

Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention

Wolfgang Jordan
Arndt Heinemann
Alexandra Marx

 Online-Version in der eRef



Thieme

Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention

Wolfgang Jordan, Arndt Heinemann, Alexandra Marx

Unter Mitwirkung von:
George Downing

3 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart • New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html



Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2016 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Umschlagbild: „Verbundenheit“, Anja Henseler,
Kulthera, Helmbrechts
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Redaktion: Elke Renz, Stutensee
Satz: Druckhaus Götz, Ludwigsburg
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

ISBN 978-3-13-205221-5

1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13-205231-4
eISBN (epub) 978-3-13-205241-3

Geschützte Warennamen (Warenzeichen ®) werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen oder die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die abgebildeten Personen haben in keiner Weise etwas mit der Krankheit zu tun.

Vorwort

Notfall- und Krisensituationen erfordern ein schnelles und pragmatisches Handeln unter Einsatz aller verfügbaren Ressourcen. Ein zu ängstlich-dogmatisches Festhalten an therapeutische Schulen wird den Nothilfesuchenden meist nicht gerecht werden. Menschen in seelischer Not haben bereits Grenzen überschritten. Der Behandler muss ihnen folgen können, will er sie nicht verlieren. Seine kommunikative Kompetenz wird dabei wesentlich den guten Ausgang bestimmen.

Die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung beansprucht Zeit und Geduld. Psychotherapeutische Interventionen sollten vor allem lösungsorientiert sein und sich nach den jeweiligen Bedürfnissen richten. Mit einem integrativen Ansatz können unterschiedliche Techniken gezielt angewendet werden. Entsprechend der wörtlichen Übersetzung aus dem Lateinischen ver-

steht sich die Techna Psychiatrica als „listiger Streich“ für die Ausbildung aller am psychiatrisch-psychotherapeutischen Not- und Krisendienst beteiligten Berufsgruppen.

Die Menschen, denen wir in einer schweren Stunde begegnet sind und die wir ein Stück ihres Weges begleiten dürfen, verdienen unsere Achtung. Unser Dank gebührt unseren Lehrern, die in ihrer Klinik einen Geist im Jasperschen Sinn aus menschlichem Ethos, Naturwissenschaftlichkeit und Freude am Lernen geschaffen haben, insbesondere meinen Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen.

*Magdeburg, im September 2015
Wolfgang Jordan*

Abkürzungen

AvD	Arzt vom Dienst	Kps.	Kapsel
BAK	Blutalkoholwert	kg	Kilogramm
CBT	Cognitive Behavioral Therapy, Kognitiv-behaviorale Therapie	KG	Körpergewicht
CCT	craniale Computertomographie	MCV	mittleres Erythrozytenvolumen
d	Tag	mg	Milligramm
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie	min	Minuten
EEG	Elektroenzephalogramm	PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
EKG	Elektrokardiogramm	p. o.	per os, orale Einnahme eines Medikaments
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung	PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
EPMS	extrapyramidalmotorische Störungen	PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
h	Stunden	REM	Rapid Eye Movement
ICD	International Classification of Disease	SBT	Strategisch-behaviorale Therapie
i. m.	intramuskulär	SSRI	Serotoninwiederaufnahmehemmer
i. v.	intravenös	Tbl.	Tablette
		TZA	trizyklische Antidepressiva
		UBG	Unterbringungsgesetz
		ZNS	zentrales Nervensystem

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeiner Teil – Vor dem ersten Kontakt	11			
	<i>W. Jordan</i>				
1.1	Rahmenbedingungen	11	1.6	Besonderheit Telefonkontakt.	22
1.2	Psychodynamik akuter seelischer Not.	12	1.7	Fallstricke	23
1.3	Grundlagen der Beziehungsgestaltung.	12	1.8	Selbsthilfe bei Überforderung.	23
1.4	Explorationstechniken und Schlüsselfragen.	14	1.9	Medikamentöse Notfall- und Konsiliar- pharmakotherapie.	24
1.5	Methodik der ambulan- ten und stationären Notfall- und Krisen- intervention	18	1.10	Rechtliche Aspekte für Nothelfer im Gesundheitswesen.	27
2	Notfallintervention – Der Erstkontakt				32
	<i>W. Jordan</i>				
2.1	Syndromlehre – Der diagnostische Blick	32	2.5	Stuporöse Zustände.	48
2.2	Psychomotorische Erregungszustände	41	2.6	Störungen des Bewusstseins	50
2.3	Delirante Syndrome.	44	2.7	Psychopharmaka als Ursache psychiatrischer Akutsituationen	50
2.4	Akute Suizidalität.	45			
3	Krisenintervention – Weiterführende Kontakte				53
3.1	Einleitung	53	3.3	Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei para- noid-halluzinatori- schem und schizo- phrenem Erleben	55
	<i>W. Jordan</i>			<i>W. Jordan</i>	
3.2	Techniklehre.	54			
	<i>W. Jordan und A. Marx</i>				

