

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Therapeutische Haltung als Zugang
zur Psychotherapie für Menschen mit
schizophrenen Psychosen und die
Notwendigkeit einer Modifikation
der psychodynamischen
Behandlungstechnik // Psychotherapy
for people with schizophrenic
psychosis**

von Haebler D

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2018; 19 (1), 28-32

Homepage:

**[www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr](http://www.kup.at/JNeuroI NeurochirPsychiatr)**

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024

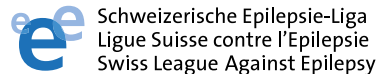
13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen
und Österreichischen Gesellschaften für
Epileptologie und der Schweizerischen
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg

www.epilepsie-tagung.de

www.epilepsie-tagung.de



Therapeutische Haltung als Zugang zur Psychotherapie für Menschen mit schizophrenen Psychosen und die Notwendigkeit einer Modifikation der psychodynamischen Behandlungstechnik

D. von Haebler

Kurzfassung: Psychotherapie für Menschen mit Psychosen: Für die einen eine dringende Notwendigkeit, für die anderen nach wie vor ein Widerspruch. Wo steht die Psychotherapie für diese oft komplex psychisch kranken Menschen – wer befürwortet, wer bekämpft, wer negiert diesen Teil eines Gesamtbehandlungskonzepts? Und: Wie kann es uns gelingen, Vorurteilen, die große Tradition haben, zu begegnen? Trotz eindeutiger Leitlinienempfehlung zur Psychotherapie in allen Phasen einer schizophrenen Psychose stellt Psychotherapie von Menschen mit Psychosen immer noch eine Seltenheit dar. Nach einem Eingehen auf mögliche Gründe der aktuellen Situation konzentriert sich der Artikel auf Möglichkeiten und Notwen-

digkeiten in der Beziehungsgestaltung und auf das Werkzeug in der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen.

Schlüsselwörter: Psychose, Schizophrenie, Psychodynamik, Psychotherapie, therapeutische Haltung

Abstract: Psychotherapy for people with schizophrenic psychosis – a modified psychodynamic approach. Psychotherapy for people with psychosis: For some an urgent need, for others still a contradiction. What is the current situation of psychotherapy for this group of complex mentally ill? Who supports, who negotiates psychotherapy as a part of an over-

all treatment plan? And how can we overcome prejudices about schizophrenia? Despite clear recommendation for psychological intervention during all phases of psychosis in international guidelines, psychotherapy for these people is still rare. After addressing possible reasons for the current situation, the article focuses on the possibilities and necessities in building up and designing a working alliance, as well as introducing a toolbox for psychotherapy for people with psychosis. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2018; 19 (1): 28–32.**

Keywords: psychosis, schizophrenia, psychodynamics, psychotherapy, therapeutic attitude

■ Einleitung

In der Versorgung von Menschen, die an einer schizophrenen Psychose leiden, gehört die psychotherapeutische Behandlung immer noch zu einer Seltenheit. Dabei geben international anerkannte Leitlinien (z. B. NICE) vor, dass die psychotherapeutische Behandlung in jeder Erkrankungsphase und bei jedem Schweregrad einer psychotischen Erkrankung indiziert ist [1].

In der aktuellen Versorgung findet man stattdessen fast so etwas wie eine Zweiteilung: Menschen mit einer schizophrenen Psychose sind entweder akut exazerbiert in einer Klinik „untergebracht“ und werden medikamentös „eingestellt“, um möglichst rasch wieder entlassen zu werden. Oder sie befinden sich im Betreuungssektor, in welchem ihnen als komplexe Fälle oft 7 h/Woche eine 1:1-Betreuung zur Verfügung steht. In beiden Fällen fristet die Psychotherapie ein ektopisches Dasein und ihre notwendige Integration in einen Gesamtbehandlungsplan erscheint nicht unterstützt.

Es gibt seit einiger Zeit zunehmend Modelle, die eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen, um solche Missstände aufzulösen. Doch all diese Bemühungen münden nicht in einer selbstverständlichen Implementierung von Psychotherapie für Patienten, denen diese Therapie nicht nur zusteht, sondern für welche die Psychotherapie zudem auch eine Senkung der Wiedererkrankungsrate bedeutet und für einen funktiona-

len individuellen Umgang mit der Psychose im eigenen Leben sorgen kann. Erklärtes Ziel muss also der selbstverständliche und erleichterte Zugang zu einer leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sein.

