

Psychotherapie bei Psychosen

Achim Dochat, Bruderhausdiakonie, Reutlingen

achim.dochat@bruderhausdiakonie.de

Klaus Hesse, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ,Tübingen

klaus.hesse@med.uni-tuebingen.de

Was verhindert Psychotherapie bei Psychosen?

- Mythos „Kontraindikation“: Der Vorbehalt hält sich wider besseres wissenschaftliche Wissen bis heute hartnäckig.
- Psychotherapie läuft quer zum gängigen schulmedizinischen Menschen- und Behandlungsbild (Angst um Pfründe?).
- Begrenzte Kapazitäten bei Psychotherapeuten.
- Richtlinien-Psychotherapie gibt nicht sachgerechte Arbeitsform vor.
- Nicht alle Psychotherapeuten sind bereit (oder auch kompetent) zur Psychosenbehandlung. Und Psychosepatienten gelten als eher schwierig und terminlich unzuverlässig.
- Viele Klienten schaffen es nicht, die Hürden auf dem Weg zu einer Psychotherapie zu überwinden (Finden eines geeigneten Therapeuten, Wartezeit, Kostenbewilligung, Einlassen auf von vornherein befristeten Zusammenarbeit).
- Fremdeln der Gemeindepsychiatrie (wenig psychotherapeutische Angebote, wenig Hinführung).

Der Anteil von Psychotherapie an der Behandlung von Menschen mit Psychosen ist – entgegen aller wissenschaftlichen Evidenz - erschreckend gering.

Wir wollen dafür werben, mehr Psychotherapie zu wagen

- durch Hinweise zu Beziehungsgestaltung und Methodik
- durch Ermutigung zu psychotherapeutischer Orientierung der institutionellen Arbeit
- durch Erläuterung der Veränderungen in den Psychotherapie-Richtlinien, die sowohl die Rahmenbedingungen für Behandlung von Psychosen, als auch für die Kooperation mit psychotherapeutischen Praxen verbessern

Frage

Welche Reaktion löst es bei Ihnen aus, wenn ein Patient...

... sehr misstrauisch Ihnen gegenüber ist?

... signalisiert, in Ruhe gelassen werden zu wollen und gleichzeitig offensichtlich hilfsbedürftig ist?

... durch geringen Ausdruck in Mimik und Gestik schwer einschätzbar ist?

... sehr wenig Aktivität zeigt?

→ Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um dazu ein paar Gedanken zu notieren und diskutieren Sie mit Ihrem Nachbarn darüber.

Preferences for treatment during a first psychotic episode

L. de Haan*, B. van Raaij, R. van den Berg, M. Jager, P. Houweling, M. Stockmann, P. Delsing, D. Linszen, B. Peters, L. Wouters

Adolescent Clinic, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Department of Psychiatry, Postbox 22700, 1100 DE Amsterdam, The Netherlands

Table II. Rank order, significant differences ($P < .001$) concerning 42 preferences per group of respondents.

	<i>Patient "r"</i>	<i>Family "r"</i>	<i>Professional "r"</i>
Creating a quiet, safe environment	1*FC	8	5
Quality information (diagnosis)	2	2	3
Short waiting period before admission	3*C	5*C	9
Advice on coping with psychosis	4	6	4
Quality information (medication)	5	7	6
Early help in own environment (by psychiatrist)	6*C	11*C	23
Individual encounters with professional caregiver	7*FC	22	22
Low-threshold, quiet admission	8	13	8
Early help in own environment (by general practitioner)	9*C	14*C	26
Supportive counselling patient and family	10	1*P	2*P
Help with regaining day-night rhythm	11	19	10*F
Continuity of caregiver	12	3*P	7*P
Guarantee of privacy	13*FC	27	20*F
Listening and being clear (by caregiver)	14	18	15
Early help in own environment (by ambulant team)	15	4*P	1*P

Wahnsensible Behandlung

Herausforderung an das stationäre Behandlungsteam

Aktuelle Versorgungssituation	Hilfreiche Versorgungssituation
Krankenhausbehandlung erfordert Kranken, der Behandlung wünscht	Patient sucht sich Hilfe, die er für wichtig ansieht
Viele unbekannte, nicht vertraute Personen	Wenige, vertraute Menschen
Wenig Gesprächsmöglichkeiten	Gesprächsmöglichkeiten um Erfahrungen zu sortieren
Äußerer Zwang durch Institution (Essen, Schlaf, Ordnung ...)	Möglichkeit starkes Autonomiebedürfnis auszuleben
Lärm, Schreie, belastende, nicht überschaubare Situation auf Akutstationen	Ruhe, reizarme Umgebung

Wahnsensible Behandlung

Herausforderung in der ambulanten Psychotherapie

Aktuelle Versorgungssituation	Hilfreiche Versorgungssituation
Selbständiges Suchen von Psychotherapeuten - Viele Anrufe und Absagen	Kenntnis von Ansprechpartnern
Keine Erfolgserwartung für Psychotherapie	Veränderungswunsch als mögliches Therapieziel
Therapiewünsche des Patienten müssen früh explizit formuliert werden	Patient findet Veränderungswunsch durch Therapie
Wöchentliche, 50-minütige Termine	Variable Termingestaltung wegen Aufmerksamkeit (kürzere Termine) und möglicher Krisen (häufigere Termine)
Skeptische Haltung in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrischen Versorgung	Ermutigung und Unterstützung bei Suche nach geeigneten Angeboten

Kontaktaufnahme

Wie könnten wir vorgehen?

Wahnsensible Behandlung

Kontaktaufnahme - Patientensicht

- Wem kann ich vertrauen?
- Ist das die richtige Therapeutin?
- Weiß sie, was hier abgeht?
- Wie kann ich testen, ob sie es ernst meint?

Wahnsensible Behandlung

Zielhierarchie



Klingberg und Hesse (2014)

Probleme in der Ausgangsbedingung

Wie könnten wir vorgehen?

