

# Zur Bedeutung der Psychotherapie von Menschen mit Psychosen

Von Dorothea von Haebler

Die Psychotherapie von Psychosen wird in Leitlinien und der offiziellen Literatur als unabdingbares Element der psychiatrischen Versorgung von Psychosekranken angesehen. Die Versorgungsrealität zeigt hingegen die erschreckende Tatsache, dass die am schwersten Erkrankten die geringste psychotherapeutische Hilfe erhalten. Die Autorin zeigt die Gründe für dieses Missverhältnis auf, diskutiert Lösungsvorschläge, um die Behandlung der Psychosekranken zu verbessern und skizziert exemplarisch den Behandlungsansatz einer modifizierten psychodynamischen Psychosentherapie.



**Dorothea von Haebler**  
Dr., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité, Studiengangsleiterin an der International Psychoanalytic University (IPU).  
Foto: Anke Hinrichs

Die Bedeutung von Psychotherapie von Menschen mit Psychosen gibt es nicht. Es gibt viele verschiedene Bedeutungen und diese sind sehr unterschiedlich für jeden einzelnen Psychiater, Psychotherapeuten, betroffenen Menschen selbst, für die Gesellschaft - für das Gesundheitssystem.

Die Psychose ist entsprechend unseren deskriptiven Klassifikationssystemen keine Krankheit. Psychose kann als Phänomen verstanden werden, und dafür gibt es viele verschiedene Zugänge, die nicht nur aus dem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis kommen. Der Begriff der Psychose definierte sich neben dem inzwischen aus den gültigen psychiatrischen Klassifikationssystemen in seinem ursprünglichen Sinne eliminierten Begriff der Neurose als eine Entität, deren Kernsymptom der Wahn ist. Die Krankheiten, die mit Wahn vor allem in Verbindung gebracht werden sind die Schizophrenien und die bipolaren Erkrankungen mit Manie und Depression.

Menschen mit psychotischer Erkrankung kommen häufig mit dem Gesundheitssystem in Berührung und viel zu selten kommt es zu einer tragenden therapeutischen Beziehung. Dies kann aus der spezifischen Problematik der

Krankheit heraus erklärt werden, welche eine anders strukturierte Versorgung verlangt. Die bestehenden Versorgungsstrukturen sehen für diese Patientengruppe (noch) zu wenig spezifische Angebote vor. Die Verbesserung der Versorgung chronisch psychisch Kranker war das oberste Ziel der Psychiatrie-Enquête von 1975. Bilanziert man heute, wer von den vielfältigen Reformen, die in den Folgejahren in der ambulanten Versorgung erreicht wurden, am wenigsten profitiert hat, ist die Antwort eindeutig: Es sind die chronisch Kranken. Sie sind bis heute die Verlierer geblieben (Melchinger H, 2012).

Es gibt die Kritik, dass psychotisch erkrankte Menschen nur selten die bestmögliche Behandlung bekommen. Und der Alltag gibt dieser Kritik Recht. Psychotische Erkrankungen werden immer noch überwiegend medikamentös behandelt. Und wenn engagierte Behandler und Begleiter einen Psychotherapieplatz für Menschen mit Psychosen suchen, erfahren diese, dass dies äußerst schwer bis unmöglich ist.

Dass diese Patientengruppe sich unter diesen Umständen selbst auf die Suche nach einem Therapeuten macht, kommt nur bei wenigen diesbezüglich