Die Psychotherapie von Menschen mit psychotischen Erkrankungen war auch als Krankenkassenleistung in Deutschland bis vor zwei Jahren noch nicht vorgesehen, was nicht nur dem aktuellen Wissenstand widerspricht, sondern auch zu einer Lücke in der Psychotherapieausbildung führte. Ein Mangel an Forschung kommt bis heute hinzu: In den letzten 40 Jahren wurde die Psychotherapieforschung im psychodynamischen Bereich vernachlässigt, so dass hier das Wissen personengebunden statt evidenzbasiert ist. Eine Empfehlung in den Leitlinien fehlt für die psychodynamische Therapie demzufolge vollständig.

2011 wurde in Berlin ein Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie gegründet, auch mit dem erklärten Ziel, diese Forschungslücke zu schließen. Hierzu wurde an die konzeptuelle Tradition von Mentzos und Benedetti angeknüpft, die die schizophrenen Psychosen nicht als defizitär beschrieben, sondern der Psychose eine Funktion zuwiesen. Es wurde ein Werkzeugkasten erstellt [2], der vorläufig anstelle eines Manuals eingesetzt werden kann [3]. Als Forschungsgrundlage und als Handbuch für alle psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten erfolgte schliesslich die Veröffentlichung eines Manuals zur psychodynamischen Psychotherapie der Schizophrenien [4]. In diesem Manual wird unter anderem der Zugang, das in Beziehung treten und die notwendige Haltung auch für Nicht-Psychotherapeuten beschrieben. Diese Personen sind häufig die

Eingelangt am 25.04.2017, angenommen am 17.07.2017
Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Charité, Berlin, Deutschland
Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler, D-10555 Berlin, Stromstraße 1, E-mail: dorothea.vonhaebler@charite.de

entscheidenden Kontaktpersonen im Team, um den Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu bahnen.

Die Inhalte dieses Artikels, falls nicht anders gekennzeichnet, stammen aus dem Manual für modifizierte psychodynamische Psychosentherapie für Menschen mit Psychosen [4].

■ Patienten und Methoden

In psychiatrischen Kliniken mit einem Versorgungsauftrag machen Menschen mit Psychosen 30–60 % der Akutaufnahmen aus, ca. 20 % kommen mit einer ICD-10-Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis. Wobei, wie bereits angedeutet, die Psychopharmakologie als primäre Behandlungsmethode die Akuttherapie bestimmt. Psychotherapie spielt häufig nur eine untergeordnete Rolle.

In der ambulanten Versorgung sieht es ähnlich aus: So machen Sucht, organische Erkrankungen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zusammen nicht einmal ein Prozent der krankenkassenfinanzierten Psychotherapien in Deutschland aus [5]. Neben vielen krankheitsimmanen Gründen, die Menschen mit Psychosen daran hindern, eine Psychotherapie zu beginnen, spielen auch die in der Einleitung genannten versorgungspolitischen Gründe dafür eine entscheidende Rolle.

■ Psychotherapeutische Behandlungstechnik und ihre Hintergründe

Das psychodynamische Interesse an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hat eine lange Tradition. Auch Sigmund Freud setzte sich mit der Behandlung von Menschen mit Psychosen auseinander, wobei Psychosen für ihn eine Reaktion auf die Konfrontation mit einer für den Betroffenen unerträglichen Realität darstellten. Freud selbst stand der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Psychosen kritisch gegenüber, da er ihnen die Fähigkeit zur Übertragung absprach. In späteren Schriften formulierte er, dass diese Behandlung wohl doch möglich, das Werkzeug zu diesen Behandlungen aber noch nicht entwickelt sei.

Von Paul Federn über Melanie Klein, Donald Winnicott und Wilfried Bion setzten sich viele Psychoanalytiker sowohl theoretisch als auch praktisch mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auseinander. Im theoretischen Verständnis der Psychosen formte sich immer mehr die Idee eines zugrunde liegenden schwerwiegenden intrapsychischen Konflikts.

Stavros Mentzos formulierte diesen Konflikt weiter aus. Für ihn liegt schizophrenen Erkrankungen ein unlösbarer Konflikt zwischen selbstgerichteten und objektgerichteten Tendenzen zu Grunde. Er war der Auffassung, dass die Aufrechterhaltung der eigenen Identität nur um den Preis einer völligen Beziehungslosigkeit möglich sei, welche ihrerseits identitätsbedrohend ist. Objektbeziehungen auf der anderen Seite bedrohen das Ich mit dem Verlust der Identität durch Verschmelzung (Vernichtung durch Fusion). Damit schließen sich Ichgefühl und Beziehung wechselseitig aus. Aufgrund der Unlösbarkeit spricht Mentzos anstelle eines Konfliktes von einem Dilemma: dem schizophrenen Identitätsdilemma [6].

