

## **Die Zukunft der Psychosenpsychotherapie in der Psychosenbehandlung<sup>1</sup>**

### **1.**

Während meiner Psychotherapieausbildung, die nun 20 Jahre zurückliegt, erhielt ich unterschiedliche Empfehlungen. Die Systemiker und Familientherapeuten des damaligen IGST-Instituts um Helm Stierlin, Gunthard Weber, Arnold Retzer und andere wie auch die Psychoanalytiker und psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten im Rahmen des Münchener Curriculums psychoanalytische Psychosentherapie, darunter auch Frank Schwarz, der heute hier ist, und Werner Greve, dessen wir heute gedenken, traten überzeugend für die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen ein und gaben mir wichtige Impulse für meine damalige Tätigkeit als Leiter einer Behandlungsstation für sozial entwurzelte Patienten mit hauptsächlich schizophrenen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Werner Greve, den ich damals kennenlernte – er war mir schon bekannt aus meiner Psychodramaweiterbildung am Moreno-Institut in Überlingen durch die berühmte Videoaufnahme einer Psychodramasitzung, die Gretel Leutz in der Schlosspark-Klinik leitete – Werner Greve war über mehrere Jahre einer der Leiter meiner kasuistischen Gruppe, und ich habe mich gerne von seiner beispielhaften Haltung gegenüber Patienten und Supervisanden inspirieren und leiten lassen. Erst später, in Überlingen bei Gretel Leutz, bin ich dann auf Einladung von Klaus Hoffmann erstmals beim „Schizophrenen Himmelfahrtstreffen“ gewesen.

In meiner verhaltenstherapeutischen Ausbildung an der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, deren Leiter Dirk Zimmer ja einer der ersten innerhalb der Verhaltenstherapie war, der der therapeutischen Beziehung einen besonderen Stellenwert zumaß, tauchte die Psychosenpsychotherapie kaum im Curriculum auf. Wenn ich mich recht

---

<sup>1</sup> Vortrag, Jahrestagung der ISPS Deutschland „Psychotherapie und Soziotherapie bei Psychosen“, 6.-8. Juni 2012, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Psychiatrische Klinik Münsterlingen (CH), Institut für Psychoanalyse Kreuzlingen (CH)

erinnere, gab es ein Seminar von Gerhard Buchkremer, der sich u.a. mit Psychoedukation, Familientherapie in der Tradition von Ian Falloon, Social Skills Training und kognitivem Training befasste. Uns wurde aber in Vorbereitung auf die Praxis als niedergelassener Psychotherapeut deutlich gemacht, dass ein Antrag auf Psychotherapie von Gutachtern allenfalls akzeptiert wurde, wenn es gelingt die Psychotherapie als Hilfsmittel zur Krankheitsbewältigung zu beschreiben. Sehr viel Mut hat das nicht gemacht, im Gegenteil wurde eher die ja nicht falsche Idee bestärkt, dass Psychotherapieanträge bei Psychosepatienten sowieso keine Aussicht auf Erfolg hätten. Die Klinik – damals noch mit längeren Verweildauern und dem erarbeiteten Privileg der klinischen Psychologen gerade die Behandlungsstationen für Schizophrene Patienten in sog. rehabilitativen Funktionsbereichen konzeptionell zu gestalten – war somit das eigentlich Refugium der Psychosenpsychotherapie für mich. Dies sollte sich allerdings mit der zunehmenden Verkürzung der Verweildauer dann auch ändern.

## **2.**

Wo stehen wir heute, zumindest auf der Ebene der empirischen Befunde und der Empfehlungen? Die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (2006) sind differenziert und umfassend angelegt und berücksichtigen wesentliche Behandlungsvariablen, wie z.B. die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die Einbeziehung von Angehörigen und anderen Beteiligten in den Behandlungsprozess usw., legen aber nach wie vor den zentralen Schwerpunkt auf die Pharmakotherapie. Polemisch zugespitzt: Die Leitlinien empfehlen keine komplexe biopsychosoziale Behandlungsphilosophie, sondern eine biologische, die aber psychosozial ergänzt werden muss: „Psychotherapie sollte den biologischen Faktoren bei der Schizophrenie Rechnung tragen und auf die Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen abstellen“ (2006). Unter dieser Konzeption der Psychotherapie bei Schizophrenien werden subsumiert Psychoedukation, die kognitive Verhaltenstherapie<sup>2</sup>, Familieninterventionen usw. Psychodynamische Verfahren „können in Einzelfällen sinnvoll sein“ (DGPPN, 2006: 211), zu Routinebehandlung werden sie nicht empfohlen – übersetzt bedeutet dies, dass man bei

