

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen

Dorothea von Haebler
Charité, IPU, DDPP

24.04.2015, Diotima Preisverleihung Stefan Klingberg

- **Was ist eigentlich eine Psychose?**
- **Wie wurden Psychosen im 18. – 20. Jhdt behandelt?**
- **Die psychotherapeutische Behandlung der Psychose**
- **Psychosebehandlung heute**
- **Fazit**

Was ist eine Psychose

Psychose ist ein

- Phänomen, ein
- Symptom, und: ein
- Teil des schizophrenen Syndroms

Psychose ist ein

möglicher Ausdruck in einer unertragbaren Situation,
sie ist eine kreative Lösung aus einem Dilemma

Wie wurden Psychosen im 18. – 20. Jhdt behandelt?



Pinel befreit die Irrsinnigen von Salpêtrière” – Gemälde von Tony Robert-Fleury (1795)

was ist die Krankheit –

was ist die Folge unserer Behandlung ?

Pinel

„Percevals Narrative - a Patients Account of his Psychosis 1830-1832“

.....Nicht die Spontanremission ist das Problem, dies ist der normale Endzustand des psychotischen Prozesses. Was erklärungsbedürftig ist, ist das Scheitern der Menschen, die diesen Prozess unternehmen und nicht mehr zurück kommen.ob dieses nicht zurück Kommen daran liegen könnte, dass es entweder in der Familie und/oder bei den Institutionen/Professionellen, die sich um die Betroffenen kümmern massive maladaptive Faktoren gibt.

Bateson, 1961

Auf dem Weg zu einer humaneren Therapie

Griesinger u.a. : „no restraint“ (Conolly)

Verwahren und Bewachen

Behandlungsmethoden wie Lobotomie (1936 – 1955) oder Krampfbehandlung

1950 Neuroleptika

Psychiatrie Enquete – Sozialpsychiatrische Bewegung –
Antipsychotika 2. Generation – Soteria...

Heutige Therapie von Menschen mit Psychosen mit Psychosen

Vorwiegend Pharmakotherapie

Hilfreich bei bestimmten Symptomen

Erhebliche Nebenwirkungen



...keine guten Wirksamkeitsstudien ...ungenügendes
Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen Fehlen
von Biomarkern → Industrie steigt aus

Ansätze und Modelle der Grundlagenforschung -

Verantwortung

Die wissenschaftliche Gesellschaft, inklusive der Industrie, der Akademiker, der Patientengruppen und die Regierung müssen einen Weg finden, das finanzielle Risiko zu teilen und dabei zusammenarbeiten.

Ansonsten werden wichtige zukunftsweisende Forschungsergebnisse nicht bis an den Patienten dringen.

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen

Die Zusammenarbeit von Disziplinen und Verfahren ist bei schizophrenen Menschen, welche sich sehr häufig nicht gut für sich selbst einsetzen können, von besonders großer Bedeutung

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen

Freud: seit 1894 Beschäftigung mit den Psychosen

1) Konfliktmodell - 2) Grenzverlust zwischen dem Ich und dem Objekt – 3) Zuletzt unterschied er die Psychose von der Neurose indem er den Konflikt bei der Psychose als Konflikt zwischen Ich und Außenwelt mit Folge der Spaltung beschrieb.

Menschen mit Psychosen sind nicht übertragungsfähig, und aus diesem Grund auch für die reine psychoanalytische Standardmethode ungeeignet

1905 allerdings formulierte er: „Ich halte es für durchaus nicht ausgeschlossen, dass man **bei geeigneter Abänderung des Verfahrens** sich über diese Gegenindikation hinaussetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könnte.“

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen

Früher Sigmund Freud 1894: ... nicht
übertragungsfähig

In Amerika

Frieda Fromm – Reichmann 1940: die Autorin der
„schizophrenogenen Mutter“

Melanie Klein 1956:Regression auf ein
kindliches Niveau, Todestrieb, Aggression, Neid..

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen

Modifikation der klassischen Psychoanalyse durch die
Lösung vom Defektmodell

Winnicott: Ätiologiemodell

Benedetti 1975: Beginnt mit den Fähigkeiten des Pat. zu
arbeiten, beschreibt Einfühlungsmöglichkeiten u.a.

Alanen: Bedürfnisangepasste Behandlung

Mentzos: Funktion in der Dysfunktion

CBT

Die Verhaltenstherapie kam viel später hinzu

Im Vergleich zur psychoanalytischen Tradition kam die CBT von Beginn an ohne das Äquivalent des Bösen aus,

Anerkannte Forschung sichert den Vorsprung in der wissenschaftlichen Welt

Psychosebehandlung heute

30-60% der Akutaufnahmen

ca. 20% Menschen mit einer ICD Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis

Therapie mit Psychopharmaka, z.B. „um mit den Patienten überhaupt arbeiten oder erst mal umgehen zu können“.

