

Inhalt

1	Das kognitiv-behaviorale Modell	1
1.1	Die Beziehung zwischen Gedanken, Gefühlen und Überzeugungen	2
	Symptom aufrechterhaltende Kreisläufe	3
	Gedankenketten	4
	Automatische Gedanken	5
1.2	Überzeugungen und Überzeugungssysteme	7
	Funktion von Überzeugungen	7
	Wissen	8
	Funktionale und dysfunktionale Überzeugungen	9
	Organisation von Überzeugungen	10
	Entstehung von Überzeugungen	11
	Aufrechterhaltung von Überzeugungen: sich selbst bestätigende Kreisläufe	12
	Verzerrte Interpretationen	12
	Selektive Aufmerksamkeit	13
	Aufrechterhaltung von Überzeugungen	13
	Selbstbestätigung von wahnhaften Überzeugungen	14
	Modifikation von Überzeugungen	15
	Verzerrungen im Denken (Denkfehler)	16
1.3	Das allgemeine kognitive Modell: Grundlage für die CBT	18
	Unterbrechen der Symptom aufrechterhaltenden Kreisläufe	18
	Aufdecken und Modifizieren systematischer Denkfehler	20
	Überzeugungen verändern	20
	CBT bei zutreffender und unzutreffender Interpretation der Realität	21
1.4	Das ABC-Modell	21
1.5	Die Therapeutenrolle	22
	Die therapeutische Zusammenarbeit	22
	Der therapeutische Prozess	23

2 Anwendung des kognitiv-behavioralen Modells auf Wahn und Halluzinationen	24
2.1 Einführung	25
Biologische und psychosoziale Modelle der Psychose	25
Anwendung von Modellen	25
2.2 Arbeitsmodell für die Entwicklung und Aufrechterhaltung wahnhafter Überzeugungen	26
Anpassung des allgemeinen CBT-Modells	26
Psychotische Erlebnisse	27
Stimmungsstörungen	27
Veränderungen des Ich-Erlebens und des Bewusstseins	28
Halluzinationen	29
Äußere Ereignisse/Situationen	29
Überzeugungen und Erinnerungen	29
Frühere Erfahrungen	29
Gedanken und Fehlinterpretationen von Ereignissen	30
Der Wahn	30
»Bizarrer« Wahn	31
Aufrechterhaltung wahnhafter Überzeugungen	32
2.3 Kognitiv-behaviorale Interventionen bei Wahn	34
Biologische Interventionen	35
Implikationen des Modells für die Wirkung der Behandlung	36
2.4 Akustische Halluzinationen	38
Modell der »inneren Sprachschleife«	38
Hören und Sprechen	38
Denken	39
»Stimmen«	40
Faktoren bei der Entstehung von »Stimmen«	41
2.5 Arbeitsmodell für die Entwicklung und Aufrechterhaltung akustischer Halluzinationen	42
Inhalt der Stimmen	42
Aufrechterhaltung von Stimmen	42
2.6 Kognitiv-behaviorale Interventionen bei akustischen Halluzinationen	43

