

Übersicht

Deckblatt

Erstgespräch

Orientierung zu Wahn und Halluzinationen

- a) Überblick zum Wahn
- b) Überblick zu Halluzinationen

Diagnostik

- a) Klinische Diagnostik
- b) Diagnostik von Ressourcen

Anamneseerhebung und Schemadiagnostik

- a) Überblick
- b) Kindheit, Familie, Bindung und traumatisches Erleben
- c) Schemadiagnostik

Modellierung

Normalisierung

Vorbereitung einer internalen Perspektive

- a) Einführung des kognitiven Modells und Ableitung einer möglichen Zieldefinition
- b) Psychoedukation zu Einstellungen und Überzeugungen

Kognitive Interventionen

- a) Sammeln von Beweisen und hinterfragende Diskussion (*verbal challenge*)
- b) Sammeln von neuen Informationen
- c) Stärkung der alternativen Erklärung
- d) Vergleich zwischen dem wahnhaften und dem alternativen Erklärungsmodell
- e) Laufende Beobachtung der erzielten Veränderungen im Alltag
- f) Spezifische Anwendung des sokratischen Dialogs im Bereich der Stimmen
- g) Weitere kognitive Interventionen

Interventionen auf der Verhaltensebene

- a) Verhaltensexperimente (*reality testing*) zur Veränderung wahnhafter Einstellungen
- b) Reduktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten
- c) Spezifische Bewältigungsstrategien für akustische Halluzinationen
- d) Weitere verhaltensbezogene Interventionen

Emotionsfokussierte Interventionen

- a) Emotionsregulation
- b) Angstkonfrontation
- c) Akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Techniken

- d) Verbesserung von Empathie- und *theory of mind*-Fähigkeiten
- e) Spezifische schematherapeutische Arbeit mit akustischen Halluzinationen

Umgang mit nicht ausreichend reduzierbarer Symptomatik

Arbeit an dysfunktionalen Schemata, Selbstwert und Grundbedürfnissen

- a) Veränderung dysfunktionaler Schemata
- b) Arbeit am Selbstwert
- c) Verbesserung der Befriedigung von Grundbedürfnissen

Weiterführende Interventionen

Konsolidierungsphase

- a) Zusammenfassung der psychotischen Symptomatik
- b) Diagnostische Einordnung und Aufklärung und prognostische Einschätzung
- c) Störungsmodell
- d) Ableitung von Interventionen
- e) Arbeit an der Medikamentenadhärenz (Compliance)
- f) Rückfallprävention

Trauerarbeit in Bezug auf die Psychose

Literatur

Anmerkung

Zu Gunsten der besseren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form grundsätzlich die männliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

Deckblatt

Behandlungsleitfaden zur systemtheoretisch-psychologischen Therapie (SPT)

Patientendaten

Name:

Geburtsdatum/Sozialversicherungsnummer:

Krankenkasse:

Adresse:

Tel.:

Ausbildung/Beruf/Arbeit(-geber):

Zivilstand:

ethnischer Background:

Diagnose(n):

Parallelbehandlungen (psychiatrisch oder sonstige):

wichtige Kontaktpersonen:

Therapiedaten

Beginn der Therapie:

Unterstützung durch die Krankenkasse in Form von

Antrag für Sitzungen gestellt am . . 20 ; Sitzungen bewilligt

Wunschtermine seitens des Patienten:

abgesagte Sitzungen und Zeitpunkt der Absage:

Verspätungen:

speziell zu dokumentierende Besonderheiten:

Therapieende (Art der Beendigung):

Therapieerfolg/Befinden am Ende der Therapie:

Auffrischungssitzungen:

Katamnese:

Erstgespräch (. . 20)

- Begrüßung, Vorstellung, sowie Bezug auf Vorkontakte (Telefonate)
 - Frage nach Überweisungsmodus () und aktueller Befindlichkeit ()
 - Übersicht zum aktuellen Geschehen und zu den Problemen (inklusive Einschätzung der Akuität)
 - Krisengeschehen:
 - Achse-I Störungen (mit subjektivem Erklärungsmodell):
 - Achse-II Störungen (persönlichkeitsbezogene und interaktionelle Probleme; vgl. auch Verhaltensbeobachtung):
 - Sind die Gründe, weshalb Psychotherapie in Anspruch genommen werden soll, hinreichend klar und nachvollziehbar oder eher diffus und widersprüchlich?
Weshalb wird gerade jetzt therapeutische Hilfe gesucht?
 - Ressourcen: Gibt es Ausnahmen vom Problem? Welche Ressourcen/Bewältigungsstrategien helfen aktuell bei der Problembewältigung?
 - aktuelle Lebenssituation
 - Arbeit/finanzielle Lage:
 - Freizeitgestaltung:
 - soziale Unterstützung durch Familie, Beziehung, Freunde und Bekannte:
 - Wohnsituation:
- Bereiche (Ressourcen) herausstreichen, die trotz Problemen gut funktionieren
Anerkennung ausdrücken, dass der Patient trotz aller Schwierigkeiten zur Therapie erschienen ist
- Falls Vorerfahrung mit Psychotherapie vorhanden sind:
 - Wie erfolgreich war die Therapie?
 - Umstände der Therapiebeendigung:
 - Welche Faktoren haben die Therapie erschwert/unterminiert?
 - Erwartungen und Ziele bzgl. der aktuellen Therapie mit Zeiteinschätzung durch den Patienten; für welche Ziele und/oder Vorgehensweisen scheint der Patient dabei besonders motiviert?
 - Um die Therapie nach den Wünschen des Patienten gestalten zu können, soll zusätzlich geklärt werden ...
 - ... wie die Therapie sein soll (bzw. wie sie nicht sein soll),
 - ... was dem Patienten beim Therapeuten wichtig ist/was er sich von einem guten Therapeuten erwartet sowie
 - ... wann sich der Patient wohl fühlen und gerne kommen würde (bzw. was unangenehm wäre).

Kritisches Feedback wird im Verlauf der Therapie als positiv und erwünscht konnotiert!

- Erscheint eine Psychotherapie aufgrund der geschilderten Probleme und in Hinblick auf die Ziele und Erwartungen an die Therapie aktuell sinnvoll?
- Besprechung des therapeutischen Angebots und der spezifischen Rahmenbedingungen; insbesondere sollten der Ablauf der Therapiephasen, Frequenz und Dauer der Einheiten, Finanzierung, Antragstellung bei der Krankenkasse, Terminabsagen, rechtliche Rahmenbedingungen, Verhalten in Notfällen sowie die Beendigung der Therapie thematisiert werden.
- Einschätzung der Problematik des Patienten
 - Psychotische Symptome sind (in Abhängigkeit von möglicher Komorbidität) durchaus behandelbar, wenn eine adäquate Behandlung (nach aktuellem Stand der Wissenschaft) durchgeführt wird.
 - Versuch einer Entlastung (durch optimistische Haltung, gezielte Information, Normalisierung, Unterstützung bei der Problembewältigung durch konkrete Handlungsanleitung)

Orientierung zu Wahn und Halluzinationen

a) Überblick zum Wahn (. . 20)

- Genaue Definition und Beschreibung der wahnhaften Inhalte; Theorie des Patienten erklären lassen und diskutieren (Welche besonderen Ideen beschäftigen Sie? Wer oder was steckt Ihrer Meinung nach dahinter? Wie kam es dazu? (Moritz, Veckenstedt, Randjbar & Vitzthum, 2011))

Dabei werden irrationale Aspekte und Ungereimtheiten beachtet und realistische Aspekte gewürdigt. Hinweise auf die Unterscheidung zwischen *bad me/punishment*-Paranoia (der Patient sieht sich selbst als schlechten Menschen, der zu Recht verfolgt wird; traumaassoziierte Angst und Schuldgefühle sind die wesentlichen Emotionen) und *poor me/persecution*-Paranoia (der Patient sieht sich selbst als zu Unrecht verfolgten Menschen; die resultierende Emotion ist Ärger; Größenideen können vorkommen) werden ebenfalls beachtet (nach Chadwick, Birchwood & Trower, 1996). Religiöse und (sub-)kulturelle Hintergründe werden berücksichtigt; verschiedene Ebenen von unter- und übergeordneten Überzeugungen sollen differenziert werden.

- Handelt es sich um isolierte Ideen oder ein Wahnsystem?
- Zusammenfassende Explizierung der wichtigsten Wahnideen (mit Prioritätenreihung):
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- Therapeutischer Standpunkt gegenüber den wahnhaften Überzeugungen: Diese sind oft möglich, aber unwahrscheinlich (= Validierung, keine Kollusion). Daher werden sie als Hypothesen, die es zu prüfen gilt, angesehen (Kingdon & Turkington, 1995).
- Klärung des zeitlichen Verlaufs
 - Hier sind vor allem der Beginn und die damaligen Lebensumstände oder Krisen sehr wichtig für die Erstellung des alternativen Erklärungsmodells (Abschnitt Modellierung). Die Umstände beim ersten Auftreten des Wahns sollen normalisiert werden (Kingdon & Turkington, 1995). Die Auslösesituation selbst gibt oft wichtige Hinweise auf die Bedeutung und die Funktion des Wahns (Kingdon & Turkington, 2005).

- symptomfreie Zeiträume und Bedingungen für das Auftreten/Nichtauftreten des Wahns:

- Einschätzung verschiedener Charakteristika des Wahns
 - Stärke der Überzeugung (in %):
 - Plausibilität/Nachvollziehbarkeit:
 - Idiosynkrasie: Wer teilt diese Ansicht?
 - Einschätzung der Konsequenzen in den Bereichen Familie, Freundeskreis, Partnerbeziehung, Arbeit, Freizeitgestaltung, persönliche Sicherheit

 - resultierende negative Emotionen mit Einschätzung der Intensität (Stress: %, Angst: %, Depression/Traurigkeit: %, Schuld-/Schamgefühle: %, Ärger: %; sonstige:)
 - resultierende positive Emotionen mit Einschätzung der Intensität (z.B. Hochstimmung: %, Stolz: %, Freude: %; sonstige:)
 - Beschäftigung (wie oft pro Tag oder pro Woche und wie lange?):
 - Wichtigkeit im Leben des Patienten:

- Erhebung von wahngesteuerten Verhaltensweisen; hierzu zählen auch Vermeidungsverhalten, Schutzverhalten, Flucht, *compliance safety behavior*, Hilfe suchen, aggressives Verhalten (nach Freeman, Garety & Kuipers, 2001); mögliche Fragen (nach Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004, S. 283) sind:
 - Was tun Sie, um mit der Situation zurechtzukommen, wenn Sie sich bedroht fühlen?
 - Welche Aktivitäten, Dinge oder Personen vermeiden Sie?
 - Was würde geschehen, wenn Sie dies nicht mehr beachten würden?
 - Wie stark schränken diese Maßnahmen Sie ein?
 - Welche kurz- und langfristigen Effekte hat dieses Verhalten?
 - Haben Sie sich einmal anders verhalten? Falls ja: Wie haben Sie das geschafft und was ist dann geschehen?

- Frage nach Phasen des Zweifelns an der Überzeugung und nach der *reaction to hypothetical contradiction* (Chadwick et al., 1996) als Maß für Inflexibilität und als grobe prognostische Einschätzung:
 - Fällt Ihnen eine die Überzeugung entkräftende Situation aus der Vergangenheit ein? Falls ja: Wie ging es Ihnen emotional, als Sie an der Richtigkeit der Annahme zweifelten? Dieser Aspekt ist für die Vorbereitung einer internalen Perspektive wesentlich.

Falls nein: Such(t)en Sie nach widersprechenden Informationen?

- Können Sie sich prinzipiell eine die Überzeugung entkräftende Situation vorstellen? Ist es möglich, dass Sie sich irren? Was müsste passieren, damit Sie zur Überzeugung kommen, dass Sie sich geirrt haben?
- Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie diese Inhalte nur zu 70, 50, 10 oder 0% glauben würden (Chadwick, 2006)?
- Klärung der Funktionalität des Wahns unter der Schemaperspektive
 - Handelt es sich um den direkten Ausdruck eines Schemas, um die Abwehr bzw. Vermeidung eines Schemas oder um eine Überkompensation (Young, Klosko & Weishaar, 2003)?
 - Welche Sicht des Selbst (bei Paranoia: vulnerabel, unterlegen, schlecht; bei Kontrollwahn: schwach, machtlos, hilflos; bei Größenwahn: besonders, wichtig) und anderer Menschen (bei Paranoia: mächtig, bedrohlich, feindselig; bei Kontrollwahn: allmächtig, allwissend; bei Größenwahn: unterlegen, missgünstig) spiegelt sich im Wahn wider (A. T. Beck, Rector, Stolar & Grant, 2011)?
 - modifizierte *Pfeil-abwärts-Technik* in Bezug auf die paranoiden Inhalte (nach Chadwick et al., 1996)
 bei *negativen Inhalten* (die sich nicht eindeutig der *bad me*- oder *poor me*-Paranoia zuordnen lassen):
 Was ist das Schlimmste an der Überzeugung?
 Angenommen, die Überzeugung stimmt, was wäre dann?
 Was bedeutet das für Sie? (Frage mehrmals stellen)
 Warum ist das (so) wichtig?
 Was würde das über Sie aussagen?
 Wie sollten oder möchten Sie sein? Was erwarten Sie von sich?

 Spezifisch für *bad me/punishment-Paranoia* (Selbstbewertungen sind hier eher bewusst):
 Wie sehen die Verfolger Sie? Sind die Bewertungen global und stabil?
 Angenommen, die Verfolger haben Recht, was wäre dann?
 Was bedeutet das für Sie? (Frage mehrmals stellen)
 Warum ist das (so) wichtig?
 Was würde das über Sie aussagen?

Spezifisch für *poor me/persecution*-Paranoia (die zugrunde liegenden Bewertungen sind hier eher unbewusst):

Wie bewerten/behandeln die Verfolger den Patienten innerhalb der Erzählung?

Wie geht es dem Patienten damit? Emotionale Reaktion auf die negativen Bewertungen:

Wie bewertet sich der Patient selbst in dieser Hinsicht? Hier soll die eigentliche Selbstwertproblematik, die auf andere Menschen projiziert wird, ersichtlich werden.

Wie geht es dem Patienten mit dieser Sichtweise? Emotionale Folgen der Selbstbewertung:

- Welche Funktionen hat der Wahn (z.B. Selbstwertsteigerung/der Patient ist besonders wichtig und speziell, Wahn als aufregende Beschäftigung, Gesprächsthemen, Sinn im Leben, Mittel gegen Verzweiflung, Abgabe von Eigenverantwortung, Schutz vor äußeren Anforderungen, Mittel zur Beziehungsgestaltung (wenn wichtige Personen involviert sind), Erklärung bestimmter Ereignisse (nach Kingdon & Turkington, 2005; Morrison, 2001))?

Was wäre ohne die Überzeugung anders? Gibt es auch gute Seiten daran? Was würden Sie vermissen, wenn die Überzeugung plötzlich verschwunden wäre?

- konkrete Beschreibung der wichtigsten Wahninhalte durch Selbstbeobachtungsprotokolle (siehe Handouts 1 bis 4)

Handout 1: ABC-Schema zur Beobachtung von

(nach Ellis & Hoellen, 1997; Ellis, 1977).

Auslösende Situation (wann, wo, wer, was?):	Bewertung/Gedanken zur Situation (Was geht Ihnen durch den Kopf?):	<i>Consequence</i> (körperliche) Gefühle:	Verhaltensweisen:

Bitte zu Beginn nur die ersten vier Spalten selbständig ausfüllen!

(nach Lincoln, 2014).

[illegible]

Handout 3: Beobachtungsprotokoll für Situationen, in denen Sie sich angesprochen fühlen oder in denen jemand über Sie spricht (nach Kingdon & Turkington, 2005). Bitte zu Beginn nur die ersten vier Spalten selbständig ausfüllen!

[illegible]

Handout 4: Beobachtungsprotokoll für Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, dass jemand Ihre Gedanken liest (nach Kingdon & Turkington, 2005).
Bitte zu Beginn nur die ersten vier Spalten selbständig ausfüllen!

[illegible]

b) Überblick zu Halluzinationen (. . . 20)

- Klärung der Ausgangsbedingungen, indem reales von halluzinatorischem Erleben abgegrenzt wird (Kingdon & Turkington, 1995):
 - Hören Sie manchmal Stimmen, obwohl keine entsprechenden Personen zugegen sind?
 - Können andere Menschen diese Stimmen auch hören? Bei Unklarheit: *reality testing* mit einer Person, welcher der Patient vertraut oder durch den Versuch einer Aufnahme der Stimmen
Falls der Patient denkt, dass andere Personen die Stimmen zwar hören, es aber nicht zugeben:
Warum sollten selbst vertrauensvolle Personen das tun?
 - Wie kommt es, dass andere Menschen diese Stimmen nicht hören können? Wie funktioniert das?
 - Werden die Stimmen durch innere oder äußere Faktoren verursacht (auch eine Verhältnis-einschätzung der beiden Faktoren ist möglich)? Falls der Patient nicht sicher ist, können entsprechende Übungen durchgeführt werden (z.B. versuchen, die Ursprungsrichtung der Stimmen zu identifizieren; sich im Raum bewegen und dabei die Stimmen beachten; die Ohren zuhalten und dabei die Stimmen beachten) (Nelson, 2011).

Das Hören von Stimmen wird unabhängig von der Erklärung des Patienten in jedem Fall als subjektive Realität anerkannt.

- Überprüfen von möglichen Diskriminationsmerkmalen (Klingt die Stimme wirklich genau wie eine echte Stimme?) und gegebenenfalls Durchführung von entsprechenden Übungen (zur Verbesserung von Reizdetektion und Diskriminationsfähigkeit)
- Beschreibung wichtiger Charakteristika der akustischen Halluzinationen
 - Anzahl, Geschlecht und Identität der Stimmen:
 - Inhalt (z.B. Vorschlag, Befehl, Kommentar, Paraphrasieren, Fragen, Hilfe/Schutz, Komplimente, Drohung, Strafe, Beleidigung/Beschimpfung, Kritik, Lustiges, Bizarres, ...):

Bei persönlichen, belastenden Inhalten kann nachgefragt werden, ob diese der Wahrheit entsprechen.

- Qualität (Mengenverhältnis zwischen positiven und negativen Inhalten) = % zu %
- Locus (kann unmittelbar überprüft werden):

- Auslöser: Wann treten mehr/weniger Stimmen auf? Häufige Auslöser sind Stress/Anspannung, negative Gefühle (z.B. Angst), Isolation/Einsamkeit und Langeweile.
- Frequenz/Häufigkeit und Dauer:
- Lautstärke (im Vergleich zur eigenen Stimme): %
- Analyse der Konsequenzen und der vom Patienten erlebten Kontrolle
 - auf der Verhaltensebene: Wie reagiert der Patient auf die Stimmen (z.B. mit Bekämpfen, Vermeidung/Ablenkung oder Compliance/Mitmachen/Gehorchen)?
 - auf der emotionalen Ebene: resultierende negative Emotionen mit Einschätzung der Intensität (Stress: %, Angst: %, Depression/Traurigkeit: %, Schuld-/Schamgefühle: %, Ärger: %; sonstige:); diese Aspekte sind für spätere achtsamkeitsbasierte Interventionen wesentlich (Chadwick, 2006).
resultierende positive Emotionen mit Einschätzung der Intensität (z.B. Hochstimmung: %, Stolz: %, Freude: %; sonstige:)
 - Einschätzung der Belastung durch die Stimmen und der Beeinträchtigung im Alltag (in den Bereichen Familie, Freundeskreis, Partnerbeziehung, Arbeit, Freizeitgestaltung)
- Klärung des zeitlichen Verlaufs und der Funktionalität
 - Beginn:
 - Lebensumstände beim ersten Auftreten der Stimmen; diese sind wichtig für die Erstellung des alternativen Erklärungsmodells (Abschnitt Modellierung).
 - symptomfreie Zeiträume:
 - Was wäre ohne Stimmen? Gibt es auch gute Seiten daran? Was würden Sie vermissen, wenn die Stimmen plötzlich verschwunden wären?
- Klärung von Selbstbewertung durch modifizierte *Pfeil-abwärts-Technik* (Chadwick et al., 1996)
 - bei *negativen* Stimmen:
Angenommen, die Stimmen haben Recht, was wäre dann?
Was bedeutet das für Sie? (Frage mehrmals stellen)
Was würde das über Sie aussagen?

- bei *positiven* Stimmen:
 Angenommen, die Stimmen haben Unrecht, was wäre dann?
 Was bedeutet das für Sie? (Frage mehrmals stellen)
 Was würde das über Sie aussagen?

- Überlegungen zur *tiefen Bedeutung* der Stimmen (nach Nelson, 2011) in Bezug auf die Geschichte und die Persönlichkeit des Patienten

- *Reframing* von im Behandlungsverlauf verstärkt auftretender Symptomatik (Wenn die Stimmen ärgerlich werden, dann machen wir's richtig!); es wird somit eine neue Sichtweise eingeführt, indem das Erleben eines unangenehmen Symptoms durch eine Umdeutung einen positiven Sinn bekommt.

- konkrete Beschreibung der Halluzinationen mittels Selbstbeobachtungstagebuch (siehe Handouts 1, 5 und 6). Bei Handout 1 können unter B Gedanken zu Herkunft/Ursprung, Identität, Absicht sowie zur Omnipotenz von Stimmen, aber auch Schemainhalte (Wie sehe ich mich selbst bzw. wie glaube ich von anderen Menschen gesehen zu werden?) und Metakognitionen (z.B. zur Bewältigung von Stimmen oder Selbstbeschuldigungen) protokolliert werden. Die tägliche Form des Stimmenprotokolls (Handout 6) kann neben Aufschluss über Risikosituationen auch zusätzliche Informationen in Bezug auf protektive Aktivitäten oder Situationen geben.

Handout 5: Stimmtagebuch (nach Chadwick et al., 1996; Kingdon & Turkington, 2005; Lincoln, 2014). Bitte eine Woche lang konsequent ausfüllen!

[illegible]

Handout 6: Stimmmentagebuch für den . . . (nach A. T. Beck et al., 2011 und Turkington, 2007).

Situation/ Aktivität:	Sind Stimmen vorhanden?	Falls ja: Was sagten sie?	Lautstärke (von 1 bis 10):	Was denken Sie über das, was die Stimmen sagen?	Emotion (z.B. Scham, Angst, Ärger; Intensität von 1 bis 10):	Verhalten (Was haben Sie in der Situation getan?):
8-9h						
9-10h						
10-11h						
11-12h						
12-13h						
13-14h						
14-15h						
15-16h						
16-17h						
17-18h						
18-19h						
19-20h						
20-21h						
21-22h						

Diagnostik

a) klinische Diagnostik (. . 20)

- Vorbefunde und -diagnosen:
- Achse I Störungen (erhoben mit dem diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS); Schneider & Margraf, 2011)
 - aktuell:
 - anamnestisch:
 - subklinisch:
- psychosespezifische Diagnostik, z.B. mithilfe von:
 - *Scale for Assessment of Positive Symptoms* (SAPS; Andreasen, 1984) und *Scale for Assessment of Negative Symptoms* (SANS; Andreasen, 1983)
 - *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier & Faragher, 1999)
 - *Revised Beliefs About Voices Questionnaire* (BAVQ-R; Chadwick, Lees & Birchwood, 2000)
 - Messung der Einsicht in die psychische Problematik (auf Basis der *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* nach Amador et al., 1993 und der *Insight Scale* nach Birchwood et al., 1994; siehe unten)
- dysfunktionale Persönlichkeitszüge und Persönlichkeitsstörungen (erhoben mit der *International Personality Disorder Examination* (IPDE), Mombour et al., 1996)

Zur Messung der Einsicht in psychotische Symptome

1. Leiden Sie unter bestimmten Symptomen im psychischen Bereich (d.h. dass Beschwerden im Kopf produziert werden)?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

2. Wie erklären sie sich diese Probleme? Sind die ungewöhnlichen Erfahrungen (oder Symptome) Teil einer psychischen Störung bzw. durch eine psychische Störung verursacht?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

3. Leiden Sie an einer psychischen Störung oder sind Sie psychisch gesund?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

4. Wenn ein Fachmann sagen würde, Sie hätten eine psychische Störung, hätte er recht?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

5. Welche sozialen Folgen zieht die psychische Störung nach sich?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

6. Benötigen Sie irgendeine Art der Behandlung (z.B. Medikation)? Hat z.B. der Arzt recht, wenn er Ihnen Medikamente verschreibt, oder benötigen Sie nichts dergleichen?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

7. Kann Ihnen eine Behandlung (z.B. Medikation) helfen?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

8. Falls es stationäre Aufenthalte in der Vorgeschichte gab: Waren diese notwendig?

☐ O eindeutige Einsicht ☐ O mäßige/teilweise Einsicht ☐ O fehlende Einsicht

Punktezuordnung: eindeutige Einsicht = 2 Punkte, mäßige/teilweise Einsicht = 1 Punkt, fehlende Einsicht = 0 Punkte

Die Auswertung erfolgt für drei Bereiche und orientiert sich an der *Insight Scale* von Birchwood et al. (1994), welche ebenfalls acht Items aufweist.

Bewusstsein für die Symptome (Items 1 und 2): 0-2 Punkte = ungenügende Einsicht; 3-4 Punkte = gute Einsicht

Bewusstsein für die psychische Störung (Items 3 und 4): 0-2 Punkte = ungenügende Einsicht; 3-4 Punkte = gute Einsicht

Bewusstsein für die Behandlungsbedürftigkeit (Items 5, 6, 7, 8; hier werden die Punkte zur besseren Vergleichbarkeit durch zwei geteilt): 0-2 Punkte = ungenügende Einsicht; 3-4 Punkte = gute Einsicht.

b) Diagnostik von Ressourcen (. . 20)

- Psychoedukation: Aus Problemen sind Ziele ableitbar, welche nur durch Einsatz von Ressourcen (als Mittel und Wege dorthin) erreicht werden können.
Psychische Probleme stellen zwar nur einen kleinen Anteil an der gesamten psychischen Aktivität, sie werden aber sehr oft aktiviert. Ressourcen können ebenfalls häufig aktiviert werden und führen so zu unmittelbaren Verbesserungen (Grawe, 2000). Der Patient soll überlegen, wie die Ressourcen am besten aktiviert und genutzt werden können und diese Überlegungen im Alltag umsetzen.
- beobachtbare mögliche Ressourcen des Patienten:
 - kognitive Planungsfähigkeiten/Selbstmanagement
 - Intelligenz
 - Introspektionsfähigkeit/Verbalisierungsmöglichkeiten
 - soziale Fertigkeiten (Vertrauen, soziale Kompetenz, Beziehungsfähigkeit)
 - Ästhetisches (Geschmack, Aussehen/Ausstrahlung, Auftreten)
 - aus Persönlichkeitsakzentuierungen ableitbare positive Eigenschaften
- Vorgabe des Ressourcenfragebogens (siehe unten)

Name:

Datum:

Fragebogen zu Ressourcen und Stärken

Die Ressourcen und Stärken, über welche Sie verfügen, sind im therapeutischen Prozess äußerst wichtig. Erst durch sie können positive Veränderungen zustande kommen.

Um einen Überblick über Ihre Ressourcen zu bekommen, werden Sie gebeten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Welche Lebensbereiche (wie z.B. Arbeit, Finanzen, Wohnen, soziale Beziehungen, Freizeit) funktionieren derzeit gut?

2. Wofür interessieren Sie sich besonders? In welchen Bereichen verfügen Sie über spezielles Wissen bzw. wo kennen Sie sich besonders gut aus (z.B. aufgrund einer Ausbildung)?

3. Was können Sie (besonders) gut? Über welche Fähigkeiten verfügen Sie?

4. Was haben Sie bereits erreicht, worauf Sie stolz sein können?

Wie würden Sie Ihr Selbstwertgefühl (Selbstvertrauen) derzeit beschreiben?

Was können Sie tun, um Ihren Selbstwert zu stabilisieren oder zu steigern?

5. In welchen Bereichen sind Sie kreativ? Wo können Sie sich selbst verwirklichen?

6. Was können Sie besonders genießen? Wie können Sie entspannen? Was tun Sie gern?

Was macht Ihnen Spaß? Was macht Sie froh und glücklich? Worüber können Sie lachen?

