

Supportive Therapie

ST

zur Behandlung von Patienten mit
persistierenden psychotischen Symptomen

Behandlungsmanual

Version 3, 18.09.2008

Klingberg S, Wittorf A, Jakobi U, Sickinger S

Zur Durchführung in der Studie:

Klingberg et al., Cognitive behavioural
treatment (CBT) for persistent positive
symptoms in psychotic disorders

The POSITIVE Study

A multicentric, prospective, single-blind,
randomised controlled clinical trial



Mit Förderung des BMBF im Programm
"Forschungsverbünde zur Psychotherapie-
forschung"



Sponsor der Studie im Sinne von ICH-GCP:
Universitätsklinikum Tübingen



Inhaltsverzeichnis

Supportive Therapie (ST)	1
1 Hintergrund zur supportiven Therapie	4
1.1 Renaissance der supportiven Therapie	4
1.2 Unspezifität der Intervention	5
1.3 Die Bedeutung der Therapeut-Patient-Beziehung	5
1.4 Hypothesen zur Wirkungsweise supportiver Therapie	6
1.4.1 Ressourcenaktivierung und soziale Unterstützung	6
1.4.2 Erlernen sozial angemessen Verhaltens	6
1.4.3 Förderung eines positiven Selbstbilds	6
2 Beschreibung der ST im Studienprotokoll	7
3 Überblick und Formales	9
3.1 Inhaltlicher Überblick	9
3.2 Zeitstruktur, Tempo	9
3.3 Sitzungsstruktur	10
4 Beziehungsgestaltung und Motivationsförderung	11
4.1 Beziehungsgestaltung	11
4.1.1 Schwierigkeiten der Beziehungsaufnahme	11
4.1.2 Vermeidung von direkter Konfrontation gegenüber den Wahnhaltungen	11
4.1.3 Vermeidung von Kollusion	12
4.1.4 Berücksichtigung kognitiver Defizite	12
4.1.5 Schaffung einer entspannten Gesprächsatmosphäre	12
4.1.6 Humor	12
4.1.7 Interesse und Empathie	12
4.1.8 Selbstöffnung des Therapeuten	13
4.1.9 Affirmation/Würdigung	13
4.1.10 Beachtung der Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten	13
4.2 Motivationsstrategien	14
4.3 Umgang mit der Audio-Aufnahme der Therapiesitzungen	15
5 Therapiebeginn	16
5.1 Erstkontakt	16
5.2 Gespräch über die Symptomatik	17
5.3 Anamnese	18
5.3.1 Anamnestisches Interview	18
5.3.2 Selbstbeschreibung	19
5.3.3 Überblick über den Lebenslauf	19
6 Hauptteil der Therapie	20
6.1 Vermittlung des Grundkonzeptes der supportiven Therapie	20
6.2 Therapieinhalte	20
6.3 Therapieplanung	21
6.4 Behandlungsstrategien zur Umsetzung der postulierten Wirkmechanismen	22
6.4.1 Selbstwertförderung	23
6.4.2 Aktivierung von Ressourcen	25
Progressive Muskelentspannung	25
Strategien zur Informationsbeschaffung	26
Konzentration und Gedächtnisfähigkeiten	26
6.4.3 Aktivierung äußerer Ressourcen	27
6.4.4 Beratung/Anleitung	28
6.4.5 Implizite Problembearbeitung	29
6.4.6 Zusammenfassungen	29
6.5 Exemplarische Beschreibung der Behandlungsstrategien für verschiedene Therapieinhalte	30
6.5.1 Wohnen	30
6.5.2 Freizeitgestaltung	31
6.6 Umgang mit medikamentöser Non-Compliance	33



7	Umgang mit positiven Symptomen	34
7.1	Implizites Problemlösen	34
7.1.1	Exemplarisches Vorgehen bei Wahn	35
7.1.2	Exemplarisches Vorgehen bei Halluzinationen	38
7.1.3	Taktile Halluzinationen	39
7.2	Fokussieren auf unbeeinträchtigte Lebensbereiche	41
7.2.1	Exemplarisches Vorgehen bei Wahn	41
7.2.2	Exemplarisches Vorgehen bei Halluzinationen	42
8	Schwierige Situationen in der Therapie und Beendigung der Behandlung	44
8.1	Suizidale Krise.....	44
8.2	Exazerbation der Positivsymptomatik.....	44
8.3	Therapeut wird in den Wahn einbezogen.....	44
8.4	Stellungnahmen des Therapeuten zum Wahnhalt	45
8.5	Entwertung der Therapiestrategie durch den Patienten.....	45
8.6	Soziale Krise	46
8.7	Der Patient erscheint nicht zum vereinbarten Termin	46
8.8	Der Patient ist außergewöhnlich schweigsam oder beredt.....	46
8.9	Therapieende.....	47
9	Dokumentation der Therapie.....	49
9.1	Ambulanzakte	49
9.2	Stundenprotokoll	49
9.3	Stundenbögen von Patient und Therapeut	50
10	Qualitätskriterien für kompetente Therapiedurchführung	51
10.1	Manualtreue	51
10.2	Therapeutenkompetenz.....	53
11	Anhang.....	55
11.1	Überblick über die Therapie.....	55
11.2	Arbeitsblätter.....	55
11.3	Arbeitsmaterial für Therapeuten	55
11.4	Stundenprotokoll	55
11.5	Therapeuten-Stundenbogen.....	55
11.6	Patienten-Stundenbogen.....	55

Hinweis:

Nachfolgend ist regelmäßig von Patient und Therapeut in der maskulinen Form die Rede. Dies dient nur der Arbeitsökonomie und möge bitte nicht als Ausdruck von Diskrimination von Patientinnen und Therapeutinnen verstanden werden. In jedem Fall sind gleichfalls auch Patientinnen und Therapeutinnen mit angesprochen.



1 Hintergrund zur supportiven Therapie

1.1 *Renaissance der supportiven Therapie*

Der Stellenwert supportiver Therapie ist in den letzten Jahren zunehmend größer geworden. Studien (Haddock et al., 1999; Horvarth et al. 1991; Pinto et al., 1999; Tarrier et al. 1999) zeigten, dass supportive Therapie, wenn sie mit bekannten Therapieverfahren wie kognitiver Verhaltenstherapie verglichen wurde, bisweilen ähnlich gute oder nur wenig schlechtere Ergebnisse im Outcome bewirkte als diese. Dadurch ist die stiefmütterlich behandelte supportive Therapie in das Blickfeld vieler Forscher gerückt. Der Einfluss auf die Entwicklung der supportiven Therapie kam zu Beginn vor allem aus der psychoanalytischen Therapieschule. Viele Autoren sehen noch heute supportive Therapie als eine allen Therapienarten zugrunde liegende „Basistherapie“ oder als ein „default model“ an (Möhlenkamp 1999, Holmes 1995, Hellerstein et al. 1994). Die supportive Therapie wurde mit dem Ziel entwickelt, schwer psychisch gestörten Patienten, die mit den Methoden der Psychoanalyse als nicht behandelbar galten d.h. eine starke Störung der Ich-Struktur aufwiesen und damit Konflikt aufdeckenden Therapiemethoden nicht zugänglich waren, überhaupt eine Therapie zu bieten (Wöller et al. 1996). Als Indikation für supportive Therapie gelten aus psychodynamischer Sicht psychotische Patienten, Borderline Patienten sowie Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Patienten in akuten Krisen (Wöller et al. 1996, Holmes 1995, Hellerstein et al. 1994). Andere Autoren gehen davon aus, dass supportive Therapie auch als kurze Therapieform bei „gesunden“ Patienten eingesetzt werden kann, die eine Krise oder Trauma erlebt haben (Holmes 1995).

Möhlenkamp 1999 zeigt vier unterschiedliche Bewertungen der supportiven Therapie auf, die sich bis jetzt im Felde der Psychotherapie entwickelt haben.

Die erste Position besagt, dass supportive Therapie und Psychotherapie sich ausschließen würden. Letztere Stellung wurde durch die Menninger-Studie von Wallenstein widerlegt. Wallenstein (1986, 1990 zitiert in Möhlenkamp, 1999; Hellerstein et al. 1994, Holmes 1995) verglich aufdeckende Psychoanalyse und supportive Therapie bei Patienten mit schweren Neurosen in einer Langzeitstudie über dreißig Jahre. Es zeigte sich, dass die Veränderung in der supportiven Bedingung genauso stabil und lang andauernd war als die Veränderung, die in der analytischen Therapie erzielt wurde.

Supportive Therapie als akzessorische Methode bedeutet, dass sie in bestimmten Phasen des Therapieprozesses zur Anwendung kommt, um z.B. Compliance zu schaffen oder eine akute Krise zu bewältigen oder um schlicht zuerst eine konstruktive therapeutische Beziehung herzustellen.

Nach der dritten Bewertungsposition ist supportive Therapie ein integrierter Bestandteil eines umfassenden therapeutischen Ansatzes und in eine rational eklektizistische Behandlungsmethodik und ein relativiertes Theorieverständnis eingebunden. Linehans dialektisch-behaviorale Therapie gilt als ein Paradebeispiel hierfür. Sie besteht aus einer Balance aus supportiv akzeptierenden und konfrontierenden Methoden.

Die letzte Position betrachtet supportive Therapie als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren für bestimmte psychische Störungen wie Psychosepatienten oder Patienten mit chronifizierten psychischen Störungen.

Betrachtet man die Ziele der supportiven Therapie so lässt sich auch schon einiges über ihre Definition sagen. Es geht eher um Erhaltung als um Restrukturierung (Holmes 1995), um Linderung von Krankheitsfolgen, um Akzeptanz von Defiziten, um Stabilisierung und Rückfallprophylaxe (Möhlenkamp, 1999).

Die Definition dessen was supportive Therapie ausmacht, geschieht eher im negativen Sinne, nämlich darüber was supportive Therapie nicht ist (Holmes, 1995). Darüber hinaus wird ein Definitionsversuch oft über die Therapieziele und über die zu behandelnde Patientengruppe versucht. Aus kognitiv-behavioraler Sicht gibt es keine Definition zu den



Behandlungsstrategien der supportiven Therapie. Aus psychoanalytischer Perspektive werden partiell auch Techniken wie Realitätstestung und Reframing als supportiv bezeichnet, was eine Abgrenzung zur kognitiven Verhaltenstherapie erschwert (Holmes, 1995; Wöller et al., 1996). Andere von psychoanalytisch orientierten Autoren genannten Ziele wie Nutzung der Stärken des Patienten, Angstreduktion und direkte Anleitung und Strukturierung sowie Stärkung der Selbstwertgefühls (Wöller et al., 1996) können eventuell auch für eine sich von der kognitiven Verhaltenstherapie abgrenzenden supportiven Therapie übernommen werden. Die Behandlungsziele der hier entwickelten supportiven Therapie werden sich - wie unten noch gezeigt wird - aus den möglichen Wirkmechanismen supportiver Therapie ableiten.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wurde supportive Therapie zunächst eingesetzt als Vergleichsbedingung zur kognitiven Verhaltenstherapie. Erste Versuche setzen supportive Therapie als eine Placebobedingung an. Hier ist jedoch anzumerken, dass eine Manualisierung im engeren Sinne nicht geleistet wurde. In weiteren Studien zeigten sich dann Effekte der supportiven Therapie die im Vergleich zur KVT nur wenig schlechter waren (Haddock et al., 1999; Horvarth et al. 1991; Pinto et al., 1999; Tarrrier et al. 1999). Berücksichtigt man bisherige Studienergebnisse über den Vergleich von kognitiver Verhaltenstherapie und supportiver Therapie zeigt sich, dass beide zu einer Reduktion von Symptomen führen aber kognitive Verhaltenstherapie in einigen Studien der Supportiven Bedingung überlegen war, d.h. zu einer stärkeren Reduktion der positiven Symptome führte und sich im Follow-up überlegen zeigte (Horvarth et al. 1991, Tarrrier et al. 1999, 2000 zitiert in Penn et al. 2004). Zu dieser Schlussfolgerung gelangt auch die neu erschienene Cochrane-Metaanalyse zur Supportiven Therapie bei schizophrenen Erkrankungen (Buckley & Petitt, 2007).

1.2 **Unspezifität der Intervention**

Supportive Therapie soll in dieser Studie unspezifisch im Vergleich zu den spezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ursachenhypothesen und Interventionstechniken zur Reduktion persistierender positiver Symptome sein, jenseits davon jedoch eine glaubwürdige, konzeptionell eigenständige Therapie sein.

Kognitive Verhaltenstherapie erarbeitet systematisch Zusammenhänge zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten mit den Patienten. Der Informationsverarbeitungsprozess wird fokussiert und mit dem Ziel größerer Flexibilität und Realitätsangepasstheit modifiziert. Wahn und Halluzination werden als Ergebnis einer fehlangepassten Informationsverarbeitung vor dem Hintergrund maladaptiver kognitiver Schemata verstanden. Darüber hinaus zielt die kognitive Verhaltenstherapie wie jede andere psychotherapeutische Intervention darauf ab, die unspezifischen Wirkfaktoren zu berücksichtigen und in möglichst optimaler Weise für den Therapieprozess zu nutzen. Es geht hier also sowohl um die spezifischen als auch die unspezifischen Therapieeffekte.

In Abgrenzung dazu sind wesentliche Merkmale der supportiven Therapie in dieser Studie:

sie stützt sich nicht auf systematisch formulierte Hypothesen über die Ursache von positiven Symptomen bei Patienten

es sind keine spezifischen Behandlungsstrategien zur Reduktion persistierender Positiv-Symptome formuliert. So argumentieren auch Hellerstein et al. 1994, dass supportive Therapie nicht als eine Art von Therapie anzusehen, sondern als eine „Bouquet von Techniken“, die von Therapeuten verschiedener Schulen genutzt werden. Wichtig ist dabei, die positiven Symptome der Patienten - wenn sie zur Diskussion kommen - nicht mit kognitiv-behavioralen Behandlungsstrategien anzugehen. Dies stellt auch eine wesentliche Herausforderung in der Gestaltung der supportiven Therapie dar.

1.3 **Die Bedeutung der Therapeut-Patient-Beziehung**

Eine zentrale Annahme bei der Durchführung supportiver Therapie ist, dass eine positive und effektiv erfahrene therapeutische Beziehung für Patienten mit positiven Symptomen essentiell ist, da gezeigt wurde, dass das soziale Netzwerk dieser Patienten sehr begrenzt ist. Zudem wird



eine gute Beziehung zum Therapeuten in allen Therapien als eine der wichtigsten Faktoren für das Outcome im therapeutischen Prozess angesehen.

Da eine gute therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut der zentrale Punkt der supportiven Therapie ist, sollte präzisiert werden, was diese Beziehung ausmacht. Sie besteht laut vielen Lehrbüchern unter anderem auch dem von Bergin und Garfield 1994 aus folgenden Ingredientien: Emotionale Unterstützung, therapeutische Aufmerksamkeit, empathisches Zuhören, Einbringung von therapeutischem Optimismus, Wärme, Offenheit, Kollaboration etc. Der Aufbau und Erhalt einer guten therapeutischen Allianz und das Sprechen über neutrale Themen wie Freizeitaktivitäten, Sport aber auch aktuelle den Patienten belastenden Themen setzen also den Rahmen der supportiven Therapie.

Die therapeutische Beziehung wird damit zum entscheidenden Faktor in der supportiven Therapie. Wobei die Wahrnehmung dieser Beziehung durch den Klienten entscheidender für das Outcome sein soll als die Wahrnehmung dieser durch den Therapeuten oder den Rater (Penn et al. 2004). Weitere Studien zeigten zudem, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung zwischen Therapeuten und Klient eine Effektstärke zwischen .22 - .26 auf die das Treatment-Outcome hatte (Horvarth et al. 1991, 1993).

1.4 Hypothesen zur Wirkungsweise supportiver Therapie

Als übergeordneter Wirkfaktor zur Erreichung von Symptomreduktion wird die Stressreduktion bzw. die Erhöhung der Belastbarkeit gegenüber Stress („Stressbuffering“) benannt (Cohen et al. 2000, Rhodes & Lakey 1999, Cohen & McKay, 1984; zitiert in Penn et al. 2004). Dazugehörige Wirkfaktoren sind:

1.4.1 Ressourcenaktivierung und soziale Unterstützung

Der Patient soll in der therapeutischen Beziehung Hilfs- und Unterstützungsquellen erleben. Dabei wird zwischen inneren und äußeren Ressourcen unterschieden. Mit inneren Ressourcen sind die Stärken und noch erhaltenen bzw. aktivierbaren Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten gemeint. Äußere Ressourcen sind das soziale Netzwerk, Hilfe anbietende Institutionen aber vor allem auch eine gute therapeutische Allianz. Es wird postuliert, dass sich durch die wahrgenommenen zusätzlichen Ressourcen die emotionale Antwort auf einen Stressor reduziert (Cohen & McKay 1984 zitiert in Penn et al. 2004). Eine Aktivierung äußerer und innerer Ressourcen des Patienten durch den Therapeuten ist demnach eine der Behandlungsstrategien in der supportiven Therapie.

1.4.2 Erlernen sozial angemessenen Verhaltens

Der Therapeut fungiert als Modell für sozial adäquates Verhalten. Zudem gibt er Informationen und direkte Ratschläge über die Angemessenheit von Verhaltensweisen in spezifizierten Situationen. Dieser Aspekt ist im „social cognitive model“ systematisch formuliert (Cohen et al. 2000 zitiert in Penn et al. 2004). Der Patient lernt so, besser im Alltag zurechtzukommen, was wiederum die Voraussetzungen für sozial angemessenes Verhalten erhöht (Cohen & Willis 1985).

1.4.3 Förderung eines positiven Selbstbilds

Durch die Erfahrung einer positiven therapeutischen Beziehung und einer verbesserten sozialen Unterstützungen wird das Selbstwertgefühl der Patienten gestärkt. Die Patienten erfahren in der therapeutischen Interaktion, dass ihre Person (auch) positiv wahrgenommen wird. Dadurch können sie diese positiven Aspekte besser in ihr Selbstbild integrieren (newer version of social cognitive model, Rhodes & Lakey 1999 zitiert in Penn et al. 2004). Der diesem Modell zugrunde liegende Symbolische Interaktionismus geht davon aus, dass der Selbstwert und das Selbstbild davon beeinflusst werden wie eine Person sich selbst durch andere wahrgenommen sieht.



Die genannten Wirkmechanismen der supportiven Therapie sind primär durch die Therapeut-Patient-Beziehung vermittelt. Der Person des Therapeuten und der therapeutischen Interaktion kommt in der supportiven Therapie eine zentrale Rolle zu.

Zur Erklärung etwaig auftretender Symptomreduktion, wie sie in randomisierten Studien ja auch schon für die supportive Therapie gezeigt wurde, wird folgender Wirkmechanismus postuliert. Mit Hilfe der supportiven Therapie kann es Patienten gelingen, das Belastungsniveau zu reduzieren. Es tritt ein zunehmender Schutz gegenüber von Belastungen auf. Dies wiederum soll zur verminderten Auftretenswahrscheinlichkeit von Symptomen führen.

2 Beschreibung der ST im Studienprotokoll

Im Studienprotokoll sind folgende Ausführungen zur Beschreibung der ST enthalten:

Supportive Treatment (ST) will be used as comparison intervention in order to control for non-specific elements of therapeutic contact. Psychotherapy outcome is generally thought of as consisting of both specific and non-specific effects. Non-specific effects like emotional support, therapeutic attention, empathic listening, implementation of therapeutic optimism and others are the result of every successful therapeutic relationship. In contrast, therapeutic outcome, which is directly linked to well defined and specific treatment strategies, is called specific effect. It is hypothesized that CBT produces specific and non-specific factors whereas ST should only result in non-specific factors.

ST does not rely on specific theories or assumptions about the causes of positive symptoms in psychotic disorders. ST will focus on the patients' experiences and daily activities. The sessions will focus on neutral topics, such as hobbies, sports, and current affairs. Therapists will engage in listening to the patient, in being empathic, in helping the patient structure the available time, discussing problems in a way friends would do.

Thus, ST is thought as an active treatment with respect to the patient-therapist relationship and with respect to therapeutic commitment (Penn et al. 2004). In the treatment of patients suffering from psychotic disorders these ingredients are viewed to be essential as it has been shown consistently that the social network of these patients is limited. To have at least one trustworthy person to talk to may be the most important ingredient in any kind of treatment.

However, with respect to specific processes related to modification of psychotic beliefs ST is not an active treatment. Strategies specifically designed to change misperceptions or reasoning biases are not part of ST. Psychotic or affective symptoms were not directly tackled in any way.

Like CBT ST is offered as an individual outpatient treatment of 20 sessions over 9 months provided by a trained psychotherapist. Similar to CBT, it will follow a written treatment manual describing the required interventions.

The research therapists in this study are responsible for administering both CBT and ST treatment.