sehr kompetenten Patienten vor. Die „Komm-Struktur“ der Psychiatrie ist für Menschen, die große Schwierigkeiten haben, in Beziehung zu gehen, kein Angebot, sondern häufig eine Zumutung. Die Beziehungsaufnahme ist mit überflutenden Ängsten verbunden geht es dabei doch um die Notwendigkeit der Abgrenzung im Kontakt, da sonst eine Ich-Auflösung, eine Fusion mit dem Gegenüber droht. Die Fragmentierung ist ein Zustand, welcher vor einer solchen Fusion schützen kann—denn Fragmente sind dann als stabile Elemente zu verstehen, die nicht so leicht zerstörbar sind. Diese Fragmentierung erschwert eine Beziehungsaufnahme nach den üblichen Schemata. Der Eigensinn oder Wahn, den Menschen mit Psychose entwickeln können, schützt sie in dem dadurch wiederum eine Kohärenz geschaffen wird. Dieser Wahn oder Eigensinn kann also sogar eine Brücke für eine Beziehungsaufnahme des Helfersystems sein. Die Fragmente können es Therapeuten oder Begleitern ermöglichen, eine Vervollständigung dieser Fragmente anzubieten. Auf diese Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme wird in diesem Artikel weiter eingegangen.

## Epidemiologie

Die Epidemiologie der psychotischen Erkrankungen ist eindrücklich stabil:

An Erkrankungen aus dem schizo- phrenen Formenkreis leiden aktuell in Deutschland 800 000 Menschen, berichtet die Bundespsychotherapeu- tenkammer auf ihrer Homepage, jedes Jahr erkrankten 8 000 Menschen neu. Die psychotischen Störungen (nach DS- MIV) haben eine Jahresprävalenz von 2,6% (Wittchen und Jacobi 2005). Psy- chotische Erkrankungen werden auch als besonders schwer bezeichnet, im englischen als „severe mental illness“.

Die Schwere psychotischer Erkrankun- gen zeigt sich unter anderem anhand der Behandlungshäufigkeit: über 72% der psychotisch Erkrankten in einem Jahr erhalten „irgendeine Intervention“. Im Vergleich dazu sind es im Schnitt nur 36,4% aller diagnostizierten psy- chiatriisch Erkrankten eines Jahres, die „irgendeine Intervention“ bekommen, wobei damit Kontakte zu allen psycho- sozialen Einrichtungen inklusive Haus- arztpraxen gemeint sind, gezählt wurde ungeachtet von Häufigkeit, Dauer sowie Art der Intervention (Wittchen und Jacobi 2005). Weniger als 10 % erhalten mehr als drei Interventionen/ Kontakte.

Was bedeutet das für die Psychotherapie von Men- schen mit psychotischen Erkrankungen? Auf jeden Fall stellt sich eine Hilfe- bedürftigkeit in den dop- pelt so häufigen Behandlungen im Ver- gleich zum Durchschnitt deutlich dar. Zusätzlich zeigen die genannten Zah- len ebenso deutlich eine nicht ausrei- chende Betreuung, denn es dürfte klar sein, dass ein einzelner Kontakt im Jahr keine angemessene Behandlung beinhalten kann und ganz sicher keine Psychotherapie.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland im Wesentlichen über die Richtlinienpsychotherapie. Hier sind im Rahmen eines TK-Modell- vorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Erstdiag- nosen von Psychotherapieanträgen einer Untersuchungsgruppe (N = 906) er- fasst worden. Während affektive (ICD 10: F3) und neurotisch somatoforme Störungen (ICD 10: F4) zusammen über 90% der Diagnosen ausmachen, sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit unter einem Prozent aufgeführt (Wittmann et al 2011).

Nun ist es gut möglich, dass bei den aktuellen Psychotherapierichtlinien, die in Bezug auf den aktuellen For- schungsstand veraltet sind (s.u.), Men- schen mit Psychosen wegen einer de- pressiven Erkrankung (die aber eigent- lich die Folge einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist) in psychotherapeutische Behandlung kommen, und somit statistisch bei den affektiven Störungen mitgezählt wur- den. Dies wird als alleiniger Grund so eine erschreckende Statistik noch nicht erklären. In Anbetracht der Häufigkeit von psychotischen Erkrankungen zu- sammen mit dem o.a. Hilfebedarf las- sen sich diese Zahlen nur so interpre- tieren, dass hier das psychotherapeu- tische System mit seinen Richtlinien mit dem Hilfebedarf von Menschen mit Psychosen nicht übereinstimmen.

