

## Originalarbeit

*Evelin Gottwalz-Itten und Maike Hartmann*

### **Psychosentherapie im Ambulanzalltag**

**Zusammenfassung:** Der positive Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie auf die Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe bei Patienten mit Psychose gilt seit circa einem Jahrzehnt als gut belegt. Als theoretische Basis der Behandlung dienen lerntheoretische Grundlagen, also die Annahme, dass Verhalten durch übergreifende Schemata geleitet wird, sowie das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell, welches annimmt, dass durch Stress und eine Vulnerabilität (Sensibilität gegenüber Umweltreizen) sich psychotische Symptome entwickeln und verstärken können. Therapeutisch lassen sich aus den theoretischen Annahmen hilfreiche Ansätze zur Modifikation der übergreifenden hinderlichen Schemata und der Aufbau eines Selbstmanagements von Stress ableiten. Diese Ansätze wurden bisher kaum in der alltäglichen Routineversorgung von Patienten mit Psychose implementiert. Die therapeutische Arbeit mit diesen Patienten in der Ausbildungsambulanz der dgvt Hamburg wird an mehreren Fallbeispielen verdeutlicht.

**Schlüsselwörter:** Verhaltenstherapie, Psychose, Schemata, Vulnerabilität-Stress-Bewältigungs-Modell

#### **Summary: Therapy with psychotic persons in outpatient daily routine**

The positive effect of cognitive behavioural therapy in reducing symptoms and as a prophylactic against recidivism, with patients suffering from a psychosis has been well supported for least a decade. As a theoretical basis for treatment, learning theory, (the acceptance that behaviour is managed by comprehensive schemata), as well as the Vulnerability- Stress- Coping model that assumes through stress vulnerability (a sensitivity to environmental stimuli) psychotic symptoms develop which can be strengthened. Theoretical assumptions allow therapeutically helpful interventions to modify comprehensive debilitating schemata and establish self-management of stress discharge. In the past these interventions were hardly ever implemented as part of the everyday routine provision with psychotic patients. This has been illustrated in many case studies of therapeutic work with these patients in the outpatient training unit of the German Society of Behaviour Therapy, Hamburg.

**Keywords:** Behaviour therapy, psychoses, schemata, Vulnerability – Stress – Coping Model

Die heutige Verhaltenstherapie hat in den letzten 10–15 Jahren durch die Integration innovativer Ansätze ein hilfreiches und vielfältiges Angebot für Menschen mit Psychosen entwickelt und die bewährten traditionellen Methoden weiter kreativ vitalisiert.

Viele neuere Studien haben nochmals belegt, dass kognitiv-behaviorale Psychotherapie zum Beispiel bei produktiven Symptomen psychotischer Patienten einen direkten Effekt hat und eine deutlich rückfallverhütende Wirkung zeigt. So haben zum Beispiel 2003 Forscher der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen eine beeindruckende Studie und Metaanalyse durchgeführt, die nachweist, wie effektiv die Arbeit an den Krankheitsverarbeitungsstrategien, den negativen Selbsteinschätzungen und an dem umfassenden Verständnis der Erfahrungen in der Psychose sein kann (Wiedemann & Klingberg, 2003). Auch die Psychologen Patty Bach und Steven Hayes (2002) haben in ihrer bemerkenswerten Studie gezeigt, dass wenige Stunden Therapie (ACT – Akzeptanz-Commitment-Therapie) ausreichen, um die Wiederaufnahmen in die Klinik zu halbieren. Man könnte an dieser Stelle noch viele Studien – vor allem auch ältere Forschungsergebnisse – aufzählen, doch, wie so oft, wird das Gewonnene zu wenig umgesetzt oder es werden selten von PraktikerInnen daraus die entsprechenden Konsequenzen in der alltäglichen Routineversorgung gezogen.

Wir im dgvt-Ausbildungszentrum Hamburg bieten seit etlichen Jahren moderne Verhaltenstherapie für Menschen mit Psychosen an und haben dabei gute Erfahrungen gesammelt, die wir im Folgenden aufzeigen wollen.

Doch zunächst einige Sätze zum theoretischen und methodischen Rahmen der Verhaltenstherapie.