Sind Sie ein emotionaler Mensch („Gefühlsmensch“)?

Über welche Bewältigungsstrategien verfügen Sie, um mit negativen Gefühlen, Problemen und Belastungen umzugehen? Wie haben Sie in der Vergangenheit Krisen bewältigt?

7. Was gibt Ihnen Halt und Sinn im Leben (Glaube, Religion, Spiritualität, ...)?

Welche sind Ihre wichtigsten Werte, Überzeugungen und Motive bzw. Vorbilder/Idole?

Wie würden Sie Ihre allgemeine Lebenseinstellung beschreiben?

Was möchten Sie im Leben noch gerne machen/erreichen (positive, offene Ziele und Wünsche)? In welchen Bereichen ist eine starke Veränderungsmotivation vorhanden?

Auf welche wichtigen Erfahrungen, die sie gemacht haben, können Sie zurückgreifen?
Welche Zeiten in Ihrem Leben waren glücklich?

Sind Sie abwägend, vorausschauend und machen sich viele Gedanken („Kopfmensch“)?
Über welche positiven Eigenschaften verfügen Sie sonst noch?

8. Auf wen können Sie sich verlassen (Familie, Freunde, Partner, ...)? Welche zwischenmenschlichen Beziehungen sind Ihnen besonders wichtig?

Was ist Ihnen in diesen Beziehungen wichtig? Was erwarten Sie von diesen Menschen?

Können Sie sich gut in andere Menschen hineinversetzen und mitfühlen? Können Sie gut mit anderen Menschen umgehen?

Sind Sie eher ein Einzelgänger (der Dinge lieber für sich allein macht) oder ein sozialer Mensch (dem Freundschaften, Nähe, Vertrautheit wichtig sind)?

9. Wie wichtig ist es für Sie, einen guten Überblick (bzw. Orientierung) über die Abläufe und Ereignisse in Ihrem Leben zu haben? Wie wichtig sind Ihnen hier Kontrolle und Einfluss?

In welchen wichtigen Lebensbereichen (wie z.B. Beruf, Finanzen, Wohnen, soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung, Gesundheit) verfügen Sie über Kontrolle und Orientierung?

Wie verschaffen Sie sich Kontrolle in diesen Bereichen? Wie behalten Sie den Überblick? Wie lösen Sie Probleme?

10. Machen Sie sich Gedanken über Ihre körperliche Gesundheit? Was tun Sie für Ihre Gesundheit (z.B. gesundheitsbewusst essen, körperliche Betätigung, ...)?

11. Über welche materiellen Ressourcen (z.B. Geld, Besitz, Wohnung) oder günstigen Lebensumstände verfügen Sie?

Danke für Ihre Mitarbeit!

Und bitte vergessen Sie nicht, Ihren Namen und das Datum einzutragen!

Anamneseerhebung

a) Überblick (. . 20)

[illegible]

Jahr (Alter)	Beziehungen (familiär, sexuell, andere)	Schule Ausbildung Arbeit	Wohnen, Finanzen	Freizeit- Verhalten, Hobbies	Was war wichtig (Ziele)?	Auffälligkeiten, Störungen, Krankheiten	Behandlung	Substanz- konsum	subjektive Sicht des Patienten; therapeutische Bemerkungen

b) Kindheit, Familie, Bindung und traumatisches Erleben (. . 20)

- Beschreibung des Patienten als Kind: Dabei ist das Temperament (als Art, Dauer und Intensität des emotional-physiologischen Reagierens auf Reize und Selbstregulation dieser Reaktivität) zu beachten. Ungünstig sind ängstliche, schüchterne, zurückgezogene, irritierbare, emotional leicht aktivierbare und schwer beruhigbare, gehemmte, vermeidende Muster und ein unregelmäßiger biologischer Rhythmus.
- Gab es Probleme vor, während oder kurz nach der Geburt (Komplikationen, Erkrankungen, psychosoziale Stressoren, einschneidende Veränderungen oder zwischenmenschliche Verluste)?
- allgemeine Beschreibung wichtiger Bezugspersonen: Wie sind die Familienmitglieder und wichtige Bezugspersonen hinsichtlich Ausbildung/Beruf, Persönlichkeit, Temperament, Einstellungen/Werten, Bindungsstil/Feinfühligkeit und psychischer/körperlicher Gesundheit zu charakterisieren?
 - Mutter (Beruf:):
 - Vater (Beruf:):
 - sonstige Bezugspersonen:
 - Geschwister (unter Berücksichtigung des Altersabstandes):
 - sonstige psychische Auffälligkeiten in der Familie:
- zur Familie allgemein
 - Familienklima und -struktur:
 - Stellung des Patienten:
 - Sozialkontakte nach außen:
 - Werte und Regeln:
 - finanzielle Lage/Wohnverhältnisse:
- zur Eltern-Kind Beziehung: Wie waren die Arbeitszeiten der Eltern? Wann waren sie zuhause? Was haben sie in dieser Zeit gemacht? Haben sie mit Ihnen gespielt? Wie waren die Wochenenden? Sind bestimmte Ereignisse erinnerbar?

Wurden normale kindliche Grundbedürfnisse (Aufmerksamkeit, Liebe, Bindung; Verständnis und Empathie; Unterstützung und Hilfe; Zuverlässigkeit, Sicherheit, Schutz, Geborgenheit; Autonomie und Selbstständigkeit; Kompetenzerleben, Lob, Anerkennung, Selbstwertsteigerung; Freiheit, Bedürfnisse und Emotionen mitzuteilen; Spontaneität, Spiel, Spaß, Grenzen; vgl. Young et al., 2003) befriedigt?

- Beschreibung schwieriger Situationen (Brisch, 2013; Buchheim & Strauß, 2002):
 - Wie war es, wenn Sie Kummer hatten, traurig waren, körperlich verletzt oder krank waren, Streit hatten oder von den Eltern getrennt waren?
 - Wie wurden Sie als Kind bestraft? Gab es Drohungen (z.B. bzgl. Fortschicken oder Verlassenwerden) oder körperliche Gewalt (wie z.B. geschlagen werden mit Gegenständen, sodass Verletzungen entstanden)?
 - Wurden Angst, Zurückweisung/Ablehnung, irgendeine Art von Missbrauch oder andere schwierige Erfahrungen erlebt?
im sexuellen Bereich: Wollte jemand Sie z.B. anfassen, küssen, streicheln, ausziehen oder zusammen mit Ihnen im Bett liegen?
- Gab es sonstige psychosoziale Stressoren, einschneidende Erlebnisse/Veränderungen oder zwischenmenschliche Verluste in Ihrer Kindheit?
- Psychoedukation zu schwierigen Kindheitserlebnissen (nach Faßbinder, Schweiger & Jacob, 2011):
 - Alle Kinder sind grundsätzlich liebenswert und wertvoll; kein Kind ist von Grund auf nicht in Ordnung oder schlecht.
 - Es ist völlig normal, dass ein Kind Bedürfnisse und Gefühle hat. Ein Kind hat auch ein Recht auf die Erfüllung bestimmter Bedürfnisse. Geschieht dies nicht, so kann das Kind sich nicht ideal zu einem gesunden Menschen entwickeln.
 - Es ist nie das Kind schuld, wenn Erwachsene mit dem Kind überfordert sind und sich nicht korrekt verhalten (und z.B. das Kind schlagen oder beschimpfen). Auch wenn die Gründe dafür jetzt nachvollziehbar sind, so hat das betroffene Kind in der Situation dafür kein Verständnis. Auch nehmen Gründe einen Erwachsenen nie aus der Verantwortung.

- Zusammenfassung/Checkliste zur Erhebung von negativen/traumatischen Erlebnissen:

Eltern sind physisch nicht verfügbar	Leugnen von gravierenden Vorfällen
Eltern sind unverlässlich; instabile Beziehungen	gestörte Kommunikation
wenig zwischenmenschliche Wärme	Streit, Aggression, Dysharmonie
Frustration von kindlichen Bedürfnissen	(Suizid-)Drohungen, Einschüchterungen
Invalidierung von Emotionen und Bedürfnissen	Sündenbockrolle, Schuldgefühle, Unerwünschtheit
Kind als Prinz/Prinzessin (nicht als Person)	physischer Missbrauch, Sadismus
Liebesentzug/ignoriert werden	Ablehnung, Selbstwertminderung, Entwertung
längere Trennungen	sexueller Missbrauch
Scheidung/Trennung der Eltern	häufiges Erleben starker negativen Emotionen
schwerwiegende zwischenmenschliche Verluste	Aufwachsen in einer inadäquaten Umgebung
grobe Veränderungen in der Familienstruktur	Fehlen von normalen Erfahrungen
inkonsistente Erziehung	gravierende Probleme in der Schule/mit Peers
Vernachlässigung, wenig Unterstützung	Erleben von Ausgrenzung und Diskriminierung
unzureichender Schutz durch die Eltern	Erleben von Gewalt
Verstrickung, Überbehütung	Erleben eines Unfalls/Unglücks
zu hohe Ansprüche der Eltern, Rigidität, Strenge	Erleben einer humanitären Katastrophe
Rollenumkehr	sonstige:

Tab. 1: Zusammenfassung negativer/potenziell traumatischer Erlebnisse in der Kindheit (nach Bowlby, 1995; Brisch, 2013; Linehan, 1996a; Roediger, 2011; Teicher, 2011; Young et al, 2003).

- Welche protektiven Faktoren waren vorhanden (wie z.B. ein aktives, offenes, kontaktfreudiges Temperament, positive Bindungen/ein sicherer Bindungsstil, Einsicht in elterliche Fehler, frühe Förderung von Talenten, Entwicklungsmotivation/Selbstständigkeit, gute Lern- und Anpassungsfähigkeit/Erfolge, hoher Selbstwert, hohe Intelligenz, hoher sozioökonomischer Status; nach Bender & Lösel, 2005; Egle & Hardt, 2005)?

c) Schemadiagnostik (. . . 20)

Diese kann mittels des *Young Schema Questionnaire-S3* (Young, 2007; deutsche Übersetzung von Berbak, Grutspalk, Parfy & Zarbock, 2007), mittels der drei Fragebogen zu Schemaerdulden, Schemavermeidung und Schemaüberkompensation von Berbak (2012) sowie mittels Verhaltensbeobachtung durchgeführt werden.

- wichtige primäre Schemata:
- wichtige sekundäre (kompensatorische) Schemata:
- *schema modes*:

Modellierung (. . 20)

Das Erklärungsmodell dient unter therapeutischen Gesichtspunkten vor allem der Generierung einer Alternative zum subjektiven Erklärungsmodell des Patienten, welches (in Form der wahnhaften Überzeugung) den Störungsattraktor darstellt. Dies erscheint besonders relevant, da viele Patienten über keine vernünftige Alternativerklärung für ihr Erleben verfügen. Demnach ist das Fehlen einer Alternativerklärung als wichtiger aufrechterhaltender Faktor der Problematik anzusehen.

Die Entwicklung einer plausiblen alternativen Erklärung für die Symptome soll den erwünschten Phasenübergang und die notwendige Neuorientierung beim Patienten ermöglichen. In diesem Sinne stellt die Erarbeitung eines alternativen Modells aufgrund der Reaktivität der eingesetzten Modellierungsmethode gleichzeitig eine Intervention (bzw. eine Verstörung des Systems des Patienten) dar, welche bei den zu verändernden Kontrollparametern der psychotischen Einsicht und der Überzeugtheit ansetzt und dabei der Logik der Normalisierung folgt.

Die bei der Modellierung des alternativen Modells zur Anwendung kommende Technik orientiert sich am sogenannten geleiteten Entdecken (Wilken, 2008; vgl. auch J. S. Beck, 1999; A. T. Beck et al., 2011), in dessen Rahmen der Patient durch therapeutische Anleitung selbst zu einem neuen Verständnis von wichtigen Zusammenhängen gelangt. Chadwick (2006) bevorzugt die Bezeichnung *supported discovery*, wobei es auch hier um einen offenen Austausch von Sichtweisen und Ideen (auch im Sinne von spekulativen Möglichkeiten) geht. Außerdem wird eine Trennung zwischen Entdecken und Verstehen einerseits und Verändern auf der anderen Seite vorgenommen.

Nach Kingdon und Turkington (1995) können Erklärungen, die Auslöser wie das Erleben von Stress, Überarbeitung/Überforderung, Angst, Life-Events sowie Schlafstörungen beinhalten, von Patienten besonders gut angenommen werden. Für Halluzinationen sind nach Nelson (2011) die Erklärungen besonders lebhafte Gedanken zu haben, über ein besonders gutes auditives Vorstellungsvermögen zu verfügen sowie die Möglichkeiten eines Traumagedächtnisses oder eines überaktiven Gehirns, welches auch im Wachzustand träumt, geeignet. Wenn es sich bei den Stimmen um solche von bekannten Personen handelt, so kann eine Interpretation der Stimme als (eventuell sogar positives) Introjekt dieser Person (z.B. der verstorbenen Mutter) vorgeschlagen werden.

Wenn die Erstellung und Vermittlung des Modells nicht ausreichend gelingt, so wird die Thematik später im Rahmen der Stärkung von Alternativerklärungen noch einmal aufgegriffen und es wird dann versucht, das therapeutische Modell als die mit dem Wahn konkurrierende alternative Erklärung zu etablieren.

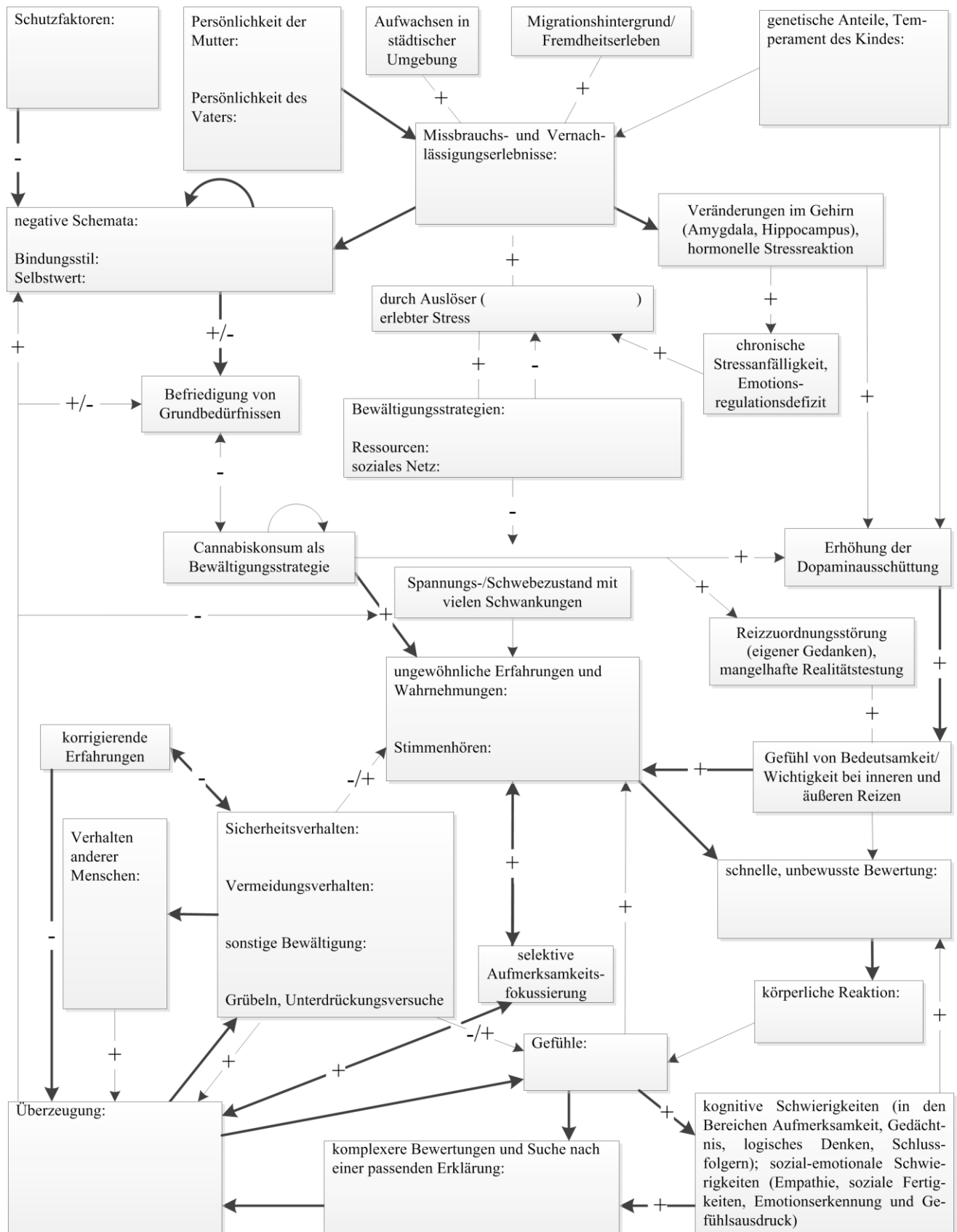


Abb. 1: Systemtheoretisch-psychologisches Erklärungsmodell. Pfeil = Ursache-Wirkung-Zusammenhang, Pfeil mit + Symbol = je mehr, desto mehr bzw. je weniger, umso weniger, Pfeil mit – Symbol = je weniger, desto mehr bzw. je mehr, umso weniger, Pfeil mit +/- (bzw. -/+) Symbol = kurzfristig positiver Effekt, gefolgt von einem mittelfristigen negativen Effekt (bzw. umgekehrt), dünner Pfeil = mittlere Beeinflussungsstärke, dicker Pfeil = starke Beeinflussung, Verbindungslinien mit + Symbol = Hinzukommen eines Elements, gebogener Pfeil = selbstverstärkender Prozess.

Normalisierung (. . 20)

Durch die Normalisierung soll ein adäquateres Verständnis der Phänomene, welches eine alternative Erklärung für die psychotischen Symptome erfordert, ermöglicht werden. Demnach dient die Normalisierung der Generierung einer Alternative zum Störungsattraktor des Patienten sowie im Weiteren auch der Vorbereitung eines Phasenübergangs und einer Neuorientierung. Im Sinne der Theorie dynamischer Systeme und des individuellen Störungsmodells kann an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass sich problematisches Verhalten über den Weg eines Phasenübergangs aus gesunden Systemelementen entwickelt, und dass demnach nicht das System selbst (also der Patient), sondern lediglich eine bestimmte Dynamik als dysfunktional anzusehen ist.

- Normalisierung von Teilen des wahnhaften Erlebens des Patienten: Viele Menschen haben unlogische Einstellungen; so glauben z.B. 68% der Menschen an Gott, jeweils über 50% an Gedankenübertragung und Zukunftsvoraussagen sowie 25% an Geister, Übernatürliches und Reinkarnation. 23% der Menschen glauben an Horoskope und 21% glauben an den Teufel (Cox & Cowling, 1989). 44% der Menschen glauben nach Moritz et al. (2011) an Hexerei, Voodoo oder Okkultismus, und jeweils 26% haben schon einmal übersinnliche Erfahrungen gemacht oder die Dinge um sie herum als unwirklich (als ob sie Teil eines Experiments wären) erlebt. Das Gefühl verfolgt zu werden kommt mit 19% ebenso wie Beziehungsideen (16%) recht häufig in der Allgemeinbevölkerung vor (Moritz et al., 2011). Paranoide Ideen (z.B. Andere reden über mich; alle sind gegen mich; die Polizei beobachtet mich) kommen bei 30-40% der Menschen wöchentlich vor. Auch Größenideen (z.B. Ich wäre ein besserer Bundeskanzler als der aktuelle) sind nicht selten. 10-20% der Menschen haben längerfristige paranoide Ideen, welche Stress verursachen. Schließlich entwickeln 3,3% der Menschen im Zeitraum von 18 Monaten einen paranoiden Wahn.

Nach Kingdon und Turkington (1995) lässt sich aus diesen Befunden ein Gedanken-Kontinuum (von der Idee - über die Einstellung - zur Überzeugung - und überwertigen Idee - bis zum Wahn) konzipieren (siehe Handout 7).

- Normalisierung von Teilen des halluzinatorischen Erlebens des Patienten (nach Kingdon & Turkington, 1995, 2005; Lincoln, 2014; Turkington, Kingdon & Weiden., 2006): Halluzinationen sind ein Phänomen, welches unter belastenden Umständen (z.B. Stress, Gefahrensituationen wie etwa Geiselnahmen, Trauerfällen, Reizdeprivation oder Isolation), unter bestimmten somatischen Bedingungen (z.B. beim Einschlafen, bei Schlafentzug, schweren Infektionen mit Fieber, Delirium tremens, beim Konsum von Kokain, LSD, Speed, Amphetamin oder Ecstasy, bei Nahrungs- oder Wasserdeprivation) sowie unter Trance bei vielen Menschen auftreten kann.

Neben der primär angestrebten Normalisierung kann in diesem Zusammenhang noch einmal geklärt werden, welche der auslösenden Faktoren beim Patienten vorlagen, als er erstmalig Stimmen hörte.

Im Allgemeinen betrifft Stimmenhören 2-5% der gesunden Bevölkerung (in Abhängigkeit von der jeweiligen Studie liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 4 und 25%). Berühmte Persönlichkeiten, die unter (akustischen) Halluzinationen litten, sind beispielsweise Jeanne d'Arc (Jungfrau von Orléans), Hildegard von Bingen (Kirchenlehrerin und Universalgelehrte), Mahatma Ghandi (pazifistischer Widerstandskämpfer), Anthony Hopkins (Schauspieler), Carl Gustav Jung (Psychiater und Gründer der analytischen Psychologie), Gotthold E. Lessing (Schriftsteller und Dichter), Martin Luther (Theologe und Bibelübersetzer), Moses (biblische Figur), Blaise Pascal (Mathematiker, Physiker, Philosoph), Pythagoras (Philosoph und Mathematiker), Carlos Santana (Musiker), Sokrates (Philosoph), Robert Louis Stevenson (Schriftsteller) sowie Zoë Wanamaker (Schauspielerin) (Katschnig, 2003).

Stimmenhören kann auch ein Symptom einer psychischen Krankheit sein. So kommen etwa bei ca. 28% der affektiven Störungen und bei 53-73% der schizophrenen Störungen akustische Halluzinationen vor (Romme & Escher, 1996). Im 19. Jahrhundert, als die Psychiatrie entstand, wurden Halluzinationen allerdings nicht als pathologisch per se angesehen.

Nach Kingdon und Turkington (1995) existiert ein Wahrnehmungs-Kontinuum (von der normalen Wahrnehmung - über die Illusion - zu Gedankenlautwerden - und über die Pseudohalluzinationen - zur Halluzination; siehe Handout 8), wobei eine Ursache hierfür in der konstruktivistischen Funktionsweise unseres Gehirns, welches Wahrnehmung erzeugt, zu sehen ist. So können auch andere Wahrnehmungstäuschungen (z.B. in der Dämmerung oder Dunkelheit etwas gar nicht Vorhandenes zu sehen, Phantomschmerz, Pfeifen im Ohr nach lauter Musik, Träume oder eine Fata Morgana) erklärt werden (Lincoln, 2014).

Manche Menschen sehen ihre Stimmen als von innen kommende automatische Gedanken (Stimmen als fehlinterpretierte innere Sprache) oder als eine Art innere Stimme, die einen Hinweis darauf gibt, dass etwas nicht in Ordnung ist. Wiederum andere Menschen sehen Stimmen als Spiegel der eigenen psychischen Befindlichkeit, als Stressanzeichen oder als Folgen von belastenden Ereignissen (posttraumatische Flashbacks). Die Verbindung zwischen biografischen Inhalten und Symptomen ist dabei oft wesentlich.

Für den Umgang mit den Stimmen scheint es ein zentraler Aspekt zu sein, wie man die Stimmen sieht und wie man sie sich erklärt. Stimmen werden zum Problem, wenn sie ängstigen, den Alltag beeinträchtigen, wenn sie die Lösung von dahinterliegenden Problemen verhindern, und wenn sie zu inadäquaten oder gefährlichen Verhaltensweisen führen.

Handout 7: Gedanken-Kontinuum (nach Kingdon & Turkington, 1995).

Idee	Einstellung	Überzeugung	überwertige Idee	Wahn
= vorübergehender Gedanke	= bleibender Gedanke	= mehrere stabile, länger bestehende Gedanken	= stabiler, unwahrscheinlicher Gedanke	= kaum korrigierbare, fixe, unwahrscheinliche Überzeugung

Handout 8: Wahrnehmungs-Kontinuum (nach Kingdon & Turkington, 1995).

übliche Wahrnehmung	Illusion	Gedankenlautwerden	Pseudohalluzination	Halluzination
= Außenreiz, der von vielen Menschen gleich wahrgenommen wird	= Verkennung eines Außenreizes	= eigene Gedanken werden hörbar	= Wahrnehmung ohne Außenreiz mit Bewusstsein über den inneren Ursprung	= Wahrnehmung ohne Außenreiz ohne Bewusstsein über den inneren Ursprung

Vorbereitung einer internalen Perspektive

Nachdem die Symptome normalisiert wurden, kann der Vorschlag unterbreitet werden, die Dynamik des Erlebten etwas genauer zu analysieren. Die in diesem Abschnitt vorgestellten Interventionen dienen dazu, eine Internalisierung der Symptome zu ermöglichen. Demnach besteht das Ziel darin, die bisher als extern konzipierten Probleme (andere Menschen als Verfolger, Stimmen als von außen kommend) unter einer internen Perspektive (paranoide Bewertungen als zentral, Stimmen als selbst generiert) betrachten zu können.

a) Einführung des kognitiven Modells und Ableitung einer möglichen Zieldefinition (. . 20)

Die Einführung des kognitiven Modells zielt auf eine Veränderung des Kontrollparameters der wahnhaften Überzeugtheit ab. Dadurch wird ein Phasenübergang in einen adaptiveren Zustand vorbereitet, welcher die kognitive Alternative zum Störungsattraktor darstellt. Die nachfolgenden Behandlungsstrategien sollen das System des Patienten in Richtung einer adaptiven Veränderung anstoßen.

- Klärung der Rolle von Bewertungen durch die Einführung des kognitiven Modells anhand einer alltäglichen Situation:

Auslöser: Sie haben jemanden kennengelernt und ein Date vereinbart; der/die Andere ist auch 15 Minuten nach dem vereinbarten Zeitpunkt noch nicht zum Date erschienen.	Bewertung/Gedanken: Welche Gedanken gehen Ihnen in der Situation durch den Kopf (z.B. er/sie mag mich nicht/hat bereits ein anderes Date/hatte einen Unfall/ich sitze im falschen Lokal)?	Consequence: Welche Reaktionen resultieren aus den jeweiligen Gedanken? Emotionen: Verhalten:	

- Übertragung auf den Wahn: Die wahnhaften Ideen werden in diesem Sinne als Bewertungen/Reaktionen auf Ereignisse beschrieben, welche durch sie erklärt werden sollen, und nicht als Tatsachen.

Auslöser: Was haben Sie beobachtet oder erlebt?	wahnhafte Bewertung/Gedanken: Welche Gedanken gehen Ihnen in der Situation durch den Kopf?	Consequence: Welche Reaktionen resultieren? Emotionen: Verhalten:	

Akustische Halluzinationen werden im Modell als Auslöser angesehen, welche wahnhafte Kognitionen in Bezug auf die Identität der Stimmen, auf Absichten und Ziele (helfen vs. schaden), Macht/Omnipotenz/Allwissenheit, Unkontrollierbarkeit der Stimmen sowie auf die Folgen von (Un-)Gehorsam nach sich ziehen (Chadwick & Birchwood, 1996; Chadwick et al., 1996). Diese Einstellungen sind Reaktionen auf die Stimmen, welche nachvollziehbar und sinnstiftend sind. Sie sind jedoch als Hypothesen, die getestet werden können, zu sehen (vgl. das obige Beispiel). Dies ist vor allem zu betonen, wenn die Bewertungen für negative emotionale Konsequenzen der Stimmen verantwortlich sind und den Verhaltensspielraum des Patienten einschränken. Maßgeblich ist demnach die Verbindung zwischen B und C, die besagt, dass bestimmte Bewertungen zu emotionaler Belastung und Stress führen.