Major aspects of ST will be: Engagement, Assessment of social problems and interests of the patient, treatment planning, focus on housing, work, leisure time, hobbies, events, as adequate.

3 Überblick und Formales

3.1 Inhaltlicher Überblick

Die untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über die Elemente der ST:

Beziehungsaufnahme					
	Anamnese, Diagnostik,				
	Therapieplanung, Schwerpunktsetzung				
Beziehungsgestaltung Entspannte Gesprächsatmosphäre Humor Empathie Selbstöffnung des Therapeuten Affirmation Respekt vor der Autonomie	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Themen</th> <th>Postulierte Wirkfaktoren</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit - Schule - Wohnen - Hobbies - Freunde - Familie - Nachbarn - Erkrankungen - Finanzen - Körperhygiene - Alltagserledigungen </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwertförderung/ innere Ressourcen - Aktivierung äußerer Ressourcen - Beratung/Anleitung - implizite Problembearbeitung - Strukturierung <p>Primär vermittelt über die Therapeut-Patient-Beziehung</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Themen	Postulierte Wirkfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit - Schule - Wohnen - Hobbies - Freunde - Familie - Nachbarn - Erkrankungen - Finanzen - Körperhygiene - Alltagserledigungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstwertförderung/ innere Ressourcen - Aktivierung äußerer Ressourcen - Beratung/Anleitung - implizite Problembearbeitung - Strukturierung <p>Primär vermittelt über die Therapeut-Patient-Beziehung</p>
Themen	Postulierte Wirkfaktoren				
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit - Schule - Wohnen - Hobbies - Freunde - Familie - Nachbarn - Erkrankungen - Finanzen - Körperhygiene - Alltagserledigungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstwertförderung/ innere Ressourcen - Aktivierung äußerer Ressourcen - Beratung/Anleitung - implizite Problembearbeitung - Strukturierung <p>Primär vermittelt über die Therapeut-Patient-Beziehung</p>				

Therapeuten müssen mindestens ein Jahr klinische Erfahrung, z.B. im Rahmen des Psychiatriejahrs der Psychotherapieausbildung haben. Sie müssen eine verhaltenstherapeutische Psychotherapieaus- bzw. weiterbildung absolviert haben oder zumindest aktuell an einer solchen Ausbildung teilnehmen.

Von den Therapiesitzungen werden Audioaufzeichnungen angefertigt, wenn der Patient hierfür seine Zustimmung erteilt. Die technischen Details der Aufzeichnung werden an anderer Stelle ausgeführt.

3.2 Zeitstruktur, Tempo

Für die Durchführung der Therapie stehen 20 Sitzungen von je 50 Minuten Dauer zur Verfügung.

Diese 20 Sitzungen sind in 9 Monaten durchzuführen. Idealerweise finden die ersten 7 Sitzungen wöchentlich statt, danach finden 13 Sitzungen in 14-tägigen Abständen statt.

Falls Sitzungen verschoben werden müssen (z.B. wegen Krankheit des Patienten oder des Therapeuten, Urlaube, längerfristige Abwesenheiten/Reisen des Patienten, stationäre Aufenthalte) wird die Therapie baldmöglichst wieder fortgesetzt.

9 Monate nach Therapiebeginn muss die Therapie beendet werden. Sollte nach Unterbrechungen der Therapie absehbar sein, dass im 14-tägigen Rhythmus die geplante Anzahl an Sitzungen nicht erreicht werden kann, so können auch wöchentliche Sitzungen bis zum Therapieende vereinbart werden.

Die Arbeit mit psychotischen Patienten ist oft ein sehr langsamer Prozess. In der Regel wäre es eine Überforderung, 50 Minuten spezifische Interventionstechniken anzuwenden. So kann es angemessen sein, sich pro Sitzung nur einem Thema zuzuwenden, und dem Patienten eine



dazugehörige leichte Hausaufgabe zu geben. Die Therapeut-Patient-Beziehung soll aus der Perspektive des Patienten auch Qualitäten einer freundschaftlichen Beziehung haben. Es ist sinnvoll, immer wieder auch über neutrale Themen wie Urlaub, Wetter, Sport, Fernsehen, etc. zu sprechen. Dies ermöglicht es dem Patienten menschlichen Kontakt aufrechtzuerhalten, ohne dabei über therapeutische Themen zu sprechen. Dieses Vorgehen hilft, einen ins Stocken geratenden Prozess oder eine belastende Beziehung zu verbessern. Dies kann die Situation und die therapeutische Beziehung retten. Zu einem späteren Zeitpunkt kann dann wieder zum Thema zurückgekehrt werden.

Eine dem Patienten angemessene Zeitstruktur ist zu wählen: richtiges Tempo des Gesprächs, richtige Zeitdauer der Sitzungen, keine langen Still-Pausen. Die therapeutische Tagesordnung sollte deutlich flexibler sein als in der Therapie von Depression und Angst. Der Therapeut sollte einen Tagesplan im Kopf haben, ihn aber schrittweise an die Belastbarkeit des Patienten und an die aktuellen Gegebenheiten im therapeutischen Prozess anpassen. Vor allem in den ersten Sitzungen toleriert der Patient häufig nur wenig Struktur. Dabei ist es vor allem wichtig, nicht zu viel auf einmal zu machen um den Patienten nicht zu überfordern und dabei aber das Gespräch aufrecht zu halten. Wird die Belastung für den Patienten zu groß sollte man das Tempo reduzieren und über neutrale Themen sprechen.

Die Patienten sollten genügend Zeit haben, sich auf die Gesprächsthemen und auf Fragen des Therapeuten einzustellen. Kognitive Defizite oder persistierende positive Symptome können die Antwortlatenz vergrößern. Auf der anderen Seite kann Stille bei dem Patienten Ängste provozieren und somit sollten lange Redepausen vermieden werden. Es ist ratsamer das Gespräch in entspannter Weise fortzuführen, und dadurch die Beziehung zu verbessern.

3.3 Sitzungsstruktur

Wie auch in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie soll in der supportiven Therapie eine allgemeine Sitzungsstruktur eingehalten werden.

- Begrüßung, aktuelles Befinden
- Agenda setzen/besprechen, nicht unter- noch überfordern
- nach relevanten Ereignissen seit letzter Sitzung fragen und ggf. darüber sprechen
- kooperatives Bearbeiten des Thema der Stunde (in einer für Patienten verständlichen Sprache, Begründung für Interventionen geben, Vorschläge anbieten aber vorher fragen, ob Patient sie hören möchte, empathisches Verstehen der Emotionen und Paraphrasieren und Zusammenfassung des Gesagten)
- Zusammenfassungen geben, nach Feedback bzgl. der letzten Sitzung und aktuellen Sitzung fragen und zur Rückmeldung des Patienten Stellung beziehen, speziell nach negativen Reaktionen auf Therapie fragen
- Rückblick auf die Stunde zusammenfassen
- Verabschiedung, Terminvereinbarung
- Patient Patientenstundenbogen ausfüllen lassen
- Therapeut füllt Therapeutenstundenbogen sowie Stundenprotokollbogen aus

Im Unterschied zur KVT werden keine Hausaufgaben gegeben. Der Patient kann selbstverständlich Ratschläge des Therapeuten aufgreifen und ausprobieren. Der Therapeut kann dem Patienten auch vorschlagen, Verhaltensweisen in die Tat umzusetzen. Jedoch soll nicht im Sinne einer Besprechung von Hausaufgaben systematisch nach dem Erfolg der Übung gefragt werden. Es wird nicht verlangt, dass Hausaufgaben bearbeitet werden. Ein ausbleibendes Aufgreifen von Anregungen des Therapeuten wird nicht problematisiert.



4 Beziehungsgestaltung und Motivationsförderung

4.1 Beziehungsgestaltung

Die hier genannten Prinzipien unterscheiden sich zwischen der CBT und der ST nur marginal.

4.1.1 Schwierigkeiten der Beziehungsaufnahme

Die Beziehungsaufnahme für die therapeutische Arbeit mit Patienten, die wegen persistierender Positivsymptomatik behandelt werden, kann aufgrund verschiedener Aspekte erschwert sein. Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit können sich aus folgenden **störungsspezifischen** Aspekten ergeben:

- Psychotische Symptome wie z.B. Verfolgungswahn, Feindseligkeit, Größenwahn
- zentrale Emotionen wie Angst und Depression, die mit einem Wahnerleben einhergehen können,
- geringe oder fehlende Krankheitseinsicht mit starken Wahnüberzeugungen
- geringe Medikamentencompliance.

Diese Faktoren kommen zu den **störungsunspezifischen** Erschwernissen für eine förderliche Zusammenarbeit hinzu. Hierfür sind zu nennen:

- Migration/kulturelle Differenzen
- Substanzmissbrauch
- fehlende positive Erfahrung mit interpersonellen Beziehungen (Zurückgezogenheit)
- kein Bedürfnis nach Hilfe
- die Ansicht, Hilfe anzunehmen sei ein Zeichen von Schwäche
- fehlender Glaube an die Wirksamkeit der Therapie
- die Ansicht Gefühle auszudrücken sei „falsch“
- Gefühl vom Therapeuten nicht ernst genommen zu werden oder entmachtet zu werden
- negative Einstellungen von Familie und Freunden bezüglich der Therapie
- Entfremdung von medizinischer Versorgung (richterliche Unterbringung in Kliniken
- schlechte Erfahrungen mit Krankenhäusern und Mitarbeitern oder mit unerwünschten Medikamentennebenwirkungen).

Dies erklärt, warum die Patienten dem Therapeuten häufig erst nach einiger Zeit ihr Vertrauen schenken und ihm erst dann Einblick in ihre Erlebenswelt geben. Aus diesem Grund lassen sich psychotische Patienten nur sehr schwer oder gar nicht auf die Therapie ein oder beenden sie bereits nach wenigen Sitzungen.

Vor diesem Hintergrund ist es angemessen, die Frage der Beziehungsgestaltung sehr offen anzusprechen.

„Sie haben ja schon verschiedene schlechte Erfahrungen mit anderen Menschen berichtet. Nun ist nicht ausgeschlossen, dass Sie auch unzufrieden sein könnten über die Art wie wir hier miteinander sprechen, oder was ich hier tue. Ich möchte Sie bitten, dies sofort anzusprechen, wenn Ihnen hier etwas nicht gefällt, oder wenn Sie gar Befürchtungen darüber hätten, ich könnte Ihnen schaden wollen.“

4.1.2 Vermeidung von direkter Konfrontation gegenüber den Wahnhaltungen

Direkte Konfrontation im Sinne von Äußerungen, die Ablehnung, Unverständnis, gegenteilige Überzeugung bezüglich von Wahnhaltungen des Patienten implizieren, sind zu vermeiden. Es ist gerade das Wesentliche des persistierenden Wahns, das solche Konfrontation nicht zu einer Änderung der Überzeugungen führt. Konfrontierendes Verhalten gegenüber dem Patienten kann diesen zunehmend isolieren und zur Symptomaufrechterhaltung beitragen.



4.1.3 Vermeidung von Kollusion

Als Kollusion wird eine explizite oder implizite Zustimmung zu offensichtlich wahnhaft begründeten Äußerungen des Patienten verstanden. Die oben genannten Überlegungen, Konfrontationen zu vermeiden, soll nicht dazu führen, dass der Patient positive Bestätigung vom Therapeuten für seine wahnhaften Überzeugungen bekommt.

4.1.4 Berücksichtigung kognitiver Defizite

Der Therapeut soll sich darüber vergewissern, ob beim Patienten kognitive Defizite vorliegen. Sofern z.B. Defizite bei der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis oder der exekutiven Funktionen vorliegen, ist dem bei der Gestaltung der Therapie Rechnung zu tragen.

Dies kann geschehen durch einfache Sprache, ausführliche Erklärungen über komplexere Sachverhalte, häufige Zusammenfassungen, Begrenzung des Umfangs der Therapieinhalte, niedrigeres Tempo, Erhöhung des Strukturierungsgrades etc.

4.1.5 Schaffung einer entspannten Gesprächsatmosphäre

Für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung kann es bei dieser Patientengruppe hilfreich sein, wenn zu Beginn von Sitzungen oder auch zwischen verschiedenen Themen Gelegenheit für entspannte Gesprächsphasen ist. Kurze Gespräche über tagesaktuelle Themen im Sinne von „Small Talk“ können sinnvoll sein. Nimmt die Anspannung des Patienten oder die Belastung beim Patienten infolge einer Frage oder eines Themas zu, so sollte das Thema gewechselt werden und zu einem späteren Zeitpunkt erneut angesprochen werden (Agreeing to differ). Neutrale Themen können die Spannung reduzieren, so dass das Gespräch freundschaftlich beendet werden kann. Die Beziehungsaufnahme und -gestaltung bei Patienten mit persistierenden Positivsymptomen muss auf die genannten Erschwernisse Rücksicht nehmen und sie in gezielter Weise angehen. Der zentrale Schritt in der therapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten ist die Entwicklung einer Vertrauensbasis und einer guten Zusammenarbeit. Dieser Schritt stellt störungsspezifisch eine besondere Herausforderung an den Therapeuten dar.

Vor diesem Hintergrund sind besondere Bemühungen dahingehend erforderlich, die Patienten nicht in der ersten Therapiephase durch konfrontierende oder überfordernde Intervention zu einem Abbruch der Therapie zu verleiten. Ist im weiteren Therapieverlauf die therapeutische Intervention durch eine mangelnde Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit beeinträchtigt, so sollte das therapeutische Vorgehen überprüft werden bevor in der Therapie weiter fortgefahren wird. In diesem Falle hilft es häufig für einen kurzen Zeitraum eine entspannte Konversation über alltägliche Inhalte zu führen.

4.1.6 Humor

Humor hilft sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten, schwierige Themen zu besprechen. Humor kann es dem Patienten ermöglichen, sich von seinen Symptomen zu distanzieren und sie hinter sich zu lassen, ohne sein Gesicht zu verlieren. Dennoch sollte der Humor des Therapeuten vorsichtig eingesetzt werden, um von Patienten nicht als Verhöhnern missgedeutet werden zu können. Der angemessene Gebrauch der Sprache ist hilfreich: Vermeidung von Fachsprache, gemeinsamer Gebrauch von gemeinsamen Worten und Ausdrücken, sowie die Verwendung eines Vokabulars, das zum Bildungsniveau des Patienten passt.

4.1.7 Interesse und Empathie

Der therapeutische Stil sollte im allgemeinen von bedingungslosem Respekt für die Person und ihrer Sichtweise, einer interessierten, nicht-wertenden Einstellung, echter Empathie, bedingungsloser Wärme, Echtheit, Offenheit und Interesse bezüglich einer großen Bandbreite von Konzepten und Philosophien des Patienten sowie von Vertrauenswürdigkeit des



Therapeuten geprägt sein. Die Therapie sollte insgesamt als Gespräch erlebt werden und nicht als Abfolge von Frage und Antwort.

Der Patient soll bemerken können, dass der Therapeut auf seiner Seite steht, seine Überzeugungen ernst und wörtlich nimmt. Der Therapeut sollte nicht als jemand mit unausgesprochenen Hintergedanken erlebt werden. Therapieziele werden gemeinsam erarbeitet (z.B. Leben soll stressfreier werden, Dingen soll wieder unbeschwert nachgegangen werden können). Es sind Gründe zu formulieren, für die es sich lohnt mitzuarbeiten. Hauptpunkte der Sitzungen sollen gemeinsam beschlossen werden.

Am Ende jeder Sitzung sollte Gelegenheit sein, sich über die Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut auszutauschen, sowie eine Zusammenfassung über die besprochenen Themen und geführten Schlussfolgerungen zu geben.

4.1.8 Selbstöffnung des Therapeuten

Der Therapeut sollte vorbereitet darauf sein, Fragen über seine Person gestellt zu bekommen. Dies entspricht u.a. auch dem lockeren, informellen Charakter, den manche Gesprächsabschnitte (z.B. über Hobbies etc.) haben können.

Entsprechend sollte der Therapeut sich passende Antworten zurecht zu legen. Hier ist ein angemessener Mittelweg zu finden zwischen völliger Enthaltbarkeit („wir sind hier, um über Sie zu sprechen und nicht über mich“), die paranoide Befürchtungen provozieren kann und übermäßiger Transparenz („ich weiß auch oft nicht, was mein Chef wirklich will“), die unzureichende therapeutische Distanz erkennen lässt.

Äußerungen wie „ich habe Psychologie studiert, jogge gern und freue mich auf den nächsten Besuch in der Oper“ wären z.B. angemessen.

4.1.9 Affirmation/Würdigung

Der Therapeut sollte, wann immer sinnvoll und glaubwürdig möglich, dem Patienten signalisieren, dass er dessen Anstrengungen und Mühe anerkennt und würdigt, dass er sieht, in welcher schwierigen Lage er sich befindet oder auch einfach zur Kenntnis nimmt, dass der Patient in einer schwierigen Situation aushält.

4.1.10 Beachtung der Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten

Der Patient soll jederzeit sicher darüber sein, dass er/sie die Entscheidung über das weitere Vorgehen in der Hand hat. Für die therapeutische Grundhaltung ist zentral, dass der Patient jederzeit als selbstverantwortliches Individuum angesehen wird.

Sind im weiteren Therapieverlauf die Diagnostik, Anamnese und die therapeutische Intervention durch eine mangelnde Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit beeinträchtigt, so sollte das therapeutische Vorgehen überprüft werden bevor in der Therapie weiter fortgefahren wird. In diesem Falle hilft es häufig für einen kurzen Zeitraum eine entspannte Konversation über alltägliche Inhalte zu führen.

Die positiven Beziehungsstrategien sind zusammenfassend in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet:

Positive Ziele für die Beziehungsgestaltung	Beispiele für die Anwendung
Entspannte Gesprächsatmosphäre schaffen und aufrechterhalten (EG) (als Einstieg oder wenn der Patient zu angespannt wird).	<ul style="list-style-type: none"> Sie waren doch beim Fußballspiel in der letzten Woche. Wie war das denn“ „Vielleicht ist es besser, wir verschieben diesen Punkt noch mal. Lassen Sie uns doch mal über xy reden



Humor (H)	<ul style="list-style-type: none"> • Humor ist situationsabhängig, unverfänglich ist es oft, eine Witz oder Anekdote auf sich zu beziehen und dann zu fragen: „Geht es ihnen auch manchmal so?“
Empathie (E) einführendes Verstehen der Emotionen des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • „Sie fühlen sich von ihrer Umwelt nicht verstanden und oft sehr einsam, wenn sie anderen von ihren Erlebnissen berichten.“ • „Solche Erlebnisse können ganz schön Angst machen“ • „Ich fände das bedrückend, wenn oft so mit mir ungegangen würde“
Selbstöffnung des Therapeuten (Ö)	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich kann verstehen, dass Sie sich um ihre Kinder/ihren Partner sorgen, wenn sie im Krankenhaus sind. Als ich wegen meiner OP im Krankenhaus war ging es mir auch so. Aber ich kann sie beruhigen, die sind ganz gut klar gekommen.“
Affirmation/Würdigung (W) (der schwierigen Lage des Patienten und seiner Mühe)	<ul style="list-style-type: none"> • „Alle ihre Angst und diesen Druck, dass ihnen bald was passiert/diese Stimmen, so lange zu ertragen, hat sie sehr viel Kraft gekostet. Das war bestimmt sehr schwer für sie.“ • „Sie sind ein Kämpfer denn sie haben trotz all der schlimmen Erlebnisse, weitergemacht und nicht aufgegeben. Das finde ich, ist sehr stark von ihnen.“ • „Sie geben trotz allem nicht auf und kommen zur Therapie und wollen ihr Leben wieder in den Griff bekommen. Ich finde das sehr mutig und kann mir nur annähernd vorstellen wie schwer das sein muss.“
Respekt vor der Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Ich finde, Sie sollten entscheiden, wo wir hier den Schwerpunkt setzen. • Würde es Sie interessieren, hierzu von mir einen Vorschlag zu bekommen?

4.2 Motivationsstrategien

Motivation zur Mitarbeit an der Behandlung soll im Sinne des Selbstmanagement-Konzepts von Kanfer et al. vor allem daraus erwachsen, dass der Patient

- eine Diskrepanz seines aktuellen Befindens zu einem von ihm angestrebten Zielzustand erkennt und
- erlebt, dass die Therapieschritte zu dem von ihm gewünschten Zielzustand führen.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Symptom- und Problembeschreibung daraufhin zu prüfen, wo die Konsequenzen Symptomen und Problemen Zielvorstellungen und Werte des Patienten unterlaufen. Das Herausarbeiten dieser Diskrepanzen wird die Veränderungsmotivation erhöhen.

