

Daniel, Schüler, 17 Jahre

Daniel war 15 Jahre alt, als er erstmals über sein psychisches Befinden nachdachte. Seine Eltern hatten sich zwei Jahre zuvor getrennt, seitdem hatte er begonnen, sich immer mehr von seiner Mutter, seinen Schwestern und Freunden zurückzuziehen. Er hatte keinen Antrieb mehr, fühlte sich traurig und erschöpft und wollte „am liebsten nur noch allein sein“. Obwohl er ein „sportlicher Typ“ war, hatte er begonnen, jeden Tag Cannabis zu rauchen. In der Schule hatte er kaum noch Kontakt zu seinen Schulfreunden, zumeist blieb er allein oder bei „Kumpels, die auch kiffen“ und auch seine Leistungen wurden schlechter. Mit seiner Mutter, die sich von Beginn an besorgt zeigte, suchte er mehrfach seine Tutorin und einmal die Schulpsychologin auf. Diese beruhigten sie aber: Ein solches Verhalten könne nach Trennungen der Eltern und im Rahmen der Pubertät vorkommen. Um seine Mutter nicht noch mehr zu beunruhigen, hatte Daniel seinen Cannabiskonsum verschwiegen. Kurz vor seinem 16. Geburtstag, nachdem er drei Tage durchgehend Cannabis geraucht hatte, hörte er dann erstmals eine Stimme. Gleichzeitig begann das Gefühl, andere Menschen würden ihn komisch anschauen, sie wüssten, dass jemand zu ihm spreche. Seiner Mutter fiel zu dieser Zeit erstmals auf, dass Daniel in seinem Zimmer mit sich selbst sprach und manchmal komisch lachte, ohne dass sie den Anlass verstand. Im Verlauf der nächsten zwölf Monate wurde sein Verhalten immer merkwürdiger und irrationaler. Zum Beispiel dachte er, dass andere Menschen genau wissen würden, was er denke und dass sie ihm die Gedanken „entziehen“ könnten. Kurz nach seinem 17. Geburtstag hörte Daniel dann erstmals von dem Begriff „Psychose“. Seine Mutter hatte sich mit ihrem Hausarzt beraten, der andeutete, dass es sich bei Daniel um eine Psychose handeln könnte. Daniel und seine Mutter stellten sich daraufhin in der Früherkennungssprechstunde des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf vor.

Melissa, Studentin, 26 Jahre

Melissa stellt sich in der Früherkennungssprechstunde des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf vor. Melissa studiert seit vier Jahren Englisch und Geschichte auf Lehramt, als ihr erstmals auffällt, dass ihre schlechte Stimmung zum Dauerzustand geworden ist. Seit etwa einem Jahr fällt ihr das Studieren immer schwerer, die Vorlesungen besucht sie nur noch sporadisch, sie kann sich kaum noch konzentrieren und gut geschlafen hat sie schon lange nicht mehr. Stimmungsschwankungen kennt sie zwar schon seit früher Jugend, aber so lange und intensiv wie jetzt hat sie es noch nicht erlebt. Zurzeit hat sie aber auch viel Stress, wichtige Prüfungen stehen an und ihrer Mutter, die an einer manisch-depressiven Erkrankung leidet, geht es seit einem Jahr nicht gut. Vor etwa sechs Monaten, so berichtet Melissa, habe sie erstmals das Gefühl gehabt, dass die Mitstudenten über sie reden würden. Zunächst sei ihr das gleichgültig gewesen, dann hat sie aber das gleiche Gefühl auch bei fremden Menschen gehabt. Dieses Gefühl hat sich seitdem so verstärkt, dass sie kaum noch das Haus verlasse, ihr Telefon abgestellt habe und denke, dass in die Feuermelder in ihrer Wohnung Überwachungskameras eingebaut seien. Zwar kommen ihr diese Gedanken „total absurd“ vor, allerdings kann sie sich immer weniger von ihnen abgrenzen. Neulich, so berichtet sie, hätten die Feuermelder kontrolliert werden sollen, an diesem Tag hätte sie sich regelrecht in der Wohnung „verschanzt“ und niemandem geöffnet. Inzwischen ist sie so ängstlich, dass sie kaum noch schlafen kann. Zur Vorgeschichte berichtet sie, dass sie im Alter von 17 Jahren eine ähnliche, aber lange nicht so intensive Episode gehabt habe. Damals sei sie wegen Depressionen über zwei Jahre hinweg psychotherapeutisch behandelt worden, die Ängste, von anderen Menschen beobachtet und bedroht zu werden, kamen aber damals nicht zur Sprache.

