

Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy

Neue Chance oder alter Hut in der psychiatrischen Pflege

Pascal Wabnitz, Michael Schulz, Michael Löhr, André Nienaber

Low-Intensity CBT

Seit den ersten Schritten der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) halten die Bestrebungen an, verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden für alle jene verfügbar zu machen, die hiervon profitieren. Gerade vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Versorgungsengpässe (Jacobi et al., 2014; Kessler et al., 2009) erscheinen diese Bestrebungen relevanter als je zuvor. Der Mangel an qualifizierten und in KVT Techniken ausgebildeten Personen ist ein zentraler limitierender Faktor in der adäquaten Versorgung hilfsbedürftiger Menschen mit evidenzbasierten Interventionen der KVT (Clark et al., 2009; Shafran et al., 2009).

Das ambitionierte Ziel, eine möglichst große Anzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen und diese sowohl bedarfs- als auch leitliniengerecht zu versorgen, erfordert neue Formen der Aufklärung und Behandlung (Bennett-Levy et al., 2010). In jüngster Zeit ist die verhaltenstherapeutische Fachwelt, vor allem in Großbritannien, durch neue Formen der Erforschung, Lehre und Durchführung von KVT Methoden bereichert worden. Unter der englischen Bezeichnung *Low-intensity CBT* (LI-CBT; *niedrigintensive kognitive Verhaltenstherapie [KVT]*) werden therapeutische Ansätze verstanden, die auf grundlegende Prinzipien der KVT (z.B. Beck et al., 1979) basieren, sich jedoch im Gegensatz zu traditionellen, hochintensiven KVT Ansätzen (*vornehmlich Richtlinien-Psychotherapie; High-intensity CBT*) im Hinblick auf Form und Struktur der Anwendung unterscheiden. Alle LI-CBT Interventionen weisen dabei einige gemeinsame Charakteristika auf. Ein gemeinsames Ziel liegt in ihrer Effizienz. Sie ermöglichen dem Anwender deutlich mehr Betroffenen mit adäquater Hilfe zu begegnen als es mit traditionellen Ansätzen und Versorgungsformen (stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung; Richtlinien-Psychotherapie) möglich ist.

Dies wird vor allem durch den geringen Verbrauch personeller Ressourcen, im Vergleich zu konventionellen psychotherapeutischen Ansätzen ermöglicht. Einige Ansätze kommen mit geringen (begleitete Selbsthilfe, Gruppenangebote, zeitlich kurze und wenige Kontakte) oder gar keinem Ressourcenverbrauch aus (nicht-begleitete Selbst-



hilfe) (Bennett-Levy, Richards, & Farrand, 2010; White, 2010). Entgegen der sprachlichen Bezeichnung sind LI-CBT Interventionen jedoch nicht notwendigerweise weniger intensiv als andere Verfahren. So kann die Teilnahme für die betroffene Person durchaus mit einer großen Intensivität (z.B. Zeit um mit Selbsthilfematerialien zu arbeiten, Mails oder PC-gestützte Aufgaben zu bearbeiten, Hausaufgaben) und Effektivität einhergehen. Die Mehrzahl der Interventionen basiert auf Theorien und Modellen der KVT und fokussiert als Schlüsselinterventionen auf Verhaltensaktivierung, kognitive Verfahren, Problemlöseverfahren und Exposition sowie Verhaltensexperimente.

Ein weiteres Prinzip ist die Form der therapeutischen Interventionen. Diese umfasst neben Selbsthilfematerialien und Telefon-, SMS- oder E-Mail-Kontakten auch Gruppen oder computergestützte Ansätze. Das vermutlich wichtigste und grundlegendste Prinzip betrifft jedoch den frühzeitigen Zugang zu evidenzbasierten Interventionen. Um eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen und somit der Chronifizierung psychischer Störungen entgegenzuwirken, wie sie seit längerem international zu beobachten ist (Wittchen et al., 2011), muss Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden in einer frühen Erkrankungsphase Hilfe einzuholen. In dieser Phase können bereits niedrig-intensive Interventionen zu einer deutlichen Veränderung der psy-