Um dies zu veranschaulichen, kann sich der Patient beispielsweise vorstellen, dass die Stimme nicht Gott oder der Teufel ist, sondern nur ein Schwindler. Inwiefern würde er sich anders fühlen (nach Chadwick et al., 1996)? Es kann auch wiederholt werden, wie es dem Patienten emotional ging, als er selbst an der Richtigkeit der Annahme zweifelte bzw. wie er sich fühlen würde, wenn er die Inhalte nur zu 70, 50, 10 oder 0% glauben würde.

- Auf Basis des ABC-Schemas und unter Verwendung der Beobachtungsprotokolle des Patienten kann die Zieldefinition diskutiert werden. Diese besteht in Bezug auf den Wahn aus Sicht des Patienten meist darin, Auslöser (A) zu verändern oder zu vermeiden, was in der Realität jedoch oft nicht möglich ist. Aus therapeutischer Sicht besteht das Ziel darin, mehr Informationen zu sammeln, das Problem gemeinsam zu erforschen und zu verstehen, und mögliche Lösungen zu finden, indem erkannt wird, dass es sich beim Wahn um eine Bewertung und nicht um eine Tatsache handelt.

Es ist kein therapeutisches Ziel, den Patienten zu überzeugen, zu überreden oder zu konfrontieren (Turkington & Kingdon, 1996).

b) Psychoedukation zu Einstellungen und Überzeugungen (. . 20)

- Die von Nelson (2011, S. 7-14) beschriebenen Inhalte zur Funktion, Entstehung und Aufrechterhaltung von Einstellungen können als Handout ausgegeben werden. Allgemein kann festgehalten werden, dass Überzeugungen kontextabhängig (z.B. ‚Es ist in Ordnung, sich zu wehren, wenn man physisch angegriffen wird‘ ist auf der Straße passender als auf einer psychiatrischen Station) und zeitabhängig sind (‚Ich sollte zuerst an mich denken‘ ist passender für einen jungen Studenten als für die Mutter eines kleinen Kindes). Überzeugungen können gleichzeitig funktional und dysfunktional sein (Bei Dunkelheit nicht hinauszugehen steigert z.B. die Sicherheit, schränkt aber auch ein); rigide/extreme Einstellungen neigen grundsätzlich oft dazu, problematisch zu sein.
- Es ist sehr menschlich, einmal gebildete Einstellungen beizubehalten; man denke beispielsweise an eine Person, die eine bestimmte politische Meinung, eine bestimmte Sicht der Vergangenheit (z.B. des Nationalsozialismus) oder eine bestimmte Glaubensrichtung vertritt. Die Person ändert ihre Einstellung kaum durch rationale Gegenargumente, auch wenn diese sehr schlüssig sind. Außerdem verkehrt die Person in gewissen Kreisen, die ihre Meinung stabilisieren und bestätigen; andererseits vermeidet sie Kontakte oder Informationen, die ihre Überzeugung in Frage stellen könnten. Dies gilt insbesondere, wenn Meinungen schon über eine sehr lange Zeit bestehen (Lincoln, 2014).
- Es gibt viele Überzeugungen, die man früher für absolut wahr gehalten hat, obwohl sie falsch waren (z.B. die Erde als Scheibe; viele Erkrankungen können durch Aderlass geheilt werden; Glaube an Hexerei; nationalsozialistisches Gedankengut; Sklaverei ist moralisch unbedenklich) (Nelson, 2011). Nietzsche (1878/1999, S. 317) streicht die negativen Konsequenzen von rigiden Einstellungen heraus: „Überzeugungen sind gefährlichere Feinde der Wahrheit als Lügen.“ Vielleicht kann der Patient eigene Einstellungen benennen, an die er in der Vergangenheit geglaubt hat, und die sich später als falsch herausgestellt haben (z.B. der Glaube ans Christkind; mein Partner wird mich nie verlassen; nach dieser Trennung werde ich nie wieder glücklich sein) (Nelson, 2011; Vauth & Stieglitz, 2007).
Insgesamt sagt das subjektive Gefühl der Überzeugtheit nicht viel über den objektiven Wahrheitsgehalt eines Inhalts aus (Nelson, 2011).
Wenn Einstellungen zu stark werden, können sie ihre adaptive Funktion zumindest teilweise verlieren („Überzeugungen sind Gefängnisse“, Nietzsche, 1888/1999, S. 236).

- Psychoedukation zu und Reflexion von kognitiven Prozessen, die für die Bildung und Aufrechterhaltung von Einstellungen und Überzeugungen wichtig sind (Ursachenzuschreibungen, Schlussfolgern und Unkorrigierbarkeit; Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010; Moritz & Woodward, 2007):
 - Grundsätzlich können drei Möglichkeiten der Ursachenzuschreibung unterschieden werden (selbst vs. Andere vs. Umstände/Zufall).
 - Welche Möglichkeit bevorzugt und wie diese konkret ausgestaltet wird, ist in der Psychose anders als außerhalb.
 - Die drei Möglichkeiten sind mit unterschiedlichen positiven und negativen Auswirkungen verbunden. Sieht man z.B. sich selbst als Ursache für einen Misserfolg an, so muss man zwar die Verantwortung hierfür übernehmen, hat gleichzeitig aber mehr Möglichkeiten etwas daran zu ändern.
 - Oft sind in der Realität aber auch mehrere Faktoren beteiligt, wobei erst die Berücksichtigung all dieser Faktoren zu einer ausgewogenen Ursachenzuschreibung führt.
 - Herstellung einer Verbindung zu psychotischen Phänomenen (z.B. den Erklärungen für Stimmenhören) und Betonung der Relevanz (nach Moritz et al., 2011, S. 71-79)
- Vor- und Nachteile von schnellem und abwägendem Urteilen reflektieren
- Situationsbezogenheit herausarbeiten (z.B. Soll ich mich scheiden lassen? vs. Welche Schokolade soll ich heute kaufen?)
- Bei wichtigen Inhalten/Entscheidungen sind vorschnelle Schlüsse problematisch, da sie zu Fehleinschätzungen führen können. Es ist wichtig, viele Informationen zu berücksichtigen und genau abzuwägen, was dafür und was dagegen spricht und ob es eventuell Alternativerklärungen gibt; man sollte grundsätzlich daran denken, dass man immer falsch liegen kann (egal wie sicher man sich ist).
- Grundsätzlich ist es besser, langsam, gelassen und mit Ruhe auf äußere Reize zu reagieren und diese zu interpretieren (Nietzsche, 1889/1999, S. 109).
- Herstellung einer Verbindung zu psychotischen Phänomenen (z.B. wahnhaften Erklärungen) und Betonung der Relevanz (nach Moritz et al., 2011, S. 79-86)
- Manchmal hält man sehr stark an einmal ausgebildeten Sichtweisen und Meinungen fest.
- Dafür lassen sich viele Beispiele aus dem Alltag finden (z.B. Frauen sind schlechtere Autofahrer, Leugnung des Beitrags des Menschen zum Klimawandel, politische Ansichten).
- Die Gründe hierfür sind sehr vielfältig (z.B. der Glaube daran, dass der erste Eindruck der zutreffendste ist, Bequemlichkeit, Tendenz zur Bestätigung durch selektive Wahrnehmung, Gedankenlosigkeit, einfache Sichtweisen vereinfachen die Welt, Stolz).
- Sowohl das Festhalten an Meinungen als auch das nochmalige Überprüfen und Hinterfragen haben jeweils positive und negative Folgen, die sich herausarbeiten lassen.

- Es ist grundsätzlich als positiv anzusehen, wenn zusätzliche Überprüfungsmöglichkeiten (z.B. mit Freunden oder unabhängigen Experten darüber sprechen; Ereignisse objektiv beobachten; auch widersprechende Ereignisse miteinbeziehen; Alternativerklärungen berücksichtigen; geistig flexibel bleiben) genutzt und wenn Zweifel ernstgenommen werden.
- Herstellung einer Verbindung zu psychotischen Phänomenen und Betonung der Relevanz: Wahrscheinlich konnten bestimmte Erklärungen in der Psychose gar nicht umfassend geprüft werden, und manche wahnhaftenden Erklärungen wurden auch später nicht mehr hinterfragt (nach Moritz et al., 2011, S. 86-95).

Kognitive Interventionen

Im Sinne der systemimmanenten kognitiven Therapie (Tuschen & Fiegenbaum, 2000) wird prinzipiell innerhalb des dysfunktionalen Systems des Patienten agiert und argumentiert. Dieses System wird, um Reaktanz seitens des Patienten zu vermeiden, als grundsätzlich verständlich und nachvollziehbar angesehen. Durch verschiedene Interventionen (wie etwa das Aufzeigen von Denkfehlern, kognitiven Fallen und Dilemmata, Gedanken zu Ende denken und durch Hinterfragen von Annahmen) wird versucht, das System des Patienten anzustoßen und so eine Veränderung zu bewirken. Dabei wird auf eine Veränderung der kognitiven Systemvariablen und in weiterer Folge auf die kritische Veränderung von Kontrollparametern, welche in einen Phasenübergang münden soll, fokussiert. Es wird versucht, die kognitiven Elemente des Systems vor den emotionalen zu verändern; dies entspricht der klinischen Erfahrung, dass neue Einsichten leichter auf der kognitiven Ebene zu verankern sind als auf der Gefühlsebene.

a) Sammeln von Beweisen und hinterfragende Diskussion (*verbal challenge*) (. . 20)

- konkrete Beweise, die aus Sicht des Patienten für die Annahme sprechen:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.

Bei sehr vielen Anhaltspunkten für eine Überzeugung werden Cluster gebildet (Chadwick et al., 1996).

- Das Erleben des Patienten wird validiert, indem rückgemeldet wird, dass es aus therapeutischer Sicht nachvollziehbar ist, dass er auf Basis der besprochenen Beweise zu bestimmten Schlüssen gekommen ist.
- vor der Disputation ist nach Nelson (2011) zu überlegen:
 - Welche (mehr oder weniger) logischen ‚Fluchtwege‘ könnte der Patient nutzen?
 - Wie kann dem therapeutisch vorgebeugt werden?
 - Welche Reaktion ist therapeutisch adäquat?

- Im Sinne des *peripheral questioning* (Turkington et al., 2006) wird bei schwächeren Einstellungen (z.B. bei Beziehungsideen) begonnen, die Beweise, die aus Sicht des Patienten für den Wahn sprechen, zu hinterfragen. Dabei nimmt der Therapeut die Rolle einer an den Fakten interessierten Person ein, welcher es gar nicht um eine Veränderung des Wahns geht. Disputiert werden dabei lediglich die Beweise und nicht die wahnhaftige Annahme an sich.
- Der Behandler kann sich im Einzelfall für die empirische Überprüfung oder Disputation, in deren Rahmen Widersprüche zwischen Denken und Realität aufgezeigt werden, oder für die logische Disputation (hier werden Widersprüche innerhalb des Denkens bearbeitet) entscheiden (Wilken, 2008).
Bei der Disputation wird jeder Beweis (ähnlich wie vor Gericht) in Hinblick auf bestimmte Kriterien (z.B. Überprüfbarkeit) beurteilt. Unter dieser Perspektive wird die Mehrdeutigkeit bestimmter Beweise (z.B. Verhalten anderer Personen, Auftreten von bestimmten Symptomen, Erinnerungen an vergangene wahnhaft interpretierte Situationen, Medikamentennebenwirkungen, *emotional reasoning*) klarer. Dabei hilfreiche sokratische Fragen sind:
 - Wie kommen Sie darauf?
 - Wie könnten Sie das überprüfen?
 - Was spricht dafür und was spricht dagegen?
 - Wenn Sie also x tun würden, was würde passieren?
- Bei der gesamten *verbal challenge* werden die Ziele des Patienten immer mit berücksichtigt und angesprochen (vor allem wenn die kognitiven Interventionen nicht den erwünschten Erfolg zeigen) (Kingdon & Turkington, 2005). Außerdem wird der Patient grundsätzlich für jedes Zweifeln an und Hinterfragen von dysfunktionalen Kognitionen und jedes Ausprobieren neuer Sichtweisen (also die Zunahme von Flexibilität, welche den Attraktor schwächt) durch verbale und nonverbale positive Rückmeldung (z.B. Lob, Komplimente, positiv-zugewandte Haltung und Lächeln) verstärkt.
Auch soll sich der Patient durch das Gespräch zu keinem Zeitpunkt in irgendeiner Art und Weise bedroht fühlen (bzw. mildere Anzeichen hierfür wie z.B. Stress, Irritation oder Unwille zeigen).
- Nelson (2011) beschreibt in ihrem Manual einige hierfür sehr hilfreiche Möglichkeiten, wenn die Beweise als solche beispielsweise nicht überprüfbar sind; in solchen Fällen kann zur Evidenz zu den logischen Konsequenzen bzw. Implikationen des Wahns übergegangen werden. Dabei fragt sich der Behandler:
 - Wie müsste die Welt aussehen, wenn der Wahn wahr ist? Was folgt daraus?
 - Was müsste in diesem Fall alles schon geschehen sein oder noch geschehen?
 - Was müsste dann eigentlich anders sein als es aktuell der Fall ist bzw. was dürfte dann eigentlich nicht sein?

In diesem Zusammenhang ist es auch nützlich, die allgemeinen Implikationen vor den auf den Patienten bezogenen zu besprechen und sich so schrittweise auf einen gemeinsamen Erkenntnisstand zu einigen.

- Bei Wahngedanken, die mit subjektiven Körpergefühlen assoziiert sind, geht es darüber hinaus nicht um die Disputation des Erlebens an sich, sondern um die Diskussion der dem Erleben zugrunde liegenden vermeintlichen Ursache.
- Insgesamt sollen alle irrationalen Aspekte, Inkonsistenzen und Ungereimtheiten im Denksystem des Patienten direkt angesprochen und diskutiert werden. Dies geschieht vor allem, wenn eine Bereitschaft zur Veränderung ersichtlich ist (sonst besteht die Gefahr der Verfeinerung des Wahnsystems).

b) Sammeln von neuen Informationen (. . 20)

- Als einführende Analogie zur Suche nach neuen Informationen und Erklärungen kann das sogenannte neun-Punkte-Problem (Scheerer, 1963) verwendet werden (Abb. 2). Dabei sollen neun Punkte, die in Form eines Quadrats angeordnet sind, durch nur vier Striche miteinander verbunden werden, ohne den Stift abzusetzen. Diese Aufgabe ist nur lösbar, wenn man den Rahmen der neun Punkte verlässt und zwei Striche über die Grenzen des Quadrats hinaus verlängert. So wird der Patient für sogenannte Lösungen zweiter Ordnung vorbereitet, bei welchen der (oft von Patienten selbst) vorgegebene Rahmen, in dem die Lösung für ein Problem bisher gesucht wurde, verlassen und Raum für qualitativ neue Lösungen geschaffen wird.

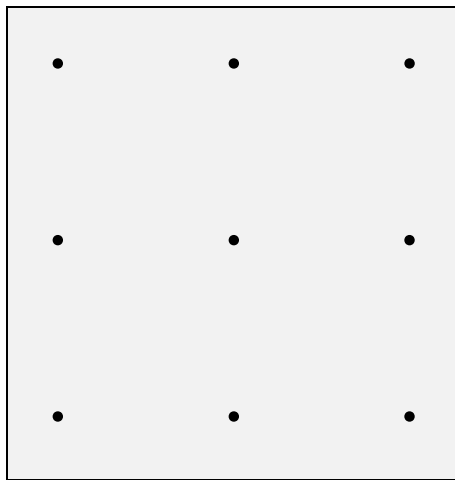


Abb. 2: Neun-Punkte-Problem nach Scheerer (1963).

Im Gegensatz dazu können versuchte Lösungen, die durch das Prinzip *mehr desselben* entweder selbst zum Problem wurden oder das ursprüngliche Problem noch verschlimmerten, als solche herausgearbeitet, expliziert und in Bezug auf ihre unerwünschten Nebenwirkungen analysiert werden (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974).

- Durch Beobachtungsaufgaben, Recherchen (im Internet oder in der entsprechenden Literatur) sowie durch Nachfragen oder Befragungen Dritter (wie z.B. eines Priesters bei religiösen Inhalten) können dem Wahn widersprechende, objektive, korrigierende Informationen und Tatsachen gezielt gesucht werden.
- Beobachtungsübungen: Diese verfolgen das Ziel, nicht nur den Wahn bestätigende Ereignisse (selektiv) zu erinnern, sondern auch widersprechende. Der Patient soll daher im Alltag Anhaltspunkte sammeln, die jeweils für und gegen den Wahn und die Alternativerklärung sprechen, welche dann im Rahmen der Therapie besprochen und bewertet werden können.

- Zusammenfassung von Informationen, die gegen die Plausibilität der Annahme sprechen:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.

c) Stärkung der alternativen Erklärung (. . 20)

Grundsätzlich sollen an dieser Stelle möglichst viele Inhalte aus dem Erklärungsmodell, die sich auf die Entstehungszeit der Überzeugung beziehen, Verwendung finden. Wenn das bereits erarbeitete Störungsmodell beim Patienten etabliert ist, kann der notwendige Bezug dazu leicht und direkt hergestellt werden. Ist die Erstellung und Vermittlung des Modells nicht ausreichend gelungen, so muss das Modell bzw. der Bezug zu selbigem an dieser Stelle erst vorsichtig erarbeitet werden. In jedem Fall stellt das therapeutische Modell die mit dem Wahn konkurrierende alternative Erklärung dar.

Im Gespräch ist zu beachten, dass sich der Patient gegen all jene kognitiven Veränderungen wehren wird, welche den Selbstwert und die Kontrollerwartungen verringern, und welche Unlust sowie das Gefühl der Alienation (anders zu sein) vermehren (Vauth & Stieglitz, 2007). Daher wird empfohlen, bei der Arbeit an möglichen Alternativerklärungen auf den Krankheitsbegriff und konfrontatives Vorgehen völlig zu verzichten.

- Alternativerklärungen werden vorsichtig und sanft nachfragend eingeführt. Nach Nelson (2011) erscheinen die folgenden Formulierungen sinnvoll:
 - Ich frage mich, ob ...
 - Ist es für Sie denkbar, dass ...
 - Nach dem, was Sie mir erzählt haben, könnte es auch sein, dass ...
 - Andere Menschen könnten es auch so sehen, dass ...
 - Ich könnte mir vorstellen, dass andere Menschen in dieser Situation denken könnten, dass ...
- Durch ein normalisierendes Vorgehen wird es dem Patienten erleichtert, seine Sichtweise mit Würde zu ändern; unter dieser Perspektive können grundsätzlich alle Prozesse, die sich im Erklärungsmodell als relevant erwiesen haben, besprochen werden; insbesondere erscheint die Betonung der folgenden Aspekte hilfreich:
 - In der Entstehungszeit der Symptome erlebte der Patient Stress, Überarbeitung/Überforderung, Angst, Life-Events oder Schlafstörungen, die sein Denken beeinträchtigt haben (Kingdon & Turkington, 1995).
 - In der Entstehungszeit des Wahns kam es zu willkürlichen Bedeutungszuweisungen.
 - Infolge von bestimmten ungewöhnlichen Erlebnissen war der Patient sehr motiviert (oder sogar gezwungen), eine Erklärung hierfür zu finden.
 - Damals fand wahrscheinlich eine schnelle, intuitive Informationsverarbeitung (also kein elaboriertes, rationales Denken) statt (LeDoux, 2001; Nelson, 2011).
 - Eventuell kam es zu Denkfehlern (z.B. *jumping to conclusions*, willkürliches/unlogisches Schlussfolgern, Suche nach bestätigenden Informationen und Ignorieren von negativer Information, *emotional-based reasoning*). Diese werden während des gesamten Umstrukturierungsprozesses beachtet und angesprochen.

- Selektive Aufmerksamkeitsprozesse stabilisierten die damals gewonnene Erkenntnis. Nach Morrison (2001) kommt den auf die psychotischen Symptome und auf die eigene Person gerichteten Aufmerksamkeitsprozessen eine wesentliche Bedeutung zu. Es existieren mehrere Möglichkeiten, die Rolle der selektiven Aufmerksamkeit im Rahmen der Behandlung zu demonstrieren. Für die Einführung des Themas geeignete Fragen und Analogien finden sich bei Harvey et al. (2004, S. 280ff.). Praktische Demonstrationsbeispiele sind etwa die Wahrnehmungsübungen zum großen Zeh des linken Fußes, der vor der Aufmerksamkeitsfokussierung gar nicht wahrgenommen wurde, oder zur aktuellen Sitzposition und der entsprechend belasteten Körperregionen (z.B. leichter Druck auf dem abstützenden Ellbogen). Ähnliches lässt sich anhand der veränderten (verstärkten) Wahrnehmung in Bezug auf eine Automarke oder auf ein spezifisches Modell demonstrieren, nachdem man selbst ein solches Auto gekauft hat, bzw. in Bezug auf kleine Kinder oder Kinderwagen auf der Straße, nachdem man selbst Vater oder Mutter geworden ist. Eine videogestützte Übung stellt der selektive Aufmerksamkeitstest nach Simons und Chabris (1999) dar, der auf *youtube* verfügbar ist. Der Test zeigt, dass man bei Befolgung der Anleitung, die in der Beobachtung der weiß gekleideten Personen und deren Basketballspiel besteht, die durchs Bild spazierende Person im schwarzen Gorillakostüm sehr wahrscheinlich nicht wahrnimmt.
- Weitere Erklärungen für die Aufrechterhaltung von wahnhaften Ideen orientieren sich an den Gründen für die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Schemata (nach A. T. Beck et al., 1999; Grawe, 2000; Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Young et al., 2003). Diese können dem Patienten im Sinne der Psychoedukation nahegebracht werden. Gelingt dies, so stellt die Sichtweise von wichtigen Überzeugungen als sich grundsätzlich selbst stabilisierenden Strukturen eine wesentliche metakognitive Einsicht dar (Chadwick, 2006).
 - Für den Betroffenen stellt der Wahn keine Einstellung, sondern die Realität dar.
 - Der Wahn kann einen Teil der Persönlichkeit darstellen oder widerspiegeln; an dieser Stelle kann versucht werden einen entsprechenden Schemabezug herzustellen.
 - Der Wahn stimmt mit dem persönlichen Selbst- und Weltbild überein und wird dadurch stabilisiert.
 - Der Wahn bestimmt die Umwelt, in die sich die betroffene Person begibt; dadurch werden alte Einstellungen bestätigt und neue, eventuell korrigierende Erfahrungen vermieden.
 - Wahngesteuertes Verhalten provoziert Reaktionen der Umwelt, welche das Schema bestätigen (im Sinne einer *self-fulfilling prophecy*).
 - Die typischen Abläufe, die sich dem Wahn zuordnen lassen, sind dem Individuum vertraut und geben eine gewisse Sicherheit und Routine.
 - Dem Wahn widersprechende Informationen werden verdrängt, entwertet oder im Sinne des Wahns uminterpretiert.
 - Nicht eindeutige Informationen werden im Sinne des Wahns interpretiert.

- Die mit dem Wahn zusammenhängenden Emotionen (z.B. Angst oder Aggression) können so dominant sein, dass während deren Aktivierung keine alternativen, rationalen Bewertungen mehr möglich sind.
 - Viele der beschriebenen Prozesse laufen unbewusst (automatisiert) ab und entziehen sich somit einer bewussten Kontrolle oder Veränderung.
- Wahnhaft gefärbte Erinnerungen können ebenfalls im Sinne der Aufrechterhaltung der Überzeugung neu bewertet werden. Für die Einführung des Themas geeignete Analogien finden sich bei Harvey et al. (2004, S. 280); außerdem kann auf die Vorschläge von Moritz et al. (2011, S. 102-106) zurückgegriffen werden:
 - Die Speicherkapazität des Gedächtnisses ist begrenzt; wir vergessen relativ schnell relativ viel.
 - Andererseits werden Erinnerungen im Sinne der Stimmungskongruenz oft ‚ergänzt‘.
 - Im Rahmen von Psychosen kann die Fähigkeit, echte (wahre) Erinnerungen (die lebendiger sind) von Fehlerinnerungen (die blasser und weniger detailreich sind) zu unterscheiden, beeinträchtigt sein. Man sollte daher immer die Möglichkeit bedenken, dass man sich bei Erinnerungen irren könnte.
- Um eine alternative internale Sichtweise von Halluzinationen (als selbst generierte Phänomene) zu fördern, können Wahrnehmungsübungen (vgl. die Abb. 3, 4 und 5) durchgeführt werden, die dem Patienten eine konstruktivistische Sichtweise des eigenen Funktionierens näherbringen. Diese lassen sich mit normalisierenden Inhalten verbinden.

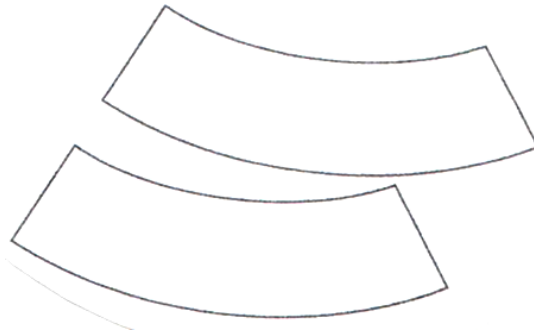


Abb. 3: Wahrnehmungstäuschung zur Längenwahrnehmung (aus Nelson, 2011, S. 295). Obwohl beide Objekte gleich groß sind, wird das obere als eindeutig größer wahrgenommen. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der *Oxford University Press*.

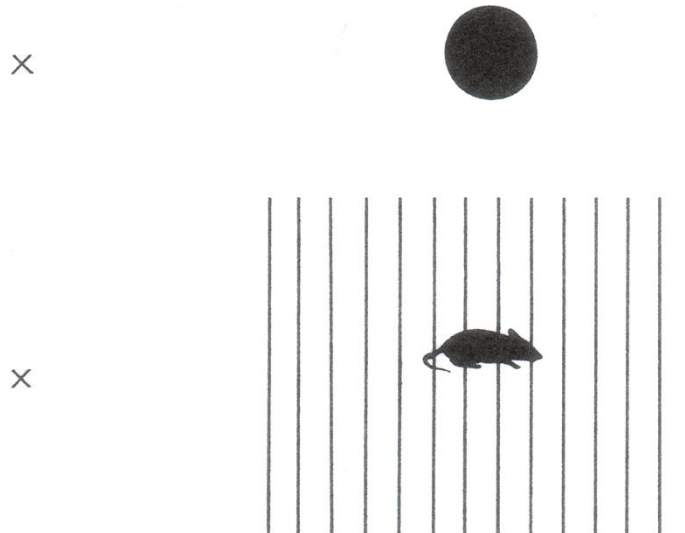


Abb. 4: Wahrnehmungsübung zum blinden Fleck (aus Haken & Haken-Krell, 1992, S. 93). Die Instruktion lautet: „Schließen Sie das linke Auge und fixieren Sie mit dem rechten Auge das obere Kreuz. Der Abstand des Buches sollte ca. 25 cm betragen. Variieren Sie die Entfernung so lange, bis der rechte Kreis verschwindet. Er wird dann genau auf dem blinden Fleck Ihres rechten Auges abgebildet. Führen Sie den Versuch am unteren Teil der Abbildung genauso aus. Die Maus verschwindet, die senkrechten Streifen werden weiterhin wahrgenommen.“ Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Hermann Haken.

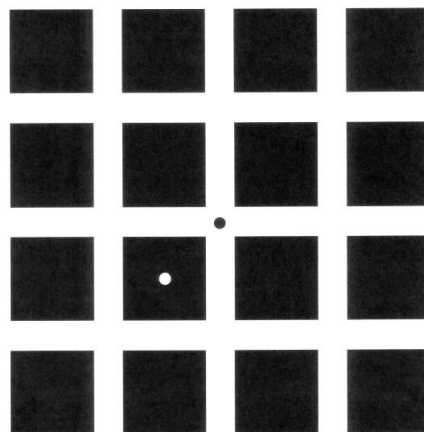


Abb. 5: Wahrnehmungsübung zum Hermann'schen Phänomen (aus Lincoln, 2014, CD-ROM mit ergänzenden Materialien). Die Instruktion lautet: „Betrachten Sie den schwarzen Punkt in der Mitte der Abbildung. Nun können Sie graue Punkte neben, über und unter dem schwarzen Punkt wahrnehmen, obwohl diese Flächen eigentlich weiß sind“. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags.