<p>3.4 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei depressivem Erleben 61 <i>A. Heinemann und W. Jordan</i></p> <p>3.5 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei suizidalem Erleben 67 <i>W. Jordan</i></p> <p>3.6 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei ängstlichem Erleben 87 <i>A. Marx und W. Jordan</i></p> <p>3.7 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei emotional-instabilem Erleben 93 <i>A. Heinemann und W. Jordan</i></p>	<p>3.8 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei dissoziiertem Erleben 103 <i>A. Marx und W. Jordan</i></p> <p>3.9 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei narzisstischem Erleben 108 <i>A. Heinemann und W. Jordan</i></p> <p>3.10 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei zwanghaftem Erleben 111 <i>A. Marx und W. Jordan</i></p> <p>3.11 Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und psychotherapeutische Techniken bei traumatisierten Patienten . . . 116 <i>A. Marx</i></p>
<p>4 Ausgewählte psychotherapeutische Techniken der Notfall- und Krisenintervention 127</p>	
<p>4.1 Zirkuläres Fragen 127 <i>W. Jordan</i></p> <p>4.2 Sokratischer Dialog 128 <i>W. Jordan</i></p> <p>4.3 Motivierende Gesprächsführung 129 <i>A. Heinemann</i></p> <p>4.4 Körperfokussierte Psychotherapie nach Downing 132 <i>G. Downing und W. Jordan</i></p>	<p>4.5 Körperorientierte Techniken – Grounding, Atemübung, Bodyscan, Haltekontakte und Körperresource 135 <i>A. Marx</i></p> <p>4.6 Stühle-Technik (Ein-Personen-Rollenspiel) . 139 <i>A. Heinemann</i></p> <p>4.7 Rollenspiel 141 <i>A. Marx</i></p>

4.8	Imaginative Verfahren: Sicherer Ort, Tresor-Übung, Innerer Beobachter, Bildschirmtechnik, Lichtstromübung, Innerer Helfer und Kraftquelle	142	4.10	Kognitive Techniken – Arbeit mit Glaubenssätzen und somatischen Markern	151
	<i>A. Marx und A. Heinemann</i>		4.11	Umgang mit Alpträumen	152
4.9	Illustrative Techniken	151	4.12	Abschiednehmen	155
	<i>A. Heinemann</i>			<i>A. Marx</i>	
5	Literatur				156
5.1	Verwendete Literatur	156	5.2	Weiterführende Literatur	158
	Sachverzeichnis				161

Anschriften

Prof. Dr. med. Wolfgang **Jordan**, MBA, MIM
Klinikum Magdeburg gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Dr. med. Arndt **Heinemann**
Klinikum Magdeburg gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Dr. phil. Alexandra **Marx**
Psychologische Psychotherapeutin,
Traumatherapeutin
Klinikum Magdeburg gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Ph.D. George **Downing**
10 Rue Massenet
75116 Paris
Frankreich

1 Allgemeiner Teil – Vor dem ersten Kontakt

W. Jordan

1.1 Rahmenbedingungen

Ein psychiatrisch-psychotherapeutischer Notfall erfordert unmittelbar ein professionelles Eingreifen, um der Gefahr einer gegenwärtigen Selbst- und/oder Fremdgefährdung zu begegnen. Er ist eine Sonderform einer seelischen Krise.

Seelische Krisen können in besonderen Entwicklungsphasen (z. B. Adoleszenzkrise, Krise während einer Psychotherapie), durch extreme Belastungen (z. B. Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung) oder Veränderungen (z. B. Geburt, Verlust eines Angehörigen, neue berufliche Position) entstehen und verlaufen mitunter chronisch (z. B. Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung) (s. a. Kap. 3).

