [45]. *Recovery* ist in diesem Sinne eine Erfahrung und Entwicklung des betroffenen Menschen, keine Intervention von professioneller Seite, welche den Recovery-Prozess nur unterstützen und fördern kann. Die zunehmende Adaptation dieses Konzepts in der Medizin und insbesondere in der Psychiatrie hatte einen paradigmatischen Wechsel zur Folge, weg von paternalistisch geprägten Arzt-/Therapeut-Patient-Interaktionen mit einseitig vorhandenem Expertenwissen, hin zur reziproken therapeutischen Beziehungsgestaltung, in welcher Patientinnen und Patienten gemeinsam mit den Fachpersonen das Behandlungsprozedere erarbeiten.

Therapeutische Beziehungsgestaltung

Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung stellt eine Schlüsselfunktion in der Therapie von Menschen mit Psychosen dar. Bedingt durch die Symptomatik selbst, aber auch durch häufig negative Vorerfahrungen im Austausch mit anderen Menschen über die eigenen psychotischen Erfahrungen, zielen die frühen Therapieschritte auf den Abbau von Misstrauen gegenüber dem Behandlungssetting und die Steigerung einer aktiven lösungsorientierten Veränderungsbereitschaft. Mehr noch als bei anderen Störungsbildern ist das Schaffen eines, den Patienten und seine Symptomatik nicht bewertenden, offenen, mitfühlenden und vertrauensbasierten Therapiekontextes zentral. Daher sollte das Therapeutenverhalten durch einen hohen Grad

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 5/13

an Transparenz geprägt sein. Das subjektive Erklärungsmodell des Patienten sollte systemimmanent validiert und in ein therapeutisches Arbeitsmodell integriert werden. Interventionen können so anhand dieses Modells für den Patienten anschliessend logisch abgeleitet werden.

Für den Therapieerfolg ist die durch die Patienten wahrgenommene Authentizität des Therapeuten ein wichtiger Faktor [46]. Es sollte daher versucht werden, Formulierungen und Vorgehensweisen so auszuwählen, dass sich die Therapeutin oder der Therapeut damit gut identifizieren kann. Eine professionelle Nähe ist hierbei hilfreich und möglichen kritischen Fragen des Patienten sollte offen und verständnisvoll begegnet werden. Befürchtungen und Misstrauen sollten nicht von Beginn an mit einem Symptom/ Diagnose-Label versehen, sondern ernst genommen und durch vertrauensschaffende Massnahmen, etwa mit einer entpathologisierenden, normalisierenden Einschätzung, abgefangen werden. Wichtig dabei ist es einerseits, eine validierende Grundhaltung zu bewahren, andererseits Wahnsymptome nicht inhaltlich zu bestätigen.

Schweigsamkeit, Wortkargheit oder Affektverflachung der Patienten sind nicht immer ein Hinweis auf eine schlechte therapeutische Beziehung [46], sondern oft charakteristisch für erste Patient-Therapeut-Interaktionen. In diesen Situationen sollte dem Patienten genügend Zeit und Verständnis entgegengebracht werden, um sich mit der Gesprächssituation vertraut zu machen. Hilfreich sind etwa das Vorgeben mehrerer Auswahlmöglichkeiten bei Fragen, das Angebot zunächst über einen wenig belastenden oder neutralen Gesprächsinhalt anzusprechen, Fragen des Patienten zu beantworten oder durch gezielte professionelle Selbstöffnung eine vertrauensvolle Gesprächsbasis zu schaffen. Das Kontrollempfinden des Patienten über die Gesprächssituation kann dadurch gesteigert werden, indem der Patient in Entscheidungen wie Sitzplatz, Gesprächsablauf und -dauer einbezogen wird.

Bei Konzentrationsschwierigkeiten, Überreizung oder produktiver Symptomatik empfiehlt es sich, kurze Pausen im Gespräch einzuplanen. Mangelnde «Krankheits-einsicht» ist kein Ausschlussgrund für Psychotherapie, Ziel ist vielmehr Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft zu steigern. Zwar sollte in einem gefestigten therapeutischen Kontakt auch die Diagnosestellung und fachliche Einschätzung transparent besprochen werden.

Während des Beziehungsaufbaus lohnt es sich jedoch, die Formulierungen und Erklärungsmodelle des Patienten in die professionelle Einordnung zu integrieren, um ein nicht-stigmatisierendes und patientenorientiertes Arbeitsmodell zu entwickeln.