Die allgemeine theoretische Basis, auf der sich die Verhaltenstherapie bewegt, sind lerntheoretische Gesetzmäßigkeiten, abwechselnd je nach Orientierung auch Verhaltensmuster oder Schemata genannt. Meist verfestigen sich unter schwierigen Entwicklungsbedingungen so genannte hinderliche Schemata aus den Erfahrungen von zum Beispiel Im-Stich-gelassen-Sein, emotionaler Vernachlässigung, seelischer Verwundung und anderen schwierigen subjektiven Erlebnissen aus der Kindheit.

Ein zentrales operatives Konzept ist es, kognitive Phänomene wie automatische Gedanken, Grundüberzeugungen, erlernte Überlebensregeln und -pläne, emotionale Schemata und deren verhaltenssteuernde Wirkungen funktional zu verstehen. Das gilt genauso für vielleicht zunächst unverständliche Verhaltensweisen im psychotischen Erleben, Wahnphänomene, akustische oder optische Halluzinationen.

Ein Beispiel: Für Herrn A. war es jetzt die dritte psychotische Episode, als er in die Klinik kam. Der *Auslöser* war für ihn, dass seine Freundin sich von ihm überraschend getrennt hatte. Er kam speziell für sie nach Hamburg

und fühlte sich hier nun komplett entwurzelt. Er war akut suizidal, berichtete von optischen Halluzinationen und kommentierenden inneren Stimmen, die ihm das Jenseits als Paradies suggerierten. Er bezeichnete sich als Gratwanderer zwischen den Welten. Nach einer behutsamen antipsychotischen Medikation begannen wir mit Einzel- und Netzwerkgesprächen. Immer deutlicher wurde ihm und uns der *Grund* für seine tiefen Verlassenheitsängste und sein Gefühl der Heimatlosigkeit, die schon jede der bisherigen drei Psychosen getriggert hatten. Indem er für sich dieses neue Verständnis seiner psychotischen Erfahrungen gewinnen konnte, erreichte er mehr inneren Halt und Flexibilität in seiner Gefühls- und Gedankenwelt. In der Folge benötigte er kein Cannabis mehr als „Feuerlöscher“ für seine schmerzhaften Gefühle, die er ja früher gewohnheitsmäßig zu vermeiden suchte.

Die von uns praktizierte Verhaltenstherapie geht davon aus, dass schmerzhaftere Lebensereignisse wie Verlust, Traumata und emotionale Vernachlässigung von Menschen in Bildern, Worten, Gedanken gefasst werden, die sich in vielfältigsten Mitteilungen, Stimmungen und Empfindungen (z.B. kognitiv-limbischem „Bild- und Wortsalat“ und/oder in Erinnerungsfragmenten) ausdrücken können. Diese Gedanken und bildhaften Vorstellungen schmerzhafter Ereignisse auf der „inneren Bühne“ sind dabei oft genauso machtvoll, wenn nicht sogar machtvoller, wie zurückliegende reale schmerzhaftere Lebensereignisse oder Traumata und führen meistens, aber nicht immer und nicht in jedem Fall, mit der Zeit zu chronischem Stress und Anspannung (Heidenreich & Michalak, 2013; Parfy et al., 2003).

Ein hilfreiches, praktikables Konstrukt der Verhaltenstherapie ist das so genannte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (V-S-B-Modell), das von Neurobiologen entwickelt wurde und eine nützliche Komplexitätsreduktion vielfältigster psychischer und sozialer Faktoren darstellt. Die beiden bekannten Hauptfaktoren sind Stress (chronisch, phasisch, akut) und Vulnerabilität (Sensibilität gegenüber Umweltreizen), die sowohl miteinander als auch mit psychotischen Symptomen in Verbindung stehen können. Diese funktionieren nicht nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip. Wir denken die „dysfunktionalen“ Bewältigungsversuche mit, wie zum Beispiel den sozialen Rückzug oder die Selbst-Beruhigung als Selbstmedikation durch Alkohol und andere Drogen mit betäubender und schmerzlindernder Wirkung oder andere vielleicht verrückt anmutende Self-coping-Strategien.