### Psychotherapeutische Behand- lung – Leitlinien

Die Psychotherapie hat bei der Be- handlung psychotischer Erkrankungen einen erheblichen Stellenwert. Es ist eine von allen Seiten akzeptierte und effektive Behandlungsmethode, die in Behandlungsplänen vorkommt. Zudem ist sie leitliniengestützt.

**Es ist state of the art, psychotische Erkrankun- gen psychotherapeutisch zu behandeln.**

Psychotherapeutische Behandlung für Men- schen mit Psychosen ist Wunsch des behan- delnden Teams, häufig der Angehörigen und der Betroffenen selbst (Albani et al 2012) –kurz: es ist state of the art, psychotische Er- krankungen psychotherapeutisch zu behandeln. Die S3 Leitlinien für bipolare Erkrankungen beschreiben Psychotherapie ohne Verfahrensfestset- zung als notwendigen Bestandteil der Behandlung. Die S3 Leitlinien für Schi- zophrenie werden zur Zeit überarbeitet, in anderen auch international gültigen Leitlinien (Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute für Health and Clinical Excellence (NICE), die Leitlinie mit der international besten Akzeptanz) gibt es eine eindeutige Empfehlung für den regelhaften Einsatz von Psychotherapie bei Psychosen. Die NICE Leitlinien empfehlen kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und Famili- eninterventionen für alle Schizophre- niepatienten in der Routineversorgung . Familieninterventionen sollten bereits beim stationären Aufenthalt beginnen. Die unterschiedlichen Verfahren im

einzelnen betrachtet scheint aber auch die NICE-Leitlinie mit der Diskussion noch nicht am Ende zu sein: die Leit- linie empfiehlt 16 Einzelsitzungen, eine Stundenzahl, deren Nutzen unter anderem von den Verhaltenstherapeu- ten selbst infrage gestellt wird, da der langfristige Nutzen nicht nachgewiesen ist. Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie wird genannt – als Hilfe für den Therapeuten, Patienten mit Psychosen besser zu verstehen.

### Warum wird die Bedeutung der Psychosenpsychotherapie mit fehlender Umsetzung beantwortet?

Es sind nicht die fehlenden Therapie- möglichkeiten, denn effiziente Therapi- möglichkeiten gibt es (u.a. Leichsen- ring et al 2005, Pharoah et al 2006, Wykes et al 2008). Die Studien zur ko- gnitiven Verhaltenstherapie (Wykes et al) und zur Familientherapie (Pharoah et al) sind evidenzbasiert. Die Studien- lage zur psychodynamischen Psycho- therapie von Psychosen ist im wesent- lichen empirisch (Leichsenring et al 2005) und hat somit keinen Eingang in die Leitlinien gefunden, zeichnet sich aber dadurch aus, dass dieses Verfah- ren sowohl stationär wie ambulant häufig mit Erfolg angewendet wird und auch eine lebhaft Tradition hat (Be- nedetti, Mentzos, Alanen um einige zentrale Autoren zu nennen). Die feh- lende Evidenz in der Studienlage hat bei den psychodynamischen Verfahren sicherlich auch damit zu tun, dass (wie in den anderen Therapieverfahren auch) eine Modifikation der klassischen Therapieverfahren erfolgen muss, um Menschen mit schizophrenen und bipo- laren Psychosen zu behandeln. Ein be- forschares Manual ist bislang in der psychodynamischen Psychosentherapie nicht zur Anwendung gekommen. Hierzu gibt es jedoch inzwischen Vor- arbeiten (Lempa und von Haebler, 2012).

