

Andreas Bechdorf Verena Pützfeld  
Jörn Güttgemanns Sonja Groß

# Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

## Ein Behandlungsmanual

Mit Geleitworten von Prof. Patrick McGorry  
und Prof. Joachim Klosterkötter



HUBER



---

Bechdorf u. a.  
**Kognitive Verhaltenstherapie bei  
Personen mit erhöhtem Psychoserisiko**

Aus dem Programm Verlag Hans Huber  
**Psychologie Praxis**

*Wissenschaftlicher Beirat*

Prof. Dr. Dieter Frey, München

Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich (CH)

Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen

Prof. Dr. Meinrad Perrez, Freiburg (CH)

Prof. Dr. Hans Spada, Freiburg i.Br.

**HUBER**



---

**Im Verlag Hans Huber sind weiterhin erschienen – eine Auswahl:**

Sven Barnow/Harald J. Freyberger/Wolfgang Fischer/Michael Linden (Hrsg.)  
**Von Angst bis Zwang**  
Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung  
(ISBN 978-3-456-84495-4)

Max Birchwood/Chris Jackson  
**Schizophrenie**  
Eine Einführung  
(ISBN 978-3-456-84078-9)

Barbara Klug Redman  
**Selbstmanagement chronisch Kranker**  
Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen  
(ISBN 978-3-456-84503-6)

Kenneth Sharoff  
**Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten**  
Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten  
(ISBN 978-3-456-84411-4)

Kenneth Sharoff  
**Manual Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten**  
(ISBN 978-3-456-84410-7)

Franz Moggi (Hrsg.)  
**Doppeldiagnosen**  
Komorbidität psychischer Störungen und Sucht  
(ISBN 978-3-456-84365-0)

Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter:  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

---

Andreas Bechdorf / Verena Pützfeld  
Jörn Güttgemanns / Sonja Groß

# Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

Ein Behandlungsmanual

Mit Geleitworten von Prof. Patrick McGorry  
und Prof. Joachim Klosterkötter

Verlag Hans Huber

---

Die Erstellung dieser Publikation wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG – KL 970/7-1) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (01 GI 99935) unterstützt.

*Adressen der Autoren:*

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Bechdorf, M. Sc.  
Leitender Oberarzt  
Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kerpener Str. 62, D-50937 Köln

Dipl.-Psych. Verena Pützfeld  
Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kerpener Str. 62, D-50937 Köln

Dipl.-Psych. Jörn Güttgemanns  
Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kerpener Str. 62, D-50937 Köln

Dipl.-Psych. Sonja Groß  
Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kerpener Str. 62, D-50937 Köln

Lektorat: Monika Eginger  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlag: Claude Borer, Basel  
Satz: sos-buch, Lanzarote  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

*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.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0) 31 300 4500  
Fax: 0041 (0) 31 300 4593  
<http://www.verlag-hanshuber.com>

1. Auflage 2010  
© 2010 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
ISBN 978-3-456-84853-2

© 2010 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.  
Aus: Bechdorf/Pützfeld/Güttgemanns/Groß, Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko, 1. Auflage.

# Inhaltsverzeichnis

Geleitwort von Patrick McGorry .....	10
Geleitwort von Joachim Klosterkötter .....	12
<b>1. Zur gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Bedeutung der Prävention psychischer Störungen .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Einführung in die aktuelle Schizophreniekonzeption .....</b>	<b>17</b>
2.1    Symptome und Diagnosestellung .....	17
2.2    Ätiologie .....	21
2.3    Häufigkeit, Verlauf und sozialmedizinische Bedeutung .....	26
<b>3. Prävention schizophrener Störungen: Methodische Überlegungen ..</b>	<b>29</b>
3.1    Modell zum Frühverlauf der schizophrenen Störung .....	29
3.2    Klassifikation präventiver Interventionen .....	31
3.3    Klassifikation präventiver Interventionen nach Mrazek und Haggerty (1994) und ihre Bedeutung für die Schizophrenie	32
3.3.1    Universale Prävention .....	32
3.3.2    Selektive Prävention .....	33
3.3.3    Indizierte Prävention .....	34
3.4    Determinanten des Nutzens und des Risikos der indizierten Prävention bei schizophrenen Störungen .....	34
<b>4. Aktueller Kenntnisstand zur indizierten Prävention schizophrener Störungen .....</b>	<b>39</b>
4.1    Risikokriterien für erste psychotische Episoden .....	39
4.1.1    Historische Entwicklungslinien .....	39
4.1.2    Prospektiv evaluierte Risikokriterien .....	40
4.1.2.1    «Ultra high Risk»-Kriterien .....	40
4.1.2.1.1    Transiente psychotische Symptome (Brief Limited Inter- mittent Psychotic Symptoms, BLIPS) .....	42
4.1.2.1.2    Attenuierte psychotische Symptome (APS) .....	42
4.1.2.1.3    State-Trait-Kriterien .....	42
4.1.2.1.4    Instrumente zur Erfassung von UHR-Kriterien .....	43
4.1.2.2    Basissymptomkriterien .....	43