Wie wichtig ist es, die Medikamente regelmäßig einzunehmen?

Das antipsychotische Medikament soll Ihr Befinden nicht nur bessern, sondern Ihr Wohlbefinden aufrechterhalten. Das bedeutet, dass Sie das Medikament auch dann noch einnehmen müssen, wenn Sie beginnen, sich besser zu fühlen. Es gibt einige Psychoseerkrankte, die ihre Medikamente gar nicht oder nur sehr unregelmäßig einnehmen. Dabei gibt es zwingende Gründe, weshalb Betroffene ihre Medikamente regelmäßig einnehmen sollten oder müssen:

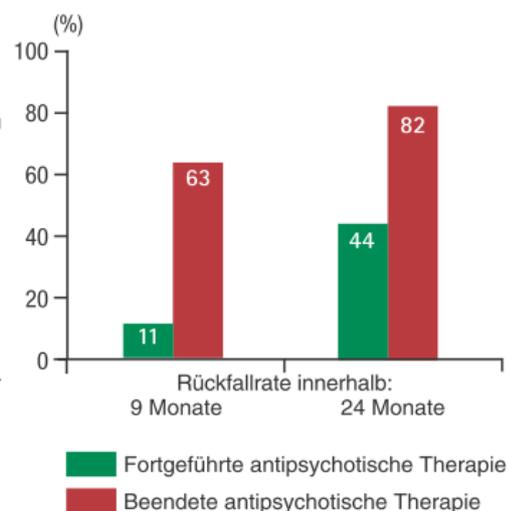
- Ohne eine medikamentöse Therapie ist eine dauerhafte Verbesserung der Symptome und eine Heilung der Erkrankung für die meisten Betroffenen nicht möglich.
- Ohne eine medikamentöse Therapie können viele Betroffene nicht mehr dauerhaft selbstständig leben, d. h. nicht mehr arbeiten und nicht mehr allein wohnen.
- Bei Absetzen oder Reduktion der Medikamente besteht ein fünffach erhöhtes Risiko für eine erneute psychotische Phase. Bei dieser erneuten Phase brauchen die meisten Betroffenen deutlich höhere Antipsychotikadosen, sie brauchen deutlich länger, um sich wieder zu stabilisieren, und bei etwa 20-30% der Betroffenen bleiben die psychotischen Symptome danach dauerhaft bestehen.
- Psychose-Betroffene, die ihre Medikamente nicht einnehmen, haben darüber hinaus ein erhöhtes Suizidversuchs- und Suizidrisiko und ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung chronischer Krankheitsverläufe mit all den damit zusammenhängenden Konsequenzen.

Richtig ist aber auch, dass Betroffene häufig gute Gründe haben, ihre Medikamente nicht einzunehmen:

- negative Einstellung gegenüber Medikamenten
- keine Krankheitseinsicht oder -akzeptanz
- nicht tolerierbare Nebenwirkungen
- nicht ausreichende Wirkung
- kompliziertes Einnahmeschema.

Für alle diese Fälle gibt es Lösungen! Es ist möglich, mit der Krankheit leben zu lernen, auch wenn es zu Beginn schwer fällt. Der Arzt muss mit Ihnen über Wirkung & Nebenwirkungen des Antipsychotikums sprechen und die Therapie nach Ihren Bedürfnissen und Wünschen ändern. Grundvoraussetzung ist, dass Sie umfassend informiert und dadurch befähigt werden, entscheidend an der Gestaltung der für Sie optimalen Therapie mitzuwirken.

Rückfallrate nach der ersten psychotischen Phase. Vergleich: Fortführung gegen Beendigung der antipsychotischen Therapie



Nebenwirkungen:

Auf was ich achten muss und wie ich damit umgehen kann!