Die Annahme eines solchen Dilemmas, welches mit der Schizophrenie inhärenten Ich-Störungen einhergeht, führt dazu, dass Modifikationen in der psychodynamischen (d.h. psychoanalytischen und tiefenpsychologischen) Behandlung von Menschen mit Psychosen notwendig werden.

Zum einen ist im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis die Verarbeitung und Strukturierung der Realität durch die integrative Instanz (das Ich) sehr instabil. Das zeitliche Erleben ist verändert, die „subjektive Zeit“ gestört und die Fähigkeit zu symbolisieren, respektive Erlebtes adäquat zu repräsentieren, kann zeitweise nicht geleistet werden. Das heißt, dass das Erleben von Bedeutungen und Eindrücken bei Menschen mit Psychosen stark vermindert bzw. extrem gesteigert sein kann. Hinzu kommt, dass bei Menschen mit Psychosen tiefgreifende Schwierigkeiten im interpersonellen Austausch bestehen, also auf Ebene des Beziehungserlebens und -verhaltens (Identitätsdilemma). Zudem können Affekte häufig nicht als der eigenen Person zugehörig verortet und erlebt werden (intrapsychisches Dilemma). Diese von Stavros Mentzos erstmalig beschriebenen Dilemmata liegen dem zugrunde, was sich als psychotische Symptomatik äußern kann und sind – anders als bereits repräsentierte Konflikte – vorerst nicht durch Einsichtsprozesse erreichbar. Es ist demnach notwendig, sich zunächst jener Behandlungstechniken zu bedienen, welche versuchen, das Ich soweit wie möglich zu reorganisieren, das Erleben zu strukturieren und die intrapersonellen wie intrapsychischen Dilemmata abzumildern. Erst mit Abmilderung dieser dilemmatischen Konstellationen wird das psychotherapeutische Arbeiten auf die sonst übliche, einsichtsorientierte Verfahrensweise überhaupt möglich.

Während die verhaltenstherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen bereits manualisiert beschrieben ist [7], fehlte dies für die psychodynamische Behandlungstechnik bisher, nicht zuletzt aus der Annahme heraus, dass sich die psychodynamische Vorgehensweise nicht manualisieren ließe.

■ Forschungsstand

In den NICE-Guidelines wurde bis 2014 kognitive Verhaltenstherapie und Familientherapie empfohlen, der psychodynamischen Psychotherapie kommt aufgrund fehlender Studien mit dem erforderlichen Studiendesign kein Evidenzgrad zu. Eine Reihe paradigmenschwielender Studien führte zu einer offeneren Formulierung der Leitlinien: Nach der Feststellung, dass die RCT-Studien der kognitiven Verhaltenstherapie nicht dem aktuellen Standard entsprachen [8], sank der Evidenzgrad der KVT. Die Empfehlung in den NICE-Guidelines wurde zu einer allgemeineren Empfehlung einer psychologischen Behandlung in allen Phasen der Erkrankung geändert [9].

Nicht randomisiert kontrolliert, aber als patientenreiche (n = 269), prospektive, multizentrische Studie konnte Rosenbaum [10] eine signifikante Symptomreduktion durch psychodynamische Psychotherapie nach 24 Monaten zeigen. Diese Studie fand aufgrund des Designs keinen Eingang in die Leitlinien. Des Weiteren konnte in einem Piloten von Morrison et al. [11] gezeigt werden, dass die Effektstärke der alleinigen psychotherapeutischen (KVT-) Behandlung von Menschen

mit schizophrenen Erkrankungen gleich groß ist wie die Effektstärke alleiniger psychopharmakologischer Behandlung. Zusammengefasst spricht dies neben weiterer Forschung für einen nachgewiesenen Effekt der psychotherapeutischen Behandlung in allen Phasen der Erkrankung, auf welche bei solch komplexen psychischen Erkrankungen nicht verzichtet werden darf. Darüber hinaus scheinen je nach Fokus und theoretischer Ausrichtung unterschiedliche Psychotherapieverfahren unterschiedliche Therapieeffekte zu erzielen. Turner [12] schließt, dass die Unterschiede dieser Effekte jedoch nicht „groß“ im statistischen Sinne sein werden.