4.1.2.2.1	Psychoseprädiaktive Basissymptome .....	45
4.1.2.2.2	Instrumente zur Erhebung von Basissymptomen .....	47
4.1.2.2.3	Psychosefernes (EIPS) und psychosenahes (LIPS) Risiko- stadium .....	47
4.2	Charakteristika von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko	49
4.3	Aktueller Kenntnisstand zu Interventionen bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko .....	51
<b>5.</b>	<b>Vorbemerkungen zum vorliegenden Manual .....</b>	<b>57</b>
5.1	Definition der Risikokriterien .....	57
5.2	Ausschlusskriterien .....	59
5.3	Kognitives Verständnis von Wahn und Halluzinationen ...	60
5.4	Kognitives Modell des erhöhten Psychoserisikos .....	61
5.5	Überblick über die Therapie und Formales .....	63
<b>6.</b>	<b>Therapeutische Grundhaltung/Beziehungsgestaltung .....</b>	<b>65</b>
6.1	Therapeutische Grundhaltung .....	65
6.1.1	Basiskompetenzen .....	65
6.1.2	Therapeutischer Optimismus .....	65
6.1.3	Empowerment-Haltung .....	66
6.1.4	Würdigung .....	66
6.1.5	Autonomie .....	66
6.1.6	Humor .....	66
6.1.7	Selbstöffnung des Therapeuten .....	67
6.2	Besonderheiten der Behandlung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko .....	68
6.2.1	Ressourcenorientierung .....	68
6.2.2	Geringes Alter .....	68
6.2.3	Geringe Belastungsfähigkeit .....	69
6.2.4	Therapieziele .....	69
6.3	Verhaltenstherapeutische Basisstrategien .....	69
6.3.1	Transparenz, Strukturiertheit, Problemorientierung .....	69
6.3.2	Kooperation .....	70
6.3.3	Zusammenfassungen .....	70
6.4	Allgemeine didaktische Elemente .....	70
6.4.1	Vermeidung von Fachbegriffen .....	70
6.4.2	Strukturierung .....	71
6.4.3	Wiederholungen .....	71
6.4.4	Schriftliches Material .....	71
6.5	Spezifische therapeutische Techniken .....	72
6.5.1	Positive Verstärkung .....	72
6.5.2	Aktives Zuhören .....	72

6.5.3	Verwendung offener Fragen .....	72
6.5.4	Rollenspiele .....	72
6.5.5	Hausaufgaben .....	73
<b>7.</b>	<b>Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Symptome und der Behandlung .....</b>	<b>75</b>
7.1	Normalisieren als grundlegende therapeutische Haltung ..	75
7.2	Erarbeitung eines gemeinsamen Erklärungsmodells .....	78
7.2.1	Krankheitsverständnis und subjektive Krankheitstheorie des Patienten .....	78
7.2.2	Einführung der Konzepte «Früh- bzw. Risikosymptome» und «erhöhtes Risiko für eine psychotische Krise» .....	78
7.2.2.1	Einführung des Begriffs «psychotische Krise» .....	79
7.2.2.2	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (VSB-Modell)	80
7.2.2.3	Kognitives Erklärungsmodell .....	83
7.2.3	Erläuterung der Grundsätze der Kognitiven Verhaltenstherapie .....	84
7.3	Erarbeitung eines Therapieplans mit dem Patienten .....	85
7.4	Erstellung einer Fallkonzeption .....	85
<b>8.</b>	<b>Symptommanagement .....</b>	<b>87</b>
8.1	Bearbeitung von Halluzinationen und ungewöhnlichen Wahrnehmungserlebnissen .....	87
8.1.1	Tagebuch und Identifikation auslösender Situationen .....	87
8.1.2	Verbesserung der Bewältigung von Halluzinationen und ungewöhnlichen Wahrnehmungserlebnissen .....	88
8.1.3	Kognitive Techniken .....	90
8.1.3.1	Entkräften der Stimmen .....	91
8.1.3.2	Neubewertung der Reizquelle .....	93
8.1.3.3	Kognitive Bearbeitung nicht-psychotischer Überzeugungen, die die Halluzinationen und ungewöhnlichen Wahrnehmungserlebnisse beeinflussen .....	94
8.2	Bearbeitung (attenuierter) wahnhafter Überzeugungen ...	96
8.2.1	Gesprächsverhalten .....	97
8.2.2	Kontextanalyse und biografische Perspektive .....	98
8.2.3	Analyse der aufrechterhaltenden Bedingungen .....	98
8.2.4	Spezifizieren der (attenuierten) wahnhaften Überzeugungen	99
8.2.5	Bearbeitung selektiver Wahrnehmung .....	100
8.2.6	Bearbeitung von verzerrten Schlussfolgerungen/ Sokratischer Dialog .....	101
8.2.7	Generieren alternativer Erklärungen .....	103
8.2.8	Beweise sammeln .....	106