Behandlungssetting

Psychotherapeutische Intervention können im Gruppen- und im Einzelsetting angeboten werden. Einzeltherapien haben gegenüber Gruppen den Vorteil der individualisierten Gestaltung des Behandlungsplans und der therapeutischen Beziehung. Dass Letztere per se einer der wirksamsten Faktoren für den Behandlungserfolg darstellt [47], spricht aus der klinischen Perspektive für die Anwendung des Einzelsettings, wobei dies nur durch wenige Hinweise aus der Literatur untermauert wird [48]. Die höhere Flexibilität, die volle Aufmerksamkeit des Therapeuten, der vertrauliche Rahmen und die intensiveren bilateralen Interaktionen sprechen zudem aus Patientenperspektive für das Einzelsetting. Nichtsdestotrotz weist das Gruppensetting ebenfalls eine Reihe Vorteile auf. Hierzu gehören die Interaktion mit anderen Betroffenen, Wissensaustausch, Lernen am Modell sowie der ökonomische Aspekt, insbesondere bei der Anwendung im klinischen stationären oder tagesklinischen Rahmen. Psychoedukation, psychosoziale Therapien und Sozialkompetenz- und andere Fertigkeitstrainings werden hier häufig im Gruppensetting angeboten. Aus der Betroffenenperspektive kann die soziale Interaktion jedoch auch ein Hindernis für die Teilnahme darstellen, da genau in diesem Bereich Schwierigkeiten bestehen und eine grosse Überwindung erforderlich sein kann.

Interventionen

Psychotherapeutische Ansätze werden meist begleitend zu Pharmakotherapie und psychosozialen Interventionen in einen multimodalen Behandlungsplan integriert. *Verhaltens- und familientherapeutische, psychoedukative Interventionen* [49, 50] und *soziale Fertigkeitentrainings* [51] sind

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 6/13

hierbei am weitesten verbreitet. Die besten Wirksamkeitsbelege zeigen sich unter diesen Verfahren bei familien-therapeutischen Interventionen [52]. Psychoedukative Verfahren scheinen insbesondere dann wirksam zu sein, wenn nahestehende Personen in die Behandlung integriert werden [53]. Soziale Fertigkeitentrainings scheinen erfolgversprechend in Bezug auf Negativsymptome [54]. Zwar wird für tiefenpsychologisch fundierte Verfahren derzeit keine Behandlungsempfehlung ausgesprochen [26], jedoch gewinnt der Ansatz in den letzten Jahren wieder zunehmend an Bedeutung.

Eine umfassende Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen sowie deren Angehörigen gehört zu den Basisinterventionen eines multimodalen Behandlungskonzepts. Wichtig hierbei ist es, zunächst in Erfahrung zu bringen, welche Grundannahmen, Erklärungsmodelle und Überzeugungen bereits vorhanden sind und wie die Bereitschaft zu einer Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist. Bestehende Überzeugungen bei Betroffenen und Angehörigen sollten den Ausgangspunkt der *Psychoedukation* darstellen, auf deren Basis die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitskonzepts erreicht werden soll. *Psychoedukation* leistet einen zentralen Beitrag zur Reduktion des Rückfall-Risikos sowie zur Steigerung von *Empowerment*. Die Erarbeitung von Risikosituationen für Rezidive sowie Früherkennungszeichen und Interventionsmöglichkeiten im Sinne einer Krisenkarte haben sich als effektiv erwiesen.

Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Ansätze

Die Entwicklung des *Bio-Psycho-Sozialen Modells* trug dazu bei, dass die Annahme, dass *kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit einer schizophrenen Störung (Cognitive behavioral therapy for psychosis, CBT-P)* nicht indiziert sei, kritisch hinterfragt und erforscht wurde. Auf Basis der Annahme, dass Symptome einen kontinuierlichen Verlauf haben können und somit auf diesem Kontinuum psychotherapeutisch modifizierbar sind [55–57], setzten sich seit den 1990er Jahren vor allem im angelsächsischen Bereich kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte durch. Ziele kognitiv-verhaltenstherapeutischer An-

sätze sind:

- Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbeziehung
- Entwicklung eines funktionalen Störungs-/Arbeitsmodells zur Steigerung der Handlungsfähigkeit und des Kontrollerlebens
- Entwicklung einer Zukunftsperspektive, -planung und -umsetzung
- Stärkung und Verbesserung von Ressourcen im Umgang mit belastenden (Residual-)Symptomen
- Befähigung zur persönlichen Teilhabe in verschiedenen Alltags- und Lebensbereichen
- Rückfallprävention und -management

Die ersten entwickelten Interventionen zum Symptommanagement setzen direkt an kognitiven Verzerrungen durch Wahnerleben sowie an Risikofaktoren und Mediatoren der Wahn- und Halluzinationsentstehung an [31, 58, 59] und waren zunächst modifizierte Konzepte der kognitiven Therapie von Depressions- und Angststörungen [60–62]. Die neuen Verfahren der CBT-P setzen mit klassischen Interventionen der kognitiven Therapie (geleitetes Entdecken, sokratischer Dialog, Wahrscheinlichkeitsprüfungen) primär an einer kognitiven Veränderung von Wahnüberzeugungen an. Mit Wahn assoziierte Belastungsfaktoren wie Grübelverhalten [63–65], gestörte Schlafqualität [64, 66], niedriger Selbstwert [39–41] und voreiliges Schlussfolgern [67] werden durch Interventionen wie Grübelstopp, Sorgentagebuch, Begrenzen der Grübelzeit, die Entwicklung einer funktionalen Schlafhygiene, Interventionen zur Steigerung der Selbstakzeptanz und metakognitiven Interventionen adressiert. Auch eine komorbide depressive Symptomatik sowohl in Schizophrenie-Risikogruppen [68, 69] als auch bei betroffenen Patientengruppen [70, 71] stellt einen bedeutenden therapeutischen Ansatzpunkt dar. Dies insbesondere, da Depressivität in der Akutphase der Schizophrenie eng mit verringerter Lebensqualität, sozialem Funktionsniveau und Suizidalität in Verbindung steht [1]. Der Fokus liegt hier bei der Analyse und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Grundannahmen sowie der Verhaltensaktivierung. Im Zusammenhang mit Ängsten steht der Abbau von Vermeidungsverhalten im Vordergrund. Der Rückfallprophylaxe dient die Schaffung eines Be-

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 7/13

wusstseins für persönliche Risikosituationen und eine Hierarchisierung der individuellen Frühwarnzeichen sowie die Entwicklung bzw. Adaptation erlernter Coping-Strategien und Ressourcen.

Vielversprechende neuere CBT-P Konzepte beinhalten Interventionen zum Entwickeln persönlicher wertebasierter Zielperspektiven, zur Aufmerksamkeitslenkung, radikalen Akzeptanz, Emotionsregulation und bedingungsloses Mitgefühl im Umgang mit belastenden psychotischen Symptomen, angelehnt an die *Achtsamkeits- und Commitment-Therapie* [72, 73] oder die *Compassion-Focussed Therapy* [74, 75].

Zu den wichtigsten etablierten und manualisierten Therapieleitlinien der CBT-P zählen im deutschsprachigen Raum die Behandlungsmanuale nach *Klingberg* [48, 76], *Lincoln* [77], *Mehl und Lincoln* [78] sowie *Vauth und Stieglitz* [79].

Systemische / Familientherapeutische Ansätze

Familientherapeutische *Ansätze* basieren auf der Annahme, dass Personen mit Psychosen in Familien mit einem höheren Mass an Kritik, Feindseligkeit und emotionalem Überengagement eher Rückfälle erleben, als Personen aus Familien mit geringerem emotionalem Ausdruck (*High-Expressed-Emotions Konzept*, [80]). Auch fehlende emotionale Wärme in der Familie scheint ein robuster Prädiktor von Rückfällen zu sein [81].