chischen Verfassung beitragen (Zimmermann et al., 2016). Schreitet die Pathogenese jedoch ungehindert fort, kann es zur weiteren Chronifizierung der Symptomatik und letztlich zur Inanspruchnahme ressourcenintensiver Behandlungssystem durch die betroffene Person kommen. Da unterschiedliche Personen und Symptome unterschiedlich gut auf die verschiedenen Interventionen und Fachkräfte ansprechen, ist die Einbettung von LI-CBT in Stepped Care und Collaborative Care Modellen erforderlich.

Stepped Care und Collaborative Care

„*Stepped care*“ bezeichnet einen Versorgungsansatz, in dem die betroffene Person zunächst diejenige Behandlung erhält, die am ehesten bei der vorliegenden Symptomatik und/oder Personengruppe wirksam ist. Somit beginnt die Behandlung mit der leitliniengerechten Intervention, die gleichzeitig die geringste Behandlungsintensität aufweist. Damit können auf der ersten Stufe zunächst ein detailliertes Assessment und eine Beobachtungsphase („*Watchfull Waiting*“), auf Stufe 2 LI-CBT Interventionen, auf Stufe 3 ambulante HI-CBT Interventionen und letztlich auf Stufe

4 eine stationäre, kombinierte Behandlung angesiedelt sein. Bei Nichtansprechen auf die Behandlung in einer Stufe erfolgt eine Überleitung in die nächst intensivere Stufe („*Stepp*“) oder bei Remission der Symptomatik ein Ausscheiden aus der gestuften Behandlung (vgl. Van Straten, Tiemens, Hakkaart, Nolen, & Donker, 2006). Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Großteil der Betroffenen bereits auf Stufen mit einer geringen therapeutischen Aktivität angemessen versorgt werden kann, (Nordgreen et al., 2015). Voraussetzung für ein Gelingen solcher Systeme sind Beobachtungs- und Gesundheitstrackingsysteme, um den psychischen Gesundheitszustand der betroffenen Person einzuschätzen und ggf. eine Stufenveränderung vorzunehmen. Bislang ist eine großflächige Implementierung und Evaluation solcher Programme vornehmlich im angloamerikanischen Raum erfolgt (Scogin, Hanson & Welsh, 2003; Bower & Gilbody, 2005) obgleich sie in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen werden (NICE, 2004; DGPPN, BÄK, KBV et al., 2009). Ein an die Bedürfnisse angepasster Behandlungsbeginn und bedarfsgerechter Wechsel von Interventionen unterschiedlichster Intensität zeigen sich hierbei als besonders geeignet, um eine Vielzahl unterschiedlich-