8.2.9	Kognitive Bearbeitung nicht-psychotischer Überzeugungen, die die (attenuierten) wahnhaften Überzeugungen beeinflussen . . . . .	107
8.2.10	Inhaltsabhängige Besonderheiten bei verschiedenen (attenuierten) wahnhaften Überzeugungen . . . . .	109
8.2.11	Realitätstestende Hausaufgaben . . . . .	111
8.2.12	Bearbeitung von Sicherheitsverhalten . . . . .	115
8.2.12.1	Erfassung von Sicherheitsverhalten . . . . .	115
8.2.12.2	Experimente mit Sicherheitsverhalten . . . . .	115
8.2.12.3	Selektive Wahrnehmung als Sicherheitsverhalten . . . . .	117
8.2.12.4	Aktivitätenpläne zur Bearbeitung von Vermeidungsverhalten . . . . .	118
8.3	Bearbeiten von Basissymptomen . . . . .	119
8.3.1	Bewältigungsstrategien für bestehende Symptome . . . . .	119
8.3.1.1	Symptombereich Sprache, Denken und Gedächtnis . . . . .	120
8.3.1.2	Übermäßige Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit durch irrelevante Wahrnehmungsdetails oder Eigenbeziehungstendenzen . . . . .	129
8.3.2	Bewältigungsstrategien für belastende Situationen . . . . .	131
8.4	Depressive Symptome . . . . .	138
8.4.1	Aufbau positiver Aktivitäten . . . . .	138
8.4.2	Bearbeitung von Kognitionen . . . . .	141
8.4.2.1	Automatische Gedanken . . . . .	141
8.4.2.2	Grundannahmen . . . . .	142
8.4.3	Verbesserung sozialer Fertigkeiten . . . . .	143
8.5	Soziale Isolierung . . . . .	145
8.5.1	Generieren und Überprüfen alternativer Interpretationen . . . . .	145
8.5.2	Aufbau von Aktivitäten . . . . .	146
8.5.3	Soziales Kompetenztraining . . . . .	148
<b>9.</b>	<b>Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen . . . . .</b>	<b>151</b>
9.1	Indikation . . . . .	151
9.2	Definitionen . . . . .	152
9.3	Identifikation von dysfunktionalen Kognitionen . . . . .	153
9.3.1	Anamnese und Einfluss primärer Bezugspersonen . . . . .	153
9.3.2	Brief Core Schema Scales (Fowler et al., 2006) . . . . .	154
9.3.3	Downward Arrow Technique (Pfeil-Abwärts-Technik) . . . . .	154
9.4	Therapeutische Beziehung . . . . .	155
9.4.1	Komplementäre Beziehungsgestaltung . . . . .	155
9.4.2	Die Übertragungsreaktion in der kognitiven Therapie . . . . .	156
9.5	Behandlungsansätze . . . . .	156
9.5.1	Der kognitive Zugang . . . . .	156
9.5.1.1	Bearbeitung automatischer Gedanken . . . . .	157