Die entwickelten Konzepte zielen darauf ab, das Stressniveau in den Familien zu reduzieren und damit das Rückfallrisiko zu senken. Zu den Zielen familientherapeutischer Interventionen zählen:

- Verbesserung der Bindung zu nahen Bezugspersonen
- Veränderung eines dysfunktionalen Familienklimas durch Verringerung des familiären Stresslevels
- Verringerung der Belastung der Angehörigen sowie des damit zusammenhängenden emotionalen Ausdrucks
- Verbesserung der Antizipations- und Problemlösefähigkeit von Angehörigen
- Verbesserung des Ausdrucks begründeter Erwartungen an Patienten
- Ermutigung von Angehörigen, Grenzen zu setzen, diese

einzuhalten und bei Bedarf den nötigen Abstand zu Patienten zu wahren

- Funktionale Veränderung der Grundannahmen der Familienmitglieder über die Rollen aller Beteiligten im Familiengefüge

Zwar ist die Studienlage hinsichtlich der Wirksamkeit von Familieninterventionen insgesamt sehr heterogen und nicht von durchgängig guter Qualität, es zeigen sich jedoch deutliche Hinweise, dass familientherapeutische Interventionen das Rückfallrisiko verringern können und eine Wirksamkeit in der Verringerung hoher ausgedrückter Emotionalität (Kritik, Feindseligkeit, Überengagement) und der sozialen Belastung innerhalb der Familien zeigen [82].

Psychodynamische Ansätze

Nachdem psychodynamische Ansätze für die Psychotherapie von Psychosen nach ihrer intensiven Anwendung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunächst stark an Bedeutung verloren und teilweise als kontraindiziert betrachtet wurden, gewinnen sie in jüngster Zeit im Rahmen integrativer Psychotherapiekonzepte wieder an Bedeutung [54, 83]. Thematisch stehen Verständniserweiterung für Funktionen und Inhalte des psychotischen Erlebens sowie die lebensgeschichtliche Einordnung im Vordergrund. Die Entwicklung eines Kohärenzgefühls und eines stabilen Selbstbildes unter Berücksichtigung der Fremd- und Selbststigmatisierung sind hierbei wichtige Zielsetzungen.

Kognitives Training

Ein grosser Teil von Menschen mit psychotischen Störungen leidet unter leichten bis schweren Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Kognitive Störungen gehören oftmals zu den ersten Symptomen im Verlauf der Entwicklung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Bei Einschränkungen der Denkleistung, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie komplexerer kognitiver Prozesse wie Problemlösung und Handlungsplanung sind gezielte Interventionen zur Verbesserung dieser

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 8/13

Defizite indiziert [84]. *Kognitive Trainings* basieren auf der Lösung von neuropsychologischen Aufgaben und Übungen, Anleitungen zum Selbsttraining und effizienten Erlernen neuer oder eingeschränkter Fähigkeiten. Es existiert eine Vielzahl neurokognitiver Trainings, teilweise computergestützt, teilweise werden Kombinationen mit psychosozialen oder arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogrammen angeboten. Zudem sind umfassendere Programme mit Elementen kognitiver Remediation, Sozialkompetenztraining sowie Verhaltenstherapie publiziert worden. Kombinationen mit arbeitsrehabilitativen und sozialintegrativen Ansätzen sind verbreitet. Ein Beispiel für ein umfassenderes Programm ist die *IPT (Integrierte Psychologische Therapie)*, welche kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, Training sozialer Fertigkeiten und interpersonelles Problemlösen umfasst [85]. Die *CRT (Cognitive Remediation Therapy)* fokussiert auf kognitive Flexibilität, Handlungsplanung, Lernstrategien und Arbeitsgedächtnis [86]. Das *Meta-kognitive Training (MKT, [87])* adressiert Verzerrungen des Zuschreibungsstils, voreiliges Schlussfolgern, Empathie-Defizite, die Korrigierbarkeit von Gedächtnisfehlern und depressiver Denkschemata. Die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit kognitiver Trainings- und Remediationsansätze in Bezug auf Verbesserung der neurokognitiven Funktionen sowie der psychosozialen Integration ist belegt [88], wobei die Kombination kognitiver Trainings mit psychosozialen Reintegrationsmassnahmen den reinen kognitiven Trainings überlegen scheint [89].

Soziales-Kompetenz-Training

Das *Training sozialer Kompetenzen* bei Menschen mit psychotischen Störungen kann die soziale Integration und Inklusion nachhaltig verbessern [90]. Ausgehend von einer Ressourcen- und Problembereichanalyse werden beim Sozialkompetenztraining durch Rollenspiel, Verstärkung und Lernen am Modell gezielt interaktive, kommunikative und praktische Fertigkeiten verdeutlicht und geübt.