„Krankheitseinsicht“ und „Compliance“ als Voraussetzung für eine gelingende Behandlung

? Zugang zu einer psychiatrisch – psychotherapeutischen Behandlung ohne Zwang erleben zu müssen

therapeutische Haltung

...respektvolle Zusammenarbeit der Disziplinen, der Verfahren und biologischen wie psychotherapeutischen Medizin beinhaltet.

Desweiteren ist eine Modifikation der Psychotherapieverfahren notwendig.

Beides zusammen ermöglicht Setting und die Therapieformen anzunehmen und diese nicht als aufgezwungenen Feind zu empfinden.

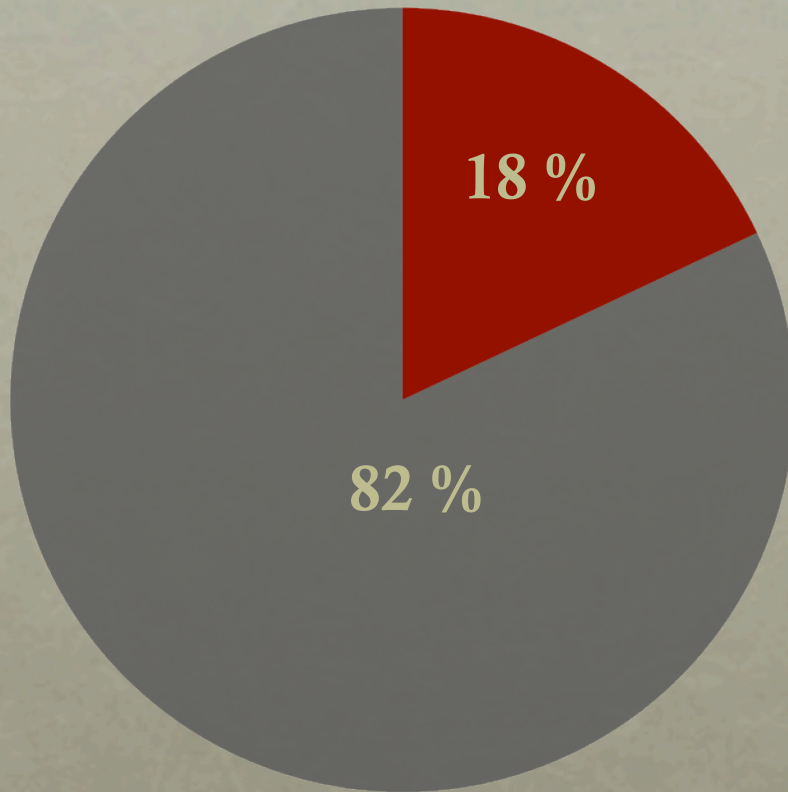


Der Behandler

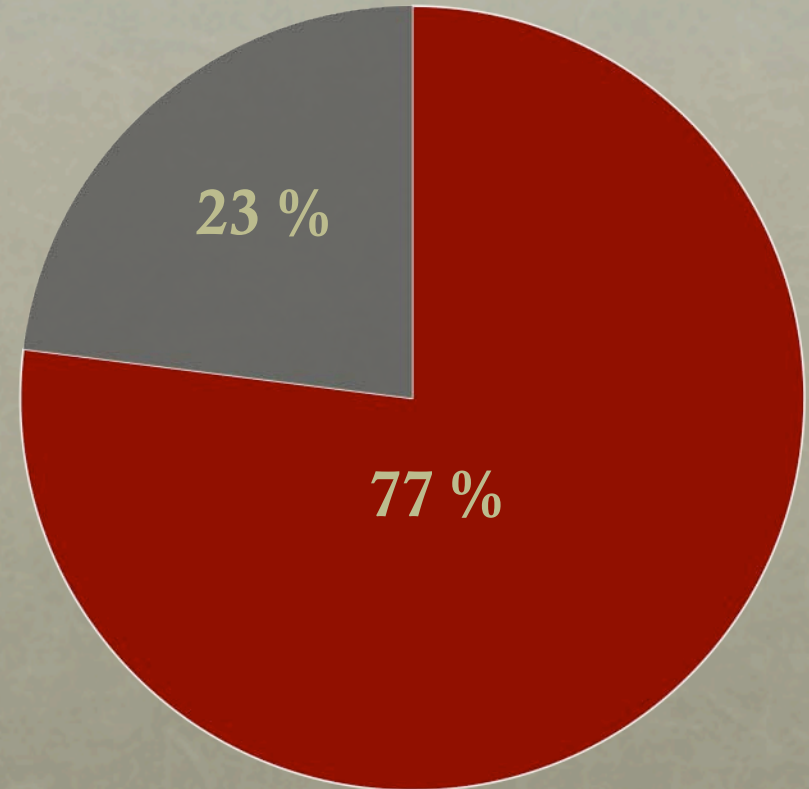
Max Ernst, 1947
Junger Mann, beunruhigt durch
den Flug einer nicht-euklidischen Fliege

