

CBTp - Workshop



Dipl.- Psych. Kristof Hückstädt
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe
AWO Psychiatriezentrum Königslutter
kristof.hueckstaedt@awo-apz.de

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Vertiefung im Workshop



- 1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung**
- 2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen**
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
- 4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“**
- 5. Fokussierung der Positivsymptomatik**
- 6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme**
- 7. Rückfallprophylaxe**

Zentrale Therapieelemente



- 1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung**
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Besonderheiten bei F2-Patient*innen



- Einschränkung der kognitiven Verarbeitungskapazität
- Schwierigkeiten bei der Einordnung von Motiven und Absichten Dritter
- Tendenz zum sozialen und emotionalen Rückzug und Vermeidung intensiver Kontakte
- u. U. geringe soziale Kompetenzen
- Vorerfahrung des Scheiterns und der Stigmatisierung -> bedrohter Selbstwert und hohe Sensibilität in Bezug auf Wertschätzung durch andere Menschen
- Misstrauen bis hin zu wahnhaften Befürchtungen über bedrohliche Absichten anderer Menschen
- Stimmenhören

Häufige Motive in der Beziehungsgestaltung



- „Mir ist meine Autonomie sehr wichtig. Ich möchte selbstständig und eigenverantwortlich meine Angelegenheiten regeln. Bevormundung möchte ich nicht erleben.“
- „Ich möchte ruhige Orte und vertrauenswürdige Menschen um mich haben. Sicherheit ist mir wichtig. Mir liegt an einfachen, überschaubaren, konfliktfreien Verhältnissen.“
- „Ich spreche nicht gern darüber, aber manchmal wächst mir alles über den Kopf und ich wäre froh, ich hätte es leichter. Dann wäre es schön, wenn jemand anders sich um mich kümmern würde. Aber wie soll ich dann noch gut von mir denken und wie soll ich jemand anderem vertrauen?“

(nach Klingberg & Hesse, 2014)

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. **Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen**
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen



- Welche Ziele hat Patient*in Bezug auf:
 - Symptome
 - Selbstbild / Selbstwert
 - Fähigkeiten
 - soziale Kontakte / Beziehungen
 - Ausbildung /Arbeit
 - Freizeit
 - Lebensziele
- Welche Ziele sind Patient*in wichtig?
- Welche Probleme sind subjektiv besonders einschränkend bzw. belastend?
- Was denkt Patient*in, was Behandler*in / Umfeld von ihr/ihm erwarten? Entspricht dies eigenen Zielen?

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. **Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“**
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“



- Erarbeiten des subjektiven Störungsmodells
- Erklärungen für Auftreten und Persistenz von Symptomen
- Einstellung zu Pharmakotherapie und Psychotherapie
- Hindernisse und Widerstände thematisieren
- Ambivalenz aufgreifen

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. **Fokussierung der Positivsymptomatik**
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Fokussierung der Positivsymptomatik



- **(systematische) Selbstbeobachtung:**
 - z. B. mittels Symptomtagebüchern
- **Verhaltensanalysen der Positivsymptomatik:**
 - Frequenz
 - Dauer
 - Auslöser
 - subjektive Bewertung
 - Beeinflussbarkeit
 - Belastung / Beeinträchtigung