---

<sup>2</sup> Die von Aaron Beck begründete kognitive Verhaltenstherapie unterscheidet sich ja wesentlich von der klassischen Verhaltenstherapie und hat ja auch wesentliche theoretische Konzept aus der psychodynamischen Tradition integriert, z.B. die Bindungstheorie. Mit eklektischer Nonchalance werden beide aber in Deutschland unter dem Begriff der Verhaltenstherapie subsumiert. Nachgewiesene Evidenz bezieht sich im Bereich der Psychosenpsychotherapie im Wesentlichen auf die kognitive Verhaltenstherapie.

der Abstimmung der Leitlinie einen Kompromiss zwischen Vertretern verschiedener Richtungen gesucht hat, letztlich aber psychodynamische Verfahren aufgrund der im Rahmen der evidenzbasierten Forschung angewandten Methoden nicht anerkannt sind.

Die Leitlinien der DGPPN sind als S-3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften AWMF übernommen worden, wobei diese Leitlinie derzeit überarbeitet werden soll. Ziel der AWMF-Leitlinie ist es allen in der psychiatrischen Versorgung Beteiligten eine Richtlinie zu sein, entsprechend breit war die Experten- und Konsensusgruppe auch zusammengesetzt.

### **3.**

Wenden wir uns einmal dem Gesundheitssystem in Großbritannien zu, wo das National Health Service System weit mehr als bei uns durch seinen Charakter als quasi-staatliches Gesundheitssystem durch Leitlinien beeinflusst wird, andere Problem des NHS-Systems, die ihnen sicher auch bekannt sind, will ich hier außer Acht lassen. Dies bedeutet im Gegensatz zu Deutschland, dass Leitlinie wesentlich verbindlicher sind und in gewissem Umfang auch Leistungsansprüche der „service user“, der Konsumenten festschreiben, die sozusagen „einklagbar“ sind. Hier gilt für die Behandlung von Psychosen die Clinical Guideline 82 des National Institute for Health und Clinical Excellence, kurz „NICE“, in der Psychotherapie, insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie, wesentlich bestimmter und klarer umrissen eine essentielle Funktion in der Behandlung zugewiesen wird.

Es wird z.B. gefordert, dass Behandlungseinrichtungen für schizophrene Patienten eine/n leitende/n Mitarbeiter/in benennen soll, dessen Aufgabe ist, den Zugang von Patienten zu und die Praxis von psychologischen Interventionen zu überwachen und zu prüfen. Generell schreibt die NICE-Guideline fest, dass allen schizophrenen Patienten angemessen zur jeweiligen Krankheitsphase – also akut, sub-akut und neuerdings als Frühintervention (Pao, 1977, hatte diese Differenzierung ja schon aus psychodynamischer Sicht vertreten) – psychologische Behandlungen anzubieten sind, und zwar sowohl im stationären, teil-stationären und im ambulanten Bereich. Benannt werden die kognitive Verhaltenstherapie und Familientherapie. Ich möchte hier darauf hinweisen, dass die kognitive Verhaltenstherapie in Großbritannien ausgehend von den ersten Arbeiten von