Nervenärzte/Psychiater vs. Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung

Anteile an Praxen

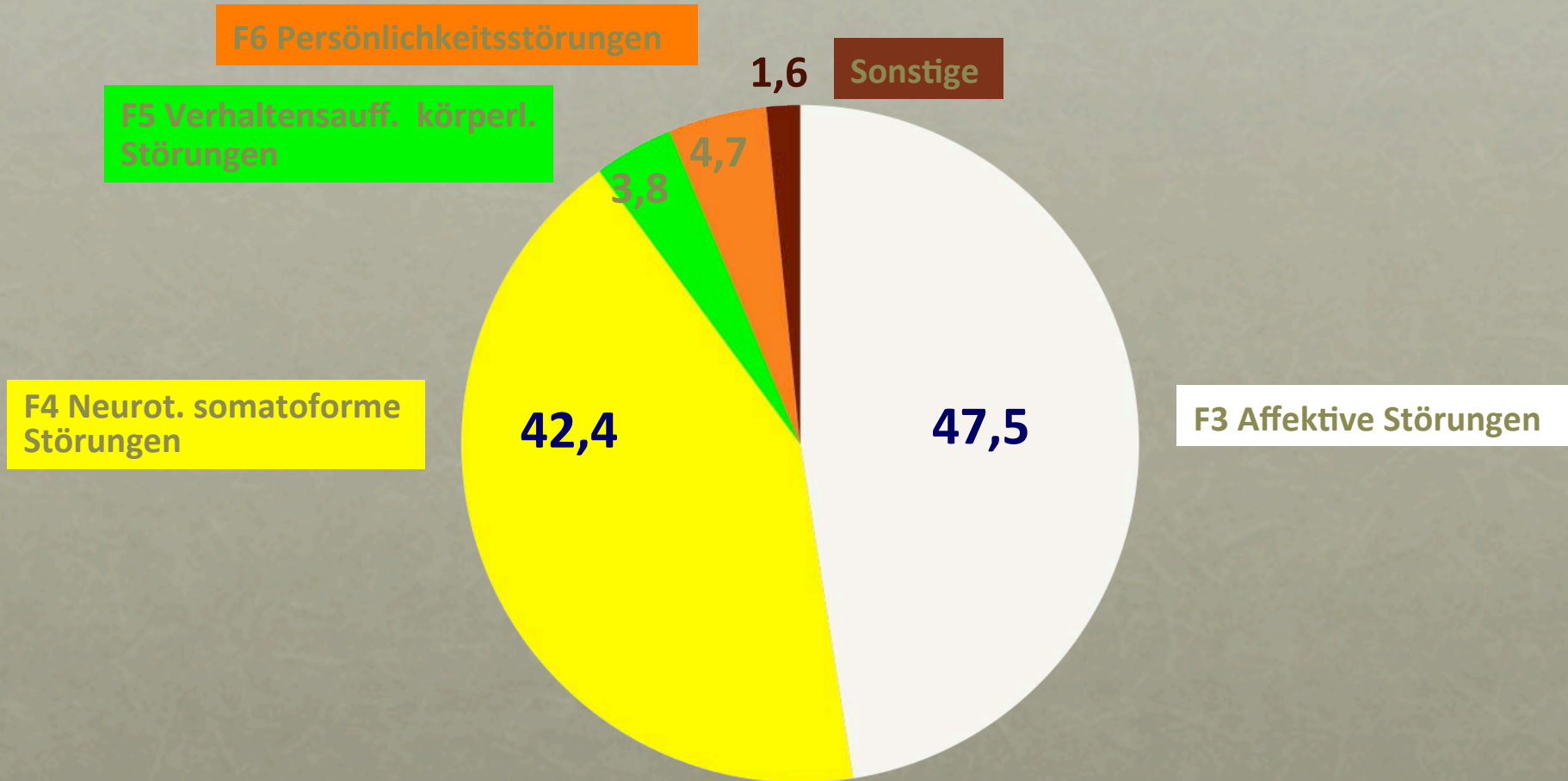


Anteile an Behandlungsfällen



Nervenärzte/Psychiater
Psychotherapeuten

Erstdiagnosen bei Antragstellung auf Gewährung von Psychotherapie (%)



GEISTESKRANK?