3	Gespräche mit Patienten über ihren Wahn und ihre Halluzinationen	45
3.1	Empathisches Zuhören	45
3.2	Über Wahn und Halluzinationen sprechen	47
	Basisfertigkeiten	47
	Probleme mit Empathie, Wärme und bedingungsloser Wertschätzung	51
	Überzeugungen und Vorurteile des Therapeuten	52
	Den eigenen Unglauben zurückstellen	52
	Nicht voreilig schließen, dass Erlebnisse Symptome der Erkrankung sind	54
	Nicht davon ausgehen, dass alles in der Krankenakte richtig ist	55
	Die Möglichkeit berücksichtigen, dass sich der Patient bildhaft ausdrückt	55
	Situationen, in denen das Zurückstellen des eigenen Unglaubens problematisch ist	56
	Innerhalb des Überzeugungssystems des Patienten arbeiten	60
	Neutrale Fragen stellen	61
	Mögliche Antworten auf die Frage »Glauben Sie, dass das, was ich sage, wahr ist?«	63
	Alternativen indirekt vorschlagen	63
	Gedanken einfließen lassen	64
	Was sagt »X« dazu?	65
	»In Ihrer Akte steht, dass ...«	65
	Nicht annehmen, dass »Einsicht« positiv ist	66
	Wahnhafte Interpretationen und Überzeugungen nicht direkt anzweifeln	66
	Paranoia	67
	Übereinstimmen, unterschiedlicher Meinung zu sein	68
	Den Wahn nicht bestätigen	69
	Zusammenfassung	70
4	Therapiemotivation und Rahmenbedingungen der Therapie	71
4.1	Aufbau und Aufrechterhaltung der Therapiemotivation	71
	Die therapeutische Beziehung	71
	Häufige Probleme	72
	Der Patient lehnt jede Form der Behandlung ab	72
	Der Patient sieht keinen Grund, eine Psychotherapie zu machen	73
	Negativsymptome	74

Abneigung gegenüber sozialen Kontakten	74
Vergesslichkeit	74
Flexibel bei der Terminvergabe sein	75
4.2 Ablauf der Therapie	75
Der richtige Zeitpunkt für die Therapie	75
Medikamentenresistente Psychosen	75
Erstepisoden und Frühintervention	77
CBT begleitend zur Medikation	77
Für wen ist eine CBT geeignet?	78
Stärke der wahnhaften Überzeugung	78
Komplexität des Wahnsystems	78
Akustische Halluzinationen	79
Andere Halluzinationen	79
Denkstörungen und idiosynkratische Sprache	79
Bereitschaft, sich auf die Therapie einzulassen	80
Die Umgebung	80
Der Therapieraum	80
Anwesenheit einer dritten Person	81
Therapie in der Wohnung des Patienten	82
Die Therapiesitzung	82
Dauer und Inhalt	82
»Fragen statt Sagen«	83
Informelle Herangehensweise	84
Die Behandlung flexibel gestalten	84
Die Wirksamkeit der Therapie überprüfen	86
Häufigkeit und Anzahl der Sitzungen	87
Hausaufgaben	87
4.3 Unterschiede zwischen der CBT für psychotische und nicht-psychotische Störungen	88
5 Exploration, Fallkonzeption und Festlegung der Therapieziele für die Modifikation des Wahns	90
5.1 Exploration	91
Basisinformationen über den Wahn	91
Einzelheiten über den Wahn erfragen	92
Nicht zu vehement auf die Angabe von Einzelheiten drängen	92
Einstellung zu »Erkrankung« als mögliches Erklärungsmodell	93

Inhalt	XXI
5.2 Fallkonzeption	94
Vor der Bearbeitung der Wahnidee: Verringerung der belastenden Gefühle, die durch den Wahn hervorgerufen werden	100
5.3 Geeignete Therapieziele für die Modifikation des Wahns setzen ...	100
Ethische Überlegungen	100
Berücksichtigung der soziokulturellen und religiösen Werte des Patienten ..	104
Wenn Überzeugungen des Therapeuten die Zielsetzung beeinflussen	107
Sicherstellen, dass das gewählte Ziel optimal ist	108
Welche Überzeugung soll modifiziert werden? Was soll der Patient nach einer erfolgreichen Modifikation glauben?	108
5.4 Vollständige Modifikation der wahnhaften Überzeugung	109
Ersatzüberzeugungen für vollständige Modifikationen	110
Biologische Ersatzüberzeugungen (medizinisches Modell)	111
Psychologische Ersatzüberzeugungen	111
5.5 Partielle Modifikationen wahnhafter Überzeugungen	111
Wann sollte ein Partialziel verfolgt werden?	113
Partialziel als Ziel der Wahl	113
Verfolgen eines Partialziels während die Ersatzüberzeugung vorbereitet wird	114
Partialziele als Schritte auf dem Weg zum Vollziel	114
Partialziele bei komplexen Wahnsystemen	115
Partialziele bei Scheitern des Vollziels	115
5.6 Voll- oder Teilmodifikation?	117
Geeignete Therapieziele setzen	117
Schritt 1: Welche positiven und negativen Aspekte besitzt der Wahn?	118
Schritt 2: Ist eine Vollmodifikation geeignet?	118
Schritt 3: Welche Ersatzüberzeugungen kommen in Betracht?	118
Schritt 4: Welches ist die funktionalste Ersatzüberzeugung?	119
Schritt 5: Ist die Ersatzüberzeugung bereits verfügbar und akzeptabel? Wie lang wird ihre Vorbereitung dauern?	119
Schritt 6: Mögliche Teilmodifikationen erwägen	119
Schritt 7: Entscheiden, welche Ziele verfolgt werden sollen	120
5.7 In welcher Reihenfolge sollen die Ziele in Angriff genommen werden?	125
Primäre und sekundäre Überzeugungen	125
Vorliegen multipler wahnhafter Überzeugungen	127
5.8 Das Ziel dem Behandlungsfortschritt anpassen	127