Beck (1952) über z.B. die Arbeiten von Bentall et al. (1994) oder Kingdon & Turkington (1995) und weiteren Autoren ein differenziertes und phasenorientiertes psychotherapeutisches Behandlungskonzept entwickelt hat, welches bei uns bis auf Ausnahmen noch keineswegs umfassend Eingang in die verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitute gefunden hat. Eine Übersicht dazu finden Sie beispielsweise bei Dudley, Brabban und Turkington (2009). Dabei wird auch auf die große Zahl Random Control Trials (Vgl. Tarrrier & Wyker, 2004) hingewiesen, die eine Wirksamkeit nachweisen. Allerdings, so Dudley, Brabban und Turkington (2009), mit dem Problem, dass a) andere psychotherapeutische Methoden mangels Studien nicht verglichen bzw. überprüft werden konnten, und b) zwar eine allgemeine Wirksamkeit mit guten Effektstärken fest steht, aber noch lange nicht geklärt ist, was denn nun spezifisch wirkt. Ich überblicke das Feld als Praktiker sicherlich nicht, aber ich würde doch mal die These wagen, dass die kognitive Verhaltenstherapie durch ihre starke Orientierung auf Wirksamkeitsforschung vielleicht gerade hier im Bereich der Psychotherapieprozessforschung ein gewisses Defizit hat.

Doch zurück zu der NICE-Guideline: Angesichts der Komplexität der Erkrankung wie auch ihrer psychosozialen Folgen ist ein multiprofessionelles und polypragmatisches Vorgehen erforderlich., welches über die Klinik hinaus auch umfassend die psychosoziale Situation des Patienten oder der Patienten berücksichtigen muss.

Ausdrücklich abgelehnt werden in der NICE-Guideline die routinemäßige Durchführung von auf Compliance fokussierten Behandlungsprogrammen, die sog. „adherence therapy“, für die keinerlei empirische Wirksamkeit nachgewiesen ist (Vgl. Gray et al., 2006) und die isolierte Durchführung von sozialen Trainingsprogrammen (und ebenso psychoedukativen Programmen, vgl. Roth & Fonagy, 2006).

Die empfohlenen kognitiv-behavioralen Interventionen sollen in einem einzelpsychotherapeutischen Rahmen in einem aus Studien abgeleiteten Umfang von mindestens 16 Sitzungen stattfinden. Bitte bedenken Sie nochmals, was ich zu anfangs gesagt habe: Im NHS-System stellen diese Behandlungsrichtlinien einen zu leistenden und von Patienten einforderebaren Standard dar. Natürlich wird jeder Kenner des englischen Gesundheitssystems Ihnen auch sagen, dass dies auch nicht immer umgesetzt bzw.

umsetzbar ist. Aber vergleichen Sie bitte – dieser Mindestzeitrahmen, empirisch abgeleitet, ist z.B. im stationären Rahmen in Deutschland allein aufgrund des Kostendrucks und der durchschnittlichen Verweildauer von Psychosepatienten schon gar nicht vorstellbar<sup>3</sup>. Familientherapeutische Interventionen sollen in einem Zeitraum von 3 – 12 Monaten im Umfang von wenigstens 10 Sitzungen durchgeführt werden. Ich will hier nur andeuten, dass in Deutschland ein ähnliches Setting eigentlich nur in Institutsambulanzen (mit einer nicht adäquaten Honorierung) oder in geförderten Einrichtungen denkbar ist, eine ambulante Abrechnung familientherapeutischer Interventionen ist, ohne ins Detail zu gehen, schwierig). Psychoanalytische oder psychodynamische Verfahren werden aufgrund des Mangels an empirischer Evidenz, resp. des Mangels an überzeugenden empirischen Studien, weder befürwortet noch abgelehnt. Es taucht jedoch der Satz auf, dass die in der Behandlung schizophrener Patienten tätigen Berufsgruppen sich psychoanalytische und psychodynamische Prinzipien nutzbar machen sollten, um zu einem besseren Verständnis von schizophrenen Menschen und deren Erfahrungen und interpersonellen Beziehungen zu kommen. Darüber kann man nun natürlich spekulieren, ob dies eine gesundheitspolitische Kompromissformel im Streit zwischen Psychodynamikern und kognitiven Verhaltenstherapie ist, oder ob sich darin die Tendenz der (kognitiven) Verhaltenstherapie abbildet, sich eklektisch Elemente anderer Therapieschulen nicht nur anzueignen, sondern auch in das eigene Methodeninventar aufzunehmen, oder ob der Satz so an sich ernst zu nehmen ist. Vermutlich ist von allem etwas dran, aber ich glaube, dass der Satz so durchaus eine ernstzunehmende Empfehlung darstellt, soweit ich die Entwicklung in Großbritannien bis hin zu einer „cognitive analytic therapy“ (Ryle, 1990) mitbekommen habe<sup>4</sup>.