IHRE EIGENE
ENTSCHEIDUNG!

@mrsHagenx

Die Katze verdreht wieder alles



Wenn die Katze größer wird... Bloß nicht denken...
Bloß Keinen Glauben schenken... all den Lügen
Katze ist zu groß....

Aktuelle und relevante Paradigmenwechsel für die Psychotherapie von Menschen mit Psychosen

Psychiater **und** Psychotherapeuten

Selbstverständnis in der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosebetroffenen

Weg von der erstigen und häufig alleinigen Medikamentengabe

Cave:

Menschen mit Schizophrenien sind entweder akut exazerbiert (und dann nur medikamentös zugänglich) oder „chronisch“ krank und dann in den betreuenden und nicht mehr therapierenden Sektor des Gesundheitssystems

Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial

Anthony P Morrison, Douglas Turkington, Melissa Pyle, Helen Spencer, Alison Brabbin, Graham Dunn, Tom Christodoulides, Rob Dudley, Nicola Chapman, Pauline Gallcott, Tim Grant, Victoria Lumley, Laura Drake, Sarah Tully, Kerry Loring, Anna Cummings, Rory Byrne, Linda M Davies, Paul Hutton

Summary

Background Antipsychotic drugs are usually the first line of treatment for schizophrenia; however, many patients refuse or discontinue their pharmacological treatment. We aimed to establish whether cognitive therapy was effective in reducing psychiatric symptoms in people with schizophrenia spectrum disorders who had chosen not to take antipsychotic drugs.

Methods We did a single-blind randomised controlled trial at two UK centres between Feb 15, 2010, and May 30, 2013. Participants aged 16–65 years with schizophrenia spectrum disorders, who had chosen not to take antipsychotic drugs for psychosis, were randomly assigned (1:1), by a computerised system with permuted block sizes of four or six, to receive cognitive therapy plus treatment as usual, or treatment as usual alone. Randomisation was stratified by study site. Outcome assessors were masked to group allocation. Our primary outcome was total score on the positive and negative syndrome scale (PANSS), which we assessed at baseline, and at months 3, 6, 9, 12, 15, and 18. Analysis was by intention to treat, with an ANCOVA model adjusted for site, age, sex, and baseline symptoms. This study is registered as an International Standard Randomised Controlled Trial, number 25607432.

Findings 74 individuals were randomly assigned to receive either cognitive therapy plus treatment as usual ($n=37$), or treatment as usual alone ($n=37$). Mean PANSS total scores were consistently lower in the cognitive therapy group than in the treatment as usual group, with an estimated between-group effect size of -6.52 (95% CI -10.79 to -2.25 ; $p=0.003$). We recorded eight serious adverse events: two in patients in the cognitive therapy group (one attempted overdose and one patient presenting risk to others, both after therapy), and six in those in the treatment as usual group (two deaths, both of which were deemed unrelated to trial participation or mental health; three compulsory admissions to hospital for treatment under the mental health act; and one attempted overdose).

Interpretation Cognitive therapy significantly reduced psychiatric symptoms and seems to be a safe and acceptable alternative for people with schizophrenia spectrum disorders who have chosen not to take antipsychotic drugs. Evidence-based treatments should be available to these individuals. A larger, definitive trial is needed.

Funding National Institute for Health Research.

Introduction

Antipsychotic drugs are usually the first line of treatment for schizophrenia, and clinical guidelines report clear benefits in terms of symptom reduction.¹ Furthermore, findings have shown that antipsychotic use is associated with decreased mortality overall,² perhaps because of a protective effect against suicide,³ and with significant benefits for relapse prevention.⁴ However, evidence also shows that many patients choose to refuse or discontinue their pharmacological treatment. The largest trial⁵ to compare atypical antipsychotics found that 74% of patients with schizophrenia discontinued their drugs over 18 months, and rates of drug non-compliance in patients with schizophrenia can be as high as 40–50%.⁶ Patients with psychosis are often ambivalent about taking drugs,⁷ and evidence suggests that the effectiveness of such drugs has been overestimated, whereas the severity of their adverse effects has been underestimated.⁸ A

systematic review concluded that the improvements claimed for antipsychotics are of questionable clinical relevance,⁹ and a multiple-treatments meta-analysis⁸ showed that although differences in efficacy between antipsychotics and placebo were noted, they were smaller than those for most of the analysed adverse effects.¹⁰ Research suggests that adverse effects include structural abnormalities in brain volume,¹¹ increased risk of sudden cardiac death,¹² and substantial weight gain induced by antipsychotics,¹³ which is associated with cardiovascular and metabolic risks.