6 Die Modifikation des Wahns vorbereiten	128
6.1 Ablehnen des Wahns vorbereiten	129
Überzeugt sein von etwas heißt nicht, dass es tatsächlich so ist	129
Fehlinterpretationen alltäglicher Ereignisse	129
Überzeugungen, die nicht mehr für wahr gehalten werden	130
Optische Täuschungen	131
Traumanalogie	132
6.2 Positive Aspekte eines Wahns ersetzen	132
6.3 Vorbereitung der Ersatzüberzeugung für eine vollständige Modifikation	133
Allgemeine Überlegungen	133
Die Ersatzüberzeugung einführen	133
Wann sollte die Ersatzüberzeugung eingeführt werden?	134
Den Patienten an der Fallkonzeption teilhaben lassen	136
Von der intendierten Ersatzüberzeugung zu einer anderen Ersatzüberzeugung wechseln	136
6.4 Medizinische Ersatzüberzeugungen: psychische Erkrankung, Psychose, Schizophrenie (Förderung von Einsicht)	137
Entstigmatisieren der Diagnose und Normalisieren der Symptome	138
»Sonderbare Gedanken« mit dem Patienten teilen	139
Vulnerabilität gegenüber »sonderbaren Gedanken«	140
Wahnvorstellungen als intuitives Denken	141
Bedeutung und Implikationen der Begriffe »Psychose«, »schizophrene Störung«, »Wahn«, »Halluzination« besprechen	141
6.5 Die Ersatzüberzeugungen »Mein Gehirn erzeugt diese Erlebnisse« und Überempfindlichkeit/Überaktivität des Gehirns	146
»Manchmal ist es so, als ob ich träume, obwohl ich wach bin«	146
Das Zwei-Wege-Modell	147
Einsatz des Modells in der klinischen Praxis	149
»Etwas hat dazu geführt, dass mein Gehirn so reagiert«	150
6.6 Psychologische Ersatzüberzeugungen	151
Erklären und Normalisieren von automatischen Gedanken und psychologischen Faktoren	151
Automatische Gedanken	151
Verantwortlichkeit für automatische Gedanken: Implikationen für Gefühle von Schuld und Scham	152
Entwicklung und Aufrechterhaltung von Überzeugungen	155
Anwendung des Modells für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von wahnhaften Überzeugungen	156