Dies gilt auch im Fall fehlender Krankheitseinsicht. Auch wenn ein Patient nicht der Auffassung ist, bei ihm lägen behandlungsbedürftige psychische Symptome vor, kann er möglicherweise erarbeiten, dass Konsequenzen seines Verhaltens seinen Zielen widersprechen (Bsp: häufige lautstarke Auseinandersetzungen mit den Nachbarn aufgrund von Überzeugungen im Sinne von Verfolgungswahn versus Wunsch, in Frieden leben zu können). Diese Diskrepanz zwischen eigener Wahrnehmung und der Wahrnehmung der Umwelt kann dazu benutzt werden Vor- und Nachteile der jeweiligen Sicht, des jeweiligen Verhaltens (Nichtstun vs. sich Ändern) zu diskutieren.

Kognitive Defizite sind motivational nicht unproblematisch, da solche Patienten sich häufig überfordert fühlen. Die Berücksichtigung kognitiver Defizite durch strukturiertes und im



Tempo an die Möglichkeiten des Patienten angepasstes Vorgehen soll in dieser Hinsicht Demotivation verhindern.

Im Rahmen der supportiven Therapie ist es günstig, wenn sich die genannte Diskrepanz im Erleben des Patienten nicht vorrangig auf die Symptomatik bezieht. Gut vereinbar mit dem Therapiekonzept sind hier vor allem Fragen der alltäglichen Lebensführung (Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, Probleme in der Wohnung, mit Freunden etc.) In diesem Sinne ist Krankheitseinsicht oder Einsicht in den psychotischen Hintergrund der sozialen Problematik nicht erforderlich. Solche Diskrepanzen können auch bei Betrachtung subjektiver Standards aus früheren Lebensphasen oder aus allgemeinen sozialen Werten erwachsen. Die Herausarbeitung solcher subjektiv erlebbaren Ist-Soll-Abweichungen ist motivationspsychologisch hier der erste Schritt.

Die zentrale Herausforderung für die Therapieplanung ist dann, die Therapieschritte mit den Zielen des Patienten zu verknüpfen. Bei der Vermittlung des Therapiekonzepts (Kapitel 6.4.) geht es vor allem um diesen Zusammenhang. Wenn der Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Therapiesitzungen und den persönlichen Zielen klar wird, wirkt dies auf den Patienten im Sinne von Empowerment. Der Patient sieht, dass er an der Therapie um seinerwillen und nicht dem Therapeuten zu lieben teilnimmt.

Darüber hinaus muss zu jedem Zeitpunkt sichergestellt sein, dass der Patient die erforderlichen kognitiven Voraussetzungen und Kompetenzen hat, um seinen Zielen mit den angebotenen Mitteln tatsächlich näher zu kommen.

Zusammengefasst:

- Lebensziele des Patienten erfragen
- Subjektive Ist-Soll-Abweichungen erfragen
- Therapiekonzept des Therapeuten darauf hin prüfen, ob der Patient die Realisierung seiner Ziele damit verknüpft sehen kann
- angemessenes Anforderungsniveau wählen

4.3 Umgang mit der Audio-Aufnahme der Therapiesitzungen

Im Rahmen der Therapiestudie werden angefertigt um eine genaue Analyse des therapeutischen Prozesses zu ermöglichen.

Bei sehr paranoiden Patienten könnten Befürchtungen aufkommen, z.B. Vermutungen über polizeiliche Überwachung. Wenn Patienten nachfragen, warum die Aufnahmen angefertigt werden, könnte z.B. die folgende Antwort gegeben werden: „Wie Sie wissen, führen wir eine Therapiestudie durch, die die Frage beantworten soll, ob unsere Patienten von den Gesprächen profitieren. Dafür muss überprüft werden, ob ich die Gespräche so führe, wie es sein soll. Deshalb wird ein Kollege in die Bänder reinhören, und prüfen, ob ich sozusagen alles richtig mache. Es geht also vielmehr um das, was ich sage, als das, was Sie sagen“.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten können ihm Aufnahmen auch mitgegeben werden.



5 Therapiebeginn

5.1 Erstkontakt

Vor dem Erstkontakt zwischen Therapeut und Patient sollte sich der Therapeut über die bei der T0-Untersuchung erhobenen Daten informieren. Befand sich der Patient bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung so sind die entsprechenden Entlassberichte oder Epikrisen mit Zustimmung des Patienten einzuholen.

Aus den Berichten der Vorbehandler lassen sich wesentliche Informationen eruieren, so z.B. inwieweit die Gefahr von Behandlungsabbrüchen, interaktionelle Probleme, oder auch selbst- und fremdaggressives Verhalten aufgetreten ist. Ein mündlicher Kontakt mit den Vorbehandlern ist häufig hilfreich.

Die Ambulanzakte ist anzulegen.

Zu Beginn des ersten Therapiegesprächs stellt sich der Therapeut dem Patienten vor und klärt ihn über die Ergebnisse der Randomisierung auf. Ggf. kann der Therapieinhalt entsprechend der Studienaufklärung nochmals skizziert werden:

Th: „Wie sie bereits aus dem Schreiben „Patienteninformation“, das sie erhalten haben wissen, sind sie per Zufall in eine von zwei Studienbedingungen gelost worden. In ihrem Fall sind sie der supportiven Therapiebedingung zugeteilt worden. Wie sie sich vielleicht erinnern, erhalten Sie in der supportiven Therapie Unterstützung für ihre Probleme. Der Therapeut wird ihnen helfen auftretende Probleme zu meistern und mit ihnen gemeinsam an der Entwicklung von Lösungswegen arbeiten. Sie können über Themen wie Beziehungsprobleme, Alltagsaktivitäten, Hobbys, Sport etc. sprechen.“

Ist der Patient mit der Zuordnung unzufrieden, so sollte der Grund hierfür eruiert werden und versucht werden, mögliche Befürchtungen mit dem Patienten zu besprechen. Da sich in diesem Fall ein längeres Gespräch über die Therapieinhalte ergeben wird, ist sinnvoll, das Arbeitsblatt 5 mit der Charakterisierung der supportiven Therapie schon hier zu besprechen. Insbesondere kommt es dann darauf an, die vom Patienten gewünschten Gesprächsinhalte und das Therapiekonzept zusammenzubringen.

Im Anschluss daran wird der Patient gebeten, seine Probleme und Beschwerden, die für ihn Anlass waren, die Therapieteilnahme anzustreben, zu berichten. Dem Patienten werden nun offene Fragen gestellt und ihm Raum gegeben seine Probleme zu schildern.

- Wie geht es Ihnen?
- Wie kam es dazu, dass Sie an dieser Studie teilnehmen?
- Gibt es derzeit Dinge, die Sie beschäftigen oder über die Sie sich Sorgen machen?
- Möchten Sie mir darüber erzählen?
- Seit wann bestehen diese Befürchtungen...?
- Gibt es darüber hinaus noch andere belastende Bereiche?
- Welches Ihrer Probleme belastet Sie im Moment am meisten?

Die Problemschilderung sollte wie oben beschrieben aus der Perspektive des Patienten aufmerksam verfolgt werden.

Sollten die Patienten zunächst einsilbig sein und verschlossen wirken, ist dies zu respektieren. Dem Patienten kann dann ausdrücklich die Erlaubnis gegeben werden, zu entscheiden, wem er wann was erzählt: „Es ist sehr gut, dass Sie überlegen, was Sie jetzt erzählen möchten. Mir ist wichtig, dass Sie darauf achten, wie viel Sie berichten“.

Da dies sehr sensible Bereiche im Leben des Patienten sind, sollte behutsam vorgegangen werden, und darauf geachtet werden den Patienten nicht zu irritieren, zu überfordern oder eine Abwehrreaktion zu provozieren. Im Falle eines zunehmend agitierten oder irritierten Verhalten des Patienten sollte die Anamnese auf andere Bereiche gelenkt werden, und die vermutlich belastenden Aspekte zu einem späteren Zeitpunkt eruiert werden. Mit wachsendem



Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut ist der Patient vielleicht eher bereit, dem Therapeuten Einblick in diese sensiblen Bereiche zu gewähren.

Der Therapeut sollte das Gesagte immer wieder zusammenfassen, ohne dabei repetitiv zu wirken.

Weitere Punkte dieser Sitzung sollen sein:

- Erlaubnis zum Einholen von Entlassberichten etc.
- Aufklärung über die Audioaufnahme und Einholung des Einverständnisses entsprechend des Aufklärungsbogens.

Grundsätzlich ist bei der Einholung der Unterschrift für das Einverständnis mit Tonbandaufnahmen mit dem Merkblatt „Patienteninformation und Einverständniserklärung zur Tonbandaufzeichnung der Therapiestunden“ zu arbeiten. Dabei kann der Therapeut z.B. untenstehende Formulierung verwenden.

Th: „Wie sie sicherlich bereits gelesen haben, ist geplant die Therapiesitzungen auf Tonbänder aufzuzeichnen. Dies dient dazu zu überprüfen, ob ich als Therapeut die Therapie richtig durchgeführt und ob ich die Zusammenarbeit mit ihnen förderlich gestaltet habe. Es geht also darum die Therapie für sie laufend zu verbessern bzw. auf eine optimale Anwendung hin zu überprüfen. Die Bänder bleiben unter Verschluss und nur Mitarbeiter der Studie haben dazu Zugang. Diese Mitarbeiter stehen unter Schweigepflicht. Wenn sie damit einverstanden sind, dass Tonbandaufnahmen entstehen, unterzeichnen sie bitte die Einverständniserklärung und dann wird das Tonband ab der nächsten Sitzung eingeschaltet.“

Falls der Patient nicht damit einverstanden ist bzw. noch darüber nachdenken will, ihm bis zur nächsten Sitzung Zeit geben und fragen, ob er noch Fragen hat oder worauf sich seine Bedenken begründen und gegebenenfalls beantworten. Sofern der Patient zögert zuzustimmen, kann angeboten werden, zu Beginn der zweiten Stunde nochmals darauf zu sprechen zu kommen. Sollte der Patient eher nicht bereit sein, der Aufnahme zuzustimmen, sollte nicht lange gedrängt werden, sondern an geeigneten Stellen in den weiteren Sitzungen wieder darauf zurückgekommen werden. Im Fall der Einwilligung ist dann in der zweiten Sitzung das Aufnahmegerät von Beginn an eingeschaltet.

5.2 Gespräch über die Symptomatik

Nach der allgemeinen Problemschilderung soll nicht spezifischer auf die Symptomatik des Patienten eingegangen werden.

Wichtig:

Um eine Symptomverschlechterung oder sonstige UKEs abschätzen zu können, soll der Therapeut sich Informationen zur Symptomatik aus den Unterlagen des Ratings des Patienten besorgen. Dies dient auch dem Ziel, dass sich der Therapeut ein Bild darüber verschaffen kann, welche Art von Symptomen beim Patienten vorhanden sind und inwieweit tatsächlich eine psychotische Symptomatik vorliegt.

Der Therapeut soll das Thema nicht gezielt auf die Symptome des Patienten lenken, sondern, wenn der Patient von sich aus darauf zu sprechen kommt, ihm zuhören, aber keine weiteren Fragen dazu stellen. Es ist jedoch in Ordnung und wünschenswert, dass während der Patient von seiner Symptomatik erzählt, an passenden Stellen Emotionen widergespiegelt werden und das dabei erlebte Leid validiert wird. Wenn der Therapeut den Eindruck hat, dass der Patient das für ihn Wichtige zu diesem Thema erzählt hat, kann er eine kurze Zusammenfassung des Gesagten vornehmen und dann entweder zurück auf das Thema lenken, das zuvor behandelt wurde, falls dies noch nicht abgeschlossen ist, oder mit einer Frage auf ein neues Thema lenken.

Nur wenn der Patient den Wunsch äußert an dem Thema Symptomatik arbeiten bzw. bei diesem Thema bleiben zu wollen, soll mit den unter Punkt 6 und 7 vorgestellten Strategien daran gearbeitet werden.

Möchte der Patient über seine Symptomatik sprechen, so soll der Therapeut bei der Schilderung dieser auf die Stimmung und auf Signale von Anspannung beim Patienten achten. Sofern



Anspannung, Unbehagen oder Misstrauen spürbar wird, sollte dies angesprochen werden und über das weitere Vorgehen gesprochen werden.

5.3 Anamnese

Die Anamnese sollte in den Sitzungen 2 und 3 im Mittelpunkt stehen und danach nicht mehr den Schwerpunkt der Sitzung ausmachen.

5.3.1 Anamnestisches Interview

Die **Anamnese** dient dazu, die Hintergrundverhältnisse, aktuellen Umstände, verletzlichen Punkte, sowie Stärken und Befürchtungen des Patienten zu eruieren. Diese Informationen sind für die Therapieplanung von Bedeutung. Angesichts der umfangreichen Datenerhebung im Rahmen der Studie sollen hier nur solche Aspekte abgefragt werden, die im Rahmen der Therapiedurchführung unverzichtbar sind. Bei der Exploration sollte darauf geachtet werden, nicht nur die problematischen Aspekte anzusprechen sondern sich gleichfalls darüber zu vergewissern, mit welchen Aspekten seines Lebens der Patient zufrieden ist.

Eruiert werden sollten hierbei folgende Bereiche:

1) Soziale Beziehungen

- Haben Sie Freunde oder Bekannte?
- Wie viele Bekannte und Freunde haben Sie zurzeit?
- Wie häufig haben Sie Kontakt zu Ihnen?
- Wie Befriedigend erleben Sie den Kontakt?

2) Beruf

- Sind Sie derzeit berufstätig?
- Was arbeiten Sie?
- Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden?
- Wie würden Sie das Verhältnis zu ihren Kollegen beschreiben?
- Haben Sie Konflikte mit Kollegen?
- Treten Konflikte mit Vorgesetzten oder Untergebenen auf?

3) Partnerschaft

- Leben Sie aktuell in einer festen Beziehung?
- Waren Sie schon einmal verheiratet? Wenn ja, wie oft?
- Wie glücklich fühlen Sie sich zurzeit in ihrer Beziehung?
- Wie oft streiten Sie sich?
- Wie intensiv denken Sie zurzeit an Trennung?

4) Alltag / Freizeit

- Freizeit / Hobbies / Ressourcen
- Haben Sie Hobbies?
- Was macht Ihnen Spaß? Was hat Ihnen früher Spaß gemacht?
- In welchen Situationen können Sie entspannen und Kraft schöpfen?
- Treiben Sie Sport?
- Was würden Sie gerne neues anfangen?

5) Wohnen / Alltag

- Wo wohnen Sie derzeit?
- Kommen Sie mit dem Geld aus?
- Haben Sie in den letzten 3 Monaten komplementäre Versorgungsbereiche in Anspruch genommen? (Werkstätten?)
- Besteht bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung?

Nachdem auf diese Weise ein Überblick über die verschiedenen Lebensbereiche erreicht ist, sollte explizit gefragt werden, mit welchen Aspekten seines Lebens der Patient nicht zufrieden ist und wo er Veränderungswünsche hat.



5.3.2 Selbstbeschreibung

Anschließend wird der Patient gebeten, seine Sicht über seine eigene Person zu beschreiben.

„Wir haben jetzt über verschiedene Umstände Ihres Lebens gesprochen. Nun würde mich interessieren, wie Sie sich selbst sehen, wie Sie sich selbst als Person beschreiben würden. Weil das vielen Menschen zunächst schwer fällt, haben wir hier zwei Blätter vorbereitet, die dabei helfen sollen.“

☞ [Arbeitsblatt 1: Selbstbeschreibung I](#)

☞ [Arbeitsblatt 2: Selbstbeschreibung II](#)

☞ [Arbeitsblatt 3: Körperliche Beschwerden](#)

5.3.3 Überblick über den Lebenslauf

Um den Patienten besser kennen zu lernen und sich einen Überblick über sein bisheriges Leben zu verschaffen soll der Patient einen Lebenslauf (in Abhängigkeit der kognitiven Leistungsfähigkeit) gemeinsam mit dem Therapeuten oder alleine zu Hause als Hausaufgabe aufschreiben.

☞ [Arbeitsblatt 4: Überblick über den Lebenslauf](#)

Wichtig ist es bei der Erstellung des Lebenslaufes darauf zu achten, dass die Symptomatik nicht gezielt abgefragt und kein expliziter Zusammenhang zwischen Stress und Belastungen im Leben des Patienten sowie dem Verlauf der Erkrankung hergestellt wird.

„Ich würde nun gerne etwas mehr darüber erfahren, wie Ihr Leben bisher verlaufen ist. Insbesondere interessieren mich dabei, wichtige Stationen in Ihrem Leben z.B. die Schule, der/die erste Freundin, Studium/Ausbildung, ihre Familie. Wären Sie damit einverstanden, wenn wir nun gemeinsam schauen, wann Sie sich in welcher Lebenssituation befunden haben und wie sie diese Stationen in ihrem Leben erlebt haben und wo sie in diesen Situationen ihre Stärken sehen?“

Wenn der Patient bei der Erstellung des Lebenslaufs von sich auf z.B. die erste Psychose oder den ersten stationären Aufenthalt eingeht, wird dies im Gegensatz zur KVT nicht durch Gesprächsanregungen des Therapeuten weiter vertieft. Kommt der Patient von sich aus auf solche Zusammenhänge zu sprechen kann im Sinne von Nachfragen, Paraphrasieren und Zusammenfassen darauf eingegangen werden. Neue Aspekte, die über das bisherige Verständnis von Zusammenhängen hinausgehen, sollen hier jedoch nicht vom Therapeuten eingebracht werden.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass das Vorgehen für den Patienten transparent und kontrollierbar sein soll. Signale von Irritation, Anspannung, Unbehagen oder Mißtrauen sind aufzugreifen.



6 Hauptteil der Therapie

Ab der 4. Therapiesitzung soll sich die ST von der KVT grundlegend unterscheiden. Ausgehend von den von Penn et al. 2004 geschilderten Wirkmechanismen sowie von den Beschreibungen supportiver Techniken und den Zielen der supportiven Therapie aus psychodynamischer Sicht, die jedoch unter kognitiv-behavioralen Aspekten zum Teil modifiziert wurden, sollen im folgenden Behandlungsstrategien für die supportive Therapie entwickelt bzw. abgeleitet werden.

Eine abstrahierende und zugleich den Einzelfall angemessen berücksichtigende Beschreibung der Vorgehensweise ist kaum möglich. Daher sollen zunächst die allgemeinen Prinzipien erläutert werden. In Abschnitt 6.5. wird dies an Beispielen konkretisiert.

Allgemein gilt, dass sich die therapeutischen Interventionen durch eine für jeden Patienten individuelle Zusammenstellung aus den folgenden Aspekten ergeben:

- Beziehungsgestaltung (siehe Kap. 4.1)
- Gesprächsthema (siehe Kap. 6.2), und
- Behandlungsstrategie (siehe Kap. 6.4).

6.1 Vermittlung des Grundkonzeptes der supportiven Therapie

Da der Begriff „supportive Therapie“ bzw. das Synonym „unterstützende Therapie“ den meisten Patienten zwar verständlich erscheint, sie sich aber doch nichts Konkretes darunter vorstellen können, ist es wichtig den Patienten das Konzept der Therapie zu erklären.

Bei manchen Patienten könnte die Sorge bestehen, hier keine „richtige Therapie“ zu erhalten. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es sinnvoll auf das Therapiekonzept der supportiven Therapie etwas genauer einzugehen.

Die in diesem Zusammenhang zu vermittelnden Aspekte sind in AB 5 zusammengefasst.

☞ [Arbeitsblatt 5: Supportive Therapie](#)

6.2 Therapieinhalte

Als Therapieinhalt sollen in erster Linie Themen der Lebensgestaltung des Patienten besprochen werden:

Wohnen

- Aufräumen
- Verschönern der Wohnung
- Vermieter und Nachbarn
- Internet/Telefon
- Hobbies in Wohnung

Arbeit

- Probleme mit Chef, Kollegen
- Leistungsfähigkeitsprobleme
- Bezahlung
- Arbeitslosigkeit

Finanzen

- Geldprobleme
- Anspruch auf Unterstützung
- Offene Wünsche



Freizeitgestaltung

- Vorhandenen Hobbies
- Fehlende Hobbies
- Gesellschaftspolitische Themen
- Kulturelle Themen
- Wirtschaftliche Themen
- Klatschpresse
- Persönliche Werte und Ziele

Familie

- Beziehung zu Eltern
- Beziehung zu Lebens-/Ehepartner (in)/Freund(in)
- Beziehung zu Kindern
- Beziehung zu Onkel, Tanten
- Kommunikationsprobleme

Alltagserledigungen

- Einkaufen
- Haushalt
- Amtserledigungen

Körperhygiene

- Pflege der äußeren Erscheinung
- Übergewicht
- Untergewicht
- Ernährung

Freunde

- Beziehung zu Freunden
- Keine Freunde
- Allgemeiner Umgang mit Menschen

Es soll Flexibilität darüber gewährleistet werden, welche dieser Themen Patient und Therapeut besprechen und wie lange und intensiv diese bearbeitet werden.