	Worauf ich achten muss?	Bedeutung und was Sie tun können:
Extra-pyramidal-motorische Störungen (EPMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Sie fühlen sich steif, schwer, nicht mehr so beweglich • ihre Stimmung verschlechtert sich • mglw. können Sie schlechter sehen • im Extremfall haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken oder können nicht mehr nach unten schauen 	<ul style="list-style-type: none"> • tritt zumeist am Anfang der Therapie auf • tritt bei älteren Antipsychotika wesentlich häufiger auf • Suchen Sie einen Arzt auf • lassen Sie sich für mind. 2 Wochen Biperiden retard verordnen • diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums
Akathisie (= Sitz- oder Steh-unruhe)	<ul style="list-style-type: none"> • Sie können nicht mehr still sitzen oder still stehen • Sie fühlen sich innerlich unruhig • Sie haben den Drang, sich dauernd zu bewegen bzw. herumzulaufen 	<ul style="list-style-type: none"> • siehe oben
Tardive Dyskinesien (TD)	<ul style="list-style-type: none"> • ohne Ihr Zutun, machen Sie mit dem Mund Kau- oder Schmatzbewegunge • ohne Ihr Zutun, bewegen sich ein oder mehrere Körperteile 	<ul style="list-style-type: none"> • suchen Sie einen Arzt auf • diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums, ggf. eine zusätzliche Medikation
Sexuelle und hormonelle Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sie haben weniger Lust auf sexuelle Betätigung • Sie haben Probleme, sexuell erregt zu werden und einen Orgasmus zu erreichen • ihre Menstruation bleibt aus • Sie können nicht mehr ejakulieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauen Sie sich dieses Problem offen anzusprechen! • tritt unter best. Antipsychotika und Antidepressiva auf • suchen Sie einen Arzt auf • lassen Sie den Prolaktinspiegel messen, ggf. bei Frauen auch den Östrogenspiegel und bei Männern auch den Testosteronspiegel • diskutieren Sie eine Dosisreduktion, ggf. einen Wechsel des Antipsychotikums oder Antidepressivums, ggf. eine zusätzliche Medikation

Gewichtszunahme	<ul style="list-style-type: none"> • Sie haben deutlich mehr Appetit und Hunger, v. a. auf Süßigkeiten, aber auch auf fette Speisen • Sie essen plötzlich viel mehr als früher • ihr Gefühl, satt zu sein, stellt sich nicht mehr ein • Sie nehmen in kurzer Zeit viel an Gewicht zu 	<ul style="list-style-type: none"> • tritt unter bestimmten Antipsychotika, bestimmten Antidepressiva und bestimmten Phasenprophylaktika auf, v. a. , wenn diese in Kombination eingenommen werden • suchen Sie einen Arzt auf • diskutieren Sie ggf. einen Wechsel der Medikation • lassen Sie sich ggf. eine Diätberatung verordnen • fragen Sie nach speziellen Trainingsprogrammen • versuchen Sie, Ihre Essgewohnheiten zu kontrollieren und ggf. umzustellen
Psychische Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sie können sich nicht mehr konzentrieren • Sie fühlen sich schläfrig und kraftlos • Sie schlafen übermäßig viel • Sie haben Probleme, über längere Zeit aufmerksam zu sein • Sie haben das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Ursache kann die Erkrankung oder eine Nebenwirkung der Medikation sein • suchen Sie einen Arzt auf • diskutieren Sie mögliche Ursachen • Fragen Sie, ob eine neuropsychologische Testung möglich ist - hierbei wird versucht, Ihre Beobachtungen hinsichtlich Ihrer kognitiven Fähigkeiten anhand von verschiedenen Tests zu objektivieren • diskutieren Sie ggf. einen Wechsel der Medikation • fragen Sie nach speziellen Trainingsprogrammen, z. B. CogPack oder Metakognitives Training (MKT)
Vegetative Nebenwirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • ihnen ist schwindelig • ihr Herz rast oder klopft sehr stark • Sie haben Verstopfung oder Durchfall • Sie bemerken Mundtrockenheit oder Speichelfluss • Sie schlafen schlecht • Sie haben das Gefühl, dass Sie schlechter sehen als zuvor 	<ul style="list-style-type: none"> • die meisten dieser NW treten nur zu Beginn auf und verschwinden von selbst wieder • suchen Sie ggf. einen Arzt auf und diskutieren Sie mögliche Therapien, z. B. Kaugummi kann gegen Mundtrockenheit, Schlafmedikation gegen Schlafstörungen etc. – vgl. hierzu auch AB 12