6.7 Ersatzüberzeugungen im Sinne von »Ich habe mich geirrt – jetzt weiß ich es besser«	160
6.8 Partielle Einsicht	161
Verwendung eines intermediären Konzepts	161
Akzeptieren, dass andere Menschen an die Krankheitserklärung glauben ..	163
Patienten mit unvereinbaren Überzeugungen bezüglich der Krankheitserklärung	164
6.9 Vorbereitung der partiellen Modifikation	164
Destigmatisierung und Normalisierung der Symptome und des Krankheitsbegriffs	165
7 Modifikation der wahnassozierten nicht-psychotischen Überzeugungen	167
7.1 Tiefe und oberflächliche Bedeutung eines Wahns	167
7.2 Modifikation der Überzeugungen, die sich auf die Tiefenbedeutung des Wahns beziehen	169
Schritte für die Identifikation und Modifikation von Überzeugungen, die mit der Tiefenbedeutung des Wahns assoziiert sind	169
Welche nicht-psychotischen Überzeugungen beeinflussen den Inhalt der wahnhaften Überzeugung?	169
Herausfinden, ob es relevante tiefe Überzeugungen gibt	170
Ziele für die relevanten Tiefenbedeutungen festlegen	170
Dysfunktionale Tiefenüberzeugungen modifizieren	171
Verborgene Überzeugungen	174
7.3 Modifikation der Überzeugungen, die für die Oberflächen- bedeutung des Wahns notwendig sind	177
Schritte zur Identifikation und Modifikation der notwendigen Überzeugungen	178
Welche Überzeugungen sind für eine bestimmte Wahnidee notwendig?	178
Idealziele setzen und erwägen, ob eine Modifikation möglich ist ...	178
Modifikation	179
7.4 Überzeugungen, die nicht direkt mit dem Wahn oder den Halluzinationen verknüpft sind	182
Selbstwert	183

8	Modifikation des Wahns	184
8.1	Einleitung	184
	Die Beziehung zwischen Bewertung von Evidenz, logischem Nachdenken und Realitätstests	185
	Reihenfolge der Techniken	185
8.2	Bewertung von Evidenz	187
	Elimination von wahnstützender Evidenz	187
	A1 Die Evidenz ist wahr und wird richtig erinnert, aber fehlinterpretiert	188
	A2 Die Interpretation ist eine Übertreibung der Wahrheit	188
	A3 Die Wahrnehmung eines Ereignisses oder die Erinnerung daran ist verzerrt	189
	Generieren von Alternativerklärungen für die Fälle A1–A3	189
	Einführen der Alternativerklärung(en)	191
	B1 Die Evidenz entstammt einem Missverständnis darüber, was in der Realität möglich ist	192
	B2 Die Evidenz stammt von etwas Gelesenem, Gehörtem oder Gesehenem oder basiert auf einer Überzeugung oder Meinung eines Dritten	193
	Identifikation der Quelle des unzutreffenden »Wissens«, das die Grundlage für B1 und B2 bildet	193
	C Die Evidenz ist eine andere Wahnüberzeugung oder Halluzination	194
	D Die Evidenz ist ein Gefühl des Überzeugtseins	195
	Aufbau von Evidenz gegen den Wahn	196
	Evidenz auf der Grundlage der logischen Konsequenzen des Wahns generieren	198
	Die wahnhaftige Überzeugung durch Evidenz und logisches Nachdenken in Zweifel ziehen	199
	Einsatz widersprechender Evidenz, um den Wahn zu modifizieren	200
	Stärkung widersprechender Evidenz	201
	Ansprechen der widersprechenden Evidenz	202
	Vermeiden von Ausflüchten und ungünstigen Änderungen der Überzeugungen	203
	Zusammenfassung der wahninkompatiblen Evidenz mit Hilfe von Karten	205
8.3	Logisches Nachdenken	208
	Die einzelnen Schritte bei der Anwendung des logischen Nachdenkens	209
	Feststellen, welche Inkonsistenzen und Widersprüche bestehen	209