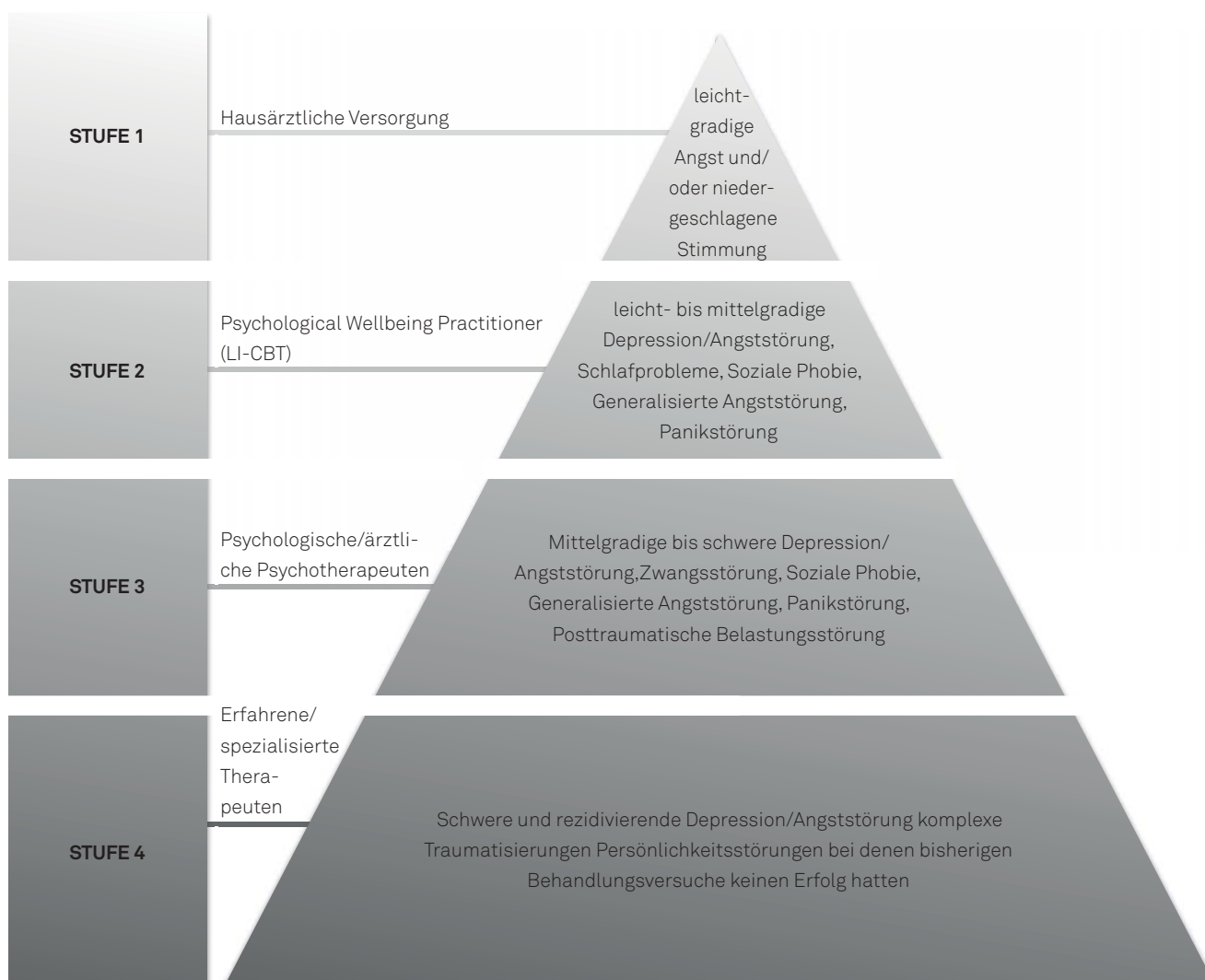


Abbildung 1. Stepped Care Modell basiert auf den britischen NICE-Guidelines.

cher Personengruppen und Schweregrade verschiedener Störungen anzusprechen. Ein Beispiel für ein Stepped Care Modell basiert auf den britischen NICE-Guidelines (Abbildung 1). Hier wird die Notwendigkeit einer fächerübergreifenden und transdisziplinären Zusammenarbeit deutlich.

In der Intensivierung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen liegt ein zentrales Ziel von *Collaborative Care-Modellen*. Hier wird vor allem eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der in der psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen (u.a. Hausärzte, Fachärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegekräfte), angestrebt. Collaborative Care Modelle umfassen zumeist die Behandlungscoordination bzw. das Behandlungsmanagement sowie das regelmäßige Monitoring der Zielsymptomatik mit Hilfe validierter Instrumente. Somit wird zum einen eine leitliniengerechte Arbeitsverteilung und Vernetzung und zum anderen der Einbezug der Betroffenen gewährleistet (Katon et al., 1997; Von Korff et al., 1997).