Die Strukturen des Gesundheitswesens ermöglichen keine selbstverständlichere Behandlung, wie sie z.B. bei Depressi- onen üblich ist. Die chronisch Kranken sind bis heute die Verlierer geblieben. Dies ist schon länger bekannt, und so gibt es immer neue Änderungen der Versorgungsformen und der Gesetzes- lage, um solche Missstände aufzulösen: Integrierte Versorgung (IV), Medizini-

sche Versorgungszentren (MVZ), Home Treatment, Assertive Community Treatment (ACT) und vieles mehr, Soziotherapie und psychiatrische Pflege. Alle diese Angebote vermögen es (noch) nicht, die schlechtere Behandlung von Menschen mit Psychosen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen aufzulösen. Oft genug wird Psychotherapie als Bestandteil der Behandlungspläne der IV, der stationären Versorgung und anderer Einrichtungen benannt, am Ende jedoch nicht durchgeführt. Hierfür werden personelle und finanzielle Gründe angeführt, was bei neueren Konzepten wie der IV nicht akzeptabel erscheint, sondern eher wie eine Mogelpackung.

### Warum dominiert im Alltag die Pharmakotherapie?

In den psychiatrischen Praxen ist nicht ausreichend Raum für die Formen der evidenzbasierten Psychotherapien. Die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung widersprechen an dieser Stelle: wie es sonst zu werten sei, was sie tun, wenn sie Menschen mit Psychose über Jahre hinweg begleiten und therapieren. Das Medikament könnten die Patienten überall bekommen, wenn der Behandler dieses aber nach Jahren noch verschreibt, so ist meist eine Beziehung entstanden, deren Entstehen als psychotherapeutischer Erfolg verstanden werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine Haltung und eine Professionalität des häufig psychotherapeutisch ausgebildeten behandelnden Arztes, der als psychotherapeutisches Element in der Behandlung gedeutet werden kann.

Im Psychotherapeutenausbildungsgesetz ist die Behandlung von Menschen mit Psychosen nicht als Bestandteil der Ausbildung gefordert! Also kommt sie im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute auch nicht vor und wird demzufolge in der Regel nicht gelehrt.

Die Arbeit mit Psychosekranken wird dann besonders schwer und für viele Therapeuten sehr belastend, weil das Werkzeug fehlt. Und die Beziehung, die es aufzubauen gilt, erscheint in endlos

weiter Ferne. Außerdem greifen die Ängste der Psychosekranken auf den Psychotherapeuten über, wenn dieser mit der psychotischen Abgrenzungsproblematik nicht vertraut ist. Andererseits ist es ein sehr befriedigendes Arbeitsfeld, weil die Betroffenen und ihre Angehörigen einen enormen Hilfebedarf haben.

### Brauchen wir mehr Psychotherapeuten?

Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nahm zu, die durchgeführten genehmigten Psychotherapien ebenfalls. Brauchen wir also mehr Psychotherapeuten? Nein, eher eine Umverteilung der behandelten Diagnosen. Michael Linden, Leiter des Psychotherapierates der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sagt, dass hohe Ausbildungsstandards für Psychotherapie nur zu rechtfertigen sind, wenn Psychotherapie sehr viel konsequenter auf Krankenbehandlung im engeren Sinne eingeschränkt wird und supportive Therapie oder Unterstützung bei der Bewältigung allgemeiner Lebensbelastungen anderen überlassen wird (Linden 2010).

Der Implementierung einer selbstverständlichen psychotherapeutischen Behandlung von Psychosekranken steht auch die aktuellen Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entgegen. Begleitfolge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen werden als Indikation angegeben, nicht jedoch die Kernsymptomatik. Dies entspricht nicht dem aktuellen Forschungsstand, so dass rein fachlich gesehen eine Änderung der Richtlinien erfolgen müsste.