6.3 Therapieplanung

In der ersten Therapiesitzung nach Abschluss der Anamnese soll der Patient die Möglichkeit haben, Schwerpunkte der Therapie zu identifizieren. Die Themen, die vorrangig zum Zuge kommen sollen, sollen in dieser Studie erarbeitet werden.

Dies soll mit Hilfe vorbereiteter Karten geschehen. Auf diesen Karten stehen verschiedene Lebensbereiche, in denen der Patient Probleme haben kann oder über die er in der Therapie sprechen möchte. Unten stehende Abbildung (Abb.1) zeigt die verschiedenen Karten. Zusätzlich gibt es ein paar leere Karten, auf die der Patient Themen schreiben kann, die eventuell nicht unter diese Kategorien fallen oder wenn er zu gestört ist, um seine Anliegen den Bereiche bzw. Kärtchen zuordnen zu können.



ARBEIT	WOHNEN	HOBBIES	FREUNDE
FAMILIE	FINANZEN	KÖRPER- HYGIENE	NACHBARN
ALLTAGS- ERLEDIG- UNGEN			

Kartensortieraufgabe Nr. 1 Mögliche Themenbereiche (Es gibt eine elektronische Datei „Kartensortieraufgabe Themenbereiche“, die für das Bedrucken von DIN A4 Blättern verwendet werden kann. Diese Blätter müssen dann nur noch zugeschnitten werden)

Zwei Möglichkeiten des Vorgehens bieten sich an:

- der Patient sieht alle Karten durch und bildet zwei Gruppen: Lebensbereiche, die in der Wahrnehmung des Patienten zufriedenstellend sind und damit Ressourcen darstellen, und solche, in denen er Probleme sieht. Im Sinne der Selbstwertförderung sollten die Ressourcenkarten in besonderer Weise gewürdigt werden. Dies kann im Gespräch, aber auch z.B. durch Aufhängen der Karten in der Wohnung an geeigneter Stelle erfolgen. Die Karten mit Problembereichen werden dann in eine hierarchische Reihenfolge gebracht, die anzeigt, in welcher Reihenfolge er die Lebensbereiche ansprechen möchte.
- der Patient wählt nur die Karten bzw. Lebensbereiche aus, über die er in Therapie sprechen möchte und bringt diese in eine Reihenfolge. Diese Reihenfolge kann dann verwendet werden, um zusammen mit dem Patienten eine Agenda für die Therapiesitzungen zu erstellen.

Die Problembereiche, die der Patient in der Therapie besprechen möchte, können sich im Laufe der Therapie eventuell auch ändern. Dies sollte dann zu gegebener Zeit berücksichtigt werden und an die Agenda-Planung angepasst werden.

Sinnvoll wäre, wenn sich etwa drei Themen identifizieren lassen, die in den weiteren Sitzungen immer wieder besprochen werden.

6.4 Behandlungsstrategien zur Umsetzung der postulierten Wirkmechanismen

Bei der Besprechung dieser ausgewählten Themen sollen die Behandlungsstrategien realisiert werden, die in diesem Abschnitt beschrieben werden. Unabhängig vom gewählten Thema und den konkreten Inhalten sollen diese Strategien umgesetzt werden.



Die in Kapitel 4 genannten Prinzipien der Beziehungsgestaltung (entspannte Gesprächsatmosphäre schaffen, Humor, Interesse und Empathie zeigen, Selbstöffnung des Therapeuten, Affirmation/Würdigung, Respekt vor der Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten) sollen mit den unten genannten Behandlungsstrategien verknüpft werden d.h. wenn z.B. das implizite Problemlösen angewendet wird und der Patient offensichtlich affektiv stark beteiligt ist, kann man dies empathisch reflektieren.

Die Strategien zur Umsetzung der postulierten Wirkmechanismen sind bzgl. der Umsetzung nicht zu 100% verpflichtend. Die folgenden Ausführungen können als Leitlinien verstanden werden, die in der Regel umzusetzen sind, von denen im Einzelfall aber begründet abgewichen werden kann.

So ist es verbindlich, auf Selbstwertförderung hinzuarbeiten. Wenn jedoch die Methode der Wertklärung mit Hilfe von Karteikarten bei einem Patienten nicht förderlich ist, kann ein anderes Vorgehen gewählt werden.

Zusätzlich zu den postulierten Wirkmechanismen Selbstwertförderung und Aktivierung innerer Ressourcen, Aktivierung äußerer Ressourcen, Beratung und Anleitung sowie Implizites Problemlösen, können Übungsaufgaben zur Verbesserung der Konzentration und Merkfähigkeit, Hilfe bei der Tagesstrukturierung oder Internetrecherchen als Strategien eingesetzt werden. Die genauere Handhabung und Beschreibung dieser Strategien ist unter den Punkten 6.4.6 und 6.4.7 beschrieben.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist keine durchstrukturierte Sitzungsfolge vorgesehen.

6.4.1 Selbstwertförderung

Im Therapiegespräch sollen Stärken, Fertigkeiten, Fähigkeiten des Patienten, positiver Bereiche im Leben des Patienten hervorgehoben werden und negative Statements des Patienten zu sich und seiner Situation relativiert werden. Der Patient soll positive Verstärkung bei Erfolg im Alltag, bei der Arbeit, in der Therapie etc. erhalten. Dies soll nicht im Sinne einer expliziten, reflektierten Schemabearbeitung erfolgen sondern in Form von direkter Verstärkung des Patienten durch den Therapeuten.

Beispiele:

„Sie sind eine gute Hausfrau/gut im Beruf/gut im Sport. Das ist etwas Positives, etwas das sie gut können und worauf sie auch bauen sollen.“

„Sie haben den Mut und die Kraft hierher zu kommen, was vielen Leuten sehr schwer fällt, und hier über ihre Probleme zu sprechen. Das ist in meinen Augen auch eine Stärke und wird ihnen zugute kommen.“

„Sie haben es letzte Woche geschafft und ihren Mann darum gebeten sie nicht mehr anzubrüllen. Das finde ich haben sie sehr gut gemacht, denn dazu gehört schon etwas Selbstüberwindung so klar seine Meinung zu sagen.“

Klagt der Patient zum Beispiel darüber, dass er in seinem Leben gar nichts mehr hinkriegt und sich total hilflos fühlt, kann wie folgt vorgegangen werden.

P: „Mir geht es in letzter Zeit sehr schlecht. Ich habe das Gefühl, dass ich über nichts mehr in meinem Leben wirklich eine Kontrolle habe. Alles was ich anfasse geht schief.“

Th: „Was genau meinen sie denn? Beschreiben sie mir doch mal was in welchem Bereich schief geht.“

P: „Na in der Arbeit/WFB da bekomme ich so gut wie nichts mehr hin. Ich gehe nur noch hin, weil die mich bis jetzt noch nicht gefeuert haben. Und zu Hause sitze ich die meiste Zeit nur herum.“

Th: „Hat den jemand in der Arbeit/WFB bis jetzt zu ihnen gesagt, dass er mit ihrer Leistung



unzufrieden ist? Und was genau bekommen sie denn in der Arbeit nicht hin?“

P: „Na ja, so richtig was gesagt zu mir hat noch keiner was, aber ich habe seit ein paar Wochen eine neue Aufgabe und da weiß ich gar nicht genau was ich da machen soll, so dass ich vor mich hinarbeite. Ich komme mir so dumm vor“

Th: „Aha, sie haben also eine neue Aufgabe bei der sie noch gar nicht eingelernt wurden. Dann können sie ja vieles noch gar nicht wissen. Wie war das denn bevor sie die neue Aufgabe hatten“

P: „Das hat gut geklappt.“

Th: „Dann sind sie ja gar nicht dumm. Ihre alte Arbeit würden sie noch genau so können, denn früher haben sie ja ihre Arbeit gut gemacht.“

P: „Hm, so habe ich das noch gar nicht betrachtet. Oh, das erleichtert mich jetzt, ich habe schon gedacht mein Zustand verschlechtert sich wieder.“

Th: „Ja, da gebe ich ihnen Recht, sie sind nicht dumm und ihr Zustand hat sich nicht verschlechtert. Was könnte man den tun, damit sie mit der neuen Aufgabe besser zurechtkommen? Erzählen sie mir doch mehr darüber wie ihre neue Aufgabe aussieht.“

Ab hier könnte sich das Vorgehen „implizites Problemlösen“ anschließen.

Klärung von Werten

Ein weiterer Aspekt der Selbstwertförderung ist die Klärung von Werten.

Dazu soll ein Gespräch angeregt werden, dass mit Karteikarten strukturiert wird, auf denen verschiedene Werte notiert sind.

Der Patient wird zunächst gebeten, zwei Stapel nach dem Kriterium wichtig/unwichtig zu bilden. Anschließend wird nur noch der „wichtig“-Stapel weiter bearbeitet.

Ein zweites Kriterium wäre „erreicht/nicht erreicht“. Die „erreichten“ Werte können die Basis für eine positive Selbstbeschreibung sein.

Ein drittes Kriterium betrifft die Frage, ob der Patient sich einem Wert noch verstärkt zuwenden möchte.

EHRlichkeit	ZUSAMMENHALT DER FAMILIE	FREUDE AN DER ARBEIT HABEN	GUTER FREUND/ NACHBAR SEIN
FAIRNESS	NEUES KENNENLERNEN (LÄNDER, STÄDTE; HOBBIES)	DINGE GENIEßEN KÖNNEN	POLITISCH AKTIV SEIN
HILFSBE-REITSCHAFT	SOZIAL AKTIV SEIN	RELIGIÖS SEIN	

Erarbeitung von Werten (Es gibt eine elektronische Datei „Karteikarten Werte“, die für das Bedrucken von DIN A4 Blättern verwendet werden kann. Diese Blätter müssen dann nur noch zugeschnitten werden)

6.4.2 Aktivierung von Ressourcen

Progressive Muskelentspannung

Eine weitere konkrete Möglichkeit besteht auch in der Anwendung/ dem Erlernen progressiver Muskelentspannung. Hierdurch würde sich der Patient einen weiteren positiven Aspekt in der Lebensführung erarbeiten.

Die konkrete Durchführung des Entspannungstrainings soll hier nicht im Detail geregelt werden. Sie ist stark von den individuellen Besonderheiten des Patienten abhängig. Im Prinzip sind hier alle publizierten Varianten verwendbar. Einziges Kriterium ist der Lernerfolg des Patienten.

Eine mögliche Trainingsform findet sich auf den beigefügten Arbeitsblättern.

- ☞ [Arbeitsblatt 6a: Progressive Muskelentspannung I](#)
- ☞ [Arbeitsblatt 6b: Progressive Muskelentspannung II](#)
- ☞ [Arbeitsblatt 6c: Progressive Muskelentspannung III](#)
- ☞ [Arbeitsblatt 7: Progressive Muskelentspannung - Kurzform](#)

Es ist sinnvoll, wenn der Therapeut dem Patienten eine Anleitung zur Entspannungsübung (in



Lang- und Kurzform) auf Papier sowie auf einer CD zum Anhören zur Verfügung stellt.

Hinweis: in den Anleitungen wird auf ein „Signalwort“ hingewiesen. Damit ist ein Wort gemeint, dass der Patient mit Entspannung verbindet, wie z.B. „locker“, „Ruhe“, es können aber auch imaginativ angereicherte Worte wie „Strand“ oder „Alm“ verwendet werden. Letztlich ist das Wort beliebig, solange es Signalcharakter für Entspannung hat. Gleiches gilt für das „Ruhebild“, was eine bildhafte Vorstellung eines Ortes oder eines Gegenstandes sein soll, den der Patient mit Entspannung assoziieren kann.

Strategien zur Informationsbeschaffung

Eine andere Art von inneren Ressourcen kann die Fähigkeit zur systematischen Informationsbeschaffung sein. In diesem Sinne kann die Internetrecherche bei allen möglichen Gebieten bzw. Themen zum Einsatz kommen. Als Beispiel sei der Wunsch des Patienten genannt, dass er gern wieder in den Schachverein gehen oder Saxophon spielen lernen wollen würde. Information darüber, wo der nächste Schachverein oder eine Musikschule ist, kann auf diese Weise besorgt werden. Dabei ist das Ziel einer positiven Beziehungsgestaltung „Respekt vor der Autonomie des Patienten“ zu beachten d.h. der Therapeut klärt, ob und wieviel Wissen der Patient über die Internetrecherche hat. Wenn der Patient sich mit Internet-Recherchen nicht gut auskennt, bietet der Therapeut seine Unterstützung an.

Auf diese Weise erlernt der Patient wie er Informationen, die er für die Alltagsbewältigung benötigt, besorgen kann. Durch die dabei erfahrene lobende Unterstützung und ggf. erste erlebte Erfolge sind derartige Therapieinhalte selbstwertförderlich. Die Fertigkeit Informationen effektiv besorgen zu können kommt als weitere Ressource dem Patienten zu gute. Sobald der Patient die Internetrecherche in Ansätzen beherrscht, kann der Therapeut diese Fertigkeit als eine weitere Stärke des Patienten benennen. Erlebt der Patient die Internetrecherche positiv, kann überlegt werden, ob er diese Kenntnisse nicht z.B. im Rahmen eines Volkshochschulkurses, vertiefen möchte.

Konzentration und Gedächtnisfähigkeiten

Nennt der Patient als mögliches Therapieziel die Verbesserung der Konzentration oder der Merkfähigkeit, weil ihm dies im Alltag oder bei der Arbeit helfen könnte, so kann der Therapeut den Patienten mit entsprechenden Übungsaufgaben dabei unterstützen.

Kognitive Übungsaufgaben und Ideen finden sich im Anhang unter Punkt 11.3.

Die Bearbeitung solcher kognitiver Übungsaufgaben soll maximal die Hälfte einer Sitzung in Anspruch nehmen. Ausgehend von der Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten sollten die Übungen zeitlich begrenzt (maximal 25 Minuten) sein.

Bei der Durchführung der Aufgaben soll das Prinzip des fehlerfreien Lernens beachtet werden. Das bedeutet, die Aufgabenschwierigkeit dem Leistungsvermögen des Patienten anzupassen damit der Patienten Erfolge erlebt. Überforderungen sind zu vermeiden. Der zeitliche Umfang soll so beschaffen sein, dass der Patient in der verfügbaren Zeit fertig wird.

Der Therapeut unterstützt den Patienten indem er u.a. Übungsaufgaben vorbereitet, Hinweise für die Lösungen gibt, hilfreiche Fragen und Anregung für Bearbeitungsstrategien ggf. auch mit Hilfe des Internet gibt (Beispielübung: Vier Länder aus Südamerika benennen. Der Therapeut geht mit dem Patienten zusammen ins Internet und erklärt ihm wie er zum Beispiel mit Hilfe von Wikipedia die entsprechende Information finden kann) und den Patienten für Erfolge lobt. Auf diese Weise soll die Therapeut-Patient-Beziehung auch bei diesen Inhalten förderlich erlebt werden können.

Ein Beispiel: Patient X wünschte sich eine Verbesserung der Merkfähigkeit, da er sich im Alltag Sachen so schlecht merken konnte und alles Mögliche immer vergaß. Der Therapeut arbeitete jede Stunde etwa 20-25 Minuten mit dem Patienten an Aufgaben zur Steigerung der Merkfähigkeit. Folgende Übungen wurden dabei wiederholt eingesetzt. Vorlesen einer Kurzgeschichte (von maximal einer halben Seite Länge) durch den Therapeuten, dann stellt der Therapeut dem Patienten hierzu Fragen (z.B. Was für Figuren kommen darin vor? Was ist die



Handlung? Was ist der Ausgang der Geschichte?). Darauf folgen Aufgaben, bei denen der Patient vier Exemplare für eine Kategorie finden muss z.B. Vier säuerliche schmeckende tropische Früchte. Hier folgt der Einsatz des Internets, der Therapeut fragt, ob der Patient sich auskennt oder ob er ihm die Suche im Internet erklären darf. Der Patient verneint sich auszukennen und der Therapeut erklärt dem Patienten das Internet und die entsprechenden Suchmaschinen und Online-Lexika. Nach Abschluss dieser Aufgaben wiederholt der Therapeut Fragen zu der Kurzgeschichte.

Hausaufgaben werden vom Therapeuten nicht aufgegeben. Wenn der Patient üben will und/oder entsprechende Materialien verlangt, können der Therapeut und der Patient gemeinsam nach entsprechenden Materialien recherchieren. In der nächsten Stunde fragt der Therapeut jedoch nicht nach, ob der Patient geübt hat. Erzählt der Patient von sich aus, dass er geübt hat, kann das besprochen werden.

6.4.3 Aktivierung äußerer Ressourcen

Als äußere Ressourcen können die Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Betreuungspersonen, aber auch Einrichtungen (Tagesstätten, Treffs etc.) und Vereine bezeichnet werden, wenn hier Unterstützung für den Patienten verfügbar ist.

Die therapeutische Beziehung soll während der Therapiephase eine wichtige äußere Ressource darstellen. Der Therapeut soll dem Patienten anbieten, während der Dienstzeiten (außerhalb von Therapiesitzungen) telefonisch erreichbar zu sein. Er soll für ihn eine Quelle der Unterstützung sein, ihm zuhören, ihn beruhigen bei Angst und Sorgen. Der Therapeut hat immer dem Anliegen des Patienten zu folgen auch wenn dabei oft Agendaveränderungen nötig sind. Außerdem soll der Therapeut mit dem Patienten klären, wo er sich noch Hilfe holen kann, in seinem sozialen Netzwerk sowie bei Hilfe anbietenden Institutionen. Der Patient soll angeregt werden, Angehörige oder Freunde zu bitten, Dinge für ihn zu tun. Beispiele:

- „Sollten sie den Eindruck haben, dass es ihnen wieder schlechter geht, können Sie ihre Schwester anrufen und sie bitten vorbei zu kommen.“
- „Sollten sie den Eindruck haben, dass es ihnen wieder schlechter geht, gehen sie zu ihrem behandelnden Arzt und fragen sie ob die Medikamente erhöht werden sollen.“
- „Rufen Sie mich an, wenn Sie damit nicht zurecht kommen“
- „Berichten Sie doch nächste Woche, ob Sie damit Erfolg hatten“.

Wenn der Patient ein konkretes Problem hat, bei dem er auf die Hilfe anderer Institutionen oder Personen zurückgreifen kann, kann der Therapeut mit dem Patienten erarbeiten, wer und wo geeignete Ansprechpartner sind. Dabei können auch konkrete Anleitungen gegeben werden.

Rein übende Rollenspiele können angewendet werden d.h. der Therapeut kann mit dem Patienten ein Verhalten einüben, wenn sich dies anbietet. Diese Rollenspiele sollen aber „rein übend“ bleiben, d.h. es sollen nicht neue Kompetenzbereiche erarbeitet werden und kognitive Strategien der KVT wie Wahrnehmungslenkung und Bearbeitung dysfunktionaler Kognition sind nicht einzusetzen. Mögliche Fragen der Nachbearbeitet wären entsprechend: „Wie geht es Ihnen jetzt? Wie fühlen sie sich jetzt? Womit sind Sie zufrieden? Was wollen Sie anders machen?“). Der Therapeut fragt in der nächsten Sitzung auch nicht nach, ob der Patient das geübte Verhalten ausprobiert hat.

Es können auch Gespräche über aktuelle gesellschaftliche oder politische Themen geführt werden. Folgende Fragen und Anregungen könnten hilfreich sein:

- Welche Nachrichten finden Sie gerade interessant?
- Politik, Kultur, Soziales, Klatschpresse....?
- Was ist daran interessant?
- Woher haben sie darüber gehört?
- Was ist ihre Meinung dazu?
- Wollen sie meine Meinung dazu hören?
- Versuchen sie eine Diskussion entstehen zu lassen
- Stellen sie Fragen, die zum Nachdenken anregen.

Dem hier realisierten Konzept supportiver Therapie inhärent ist, dass all diese therapeutische



Unterstützung nur für die Dauer der Therapie erfolgen kann, also nach Therapieende nicht mehr zur Verfügung steht.

6.4.4 Beratung/Anleitung

In der supportiven Therapie ist angemessen, direkt Rat, Anleitung oder Beratung anzubieten. Der Therapeut kann Vorschläge machen oder Anleitung dazu geben, wie der Patient sein Verhalten in den Bereichen Alltag, Wohnen, Arbeiten, Umgang mit anderen angemessener gestalten kann. Der Therapeut kann aber auch Information darüber anbieten, warum es hilfreich sein kann ein bestimmtes Verhalten zu ändern, z.B. sich mehr zu bewegen, indem er die Vorteile für die Gesundheit aufzählt. Bei Beratung in diesem Sinne werden keine psychischen Prozesse reflektiert, sondern konkrete Hinweise für Verhaltensweisen gegeben.

Für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist in der Regel förderlich, wenn der Therapeut sich vor dem Geben von Ratschlägen vergewissert, ob der Patient hierzu Rat haben möchte. Ansonsten kommen hier schnell Konflikte auf.