- Es kann grundlegend ergänzt werden, dass die Stimme als zur geistigen Welt gehörig angesehen werden muss und dass sie damit nicht mit der materiellen Welt interagieren kann (Nelson, 2011). Van der Gaag (2012, S. 368) schlägt vor, den Patienten die Stimmen zeichnen zu lassen, um deren erlebte Macht zu reduzieren:

Being unable to act, they do not have any arms or legs. Being only capable of seeing what the patient sees, they probably have no eyes of their own. Being reluctant to listen to the patient's pleas, they may well have no ears either. One ends up with the cartoon of a smiley, having nothing but a mouth that is solely capable of repeating the same old stuff over and over again.

Stimmen können auch mit einer alten Schallplatte verglichen werden, auf welcher nicht mehr als immer nur dieselben vier oder fünf bekannten Lieder pro Seite zu hören sind, die sich immer wieder und wieder wiederholen.

- Bei der Besprechung möglicher Alternativerklärungen kann dem Patienten vermittelt werden, dass es primär um die Steigerung seiner kognitiven Flexibilität und weniger um die Reduktion der Überzeugtheit in Bezug auf den Wahn per se geht (Chadwick, 2006).
- Ein allgemeines Schema zur Dokumentation der *verbal challenge* (Handout 9) sowie eine situationsspezifische Vorlage (Handout 10) finden sich unten.
- Schriftliche Zusammenfassung in Form einer *flashcard*: Die wichtigsten Inhalte der kognitiven Veränderungen können schriftlich festgehalten werden. Dies kann in Form einer sogenannten *flashcard* (Young et al., 2003) geschehen, welche eine Erinnerungs- und Bewältigungshilfe in schwierigen Situationen, in welchen wahnhaftige Gedanken auftreten, darstellt. In der für psychotische Patienten adaptierten *flashcard* (Handout 11) sind die wichtigsten Hinweise zu auslösenden Situationen, Gefühlen, dysfunktionalen Verhaltensweisen und adaptiven Bewältigungsstrategien enthalten.

Handout 9: Schema für die Durchführung der *verbal challenge* (nach Chadwick et al., 1996; Lincoln, 2014).

Annahme/Überzeugung:	Beweise, die für die Überzeugung sprechen:	Wie sind die Beweise zu bewerten?	Was spricht gegen die Überzeugung?	Gibt es bessere, alternative Erklärungen?	Was würde eine glaubwürdige Person denken?

Handout 10: Protokollierungsschema für konkrete Situationen im Rahmen der *verbal challenge* (nach Renton, 2002).

Beschreibung der Auslösesituation:	negativer, paranoider Gedanke (mit Einschätzung von Überzeugtheit und Ausmaß der Angst in %):	Beweise, die für den Gedanken sprechen:	Was spricht gegen den Gedanken?	erneute Einschätzung von Überzeugtheit und Ausmaß der Angst; Ist es demnach Realität oder nur ein Gedanke?	Gibt es eine bessere, alternative Erklärung für die Situation?

Handout 11: *Flashcard* (nach Young et al., 2003).

Im Moment fühle ich mich (Emotionen) und (Einschätzungen, was andere mit einem tun), weil (Beschreibung der Auslösesituation). Normalerweise würde ich jetzt (dysfunktionales Verhalten). Ich weiß aber, dass ich in solchen Situationen überreagiere. Das hat mit meiner Überzeugung zu tun, dass, die aus (Ursprungssituation) resultiert. Obwohl ich im Moment glaube, dass (verzerrte Einschätzung), so weiß ich doch, dass (realistische Einschätzung). Dafür spricht, dass (Beweise für die gesunde Sichtweise). Obwohl ich jetzt normalerweise würde (dysfunktionales Verhalten), werde ich stattdessen besser (gesundes Verhalten, alternative Lösung).
--

d) Vergleich zwischen dem wahnhaften und dem alternativen Erklärungsmodell (. . 20)

- In weiterer Folge werden alle besprochenen Erklärungen in Bezug auf die jeweiligen Wahrscheinlichkeiten ihres Zutreffens eingeschätzt. Dabei ist darauf zu achten, ob der Patient dem Wahn widersprechende Informationen ignoriert oder bagatellisiert.
- Die jeweiligen Belastungsgrade, welche die verschiedene Interpretationen und Bewertungen mit sich bringen, können vom Patienten ebenfalls im Rahmen eines Vier-Felder-Schemas eingeschätzt werden.
 - Vor allem bei mehreren verschiedenen, ungefähr gleich wahrscheinlichen Erklärungsmöglichkeiten (z.B. im sozialen Bereich) ist eine hedonistische Disputation wahnhafter Gedanken durch den sokratischen Dialog angezeigt. Dabei werden die durch die Einstellung verursachten emotionalen Kosten (z.B. Stress, Angst) bewusst gemacht und somit Widersprüche zwischen dem Denken und den Zielen des Patienten aufgezeigt.

positive Konsequenzen	negative Konsequenzen	
		wahnhafte Erklärung
		alternative Erklärung

In diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis wesentlich, dass - solange der Wahn als Realität (A im ABC-Schema) und nicht als Bewertung (B im ABC-Schema) angesehen wird - ihm niemand wirklich helfen kann (Chadwick et al., 1996).

- Es können auch die Folgen verschiedener Konstellationen von Realität und Überzeugung (in Bezug auf paranoide Gedanken) besprochen werden (nach Moritz et al., 2011).

Man ist davon überzeugt, dass Andere einem schaden wollen.		Man glaubt nicht daran.
Man hat Grund zur Sorge. Vorsicht ist ratsam. Man kann sich entsprechend vorbereiten. Man kann sich entsprechend verhalten.	Man ist leichtgläubig bzw. zu optimistisch. Andere schaden einem, ohne dass man es gleich merkt. Man sollte eigentlich etwas gegen das Problem tun. Hoffentlich kann man das noch, wenn man merkt, was los ist.	Die Überzeugung entspricht der Realität (ist also wahr).
Man fühlt sich zu Unrecht bedroht. Man beschuldigt Andere fälschlich. Andere Personen nehmen dies persönlich, sind beleidigt und ziehen sich zurück. Durch das eigene Verhalten entsteht das Problem erst.	Es ist alles in Ordnung. Es besteht kein Grund zur Sorge.	
		Die Überzeugung entspricht nicht der Realität (ist also falsch).

- Wenn die Sichtweise des Wahns als Bewertung nach wie vor etabliert ist oder wenn der Patient sich nicht sicher ist, was er glauben soll, kann ein Vier-Felder-Schema zur Abwägung der Vor- und Nachteile des Beibehaltens und des Aufgebens des Wahns erstellt werden.

positive Konsequenzen	negative Konsequenzen	
		Wahn aufgeben
		Wahn beibehalten

- Mögliche Kosten (Verluste), die mit der Aufgabe der wahnhaften Überzeugung einhergehen, müssen reflektiert und die positiven Aspekte des Wahns nach Möglichkeit substituiert werden (Nelson, 2011). Im Bereich der Halluzinationen ist zu bedenken, dass der Patient möglicherweise anfängt, Verantwortung für die von ihm generierten Stimmen und deren negativen Inhalt zu übernehmen. Dies kann auch auf eine dysfunktionale Art erfolgen (z.B. Wenn ich solche Stimmen habe, muss ich ein gewaltbereiter Mensch sein, der andere verletzen will; Chadwick, 2006).
- Wahngedanken zu Ende denken: Dysfunktionale Gedanken zu Ende zu denken kann als Verstörung des Systems des Patienten angesehen werden und kann zur Bewusstmachung von Unlösbarkeitskonstruktionen der subjektiven Realität führen (Sachse, 1996). Dabei können Denkinhalte logisch konsequent weiter- und zu Ende gedacht werden, bis sie im Widerspruch zur aktuellen Realität stehen (Wenn das stimmt, dann ..., und dann ..., und dann ...) (Vauth & Stieglitz, 2007). Bei paranoiden Inhalten kann überlegt werden, warum bestimmte Personen dem Patienten gerade auf die komplexe und aufwändige Art, wie im Wahnsystem angenommen, schaden wollen; es gibt dafür wesentlich einfachere und ökonomischere Möglichkeiten (Moritz et al., 2011).

Zum Vergleich kann auch die alternative (therapeutische) Erklärung, die auf dem erarbeiteten Modell beruht, zu Ende gedacht werden.

e) Laufende Beobachtung der erzielten Veränderungen im Alltag (. . 20)

Um die Effekte der in diesem Abschnitt durchgeführten Interventionen beobachten zu können, wird der Patient motiviert, die für ihn relevanten Ereignisse und Erlebnisse weiter zu protokollieren. So können die konkurrierenden Erklärungsmöglichkeiten in ihren praktischen Anwendungen und Auswirkungen erprobt werden.

- Es kann beispielsweise für jede wahnhaft interpretierte konkrete Situation ein Tortendiagramm erstellt werden, in welches Faktoren eingetragen werden, die das Ereignis erklären könnten. Dabei geht es einerseits um die Arbeit mit Alternativerklärungen, andererseits aber um die Darstellung der Multideterminiertheit von Situationen (indem der Patient einschätzt, welcher Prozentanteil der Situation durch den jeweiligen Faktor erklärt wird; alle Faktoren zusammen ergeben damit 100%) (Renton, 2002). Die Übung soll zu einem *metacognitive shift* führen und kann weiterführend auch als Hausaufgabe Anwendung finden.
- Der Patient kann im Alltag beobachten, welche der zur Auswahl stehenden Erklärungen (wahnhafte vs. therapeutische) die Realität am besten erklärt.
- Die in der Orientierungsphase vorgestellten Handouts 2, 3 und 4 (für Überzeugungen, soziale Beziehungsideen und Gedankenlesen) sowie das oben vorgestellte Schema zur *verbal challenge* für konkrete Situationen (Handout 10) können ebenfalls zur Beobachtung der erzielten Veränderungen verwendet werden.
- Außerdem steht ein Veränderungstagebuch für akustische Halluzinationen (Handout 12) zur Verfügung.

Handout 12: Veränderungstagebuch für Stimmen (nach Chadwick et al., 1996; Kingdon & Turkington, 2005; Lincoln, 2014; Turkington, 2007).

[illegible]

f) Spezifische Anwendung des sokratischen Dialogs im Bereich der Stimmen (. . 20)

Chadwick (2006, S. 101f.) beschreibt eine Einsatzmöglichkeit des sokratischen Dialogs, welche sich direkt auf beleidigende oder beschimpfende Stimmen bezieht. Ziel der Intervention ist einerseits die Veränderung der Beziehung zu den Stimmen (also die Etablierung einer Balance und die Stärkung des Patienten), andererseits die Veränderung der globalen und stabilen Natur der Kritik am Patienten. Dies soll durch die folgenden Schritte (die jeweils öfter durchgearbeitet werden sollten) erreicht werden:

- Herausarbeiten der globalen und stabilen Art, auf welche die Stimmen den Patienten kritisieren (z.B.: Der Patient ist nur schlecht und das kann sich in der Zukunft nie ändern; er hat noch nie etwas gut oder richtig in seinem Leben gemacht; er wurde auch noch nie von den Stimmen für etwas gelobt)
- Verwendung des sokratischen Dialogs gegen die Stimmen (*Stufe 1*):
 - Der Patient spielt die kritisierende Stimme,
 - der Therapeut hört ruhig und gelassen zu; er wiederholt den Vorwurf kurz und fragt dann sokratisch nach: Was genau bedeutet das? Welche Anhaltspunkte gibt es dafür? Warum werden Gegenbeweise ignoriert?
Unwahre Inhalte (z.B. ‚Du bist extrem dumm‘ oder ‚Kein Mensch mag dich‘) werden durch Gegenbeweise entkräftet. Es wird also der Inhalt der Stimmen (analog zu negativen automatischen Gedanken) mittels kognitiver Techniken hinterfragt.
 - Der Patient versucht im Sinne der Stimmen, die negative Einstellung zu rechtfertigen, was ihm aber aufgrund der globalen und stabilen Art der Kritik nicht gelingt.
- Verwendung des sokratischen Dialogs durch Rollentausch (*Stufe 2*):
 - Der Therapeut spielt die kritisierende Stimme, die einen guten Freund des Patienten beleidigt, wobei er den Schwierigkeitsgrad an die Fertigkeiten des Patienten anpasst.
 - Der Patient verteidigt den Freund auf die vom Therapeuten vorgestellte Art.
- Verwendung des sokratischen Dialogs gegen die Stimmen (*Stufe 3*):
 - Der Therapeut spielt die kritisierende Stimme (und passt dabei den Schwierigkeitsgrad an die Fertigkeiten des Patienten an).
 - Der Patient verteidigt sich schließlich selbst gegen die Stimmen, indem er den sokratischen Dialog nutzt.
- Die hilfreichsten Fragen, Antworten oder Statements werden identifiziert und in einer für den Patienten geeigneten Form festgehalten.

- Herstellung einer Verbindung zu dysfunktionalen Schemata (nach Chadwick, 2006): Der Patient soll sich eine Person vorstellen, die sich selbst attraktiv findet und sehr zufrieden mit ihrem Äußeren ist, eine zweite Person, die in dieser Hinsicht völlig unzufrieden mit sich ist, und eine dritte Person, die mittelmäßig zufrieden ist. Nun soll überlegt werden, wie diese Personen jeweils auf einen Angriff/eine Beleidigung hinsichtlich ihres Aussehens reagieren würden: „The precise emotion depends on how that person feels in relation to the issue“ (Chadwick, 2006, S. 69). Der Patient kann nun überlegen, wie er sich fühlt, wenn er von seinen Stimmen als dumm oder hässlich beleidigt oder beschimpft wird. Dies wird wiederum mit Fluktuationen des Zweifels in Verbindung gebracht (wenn der Patient weniger Zweifel daran hat, dumm oder hässlich zu sein, trifft ihn die Beleidigung stärker; wenn er nicht daran glaubt, trifft ihn eine solche Aussage kaum). Es existiert also eine wichtige Verbindung zwischen der Selbsteinschätzung und den aus Symptomen resultierenden Emotionen. Die Stimmen können dem Patienten bei Weitem nicht alles weismachen, sondern nur Dinge, die er selbst ansatzweise glaubt. Daraus lässt sich des Weiteren ableiten, dass die Einstellung in Bezug auf das Selbst wahrscheinlich schon vor dem ersten Auftreten der Stimmen vorhanden war, und nicht erst durch die Stimmen geschaffen wurde; diese Sichtweise spricht für das psychologische Modell und unterminiert gleichzeitig die Macht der Stimmen (Chadwick, 2006).

g) Weitere kognitive Interventionen (. . 20)

- Gedankenstopp/Vorstellungsstopp: Bei dieser einfachen Strategie wird mental STOPP gerufen und/oder ein Stoppschild imaginiert, wenn unangenehme Gedanken oder Bilder im Erleben des Patienten überhand nehmen (J. S. Beck, 1999). Nachdem die Gedanken oder die Vorstellung gestoppt wurden, kann eine Verschiebung der Aufmerksamkeit erfolgen (der Patient kann sich beispielsweise sagen: Ich möchte jetzt nicht mehr daran denken, sondern ich lenke meine Aufmerksamkeit bewusst auf etwas Anderes).
- Dereflexion: Die Intervention der Dereflexion (Frankl, 1956/1993) scheint auch außerhalb ihrer ursprünglichen Verwendung im Bereich der Angstbewältigung anwendbar. Dabei geht es um ein Ignorieren von Symptomen, die zuvor stark beobachtet und mit angespannter Aufmerksamkeit verfolgt wurden. Die dabei frei gewordene Aufmerksamkeit kann schließlich auf einen adaptiven Zweck gerichtet werden (vgl. auch die achtsamkeitsbasierten Interventionen unten).
- Humor: Bei Bestehen einer guten therapeutischen Beziehung kann im Rahmen der Besprechung von offensichtlich absurden Inhalten auch Humor als therapeutische Strategie eingesetzt werden. Dieser richtet sich jedoch allein auf den absurden Inhalt und nie auf den Patienten als Person (Kingdon & Turkington, 1995).
- Technik des Advocatus Diaboli: Diese Technik dient der Überprüfung und Festigung von neuen funktionaleren Einsichten, welche durch andere (kognitive) Interventionen etabliert werden konnten. Im Rahmen der Technik des Advocatus Diaboli (vgl. z.B. Bohus, 2013; grosse Holtforth & Michalak, 2009) nimmt der Therapeut ausnahmsweise nicht die therapeutische Position ein, sondern er vertritt kategorisch jene dysfunktionalen wahnhaften Einstellungen, von welchen der Patient selbst zu Beginn der Behandlung überzeugt war. Der Therapeut bewegt sich in diesem Rahmen und fordert den Patienten auf, gegen den Wahn zu argumentieren und den Therapeuten davon zu überzeugen, dass diese Annahme nicht richtig ist. Er soll dabei seine neue Sichtweise so überzeugend wie möglich vertreten. Gelingt dem Patienten dies, so hat er die wesentlichen Elemente der kognitiven Umstrukturierung internalisiert und diese wurden durch die Technik des Advocatus Diaboli noch weiter gestärkt.

Interventionen auf der Verhaltensebene

Nachdem die wahnhaften Einstellungen durch kognitive Interventionen destabilisiert wurden, sollen verhaltensbezogene Interventionen weitere Fluktuationen ermöglichen und anstoßen. Für viele Patienten ist die vorhergehende Schwächung des Wahns durch kognitive oder beobachtende Strategien eine Voraussetzung dafür, ihr Verhalten zu ändern und sich überhaupt einem (subjektiv als gefährlich wahrgenommenen) Realitätstest oder Verhaltensexperiment zu stellen. Je peripherer/unwichtiger das jeweilige Verhalten für den Patienten ist, umso früher im Verlauf kann versucht werden, dieses Verhalten zu verändern. Durch die im Folgenden vorgestellten Interventionen wird eine Veränderung jener Systemvariablen angestrebt, welche auf der Verhaltensebene angesiedelt sind. Dies impliziert unter anderem das Ausprobieren von für den Patienten neuen Verhaltensweisen, um so korrigierende Erfahrungen machen zu können. Wie bereits in den vorigen Abschnitten erwähnt, sollen auch hier kritische Fluktuation und kritisches Langsamerwerden im Sinne von Veränderungsindikatoren beachtet werden.

a) Verhaltensexperimente (*reality testing*) zur Veränderung wahnhafter Einstellungen (. . 20)

- Es lassen sich unterschiedliche Varianten von Verhaltensexperimenten durchführen (nach Nelson, 2011):
 - direkter Test des Wahns (z.B. Überprüfung, ob der Patient Gedanken lesen kann)
 - indirekter Test des Wahns bzw. Test von Teilüberzeugungen (wie z.B. die Testung der Vergiftung bei den Gedanken ‚Man will mich umbringen; daher ist das Essen vergiftet‘)
 - Test von aus der Überzeugung abgeleiteten Prognosen
 - direkter Test der Alternativerklärung (was zu deren Stärkung führt)

Grundsätzlich kann der Patient oder (wenn das Ergebnis auf den Patienten übertragbar ist) eine andere Person (z.B. der Behandler) den Test durchführen. Auch abgeschwächte Varianten sind möglich (Nelson, 2011). Das Experiment muss vom Patienten immer freiwillig durchgeführt werden. Dabei wird das aktuelle Wissen für Prognosen genutzt.

- Bestimmte Fragen und Aspekte sollten unbedingt im Vorfeld reflektiert und geklärt werden, um einen reibungslosen und konstruktiven Ablauf des Realitätstests zu ermöglichen. So sollte beispielsweise klar sein, warum das Experiment durchgeführt wird und was genau dadurch herausgefunden werden soll. Ebenfalls muss Konsens darüber bestehen, wie man zu schlüssigen Ergebnissen gelangt (also wie sich die zentralen Inhalte objektivieren lassen) und wie genau das Experiment (zeitlich) abläuft. Darüber hinaus ist es ebenfalls günstig, im Vorfeld zu reflektieren, was bei einem spezifischen Test schief gehen kann und welche diesbezüglichen präventiven Schritte unternommen werden könnten. Die konkrete Durchführung des Tests folgt dem Schema von Handout 13 (nach Chadwick, 2006, S. 73).

Handout 13: Schema zur Durchführung eines Verhaltensexperiments (*reality testing*; nach Chadwick, 2006, S. 73)

Überzeugung 1 (wird zu % geglaubt):	Überzeugung 2 (= alternative Erklärung; wird zu % geglaubt):
abgeleitete konkrete Vorhersage (Was wird passieren?):	
Verhaltensexperiment zur Überprüfung der Überzeugungen:	
Ergebnis:	
emotionale Reaktion auf das Ergebnis:	
Überzeugtheit unmittelbar nach dem Experiment: % (alte Überzeugung)	% (alternative Überzeugung)
Überzeugtheit in der nächsten Therapieeinheit: % (alte Überzeugung)	% (alternative Überzeugung)

- Bestimmte Einstellungen zur Kontrollierbarkeit, Allwissenheit, Macht und Identität der Stimmen erfordern spezifische Realitätstests:
 - Tests zur Kontrollierbarkeit bestehen einerseits in Übungen wie lautem Lesen oder Sprechen bzw. sehr schnellem Benennen von Gegenständen im Raum (im Sinne von Ablenkung, welche die Halluzinationen verringert); andererseits können bestimmte Situationen, Reize, Gedanken oder Bilder Stimmen hervorrufen. Eine solche Symptomverschreibung führt im Falle des Gelingens zu einem Gefühl von Kontrolle über das Symptom, wohingegen ein Nichtgelingen einen erwünschten Effekt im Sinne der Symptomreduzierung darstellt.
Diese Tests verfolgen nicht das Ziel, dass der Patient seine Stimmen kontrollieren und somit zum Verschwinden bringen kann, sondern dass die Überzeugung, die Stimmen seien nicht beeinflussbar, geschwächt wird.
 - Die Allwissenheit der Stimmen kann durch Informationen aus Kalendern oder Fotos, aber auch durch Prognosen, welche die Zukunft betreffen (z.B. Vorhersage der morgigen Schlagzeilen oder Lottozahlen) getestet werden; außerdem können Lügen und falsche Prognosen aufgedeckt und als Beweis gegen die Allwissenheit der Stimmen verwendet werden (nach Chadwick & Birchwood, 1996; Chadwick et al., 1996; Lincoln, 2014). Dabei kann angemerkt werden, dass es eindeutig im Interesse der Stimme ist, ihre Allwissenheit oder Macht zu demonstrieren, damit der Patient und auch der Therapeut mehr Respekt und Angst vor ihr haben bzw. diese(n) nicht verlieren (Nelson, 2011).
 - Um die Macht der Stimmen zu testen, sind verschiedene spezifische Tests möglich (Lincoln, 2014; Nelson, 2011). So können die Stimmen beispielsweise herausgefordert werden, tatsächlich etwas zu tun. Dabei sind kleine, weniger drastische Inhalte (z.B. einen Papierschnipsel zu entzünden) oft hilfreich, da sie im Falle eines Unvermögens die Stimme noch schwächer erscheinen lassen. Außerdem sind dies Aktivitäten, die der Patient sehr leicht ausführen könnte, was ihn mächtiger erscheinen lässt als die Stimmen.
Andererseits kann bei imperativen Stimmen darauf verzichtet werden, den Stimmen zu gehorchen, nachdem kurz- und langfristige Vor- und Nachteile des Gehorchens und Ungehorsams analysiert wurden (Nelson, 2011). Außerdem spricht es grundsätzlich gegen die Macht der Stimmen, wenn sie dem Patienten etwas befehlen müssen, anstatt es gleich selbst auszuführen.
 - Die Identität der Stimmen kann getestet werden, indem man sie auffordert, etwas zu tun, was sie ihrer vermeintlichen Identität nach tun müssten (z.B. die Stimme des Teufels soll ein Stück Papier entflammen lassen oder die Stimme eines habsüchtigen Verwandten bekommt 100€, wenn sie in der nächsten Woche eine Karte mit einem bestimmten Inhalt schickt) bzw. indem man Fragen stellt, die sie ihrer vermeintlichen Identität nach beantworten können müssten. Dabei ist darauf zu achten, dass der Patient die Antwort auf die Frage nicht kennt (Nelson, 2011).

- Aufbau von *real-world knowledge* (Morrison, 2001): Ergänzend zum Verhaltensexperiment kann für bestimmte Lebensbereiche herausgefunden werden, wie diese tatsächlich funktionieren (z.B. bei paranoiden Ängsten: Wie sucht ein Einbrecher ein geeignetes Objekt aus? Bei Beziehungs-ideen: Wie werden Kfz-Kennzeichen vergeben und zugeteilt?).
- Aus manchen Erklärungen lassen sich zweifelhafte Strategien ableiten (z.B. ein Exorzismus). Der Patient kann solche Möglichkeiten im Sinne eines Experiments ausprobieren, wenn nur auf diesem Weg ein therapeutischer Stillstand zu verhindern ist. Bringt diese Intervention keinen Erfolg, so spricht das gegen die Erklärung des Patienten (Turkington, 2007).

b) Reduktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten (. . 20)

- Ähnlich wie bei Angststörungen muss auch im Bereich psychotischer Symptome ein für den Patienten nachvollziehbares Rationale vermittelt werden, welches die Wichtigkeit der Reduktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten herausstreicht. Das gemeinsam erstellte Erklärungsmodell kann dabei helfen, aber auch die Logik des oben beschriebenen Verhaltens-experiments sowie die paradoxe Intention können genutzt werden. Für die Einführung des Themas geeignete Analogien finden sich bei Harvey et al. (2004, S. 281f.). Insgesamt ist es wesentlich, eine Sichtweise von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten als versuchte Lösungen zu etablieren, die (nach dem Prinzip *mehr desselben*) durch ihre unerwünschten Nebenwirkungen schließlich selbst zum Problem werden (Watzlawick et al., 1974). Auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien für Stimmen können unter dieser Perspektive betrachtet werden.
- *So-tun-als-ob*-Technik: Die grundsätzliche Frage an den Patienten ist bei der *So-tun-als-ob-Technik*: Würde es Ihnen helfen, sich so zu verhalten, als ob Sie gar nicht daran glauben? (J. S. Beck, 1999, S. 167). Falls dies bejaht wird, soll sich der Patient vorstellen, er wäre nicht von der gegenständlichen Annahme, sondern von ihrem genauen Gegenteil überzeugt; was würde er in diesem Fall anders machen? Welche (positiven) Konsequenzen würde dies nach sich ziehen? J. S. Beck (1999, S. 168) empfiehlt ihren Patienten folglich: „Verhalten Sie sich so, *als ob* Sie von der neuen Annahme überzeugt sind, auch wenn Sie nicht ganz daran glauben.“ Das wiederum schwächt die Annahme und somit den Störungsattraktor.
- Bei der paradoxen Intention wird „der Patient [...] angewiesen, genau das, wovon er sich immer so sehr gefürchtet hatte, nunmehr sich zu wünschen (Angstneurose) beziehungsweise sich vorzunehmen (Zwangsneurose)“ (Frankl, 1956/1993, S. 22). Auf dieser Basis kann auch die paradoxe Intention, die im Bereich der Angststörungen eingesetzt wird, ergänzend zu anderen Interventionen im Bereich von Wahn und Halluzinationen Verwendung finden, um Vermeidungsverhalten oder selektive Aufmerksamkeitsprozesse zu verändern. Dies erscheint insbesondere angezeigt, wenn der Patient die Unmöglichkeit seiner Befürchtung bereits zum Teil einsieht, ihm aber die emotionale Komponente der Einsicht fehlt. So könnte man einen paranoiden Patienten beispielsweise anleiten, die vermeintlichen Verfolger, welche ihn ausspionieren möchten, im Gegensatz zu seinem sonstigen Sicherheits- und Vermeidungsverhalten ganz offen an seinem alltäglichen Leben teilhaben zu lassen. Dies könnte der Patient umsetzen, indem er in einem Geschäft erwähnt, wo er als nächstes hingehet oder wo er gerade war, indem er einen Einkauf offen sichtbar mit sich herumträgt oder indem er einen Busfahrer fragt, bei welcher Haltestelle sich ein bestimmtes Ziel befindet. Bei all diesen Aktivitäten geht es neben der Umkehrung des bisher Gefürchteten und Vermiedenen in ein nun offen Angestrebtes und Gewünschtes auch um die korrigierende Erfahrung, dass die vom Patienten befürchteten Konsequenzen ausbleiben.

c) Spezifische Bewältigungsstrategien für akustische Halluzinationen (. . 20)

Bewältigungs- oder Copingmöglichkeiten für akustische Halluzinationen (nach A. T. Beck et al., 2011; Chadwick et al., 1996; Haddock, Bentall & Slade, 1996; Kingdon & Turkington, 1995; Nelson, 2011; Tarrier, 2002; Turkington et al., 2006; Vauth & Stieglitz, 2007; siehe Handout 14) können kurzfristig vor allem bei intensiven negativen Stimmen helfen. Dabei ist wesentlich, dass Effektivität und Grenzen der jeweiligen Bewältigungsstrategie besprochen werden. Zusätzlich ist zu beachten, dass Copingstrategien nicht die Funktion von Vermeidungsverhalten übernehmen. Funktionierende Bewältigungsstrategien hingegen führen direkt zu einer Zunahme des Kontrollerlebens beim Patienten (Kuipers et al., 2006) und können indirekt wahnhaftige Überzeugungen (z.B. in Bezug auf die Macht der Stimmen und die eigene Ohnmacht) schwächen (Tarrier, 2002). Manche der Strategien können auch direkt für die Bewältigung von Wahngedanken eingesetzt werden (Nelson, 2011). Die im Folgenden aufgelisteten Strategien werden mit dem Patienten besprochen und reflektiert, sodass schließlich eine auf den Patienten angepasste, individualisierte Liste von Bewältigungsmöglichkeiten resultiert.