Technische Geräte

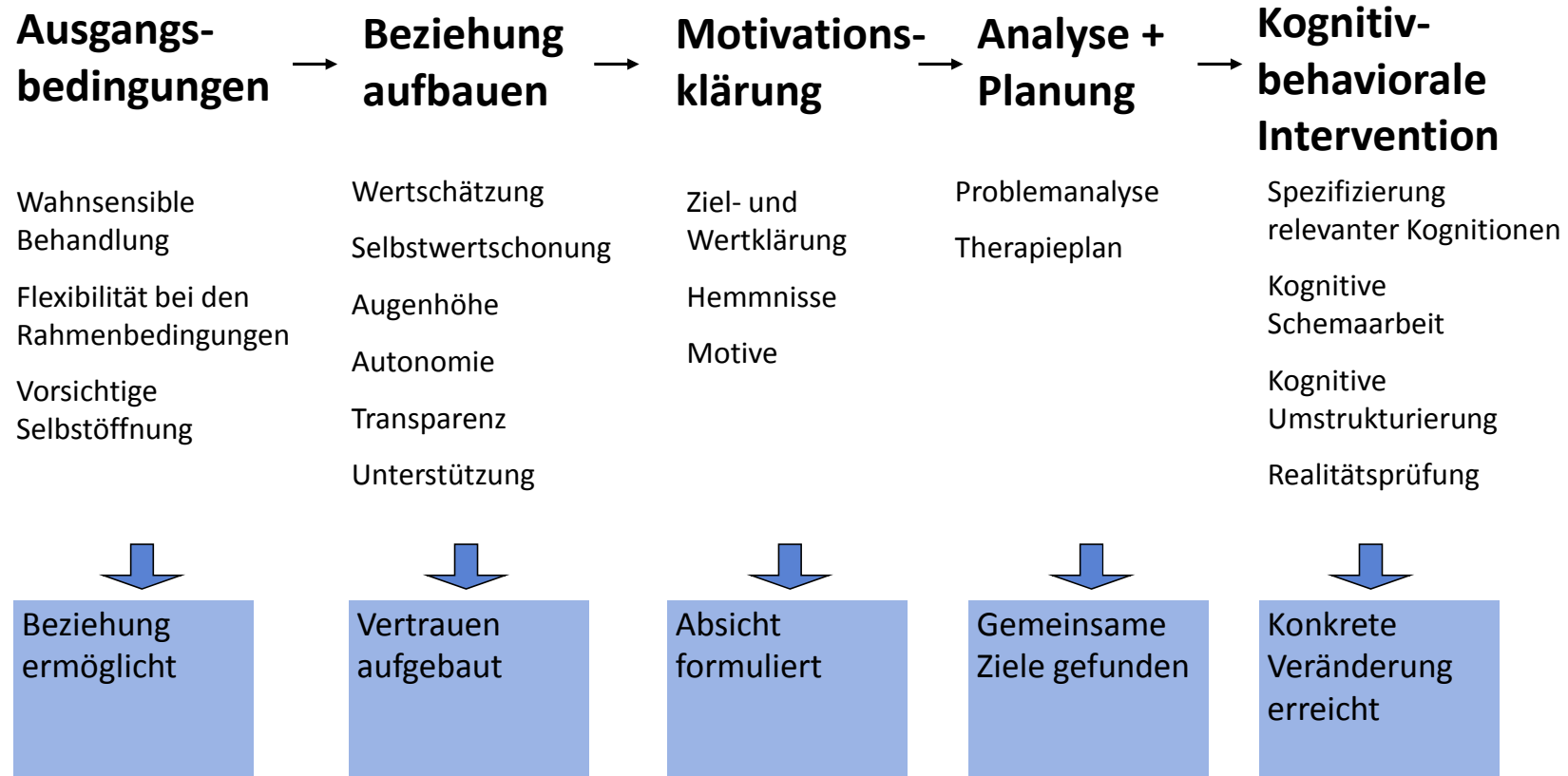
- Technische Geräte werden oft als verdächtig eingestuft.
- Wahn bezieht sich immer auf subjektiv bedeutsame Themen.
- Überwachung und Datensammlung ist für viele Menschen ein Thema.

Wahnsensible Behandlung

Therapiegespräch an einem sicheren Ort

- Irritationen ernst nehmen
- Zu Überprüfungen ermutigen
- Therapieraum an Sicherheitsbedürfnis anpassen (Vorhang zuziehen)
- Wenn keine Abhilfe geschaffen werden kann, sicheren Ort aufsuchen (z.B. Spaziergang ist abhörsicher)
- Sitzsituation beachten!

Phasen einer ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen (CBTp)



Therapeutische Grundhaltung

Gesprächstherapeutische Grundhaltung übertragen auf Patienten mit Psychose

Situation des Patienten	Haltung des Therapeuten
Unterlegenheitsgefühl, Ablehnungserfahrung, Angst vor Spott, niedriger Selbstwert	Unbedingte Wertschätzung
Angst, Wut, Frust Hilflosigkeit	Empathie
Misstrauen, Ablehnung von Autorität	Echtheit/Kongruenz

Mittel um diese Haltung zu transportieren:

- Metakommunikation,
- begrenzte Selbstöffnung um als Mensch greifbar zu sein und
- Transparenz im Vorgehen

Kollusion und Konfrontation

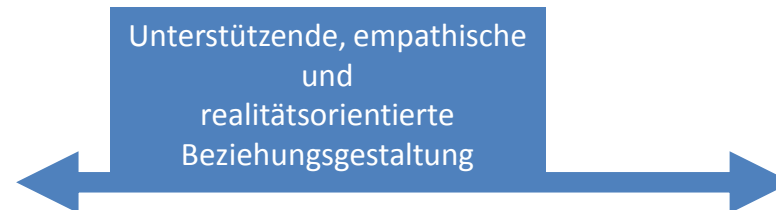
Therapeutisches Dilemma

Kollusion

Erhöht Nähe
Bestätigung führt zu
erhöhtem Selbstwert
Kognitive Dissonanz
wird reduziert

Cave:

Veränderungsmotivation
wird reduziert



Konfrontation

Riss in der Beziehung
Erhöhung der kognitiven
Dissonanz
Veränderungsmotivation
wird gesteigert

Cave:

Beziehungs- und
Therapieabbruch
drohen

Kollusion und Konfrontation

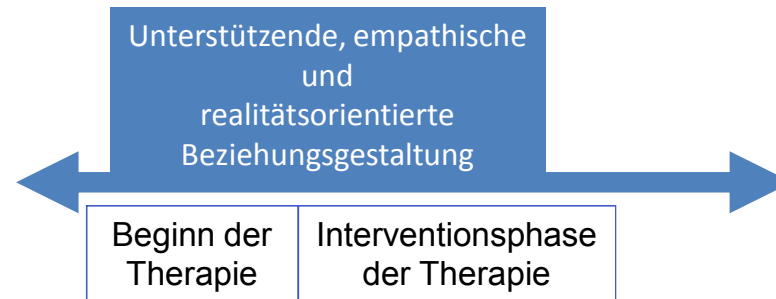
Therapeutisches Dilemma

Kollusion

Erhöht Nähe

Bestätigung führt zu erhöhtem Selbstwert

Kognitive Dissonanz wird reduziert



Konfrontation

Riss in der Beziehung

Erhöhung der kognitiven Dissonanz

Veränderungsmotivation wird gesteigert

Cave:

Veränderungsmotivation wird reduziert

Cave:

Beziehungs- und Therapieabbruch drohen

Kollusion und Konfrontation

Beispiele zum Umgang mit wahnhaften Äußerungen

Patient: „Die Mafia beobachtet meine Wohnung.“

Patient: „Rufen Sie die Polizei.“

Beziehungsgestaltung

Zentrale Prinzipien bei Verfolgungswahn

- Respekt vor der Autonomie des Patienten
- Selbstwertschonung/Normalisierung
- Berücksichtigung kognitiver Defizite

Beziehungsgestaltung

Respekt vor der Autonomie

- Dem Patienten versichern, dass nicht über ihn, sondern mit ihm gesprochen wird.
 - Dem Patienten versichern, dass er an Entscheidungen definitiv beteiligt ist.
 - Sich klar machen, dass langfristig nur geschieht, was der Patient will.
- Auch eine Unterbringung hebt diese Prinzipien nicht auf!