Werden Ratschläge für den Umgang mit Positivsymptomatik gegeben, weil der Patient diese als Problem hervorgehoben hat, wird nicht nachgefragt, ob der Patient einen Ratschlag umgesetzt hat.

Beispiele

Der Therapeut macht einen Vorschlag dazu, wie der Patient die Haushaltshaltung in seiner Wohnung verbessern könnte: „Versuchen sie doch jeden Tag eine halbe Stunde eine Erledigung im Haushalt zu machen und fangen sie am Montag an die Küche aufzuräumen.“

„Ich kann ihnen Informationen besorgen, wo sie hingehen können, wenn sie Gitarre spielen lernen wollen.“

„Wie wäre es wenn sie ganz langsam anfangen sich ein wenig mehr zu bewegen. Das ist auch gut für ihre Stimmung. Die frische Luft bei z.B. Spazierengehen wird sie beleben und sie bekommen einen freien Kopf.“

„Ich kann ihnen Adressen besorgen, an die sie sich wenden können, um sich beraten zu lassen, wie sie ihre Wohnungssituation verändern können.“

„Wenn sie die Stimmen nächstes mal wieder hören, versuchen sie Fernzusehen oder Musik zu hören, sodass sie sich von den Stimmen ablenken.“

Beratung/Anleitung kann bei verschiedenen Themen eine wesentliche Behandlungsstrategie sein, z.B. bei Themen wie Sport, Ernährungsverhalten, Verändern von sozial unangepasstem oder aggressivem Verhalten. Der Therapeut kann den Patienten darin beraten, wie er sich, statt aggressives Verhalten zu zeigen, besser verhalten kann. Rein übende Rollenspiele können – wie in Abschnitt 6.4.3 beschrieben. Ein weiteres Beispiel: Wenn der Patient z.B. sagt, er möchte keinen Sport machen, weil er das „blöd“ findet, kann der Therapeut Informationen anbieten über die Folgen von Bewegungsmangel und ggf. Übergewicht (falls der Patient übergewichtig ist) den Patienten zu beraten.

Th: „Sie sind Bewegung bzw. Sport so abgeneigt. Was wissen sie den darüber wozu Sport gut sein soll?“

P: „Ja also man hört immer, dass das gut sein soll für die Gesundheit. Aber ich fühle mich körperlich ganz okay und habe keine Probleme damit.“

Th: „Hm, ja das ist natürlich eine pauschale Aussage, dass Sport für die Gesundheit gut sein soll. Aber wissen sie wie und wo genau Sport wirkt bzw. wie er zur Gesundheitsförderung beiträgt?“

P: „Nein, das ist mir nicht so ganz klar.“

Th: „Möchten sie darüber was hören? Ich kann ihnen dazu Information präsentieren.“(A)

P: „Ja, das wäre nicht schlecht, mal mehr darüber zu hören.“



Th: „Regelmäßiger Sport/Bewegung aktiviert ihren Energiehaushalt und ihr Energieverbrauch steigt, was sich positiv oder vorbeugend auf Gewichtszunahme auswirkt. Bewegung stärkt zudem, dass Herz-Kreislauf-System und beugt so möglichen Erkrankungen des Herzens wie Bluthochdruck vor. Zudem konnte in vielen klinischen Studien gezeigt werden, dass Sport / Bewegung gegen niedergeschlagene und schlechte Stimmung hilft....“

Tagesstrukturierung:

Bennent der Patient als mögliches Therapieziel, dass er besser und damit strukturierter durch den Tag kommen möchte, soll der Therapeut vor allem über die Strategie der Beratung und Anleitung und des impliziten Problemlösens dem Patienten behilflich sein.

Eine Unterstützung durch Arbeitsblätter soll nicht erfolgen. Das Prinzip der Selbstverstärkung ist zu vermeiden und die Tagestrukturierung wird nur mündlich besprochen.

6.4.5 Implizite Problembearbeitung

Unterstützung bei der Problembearbeitung des Patienten durch die implizite Anwendung des Problemlösemodells. Implizite Anwendung bedeutet, dass der Therapeut sein Vorgehen nach den entsprechenden Schritten strukturiert, dass jedoch keine Vermittlung dieser Problemlösestrategie erfolgt und somit nicht in reflektierter Weise Problemlösestrategien vermittelt werden. Die Technik besteht darin mit dem Patienten folgende Gesprächspunkte abzuarbeiten:

- Was ist das Problem?
- Wann tritt es auf?
- Was sind seine Folgen?
- Was soll sich verändern bzw. besser werden? Früher-Heute Vergleiche sind hilfreich, um Gesprächsstoff mit den Patienten zu bekommen und können als Einstieg dafür verwendet werden, um in eine implizite Problemlösung einzusteigen. (Bsp. Früher haben sie also viel Sport gemacht, heute treiben sie gar keinen Sport mehr. Was haben sie früher alles gemacht? Was soll wieder so werden wie früher oder gar besser? Haben sie Ideen für eine Lösung? Etc.)
- Lösungsideen sammeln. Hierbei ist es wichtig, das der Therapeut auch Vorschläge macht, denn oft kommt von dem Patienten nichts
- Ziel und Vorgehen festlegen, die Teilschritte bis zur Erreichung definieren
- Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs
- Belohnung bei Zielerreichung

Die Problembearbeitungsstrategie soll dem Patienten gegenüber nicht expliziert werden, um eine zu große Nähe zur kognitiven Verhaltenstherapie zu vermeiden.

Die Sammlung von Lösungsideen sollte vom Therapeuten unterstützt werden. Der Therapeut kann eigene Ideen, Informationsmaterial und Erfahrungen aus anderen Therapien an dieser Stelle einbringen. Die Auswahl, welche Handlungsschritte der Patienten dann in Angriff nehmen möchte, bleibt jedoch vollständig in der Hand des Patienten.

Ein Beispiel für Informationsmaterial ist das Arbeitsblatt Freizeitaktivitäten. Hier sind Aktivitäten aufgelistet, die sich der Patient vornehmen könnte.

☞ Arbeitsblatt 8: Freizeitaktivitäten planen

Beispiele für dieses Vorgehen finden sich in späteren Kapiteln.

6.4.6 Zusammenfassungen

Zusammenfassungen des bisher Besprochenen während einer Therapiesitzung helfen nicht nur den Patienten zu strukturieren, sondern sind auch ein gutes Mittel, um die Thematik zu wechseln.



6.5 **Exemplarische Beschreibung der Behandlungsstrategien für verschiedene Therapieinhalte**

6.5.1 Wohnen

Patient berichtet von der Problematik mit der Wohnsituation

a) Nach Problem der Wohnsituation fragen,

b) Patienten Situationen schildern lassen, in denen das Problem mit der Wohnsituation hervorgeht.

Th: „Können sie mir noch ein wenig mehr über das Problem das sie mit der Wohnung haben berichten?“

P: „Die Situation ist die, dass ich mit meiner Wohnung sehr unzufrieden bin und von daheim ausziehen möchte. Meine Eltern nerven mich total und ich finde allein mein Zimmer zu klein für mich in meinem Alter“

Th: „Was ist so schlimm daran noch daheim zu wohnen? Und was ist problematisch mit ihren Eltern daheim?“

P: „Nun ich finde es ist an der Zeit auszuziehen, andere in meinem Alter wohnen auch nicht mehr daheim. Und meine Eltern sagen mir dauernd was ich zu tun habe, schauen nach ob ich meine Medikamente nehme und wissen alles besser als ich. Sie behandeln mich wie ein kleines Kind. Das nervt mich richtig. Und mit der Mafia stecken sie auch unter einer Decke. Die überwachen mich total und berichten jeden Schritt den ich mache.“

Dann Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen/Würdigung

Beispiele für Reflektion des emotionalen Erlebens:

Th: „Es ist sicherlich schlimm für sie, wenn ihre Eltern dauernd versuchen sie zu Bevormunden. Ich kann verstehen, dass sie sich da sehr kontrolliert fühlen“ (E)

Th: „Ihrer Schilderung nach zu urteilen, fühlen Sie sich daheim kontrolliert und verfolgt.“ Th: „Ich finde es sehr stark von Ihnen wie sie derartige Situation bis jetzt ausgehalten haben, dazu gehört viel Kraft. Sie müssen sich sehr eingeengt fühlen.“ (W)

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Wenn sie sich durch ihre Eltern bedroht fühlen, was sind dann die Folgen? Wie verhalten sie sich in konkreten Situationen?“

P: „Ich werde sehr zornig und wütend und oft werfe ich auch mit“ Gegenständen nach meinen Eltern und gehe dann in mein Zimmer, weil ich sonst noch viel aggressiver werde. Die Stimmung ist dann sehr schlecht daheim und wir reden alle den ganzen Tag nichts mehr miteinander. Das ist sehr bedrückend“

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Was soll sich ihrer Meinung nach an dem Problem verändern oder besser werden?“

P: „Ich möchte, dass die aufhören mir dauernd zu sagen was ich tun soll und den anderen alles über mich erzählen.“

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte, was kann man da tun?“

Abwarten ob Patient Vorschläge macht. Wenn ja, sammeln und auch eigene Vorschläge mit einbringen.

Th: „Ich hätte da ein paar Vorschläge für sie, was sie tun können damit die Situation besser wird. Hätten Sie Interesse, diese zu hören?“ (A)

Th: „Ein Möglichkeit wäre, ihren Eltern zu sagen, dass sie ihnen nicht dauernd alles



vorschreiben sollen und sie selber wissen wie das geht. Sie können sie auch bitten, ihnen nur zu helfen, wenn sie sie darum bitten. Außerdem sollten sie eher ihren Eltern vertrauen und davon ausgehen, dass diese eher zu ihnen halten und anderen Leuten bestimmt nicht alles über sie erzählen, als mit der Mafia zu kooperieren.“

Patienten fragen, ob er soweit alles verstanden hat, eventuell diese noch ergänzen oder nochmals erläutern.

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie diese Dinge nächste Woche daheim mal ausprobieren, wenn die Situation wieder auftritt? Sie können mir dann berichten, ob sich dann in der Arbeit was verändert hat. Wichtig ist, dass sie diese Schritte ausprobieren. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass sie sich darum bemüht haben, die Situation zu verändern. Das ist es was zählt und was sie als Erfolg ansehen sollten“

Anhand dieses Beispiels wurde eine Verknüpfung der positiven Beziehungsgestaltungsstrategien (im Beispiel: Empathisches Reflektieren des affektiven Erlebens und Affirmation/Würdigung) mit der Behandlungsstrategie „implizites Problemlösen“ verknüpft.

Wichtig ist nicht auf die Metaebene zu gehen und die einzelnen Problemlöseschritte zu benennen. Der Auftrag die Lösungsschritte umzusetzen soll dabei auch nicht im Sinne von Hausaufgaben umgesetzt werden. Sie Sitzungsstruktur-Punkt.

6.5.2 Freizeitgestaltung

Die Freizeitgestaltung sollte mit jedem Patienten im Verlauf der Therapie angesprochen werden. Falls dies bereits der Fall gewesen ist, sollte der aktuelle Stand zusammengefasst werden, nach dem aktuellen Stand gefragt werden und die Einschätzung des Patienten eingeholt werden, ob er ein Problem in diesem Bereich sieht.

Die Verknüpfung von positiven Beziehungsgestaltungsstrategien und Behandlungsstrategien wird auch im unten genannten Beispiel der Freizeitaktivität deutlich. Empathisches Reflektieren, Würdigung, Respekt vor der Autonomie des Patienten werden mit implizitem Problemlösen und Beratung/Anleitung zusammen angewendet.

a) Nach Problemen bei der Freizeitgestaltung fragen

Th: „Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit?“

P: „Ich mache seit es mir so schlecht geht gar nichts mehr. Ich fühle mich immer total schlapp und habe zu nichts Lust.“

Th: „Das muss für sie ja dann oft langweilig sein, wenn sie sich zu nichts aufraffen können und ihre Lustlosigkeit scheint ihnen zuzusetzen. (E)

P: „Ja, das stimmt. Ich finde es sehr schade, dass ich gar nichts mehr mache.“

Th: „Wie war das den vor ihrer Erkrankung?“

P: „Damals war es viel besser. Ich bin zweimal die Woche zum Sport gegangen und habe auch sehr gerne für andere gekocht. Heute ist mir das alles zuviel.“

Th: „Es scheint ein Problem für sie zu sein, dass sie so gar nichts mehr machen und wenn sie sich mit früher vergleichen, dann geht es ihnen schlecht, weil sie diese Lücke in ihrem Leben sehen.“ (E)

P: „Ja.“

b) Patienten Situationen schildern lassen, in denen das Problem mit der Freizeit hervorgeht.



Th: „Können sie mir einen typischen Tag schildern, an dem sie Zeit haben aber trotzdem nichts tun?“

P: „Die Situation ist die, dass ich z.B. dienstags immer frei habe, weil ich nur noch 50% arbeite. Ich stehe so um die Mittagszeit auf und dann setze ich mich ins Wohnzimmer aufs Sofa und oft mache ich nicht mal den Fernseher an, sondern starre einfach vor mich hin. Dabei geht es mir nicht mal besonders gut, wenn ich nur so da sitze, oft fange ich an darüber nachzudenken wie schlimm alles für mich geworden ist.“

Dann Reflektieren des emotionalen Erlebens und/ oder Affirmationen/Würdigung:

Th: „Wie sie das Schildern scheinen sie wirklich nichts mit sich anzufangen zu wissen und es würde mich auch niedergeschlagen machen, wenn ich nur über meine Situation nachdenken würde. (E)

Dass sie dann so bedrückt sind ist in so einer Situation gut nachvollziehbar?“ (W)

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Wenn sie also nur so da sitzen und nichts tun, was sind denn ihrer Meinung nach die Folgen davon?“

P: „Ich verschwende den Tag und abends stelle ich fest, dass ich wieder nichts auf die Reihe gekriegt habe in meiner Freizeit. Dann gehe ich sehr zornig und frustriert über mich selber ins Bett und dann kann ich nicht gleich einschlafen, weil ich so aufgeregt bin.“

Th: „Das scheint sie ja wirklich sehr zu beschäftigen, wenn sie dann abends so aufgewühlt zu Bett gehen.“ (E)

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Was soll sich ihrer Meinung nach an dem Problem verändern oder besser werden?“

P: „Ich möchte, dass wieder an einen Punkt komme an dem ich wieder was mit meiner Freizeit anzufangen weiß.“

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte, was kann man da tun?“

Abwarten ob Patient Vorschläge macht. Wenn ja, sammeln und auch eigene Vorschläge mit einbringen (z.B. mit dem AB Freizeitaktivitäten).

Th: „Ich hätte da ein paar Vorschläge für sie, was sie tun können damit die Situation besser wird. Interessiert sie das?“ (A)

Th: „Ein Möglichkeit wäre, ob sie wieder langsam versuchen wollen Sport zu machen, indem sie eventuell mit Spaziergängen langsam wieder anfangen. Sie können ja eventuell auch mal wieder nur einen Freund einladen und erstmal nur für ihn kochen.“ (B)

P: „Ich habe nun schon so lange nicht mehr Sport gemacht, dass ich gar nicht weiß ob ich nochmals damit anfangen möchte. Und viele meiner Freunde haben sich von mir abgewendet seit meiner Erkrankung. Das ist echt traurig“

Th: „Sie scheinen sich noch unschlüssig zu sein, was sie in ihrer Freizeit machen wollen (E), aber sie wollen auf jeden Fall wieder etwas machen, habe ich sie da richtig verstanden?“

P: „Ja, das ist richtig.“

Patienten fragen, ob er soweit alles verstanden hat, eventuell seine Vorschläge bzw. Lösungsideen diese noch ergänzen oder nochmals erläutern.

Th: „Ich habe hier ein Arbeitsblatt (Nummerierung von Kapitel abhängig) für sie, auf dem



mehrere Freizeitaktivitäten aufgelistet sind, wenn sie sich das hier mal durchsehen wollen und dann ankreuzen, ob und was davon sie sich vorstellen können.“ (B)

Wenn Patient was auswählt und sich das vorstellen kann:

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

Th: „Haben sie eine Idee wie sie damit beginnen können malen zu lernen?“

Gegebenenfalls hier dem Patienten auch abhängig von seiner Antwort helfen.

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie also bis nächste Woche sie ein Kursbuch mit den dazugehörigen Materialien besorgen und dann mal dienstags einfach mit dem Malen beginnen? Sie können mir dann berichten, ob sich dann was für sie verändert hat und wie es ihnen dabei ging.“

6.6 Umgang mit medikamentöser Non-Compliance

In die Studie können auch Patienten eingeschlossen werden, die eine indizierte antipsychotische Medikation ablehnen.

In diesem Fall sollen folgende Aspekte vom Patienten erfragt werden:

- wurde ihm schon einmal eine antipsychotische Medikation angeboten?
- Aus welchen Gründen hat er sich dagegen entschieden?
- War die Medikamenteninformation ausreichend?
- Was müsste geschehen, damit er sich dafür entscheiden könnte?

Das durch diese Fragen skizzierte Gespräch soll sicherstellen, dass die Ablehnung der Medikation nicht einfach aus einem Informationsdefizit heraus geschah. Wenn der Patient zu diesem Thema eine entschiedene Haltung zum Ausdruck bringt, erfolgt keine weitere Besprechung der Indikation für antipsychotische Medikation. Falls der Patient Interesse äußert, ist er an den behandelnden Psychiater zu verweisen. Falls der Patient hier keine Gesprächsbereitschaft zeigt, ist dies vom Therapeuten zu akzeptieren. Hier soll nicht insistiert werden.



7 Umgang mit positiven Symptomen

In diesem Abschnitt soll beschrieben werden, wie die supportive Therapie in Bezug auf positive Symptome unspezifisch bleiben kann. Es muss von Beginn der Therapie an damit gerechnet werden, dass Patienten Probleme im Zusammenhang mit psychotischen Symptomen ansprechen, so dass das entsprechende Vorgehen von der ersten Sitzung an realisiert werden muss.

Der Therapeut wird nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten hinsichtlich eines positiven Symptoms tätig. Berichtet der Patient zwar positive Symptomatik, erwähnt diese jedoch nicht ausdrücklich als Problem, so soll bald wieder auf ein anderes Thema zurückgekommen werden.

Die beiden zentralen Prinzipien, die bei Berichten und Problemen des Patienten, in denen psychotische Symptome angesprochen sind, angewendet werden sollen, sind:

- implizite Anwendung des Problemlösemodells
- Herausarbeiten von unbeeinträchtigten Lebensbereichen.

Diese beiden Prinzipien werden unten näher erläutert.

Die in Kapitel 4 genannten Beziehungsgestaltungsstrategien sollen selbstverständlich auch bei der Bearbeitung der Positivsymptomatik anhand des impliziten Problemlösemodells angewendet werden (entspannte Gesprächsatmosphäre schaffen, Humor, Interesse und Empathie zeigen, Selbstöffnung des Therapeuten, Affirmation/Würdigung, Respekt vor der Autonomie und Selbstverantwortung des Patienten). Wenn z.B. der Patient bei der Bearbeitung des Problems „Stimmen hören“ offensichtlich affektiv stark beteiligt ist, sollte darauf empathisch reagiert werden und/oder seine schwierige Situation gewürdigt werden („Es ist sicher nicht einfach, die Stimmen auszuhalten“).

Grundsätzliche Prinzipien dafür, was nicht getan werden soll, sind die folgenden:

- Der Therapeut soll nicht von sich aus positive Symptome ansprechen. Diese sollen nur auf Initiative des Patienten thematisiert werden.
- Die Patienten sollen nicht darauf hingewiesen werden, dass Ihre Beschwerden als Krankheitssymptom verstanden werden können.
- Es soll keine Psychoedukation über psychotische Symptomatik stattfinden.
- Auf die positiven Symptome des Patienten soll nicht mit sogenannten Kollusionen reagiert werden.

Es sollen insbesondere keine kognitiv-behavioralen Techniken eingesetzt werden, d.h. der Umgang des Patienten mit Wahngedanken und Halluzinationen wird nicht systematisch bearbeitet.

- Keine Wahrnehmungslenkung
- Kein geleitetes Entdecken/keine systematische, angeleitete Realitätsprüfung
- Keine Tagebuchführung
- Keine kognitive Bearbeitung der Symptome
- Keine Bearbeitung dysfunktionaler Schemata
- Keine systematische Erarbeitung von Bewältigungsstrategien bei Halluzination oder Wahn

7.1 Implizites Problemlösen

Wenn der Patient positive Symptome thematisiert, soll eine Gesprächsstrategie realisiert werden, die implizit dem Problemlösemodell folgt.

Implizit bedeutet dabei, dass der Therapeut dem Vorgehen des Problemlösemodells folgt, dies jedoch nicht explizit als Strategie einführt und auch nicht während der Arbeit immer wieder Bezug auf die aktuelle Bearbeitungsphase nimmt.