Die Forschungslücke ist eminent: Die psychodynamischen Verfahren wurden in den vergangenen Dekaden nicht nach geltenden Forschungsstandards untersucht. Beschriebene Behandlungserfolge in der Praxis im Zusammenhang mit den zitierten Untersuchungen lassen auf eine verfahrensspezifische Wirksamkeit zu definierender Parameter hoffen. Diese herauszufinden und zu definieren, könnte ein integratives Denken stärken, welches dann wiederum ermöglicht, dass wirksame Methoden passend zu Situation und Individuum eingesetzt und kombiniert werden können.

Ein Versuch, diese Forschungslücke zu schließen, ist, das Manual für psychodynamische Psychosentherapie im Rahmen einer prospektiven, einfach verblindeten, randomisiert kontrollierten Wirksamkeitsstudie (MPP-S) einzusetzen.

■ Theoretisches Modell der psychodynamischen Psychotherapie

Aus psychodynamischer Sicht wird davon ausgegangen, dass die Schizophrenie eine Beziehungsstörung darstellt. Es wird von einer dilemmatischen Konstellation in der Regulation von Nähe und Distanz, Autonomie und Abhängigkeit, sowie selbstbezogener und objektbezogener Tendenzen ausgegangen [13–15]. Das Aufnehmen von nahen Beziehungen bedeutet in solch einem Fall eine als existentiell erlebte Identitätsbedrohung, eine Zerrissenheit zwischen unlösbaren Alternativen. Gelingt es in einer Psychotherapie, eine Modellerfahrung anzubieten, kann dies zu einer tragenden therapeutischen Beziehung führen und es wird eine gemeinsame biographische Exploration, eine Rekonstruktion der Vorgeschichte und das Erforschen eventueller Hintergründe möglich. Mit dieser Rekonstruktion wird eine narrative Integration des Rekonstruierten in die persönliche Biographie möglich und kann in das Selbst integriert und ohne Ich-Zerfall erlebt werden. Der psychotische Mechanismus verliert an dieser Stelle seine Notwendigkeit.

Die Linderung des beschriebenen „schizophrenen Dilemmas“ kann vor allem, so das Modell der modifizierten psychodynamischen Psychosentherapie, innerhalb der therapeutischen Beziehung in Echtzeit gelingen. In der Therapie geht es darum, eine Modellerfahrung zu machen, deren Ziel es ist, die unspezifischen, traumatischen, apokalyptischen Ängste und somit auch die dilemmatischen Konstellationen abzumildern und diese korrektive Erfahrung zu ermöglichen, ohne die dilemmatische Konstellation zu wiederholen. Foci in der Beziehungsarbeit sind vor allem die Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit [16] und der Emotionsverarbeitung, wodurch eine

kognitiv-emotionale Reintegration von (inneren und äußeren) Erfahrungen ermöglicht werden soll.

■ Therapeutische Haltung und Beziehungsarbeit

Zum Aufbau einer wirksamen therapeutischen Beziehung zu Menschen mit der beschriebenen Beeinträchtigung in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung ist eine besondere Haltung notwendig. Eine mögliche Haltung wird hier zusammenfassend beschrieben. [17]. Wichtig ist hierbei, dass Therapeut und Patient (bzw. Therapeut und Team) eine gemeinsame Arbeit beginnen, bei der jeder der beiden auf den jeweils anderen angewiesen ist. Nur durch eine Begegnung in gegenseitigem Respekt kann der Patient sich ausreichend geschützt fühlen und das Setting wie auch das Therapieangebot annehmen, wodurch dann die spezifische psychotherapeutische Behandlung erfolgen kann. Eine gelungene Haltung ist demnach als Mischung aus intensivem, nicht-intrusivem Einfühlen und respektvoller Distanz zu verstehen. Perspektive und Hoffnung und somit auch das Verfügen über wirksame Behandlungsmethoden spiegeln sich in der Haltung des Psychotherapeuten wieder.

■ Merkmale der genannten spezifischen psychotherapeutischen Haltung

Es soll nun genauer auf die einzelnen Aspekte einer solchen therapeutischen Haltung eingegangen werden. Hierbei sind fünf Begriffe definiert, die eine solche Haltung umschreiben.