Therapeutische Grundhaltung vermitteln

Ziel	Formulierungsbeispiele
- Erlaubnis zu geleitetem Entdecken	„Ich weiß auch nicht genau, was wahr ist. Wenn Sie wollen, versuche ich es mit Ihnen zusammen herauszufinden?“
- Erlaubnis zur weiteren Exploration	„Ich frage da sehr genau nach, weil es mir scheint, als würde Sie dieser Punkt besonders beschäftigen. Darf ich weiter nachfragen? Wenn es Ihnen zu viel wird, sagen Sie es mir bitte.“

Beziehungsgestaltung

Basisverhalten des Patienten etablieren

Basisverhalten des Patienten	Mittel des Therapeuten
Therapienachfrage	Verbale und non-verbale Verstärkung für erwünschtes Verhalten
Selbstöffnung	Nicht-Beachten unerwünschten Verhaltens
Mitarbeit	Explizite Instruktion Metakommunikation
Erproben	Selbstöffnung

Beziehungsgestaltung

Selbstwertschonung

Stigma als zweite Krankheit

- „Normalisierung“ (Psychose als „normale“ Reaktionsform von Menschen)
- Gestufte Information und Diagnosevermittlung. Klare Absprachen im Team: Wer tut wann was?
- „Psychose“ oft verträglicher als „Schizophrenie“, „Krise“ verträglicher als „Krankheit“.

Berücksichtigung von formalen Denkstörungen

Problem	Strategien
- Lange Antwortlatenz	<ul style="list-style-type: none">• Genügend Bedenkzeit geben, aushalten• Nachfragen, ob Patient noch überlegt• Längere Gesprächspausen, die nicht aufgrund von Nachdenken entstehen, vermeiden
- Assoziative Lockerung	<ul style="list-style-type: none">• Erlaubnis erfragen, wieder zu dem ursprünglichen Thema zurückzukehren• Bei Häufungen Metakommunikation

Zeitstruktur und Tempo

Ziel	Strategien
- Begrenzte Aufmerksamkeitsspanne und Gedächtniskapazität respektieren	<ul style="list-style-type: none">• 50 Minuten sind oft nur mit Unterbrechungen möglich• Ein Thema pro Sitzung
- Emotionale Themen sind immer auch belastend für die Therapiebeziehung	<ul style="list-style-type: none">• Wechsel auf emotional unbelastete Themen: z.B. Urlaub, Wetter, Sport etc.• Anschließend wieder Wechsel zum Thema

Fragen zu wahnhaftem Erleben

Ziel	Formulierungsvorschläge
Erfragen von wahnhaftem Erleben ohne zu pathologisieren	<ul style="list-style-type: none">• „Treten Ihnen andere Personen ablehnend gegenüber?“• „Hat jemand die Absicht, Ihnen zu schaden?“• „Geschehen Dinge, die Sie nicht einordnen können oder die Sie ängstigen?“• „Gibt es derzeit Dinge, die Sie beschäftigen oder über die Sie sich Sorgen machen?“
Indirektes Erfragen von wahnhaftem Erleben	<ul style="list-style-type: none">• „Welche Menschen sind wichtig in Ihrem Leben?“• „Wie sind Schlaf und Appetit?“
Verstehen der emotionalen Qualität des wahnhaften Erlebens	<ul style="list-style-type: none">• „Es ist schwierig, wenn man niemandem trauen kann“• „Sie müssen in ständiger Angst leben“

Reaktion bei Störungen in der Therapiebeziehung

Ziel	Strategien
Misstrauen auflösen	<ul style="list-style-type: none">• Genau erfragen, was den Patienten misstrauisch macht.• Vorschläge erfragen, wie Vertrauensbasis wiederhergestellt werden kann.• Eigene Rolle und Intention offenlegen.
Abbruch verhindern	<ul style="list-style-type: none">• Erinnerung an frühere Beziehungsabbrüche.• Lebensziele und Therapieziele vergegenwärtigen → Motivation.

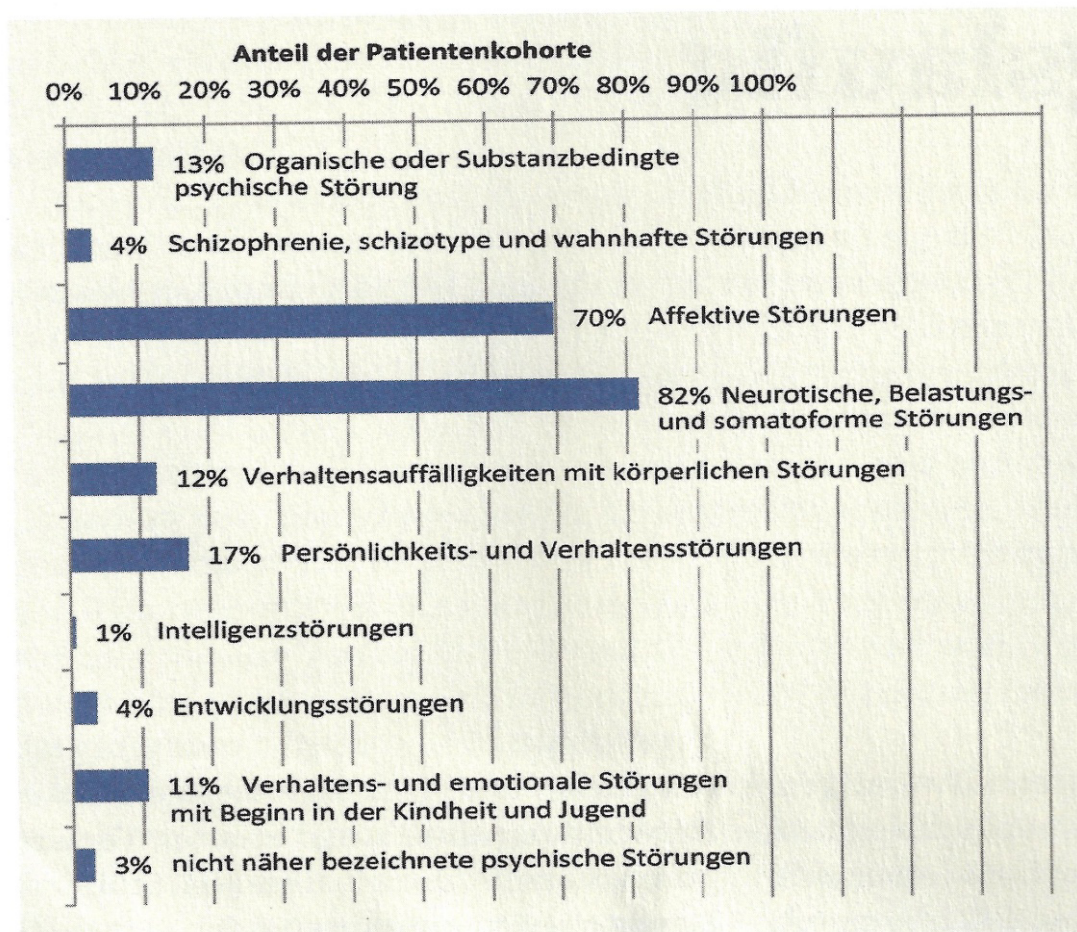
Relativ gute Chancen für Psychotherapie während der klinischen Behandlung

Aber

- Immer kürzere Verweildauern
- Welcher Anschluss ist möglich?

Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV

Abbildung 3: Anteil der Diagnosegruppen an den kodierten Diagnosen der Patienten der gesicherten Kohorte zu Beginn der Psychotherapie (2009)



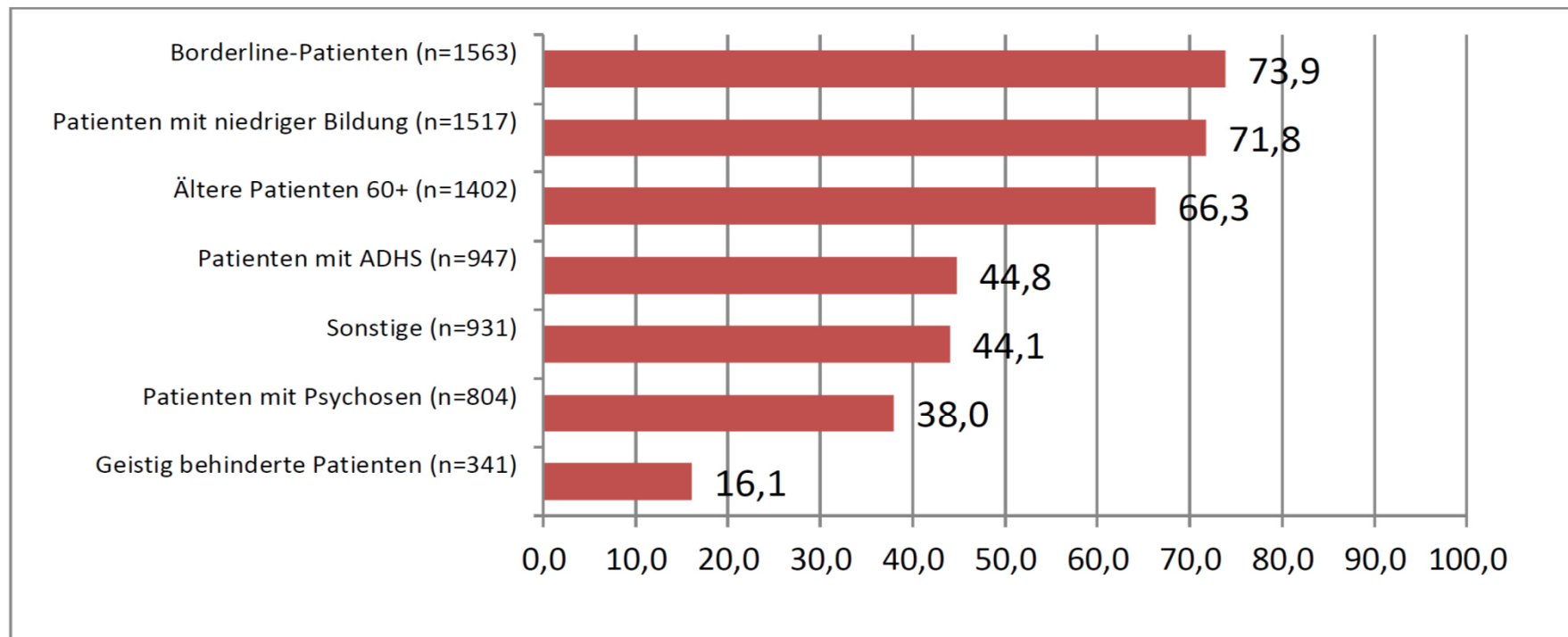
Berliner Studie zur ambulanten Versorgung von Patienten mit psychotischen Störungen

Fachgruppen	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	
	absolut	%
Psychologische/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	162	0,3
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	21	0,04
Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	26.527	47,2
sonstige Fachgruppen (z. B. Innere Medizin, Allgemeinärzte, Orthopädie, Augenärzte)	29.479	52,4
GESAMT	56.189	100,0

- Psychotherapeuten sind kaum an der ambulanten Versorgung psychotischer Patienten beteiligt.
- In der psychiatrischen Praxis steht für Psychotherapie kaum Zeit zur Verfügung

Nicht alle Psychotherapeuten behandeln alle Patienten

Abbildung 12: Behandelte „besondere“ Patientengruppen, nur Mitglieder mit KV-Zulassung oder in „freier“ Praxis (Mehrfachantworten möglich); $n_{\text{ges}}=2114$



Und die außerklinische Versorgungspraxis?

- Zufallsgesteuertes statt bedarfsgesteuertes Angebot: Nur ein Teil des Klientels findet den Weg in Psychotherapeutische Praxen ...
und – dort angekommen – nicht immer die passende Hilfe

Wie kommen mehr Psychosepatienten in die psychotherapeutische Praxis

- Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung sehen in der Regel keine Psychotherapie vor.
Parallelwelten: relativ unverbundenes Nebeneinander von (medizinischem) Behandlungssystem und System der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Wie kommt mehr psychotherapeutische Kompetenz ins gemeindepsychiatrische System?

Psychotherapie-Richtlinien

Änderung ab 2014

Schizophrenie, wahnhaftige Störungen und affektive psychotische Störungen wurden endlich uneingeschränkt in den Indikationskatalog für Psychotherapie aufgenommen

Psychotherapie-Richtlinien

Änderungen ab 1.4.2017

- Telefonische Sprechstunden in Psychotherapie-Praxen (200 Min. p.W)
- Offene psychotherapeutische Sprechstunden (100 Min. p.W.).
 - 6 Sitzungen pro Jahr sind ohne Antrag möglich
 - Sprechstunde ist Voraussetzung für Richtlinien-Psychotherapie
- Psychotherapeutische Akutbehandlung für psychisch kranke Menschen (Stabilisierung, Soforthilfe, Krisenintervention).
 - Kann kurzfristig nach der Sprechstunde beginnen.
 - Bis zu 24 Gesprächseinheiten a 25 Min.
 - Richtlinien-therapie im Anschluss möglich.
- 4 Probatorische Sitzungen (bisher 2)
- Bessere Voraussetzungen für die Einbeziehung von Partnern und Angehörigen
- Psychologische Psychotherapeuten können nun auch wie Ärzte Soziotherapie, medizinische Rehabilitation, Krankenhausbehandlung und auch Krankentransporte verordnen

Psychotherapie-Richtlinien

Vorteile

- Möglichkeit eines spontanen Kontakts in der offenen Sprechstunde und flexibler psychotherapeutischer Akutbehandlung ohne lange Wartezeit verbessern Voraussetzungen
- Praktikablere Arbeitsformen und deren ordnungsgemäße Abrechenbarkeit könnten die Bereitschaft psychologischer Psychotherapeuten zur Arbeit mit Psychosepatienten erhöhen.