Eine Krisenintervention sollte sich einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfallbehandlung anschließen. Je nach Anlass und Ursache kann sie wenige Tage bis mehrere Wochen dauern.

Ambulante Notfall- und (Krisen-)interventionen können außerhalb der Klinik bei der Tätigkeit in sozialpsychiatrischen (Krisen-)Dienstleistungen, als Notfallbegleiter, in der Notfallseelsorge, als Rettungssanitäter oder Notarzt auftreten. Innerhalb der Klinik sind interdisziplinäre Notfall- und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) zu nennen.

Stationäre Notfall- und Kriseninterventionen können auf einer psychiatrischen, aber auch einer somatischen Station, z. B. im Konsiliardienst, stattfinden.

Eine Besonderheit stellen Telefonkontakte dar, welche direkt zwischen dem Behandler und dem Hilfesuchenden bestehen

oder sich indirekt über die Beteiligung Dritter vollziehen. Der Hilfesuchende muss dabei nicht der eigentlich Betroffene, der Patient, sein: In das Krisengeschehen können auch Angehörige, vertragsärztliche und -psychotherapeutische Kollegen, zufällig beteiligte Personen oder Mitglieder der Rettungskette involviert sein, z. B. auch Pforte, Anmeldung oder Sekretariat.

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen sind bei jedem Notfall- oder Krisenkontakt zu berücksichtigen, weil sie diagnostisch nutzbar sind (s. a. Schlüsselfragen, Kap. 1.4) und über die Bereitstellung von Ressourcen das weitere therapeutische Vorgehen beeinflussen.

Notfälle auf psychiatrischen Stationen entstehen zumeist, wenn im Vorfeld diagnostische Anzeichen bei dem Betroffenen und allgemeine Sicherheitsaspekte nicht ausreichend beachtet wurden. Zur Lösung kann auf ein gut ausgebildetes und im Umgang mit Notfallsituationen erfahrenes Team zugegriffen werden. Je ferner der Notfallbehandler von seinem eigenen Team tätig sein muss, umso wichtiger ist es, sich vor dem Erstkontakt zusätzliche Informationen zu sichern. Im Konsiliardienst können z. B. neben dem Gespräch mit der betreuenden Pflege und dem behandelnden Arzt auch Fremdinformationen aus der Patientenakte wie alte und aktuelle Arztberichte, aktuelle Pflegeberichte, Laborparameter oder aktuelle Medikation genutzt werden. Mit dem Betreten des Patientenzimmers sollten dann Umfeldinformationen aus der Sichtung des Zimmers, insbesondere eigener Platz, Bett, Nachttisch, persönliche Bilder, Bücher, Fotos usw., Berücksichtigung finden. Ggf. können auch der Mitpatient oder zufällig beiwohnende Angehörige fremdanamnestisch befragt werden.

Merke

Die Rahmenbedingungen bestimmen das Vorgehen im Notfall.

M!

1.2 Psychodynamik akuter seelischer Not

Obwohl seelische Notzustände oder Krisen aus einer individuellen Lebensgeschichte resultieren und auf eine individuelle Persönlichkeit treffen, finden sich häufig einheitliche Reaktionsformen oder Muster:

- Einengung der Wahrnehmung auf die Themen Kränkung und Verlust
- Schwarz-Weiß-Denken
- Depressive oder missmutig-aggressive Stimmung
- Affektlabilität mit anlassbedingtem schnellem Stimmungswechsel
- Starres Rollenverhalten, Einnahme einer Patientenrolle
- Unflexibles Problemlöseverhalten
- Psychomotorisches und vegetatives Hyperarousal
- Interne Kommunikationsstörung mit nachfolgender Missdeutung der beteiligten Kommunikationspartner
- Sozialer Rückzug und/oder Rückzug des sozialen Umfeldes.

Abhängig von der Belastungsstärke, der eigenen psychischen Anfälligkeit (Vulnerabilität) und seelischen Widerstandskraft (Resilienz) geht der Krise ein unterschiedlich langer Zeitverlauf mit abgeschwächter Symptomatik voraus. Erst wenn die üblichen Bewältigungsstrategien (Coping) nicht mehr funktionieren und die Ressourcen verbraucht sind, eine wichtige Bezugsperson sich z. B. zurückgezogen hat oder nicht erreichbar ist, verwandelt ein auslösendes Ereignis (Anlass) die Krise zum

Notfall. Das Hinzuziehen Professioneller ist somit ein Zeichen einer Eskalation, bei der die stützenden Maßnahmen im sozialen Umfeld nicht mehr greifen.