Stärkung der funktionalen Aspekte der verwendeten Argumentation	212
Aufdecken des logischen Widerspruchs	215
8.4 Realitätstests	219
Die Verwendung von Realitätstests	220
Überprüfung von wahnstützender Evidenz	220
Überprüfung einer Vorhersage des Wahns	221
Direkter Test des Wahns	223
Direkter Test der Alternativerklärung	223
Merkmale eines guten Realitätstests	224
Klare, präzise und eindeutige Testergebnisse	224
Eindeutige Interpretation der Resultate	225
Geringe Wahrscheinlichkeit eines zufällig positiven Resultats	226
Angst vor einem Realitätstest	226
Teilnahme des Therapeuten an dem Realitätstest	227
Realitätstests der Überzeugung »Andere Menschen können meine Gedanken lesen«	228
Fünf Realitätstests für die Überzeugung »Andere Menschen können meine Gedanken lesen«	229
8.5 Kombination der Strategien zu einem integrierten Behandlungsprogramm	233
8.6 Überprüfen und Zusammenfassen	242
8.7 Die Gefahr einen Wahn in eine unbeabsichtigte Richtung zu modifizieren	243
9 Exploration, Fallkonzeption und Zielsetzung für akustische Halluzinationen	247
9.1 Exploration	247
Grundlegende Informationen über die Stimme(n)	247
Informationssammlung	248
9.2 Fallkonzeption	249
Inhalt und Herkunft der Stimme	249
Warum hat die Stimme eine bestimmte Wirkung auf den Patienten?	249
Was hält die Stimme aufrecht?	250
9.3 Therapieziele setzen	251

10 Praktische Interventionen für Stimmenhören	259
10.1 Allgemeine Überlegungen zu MP3-Playern und Ohrenstöpseln	259
MP3-Player	260
Ohrenstöpsel	261
Langfristige Effekte des Ohrenstöpsels und des MP3-Players	263
MP3-Player und Ohrenstöpsel als Hauptbehandlungsstrategien	263
10.2 Andere Strategien	264
Zeigen, Hinsehen und Benennen	264
Subvokales Sprechen oder Singen	265
Konzentration auf die Stimmen	265
Beschränkung des Zeitraums, in dem der Patient den Stimmen zuhört ...	266
An- und Abstellen der Stimmen	266
11 Modifikation der Überzeugungen, die den Äußerungen der Stimme zugrunde liegen	269
11.1 Einleitung	269
11.2 Fallkonzeption für den Inhalt einer Stimme	270
Oberflächen- und Tiefenbedeutung des von der Stimme Gesagten	270
Warum die Stimmen bestimmte Dinge sagen	271
Besprechen der Fallkonzeption mit dem Patienten	272
Schuld und Scham im Zusammenhang mit den Inhalten der Stimme	273
11.3 Modifikation der Überzeugungen, die mit dem Inhalt der Stimme verbunden sind	273
Der Inhalt des von der Stimme Gesagten ist nicht wahr	274
Die Stimme macht Fehler, ist »unwissend« oder »erzählt Lügen« ...	275
Der Inhalt der Stimme ist wahr	278
Es ist unklar, ob es stimmt, was die Stimme sagt	281
12 Modifikation der Überzeugungen über die Herkunft der Stimmen	285
12.1 Einleitung	285
Implikationen des »Stimmenhörens«	286
12.2 Therapieziele für die Modifikation der Überzeugung über die Herkunft der Stimme	286

12.3 Vollständige Modifikation einer Überzeugung über die Herkunft der Stimme	288
Ersatzüberzeugungen für die Herkunft der Stimmen	288
Vorbereitung auf das Ablehnen der wahnhaften Überzeugung	289
Vorbereitung der Ersatzüberzeugung	290
Ersatzüberzeugungen vom Typ »Ich höre meine eigenen Gedanken laut«	290
Ersatzüberzeugungen vom Typ »Erinnerung«	291
Ersatzüberzeugungen vom Typ »Gehirnfunktionen« und »Krankheit«	292
12.4 Strategien zur Modifikation der Überzeugung über die Herkunft der Stimme	294
Neubewertung der unterstützenden Evidenz	294
Die Stimme klingt als stamme sie von einer äußeren Quelle	294
Die Stimme klingt wie »X«	297
Die Stimme sagt, sie sei »X«	297
Die Stimme sagt Dinge, die »X« sagen würde	298
Sammeln von widersprechender Evidenz	298
Mögliche Inkonsistenzen	298
Logisches Nachdenken	300
Mögliche logische Argumentationen	300
Wenn der Patient nicht glaubt, dass die Stimme durch Schallwellen übertragen wird	302
Veränderung der Überzeugung in eine nicht hilfreiche Richtung	303
Realitätstests	304
Testen und Festigen der Fakten, die in den logischen Argumenten und bei der Evidenzbewertung verwendet werden	304
Die Stimme auffordern, etwas zu tun, das sie können sollte	305
Der Stimme eine Frage stellen, die sie beantworten können sollte	305
12.5 Partielle Modifikation der Überzeugung über die Herkunft der Stimme	310
13 Modifikation der Überzeugung über die Macht und Autorität der Stimme	311
13.1 Der Stimme die Macht nehmen	312
13.2 Veränderung der Überzeugungen über die bösartige Absicht der Stimme	313