Die einfache Schlussfolgerung aus dem V-S-B-Modell ist, dass je stärker der Stress aus der Umwelt ist und/oder je stärker die subjektive „Sensibilität“ zunimmt, umso wahrscheinlicher kommt es zu so genannten Vor- oder Zwischenstadien bzw. unspezifischen Frühwarnsymptomen, wie Schlafstörungen, verminderter Belastbarkeit, Beziehungssetzungen wie Misstrauen, und in der Folge zum Auftreten von Positiv- oder Negativsymptomatiken. Das suggestivkräftige Wort „Vulnerabilität“ wird aktuell leider immer wieder zu einer spezifischen genetischen Vulnerabilität stilisiert, um eine ausschließliche pharmakotherapeutische Therapie zu begründen.

Der Behandlungsansatz der zeitgemäßen Verhaltenstherapie folgt vielmehr der Idee des Selbstmanagements und des Selbstwirksamkeitserlebens. Die Erkennung von Frühwarnsymptomen, das Training kognitiver, emotionaler und sozialer Kompetenzen sowie ein familienzentriertes Vorgehen mit dem Ziel, familiäre Stressoren zu reduzieren, sind nicht einfach bloß Psychoedukation, sondern viel mehr als eine bloße Technik- und Wissensvermittlung. Ein englisches Sprichwort sagt treffend: „To teach is to touch someone’s life forever“. In diesem Sinne geht es uns vielmehr um die Gestaltung eines therapeutischen Prozesses, der die Entfaltung des eigenen, konsistenten Selbst-Seins ermöglichen hilft.

Zur Veranschaulichung unseres praktischen und konkreten Vorgehens schildern wir zwei „kleine“ Ausschnitte aus unserem Verhaltenstherapiealltag.

### **Fallbeispiel 1: Eine Person soll so viele Symptome haben?**

Dieser Antrag war der komplizierteste, den ich (MH) je geschrieben hatte und der zum Glück gleich als Langzeitantrag genehmigt wurde. Neben zwei psychotischen Episoden berichtete die Patientin von einer rezidivierenden depressiven Störung, einer sozialphobischen Störung sowie einer Zwangserkrankung. Sie war trotz der hohen neuroleptischen Medikation, die sie seit Jahren nahm, schwer belastet. So viele Symptome schüchterten mich natürlich ein. Ich versuchte, mich nicht so sehr davon beeindruckt zu lassen, um für die Patientin offen zu bleiben. Sie berichtete von paranoidem Misstrauen im zwischenmenschlichen Kontakt. Wichtig für den therapeutischen Prozess war die Vereinbarung, mir gleich zu sagen, wenn ich für sie bedrohlich wirke; was die Patientin nutzte. Dadurch wurde unsere Beziehung deutlich stabilisiert. Ihre Überzeugungen, dass andere Menschen ihr etwas Böses wollen, schwankten, und manchmal versuchte sie sich alternative Erklärungen zu geben. Häufig konnten diese Alternativerklärungen sie jedoch nicht vollständig beruhigen.

Sie berichtete zusätzlich von „magischen Gedanken“ oder Beziehungsideen, welche wirklich schwierig von Zwangsgedanken zu unterscheiden sind („wenn ich an das Bestimmte denke, dann muss ich etwas tun, damit nichts Schlimmes passiert“). Entscheidend bei diesen selbsterfüllenden Prophezeiungen ist eine nachträgliche

Verknüpfung: Weil ich mich jetzt schlecht fühle, hat der andere mich vorhin negativ manipuliert. Wirklich schwer zu falsifizieren.