Mögliche Probleme

- Grundsätzliche Neuorientierung in der Arbeitsweise psychotherapeutischer Praxen, die vermutlich für viele noch gewöhnungsbedürftig ist.
- Wie gut gelingt vernetztes Arbeiten mit psychologischen Psychotherapeuten?
- Das Problem fehlender Kapazitäten wird nicht wirklich gelöst.

Wie kommt mehr psychotherapeutische Kompetenz in die gemeindepsychiatrische Versorgung?

Psychotherapie von Menschen mit schweren und chronischen Psychoseerkrankungen bedeutet:

- Langzeitbegleitung, therapeutisch qualifizierte kontinuierliche Begleitung mit bedarfsentsprechend wechselndem Focus
- Flexibles, multimodales Vorgehen, mit unterschiedlicher Intensität und unterschiedlicher methodischer Schwerpunktsetzung je nach Krankheitsphase.

(z.B. Stützung und Stabilisierung, Reduktion der Symptombelastung, Psychoedukation, Erarbeitung von Selbstschutzstrategien, Training sozialer Kompetenzen, Bearbeitung familiärer Konflikte, soziale Reintegration, ...)

Wie kommt mehr psychotherapeutische Kompetenz in die gemeindepsychiatrische Versorgung?

Ambulante gemeindepsychiatrische Versorgungsnetze brauchen psychotherapeutische Kompetenz als integrierten Bestandteil.

- Nur so ist sichergestellt, dass auch Menschen mit hohem Bedarf, aber wenig aktivem Hilfesuchverhalten erreicht werden.
- Gleichzeitig leistet psychotherapeutische Kompetenz einen sinnvollen Beitrag bei der Organisation kontinuierlicher ambulanter Unterstützungssysteme.

Wie kommt mehr psychotherapeutische Kompetenz in die gemeindepsychiatrische Versorgung?

Wie kann psychotherapeutische Kompetenz in gemeindepsychiatrischen Teams wirksam werden?

1. Sie findet als psychotherapeutisches Grundwissen und Basiskompetenzen Eingang in die Arbeit des multiprofessionellen Teams
2. Sie trägt zur fachlichen Fundierung von Entscheidungen und zur Qualifizierung der Prozesse bei
3. Psychotherapeutische Behandlung findet integriert ins gesamte Versorgungskonzept statt

Hinweise

Mitgliederliste
mit Tätigkeitsbereich im
internen Bereich

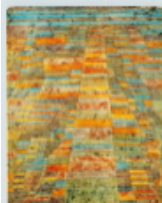
Veröffentlichungen
zur Psychosen-
Psychotherapie

Filmkritiken
zu Filmen mit Psychose-
Thematik

P-PT Angebote
Fort- Aus- und Weiterbildung
im Bereich Psychosen-
Psychotherapie
(Stand: Juli 2017)



DDPP-Flyer (PDF)

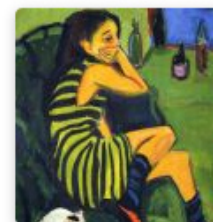


Psychotherapie-Richtlinien
(PDF)



Berliner Überregionales Symposium, 13.-14.10.2018

Das nächste Berliner Überregionale Symposium für PsychosenPsychotherapie wird am 13. und 14. Oktober 2018 in den Räumen der Nervenlinik der Charité stattfinden. Das Symposium wird sich mit dem Thema **"Wenn Therapeuten und Patienten sich nicht finden. Wege zu Menschen mit Psychosen in Heimen und Obdachlosigkeit"** beschäftigen. Weitere Informationen zu Programm und Anmeldeöglichkeiten finden Sie in Kürze hier.



Aktuelles

08.05.2018

8. DDPP Kongress



„Wann - wenn nicht jetzt? PsychosenPsychotherapie im Kontext Psychiatrischer Kliniken und Abteilungen“

Unter diesem Titel fand vom 04. bis 06. Mai der 8. Kongress des DDPP e.V. in den Räumen der Nervenlinik der Charité statt. Die Vorträge, u.a. von Andreas Bechdorf, Kirsten Becken, Thomas Bock, Roswitha Hurtz und Christiane Montag, und Seminare waren wieder sehr gut besucht. Ein Tagungsbericht wird in Kürze hier abrufbar sein.

22.04.2018

Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: "Dieses Gesetz ist extrem gefährlich"

Aus Angst vor Stigmatisierung werden viele Menschen keine Hilfe suchen. Psychiater Andreas Heinz fürchtet fatale Folgen, falls Bayern sein Psychiatriegesetz ändert. Lesen Sie hier Stellungnahmen in der ZEIT und des Berufsfachverbandes der DGPPN

16.04.2018

Veröffentlichungen von DDPP-Mitgliedern

In unserer Rubrik "Publikationen" finden Sie eine Liste neuer Veröffentlichungen zur Psychosen-Psychotherapie und verwandten Themen. Für DDPP-Mitglieder sind die kompletten Texte im internen Bereich zum Lesen und Herunterladen verfügbar. Falls Sie selber veröffentlicht haben oder relevante Artikel und Büchern kennen, auf die wir aufmerksam machen sollten, schreiben Sie uns gerne jederzeit.

26.02.2018

Neues KTS "kognitive Verhaltenstherapie"



Wir freuen uns auf unserem Kongress "Wann - wenn nicht jetzt? PsychosenPsychotherapie im Kontext Psychiatrischer Kliniken und Abteilungen" ein zusätzliches KTS "kognitive Verhaltenstherapie" anbieten zu können, für das wir mit Stephanie Mehl und Klaus Hesse zwei renommierte Vertreter dieses Gebietes gewinnen konnten

Termine

21.06.2018–23.06.2018
Jahres-Tagung der
ISPS-Germany 2018 (Bremen)

01.09.2018
Fortbildung Psychosen-
Psychotherapie (Gießen)

21.09.2018–22.09.2018
Kognitive Verhaltenstherapie bei
Psychosen - Workshop 4
(Tübingen)

21.09.2018–22.09.2018
Curriculare Fortbildung Kognitive
Verhaltenstherapie für Menschen
mit psychotischen Erkrankungen
- Workshop 2 (Berlin)

13.10.2018–14.10.2018
Berliner Überregionales
Symposium für
PsychosenPsychotherapie



10.11.2018
Fortbildung Psychosen-
Psychotherapie (Gießen)

16.11.2018–17.11.2018
Curriculare Fortbildung Kognitive
Verhaltenstherapie für Menschen
mit psychotischen Erkrankungen
- Workshop 4 (Berlin)

15.02.2019–16.02.2019



Kognitive Verhaltenstherapie bei Psychosen (CBTp)

Interessiert?