### Die aktuelle Versorgungslandschaft für Menschen mit Psychose

#### Woraus besteht die psychotherapeutische Unterversorgung?

Die Versorgungsrealität in Deutschland zeigt, dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen nur selten eine adäquate

psychotherapeutische Hilfe bekommen, obwohl der Nutzen erwiesen und die Bereitschaft vorhanden ist. Die Daten zur Erstdiagnose in der Richtlinienpsychotherapie zeigen, dass eine Zunahme von Psychotherapeuten alleine Menschen mit Psychosen zu diesem Zeitpunkt nicht helfen würde. Eine spezifische Qualifikation, eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und vor allem Strukturen, die mehr Kontinuität zu sichern, sind notwendig. Wenn Hilfen zur Eingliederung vorhanden sind, ist eine psychotherapeutische Behandlung meist nicht vorgesehen. Soziotherapie einzuführen, was eine gute Idee, ist jedoch in den meisten Regionen eine Versprechung geblieben. Ambulante psychiatrische Pflege ist ebenfalls nicht flächendeckend zu bekommen. Das führt zu einer Situation, in welcher immer wieder Betroffene in Kliniken und Heime eingewiesen werden, was meist keine angemessene, auch keine kostengünstige und vor allem keine perspektivische Lösung ist. Thomas Bock sagt hierzu: „Je kränker jemand ist, desto geringer sind seine Chancen auf qualifizierte Hilfe. In der übrigen Medizin wäre diese Ungerechtigkeit undenkbar.“

Die Integrierte Versorgung als neue Versorgungsform gibt Hoffnung, denn sie verspricht vorhandene Ressourcen verfügbarer zu machen und die Vernetzung der Disziplinen zu verbessern. Hierzu gibt es zu diesem Zeitpunkt nur Sonderverträge mit Krankenkassen, wie z.B. Verträge, die Krankenhäusern Gelder zusagen, wenn sie Ressourcen in den ambulanten Bereich umwidmen und Hometreatment aufbauen (Hamburger Modell DAK/ AOK u.a.). Es gibt auch Verträge mit Trägern der Eingliederungshilfe (SGB XII), bei welchen ambulante Krisenintervention und Hometreatment (SGB V) ausgeweitet wird (TK-Modell). Als drittes gibt es Integrierte Versorgungsverträge mit dem Ziel, komplexere und niedrigschwellige Leistungen in Facharztpraxen anzubieten (Berliner Modell DAK/BKK). Jedes dieser Modelle weist Stärken und Schwächen auf, deutlich wird dabei die dringende Notwendigkeit der Verbindung von SGB V und XII sowie der Vernetzung und Einbindung von Praxen. Es ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar, ob im Rahmen der Verträge

Die Behandlung von Menschen mit Psychosen kommt im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute nicht vor.

## Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP)

Der DDPP wurde im Mai 2011 gegründet. Der Verein ist ein Zusammenschluss von Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten, die die psychotherapeutische Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen fördern wollen. Erste Vorsitzende ist Dr. med. Dorothea von Haebler, Oberärztin an der Charité. Der DDPP ist aktiv bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Psychosenpsychotherapie.

Der DDPP fordert unter anderem, die Behandlungsstruktur und Abrechnungsmodalitäten entsprechend anzupassen und integrierte Versorgungsangebote zu schaffen. Ambulante und stationäre Versorgungsangebote müssten außerdem besser verzahnt werden.

Aktuelle Fortbildungsangebote findet man unter [www.ddpp.eu](http://www.ddpp.eu).

Am 3.- 5. Mai 2013 findet unter dem Titel "Beziehungen und Grenzen. Menschen mit Psychosen in der Sozialpsychiatrie" der 3. Kongress des DDPP in Berlin statt. Näheres unter [www.ddpp.eu](http://www.ddpp.eu).

die psychotherapeutische Qualifikation beachtet wird. Auch fremde Interessen sind bei geschlossenen Verträgen deutlich geworden, die damit eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Hilfe fragwürdig erscheinen lassen. Unverständlich ist jedoch, dass solche Versorgungsmodelle sich zeitgleich mit der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien entwickeln, die bei den innovativen Modellen nicht berücksichtigt werden.