#### **4.**

Es wurde ja bereits in den einleitenden Worten zu dieser Tagung auf die Namensänderung der International Society von „for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other Psychosis“ zu „for Psychological and Social Approaches to Psychosis“ hingewiesen. Neben der Diskussion im Zusammenhang der Entwicklung von DSM-V über die bisherige Terminologie und einzelne Subgruppen von Schizophrenien – ein

---

<sup>3</sup> Im übrigen gilt dies in gewisser Weise auch für eine sorgfältige pharmakotherapeutische Einstellung. Um so wichtiger ist die Vernetzung stationär-ambulant, die aber auch entsprechend honoriert werden sollte.

<sup>4</sup> Anzumerken wäre noch, dass in den NICE-Guidelines neben Psychotherapie, Pharmakotherapie und Familientherapie „arts therapies“ als eine weitere Säule in der Behandlung verankert wurden.

aktueller Kurzbericht von Tandon & Carpenter (2012) dazu ist gerade im Schizophrenia Bulletin erschienen - die wohl durch die Beschreibung eines Kontinuums oder Spektrums von Störungen abgelöst werden könnte, hat dazu auch die vor allem von Angehörigen und betroffenen „Service users“ erlebte stigmatisierende Wirkung des Terminus „Schizophrenie“ beigetragen. Die Erweiterung um „social approaches“ macht einen weiteren Aspekt deutlich, auf den ich hier eingehen will.

Relativ zur Komplexität und vielfältigen Ausprägung eines Störungsbildes, mit dem wir uns klinisch bei psychosekranken Patientinnen und Patienten auseinandersetzen müssen, hat sich eben auch eine Vielfalt von Interventionsmethoden entwickelt, die sich nur teilweise der Psychotherapie zugehörig fühlen oder dieser zuzurechnen sind. Sie merken dies ja auch daran, dass es in diesem Praxisfeld von „Programmen“ und „Trainings“ nur so wimmelt. Die NICE-Guideline berücksichtigt explizit die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Zugangs, und betont außerdem, dass eine angemessene Versorgung der Lebenswelt der Kranken im Ganzen gerecht werden muss. In der Konsequenz erschwert diese Komplexität und Multiprofessionalität eine Standortbestimmung der Psychotherapie in der Psychosenbehandlung über das ja empirisch gesicherte Wissen, dass sie einen unverzichtbaren Bestandteil in der Psychosenbehandlung darstellen muss – und zwar strenggenommen auf der Ebene der Evidenzbasierung in Form der kognitiven Verhaltenstherapie und der Familientherapie.

Ein weiterer Parameter in der Standortbestimmung der Psychotherapie in der Psychosenbehandlung ist die Frage, wie ihre Ziele bestimmt werden und worauf sie in der Behandlung phasenspezifisch fokussiert. Auch hier lässt sich eher ein Spektrum als ein eindeutiger Fokus benennen. Einige Stichworte dazu wären:

- Eher KVT spezifisch: Rückfallverhütung, Symptombesserung, „Einsicht“, Partizipation und Kooperation in der Behandlung, Symptome erkennen, einordnen und managen, Problemlösung, Wahn und Halluzinationen, negative Selbstwahrnehmung und Selbstwertproblematik.
- Eher psychodynamisch: Identität, Beziehungsgestaltung (Nähe/Distanz), Bedeutung von Wahn und Halluzinationen, Selbst, Trauma, korrigierende Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung.

- Unspezifisch: Bewältigung des psychotischen Erlebens und Sinnggebung (Vgl. dazu schon Bodenheimer, 1957 und Mayer-Gross, 1920), Recovery.