Bei der Bearbeitung der Symptomatik kommt es im Sinne der supportiven Therapiestrategie oft



vor allem darauf an, die Symptomatik zu akzeptieren und im Alltag einen angemessenen Umgang damit zu finden. Ein verkürztes, aber vergnügliches Beispiel für den Umgang mit dem Wahn ohne dessen Bearbeitung, ist in folgendem Witz zu finden.

Bubba went to a psychiatrist.
 C: "I've got problems. Every time I go to bed I think there's somebody under it. I'm scared. I think I'm going crazy."
 Psych: "Just put yourself in my hands for one year," said the shrink. "Come talk to me three times a week, and we should be able to get rid of those fears.."
 C: "How much do you charge?"
 Psych: "Eighty dollars per visit, replied the doctor."
 C: "I'll sleep on it," said Bubba.
 Six months later the doctor met Bubba on the street.
 Psych: "Why didn't you ever come to see me about those fears you were having?" asked the psychiatrist.
 C: "Well Eighty bucks a visit three times a week for a year is an awful lot of money! A bartender cured me for \$10. I was so happy to have saved all that money that I went and bought me a new pickup!"
 Psych: "Is that so! And how, may I ask, did a bartender cure you?"
 C: "He told me to cut the legs off the bed! – Ain't nobody under there now !!!"

Das gleiche Prinzip der Lösung für Probleme mit dem Wahn muss also für diese supportive Therapiebedingung durch Anwenden des impliziten Problemlösemodells gelten. An diesen Punkt, wird man in der CBT Bedingung nach Ausschöpfung aller Mittel eventuell auch kommen nur dass in der CBT Bedingung das Problemlösemodell explizit angewendet werden kann.

Die beiden folgenden Abschnitte geben ein Beispiel für dieses Vorgehen.

7.1.1 Exemplarisches Vorgehen bei Wahn

Beispiel 1

a) Problembeschreibung

Th: „Können sie mir noch ein wenig mehr über [] berichten? Es wäre gut, wenn Sie mir mehr Beispiele geben [wo sie Stimmen gehört haben, wo sie beeinflusst wurden] wo sie sich verfolgt gefühlt haben?!“

P: „Es war bei der Arbeit voll schlimm. Mein Chef legt mir immer Steine in den Weg gelegt und die Kollegen haben meine Arbeit gestört. Alle haben hinter meinem Rücken über mich gelacht und versucht, mich fertig zu machen.“

Th: „Wann trat das Problem denn auf? Und wie fühlten sie sich in dieser Situation?“

P: „Letzte Woche als ich meinen Teil für unser gemeinsames Projekt abschließen sollte. Ich fühlte mich von allen angegriffen und regelrecht verfolgt: Jeder kam rein und hat mich gestört und irgendetwas Unwichtiges gefragt. Als ich dann zum Automaten ging, um mir einen Kaffee zu holen, haben alle Kollegen dort angefangen zu lachen als ich wieder weg ging. Ich kam mir so bescheuert vor und fühlte mich umkreist und in die Enge getrieben. Ich konnte mich dann auch gar nicht mehr auf die Arbeit konzentrieren.“

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen

Th: „Diese Situation ist für sie sicher äußerst beängstigend gewesen“ (E)



Th: „Ihrer Schilderung nach, haben sie sich sehr bedroht gefühlt“ (E)

Th: „Da gehört viel Kraft dazu, eine derartige Situation bis jetzt ausgehalten haben. Sie müssen sich sehr erschöpft fühlen.“ (W)

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Als sie sich so bedroht und in die Enge getrieben fühlten in der Situation am Automaten und im Büro, was geschah dann?“

P: „Ich ging am ganzen Körper zitternd und mit dem Gedanken, dass die mich alle fertig machen wollen wieder in meine Büro. Ich saß dann am Schreibtisch und konnte mich gar nicht mehr konzentrieren. Mir fielen dann die vielen anderen Male ein wo mich wieder alle fertig machen wollten. Bei der Situation im Büro als ich unbedingt fertig werden musste, habe ich mich sehr darüber aufgeregt, dass mich alle stören und war dann sehr patzig zu denen. Mir wurde dann so heiß, dass ich meinen Kaffee umgeschmissen habe und wieder nicht arbeiten konnte.“

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Was soll sich an dem Problem verändern oder besser werden, dass ihrer Meinung nach die Arbeitskollegen und ihr Chef sie nicht mögen?“

P: „Ich möchte, dass die aufhören mich absichtlich bei der Arbeit zu stören und aufhören über mich zu lachen und fertig zu machen.“

Th: Wenn ich Sie richtig verstanden haben, dann haben Sie derzeit keinen Einfluss darauf, wann die Verfolgung beginnt oder aufhört. Vielleicht sollten wir überlegen, was Sie tun können, damit das erträglicher wird? Gibt es etwas, was Sie verändern können?

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte, was kann man da tun?“

Th: „Würde Sie ein Vorschlag von mir interessieren? (A)

An dieser Stelle wird dem Patienten Zeit gegeben, um Vorschläge zu entwickeln. Zusätzlich kann der Therapeut Vorschläge mit einbringen.

Th: „Mir fällt folgendes ein, was Sie vielleicht mal versuchen könnten. Eine Möglichkeit wenn sie sich im Büro gestört fühlen, wäre die wichtige Arbeit auf ruhigere Stunden zu verschieben oder die Kollegen darum zu bitten, sie in den nächsten Stunden nicht mehr zu stören, oder mit den Kollegen abzumachen, wann sie bestimmte Anliegen mit ihnen klären können. Eine andere Alternative wäre, um mehr Zeit für das Projekt zu bitten oder um Hilfe zu bitten. Für die Situation am Automaten wäre es eventuell sinnvoll, die Kollegen höflich zu fragen, was den so lustig sei oder an den Automaten hinzugehen, wenn keiner dort herumsteht.“

Die Vorschläge werden jetzt im gemeinsamen Gespräch präzisiert und diskutiert.

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

Th: „Wenn sie also sagen, dass sie nicht mehr gestört werden möchten und die anderen nicht über sie lachen sollen: welcher der möglichen Schritte könnten Sie mal ausprobieren?“

Gegebenenfalls soll auch hier dem Patienten geholfen werden.

Th: „Sie können also nächstes Mal die Kollegen und ihren Chef bitten, ob bestimmte Dinge nicht warten können, damit sie in Ruhe das dringende Projekt abschließen können. Wenn sie den Eindruck haben, dass Kollegen über sie lachen, können sie sie fragen, worüber sie lachen.“

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie diese Dinge nächste Woche bei der Arbeit mal ausprobieren, wenn die



Situation wieder auftritt? Sie können mir dann berichten, ob sich dann in der Arbeit was verändert hat. Wichtig ist, dass sie diese Schritte ausprobieren. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass sie sich darum bemüht haben, die Situation zu verändern. Das ist es was zählt und was sie als Erfolg ansehen sollten.“

Beispiel 2

Beispiel 2 (unter Einbeziehung weiterer Strategien wie z.B. Ressourcenaktivierung)

a) Problembeschreibung

P: „Ich höre immer wieder, wie eine Frauenstimme meinen Namen ruft. Es ist so, als ob sie was von mir wollte und sie ist so laut, dass ich sie nicht einfach ignorieren kann. Die leiseren Stimmen, die immer durcheinander sprechen und die ich fast nie richtig verstehen kann, kann ich unterdrücken, indem ich mir Kopfhörer aufsetze. Aber diese eine Frauenstimme ist so durchdringend, dass ich einfach nicht dagegen ankomme. Wenn ich sie frage, was sie denn von mir will und warum sie immer meinen Namen ruft, bekomme ich keine Antwort.

Die Problembeschreibung sollte dann laufend präzisiert werden...

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen

Th: „Es muss für sie sehr anstrengend und stressig sein, diese Stimme fast die ganze Zeit über zu hören.“ (E)

Th: „Ich bin sehr beeindruckt, wie sie bis jetzt diese Stimmen ertragen. Dazu gehört viel Kraft. Sie müssen zum Teil sehr müde und erschöpft sein, da sie nie richtig abschalten können.“ (W)

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Wenn sie also diese Stimmen fast die ganze Zeit über hören, was machen sie dann?“

P: „Na ja, wie ich schon sagte, versuche ich mich durch Musik hören über Kopfhörer von den Stimmen abzulenken, das gelingt mir auch ganz gut bis auf diese eine Stimme. Meine Auseinandersetzung mit ihr bringt einfach nichts.“

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Sie haben mir berichtet, dass die Stimme kommt und geht wie sie will und dass Sie da nur wenig Einfluss darauf erleben. Habe ich das richtig verstanden?“

Th: Vielleicht wäre es dann schon viel, wenn Sie die Stimme einfach nur besser aushalten könnten?

Th: Was soll sich denn verändern oder verbessern was die Stimmen angeht?

P: „Also wenn ich diese eine Stimme schon nicht ganz weg bekomme, dann möchte ich sie wenigstens besser ignorieren können.“

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte, was kann man da tun?“

Aktivieren innerer Ressourcen bzw. Selbstwertstärkung und Beratung/Anleitung:

Th: „Ich finde es toll, dass es ihnen bereits gelungen ist mit den anderen Stimmen immerhin besser umgehen zu können, indem sie sich ablenken. (S)

Was machen sie denn besonders gerne in ihrer Freizeit oder gibt es Dinge, in die sie sich so richtig vertiefen können?“

P: „Ja also ich lese gerne spannende Bücher und ich bastele gerne an meinem Auto rum, wann immer ich Zeit habe.“



Th: „Wenn sie diese Dinge tun, was ist denn dann mit den Stimmen?“

P: „Seit dass mit den Stimmen angefangen hat, gehe ich diesen Hobbies kaum noch nach.“

Th: „Was halten sie von der Idee, wenn sie wieder mit ihren Hobbies langsam anzufangen und diese als Ablenkung gegen die Stimmen und besonders gegen diese eine laute Stimme einzusetzen? Ich könnte mir vorstellen, dass sie alle Stimmen eventuell kaum noch wahrnehmen wenn sie in ein richtig spannendes Buch vertieft sind oder mit der Lösung eines Autoproblems beschäftigt sind.“ (S) / (B) / (iP Lösungsideen sammeln)

Aktivierung äußerer Ressourcen:

Th: „Eine Alternative wäre, dass sie versuchen ihre Umwelt zur Hilfe zu nehmen um sich von den Stimmen abzulenken. Könnten sie jemanden fragen, mit dem sie dann was unternehmen oder mit dem sie sich unterhalten können. (Ra)

P: „Ich könnte meine Mutter fragen, ob sie mit mir spazieren geht und mir ein wenig von ihrer Arbeit erzählt. Oder ich frage einen Freund, ob wir mal zusammen ins essen gehen.“

An dieser Stelle, muss man als Therapeut nicht zwangsläufig noch eigene andere Vorschläge einbringen, wenn dem Patienten selber genügend sinnvolle Lösungsideen eingefallen sind.

Die Vorschläge werden jetzt im gemeinsamen Gespräch präzisiert und diskutiert

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

Th: „Wenn sie also sagen, dass sie weitere Ideen zur Ablenkung gerne ausprobieren möchten, welche der möglichen Ideen könnten Sie mal ausprobieren?“

Gegebenenfalls hier dem Patienten auch abhängig von seiner Antwort helfen.

Th: „Wie sie also sagten, möchten sie gerne mal ihre Mutter oder auch Freunde bitten, sie bei der Ablenkung zu unterstützen. Dann könnten sie ja bis nächstes mal versuchen, die Vorschläge mal auszuprobieren.“

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie diese Dinge nächste Woche mal ausprobieren, wenn die Situation wieder auftritt? Sie können mir dann berichten, ob sich was verändert hat. Wichtig ist, dass sie diese Schritte ausprobieren. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass sie sich darum bemüht haben, die Situation zu verändern. Das ist es was zählt und was sie als Erfolg ansehen sollten.“

7.1.2 Exemplarisches Vorgehen bei Halluzinationen

In der kognitiven Verhaltenstherapie für positive Symptome ist das Ziel die Interpretation der erlebten Halluzinationen zu verändern und zu einer Neubewertung dieser zu kommen. Daran gekoppelt sind die Führung eines Tagebuchs, Realitätstesten und Bearbeitung von Schemata, die zu diesen Interpretationen geführt haben. All diese Strategien sollen hier nicht verwendet werden.

Allerdings verwenden Patienten häufig aus eigener Initiative Distraktionsstrategien. Diese werden auch von Freunden und Angehörigen oftmals vorgeschlagen. Vor diesem Hintergrund ist es im Rahmen der supportiven Therapie möglich, dass der Therapeut einzelne Distraktionsstrategien vorschlägt, wenn der Patient keine eigenen Ideen benennt. Diese werden jedoch nicht auf einem Arbeitsblatt präsentiert und werden auch nicht im Sinne von Hausaufgaben der Reihe nach erarbeitet.

a) Problembeschreibung

Th: „Können sie mir noch ein wenig mehr über das Problem ihrer Symptome berichten? Es wäre gut, wenn Sie mir mehr Beispiele geben wo sie Stimmen gehört haben und was genau haben die Stimmen gesagt?!“



P: „ Zum Beispiel gestern bei uns zu Hause, hörte ich wieder diese kalte und befehlende Stimme, die mir sagte, dass ich eine Schlampe sei, unfähig und zu nichts zu gebrauchen sei.“

Th: „Wann genau hörten sie die Stimmen? Und wie fühlten sie sich in dieser Situation?“

P: „Die Stimme fing an als ich morgens im Bett lag und mich noch nicht aufrufen konnte irgend etwas zu tun. Eigentlich hätte ich in der Wohnung viele Dinge zu erledigen gehabt. Als dann diese Stimme auch noch anfang mich zu beschimpfen, fühlte ich mich so wertlos und hilflos. Das war ein schlechter Vormittag.“

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen

Th: „Diese Situation muss für sie sehr schlimm gewesen sein“ E

Th: „Diese Stimmen sind ja sehr verletzend. Das ist sicher schwierig auszuhalten“ -> E

Th: „Ich finde es sehr stark von Ihnen wie sie derartige Situation bis jetzt ausgehalten haben, dazu gehört viel Kraft. Sie müssen sich sehr nutzlos und respektlos behandelt gefühlt haben.“ W

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Als sie diese Stimme so anbrüllte, was geschah dann?“

P: „Mir ging es dann so schlecht, dass ich meinen Kopf in meine Hände vergrub. Ich versuchte sogar meine Ohren zuzuhalten um ja nichts mehr zu hören, aber all das nützte nichts. Die Stimme hat dann aber einfach weitergemacht und ich habe dann versucht mit ihr zu streiten, sie wurde dann aber nur noch schlimmer mit den Beschimpfungen, so dass ich sehr niedergeschlagen war“

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Wie sähe denn eine Verbesserung für Sie aus?“

P: „Ich möchte, dass die Stimme aufhört mich anzubrüllen und zu beleidigen.“

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte, was kann man da tun?“

Abwarten ob Patient Vorschläge macht. Wenn ja, sammeln und auch eigene Vorschläge mit einbringen.

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

Th: „Wenn sie also sagen, dass sie nicht mehr angebrüllt werden wollen. Was wäre dann ein möglicher Schritt von denen die wir erarbeitet haben, den sie umsetzen können?“

Gegebenenfalls hier dem Patienten auch abhängig von seiner Antwort helfen.

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie diese Dinge nächste Woche daheim mal ausprobieren, wenn die Situation wieder auftritt? Sie können mir dann berichten, ob sich daheim was verändert hat. Wichtig ist, dass sie diese Schritte ausprobieren. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass sie sich darum bemüht haben, die Situation zu verändern. Das ist es was zählt und was sie als Erfolg ansehen sollten“

Wie oben beschrieben sollen die einzelnen Problemlöseschritte nicht explizit im Sinne der Strategievermittlung benannt und eingeübt werden. Der Auftrag die Lösungsschritte umzusetzen soll dabei auch nicht im Sinne von Hausaufgaben umgesetzt werden. Der Therapeut fragt in der nächsten Sitzung auch nicht nach, ob der Patient dies umgesetzt hat und wie es ihm dabei ging.

7.1.3 Taktile Halluzinationen

a) Problembeschreibung



Th: „Können sie mir noch ein wenig mehr über [....] berichten?“

P: „Es krabbeln ganz viele kleine Würmer unter meiner Haut. Sie sind so klein, dass man sie von außen nicht sehen kann, aber ich spüre sie ganz genau. Das ist schrecklich. Manchmal bewegen sie sich so schnell, dass ich mich auf gar nichts anderes als auf dieses schreckliche Gefühl konzentrieren kann.“

Th: „Wann haben Sie das zum letzten Mal erlebt? Und wie fühlten sie sich in dieser Situation?“

P: „Letzte Woche als ich daheim in meinem Zimmer saß und fernsah. Plötzlich spürte ich wie diese Bewegungen unter der Haut anfangen und dann habe ich angefangen mich zu fürchten, weil ich Angst habe, dass diese Würmer in mein Gehirn krabbeln und ich dann bald tot bin.“

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmation

Th: „Diese Situation ist für sie sicher äußerst beängstigend gewesen“ (E)

Th: „Oh, das hört sich sehr unangenehm und besorgniserregend an.“ (E)

Th: „Ich finde es sehr stark von Ihnen wie sie derartige Situationen bis jetzt ausgehalten haben, dazu gehört viel Kraft. Sie müssen sehr viel Angst gehabt haben.“ (W)

c) Konsequenzen abfragen

Th: „Als sie dieses Krabbeln unter ihrer Haut spürten, was geschah dann bzw. was machten sie darauf?“

P: „Zuerst zog ich mich in mein Bett unter die Decke zurück und betete, dass das Krabbeln bald aufhören würde. Aber das wurde nur noch schlimmer je mehr ich daran dachte und ich fing schon an am ganzen Körper zu zittern.“

Th: „Sie müssen sich sehr verloren und hilflos gefühlt haben.“ Wie haben Sie es denn geschafft, sich wieder etwas zu beruhigen?

d) Veränderungs- bzw. Verbesserungsfrage

Th: „Was soll sich an dem Problem verändern oder besser werden?“

P: „Ich möchte, dass dieses Krabbeln aufhört und die Würmer unter meiner Haut verschwinden und mich in Ruhe lassen.“

Th: Wenn ich Sie richtig verstanden haben, dann haben Sie derzeit keinen Einfluss darauf, wann die Würmer sich stark oder weniger stark bewegen. Vielleicht sollten wir überlegen, was Sie tun können, damit das erträglicher wird? Gibt es etwas, was Sie verändern können?

e) Lösungsideen sammeln

Th: „Ob die Würmer verschwinden und das Krabbeln auch ganz weg geht, kann ich Ihnen nicht versprechen. Aber wir können gemeinsam versuchen Lösungen zu finden, wie sie sich in solchen Situationen wenn es auftritt verhalten können bzw. was sie dann tun können. Was halten sie von meinem Vorschlag (A)

Th: „Haben sie Ideen wie es wieder besser werden könnte oder was man da tun kann?“

Zunächst sollen Vorschläge und Ideen des Patienten Platz haben, erst dann bringt auch der Therapeut Ideen ein.

Th: „Würde Sie ein Vorschlag von mir interessieren? (A)

Th: „Mir fällt folgendes ein, was Sie vielleicht mal versuchen könnten. Eine Möglichkeit mit diesem Krabbeln umzugehen ist, sich nicht so sehr auf dieses Gefühl des Krabbelns unter der Haut zu konzentrieren, sondern sich statt dessen abzulenken indem sie sich z.B. einen



Kopfhörer aufsetzen und dann einen Spaziergang draußen an der frischen Luft machen.

Th: Eine andere Idee ist folgende: Wenn sie dabei immer sehr angespannt sind, kann ich ihnen auch anbieten, dass sie eine Entspannungstechnik zusammen mit mir lernen. Sie könnten versuchen, ob Entspannungsübungen Ihre Gefühle unter der Haut verändern. Manchmal trägt Stress zur Verstärkung solcher Probleme bei. Wie denken Sie darüber?

Die Vorschläge werden jetzt im gemeinsamen Gespräch präzisiert und diskutiert

f) Ziel und Vorgehen festlegen:

Th: „Wenn sie also sagen, dass sie versuchen wollen besser mit dem Krabbeln unter ihrer Haut klar zu kommen, welcher der möglichen Schritte könnten Sie mal ausprobieren?“

Th: „Sie würden also zuerst die Idee, sich mit Musik und Spazieren gehen abzulenken mal ausprobieren. Und dann sehen wir mal weiter.“

g) Messbarkeit der Zielerreichung und des Erfolgs:

Th: „Möchten sie diese Dinge nächste Woche mal ausprobieren, wenn die Situation wieder auftritt? Sie können mir dann berichten, ob sich dann was verändert hat. Wichtig ist, dass sie diese Schritte ausprobieren. Dabei kommt es vor allem darauf an, dass sie sich darum bemüht haben, die Situation zu verändern. Das ist es was zählt und was sie als Erfolg ansehen sollten“

(wie oben dargelegt, wird dies nicht als Hausaufgabe verstanden und auch nicht in der nächsten Stunde vom Therapeuten erfragt)

7.2 Fokussieren auf unbeeinträchtigte Lebensbereiche

Die zweite Strategie im Umgang mit positiven Symptomen in der Supportiven Therapie ist es, das Gespräch nach der ausdrücklichen Kenntnismahme des Problems auf unbeeinträchtigte Lebensbereiche zu führen.