13.3 Neubewertung der Evidenz, die die Macht oder die Autorität der Stimme unterstützt	313
Die Stimme hat die Macht, Schaden zuzufügen	314
Der Patient glaubt, dass die Stimme in der Vergangenheit Schaden verursacht hat	314
Die Stimme hat in der Vergangenheit einen bestimmten Schaden angedroht, diese Drohung aber nicht wahrgemacht	315
Die Stimme hat einen unspezifischen Schaden angedroht	316
Es handelt sich um die Stimme einer realen Person, die gefürchtet wird	316
Die Stimme stammt von einer mächtigen Entität, die potenziell Schaden verursachen könnte, auch wenn sie niemals damit gedroht hat	317
Die Stimme selbst wird gefürchtet und nicht die Person oder Entität, von der sie stammt	317
Die Stimme besitzt Macht oder Autorität aufgrund dessen, was sie sagt oder tut	318
Die Stimme besitzt Macht oder Autorität aufgrund ihrer Herkunft	320
Das Wissen um die Macht oder Autorität der Stimme beruht auf Intuition	321
13.4 Evidenz gegen die Macht oder Autorität der Stimme	321
Sammeln von Evidenz, dass die Stimme kein Wissen oder keine Autorität hat oder dass sie lügt	321
Sammeln von Evidenz, dass die Stimme keine Macht hat	323
13.5 Logisches Nachdenken	323
Auch wenn die Stimme behauptet, dass sie über Macht oder Autorität verfügt, bedeutet das nicht, dass sie diese tatsächlich besitzt	323
Die Stimme ist nur eine Stimme und kann deshalb gar nichts tun	324
Wenn Ohrstöpsel/MP3-Player/Medikamente oder andere Coping-Strategien funktionieren, kann die Stimme nicht mächtig sein	324
Da die Stimme Fehler macht, kann sie nicht über Wissen oder Autorität verfügen und somit keine Macht besitzen	325
Wenn die Stimme die Prüfungen, die ihr in den Realitätstests gestellt werden, nicht besteht, dann kann sie nicht mächtig sein oder über viel Wissen verfügen	325
13.6 Realitätstests der Macht und des Wissens der Stimme	326
Die Stimme auffordern, dem Therapeuten gegenüber das zu tun, was sie gegenüber dem Patienten tut	326
Die Stimme auffordern, dem Therapeuten das anzutun, womit sie dem Patienten droht	327