Wir brauchten somit etwas Stärkeres als alternative Gedanken, ein mächtigeres stabilisierendes Mittel, gegen Unsicherheit und unangenehme Gefühle. Wir wurden fündig bei der Neutralisierung dieser Gefühle durch die Vermeidung von Situation oder Dingen („wenn ich dieses Ding, was schlechte Energie innehat, nicht benutze, dann bin ich sicher“). In einer Doppelstunde, in der das zu vermeidende „Ding“ (Papier, das von einem anderen Menschen verflucht wurde) mitgebracht wurde, kamen uns die entscheidenden Fragen: Warum sollte das Ding nur schlechte Energie transportieren? Was muss ich mit dem Ding machen, damit es die schlechte Energie verliert oder sie mich nicht mehr beeinflussen kann? Wie kann ich mich wieder aufbauen, wenn ich durch einen anderen Menschen negativ manipuliert wurde? Plötzlich gab es den neuen Handlungsspielraum: Vielleicht ist das Ding verflucht, aber der Patientin wurde klar, dass sie dem nicht völlig ausgeliefert ist. Sie konnte sich Dinge durch hilfreiche „Neutralisierung“ wieder aneignen und spürte seitdem eine vergessene Selbstwirksamkeit, die sie wieder zur Handelnden werden ließ. Der Handlungs- und Erlebnisspielraum wurde größer und die störenden Symptome traten allesamt in den Hintergrund. Hinter den Symptomen wurden Themen wie Sicherheit, Kontrolle und eine deutliche Selbstabwertung deutlich. Eine Auseinandersetzung mit diesen lebensgeschichtlichen Themen wurde in der Therapie möglich. Zentral war wieder eine akzeptierende und wohlwollende Haltung sich selbst gegenüber. Der alte Glaubenssatz „Alle wissen ja eh, dass ich die Verrückte bin“ konnte losgelassen werden.

### **Fallbeispiel 2: Vor der ersten Stunde mit dem Patienten wurde ich (MH) bereits gewarnt**

Laut Überweisungsbericht sei der Patient sehr stark verlangsamt und man brauche viel Zeit für ein Gespräch. Das stimmte irgendwie fürs Erstgespräch. Die Diagnose „schizoaffektive Störung mit ausgeprägter Negativsymptomatik und depressiver Episode“, welche ihn nun seit mehr als 20 Jahren begleitete, machte mich als seine neue Therapeutin nachdenklich. Die ersten Stunden zogen sich hin und ich hatte erst in der 20. Stunde das Gefühl, nun richtig bei ihm angedockt zu sein. Ein wirklich radikal bindungsvorsichtiger Patient. Angenehm für mich war die Entschleunigung in diesen Gesprächen. Obschon der Patient seine Verlangsamung klar als Mangel an sich festmachte. Dank dieser Verlangsamung war eine bessere Konzentration möglich, die nicht zerredet werden konnte. Zuerst interessierte ich mich für seine Erfahrungen bei den diversen stationären und teilstationären Aufenthalten in der Psychiatrie und fragte in Psychologendeutsch, was er von diesen Aufenthalten mitgenommen hätte. Es kam einfach nichts. Er konnte nicht benennen, was es für ihn, für seine Genesung, jenseits der Medikation, gebracht hat. Ich war bestürzt. Gut, sagte ich, dann versuchen wir es mal mit einer Psychotherapie. Leider unterstützten dieses Vorhaben nicht alle Beteiligten vorbehaltlos. Der verantwortliche Gutachter bewilligte von unserem Langzeitantrag nur 20 Stunden Probetherapie. Seine Begründung war, unser Antrag sei einseitig psychologisierend. Wir hätten es hier mit einer biologischen Störung zu tun, die primär medikamentös zu behandeln sei. Für mich eine klar ideologisierende und nicht wissenschaftlich fundierte Aussage. Mit dem Patienten mit Psychose psychotherapeutisch zu reden ist also unmöglich? Wenigstens waren die Probestunden genehmigt. In diesen ersten Stunden wurde deutlich, wie sehr sich der Patient selbst abwertete. Wir wissen nicht, ob das eventuell auch ein Resultat der 20-jährigen Stigmatisierung durch die organische Psychiatrie ist.

Er hatte den allumfassenden internalisierten Leistungsanspruch dieser Gesellschaft nicht fallen lassen, obwohl er ihn im bürgerlichen Sinne (Karriere machen, Familie gründen) niemals erfüllen würde. Er bestrafte sich, lehnte sich ab und hasste sich dafür. Er beschimpfte sich und hörte besonders in Stressmomenten innere Stimmen, die seine Handlungen kommentierten und negativ bewerteten. Er kämpfte sich mit sich ab und kam morgens einfach nicht aus dem Bett. Es war für ihn völlig unvorstellbar, sich nicht so unter Druck zu setzen; dann würde er sich endgültig aufgeben und gar nichts mehr machen. Er hatte nur eine leise Ahnung (z.B. las er ein Buch nur zu seinem Vergnügen und ohne Leistungsanspruch), wie es sein könnte, Dinge aus eigenem Antrieb oder sogar aus Lust zu machen.