Kognitive Verhaltenstherapie ist wirksam bei der Behandlung schizophrener Psychosen.

Wie bieten Kurse zum Erlernen und Vertiefen der notwendigen psychotherapeutischen Kompetenzen an. Das Curriculum entspricht den Vorgaben des DDPP.

Nach der großen Resonanz auf das Kursangebot freuen wir uns, neue Termine für 2018 anbieten zu können, mit denen das Fortbildungszertifikat des DDPP in einem Jahr erreicht werden kann.

Details können Sie in der [Infobroschüre](#)  nachlesen. Kontakt: info@psychose-psychotherapie.de

Termine des Curriculums 2018:

CBTp-WS 01	Grundlagen, Gesamtbehandlung, Vernetzung	02./03.02.2018
CBTp-WS 02	Recovery-Orientierung und Rückfallprävention	16./17.03.2018
CBTp-WS 03	Früherkennung und Frühbehandlung von Ersterkrankten und Risikopersonen	15./16.06.2018
CBTp-WS 04	Symptom- und funktionsorientierte Behandlungsstrategien	21./22.09.2018

Die Kurszeiten sind jeweils Freitags von 14.00-20.00 Uhr und Samstags von 09.00 – 17.00 Uhr. Die Veranstaltung findet in den Räumen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Calwerstr. 14, 72076 Tübingen, statt. Jeder Workshop umfasst 16 Unterrichtseinheiten. CME-Punkte sind bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beantragt.

Login

 Angemeldet bleiben[Benutzername vergessen?](#)[Passwort vergessen?](#)

Latest Articles

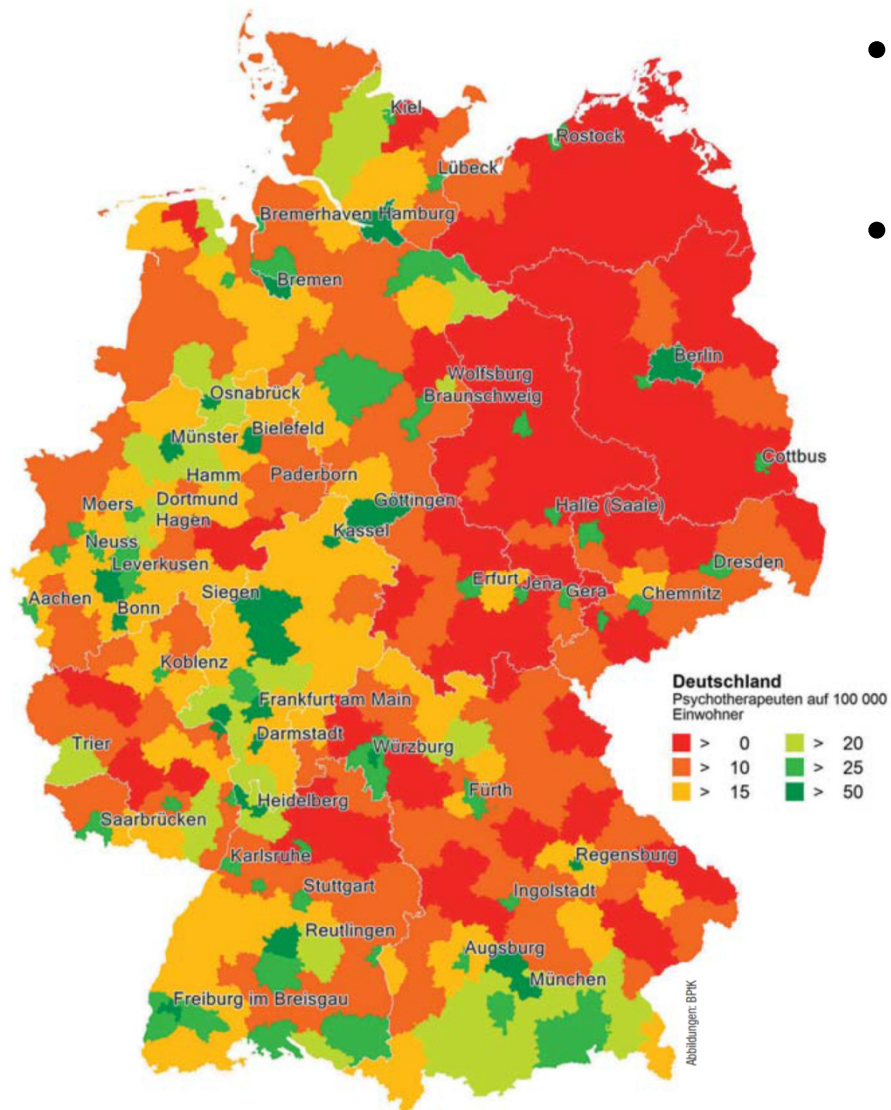
- [Informationen für Kursteilnehmer](#)
- [Über uns](#)
- [Impressum](#)
- [Für Kursteilnehmer](#)
- [Therapiemanuale](#)