Aufmerksamkeitsverschiebung:
Musik hören (eventuell mit Kopfhörer)
Radio hören (eventuell mit Kopfhörer)
fernsehen
sich mit Internet/Computer beschäftigen
einen Ohrenstöpsel verwenden (unilateral)
lesen
mit jemandem reden/plaudern
malen/zeichnen
sich beruhigen und entspannen
Bedarfsmedikation einnehmen
meditieren
beten
sich etwas Schönes vorstellen
(leise) mit sich selber sprechen
pfeifen, summen, singen
sich (draußen) bewegen
bewusstes (achtsames) Konzentrieren auf die aktuelle Aktivität
bewusstes (achtsames) Konzentrieren auf ein Objekt und Beschreiben desselben
schnell Gegenstände im Raum benennen
Rechen- oder Zählübungen durchführen
duschen, baden
etwas genießen
(aus der Situation) weggehen
sich zurückziehen
schlafen gehen
sich mit Hobbies beschäftigen
ein Kreuzworträtsel lösen

Handout 14: Bewältigungsstrategien für Stimmen.

Metakognition:
an die Verbindung zu einem Schema denken
an biografische Verbindungen denken
an psychologische Erklärungen denken
an biologische Erklärungen denken
an spirituelle Erklärungen denken
an kulturelle Erklärungen denken
an eigene positive Erlebnisse/Leistungen/etc. denken
an den eigenen Wert als Mensch denken
Akzeptanz einsetzen
sich entgegengesetzt zu den Stimmen verhalten und ihnen zeigen, dass man besser ist

Fokussieren:
Charakteristika der Stimmen beachten/beschreiben
eigene Gedanken und Gefühle vor und nach den Stimmen beachten
kurz über Sinn/Bedeutung der Stimmen nachdenken
Beziehung der Stimmen zu einem selbst klären (Überordnung/Unterordnung, ...)
die Stimmen normalisieren
mit den Stimmen in Kontakt/Dialog treten
vernünftige Antworten geben und so negative Gefühle (wie Angst, Ärger oder Scham) reduzieren
Beweise für/gegen das, was die Stimmen sagen, auflisten
die Stimmen berichtigen/korrigieren
Grenzen setzen, Sprechzeiten vereinbaren (z.B. 20 min/Tag)
die Stimmen wegschicken
die Stimmen klar von Verhalten abgrenzen
sich sagen, dass man den Stimmen nicht zu gehorchen braucht
die Stimmen auftreten lassen und so Kontrollierbarkeit erleben
sich erinnern, dass niemand sonst die Stimmen hört
positive, ermutigende Selbstverbalisation betreiben
ein Stimmentagebuch verwenden
sich an hilfreiche Therapieinhalte erinnern
mit einer Vertrauensperson/anderen Betroffenen darüber sprechen, was die Stimmen sagen

d) Weitere verhaltensbezogene Interventionen (. . 20)

- In Abhängigkeit von der individuellen Problematik des jeweiligen Patienten können weitere, teilweise relativ umfangreiche Interventionen zum Einsatz kommen. Weist der Patient etwa allgemeine soziale Kompetenzdefizite auf, so erscheinen diesbezügliche verhaltensnahe Interventionen sinnvoll. Da eine Beschreibung des möglichen Vorgehens den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, sei in diesem Zusammenhang exemplarisch auf die Darstellung von Roder, Brenner und Kienzle (2008) verwiesen. Bei sozialer Isolation kommt einer zusätzlichen gezielten Förderung sozialer Kontakte im Freizeitbereich (bzw. der Aufbau eines sozialen Netzes) eine wesentliche Rolle zu. Nach Paulik (2012) kann durch eine Verbesserung des realen *social rank* des Patienten auch eine ausgeglichene Beziehung zu den erlebten Stimmen erreicht werden.
- Darüber hinaus sollte sozial auffälliges Verhalten des Patienten, welches zu negativen Reaktionen der sozialen Umwelt führt und dem somit eine den Wahn aufrechterhaltende Funktion zukommt, vorsichtig angesprochen und verändert werden.
- In Bezug auf eine Verbesserung der Stressbewältigungsstrategien kann das auf den Ausführungen von Berking (2010), Johnson (2004) und Linehan (1996b) basierende Informationsmaterial (Handout 15) besprochen und ausgegeben werden.

Stressbewältigung

Stress ist eine körperliche und psychisch-emotionale Reaktion des Organismus auf eine Anforderung. Man unterscheidet positiven (Eustress) und negativen (Di-)Stress. Die körperlichen Vorgänge, die bei einer Stressreaktion ablaufen, sind ähnlich wie bei einer Angstreaktion (d.h. es werden Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet). Allerdings werden beim Distress die Anforderungen als zu hoch erlebt (z.B. zu viele Veränderungen, zu hohe Erwartungen, zu viel Verantwortung, zu viel Information). Je mehr Stressoren in einer bestimmten Zeitspanne liegen, umso mehr Stress wird erlebt.

Es gibt mehrere wichtige Faktoren, die darüber entscheiden, ob eine Anforderung als Stressor wahrgenommen wird. Sehr wichtig sind dabei die persönliche Wahrnehmung (Sichtweise) der Person, die verfügbaren Ressourcen und die soziale Unterstützung.

Sind diese Faktoren nicht in ausreichendem Maß vorhanden, so kann es zu Stresszeichen kommen (z.B. Erleben von negativen Emotionen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme, Müdigkeit, Schlaflosigkeit).

Die Folgen von chronischem (also zu lange andauerndem) Stress können den Organismus schädigen. In solchen Fällen sind die Energiereserven aufgebraucht, man fühlt sich emotional belastet (bis hin zu Depression, Angst, Schlafstörung oder Burnout), das Immunsystem ist geschwächt, und körperliche Erkrankungen werden wahrscheinlicher (z.B. Magen-Darmprobleme, Schmerzen/Verspannungszustände, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Atemprobleme oder Tinnitus).

Die folgenden Strategien haben sich bei der positiven Bewältigung von Stress als hilfreich erwiesen.

Allgemeines:

Führen Sie ein Stresstagebuch und beobachten Sie z.B. wie Sie arbeiten und Ihre Zeit einteilen.

Identifizieren Sie Stressquellen und -ursachen.

Grenzen Sie den Stress zeitlich ein (z.B. durch eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit).

Sorgen Sie für einen guten Start in den Tag (mit Ruhe, Frühstück, positiver Einstellung, ...).

Planen Sie für jeden Tag positive Aktivitäten und Erlebnisse ein (zur Selbstbelohnung).

Nutzen und pflegen Sie soziale Kontakte.

Achten Sie auf gesunde, regelmäßige Ernährung und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr.
Leben Sie nach einem klaren Tagesrhythmus.
Achten Sie auf ausreichend und erholsamen Schlaf.
Vermeiden Sie ungünstige Bewältigungsstrategien (z.B. Alkohol-, Drogen-, Nikotin- oder Koffeinkonsum, aggressives Abreagieren, Spielen, ...).
Schieben Sie unangenehme Aufgaben nicht auf, sondern erledigen Sie diese sobald wie möglich.
Registrieren Sie Erfolge und freuen Sie sich darüber.
Seien Sie sich Ihrer Ressourcen und Fähigkeiten bewusst und nutzen Sie diese.
Überlegen Sie am Ende jedes Tages, was Gutes passiert ist.
Vor einer Stresssituation:
Planen Sie den nächsten Tag am Abend zuvor.
Beziehen Sie wichtige Menschen (Partner oder Familie) in die Planung mit ein, wenn nötig.
Bereiten Sie sich gut vor, wo dies sinnvoll ist.
In einer Stresssituation:
Setzen Sie Prioritäten; trennen Sie Wesentliches und weniger Wichtiges.
Denken und planen Sie in kleinen Schritten in die Zukunft.
Betreiben Sie realistisches Zeitmanagement (mit einer Einschätzung, wie lange Sie für bestimmte Dinge brauchen werden und wie viel tatsächlich zu bewältigen ist).
Machen Sie regelmäßige Pausen.
Wenden Sie Entspannung, beruhigende Atmung und positive Selbstgespräche an.
Delegieren Sie Aufgaben; lassen Sie sich helfen.
Erkennen Sie die Grenzen der eigenen Verantwortlichkeit und Kontrolle und respektieren Sie diese.
Achten Sie auf realistisch-positive Erwartungen.
Bei Überforderung sagen Sie <i>Nein</i> zu weiteren Aufgaben (wenn dies möglich ist).
Vermeiden Sie problematische, negative Gedanken (wie z.B. Perfektionismus, Sorgen, Pessimismus oder Katastrophisieren).
Lösen Sie Probleme vorausschauend und planend, indem Sie Teilschritte einführen (z.B. Problemdefinition - Zieldefinition - mögliche Vorgehensweisen - Auswahl und Durchführung passender Vorgehensweisen - Evaluation des Vorgehens).
Eine Aufgabe soll sofort gelöst werden, wenn die Mittel dafür zur Verfügung stehen. Im Zweifelsfall soll Unterstützung gesucht werden; versuchen Sie nicht, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu lösen.
Denken Sie bei einzelnen Entscheidungen nicht zu viel nach; grübeln Sie nicht über die Vergangenheit.

Emotionsfokussierte Interventionen

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Interventionen zielen auf eine Veränderung der emotionalen Systemvariablen ab (sofern diese nicht bereits durch die bisher durchgeführten Interventionen erreicht wurde). Dabei erscheint vor allem eine Deaktivierung jener Subsysteme relevant, welche starke Angstgefühle beim Patienten erzeugen.

a) Emotionsregulation (. . 20)

- Bauchatmung (Marx, 2006) und einfache Formen der progressiven Muskelrelaxation (vgl. z.B. Berking, 2010; Gatterer, 2009) können auch bei psychotischen Patienten als Entspannungsmethoden zur Angstreduktion eingesetzt werden (Kingdon & Turkington, 1995). Die Interventionen können sowohl bei allgemeiner Anspannung als auch in spezifischen Situationen angewandt werden. Die entsprechenden Inhalte finden sich in Handout 16.
- Berking (2010) empfiehlt das folgende Grundsche ma für den konstruktiven Umgang mit negativen Emotionen:
 - kurz alle Muskeln locker lassen
 - ein paar Mal ruhig und bewusst ein- und langsam wieder ausatmen
 - die jeweilige Emotion bewusst wahrnehmen, indem man die Aufmerksamkeit auf das innere Erleben richtet, möglichst ohne dies zu bewerten
 - Emotionen erkennen, differenzieren und so genau wie möglich benennen; so kann das vorhandene Wissen über die Emotion genutzt werden.
 - kurze Analyse der Ursachen für das derzeitige Erleben; dabei auch akzeptieren, dass man gerade so reagiert, wie man reagiert
 - emotionale Selbstunterstützung (sich selbst liebevoll und verständnisvoll zur Seite stehen)
 - Reflexion in Bezug auf ein realistisches Zielgefühl (Wie möchte ich mich in der Situation eigentlich fühlen?); Beispiele für positive Zielgefühle sind Mut, Kraft, Zuversicht, Optimismus, Selbstbewusstsein, Sicherheit, Entspannung oder Gelassenheit.
 - gezielte Regulation der Emotion: Emotionen können akzeptiert werden, wenn eine Veränderung nicht möglich ist. Eine kurze Begründung für eine akzeptierende Haltung im Bereich negativer Emotionen kann (nach Berking, 2010) folgendermaßen lauten: Ich möchte meine Gefühle akzeptieren und aushalten, da diese nun einmal da sind. Auch möchte ich nicht blind auf sie reagieren, sondern in Ruhe überlegen, was am besten zu tun ist.Negative Emotionen können auch durch bestimmte Strategien (nach Berking, 2010; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg et al., 1993; Linehan, 1996a, 1996b; Roediger, 2011; Vauth & Stieglitz, 2008) positiv beeinflusst werden (siehe Handout 17). Diese funktionieren umso besser, je früher sie eingesetzt werden.

Atemübungen und Entspannung

Die *Bauchatmung* ist ein besonders schnelles und effektives Mittel zur Entspannung.

Bei der Bauchatmung wird bewusst in den Bauch und nicht in die Brust geatmet. Versuchen Sie, nur durch die Nase zu atmen und den Mund geschlossen zu halten. 1/3 eines Atemzugs wird für das Einatmen (Anspannung) und 2/3 für das Ausatmen (Entspannung) verwendet. In einer Minute werden so ungefähr 7-8 Atemzüge gemacht. Beim Ausatmen können Sie langsam und leise zu sich selber sagen ‚ruhig‘ oder ‚entspanne dich‘. Die Übung dauert ungefähr 5 Minuten und kann mehrmals täglich durchgeführt werden.

Bauchatmung bewirkt eine Verlangsamung der Atmung und des Herzschlags, sie reduziert den Blutdruck und entspannt die Muskeln. Das Sonnengeflecht und die Verdauung werden ebenfalls unterstützt. Insgesamt kommt es so zu einer Reduktion von Stress und Angst.

Das Prinzip der *Entspannung* wird darin gesehen, dass psychische Prozesse (z.B. das Denken an Bewegungen, Stress oder Angst) zu messbarer körperlicher Muskelaktivität in den entsprechenden Arealen führen. Dass es einen Zusammenhang zwischen dem körperlichen und psychischen Zustand der (Ent-)Spannung gibt, lässt sich am Beispiel eines Filmes verdeutlichen: Haben wir in einer besonders spannenden Szene Angst, so sitzen wir höchstwahrscheinlich verkrampt in unserem Sessel und halten uns an den Lehnen fest.

Da die meisten Menschen allerdings nicht in der Lage sind, die durch mentale Prozesse entstehende Muskelaktivität wahrzunehmen, bedarf es eines Trainings. So wird bei der Entspannung ganz bewusst auf die unterschiedlichen Empfindungen bei Anspannung und Entspannung in unterschiedlichen Muskelpartien geachtet. Spannungszustände werden so besser erkannt und können durch Entspannungsübungen gelöst werden. Wird der Körper (d.h. die unterschiedlichen Muskelpartien) entspannt, so führt dies auch zu einer allgemeinen psychischen Entspannung.

Die Entspannungsübungen werden mit geschlossenen Augen im Sitzen durchgeführt. Nacheinander werden verschiedene Körperbereiche jeweils dreimal für 2-5 Sekunden angespannt und dann für 15-30 Sekunden entspannt. Wenn Sie die Übungen gut beherrschen, können Sie auch nur einmal anspannen und entspannen. Gehen Sie in dieser Reihenfolge vor:

(1) Machen Sie mit beiden Händen eine Faust, winkeln Sie die Faust an den Unterarm, den Unterarm an den Oberarm und führen Sie die Fäuste zu den Schultern und spannen Sie die Muskeln an (für 2-5 Sekunden); lassen Sie locker (für ca. 15-30 Sekunden) und achten Sie auf den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung.

(2) Die Muskeln im Gesicht und am Kopf (also Stirn, Augen, Wangen, Nase, Kinn, Kiefer, Mund und Kopfdecke) werden für 2-5 Sekunden angespannt und für 15-30 Sekunden wieder entspannt.

(3) Drücken Sie Ihren Kopf nach vorn gegen die Brust und versuchen Sie gleichzeitig dies zu verhindern; halten Sie die Spannung für 2-5 Sekunden, und lassen Sie wieder locker indem Sie den Kopf in eine gerade Position bringen.

(4) Ziehen Sie beide Schultern zuerst in die Höhe (in Richtung der Ohren) und dann zusätzlich nach hinten (sodass Sie ein Hohlkreuz machen); spannen Sie dabei auch die Rücken- und Bauchmuskeln an und halten Sie die Spannung für einige Sekunden; entspannen Sie die Muskeln wieder und achten Sie auf den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung.

(5) Konzentrieren Sie sich auf Ihre Atmung; atmen Sie bei geschlossenem Mund langsam und bewusst in den Bauch und nicht in die Brust. 1/3 eines Atemzugs wird für das Einatmen (Anspannung) und 2/3 für das Ausatmen (Entspannung) verwendet. Beim Ausatmen können Sie langsam und leise zu sich selber sagen ‚ruhig‘ oder ‚entspanne dich‘.

(6) Spannen Sie Ihre Beine (Gesäß, Oberschenkel, Unterschenkel, Füße) an, indem Sie die Fersen gegen den Boden drücken und die Zehenspitzen in Richtung Ihres Gesichts richten; lassen Sie dann wieder locker und achten Sie auf das angenehme Gefühl der Entspannung. Sie können dieses jetzt in Ihrem ganzen Körper spüren und genießen.

(7) Beenden Sie die Übung, indem Sie die Hände langsam wieder anspannen, indem Sie sich strecken und die Augen öffnen.

Handout 17: Emotionsregulationsstrategien im Überblick (nach Berking, 2010; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg et al., 1993; Linehan, 1996a, 1996b; Roediger, 2011; Vauth & Stieglitz, 2008).

feststellen, dass es sich nur um eine Emotion handelt
Achtsamkeit und Beobachter-Selbst einsetzen
Akzeptanz negativer Emotionen und eventuell der dahinterstehenden Bedürfnisse; viele Emotionen haben auch einen Sinn, indem sie auf wichtige Inhalte oder Themen hinweisen.
positive Selbstverbalisation: Es ist nur eine vorübergehende Emotion - für eine bestimmte Zeit halte ich das schon aus! Das habe ich in der Vergangenheit auch schon geschafft.
Problemlösen, indem man die Situation ändert
Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus durch Konzentration auf das in der Situation Wesentliche (eventuell kombiniert mit Achtsamkeit in Bezug auf das alternative Verhalten)
Aktivitäten setzen, die eine andere Emotion entstehen lassen und sich auf diese einlassen
sich etwas Gutes tun, etwas genießen, Selbstfürsorge betreiben
genau entgegen der aktuellen negativen Emotion handeln
Ablenkung durch Konzentration auf aktuelle Sinneseindrücke (z.B. indem der Raum genau betrachtet und im inneren Selbstgespräch beschrieben wird, oder indem mit geschlossenen Augen auf alle gerade wahrnehmbaren Geräusche fokussiert wird)
Ablenkung durch starke sensorische Reize wie etwa Chili, Meerrettich, kaltes Wasser, Eiswürfel/Coolpack, Igelball, Gummiband oder laute Musik
Sport, Bewegung, Muskelaktivierung, Trainieren
zwischenmenschliche Kontakte/Gesellschaft suchen; mit jemandem reden
Selbstberuhigung (z.B. durch Bauchatmung und Entspannungsübungen)
Hinterfragen des Gefühls (z.B. Lohnt es sich wirklich, jetzt so verärgert zu sein?)
mentalinen Kurzurlaub machen; in der Phantasie an einen besseren/sicheren Ort gelangen; sich etwas Positives vorstellen
Relativieren (,Viel schlimmer wäre, wenn mir ... passieren würde' oder an Personen denken, welchen es nicht besser oder sogar noch schlechter geht)
Ziele und Erwartungen ändern (falls die negative Emotion aus überhöhten Erwartungen resultiert)
die Situation/das Geschehene aus einem anderen Blickwinkel sehen/es uminterpretieren (<i>reframing</i>)/einen Sinn oder etwas Positives daran finden
Bedarfsmedikation einnehmen

b) Angstkonfrontation (. . 20)

- Zum Umgang mit Erwartungsangst können positive Bewältigungssätze im Sinne der Selbstverbalisation nach Meichenbaum (1991) entwickelt werden. Diese beziehen sich neben der Angst auch auf die dem Patienten bereits bekannten Bewältigungsstrategien und umfassen die folgenden Aspekte:
 - Das ist eine herausfordernde Situation, die zu schaffen ist. Ich verfüge über konkrete Bewältigungsmöglichkeiten, die hilfreich sind.
 - Ich kenne diese Angst; ich habe sie schon oft erlebt, und es ist noch nie etwas passiert. Die Situation ist - rational betrachtet - nicht gefährlich.
 - Was ist also in welcher Reihenfolge zu tun?
 - Ich bleibe ruhig und konzentriere mich auf meine Strategien und auf das in der Situation Wesentliche. Dabei tue ich eins nach dem anderen. Die Angst ist durch mein Verhalten regulierbar.
 - Für ein erfolgreiches Überstehen der Situation werde ich mich selbst belohnen und verstärken.
- Bei sehr bedrohlichen, Angst erzeugenden Stimmen kann eine Exposition mit Reaktionsverhinderung durchgeführt werden. Dieses Vorgehen dient der Angstbewältigung und der Reduktion von Vermeidung, welcher eine die Störung aufrechterhaltende Funktion zugeschrieben wird. Im Rahmen der Exposition setzt sich der Patient den ängstigenden Inhalten aus, indem z.B. Botschaften über Radio oder TV aufgenommen bzw. nicht hörbare Inhalte vom Patienten nachgesprochen und so aufgenommen werden, und indem diese Inhalte wiederholt angehört werden (analog zur klassisch verhaltenstherapeutischen Angstbewältigung) (Chadwick & Birchwood, 1996; Turkington, 2007; Vauth & Stieglitz, 2007).

c) Akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Techniken (. . 20)

Akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Strategien, welche auf eine Veränderung der metakognitiven Ebene abzielen, gehen von einer mit der SPT kompatiblen Grundidee aus: „Mindfulness is based on a premise that distress is not inherent in experience or sensations but rather is caused by a reactive relationship to experience“ (Abba, Chadwick & Stevenson, 2008, S. 77).

Eifert (2011, S. 8) führt dies etwas genauer aus:

Psychisches Leiden ist nicht eine Folge schwieriger Emotionen oder dysfunktionaler Kognitionen per se, sondern vielmehr die Folge von krampfhaften und rigiden Versuchen ungewolltes Erleben zu kontrollieren oder zu beseitigen. Diese Kontrollversuche führen zu zunehmender psychischer Inflexibilität und der Einengung des Verhaltens- und Lebensspielraums. Gelernte sprachlich-kognitive Prozesse spielen in diesem Geschehen eine maßgebliche Rolle.

Chadwick (2006) beschreibt die Problematik (und daraus abgeleitet das Ziel der Interventionen) im Bereich psychotischer Symptome wie folgt: „What clients learn to let go are their habitual reactions to unpleasant (psychotic) sensations - the struggling, fighting, swearing, avoiding, judging, worrying and ruminating“ (S. 86). Durch achtsamkeitsbasierte Interventionen kommt es nach Chadwick (2006) einerseits zu einer Veränderung des Leidensdrucks auf der Ebene der Symptome (durch *decentered awareness* und Akzeptanz) und andererseits zu einer metakognitiven Veränderung (wenn der Patient beispielsweise zur Einsicht gelangt, dass es sich bei den Stimmen doch nur um innere Ereignisse handelt oder dass er trotz des Stimmenhörens glücklich sein kann). Die Grundidee der akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Interventionen entspricht der Logik des ABC-Schemas aus der kognitiven Therapie, wobei durch die Techniken der C-Bereich verändert und so die emotionalen Folgen und Kosten reduziert werden sollen.

- Klärung und Psychoedukation
 - Psychoedukation zur Dynamik von Sorgen und Grübeln (Rumination): Vorab sollten mögliche positive metakognitive Annahmen in Bezug auf Rumination und Sorgenmachen (z.B. Wenn ich mir nicht viele Gedanken über die Situation mache, darf ich mich nicht wundern, wenn mir Schlimmes widerfährt!) erfragt und gegebenenfalls (wie andere dysfunktionale Annahmen) hinterfragt und getestet werden (Eifert, 2011; Pankey & Hayes, 2003). Aus therapeutischer Sicht wird vielmehr vermittelt, dass Sorgen, Grübeln sowie negative Vorstellungen und Nachdenken über die Vergangenheit und die Zukunft (Rumination) zu negativen Emotionen und Stress führen. Abstraktes Grübeln (welches nicht zu verwertbaren Ergebnissen führt) wird dabei von konkretem problemlösendem Denken abgegrenzt und kann auch mit einem Eimer voller Fäkalien verglichen werden (Calzoni, 2014): Ständiges Umrühren (= Grübeln) führt nicht zu mehr Klarheit, sondern lediglich zu unangenehmer Geruchsentwicklung.

- Psychoedukation zur Gedankensuppression: Die Unterdrückung belastender Inhalte stellt nach Harvey et al. (2004) einen störungsübergreifenden Mechanismus dar, der auch beim Erleben von akustischen Halluzinationen vorkommt. Im Sinne der Psychoedukation kann ein Experiment durchgeführt werden, um die unerwünschten (paradoxen) Effekte der Suppression zu demonstrieren, indem der Patient versucht, 30 Sekunden lang nicht an einen bestimmten Inhalt zu denken (beispielsweise an einen weißen Bären oder an einen blauen Elefanten). Erfahrungsgemäß gelingt dies gerade aufgrund der Suppression nicht. Die Stimmen bekämpfen, sie zwanghaft ändern oder vermeiden zu wollen bringt im Allgemeinen ebenfalls (wenn überhaupt) nur kurzfristigen Erfolg und Erleichterung.
- Psychoedukation zur Vermeidung: Es wird im Grunde nie ein äußerer Reiz, sondern immer nur das innere Erleben, welches in einer bestimmten Situation aktiviert wird, vermieden; man lässt in solchen Fällen also dysfunktionale, als unangenehm erlebte Kognitionen und Emotionen (die nicht unmittelbar kontrollierbar sind) das Handeln bestimmen, obwohl auch andere, konstruktivere Kräfte (z.B. positive Annäherungsziele) verhaltenssteuernd sein könnten (Eifert, 2011).
- Psychoedukation zur Kontrolle (Eifert, 2011): Was im Alltag oft gut funktioniert (z.B. ein Zimmer in einer andern Farbe streichen oder ein Möbelstück weggeben, weil man es nicht mehr braucht), ist im Bereich von Gedanken und Emotionen ganz anders zu bewerten. Klare, zielgerichtete Kontrolle ist hier nicht möglich, was anhand von mentalen Experimenten veranschaulicht werden kann. So kann der Patient z.B. versuchen, das Gefühl von Freude und danach jenes von Traurigkeit herzustellen; wahrscheinlich tut er dies, indem er an entsprechende Situationen denkt, was aber nicht der Auftrag war. Dies verdeutlicht, dass man Gefühle nicht einfach ein- und ausschalten kann.

Verwendung der Metapher des Tauziehens in Bezug auf den Versuch, psychisches Erleben zu kontrollieren (nach Eifert, 2011):

Sie kämpfen gegen Ihre Stimmen und strengen sich sehr an, aber Sie können dabei nicht gewinnen. Ihre Hände und Füße sind voll eingesetzt, sodass Sie in dem Moment nichts Anderes tun können und sich auf nichts Anderes konzentrieren. Was passiert aber, wenn Sie entscheiden, *nicht* mehr zu kämpfen? Stellen Sie sich vor, Sie lassen das Seil fallen. Was passiert? Was ändert sich nun? Ihre Hände und Füße sind frei, und Sie können sich bewegen und um andere wichtige Dinge kümmern.