M51.9 Nebenwirkungen und Tipps

Nebenwirkung ☹	Tipps für Abhilfe ☺	Was ist hilfreich bei mir? ☺
Mundtrockenheit	Allgemein viel trinken, am besten Mineralwasser, Tee o. Ä. (ohne viele »Kalorien«), Kaugummis und Bonbons	
Vermehrter Speichelfluss	Wenn vor allem nachts: weiches Tuch aufs Kopfkissen legen; auch medikamentös beeinflussbar	
Steifheit der Muskulatur	Kurze Anspannung mit anschließender Entspannung der betroffenen Muskelpartien; leichte Streckübungen; ggf. Einsatz medikamentöser »Gegenmittel« (z. B. Biperiden)	
<i>Unwillkürliche Muskelbewegungen</i>	Selbstkontrolle schwierig, meist nur über eine Änderung der Medikation zu erreichen; manche Patienten versuchen, die unwillkürlichen Bewegungen in einen »natürlichen Ablauf« zu integrieren	
Zittern	Vergeht meistens von alleine, wenn die Medikamente richtig dosiert sind; vermeiden sie Aktivitäten, bei denen das Zittern zu sehr störend wirkt	
Gesteigerter Appetit	Führt manchmal zur Gewichtszunahme, nach Rücksprache mit dem Arzt eventuell eine Diätberatung, Reduzieren bestimmter Nahrungsmittel, bewusster essen, keine »Hungerkuren«, diese können die Belastung erhöhen; vor allem viel und regelmäßige Bewegung, Sport etc.	
Verlangsamung der Bewegungen	Eventuell einen Plan mit sinnvollen Aktivitäten erstellen; ausgeglichenes Maß zwischen Aktivität und Rückzug finden	
Unruhe/Bewegungsunruhe	Leichte Tätigkeiten oder Versuche, die Unruhe in Aktivität umzusetzen, können hilfreich sein, z. B. spazieren gehen	
Verminderung der sexuellen Empfindungen	Sich nicht unter Leistungsdruck setzen, legt sich meist von selbst wieder; sprechen Sie mit Ihrem Arzt! Auch wenn es für sie zunächst unangenehm ist, er ist damit vertraut	
Schwindel, Blutdruckschwankungen	Vermeiden Sie zu schnelles Aufstehen, wenn Sie sitzen oder liegen; ändern Sie Ihre Position nur langsam, hilfreich sind auch Wechselbäder, Schwimmen, Gymnastik etc.	

Mod. nach Behrendt, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: dgvt Verlag, S. . Mit freundlicher Genehmigung. ???

Lincoln, T. M., Lüllmann, E. & Westermann, S. (2012). Schizophrenie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 51.

Nebenwirkung 	Tipps für Abhilfe 	Was ist hilfreich bei mir? 
<i>Müdigkeit</i>	Gezielte Aktivitäten, die sie nicht überlasten (Spaziergänge, leichtere sportliche Aktivitäten), ausgewogenes Verhältnis zwischen Aktivität und Rückzug/Ruhephasen	
<i>Sehstörungen</i>	Tauchen vor allem zu Beginn der Behandlung auf, gehen von alleine wieder weg, sobald sich der Körper auf die Medikamente eingestellt hat; Sehstörungen sind nicht selbst zu kontrollieren; vermeiden Sie auf jeden Fall Situationen, die Ihnen gefährlich werden können (z. B. im Straßenverkehr o. Ä.)	
<i>Erhöhtes Risiko für Sonnenbrand</i>	Ziehen Sie in der Sonne einen Hut oder ein Kopftuch auf, legen Sie sich nicht direkt in die pralle Sonne, cremen Sie sich mit einer Sonnencreme mit hohem Lichtschutzfaktor (mind. 10 und mehr) gut ein etc.	

Mod. nach Behrendt, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: dgvt Verlag, S. . Mit freundlicher Genehmigung. ???

Lincoln, T. M., Lüllmann, E. & Westermann, S. (2012). Schizophrenie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 51.

Expressed-Emotion-Konzept (Brown et al., 1972)

= emotionalen Einstellungen des Angehörigen dem Patienten gegenüber (= familiäre Klima) haben einen deutlichen Einfluss auf die Rückfallrate des Patienten.

High-Expressed-Emotions (HEE) bedeutet dabei, dass die Familienangehörigen ggü. dem Patienten übermäßig häufig **Kritik** äußern, **Feindseligkeiten** zeigen oder von einem **emotionalen Überengagement** gekennzeichnet sind:

Bereiche	Beschreibung
Kritik	Missbilligung, Ärger, Abneigung, Groll ggü. Pat. - z. B. "Im ganzen Haus lässt sie das Licht brennen, das geht doch nicht!"; "Es ist immer schlimmer geworden, nichts räumt er auf ... er tut überhaupt nichts!"
Feindseligkeit	Weniger Verhalten & Merkmale, sondern vielmehr persönliche Eigenschaften des Pat. werden missbilligt = generalisierende und persönliche Abwertungen wie "Der ist stinkenfaul!" o. "So was Dusseliges und Nichtsnutziges habe ich noch nie erlebt!"
Emotionales Überengagement	Verhaltensweisen und Emotionen des Umfeldes stehen hier im Fokus: <ul style="list-style-type: none"> extreme Besorgnis und Fürsorglichkeit ("Ich denke ständig daran, was aus ihm werden soll!") Aufopferung ("Ich tue alles für ihn, wenn es ihm nur gut geht!") bis hin zur Aufgabe eigener Bedürfnisse wegen des Pat. extrem überfürsorgliches Verhalten, was die Intimsphäre des Pat. verletzt, z. B. Tagebücher lesen, Pat. mit im Bett schlafen lassen; stets wissen, was gut für den Pat. ist

(Ausprägung kann mittels "Camberwell Familieninterview" (CFI) erfasst und bestimmt werden.)