Ein erster Zugang zu den oben beschriebenen Behandlungsprogrammen kann über ein Screening (z. B. mit Hilfe des OQ-45; Lambert et al., 2004) erfolgen. Auf das Screening folgt eine strukturierte Interviewdiagnostik mittels einschlägiger Diagnoseinstrumente (z. B. SKID, Wittchen et al. 1997). Anschließend erfolgt die Festlegung von Behandlungszielen im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung, wie sie in den derzeitigen Leitlinien empfohlen wird (vgl. DGPPN, BÄK, KBV et al., 2009). Im weiteren Verlauf erfolgt entweder ein Übergang in die nächst intensivere Stufe, ein Rückgang auf die vorherige Stufe oder ein Ausscheiden aus dem Programm aufgrund einer hinreichenden Remission der Symptomatik. Deutschsprachige Modellprojekte realisierten die Rekrutierung und somit den Einschluss von Betroffenen in ein Stepped Care Programm zumeist über den Hausarzt (z. B. Härter et al., 2015). Ein Mangel sowohl an Fachkräften als auch an fachlicher Qualifikation im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie hat jedoch die Bildung eines „Flaschenhalses“ zur Folge, was eine breite Wirksamkeit und großflächige Implementierung vergleichbarer Programme drastisch reduziert. Letzteres konnte bislang lediglich im Rahmen der Initiative zur Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischen Angeboten in Großbritannien (*Improving Access to Psychological Therapies; IAPT, Department of Health, 2008a*) realisiert werden. In Großbritannien erfolgte ab 2006/07 der Aufbau von zwei Modellstandorten (Doncaster und Newham) sowie die schrittweise Implementierung eines nationalen Programms zur Ausbildung von psychotherapeutischen Fachkräften (Psychological Wellbeing Practitioners, PWP) ohne vorherige, langjährige, fachliche Qualifikation mit dem Ziel, evidenzbasierte therapeutische Angebote mit low- und high intensity CBT, großflächig verfügbar zu machen. PWP's sind heute maßgeblich für die Umsetzung der zweiten Stufen des Stepped Care Programms (Abbildung 1) verantwortlich und werden parallel zu high-intensity Therapeuten ausgebildet. Bereits 2011

gibt es ca. 3660 neu ausgebildete PWP's und high-intensity Therapeuten (Clark, 2011). Jährlich stehen ca. 500 Ausbildungsplätze zur Verfügung (<https://www.healthcareers.nhs.uk/>). Eine parallele Entwicklung zeigt sich in den Niederlanden ab 2008. Hier ist die hausärztliche Versorgung, die in den Niederlanden eine zentrale Steuerungsfunktion von somatischen und psychischen Versorgungsleistungen inne hat, um die sogenannten „Praktisch-tätigen Unterstützungsfachkräfte für psychische Gesundheitsversorgung“ (engl. Practice Support Professional for Mental Health Care; niederl. *Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg*, POH-GGZ) erweitert worden. Dabei handelt es sich um Fachkräfte, die primär in der Aufklärung, Behandlung und Diagnostik von Betroffenen mit leichten psychischen Erkrankungen, tätig sind (OECD, 2012). Während der professionelle Background deutlich diverser ist als in Deutschland (63% psychiatrische Pflegenden, 10% Psychologen/innen, 7% Sozialarbeiter/Innen, 6% Pflegenden; Verbeek et al., 2011), erfolgt die Vermittlung weiter durch den Hausarzt.

Evidenz für LI-CBT

Die Pilotphase der IAPT Initiative hat die ersten und gut untersuchten Hinweise auf Effektivität und Effizienz von LI-CBT Angeboten erbracht (Clark et al., 2009). Hervorzuheben ist die schnelle Kontaktaufnahme mit den Betroffenen von im Durchschnitt 21 Tage nach Überweisung oder eigenmächtiger Vorstellung (Clark et al., 2009). Die Möglichkeit der Selbstzuweisung im IAPT-Programm ermöglicht es der betroffenen Person zudem, Hilfe in Anspruch zu nehmen, die zuvor aufgrund von Stigmatisierung oder aus Scham keine therapeutische Hilfe aufgesucht bzw. eingefordert hat (Bleichardt & Rief, 2010). Im ersten Jahr ist in den beiden Testzentren die Versorgung von über 3500 Menschen mit psychischen Problemen unterschiedlicher Schwere und Art sichergestellt worden (Clark, 2011). Landesweit sind bereits nach dem zweiten Jahr knapp 400 000 Betroffene im Rahmen