Klar – mittlerweile lässt sich bei der Benennung solcher Dimensionen eine klare Methodenzuordnung nicht mehr so einfach bestimmen, und das ist ja vielleicht auch ganz gut so. Aaltonen et al. (2009) haben uns verdeutlicht, wie sehr die Entwicklung der Psychosenpsychotherapie durch zwei spaltende Debatten charakterisiert ist: Die Auseinandersetzung zwischen biologischer Ausrichtung und psychologischer Behandlung zunächst, und dann bei denen, die eine psychologische Behandlungsmethode vertreten, die Auseinandersetzung zwischen psychodynamischer Orientierung und kognitiv-behavioraler Orientierung. Nun bleibt vielleicht in dieser auch durch Konkurrenz geprägten Auseinandersetzung auf der Strecke, dass beide Orientierungen in verschiedenen Forschungstraditionen stehen. Die auf „Outcome“ orientierte Forschung im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie erfüllt eher den Goldstandard der Cochrane Standards, die psychodynamische Orientierung hat eher eine ideographische Tradition. Im Zeitalter der evidence based medicine, die ja nun aber auch mittlerweile kritisch bezüglich klinischer Praxisbedingungen hinterfragt wird, hat damit die kognitiv-behaviorale Richtung anscheinend „die Nase vorn“. Andererseits haben psychodynamische Richtungen diesbezüglich ein Forschungsdefizit. Es stellt sich letztlich die Frage, ob a) damit eine Vergleichbarkeit überhaupt denkbar ist, oder die Kulturen sich zu sehr unterscheiden, und wie b) sich eine Vergleichbarkeit herstellen ließe, um ernsthaft die Frage nach einer guten Psychosenpsychotherapie zu stellen.

Yrjö Alanen hat sich immer gegen dieses Spaltungen gewandt. Er hat dabei bezüglich der Spaltung zwischen biologischer/pharmakotherapeutischer und psychologischer Orientierung darauf hingewiesen, dass im Grunde ja gerade die neurobiologische und genetische Forschung belegt, wie sehr Genotyp und Neurobiologie menschlichen Entwicklungsprozessen in einem Umfeld unterliegen (2009, vgl. auch Kandel 1998, Tienari et al. 2004). Dass sich Wirkungen psychotherapeutischer Interventionen neurobiologisch nachweisen lassen, zeigen neuere Forschungsergebnisse (Vgl. Karch et al., 2012). In seiner Arbeit 2009 berichtet er über die Arbeit einer finnischen Forscherin, Iso-Koivisto (2004), die bei ersterkannten Patienten fand, dass eine psychodynamische Therapie am besten für die geeignet waren, die sie in einer depressiven Position identifizieren konnte,

bzw. die bedingende Faktoren für die Erkrankung internal attribuierten, während kognitiv-behaviorale Therapie am besten bei Patienten geeignet schien, die sie in einer paranoiden Position identifizierte und die external attribuierten. Leider ist die Arbeit auf Finnisch, und mir leuchtet der Gebrauch der kleinianischen Terminologie so auch nicht unmittelbar ein, ich erwähne das jedoch, weil ich denke, dass solche Arbeiten vielleicht einen interessanten Weg in Richtung störungsorientierter differentieller Indikation aufzeigen könnten. Cullberg (2006) z.B. berichtet von seiner klinischen Erfahrung, dass Patienten mit einer ausgeprägt affektiven Symptomatik von psychodynamisch orientierter Therapie profitieren. Er weist auch darauf hin, dass Milieufaktoren, die ja auch mit einer therapeutischen Grundhaltung zusammenhängen, bisher gar nicht kontrolliert untersucht wurden. Solche Überlegungen könnten vielleicht Ausgangspunkt einer Weiterentwicklung therapeutischer Ansätze werden, sie sich störungsorientiert (nicht störungsspezifisch!) verstehen.