Frühintervention

Frühinterventionen adressieren einerseits Personen mit einem erhöhten Risiko, eine psychotische Störung zu entwickeln, andererseits Menschen bei denen von einem Prodrom auszugehen ist oder die bereits unter Symptomen einer Erstmanifestation leiden. Die Therapieansätze orientieren sich in der Regel an bestehenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen für die Psychotherapie von Psychosen. Wichtig ist in dieser Störungsphase neben der Informationsvermittlung zu Störungsbildern und Behandlungsmöglichkeiten die Motivation der Betroffenen zur Aufrechterhaltung eines therapeutischen Kontakts. Die Herausforderung für den Therapeuten besteht darin, die Balance zwischen der Schaffung eines Risikobewusstseins und einer entstigmatisierenden, normalisierenden Grundhaltung gegenüber Erfahrungen mit Wahrnehmungsveränderungsprozessen zu finden.

Herausforderungen und Ausblick

Nachdem sich in den letzten Jahren eine grössere Bandbreite an evidenzbasierten Verfahren in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Psychosen etabliert hat, stellt sich weniger die Frage nach geeigneten psychotherapeutischen Interventionen sondern eher nach deren Implementierung in die stationäre [22] und ambulante [91] Regelversorgung. Neben strukturellen Herausforderungen in der Therapie von Psychose-Patienten (Therapiefinanzierung, Störungsverlauf, Settingwechsel, Therapieabbrüche) scheinen auch Vorurteile seitens der Behandelnden gegenüber Patienten die Zugänglichkeit zu adäquater Psychotherapie für Menschen mit Psychose zu erschweren [92, 93].

Die positiven Erfahrungen neuerer stationärer Konzepte sowie aufsuchende Versorgungsmodelle (*Home Treatment, niederschwelliges Coaching für Erstpsychose-Patienten*) sprechen jedoch für eine weitere Verbesserung der Behandlungsangebote. Die gezielte Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in der Therapie psychotischer Störungen könnte bestehende Vorurteile reduzieren und die Motivation von Therapeuten steigern, sich dieser sehr heterogenen Patientengruppe zu widmen, in der die



Beziehungsgestaltung zwar herausfordernd, die individuellen Therapieverläufe jedoch abwechslungsreich und die *Recovery*-Erfolge für einzelne Patienten wesentliche Wendepunkte in ihrem Leben darstellen können.

Literatur

1. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, et al. Humanistic burdens in schizophrenia: A literature review. *J Psychiatr Res* 2014; 54: 85–93.
2. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6th ed. Bern: Hans Huber; 2008.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Messias E, Chen C-Y, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am* 2007; 30: 323–38.
5. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005; 2: e141.
6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Mental disorders in the general population. *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87.
7. Sass H. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2007.
8. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012; 39: 1296–1306.
9. Lambert M, Schimmelmann B. Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. *J Clin Psych* 2006; 67: 1690–1697.
10. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998 Jan 1; 24: 75–85.
11. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull* 1984; 10: 300.
12. Yank GR, Bentley KJ, Hargrove DS. The vulnerability-stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63: 55–69.
13. Yang LH, Anglin DM, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Greenspoon M, Corcoran CM. Public stigma associated with psychosis risk syndrome in a college population: Implications for peer intervention. *Psychiatr Serv* 2013; 64: 284–8.
14. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 79–87.
15. Scior K, Potts HW, Furnham AF. Awareness of schizophrenia and intellectual disability and stigma across ethnic groups in the UK. *Psychiatry Res* 2013 Jul 30; 208: 125–30.

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

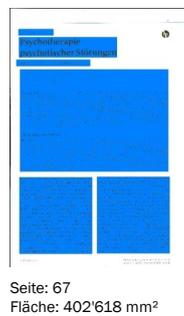
Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 10/13