Therapie von Halluzinationen



Stimmenhören

Therapie von Halluzinationen



Auslöser



Stimmenhören

Therapie von Halluzinationen



Auslöser



Stimmenhören



Kognition /
Metakognition

Therapie von Halluzinationen



Auslöser



Stimmenhören

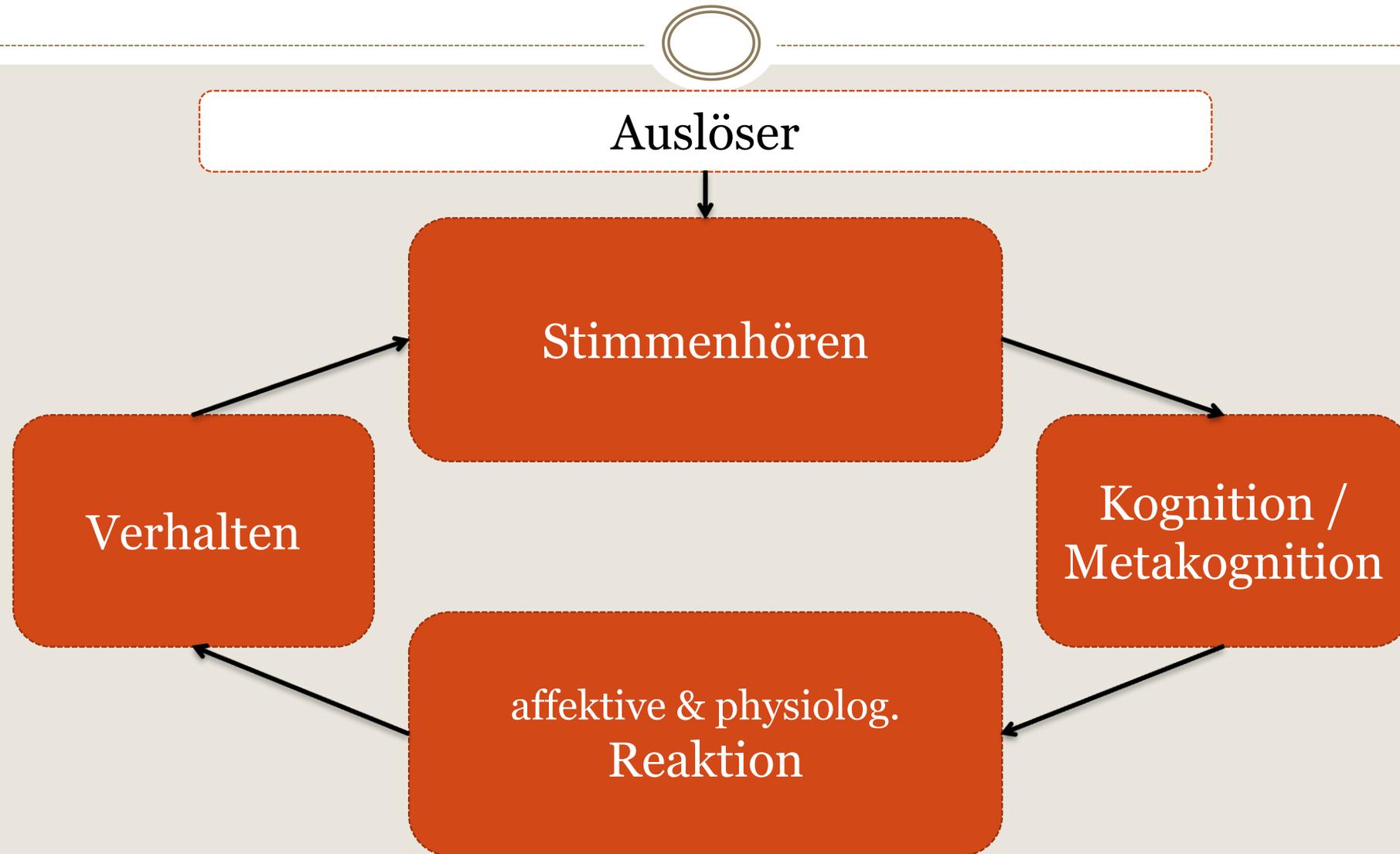


Kognition /
Metakognition



affektive & physiolog.
Reaktion

Therapie von Halluzinationen



Therapie von Halluzinationen



viele Menschen in einem Raum, Stimmengewirr



Therapie von Halluzinationen



Reduktion von Stress und Anspannung:

- positive Selbstinstruktion
- Progressive Muskelentspannung
- Atementspannung

Therapie von Halluzinationen



○ **Aufmerksamkeitsverlagerung**

- Walkman
- Ohrstöpsel (einseitig!)
- subvokales Sprechen
- Summen/ Singen

Therapie von Halluzinationen



Distanzierungs- und Achtsamkeitsübungen:

- Stimmen ignorieren
- den Stimmen widersprechen
- die Inhalte der Stimmen in Frage stellen
- achtsame Wahrnehmung der äußeren Welt
- etc.

Therapie von Halluzinationen



Veränderung von (Meta-)Kognitionen:

- gezieltes Erarbeiten und Verändern von Bewertungen, Annahmen etc. in Bezug auf das halluzinative Erleben
- Beispiel: „*Wenn ich nicht auf die Stimmen höre, werde ich bestraft*“