Zum Glück wurden weitere Therapiestunden genehmigt. Wir konnten somit über dieses neue Lebenskonzept diskutieren, und der Patient wagte mit der Zeit loszulassen – seinen Leistungsdruck, seine starke Selbstkontrolle, seine Angst, sich einzulassen. Er machte gute frische Erfahrungen mit anderen Menschen, er lebte Hobbys, fuhr in den Urlaub und lernte sich zur Seite zu stehen anstatt sich zu bekämpfen. Die Medikation konnte auf sein berechtigtes Drängen hin erheblich reduziert werden. Jetzt steht er jeden Tag pünktlich auf. Er kämpfte sich erfolgreich ins Leben zurück, doch paradoxerweise ohne innere Antreiber wie Zwang und Druck, sondern mit eigener liebevoller Akzeptanz, Wohlwollen und dem Loslassen alter Verhaltensmuster. Und ja, er wird die gesellschaftlichen Maßstäbe nie erfüllen, was leider auch mit seiner Armut einhergeht. Mit der Zeit konnte sich bei ihm eine Zufriedenheit einstellen, die Symptome wie das Stimmenhören, trotz und dank stetiger Medikationsreduktion, vollständig verstummen ließ.

Für uns ist eine mögliche Schlussfolgerungen aus den drei hier kurz geschilderten Fällen, behandelt in unserem Ambulatorium, dass die von uns angewendeten psychotherapeutischen Behandlungen auf der Basis eines verhaltenstherapeutischen Zugangs zur Psychose-Erfahrung ein effektives Heilverfahren sind. Wir gehen von den sich uns zeigenden Symptomen aus und hin zur subjektiven Erfahrung der Lebens- und Leidenthemen der Patientin oder des Patienten. Zu der von uns praktizierten Verhaltenstherapie gehört die gleichzeitige Ermunterung der Hilfesuchenden zur Selbstbefähigung. Damit stärken wir das Selbstvertrauen (Vertrauen in das eigene Selbst) der Person in die eigene Gesundheit.

### **Autorinnen**

**Eveline Gottwalz-Itten.** Jahrgang 1955. Psychotherapeutin ASP, in freier Praxis in Sankt Gallen. Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Systemische Therapeutin und Supervisorin. Ambulanzleitung und stellvertretende Institutsleitung des Hamburger Ausbildungszentrums der DGVT. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Vermittlung des „Offenen Dialogs“ im Projekt von Dr. med. Volkmar Aderhold.

Aktuelle Publikationen:

(2010) mit Aderhold, V., Haßlöwer, H.: Die Behandlungskonferenz – Dialog, Reflexion und Transparenz. *Psych. Pflege Heute*, 16, 142–152

(2013) mit Aderhold, V., Family therapy and psychosis – replacing ideology with openness. In: Read, J., Dillon, J. (Hrsg.) *Models of Madness* (S. 378–391), 2. Aufl., London: Routledge

**Maïke Hartmann.** Jahrgang 1983. Diplom-Psychologin. Beschäftigte sich im Rahmen ihrer Doktorarbeit mit Stress- und Einflussfaktoren psychotischer Störungen und legte ihren Schwerpunkt in der Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin auf die Behandlung von Patienten mit Psychose.

### **Korrespondenz**

E-Mail: [e.gottwalz@dgvh-hamburg.de](mailto:e.gottwalz@dgvh-hamburg.de) oder [info@gottwalz.ch](mailto:info@gottwalz.ch)

E-Mail: [maïke.hartmann@yahoo.de](mailto:maïke.hartmann@yahoo.de)

### **Literatur**

Bach, P., Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129–1139

Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2013) *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie – Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag

Parfy, E., Schuch, B., Lenz, G. (2003) *Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. Wien: Facultas Universitätsverlag (UTB)

Wiedemann, G., Klingberg, S. (2003). Psychotherapie produktiver Symptomatik bei Patienten mit schizophrener Psychose. *Nervenarzt*, 74, 76–84

## **Thérapie ambulatoire des psychoses**

Depuis environ une décennie, on considère qu'il a été démontré que la thérapie cognitive du comportement a un effet positif s'agissant de patients psychotiques – ceci au niveau de la réduction de leurs symptômes ou à celui de la prévention des récurrences. D'un point de vue théorique, le traitement est fondé sur l'idée de processus d'apprentissage, dans le sens où le comportement peut être attribué à des schémas plus globaux ; mais on utilise également un modèle vulnérabilité/stress/gestion impliquant la notion qu'une combinaison de stress et de vulnérabilité (sensibilité aux stimulus émis par l'environnement) produit et peut renforcer des symptômes psychotiques. Ces hypothèses théoriques sont utilisées pour mettre en place des méthodes thérapeutiques qui permettent de modifier les schémas gênants et d'élaborer une autogestion du stress. Jusqu'à maintenant, ces approches ont très peu été utilisées dans le cadre de l'offre faite aux patients souffrant de psychose. Notre centre (le dgvt-Ausbildungszentrum à Hambourg) offre depuis de nombreuses années des thérapies modernes du comportement à des personnes souffrant de psychose ; notre expérience à ce niveau est excellente et nous présentons certains de ses aspects dans le présent article.

Selon la base théorique globale fondant la thérapie du comportement, des régularités peuvent être observées dans les processus d'apprentissage pour lesquelles on utilise – selon le courant – des termes tels que schémas de comportement ou plus simplement schémas. De manière générale, des conditions difficiles de construction personnelle contribuent à donner naissance à des schémas considérés comme problématiques ; ces conditions peuvent, par exemple, inclure un sentiment d'abandon, une négligence affective, des blessures psychiques et d'autres vécus subjectifs durant l'enfance. Selon un concept central, il faut alors comprendre d'un point de vue fonctionnel les phénomènes cognitifs comme les pensées automatiques, les convictions profondes, les règles et plans de survie mis en place par l'individu, ainsi que les schémas affectifs et leurs effets sur le comportement. Ceci s'applique aussi bien à des comportements durant un épisode psychotique au premier abord incompréhensibles qu'à des phénomènes de délire, ainsi qu'aux hallucinations auditives ou optiques.

Selon la thérapie comportementale que nous pratiquons, les événements existentiels douloureux – comme les deuils, les traumatismes ou la négligence affective – sont traduits en images, en mots et en idées qui en viennent à constituer des messages variés, des humeurs et des vécus (exemples : cognitivo-limbiques 'salades d'images et de paroles' et/ou fragments de souvenirs). Ces idées et ces images associées à des événements douloureux sont 'mis en scène par le psychisme' et exercent un pouvoir souvent aussi – ou même plus – puissant que celui exercé par des vécus douloureux concrets ou par des traumatismes. Très souvent, mais pas toujours et pas chez chaque personne, ils produisent avec le temps un stress et des tensions.

Pour mieux illustrer notre approche pratique et concrète nous présentons deux 'petits' extraits de thérapies. Ces exemples de cas mettent en évidence la manière dont la thérapie du comportement aborde le traitement, en incluant les notions d'autogestion et d'effet sur le vécu. Apprendre à identifier les symptômes précoces, acquérir des compétences cognitives, émotionnelles et sociales n'est pas simple éducation ; de même le travail avec les familles, visant à réduire le stress issu de cet environnement, est beaucoup plus qu'un simple enseignement de techniques et de savoirs. Un proverbe anglais exprime bien cet aspect : « To teach is to touch someone's life forever ». Dans ce sens, notre objectif est d'élaborer un processus thérapeutique qui permettra à l'individu de développer une personnalité stable. Dans les trois cas que nous présentons brièvement, il s'est agi de traitements ambulatoires. Ils nous permettent de conclure que le traitement psychothérapeutique offert, fondé sur une approche comportementale de la psychose, est efficace. Nous partons des symptômes manifestés pour accéder à l'expérience subjective qu'a le ou la patient/e de son vécu et de sa propre souffrance. Le type de thérapie du comportement que nous pratiquons implique également d'encourager les patients à s'aider eux-mêmes. Dans ce sens, nous renforçons leur confiance en soi (confiance dans le propre Soi) et l'espérance qu'ils ont de guérir.