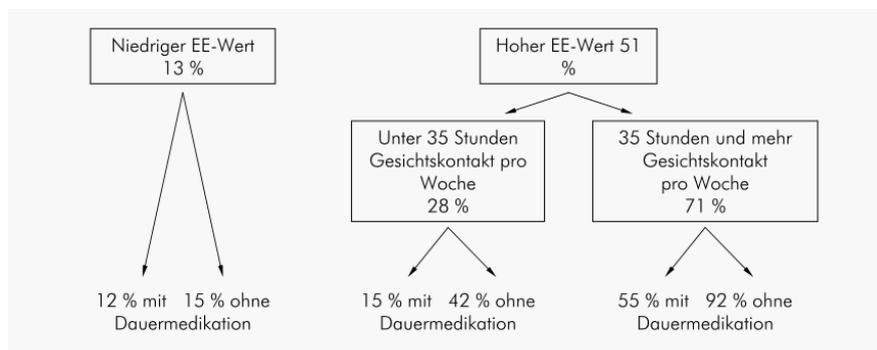
Der ungünstige Einfluss von HEE auf die Rückfallquote von Schizophrenie, Depression, der Bipolaren Störung und Essstörungen wurde in einer Reihe von Studien nachgewiesen und gilt als gut etabliert. Zum Wirkmechanismus gibt es dagegen noch keine etablierte Theorie.

HEE und Rückfallvorhersage

	HEE	NEE
Schizophrenie₁	48%	21%
Depression₂	64%	11%
Bipolare Störungen₃	91%	47%

Quelle: ₁ Kavanagh (1992); ₂ Vaughn & Leff (1976), Holley et al. (1986); ₃ Miklowitz et al. (1988, 1994)

Rückfallvorhersage trotz medikamentöser Behandlung



Rückfallraten (%) in einer Gesamtgruppe von 125 schizophrenen Patienten innerhalb von 9 Monaten nach Klinikentlassung in Abhängigkeit von der Medikation; aufgeteilt nach dem emotionalen Engagement ihrer Angehörigen (niedriger EE-Wert n=69, hoher EE-Wert n=56); sowie aufgeteilt nach der Länge des durchschnittlichen Gesichtskontaktes pro Woche mit emotional hoch engagierten Angehörigen (nach Leff 1984).

s. Wittchen & Hoyer (2006), „Klinische Psychologie & Psychotherapie“, Kapitel 36.

Psychosoziale Therapien von Psychosen und Bipolaren Störungen FAMILIENTHERAPIE

Hinter der Bezeichnung »Familietherapie« verbergen sich viele verschiedene Therapie-richtungen (z.B. Psychoanalyse, neuere Systemtheorie, Verhaltenstherapie).

Die Behandlungsmethoden sind entsprechend unterschiedlich. Allen gemeinsam ist jedoch, dass ein psychisch erkrankter Mensch nicht einzeln behandelt wird, sondern in Gegenwart bzw. im Kreise möglichst vieler mit ihm vertrauter Personen. Zumeist wird die Systemische Familietherapie eingesetzt.

Die Systemische Familietherapie ist ein psychologisches Verfahren, das zwar in erster Linie gesprächs- und verhaltensorientiert ist, aber auch darstellend-kreative Techniken einsetzt. Sie ist für alle akuten Zustände psychischer Verwirrung und Problematik auch bei einzelnen Personen geeignet. Dabei muss man die »Familietherapie« von so genannten »begleitenden Familiengesprächen« abgrenzen, die lediglich der Klärung von Sachfragen, der Information über einen Patienten oder der Beruhigung der Angehörigen dienen.