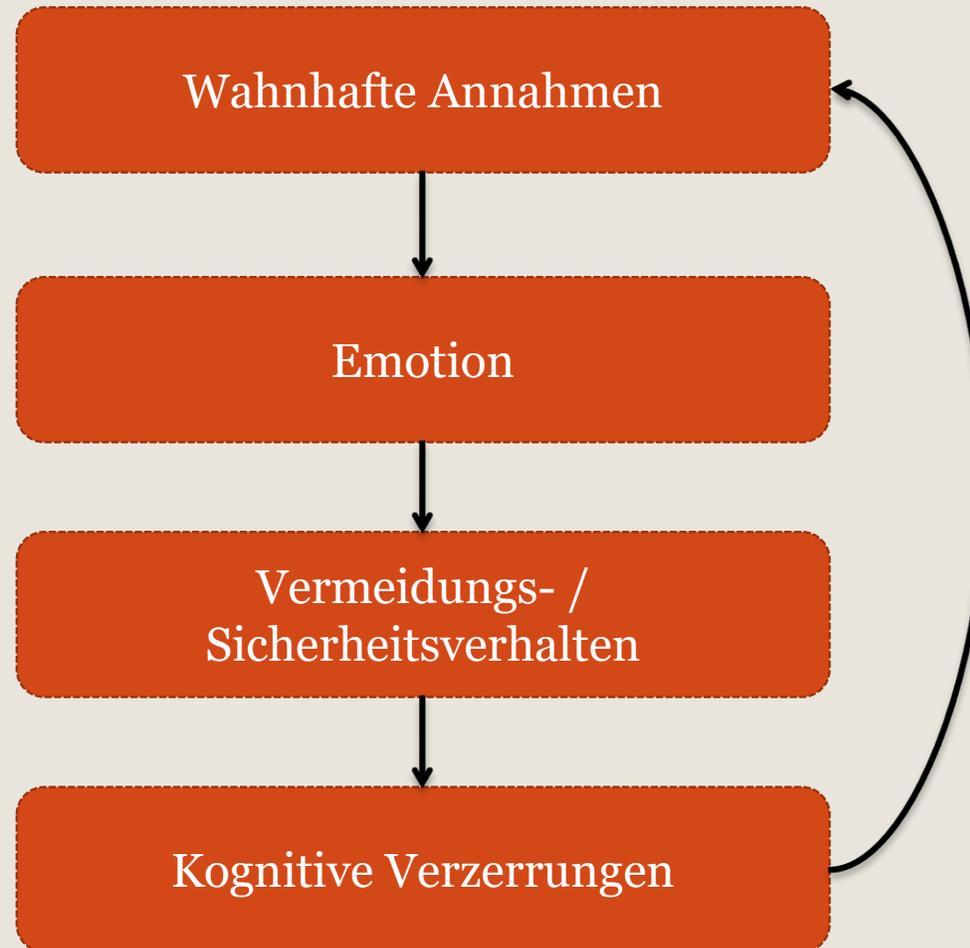
Therapie von Halluzinationen



Fokussierungsstrategien:

- gestufte Konfrontation mit Inhalt und Bedeutung und den eigenen Kognitionen in Bezug auf die Stimmen