Offenheit: Verzicht auf genaue Pläne und Ziele – Offenheit für unerwartete Entwicklungen

In der Begegnung mit Menschen mit Psychosen sollte der Therapeut bewusst auf von ihm definierte Ziele verzichten. Es geht nicht darum, den Patienten zu etwas zu bewegen, was dem Therapeuten gerade wichtig erscheint, sondern offen zu sein für die Bedürfnisse, drängenden Fragen, unerwartete Ideen, Entwicklungen und Berichte des Menschen mit Psychose. Häufig bedingt die fast immer begrenzte Zeit des Therapeuten ein Effektivitätsdenken, was planerisch vorausdenkt und diesen im Vorfeld Ziele definieren lässt. Allein dieses Ansinnen kann den therapeutischen Raum zunichte machen. Eine so beschriebene Offenheit ermöglicht erst die Begegnung mit einem Menschen mit Psychose. Die Einengung durch eine Erwartung, eine Vorstellung oder auch nur einen Wunsch hingegen lässt den Kontakt unter Umständen sofort abbrechen.

Festigkeit: den äußeren Druck auf Patienten vermindern und das Benennen und Einhalten eines Settings

Menschen mit Psychosen sind häufig sehr hohem inneren wie äußeren Druck ausgesetzt. In der Verringerung dieses Drucks liegt deshalb eine Chance für den Aufbau einer positiven Beziehung. Rahmenbedingungen zu benennen, bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, zusätzlichen Druck aufzubauen, sondern häufig das Gegenteil: wenn dabei nämlich ein geschützter Raum und Rahmen angeboten wird, den der Mensch mit Psychose aufsuchen und annehmen kann, wenn er das vermag und will. So kann ein Therapeut seine Bereitschaft zeigen, einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sich der Patient auf das interpersonelle Wagnis der Therapie einlassen

kann. Darüber hinaus signalisiert ein definiertes Setting Respekt vor und Interesse am Psychosebetroffenen – ein Angebot kann schließlich auch ausgeschlagen werden, was im Übrigen bereits als Kontaktgestaltung verstanden werden kann. Erst eine konsequente Haltung des Therapeuten führt dazu, dass der Mensch mit Psychose sich ausreichend sicher fühlt, solch ein Angebot anzunehmen.

Authentizität: die Rolle des Wissenden verlassen

Authentisch ist es, die Position des Wissenden und Überlegenen zu relativieren. Das Einnehmen einer starren Rolle kann die sensible Beziehung zu diesen Menschen sofort abbrechen lassen und weiteren Kontakt verhindern oder erschweren. Als therapeutische Eigenschaft gefragt ist hier die Fähigkeit, dem anderen ein menschliches Gegenüber zu sein. Gefühle der Ohnmacht oder unausgesprochene Fragen dürfen aufseiten des Therapeuten durchaus existieren, sie müssen jedoch reflektiert werden.

Neugierde: vorsichtig und unaufdringlich – Interesse am tatsächlichen Geschehen

Die hier genannte Neugierde unterscheidet sich deutlich von dem Abfragen eines Fragenkataloges. Spricht der Patient beispielsweise nicht, so können es Handlungen oder Äußerlichkeiten sein, die mit Geduld und Vorsicht klärend erfragt werden könnten. Es geht um das Signalisieren von spürbarem Interesse an dem tatsächlichen Geschehen, sowie um einen Weg zum Verständnis unverstandenen Erlebens, häufig auch für den Betroffenen.

Selbstfürsorge

Supervision, Intervention und/ oder die Arbeit in einem Team, wenn vorhanden, sind unbedingt notwendig. Der Therapeut muss auch in schweren Zeiten der Therapie etwas abgewinnen können – nach Winnicott: „to keep alive, to keep awake, to keep sane“. Dies steht ganz im Sinne einer häufig der Komplexität der Psychosepatienten Rechnung tragenden, länger andauernden psychotherapeutischen Beziehung.

Seit Jahren ist die Stellung und Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans für Menschen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bekannt. Zur Implementierung können die hier beschriebenen Zugänge, Haltung und Techniken behilflich sein.

■ Interessenkonflikt

Keiner.

Literatur:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical Guideline 178. NICE, London 2014.
2. Lempa G, von Haebler D. Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychosepatienten. Psychotherapeut 2012; 57: 495–504.
3. Lempa G, Montag C, von Haebler D. Auf dem Weg zum Manual des psychodynamischen Psychosepatienten. Psychotherapeut 2013; 58: 327–38.