Auch dies soll an Beispielen erläutert werden.

7.2.1 Exemplarisches Vorgehen bei Wahn

a) Patienten Situationen schildern lassen, in denen die positiven Symptome aufgetreten sind.

Th: „ Es wäre gut, wenn Sie mir mehr Beispiele geben wo sich verfolgt gefühlt haben.“

P: „Es war bei der Arbeit voll schlimm. Mein Chef hat mir immer wieder Steine in den Weg gelegt und die Kollegen haben meine Arbeit gestört. Alle habe hinter meinem Rücken über mich gelacht und mich fertig gemacht.“

Th: „Wann traten die Symptome auf? Und wie fühlten sie sich in dieser Situation?“

P: „Letzte Woche als ich meinen Teil für unser gemeinsames Projekt abschließen sollte. Ich fühlte mich von allen angegriffen und regelrecht verfolgt: Jeder kam rein und hat mich gestört und irgendetwas Unwichtiges gefragt. Als ich dann zum Automaten ging um mir einen Kaffee zu holen, haben alle Kollegen dort angefangen zu lachen als ich wieder weg ging. Ich kam mir so bescheuert vor und fühlte mich umkreist und in die Enge getrieben. Ich konnte mich dann auch gar nicht mehr auf die Arbeit konzentrieren.“

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen:

Th: „Diese Situation ist für sie sicher äußerst beängstigend gewesen“ E

Th: „Ihrer Schilderung nach zu urteilen, haben sie sich sehr bedroht und verfolgt E gefühlt“

Th: „Ich finde es sehr stark von Ihnen wie sie derartige Situation bis jetzt ausgehalten haben, dazu gehört viel Kraft. Sie müssen sich sehr ausgegrenzt gefühlt haben.“ W

c) Nach Erfolgen bei der Arbeit oder nach Dingen die gut laufen fragen:

Th: „Wir haben nun über sehr belastende Situationen für sie gesprochen. Gibt es Beispiele von früher als es in der Arbeit noch besser lief? Gibt es Kollegen, die sie mögen oder Situationen wo



sie erfolgreich waren?“

P: „Ja, ich weiß nicht. Als ich einen Vorschlag zur Lösung eines Problems letztens machte, war mein Chef dann begeistert. Und der Kollege aus der anderen Abteilung ist immer nett zu mir.“

Th: „Aha, sie können also durchaus wichtige Beiträge leisten in der Arbeit leisten und es gibt also einen Kollegen der nett ist. Dann ist ja nicht alles bei der Arbeit so schlecht oder?!“

Th: „Ich finde es sehr gut von ihnen, dass sie so offen bereit sind, die Probleme anzugehen, die sie belasten. Das ist wirklich eine Stärke, die ihnen in der Therapie helfen wird voranzukommen.“ (W)

d) Zusammenfassung und Wechsel der Thematik durch offene Frage:

Th: „So wie ich sie verstanden habe, fühlen sie sich in der Arbeit oft in die Enge gedrängt und von ihren Kollegen und ihrem Chef eher gemobbt. Sie haben den Eindruck die vielen Arbeitsunterbrechungen von Kollegen und ihrem Chef sind Absicht. Außerdem Lachen ihrer Meinung nach die Kollegen hinter ihrem Rücken. Dies führt dazu, dass sie dann sehr nervös werden, anfangen zu zittern und ihre Gedanken nur noch darum kreisen, dass die anderen sie fertig machen wollen. Die Situationen bei der Arbeit erleben sind eine sehr belastende Erfahrung für sie. Aber sie haben mir auch berichtet, dass sie vor einiger Zeit eine produktiven Vorschlag zur Lösung eines Problems gemacht haben, der ihren Chef beeindruckt hat. Sie sind ihrem Chef also durchaus positiv aufgefallen. Dann gibt es da denn Kollegen, der immer nett zu ihnen ist, der aber nicht in ihrer Abteilung arbeitet. Damit haben sie eine Person, die sie zu mögen scheint.“

Soweit zu ihrem Gefühl, dass die Kollegen in der Arbeit ihnen schaden wollen. Sie haben mir letztens erzählt, dass sie Probleme mit ihrer Familie haben. Wie sehen denn diese Problem aus?“

7.2.2 Exemplarisches Vorgehen bei Halluzinationen

a) Patienten Situationen schildern lassen, in denen die positiven Symptome ausgeprägt vorhanden waren.

Th: „Können sie mir noch ein wenig mehr über das Problem ihrer Symptome berichten? Es wäre gut, wenn Sie mir mehr Beispiele geben wo sie Stimmen gehört haben und was genau haben die Stimmen gesagt?!“

P: „ Zum Beispiel gestern bei uns zu Hause, hörte ich wieder diese kalte und befehlende Stimme, die mir sagte, dass ich eine Schlampe sei, unfähig und zu nichts zu gebrauchen.“

Th: „Wann genau hörten sie die Stimmen? Und wie fühlten sie sich in dieser Situation?“

P: „Die Stimme fing an als ich morgens im Bett lag und mich noch nicht aufraffen konnte irgend etwas zu tun. Eigentlich hätte ich in der Wohnung viele Dinge zu erledigen gehabt. Als dann diese Stimme auch noch anfang mich zu beschimpfen, fühlte ich mich so wertlos und hilflos. Das war ein schlechter Vormittag.“

b) Reflektieren des emotionalen Erlebens und Affirmationen

Th: „Diese Situation muss für sie sehr schlimm gewesen sein“ E

Th: „Diese Stimmen sind ja sehr verletzend. Das ist sicher schwierig auszuhalten“ -> E/W

Th: „Ich finde es sehr stark von Ihnen wie sie derartige Situation bis jetzt ausgehalten haben, dazu gehört viel Kraft. Sie müssen sich sehr nutzlos und respektlos behandelt gefühlt haben.“ W

c) Nach Stärken des Patienten fragen oder nach Dingen, die die gut laufen fragen:

Th: „Wir haben nun über sehr belastende Situationen für sie gesprochen. Gibt es Beispiele für gute Tage, oder für Tage, wo sie es noch genießen können, im Bett zu liegen?“

P: „Ja, ich weiß nicht so recht. Am Wochenende gelingt es mir besser, noch in Ruhe im Bett zu bleiben. Da ist ja aber auch sonst nichts zu tun...“



Th: „Gibt es solche Morgende auch mal unter der Woche? Wie war es z.B. heute morgen. Sie sagten, gestern wäre es so schlimm gewesen. Wie war es heute?“

gegen Ende dann:

Th: „Ich finde es sehr gut von ihnen, dass sie mir über ihre Probleme erzählen können und hier so offen sind. Das ist eine Stärke, die ihnen hier in der Therapie zu gute kommen wird.“

d) Zusammenfassung und Wechsel der Thematik durch offene Frage:

Wird durch den Patienten eine kognitive Technik angesprochen, die als typische Technik der kognitiven Verhaltenstherapiebedingung für Positivsymptomatik definiert worden ist, so beantwortet der Therapeut die Fragen des Patienten soweit wie nötig oder geht die Technik mit ihm durch, falls alle anderen Vorgehensweise nicht angemessen erscheinen. Der Idealweg wäre davon einfach auf ein anderes Thema zu lenken, was sich aber oft schlecht bewerkstelligen lässt. Er hebt jedoch nicht den Stellenwert der Technik hervor, gibt ihr keinen Namen und kommt nicht von sich wieder dazu diese Technik anzuwenden. Ein analoges Vorgehen wird in der analytischen bzw. dynamischen Therapieschule für die supportive Therapie vorgeschlagen. Hier wird dann darauf hingewiesen, dass zwar maladaptive Muster in der supportiven Therapie identifiziert werden können und die Muster sich eventuell in der Therapeut-Patient-Beziehung wiederholen können. Sollte eine Wiederholung stattfinden, wird sie nicht interpretiert oder thematisiert, es sei denn sie gefährdet die Behandlung.



8 Schwierige Situationen in der Therapie und Beendigung der Behandlung

Im Folgenden wird das Vorgehen bei Krisen und schwierigen Situationen unterschiedlicher Art beschrieben. In der supportiven Therapie unterscheiden sich die einzusetzenden Therapiemethoden im Vergleich zur kognitiven Therapie. Unterschiede zur kognitiven Therapie werden deutlich hervorgehoben.

8.1 Suizidale Krise

Wurden im Rahmen der aktuellen oder im Rahmen einer früheren Behandlung Suizidgedanken vom Patienten geäußert oder bereits Suizidversuche seitens des Patienten unternommen, so sollte in jeder Stunde eruiert werden, ob seit dem letzten Kontakt Suizidgedanken aufgetreten sind oder aktuell vorhanden sind.

Hat der Patient entsprechende Suizidgedanken, ist aber in der Lage Absprachen zu treffen und liegt keine akut Eigen- oder Fremdgefährdung vor, dem Patienten Notfallnummern von Kontaktpersonen (Psychiater, Klinik. etc...) mitgeben, an die er sich im Notfall wenden kann. Diese Vorgänge sollten von Therapeuten dokumentiert werden.

Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung, so sollte der Therapeut Kontakt mit dem behandelnden Psychiater, ersatzweise auch mit der Fachaufsicht oder dem diensthabenden Oberarzt der Klinik aufnehmen. Ist der Patient hierzu jedoch nicht bereit und auch nicht absprachefähig und verlässt er den Therapieplatz gegen Empfehlung des Therapeuten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, so sollte, Rücksprache mit der Fachaufsicht oder dem behandelnden Oberarzt gehalten werden, ob eine polizeiliche Fahndung eingeleitet werden muss.

8.2 Exazerbation der Positivsymptomatik

Verschlechtert sich die positive Symptomatik des Patienten so sollte mit Erlaubnis des Patienten, am besten im Beisein des Patienten, Rücksprache mit dem Psychiater gehalten werden, wie weiter vorzugehen ist. Im Rahmen der supportiven Therapie sollte der Therapeut als Auslöser auf Stress verweisen und mit dem Patienten nur auf der S-R Ebene (Situations-Reaktions-Ebene) bleiben.

Th: „Mir scheint, dass bei Ihnen der Stress in letzter Zeit stark zugenommen hat. In so einer Situation geht es vielen schlechter. Ich schlage vor, wir überlegen zusammen, was Sie tun können, um wieder mehr zur Ruhe zu kommen. Das würde sicher dazu beitragen, dass es Ihnen bald wieder besser geht.“

Hier hat der Therapeut dem Patienten mit Rat und Anleitung zur Verfügung zu stehen, indem die entsprechende Hilfe initiiert wird. Dies hängt von der Situation ab, die richtige Schritt kann in einer Einweisung in ein psychiatrische Klinik bestehen, in der Veranlassung die Medikation über den zuständigen Arzt zu erhöhen, eine Tagesklinik, Verwandte oder Freunde, die aktiviert werden müssen.

8.3 Therapeut wird in den Wahn einbezogen

Wird der Therapeut wahnhaft besetzt, sollte in diesem Fall auch in der supportiven Therapie eine Metakommunikation mit dem Patienten hergestellt werden. Wichtig ist auch herauszufinden, ob dieses Misstrauen ein generelles Misstrauen gegenüber anderen Personen widerspiegelt? Dazu sollen die Gedanken des Patienten angesprochen werden:

Th: „Bitte sprechen sie mich darauf an, wenn sie etwas stört oder ihnen irgendetwas nicht nachvollziehbar vorkommt, was wir hier besprechen oder wenn sie sonstige Befürchtungen



haben.“ Oder: „Welche Dinge an meinem Verhalten stören sie denn?“

Eine Stellungenahme des Therapeuten zu seiner Beziehung zum Patienten kann helfen:

Th: „Ich meine es ehrlich mit Ihnen und werde Ihnen meine Absichten und Handlungen in der Therapie klar und deutlich darlegen.“

Um eine hohe Transparenz und eine gute therapeutische Beziehung herzustellen, sollte der Therapeut den Patienten zu Beginn der Therapie aber auch am Ende jeder Sitzung über die Möglichkeit der positiven aber auch negativen Rückmeldung über die Therapie oder den Therapeuten informieren.

8.4 Stellungenahmen des Therapeuten zum Wahnhalt

Auch in der supportiven Therapie kann der Therapeut mit der Frage konfrontiert werden, ob der Therapeut dem Patienten hinsichtlich der (wahnhaften) Erlebnisse glaubt.

Im Unterschied zur KVT soll hier nicht auf systematische Realitätsprüfung hingewiesen werden.

Frage des Patienten „Glauben denn Sie mir, dass ich verfolgt werde?“

Antwort: „Ich war nicht dabei. Ich kann nicht beurteilen ob richtig ist was Sie sagen. Ich merke aber, dass Sie diese Ereignisse sehr beschäftigen und ängstigen. Reicht Ihnen das für den Augenblick um mir vertrauen zu können?“

„Ich kann Ihnen anbieten, wirklich in Ruhe über diese Dinge nachzudenken. Ich möchte Ihnen helfen, Wege aus Ihrer schwierigen Situation heraus zu finden bzw. besser mit ihrer Situation umgehen zu lernen. Möchten sie dieses Angebot annehmen?“

8.5 Entwertung der Therapiestrategie durch den Patienten

Möglicherweise äußert der Patient nach einiger Zeit Unzufriedenheit mit dem Erfolg der Therapie („das hat nichts gebracht/ das hilft alles nicht/ nur reden bringt halt nichts“). Folgende Schritte sind dann sinnvoll:

- Ansprechen und Klärung des dazugehörigen Gefühls (Enttäuschung, Verzweiflung, Ärger).
- Verweis auf die Chronizität der Beschwerden. Th: „diese Probleme haben sich über lange Zeit aufgebaut, entsprechend braucht es auch viel Zeit, um sie zu lösen. Wie können Sie es schaffen, die entsprechende Geduld aufzubringen?“
- Revision der ursprünglichen Zielsetzung: vielleicht hatte der Patient Erwartungen, die nicht einzulösen sind. Dies war möglicherweise zu Therapiebeginn noch nicht in der Klarheit angesprochen worden. Th: „Ich kann Ihnen nicht versprechen, dass die Symptome weggehen. Das hatte ich eingangs erwähnt und es tut weh, zu merken, dass manche Beschwerden möglicherweise nicht so einfach zu beseitigen sind. Wie denken Sie jetzt darüber, was wir realistisch erreichen können?“

Vor dem Hintergrund solcher Gesprächsabschnitte sollen die geplante Therapieinhalte und die in Angriff genommenen Veränderungsschritte erneut angesprochen werden („Sie waren da gerade ganz kritisch. Ist es denn wirklich kein Unterschied, ob Sie sich von den Stimmen zwei Stunden ablenken können oder nicht? Wie waren die Stunden, in den Sie mal nicht an die Verfolger gedacht haben?).

Möglichweise beabsichtigt der Patient die Beendigung der Therapie. Einer solchen Absicht ist mit Respekt gegenüberzutreten. „Das ist ganz allein Ihre Entscheidung. Sie müssen für sich entscheiden, ob Sie den Eindruck haben, dass wir zusammen nicht weiter kommen als Sie allein. Vielleicht bedenken Sie auch die Frage, wie es denn sonst mit Ihren Anliegen weitergehen könnte. Es wäre schade, wenn Sie allein aus Enttäuschung über den Misserfolg bisher, alles andere in Frage stellen würden. Denken Sie doch bis zur nächsten Sitzung mal



darüber nach und wir planen dann das weitere Vorgehen“.

8.6 Soziale Krise

Soziale Krise ist hier in einem sehr weit gefassten Sinne gemeint. Jede Form außergewöhnlicher Belastung ist hierunter zu verstehen, z.B. ein Todesfall in der Familie, eine Kündigung, neu aufgetretene finanzielle Probleme.

In der supportiven Therapie soll der Patienten vor allem die Möglichkeit haben, über die Erfahrungen zu berichten. Die Gesprächsführung im Sinne der oben beschriebenen Strategien der Beziehungsgestaltung sollen die Voraussetzungen dafür bieten, dass der Patient dieses Gespräch als entlastend und hilfreich wahrnimmt. Insofern wird in sozialen Krisen keine vom sonstigen Vorgehen abweichende Therapiestrategie verwendet.

Je nach psychischer Verfassung des Patienten sollte der Therapeut über mögliche Notfallpläne sprechen um eine Hilfestellung für mögliche suizidale oder sonstige Krisen zu gewähren. Eventuell ist eine kurzzeitige Erhöhung der Therapiefrequenz hilfreich.

8.7 Der Patient erscheint nicht zum vereinbarten Termin

a) Der Therapeut sollte eruieren, ob der Patient in der Zwischenzeit stationär aufgenommen wurde.

Wenn der Patient nicht stationär aufgenommen wurde:

b) Der Therapeut sollte versuchen, den Patienten persönlich unter der zu Beginn der Therapie vereinbarten Nummer (Festnetz, Handy) anzurufen.

c) Ist er nicht erreichbar, so sollte der Therapeut versuchen, ihn unter weiteren Telefonnummern, die im Falle einer wichtigen Mitteilung oder Rückfrage zu Beginn der Therapie mit dem Patienten vereinbart wurden, und für die eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde (Familie, Psychiater, WFB (nach Einverständniserklärung), anzurufen.

d) Hat man den Patienten erreicht, so sollte der Grund für das Versäumen des Termins eruiert werden und ihm ein neuer Termin angeboten werden.

e) Kann man den Patienten nirgends erreichen oder ihm keine Nachricht hinterlassen, einen Brief schreiben

f) Erscheint der Patient auch nicht beim Ersatztermin, so sollte erneut versucht werden, den Patienten telefonisch zu erreichen. In diesem Falle sollte konkret angesprochen werden, ob der Patient die Therapie abbrechen möchte und welche Gründe hierfür vorliegen.

- Ist der Patient unzufrieden? (Therapie, Therapeut, globales Gefühl der Unzufriedenheit). Was kann wie verändert werden? Wenn ja, sollte die weitere Therapie sollte an die Wünsche des Patienten adaptiert werden.
- Der Therapeut sollte den Patienten versuchen dazu zu motivieren in die Therapie zu kommen um an seinen Zielen weiterarbeiten zu können. Fokus auf das Positive, was bisher erreicht wurde.
- Sind aktuelle Gründe dafür verantwortlich, welche sind das? Ist dies der Fall, so sollte versucht werden die Motivation zu fördern diese Probleme in der Therapie anzugehen. Will der Patient dies aber nicht, so sollte der Therapeut dies akzeptieren und ihm anbieten, dass sich dieser jederzeit wieder bei ihm melden kann.

g) Kann man den Patienten endgültig nicht erreichen oder ihm keine Nachricht hinterlassen, so sollte ihm der Therapeut einen Brief schreiben, um auf diesem Wege Kontakt mit ihm aufzunehmen.

8.8 Der Patient ist außergewöhnlich schweigsam oder beredt

a) Wenn Stille herrscht:



Der Therapeut sollte Geduld haben. Er sollte mit kognitiven Beeinträchtigungen nachsichtig sein und eine leichte Ablenkbarkeit und geringe Konzentrationsfähigkeit des Patienten tolerieren. Er sollte dem Patienten einfache Fragen stellen:

„Wie geht es Ihnen“?

„Haben Sie Lust, mit mir ein bisschen zu plaudern?“

b) Wenn der Patient immer noch nicht reagiert oder antwortet:

Falls der Patient weder eine verbale noch eine nonverbale Antwort gibt, beginnen Sie über verschiedene Dinge zu sprechen (z.B. TV, falls die Person gerade TV schaut) die den Patienten umgeben.

Reagiert der Patient immer noch nicht, so kann der Therapeut für einige Minuten neben der Person sitzen bleiben und ihm die Möglichkeit anbieten, mit ihm einen neuen Termin zu vereinbaren.

„Ist dies ein schlechter Tag? Sollen wir einen neuem Termin vereinbaren?“

c) Wenn die Antwort einsilbig ist:

Fokussieren Sie Themen, auf die der Patient anspricht und die ihn motivieren. Hierfür kann das Hintergrundwissen über die Person benutzt werden. Sprechen Sie z.B. über TV; Familie, Wetter etc... Darüber hinaus kann es hilfreich sein, wenn Sie sich dem Patienten vorstellen und informell mit ihm zu plaudern.

d) Wenn der Patient zu gesprächig ist:

Unterbrechbar: Lassen Sie ihn reden und werfen Sie Fragen ein, falls möglich.