Einsatz logischen Argumentierens, um das Ergebnis des Realitätstest zu untermauern	327
Die Stimme auffordern, etwas zu tun, das sie aufgrund ihrer Herkunft tun können sollte	328
Die Stimme auffordern, Fragen zu beantworten, deren Antwort sie kennen müsste	328
Aufforderungen, die zeigen, dass die Stimme weniger Wissen oder Macht hat als ihr Hörer	329
13.7 Behutsamer Spott gegenüber der Stimme	329
14 Modifikation der Reaktion auf imperative Stimmen ..	333
14.1 Exploration und Setzen des Therapieziels	333
Alternatives Verhalten bzw. Ersatzverhalten	334
14.2 Vorteile des Gehorsams gegenüber der Stimme verringern	335
14.3 Nachteile des Gehorsams gegenüber der Stimme vergrößern	336
14.4 Vergrößern der Vorteile davon, sich der Stimme zu widersetzen ...	337
14.5 Abwägen der Vor- und Nachteile des Gehorsams gegenüber der Stimme	338
15 Entwicklung und Verbesserung von Coping-Strategien	344
15.1 Vor der Behandlung: Leiden vermindern und Auswirkungen von Wahn und Halluzinationen verringern	344
Ablenkende Aktivitäten	346
Verändern der Umgebung oder der Gewohnheiten	346
Verändern des Verhaltens anderer Menschen	347
Entspannung und Stressreduktion	347
Rückversicherungen	348
15.2 Kognitive Bewältigungsstrategien	351
15.3 Verbesserung vorhandener Coping-Strategien	352
Was sind die wirksamen Komponenten der Strategie?	352
Können die Aktivitäten klarer definiert oder verbessert werden?	353

Können die Strategien häufiger oder mit größerer Zuverlässigkeit eingesetzt werden?	354
Erfassen der Wirkungen der verbesserten Coping-Strategien	354
15.4 Medikamentenadhärenz	355
Ethische Überlegungen	355
Teilnahme an Therapiesitzungen zum Thema Medikamentenadhärenz ...	356
Entwicklung eines Rationals für die Medikamenteneinnahme, das dem Patienten einleuchtet	357
Verbesserung bestehender Begründungen	358
Eine neue Begründung finden	358
Veränderung des Gleichgewichts der Vor- und Nachteile	359
Entwicklung günstiger Gewohnheiten hinsichtlich der Medikamenten- einnahme	363
16 Aufrechterhaltung der therapeutischen Fortschritte ..	364
16.1 Langfristige Strategien	364
Erkennen von Symptomen	365
16.2 Entwicklung von Bewältigungsstrategien für spezifische Halluzinationen und wahnhafte Überzeugungen	367
Entwicklung von hilfreichen Sätzen	367
Bewältigung von »Tiefphasen«	368
Effektive CBT-Strategien auf Karten festhalten	368
Die wirksamen Strategien in der Praxis anwenden	372
16.3 Rückfallprophylaxe	374
17 Die Therapie sicher durchführen	378
17.1 Formale Therapie	378
Eine Warnung für Therapeuten: Es ist leichter gesagt als getan!	378
17.2 Informelle Therapie	381
»Sichere« Strategien	381
Strategien, die nur von Therapeuten angewendet werden sollten	382
17.3 Die Kombination von formaler und informeller Therapie	383
17.4 Die wichtigsten Richtlinien für eine sichere Ausübung der CBT	383

18 Die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie bei Schizophrenie – ein kurzer Überblick über den Stand der Forschung	385
Antonia Barke	
18.1 Einleitung	385
18.2 Frühe Studien	386
18.3 Randomisierte Kontrollgruppenstudien zu CBT bei psychotischen Symptomen	387
18.4 Langfristige Effekte	389
18.5 CBT bei Stimmen	393
18.6 CBT als Gruppentherapie	394
18.7 Offene Fragen	395
Behandlungskomponenten	395
Prädiktoren für das Ansprechen auf die Therapie	396
Patientenzufriedenheit	397
18.8 Zusammenfassung	398
Literatur	398
Anhang 1: Zusammenfassung der Behandlungsstrategien	402
Kognitiv-behaviorale Strategien bei Wahn	402
Kognitiv-behaviorale Strategien bei Halluzinationen	407
Langfristige Strategien für Wahn und Halluzinationen	412
Anhang 2: Das Gefühlsgehirn – das logische Gehirn	413
Das Gefühlsgehirn	413
Das logische Gehirn	414

Zusammenspiel von Gefühlsgehirn und logischem Gehirn	414
Wie kann man wissen, dass das Gefühlsgehirn zu einem falschen Ergebnis geführt hat?	415
Anhang 3: Die negativen Aspekte der Diagnose einer »psychischen Erkrankung« reduzieren	417
Sachverzeichnis	421