Ein weiteres schwer zu fassendes – und zu quantifizierendes – Feld in der Standortbestimmung ist die Milieugestaltung. Michael Putzke und Gerhard Dammann haben in ihren Vorträgen gezeigt, wie bedeutsam gerade bei milieuthérapeutischer Behandlung ein psychodynamisches Verständnis ist (und milieuthérapeutische Ansätze haben zudem gerade bei Behandlung von Ersterkrankung nachgewiesenermaßen Vorteile gegenüber einem Treatment as usual, vgl. Bola et al., 2009). Es mag sein, dass die neuen Abrechnungssysteme wie OPS durch ihre fragmentierte Erfassung des stationären Milieus solche Behandlungsrichtungen, auch z.B. Soteria-Modelle, gefährden können, weil die Leistung eines milieuthérapeutischen Ansatzes in seiner Komplexität und dem Zusammenspiel verschiedenster Aspekte sich gar nicht mehr abrechnungsgemäß abbilden lässt. Genauso mag es allen Konzepten ergehen, die sich an psychotherapeutischen Gemeinschaften orientieren – gerade Alanen hat wiederholt betont, dass diese Konzeptionalisierung am Anfang seines „need-adapted treatment“ stand (z.B. 2009:160).

## **5.**

Welches Resümee ist nun zu ziehen? Es ist klar, dass Psychotherapie im Bereich der psychosozialen Behandlung von Psychosen einen festen Stellenwert hat, und sich hier vor allem im Setting von (kognitiv-behavioraler) Einzel- und Familientherapie empirisch abgesichert bewährt hat. Der Kreativität der kognitiven Verhaltenstherapie in Bezug auf die



Behandlung von wahnhaften und halluzinatorischen Symptomen vor allem in Großbritannien kann ich nur großen Respekt zollen. Ihre „Forschungskompatibilität“ durch eine transparente und homogene Methodik hat dazu geführt, dass ihre empirische Evidenz mit durchaus beeindruckenden Effektstärken nicht mehr übersehen werden darf. Aber es sei auch auf die Bedeutung psychodynamischer Ansätze hingewiesen, die über ihre – auch von kognitiven Verhaltenstherapeuten anerkannte – Rolle in der Milieugestaltung, Supervision und ihrem essentiellen Beitrag zum Verständnis von Psychosen auch hinausgehe. Auch hier haben wir mittlerweile beeindruckende Forschungsprojekte, die eine Wirksamkeit modifizierter psychodynamischer Verfahren nahelegen. So wurde z.B. das von Rosenbaum & Thorgaard (1998) entwickelte psychodynamische Manual im Rahmen des Danish National Schizophrenia Project erfolgreich angewendet (Rosenbaum et al., 2005). Insgesamt allerdings ist die Datenbasis eher schwach und geht noch nicht über die von Cullberg (2006) erstellte Übersicht hinaus, die zeigt, dass quantitative Therapiestudien zur psychodynamischen Behandlung wenig vergleichbar sind, keine ausreichende Basis für einen Wirksamkeitsnachweis liefern und methodisch erhebliche Schwächen aufweisen.

Aaltonen et al. (2009, 158) stellten fest: „This polarized way of understanding psychosis has been detrimental“ und haben auf das Konzept des Need-adapted Treatment hingewiesen (Alanen, 2001), welches heute kombiniert:

- Frühintervention
- Kleine psychotherapeutische stationäre Behandlungseinheiten
- Low dose Pharmakotherapie kombiniert mit traditioneller Einzelpsychotherapie und Familieninterventionen
- Home treatment und treatment homes
- Erweiterung von Kompetenzen und Qualifizierung von Therapeuten und Pflegepersonal.

Man darf sich ja mal was wünschen....Die Frage nach dem Standort der Psychotherapie in der Psychosenbehandlung stellt sich letzten Endes doch als die weitergehende Frage nach der Qualität der Behandlung von Psychosepatienten überhaupt. Eine Behandlung von Psychosepatienten, in der Psychotherapie keine substantielle Bedeutung hat, erscheint vor dem Hintergrund der empirischen Befunde qualitativ

unzureichend und unzeitgemäß. Übersieht man das, was wir heute empirisch bestätigt wissen, und welche Vielfalt an bewährten Methoden vorliegen, und welchen Stellenwert Psychotherapie in unseren Kliniken tatsächlich hat, kann ich mich in der Beurteilung nur dem anschließen, was Brian Koehler und Ann Silver zur Beurteilung der Lage der Psychosepsychotherapie in den USA 2009 mit einem Zitat von Charles Dickens aus „A Tale of Two Cities“ gesagt haben: „It was the best of times, it was the worst of times“.

Vielen Dank fürs Zuhören!