Das Loslassen des Seils kann durch Techniken der Akzeptanz und der Achtsamkeit erreicht werden.

- Psychoedukation zur kognitiven Fusion (d.h. zum Verschmelzen mit den eigenen Gedanken, ohne genügend Distanz zu ihnen aufzubauen):

Eine Folge von Fusion ist, dass wir Gedanken und Wörter nicht mehr als solche sehen, sondern als die Dinge, auf die sich die Gedanken und Wörter beziehen. Das Ereignis (Person, Situation - z.B. „Ich“) und das Denken über das Ereignis („bin schwach“) sind so verschmolzen, dass subjektiv der Eindruck entsteht, sie sind ein und dasselbe. [...] Im Zustand der Fusion erscheint es Menschen so, als ob sie tatsächlich das sind, worauf sich Gedanken und Wörter beziehen. „Fett“ und „wertlos“ sind dann nicht mehr nur Wörter, sondern die damit verbundenen Personen scheinen zu dem zu werden, was die Wörter bezeichnen. (Eifert, 2011, S. 11)

- Ableitung von Schlussfolgerungen aus der Psychoedukation
 - Erzeugen von kreativer Hoffnungslosigkeit (Eifert, 2011): Die alten Problemlösestrategien (wie etwa Kontrolle, Vermeidung oder Suppression) wirken nicht, also muss etwas Neues versucht werden; dabei gilt: „Nicht die Person ist hoffnungslos, sondern die früheren Lösungs- und Bewältigungsversuche“ (Eifert, 2011, S. 44).
 - Zusammenfassendes Fazit: Gedanken und Gefühle sind innere Erfahrungen und keine Fakten oder Realitäten. Paranoia und Halluzinationen sind demnach private Ereignisse, die man nicht direkt kontrollieren kann oder muss.
Der Patient entscheidet darüber, ob es sinnvoll ist, bestimmte Kognitionen oder Gefühle das Verhalten bestimmen zu lassen. Denn das eigene Verhalten ist kontrollierbar und soll (vor allem bei potenziell schädlichem Verhalten) reguliert werden.
- Zieldefinition
 - Eine funktionale Reaktion (*clear awareness* nach Chadwick, Newman Taylor & Abba, 2005) auf psychotische Symptome besteht aus den Komponenten Akzeptanz, Verzicht auf Bewertungen und Urteile sowie aus dem Vorbeigehen-/Vorbeiziehenlassen (*letting go*) der Erfahrung. Aktive Akzeptanz (Eifert, 2011) bedeutet demnach, den Kampf gegen nicht Kontrollierbares aufzugeben, um so Energie zu sparen, Freiheit zu erlangen und sich auf Wichtigeres zu konzentrieren. Dies bedeutet *nicht*, sein Erleben zu mögen, es gut zu heißen oder passiv zu akzeptieren (also nachzugeben, aufzugeben oder zu resignieren, obwohl etwas verändert werden könnte). Berking und von Känel (2007, S. 175) differenzieren Akzeptanz und Resignation wie folgt:

Für viele Patienten sind Akzeptanz und Toleranz allerdings mit „Aufgeben“ assoziiert, und aufgeben wollen sie nicht. Diese fehlerhafte Interpretation von Akzeptanz und Toleranz beruht unseres Erachtens darauf, dass Patienten Akzeptieren und Tolerieren keine *Handlung* zuordnen können. Dies führt wiederum dazu, dass Patienten glauben, es gäbe „nichts, was sie machen können“. [...] Eine spezifische Stärke achtsamkeitsorientierter Ansätze besteht nun darin, dass sie der Empfehlung, die eigenen Gefühle zu akzeptieren, auch eine Handlung beifügt, mit der sich diese Akzeptanz herbeiführen lässt, nämlich das „bewertungsfreie Wahrnehmen“.

Ängste in Bezug auf einen möglichen Verlust der Stimmen oder auf eine überwältigende Verstärkung der Symptomatik sowie negative metakognitive Annahmen im Sinn von Symptomstress (Wenn ich die Stimmen nicht loswerde, kann es mir niemals gut gehen) sollten beachtet und gegebenenfalls besprochen werden (Chadwick, 2006; Pankey & Hayes, 2003).

- Eine dysfunktionale Reaktion (*lost in reaction* nach Chadwick et al., 2005) beinhaltet den Versuch der Vermeidung des Erlebens, Widerstand (sich wehren), Werturteile und Rumination.

Im Sinne der Normalisierung kann an dieser Stelle auch wiederholt werden, dass wahnhaftes Inhalte und Stimmenhören relativ häufig in der Bevölkerung vorkommen, und dass sich Patienten („Leidende“) von Gesunden hauptsächlich durch ihre Reaktion auf diese Phänomene unterscheiden.

- Alle besprochenen (funktionalen und dysfunktionalen) Arten von Reaktionen können in Beziehung zu den persönlichen Zielen gesetzt und reflektiert werden. Es geht dabei nicht um Wahrheit, sondern um das Kriterium der Praktikabilität (entsprechend dem hedonistischen Ansatz in der kognitiven Therapie).
- Achtsamkeit (Mindfulness) zeichnet sich durch Gegenwärtigkeit (klar und offen auf das Aktuelle fokussieren; Konzentration auf das Hier-und-Jetzt), absichtsvolles, gezieltes und bewusstes Tun sowie durch eine nicht wertende und nicht urteilende und damit akzeptierende Haltung aus (Michalak, Heidenreich & Williams, 2012). Dabei geht es weniger um ein konkretes Tun als vielmehr um ein im-Augenblick-Sein. Achtsamkeit ist weniger ablenkend als eine Entspannungsmethode und geht auch nicht notwendigerweise mit dem Gefühl von Entspannung einher (Chadwick, 2006).
 - Übungen zur Einführung in die Achtsamkeit können darin bestehen, freie Assoziationen zu ganz verschiedenen Worten zu beobachten ohne diese zu kontrollieren. Der Patient kann sich auch einen Tiger vorstellen und sein Verhalten beobachten ohne zu versuchen es zu steuern (Turkington, 2007). Bei der Rosinenübung (nach Michalak et al., 2012, S. 33) wird die Aufmerksamkeit auf eine Rosine fokussiert. Diese wird von allen Seiten genau betrachtet und beschrieben. Danach wird der Geruch bewusst wahrgenommen; der nächste Schritt besteht darin, die Rosine zu den Lippen zu führen, sie langsam in den Mund zu nehmen und dort weiter wahrzunehmen, was beim Kauen und Schlucken empfunden wird.
 - Aufmerksamkeitsfokussierung auf verschiedene äußere Reize trainieren; Aufmerksamkeitsfokussierung auf den eigenen Körper und die Atmung (z.B. eine Stimme zwar wahrnehmen, diese aber möglichst nicht weiter beachten und stattdessen wieder zum Atmen zurückkehren; Chadwick, 2006); Entspannung und Selbstberuhigung praktizieren (Abba et al., 2008; Michalak et al., 2012)
 - Ausweitung der Achtsamkeitsübungen auf den Alltag, wo diese bei praktisch jeder Tätigkeit (also auch bei positiven Aktivitäten und bei der Aktivierung von Ressourcen) möglich sind

- Einführung des Beobachter-Selbsts: Wir sind nicht unsere Erfahrungen, sondern stellen lediglich den Raum bzw. Kontext dafür zur Verfügung: „Wir liefern den Rahmen für unsere Gedanken, Sorgen, körperlichen Empfindungen und die Vielfalt unserer Emotionen. Diese Erfahrungen und ihre Bewertungen sind jedoch nur ein vorübergehender Teil von uns“ (Eifert, 2011, S. 22). Hierzu kann die Metapher des Hauses verwendet werden (ein Haus stellt den Rahmen für Bewohner, Möbel, Bilder, etc. zur Verfügung; es wird aber durch diese vorübergehenden Veränderungen nicht dauerhaft beeinflusst oder beeindruckt, sondern es bleibt immer dasselbe; Eifert, 2011).

Bei negativen Emotionen gilt das Prinzip *ein Gefühl haben im Gegensatz zu einem Gefühl sein* (vgl. auch die Reiter-Pferd-Metapher: Der Patient ist als Reiter zwar mit der Emotion als Pferd verbunden, er ist aber nicht die Emotion; Linehan, 1996a, 1996b). So wird Freiheit innerhalb der Emotion, und nicht Freiheit von der Emotion gesucht. Werden die eigenen Gedanken und Gefühle so eingeordnet, nimmt man im Sinne der Achtsamkeit eine Beobachterposition ein.

- Anwendung auf die Symptome des Patienten: Gedanken, Emotionen und Stimmen wie durch eine innere Kamera distanziert wahrnehmen und sie wie Wolken am Himmel vorbeiziehen lassen (es ist völlig unnötig und unmöglich, Wolken zu kontrollieren) oder wie ein unartiges Kind an der Supermarktkasse ignorieren (zu viel Aufmerksamkeit verstärkt das dysfunktionale Verhalten des Kindes; ein passiver Kontakt ist günstiger als aktive Kontrolle; Turkington, 2007); dabei nur Beobachter, nicht der Gedanke selbst sein; auch das Unangenehme inkludieren und geschehen lassen, ohne es zu bewerten, vermeiden, aus dem Bewusstsein zu verbannen oder etwas daran zu verändern (Chadwick, 2006)

In diesem Zusammenhang können auch die Metaphern des Kartenspielers, der jeden Satz Karten annimmt und versucht, so gut wie möglich damit zu spielen, und jene des Baseballspielers, der jeden Ball aus der Wurfmaschine annimmt und ihn schlägt, so gut er kann, verwendet werden (Linehan, 1996a, 1996b).

Michalak et al. (2012, S. 58) führen Ähnliches für Gedanken und Gefühle weiter aus:

Beobachten Sie einfach, wie die Gedanken kommen und gehen, ohne dass Sie den Gedanken folgen müssen. Beobachten Sie Ihre Gedanken als psychische Ereignisse und nicht als Tatsachen. Es kann sein, dass diese Gedanken oft mit sehr starken Gefühlen einhergehen. Deshalb ist es sehr verlockend zu glauben, dass die Gedanken wahr sind. Aber es liegt immer noch an Ihnen zu entscheiden, ob sie wahr sind und ob Sie sich damit auseinandersetzen wollen.

In diesem Sinn kann auch die Intervention, Sorgen- und Gedankenmachen einfach auf später zu verschieben, verstanden werden.

Eine Kombination aus Achtsamkeit und Konfrontation besteht darin, intrusive Gedanken oder den Inhalt der akustischen Halluzinationen auszusprechen, aufzuzeichnen und wiederholt anzuhören, ohne dass der Patient dabei etwas steuern oder unterdrücken will.

Das Rationale dieser Interventionen lässt sich zusammenfassen als „reclaiming power through acceptance“ (Abba et al., 2008, S. 82). Es werden nicht die Symptome selbst, sondern die Beziehung des Patienten zu den Symptomen verändert, was wiederum eine Veränderung der Symptome wahrscheinlicher macht: „Paradoxerweise ist es oft das Akzeptieren, das eine Veränderung erlaubt und sie erst einmal ermöglicht“ (Eifert, 2011, S. 18).

- Akzeptanz der eigenen Person: Die akzeptierende Haltung gegenüber den eigenen Kognitionen beinhaltet auch den Verzicht auf negative Selbstbeurteilungen. Neben der Akzeptanz der primären Erfahrungen (also der Symptome) soll auch Akzeptanz gegenüber der eigenen Person, welche diese Erfahrung macht, aufgebaut werden. Dabei ist wesentlich, dass die Psychose nur einen Teil der Persönlichkeit ausmacht und daher eine diesbezügliche Selbstdefinition unbedingt zu vermeiden ist (Abba et al., 2008; Chadwick, 2006).
- kognitive Defusion
 - Kognitionen und Gefühle werden explizit als solche bezeichnet, indem man zu sich selbst sagt: Ich habe gerade den Gedanken/das Gefühl/die Vorstellung, dass ... (Eifert, 2011). Dabei lernen Patienten, „[...] die Fähigkeit jeden Gedanken als Gedanken zu sehen anstatt als Tatsache oder als das, worauf er sich bezieht“ (Eifert, 2011, S. 19). Dies ist ein wichtiger Erkenntnisgewinn: „Wörter und Gedanken sind nicht das, was sie beschreiben“ (Eifert, 2011, S. 20), sondern „[...] aus Wörtern und Vorstellungen bestehende Ereignisse in unserem Kopf, die nicht nur von allein (zumeist uneingeladen) kommen, sondern die auch wieder von allein gehen“ (Eifert, 2011, S. 67).
 - Auf Basis der Psychoedukation zur kognitiven Fusion und der Achtsamkeitsübungen kann Abstand zu den eigenen Gedanken gewonnen werden. Unser Verstand kann ein guter Ratgeber sein, sodass es sinnvoll ist, auf ihn zu hören. Er kann aber auch wenig hilfreiche Gedanken oder Ideen generieren. Der Verstand arbeitet und bewertet ständig; man muss daher nicht alles ernst nehmen, was er produziert. Man kann auch Abstand nehmen und zuschauend reflektieren, ob man die Gedanken ernst nehmen sollte oder nicht bzw. ob man einem Gedanken in Bezug auf seine verhaltenssteuernde Wirkung folgen möchte oder nicht. Das kann bedeuten, dass man etwas Anderes tut, als dies durch das eigene Denken nahegelegt wird: „Kognitive Defusion erleichtert es Klienten zu wählen, ob sie auf einen Gedanken mit Verhalten reagieren oder nicht“ (Eifert, 2011, S. 19).
 - Die Verwendung des Wortes *und* statt einem *aber* führt zu einem Zuwachs an (Bewegungs-) Freiheit (z.B. ‚Ich würde gerne einkaufen gehen, *aber* ich habe Angst, dass in der Situation Stimmen auftreten werden‘ vs. ‚Ich würde gerne einkaufen gehen *und* ich habe Angst, dass in der Situation Stimmen auftreten werden‘) (Eifert, 2011).

d) Verbesserung von Empathie- und *theory of mind*-Fähigkeiten (. . 20)

- Psychoedukation (nach Moritz et al., 2011, S. 95-102)
 - Mimik und Gestik sind nicht immer eindeutig zuordenbar; daher kann es schwierig sein, sich in andere Menschen hineinzuversetzen.
 - In bestimmten Situationen (z.B. unter Stress, nach Schlaflosigkeit, unter Substanzeinfluss, in einer Psychose) ist dies noch schwieriger, weil man anfälliger für (stimmungskongruente) Fehlinterpretationen ist.
 - Die wichtigsten menschlichen Emotionen können benannt und differenziert werden.
- Es können auch das visuelle Übungsmaterial von Moritz et al. (2011, Therapieblätter 7.7 bis 7.25) bzw. die spezifischen Übungen zur Emotionserkennung im integrierten psychologischen Therapieprogramm (Roder et al., 2008) verwendet werden.
- Um sich in andere Menschen hineinzuversetzen und deren Motive zu verstehen, kann man verschiedene Wissensquellen in Kombination nutzen (z.B. Vorwissen über die andere Person, aktuelle Umstände, beobachtbare Faktoren wie den Gesichtsausdruck, Nachfragen, ...); einzelne Quellen sind hingegen meist nicht ausreichend verlässlich.

e) Spezifische schematherapeutische Arbeit mit akustischen Halluzinationen (. . 20)

Analog zur Stühle-Arbeit mit sogenannten *schema modes* (also verschiedenen Persönlichkeitsanteilen wie etwa dem verletzten Kind, dem gesunden Erwachsenen und dem distanzierten Beschützer; Roediger, 2011; Young et al., 2003) können die Stimmen des Patienten auf verschiedene Sessel platziert werden und es können Dialoge geführt werden. Dabei ist es sinnvoll, vorab zu reflektieren, welche Schemaanteile für die Dynamik der Stimmen relevant sein könnten.

Die folgenden Interventionen erscheinen geeignet, wenn der Patient über Einsicht in die psychische Natur seiner Problematik (Stimmen als eigene Anteile) verfügt.

- Falls der Patient mit seinen Stimmen in Kontakt treten kann, werden diese auf Sessel gesetzt und vom Therapeuten interessiert-validierend interviewt, um sie besser kennen zu lernen (Vorgehen adaptiert nach Jacob & Arntz, 2011 sowie nach Roediger, 2011):
 - Namen erfragen (Wie möchten die Stimmen genannt werden?)
 - Wie funktioniert die Stimme?
 - Was wäre, wenn sie nicht mehr da wäre?
 - Was ist ihre Aufgabe? Hier kann die kreative Leistung im Sinne einer Problembewältigung validierend anerkannt werden.
 - Seit wann gibt es die Stimme? Was ist damals passiert? Hier sollte die damalige Ausnahme-situation mit den entsprechenden negativen Gefühlen validierend anerkannt werden.
 - vorsichtiges Fragen nach Nachteilen, die durch die Stimmen entstehen
 - eventuell Aufstellen von Stühlen, die die Problemlage verdeutlichen (z.B. gesunder erwachsener Anteil, innerer Kritiker, durch die Stimmen verletzter Anteil); der Therapeut kann die Stimme spielen und dabei die gesunden (also auch die verletzten) Anteile des Patienten beobachten und deren Gefühle erfragen. Der Patient wird zum Co-Therapeuten, indem er überlegt, wo das Problem in dieser Konstellation liegt und was eigentlich zu tun wäre; auch können erste Veränderungen durch Verschieben von Stühlen vorgenommen werden.
- Leerer Stuhl (Chadwick, 2006): Die Stimme wird symbolisch auf einen leeren Sessel gesetzt und der Patient teilt offen und direkt mit, wie es ihm mit der Stimme geht, was sie mit ihm macht und wie er sich dabei fühlt. Dabei geht es primär um die Beziehung, die der Patient zu seiner Stimme hat.

In einem zweiten Schritt sagt der Patient, wie er die Beziehung zur Stimme (nicht die Stimme selbst) gerne gestalten würde; zuerst werden einfachere (weniger risikoreiche) Aspekte thematisiert, dann emotional schwierigere. Ziel ist es, die Position des Patienten in der Beziehung zu stärken und insgesamt eine Balance herzustellen.

- Zwei-Sessel-Dialoge für belastende Stimmen (Chadwick, 2006, basierend auf Greenberg et al., 1993); Sessel 1 steht für die Stimmenanteile und Sessel 2 für die gesunden Anteile des Patienten.
 - herausarbeiten, wie sich die Stimmen dem Patienten gegenüber verhalten (z.B. kritisierend, beschimpfend oder beleidigend; der Patient sitzt in Sessel 1)
 - emotionale Reaktion des Patienten hierauf kurz darstellen; der Patient sitzt in Sessel 2
 - feststellen, dass der Patient sich in seinem Alltag sehr bemüht, die Dinge gut zu machen (Sessel 2)
 - klären, ob die Stimme dabei als unterstützend wahrgenommen wird, indem sie beispielsweise die Anstrengung des Patienten wahrnimmt und ihn dafür lobt (Sessel 2)
 - Reaktion der Stimmen auf die Antwort des Patienten erfragen (Sessel 1)
 - klären, was der Patient in solch schwierigen Phasen der Anstrengung tatsächlich brauchen würde (z.B. jemanden, der ihn emotional unterstützt); kontrastieren, was er sicher nicht braucht (z.B. jemanden, der andauernd nur kritisiert); dies wird der Stimme, die symbolisch auf Sessel 1 gesetzt wird, direkt gesagt.
 - Der Therapeut fasst die positiven Seiten des Patienten und seine Anstrengungen noch einmal zusammen und stellt fest, dass die Stimme das alles nicht sieht und daher keine Hilfe ist.

Umgang mit nicht ausreichend reduzierbarer Symptomatik (. . 20)

Sollte es trotz aller therapeutischer Bemühungen über einen längeren Zeitraum nicht gelingen, die psychotische Symptomatik zu reduzieren, so können einige der bereits beschriebenen Behandlungsinhalte noch einmal reflektiert werden. Dazu zählen beispielsweise die Ziele des Patienten und die angenommene Funktion des Wahns.

- Im Sinne einer Bewältigung der Symptome werden Copingstrategien gefördert, wobei hier Strategien bevorzugt werden, welche zu einer Distanzierung führen, ohne jedoch auf eine Suppression von Symptomen (welche einen paradoxen Effekt hätte) abzu zielen; auch sind die zu fördernden Copingstrategien bevorzugt nicht auf Passivität und Rückzug, sondern auf positive Inhalte und Aktivitäten gerichtet (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler & Bebbington, 2002).
- Es können auch sogenannte Partialziele (nach Nelson, 2011) in den therapeutischen Fokus gerückt werden. Beispiele hierfür sind etwa:
 - Die Überzeugung selbst ist wahr, nicht aber alle gezogenen Schlussfolgerungen (z.B. Ich wurde zwar von Außerirdischen entführt, aber sie werden meiner Familie nichts antun).
 - Die Überzeugung ist jetzt nicht mehr wahr (z.B. Ich war früher vom Teufel besessen, jetzt bin ich es aber nicht mehr).
 - Die Überzeugung trifft nicht unter allen Umständen und Bedingungen zu (ist also nicht absolut).
 - Andere Menschen verstehen die Überzeugung nicht (z.B. Ich bin in Wirklichkeit die Reinkarnation Jesu, aber die Menschen sind noch nicht so weit, das zu erkennen).
- Die Unterscheidung zwischen dysfunktionalen Gefühlen (z.B. paranoide Angst) und teilweise vorhandenem funktionalem Wissen (dass eigentlich keine Gefahr droht) soll herausgehoben und die positiven Anteile sollen gestärkt werden, auch wenn der Wahn weiter besteht (Nelson, 2011). Auch sekundäre emotionale Reaktionen (wie etwa Depression, Ärger oder Angst), welche aus der psychotischen Symptomatik resultieren, können beispielsweise durch eine Stärkung der Emotionsregulation, durch akzeptanz-basierte oder Mindfulness-Techniken therapeutisch behandelt werden.
- Schließlich stellt die Ausweitung des durch die psychotische Symptomatik eingeschränkten Verhaltensspielraums des Patienten ein wichtiges Ziel dar.

Arbeit an dysfunktionalen Schemata, Selbstwert und Grundbedürfnissen

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Interventionen zielen auf eine Veränderung von grundlegenden Systemvariablen ab. So kann Schemaarbeit zur Deaktivierung von dysfunktionalen Subsystemen führen, und die therapeutische Arbeit am Selbstwert und an der Bedürfnisbefriedigung kann eine Alternative zur Selbstwertsteigerung durch psychotische Inhalte darstellen. Bei erfolgreicher Durchführung kann so eine Veränderung von indirekt wichtigen Systemelementen des paranoid-halluzinatorischen Attraktors und somit ein Phasenübergang erreicht werden. Wie in den anderen Behandlungsbereichen sollen auch hier Zufallsschwankungen genutzt, Fluktuationen ermöglicht und angestoßen sowie kritische Fluktuation und kritisches Langsamerwerden als Veränderungsindikatoren beachtet werden.

a) Veränderung dysfunktionaler Schemata (. . 20)

- Die schemaorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung (Grawe, 1992) orientiert sich an der Frage, wie die adaptiven Ziele, Motive und Bedürfnisse des Patienten therapeutisch (d.h. auf eine gesunde, förderliche Art) unterstützt werden können, ohne dass gleichzeitig dysfunktionales Verhalten verstärkt wird. Die positiven Annäherungsziele werden als bewusste und unbewusste Wünsche des Individuums konzipiert, die sich auf menschliche Grundbedürfnisse (Selbstwert-sicherung und -erhöhung, zwischenmenschliche Bindung, Kontrolle und Orientierung, Lustge-winn/Unlustvermeidung) beziehen (Grawe, 2000).
- Auf die Aktivierung von Schemata soll grundsätzlich nach dem Prinzip von Mindfulness und Akzeptanz reagiert werden (Chadwick, 2006); dies impliziert die metakognitive Einsicht, dass es sich bei einem Schema nicht um eine gegebene Realität, sondern um eigene Gedanken und Gefühle handelt (vgl. das Konzept der kognitiven Defusion; Eifert, 2011). Somit kann der Patient in einer solchen Situation zu sich selbst sagen: Ich habe gerade das Gefühl/den Gedanken, dass ...
- Einführung des Faktors Variabilität/Instabilität von Personenbewertungen (auch anhand histo-rischer Figuren, wie z.B. Hitler) (Lincoln, 2014)
- Einführung kognitiver Kontinua in Bezug auf persönliche Eigenschaften (wie z.B. Intelligenz oder Hilfsbereitschaft) statt dichotomem Denken (J. S. Beck, 1999)
- Klärung des Ursprungs des Schemas
- Vor- und Nachteile der Annahme erarbeiten
- Beweise für und gegen die Grundannahme finden

- Mögliche Alternativannahmen und damit Veränderungsmöglichkeiten reflektieren (z.B. durch den sokratischen Dialog)
- Einsatz von (Selbst-)Beobachtungsprotokollen, Tagebuch und entsprechenden Beobachtungsübungen im Alltag
- Durchführung von Ein-Person-Rollenspielen (auch Zwei-Stuhl-Technik genannt; Sachse, 2002), indem der Patient einerseits die Rolle eines guten Freund oder Therapeuten, der dem Patienten helfen möchte (auf Sessel 2), und andererseits sich selbst (auf Sessel 1) spielt. Der Patient sitzt in Sessel 1 und verbalisiert seine negative Überzeugung, wohingegen er versucht, in Sessel 2 eine ganz andere Meinung zu vertreten. Hier distanziert er sich von der Annahme, überprüft sie, findet Gegenargumente, weist auf Unstimmigkeiten/Widersprüche hin, deckt kognitive Verarbeitungsfehler auf, aktiviert positive Erinnerungen und Ressourcen und hinterfragt die Annahme kritisch. Mehrere Wechsel werden durchgeführt, wobei der Therapeut den Patienten als Moderator und Supervisor unterstützt.
- Zwei-Sessel-Dialog für Schemata (Chadwick, 2006, basierend auf Greenberg et al., 1993; das beschriebene Vorgehens soll - in späteren Durchgängen auch in gekürzter Form - wiederholt durchgeführt werden):
 - eine Situation finden, in der eine dem negativen Schema widersprechende Erfahrung (also ein Erfolgserlebnis) gemacht wurde
 - In einem zweiten Sessel wird der Inhalt des zugehörigen dysfunktionalen Schemas kurz (nicht länger als fünf Minuten) wiederholt; dabei werden die Globalität (z.B. durch die Frage: Ist das nur ein Teil von Ihnen oder betrifft es die ganze Persönlichkeit?), die Stabilität (Kann sich das jemals ändern?) sowie die extreme und einseitige Sichtweise des Schemas betont und die jeweiligen Konsequenzen (z.B. negative Emotionen, ein negatives Selbsterleben, Probleme im Alltag und in Beziehungen, ...) abgeleitet.
 - Wechsel auf Sessel 1, in dem die positive, dem Schema widersprechende Situation noch einmal erzählt und somit erlebt wird; auch hier werden die Konsequenzen (positive Emotionen, besserer Selbstwert, Erfolg im Alltag und in Beziehungen, ...) reflektiert. Damit überprüft, hinterfragt und relativiert der Patient die negative Annahme. Er kann auch Gegenargumente finden, auf Unstimmigkeiten/Widersprüche hinweisen, kognitive Verarbeitungsfehler aufdecken und positive Erinnerungen und Ressourcen aktivieren.
 - Der Therapeut trennt beide Erlebensweisen und achtet darauf, dass sie nicht vermischt werden, indem er den Patienten daran erinnert, in welchem Sessel er sich gerade befindet. Außerdem vergleicht und kontrastiert der Therapeut die beiden Erlebensweisen immer wieder und arbeitet mit dem Patienten so die Gegensätze heraus.
 - Förderung der Selbstakzeptanz: Beide Selbstschemata werden als subjektiv real anerkannt, validiert und akzeptiert; damit wird gleichzeitig herausgearbeitet, dass das negative Schema nur einen Teil der Persönlichkeit des Patienten darstellt; es wird also „[...] as a valid, important

experience of self, but not the self“ (Chadwick, 2006, S. 130) angesehen. Damit hängt die metakognitive Einsicht zusammen, dass der Patient nicht über ein stabiles und global negatives Selbst verfügt, sondern über ganz verschiedene (positive und negative) Anteile.