Merke

Obwohl seelische Not viele Ursachen kennt, mündet sie oft in ein gemeinsames Zustandsbild.

M!

1.3 Grundlagen der Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung muss sich den individuellen Erfordernissen einer krisen- und ggf. auch erkrankungsbedingten Beeinträchtigung der Kommunikation und des Erlebens anpassen. Die Bewusstseinslage kann qualitativ verändert, quantitativ vermindert, die Orientierung auf den unterschiedlichen Ebenen – zeitlich, örtlich, situativ, zur Person – gestört, Aufmerksamkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeit können vermindert, das formale und inhaltliche Denken gestört, die Betroffenen im paranoid-halluzinatorischen Erleben befangen, Affekt und Psychomotorik verändert und die Ablenkbarkeit erhöht sein.

Die Örtlichkeit der Krisenintervention wie Sprech-, Behandlungszimmer, Behandlungsflur einer Notaufnahmestation oder zu Hause ist entsprechend der ersichtlichen, vorbekannten oder zu erwartenden Beeinträchtigung auszuwählen und gezielt zur Förderung des Beziehungsaufbaus einzusetzen. Durch die Anordnung der Stühle und Ausrichtung der Blickrichtung kann eine Privatsphäre geschaffen, eine Fokussierung auf den Behandler vereinfacht und eine Reizabschirmung vorgenommen werden. Behandlungszimmer sind immer auf ihre Sicherheit hin zu überprüfen. Gibt es

eine Fluchtmöglichkeit, einen zweiten Fluchtweg, kann schnell Hilfe gerufen werden, befinden sich gefährliche Gegenstände im Raum oder in unmittelbarer Nähe des Betroffenen (Schere, Brieföffner, Glasflasche, Telefon, Stuhl, Infusionsständer usw.), die als Waffe verwendet werden können?

Ein ausreichendes Zeitmanagement sichert dem Behandler die innere Gelassenheit und trägt zur Beruhigung der Krisensituation bei. Seine primäre Aufgabe im Erstkontakt ist es, den Hilfesuchenden sicher über den Tag, durch die Nacht oder zur weiterführenden Therapie zu bringen. Es ist nicht Aufgabe im Erstkontakt, die Probleme eines ganzen fehlgelaufenen Lebens zu lösen. Das Vorgehen sollte somit lösungsorientiert auf den primären Ansatz hin sein.

Mit Sprache, Mimik und Gestik ist ein Setting zu schaffen, in dem sich der Betroffene mit seinen Sorgen angenommen, vorurteils- und angstfrei äußern kann. Die Grundhaltung des Behandlers ist anlehend an die Gesprächstherapie nach Rogers [68] von Empathie (einfühelndem Verständnis), positiver Wertschätzung (Akzeptanz, emotionaler Wärme) und Authentizität (Echtheit) geprägt, im weiteren Vorgehen aber deutlich direkter. Der Gesprächsverlauf wird zu Beginn von dem Betroffenen bestimmt, um einen unverfälschten diagnostischen Eindruck zu bekommen und eine erste Entlastung zu erreichen. In der Folge wird der Behandler aktiv intervenieren und den weiteren Ablauf steuern. Das Gespräch verfolgt einen diagnostischen, situationsklärenden und einen therapeutischen, problemlösenden Zweck. Je nach psychischem Befund kann im diagnostischen Ansatz über eine kurzzeitige, wenn möglich körpersprachlich unterlegte Intervention des Behandlers das Erregungs- und Aggressionspotenzial des Betroffenen ausgetestet werden. Diese sollte aber unmittelbar danach zurückgenom-

men werden, um den weiteren Beziehungsaufbau nicht zu gefährden und zur Eskalation der Situation beizutragen. Die eigene verbale und nonverbale Kommunikationsfähigkeit (Körpersprache) stellen das wichtigste Interventionsinstrument dar. Die gewählte Sprache sollte klar, einfach und verständlich sein sowie ausreichend Wiederholungen und Zusammenfassungen beinhalten. Die über die Körpersprache vermittelten Signale sollten mit der geäußerten Botschaft übereinstimmen und sie ggf. noch bekräftigen.