Ziele der Systemischen Familietherapie:

- *Grundsätzliches Ziel* ist es, die Autonomie und den Selbstwert jeder einzelnen Person bzw. jeden Familienmitglieds zu stärken – sowie den Zusammenhalt untereinander zu festigen, die Kommunikation und den Austausch zu verbessern und schädigende Beziehungsmuster zu verändern.
- Im *psychotherapeutischen* Bereich: Heilung von psychischen und psychosomatischen Problemen und Störungen aller Art,
- Im *Beratungsbereich*: Lösung von Generations-, Ablösungs-, Entscheidungs-, Trennungs- und anderen Problemen und Konflikten
- *Zielgruppen*: In der Systemischen Familietherapie kann sowohl mit dem gesamten System, als auch mit Teilsystemen und Einzelpersonen gearbeitet werden. Die Familietherapie wendet sich dementsprechend an Familien, Paare, Gruppen, Organisationen und andere soziale Systeme, aber auch an Einzelpersonen.

Die familientherapeutische Behandlung kann stationär oder ambulant durchgeführt werden und schließt andere Behandlungsformen wie Medikamente oder Einzeltherapien anderer therapeutischer Richtungen nicht aus. Sie ist als generelle, systemische Therapie nicht nur auf die Familie begrenzt, vielmehr können an den Sitzungen – auf Wunsch der Beteiligten – auch Mitarbeiter von Institutionen wie z. B. der Schule teilnehmen. Ebenso sind systemisch-familientherapeutische bzw. systemische Behandlungen nicht nur bei Problemen mit Kindern und Jugendlichen sinnvoll, sondern auch bei Erwachsenen und Paaren. Eine vollständige Familie ist zur Behandlung nicht notwendig, zumal viele – auch psychiatrisch relevante – Probleme mit Kindern vor allem in Einelternfamilien vorhanden sein können. Es gibt in Deutschland inzwischen eine Vielzahl von familientherapeutischen und systemischen Instituten ebenso wie niedergelassene ärztliche und psychologische Familientherapeuten.

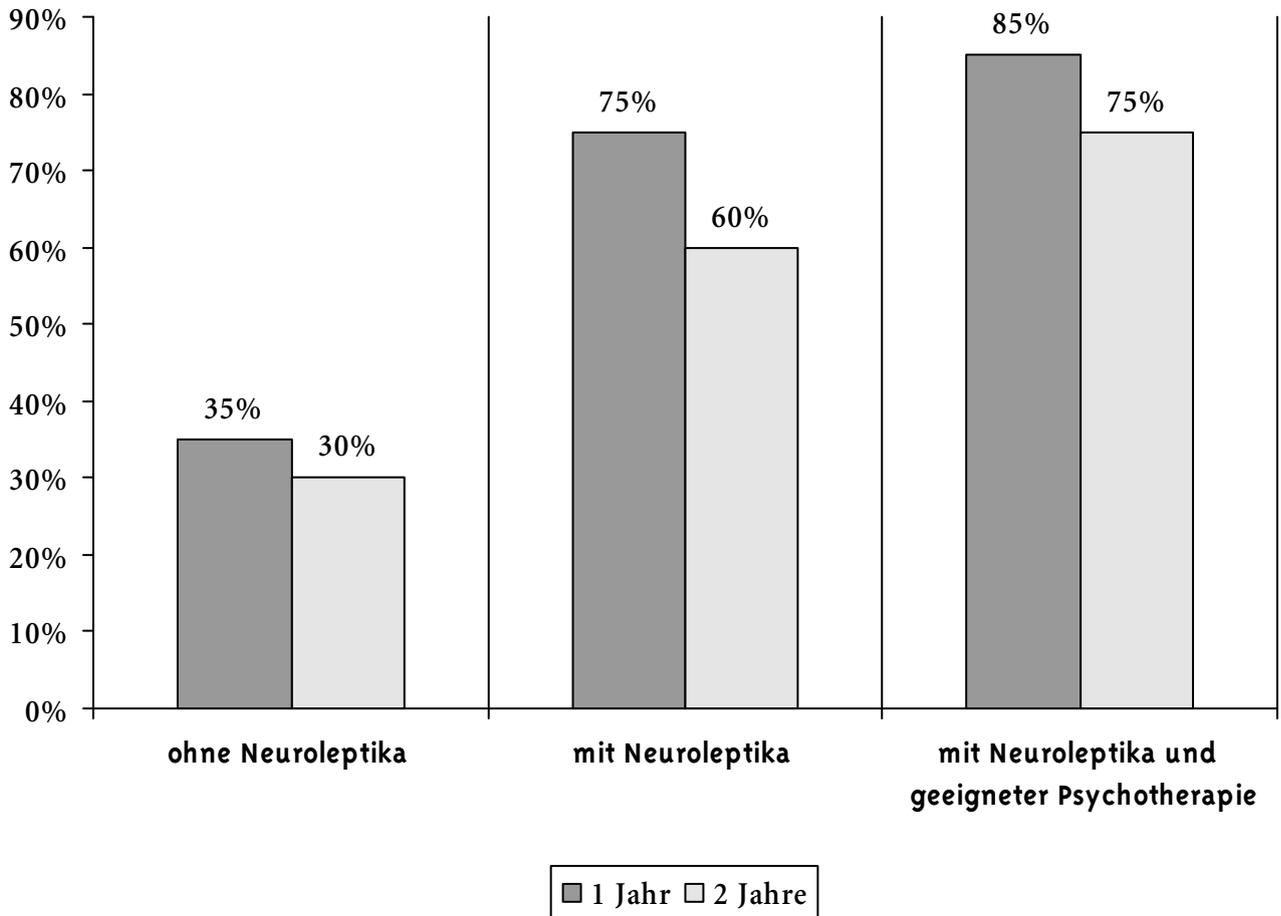
Informationen erhalten Sie bei:

- Psychotherapie-Infodienst PID des BDP, Tel.: (0228) 74 66 99; www.psychotherapiesuche.de, E-Mail: wd-pid@t-online.de.
- Internationale Gesellschaft für systemische Therapie, Kussmaulstr. 10, 69120 Heidelberg, Tel: (06221) 406 40, www.igst.org.

Text: Adaptiert von Hans Kowerk und Karsten Groth

Quelle: Fritz-Michael Sadre Chirazi-Stark, Fritz Bremer, Ingeborg Esterer: Wege aus dem Wahnsinn. Therapien, Begleitung, Selbsthilfe bei psychotischen Erkrankungen. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage, Psychiatrie - Verlag, Bonn 2002.

Wie viele Patienten mit einer Psychose benötigen innerhalb von einem und zwei Jahren keine weitere stationäre Behandlung?



Bei Psychosen besteht ein Rückfallrisiko.

Mit Hilfe der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wird die Chance auf eine Stabilisierung der Lebenssituation und der allgemeinen Lebenszufriedenheit deutlich erhöht.

Suche des Psychotherapeuten und Wahl der Methode

Aufgrund der hohen Auslastung vieler Psychotherapeuten ist es nicht ganz einfach, zeitnah eine Psychotherapie zu beginnen. Zudem sollten Sie sich *mit dem Beginn auch so lange Zeit lassen, bis Sie sich nach der akuten Krise wieder richtig stabilisiert haben*. Außerdem stellt sich die Frage, welche Therapiemethode die richtige für Sie ist.

Bei der Suche nach dem geeigneten Psychotherapeuten und der Wahl der Therapiemethode sollten Sie einige Tipps beachten:

- Wer professionellen Rat möchte, kann sich z. B. an den *Bund Deutscher Psychologen* (BDP) wenden. Dieser bietet einen Infodienst an (Tel. 030 - 209 166 330, www.psychotherapiesuche.de). Dort können bundesweit Adressen und Auskünfte für Spezialisierungen von Therapeuten abgefragt werden. Andere Berufsverbände für Psychotherapeuten (z. B. DGPT, DGV, DPTV) verfügen ebenfalls über Therapeutenlisten, die auch über das Internet abgerufen werden können.
- Bitte auch unter der jeweiligen Internetseite der *kassenärztlichen Vereinigung* des Bundeslandes (KV-Sachsen z. B.) schauen und in der Suche Psychotherapeut und Postleitzahl eingeben.
- Es komme auf den Versuch an und auf den Eindruck nach dem ersten persönlichen Kontakt. Da *keine Überweisung* oder ähnliches *erforderlich* ist, kann die Suche nach dem geeigneten Therapeuten ganz unkompliziert ablaufen. Unter der Voraussetzung, dass die Kassenzulassung vorliegt, reicht es, die Versicherungskarte mitzunehmen.
- Grundsätzlich ist es möglich, die *Diagnose als Kriterium für die Wahl der Therapiemethode* heranzuziehen. Zu der Diagnose als Auswahlkriterium kommt aber immer auch die ganz persönliche Vorlieben: Welche Methode wird subjektiv als passend erlebt? Viele der Therapiemethoden wirken jedoch diagnoseübergreifend. Wichtig ist auch, was Sie mit der Therapie erreichen wollen und zu welcher Arbeitsweise Sie motiviert sind. Außerdem sollten Sie klären, ob sich jemand auf Ihre Art der Erkrankung spezialisiert hat und ob Sie eine Einzel- oder eine Gruppentherapie vorziehen. Letztendlich ist es auch wichtig, ob die Therapie in Ihrer Nähe stattfinden kann, dies erhöht die Wahrscheinlichkeit einer lückenlosen Teilnahme. Fragen Sie auch, ob Ihre Krankenkasse eine von Ihnen geplante Therapie überhaupt bezahlt.
- Ziehen sie immer eine *Verhaltenstherapie* einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie vor.