des IAPT Programms versorgt worden und es konnten Remissionsraten von ca. 40% verzeichnet werden (Clark, 2011). Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote scheinen soziodemographische Unterschiede keinen Einfluss zu haben. Der Schweregrad der Erkrankung, die Krankheitsdauer (<1 Monat oder >2 Jahre) sowie das Vorliegen akuter Suizidalität scheinen sich jedoch negativ auf die Effektivität des IAPT Angebotes auszuwirken (Di Bona, Saxon, Barkahm, Dent-Brown, & Parry, 2014). Ein niedrigeres soziales Funktionsniveaus sowie eine stärkere Einschränkung durch die Symptomatik sind jedoch gleichermaßen bei high- und low-Intensity Ansätzen mit einem schlechteren Therapieoutcome assoziiert (Haug et al., 2015). Dies macht deutlich, dass gerade diejenigen, bei denen eine Chronifizierung der Symptomatik noch bevorsteht, von neueren Versorgungsansätzen zu profitieren scheinen. Auch im Vergleich zu klassischen Beratungsansätzen (*Counseling*; u.a. klientenzentrierte Beratung; Rogers, 1993) erzielten LI-CBT Interventionen über einen Zeitraum von 8 Wochen (eine wöchentlich Sitzung) vergleichbare Ergebnisse (Freire et al., 2015). Während in den Anfängen der IAPT Initiative der Fokus vor allem auf leichte psychische Störungen (v.a. depressive und Angststörungen) lag fokussieren neueste Programme auch schwere psychische Erkrankungen (Gyani, Shafran, Layaard & Clark, 2013). So haben beispielsweise Waller und Kollegen ein Gruppenprogramm entwickelt, das auf die Reduktion von Depression und Angst im Zusammenhang mit psychotischen Symptomen fokussiert (Waller et al. 2013). Erste Ergebnisse deuten auf die Effektivität der Intervention hin (Waller et al., 2013), betonen die gelungene Anwendung durch Fachkräfte ohne langjährige Erfahrung und/oder Training im psychotherapeutischen Bereich (Waller et al., 2015) und werden aktuell in einer größeren randomisiert-kontrollierten Studie validiert (Waller et al., 2014). In der Gesamtschau muss jedoch konstatiert werden, dass im vielversprechenden Bereich der LI-CBT weiterhin eine uneinheitliche Evidenzlage vorliegt, welche die Notwendigkeit von Primärstudien deutlich macht (vgl. Rodgers et al., 2012).

LI-CBT in der Pflege

Der Einsatz von Pflegenden in diesem zunächst als neu erscheinenden Bereich der psychiatrischen Gesundheitsversorgung erscheint nahezu selbstverständlich. Tatsächlich ist die Idee, kurze und evidenzbasierte Methoden der Verhaltenstherapie angewandt durch trainierte Pflegenden zu etablieren, keineswegs neu. Bereits in den 1980er Jahren hat Isaac Marks in Großbritannien eindrücklich belegt, dass in KVT geschulte psychiatrisch Pflegenden ebenso gute Erfolge in der Behandlung von psychiatrischen Patienten erzielen können wie Kollegen aus den Bereichen der Medizin oder Psychologie (Marks, 1977, 1985). Dieser Befund, der mittlerweile vielfach repliziert werden konnte (z.B. Gournay, Dentford, & Newell, 2000; Katon et al. 2010), untermauert die Forderung nach Training und Im-