- Reflexion der Entstehung: Negative Schemata entstehen oft durch unfreiwillige Erfahrungen mit anderen Menschen und werden im Erwachsenenalter von kritischen oder beleidigenden Stimmen bestätigt. Sie werden also als extern verursacht erlebt. Positive Schemata hingegen werden vom Patienten selbst geschaffen (wenn er sich z.B. als ehrlich, verlässlich oder als guter Zuhörer beschreibt). Daher lassen sich positive Schemata auch durch den Patienten weiterentwickeln.
- Etablierung der metakognitiven Einsicht, dass ein negatives Schema lediglich einen Teil der Persönlichkeit darstellt; dysfunktionale Schemata, paranoide Gedanken oder Stimmen stellen auch keinesfalls den ‚wahren Kern der Persönlichkeit‘ dar (Chadwick, 2006; Eifert, 2011).
- Herausarbeiten und Explizieren eines positiven Selbstschemas (Chadwick, 2006); dieses kann (zusammengefasst in einem Satz) zuerst hypothetisch auf alltägliche und problematische Situationen angewandt werden und später tatsächlich (vgl. hierzu auch die Strategien zur Steigerung und Stabilisierung des Selbstwerts). Dabei sollen die positiven emotionalen Folgen für den Patienten reflektiert werden.
- Erstellung von entsprechenden *schema-flashcards* (Young et al., 2003)
- Aus primären Schemata abgeleitete Regeln (z.B. Wenn ich nicht immer nett sondern auch einmal kritisch bin, wird man mich ablehnen) werden herausgearbeitet und kognitiv überprüft.
- Bei bestimmten Schemainhalten bietet sich ein zu Ende denken von Katastrophengedanken an (J. S. Beck, 1999); andere Einstellungen lassen sich systemimmanent ad absurdum führen (Tuschen & Fiegenbaum, 2000).
- Durchführung entsprechender Verhaltensexperimente/Realitätstests
- *self-disclosure* des Therapeuten
- Bearbeitung von schwierigen und traumatischen zwischenmenschlichen Erlebnissen in der Kindheit: Hierzu sei aus Platzgründen auf die entsprechenden allgemeinen Vorgehensweisen (z.B. Roediger, 2011; Smucker & Dancu, 1999; Young et al., 2003) sowie auf psychosespezifische Ansätze (z.B. Larkin & Morrison, 2006) verwiesen.

b) Arbeit am Selbstwert (. . 20)

- Positive und negative Eigenschaften des Patienten werden auf einer Liste gesammelt und reflektiert (Johnson, 2004); dies kann auch durch eine Einschätzung vertrauter Personen aus dem Umfeld des Patienten ergänzt werden (Was schätzen diese Menschen am Patienten?). Die positiven Faktoren sollen in und außerhalb der Therapie genutzt und wertgeschätzt werden. Die negativen Eigenschaften werden auf ihre Realitätsbezogenheit (auf ihren Wahrheitsgehalt) geprüft und in der Folge entweder relativiert (wenn sie aus Sicht des Therapeuten, der hier auch eine persönliche Einschätzung abgibt, unzutreffend sind), akzeptiert (wenn sie als nicht sehr wichtig/störend eingeschätzt werden) oder sie können durch Arbeit an der Persönlichkeit verändert werden.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass der Patient eine wertvolle, positive Person ist, die sich bemüht, die Dinge so gut wie möglich zu verbessern. Natürlich werden dabei (so wie bei jedem anderen Menschen) auch Fehler gemacht. Der Patient ist sehr ehrlich und selbstkritisch.

- Herausfinden eigener Stärken und Aktivierung von Ressourcen: Dies kann nach Grawe (2000; Grawe & Grawe-Gerber, 1999) prozessual (d.h. unausgesprochen/durch Tun; der Patient hat Gelegenheit, sich kompetent zu präsentieren und zu verhalten), inhaltlich (d.h. explizit ausgesprochen) sowie durch positive Anspornstrategien (wie etwa Lob, Zuversicht, Vertrauen in den Patienten, Teamarbeit zwischen Therapeut und Patient, der Therapeut ist auf der Seite des Patienten) erfolgen.
- positive Beziehungsgestaltung, positives Feedback, Lob und Anerkennung durch den Behandler
- bewusstes Wahrnehmen von guten Leistungen, Erfolgen, positiven Erlebnissen, Komplimenten und Lob (z.B. durch Selbstlob, Führen eines Erfolgstagebuchs oder Beobachtungsprotokolls sowie durch Nachdenken, was in der Vergangenheit positiv war); hinter Erfolgen stehen oft auch positive Persönlichkeitseigenschaften, die sich explizieren lassen (Berking, 2010).
- Planung und Durchführung angenehmer/erfolgreicher Aktivitäten; Zulassen von positiven Gefühlen und von Genuss
- Führen eines Tagebuchs zu selbstkritischen Äußerungen und Reflexion derselben im Rahmen der Therapie
- Überprüfung der Erwartungen an sich selbst (diese sollen positiv-realistisch sein) und Aufbau von Selbstvertrauen; Verzicht auf absolute Forderungen an sich selbst sowie auf willkürliche und nicht logische Vergleiche mit anderen Personen; es gibt immer jemanden, der schöner, erfolgreicher, klüger oder beliebter ist; meist haben aber auch solche Menschen ihre Schwächen, Fehler und Probleme (Johnson, 2004; Lincoln, 2014; Moritz et al., 2011).

- Erlernen und Etablierung von Selbstfürsorge, Bedürfnisbefriedigung und respektvollem Umgang mit sich selbst (statt Selbsterniedrigung oder selbstzerstörerischem Verhalten); im Allgemeinen ist es besser, seelische Wunden und Schmerz selbstfürsorglich zu behandeln und so versuchen zu heilen, anstatt den Schmerz wie einen Feind zu bekämpfen (Eifert, 2011). Beim Erleben von negativen Emotionen kann dies durch die Entwicklung eines Gefühls von Anteilnahme (Mitgefühl statt Selbstmitleid) für sich selbst erreicht werden. Auch validiert der Patient sein Erleben und achtet darauf, was er selbst in dieser Situation gerade braucht. Das Gefühl der Anteilnahme ist mit dem Wunsch verbunden, sich zu helfen; der Patient ist also für sich selbst da.
- Durchführung von entsprechenden Verhaltensexperimenten/Realitätstests und Beobachtungsübungen
- Thematisieren des Werts eines Menschen an sich: Jeder Mensch hat grundsätzlich denselben Wert. Es gibt keine besseren (wertvolleren) oder schlechteren (weniger wertvollen) Menschen. Historische Beispiele für konsequent gegenteilige Sichtweisen (wie z.B. der Nationalsozialismus) hatten katastrophale Auswirkungen.
- Patienten sollen sich auf Dinge und Ziele konzentrieren, die ihnen wirklich wichtig sind und die sie im Leben weiterbringen. Werte und Ziele stehen dabei in einem komplementären Verhältnis: „Wenn Werte der Kompass sind, der uns die generelle Richtung anzeigt, in die wir gehen wollen, dann sind Ziele die Stationen auf der Karte - Orte, die wir besuchen wollen auf dem Weg zu unseren Werten“ (Eifert, 2011, S. 25). Der Patient wird motiviert, sich mit Engagement und *commitment* konstant in die Richtung seiner Werte zu bewegen, indem er sich auf diese konzentriert und sich entsprechend verhält. Zu hinterfragen ist eventuell, ob es sich wirklich um Werte der Person handelt, die ihr wichtig sind, oder lediglich um sozial erwünschte oder geforderte. In diesem Zusammenhang kann auch die Grabstein-Übung (Eifert, 2011) durchgeführt werden: Der Patient soll dabei überlegen, was später einmal auf seinem Grabstein stehen soll; einerseits könnte dort - wenn der Patient nichts an seinem Verhalten ändert - stehen: „Er kämpfte sein Leben lang gegen seine Stimmen und wurde sie doch nie los“; andererseits wäre die alternative Inschrift vorstellbar: „Er hat sich immer mit seiner Familie und mit Musik beschäftigt, weil ihm dies sein Leben lang ein wichtiges Anliegen war.“
- Liebevolle Freundlichkeit (Eifert, 2011) gegenüber sich selbst und anderen Menschen praktizieren, indem der Patient positive Handlungen und Aktivitäten setzt; darüber hinaus stellt jedes Handeln im Sinne der eigenen Werte auch einen Akt der Freundlichkeit gegenüber sich selbst dar.
- Erleben von Dankbarkeit dafür, dass wir über ausreichend Nahrung, eine Unterkunft, persönliche Sicherheit, Menschenrechte sowie sozialstaatliche Versorgung und Infrastruktur verfügen, aber

auch für die eigene körperliche Gesundheit oder andere Bereiche, in welchen der Patient mehr Glück hat als andere Menschen (Berking, 2010)

- Thematisierung von Schuld/Verantwortlichkeit in Bezug auf eigene negative vergangene Erlebnisse (Nelson, 2011)
- Eventuell Herstellen einer Verbindung zwischen niedrigem Selbstwert und Wahnideen (Kingdon & Turkington, 2005; Tarrier, 2002)

c) Verbesserung der Befriedigung von Grundbedürfnissen (. . 20)

Die Förderung der Befriedigung von Grundbedürfnissen und die damit einhergehende Verbesserung der Befindlichkeit ist nach Kingdon und Turkington (2005) bei vielen psychotischen Patienten ein wesentliches Thema. Die Umsetzung orientiert sich an der Konzeption von Grawe (2000; siehe Tab. 2):

Grundbedürfnis:	mögliche Ansatzpunkte/Interventionen:
Selbstwertsicherung und -erhöhung	Aktivierung/Nutzung von Ressourcen, Erleben von Erfolgen und eigener Kompetenz (<i>self efficacy</i>), Neues/Wirkungsvolles innerhalb der Therapie lernen und anwenden, Lob, Bewunderung, Anerkennung, positives Feedback durch den Behandler
zwischenmenschliche Bindung	Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung, Förderung weiterer zwischenmenschlicher Beziehungen, Aktivierung von Bezugspersonen
Kontrolle und Orientierung	Transparenz des therapeutischen Vorgehens, Kompetenzsteigerung, Erreichen von Zielen, Veränderung dysfunktionaler Attributionsmuster
Lustgewinn/Unlustvermeidung	gemeinsames Lachen, positive Verstärkung, Genuss, Entspannung, Veränderung der Lebensumwelt, Aktivierung zu positiven Tätigkeiten (mit Tages- oder Wochenplänen), Erweiterung des Handlungsspielraums

Tab. 2: Mögliche Interventionen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen.

Weiterführende Interventionen (. . 20)

Weitere hilfreiche Interventionen sind im sozialen Bereich anzusiedeln. So ist etwa der Austausch mit anderen Personen, die unter akustischen Halluzinationen leiden, für manche Betroffenen (z.B. in einer Gruppe) geeignet, um Ängste zu reduzieren, Bewältigungsstrategien zu erlernen, und sich nicht allein mit ihrer Problematik zu fühlen. Auch diese Interventionen können das System des Patienten anstoßen und zu Veränderungen der einzelnen Systemvariablen und wichtiger Kontrollparameter führen.

Die Arbeit mit Angehörigen von Patienten, die unter Wahn oder Halluzinationen leiden, stellt einen weiteren ergänzenden Behandlungsbaustein dar.

Konsolidierungsphase

Im Rahmen der SPT wird - wie von Bäuml et al. (2005) vorgeschlagen - der Terminus Edukation im Sinne von *educere* (herausführen) und weniger im Sinn von *educare* (erziehen) verstanden. Dabei finden sich psychoedukative Interventionen auf der kognitiven Ebene (Aufklärung, Wissensvermittlung, Erarbeitung eines adäquaten Störungsmodells für die Psychose, Verbesserung der Compliance), auf der emotionalen Ebene (Entlastung, Reduktion negativer Emotionen, Vermittlung von Hoffnung) sowie auf der Verhaltensebene (Verbesserung der Bewältigung und des Umgangs mit der Störung, Veränderung der Lebensweise, Rückfallprävention).

Nach Lincoln, Wilhelm und Nestoriuc (2007) sind die Effekte psychoedukativer Maßnahmen höher, wenn der betroffene Patient sich selbst als krank ansieht, wenn sein subjektives Erklärungsmodell miteinbezogen wird, wenn individuelle Symptome erhoben und besprochen werden, wenn die Umsetzung nicht in Form eines frontalen (und damit konzentrationsintensiven) Vortrags erfolgt, und wenn zusätzlich geklärt wird, wie die entsprechenden Inhalte (auch nach Beendigung der Therapie) erinnert und im Alltag umgesetzt werden sollen.

a) Zusammenfassung der psychotischen Symptomatik (. . 20)

- Zu Beginn werden die anamnestischen und aktuellen Symptome des Patienten zusammenfassend wiederholt (für einen Überblick siehe Tab. 3). Dies kann unter Rückgriff auf die Ausführungen des Patienten, eventuell vorhandene Unterlagen wie Krankengeschichten oder Testungen, mit Hilfe von Verhaltensbeobachtung sowie durch fremdanamnestische Informationen geschehen.
- subjektive Sicht des Patienten:
 - Wie gut kann der Patient seine psychotischen Symptome wahrnehmen und beschreiben?
 - Sind die Symptome als solche erkennbar oder werden sie als real angesehen? Bestehen eine unkorrigierbare Sichtweise, eine Juxtaposition, Zweifel oder Einsicht in die Problematik (nach Kingdon & Turkington, 1995)?
 - Sind die Unterschiede zwischen aktuellem (gebesserten) Zustand und Akutphasen für den Patienten erkennbar? Falls ja: Welche Unterschiede nimmt er wahr?
 - Ist die ermittelte Symptomkombination als behandlungsbedürftige psychische Störung erkennbar?
Falls ja: Welche Einstellung hat der Patient seiner psychischen Störung gegenüber?
- Idealerweise kann die Zusammenstellung von Symptomen im Rahmen der Rückfallprävention genutzt werden, indem der Patient seine spezifischen Symptome identifizieren kann und somit erkennt, wenn er sich in einer erneuten psychotischen Phase befindet.

Positivsymptomatik inhaltliche Denkstörung: Wahrnehmungsstörung: Affektstörung: Störung des Selbstgefühls: psychomotorisch-somatische Störung:	Wahnstimmung/Erwartungsspannung, Beziehungsideen/-wahn/Bedeutungswahn, Verfolgungswahn/Verschwörungswahn, körperbezogener/hypochondrischer Wahn, wahnhafte physikalische Erklärungen (z.B. Beeinflussung durch Strahlung), sexueller/Eifersuchts-/Liebeswahn, Beeinflussungswahn, religiös-spiritueller/Sendungswahn, überwertige Ideen/Größenwahn (betrifft Identität/Fähigkeiten/Reichtum/Mission), Schuld-/Versündigungswahn, nihilistischer Wahn, wahnhafte Fehlidentifikation von Personen, bizarrer/phantastischer Wahn
	veränderte Wahrnehmung (z.B. gedämpft oder gesteigert) verändertes Zeiterleben (Déjà-vu, Jamais-vu, Stillstehen der Zeit) Gedankenlautwerden Illusionen (Pseudo-)Halluzinationen
	intensive Emotionen/Affektinkontinenz (z.B. Aggressionsdurchbrüche, Angst, Schuldgefühle), Stimmungs labilität, ambivalente Affekte, Parathymie, inadäquate Affekte
	Derealisation, Depersonalisation/verändertes Körpergefühl, Störung der Ich-Demarkation (z.B. Gedankenausbreitung oder -entzug/Gedankeneinebung), Gefühl des Gemachten, Gefühl von Außensteuerung
	Manierismen, bizarre Verhaltensweisen, Abreißen von Bewegungen, Bewegungsunsicherheit/Routinenverlust, Stereotypen, Ambitendenz (Ambivalenz im Verhalten), Starrheit/Stupor, Spannungszustände, Erregungszustände, Verkrampfungen, motorische Willfähigkeit (Patient lässt sich sehr leicht passiv bewegen), negativistisches Verhalten (z.B. sich wegdrehen, Augen schließen), Schlafstörung
Negativsymptomatik:	verminderter Antrieb, Verlangsamung, Inaktivität
	Interessenlosigkeit, Motivationslosigkeit
	Gefühl der inneren Leere
	Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten
	Vernachlässigung der Körperhygiene, Verwahrlosung
	sozialer Rückzug
	Alogie (quantitativ vs. Gehalt des Gesagten)
	Affektverflachung (verbal, Mimik, Gestik)
	Anhedonie, Hoffnungslosigkeit, Mutlosigkeit, Depression, Suizidalität
kognitive Symptome (Desorganisation) formale Denkstörung:	Zerfahrenheit/Inkohärenz, Ratlosigkeit/Verwirrtheit, Sperrungen/Gedankenabreißen, Danebenreden, unlogisches Denken, vages Denken, Einengung auf bestimmte Inhalte/Perseverationen, Echolalie, Neologismen (Idiosynkrasien), unübliche Assoziationen, gelockerte Assoziationen/Ideenflucht, viele Gedanken, Weitschweifigkeit/Uständlichkeit, Verlangsamung, Konzentrations-/Aufmerksamkeitsstörung/Ablenkbarkeit, Gedächtnisstörung, Störung der Exekutivfunktionen
Residualzustand:	Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit (Gedächtnis, Aufmerksamkeit/Konzentration, allgemeine Intelligenz, sprachliche Fertigkeiten, Exekutivfunktionen/Problemlösen, kognitive Flexibilität und Abstraktionsfähigkeit)
Auffälligkeiten im Alltag:	auffällige äußere Erscheinung
	sozial unangepasstes (z.B. distanzloses) Verhalten
	auffällige Kommunikation (z.B. Selbstgespräche, pedantische Sprechweise)
	desorganisiertes Verhalten
	bizarres Verhalten
	Nahrungsverweigerung

Tab. 3: Auflistung psychotischer Symptome.

b) Diagnostische Einordnung, Aufklärung und prognostische Einschätzung (. . 20)

- Obwohl im bisherigen Behandlungsverlauf auf den Schizophreniebegriff verzichtet wurde, ist der Patient außerhalb der SPT mit psychiatrischen Diagnosen konfrontiert. Daher wird eine kurze Aufklärung zu den in der ICD-10 (Dilling Mombour & Schmidt, 2011) verwendeten Begriffen (wie z.B. paranoide Schizophrenie, schizoaffektive Störung oder Manie) angeboten.
- Einige berühmte Menschen litten ebenfalls an Psychosen, wie z.B. John Nash (Nobelpreisträger), Peter Green (Gitarrist bei Fleetwood Mac), Virginia Woolf (Schriftstellerin) oder Friedrich Hölderlin (Dichter) (nach Nelson, 2011).
- Alternative Begriffe, die der Patient im Gespräch mit anderen Menschen verwenden kann, sind beispielsweise: Nervenzusammenbruch, Erschöpfungszustand/Erschöpfungssyndrom, Neurotransmitterentgleisung, Nervenzustandwechselstörung sowie Burnout (Bäumel et al., 2010, S. 57).
- Was die Einschätzung des Verlaufs angeht, so finden sich in der Literatur (vgl. z.B. Drake, Haddock, Hopkins & Lewis, 1998; Gaebel, Zielasek & Wölwer, 2011; Hahlweg & Dose, 1998; Jobe & Harrow, 2010; Lincoln, 2014) Hinweise auf prognostisch ungünstige Faktoren, die in Tab. 4 zusammengefasst sind.

männliches Geschlecht	Substanzmissbrauch
hohe erbliche Belastung	verminderte Leistungsfähigkeit zwischen den Episoden
schizoide/schizotype Persönlichkeitszüge	wenig Einsicht
Persönlichkeitsauffälligkeiten, Dissozialität	unzureichende Medikamentenadhärenz
schlechte prämorbid soziale Anpassung	Komorbidität (ausgenommen affektive Störungen)
geringes Alter bei Krankheitsbeginn	Fehlen von begleitenden affektiven Störungen
Fehlen erkennbarer Auslöser, schleichender Beginn	<i>high</i> oder <i>low expressed emotions</i> , Überfürsorglichkeit in der häuslichen/familiären Umgebung
langer behandlungsfreier Zeitraum	ledig bzw. ohne Partnerbeziehung zu sein
chronischer Verlauf (mehrere psychotische Phasen)	Leben in einer städtischen Umgebung
lange Dauer der floriden Phasen	belastende Lebensereignisse oder -umstände
Vorliegen von Residual- oder Negativsymptomen	
neuroanatomische Auffälligkeiten	

Tab. 4: Prognostisch ungünstige Faktoren bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

- Nach einer allgemeinen Einschätzung zum Verlauf von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis werden ca. 20-25% der Patienten symptomfrei, 20-30% erleben Rückfälle ohne signifikante Verschlechterungen des Funktionsniveaus, 40-50% erleben Rückfälle mit Verschlechterungen des Funktionsniveaus (d.h. mit Einschränkungen bzw. Residualzuständen), und ca. 20-35% der Betroffenen leiden unter chronischen Symptomen (nach Jobe & Harrow, 2010; Kingdon & Turkington, 2005; Lincoln, 2014). Es kann gemeinsam mit dem Patienten überlegt werden, in welche Gruppe er sich selbst einordnen würde.

c) Störungsmodell (. . 20)

In Abschnitt Modellierung wurde bereits ein spezifisches Erklärungsmodell für Wahn und Halluzinationen vorgestellt. Im Gegensatz dazu erklärt das Modell in Abb. 6 die Entstehung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis auf einer allgemeineren Ebene, wobei sich die Konzeption an klassischen bio-psycho-sozialen Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodellen und aktuellen Forschungsbefunden orientiert.

- Die einzelnen Komponenten werden mit dem Patienten besprochen, wobei wahrscheinliche und sicher vorhandene Faktoren in das grafische Modell eingetragen werden können. So ergibt sich auf Basis eines allgemeinen Psychosemodells ein individuelles. Es kann hilfreich sein, zuvor das subjektive Erklärungsmodell des Patienten in Hinblick auf vermutete Auslöser und Ursachen noch einmal zu besprechen. Es wird empfohlen, bei der Modellerstellung mit der zeitlichen Festlegung der ersten psychotischen Symptome zu beginnen. Ausgehend davon lassen sich einerseits die vorangegangene Entwicklung analysieren und andererseits die weitere Dynamik nachzeichnen.
- Analog zu anderen wichtigen Therapieinhalten hat es sich bewährt, dem Patienten ein schriftliches Exemplar des individualisierten Modells auszuhändigen.
- Die Einführung des Modells orientiert sich an der von Kingdon und Turkington (2005, S. 85; vgl. auch Kornberger, 2016) empfohlenen Vorgehensweise:

Warum entwickeln Menschen die Art von Problemen, die Sie geschildert haben? Oft führen Stress und Überforderung dazu, dass Menschen Stimmen hören oder dass sie extreme Ideen entwickeln, welche zu erklären scheinen, was gerade passiert. Gleichzeitig sind zu wenige sogenannte Schutzfaktoren oder Bewältigungsstrategien vorhanden. Normalerweise hat Stress nicht diese Auswirkungen. Forscher glauben daher, dass man dafür irgendwie verwundbar oder anfällig sein muss. Das kann z.B. der Fall sein, wenn es in der Familie schon ähnliche Probleme gegeben hat oder wenn man eine besonders sensible Persönlichkeit ist. Auch andere Faktoren wie etwa Veränderungen im Gehirn, Schlafmangel oder Drogenkonsum können einen Menschen für solche Reaktionen verwundbar machen. Manche Menschen sind also vulnerabel und brauchen nur wenig Stress, um psychische Probleme zu entwickeln. Andere sind weniger anfällig und vertragen mehr Stress. Solche Erklärungen haben sich auch bei anderen Problemen, wie etwa Asthma oder Diabetes, als schlüssig erwiesen.

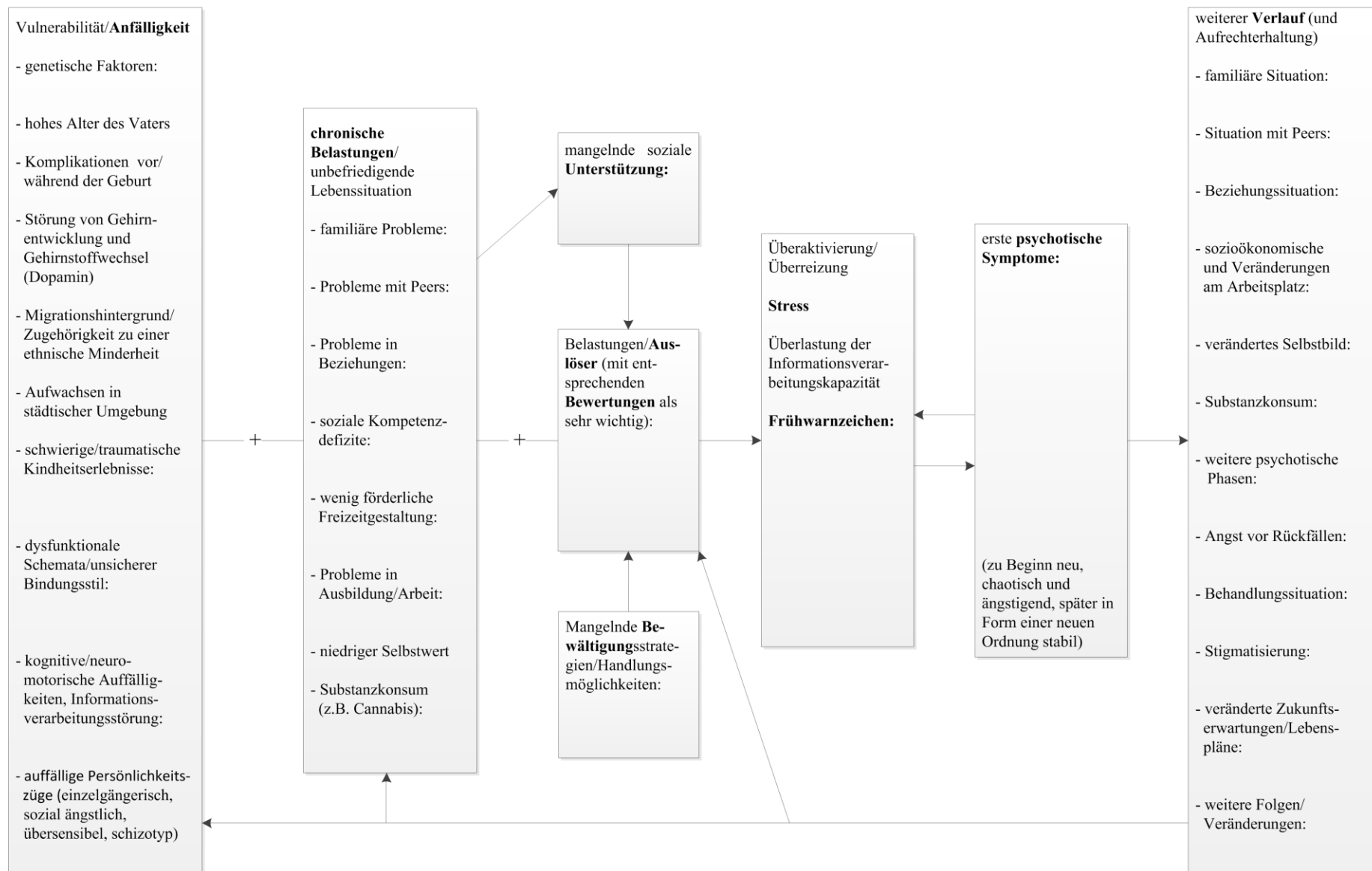


Abb. 6: Bio-psycho-soziales Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (nach Kornberger, 2016; mit freundlicher Genehmigung des MedMedia-Verlags).

d) Ableitung von Interventionen (. . 20)

- Aus dem individuellen Psychosemodell werden gemeinsam mit dem Patienten spezifische Behandlungsmöglichkeiten stringent abgeleitet (Tab. 5). Manche der Strategien sind dem Patienten bekannt und stellen bereits einen Teil des Behandlungsplans dar; andere Behandlungsbausteine können hingegen neu sein. Ein Teil der aufgezählten Interventionen (z.B. die Arbeit am Selbstwert) findet sich im Rahmen der SPT, wohingegen für andere Interventionen (wie etwa kognitive Remediation) auf weiterführende Literatur und Behandlungsmanuale (z.B. Roder et al., 2008) verwiesen werden muss. Auswahl und praktische Durchführung der Interventionen orientieren sich an der individuellen Problematik des Patienten.