16. Cullen K, Guimaraes A, Wozniak J, Anjum A, Schulz S, White T. Trajectories of social withdrawal and cognitive decline in the schizophrenia prodrome. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010; 4: 229 – 38.
17. Sündermann O, Onwumere J, Kane F, Morgan C, Kuipers E. Social networks and support in first-episode psychosis: Exploring the role of loneliness and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 359 – 66.
18. Meltzer H, Bebbington P, Dennis MS, Jenkins R, McManus S, Brugha TS. Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 5 – 13.
19. Riedel-Heller S, Richter D. Psychosoziale Interventionen & Soziale Inklusion. *Psychiatr Prax* 2008; 35 (5): 213 – 5.
20. Richter D. Soziale Inklusion: Eine neue Aufgabe für die psychiatrische Pflege. Kompetenz–zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen. Hrsg.: Schulz M, Abderhalden C, Needham I, Schoppmann S, Stefan H. Unterostendorf: IBICURA, 2007: 17 – 26.
21. Shen WW. A history of antipsychotic drug development. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 407 – 14.
22. Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. 2014.
23. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophr Res* 2009; 113: 1 – 11.
24. Weinmann S, Aderhold V, Haegele C, Heinz A. Brain atrophy and antipsychotic medication– A systematic review. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 65.
25. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. Nice. 2014; 54 Clinical Guidelines n° 178.
26. Gaebel W, Falkai P, Weinmann S, Wobrock T. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2006.
27. Kaiser S, Berger G, Conus P, et al. SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. 2016.
28. Gracie A, Freeman D, Green S, et al. The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 280 – 9.
29. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 547 – 52.
30. Garety P, Freeman D. The past and future of delusions research: From the inexplicable to the treatable. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 327 – 33.
31. Freeman D, Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1179 – 89.
32. Freeman D, Garety P, Kuipers E, Fowler D, Bebbington P. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 331 – 47.

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 11/13

33. Huq SF, Garety PA, Hemsley DR. Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Q J Exp Psychol* 1988; 40: 801 – 12.
34. Lincoln TM, Ziegler M, Mehl S, Rief W. The jumping to conclusions bias in delusions: specificity and changeability. *J Abnorm Psychol* 2010; 119: 40–9.
35. Freeman D, Pugh K, Garety P. Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophr Res* 2008; 102: 254 – 60.
36. Fornells-Ambrojo M, Garety P. Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in «poor me» paranoia: Findings from an early psychosis sample. *Br J Clin Psychol* 2009; 48: 141 – 62.
37. Janssen I, Versmissen D, Campo J, Myin-Germeys I, van Os J, Krabbendam L. Attribution style and psychosis: Evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychol Med* 2006; 36: 771 – 8.
38. Mehl S, Landsberg MW, Schmidt A-C, et al. Why do bad things happen to me? Attributional style, depressed mood, and persecutory delusions in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014; 40: 1338 – 46.
39. Thewissen V, Bentall RP, Lecomte T, van Os J, Myin-Germeys I. Fluctuations in self-esteem and paranoia in the context of daily life. *J Abnorm Psychol* 2008; 117: 143 – 53.
40. Smith B, Fowler D, Freeman D, et al. Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 2006; 86: 181 – 8.
41. Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, van Os J. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 1 – 6.
42. Fowler D, Freeman D, Smith B, et al. The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychol Med*. 2006; 36: 749 – 59.
43. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behav Res Ther* 1994; 32: 331 – 41.
44. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 1: CD007297.
45. Andresen R, Oades LG, Caputi P. *Psychological Recovery: Beyond mental illness*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2011.
46. Jung E, Wiesjahn M, Lincoln T. Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychother Res* 2014; 24: 171 – 83.
47. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry* 2008. 521 – 6.
48. Klingberg S. Evidenzbasierte Einzelpsychotherapie bei schizophrenen Psychosen. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychol und*

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498
Themen-Nr.: 531.030
Referenz: 70086698
Ausschnitt Seite: 12/13