Given the cost-benefit profile, some choices to refuse antipsychotics might suggest a rational decision rather than an irrational consequence of psychosis. Many people admitted to hospital with psychosis retain the capacity to make decisions about treatment,¹⁴ and a review of choice and decision making in people using mental health services concluded that service users want



Published Online
February 6, 2014

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

Screen of Psychosocial Sciences

(Prof A P Morrison) D Clin Psy, M Psy Ed,

M Crispman D Clin Psy, S Tully Ed, P Hutton D Clin Psy,

and Centre for Biostatistics (Prof C Dunn PhD) and Centre for Health Economics, Institute of Population Health

(Prof L M Davies) Ed, University of Manchester, Manchester, UK; Centre for Health Economics, Institute of Population Health, University of Manchester, UK

(Prof A P Morrison) M Ed, M Crispman, L Drake PhD, S Tully, K Loring Ed, P Hutton, Newcastle

University, Newcastle-upon-Tyne, UK

(Prof D Turkington) Ed, H Spencer Ed, A Cummings Ed,

M Crispman, L Drake PhD, S Tully, K Loring Ed, P Hutton, Newcastle University, Newcastle-upon-Tyne, UK

(Prof D Turkington) H Spencer, T Christodoulides D Clin Psy, A Cummings, University of

Durham, Durham, UK; (A Brabbin) D Clin Psy, and T, Grant, and V, Lumley, NHS

Weston Heart Foundation Trust, County Durham, UK

(A Brabbin), T, Grant, P, Gallcott, V, Lumley, PC Dip,

V, Lumley, PC Dip, Correspondence to: Prof Anthony P Morrison, School of Psychological Sciences, University of Manchester, Manchester M13 9PL, UK

andy.morrison@man.ac.uk

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

(Prof A P Morrison) D Clin Psy, H Spencer, P, Gallcott, A Cummings, University of

Durham, Durham, UK; (A Brabbin) D Clin Psy, and T, Grant, and V, Lumley, NHS

Weston Heart Foundation Trust, County Durham, UK

(A Brabbin), T, Grant, P, Gallcott, V, Lumley, PC Dip,

V, Lumley, PC Dip, Correspondence to: Prof Anthony P Morrison, School of Psychological Sciences, University of Manchester, Manchester M13 9PL, UK