Nicht unterbrechbar: Hören Sie zu und unterbrechen Sie ihn in einer Atempause oder signalisieren Sie ihm mit den Händen, dass er einhalten soll. Ansonsten können Sie tiefe Atemzüge benutzen um ihm zu signalisieren: „Phew“ oder „Warten Sie auf mich“ – Auch hier ist es hilfreich Humor zu benutzen, um den Patienten nicht zu kompromittieren.

Es kann innerhalb der Therapiesitzungen aber auch die Situation aufkommen, dass der Therapeut nach einigen Fragen durch den Patienten nicht weiter weiß. In diesem Falle kann der Therapeut folgende Stellung beziehen:

„Das scheint mir ein sehr schwieriges Problem zu sein. Im Moment habe ich dafür keine Lösung, möchte ihnen aber anbieten in den nächsten Stunden darauf zurück zu kommen. In der Zwischenzeit denke ich darüber nach und versuche eine Lösung oder eine Idee zu finden, wie man das Problem angehen könnte.“

Eine weitere Schwierigkeit bei der supportiven Therapiebedingung, kann die Situation darstellen, dass der Patient bei seiner Wahnsymptomatik zunehmend oder auch plötzlich Einsicht zeigt. In der supportiven Therapie sollte der Therapeut in diesem Falle folgende Art der Stellungsnahme beziehen:

P: „in der letzten Zeit überlege ich, ob ich mich da in was hineingesteigert habe...“

Th: „na ja, das kann ja dem passieren, gerade wenn man viel Stress hat. Vielleicht schauen sie mal weiter, wie sie das Problem in Zukunft sehen.“

8.9 Therapieende

Da die Beendigung der Therapie für viele Patienten belastend und zugleich verunsichernd sein kann, sollte der Patient bereits in der 10. Therapiesitzung über den zeitlichen Zwischenstand der verbleibenden Sitzungen informiert werden. Hierbei sollte eine kleine Zwischenevaluation über die laufende Therapie mit dem Patienten durchgeführt werden [Was wurde bisher erreicht? Wie ging es dem Patienten damit in der letzten Zeit? Was hat ihm bisher an der Therapie gut gefallen? Was hat ihm weniger gut gefallen? Hat ihn etwas gestört (an dem therapeutischen Vorgehen oder an der Person des Therapeuten?) Was soll in Zukunft verändert



werden?] In der 15. Therapiesitzung sollte dies erneut wiederholt werden, um den Patienten die Zeit und die Möglichkeit zu geben, sich gedanklich und emotional auf das bevorstehende Therapieende vorzubereiten und um dies bei Bedarf in den letzten Therapiestunden thematisieren zu können. In der letzten Sitzung sollte der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten eine Rückschau auf die Veränderungen in der Zeit der gemeinsamen Therapiephase durchlaufen und mögliche Probleme, die durch die Beendigung der Therapie auftreten können zu antizipieren. Des Weiteren sollten Strategien zur Aufrechterhaltung der erzielten Erfolge in der Therapie mit dem Patienten erarbeitet und besprochen werden.



9 Dokumentation der Therapie

9.1 Ambulanzakte

Über die Behandlung ist eine Ambulanzakte zu führen. Die Patienten sind in rechtlicher Hinsicht Patienten der behandelnden Institution. Die Behandlung muss daher grundsätzlich nach den dort üblichen Gepflogenheiten dokumentiert werden. Auch die Verantwortung für die Aktenführung der Ambulanzakte liegt bei der behandelnden Institution, nicht bei der Studienleitung.

Die Ambulanzakte könnte z.B. folgende Struktur aufweisen.

A: Bei Behandlungsbeginn:

1. Formales
 - 1.1 Name und Kontaktdaten des behandelten Patienten
 - 1.2 Name des Psychotherapeuten
 - 1.3 Name und Kontaktdaten des behandelnden Psychiaters
 - 1.4 Liste der vereinbarten Termine
2. Kopie der Einverständniserklärungen
 - 2.1 Studienteilnahme,
 - 2.2 Datenschutz
 - 2.3 Audio
3. Hinweis auf Studienordner und auf den Ort der Patientenidentifikationsliste
4. SKID-Interview-Protokollbogen (Kopie des bei Studieneinschluss erfolgten SKID)
5. Kopie des T0 - CRF (vollständig)

B: Bei jedem Behandlungskontakt

1. Stundenprotokoll (Kopie) mit
 - 1.1. Dokumentation in Bezug auf unerwünschte krankheitsbezogene Ereignisse
 - 1.2. Formalen Angaben zur Stunde
2. Verlaufseintrag
 - 2.1. Wesentliche Änderungen des psychischen Befundes
 - 2.2. Wesentliche therapeutische Maßnahmen

C: Im Fall von SAE's

Kopie aller an den Sponsor gesandten SAE-Bögen, sowie eine eingehende Beschreibung der genauen Umstände des Ereignisses, vorangegangener therapeutische Maßnahmen sowie der getroffenen Behandlungsentscheidungen.

9.2 Stundenprotokoll

Stundenprotokolle sollen in dem Umfang angefertigt werden, der durch die entsprechenden Vordrucke definiert ist.

Die Stundenprotokolle in der zu verwendenden Fassung finden sich im Anhang.



9.3 Stundenbögen von Patient und Therapeut

Am Ende jeder Stunde sollen Patient und Therapeut jeweils einen Stundenbogen ausfüllen.

Der Patient ist darauf hinzuweisen, dass der Therapeut hier keinen Einblick nimmt und dass der Patient wirklich frei in seiner Beantwortung ist. Explizit soll er nicht beeinflusst sein von der Befürchtung, der Therapeut könnte enttäuscht oder ärgerlich sein.

Die Stundenbögen in der zu verwendenden Fassung finden sich im Anhang.



10 Qualitätskriterien für kompetente Therapiedurchführung

Die in diesem Manual beschriebene Psychotherapie wird im Rahmen einer klinischen Studie durchgeführt und wird daher in besonderer Weise hinsichtlich der Qualität der Therapiedurchführung überprüft.

Dabei werden typischerweise die Aspekte Manualtreue und Therapeutenkompetenz unterschieden. Bei der Manualtreue liegt der Fokus auf der Frage, ob die beabsichtigten Therapiestrategien zur Anwendung kamen. Bei der Therapeutenkompetenz geht es demgegenüber darum, die Qualität und Angemessenheit der Interventionen zu quantifizieren.

Diese Kriterien werden hier dargelegt, um Transparenz bzgl. der später erfolgenden Auswertung zu gewährleisten.

10.1 Manualtreue

Abschnitt [12]: Anamnese & Diagnostik

01. Der Th. achtete auf Transparenz, d.h. erläuterte, dass die Informationen für die Therapieplanung von Bedeutung sind.
02. Der Th. ist auf Misstrauen, Anspannung oder Irritation auf Seite des Pat. eingegangen.
03. Der Th. fragte im Manual genannte Bereiche (z.B. Sozialkontakte, Beruf, Wohnen, Symptome, Selbstbild) ab.
04. Der Th. verwendete vom Manual vorgesehene Arbeitsblätter (z.B. AB „Selbstbeschreibung“, „Überblick Lebenslauf“).
05. Der Th. hat die Befragung für den Pat. insgesamt kontrollierbar gestaltet.

Abschnitt [13]: Therapieplanung

06. Der Th. verschaffte sich einen Überblick über die aktuellen Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen.
07. Der Th. leitete individuelle Therapieziele ab.
08. Der Th. verwendete die vom Manual vorgesehenen Materialien (Karten: Themenbereiche“)
09. Der Th. hat die Gründe medikamentöse Non-Compliance auf nicht insistierende Art erfragt.

Abschnitt [14] Implizite Problembearbeitung

10. Der Th. vermittelte Problemlösestrategien nur implizit, d.h. diese Strategien wurden nicht in reflektierter Weise angewendet oder metakommuniziert.
11. Der Th. wendete das implizite Problemlösen entsprechend der im Manual beschriebenen Schritte an (Problem- und Zieldefinition, Generierung von Lösungsansätzen, Festlegen eines Vorgehens etc.)
12. Der Th. wendete das implizite Problemlösen auf die vom Manual vorgesehen Problemfelder (z.B. Arbeitssituation, Freizeitgestaltung, Positiv-Symptomatik) an.

Abschnitt [15] Selbstwertförderung / innere Ressourcen

13. Der Th. betonte die Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. relativierte stark negative Selbstaussagen des Patienten.



14. Der Th. lobte den Pat. direkt (z.B. für Erfolge im Alltag, bei der Arbeit, in der Therapie).

15. Der Th. unterstützte den Pat. dabei, neue innere Ressourcen aufzubauen (z.B. neue Fertigkeiten zu erlernen wie etwa Entspannungsstrategien oder ein Hobby)

16. Der Th. wandte keine explizit schematherapeutischen Strategien (z.B. kognitiver Disput Selbstwertbezogener Grundannahmen) an.

Abschnitt [16] Aktivierung äußerer Ressourcen

17. Der Th. klärte mit dem Patienten, welche Hilfemöglichkeiten es in seinem sozialen Netz oder bei anderen Institutionen gibt.

18. Der Th. bot sich selbst dem Pat. als äußere Ressource an (z.B. telefonische Verfügbarkeit während der Dienstzeit, Kontaktaufnahme des Th. mit Institutionen)

19. Der Th. folgte den Anliegen des Pat. (modifiziert z.B. nach Bedarf die Agenda).

Abschnitt [17]: Beratung/Anleitung

20. Der Th. machte Vorschläge oder gab Anleitung, wie sich der Pat. in verschiedenen Lebensbereichen funktionaler verhalten kann.

21. Der Th. fragte den Patienten, ob dieser seine Vorschläge hören möchte, bevor er sie ihm anbietet.

22. Der Th. reflektierte keine psychischen Prozesse, sondern verblieb auf der Ebene konkreter Hinweise für Verhaltensweisen.

Abschnitt [18]: Bearbeitung Positiv-Symptomatik

23. Der Th. setzte die Bearbeitung der Positiv-Symptome nicht von sich aus, sondern auf Initiative des Pat. auf die Agenda.

24. Der Th. bearbeitete die Positiv-Symptomatik ausschließlich durch implizite Anwendung des Problemlösemodells, durch Herausarbeiten von unbeeinträchtigten Lebensbereichen oder die Vermittlung von Ablenkungsstrategien.

25. Der Th. wandte keine Psychoedukation bzgl. der Positiv-Symptomatik an.

Abschnitt [19] Krisenbewältigung

26. Der Th. setzte im Manual beschriebene Strategien (z.B. Ressourcenabklärung bzw. -aktivierung, Notfallplan, Diskussion therapeutischer Zusatzoptionen) zur Krisenbewältigung ein.

Abschnitt [20] Therapieende

27. Der Th. setzte im Manual beschriebene Strategien bei der Thematisierung des Therapieendes ein (z.B. erreichte Veränderungen, enttäuschte Erwartungen, Antizipation von Problemen nach Therapieende, Aufrechterhaltung erzielter Erfolge).

Globalbeurteilung I: Unterscheidbarkeit von KVT (stets zu beurteilen)

28. Der Th. wandte keine KVT-Strategien (siehe Manual KVT) zur Erarbeitung eines Symptomverständnisses oder zur Bearbeitung von Wahn, Halluzinationen und dysfunktionaler Schemata an. Das Problemlösen erfolgt ausschließlich implizit.



Globalbeurteilung der Manualtreue (stets zu beurteilen)

Der Therapeut hielt sich ...

0 – überhaupt nicht ...

1 – kaum ...

2 – nur teilweise ...

3 – etwa zur Hälfte

4 – überwiegend ...

5 – größtenteils ...

6 – exakt ...

... an die vom Manual vorgesehen Strategien oder Inhalte.

10.2 *Therapeutenkompetenz*

Zur quantitativen Erfassung der Therapeutenkompetenz werden Audio-Aufnahmen der Therapiesitzungen mit Hilfe einer Übersetzung der CTS-Psy (SKT-psy) analysiert, wobei für die supportive Therapie ausschließlich der Teil zu den allgemeinen Fertigkeiten beurteilt wird.

Skala für kognitive Therapie bei Psychosen (SKT-Psy)

Englische Originalversion: Gillian Haddock et al. (2001)

Deutsche Übersetzung: Andreas Wittorf, Ute Jakobi, Stefan Klingberg (2007)

Subskala I: Allgemeine Fertigkeiten (Items a-e)

a) Agenda (Subitems 1-6)

- 1 Der Therapeut nahm den gegenwärtigen emotionalen Zustand des Patienten beim Erstellen der Agenda wahr.
- 2 Therapeut und Patient erstellten zusammen eine Agenda für die Sitzung.
- 3 Die verschiedenen Punkte der Agenda wurden nach ihrer Wichtigkeit geordnet.
- 4 Die Agenda war der verfügbaren Zeit angemessen (weder zu ehrgeizig noch zu dürftig).
- 5 Die Agenda beinhaltete zumindest einen Punkt, der es dem Patienten ermöglichte, relevante Ereignisse oder Probleme, die seit der letzten Sitzung aufgetreten sind, zu besprechen.
- 6 Der Agenda wurde während der Sitzung gefolgt.

b) Feedback (Subitems 7-12)

- 7 Der Therapeut holte beim Patienten eine Rückmeldung bezüglich der letzten Sitzung ein.
- 8 Der Therapeut fragte den Patienten nach Rückmeldung und Reaktionen zur aktuellen Sitzung.
- 9 Der Therapeut fragte den Patienten speziell nach negativen Reaktionen auf den Therapeuten, Sitzungsinhalte, Problemformulierungen usw.
- 10 Der Therapeut versuchte zur Rückmeldung des Patienten Stellung zu nehmen.
- 11 Der Therapeut überprüfte, ob der Patient die Rolle des Therapeuten, sowie Zweck und Grenzen der Therapiesitzungen, klar verstanden hat.
- 12 Der Therapeut überprüfte, ob er die Perspektive des Patienten komplett verstanden hat, indem er Zusammenfassungen machte und den Patienten bat, diese nach Bedarf zu präzisieren oder zu korrigieren.

c) Verstehen (Subitems 13-18)

- 13 Der Therapeut vermittelte Verständnis, indem er umformulierte oder zusammenfasste, was der Patient gesagt hat.
- 14 Der Therapeut zeigte Einfühlungsvermögen durch Widerspiegeln von Gefühlen,



Vorstellungen und Gedanken.

- 15 Die Stimme des Therapeuten war empathisch.
- 16 Der Therapeut erkannte den Standpunkt des Patienten als gültig und wichtig an.
- 17 Der Therapeut hat den Standpunkt des Patienten nicht negiert.
- 18 Wenn es zu unterschiedlichen Standpunkte zwischen Therapeut und Patient kam, wurden diese anerkannt und gegenseitig respektiert.

d) Interpersonelle Effektivität (Subitems 19-24)

- 19 Der Therapeut schien eher offen als defensiv; dies zeigte er, indem er seine Eindrücke oder Informationen nicht zurückgehalten hat und den Fragen des Patienten nicht ausgewichen ist.
- 20 Der Inhalt dessen, was der Therapeut sagte, strahlte eher Wärme, Besorgnis und Fürsorge als kalte Gleichgültigkeit aus.
- 21 Der Therapeut kritisierte, missbilligte oder verspottete Verhalten oder Standpunkte des Patienten nicht.
- 22 Der Therapeut reagierte auf Humor bzw. zeigte selbst Humor wenn angemessen.
- 23 Der Therapeut machte klare Aussagen ohne häufiges Zögern oder Umformulieren.
- 24 Der Therapeut hatte die Sitzung unter Kontrolle, er konnte angemessen zwischen Zuhören und Führen zu wechseln.

e) Zusammenarbeit (Subitems 25-30)

- 25 Der Therapeut fragte den Patienten nach Vorschlägen für das weitere Vorgehen und bot nach Möglichkeit Alternativen an.
- 26 Der Therapeut stellte sicher, dass die Vorschläge und Entscheidungen des Patienten anerkannt wurden.
- 27 Der Therapeut gab eine Begründung für die Interventionen.
- 28 Der Ablauf des verbalen Austauschs war reibungslos, mit einem Gleichgewicht von Zuhören und Reden.
- 29 Die Zusammenarbeit wurde aufrechterhalten, selbst wenn der Therapeut primär eine pädagogische Rolle eingenommen hat.
- 30 Die Diskussion wurde auf einer Stufe und in einer Sprache geführt, die für den Patienten leicht verständlich war.

Die Subskala II zu spezifische Fertigkeiten entfällt hier.



11 Anhang

11.1 Überblick über die Therapie

Siehe beigegefügtes Übersichtsblatt

11.2 Arbeitsblätter

Arbeitsblatt 1: Selbstbeschreibung I.....	18
Arbeitsblatt 2: Selbstbeschreibung II.....	18
Arbeitsblatt 3: Körperliche Beschwerden.....	18
Arbeitsblatt 4: Überblick über den Lebenslauf.....	18
Arbeitsblatt 5: Supportive Therapie.....	19
Arbeitsblatt 6a: Progressive Muskelentspannung I.....	24
Arbeitsblatt 6b: Progressive Muskelentspannung II.....	24
Arbeitsblatt 6c: Progressive Muskelentspannung III.....	24
Arbeitsblatt 7: Progressive Muskelentspannung - Kurzform.....	24
Arbeitsblatt 8: Freizeitaktivitäten planen.....	27

11.3 Arbeitsmaterial für Therapeuten

- Karten: Themenbereiche
- Karten: Werte
- Anleitung für den Ausdruck
- Kognitive Trainingsaufgaben

11.4 Stundenprotokoll

11.5 Therapeuten-Stundenbogen

11.6 Patienten-Stundenbogen

Beziehungsgestaltungsstrategien	Therapieverlaufsraaster	Sitzungsraaster einer Therapiesitzung
<p>Entspannte Atmosphäre</p> <p>Humor</p> <p>Empathie</p> <p>Selbstöffnung des Therapeuten</p> <p>Affirmation</p> <p>Respekt vor der Autonomie</p>	<p>1. Stunde: Erstkontakt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung • Aufklärung über Randomisierung und ggf. Diskussion • Erlaubnis zum Einholen von Entlassberichten etc. <p>2.-3. Stunde: Anamnese und Diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über die Audioaufnahme und Einholung des entsprechenden des Aufklärungsbogens • Erlaubnis Einholen Familienangehörige, Freunde, WFB, anrufen zu können, • Gespräch über Symptomatik beginnen ,Problem schildern lassen <p>2.-3. Stunde: Anamnese und Diagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu folgenden Punkten sammeln: • Soziale Beziehungen, Beruf, Partnerschaft, Wohnen, Alltag, Freizeit, Stärken und Ressourcen, sehr stressreiche Lebensbereiche • Selbstbeschreibung AB, Überblick über den Lebenslauf: AB <p>4. Stunde: Therapieplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • auf die Individualisierung der Probleme achten <p>5.-10 Stunde: Bearbeitung ausgewählter Problembereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beispielfall Frau Z.: Positivsymptomatik und Ehekonflikte • Methoden: implizites Problemlösen auf Positivsymptomatik, Anleitung und Beratung, innere und äußere Ressourcenaktivieren <p>11. Stunde: Zwischenevaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • erstes Erwähnen des Therapieendes, • Fragen wie: („Was wurde bis jetzt erreicht? Wie geht es dem Patienten dabei? Was ist noch zu bearbeiten?“) Fortführen bisherige Sitzungsinhalte <p>12.-18. Stunde: Fortführung bisheriger Sitzungsinhalte</p> <p>19. Stunde: Therapieende besprechen,</p> <p>20. Stunde: Therapieabschluss: „Was wurde erreicht? Wie geht es mit dem Patienten weiter?“ Auf Follow-up hinweisen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Begrüßung, aktuelles Befinden 2. Agenda setzen/besprechen, nicht unter- noch überfordern 3. nach relevanten Ereignissen seit letzter Sitzung fragen und ggf. darüber sprechen 4. kooperatives Bearbeiten des Thema der Stunde (in einer für Patienten verständlichen Sprache, Begründung für Interventionen geben, Vorschläge anbieten aber vorher fragen, ob Patient sie hören möchte, empathisches Verstehen der Emotionen und Paraphrasieren und Zusammenfassung des Gesagten) 5. Zusammenfassungen geben, nach Feedback bzgl. der letzten Sitzung und aktuellen Sitzung fragen und zur Rückmeldung des Patienten Stellung beziehen, speziell nach negativen Reaktionen auf Therapie fragen 6. Rückblick auf die Stunde zusammenfassen 7. Verabschiedung, Terminvereinbarung 8. Patient Patientenstundenbogen ausfüllen lassen 9. Therapeut füllt Therapeutenstundenbogen sowie Stundenprotokollbogen aus