- Psychother 2010; 58: 95 – 102.
49. Bäuml J. Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie:(APES); mit Manual für die Gruppenleitung. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2010.
 50. Hornung W, Holle R, Schulze Mönking H, Klingberg S. Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. Ergebnisse einer 1-Jahres-Katamnese. *Nervenarzt* 1995; 66 (11), 823 – 34.
 51. Roder V, Zorn P, Pfammatter M, Andres K, Brenner HD, Müller DR. Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. 2. aktualisierte Auflage. Bern: Huber; 2008.
 52. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Focus (Madison)* 2004; 2: 78 – 94.
 53. Lincoln T, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96: 232 – 45.
 54. Turner DT, Van Der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry*. 2014; 171: 523 – 38.
 55. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbedam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009; 39: 179 – 95.
 56. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study. *Schizophr Bull* 2012; 38: 475 – 85.
 57. Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med* 2011; 41: 923 – 36.
 58. Garety P, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington P. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001; 31: 189 – 95.
 59. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bull* 2006; 32 Suppl 1: 24 – 31.
 60. Turkington D, Sensky T, Scott J, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophr Res* 2008; 98: 1 – 7.
 61. Kingdon DG, Turkington D. Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. New York City: Guilford Press, 1994.
 62. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A review. *J Psychiatr Pract* 2004; 10: 5 – 16.
 63. Foster C, Startup H, Potts L, Freeman D. A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 45 – 51.
 64. Freeman D, Stahl D, McManus S, Meltzer H, Brugha T, Wiles N, et al. Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1195 – 203.
 65. Hartley S, Haddock G, Vasconcelos E Sa D, Emsley R, Barrowclough C. An experience sampling study of worry and rumination in psychosis. *Psychol Med* 2014; 44: 1605 – 14.
 66. Freeman D, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Stahl D, Bebbington P. Persecutory ideation and insomnia: Findings from the second British National Survey Of Psychiatric Morbidity. *J Psychiatr Res* 2010; 44: 1021 – 6.
 67. Waller H, Emsley R, Freeman D, et al. Thinking Well: A randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 48: 82 – 9.
 68. Häfner H, Maurer K, Trendler G, an der Heiden W, Schmidt M. The early course of schizophrenia and depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 167 – 73.
 69. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L, Yung AR, McGuire PK. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: Impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014; 40: 120 – 31.
 70. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2001; 15: 127 – 35.
 71. Mulholland C, Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Adv Psychiatr Treat* 2000; 6: 169 – 77.
 72. Butler L, Johns LC, Byrne M, et al. Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *J Context Behav Sci* 2016; 5: 33 – 8.
 73. Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, et al. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The «ACT for life» study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 50: 257 – 63.
 74. Gumley A, Braehler C, Laitwaite H, MacBeth A, Gilbert P. A compassion focused model of recovery after psychosis. *Int J Cogn Ther* 2010; 3: 186 – 201.
 75. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2013; 52: 199 – 214.
 76. Klingberg S, Hesse K. Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2014.
 77. Lincoln T. Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2014.
 78. Mehl S, Lincoln T. Therapie-Tools Psychosen. Weinheim: Beltz, 2014.
 79. Vauth R, Stieglitz RD. Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn. Bern: Hogrefe, 2007.
 80. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian J Psychol Med* 2012; 34: 12 – 20.

Therapeutische Umschau

Therapeutische Umschau
3000 Bern 9
031/ 300 45 00
<https://www.hogrefe.ch/produkte/zeits...>

Medienart: Print
Medientyp: Fachpresse
Auflage: 2'100
Erscheinungsweise: 10x jährlich



Seite: 67
Fläche: 402'618 mm²

sanatoriumKILCHBERG
PRIVATKLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

Auftrag: 3001498 Referenz: 70086698
Themen-Nr.: 531.030 Ausschnitt Seite: 13/13

81. López SR, Polo AJ, Karno M, et al. Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *J Abnorm Psychol* 2004; 113: 428–39.
82. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner DL. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library 2006, Issue 4.
83. Pfammatter M, Tschacher W. Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen – Rolle, Ziele und Wirksamkeit. *Psychother im Dialog* 2015; 3: 22–7.
84. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 472–85.
85. Roder V, Brenner HD, Kienzle N. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten IPT. Weinheim: Beltz, 2008.
86. Wykes T, Newton E, Landau S, Rice C, Thompson N, Frangou S. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2007; 94: 221–30.
87. Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S, Veckenstedt R, Woodward TS. Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2010: 561–9.

88. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1791–802.
89. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: A review and heuristic model. *Schizophrenia Research* 2004; 70: 147–73.
90. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 64–80.
91. Bechdolf A, Klingberg S. Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiat Prax* 2014; 41: 8–10.
92. Heibach E, Brabban A, Lincoln TM. How much priority do clinicians give to cognitive behavioral therapy in the treatment of psychosis and why? *Clin Psychol Sci Pract* 2014; 21: 301–12.
93. Schlier B, Lincoln TM. Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Verhaltenstherapie* 2016; 26: 279–90.

PD Dr. med. Matthias Jäger

Psychiatrische **Universitätsklinik** Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen
Lenggstrasse 31
8032 Zürich
matthias.jaeger@puk.zh.ch