M51.11 Kommunikationstraining

Instruktionen		
Art	Hinweise	Beispiele
<i>Positive Gefühle ausdrücken (P)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Den Gesprächspartner anschauen – Ihm/ihr genau beschreiben, was mir gefallen hat (d. h. das Verhalten beschreiben) – Ihr/ihm sagen, was ich dabei gefühlt habe. 	Pünktlich sein, im Haushalt helfen, Bett machen, sich unterhalten, sich um mich kümmern, spazieren gehen, Interesse zeigen, freundlich sein
<i>Wünsche äußern (W)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Den Gesprächspartner anschauen – Genau beschreiben, welche Verhaltensänderung ich von ihm/ihr erwarte – Ihr/ihm sagen, wie ich mich dann fühlen würde. Beginnen Sie die Bitte z. B. mit »Ich würde mich freuen, wenn ...« oder »Es wäre mir eine große Hilfe, wenn ...« 	Pünktlich zum Essen kommen, bei der Hausarbeit helfen, Essen kochen, im Garten arbeiten, sich unterhalten, früher aufstehen, Hilfe anbieten, aufräumen, duschen
<i>Negative Gefühle ausdrücken (N)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Den Gesprächspartner anschauen; fest und bestimmt sprechen. – Ihm/ihr genau beschreiben, was mir missfallen hat (d. h. sein/ihr Verhalten konkret beschreiben) – Ihr/ihm sagen, was ich dabei gefühlt habe. – Ihm/ihr einen Vorschlag machen, wie er/sie dies in Zukunft vermeiden könnte. 	»Ich ärgere mich, dass Du mich angeschrien hast; es wäre mir lieber, wenn Du das nächste Mal leiser reden würdest«; »Wenn Du mir sagst, ich muss jetzt eine Arbeit finden, bekomme ich Angst; es würde mir helfen, wenn Du mich nicht so bedrängst.«

Protokoll				
Tag und Datum	Art (P, W, N)	Wen haben Sie angesprochen?	Was haben Sie zu ihm/ihr gesagt?	Was hat er/sie geantwortet?

Aus Hahlweg, K., Dürr, H., Dose, M. & Müller, M. J. (2006). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe*, (2. Aufl.), S. 175–177. © Hogrefe Verlag Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung.

Lincoln, T. M., Lüllmann, E. & Westermann, S. (2012). Schizophrenie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 51.

M51.4 Spaltentechnik

Anleitung				
Situation	Spontane Gedanken/ Interpretation	Überzeugungs- stärke und Gefühle	Alternative Gedanken	Ergebnis
Welche Situation beschäftigt mich gerade? Was hat meine aktuellen Gedanken und Gefühle ausgelöst? Beschreiben!	Welche Gedanken (evtl. Befürchtungen) habe ich aufgrund der Situation? Wie interpretiere ich das Geschehene?	Wie sehr bin ich von der Richtigkeit meiner Gedanken überzeugt? (0–100%) Welche Gefühle empfinde ich?	Achtung – Ich weiß, dass ich manchmal zu voreiligen und zu negativen Überlegungen neige, daher: Gibt es andere mögliche Erklärungen, die weniger bedrohlich sind? Gibt es Informationen, die meiner Überzeugung widersprechen? Schließe ich voreilig? Denke ich (wieder) nur an das Schlimmste? Könnte ich meine Befürchtung überprüfen? Was würde (...) dazu sagen? Vielleicht sollte ich mit ihm sprechen?	Wie sehr bin ich jetzt von der Richtigkeit meiner Gedanken überzeugt? (0–100%) Welche Gefühle empfinde ich jetzt? Kann ich noch etwas tun, um die Schwierigkeiten zu bewältigen?

Protokollblatt zum Hinterfragen von Überzeugungen

Situation	Spontane Gedanken/ Interpretation	Überzeugungs- stärke und Gefühle	Alternative Gedanken	Ergebnis

Mod. nach Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, basics and beyond*. New York: Guilford Press. Bereitstellung der für Wahn adaptierten Spaltentechnik von Dr. Michael Ziegler. Mit freundlicher Genehmigung.

Lincoln, T. M., Lüllmann, E. & Westermann, S. (2012). Schizophrenie. In G. Meinlschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 51.