### Beispiel der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie

Die psychodynamische Psychosenpsychotherapie geht auf die spezifische Verwundbarkeit bei der Kontaktgestaltung ein. Die grundlegende Theorie geht von Dilemmata zwischen Nähe und Distanz bzw. Autonomie und Abhängigkeit aus. Mentzos spricht vom Dilemma zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen. Aufgrund der Annahme, dass vergangene und aktuelle Beziehungserfahrungen von Menschen mit Psychosen zu intrapsychischen Spannungen führt, die die Verarbeitung von Erfahrungen beeinträchtigen, hat sich eine modifizierte Psychotherapie entwickelt, welche die individuelle Lösung dieser Dilemmata, also z.B. den Wahn als konstruktiven

Lösungsversuch ansieht. Somit muss er nicht als Symptom bekämpft werden, sondern kann in einen Verstehensprozess eingebunden werden, der eine Brücke zum Patienten schaffen kann. Psychodynamisches Verständnis bedeutet die Möglichkeit für den Therapeuten, dem Beziehungsdilemma nicht ausgeliefert zu sein, sondern eine gelassene und konstruktive Position einnehmen zu können. Mit dem Patienten werden dann in der therapeutischen Beziehung die Grenzen zwischen ich und du und die Einordnung in gestern, heute, morgen erarbeitet, ohne dass der Betroffene selbst vorgegebene Strukturen erfüllen muss. Der Erfolg zeigt sich in einer Angstreduktion, die dann eine therapeutische Beziehungsarbeit und Rekonstruktion der Biographie ermöglicht.

### Zusammenfassung

Die Aufgaben der aktuellen Entwicklung liegen auf der Hand: für eine besser qualifizierte und selbstverständlichere psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen ist eine verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung dringend notwendig. Die Ausbildungspläne von Hochschulen und privaten Instituten müssen die Psychotherapie von Patienten mit psychotischen Erkrankungen besser oder überhaupt erst berücksichtigen. Die Richtlinien für Psychotherapie der Schizophrenie müssen dem aktuellen Forschungsstand angepasst werden, und eine psychotherapeutische Behandlung der Grunderkrankung im Sinne der Leitlinien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ermöglichen.

Die Umsetzung der S3-Leitlinien muss erfolgen und damit sollte dem Psychosepatienten eine Psychotherapie zur Verfügung stehen. Von den Anbietern „Integrierter Versorgung“ ist zu fordern, dass sie psychotherapeutisch qualifiziertes Personal einstellen. Ein deutlicher Nachteil zu diesem Zeitpunkt ist noch die Kassenwillkür und damit neue Abhängigkeiten, hier erscheinen Qualitätskontrollen vom Gesetzgeber notwendig. Der Vorteil der integrierten Versorgung ist, dass sie neue Standards für die Regelversorgung etablieren kann, und dies eine Chance für Menschen mit Psychosen werden kann. ●

### Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E** (2010), Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht der PatientInnen – Teil I Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55: 503–514
- Linden, M, Langhoff C** (2010), Verhaltenstherapie – Kompetenz-Checkliste Kompetenzerrfassung, Qualitätssicherung und Supervision; *Psychotherapeut* 55:477–484
- Leichsenring F, Dümpelmann M, Berger J, Jaeger U, Rabung S** (2005), Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 23–37.
- Lempa, G und von Haebler, D** (2012), Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 57,495–504.
- Melchinger, H.** (2012) Psychotherapie: Unter- oder Fehlversorgung? *Psychosoziale Umschau* 03; 4 – 7.
- National Institute for Health and Clinical Excellence** (2009) Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). *National Clinical Practice Guideline Number 82*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pfammatter M, Junghan U.M.** (2012) Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken“ *Nervenarzt* 83:861–868
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W** (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(4):CD000088.
- von Haebler D, Lempa G, Klingberg S, Schultze-Jena, Hümbts N, Bock, T** (2011) Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und „Integrierte Versorgung“. <http://www.ddpp.eu/bilder/111124StellungnahmeDDPPb.pdf>
- Wittchen HU, Jacobi F.** (2005), Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 15(4):357–76. Review.
- Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T.** (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N** (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3):523–37