plementierung von Pflegenden im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Fairburn & Patel, 2014). Ein Blick auf den Einsatz psychiatrisch Pflegender im Bereich der LI-CBT Interventionen stützt diese Forderung. Pflegende sind demnach nach kurzem Training (4-5 Tage) in der Lage, in der allgemeinmedizinischen Versorgung von Patienten mit der Diagnose Depression als Case Manager zu fungieren und low-intensity Interventionen (u.a. Verhaltensaktivierung) wirksam und nachhaltig anzuwenden (Ekers & Wilson, 2008). Generell zeigt sich KVT basiertes Casemanagement durch verschiedene Berufsgruppen (v.a. Pflege, Sozialarbeiter, Pädagogen) als effektiver und effizienter Ansatz in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit leichten bis mittelgradigen (Pinninti, Schmidt, & Snyder, 2014) sowie schweren psychischen Erkrankungen (Turkington et al., 2002, 2014; Sivec et al., 2015). Dies ist gerade vor dem Hintergrund, dass Pflegende und Casemanager im klinischen Alltag zumeist den längsten und intensivsten Patientenkontakt haben, von besonderer Relevanz (Sivec et al., 2015).

Gerade in Bezug auf Verhaltensaktivierung, die als zentrale LI Technik in der Behandlung von Patienten mit Depression angesehen werden kann (Ekers et al., 2014), zeigten psychiatrisch Pflegenden mit einem Minimum an formalen Training ähnliche Effekte wie eine konventionelle KVT Behandlung (Ekers, Richards, McMillan, Bland, & Gilbody, 2011). Auch im Bereich der frühzeitigen Behandlung von Ersterkrankten im Rahmen von Psychosen Früherkennungszentren können erste Hinweise auf die Wirksamkeit pflegerischer Interventionen und Gruppenprogramme über mehrere Wochen (Welfare-Wilson & Newman, 2013) und sogar im Rahmen von Tagesworkshops zum Umgang mit psychoseassoziierten Ängsten (Welfare-Wilson & Jones, 2015) gefunden werden.

In einer Studie von Zimmermann und Kollegen (2016) wurde kürzlich der Effekt einer komplexen, niedrigschwelligen Intervention zur Selbstmanagementförderung durch speziell geschulte Pflegekräfte im Rahmen der hausärztlichen Versorgung untersucht. So hatte die Intervention, welche als kollaborative Begleitung der hausärztlichen Grundversorgung konzipiert wurde, eine Erhöhung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit bei Patienten mit Angst, depressiven und somatoformen Beschwerden zur Folge. Erstmals in Deutschland liegen somit Befunde vor, die auf aufzeigen, welchen Beitrag Pflegekräfte in der primären therapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen haben können (vgl. Zimmermann et al., 2016).

Fazit und Ausblick

Entwicklungen in Forschung und Praxis der letzten Dekade zeigen auf, dass Psychotherapie als Arbeitsfeld psychiatrischer Pflege international bereits fest etabliert, hierzulande jedoch nach wie vor in den Kinderschuhen steckt. Nationale Gesetzeslagen, historische und kulturelle Aspekte sowie die Dominanz einzelner Berufsgruppen stel-

len Stolpersteine auf dem Weg hin zur pflegerischen Psychotherapie dar (Horatio, 2012). Die psychiatrische Pflege arbeitet in Deutschland seit jeher dort, wo Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf leben und behandelt werden. In der multiprofessionellen Arbeit und speziell in der patientenorientierten Arbeit stellt sich somit mehr und mehr die Frage, was unter moderner Psychotherapie verstanden werden kann. Mit Blick auf allgemein und verfahrensspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie (vgl. Grawe, 1995; Pfammatter & Tschacher, 2012; Pfammatter et al., 2012) stellt nach wie vor die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, eine Klärung von Bedingungsfaktoren der aktuellen Problemsituation sowie die Unterstützung in der Problembewältigung wesentliche Faktoren einer heilsamen therapeutischen Interaktion dar. Ohne Frage ist psychiatrische Pflege hier wirksam und effektiv. LI-CBT Interventionen eröffnen die Möglichkeit, psychiatrisch-pflegerisches Handeln um manualisierte, bedarfsorientierte und evidenzbasierte Angebote zu erweitern und somit die Frage nach Psychotherapie erneut zu beleuchten. Psychotherapeutische Ansätze in der psychiatrischen Pflege konnten bereits im Rahmen der Adherence-Therapie verwirklicht werden (Schulz et al., 2013). Ob der Bereich der LI-CBT die „2. Welle der pflegerischen Psychotherapie“ darstellen kann oder nicht stellt eine Frage dar, in deren Beantwortung ein enormes Potential für Fachkollegen und Betroffene liegt.