Ein Netzwerk mit zuverlässigen, erreichbaren, wertschätzenden und hilfsbereiten Personen ist der beste psychische Schutzfaktor. Falls solche Menschen im sozialen Umfeld des Betroffenen zu finden sind, sollte ihre Kompetenz durch frühzeitige Einbindung genutzt werden. Mitunter kann es hilfreich sein, wichtige Bezugspersonen bereits beim Erstgespräch dabei zu haben, vor allem, wenn sie zur Situationsklärung, Beruhigung und Entängstigung des Betroffenen beitragen. Zuvor sollte der Behandler sich jedoch vergewissern, ob die möglichen Gesprächspartner nicht direkt in die auslösende Situation involviert sind, um die Gefahr einer Kollusion zu vermeiden. Weiterhin ist eine ausreichende Motivation, Belastbarkeit und Kommunikationsfähigkeit der Gesprächspartner zu prüfen.

Merke



Das Setting hängt von den krisen- und krankheitsbedingten Erfordernissen ab.

1.4 Explorations- techniken und Schlüsselfragen

1.4.1 Holen Sie den Patienten dort ab, wo er ist

Die Betroffenen fühlen sich nur angenommen und verstanden, wenn sie ihre Sicht der Dinge und die damit verbundenen Beschwerden und Gefühle darstellen können. Eine zu direktive Gesprächsführung, die dem verständlichen Abfragen von wichtigen Symptomen dient, wird den Betroffenen nicht ernstnehmen, wertschätzen, sie wird ihn stattdessen irritieren, eventuell brüskieren und der therapeutischen Beziehungsarbeit schaden. Daher sollte die Gesprächsführung zunächst entlang der geschilderten Hauptbeschwerden erfolgen. Im weiteren Verlauf können für die Diagnosestellung wichtige Zielsymptome exploriert werden, wobei sich ein kontextabhängiges Vorgehen empfiehlt. Symptome, die aus dem Kontext heraus nicht erfragt oder erschlossen werden konnten, werden zum Schluss gezielt nachexploriert. Der Behandler sollte am Ende des Gesprächs einen diagnostischen Eindruck haben und in der Lage sein, zumindest ein Syndrom als weiterführende Arbeitshypothese, als Diagnose zu benennen. Der Intellekt des Betroffenen ist bei der Wortwahl und Ausdrucksweise zu berücksichtigen. Mit verschiedenen Techniken kann ein

besserer Beziehungsaufbau erreicht werden (s. Fördern von Rapport, Kap. 3.5.4).

1.4.2 Versuchen Sie, wirklich zu verstehen

Der Behandler gibt sich nicht mit einer einfachen, vordergründigen Erklärung zufrieden. Durch gezieltes Nachfragen versucht er, die äußeren und inneren Zusammenhänge wirklich zu verstehen. Dabei kann er sich als Vergleichsobjekt nehmen und die Vorgänge und Reaktionen des Betroffenen auf ihre Plausibilität hin prüfen.

1.4.3 Vom Gesunden (Physiologische) ins Krankhafte (Pathologische) explorieren

Nahezu alle psychiatrischen Störungen oder seelische Notzustände gehen mit Schlafstörungen einher. Schlafstörungen empfehlen sich somit als „trojanisches Pferd“, schwierige Psychopathologien wie halluzinatorisches oder wahnhaftes Erleben zu explorieren. Die Explorationsrichtung geht vom Gesunden ins Krankhafte, also z. B. von Schlafstörungen zu Träumen, weiter zu Tagträumen und darüber zu Halluzinationen. Der Behandler kann sich selbst als gesundes Vergleichsobjekt anbieten, was die Angstbesetzung vermindert und die Thematik für den Betroffenen enttabuisiert.

Fallbeispiel

Exploration

„Herr Mustermann, bei dem, was Ihnen in der letzten Zeit passiert ist, entwickeln die meisten Menschen Schlafstörungen. Wie ist es bei Ihnen? Mögen Sie mir Ihre Schlafstörungen näher beschreiben?“

B

Herr Mustermann beschreibt seinen gestörten Schlaf.

„Mh, mh, verstehe. Haben die belastenden Ereignisse auch in Ihren Träumen eine Rolle gespielt?“