Faktor aus dem Störungsmodell	mögliche therapeutische Strategie
Vulnerabilität/Anfälligkeit	Einnahme von Medikation; Förderung sozialer Integration; Aufarbeitung von Traumata, sofern der Patient stabil ist (Turkington, 2007); Schemaarbeit; kognitive Therapie und Remediation; Arbeit an der Persönlichkeit
chronische Belastungen/unbefriedigende Lebenssituation	Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten innerhalb der Familie; Aufbau von sozialen Beziehungen sowie Förderung von sozialer und Beziehungskompetenz; Aufbau einer Tagesstruktur in Form von positiven Aktivitäten, Freizeitgestaltung und in Form eines geeigneten Arbeits- oder Ausbildungsangebots (wobei sowohl Über- als auch Unterforderung vermieden werden sollen); Arbeit am Selbstwert; Arbeit an der Abstinenz von Drogen und Etablierung alternativer Emotionsregulations- und Entspannungsstrategien
Belastungen/Auslöser (in Kombination mit mangelnder sozialer Unterstützung und mangelnden Bewältigungsstrategien)	Antizipation und Vermeidung von Life-Events; Aufbau sozialer Unterstützung, Förderung von Problemlöse- und Stressbewältigungsstrategien sowie Erkennen von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien; Entspannung, euthyme oder sportliche Aktivitäten, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten, Emotionsregulationstraining
Stress/Frühwarnzeichen	Identifikation von Frühwarnzeichen und Auslösern; Erstellung eines Krisenplans; Erarbeitung funktionaler Bewertungen für etwaige Rückfälle
erste psychotische Symptome	vgl. die Abschnitte zu Interventionen
weiterer Verlauf	Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten innerhalb der Familie; Aufbau von sozialen Beziehungen sowie Förderung von sozialer und Beziehungskompetenz; Aufbau einer Tagesstruktur, Reintegration ins Berufsleben; Arbeit am Selbstwert; Arbeit an der Abstinenz von Drogen; Arbeit an der Medikamentenadhärenz und Rückfallprävention; Entstigmatisierung durch Normalisierung und Psychoedukation; Erstellung realistischer Zukunftspläne

Tab. 5: Gegenüberstellung von Faktoren aus dem Störungsmodell und möglichen therapeutischen Strategien.

- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Prognose für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis im Allgemeinen gut ist, wenn eine adäquate Behandlung (nach aktuellem Stand der Wissenschaft) durchgeführt wird.

e) Arbeit an der Medikamentenadhärenz (Compliance) (. . 20)

- Welche Medikamente nimmt der Patient derzeit in welcher Dosierung ein? Entspricht dies der ärztlichen Empfehlung (Einschätzung der aktuellen Medikamentenadhärenz)?
- Längsschnittliche Einschätzung der (Non-)Adhärenz des Patienten
- Wie bewertet der Patient die antipsychotische Medikation? Was bedeutet es für den Patienten, Medikamente zu brauchen bzw. zu nehmen?

Es können (nach Vauth & Stieglitz, 2007) auch Parallelen zu somatischen Krankheiten und deren medikamentöser Behandlung gezogen werden (z.B. Asthma, Allergien, Diabetes, ...). Auch hier müssen Betroffene über einen längeren Zeitraum Medikamente einnehmen, um stabil bzw. symptomfrei zu sein.

- Was spricht aus Sicht des Patienten dagegen, Medikamente einzunehmen? Die entsprechenden Inhalte werden in ein Vier-Felder-Schema (siehe unten) eingetragen.
- Welche unerwünschten Medikamentenwirkungen (Tab. 6) erlebt der Patient?

akute Dystonie und Dyskinesie (unwillkürliche Bewegungen und Krämpfe)	Blutbildveränderungen
Parkinsonoid (Bewegungsarmut, erhöhte Muskelspannung, Tremor, Speichelfluss)	Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes)
Akathisie (Bewegungsunruhe, <i>restless legs</i>)	Appetitsteigerung, Gewichtszunahme
Spätdyskinesien (unwillkürliche Muskelbewegungen in Gesicht, Rumpf und Extremitäten)	Leberfunktionsstörungen
Anhedonie, Affektverflachung, Depression	Mundtrockenheit
Müdigkeit, Sedierung, Konzentrationsstörung	Obstipation, paralytischer Ileus, Harnverhaltung
Thrombosen, Embolien	Sehstörung
Blutdruckabfall, Kreislaufdysregulation	übermäßiges Schwitzen
Galakthorrhö (Milchfluss), Amenorrhö, Gynäkomastie (Brustwachstum)	Hypothermie
Libidoverlust, sexuelle Funktionsstörungen	Poliurie, Inkontinenz
	allergische Reaktionen/Hauterscheinungen
	epileptische Anfälle
	malignes neuroleptisches Syndrom
	delirante Zustände

Tab. 6: Beispiele für unerwünschte Medikamentenwirkungen von Neuroleptika (nach Day & Bentall, 1996; Hahlweg & Dose, 1998; Wienberg, Schünemann-Wurmthaler & Sibum, 2003).

- Alle vom Patienten genannten unerwünschten Medikamentenwirkungen müssen ärztlich abgeklärt werden, um sie tatsächlich als Folgen der Medikation ansehen zu können.
- Zusätzliche Faktoren, welche die Adhärenz des Patienten verringern können, sind ein ungünstiges ärztlich-medizinisches Behandlungssetting, das subjektive Krankheitsmodell, mangelnde Einsicht, sogenannte Krankheitsgewinne, negative Erfahrungen und Erwartungen sowie das soziale Umfeld des Patienten.

- Grundsätzlich stehen mehrere Möglichkeiten zum Umgang mit unerwünschten Medikamentenwirkungen zur Verfügung (z.B. Abwarten, durch richtiges Verhalten die unerwünschte Wirkung neutralisieren, nach Absprache mit dem Arzt die Dosis reduzieren, zusätzliche Medikation einnehmen sowie der Umstieg auf ein anderes Präparat; Wienberg et al., 2003).
- Welche positiven Medikamentenwirkungen erlebt der Patient? Die Inhalte werden in das Vier-Felder-Schema eingetragen.

Da die Vermeidung von psychotischen Rückfällen einen wesentlichen Behandlungsaspekt darstellt, werden die entsprechenden Informationen psychoedukativ vermittelt (nach Bäuml et al., 2005; Hahlweg & Dose, 1998).

- Effekte regelmäßiger Medikamenteneinnahme: Die Betroffenen können sich sozial und beruflich besser entwickeln. Innerhalb eines Jahres kommt es jedoch bei ca. 10-30% der Patienten zu einem Rückfall.
25-33% der behandelten Patienten erleben durch Medikamente keine oder nicht zufriedenstellende Verbesserungen.
 - Entwicklung ohne Einnahme von Medikation: Das Rückfallrisiko erhöht sich innerhalb eines Jahres auf ca. 70-80% und innerhalb von 2 Jahren auf 85%.
 - Folgen von abruptem Absetzen der Medikation: Es kommt in ca. 70-80% der Fälle innerhalb weniger Monate zu einer erneuten psychotischen Phase.
- Abwägen der Vor- und Nachteile einer neuroleptischen Behandlung durch das Vier-Felder-Schema; verschiedene Faktoren können zusätzlich mit Gewichtungen (z.B. von 0-10) versehen werden, was die Ermittlung eines Durchschnittswerts in Bezug auf die Wichtigkeit für jedes Feld ermöglicht (nach Chaker & Hoyer, 2012).

positive Konsequenzen

negative Konsequenzen

z.B.: weniger Positivsymptomatik, weniger Negativsymptomatik, weniger kognitive Symptome (bessere kognitive Fähigkeiten, höhere Leistungsfähigkeit), weniger Rückfälle/Hospitalisierungen, höhere Stressresistenz/Belastbarkeit, besserer Schlaf, mehr emotionale Stabilität, bessere Alltagsbewältigung, höhere Lebensqualität	z.B.: Stigma, Scham, Eingeständnis krank zu sein, zeitlicher/finanzieller Aufwand, unerwünschte Medikamentenwirkungen	Medikation einnehmen
z.B.: Zeichen für sich selbst und Andere wieder gesund zu sein, kein Nachdenken über Medikamenteneinnahme, keine unerwünschten Medikamentenwirkungen	z.B.: Wiederauftreten von Positivsymptomatik/Negativsymptomatik/kognitiven Symptomen, Rückfälle/Hospitalisierungen, geringere Belastbarkeit, Schlafstörung, emotionale Unausgeglichenheit, Überforderung im Alltag	Medikation nicht einnehmen

Auf Basis der vorgenommenen Abwägungen kann der Patient zum Schluss kommen, dass die Einnahme einer neuroleptischen Medikation insgesamt von Vorteil für ihn ist. Der Entschluss, die Medikation regelmäßig einzunehmen, wird therapeutisch positiv bewertet und entsprechend verstärkt.

Führt die Intervention zu einem anderen Ergebnis, sollten die hierfür verantwortlichen Argumente noch einmal kritisch reflektiert werden.

- Schließlich können konkrete Hilfen, die es dem Patienten erleichtern, seine Medikation verlässlich einzunehmen, besprochen werden (z.B. Gedächtnisstützen, Rituale, ...; Nelson, 2011).

f) Rückfallprävention (. . 20)

- Diskrimination zwischen stabilem Zustand und beginnendem Rückfall (Erarbeiten einer sogenannten *relapse signature*) durch Identifikation persönlicher Frühwarnzeichen/ Stresszeichen (Tab. 7); diese entsprechen den Symptomen, welche jeder Mensch im Laufe einer persönlichen Krise erleben kann. Dabei sind nach Lincoln (2014) vor allem die letzten zehn Wochen vor einer akuten Episode relevant; Moritz et al. (2011) unterscheiden sehr frühe Warnzeichen (ca. acht Wochen vor Ausbruch der Psychose auftretende), frühe (ca. vier Wochen vorher) und späte Warnzeichen (die ca. eine Woche vor der Psychose zu beobachten sind). Sollte aus dem Gespräch mit dem Patienten keine ausreichende Klarheit über die Frühwarnzeichen resultieren, so können Bezugspersonen (Angehörige, Partner, Freunde) oder andere professionelle Helfer konsultiert werden. Nach Moritz et al. (2011) ist es sinnvoll, zu jedem auftretenden Frühwarnzeichen eine adaptive Reaktion (bzw. eine Bewältigungsstrategie) zu überlegen, auf die der Patient im Bedarfsfall zurückgreifen kann.

Konzentrationsstörung, Irritierbarkeit	erhöhte Schmerz- oder Geräuschempfindlichkeit
Gedächtnisstörung	Verbesserung des Wohlbefindens; viel Energie
Überlastung, Vernachlässigung von Verpflichtungen, Abfallen der Leistungsfähigkeit	Veränderung von Gewohnheiten (betrifft z.B. Kleidung oder Musik)
Verlangsamung von Bewegungen, Denken oder Sprache	veränderte Wahrnehmung des Selbst, anderer Menschen und der Welt; Gefühl der Unwirklichkeit
Reizüberflutung, viele Gedanken und Emotionen	vermehrter Substanzkonsum
zwanghafte, quälende Gedanken, Grübeln	Tendenzen, sich in eigenen Gedanken zu verlieren
durcheinandergeratende Gedanken	Realität und Vorstellungen verschwimmen
Schlafstörung, schlechte Träume	Kommunikationsprobleme; den Faden verlieren
Nervosität, Unruhe, Anspannung	Einsichtsverlust
Angst (z.B. vor Verrücktwerden oder Alleinsein)	Vernachlässigung/Verwahrlosungstendenzen
Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Depression	Dinge auf sich beziehen
Interessen- und Motivationsmangel, Müdigkeit	Gefühl von Kontrollverlust
Misstrauen	sich beeinflusst/kontrolliert fühlen
reizbare Stimmung, Sturheit, Aggression	Ideen zu Selbst- oder Fremdverletzung
soziale Unsicherheit und Rückzug	seltene Eingebungen oder Wahrnehmungen
körperliche Veränderungen/Beschwerden	merkwürdige oder skurrile Ideen
Appetitstörung	sonstige:

Tab. 7: Frühwarnzeichen psychotischer Rückfälle (nach Bäuml et al., 2005; Birchwood, 1996; Hahlweg & Dose, 1998; Lincoln, 2014; Moritz et al., 2011).

- Identifikation der Auslöser (Risikosituationen) für Rückfälle; hierfür kommen vor allem Life-Events, Probleme/Stress/Belastungen in der Arbeit, finanzielle Probleme, soziale Probleme und Konflikte, gesundheitliche Probleme, eine chronisch unbefriedigende Lebenssituation, Veränderungen (Absetzen) der Medikation, Schlaflosigkeit sowie Substanzkonsum in Frage.
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Auslösern (sofern dies möglich ist); insgesamt soll jedoch auf eine Balance zwischen Rückfallprävention und einer möglichst wenig beeinträchtigten Lebensführung geachtet werden (Birchwood, 1996; Kingdon & Turkington, 2005).

- Erstellung eines Krisenplans (Handout 18; nach Kingdon & Turkington, 2005; Wienberg et al., 2003): Wenn dies notwendig erscheint, können bestimmte Aspekte oder Situationen im Rollenspiel geübt werden. Darüber hinaus kann Kontakt zu professionellen Helfern aufgenommen werden, um Wünsche in Bezug auf eine mögliche (stationäre) Akutbehandlung zu äußern (Lincoln, 2014).
- Sollte trotz aller Bemühungen ein Rückfall auftreten, so ist es neben der entsprechenden Betreuung (z.B. stationärer Aufenthalt) wesentlich, dysfunktionale rückfallbezogene Bewertungen zu erheben und zu verändern. Dies betrifft vor allem ...
 - Schuldzuweisungen (die auf sich selbst oder auf andere Personen bezogen sein können),
 - Katastrophengedanken (Ein Rückfall hat verheerende Konsequenzen für mich) und
 - Bewertungen bezüglich der Unkontrollierbarkeit von Rückfallgeschehen (Ich kann nichts gegen einen Rückfall tun).

Eine funktionale Sichtweise des Rückfalls beinhaltet die folgenden Aspekte:

- Weder der Patient noch andere Personen tragen eine Schuld am Rückfall.
- Ein Rückfall ist unerfreulich; er hat aber meist keine langfristig negativen Folgen für den Patienten. Die konkreten Folgen sollten in jedem Einzelfall realistisch eingeschätzt werden.
- Bestimmte Faktoren beim Rückfallgeschehen sind kontrollierbar. Die konkreten Faktoren werden für den Einzelfall herausgearbeitet.
- Der Rückfall selbst kann immer auch als Lernchance für die Zukunft bewertet werden.

Handout 18: Krisenplan für psychotische Rückfälle (nach Kingdon & Turkington, 2005; Wienberg et al., 2003).

Grundsätzlich gilt: Keine Panik! Frühwarnzeichen sind Anzeichen für Stress.		
Sprechen Sie mit einer vertrauten Person (z.B. _____). Holen Sie sich Unterstützung und Hilfe. Was können diese Personen in einer solchen Situation sinnvollerweise für Sie tun?		
Nehmen Sie Kontakt zu professionellen Helfern auf. Namen, Adressen und Telefonnummern können hier eingetragen werden.		
<u>Kontaktstelle(n):</u>	<u>Kontaktperson(en):</u>	<u>Telefonnummer:</u>
Es kann sinnvoll sein, in Absprache mit Betreuern die Medikation anzupassen, um einer erneuten psychotischen Phase vorzubeugen.		
Versuchen Sie (mit Unterstützung durch andere Menschen) Auslöser und Belastungen zu neutralisieren. Senken Sie die Anforderungen und entlasten Sie sich auf diese Art. Wenden Sie positiven Rückzug an.		
Lösen Sie Probleme, falls möglich.		
Überprüfen und verändern Sie gegebenenfalls Ihre Gedanken in Bezug auf den Auslöser (indem Sie z.B. seine Wichtigkeit relativieren). Gehen Sie ebenso mit (Katastrophen-) Gedanken um, die einen Rückfall beschleunigen können.		
Wenden Sie positiven Rückzug an, indem Sie Ihre innere Ruhe fördern (z.B. durch Atemübungen, Entspannung oder Spazierengehen). Gehen Sie (weiterhin) positiven Aktivitäten nach (z.B. _____).		
Vermeiden Sie ungünstige Bewältigungsstrategien (wie z.B. totalen Rückzug, Alkohol- oder Drogenkonsum, viel Nachdenken, Verdecken der Schwierigkeiten, Stress erzeugende Strategien, Ablenkung durch Überreizung).		
Wenden Sie die in der Therapie erlernten Strategien für eventuell auftauchende Positivsymptome an und verwenden Sie die relevanten Unterlagen.		

Trauerarbeit in Bezug auf die Psychose (. . 20)

In Abhängigkeit von der spezifischen Problematik des jeweiligen Patienten können weitere Behandlungsschwerpunkte gesetzt werden, wobei die Trauerarbeit in Bezug auf die eigene psychische Störung ein Thema darstellen kann. Dieser Aspekt erscheint auch in Hinblick auf eine mögliche depressive Symptomatik, welcher therapeutisch entgegengewirkt werden sollte, wesentlich (Wittmann & Keshavan, 2007). Ein erfolgreicher Trauerprozess führt darüber hinaus zu einem besseren klinischen Outcome, weshalb dieser von Wittmann und Keshavan (2007) als „[...] a necessary aspect of recovery“ bezeichnet wird (S. 164).

- Einordnung des aktuellen Erlebens in eine der drei Trauerphasen nach Lafond (1999):
 - Verleugnung im Sinne von Selbstschutz
 - Emotionale Phase mit Ärger, Angst und Trauer
 - Akzeptanz- und Bewältigungsphase
- Besprechung jener Aspekte, welche durch die Psychose verloren wurden (nach Wittmann & Keshavan, 2007):
 - primäre Verluste (z.B. Verlust von Gesundheit, Identität, Arbeits- und Leistungsfähigkeit):
 - sekundäre Verluste (z.B. in Bezug auf Selbstbild und Selbstwert, sozioökonomischen Status, Ausbildung/Job, soziale Beziehungen/soziales Ansehen, Zukunftsperspektiven und Lebenspläne sowie Freizeitgestaltung):
 - Trauer in Bezug auf die durch die psychische Störung verlorene Lebenszeit
- Förderung eines adaptiven Umgangs mit den erlebten Verlusten durch den Aufbau von Akzeptanz gegenüber der eigenen Person, Individualität und gegenüber den psychischen Problemen (Chadwick, 2006)
- Förderung von Bewältigungsstrategien
 - Aktivierung und Nutzung von Ressourcen:
 - Setzen realistischer Ziele (z.B. in den Bereichen Sozialkontakte, Freizeitgestaltung, Arbeit/Beschäftigung, materielle/Konsumwünsche) und Verfolgen derselben:
- Bei manchen Patienten ist es darüber hinaus möglich, die Psychoseerfahrung im Sinne eines *reframing* so umzubewerten, dass mögliche positive Seiten (z.B. neue Einsichten oder ein neues Verständnis der eigenen Person) reflektiert werden können (Wittmann & Keshavan, 2007).

Literatur

- Abba, N., Chadwick, P. D. & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 77-87.
- Amador, X. F., Strauss, D. S., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J. & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Andreasen, N. C. (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: The University of Iowa.
- Andreasen, N. C. (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: The University of Iowa.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2005). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES) (1. Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES) (2. Auflage)*. Stuttgart: Schattauer.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R. et al. (1999). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen (4. Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. & Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1999). *Praxis der kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Berbalk, H. (2012). Schematherapie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 4. Materialien für die Psychotherapie* (S. 102-111 und zugehörige CD-ROM). Berlin: Springer.
- Berbalk, H., Grutschpalk, J., Parfy, E. & Zarbock, G. (2007). *Young Schemafragebogen-Kurzfassung (YSQ-S3 dt)*. Eckernförde: Institut für Schematherapie.
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer.
- Berking, M. & von Känel, M. (2007). Achtsamkeitstraining als psychotherapeutische Interventionsmethode. Konzeptklärung, klinische Anwendung und aktuelle empirische Befundlage. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 170-177.
- Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychotic relapse: Cognitive approaches to detection and management. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 171-211). London: Routledge.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F. & Slade, M. (1994). A self-report insight scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 62-67.
- Bohus, M. (2013). Dialektisch-behaviorale Therapie für Borderline-Störungen. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete (4. Auflage)* (S. 306-313). Stuttgart: Thieme.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Deutscher.
- Brisch, K. H. (2013). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (12. Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buchheim, A. & Strauß, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.
- Calzoni, R. (2014, Mai). *Modusmodell und Dialoge auf mehreren Stühlen*. Seminar gehalten im Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau, Wien
- Chadwick P. D. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. D. & Birchwood, M. (1996). Cognitive therapy for voices. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 71-85). London: Routledge.
- Chadwick, P. D., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. D., Lees, S. & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Chadwick, P. D., Newman Taylor, K. & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.
- Chaker, S. & Hoyer, J. (2012). Kognitionsdiagnostik. In G. Meinlschmidt, S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 4. Materialien für die Psychotherapie* (S. 17-22 und zugehörige CD-ROM). Berlin: Springer.
- Cox, D. & Cowling, P. (1989). *Are you normal?* London: Tower Press.

- Day, J. C. & Bentall, R. P. (1996). Neuroleptic medication and the psychosocial treatment of psychotic symptoms: Some neglected issues. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 235-264). London: Routledge.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Drake, R., Haddock, G., Hopkins, R. & Lewis, S. (1998). The measurement of outcome in schizophrenia. In T. Wykes, N. Tarrier & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 43-57). Chichester: Wiley.
- Egle, U. T. & Hardt, J. (2005). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung (3. Auflage)* (S. 20-43). Stuttgart: Schattauer.
- Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ellis, A. (1977). *Die Rational-Emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen*. München: Pfeiffer.
- Faßbinder, E., Schweiger, U. & Jacob, G. (2011). *Therapie-Tools Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Frankl, V. (1956/1993). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse (7. Auflage)*. München: Reinhardt.
- Freeman, D., Garety, P. & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31, 1293-1306.
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D. & Bebbington, P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- van der Gaag, M. (2012). Cognitive-behavioral therapy. In J. D. Blom & I. E. C. Sommer (Eds.), *Hallucinations. Research and practice* (pp. 361-374). New York: Springer.
- Gaebel, W., Zielasek, J. & Wölwer, W. (2011). Schizophrenie. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie (2. Auflage)* (S. 472-485). Stuttgart: Schattauer.
- Gatterer, G. (2009). Progressive Muskelentspannung nach Jacobson. In R. Likar, G. Bernatzky, D. Märkert & W. Ilias (Hrsg.), *Schmerztherapie in der Pflege* (S. 249-257). Wien: Springer.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie (2. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., Rice, L. & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- grosse Holtforth, M. & Michalak, J. (2009) Bearbeitung von Ambivalenzen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Störungen im Erwachsenenalter, spezielle Indikation, Glossar (3. Auflage)* (S. 631-646). Berlin: Springer.
- Haddock, G., Bentall, R. B. & Slade, P. D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 45-70). London: Routledge.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptoms Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Hahlweg, K. & Dose, M. (1998). *Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H. & Haken-Krell, M. (1992). *Erfolgsgeheimnisse der Wahrnehmung. Synergetik als Schlüssel zum Gehirn*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jobe, T. H. & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Sciences*, 19, 220-225.
- Johnson, S. L. (2004). *Therapist's guide to clinical intervention. The 1-2-3's of treatment planning*. San Diego: Academic press.
- Katschnig, H. (2003, Januar). *Ist Stimmenhören verrückt? – Neues zu einer menschlichen Grenzerfahrung*. Vortrag gehalten im Rahmen des 13. State of the Art-Symposiums Stimmenhören, Wien.

- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (1995). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Erlbaum: Psychology Press.
- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kornberger, M. W. (2016). Ätiologische Faktoren bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein innovatives bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. *Spectrum Psychiatrie*, 6, 39-43.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G. & Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive-behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (Suppl. 1), 24-31.
- Lafond, U. (1999). The grief of mental illness: Context for the cognitive therapy of schizophrenia. In C. Perris & P. D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders* (pp. 237-256). Chichester: Wiley.
- Larkin, W. & Morrison, M. (Eds.). (2006). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. Hove: Routledge.
- LeDoux, J. E. (2001). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: DTV.
- Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lincoln, T., Wilhelm, K. & Nestoriuk, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Marx, R. (2006). Agoraphobie und Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst). In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Auflage). Wien: Springer.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendungen des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J. M. G. (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, K., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K. et al. (Hrsg.). (1996). *IPDE. International Personality Disorder Examination*. Bern: Huber.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S. & Vitzthum, F. (2011). *MKT+. Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*. Berlin: Springer.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. & Woodward T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Moritz, S. & Woodward T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 619-625.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Nelson, H. E. (2011). *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen*. Stuttgart: Schattauer.
- Nietzsche, F. (1878/1999). Menschliches, Allzumenschliches. Ein Buch für freie Geister. In G. Colli & M. Montinari (Hrsg.), *Friedrich Nietzsche: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. Band 2: Menschliches, Allzumenschliches* (S. 9-366). Deutscher Taschenbuch Verlag/de Gruyter: München.
- Nietzsche, F. (1888/1999). Der Antichrist. Fluch auf das Christenthum. In G. Colli & M. Montinari (Hrsg.), *Friedrich Nietzsche: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. Band 6: Der Fall Wagner – Götzen-Dämmerung – Der Antichrist – Ecce homo – Dionysos-Dithyramben – Nietzsche contra Wagner* (S. 165-254). Deutscher Taschenbuch Verlag/de Gruyter: München.
- Nietzsche, F. (1889/1999). Götzen-Dämmerung oder Wie man mit dem Hammer philosophirt. In G. Colli & M. Montinari (Hrsg.), *Friedrich Nietzsche: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. Band 6: Der Fall Wagner – Götzen-Dämmerung – Der Antichrist – Ecce homo – Dionysos-Dithyramben – Nietzsche contra Wagner* (S. 55-161). Deutscher Taschenbuch Verlag/de Gruyter: München.
- Pankey, J. & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Paulik, G. (2012). The role of social schema in the experience of auditory hallucinations: A systematic review and a proposal for the inclusion of social schema in a cognitive behavioural model of voice hearing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 459-472.

- Renton, J. (2002). Cognitive therapy for paranoia. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 19-36). Hove: Routledge.
- Roder, V., Brenner, H. D. & Kienzle, N. (2008). *Integriertes psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten – IPT* (6. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Romme, M. & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 137-150). London: Routledge.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Simons, D. & Chabris, C. (1999). *Selective attention test*. Zugriff am 26.2.2013 unter <http://www.youtube.com/watch?v=vjG698U2Mvo>
- Scheerer, M. (1963). Problem-solving. *Scientific American*, 208, 118-128.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (4. Auflage).
- Smucker, M. R. & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma. Imagery rescripting and reprocessing*. Northvale: Roman Littleford Press.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79-107). Hove: Routledge.
- Berlin: Springer.
- Teicher, M. H. (2011). Frühe Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen: Gene, Gehirn, Zeit und Pathologie. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Turkington, D. (2007, Oktober). *Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia*. Seminar gehalten im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Wien.
- Turkington, D. & Kingdon, D. (1996). Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In G. Haddock & P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 103-115). London: Routledge.
- Turkington, D., Kingdon, D. & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.
- Tuschen, B. & Fiegenbaum, W. (2000). Systemimmanente kognitive Therapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (2. Auflage) (S. 499-507). Berlin: Springer.
- Vauth, R. & Stieglitz, R.-D. (2007). *Chronisches Stimmenhören und Wahn*. Göttingen: Hogrefe.
- Vauth, R. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Training emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fish, R. (1974). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.
- Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S. & Sibum, B. (2003). *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (PEGASUS)*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilken, B. (2008). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung* (6. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittmann, D. & Keshavan, M. (2007). Grief and mourning in schizophrenia. *Psychiatry*, 70, 154-166.
- Young, J. E. (2007). *Young Schema Questionnaire: Short form (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center of New York and the Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford.

Die systemtheoretisch-psychologische Therapie zur
Behandlung von Wahn und Halluzinationen

W. Kornberger, M.

2017, XIII, 149 S. 14 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17733-1