## Literatur

- Aaltonen, J, Alanen, YO, Cullberg, J, Haugsgjerd, S, Levander, S, Rosenbaum, B (2009): Developments in the Scandinavian Countries. In: Beck, AT (1952). Successful Outpatient Psychotherapy of a Chronic Schizophrenic with a Delusion Based on Borrowed Guilt. *Psychiatry*, 70(5), 1129-1139.
- Bentall, RP, Kindermann, P, Kaney, S (1994). The Self, Attributional Processes and Abnormal Beliefs: Towards a Model of Persecutory Delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Bodenheimer, AR (1957). *Erlebnisgestaltung. Darstellung eines Verfahrens zur Psychotherapie bei Psychosen*. Basel, Stuttgart: Schwabe & Co.
- Bola, J, Lehtinen, K, Cullbergm J & Ciompi, L (2009). Psychosocial Treatment, Antipsychotic Postponement, and Low-Dose Medication Strategies in First-Episode Psychosis: A Review of the Literature. *Psychosis*, 1, 4-18.
- Cullberg, J (2006). *Psychoses. An Integrative Perspective*. London: Routledge.
- Gray, R, Leese, M, Bindman, J, Becker, Th, Burti, L, David, A, Gournay, K, Kikkert, M, Koeter, M, Puschner, B, Schene, A, Thornicroft, G, Tansella, M (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 508-514.
- Iso-Koivisto, E (2004). *“Pois sieltä, ylös, takaisin” – ensimmäinen psykoosi kokemuksena* (“Away from there, upwards, back again” – Meaning Given to the Experience of First Psychotic Episode). Turku: Annales Universitatis Turkuensis, Ser C, Tom 218.
- Kandel, E (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Karch, S, Heinzl, S, Pogarell, O & Schiepek, G (2012). Neurobiologische Grundlagen psychotherapeutischer Verfahren. *Psychotherapeut*, 57, 204-212.
- In: Mayer-Gross, W (1920). Die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Z. Neurol.*, 60, 160-212.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Schizophrenia. Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence ([www.nice.org.uk/CG82](http://www.nice.org.uk/CG82))
- Pao, P (1979). *Schizophrenic Disorders. Theory and Treatment from a Psychodynamic Point of View*. New York: IUP.

- Rosenbaum, B, Thorgaard, L (1998). *Early and Sustained Dynamic Intervention in Schizophrenia. A Short Version of the Danish National Schizophrenia Project (DNS) Manual for Psychodynamic Individual Psychotherapy with Persons in States of Schizophrenia*. Risskov: Danish National Schizophrenia Project
- Rosenbaum, B, Valbak, K, Harder, S, Knudsen, P, Køster, A, Lajer, M, Lindhardt, A, Winther, G, Petersen, L, Jørgensen, P, Nordentoft, M, Andreasen, AH (2005). The Danish National Schizophrenia Project: Propective, Comparative Longitudinal Treatment Study of First-Episode Psychosis. *Brit. J. Psychiat.*, 186, 394-399.
- Roth, A, Fonagy, P (2006<sup>2</sup>). *What Works For Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: Guilford Press.
- Ryle, A (1990). *Cognitive Analytic Therapy. Active Participation in Change: A New Integration in Brief Psychotherapy*. Chichester: Wiley.
- Tandon, R, Carpenter WT (2012). DSM-5 Status of Psychotic Disorders. 1 Year Prepublication. *Schiz. Bull.*, 38 (3), 369-370.
- Tarrier, N, Wykes, T (2004). Is There Evidence that Cognitive Behaviour Therapy is an Effective Treatment for Schizophrenia? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401.
- Tienari, P, Wynne, LC, Hakko, H, Läksy, K, Moring, J, Naarala, M, Nieminen, P & Eahlberg, KE (2004). Genotype-Environment Interaction in Schizophrenia-Spectrum Disorder. Long-Term Follow-Up Study of Finish Adoptees. *Brit. J. Psychiatry*, 184, 216-222.

Tilman Kluttig  
 Zentrum für Psychiatrie Reichenau  
 Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
 Feursteinstr. 55  
 78479 Reichenau  
 t.kluttig@zfp-reichenau.de