andy.morrison@man.ac.uk

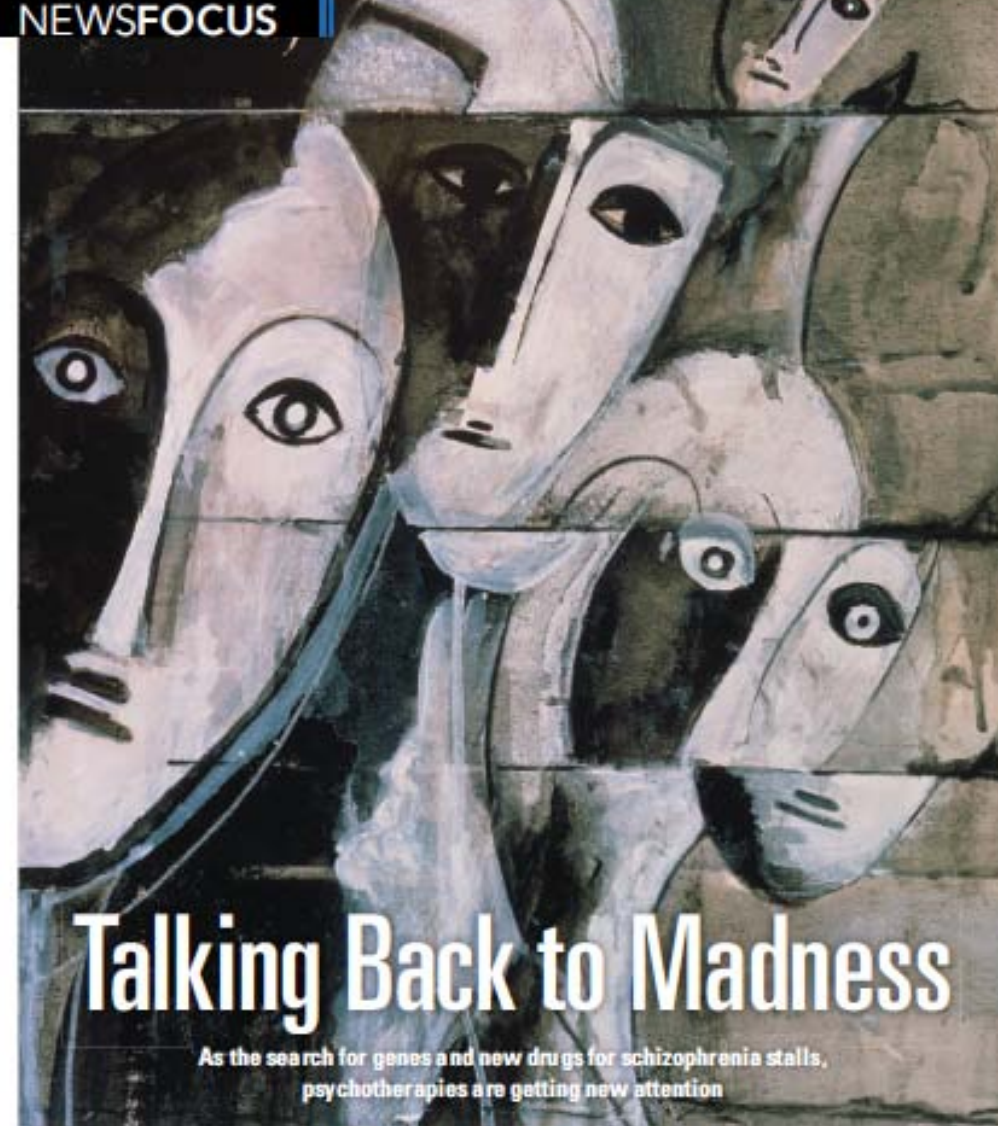
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62146-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62146-1)

Morrison et al. *Lancet*, Febr 2014 - Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial

Studie, die der Wirkung von CBT bei schizophrenen Patienten, die keine Medikamente nehmen, gleiche Effektstärken zuspricht, wie der Medikation selbst.



Talking Back to Madness

As the search for genes and new drugs for schizophrenia stalls, psychotherapies are getting new attention

NEW YORK CITY AND NEWCASTLE, U.K.— Terry was 13, a lonely African-American boy growing up in a troubled home in Detroit, when he first heard the voices. They were ugly and mean. The voices said he was no good, that no one loved him, and that he should kill himself. So he tried his best: When he was 15, he took 30 Valium

pills and had to have his stomach pumped. Then the voices commanded him to kill his father. They told him exactly how to do it—put rat poison in his food. Fortunately, some other, gentler voices intervened and told him not to.

After high school, Terry began attending university in Detroit, but that didn't

last long. Still haunted by the voices, he was soon addicted to heroin, and his marriage ended in divorce. In 1980, he moved to New York, looking for a new start. He got a job at a doughnut shop, then at a community center, but eventually the voices got worse and so did his drug habit. He found another woman to be with, but she

CREDIT: MULLINS/REXUSOURCE

Downloaded from www.sciencemag.org on March 17, 2014

Talking Back to Madness (Michael Balter), in: Science 14, March 2014:

wachsendes Interesse der Wissenschaftswelt gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Psychosen.

CBT „moderately effective“

These techniques engage with the human being behind the symptoms

Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies

David Trevor Turner, M.Sc.,
M.Sc.Res.

Mark van der Gaag, Ph.D.

Eirini Karyotaki, M.Sc.Res.

Pim Cuijpers, Ph.D.

Objective: Meta-analyses have demonstrated the efficacy of various interventions for psychosis, and a small number of studies have compared such interventions. The aim of this study was to provide further insight into the relative efficacy of psychological interventions for psychosis.

Method: Forty-eight outcome trials comparing psychological interventions for psychosis were identified. The comparisons included 3,295 participants. Categorization of interventions resulted in six interventions being compared against other interventions pooled. Hedges' g was calculated for all comparisons. Risk of bias was assessed using four items of the Cochrane risk of bias tool, and sensitivity analyses were conducted. Researcher allegiance was assessed, and sensitivity analyses were conducted for robust significant findings.