Therapie bei Wahn



Therapie bei Wahn



Überzeugung, bedroht zu sein

Therapie bei Wahn



Überzeugung, bedroht zu sein

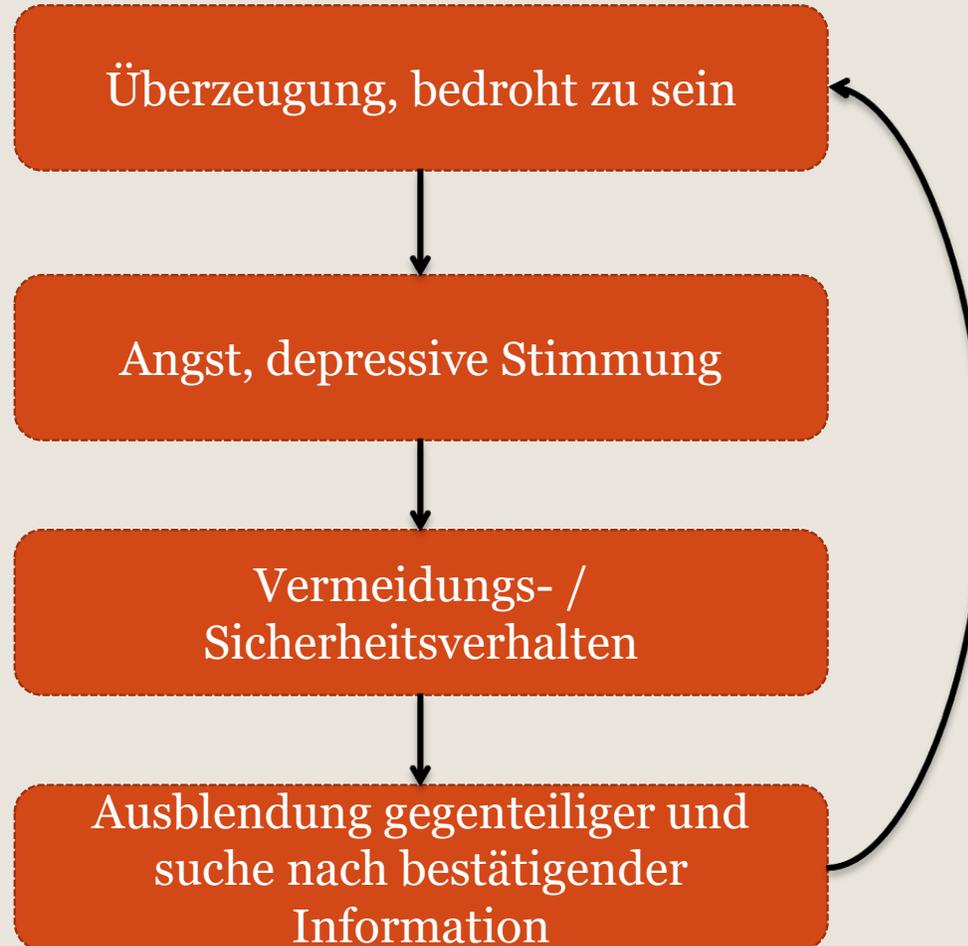


Angst, depressive Stimmung

Therapie bei Wahn



Therapie bei Wahn



Therapie bei Wahn



- Erarbeitung des kognitiven Modells:
 - ABC-Modell
 - Dreieck: Denken-Fühlen-Handeln
- Unterscheidung zwischen Annahmen und Tatsachen:
 - „Nur weil ich überzeugt von etwas bin, heißt es nicht, dass es stimmt“
- Psychoedukation über kognitive Verzerrungen:
 - „confirmation bias“
 - „jumping to conclusions“
 - Denkfehler zur Übergeneralisierung von Gefahr

Therapie bei Wahn



- Erarbeitung eines Arbeitsmodells zur Entstehung des Wahns
- Erarbeitung individueller Teufelskreise
- Eruiierung der Konsequenz von Aufgabe und Beibehaltung des Wahns

Therapie bei Wahn



- Konsequenzen der (falsch-negativen) Aufgabe der Wahnüberzeugung:

Annahme	Ich werde vergiftet	Ich werde nicht vergiftet
Realität		
Ich werde vergiftet		„Dann bin ich leichtfertig, wehrlos, schutzlos. Mir passiert etwas Schlimmes...“
Ich werde nicht vergiftet	„...“	

Therapie bei Wahn



- Konsequenzen der (falsch-positiven) Beibehaltung der Wahnüberzeugung:

Annahme	Ich werde vergiftet	Ich werde nicht vergiftet
Realität		
Ich werde vergiftet		„...“
Ich werde nicht vergiftet	„Habe ständig zu Unrecht Angst, mache mich und andere verrückt. Kann nur Zuhause essen. Kann kaum arbeiten. Beziehungen gehen kaputt.“	

Therapie bei Wahn



- **kognitive Umstrukturierung:**
 - Konkretisierung der Befürchtungen
 - Suche nach „Beweisen“ und Alternativerklärungen
 - behutsam Ungereimtheiten aufdecken
 - (logische) Disputation
- **Realitätsprüfung / Verhaltensexperimente:**
 - nach Erarbeitung valider Beweise und Gegenbeweise und sorgfältiger Vorbereitung

Motive für Festhalten am Wahn



- innere Konsistenz
- Selbstwertschutz oder –erhöhung:
 - „Wenn das nicht stimmt, heißt das ja, ich bin total verrückt“
 - „Wenn ich zugebe, dass ich mich geirrt habe, muss ich einräumen, dass ich viele Menschen zu Unrecht beschuldigt habe“
 - „Ich kann nichts dafür, dass in meinem Leben alles schief läuft, man lässt mich ja nicht!“
 - ~ „Viel Feind, viel Ehr“
- positive Auswirkung auf die Stimmung
- Funktionalität
- zentraler Lebensinhalt (geringe Ressourcen, keine attraktiven Alternativen)

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. **Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme**
7. Rückfallprophylaxe

Therapie



6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme:

- adaptierte Anwendung etablierter CBT-Strategien
- insb. bei „Doppeldiagnosen“ angepasstes Vorgehen erforderlich!

Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. **Rückfallprophylaxe**

Therapie



7. Rückfallprophylaxe:

- erneutes Aufgreifen des Arbeitsmodells
- Vorbereitung auf Rückfälle
- Erkennen von Rückfällen: Warnsignale
- Erarbeitungen eines abgestuften Krisenplanes

Vielen Dank!



Literatur



- Bäumli, J. & Pitschl-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumli, J. et al. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrend, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung*. Tübingen: dgvt.
- Kircher, T. & Gaugel, S. (2008). *Neuropsychologie der Schizophrenie*. Berlin: Springer.
- Klecha B. & Barke, A. (2010). *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen: Ein Therapieleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.
- Klingenberg et al. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungs-manual*. Weinheim: Beltz.
- Lincoln, T. (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. Göttingen: Hogrefe.

Literatur



- Moritz, S. et al. (2011). *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*. Berlin: Springer.
- Moritz, S. et al. (2012). Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT). Online verfügbar unter www.uke.de/mkt.
- Vauth, R. (2006). *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Göttingen: Hogrefe.
- Vauth, R. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Roder, V., Brenner, H.D. & Kienzle, N. (2008). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten IPT*. Weinheim: Beltz.