Herzlichen Dank fürs Zuhören

Achim.Dochat@bruderhausdiakonie.de

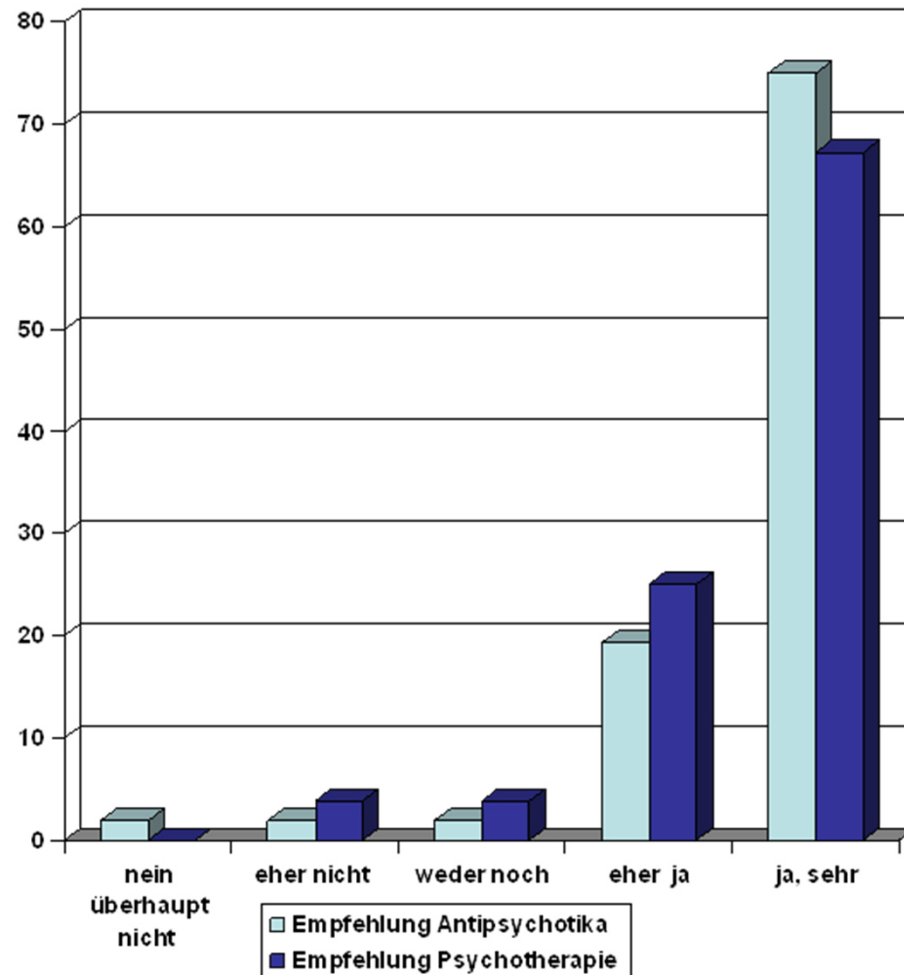
Klaus.Hesse@med.uni-tuebingen.de

Versorgungsquote mit Psychotherapeuten



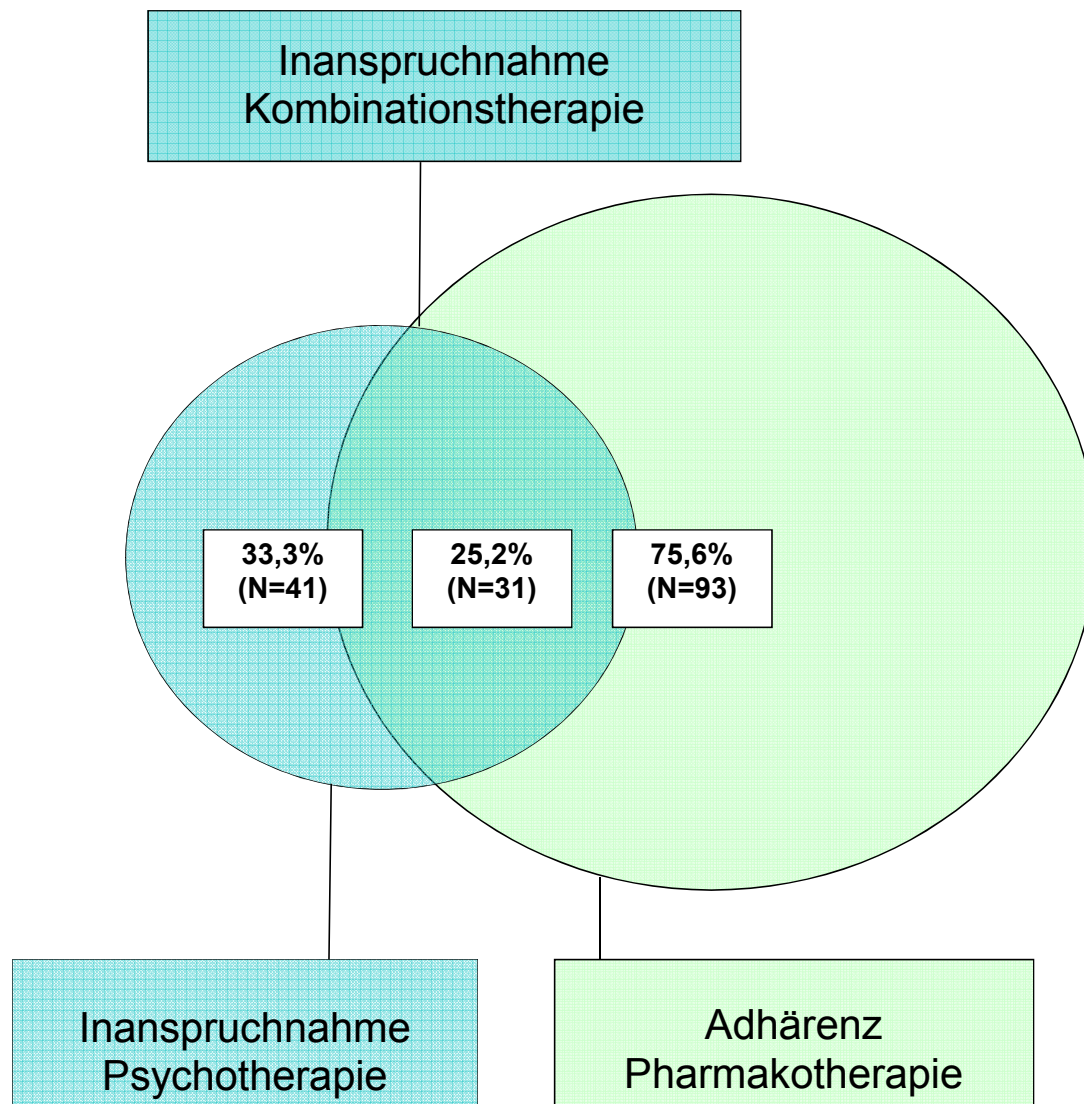
- Die Versorgung ist regional sehr unterschiedlich
- Eine insgesamt höhere Dichte an Psychotherapeuten könnte auch zu einer höheren Versorgungsquote führen.