9.5.1.2	Bearbeitung von Grundannahmen .....	158
9.5.1.3	Bearbeitung von Schemata .....	161
9.5.2	Der behaviorale Zugang: Funktionaleres Verhalten .....	162
9.5.3	Bearbeitung von Metakognitionen über Risikosymptome .	163
9.5.3.1	Positive Überzeugungen .....	163
9.5.3.2	Negative Überzeugungen .....	164
<b>10.</b>	<b>Stabil bleiben .....</b>	<b>167</b>
10.1	Therapiemappe .....	168
10.2	Krisenmanagement .....	168
10.2.1	Erarbeitung von Frühwarnsymptomen .....	169
10.2.2	Was kann der Patient selbst tun? .....	170
10.2.3	Was kann der Therapeut tun? .....	171
10.2.4	Was können die Angehörigen tun? .....	172
10.3	Krisenplan .....	173
	<b>Verzeichnis der Arbeitsblätter und Arbeitsblätter 1 bis 51 .....</b>	<b>175</b>
	<b>Anhang:</b>	
	<b>Adressen von Früherkennungszentren im deutschsprachigen Raum ..</b>	<b>245</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>249</b>
	<b>Sachregister .....</b>	<b>261</b>

## Geleitwort von Patrick McGorry

Bei den meisten Menschen, die eine psychotische Störung (wie z.B. eine Schizophrenie) entwickeln, entwickelt sich die Störung über einen längeren Zeitraum hinweg und umfasst anfangs noch recht subtile Veränderungen auf den Ebenen der Wahrnehmung, der Kognition, der Gefühle und des Verhaltens. Nichtsdestotrotz stellen schon diese subtilen Veränderungen für die Betroffenen in der Regel eine Belastung dar, beeinträchtigen ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und stören sie in der Erfüllung ihrer Alltagspflichten. Dies gilt umso mehr, als sich die Veränderungen bei vielen Betroffenen in der entwicklungspsychologisch bedeutsamen Phase der Adoleszenz bzw. des jungen Erwachsenenalters vollziehen, in der anspruchsvolle Entwicklungsaufgaben wie die Ausbildung eines stabilen, positiven Selbstwertgefühls zu meistern sind.

Personen, die das oben beschriebene, aus klinischer Sicht noch undifferenzierte Bild zeigen, werden aktuell häufig als «Personen mit erhöhtem Psychoserisiko» bezeichnet, um auszudrücken, dass eine Veränderung in ihrem seelischen Zustand stattgefunden hat und dass sie damit ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung ernsterer Beschwerden aufweisen. Obwohl das «erhöhte Psychoserisiko» also noch unter der diagnostischen Schwelle einer psychotischen Störung liegt, fühlen die Betroffenen sich typischerweise belastet und erleben mehr oder weniger deutliche Beeinträchtigungen ihres Funktionsniveaus. Zudem erfüllen die meisten Betroffenen in dieser Zeit die Kriterien einer anderen psychischen Störung, etwa einer Depression, einer Angststörung oder einer durch psychotrope Substanzen verursachten Störung. Entsprechend suchen sie selbst oder ihre Familien nicht selten nach professioneller Unterstützung.

Um diesem Wunsch nachzukommen, bewegen wir als Behandler uns auf sicherem Terrain, wenn wir bedarfsgerechte Interventionen anbieten, die sich z. B. auf die Depression, die Ängste, einen möglichen Substanzkonsum oder bestehende zwischenmenschliche Konflikte beziehen. Bis vor kurzem gab es hingegen keine evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten, die der Tatsache gerecht geworden wären, dass ohne spezifischere Behandlungsangebote 20 % bis 30 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres und sogar bis zu 60 % bei Anlegung einer längeren Zeitperspektive das Vollbild einer psychotischen Episode entwickeln. Erst einige Arbeiten aus der jüngsten Zeit, die unter anderem von den Autoren dieses

Manuals und ihren Kollegen durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie das Risiko eines frühen Übergangs in die Psychose wirksam verringern und damit zumindest den Zeitpunkt des Ausbruchs einer psychotischen Episode deutlich verzögern kann. Dabei liegt ein wesentlicher Vorteil im Vergleich zur antipsychotischen Pharmakotherapie, die in dieser Hinsicht ebenfalls wirksam ist, in der besseren Verträglichkeit und Akzeptanz, die psychotherapeutische Interventionen zumindest bei einem Großteil der Patienten als initiale Behandlungsform aufweisen.