Results: Cognitive-behavioral therapy (CBT) was significantly more efficacious than

other interventions pooled in reducing positive symptoms ($g=0.16$). This finding was robust in all sensitivity analyses for risk of bias but lost significance in sensitivity analysis for researcher allegiance, which suffered from low power. Social skills training was significantly more efficacious in reducing negative symptoms ($g=0.27$). This finding was robust in sensitivity analysis for risk of bias and researcher allegiance. Significant findings for CBT, social skills training, and cognitive remediation for overall symptoms were not robust after sensitivity analyses. CBT was significantly more efficacious when compared directly with befriending for overall symptoms ($g=0.42$) and supportive counseling for positive symptoms ($g=0.23$).

Conclusions: There was a small but reliable difference in efficacy between psychological interventions for psychosis, and they occur in a pattern consistent with the specific factors of particular interventions.

Am J Psychiatry Turner et al.; AIA:1-16

It has been suggested that all psychotherapies are roughly equivalent in efficacy (1-6), although some meta-analyses have suggested differences in relative efficacy between treatments (7). Previous meta-analyses have demonstrated the absolute efficacy of some psychological interventions for psychosis (8-16), while others have been suggested to be unreliable (17). Comparatively little is understood about the relative efficacy of psychological treatments for psychosis. The most extensive meta-analytic evidence was provided by the U.K. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (18). However, risk of bias was not assessed, and many comparisons of psychological interventions against other active treatments were underpowered, including subgroup comparisons for positive and negative symptoms (19).

Other comparative meta-analyses have not consistently demonstrated superiority of the intervention of interest. Jones et al. (20) compared cognitive-behavioral therapy (CBT) against other interventions pooled and concluded that CBT was not reliably more efficacious. A limitation of that analysis was that the CBT group also included compliance studies (21). Lynch et al. (22) compared CBT

to active control conditions and found a statistically significant benefit (Hedges' $g=0.2$) of CBT compared with active controls pooled for positive symptoms. However, the authors concluded that CBT was no better than nonspecific comparison treatments and that the significant effect size could be explained by lack of blinding. There were some methodological criticisms of the Lynch et al. study (23-25), and there remains controversy over which psychological interventions are most efficacious for psychosis.

No meta-analysis since NICE (18) has compiled all randomized controlled trials in which two psychological interventions for psychosis are compared and pooled these as comparison conditions (2). Given the limitations of the NICE meta-analysis and of many new studies that have been published since, a further comparative meta-analysis is warranted. Whereas previous meta-analyses tended to examine only CBT compared with active treatments, in this analysis we considered all intervention types for which sufficient numbers of studies have been conducted. Our aim is to improve our understanding of which therapy is most efficacious, and for which particular symptoms.

Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014).

Psychological Interventions for Psychosis: A Meta- Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry.*

Je nach Fokus und theoretischer Ausrichtung scheinen unterschiedliche Effekte erzielt werden zu können. Die Unterschiede werden jedoch nicht „groß“ im statistischen Sinne sein.

Fazit I

Menschen mit Psychosen kommen zu über 50 % nicht aus eigenem Antrieb zu einer psychotherapeutischen Behandlung

Patienten, die ambivalent oder misstrauisch sind, müssen erst gewonnen werden, damit Ihnen individuell und qualifiziert und im Netzwerk die Hilfe zukommt, die ihnen zusteht.

Es existiert eine massive Unterversorgung psychotherapeutischer Behandlung von Menschen mit Psychosen

Fazit II

Paradigmenwechsel haben Einfluss auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Psychosen (Neuroleptikadebatte, statt Verfahren, zieldefinierte Psychotherapie, RL Änderung)

Bestehende Therapieverfahren müssen für Menschen mit Psychosen modifiziert werden.

Fazit III

Zu einer guten Versorgung und Therapie von Menschen mit Psychosen, die häufig schwer und komplex krank sind, benötigen wir Zusammenarbeit –

- Die Integration von psychodynamischer, kognitiv-behavioraler Psychotherapie und medikamentöser Behandlung
- Das Anerkennen der Bedeutung einer integrativen Versorgung, in der die verschiedenen Berufsgruppen gut zusammenarbeiten

Fazit IV

-reflektiertes Wissen

-Erfahrung

-Engagement

-Vernetzung

Wichtiger als Verfahren und Berufsstand

Verfahren und Berufsstand sind wichtig, wenn es um die eigene Professionalisierung und die Abgrenzung zu anderen Kompetenzen geht, die dann in der Vernetzung genutzt werden können

Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.

Wer sind wir

Wir sind ein Zusammenschluss aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, Betroffenen und Angehörigen. Unser gemeinsames Ziel ist, dass Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zu einem selbstverständlichen Angebot wird. Im Dachverband sind die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren gleichberechtigt vertreten. Wir gehören tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch, systemische und verhaltenstherapeutische Methoden an.