4. Lempa G, von Haebler D, Montag C. Psychodynamische Psychotherapie der Schizophrenen. Ein Manual. Psycho-sozialverlag, Gießen, 2016.
5. Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B. Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 2008; 53: 414–23.
6. Mentzos S. Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 7. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2015.

■ Relevanz für die Praxis

Pharmakotherapie ist bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis praktizierter Alltag. Diese verspricht raschen (Teil-) Erfolg, kann aber, so die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse [18, 19], nicht als ausreichendes Therapieangebot gesehen werden. Um das Versorgungsangebot für Menschen mit Schizophrenien nachhaltiger zu gestalten, werden zusätzlich zur Pharmakotherapie ausreichend passende psychotherapeutische Angebote benötigt [20].

Die beschriebene Haltung erleichtert den so häufig psychosebedingt erschwerten Zugang zu Menschen mit Psychosen. Sie ermöglicht darüber hinaus eine respektvolle Zusammenarbeit der Verfahren der biologischen wie auch der psychotherapeutischen Medizin. Der therapeutische Ansatz erfordert die kontinuierliche Reflexion der Gegenübertragung.

Die große Chance in der Etablierung (Psychotherapieausbildung und Umsetzungsmöglichkeiten) der modifizierten psychodynamischen Psychotherapie für Menschen mit Psychosen liegt darin, ausgebildete Fachkräfte mit fundiertem Wissen und praktikablem therapeutischen Werkzeug zu mehr Behandlungssicherheit und -fähigkeit zu verhelfen, bzw. Therapeuten und Therapeutinnen zur Behandlung von schizophrenen Erkrankungen zu ermutigen und somit die Anzahl der verfügbaren Therapieplätze (ärztlich und psychologisch) zu erhöhen. Dieses würde also einen selbstverständlicheren Zugang zu einer leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ermöglichen.

Dem Mangel an Forschung muss begegnet werden, um den Eingang der psychodynamischen Psychotherapie in die Leitlinien zu ermöglichen. Ein zu wünschendes Ergebnis wäre ein integratives Denken, welches zulässt, dass wirksame Methoden passend zu Situation und Individuum eingesetzt und kombiniert werden können.

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler



Fachärztin für Psychiatrie und Fachärztin für Neurologie, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, psychodynamische Einzel- und Gruppenpsychotherapeutin. Seit 2013 ist sie Studiengangsleiterin und Professorin an der IPU Berlin in dem Studiengang „Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen“. Sie arbeitet seit 2005 als Oberärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte der Charité – Universitätsmedizin Berlin und seit 2001 als Psychotherapeutin in eigener Praxis. 2003 gründete sie die Berliner Symposien für Psychosenpsychotherapie an der Charité und 2011 den Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) mit, dem sie als Vorstandsvorsitzende und Geschäftsführerin vorsteht. Seit Oktober 2015 leitet sie gemeinsam mit PD Dr. Christiane Montag und Dr. Günter Lempa die Studie „Modifizierte psychodynamische Psychotherapie für Patienten mit Schizophrenie – eine randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie“ in Kooperation mit der Charité Universitätsmedizin Berlin und der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

7. Klingberg S, Hesse K. Stationäre Evidenzbasierte Psychotherapie Bei Psychosen: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Praxismanual. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2014.
8. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. Br J Psychiatr 2014; 204: 20–9.
9. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and

- schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. BMJ 2014; 348: g1173.
10. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. Psychiatry 2012; 75: 331–41.
11. Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A sin-

gle-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 1395–403.

12. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 523–38.

13. Burnham DL. Schizophrenia and the need-fear-dilemma. Int. University Press, New York, 1969.

14. Mahler MS. The selected Papers of Margaret S. Mahler, MD: Infantile psychosis and early contributions. Separation-individuation (Vol. 1). Aronson, 1979.

15. Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1991.

16. Lysaker PH, Gumley A, Dimaggio G. Metacognitive disturbances in persons with severe mental illness: theory, corre-

lates with psychopathology and models of psychotherapy. *Psychol Psychother* 2011; 84: 1–8.

17. von Haebler, D. Modifizierte, psychodynamische Behandlungstechnik und therapeutische Haltung in der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen. *Forum Psychoanal* 2015; 31: 31–395.

18. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsy-

chotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull* 2013; 39: 962–5.

19. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 609–15.

20. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635–45.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)