Die Autoren des vorliegenden Manuals sind Vorreiter in der Entwicklung und Anwendung psychologischer Behandlungsansätze für Patienten in den frühesten Phasen einer psychotischen Erkrankung. Sie verfügen über eine breite klinische Erfahrungsbasis und haben in diesem Buch eine Vielzahl innovativer Techniken versammelt. Es handelt sich um die erste deutschsprachige Veröffentlichung dieser Art. Ich hoffe, dass das Buch viele Behandler dazu ermuntert, sich bereits in frühen Phasen einer möglichen psychotischen Entwicklung kognitiver Therapiestrategien zu bedienen. Für einen nicht geringen Anteil der Patienten dürften diese Behandlungsansätze nicht nur notwendig, sondern sogar auch hinreichend sein.

*Patrick McGorry*

Professor of Youth Mental Health, University of Melbourne, Australien;  
Direktor ORYGEN Youth Health; ehemaliger Präsident International Early  
Psychosis Association (IEPA)

## Geleitwort von Joachim Klosterkötter

Das medizinische Institut in Washington hat Mitte der 1990er Jahre im Auftrag des Kongresses der Vereinigten Staaten erstmals damit begonnen, systematische Empfehlungen für die Prävention psychischer Erkrankungen auszuarbeiten. Damals war bereits abzusehen, was uns die Weltgesundheitsorganisation zehn Jahre später in ihren diesbezüglichen Berichten mit bedrückender Klarheit vor Augen führte. Psychische Störungen sind inzwischen zu einer der größten gesundheitlichen Belastungen der Weltgesellschaft angewachsen und werden nach heutiger Schätzung, wenn keine wirksame Gegensteuerung gelingt, bereits 2020 an der Spitze der Erkrankungen stehen, die das Leben durch Behinderung erschweren und zur gesellschaftlichen Desintegration führen.

Präventionsmaßnahmen zur Absenkung der Neuerkrankungsrate an psychischen Störungen können, wie auch sonst in der Körpermedizin, entweder universal in der Bevölkerung insgesamt oder selektiv nur ausgewählten Gesunden mit Risikofaktoren oder auch indiziert Personen mit schon behandlungsbedürftigen Risikosymptomen angeboten werden. Dieser letztgenannte, damals in Deutschland noch gar nicht eingeführte Ansatz der indizierten Prävention war es, der für die Verhinderung psychischer Erkrankungen mit ihren oft langen, bis in das Jugendalter zurückreichenden Prodromalstadien besonders aussichtsreich schien. Während die genetischen und umweltbedingten Risikofaktoren noch keine für Präventionsmaßnahmen hinlänglich sichere Vorhersage der späteren Erkrankung zuließen, zeichnete sich für Risikosymptome wie die «milde kognitive Störung» im Vorfeld der Alzheimer Demenz oder bestimmte initiale Prodrome im Frühverlauf der psychotischen Störungen durchaus schon eine nutzbare Prädiktionskraft ab. Folgerichtig hat man insbesondere in der Psychosenforschung die Programmatik der indizierten Prävention geradezu enthusiastisch aufgegriffen und Früherkennungszentren für die Entwicklung und Überprüfung geeigneter Präventionsstrategien gegründet. Das erste dieser Zentren, die Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE-)Klinik, entstand 1994 in Australien an der Universität Melbourne und das zweite, das «Früh-Erkennungs- und Therapie-Zentrum für psychische Krisen (FETZ)», 1997 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln. Die Initiatoren in Melbourne gingen damals von der angloamerikanisch geprägten Risiko- und Erstepisodenforschung aus, nahmen aber auch die lange Tradition der Erforschung des Früh-

verlaufs und des initialen Prodromalstadiums in der deutschen Psychiatrie mit auf. Umgekehrt standen die Initiatoren in Köln in der Tradition der deutschen Basisstörungsforschung und führten deren psychopathologische und neurobiologische Ergebnisse mit den angloamerikanischen Bemühungen um «Early Detection and Intervention of Schizophrenia» zusammen. Diese durch wechselseitige Aneignung und Befruchtung gekennzeichnete Entwicklungsgeschichte der Gründerjahre hat in der Folge auch die Konzeption des Projektverbunds «Früherkennung und Frühintervention» innerhalb des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie geprägt.