Präferenzen für die Behandlung erfragt von Angehörigen

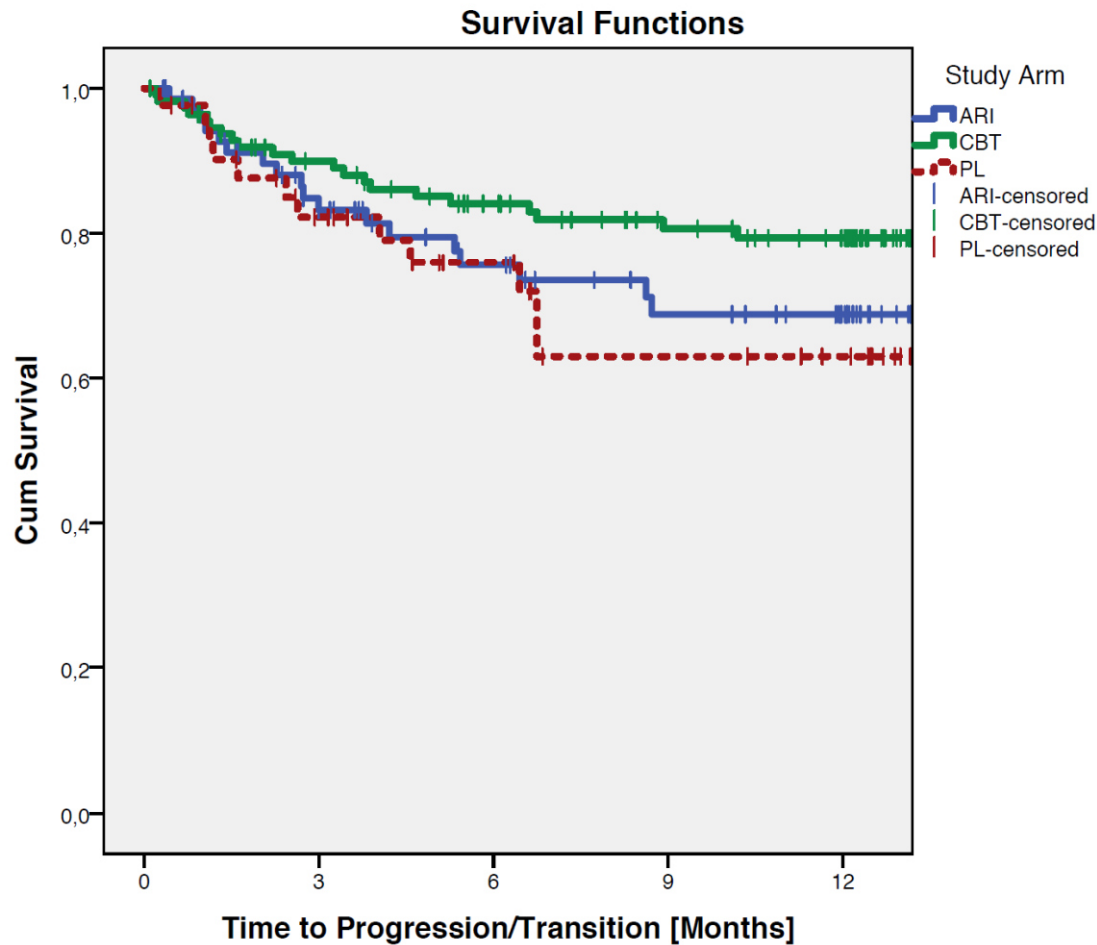


Hesse, K., Hermanutz, U., Holzel, L.P., and Klingberg, S. (2017). Was führt zu Behandlungsempfehlungen von Angehörigen: Die Rolle von Erfolgserwartung, negativen Folgen und Kontrollattributionen bei der Behandlung von Patienten mit Psychosen. *Psychiatr Prax* 44, 213-220.

Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Menschen mit Psychosen in Tübingen



PREVENT- Vergleich Kognitive Verhaltenstherapie, Antipsychotika und Placebo



Geschätzte Progressionsraten (Monat 12)

Kognitive Therapie = 20 %

Medikation = 31 %

Placebo = 37 %



Deutsche
Forschungsgemeinschaft

DFG



Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study



Anthony P Morrison, Heather Law, Lucy Carter, Rachel Sellers, Richard Emsley, Melissa Pyle, Paul French, David Shiers, Alison R Yung, Elizabeth K Murphy, Natasha Holden, Ann Steele, Samantha E Bowe, Jasper Palmier-Claus, Victoria Brooks, Rory Byrne, Linda Davies, Peter M Haddad

Lancet Psychiatry 2018

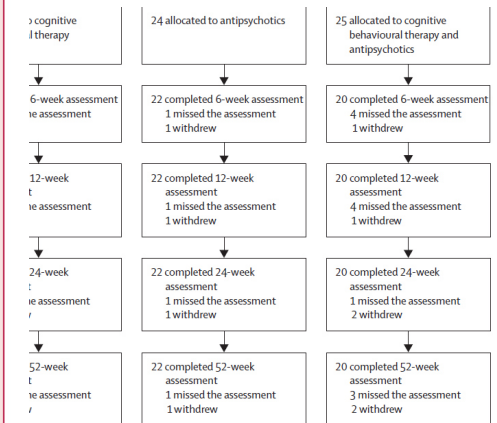
Published Online

March 28, 2018

[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30096-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30096-8)

S2215-0366(18)30096-8

	Antipsychotics (n=24)	CBT (n=26)	Antipsychotics plus CBT (n=25)	Mean difference (SE; 95% CI); p value		
				CBT vs antipsychotics	CBT vs antipsychotics plus CBT	Antipsychotics vs antipsychotics plus CBT
Total	..	..	..	-1.13 (2.39; -5.81 to 3.55); 0.637	-5.65 (2.41; -10.37 to -0.93); 0.019	-4.52 (2.44; -9.30 to 0.26); 0.064
Week 0	70.13 (10.11), 24	70.35 (8.03), 26	70.76 (8.46), 25	..	..	..
Week 6	64.05 (11.39), 22	64.85 (7.85), 20	64.70 (9.74), 20	..	..	..
Week 12	60.81 (16.52), 21	63.74 (7.73), 23	58.40 (14.51), 20	..	..	..
Week 24	61.09 (14.44), 22	60.50 (8.74), 22	53.77 (12.54), 22	..	..	..
Week 52	56.77 (14.10), 22	58.14 (11.68), 21	57.40 (13.58), 20	..	..	..
Positive	..	..	..	-1.16 (1.14; -3.40 to 1.09); 0.312	-2.02 (1.15; -4.27 to 0.24); 0.080	-0.86 (1.17; -3.15 to 1.43); 0.462
Week 0	23.04 (4.60), 24	23.15 (4.63), 26	21.92 (3.63), 25	..	..	..
Week 6	19.36 (5.44), 22	21.00 (4.38), 20	20.10 (4.41), 20	..	..	..
Week 12	19.19 (7.72), 21	21.00 (4.72), 23	17.40 (5.65), 20	..	..	..
Week 24	17.81 (6.85), 21	18.18 (4.81), 22	15.23 (5.31), 22	..	..	..
Week 52	18.18 (6.52), 22	17.90 (5.92), 21	16.80 (6.05), 20	..	..	..
Negative	..	..	..	-1.25 (0.78; -2.78 to 0.28); 0.110	-2.31 (0.79; -3.85 to -0.77); 0.003	-1.06 (0.79; -2.61, 0.49); 0.178
Week 0	16.17 (5.72), 24	15.50 (4.10), 26	15.24 (5.17), 25	..	..	..
Week 6	14.64 (5.06), 22	15.05 (3.52), 20	13.90 (4.85), 20	..	..	..
Week 12	14.00 (4.32), 21	14.83 (3.10), 23	13.00 (5.23), 20	..	..	..
Week 24	14.14 (5.47), 22	14.91 (4.72), 22	12.41 (4.60), 22	..	..	..
Week 52	12.73 (4.58), 22	14.62 (4.52), 21	12.80 (3.68), 20	..	..	..



	Randomly assigned treatment group			Total
	Antipsychotics (n=24)	CBT (n=26)	Antipsychotics plus CBT (n=25)	
received				
Antipsychotics	15	2	4	21
Antipsychotics plus CBT	0	15	5	20
Antipsychotics plus CBT	1	6	14	21
Antipsychotics plus CBT	8	3	2	13

CBT=cognitive behavioural therapy.

Table 2: Participants' randomly assigned treatment vs treatment received