Ziele des DDPP

Spezialisierte Fort- und Weiterbildung in Psychosen-Psychotherapie sowie Förderung des Dialogs zwischen den VertreternInnen der Psychotherapieverfahren und Berufsgruppen

Stärkung der Vernetzung und Kooperation, damit Psychotherapeuten die notwendige Unterstützung erhalten, um psychotische PatientInnen mit mehr Sicherheit, Engagement und Freude behandeln zu können

Vertretung einer qualifizierten Psychosen-Psychotherapie in der (Fach-)Öffentlichkeit, der Politik und gegenüber den Kostenträgern

Förderung der wissenschaftlichen Erforschung der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze in der Psychosen-Psychotherapie

weitere Aktivitäten

Auf unserer Webseite (www.ddpp.eu) können Sie sich über unsere Aktivitäten im Einzelnen informieren. Für jede Aktivität besteht ein interner Bereich mit Vernetzungsmöglichkeit.



DDPP - DACHVERBAND DEUTSCHSPRACHIGER PSYCHOSENPSYCHOTHERAPIE E.V

Ansprechpartnerin für inhaltliche Fragen:

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler
dorothea.vonhaebler@charite.de

Ansprechpartnerin für organisatorische Fragen:

Sophie Kremer
sophie.kremer@ddpp.eu
Tel: +176 99798919
Fax: +49 30 7001 4348 46

www.ddpp.eu

Veranstaltungsort:

Räume der Nervenklinik
Charitéplatz 1, (intern: Bonhoefferweg 3) 10117 Berlin

Anmeldung:

Auf beiliegendem Formular, dem Sie auch den Kostenbeitrag entnehmen können (auch abrufbar unter www.ddpp.eu) per Mail oder Fax. Die Anmeldung wird erst durch den Zahlungseingang verbindlich. Es gibt eine begrenzte Teilnehmerzahl, maßgeblich ist der Eingang der verbindlichen Anmeldung.

Erste Anmeldefrist: 20.04.2015

Das gesamte Wochenende wird mit ca. 18 CME-Punkten zertifiziert.

DDPP e.V., bei der apoBank, BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE56 3006 0601 0008 6910 29

Bildausschnitt aus: Paul Klee - Nachglühende Landschaft (1930)

DDPP

Dachverband Deutschsprachiger
PsychosenPsychotherapie e.V.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité



Psychose und Trauma 08.-10. Mai 2015, Berlin

Berufsbegleitender Masterstudiengang: IV Psychosentherapie

Masterstudiengang

Integrierte Versorgung
psychotisch erkrankter Menschen



In Zusammenarbeit mit



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Berlin



INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Modulare Gliederung

Grundlagenstudium (30 LP; wird aufgrund entsprechender Berufserfahrung angerechnet)

1. Diagnostik, Allgemeine Interventions- und Beratungskompetenz
2. Störungsspezifische therapeutische Ansätze
3. Behandlungs- und Versorgungsmodelle für psychisch erkrankte Menschen

Kernstudium (60 LP)

1. Wissenschaftliche Zugänge zum Phänomen Psychose
2. Gesellschaftliche Bedingungen für seelische Gesundheit und Erkrankung
3. Multiprofessionelles Handeln
4. Interdisziplinäres Fallverstehen (studienbegleitend)
5. Subjektperspektive

Aufbaustudium (30 LP)

1. Leitung, Führung, Vernetzung und Kooperation
2. Forschung und Evaluation
3. Masterarbeit

Zugänge

Zugangsvoraussetzung ist ein Hochschulabschluss (z. B. Medizin, Psychologie, soziale Arbeit, Heilpädagogik) und einschlägige Berufserfahrung.

Der Studiengang wird seit dem Sommersemester 2013 angeboten. Die Studiengebühren betragen 1.800 € pro Semester bei Beginn im Sommersemester 2015.



Die in diesem Flyer verwendete maskuline bzw. feminine Sprachform dient der leichteren Lesbarkeit und meint immer auch das jeweils andere Geschlecht.

Berufsbegleitender
Studiengang für
berufserfahrene
Psychologen, Ärzte,
Sozialarbeiter, Pädagogen
sowie Angehörige anderer
Professionen mit einem
ersten
berufsqualifizierenden
Hochschulabschluss.

Für das SoSe 2015
Bewerbungen bis zum
28.2.2015

www.ipu-berlin.de

DANKE

Fürs zuhören