Literatur

- Beck AT. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P. Low intensity Interventions: a revolution in mental health care In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, Christensen H, Griffiths KM, Kavanagh DJ, Klein B, Lau MA, Proudfoot J. Hrsg. *Low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010: 3–18.
- Bleichhardt G, Rief W. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) – Großbritannien. In C. Tophoven & T. Wessels Hrsg. *Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen 2012*, 89–102. München: Psychotherapeutenverlag.
- Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 11–7.
- Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23:318–327
- Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. and Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910–20.
- Department of Health. IAPT implementation plan: national guidelines for regional delivery 2008. Available at www.iapt.nhs.uk.
- DGPPN, BÄK, KBV et al (2009) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. DGPPN, ÄZQ, AWMF, 1. Aufl. Berlin, Düsseldorf
- Di Bona L, Saxon D, Barkham M, Dent-Brown K, Parry G. Predictors of patient non-attendance at Improving Access to Psychological Therapy services demonstration sites. *J Affect Disord* 2014; 169: 157–64.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J.M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198, 66e72.
- Ekers, D., & Wilson, R. (2007). Depression case management by practice nurses in primary care: an audit. *Mental health in family medicine*, 5(2), 111.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS one*, 9(6), e100100.
- Fairburn, C.G., & Patel, V. (2014). The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. *The American journal of psychiatry*, 171(5), 495–498.
- Freire E, Williams C, Messow CM, Cooper M, Elliott R, McConnachie A, Walker A, Heard D, Morrison J. Counselling versus low-intensity cognitive behavioural therapy for persistent sub-threshold and mild depression (CLICD): a pilot/feasibility randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2015; 15: 1.
- Gournay, K. Dentford, L. & Newell, R. (2000) British nurses in behavioural psychotherapy: a 25-year follow up. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 343–351
- Grawe, K. (1995). *Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie*. Psychotherapeut, 40, 130–145.
- Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behav Res Ther* 2013; 51: 597–606.
- Haug T, Nordgreen T, Öst LG, Kvale G, Tangen T, Andersson G, Carlbring P, Heiervang ER, Havik OE. Stepped care versus face-to-face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: predictors and moderators of outcome. *Behav Res Ther* 2015; 71: 76–89.
- Härter M, Brandes A, Hillebrandt B, Lambert M. psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatr Prax* 2015; 42: S4–8.
- Jacobi F, Höfler M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1 –MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–19.
- Katon, W.J., Lin, E.H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Young, B., ... & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611–2620.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Unützer J, Simon G, Walker E, Ludman E, Bush T. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen hosp psy* 1997; 19: 169–78.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Üstün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 23–33.
- Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R.C., et al. (2004). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire 45. Salt Lake City, UT: OQ Measures L.L.C.
- Marks, I. (1977) *Nursing in Behavioural Psychotherapy: An advanced clinical role for Nurses*. Royal College of Nursing of the United Kingdom. London.
- Marks, I. Bird, J & Lindley, P. (1978) *Behavioural nurse therapists 1978 – Developments and Implications*. Behavioural Psychotherapy 6:25–36
- National Institute for Clinical Excellence. *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. UK: NICE. 2013.
- Nordgreen, T., Haug, T., Ånost, L.-G., Andersson, G., Carlbring, P., Kvale, G., Tangen, T., Heiervang, E. & Havik, O.E., Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: A randomized effectiveness trial, *Behavior Therapy* (2015), doi: 10.1016/j.beth.2015.10.004
- OECD. (2014). *Mental Health and Work*: Netherlands, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- Pfammatter M & Tschacher W (2012) Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 1–10.

- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17(1), 17–31.
- Pinninti, N.R., Schmidt, L.T., & Snyder, R.P. (2014). Case manager as therapy extender for cognitive behavior therapy of serious mental illness: A case report. *Community mental health journal*, 50(4), 422–426.
- Rodgers M, Asaria M, Walker S, McMillan D, Lucock M, Harden M, Palmer S, Eastwood A. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technology Assessment* 2012;16: 1366–5278.
- Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., & Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: a multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 146(1), 59–63.
- Scogin FF, Hanson A, Welsh D. Selfadministered treatment in stepped-care models of depression treatment. *J Clin Psychol* 2003; 59: 341–9.
- Shafraan, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.h., Ehlers, A., et al. (2009). Mind the gap: improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902–909.
- Sivec, H.J., Montesano, V.L., Skubby, D., Knepp, K.A., & Munetz, M.R. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBT-p) Delivered in a Community Mental Health Setting: A Case Comparison of Clients Receiving CBT Informed Strategies by Case Managers Prior to Therapy. *Community mental health journal*, 1–9.
- Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Nausheen, B., & Kingdon, D. (2014). High-yield cognitive behavioural techniques for psychosis delivered by case managers to their clients with persistent psychotic symptoms: An exploratory trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(1), 30–34.
- Turkington, D., Kingdon, D., Turner, T., & Insight into Schizophrenia Research Group. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523e527.
- Van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MC. Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 468–76.
- Verbeek, M., A, Knispel and J. Nuijen (2011), "GGZ in tabellen" [Mental health care shown in tables], Trimbos-instituut, Utrecht.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1097–102.
- Waller H, Garety PA, Jolley S, Fornells-Ambrojo M, Kuipers E, Onwumere J, Woodall A, Emsley R, Craig T. Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013; 44: 98–104.
- Waller H, Garety P, Jolley S, Fornells-Ambrojo M, Kuipers E, Onwumere J, Woodall A, Craig T. Training frontline mental health staff to deliver "low intensity" psychological therapy for psychosis: a qualitative analysis of therapist and service user views on the therapy and its future implementation. *Behav Cogn Psychother* 2015; 43: 298–313.
- Waller H, Craig T, Landau S, Fornells-Ambrojo M, Hassanali N, Iredale C, Jolley S, McCrone P, Garety P. The effects of a brief CBT intervention, delivered by frontline mental health staff, to promote recovery in people with psychosis and comorbid anxiety or depression (the GOALS study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15: 255.
- Welfare-Wilson, A., & Newman, R. (2013). Cognitive behavioural therapy for psychosis and anxiety. *British Journal of Nursing*, 22(18), 1061–5.
- Welfare-Wilson, A., & Jones, A. (2015). A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis. *British Journal of Nursing*, 24(7).
- White J. The STEPS model: a high volume, multi-level, multi-purpose approach to address common mental health problems In: Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, Christensen H, Griffiths KM, Kavanagh DJ, Klein B, Lau MA, Proudfoot J. Hrsg. *Low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010: 35–52.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21: 655–79.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, T., Puschmann, E., van den Bussche, H., Wiese, B., Ernst, A., Porzelt, S., ... & Scherer, M. (2016). Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *International Journal of Nursing Studies*, 63, 101–111.



Prof. Dr. Pascal Wabnitz, Professor für angewandte Psychologie in psychosozialen Handlungsfeldern an der FHdD in Bielefeld und Psychologischer Psychotherapeut (VT) in eigener Praxis.



Prof. Dr. Michael Schulz ist geschäftsführender Herausgeber der Psychiatrischen Pflege und leitet den Lehrstuhl für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld.

michael.schulz@fhdd.de



Michael Löhr, Lehrstuhl Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Forschungsschwerpunkt Intensivbetreuung in der Psychiatrie, Qualitative und quantitative Personalanforderungen im Pflegedienst im Psychiatrischen Krankenhaus, Versorgungsforschung.

michael.loehr@fhdd.de



André Nienaber ist Gesundheits- und Pflegewissenschaftler am LWL-Klinikum Gütersloh und Leiter des Referats Psychiatrische Pflege in der DGPPN.

andre.nienaber@lwl.org