Die von der Melbourner Arbeitsgruppe als Hochrisikokriterien etablierten abgeschwächten und flüchtigen psychotischen Symptome definieren ein Entwicklungsstadium, das bereits als psychosenah anzusehen ist und dementsprechend pharmakologische Präventionsmaßnahmen mit modernen schonenden Antipsychotika in Niedrigdosierung rechtfertigen kann. Demgegenüber kennzeichnen die kognitiv-perzeptiven Störungen, die zu den von Gerd Huber beschriebenen Basissymptomen gehören und ebenfalls eine exzellente Vorhersagekraft für spätere psychotische Störungen besitzen, offenbar ein psychoseferneres Entwicklungsstadium, in dem eher psychologische Präventionsmaßnahmen angemessen sind. Diese Unterscheidung zwischen psychosenahen Hochrisiko- und psychosefernen Risikokriterien und die hieraus abgeleitete differenzielle Indikationsstellung für pharmakologische und psychologische Frühinterventionen wurde über die Kompetenznetzstudien erstmals in die internationale Präventionsforschung eingebracht. Sie schloss die australische und angloamerikanische mit der deutschen Kriterienentwicklung zu einem klinisch sowie grundlagenwissenschaftlich brauchbaren Stadienmodell zusammen und bot auch den Ausgangspunkt für die Erarbeitung des Behandlungsmanuals, das Andreas Bechdolf und seine Arbeitsgruppe nunmehr in Buchform vorlegen.

Die präsentierte kognitive Verhaltenstherapie wurde zunächst für das psychoseferne Risikostadium entwickelt und an Rat- und Hilfesuchenden in deutschen Früherkennungszentren erprobt, die noch keine abgeschwächten oder flüchtigen psychotischen Symptome boten. Dabei ließ sich erstmals in kontrollierter Weise zeigen, dass solche genau auf die Problemlagen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen zugeschnittenen und dementsprechend von ihnen auch gerne in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen tatsächlich drohende psychosoziale Behinderungen und Übergänge zunächst in das psychosenah Risikostadium und dann in die volle psychotische Ersterkrankung verhindern können. Dieser Nachweis von Präventionsmöglichkeiten schon im Frühstadium kam einem wirklichen Durchbruch gleich, weil er früher noch niemals erbracht worden war und auch niemand einer störungsspezifischen Psychotherapie solche Effekte zugetraut hätte. Inzwischen wurde der Behandlungsansatz noch

weiter ausgeformt und durch Programmbestandteile erweitert, die sich auch auf die abgeschwächten und flüchtigen psychotischen Symptome des psychosenahen Hochrisikostadiums beziehen. Diese breitere Ausrichtung entspricht der Entwicklung der Psychosepräventionsforschung, in der sich die meisten groß angelegten Projekte wie die gerade abgeschlossene, im 5. Rahmenprogramm der Europäischen Kommission geförderte «European Prediction of Psychosis Study» (EPOS-Studie) oder die laufende siebenzentrische Parallelgruppenstudie «PREVENT» im Sonderprogramm «Klinische Studien» der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) heute auf beide Risikostadien gemeinsam beziehen. Zugleich trägt das Behandlungsmanual damit natürlich auch der praktischen Arbeit in den vielen inzwischen weltweit entstandenen und eng miteinander kooperierenden Früherkennungszentren Rechnung. Ein hierfür geeignetes psychologisches Interventionsprogramm sollte nämlich nach Möglichkeit flexibel alle Entwicklungsstadien des Frühverlaufs abdecken können, von der frühen Prodromal- bis zur ersten vollen psychotischen Symptomatik hin.

Wer das Buch zur Hand nimmt, wird darin nicht nur eine gelungene Einführung in die Präventionsprogrammatisierung und die erstmalige Präsentation eines für die praktische Arbeit gut geeigneten Behandlungsmanuals für die neu entwickelte kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko finden. Vielmehr wird sich ihm auch etwas von der Faszination und Begeisterung mitteilen, die diese Forschungsrichtung von Anfang an beflügelt hat und sie nach wie vor vorantreibt. In diesem Sinne wünsche ich dem Buch viele Leserinnen und Leser, die sich sein Anliegen zu Eigen machen und das Behandlungsprogramm im eigenen Betätigungsfeld zur Anwendung bringen.

Köln, im März 2010

*Prof. Dr. Joachim Klosterkötter*

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln