

Thomas Schnell *Hrsg.*

# Praxisbuch: Moderne Psychotherapie

Der Guide bei  
komplexen Störungsbildern

 Springer

## Praxisbuch: Moderne Psychotherapie

Thomas Schnell

*Hrsg.*

# Praxisbuch: Moderne Psychotherapie

Der Guide bei komplexen Störungsbildern

*Herausgeber*

**Thomas Schnell**

Klinische Psychologie

Medical School Hamburg

Hamburg

Deutschland

ISBN 978-3-662-50314-0

ISBN 978-3-662-50315-7 (ebook)

DOI 10.1007/978-3-662-50315-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Springer**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Planung: Marion Krämer

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

## Vorwort

---

Seit über zwanzig Jahren befindet sich die moderne Kognitive Verhaltenstherapie in der Phase der sogenannten dritten Welle. Dabei werden die klassischen Standardverfahren der Verhaltenstherapie durch diverse Innovationen angereichert. Diese werden jedoch nicht gänzlich neu erfunden, sondern sie werden bei den therapeutischen Nachbarschulen entliehen und integriert. Insbesondere Methoden der systemischen, tiefenpsychologischen sowie humanistischen Nachbarn bieten sich diesbezüglich an.

Im Kontext der so entstandenen verhaltenstherapeutischen Weiterentwicklungen lassen sich zwei Ansätze unterscheiden. Zum einen der Ansatz der störungsübergreifenden Psychotherapie, welcher nicht auf diagnostische Kategorien fokussiert, sondern auf das Individuum mit seiner individuellen Biografie, seinen Prägungen, seinen neurobiologischen und genetischen Veranlagungen sowie seinem Temperament. Der andere Ansatz setzt auf störungsorientiertes Vorgehen, d. h., ausgehend von der diagnostischen Zuordnung werden empirisch nachgewiesene wirksame Interventionen unterschiedlicher Therapieschulen integriert.

Allerdings zeigt sich bei vielen der sogenannten störungsorientierten Ansätzen, dass sich ihr Einsatz neben dem ursprünglich zugrunde liegenden Störungsbild für viele andere Diagnosen anbietet. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), ursprünglich von Marsha Linehan für die Behandlung suizidaler Patienten konzipiert, entwickelte sich zu einer der am besten evaluierten Therapien für Borderlinepatienten. Mittlerweile gibt es DBT-Modifikationen für allerlei Störungen der Affektregulation, z. B. für Suchtpatienten, forensische Patienten, Patienten mit Essstörungen, ADHS sowie komplexen posttraumatischen Störungen.

Die Schematherapie von Jeffrey Young wurde ebenfalls für Borderlinepatienten entwickelt. Mittlerweile wird sie modifiziert eingesetzt in der Therapie anderer Persönlichkeitsstörungen, von Depressionen, Zwangs- und Essstörungen und weiteren.

Das innovative wie originelle CBASP-Konzept (kognitiv-behaviorales Analysesystem der Psychotherapie), welches McCollough für die Behandlung chronischer Depression entwickelte, zielt primär auf die Ausbildung der Mentalisierungsfähigkeit der Patienten ab. Es ist aber bereits absehbar, dass das Konzept bald auch in der Therapie anderer Patienten mit Mentalisierungsschwierigkeiten eingesetzt und evaluiert wird, z. B. bei Persönlichkeitsstörungen. Doch selbst bei Autismus oder der Schizophrenie dürften Elemente daraus gewinnbringend genutzt werden können.

Inhaltlich wirkt die moderne Verhaltenstherapie aufgrund der vielen Weiterentwicklungen zersplittert und unübersichtlich. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch einige inhaltliche Schnittmengen und Parallelen, die lediglich unterschiedlich benannt werden. Die DBT spricht beispielsweise von einem „alten emotionalen Netz“ und beschreibt damit etwas, das in anderen Ansätzen als „biografisch geprägtes Schema“ bezeichnet wird. Gemeinsam ist den Ansätzen, dass alte emotionale Netze oder biografische Schemata durch aktuelle Triggerreize aktiviert werden können und dann zu teils situationsunangemessenem Verhalten führen. In der Schematherapie wird dann z. B. von einem „Kindmodus“ gesprochen, wenn bei einem erwachsenen Patienten ein kindlicher Erlebens- und Verhaltensmodus aktiviert wird. Ebenfalls gemeinsam

ist den Dritte-Welle-Ansätzen, dass durch die vermehrte Fokussierung auf biografische Erlebnisse und die Interaktion mit prägenden Bezugspersonen auch die aktuelle Interaktion mit dem Therapeuten bedeutsam wird. Folglich wird der therapeutischen Beziehungsgestaltung ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die weitgehende Nähe der Dritte-Welle-Ansätze zueinander erlaubt es, Gemeinsamkeiten zu bündeln und zu integrieren. Stefan G. Hofmann hat dies in seinem Werk „Einführung in die moderne Kognitive Verhaltenstherapie“ realisiert, welches im Jahr 2013 im Springer-Verlag veröffentlicht wurde. Der Autor stellt die Neuerungen der dritten Welle und die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Ansätze anschaulich und praxisorientiert vor und überträgt sie auf ausgewählte psychische Störungen. Dabei lag der Fokus jedoch nicht auf schweren psychischen Störungen, sodass ich ein Jahr später (2014) ein Werk verfasste, welches nach einem ähnlichen Schema aufgebaut ist, sich jedoch ausschließlich schweren psychischen Störungen widmet, wie der Schizophrenie, Borderline- und Essstörungen, komorbidem Narzissmus sowie komorbider Depression und komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Zudem wurde die störungsorientierte und die störungsübergreifende Perspektive integriert, indem bei schwerer Symptomatik zunächst evidenzbasiert störungsorientiert gearbeitet wird, bis allmählich durch Symptomreduktion die primären Persönlichkeits- und Temperamentsmerkmale der Individuen wieder spürbar werden. Dann wird vermehrt störungsübergreifend gearbeitet, mit Fokus auf die individuelle Lebensqualität sowie einer achtsamen Lebensführung, die eigene Bedürfnisse wahrnimmt und befriedigt.

Das vorliegende Werk ist als Ergänzung zu betrachten. Es werden weitere schwere psychische Störungen behandelt, auf die in den vergangenen Jahren das Augenmerk vermehrt gerichtet wurde, nachdem sie lange Zeit vernachlässigt oder sogar verleugnet wurden. Einer der Störungen (BIID) entspricht bis heute noch keine anerkannte ICD-Diagnose, obschon außer Frage steht, dass es Patienten mit diesem Störungsbild gibt und diese aufgrund von immensem Leidensdruck behandelt werden müssen.

*Es geht im vorliegenden Buch um schwere psychische Störungen, deren Gemeinsamkeit die Chronizität der Verläufe ist.*

Es sind Störungen,

- die bereits von Geburt an bestehen,
- die in der Kindheit/Adoleszenz auffällig werden und dann chronisch persistieren,
- die trotz Erstmanifestation in der späten Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter nicht vollständig remittieren,
- bei denen äußere Faktoren, wie Substanzkonsum oder eine schwere körperliche Erkrankung, ätiologisch relevant sind, einhergehend mit anhaltenden psychischen Folgeproblemen.

Die Störungen, die in diesem Buch besprochen werden, sind in den Ausbildungscurricula zum Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten oft nur marginal vertreten, obschon bei allen eine eindeutige Indikation für Psychotherapie besteht. Entsprechend einer Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2013 besteht bei Psychotherapeuten zudem der explizite Wunsch nach intensiverer Aus- und Weiterbildung, insbesondere was die schwierige zu therapierenden Störungen betrifft.

In den acht Kapiteln des vorliegenden Buches wird der Umgang mit folgenden psychischen Störungen vorgestellt:

Bezüglich der *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter* wurde bis vor wenigen Jahren noch ganz grundlegend diskutiert, ob sie überhaupt existiert. Mittlerweile ist unumstritten, dass bei etwa einem Drittel der Kinder mit ADHS die Symptomatik bis ins Erwachsenenalter leicht modifiziert persistiert und dann relativ chronisch verläuft. Neben der medikamentösen Therapie mit Psychostimulanzien gilt die Verhaltenstherapie, insbesondere die DBT, als Therapie der Wahl. Durch die Etablierung vieler Spezialambulanzen für ADHS steht das Störungsbild wesentlich stärker im Fokus der Aufmerksamkeit als noch vor einigen Jahren. Damit wächst gleichzeitig der Bedarf an Therapeuten mit entsprechender Expertise.

Der *hochfunktionale Autismus im Erwachsenenalter* wurde lange Zeit kaum von Psychotherapeuten beachtet. Autismus wurde zudem als nicht therapierbar eingestuft. Vermutlich sind viele Betroffene im Rahmen der Diagnostik gar nicht erfasst worden, insbesondere wenn sie ein relativ hohes Funktionsniveau aufwiesen oder wenn sie sich im subklinischen Grenzbereich der Erkrankung befanden. Dennoch besteht bei diesen Betroffenen ein hoher Leidensdruck. Das vorherrschende Gefühl der Andersartigkeit und die begründete Unsicherheit im Umgang mit menschlicher Interaktion löst bei vielen autistisch strukturierten Menschen eine erhebliche Not aus. Durch die Gründung von Spezialambulanzen, die einen großen Zulauf verzeichnen, sind Zentren mit hoher Expertise entstanden, in deren Rahmen zudem erste psychotherapeutische Konzepte entwickelt wurden.

*Body Integrity Identity Disorder (BIID)* ist ein höchst faszinierendes und für Betroffene folgeschweres Störungsbild. BIID-Patienten erleben ein oder mehrere Körperteile (zumeist ein Bein oder einen Arm) als nicht dem eigenen Körper zugehörig. Eine ICD-Klassifikation steht noch aus, dennoch gibt es mittlerweile eine Reihe empirischer Arbeiten dazu, die es nahelegen, von einer Störung der Körperidentität bzw. des Körperschemas auszugehen. Der sekundäre Krankheitsgewinn durch das Einnehmen einer Krankenrolle scheint nicht bedeutsam. Auch weist das Störungsbild bei einigen Betroffenen eine sexuelle Komponente auf. BIID ist sehr ernst zu nehmen, denn wenn es Betroffenen nicht gelingt, eine Amputation des störenden Körperteils durchführen zu lassen, versuchen manche, diese durch Selbstverstümmelung zu erzwingen, mitunter mit tödlichen Folgen.

*Cannabisabhängigkeit* wurde viele Jahre stark unterschätzt. Mittlerweile ist es unbestritten, dass intensiver Konsum und insbesondere ein junges Alter bei Erstkonsum mit weitreichenden psychischen Folgeproblemen einhergehen kann, u. a. mit Substanzabhängigkeit. Kollegen aus Suchtkliniken berichten immer häufiger, dass Patienten mit der primären Diagnose einer Cannabisabhängigkeit zur Entgiftung vorstellig werden. Entsprechend wurden erste spezifische Psychotherapien konzipiert, die sich vorwiegend an verhaltenstherapeutischen Konzepten und dem Ansatz des Motivational Interviewing orientieren. In Bezug auf Cannabis ist eine äußerst differenzierte Expertise von Therapeuten notwendig, um mit dem Spannungsfeld umzugehen, welches Cannabis öffnet. Denn auch wenn die Zahl abhängiger Konsumenten scheinbar ansteigt, konsumieren die meisten Menschen die Substanz ohne weitreichende negative Folgen für ihre mentale Gesundheit. Daher ist aktuell in vielen Ländern, insbesondere in amerikanischen Staaten, eine Legalisierungspolitik im Gange. Gleichzeitig weist die medizinische Forschung Cannabis vielfältige Indikationsbereiche zu. Selbst für die Schizophrenie, die einerseits durch

Cannabiskonsum negativ beeinflusst wird, hat sich ein Cannabinoid als therapeutisch wirkungsvoll herausgestellt.

Der Umgang mit *Persönlichkeitsstörungen* (PKS) ist seit jeher eine große Herausforderung für Psychotherapeuten. Ein wesentlicher Teil der Symptomatik präsentiert sich auf der Ebene der zwischenmenschlichen Interaktion, und damit auch im Kontext der therapeutischen Beziehung. Die Bearbeitung von Störungen der Beziehungsebene ist somit ein zentraler Therapiebaustein, was eine besondere Herausforderung für die Gestaltung der Therapiebeziehung darstellt. Eines der spezifischsten Konzepte zur Gestaltung der Therapiebeziehung ist die komplementäre (motivorientierte) Beziehungsgestaltung. Dabei richtet der Therapeut sein Verhalten in Abhängigkeit der interaktionellen Bedürfnisse seines Gegenübers aus. So kann individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse der einzelnen PKS eingegangen werden, sodass die Beziehungsgestaltung in der Behandlung von PKS zu einer eigenen änderungsorientierten Intervention wird.

Die *zwanghafte Persönlichkeitsstörung* gehört zu den am schwierigsten zu behandelnden PKS. Die zwanghafte Struktur der Betroffenen steht jeglicher Veränderung im Wege, denn die in der Therapie notwendige flexible Auflösung des Störungssystems bedeutet einen zentralen Angriff auf die unflexible zwanghafte Struktur. Folglich erscheint das strukturelle System äußerst änderungsresistent. Die Klärungsorientierte Psychotherapie bietet vermutlich den bis heute elaborientesten Behandlungsansatz für spezifische Persönlichkeitsstörungen jenseits der Borderlinestörung oder der dissozialen PKS, für die mittlerweile eine Reihe unterschiedlicher und gut evaluierter Konzepte entstanden sind.

*Psychische Folgen schwerer körperlicher Erkrankungen* wie ein Schlaganfall, Tumorleiden, Schädel-Hirn-Trauma, Krebs oder Aids haben alle gemeinsam, dass die Betroffenen nachhaltige Veränderungen ihres Lebens erfahren. Damit geht der Verlust der gewohnten Funktionsfähigkeit einher und die Endlichkeit des Lebens wird schmerzlich bewusst, was eine enorme mentale Anpassungsleistung erfordert. Akzeptanz der Einschränkungen sowie die Definition einer neuen und sinnstiftenden Lebensperspektive sind wesentliche Herausforderungen an eine begleitende Psychotherapie.

*Persistierende Positivsymptomatik* ist ein häufiges Problem bei Patienten mit Schizophrenie. Lange Zeit galt die Schizophrenie ausschließlich pharmakotherapeutisch behandelbar. Die hohe Rate von medikamentösen „Nonrespondern“ und von Patienten mit residualer Symptomatik führte zur Integration klassisch verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Interventionen. Ziel war die Reduktion von chronischem Stimmenhören und persistierendem Wahn. Aber selbst die Kombination aus Pharmako- und Verhaltenstherapie hinterlässt Patienten mit Restsymptomen. Betroffene müssen daher lernen, teils skurrile Symptome wie Halluzinationen in ihren Alltag zu integrieren. Therapeutische Ansätze, die stärker auf Akzeptanz denn auf Veränderung setzen, sind hier Erfolg versprechend und werden seit wenigen Jahren von einer amerikanischen Arbeitsgruppe bei Psychosen eingesetzt. Gearbeitet wird also weniger an der Symptomreduktion als mehr an der inneren Haltung gegenüber der Symptomatik. Voraussetzung für die Einnahme einer akzeptierenden Haltung ist das Erlernen von Achtsamkeit als einer konzentrierten und nicht wertenden Aufmerksamkeitsfokussierung.

**Thomas Schnell**

Hamburg im Februar 2016



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter</b> .....	<b>1</b>
	<i>Tanja Hölter</i>	
1.1	Fallbeispiel .....	2
1.2	Definition der Störung .....	3
1.3	Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter .....	5
1.3.1	Allgemeine und formale Behandlungsaspekte .....	7
1.3.2	Therapeutische Beziehung .....	8
1.3.3	Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose .....	11
1.3.4	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	12
1.3.5	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	18
1.4	Empirische Befundlage .....	22
1.5	Schwierige Situationen .....	24
	Literatur .....	25
<b>2</b>	<b>Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter</b> .....	<b>29</b>
	<i>Astrid Gawronski, Katharina Krämer und Kai Vogeley</i>	
2.1	Fallbeispiel .....	30
2.2	Definition der Störung .....	31
2.2.1	Symptomatik .....	31
2.2.2	Epidemiologie .....	34
2.2.3	Ätiologie .....	35
2.3	Psychotherapie der Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter .....	36
2.3.1	Allgemeine und formale Behandlungsaspekte .....	36
2.3.2	Therapeutische Beziehung .....	38
2.3.3	Autismusspezifische psychotherapeutische Interventionsprogramme .....	40
2.4	Schwierige Situationen .....	42
	Literatur .....	44
<b>3</b>	<b>Body Integrity Identity Disorder</b> .....	<b>49</b>
	<i>Erich Kasten</i>	
3.1	Fallbeispiel .....	50
3.2	Definition der Störung .....	51
3.3	Psychotherapie der Body Integrity Identity Disorder .....	55
3.3.1	Allgemeine und formale Behandlungsaspekte .....	55
3.3.2	Therapeutische Beziehung .....	62
3.3.3	Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose .....	62
3.3.4	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	64
3.3.5	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	65
3.4	Empirische Befundlage .....	65
3.5	Schwierige Situationen .....	70
	Literatur .....	70

4	<b>Cannabisabhängigkeit</b> .....	73
	<i>Thomas Schnell</i>	
4.1	<b>Fallbeispiel</b> .....	74
4.2	<b>Definition der Störung</b> .....	74
4.2.1	Historische Einordnung und moderne Klassifikation .....	74
4.2.2	Epidemiologie .....	76
4.2.3	Ätiologie .....	78
4.2.4	Cannabisassoziierte psychische Störungen .....	82
4.3	<b>Psychotherapie der Cannabisabhängigkeit</b> .....	83
4.3.1	Allgemeine und formale Behandlungsaspekte .....	85
4.3.2	Therapeutische Beziehung .....	89
4.3.3	Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose .....	90
4.3.4	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	92
4.3.5	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	99
4.4	<b>Gesellschaftspolitische Betrachtungen</b> .....	101
4.5	<b>Schwierige Situationen</b> .....	102
	<b>Literatur</b> .....	103
5	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> .....	107
	<i>Rainer Sachse</i>	
5.1	<b>Definition der Störung</b> .....	108
5.2	<b>Allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen</b> .....	108
5.2.1	Ebene der Beziehungsmotive .....	108
5.2.2	Ebene der dysfunktionalen Schemata .....	109
5.2.3	Ebene des intransparenten Handelns .....	110
5.2.4	Kompensatorische Schemata .....	111
5.2.5	Interaktionstests .....	113
5.3	<b>Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen</b> .....	114
5.3.1	Therapeutische Beziehung .....	114
5.3.2	Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose .....	115
5.3.3	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	117
5.3.4	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	119
5.4	<b>Empirische Befunde</b> .....	119
5.5	<b>Schwierige Situationen</b> .....	120
	<b>Literatur</b> .....	120
6	<b>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</b> .....	123
	<i>Rainer Sachse und Stefanie Kiszkenow-Bäker</i>	
6.1	<b>Fallbeispiel</b> .....	124
6.2	<b>Definition der Störung</b> .....	124
6.2.1	Symptomatik .....	124
6.2.2	Epidemiologie .....	125
6.3	<b>Störungstheorie</b> .....	126
6.3.1	Zentrale Beziehungsmotive .....	126
6.3.2	Schemata .....	126
6.3.3	Interaktionsspiele .....	128
6.3.4	Emotionskontrolle .....	129

6.4	<b>Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung</b> .....	129
6.4.1	Therapeutische Beziehung .....	130
6.4.2	Therapiephase 1: Therapeutische Beziehung und Arbeitsallianz .....	130
6.4.3	Therapiephase 2: Annäherungsmotivation steigern .....	132
6.4.4	Therapiephase 3: Veränderung dysfunktionaler Schemata und Alltagstransfer .....	134
	<b>Literatur</b> .....	136
7	<b>Psychische Störungen bei schweren somatischen Erkrankungen</b> .....	139
	<i>Erich Kasten und Lisa Schönberg</i>	
7.1	<b>Fallbeispiel</b> .....	140
7.2	<b>Definition der Störung</b> .....	141
7.3	<b>Psychotherapie der schweren somatischen Erkrankungen</b> .....	143
7.3.1	Allgemeine und formale Behandlungsaspekte .....	143
7.3.2	Therapeutische Beziehung .....	147
7.3.3	Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose .....	147
7.3.4	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	150
7.3.5	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	154
7.4	<b>Empirische Befundlage</b> .....	156
7.5	<b>Schwierige Situationen</b> .....	160
	<b>Literatur</b> .....	162
8	<b>Persistierendes Stimmenhören bei schizophrenen Psychosen</b> .....	165
	<i>Thomas Schnell</i>	
8.1	<b>Fallbeispiel</b> .....	166
8.2	<b>Definition der Störung</b> .....	166
8.3	<b>Psychotherapie des persistierenden Stimmenhörens bei schizophrenen Psychosen</b> .....	167
8.3.1	Einzug von Achtsamkeit und Akzeptanz in die Psychotherapie .....	168
8.3.2	Therapeutische Beziehung .....	174
8.3.3	Therapiephase 1: Umgang mit der Störung und Vermittlung des Achtsamkeitskonzepts .....	175
8.3.4	Therapiephase 2: Symptomorientierung .....	177
8.3.5	Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität .....	182
8.4	<b>Empirische Befundlage</b> .....	183
8.5	<b>Schwierige Situationen</b> .....	184
	<b>Literatur</b> .....	185
	<b>Serviceteil</b> .....	187
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	188

# Herausgeber und Autoren

---

## **Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell**

Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell ist Diplompsychologe und approbierter Psychotherapeut mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Zusätzlich zertifizierte er sich in Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) zur Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen sowie in Spezieller Psychotraumathe-  
rapie nach Vorgaben der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Besonderer Fokus lag dabei auf schwerer und komplexer Traumatisierung. Mit dieser Klientel arbeitete Thomas Schnell einige Jahre in seiner Funktion als psychologischer Leiter einer Traumaambulanz der LVR-Klinik in Köln. Durch Forschungsaktivitäten im Bereich Komorbidität Schizophrenie und Sucht inspiriert, entwickelte Thomas Schnell im Jahr 2007 gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank ein verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm für Doppeldiagnosepatienten, welches seit seiner Veröffentlichung in kontinuierlicher Anwendung ist. Seit 2011 ist Thomas Schnell an der Medical School Hamburg (MSH) als Professor für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie tätig.

## **Weitere Autoren**

---

### ■ **Dr. rer. medic. Astrid Gawronski**

Frau Dr. Astrid Gawronski ist als Diplompsychologin tätig und zurzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter, wissenschaftliche Entwicklung und Validierung von Gruppentherapien für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störungen.

### ■ **Dipl.-Psych. Tanja Hölter**

Frau Diplompsychologin Tanja Hölter ist als Psychologische Psychotherapeutin (VT/KOP) seit 2006 in der LWL-Klinik Bochum in unterschiedlichen Fachbereichen tätig. Seit 2007 ist sie zuständig für die Diagnostik und gruppentherapeutische Behandlung von Erwachsenen mit ADHS in der Spezialambulanz der LWL-Klinik Bochum. 2013 gründete sie ihre Psychotherapiepraxis am Crengeldanz in Witten. Zudem leitet sie den Workshop „ADHS & Depressionen“ im Rahmen der Fortbildungsreihe „ADHS: (K)eine Frage des Alters“ in Köln und ist Autorin und Darstellerin in zwei Lehrvideos zum Thema „Integrierte Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter (IDA)“. Sie ist ausgebildete DBT-Therapeutin und Kinder-Jugend-Therapeutin. Arbeitsschwerpunkte: ADHS bei Erwachsenen und Persönlichkeitsstörungen.

### ■ **Prof. Dr. phil. Erich Kasten**

Prof. Dr. Erich Kasten ist Diplompsychologe, Neuropsychologe und approbierter Verhaltenstherapeut. Er arbeitet als Professor für Neurowissenschaften an der Medical School Hamburg und in eigener Praxis in Travemünde. Er war 17 Jahre lang im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, ist Leiter der Fachgruppe Neuropsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen und u. a. deutscher Vertreter in der Task Force Clinical Neuropsychologie in Brüssel.

**■ Dipl.-Psych. Stefanie Kiszkenow-Bäker**

Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Stellvertretende Leitung des Instituts für Suchttherapie am IPP-Bochum. Dozentin und Supervisorin. Niedergelassen in eigener Praxis in Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Klärungsorientierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Persönlichkeitsstörungen, Komorbidität psychischer Störungen, Emotionsfokussierte Therapie, Suchttherapie.

**■ Dr. phil. Katharina Krämer**

Dr. Katharina Krämer ist als Diplompsychologin tätig und zurzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (TP). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter, wissenschaftliche Untersuchung und Begleitung beruflicher (Re-)Integration von Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen.

**■ Prof. Dr. Rainer Sachse**

Prof. Dr. Rainer Sachse ist Direktor des Institutes für Psychologische Psychotherapie (IPP) in Bochum, Diplompsychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er ist als Dozent und Supervisor tätig und Mitherausgeber der Reihe „Psychologische Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen“ beim Hogrefe Verlag. Arbeitsschwerpunkte: Klärungsorientierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Psychotherapie Prozessforschung, Psychosomatik und Persönlichkeitsstörungen.

**■ Dipl.-Psych. Lisa Schönberg**

Dipl. Psych. Lisa Schönberg arbeitet als Lehrbeauftragte im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg. Im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (TP) ist sie als ambulante Psychotherapeutin tätig. Arbeitsschwerpunkte: konstruktivistische und psychodynamische Ansätze in der Psychologie und Psychotherapie.

**■ Prof. Dr. med. Dr. phil. Kai Vogeley**

Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Professor für Psychiatrische Früherkennung und Prävention an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Zudem ist er Leiter der Spezialambulanz Autismus im Erwachsenenalter und Leiter der Arbeitsgruppe Soziale Kognition am Institut für Neurowissenschaften und Medizin – Kognitive Neurowissenschaft (INM3) am Forschungszentrum Jülich. Arbeitsschwerpunkte: hoch-funktionaler Autismus im Erwachsenenalter, soziale Kognition und soziale Neurowissenschaft.

# Autorenverzeichnis

---

## **Dr. Gawronski Astrid**

Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Kerpener Str. 62  
50924 Köln

## **Hölter Tanja**

Psychotherapiepraxis am Crengeldanz  
Hölter & Sitte  
Crengeldanzstr. 81a  
58455 Witten

## **Prof. Dr. Kasten Erich**

Medical School Hamburg  
Am Kaiserkai 1  
20457 Hamburg

## **Kiszkenow-Bäker Stefanie**

IPP Bochum  
Prümerstr. 4  
44787 Bochum

## **Dr. Krämer Katharina**

Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Kerpener Str. 62  
50924 Köln

## **Prof. Dr. Sachse Rainer**

IPP Bochum  
Prümerstr. 4  
44787 Bochum

## **Prof. Dr. Dr. Schnell Thomas**

Medical School Hamburg  
Am Kaiserkai 1  
20457 Hamburg

## **Schönberg Lisa**

Medical School Hamburg  
Am Kaiserkai 1  
20457 Hamburg

## **Prof. Dr. Dr. Vogeley Kai**

Uniklinik Köln  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Kerpener Str. 62  
50924 Köln

# Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter

*Tanja Hölter*

## 1.1 Fallbeispiel – 2

## 1.2 Definition der Störung – 3

## 1.3 Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – 5

### 1.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte – 7

### 1.3.2 Therapeutische Beziehung – 8

### 1.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose – 11

### 1.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 12

### 1.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 18

## 1.4 Empirische Befundlage – 22

## 1.5 Schwierige Situationen – 24

## Literatur – 25

## 1.1 Fallbeispiel

---

Frau K. ist 34 Jahre alt, verheiratet und hat vor 2 Jahren einen Sohn zur Welt gebracht. Seit ihrer Kindheit habe sie sich immer als „anders“ empfunden.

Sie sei lauter, unruhiger, dann wieder verträumt und im Unterricht immer langsamer und vergesslicher als die anderen Kinder gewesen. Aufgrund ihrer Ablenkbarkeit habe sie ständig Flüchtigkeitsfehler gemacht, ihre Hefte waren, wenn sie sie dabei hatte, häufig zerfleddert, vollgekritzelt und unordentlich. Wegen ihrer andauernden Geschäftigkeit, der Probleme mit Sorgfalt und Ordnung und des von ihr ausgehenden Lärms wurde sie meist nur „die Chaos-hummel“ genannt. Mit dem Unterrichtsstoff selbst habe sie keine großen Probleme gehabt, solange er sie interessierte. Mit 10 Jahren habe sie begonnen, Handball zu spielen, was ihr sehr gutgetan habe, da sie sich dabei auspowern und im Anschluss an das Training sogar ihre Hausarbeiten fast störungsfrei erledigen konnte. Sie sei auch sehr impulsiv gewesen, habe häufig den Unterricht gestört, habe teilweise Probleme gehabt, sich an Regeln zu halten und sei in Konflikte mit anderen Kindern geraten, weil sie sich unverstanden gefühlt habe. Das habe sich aber mit der Zeit gegeben, vor allem, als sie mit dem Sport begonnen habe, wo ihr klare Grenzen und Konsequenzen für ihr Verhalten aufgezeigt worden seien. Letztlich sei sie durch die Schule immer „irgendwie durchgekommen“ und habe auch das Abitur mit durchschnittlichen Noten bestanden. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Sprüche wie „Wenn du dich doch nur anstrengen würdest!“ oder „Reiß dich doch endlich mal zusammen, du bist doch nur faul“ an der Tagesordnung.

Bei ihrem zwei Jahre älteren Bruder sei das alles aber noch viel schlimmer gewesen, sodass sich die meiste Aufmerksamkeit ihrer Eltern auf ihn gerichtet habe. Mit 9 Jahren sei bei ihm ADHS diagnostiziert worden, und er sei auch einige Jahre mit Methylphenidat behandelt worden. Bei ihr habe man diese Diagnose nicht gestellt, da sie ja alles irgendwie geschafft habe, und Mädchen irgendwann einfach vernünftig würden.

Nach der Schule habe sie zunächst mit einem Biologiestudium begonnen, was sie aber nach zwei Semestern wieder abgebrochen habe, weil es sie nicht genug interessierte. Danach habe sie Sport und Geschichte auf Lehramt studiert, aber massive Probleme gehabt, sich zu Seminaren pünktlich anzumelden, habe Referate und Hausarbeiten bis zuletzt aufgeschoben und dann in „Nachtschichten“ versucht, alles wieder aufzuholen. Zu dieser Zeit habe sie ihren jetzigen Ehemann kennengelernt, der ihr geholfen habe, sich zu strukturieren, da sie alleine nicht gewusst habe, wie man Prioritäten setzt, Zeitpläne erstellt und dann auch einhält. Seitnetwegen habe sie es auch geschafft, das Studium überhaupt zu Ende zu bringen. Gearbeitet habe sie in ihrem Beruf nie, da sie vor drei Jahren schwanger geworden sei, nachdem sie vergessen habe, die Pille zu nehmen. Sie habe sich aber immer ein Kind gewünscht. Bald sei sie dann mit ihrem Mann zusammengezogen, habe geheiratet und ihren Sohn bekommen. Die Schwangerschaft sei sehr gut verlaufen, und sie habe sich erstmals ausgeglichen und gelassener gefühlt. Seitdem ihr Sohn geboren sei und ihren mühevoll aufgebauten Tagesplan völlig durcheinanderbringe, merke sie, wie es ihr immer schlechter gehe. Das wenige Schlafen, die Reizüberflutung, das Abgelenktsein, zehre an ihren Nerven und lasse ihre Stimmung Achterbahn fahren.

Sie sei immer häufiger traurig darüber, ihre Mutterrolle nicht wie andere Mütter genießen zu können, fühle sich überfordert und habe Sorge, ihre Unruhe, Ungeduld und negativen Gefühle auf ihren Sohn zu übertragen. Ihr Bruder habe ihr geraten, sich auch auf ADHS testen zu lassen.



## 1.2 Definition der Störung

---

Reddy (2013) beschreibt in seinem Artikel zu aktuellen Erkenntnissen der Pharmakotherapie bei ADHS eindrücklich und kurz zusammengefasst die Eckdaten zur Pathophysiologie. ADHS sei kein traditionelles Beispiel für eine genetische Erkrankung, es entspräche eher einer komplexen Interaktion von genetischen Komponenten und Umweltfaktoren. Viele verschiedene Gene seien an der Entstehung von ADHS beteiligt, von denen die meisten die Dopamintransporter (DRD4) betreffen. 9 bis 20 % der Varianz in ADHS-Symptomen entfalle auf umweltbedingte oder nichtgenetische Faktoren, wie z. B. Alkohol- und Nikotinmissbrauch während der Schwangerschaft, Komplikationen während der Geburt (Sauerstoffunterversorgung) bzw. Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht. Obwohl Studien des Gehirns keine definitiven pathologischen Marker für ADHS benennen können, werden der präfrontale Cortex, die Basalganglien und der Nucleus caudatus immer wieder als „abnormal“, typischerweise kleiner als bei den Kontrollpersonen, beschrieben. Studien im fMRT und PET haben eine allgemeine Reduktion der Gehirnmasse mit einer proportional größeren Verringerung des linken präfrontalen Cortex gezeigt. Bildgebende Verfahren werden nicht für diagnostische oder therapeutische Zwecke genutzt, sondern dienen bisher vor allem zu Forschungszwecken.

Bis vor wenigen Jahren wurde angenommen, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nur im Kindes- und Jugendalter besteht und sich auswächst. Mittlerweile ist belegt (Sobanski und Alm 2004), dass drei Verlaufstypen charakteristisch auftreten. Die Persistenz der ADHS wird mit 30 bis 60 % angegeben, sodass ca. 30 % bis zur Adoleszenz remittieren, ca. 30 % der Betroffenen ein Fortbestehen des klinischen Vollbildes oder einer residualen Form der ADHS zeigen und bei ca. 30 % ein Fortbestehen der ADHS mit deutlichen komorbiden psychiatrischen Störungen vorliegt.

Alleine aufgrund der vielen verschiedenen Namen, die alle dieselbe Störung meinen – z. B. psychoorganisches Syndrom (POS), minimale cerebrale Dysfunktion (MCD), hyperkinetische Störung (HKS) – wird klar, wie viele Mythen sich um den heute geläufigen Namen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ranken. Diagnostiziert wird entweder anhand der ICD-10 (einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, F90.0) oder anhand des DSM-5, das drei Subtypen unterscheidet (ADHS Mischtyp, ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Typ und ADHS vom vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ). Während in der ICD-10 der Störungsbeginn noch mit „vor dem 7. Lebensjahr“ angegeben wird, ist in der aktuellen Version des DSM nun der Beginn vor dem 12. Lebensjahr festgelegt worden.

Schätzungen zu Prävalenzraten der ADHS im Erwachsenenalter gibt es erst seit relativ kurzer Zeit. Laut der oftmals zitierten Studie von Kessler et al. (2006) liegt die Zahl bei 4,4 % in Amerika, was aber einer konservativen Schätzung entspricht. In Deutschland liegt die Prävalenz bei 3,1 % (Fayyad et al. 2007). Aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsinstrumente, der analysierten Stichproben und vor allem der Diagnosesysteme (ICD und DSM), die bei den jeweiligen Studien zugrunde gelegt werden, differieren die Raten erheblich. Die ICD-10 sieht „nur“ die „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) vor, sodass z. B. die Subgruppe der im DSM-IV klassifizierbaren „vorwiegend unaufmerksamen“ Patienten häufig keine Berücksichtigung fand. Das Geschlechterverhältnis bei ADHS gleicht sich mit der Zeit an (Biedermann et al. 2004). In der Kindheit wird das Verhältnis laut Krause und Krause (2005) mit deutlicher Dominanz des männlichen Geschlechts mit 3 : 1 bis 4 : 1 angegeben, im Erwachsenenalter hingegen mit 1,6 : 1. Aus Rattenexperimenten lässt sich die Erklärung ableiten, dass die unterschiedliche Dichte an Dopaminrezeptoren bei den Geschlechtern dafür

verantwortlich ist, dass v. a. in der Kindheit das männliche Geschlecht dominiert. Im frühen Erwachsenenalter findet bei den Geschlechtern eine Angleichung der Dichte statt (Andersen und Teicher 2000). Zudem ist zu bemerken, dass Mädchen zumeist in der Kindheit deutlich weniger auffällig sind als Jungen, weswegen bei ihnen auch weniger häufig frühzeitig ADHS diagnostiziert wird.

ADHS zeichnet sich durch Symptome im Bereich der Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität aus. Dies bedeutet im Einzelnen Folgendes:

*Unaufmerksamkeit* zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffenen die Aufmerksamkeit bei längeren Aufgaben, Konferenzen, Reden oder Texten, die nicht interessieren, kaum aufrechterhalten können („Das ist wie eine fremde Sprache, da kann ich das auch hundertmal lesen, das will mir dann einfach nicht in den Kopf“), dass sie scheinbar nicht zuhören, wenn sie angesprochen werden („Hallo? Jemand zu Hause?“), oder dem Gesagten nicht folgen können („... das Erste, was du gesagt hast, hab ich noch mitbekommen ...“), dass sie in Bezug auf Anweisungen oder alltägliche Gewohnheiten vergesslich sind („Was wollte ich hier noch mal?“), Gegenstände verlegen oder verlieren („Wenn mein Kopf nicht angewachsen wäre, ...“), durch äußere Stimuli, aber auch eigene Gedanken leicht ablenkbar sind, dass sie geistige Tätigkeiten, bei denen Durchhaltevermögen gefragt ist, vermeiden oder sich diesen nur mit größtem Widerwillen stellen und dass sie Probleme haben, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren (Zeiten einzuhalten, Prioritäten zu setzen, strukturiert und planvoll vorzugehen).

*Hyperaktivität* bedeutet bei Erwachsenen zumeist, innerlich unruhig zu sein, ständig getrieben zu sein, immer noch irgendetwas erledigen zu müssen, nicht ruhig sitzen bleiben zu können (beim Essen, beim Fernsehen, beim Telefonieren etc. häufig aufzustehen) oder von Bewegungsunruhe geplagt zu werden (auf dem Stuhl herumzurutschen, die Position häufig zu ändern, zu nesteln, zu gestikulieren, an den Haaren zu spielen, mit den Fingern zu trommeln, an den Fingernägeln zu kauen, mit Gegenständen zu spielen, mit den Füßen zu wippen), laut zu sein (immer das Radio oder Fernsehen im Hintergrund laufen lassen zu müssen oder selbst eine Geräuschquelle zu sein: „Reißt du die Küche ab?“ – „Nö, ich räume die Spülmaschine aus“).

*Impulsivität* zeigt sich auf allen Ebenen (kognitiv, emotional, körperlich und im Verhalten) durch ständiges Dazwischenreden („Das geht mir nicht schnell genug, und ich weiß schon, was der sagen will, außerdem vergesse ich sonst, was ich sagen wollte!“), Ungeduld (in Warteschlangen, vor Ampeln, in Aufzüge, bei Gebrauchsanweisungen), Unterbrechen und Stören (kein Gespür für soziale Situationen haben, den zeitlichen Umfang von eigenen Beiträgen völlig falsch einschätzen) sowie exzessives Reden (weitschweifig, umständlich, sprunghaft).

Zudem geht Impulsivität auch häufig einher mit einem Mangel an Risikoempfinden (im Straßenverkehr, beim Eingehen von Konflikten mit fremden Menschen, bei der Ausübung von Sportarten), plötzlichen Entscheidungen (Umzug, Beziehungsabbrüche, teure Anschaffungen) sowie exzessivem Verhalten bezüglich Dingen, die besonders Spaß machen (Kaufen, Internet, Spiele, Sex, Arbeit).

Nach Wender (1995) bestehen weitere Symptombereiche zur Klassifizierung der ADHS im Erwachsenenalter. Diese betreffen vor allem das Temperament, die emotionale Überreagibilität und Affektlabilität. Das bedeutet, dass die Betroffenen ein „Achterbahngefühl“ haben, häufig kurze Phasen durchleben, in denen sie sich traurig oder bedrückt fühlen, oft gereizt oder genervt sind, über eine geringe Frustrationstoleranz verfügen, Temperamentsausbrüche zeigen und Langeweile nicht tolerieren können.

Anders als in der Kindheit zeigen sich im Erwachsenenalter vermehrt Komorbiditäten, und die Beeinträchtigungen sind häufiger auf alle Lebensbereiche bezogen, nicht wie bei den meisten Kindern auf die Schule oder auf das häusliche Umfeld beschränkt.

## 1.3 Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter

Bedingt durch die sehr unterschiedlichen Ausprägungsformen der einzelnen Symptome ist eine umfassende und ausführliche diagnostische Abklärung unabdingbar, bevor mit individuell angepassten Therapiemaßnahmen begonnen werden kann. Eine Indikation zur Therapie besteht, wenn ein Betroffener ausgeprägte klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in einem Lebensbereich oder in mehreren Lebensbereichen leichte krankheitswertige Störungen aufweist und darunter leidet. Laut Leitlinien (DGPPN) wird für die Therapie der ADHS ein multimodales Behandlungskonzept, bestehend aus einer Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie, empfohlen (vgl. auch Rösler et al. 2009), das die möglichen Komorbiditäten mit einbezieht. Diese stehen zumeist im Vordergrund, wenn sich ein erwachsener Patient in Behandlung begibt. Die ADHS-Symptome werden häufig als „zur Person gehörend“ wahrgenommen („Ich bin halt so, war ich auch schon immer“) (Weiss und Weiss 2004) und werden somit nicht als Ausprägung einer Störung interpretiert.

### ➤ Eine multimodale Therapie empfiehlt sich aus folgenden Gründen:

- 20 bis 50 % der medikamentös behandelten Patienten sind Non-Responder (Torgersen et al. 2008).
- Die Responderaten von MPH bei Erwachsenen schwanken stark (zwischen 25 und 78 %) (Sobanski und Alm 2004).
- Durch pharmakologische Behandlung alleine werden nicht alle Symptombereiche gebessert (Kordon und Kahl 2004).

Die Patienten wollen häufig aktiv an der Behandlung teilhaben, sind auch teilweise den Medikamenten gegenüber sehr kritisch eingestellt oder erfahren keine allumfassenden Besserungen (z. B. in Bezug auf ihr Selbstwertgefühl oder ihre Misserfolgserwartung) bzw. durch komorbide Zusatzerkrankungen weitere Einschränkungen, sodass eine psychotherapeutische Begleitbehandlung angezeigt ist. Manchmal, bei konzentrativ sehr stark eingeschränkten Patienten, kann dies aber erst nach vorheriger medikamentöser Einstellung sinnvoll sein, damit überhaupt eine angemessene Bearbeitung zentraler Inhalte möglich ist.

Zur Behandlung der ADHS stehen verschiedene Therapiekonzepte zur Verfügung, die zum Teil in manualisierter Form vorliegen und sich vor allem an Konzepten der Verhaltenstherapie (VT) oder der Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) orientieren und erfolgreich an kleineren Patientenkohorten evaluiert worden sind (Hesslinger et al. 2004; Safren et al. 2005b). Die Wahl der geeigneten Behandlungsmethode hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hier sollten die Verfügbarkeit, die Wirksamkeit und die möglichen Nebenwirkungen der unterschiedlichen Behandlungsmethoden miteinberechnet werden. Beim Therapeuten sind die Ausbildung, die Erfahrung und die Möglichkeiten einer Therapiebegleitung miteinzubeziehen. Beim Patienten spielen die Ausprägung der ADHS, die Erwartung an die Therapie, die Eigenmotivation, der körperlicher Zustand (bei möglicher Medikamenteneinstellung), die komorbiden Erkrankungen, ein möglicher Kinderwunsch bzw. eine bestehende Schwangerschaft und die allgemeinen Lebensumstände eine entscheidende Rolle.

**Medikation** Die heutigen Medikamente können ADHS nicht heilen, sondern lediglich die Symptome, in dem Zeitraum, in dem sie eingenommen werden, kontrollieren (Pliszka 2007; Baron et al. 2011). Die umfassende medikamentöse Behandlung (mit Stimulanzien) von Erwachsenen mit ADHS ist erst mit der Zulassungserweiterung des Wirkstoffs Methylphenidat (MPH) im Juli 2011 möglich geworden. Zuvor war die Anwendung von MPH auf Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche

beschränkt und konnte bei Erwachsenen nur im Off-Label-Use erfolgen, weswegen viele Behandler sich mit erheblichen Regressforderungen beschäftigen mussten und Patienten oftmals an ihre finanziellen Grenzen gebracht wurden. Stimulanzien unterstehen dem Betäubungsmittelgesetz und erfordern somit eine kontrollierte Verordnung, womit das Risiko einer missbräuchlichen Verwendung gering gehalten werden kann. Die überzeugende Wirksamkeit von MPH ist belegt (Faraone et al. 2004; NICE 2008), jedoch wird auch von einer geringer erlebten Kreativität oder einem veränderten Selbst- und Fremdbild berichtet (Fröhlich und Lehmkuhl 2004).

Therapieschwierigkeiten mit den Medikamenten gibt es vor allem bei fehlender Compliance durch mangelnde Aufklärung oder Verständnisprobleme des Patienten („Ich will nicht von einer Droge abhängig sein“), durch Perfektionsgedanken („Ich muss es alleine schaffen“), durch das Vergessen der regelmäßigen täglichen Einnahme, durch mangelnde Wirkung (Non-Responder oder falsche Einnahme), durch Nebenwirkungen (z. B. Blutdruckanstieg, plötzlich auftretende neurologische Probleme, Appetitverlust) oder durch zusätzliche komorbide Süchte.

Im Auge behalten muss man bei der Verordnung der Medikamente immer, dass durchaus eine Art von „Missbrauchsgefahr“ besteht. So kann es sein, dass Patienten die Medikamente als pures Neuro-Enhancement oder zur Gewichtsabnahme nutzen wollen, sich selbständig „hochdosieren“ oder die Kapseln öffnen, um einen „Kick“ zu erleben oder bei starken Perfektionsgedanken, um über sich selbst hinauszuwachsen.

**Psychotherapie** Neben der medikamentösen Therapie existieren sowohl gruppentherapeutische als auch einzeltherapeutische Angebote. Beiden ist gemein, dass die Aufklärung über die Störung zu Beginn, aber auch immer wieder während der Behandlung im Vordergrund stehen sollte.

Psychoedukation ist somit ein zentraler Bestandteil in jeder Art von ADHS-Therapie (z. B. eigenständiges Manual von D’Amelio et al. 2009 oder auch als Teilaspekt bei Hesslinger et al. 2004). Dabei sollen folgende Bausteine Beachtung finden: Symptomatik, Diagnostik, Komorbidität, Ursachen und Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente und Psychotherapie), Selbsthilfestrategien, Selbstbild und Selbstwert, Chaos und Kontrolle, Stressmanagement, Stimmungsregulation und Impulskontrolle, Vermittlung von Hoffnung und Optimismus, Selbstmodifikation von problematischem Verhalten und Motivationsaufbau.

Es gibt Behandlungsberichte von Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und klassischer Psychoanalyse bei ADHS-Patienten. Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie ist jedoch am größten.

Bei der klassischen Psychoanalyse ist von „freiem Assoziieren bis ins Uferlose“ die Rede, da die mangelnde Selbstregulation und Strukturierungsfähigkeit den Patienten an einer effektiven Bearbeitung hindern. Das klassische Setting im Liegen wird durch den fehlenden Fokus problematisch, und die Deutungen des Therapeuten werden vom Patienten häufig als zu abstrakt empfunden. Ein Patient berichtete mir, dass sein Therapeut zu ihm gesagt habe: „Nun, versuchen Sie, sich zu konzentrieren, und dann der Reihe nach ...“ Mein Patient sagte: „Konzentrieren! Witzig! Wenn ich wüsste wie, würde ich das tun!“

Die tiefenpsychologisch fundierte Therapie bietet eine konfliktzentriertere Vorgehensweise, und sollte der Nachweis aktueller neurotischer Konflikte und deren Symptombildung als Indikation vorliegen, ist die Wahl dieser Therapieform möglich.

Die Verhaltenstherapie proklamiert Struktur gegen Chaos. Probleme sollen erkannt, benannt und gebannt werden. Mittels eines gelungenen Aufbaus einer therapeutischen Beziehung und der Bearbeitung gestörter kognitiver Muster und dysfunktionaler Informationsverarbeitungen soll eine Verbesserung von sozialen, interaktiven und Problemlösekompetenzen erreicht werden. In Form von Selbstmanagement werden Vorschläge zur Eigenstrukturierung unterbreitet.

Speziell auf die Symptome ausgelegt gibt es verschiedene Methoden, die zur Anwendung kommen können (Abschn. 1.3.4). Dazu gehören das Ermitteln der Aufmerksamkeitsspanne, das Hinauszögern des Moments der Ablenkung, das effektive Einsetzen von Pausen, das hilfreiche Verändern der Umgebung, Achtsamkeitstraining und Techniken zur Selbstbelohnung. Für das Unterthema Desorganisation sind das Erlernen von spezifischen Fertigkeiten wie Mindmapping, Prioritätensetzen, Salamitaktik, Erstellen und Abarbeiten von To-do-Listen, Anlegen von Zeitplanbüchern sowie Schaffen von Ablagesystemen vorgesehen.

Das Thema Prokrastination und die damit verbundenen Schwierigkeiten, alles auf den „letzten Drücker zu machen“ und „mit vielen Bällen gleichzeitig zu jonglieren“ werden zumeist gesondert angegangen, je nachdem, wie beeinträchtigend das Thema für den Patienten ist.

Bei Überaktivität und Rastlosigkeit wird dem Patienten beigebracht, wie er eine aktive Freizeitgestaltung implementieren kann, welche Rolle Sport bei ADHS spielt und wie er an seinem Arbeitsplatz mehr Bewegungsfreiheit erreichen kann.

Zum Thema Impulsivität gibt es verschiedene Achtsamkeitsübungen, Dialogtechniken, Selbstinstruktionstraining oder Ablenkungstechniken für „rote“ Situationen (Ampeltechnik).

Johanna Krause hat sehr treffend formuliert: „Der Therapeut muss also eine Gratwanderung zwischen zugewandter Verständnisbereitschaft und strukturierender direkter Gesprächsführung beherrschen.“ Somit ist der Therapeut ein Lotse. Seine Ausbildungsausrichtung ist sekundär. Die Kenntnis über Besonderheiten im Kontakt und die Erwartungshaltung bezüglich der therapeutischen Hilfe jedoch ist für eine erfolgreiche Behandlung essenziell.

### 1.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte

---

#### 1.3.1.1 Formale Struktur des Therapieprozesses (Makrostruktur)

Aufgrund des komplexen Störungsbildes und der Häufigkeit von komorbiden Erkrankungen sollte der Therapeut sich in den ersten Sitzungen zunächst einmal einen Überblick über die individuelle Problematik des Patienten verschaffen.

Entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Therapie mit ADHS-Patienten sind die konsequente Einhaltung von bestimmten Gegebenheiten von Beginn an. So sollten die Sitzungen möglichst sehr regelmäßig, möglichst immer an den gleichen Tagen und zur gleichen Uhrzeit stattfinden, um eine Routine und Struktur für den Patienten zu schaffen, an die er sich gewöhnen kann. Häufig wechselnde Termine führen erfahrungsgemäß zu Fehlzeiten, Vergessen oder deutlicher Zunahme von Unruhezuständen und Aufmerksamkeitsstörungen.

In den ersten Sitzungen sollte der Ablauf der Sitzungen besprochen und mit dem Patienten geklärt werden, wie eine typische Sitzung abläuft, was ihn erwartet und worauf er sich einstellen kann.

Dabei sind Direktivität, Transparenz und ein stark steuerndes Therapeutenverhalten von großer Bedeutung. Aufgrund der Abwertungssensibilität der Patienten sollte die therapeutische Haltung von Akzeptanz, Wohlwollen, Respekt und Gelassenheit geprägt sein.

Nach gelungenem Beziehungsaufbau wird der Patient eingehend über das Krankheitsbild aufgeklärt, um anschließend die anzugehenden Probleme zu hierarchisieren. Je nach komorbiden Beschwerden sollte hier beachtet werden, was der Patient im aktuellen Moment gerade am nötigsten braucht. Da die Patienten sehr sprunghaft sind, wechseln auch die Themen häufig, und Veränderungen ergeben sich teilweise von Woche zu Woche. Hierauf sollte der Therapeut gefasst sein und immer wieder eine Prioritätenanpassung vornehmen, damit Informationsdichte und Problembereiche nicht zu groß werden.

Im Laufe der Therapie sollte der Patient immer wieder über die noch verbleibende Sitzungsanzahl informiert werde, sodass es nicht plötzlich zu großen Überraschungsmomenten kommt, wenn die Therapie zu Ende geht.

Ein Ausschleichen der letzten 5 Sitzungen kann sinnvoll sein, wenn keine akuten Probleme mehr besprochen werden müssen und der Patient das Gefühl braucht, sich noch einmal melden zu können, wenn er etwas Dringliches besprechen muss.

### 1.3.1.2 Formale Struktur innerhalb einzelner Behandlungsstunden (Mikrostruktur)

Alles beginnt damit, dass der Therapeut eine konkrete Eingangsfrage stellt, damit er den Prozess von Anfang unter Kontrolle behält („*Woran möchten Sie heute arbeiten?*“). Fragen wie „*Was gibt es Neues?*“, „*Wie geht es Ihnen?*“, „*Wie war Ihre Woche?*“ führen direkt zu einem kaum zu stoppenden Redeschwall, der wenig Sinnvolles ergibt. Stattdessen sollte viel Wert auf Direktivität und aktive Prozesssteuerung gelegt werden. Das dient zum einen dazu, an relevanten Inhalten zu arbeiten und Prioritäten zu setzen, und zum anderen gibt es dem Patienten ein gewisses Maß an Kontrolle. Der Patient bestimmt das Thema, der Therapeut den Prozess (Sachse 2006). Flexibel zu bleiben, was den Wechsel schemarelevanter Anteile, psychoedukativer Anteile (bezüglich neurobiologischer Grundlagen, Medikation, Gefühlsregulation, Impulskontrolle), verhaltenstherapeutischer Techniken (Problemlösen, To-do-Listen, Verhaltensanalysen) und Achtsamkeitspraxis angeht, ist von großem Vorteil. Es hat sich bewährt, das letzte Sitzungsdrittel anzukündigen, damit der Patient sich in etwa darauf einstellen kann, wie viel Therapiezeit ihm noch bleibt. Zudem kann es sinnvoll sein, 5 Minuten vor Schluss zu fragen, ob noch etwas Wichtiges vergessen wurde, was der Patient ansprechen möchte, um dann zu entscheiden, ob die Zeit noch reicht oder die nächste Sitzung dafür genutzt werden muss, da das Thema zu umfangreich ist. Wurden Hausaufgaben aufgegeben, sollten diese ausführlich zu Beginn der Sitzung besprochen werden, da für die meisten ADHS-Patienten Hausaufgaben extrem negativ besetzt sind und viele schlechte Erinnerungen auslösen. Dabei sollte nie mit Lob gespart werden! Am Ende der Sitzung sollte genug Zeit eingeplant werden, die Hausaufgaben ausführlich zu erklären und nachzufragen, ob sie verstanden wurden. Ein kleiner Tipp: Erwarten Sie keine Fließtexte! Stichworte sind meistens ausreichend und informativ genug. Bei sehr unruhigen Patienten oder Patienten, die mit sehr vielen Gedanken in die Sitzung kommen, bietet sich eine kurze Achtsamkeitsübung zu Beginn an, um erst einmal in der neuen Situation anzukommen.

### 1.3.2 Therapeutische Beziehung

Wie in jeder Therapie ist auch in der Therapie mit ADHS-Patienten die Beziehungsgestaltung von erheblicher Bedeutung. Die Patienten haben häufig interaktionelle Probleme durch ihre Symptome und sind es gewohnt, seit ihrer Kindheit anzuecken und von Beziehungspartnern jeder Art als „Zappelphilipp“, „Störenfried“, „nervig“, „anstrengend“ und „Labertasche“ abgestempelt zu werden. Das führt bei den meisten Patienten nachvollziehbarerweise zu erheblichen Selbstwertproblemen und Abwertungsängsten. Daher sollte von Beginn an darauf geachtet werden, dem Patienten mit einer akzeptierenden, nicht wertenden, wohlwollenden Grundhaltung gegenüberzutreten. Die Haltung aus der Achtsamkeitspraxis findet hier große Beachtung. Weitere hilfreiche Konzepte neben den „klassischen“ Beziehungsfaktoren der Gesprächspsychotherapie (Verstehen, Akzeptieren, emotionale Wärme, Signalkongruenz, Respekt und Loyalität) sind die komplementäre Beziehungsgestaltung nach Sachse (2003),



das begrenzte Nachbeeltern der Schematherapie (ST) und die dialektische Beziehungsgestaltung der DBT.

Viele Patienten erleben ihre Symptome als Persönlichkeitseigenschaften, die nicht veränderlich sind oder nur von der Außenwelt als problematisch eingestuft werden. Hier kann es zum einen sinnvoll sein, klar auseinanderzuhalten, was ein ADHS-Symptom und was möglicherweise eine Charaktereigenschaft ist. Zum anderen sollte geklärt werden, welches Verhalten der Patient ändern möchte, weil er selbst darunter leidet oder weil ihm dieses Verhalten erst durch die Rückmeldung von Beziehungspartnern aufgefallen oder es auch erst dadurch zum Problem geworden ist. Äußere Unruhe wird z. B. von vielen ADHS-Patienten gar nicht als Problem angesehen, weil es sie selbst nicht stört, wenn sie mit den Füßen wippen oder ständig irgendwie in Bewegung sind. Durch die körperliche Aktivität findet sogar ein Zuwachs an Konzentrationsfähigkeit statt, was wiederum zusätzlich als hilfreich empfunden wird. Somit ist die „Zappeligkeit“ als solches nichts, was jeder ADHS-Patient zwingend ändern möchte oder müsste. Hier kommt es eher darauf an, gesellschaftsadäquate Umgangsweisen mit dem Verhalten zu finden, damit der Patient nicht negativ auffällt.

➤ **Zusammenfassend einige Besonderheiten, auf die Therapeuten bei ADHS-Patienten achten sollten:**

- **Aufgrund der häufig vorkommenden starken *Kränkungssensibilität* sollte der Therapeut immer besonders um den wertschätzenden Umgang mit Problemen bemüht sein (normalisieren, entpathologisieren und gleichzeitig ernst nehmen und validieren).**
- **Damit der Patient gut folgen kann und nicht aufgrund von *Langeweile* abschaltet, sollte der Therapeut ein gewisses Repertoire an therapeutischen Interventionen flexibel einsetzen können.**
- **Der Therapeut sollte dem Patienten ein ihm angemessenes *Tempo* (sowohl in sprachlicher als auch in inhaltlicher Hinsicht) bieten, damit er sich weder unter- noch überfordert fühlt. Es zeigt sich sehr schnell, ob der Patient alleine durch zu langsames Sprechen nicht mehr in der Lage ist zuzuhören.**
- **Es ist wichtig, sich nicht durch die *Themenvielfalt* und *Sprunghaftigkeit* ablenken oder verunsichern zu lassen oder sich schlimmstenfalls persönlich angegriffen zu fühlen.**
- ***Konsequenz und strukturgebende Interventionen* erleichtern den Therapieprozess, geben dem Patienten Halt und Sicherheit, weil er sich darauf einstellen kann, was ihn erwartet.**

Zudem haben ADHS-Patienten gute Antennen dafür, ob man ehrlich mit ihnen ist. Wenn der Therapeut von dem Verhalten des Patienten in irgendeiner Art genervt ist, sollte er mit offenen Karten spielen und klar zum Ausdruck bringen, was er an dem Verhalten des Patienten vielleicht gerade als störend oder anstrengend empfunden hat, ohne jedoch den Patienten als Person abzuwerten. Erfahrungsgemäß können Patienten viel besser damit umgehen, wenn man ihnen ehrlich sagt, was gerade stört, als wenn man versucht, es zu verbergen. Tatsächlich sind die wenigsten Patienten überrascht, wenn sie beispielsweise die Rückmeldung bekommen, dass ihre Unruhe auf eine andere Person überspringen kann. Die Art und Weise des Umgangs damit ist hier nun aber entscheidend:

*„Wissen Sie, ich bemerke gerade, dass mich ihre Unruhe heute etwas angespannt reagieren lässt. Das tut mir leid und ist überhaupt nicht meine Absicht. Ich möchte Ihnen gerne aufmerksam zuhören, da es mir sehr wichtig ist, mitzubekommen, was Sie zu erzählen haben. Was halten Sie davon wenn wir einen Spaziergang machen? Das könnte uns beiden guttun.“*

Das Konzept des Validierens aus der DBT ist auch im Umgang mit ADHS-Patienten sehr sinnvoll anzuwenden. Die Patienten bekommen häufig seit der Kindheit zu ihrem Gefühl von „Ich bin anders, ich bin langsamer als andere, kann mich nicht gut konzentrieren, kann nicht einfach ruhig sitzen, brauche für die gleichen Aufgaben mehr Zeit, Ruhe, Zuspruch, Erklärungen ...“ Rückmeldungen von „Du bist nur faul, streng dich mehr an, du bildest dir das ein, das sind alles nur Ausreden, du bist ein böses Kind, du machst das nur, um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen, andere zu ärgern ...“.

Daraus bilden sich häufig Überzeugungen oder Annahmen wie:

- „Alle sagen, ich bilde mir das nur ein, also empfinde ich falsch.“
- „Etwas stimmt nicht mit mir!“
- „Ich kann meinen Gefühlen nicht trauen!“

Hier ist es wichtig, als Therapeut eine klare Haltung einzunehmen. Es geht darum, nachvollziehen zu können und zu verstehen, jedoch nicht bestimmte Handlungsweisen, die sich aus Emotionen ergeben können, gutzuheißen:

*„Es ist wichtig zu spüren, was Sie für Gefühle haben. Ein Gefühl ist nicht richtig oder falsch. Es ist wie es ist. Jedes Gefühl hat eine Funktion. Es will Ihnen wichtige Informationen geben. Das sollten wir zunächst ernst nehmen und versuchen zu verstehen, was Ihnen das Gefühl sagen will.“*

Beispiele für validierende Aussagen vonseiten des Therapeuten:

*„Mich interessiert sehr, was Sie zu erzählen haben, auch wenn ich Sie manchmal unterbrechen oder stoppen muss.“*

*„In Ihrem Leben passiert wirklich eine ganze Menge, da fällt es mir manchmal schwer, Ihrem Tempo und den vielen Geschichten zu folgen. Ist es für Sie in Ordnung, wenn ich Sie ab und zu unterbreche und noch mal genau nachfrage, damit ich auch alles richtig verstanden habe?“*

*„Wenn Sie bemerken, dass Sie immer wieder mit den Gedanken abschweifen und nicht beim Thema bleiben können, sagen Sie mir gerne Bescheid, dann schauen wir, ob Ihnen eine Achtsamkeitsübung helfen kann, wieder zum Thema zurückzukommen.“*

*„Ich merke, dass Sie heute sehr unruhig und zappelig wirken. Das muss Ihnen überhaupt nicht unangenehm sein. Stehen Sie ruhig auf und laufen etwas im Raum herum. Wenn es Ihnen hilft, können Sie auch diesen Gummiball kneten, oder wir machen einen Spaziergang, eine aktive Achtsamkeitsübung ...“*

*„Ich merke, manchmal kann es Ihnen nicht schnell genug gehen. Dann werden Sie unruhig oder fallen mir ins Wort. Ich kann verstehen, dass Sie möglicherweise Sorge haben, zu vergessen, was Sie sagen wollen. Vielleicht können wir uns darauf einigen, dass Sie den Notizblock vor sich nutzen können und ein Stichwort aufschreiben, wenn es Ihnen besonders dringlich erscheint?“*

*„Es kann auch sein, dass Sie meinen, bereits zu wissen, was ich gerade sagen wollte. Wenn Sie sich jedoch schon darauf versuchen, zu konzentrieren, was Sie auf meine potenziellen Worte entgegenwollen, sind Sie bereits ganz weit vom Hier und Jetzt entfernt. Wir hatten uns ja darauf geeinigt zu versuchen, mehr im gegenwärtigen Moment zu leben. Das ist jetzt eine gute Übung dafür. Wollen Sie das einmal probieren?“*



Zum Abschluss dieses Abschnitts möchte ich noch eine Lanze brechen für all die ADHS-Patienten, die ich bereits behandelt habe und noch behandeln werde. Leider haben diese immer noch einen sehr schweren Stand in unserer (Therapie-)Gesellschaft. Zunächst ist es bereits eine Herausforderung, eine Anlaufstelle zu finden, an die sich Erwachsenen mit Verdacht auf ADHS wenden können (mit Wartezeiten bis zu einem Jahr!), geschweige denn, einen Therapeuten zu finden, der sich auskennt, ADHS nicht zur „Modediagnose“ degradiert oder sich aufgrund der Komplexität (Komorbiditäten, Einarbeitung in die pharmakologischen Aspekte, Vorurteilsüberwindung etc.) schlichtweg nicht an die Patienten herantraut.

Dabei sind meiner Meinung nach lediglich folgende Selbsterfahrungsaspekte von Bedeutung, mit denen man sich, bevor man eine Therapie mit einem ADHS-Patienten beginnt, auseinandersetzen sollte: Triggert es mich, wenn mein Patient häufig zu spät kommt, seine Hausaufgaben vergisst, mich häufig unterbricht, sehr schnell, weitschweifig, umständlich, sprunghaft erzählt, sehr unruhig ist (zappeln, aufstehen, gestikulieren, an irgendetwas herumspielt), viel Flexibilität im therapeutischen Handeln erfordert (je nach Aufmerksamkeitslage: Klärung, Achtsamkeit, aktive Übungen etc.), viel Verständnis, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Wichtigkeitssignale, Anerkennungssignale einfordert, häufig Suchtprobleme jeglicher Art vorweist oder thematisiert, gerne diskutiert und nur durch schlüssige Argumente zu überzeugen ist und Themen rund um die Medikation besprechen möchte?

Wenn Sie jetzt sagen: Das klingt nach einer Herausforderung, aber nicht nach einem Problem – perfekt!

Aus meiner Erfahrung gibt es zahlreiche Vorteile, mit ADHS-Patienten zu arbeiten. Hier nur ein paar: sehr dankbare, unterhaltsame Patienten, niemals langweilige Therapiestunden, umfangreiche, abwechslungsreiche Thematik, Erhalt der eigenen geistigen Flexibilität, gutes Training in Direktivität und hochstrukturiertem Vorgehen, persönliches Achtsamkeitstraining. Zudem führt es zum Abbau von Vorurteilen!

### 1.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose

Die Erläuterung der Diagnose ist für die meisten Patienten sehr wichtig. Dabei ist es jedoch entscheidend, nicht ins Dozieren zu kommen. Ein Störungsmodell zu vermitteln kann dem Patienten helfen, Zusammenhänge zu verstehen, jedoch sollte dieses genau an den Bedürfnissen und Problemen des jeweiligen Patienten ansetzen, da dieser ansonsten direkt abschalten wird. Daher: möglichst „kurz und knackig“ halten und lieber auf Fragen des Patienten eingehen. So ist gewährleistet, dass der Patient, die für ihn relevanten Informationen bekommt und darüber hinaus nicht direkt „getriggert“ wird, indem er nicht folgen kann, die Informationsflut ihn überfordert und er sich „gestört“, „krank“ oder „inkompetent“ fühlt. Es hat sich gezeigt, dass im Laufe der Therapie immer einmal wieder Fragen auftauchen werden, die man dann mit dem Störungsmodell verknüpfen kann. Übliche Fragen sind: „Was macht ADHS aus?“ „Sind nicht alle Menschen hin und wieder vergesslich?“ „Wie hängen die Symptome mit dem Gehirn zusammen, was passiert da genau?“

Es existieren viele verschiedene Störungsmodelle bei ADHS. Das multifaktorielle Störungsmodell der ADHS (modifiziert nach Döpfner in Baer und Kirsch 2010) unterscheidet originäre Ursachen und auf diesen Ursachen beruhende Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen. Es unterscheidet die Ebenen *Neurobiologie* (Transmittersysteme), *Neuropsychologie* (Störung der Verhaltensinhibition und Selbstregulation), *Symptomatik* (Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität,

Impulsivität und die Auswirkungen auf das Arbeitsgedächtnis, die Internalisierung der Sprache und die Organisation von Handlungssequenzen), *Interpersonell* (negative interpersonelle Interaktionen) und *Komorbidität* (Leistungsstörungen, Probleme am Arbeitsplatz, Aggressivität und antisoziale Verhaltensweisen und emotionale Störungen). Als Ursache der ADHS wird eine genetische Disposition angenommen, möglicherweise durch prä- bzw. perinatale Hirnschädigungen oder chemische Einflüsse wie Nahrungsmittelbestandteile verstärkt, die zu einer Störung des Neurotransmitterstoffwechsels (besonders Dopamin) und eventuell auch zu strukturellen Schäden im präfrontalen Cortex, dem Striatum und dem Kleinhirn (also Zentren, die für die Verhaltenssteuerung relevant sind) führt. Daraus resultieren dann die Störungen der Verhaltensinhibition und der Selbstregulation, was weiterhin in den nach außen sichtbaren ADHS-Symptomen mündet. Diese führen darüber hinaus zu einer Zunahme negativ gefärbter Interaktionen mit dem sozialen Umfeld, was durch ungünstige Umweltfaktoren zusätzlich beeinflusst werden kann. So sind häufig Restriktionen, Tadel und vermehrte Ablehnung an der Tagesordnung, was zu einem negativen Selbstbild, einer erhöhten Misserfolgserwartung, einem dauerhaften mangelnden Selbstwertgefühl und weiteren komorbiden Störungen führen kann.

Je nach Stil des Therapeuten kann es sinnvoll sein, das Modell an einer Flipchart zu verdeutlichen, Arbeitsblätter vorzubereiten oder mit dem Patienten direkt zusammen ein Plakat zu erstellen. In jedem Fall ist es hilfreich, wenn der Patient am Ende der Sitzung etwas in den Händen hält, was er mitnimmt und sich in Ruhe anschauen kann.

### 1.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung

In dieser Phase können den Patienten zunächst anhand eines integrativen Schaubildes (nach Safren et al. 2005a) ihre durch die ADHS verursachten Probleme dargestellt werden. Durch die Einteilung in verschiedene, für sie individuell relevante Problembereiche (Aufmerksamkeit und Konzentration, Emotionsregulation und Umgang von Impulsivität in Beziehungen, Unruhe und Ungeduld) und deren sukzessive Bearbeitung sollen die Patienten nach und nach hilfreiche Informationen und zunehmend Kontrolle über ihre Symptome erlangen.

Aufgrund der meist komplizierten Entwicklungsgeschichte mit vielen Versagenserlebnissen, Leistungsschwierigkeiten und Beziehungsproblemen kommt es häufig zu dysfunktionalen Copingstrategien und negativen Grundannahmen. Des Weiteren bilden sich vermehrt komorbide Erkrankungen (Sucht, affektive Erkrankungen etc.), die im Abschn. „Umgang mit komorbiden Störungen“ ausführlich besprochen werden. Da die Symptombereiche und die damit verbundenen Probleme sehr vielfältig sind, sollen im Folgenden relevante Themen genannt werden, die mit den Symptomen verknüpft sind.

**Leistungsbereich** Dieser Bereich umfasst ein breites Spektrum an potenziellen Herausforderungen (Uni, Arbeit, Haushalt, Alltag) und damit verbundenen Problemfeldern. Allen gemeinsam sind typischerweise Struktur- und Organisationsprobleme. Alles auf den letzten Drücker zu machen, zu viele „Baustellen“ gleichzeitig zu haben, keine regelmäßigen, routinierten Abläufe etablieren zu können oder durchzuhalten, keine Tagesstruktur zu haben, Prioritäten nicht oder nur falsch setzen können, alles zu verlegen und zu vergessen sind die häufigsten Schwierigkeiten, die in diesem Rahmen von Patienten berichtet werden. Dazu kommt, dass viele Patienten nur unter Terminstress einen Leistungszuwachs spüren und bei unliebsamen, eintönigen Routinetätigkeiten teilweise unter körperlich spürbarem Unlusterleben sowie chronischem Aufschiebeverhalten (Prokrastination) leiden, was ein permanentes Überforderungsgefühl nach sich zieht.

**Interpersoneller Bereich** Hier sind vor allem Schwierigkeiten im Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen und Freundschaften sowie Konflikte in Beruf und jeder Art von Beziehungen zu nennen. ADHS-Patienten haben häufig Bindungsschwierigkeiten, können sich schlecht auf andere Menschen einstellen, empfinden diese als langsam, uninteressant und langweilig. So entsprächen sie häufig nicht ihrem Aktivitätslevel oder fühlten sich durch einige Symptome derart gestört, dass es ständig zu Konflikten komme. Einige Patienten berichten darüber, Probleme mit der Perspektivenübernahme zu haben, nicht nachvollziehen zu können, wie manche Menschen fühlen und handeln, und dadurch vielfach anzuecken. Das lässt sich möglicherweise durch die fehlende Aufmerksamkeitskapazität erklären, die ADHS-Patienten haben, sodass sie andere Menschen nicht wirklich verstehen können (schlecht zuhören, bereits davon ausgehen, dass man verstanden hat, was der andere sagen will). Bedingt durch Stimmungsschwankungen und Impulsivität kommt es zu Missverständnissen, es werden Dinge gesagt, die man gar nicht so gemeint hat, es werden vorschnell Entscheidungen getroffen, die man später bereut, oder die Beziehungspartner sind gänzlich verunsichert, auf welche emotionale Achterbahnfahrt sie sich teilweise einstellen müssen („Vor 5 Minuten habe ich meiner Frau noch gedroht, sie zu verlassen und habe begonnen, meine Sachen zu packen, und dann habe ich sie gefragt, wo wir eigentlich als Nächstes in den Urlaub hinfahren wollen ... Das Packen hatte mich gerade daran erinnert, und eigentlich war für mich der Streit auch schon erledigt“).

**Emotionaler Bereich** Wie bereits erwähnt, ist sowohl Affektlabilität als auch emotionale Überreagibilität bei ADHS-Patienten anzutreffen. Damit einher geht eine niedrige Frustrationstoleranz, mangelnde emotionale Kontrolle und damit verbunden ein rasches Ärgerlich- oder Aggressivwerden. Quälende Selbstwertprobleme („Ich bin ein Versager, doof, anders als andere ...“) und Exzesse in allen Lebensbereichen (impulsives Kaufen, Stehlen, Essen, exzessiver Sport sowie „Zocken“, Sex, Alkohol, Drogen) gehören ebenfalls zum festen Repertoire an Themen für die Therapie.

**Adaptive Verhaltensprobleme** Unter dieser Kategorie lassen sich ein generelles Vermeidungsverhalten aufgrund von Misserfolgserwartung, Probleme im Straßenverkehr (Ungeduld, Ärger über andere Verkehrsteilnehmer, Geschwindigkeitsübertretungen), Arbeitsplatzverlust (aufgrund von ständigen Fehlern, Konflikten mit Kollegen, dem Chef oder Kunden sowie Langeweile), Planen von Geldausgaben bzw. mangelnde Planung und sowohl substanzgebundenes als auch substanzungebundenes Suchtverhalten (aus Neugier, als Ablenkung, zur Selbstmedikation) subsumieren.

#### 1.3.4.1 Umgang mit komorbiden Störungen

Komorbide Störungen betreffen ca. 80 % der Patienten, sodass diesem Bereich große Bedeutung beigemessen werden muss. Eine Erklärung für die Entstehung komorbider Störungen bei ADHS besteht zum einen darin, dass das Risiko für bestimmte komorbide Störungen durch das Vorliegen einer ADHS erhöht wird (z. B. für andere Störungen der Impulskontrolle). Andere komorbide Störungen sind genetisch bedingte Varianten der ADHS (z. B. die Borderlinepersönlichkeitsstörung). Zudem haben verschiedene Störungen gemeinsame Risikofaktoren mit ADHS (z. B. Depression), und einige komorbide Störungen spiegeln die ADHS-Symptome und ihren Einfluss wider (z. B. einige Angststörungen wie die soziale Phobie). Nach Rösler et al. (2008) sind die häufigsten komorbiden Erkrankungen mit 60 % die Abhängigkeitserkrankungen und der schädliche Substanzgebrauch, mit 40 % die affektiven Störungen, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen mit 35 % und den Angststörungen mit 20 %.

**Suchterkrankungen** Aufgrund der sehr hohen Komorbiditätsrate der ADHS mit Suchterkrankungen sollen im Folgenden einige wichtige Fakten zu den bisherigen Erkenntnissen zusammengetragen werden. In einigen Studien wird eine Komorbiditätsrate mit Substanzabhängigkeit von bis zu 71 % angegeben (Schubiner et al. 2000). Das Durchschnittsalter bei Beginn eines Substanzmissbrauchs bei ADHS-Patienten beträgt 19 Jahre (Kontrollgruppe ohne ADHS: Durchschnittsalter 22 Jahre; Wilens et al. 1997). Laut Studienergebnissen von Tarter et al. (2007) ist das Ausmaß an Hyperaktivität im Kindesalter ein deutlicher Prädiktor für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit. Liegt in der Kindheit bei bestehender ADHS eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens vor, gilt dies als besonderer Risikofaktor für eine spätere Drogenabhängigkeit (Schubiner et al. 2000). Die gebräuchlichste illegale Droge ist Cannabis mit deutlichem Abstand vor Stimulanzien, Kokain und Halluzinogenen (Ohlmeier et al. 2008), wobei mehrere Studien ebenfalls ein höheres Vorkommen von Alkoholabusus bei ADHS-Patienten belegen. Die Wahrscheinlichkeit, dass jugendliche ADHS-Patienten eine Nikotinabhängigkeit entwickeln, ist doppelt so hoch wie bei anderen Jugendlichen, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass Nikotin die Aufmerksamkeit und Konzentration erhöht und somit eine vergleichbare Wirkung auf die Dopamintransporter ausübt wie MPH. Nikotin vermindert ADHS-Symptome signifikant und wurde bereits als Therapeutikum diskutiert. Als mögliche Ursachen für das erhöhte Suchtrisiko von unbehandelten ADHS-Patienten wird zum einen das Sensation-Seeking-Phänomen betrachtet und zum anderen die naheliegende Lösung einer versuchten Selbstmedikation, da eine meta-analytische Untersuchung von Wilens et al. (2003) ergab, dass medikamentös behandelte Kinder ein 1,9-fach geringeres Risiko aufwiesen, Alkohol- oder Substanzabhängigkeit zu entwickeln als Unbehandelte. Somit kam der Autor zu dem Schluss, dass eine adäquate und rechtzeitige Behandlung von ADHS protektiven Charakter hat und das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung verringert (Wilens et al. 2003). Aufgrund der oftmals kritischen Betrachtung von Stimulanzien soll hier noch erwähnt werden, dass bisher nur eine Studie zu dem Ergebnis führte, dass Medikation mit Stimulanzien das Risiko für Drogenkonsum bei jungen Erwachsenen erhöht (Lambert und Hartsough 1998). Dort waren aber nachweislich Kinder mit Verhaltensstörungen überrepräsentiert. Prospektive Studien haben durchweg nachgewiesen, dass Verhaltensstörungen ein Hauptrisikofaktor für früh beginnende Substanzabhängigkeit sind und nicht die ADHS alleine.

Immer wieder werden von ADHS-Patienten paradoxe Effekte auf Substanzen berichtet, so machen Kokain und Amphetamine ruhig, Cannabis macht die Gedanken langsamer und kurzfristig geordneter, langfristig werden natürlich die Motivations- und Gedächtnisprobleme noch massiver. Kaffee und Energydrinks werden als Wachmacher genutzt, die, zum Teil im exzessiven, literweisen Konsum, dazu dienen, sich konzentrierter und fokussierter zu fühlen.

**Affektive Störungen** Bei den affektiven Störungen tritt die Dysthymie besonders häufig bei ADHS-Patienten auf. Ob dies als Folge von langer nicht diagnostizierter ADHS angesehen werden kann oder als unabhängige Störung ist bisher nicht näher untersucht worden. Nach Wilens und Dodson (2004) entwickeln 10 % der ADHS-Patienten eine bipolare Erkrankung und 15 % mit einer bipolaren Erkrankung haben ADHS. Weiss et al. (1999) sahen ADHS und die bipolare Störung als Doppeldiagnose als „nicht typisch“ an.

Kooij (2004) hat eine klare Unterscheidung von ADHS zur bipolaren Erkrankung vorgegeben, die sehr hilfreich für die Differenzialdiagnostik ist. Bei der ADHS fehlen psychotische Merkmale sowie expansive und übertriebene Stimmungskennzeichen. Sie beginnt früh in der Kindheit, ist chronisch, persistierend. Stimmungswechsel treten ca. 4- bis 5-mal pro Tag auf. Sie geht mit geringem Selbstvertrauen einher. Sexuelle Enthemmung ist nicht typisch. Es gibt familiäre Belastung mit ADHS und es existieren spezifische Medikationseffekte (MPH), die bei Patienten mit einer Bipolarität keinen Effekt zeigen.

Die bipolare Erkrankung hingegen beginnt gewöhnlich später, ist episodisch. Stimmungswechsel treten 2- bis 3-mal pro Woche auf. Typisch sind sexuelle Enthemmung und Größenideen. Familiäre Belastungen mit bipolaren Störungen existieren zumeist, und es gibt spezifische Medikationseffekte in Bezug auf Lithium. Rapid Cycling kann teilweise problematisch in der Abgrenzung zur ADHS sein und muss gesondert betrachtet werden.

Eine komorbide Depression tritt bei 35 bis 70 % (Hesslinger et al. 2003) der ADHS-Fälle auf. Hier liegt das Augenmerk bei der differenzialdiagnostischen Betrachtung besonders auf den Symptomüberlappungen der Konzentrationsstörungen, der raschen Erschöpfbarkeit, dem verminderten Antrieb und bei der agitierten Depression in der Getriebenheit und den inneren Unruhezuständen.

Die Unterscheidung der beiden Störungen ist allerdings alleine am zeitlichen Auftreten (Beginn in der Kindheit, überdauernd versus episodenhaft), der restlichen Symptomabgrenzung und dem Verlauf eindeutig zu treffen. Das gemeinsame Auftreten der beiden Störungen ist nachvollziehbarer Weise besonders quälend, da sich bestimmte Symptombereiche noch potenzieren. In der Behandlungsreihenfolge sollte zunächst die Depression und danach die ADHS behandelt werden.

**Persönlichkeitsstörungen** Aufgrund der zahlreichen sich überlappenden Symptome der beiden Störungen ist es von großer Bedeutung, bei der Diagnostik der ADHS sowohl differenzialdiagnostisch als auch im Komorbiditätskontext die Borderlinestörung (BPS) mitzuberücksichtigen. Da es bisher kaum fundierte Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung gibt, ist die Erfahrung des Untersuchers entscheidend. Im Folgenden werden die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Störungen aufgelistet. Hierbei dienen die Untersuchungen von Kordon und Kahl (2004), Weiss und Weiss (2004) und Krause und Krause (2005) als Grundlage.

Beiden Störungen ist gemein, dass es chronische Erkrankungen sind, wobei ADHS in der frühen Schulzeit beginnt und die BPS meist erst in der Adoleszenz erkennbar wird. Schulische Probleme sind bei beiden Störungen häufig anzutreffen.

Idealisierung und Abwertung findet bei beiden Störungen statt, jedoch aufgrund unterschiedlicher Motivationen. Bei ADHS-Patienten meistens wegen der starken und schnellen Stimmungswechsel und bei Borderlinepatienten aufgrund von Identitätsdiffusionen, Angst vor dem Verlassenwerden oder der Tendenz zum Schwarz-Weiß-Denken.

Depressive Verstimmungen kommen bei beiden Störungen häufig vor. Bei ADHS-Patienten sind dies jedoch meist reaktive Verstimmungen aufgrund der Wahrnehmung der eigenen Unzulänglichkeiten und Defizite und der damit verbundenen Konsequenzen für sich und die Familie, wohingegen bei Borderlinepatienten eher das Leeregefühl, Ärger und Angst die Verstimmung auslösen.

Emotionale Probleme beziehen sich bei ADHS-Patienten vor allem auf die instabile Gefühlslage (Überreagibilität), rasch wechselnde Stimmungen und ihr Außenseiterdasein. Bei der BPS stehen emotionale Instabilität und Dysregulation, v. a. wenn es um die Selbstwertregulation oder biografische Motive geht, im Vordergrund.

Impulsivität meint bei ADHS-Patienten, in schwierigen Situationen ungewöhnlich heftig zu reagieren, eventuell mit meist unbeabsichtigten Selbstverletzungen, wobei die Impulsivität reaktiv, ziellos und ungerichtet erscheint. Borderlinepatienten sind eher dauerhaft impulsiv gereizt und handeln impulsiv mit gezielten Selbstverletzungen.

Nur wenige Patienten geben auf die Frage, ob sie ein Leeregefühl verspüren, eine klare Antwort, weil sie nichts damit anfangen können. Patienten mit BPS, aber auch ADHS-Patienten antworten meistens klar mit „ja“ auf diese Frage, meinen aber etwas Unterschiedliches. Während

Borderliner das Leeregefühl meinen, was sie mit tatsächlichem oder imaginierten Alleinsein verbinden, meinen ADHS-Patienten Leeregefühle bei Langeweile oder Nichtausgefülltsein in Verbindung mit Stressintoleranz.

Nach Prada et al. (2014) ist eines der wesentlichen Merkmale, das ADHS- von Borderlinepatienten unterscheidet, die Tendenz, impulsiv zu handeln (motorische Impulsivität) gepaart mit einem Hang zu hohem Novelty-Seeking-Verhalten. Die Autoren stellten zudem einige Hypothesen auf, warum diese beiden Störungen so häufig zusammen auftreten, ohne dafür bisher allerdings eine Antwort gefunden zu haben:

- BPS und ADHS sind zwei unterschiedliche Ausprägungen der gleichen Störung.
- ADHS könnte eine früher auftretende Manifestation (ein Vorläufer) der BPS sein.
- ADHS und BPS sind individuelle Störungen, die genetisch und umweltbedingt Risikofaktoren gemeinsam haben.
- Das Auftreten der einen Störung erhöht das Risiko, die andere Störung zu entwickeln.

Trotz vieler Überschneidungspunkte von ADHS- und Borderlinesymptomen sind auch einige deutliche Unterschiede vorhanden:

Borderliner sind in der Kindheit nicht typischerweise hyperaktiv und/oder unaufmerksam, sie sind eher zurückgezogen, haben oft Traumatisierungen und Vernachlässigung in ihrer Biografie, werden als manipulativ wahrgenommen, sind häufig wütend, negativistisch, übersensitiv und verzerrend, führen intensive, stürmische Beziehungen, haben große Angst vor dem Verlassenwerden, den Hang dazu, sich selbst zu verletzen, neigen zu wiederholten suizidalen Handlungen, Selbstmorddrohungen, Dissoziationen und paranoiden Vorstellungen (sowie „Minipsychosen“) und haben häufig Identitätsstörungen.

ADHS-Patienten gelten als eher wagemutig und risikobereit, haben eine gewinnende, sympathische Art, sind unbefangen, abenteuerlustig, unberechenbar, wenig empfindlich, wenig kränkbar und haben ein mangelhaftes Urteilsvermögen. Zudem werden ihre Reaktionen häufig als unvorhersehbar und zufällig wirkend beschrieben.

In der klinischen Arbeit fällt vor allem eines auf, was in den zuvor zitierten Artikeln keine Rolle zu spielen scheint: ADHS-Patienten haben eine eindeutige Aufmerksamkeitsproblematik, Borderlinepatienten hingegen nicht. Typische Probleme mit Struktur und Organisation, wie das Aufschieben unliebsamer Tätigkeiten und fast alles gleichzeitig zu tun, sind keine typischen Symptome bei den Borderlinepatienten. Diese sind zwar auch teilweise ablenkbar, jedoch v. a. dann, wenn der Reiz als potenzielle Gefahr wahrgenommen wird. ADHS-Patienten sind generell reizoffen. Das Verlegen und Vergessen von Dingen sowie die motorische Ungeschicklichkeit sind weitere Symptome, die bei Borderlinepatienten nicht überdurchschnittlich häufig wahrgenommen werden können. Die gestörte Risikowahrnehmung von ADHS-Patienten findet sich teilweise auch bei den Borderlinern, wobei diese aus einer potenziellen Selbstschädigungstendenz heraus eher Risiken eingehen.

**Schlafstörungen** Nicht zu vergessen bei den komorbiden Erkrankungen sind zum Teil erhebliche Schlafstörungen, die bei den meisten ADHS-Patienten zusätzlich existieren. Dazu gehören Einschlafstörungen (durch Grübeln oder massive Unruhezustände), Durchschlafprobleme (durch unruhigen, oberflächlichen Schlaf, häufiges Wachwerden mit anschließendem „Kopfkino“, was das Wiedereinschlafen verhindert), Probleme beim morgendlichen Aufwachen und Aufstehen (bedingt durch die zuvor genannten Schlafprobleme), und häufig wird auch ein veränderter Tag-Nacht-Rhythmus erwähnt, in dem die Patienten als „Nachteulen“, den Großteil des Tages schlafen und eher nachts wach sind. Sollte diese Lebensweise mit den gegebenen Lebensumständen (Job, Familie) kompatibel sein, führt dies zumeist zu Zufriedenheit und sollte daher durchaus beibehalten werden.



- **Schlussfolgerungen, die aus der häufigen Komorbidität mit ADHS für die Therapie gezogen werden müssen, sind, dass die Mehrzahl der ADHS-Patienten im Laufe ihres Lebens eine komorbide Störung entwickelt, dass diese zwingend bei der Diagnostik berücksichtigt werden muss und die Behandlung der ADHS beeinflusst. Teilweise erfordern komorbide Störungen eine unabhängige Behandlung und können die Reihenfolge der Behandlungsschritte bestimmen (Abhängigkeit, Depression etc.). Das Ziel der Behandlung sollte immer auch die Verhinderung der Entwicklung (weiterer) komorbider Störungen sein. Wesentliche Punkte, die zur Abgrenzung dienen, sind der Beginn der Störung (frühe Kindheit mit Fortsetzung ins Erwachsenenalter) und der Verlauf (episodische versus chronisch persistierend, wohingegen die meisten anderen psychischen Störungen später beginnen und einen episodischen Verlauf vorweisen).**

#### 1.3.4.2 Konfrontation mit dysfunktionalen Schemata und Störungen der sozialen Interaktion

Wie bereits in [Abschn. 1.3.2](#) angeklungen, gibt es vielfältige Entwicklungen für dysfunktionale Schemata bei ADHS-Patienten. Die aus meiner Erfahrung am häufigsten frustrierten Beziehungsmotive nach Sachse et al. (2008) sind *Anerkennung* (als Person, ohne etwas leisten zu müssen, okay zu sein), *Wichtigkeit* (im Leben eines anderen eine Rolle zu spielen und ernst genommen zu werden), *Solidarität* (von Beziehungspartnern Unterstützung zu bekommen und das Gefühl zu haben, dass jemand auf meiner Seite steht) und *Autonomie* (selbst entscheiden zu können, was ich möchte, ohne dass mir jemand vorschreibt, was ich tun muss).

Folgende Schemata können sich auf Grundlage der frustrierten Beziehungsmotive bilden:

Anerkennung: „*Ich bin dumm*“, „*Ich bin ein Versager*“, „*Ich bin faul*“, „*Ich gebe mir nicht genug Mühe*“.

Wichtigkeit: „*Ich nerve*“, „*Ich bin anstrengend*“, „*Ich bin zu laut*“, „*Ich bin unruhig, zappelig* → *nicht in Ordnung*“.

Autonomie: „*Ich muss ruhig sitzen bleiben*“, „*Ich darf nicht aufstehen*“, „*Ich darf nicht dazwischenreden*“, „*Ich darf nicht laut sein*“, „*Ich darf nicht (so rabiāt) spielen*“.

Solidarität: „*Niemand hält zu mir*“, „*Ich werde nicht unterstützt*“, „*Ich bin immer schuld*“, „*Andere sind nicht auf meiner Seite*“.

In den vorangegangenen Phasen wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, die dysfunktionalen Selbst- und Beziehungsschemata zu klären, daher soll dies nun geschehen. Je nach frustriertem Beziehungsmotiv sollen die relevanten Schemata herausgearbeitet und möglichst auf allen drei Ebenen (Annahme → Implikation, Kontingenz, Bewertung) geklärt werden. Dazu muss zunächst eine Problemdefinition vorgenommen werden (z. B.: „*Was ist das problematische Handeln, das dysfunktionale Erleben? Was sind die störenden Affekte und Emotionen?*“), aus der sich dann eine Fragestellung entwickelt (z. B.: „*Nach welchen Regeln handele ich, wie interpretiere ich mein Verhalten?*“). Dazu wird der Patient angeleitet, seine Perspektive zu internalisieren und zu überlegen, was er in bestimmten Situationen fühlt, denkt, möchte und wie er gerne handeln würde. Mit Rückgriff auf biografische Inhalte, die den Bezugspunkt zur Entstehung der Schemata bilden, soll dann eine Aktivierung der Schemata gelingen, was zu einer Problemaktualisierung führt und eine Klärung erst möglich macht. Sollte bei dem Patienten z. B. eine komorbide Persönlichkeitsstörung vorliegen, kann die biografische Arbeit weiterhin dabei helfen, eine Distanzierung von eventuellen Schuldgefühlen, sich manipulativ zu verhalten, zu schaffen, da der Patient erkennen kann, dass er

in der Kindheit vielfältige Strategien entwickelt und gebraucht hat, die jedoch in der Rolle eines Erwachsenen weder sinnvoll sind noch zum gewünschten Erfolg führen, sondern vielmehr Kosten nach sich ziehen.

Je nach frustriertem Beziehungsmotiv kann es ebenfalls sein, dass der Patient gelernt hat, seine Perspektive dauerhaft external zu halten, beispielsweise durch eine permanente Fokussierung auf Wichtigkeitssignale in seiner Umgebung. Somit ist es verständlich, dass der Zugang zu selbstkongruenten Bedürfnissen und Wünschen blockiert ist und erst wieder trainiert werden muss. Dazu erscheint es wichtig, dem Patienten zuvor die Kosten salient zu machen, um eine Veränderungsmotivation herzustellen. Nur wenn er wirklich weiß, was er selbst will, kann er sich auch authentisch darum bemühen, es zu bekommen. Im Rahmen eines Alienationstrainings (nach Sachse 2004) kann der Zugang zu selbstkongruenten Wünschen und Bedürfnissen wieder neu eingeübt werden, indem der Patient sich regelmäßig Zeit nimmt, sich in einem intuitiven Bearbeitungsmodus Fragen zu widmen wie: „Wie geht es mir gerade?“, „Was würde mir Spaß machen?“, „Wo wäre ich gerade gerne?“, „Mit wem wäre ich gerne da?“.

### 1.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

---

Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes und der jeweiligen individuellen Ausprägungen der Problembereiche, variiert die Vorstellung von verbesserter Lebensqualität und Konsistenz von Patient zu Patient erheblich. Anhand der Hauptstörungsbereiche lässt sich exemplarisch ableiten, worin die Verbesserungen bestehen können und welchen Einfluss sie möglicherweise auf den Patienten haben können. Da schon häufig angeklungen ist, dass ein Zusammenspiel aus Medikation und Psychotherapie ideal in der Behandlung von ADHS-Symptomen ist, werden die Interventionen zur Verbesserung für den jeweiligen Bereich einzeln aufgezählt.

#### 1.3.5.1 Struktur, Zeitmanagement und Organisation

Das Augenmerk liegt in diesem Bereich hauptsächlich auf verhaltenstherapeutischen Strategien (Elsässer et al. 2010):

**Mindmapping** Beim Mindmapping werden Gedankenkarten mit Haupt- und mehreren Unterthemen und den dazu passenden Handlungsschritten erstellt. Das Erstellen einer solchen Karte kann für einen ADHS-Patienten zur Herausforderung werden. Inhaltlich wichtige Punkte zu finden, ist sehr selten das Problem. Das strukturierte und übersichtliche Anordnen auf einem Stück Papier jedoch kann schnell in Chaos ausarten, macht dann die Aufgabe zunichte und führt zu einem unnötigen Misserfolgserleben. Um ein Gelingen der Aufgabe zu unterstützen, ist es hilfreich, dem Patienten entweder ein vorgefertigtes Blatt zu geben, das er lediglich inhaltlich ergänzen muss, oder zusammen mit dem Patienten eine solche Mindmap zu erarbeiten, indem der Therapeut zunächst die grobe Struktur aufmalt und der Patient dann gebeten wird, seine Inhalte einzutragen.

**Prioritätensetzen** Beim Prioritätensetzen sind ABC-Liste nach Safren et al. (2005a) hilfreich. Dabei wird zunächst eine Liste mit allen zu erledigenden Aufgaben erstellt. Diesen Aufgaben wird dann ein A für „besonders wichtig, zeitnah zu erledigen“, ein B für „wichtig, innerhalb von einigen Tagen zu erledigen und in Teilschritten einteilbar“ und ein C für „möglicherweise angenehmer



zu erledigen, aber nicht besonders wichtig“ zugeordnet. Danach müssen zuerst alle As erledigt werden, dann alle Bs und zum Schluss alle Cs.

Erfahrungsgemäß kommen einige Patienten mit diesen ABC-Listen sehr gut klar. Problematisch sind meistens die Unmenge an zu erledigenden Tätigkeiten, die Entscheidungsschwierigkeiten, was jetzt tatsächlich oberste Priorität hat, die Unübersichtlichkeit auf der Liste und das Durchhalten des einmal angefangenen Plans. Ich lasse meine Patienten zunächst einmal alle zu erledigenden Tätigkeiten gesondert auf ein Blatt Papier schreiben. Dann wähle ich in einem ersten Schritt mit dem Patienten aus, welche Tätigkeiten auf die Liste kommen (Urlaubsplanung für das Jahr 2017, Testament schreiben etc. fallen dann erst einmal heraus ...). Der Zettel mit den ABCs sollte mindestens DIN-A4-Größe haben. Dann werden nach und nach die As, Bs und Cs eingetragen und dahinter jeweils das Datum, wann die Tätigkeit auf die Liste geschrieben wurde. In ein weiteres Kästchen soll das Datum eingetragen werden, wann die Tätigkeit erledigt wurde. Es bietet sich an, die erledigte Aufgabe mit farbigen Stiften zu kennzeichnen (z. B. durchstreichen, abhaken), um für den Patienten den Erfolg deutlich zu markieren.

**Salamitechnik** Mit der Salamitechnik nimmt man sich vor, Handlungen in kleinen Schritten zu erledigen, anstatt alles auf einmal machen zu wollen. Die Technik spricht zunächst für sich. Allerdings darf man nicht unterschätzen, wie wichtig es ist, den Patienten zu erläutern, warum es sinnvoll ist, Tätigkeiten in kleine Schritte zu unterteilen. ADHS-Patienten neigen dazu, alles auf einmal, alles gleichzeitig und alles möglichst schnell erledigen zu wollen. Daher ist diese Technik komplett entgegengesetzt zu dem, was sie eigentlich tun wollen, und daher in ihrem Verhaltensrepertoire selten repräsentiert. ADHS-Patienten haben den subjektiven Eindruck, effektiver zu funktionieren, wenn sie mehrere Tätigkeiten auf einmal und möglichst am Stück erledigen, da sie Sorge haben, dass es plötzlich zu einem Dopaminabfall kommt und sie sich nicht mehr ausreichend konzentrieren können. Diese Sorge ist nicht immer unbegründet. Demgegenüber stehen aber die Argumente, dass viele „Baustellen gleichzeitig zu haben“ und dann nichts zu Ende zu bringen, weil die Zeit nicht ausreicht oder Schnelligkeit auch häufig zu Flüchtigkeitsfehlern führt, ein Umdenken nötig macht. Da das Einteilen in kleine Handlungsschritte (Beispiel: Wäsche), aber auch Zeiteinteilung und Planung bedarf, sollte der Therapeut genau mit seinem Patienten besprechen, was alles getan werden muss (Wäsche sortieren, Wäsche waschen, Wäsche aufhängen, Wäsche bügeln, Wäsche falten, Wäsche in den Schrank räumen), in welcher Reihenfolge und wie lange die einzelnen Schritte möglicherweise dauern und was man in der Zwischenzeit (wenn die Waschmaschine läuft) machen kann.

**To-do-Listen** Beim Schreiben von To-do-Listen sollten nicht nur die Pflichten aufgeschrieben werden, sondern auch angenehme Tätigkeiten. Werden diese Aufgaben abgehakt, stärkt dies das Selbstwertgefühl.

ADHS-Patienten tendieren dazu, auf To-do-Listen tatsächlich nur Pflichten aufzulisten, und vergessen leicht, Tätigkeiten samt ihrer Teilschritte zu benennen, was ein Gefühl von „Wie soll ich das bloß alles schaffen?“ erzeugt und somit die Prokrastinationstendenz erheblich erhöht. Hier ist es wichtig, mit den Patienten genau zu überlegen, was alles auf die Liste gehört und welche Belohnungen geplant sind, wenn bestimmte Aufgaben erledigt wurden. Dass das Erledigen von Aufgaben als selbstverständlich erachtet wird, ist bei ADHS-Patienten typischerweise extrem ausgeprägt. Sie haben häufig gelernt, dass es „normal“ ist, dass man z. B. seinen Haushalt perfekt im Griff hat und sollten in der Therapie dafür sensibilisiert werden, dass es eben Menschen gibt, denen Haushaltsführung nicht in die Wiege gelegt wurde, und es völlig legitim ist, dass man sich für geschaffte Aufgaben belohnen darf und aus Motivationsgründen auch sollte.

**Zeitplanbuch** Patienten, denen es besonders schwerfällt, sich selbst zu motivieren, und die große Probleme mit Organisation und Zeitplanung haben, ist eine Unterstützung in Form eines Zeitplanbuches zu empfehlen. Dieses kann sowohl in elektronischer Form als auch in Papierform geführt werden, je nachdem, was der Patient bevorzugt. Hier sollten sowohl kurzfristige (Spülmaschine ausräumen) als auch langfristige (Bewerbungen schreiben) Ziele aufgeführt werden. Was genau kurzfristig und langfristig bedeutet, sollte mit dem Patienten individuell besprochen werden.

**Organisation von Arbeitsplatz und Umgebung** Da Reizoffenheit ein generelles Thema bei ADHS-Patienten ist, liegt nahe, dass die Umgebung, vor allem die Arbeitsumgebung, wo besondere Konzentration gefordert wird, so konzipiert sein sollte, dass so wenig wie möglich ablenkende Reize gegeben sind. Weniger ist mehr, sollte hier das Motto sein. Je weniger herumliegt und je weniger Möglichkeiten bestehen, an denen das Auge hängenbleiben kann (keine offenen Schränke, Schreibtisch nicht in Richtung Fenster ausrichten), desto besser.

**Ablagesystem für Post und Unterlagen** ADHS-Patienten sollten sich einen festen Ort für Post und Unterlagen einrichten. Hierfür müssen zunächst die notwendigen Bedarfsgegenstände gekauft und ggf. installiert werden. Dann sollte ein bestimmter Zeitpunkt in der Woche festgelegt werden, zu dem die Unterlagen bearbeitet werden.

Diese Aufgabe erscheint zunächst sehr übersichtlich, bietet jedoch viel Raum zu scheitern. Sowohl das Finden eines geeigneten Ortes als auch das Durchhalten des neu zu erlernenden Prozederes kann anstrengend und störanfällig sein. Der Therapeut sollte ausführlich mit seinem Patienten besprechen, an welchen Stellen die Probleme auftreten.

➤ **Generell ist anzumerken, dass Routinen zu erarbeiten ein langfristiges Ziel ist, das nicht sofort zu den gewünschten Effekten führt und mit Anstrengung und Arbeit verbunden ist. Das ist für jeden Menschen nicht einfach, für ADHS-Patienten aber insbesondere schwer. Daher sollte die immer wieder nötige Motivationsarbeit nicht vergessen werden. Neue Routinen zu implementieren ist erst einmal kein Problem, das Durchhalten schon!**

Neben den zahlreichen verhaltenstherapeutischen Tipps ist Medikation bei diesen Symptomen eine sehr hilfreiche Unterstützung. Sie hilft beim Fokussieren, die Ablenkbarkeit wird reduziert, die Konzentrationsfähigkeit wird erhöht, die Patienten können länger bei der Sache bleiben, auch wenn es sich um unliebsame Tätigkeiten handelt, sie zeigen weniger Aufschiebeverhalten und können direkt starten. Bestenfalls gehen Medikation und Psychotherapie hier Hand in Hand.

### 1.3.5.2 Unruhe und Rastlosigkeit

Neben der Medikation, die zu einer Verringerung der äußeren als auch inneren Unruhe beitragen kann, ist meiner Erfahrung nach der wichtigste Faktor, dass die Patienten sich mit sportlicher Aktivität am Besten auspowern und die weitreichendsten sowie langfristig wirksamsten Verbesserungen in diesem Bereich erzielen können. Hier ist vor allem jede Art von Ausdauersport zu nennen. Erfahrungsgemäß ist das allerwichtigste, dass der Patient Spaß haben muss, damit sich der gewünschte Effekt von Entspannung einstellt. Somit ist es generell eine Sache des Ausprobierens, welcher Sport dem Patienten liegt. Auch hochkonzentrierte Sportarten wie Bogenschießen, Schach oder Tai-Chi können bei sehr unruhigen ADHS-Patienten zu Ruhe und Ausgeglichenheit führen. Kritisch zu betrachten sind die unterschiedlichen Formen von Entspannungsübungen

(z. B. PMR, autogenes Training, Traumreisen). Auch hier gilt als oberste Regel: Ausprobieren, aber niemanden dazu zwingen! In keiner Patientengruppe habe ich häufiger gehört, was die Patienten für „traumatische“ Erfahrungen mit den verschiedenen Techniken gemacht haben („Als Kind hatte ich als Erstes „Festhaltetherapie“, damit ich endlich mal nicht zappel, danach war für mich alles, was mit „Entspannungstherapie“ assoziiert war, für sehr lange Zeit gegessen ...“). Daher wichtig: Dem Patienten ein breites Spektrum anzubieten ist sehr sinnvoll, aber der Therapeut sollte immer an das Sensation-Seeking-Verhalten appellieren und den Patienten so viel wie möglich ausprobieren lassen, dabei aber auch genau protokollieren, wie etwas gewirkt hat. Denn wie in fast allen Bereichen tendieren ADHS-Patienten natürlich auch hier dazu, viel zu schnell aufzugeben, wenn etwas nicht *sofort* funktioniert. Bewegungsfokussierte Achtsamkeit (z. B. die Schritt-Atemübung) ist hier als ein sehr wirksames zusätzliches Programm zu nennen. Natürlich gibt es auch ADHS-Patienten, denen sehr mit Ritualen geholfen ist, wie sich abends Zeit zu nehmen für ein Bad, zu lesen, Musik zu hören oder einen Spaziergang zu machen.

Der Therapeut muss sich aber nicht über erschreckte Gesichter wundern, wenn er dem Patienten das eine oder andere erstmals vorschlägt, da die Meinungen, was hilft und effektiv sein kann, sehr stark differieren. Es ist wichtig, die Patienten einerseits auf Neues neugierig zu machen und andererseits zu respektieren, wenn sie Vorbehalte haben bzw. bestimmte Techniken aufgrund von Aversionen nicht ausprobiert wollen. Meistens haben die Patienten aber auch sehr gute Antennen dafür, was für sie hilfreich sein kann.

### 1.3.5.3 Impulsivität

Auch in diesem Bereich ist ein Zusammenspiel von Medikation und Psychotherapie optimal. Durch die Medikation wird die Impulsivität gebremst. Ein Patient von mir sagte dazu: *„Ich will immer noch die gleichen Sachen spontan machen, habe aber das Gefühl, als hätte ich eine Sekunde dazwischen Zeit zu überlegen, ob das auch wirklich sinnvoll ist, das klappt ohne die Medikamente nur sehr schlecht.“* Der Patient spricht hier das Problem an, die „Zündschnur länger zu machen“, was in vielen Therapieprogrammen trainiert werden soll.

Anhand von Verhaltensanalysen und Arbeitsblättern, die genau hinterfragen, in welchen Situationen der Patient impulsiv reagiert (was dem vorausgeht, welche Gefühle, Gedanken, Körperreaktionen er zuvor verspürt), lassen sich Muster verdeutlichen. Dies ermöglicht es, sich, zunächst im Nachhinein, zu überlegen, welche Konsequenzen das impulsive Handeln für den Patienten hat. Als nächsten Schritt hat sich dann die Einführung eines Ampelsystems bewährt, sodass der Patient anhand von Selbstbeobachtungen sensibilisiert wird, auf seinen Gefühlszustand zu achten, und bevor er handelt, entscheiden zu können, in welchem Modus er sich gerade befindet.

### 1.3.5.4 Stimmungslabilität

Dieser Bereich lässt sich zum einen gut medikamentös abdecken, da sich im klinischen Bild mit der Einstellung auf Methylphenidat die Launenhaftigkeit verringert, wahrscheinlich weil der Patient generell entspannter ist, da er nicht mehr einer ständigen Reizüberflutung ausgesetzt ist und Gefühle möglicherweise auch eher wahrnehmen kann. Neben der Gabe von Methylphenidat hat sich erfahrungsgemäß auch Duloxetine bei ADHS-Patienten mit erheblicher Stimmungslabilität bewährt.

Psychotherapeutisch kann mit dem Patienten zunächst einmal psychoedukativ gearbeitet werden, indem er darüber aufgeklärt wird, welche Gefühle es gibt, welche Funktionen sie haben und welche Möglichkeiten der Gefühlsregulation existieren. Anhand von Gefühlsprotokollen

(z. B. aus der DBT) wird er dafür sensibilisiert, seine Wahrnehmung mehr auf seine Gefühle zu richten und Zusammenhänge zu entdecken, welche Situationen welche Gefühle bei ihm auslösen können.

Wie in allen genannten Bereichen ist auch hier die Achtsamkeitspraxis von erheblicher Bedeutung. Das bloße Wahrnehmen und Beschreiben, jedoch „Nichtbewerten“ von Gefühlen wird häufig als Königsdisziplin angesehen. Dazu ist es hilfreich, zunächst eine Akzeptanz den eigenen Gefühlen gegenüber zu entwickeln und eine innere Haltung zu etablieren, die auch dabei helfen kann, sich zu distanzieren („Ich habe ein Gefühl“ versus „Ich bin das Gefühl“).

Auch Techniken zur Stresstoleranz, wie das Einhalten einer festen Tagesstruktur, ausreichend Schlaf, gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung tragen zur Verbesserung der Stimmungsschwankungen bei.

### 1.3.5.5 Selbstwert

Das Ziel, das Selbstwertgefühl zu steigern, ist mit am schwersten zu erreichen, je nachdem, wie alt der Patient ist, ob es bereits Vorbehandlungen bezüglich der ADHS in der Kindheit gegeben hat und ob komorbide Erkrankungen bestehen. Da die meisten ADHS-Patienten seit der Kindheit unter ihrem „Anderssein“ leiden, weil sie häufig ausgegrenzt werden und unter ihren Möglichkeiten bleiben, entwickeln sich häufig massive Selbstwertdefizite.

Alleine durch die Diagnosestellung findet bei einigen Patienten ein Umdenken statt. Der Großteil der Patienten ist froh, endlich einen Namen für das zu haben, was ihn sein Leben lang begleitet und teilweise erheblich beeinträchtigt hat. So haben mir viele Patienten erzählt, dass ihnen ein Stein vom Herzen gefallen sei, endlich nicht mehr das Gefühl zu haben, alleine zu sein („Ich bin Schuld“, „Ich bilde mir das nur ein“, „Ich muss mich nur mehr anstrengen“, „Ich bin einfach dumm“). Vieles ergibt plötzlich in der Rückschau einen Sinn, und es ist möglich, etwas zu verändern. Diese Erkenntnis alleine führt bei einigen Patienten schon zu einem enormen Zuwachs an Selbstbewusstsein, zumal viele ADHS-Patienten ja durchaus einiges in ihrem Leben erreicht haben und ihnen jetzt klar wird, dass sie das *trotz* einer Störung geschafft haben. Und diejenigen, die noch Veränderungsbedarf sehen, haben jetzt wieder mehr Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung, eine Umsetzung zu schaffen.

Im nächsten Schritt folgt dann aber meist die Ernüchterung. Nur durch die Diagnosestellung oder auch durch eine medikamentöse Einstellung, ändert sich das Leben nicht plötzlich, und alles ist rosarot. Hier ist von vornherein eine gute Aufklärung und Entidealisierung angebracht, damit der Patient nicht direkt wieder in ein Loch fällt. An dieser Stelle wird zum einen klar, dass nach der Diagnostik nicht „Schluss“ ist, sondern dass nun eine Behandlung ansetzen sollte, um mit den neuen Erkenntnissen umzugehen, den Patienten ausführlich aufzuklären und zu schulen und mit ihm ein Behandlungskonzept zu entwerfen, das seinen Bedürfnissen entspricht und ihn da abholt, wo er sich gerade befindet. Zum anderen ist ersichtlich, dass medikamentöse Therapie alleine eben nicht zum Erfolg führt, sondern lediglich durch multimodale Konzepte eine Verbesserung auf mehreren Ebenen möglich ist.

## 1.4 Empirische Befundlage

Eine Übersicht des bisherigen Forschungsstandes zur psychotherapeutischen Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter findet sich bei Hoxhaj und Philipsen (2015). Sie kamen zu dem Schluss, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen am meisten untersucht wurden und sich bewährt haben. Auch rein psychoedukative Ansätze hätten positive Effekte auf die

Symptomreduzierung gezeigt (Estrada et al. 2013). Relativ neu sei der Einsatz von achtsamkeitsbasierten Verfahren, die aber immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die Autoren weisen darauf hin, dass aufgrund der Probleme im zwischenmenschlichen Bereich auch Paar- und familientherapeutische Interventionen im Erwachsenenalter Berücksichtigung finden sollten. Ein Wirksamkeitsvergleich von Einzel- und Gruppentherapie steht noch aus sowie der direkte Vergleich von Medikation und Psychotherapie.

Behandlungsrichtlinien für ADHS besagen nach aktuellem Stand (Rabito-Alcon und Correas-Lauffer 2014), dass die ADHS-Diagnose eine klinische Diagnose ist, die von „Fachkräften im Gesundheitswesen“ mit Ausbildung und Erfahrung gestellt werden muss. Die multimodale Behandlung ist ideal für die ganzheitliche Therapie von ADHS-Symptomen. Pharmakotherapie bleibt die erste Wahl über die gesamte Lebensspanne, vor allem die Medikation mit Stimulanzien, und zwar mit Methylphenidat. Alle neun überprüften Richtlinien in dem Artikel zielen darauf ab, dass Psychotherapie in Verbindung mit einer medikamentösen Behandlung sowie mit Psychoedukation die Effektivität und den Behandlungserfolg deutlich verbessert.

Die Behandlungsempfehlung der British Association for Psychopharmacology (BAP) sieht neben der Einstellung auf Psychostimulanzien ebenfalls einen psychotherapeutischen Ansatz vor. So seien Einzel- und Familientherapie sinnvoll, um Informationen über die Störung und deren Prognose zu geben, und würden dabei helfen, negativen Effekten auf den Selbstwert oder unrealistischen Erwartungen bezüglich der Behandlung vorzubeugen. Strukturierende Psychotherapie könne helfen, Vertrauen aufzubauen, Führungsqualitäten zu entwickeln, Angst und Depression in den Griff zu bekommen und die Leistungsfähigkeit zu verbessern. Gruppentherapie würde zudem sozialer Isolation vorbeugen. Das European Network Adult ADHD schlägt ein multimodales Programm für Erwachsene mit ADHS vor, welches Psychoedukation über ADHS-Symptome und komorbide Erkrankungen, Pharmakotherapie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und gruppentherapeutische Konzepte sowie Familientherapie beinhalten sollte.

Moriyama et al. (2013) stellen fest, dass der Effekt, dass Stimulanzien die ADHS-Symptome bei Erwachsenen reduzieren, anhand von mehreren Metaanalysen belegt wurde, es jedoch einen in Bezug auf andere Behandlungsinterventionen deutlichen Mangel an Metaanalysen gibt. Die Autoren haben nur eine Metaanalyse gefunden, in der psychosoziale Interventionen evaluiert wurden (Linderkamp und Lauth 2011). Bei Kindern existieren Metaanalysen zu nichtpharmakologischen Behandlungsformen. Diese wurden 2014 von Hodgson et al. vorgestellt. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass Verhaltensmodifizierung und Neurofeedback am besten abschneiden (im Vergleich zu Elternt raining, Selbstbeobachtung, Arbeitsgedächtnistraining, Schulprogrammen und einem multimodalen-psychosozialen Behandlungsprogramm). Ähnlich wie Fabiano et al. (2008) herausfand, sei Verhaltensmodifikation effektiv in der Behandlung von ADHS bei Kindern, da die Symptome verringert werden, sich das Verhalten verbessert und sich die neuropsychologische Testleistung verbessert. Ebenso wie bei Drechsler et al. (2007) beschrieben, führt Neurofeedback zu statisch signifikanten Verbesserungen bezüglich der Symptomreduzierung, der neuropsychologischen Testleistung und des Verhaltens. Die Interventionen waren allgemein effektiver bei Mädchen und weniger effektiv bei Patienten mit dem kombinierten Subtyp. Untersuchungen bei Erwachsenen zu Neurofeedbacktraining stehen noch aus.

In der Review von Asherson et al. (2014) werden unter anderem folgende Ergebnisse zusammengetragen: Eine Behandlung der ADHS kann das Selbstbewusstsein, persönliche und familiäre Beziehungen, das berufliche Funktionieren, die kognitive Leistung, die Konzentration während des Fahrens, die Lebensqualität und das psychologische Funktionsniveau verbessern sowie kriminelles Verhalten reduzieren. Der Schlüssel zu einer gelungenen Transition der psychischen Gesundheit vom Adoleszenten zum Erwachsenen liege darin, dass stabile therapeutische

1 Beziehungen, flexible Dosisanpassungen der Medikation und gute Kommunikation und Unterstützung für zukünftige Behandlungspläne Beachtung finden. Der Erfolg bei Langzeitbehandlungen hänge maßgeblich von der behutsamen Entwicklung eines multimodalen Planes ab, der mit regelmäßigem Blick auf die sich über die Lebensspanne verändernden Bedürfnisse des Patienten angepasst werden müsse.

## 1.5 Schwierige Situationen

---

### ■ Unpünktlichkeit und Vergessen von Terminen

In der Arbeit mit ADHS-Patienten sollte der Therapeut darauf eingestellt sein, dass ein Teil unpünktlich und immer bestens zeitlich organisiert zu den Terminen erscheint, wohingegen der weitaus größere Teil große Schwierigkeiten mit diesen Vereinbarungen hat. Die ADHS-Patienten, die dieses typische Symptom bereits im Griff haben, was mit einer langen Lerngeschichte und meist mit erheblichen Anstrengungen einhergeht, sollten daher auch zum aktuellen Zeitpunkt mit einem Lob honoriert werden. Mit den Patienten, die zu jedem Termin zu spät kommen oder Termine ganz vergessen, sollte so zeitig wie möglich normalisierend und mit einer wohlwollenden, nicht bewertenden Haltung besprochen werden, dass es aufgrund ihrer Störung nachvollziehbar ist, dass in diesem Bereich Schwierigkeiten auftreten, jedoch die Sitzungen nicht verlängert werden und es genaue Regelungen gibt, bis wann der Termin abgesagt werden müsse, da sonst ein Ausfallhonorar gestellt würde. Den Patienten ist ihr Fehlverhalten häufig peinlich, sodass es wichtig ist zu betonen, wie schade es ist, dass nun weniger Zeit zur Bearbeitung der anstehenden Themen bleibt, ohne bestrafend zu wirken. Mit der Zeit lässt sich an der Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit ein Therapieerfolg ablesen. Sollte nach bereits vorhandenen Verbesserungen wieder ein Rückfall in alte Strukturen erfolgen, deuten sich krisenhafte Veränderungen, vermehrter Stress oder eine Störung in der Patient-Therapeut-Beziehung an.

### ■ Bearbeitungsschwierigkeiten aufgrund von Konzentrationsproblemen

Das Problem, dass aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten in der Therapie nicht richtig mitgearbeitet werden kann, tritt häufig bei medikamentös nicht behandelten oder schlecht eingestellten Patienten auf. Teilweise ist auch die Uhrzeit der Sitzung entscheidend, sodass mit dem Patienten besprochen werden sollte, wann er aus seiner Sicht für die Therapie am ehesten zugänglich ist. Zudem ist es wichtig, zu thematisieren, ob der Patient in seinem beruflichen oder privaten Umfeld auch unter diesen Symptomen leidet, sodass eine Pharmakotherapie sinnvoll erscheint. Damit ist meist die Grundlage für eine effiziente Bearbeitung in der Therapie gewährleistet. Grundsätzlich sollte der Therapeut im Laufe der Therapie ein Gespür dafür entwickeln, wann ein ADHS-Patient fokussiert nachdenkt, sich inhaltlich einlassen und den Fragen des Therapeuten folgen kann und wann er aufgrund von Unruhezuständen, Gedankenrasen oder Konzentrationsproblemen nicht in der Lage ist zu arbeiten. Den Patienten fällt nicht immer auf, dass sie abgelenkt sind und nicht bei der Sache bleiben können und teilweise widersprechen sie auch aus Scham der Ansicht des Therapeuten, dass sie nicht richtig zugehört haben. Diese Situation erleben die Patienten in ihrem Umfeld meist tagtäglich, sodass ein „Ich hab alles mitgekriegt“, häufig gepaart mit einer Zusammenfassung dessen, was sie noch mitbekommen haben, für sie automatisch abläuft. Auch hier ist es wichtig, zu entpathologisieren und darauf hinzuweisen, dass der Patient sich nicht rechtfertigen müsse. Es kann sinnvoll sein, Absprachen zu treffen, was dem Patienten gerade guttut, sollte er z. B. mit sehr vielen verschiedenen Gedanken, die ihn aktuell beschäftigen in die Sitzung kommen, kann es helfen, ihn in einer Übung zum „Dampf ablassen“, ungefiltert 5 bis 7 Minuten alles erzählen zu lassen, was ihn gerade beschäftigt. Das sollte aber



auch genauso benannt werden und die Zeitspanne nicht überschreiten. Eine kurze Achtsamkeitsübung (z. B. Loslassübung: 2 Minuten lang auf den Atem konzentrieren, beim Einatmen „lass“ und beim Ausatmen „los“ denken) wäre ebenso denkbar.

### ■ Impulsivität im Gespräch

Der Umgang mit impulsivem Verhalten im Gespräch kann sich sehr herausfordernd gestalten. Viele ADHS-Patienten reden schnell, laut, weitschweifig, umständlich und glauben, zu allem „ihren Senf dazugeben zu müssen“, reden ständig dazwischen oder wollen „noch mal eben schnell“ etwas ansprechen ... Es kommt darauf an, ein ausgewogenes Maß an Bestimmtheit, Struktur, Konsequenz, kurzen, präzisen Interventionen und der Beherrschung des eigenen Frontalhirns an den Tag zu legen, um einen „in Fahrt geratenen“ ADHS-Patienten zielgerichtet zur therapeutischen Arbeit zu bekommen. Dabei ist es von großer Wichtigkeit, dem Patienten gegenüber möglichst gelassen, ruhig und wohlwollend aufzutreten. Der Geschwindigkeit und dem ausladenden Gesprächsstil zu folgen, erfordert bereits eine gute Portion geistige Flexibilität, wenn man dann noch das ursprüngliche Thema und das Ziel der Sitzung im Auge behalten möchte. Entscheidend ist, möglichst früh in der Therapie klare Gesprächsregeln aufzustellen (ausreden lassen, erst denken, dann reden, in Zimmerlautstärke reden), sich die Erlaubnis einzuholen, „unwichtige“ Nebenschauplatzerzählungen frühzeitig unterbrechen zu dürfen, und extreme Redegeschwindigkeit und -lautstärke wiederholt zu benennen. Manchmal kann es, wie in der Therapie mit Kindern oder Jugendlichen, sinnvoll sein, ein visuelles Zeichen zu vereinbaren (rote Karte, Finger hochhalten, Time-out-Zeichen), wenn das Gespräch aus dem Ruder zu laufen droht. Hat der Patient selbst kein Gespür für seine eigene Lautstärke und Geschwindigkeit, kann ein Feedback per Video oder Tonaufnahme aufschlussreich sein. Damit nicht unnötig viel Zeit mit Nebenschauplätzen vergeudet wird, sollte dem Patienten von Anfang an eine geregelte Sitzungsstruktur vermittelt werden, an die sich dann auch der Therapeut halten muss. Hat sich diese etabliert, wird erfahrungsgemäß auch die Bearbeitungsintensität erhöht.

### Literatur

- 
- Andersen, S. L., & Teicher, M. H. (2000). Sex differences in dopamine receptors and their relevance to ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 137–141.
- Asherson, P., Manor, I., & Huss, M. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: Update on clinical presentation and care. *Neuropsychiatry*, 4(1), 109–128.
- Baer, N., & Kirsch, P. (2010). *Training bei ADS im Erwachsenenalter TADSE*. Weinheim: Beltz.
- Baron, D. A., Pato, M. T., & Cyr, R. L. (2011). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Osteopathic Association*, 111(11), 610–614.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55(7), 692–700.
- D'Amelio, R., Retz, W., Philipsen, A., & Rösler, M. (2009). *Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*. München: Elsevier.
- Drechsler, R., Straub, M., Doehner, M., Heinrich, H., Steinhausen, H., & Brandeis, D. (2007). Controlled evaluation of a neurofeedback training of slow cortical potentials in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Behavioral and Brain Functions*, 3, 35–48.
- Elsässer, M., Nyberg, E., & Stieglitz, R. D. (2010). Kognitiv-behaviorale Strategien in der Behandlung von Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 35–44.
- Estrada, R. V., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., & Casas, M. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 894–900.
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2008). A meta-analysis of behavioural treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129–140.

- 1
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biedermann, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 24–29.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. -P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. M., Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402–409.
- Fröhlich, J., & Lehmkuhl, G. (2004). Die medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 75(11), 1074–1082.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H., & Ebert, D. (2003). Zur Psychotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Verhaltenstherapie*, 13, 276–282.
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H., & Ebert, D. (2004). *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Hodgson, K., Hutchinson, A. D., & Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 18(4) 275–282.
- Hoxhaj, E., & Philipsen, A. (2015). Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(1), 2015, 25–31.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Kooij, S. (2004). Sorting out the comorbidities: Differential diagnosis of adult ADHD. Paper presented at the 12th AEP Congress.
- Kordon, A., & Kahl, K. G. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(3–), 124–136.
- Krause, J., & Krause, K.-H. (2005). *ADHS im Erwachsenenalter* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Lambert, N. M., & Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning and Disabilities*, 31, 533–544.
- Linderkamp, F., & Lauth, G. (2011). The efficacy of pharmacological versus psychotherapeutic therapies in adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHS): An empirical meta-analysis. *Verhaltenstherapie*, 21, 229–238.
- Moriyama, T. S., Polanczyk, G. V., Terzi, F. S., Faria, K. M., & Rohde, L. A. (2013). Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD – a systematic review of available meta-analyses. *CNS Spectrums*, 18(6), 296–306.
- NICE. (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults (September 2008)*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., ... Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism*, 43, 300–304.
- Pliszka, S. R. (2007). Pharmacologic treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Efficacy, safety and mechanisms of action. *Neuropsychology Review*, 17(1), 61–72.
- Prada, P., Hasler, R., Baud, P., Bednarz, G., Ardu, S., Krejci, I., ... Perroud, N. (2014). Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: A clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Research*, 217, 107–114.
- Rabito-Alcon, M. F., & Correias-Laufer, J. (2014). Treatment guidelines for attention deficit and hyperactivity disorder: A critical review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 315–324.
- Reddy, D. S. (2013). Current pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs of Today*, 49(10), 647–665.
- Rösler, M., Heßlinger, B., & Philipsen, A. (2009). ADHS im Erwachsenenalter. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (S. 375–393). München: Urban & Fischer.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen – Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005a). *Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters*. Deutsche Bearbeitung E. von Sobanski, M. Schumacher-Stien, & B. Alm. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., & Otto, M. W. (2005b). *Mastering your adult ADHD*. Oxford: University Press.



- Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B. J., & Schoener, E. P. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 244–251.
- Sobanski, E., & Alm, B. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 75(7), 697–715.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Feske, U., & Vanyukov, M. (2007). Modeling the pathways linking childhood hyperactivity and substance use disorder in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 266–271.
- Torgersen, T., Gjervan, B., & Rasmussen, K. (2008). Treatment of adult ADHD: Is current knowledge useful to clinicians? *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 177–186.
- Weiss, M. D., & Weiss, J. R. (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(3 Suppl.), 27–37.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorders in adults*. New York: Oxford University Press.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475–482.
- Wilens, T. E., & Dodson, W. (2004). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(10), 1301–1313.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 179–185.

#### Weiterführende Literatur

- Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2011). *Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein schematherapeutisches Selbsthilfebuch*. Weinheim: Beltz.
- Kahl, K. G., Puls, J. H., & Schmid, G. (2007). *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*. Stuttgart: Thieme.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

# Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter

*Astrid Gawronski, Katharina Krämer und Kai Vogeley*

- 2.1 Fallbeispiel – 30**
- 2.2 Definition der Störung – 31**
  - 2.2.1 Symptomatik – 31
  - 2.2.2 Epidemiologie – 34
  - 2.2.3 Ätiologie – 35
- 2.3 Psychotherapie der Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter – 36**
  - 2.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte – 36
  - 2.3.2 Therapeutische Beziehung – 38
  - 2.3.3 Autismusspezifische psychotherapeutische Interventionsprogramme – 40
- 2.4 Schwierige Situationen – 42**
  - Literatur – 44**

## 2.1 Fallbeispiel

---

2 Herr B. ist ein 43-jähriger Informatiker, in Vollzeit angestellt als Softwareentwickler, bei dem im Alter von 39 Jahren erstmalig eine Störung aus dem Autismusspektrum diagnostiziert wurde. Ein diesbezüglicher Verdacht sei bereits im Kindesalter von seiner Mutter geäußert worden, da er bis zum zweiten Lebensjahr überhaupt nicht gesprochen und auch später nur sehr wenig kommuniziert habe. Dies sei jedoch nicht weiter verfolgt worden, da er sich ansonsten weitgehend unauffällig entwickelt habe. Er sei schon immer ein „Einzelgänger“ gewesen und habe nie Freunde gehabt, was ihn bis heute nicht störe, da er ohnehin nicht genau wisse, was Freundschaft bedeute. Umgang und Kommunikation mit anderen Personen fielen ihm sehr schwer. Smalltalk könne er nicht führen, über Sachthemen hingegen könne er gut sprechen, wenngleich er dazu neige, andere Menschen damit zu „nerven“. Er wisse einfach nicht, wie man fremde Leute anspreche, mit ihnen in Kontakt trete oder Freunde finde, erklärt Herr B. Die Regeln der Kommunikation seien ihm weitgehend verschlossen.

Ironie und Witze verstehe er häufig nicht oder erst als Letzter. Er merke nur selten, wann sich jemand über ihn lustig mache, und es falle ihm schwer, Wertschätzung oder Abwertung korrekt zu unterscheiden. Bedeutungen, die zwischen den Zeilen versteckt seien, oder Doppeldeutigkeiten verunsicherten ihn, weshalb es häufig zu Missverständnissen komme. Auch Stimmungen zu bemerken sei nicht leicht für ihn, genauso wie nonverbale Mimik oder Blickverhalten anderer Personen zu deuten. Emotionen könne er nur erkennen, wenn diese sehr deutlich ausgeprägt seien. Um überhaupt einen Perspektivenwechsel vornehmen zu können, müsse man ihm alles deutlich verbal erklären. In der Regel versuche er aber auch gar nicht, andere Personen und ihr Verhalten zu verstehen, da er sich nicht besonders für andere interessiere.

Schwierig sei für ihn auch die Nähe-Distanz-Regulation, entweder sei er zu distanziert oder wirke zu aufdringlich. Schon als Kind habe seine Mutter ihm zurückgemeldet, dass er anderen Menschen nicht in die Augen schaue, weshalb er versucht habe, dies bewusst zu ändern. Daraufhin habe man ihm vorgeworfen, er starre andere Personen unangenehm an. Mittlerweile vermeide er daher das fokussierte und bewusste Anschauen von Menschen.

Schon seit jeher habe er Schwierigkeiten mit der „Selbstorganisation“, berichtet Herr B. Mit einem für ihn interessanten Thema könne er sich stundenlang beschäftigen und komme oft „kaum davon los“, sodass seine Tagesstruktur durcheinandergerate und er wichtige Termine oder Verpflichtungen vernachlässige. Herr B. zeigt eine Reihe von stereotypen und repetitiven motorischen Verhaltensweisen, wie z. B. Händekneten, Grimassieren, Vor- und Zurückschaukeln, Hüpfen, Hin- und Herlaufen. Diese Verhaltensweisen träten vermehrt unter Stress auf, und er erlebe sie als spannend.

Als jugendlicher sei bei ihm eine intellektuelle Hochbegabung diagnostiziert worden, doch trotz seiner hohen fachlichen Kompetenz als Informatiker zeigten sich bis heute erhebliche berufliche Schwierigkeiten. Nach spätestens zwei Jahren sei er meist gekündigt worden, unter anderem, weil er bis heute Probleme mit der Kundenbetreuung habe und mit den Kollegen nicht zurechtkomme. Auch fehle ihm die Fähigkeit, strukturiert zu arbeiten, er habe einen detailorientierten Wahrnehmungsstil, aber große Schwierigkeiten mit strukturierter Vorausplanung sowie Teamarbeit.

Eine erste zwischengeschlechtliche Beziehung habe er im Alter von 27 Jahren mit einer Frau aus Nigeria geführt. Seit 2003 sei er mit einer Freundin der ehemaligen Partnerin verheiratet. Dass das vorrangige Motiv seiner Ehefrau eine Aufenthaltsgenehmigung gewesen sei, habe er erst Jahre später verstanden, erzählt Herr B. Seine Ehefrau habe einen Sohn mit in die Ehe gebracht, und er habe einen weiteren, gemeinsamen Sohn mit ihr, bei dem im Alter von 9 Jahren ebenfalls

eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert worden sei. Herr B. beschreibt seine Gefühle für seine Frau als „etwas beschränkt“, es komme sehr häufig zu Konflikten zwischen ihnen, deren Auslöser er meist nicht begreife.

## 2.2 Definition der Störung

In Deutschland wird aktuell das Klassifikationssystem ICD-10 verwandt. Darin werden der „frühkindliche Autismus“, das „Asperger-Syndrom“ und der „atypische Autismus“ in der Gruppe der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ zusammengefasst. Im 2013 erschienenen DSM-5 wurden diese drei, in der ICD-10 differenzierten autistischen Störungsbilder zu „Autismus-Spektrum-Störungen“ (ASS) zusammengefasst, da sich die valide Abgrenzung der einzelnen Ausprägungsformen von Autismus als schwierig erwiesen hat und dadurch die Dimensionalität dieser Störungsgruppe abgebildet werden kann (Vogelely 2015). Da eine empirische Abgrenzung von verschiedenen autistischen Subsyndromen nicht möglich ist (z. B. Frazier et al. 2012; Kamp-Becker et al. 2010) und eine Angleichung der angekündigten ICD-11 an die DSM-5 angestrebt wird, sprechen wir hier im Folgenden übergreifend nur von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Beide Klassifikationssysteme beschreiben folgende Kernkriterien bei ASS: Störungen der Interaktion, Störungen der Kommunikation sowie repetitive, stereotype Verhaltensweisen, wobei das DSM-5 Defizite in sozialer Interaktion und Kommunikation zu einem Kriterium zusammenfasst (■ Tab. 2.1).

### 2.2.1 Symptomatik

#### 2.2.1.1 Soziale Interaktion und Kommunikation

**Theory of Mind** Die Fähigkeit, anderen Menschen mentale Zustände wie Überzeugungen, Gedanken und Gefühle zuzuschreiben, um ihr Verhalten vorherzusagen und erklären zu können (Premack und Woodruff 1978), die auch als Theory-of-Mind-Fähigkeit oder als Mentalisieren beschrieben wird, ist in menschlichen Begegnungen von zentraler Bedeutung. Interaktionen mit anderen erfolgen meist mühelos, automatisch und intuitiv und können in einfachen Formen bei Kindern schon sehr früh nachgewiesen werden. So lässt sich die Beeinflussung der Aufmerksamkeit von Bezugspersonen durch das Blickverhalten bereits im ersten Lebensjahr finden (*joint attention*, „gemeinsame Aufmerksamkeit“). Dagegen sind formalisierte Aufgaben zur Theory of Mind mit einer sogenannten False-Belief-Struktur erst im Alter von 4 bis 5 Jahren möglich (Frith 2003).

Kinder mit einer Störung aus dem Autismusspektrum zeigen bereits früh in der Entwicklung dieser Leistungen Defizite (Baron-Cohen 2001), wohingegen erwachsene Personen mit ASS ohne Intelligenzminderung oft keine Schwierigkeiten in den klassischen, formalisierten Testverfahren zur Theory of Mind aufweisen (David et al. 2010), vermutlich deshalb, weil sie regelbasiert und daher lernbar sind. Trotzdem lassen sich in komplexen Alltagssituationen häufig immense Probleme in der Erfassung mentaler Zustände anderer Menschen beobachten, die meist auf differenzielle Störungen in der impliziten Verarbeitung sozial relevanter, besonders nonverbaler Informationen zurückzuführen sind (Kuzmanovic et al. 2011). Aufgrund der gestörten oder gar fehlenden intuitiven Mentalisierungsleistung von Personen mit ASS wirken erwachsene Personen mit ASS daher oft arrogant, unhöflich oder ungeschickt (Vogelely 2012; Vogelely und Remschmidt 2015).

2

■ Tab. 2.1 Übersicht Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-5 (in Anlehnung an Vogeley 2015)		
ICD-10: Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, atypischer Autismus		DSM-5: Autismus-Spektrum-Störungen
Qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen	Kriterium: Interaktionsstörung	1. Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit 2. Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten 3. Defizite im Verständnis von Beziehungsgestaltungen (erforderlich 3/3)
Qualitative Abweichungen in den wechselseitigen Kommunikationsmustern	Kriterium: Kommunikationsstörung	
Eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten	Kriterium: repetitive, stereotype Verhaltensweisen	1. Stereotype, repetitive Bewegungsabläufe 2. Routinen oder Rituale 3. Fixierte Interessen 4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize (erforderlich 2/4)

**Kommunikation** Nonverbale Kommunikationssignale, wie Mimik, Gestik und Blickverhalten, werden von Personen mit ASS kaum oder gar nicht zu kommunikativen Zwecken eingesetzt. Wenn sie überhaupt eingesetzt werden, dann handelt es sich um erlernte Verhaltensweisen, die nicht intuitiv genutzt werden, beispielsweise andere Personen anlächeln oder anschauen. Ebenso werden nonverbale Signale in Interaktionen nicht als Quelle sozial relevanter Informationen verwendet (Schuster 2007). Soziale Situationen sind deshalb für Menschen mit ASS meist sehr schwer einzuschätzen, und das Verhalten des Gegenübers erscheint unerklärlich und kaum vorhersagbar.

Ähnlich wie bei der Mentalisierungsfähigkeit haben Personen mit ASS ohne Intelligenzmin- derung die Möglichkeit, bestimmte Gesichtsausdrücke, Gesten oder Blickverhalten bewusst zu erlernen. Eindeutige nonverbale Signale können deshalb durchaus bewusst analysiert und richtig interpretiert werden. Trotzdem werden vor allem weniger eindeutige und komplexe nonverbale Signale sehr häufig fehlinterpretiert, weshalb verbale Informationen stärker gewichtet werden und im Umgang mit anderen Menschen verlässlicher erscheinen (Kuzmanovic et al. 2011). Auch die verbale Kommunikation ist eingeschränkt (■ Tab. 2.2).

2.2.1.2 Repetitive und stereotype Verhaltensmuster

**Routinen, Rituale und Ordnungsvorlieben** Menschen mit ASS zeigen eine Vielzahl an wieder- kehrenden Ritualen und strikten Routinen sowie speziellen Ordnungsvorlieben, die rigide und situationsunabhängig ausgeführt werden. Diese betreffen beispielsweise Tätigkeitsabläufe in der Tagesstruktur, bestimmte Essensrituale oder komplexe Ordnungssysteme für spezifische Alltags- gegenstände (z. B. CDs, Bücher, Schuhe). Auch repetitiv ausgeführte Bewegungen, wie Schaukeln mit dem Oberkörper, Drehen der Hände oder wiederholte taktile Stimulation werden unter dieser Symptomkategorie subsumiert. Diese stereotypen Verhaltensmuster bedeuten für viele Menschen mit ASS Sicherheit im unübersichtlichen und häufig als verwirrend empfundenen sozialen Alltag und werden deshalb in stressreich erlebten Situationen vermehrt ausgeführt (Attwood 2008). Eine

■ **Tab. 2.2** Verbale Kommunikation

Bereich	Einschränkungen bei Personen mit ASS
Pragmatik: sozial-kommunikative Funktion der Sprache	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monologisieren, ohne zu erkennen, dass Gesprächspartner gelangweilt ist</li> <li>– Unterbrechen anderer Personen an unpassenden Stellen</li> <li>– Zu lange Antwortlatenzen, wenn Aussagen nicht richtig verstanden worden sind (Attwood 2008)</li> <li>– Falsches Einsetzen von Floskeln (Frith 2003)</li> </ul>
Smalltalk (als Sonderfall der Pragmatik): kleines Alltagsgespräch mit dem Ziel der sozialen Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schwierigkeiten, den Sinn des Gesprächs zu erfassen</li> <li>– Unpassende Themenwahl</li> <li>– Wortkargheit</li> </ul>
Semantik: Inhalt von Wortbedeutungen oder sprachlichen Wendungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wortwörtliches Verständnis von sprachlichen Inhalten („Konkretismus“) (Attwood 2008; Frith 2003)</li> <li>– Eingeschränktes Verständnis von Ironie, Witzen und Metaphern (Vogeley und Remschmidt 2015)</li> </ul>
Prosodie: stimmliche Qualität der Sprache/ Sprachmelodie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einschränkungen in Modulation, dadurch monotone und mechanische Sprechweise (Attwood 2008; Remschmidt und Kamp-Becker 2006)</li> </ul>

flexible Anpassung dieser Tätigkeiten an ungeplante Ereignisse ist den Betroffenen jedoch meist nicht möglich, was das subjektiv erlebte Stressniveau deutlich steigern kann.

**Spezialinteressen** Bereits im Kindesalter entwickeln Menschen mit ASS häufig Spezialinteressen, die oft zeitintensiv und mit großem Engagement verfolgt werden, sodass manchmal für andere Tätigkeiten kaum noch Zeit bleibt (Vogeley und Remschmidt 2015). Die Inhalte können durchaus im Laufe des Lebens wechseln, zeichnen sich aber oft durch einen ungewöhnlichen, oft zweckfrei erlebten und manchmal auch bizarren Charakter aus. So können sich Betroffene in der Kindheit beispielsweise mit der Katalogisierung von Weihnachtsliedern oder Dinosauriern befassen und im Erwachsenenalter pedantisch Informationen zu Kirchenfenstern einer bestimmten Epoche zusammentragen. Besondere Vorlieben können sich auch auf Zahlen oder Zählbares beziehen, so werden oft Sportarten und Tabellen von Ergebnissen gesammelt und akribisch zusammengetragen. Weniger nachvollziehbar wird diese Tätigkeit dann, wenn die Sportarten selbst gar nicht angeschaut, sondern nur die Zahlen selbst bearbeitet werden, oder wenn Spiele oder sogar ganze Sportarten erfunden werden, und dies nur zu dem Zweck, möglichst viele Ergebnisse zu erzeugen, mit denen dann wieder gerechnet werden kann. Besonders in sozialen Situationen kann das wiederholte und detailreiche Thematisieren dieser Spezialinteressen problematisch sein.

**Sensorik** Sensorische Hyper- oder Hyporeaktivität werden im DSM-5 neuerdings als ein mögliches, aber nicht notwendiges Subkriterium des Kriteriums der repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen berücksichtigt. Das Phänomen der veränderten Reizschwellen für verschiedene Sinnesmodalitäten ist verglichen mit dem Kindes- und Jugendalter bei Erwachsenen mit ASS nicht mehr so stark ausgeprägt, da viele Betroffene gelernt haben, mit sensorischen Reizen besser umzugehen und diese bewusst zu filtern (Grandin 1988). Dennoch kommt es in komplexen sozialen Interaktionen oft zu einem Überforderungserleben, da diese unter anderem durch eine Vielzahl von Sinneseindrücken in verschiedenen Sinnesmodalitäten gekennzeichnet sind.

### 2.2.1.3 Weitere Merkmale

**Detailwahrnehmung** Eine Fokussierung auf Details in der Umgebung findet sich bei einem Großteil der Personen mit ASS. Diese Wahrnehmungsbesonderheit stellt nicht nur eine Einschränkung dar, sondern wird von den Betroffenen auch als Bereicherung erlebt. So kann es hilfreich sein, kleine Veränderungen schnell und mit Zuverlässigkeit zu bemerken (z. B. Rechtschreibfehler, Programmierfehler) oder verloren geglaubte Gegenstände im Haushalt schnell wiederzufinden. Problematisch wirkt sich eine starke Detailorientierung in Situationen aus, in denen es wichtig ist, Kontextinformationen schnell und global wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Allerdings konnte in vielen Studien nachgewiesen werden, dass bei deutlicher Aufforderung zu ganzheitlicher Wahrnehmung Kontextinformationen berücksichtigt werden können und eine globale Verarbeitung möglich ist (z. B. Iarocci et al. 2006; López und Leekam 2003). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine erhöhte Detailaufmerksamkeit bei ASS eher als kognitiver Stil denn als Wahrnehmungsdefizit betrachtet werden sollte.

**Kognitive Kompensation** Mittels Regellernen besteht bei hochfunktional autistischen Personen, d. h. Menschen mit ASS ohne Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit bzw. Intelligenzminderung, die Möglichkeit, bestehende Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation zumindest teilweise auszugleichen (Lehnhardt et al. 2011; Vogeley 2012). Bestimmte Gesten können erlernt, Gesichtsausdrücke analysiert oder Smalltalk kann eingeübt werden. Auf diese Aspekte fokussieren auch die beiden einzigen verhaltenstherapeutisch orientierten Manuale zur Behandlung von ASS (Gawronski et al. 2011, 2012; Vogeley und Gawronski 2015; Ebert et al. 2013). Die Problematik dieses regelbasierten Lernens von normalerweise intuitiv vermittelten Fertigkeiten besteht in der fehlenden Flexibilität des Erlernten und der mangelnden Fähigkeit zum Transfer in den Alltag. Komplexe soziale Umwelten verlangen eine ständige nuancierte Anpassung an die jeweilige Situation, die auch ein ausgefeiltes, letztlich aber doch rigides Regelwerk nicht in der gleichen Weise leisten kann.

**Komorbidität** Im Erwachsenenalter treten bei bis zur Hälfte der von ASS betroffenen Personen komorbid Depressionen auf als Folge von jahrelang andauernden psychischen Belastungen in sozialen Situationen (Ghaziuddin und Zafar 2008; Hofvander et al. 2009; Rydén und Bejerot 2008; Vogeley und Remschmidt 2015). Dabei können die kognitiven Kompensationsmöglichkeiten hochfunktional autistischer Personen die Wahrscheinlichkeit einer Depression erhöhen, da die alltägliche Anstrengung, die aufgebracht werden muss, um die bestehenden und erlebten Defizite auszugleichen, häufig in Erschöpfungszuständen mündet. Zudem haben Menschen mit ASS ohne Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit meist ein hohes Problembewusstsein und attribuieren das wiederholte Versagen in sozialen Kontexten internal. Neben Depressionen treten vermehrt Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrome (ADHS) als Komorbidität auf, da besonders die Kernsymptome wie motorische Unruhe und Aufmerksamkeitsdefizite häufige Begleitsymptome bei ASS darstellen (Noterdaeme 2009). Als weitere psychiatrische Komorbiditäten sind Angst- und Zwangsstörungen, Ticstörungen und psychotische Störungen zu nennen (de Bruin et al. 2007; Ghaziuddin und Zafar 2008; Nylander et al. 2008; Stahlberg et al. 2004), die schließlich auch differenzialdiagnostisch sorgfältig erwogen werden müssen (Lehnhardt et al. 2013).

## 2.2.2 Epidemiologie

**Prävalenz** In den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts ging man von einer Prävalenzrate des frühkindlichen Autismus von 4 : 10.000 Kindern aus (Lotter 1966). In den vergangenen 15 Jahren haben sich diese Prävalenzzahlen dramatisch verändert: Das vom Center for Disease Control and

Prevention (CDC) unterstützte Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network stellte mittlere Prävalenzraten für 8-jährige Kinder von etwa 66 : 10.000 fest (ADDM/CDC 2007). Einigen Studien zufolge liegt die Prävalenz sogar bei 1 % und mehr (Baird et al. 2006; Kim et al. 2011). Diesem Wert einer Lebenszeitprävalenz von 1 % als Schätzwert folgen auch die deutschsprachigen S3-Leitlinien für Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die ab 2016 bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) abrufbar sind.

Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass tatsächlich mehr Menschen von ASS betroffen sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Anstieg der Prävalenzrate durch die vermehrte Bekanntheit von ASS in Fachkreisen und die erhöhte mediale Präsenz zustande kommt. Des Weiteren ist in den vergangenen Jahren ein deutlicher Anstieg von Erstdiagnosen von ASS im Erwachsenenalter zu verzeichnen, hier werden jedoch vermehrt hochfunktionale Personen identifiziert, deren Störungen aufgrund ihrer guten kognitiven Kompensationsmöglichkeiten im Kindes- und Jugendalter unentdeckt bleiben (s. Abschn. 2.1).

**Geschlechterverteilung** Das Geschlechterverhältnis bei ASS ist deutlich in Richtung des männlichen Geschlechts verschoben. Männliche Betroffene sind etwa viermal häufiger von ASS betroffen als weibliche (Bölte 2009). In Abhängigkeit von den zugrunde gelegten diagnostischen Klassifikationen, dem Diagnosezeitpunkt im Laufe des Lebens und der intellektuellen Leistungsfähigkeit variiert das Geschlechterverhältnis aber erheblich zwischen 2 bis 10 : 1, insbesondere im Erwachsenenalter überwiegen Angaben zur Geschlechterverteilung im Bereich von 2 : 1 (Dilling et al. 1991; Falkai und Wittchen 2015; Lehnhardt et al. 2011, 2012; Howlin 2003; Hofvander et al. 2009).

### 2.2.3 Ätiologie

**Genetik** Der Einfluss genetischer Faktoren bei der Entstehung von ASS gilt seit den Zwillingsstudien in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts als gesichert (Folstein und Rutter 1977), die Heritabilität liegt bei bis zu 90 % (Bailey et al. 1996; Freitag et al. 2010). Trotzdem konnte bis zum heutigen Zeitpunkt nicht geklärt werden, wie viele Gene an der Entstehung der Störung beteiligt sind und auf welche Weise diese miteinander interagieren müssen, um eine ASS zu verursachen. Es wird als wahrscheinlich angesehen, dass es mehrere Risikogene sein könnten, die mit einem jeweils geringen Einfluss zusammenwirken, um das Vollbild der Störung zu erzeugen. Diskutiert werden jedoch mittlerweile über hundert Suszeptibilitätsgene, die die Anfälligkeit für den Erwerb einer autistischen Verfassung erhöhen könnten (Betancur 2011).

➤ Vermutlich tragen verschiedene genetische Mechanismen zur Entstehung bei, die in folgende Gruppen eingeteilt werden können (Devlin und Scherer 2012):

- monogenetische Verursachungen,
- De-novo-Mutationen,
- chromosomale Veränderungen,
- Veränderungen in der Zahl der Genkopien (*copy number variations*, CNV) einschließlich Mikrodeletionen oder Mikroduplikationen.

Zu den genetischen Risikofaktoren werden übersichtsartig auch die S3-Leitlinien zu Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter informieren, die ab August 2016 bei der AWMF abrufbar sind.



**Pränatale Risikofaktoren** Erkrankungen der Eltern einschließlich somatischer Erkrankungen, etwa Typ-I-Diabetes bei den Eltern (Croen et al. 2005; Mouridsen et al. 2007) oder Epilepsie der Mutter (Bromley et al. 2013) und der Einnahme von Medikamenten, insbesondere Valproat, durch die Mutter während der Schwangerschaft (Bromley et al. 2013) sowie ein erhöhtes mütterliches und väterliches Alter (Reichenberg et al. 2006) können die Auftretenswahrscheinlichkeit von ASS erhöhen. Diesbezüglich kann auch diskutiert werden, ob sich eine bestehende genetische Disposition aufgrund von pränatalen Einflüssen manifestieren kann (Remschmidt und Kamp-Becker 2006). Zu pränatalen Risikofaktoren werden ebenfalls die S3-Leitlinien zu Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter der AWMF informieren.

**Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen** Hirnbildgebende Verfahren konnten zeigen, dass sowohl strukturelle als auch funktionelle Gehirnveränderungen in Zusammenhang mit genetischen Faktoren bei der Entstehung von Störungen aus dem Autismspektrum eine Rolle spielen (Remschmidt und Kamp-Becker 2006; Vogeley und Remschmidt 2015). Mittels struktureller Bildgebung ist etwa ein in der frühen Kindheit erhöhtes Gehirnvolumen von Personen mit ASS gezeigt worden, andere Arbeiten konnten diesen Befund nicht bestätigen (Hallahan et al. 2009). Anatomische Veränderungen des Gehirns lassen sich bis in Regionen verfolgen, die zur sozialen Kognition genutzt werden (Hadjikhani 2006; Scheel et al. 2011). Moderne vielversprechende Befunde versuchen, morphologische Merkmale des Gehirns in multivariaten Zugängen zu erfassen, bei denen verschiedene hirnanatomische Merkmale an den gleichen Gehirndatensätzen erfasst werden, um so differenzialdiagnostisch verwertbare neurobiologische Hinweise zu erarbeiten (Ecker et al. 2010). Funktionelle Auffälligkeiten wurden hauptsächlich in Bereichen des sozialen Gehirns bezüglich der Verarbeitung von Gesichtsausdrücken anderer Personen (z. B. Critchley et al. 2000), Theory of Mind (z. B. Lombardo et al. 2011) und der Verarbeitung von Blickverhalten gefunden (Kuzmanovic et al. 2011; Georgescu et al. 2014), bei denen Menschen mit Autismus insofern ein abweichendes Aktivierungsverhalten zeigen, als Regionen, die üblicherweise während der Bewältigung sozial-kognitiver Aufgaben rekrutiert werden, weniger stark beansprucht werden.

**Gehirnstoffwechsel** Auffälligkeiten der Konzentration des Neurotransmitters Serotonin wurden bereits mehrfach repliziert (Anderson et al. 2002). Es wird vermutet, dass eine Erhöhung der Serotoninkonzentration in den Thrombozyten eine Verringerung der Serotoninmenge im Gehirn zu Folge hat, was serotonerge Neurone in ihrer Entwicklung schädigt. Derzeit existiert kein Nachweis einer verringerten Serotoninkonzentration im Gehirn von Menschen mit ASS, jedoch konnte im Tierexperiment gezeigt werden, dass eine Erhöhung der Serotoninkonzentration im Blut autisumusartige Verhaltensweisen (verringertes sozialer Austausch mit Artgenossen) bei Ratten auslöst (McNamara et al. 2008).

## 2.3 Psychotherapie der Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter

### 2.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte

Da ASS ohne Remission verlaufen, ist das Ziel einer psychotherapeutischen Intervention der bessere Umgang mit störungsassoziierten Schwierigkeiten und eine dadurch bedingte Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen. Dies bedeutet jedoch nicht ein unreflektiertes Angleichen an nicht autistische Verhaltensweisen und Standards, sondern die Möglichkeit einer individuellen

Weiterentwicklung, vor allem im Hinblick auf die Bewältigung komplexer sozialer Situationen. Hierbei können die kognitiven Ressourcen von Erwachsenen mit ASS im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sinnvoll genutzt werden, weshalb sich diese Therapieform besonders gut für die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Autismus eignet.

Bezüglich der Probleme bei der sozialen Interaktion und Kommunikation zielen kognitiv-behaviorale Methoden darauf ab, entsprechende Fertigkeiten zu vermitteln (Remschmidt und Kamp-Becker 2006). Patienten können im Rahmen der Therapie lernen, soziale Hinweise wie Blickkontakt, Mimik und Gestik, Körperhaltung oder Tonfall korrekt zu entschlüsseln sowie adäquat darauf zu reagieren. Im Hinblick auf kommunikative Praktiken können Personen mit ASS beispielsweise im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Rollenspielen (auch mit Video-feedback) angemessene Kontaktaufnahme und Gesprächsführung trainieren. Die Verbesserung emotionaler Kompetenzen betreffend erscheinen die Fähigkeiten, eigene Emotionen zu erkennen und mitzuteilen sowie die Gefühle anderer Personen wahrzunehmen, korrekt zu interpretieren und das Verhalten adäquat darauf abzustimmen, zentral. Der Umgang mit negativen Gefühlen (wie z. B. Wut oder Angst) kann ebenfalls als relevanter Aspekt der emotionalen Kompetenz bei der Behandlung von ASS betrachtet werden (Remschmidt und Kamp-Becker 2006). Die Ergebnisse einer eigens durchgeführten Bedarfsanalyse unter Betroffenen zeigten des Weiteren, dass die Bewältigung von Stress vielen Betroffenen ein wichtiges therapeutisches Anliegen ist. Führt man sich vor Augen, dass unser Alltag von zahlreichen notwendigen Interaktionen und mannigfaltigen sozialen Reizen geprägt ist, wird offensichtlich, dass das tägliche Miteinander für Personen mit ASS eine große und oft unüberwindbar scheinende Herausforderung darstellt (Gawronski et al. 2012). Kognitiv-behaviorale Methoden eignen sich sehr gut, um den subjektiv wahrgenommenen Alltagsstress zu minimieren, kompensatorische Strategien für nicht veränderbare Defizite zu vermitteln und so langfristig eine Erhöhung der Selbstakzeptanz zu erzielen (Gaus 2000, 2007). Die im Erwachsenenalter häufig entwickelten komorbiden Störungen, hier häufig Depressionen (s. Abschn. 2.3.4), stellen einen weiteren zentralen Bestandteil bei der Behandlung von ASS dar. Durch die Aufsummierung vieler negativer Erlebnisse im Laufe des Lebens wird die Entwicklung einer reaktiven Depression immer wahrscheinlicher (Ghaziuddin et al. 2002; Gawronski et al. 2011, 2012; Krämer et al. 2015).

Die repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen können bei Personen mit ASS im Erwachsenenalter eine Ressource zum Beispiel im Sinne einer gezielten Entspannung darstellen (vgl. Fallbeispiel). Sofern sie situationsadäquat eingesetzt werden, können sie zudem zur Refokussierung dienen.

Ein weiteres wichtiges Therapieziel ist die Integration der Diagnose in das eigene Selbstkonzept bei Personen, die erst im Erwachsenenalter mit ASS diagnostiziert werden. Eine Reinterpretation von vielen als schwierig erlebten autobiografischen Ereignissen ist im Hinblick auf die Identitätsfindung unterstützenswert (Schoofs 2015).

Auch stellt die angemessene Kommunikation der Diagnose im privaten und beruflichen Umfeld Betroffene vor eine wichtige Aufgabe und sollte in die Behandlungsplanung integriert werden.

➤ **Übergeordnetes Ziel eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in der Psychotherapie von Menschen mit ASS ist der Aufbau von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit in Bezug auf die eigenen Schwierigkeiten und individuellen Stärken.**

Die therapeutischen Rahmenbedingungen einer KVT bei ASS decken sich zu großen Teilen mit denen anderer Störungen, erfordern jedoch von psychotherapeutischer Seite ein höheres Ausmaß an Strukturierung. Beispielsweise sollten situative Faktoren, wie Uhrzeit und Räumlichkeit sowie

2 der formale Ablauf der Therapiestunden, konstant gehalten werden. Des Weiteren sind Psychotherapeuten zu einem direkteren Vorgehen angehalten, um klinisch relevante Effekte zu erzielen und Missverständnisse zu vermeiden. Beim Einsatz therapeutischer Materialien sollten diese möglichst konkret gehalten werden, beispielsweise sollte auf mehrdeutige Formulierungen in Aufgabenstellungen verzichtet werden (Remschmidt und Kamp-Becker 2006). Das häufige Wiederholen relevanter Informationen und Inhalte ist in jeder Psychotherapie unabdingbar. Die Bedeutung für ASS-spezifische Therapiemaßnahmen ist jedoch aufgrund der tiefgreifenden Entwicklungsstörung als noch höher einzuschätzen.

### 2.3.2 Therapeutische Beziehung

**Nachbeelterung** Patienten mit ASS haben oftmals bereits einen langen Leidensweg hinter sich, wenn sie erstmalig eine Psychotherapie beginnen. Besonders wenn die Störung erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wurde, haben Patienten wiederholt die Erfahrung gemacht, dass ihr „Anders-sein“ nicht erwünscht oder inakzeptabel ist, ohne dass sie die Möglichkeit gehabt hätten, ihre „Fehler“ zu begreifen und ihr Verhalten, wenn nötig, anzupassen. In der Psychotherapie besteht nun die Möglichkeit, mittels Nachbeelterung eine korrigierende Beziehungserfahrung zu schaffen, in welcher der Patient sich erstmals angenommen und akzeptiert fühlt und auf der Grundlage dieser neuen Vertrauensbasis Themen ansprechen kann, die in alltäglichen sozialen Interaktionen meist nicht besprochen werden können. In einem weiteren Schritt kann dann mit dem Ziel der Förderung eines Perspektivenwechsels die Wirkung des Verhaltens des Patienten thematisiert werden. So kann der Betroffene beispielsweise lernen zu verstehen, warum es in der Vergangenheit so häufig zu aversiven Reaktionen seines sozialen Umfeldes gekommen ist.

**Nonverbale Kommunikation** Komplexe nonverbale Signale werden von nicht autistischen Personen in der Kommunikation sowohl intuitiv entschlüsselt als auch intuitiv verwendet (Burgoon 1994). Aufgrund dieser oft nur wenig bewussten automatischen Verwendung fehlt bei nicht autistischen Personen häufig die Reflexion darüber, inwieweit sie selbst und andere diese Signale zur Kommunikation einsetzen (Vogele und Bente 2010). Gleichzeitig hat der Patient mit ASS aufgrund der störungsimmanenten Problematik nicht die Möglichkeit, den Therapeuten auf dieses Defizit hinzuweisen, da er sich dessen nicht bewusst ist. Dieser Umstand stellt also eine Besonderheit der Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychotherapie von ASS dar (Krämer et al. 2015). Um schwerwiegende Missverständnisse im Therapieprozess (vgl. auch Abschn. 2.4) zu vermeiden, ist deshalb zunächst die Bewusstmachung und Offenlegung dieser Problematik im therapeutischen Setting von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus muss die Beziehungsgestaltung erheblich an die Patientenbedürfnisse angepasst werden, da der intuitive kommunikative Vermittlungsweg Menschen mit ASS dauerhaft verschlossen bleibt. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass der Therapeut sich weniger auf seine Interpretation der nonverbalen Signale des Patienten verlassen kann, da dieser Weg der Rückmeldung eingeschränkt ist. Vielmehr gewinnen gezielte und konkrete Fragen an Bedeutung. Gleichzeitig hat der Therapeut aber auch die Aufgabe, die nonverbale Vermittlung von Zustimmung oder Empathie durch ausschließlich verbale Rückmeldungen zu ersetzen.

Hier sollte ergänzend erwähnt werden, dass es natürlich auch unter nicht autistischen Personen immer wieder zu Missverständnissen in der Kommunikation kommt, wenn Bedürfnisse nur indirekt geäußert werden. Die Thematisierung dieser Tatsache in der Therapie kann Patienten mit ASS helfen, die eigenen Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion sowie die nur scheinbar fehlerfreien sozialen Fertigkeiten nicht autistischer Personen realistischer einzuschätzen.

**Verstärkung** Bei der Vermittlung und Verankerung neuer Verhaltens- und Denkweisen in der Therapie von ASS sollte der Therapeut wiederholt auf angestrebte Therapieziele hinweisen und die erfolgten Fortschritte explizit aufzeigen. Weniger zentral erscheint das Loben und die nonverbale Mitteilung von Empathie, da diese bei Menschen mit ASS nicht per se positiv verstärkend wirken.

**Implizites Lernen** Aufgrund der störungsimmanenten Schwierigkeiten in der Wahrnehmung und Deutung übertragener Bedeutungen bei ASS ist auch die Wirkung des impliziten Lernens durch den Therapeuten als Modell eingeschränkt. Entsprechend kommt dem Therapeuten in der Psychotherapie von ASS die Aufgabe zu, Gründe und Ziele eigener Verhaltensweisen explizit offenzulegen und zu benennen, um Patienten mit ASS einen direkten Zugang zu einer bisher unbekannten, nichtautistischen Sichtweise zu ermöglichen und so eine potenzielle Erweiterung des Verhaltensspielraums zu erzielen.

**Perspektivenwechsel** Neben den bereits genannten Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung bei der Psychotherapie von ASS stellt die bewusste Vermittlung von Perspektivenwechseln die zentrale Aufgabe in der Beziehungsgestaltung dar. Patienten mit ASS erhalten im Laufe der Therapie häufig erstmals die Möglichkeit, nicht autistisches Erleben und Verhalten systematisch zu analysieren und nachzuvollziehen. Der Therapeut kann hier Techniken vermitteln, mit deren Hilfe die Sichtweise anderer Menschen durch Nutzung kognitiver Ressourcen zumindest teilweise verständlich erscheint.

### 2.3.2.1 Einzel- versus Gruppentherapie

**Einzeltherapie** Ein allgemeiner Vorteil einer Einzeltherapie besteht vor allem in der Gelegenheit, besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können. Dies betrifft Menschen mit Autismus und Menschen ohne Autismus gleichermaßen. Gerade jedoch im Fall von ASS erscheint die Nutzung eines einzeltherapeutischen Settings besonders empfehlenswert. Die dyadische Interaktion bietet insgesamt weniger zu verarbeitende Reize für den Patienten, weniger Raum für soziale Missverständnisse bzw. eine schnellere Klärung derselben sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit für Unvorhersehbarkeiten. Weiter können konkrete Alltagsbeispiele zur Schulung der Perspektivenwechselfähigkeit detaillierter durchgearbeitet werden, wodurch aktuell problematische Situationen gelöst werden können. Auch die Auseinandersetzung mit Erlebtem sowie die Würdigung biografischer Ereignisse sind im Hinblick auf eine Identitätsfindung vor dem Hintergrund der erst spät erhaltenen Diagnose intensiver möglich.

**Gruppentherapie** Gerade weil Personen aus dem Autismusspektrum private Interaktionen in der Gruppe eher meiden, da sie hier die meisten schlechten Erfahrungen gesammelt haben, eignen sich gruppentherapeutische Interventionen für diese Personengruppe besonders gut. Eine Therapiegruppe bietet genau den geschützten Rahmen, der nötig ist, um soziale Fertigkeiten im Austausch mit anderen ohne Angst vor Zurückweisung oder Misserfolg zu trainieren (Häußler et al. 2008). Kontaktaufnahme, Smalltalk, nonverbale Interaktion sowie realistische Konfliktsituationen können mit Unterstützung der Therapeuten zunächst analysiert und in der Folge im Rollenspiel eingeübt werden. Darüber hinaus haben therapeutische Interventionen im Gruppensetting den Vorteil, dass die Patienten häufig zum ersten Mal andere Betroffene kennenlernen und feststellen, dass sie mit ihren ASS-bedingten Schwierigkeiten nicht alleine sind. Hier können im weiteren Verlauf sogar vorsichtige private Kontakte unter den Patienten entstehen.

**Moderierte Selbsthilfegruppen** Insbesondere zur Förderung der Selbstwirksamkeit empfehlen sich moderierte Selbsthilfegruppen, in denen Personen mit ASS deutlich dazu aufgefordert

werden, sowohl selbständig die für sie problematischen Themen anzusprechen als auch andere Teilnehmer bei ihren Schwierigkeiten zu unterstützen. In anderen therapeutischen Kontexten erlernte Fertigkeiten, wie der bewusst vorgenommene Perspektivenwechsel können in diesem Rahmen weiter geschult und verbessert werden. Die Gruppenmoderatoren haben in diesen speziellen Selbsthilfegruppen die Aufgabe, die Patienten zu motivieren, in der Gruppe aktiv zu werden sowie bei Bedarf den eben genannten Perspektivenwechsel anzuregen und zu optimieren.

**Kombination** Besonders, wenn eine Diagnostik erst im Erwachsenenalter erfolgt ist, benötigen von ASS betroffene Personen Unterstützung bei der Aufarbeitung autobiografischer Ereignisse und deren Reinterpretation mit dem Ziel einer Identitätsfindung, viele praktische Trainingsmöglichkeiten für die für sie schwierigen sozialen Situationen sowie den Austausch mit anderen Menschen aus dem Autismspektrum. Eine Kombination aus gruppen- und einzeltherapeutischen Maßnahmen erscheint also als sehr geeignet, um die Vorteile beider Settings bestmöglich zu nutzen.

### 2.3.2.2 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit ist im Zusammenhang mit ASS als äußerst bedeutsam zu bewerten. Nicht nur bei der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen sind es oft nicht die Betroffenen selbst, sondern die Angehörigen, die zuerst nach Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten suchen. Bei einer Erstdiagnostik im Erwachsenenalter verursachen meist die Komorbiditäten den Leidensdruck bei Personen mit ASS und nicht die Kernsymptomatik der Störung. In diesem Zusammenhang ist es von Relevanz herauszufinden, von wem die Behandlungsmotivation ausgeht. Liegt die Initiative beim Angehörigen, muss geklärt werden, ob vereinbarte Therapieziele auch tatsächlich den Bedürfnissen des Betroffenen selbst entsprechen. Der Leidensdruck des Umfeldes ist bei ASS sehr gut nachvollziehbar, kann und darf jedoch nicht über die Autonomie des Patienten gestellt werden. Zielführender ist es hier, den Angehörigen ein passendes Therapieangebot zu vermitteln. Dies kann beispielsweise mittels spezieller Angehörigengruppen erfolgen und sollte zunächst eine umfassende Psychoedukation bezüglich ASS und häufig auftretender Komorbiditäten beinhalten. Im weiteren Verlauf kann ein adäquater Umgang mit Symptomen der Störung anhand konkreter Alltagsbeispiele erfolgen.

Vergleichbar mit den moderierten Selbsthilfegruppen für Patienten mit ASS bieten durch Therapeuten geleitete Angehörigengruppen darüber hinaus ebenfalls die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu Personen, die über ähnliche Erfahrungen verfügen.

- **Im einzeltherapeutischen Setting oder in gemischten Gruppen mit ASS-Patienten und deren Angehörigen fällt dem Therapeuten die Rolle des Vermittlers zwischen den verschiedenen Arten der Informationsverarbeitung sowie Kommunikationsweisen zu. Er kann helfen, Wünsche und Bedürfnisse auf beiden Seiten klar und nachvollziehbar zu formulieren mit dem Ziel der gegenseitigen Akzeptanz, die wiederum die Basis für ein erfolgreiches ressourcenorientiertes Arbeiten an der Beziehung bildet.**

### 2.3.3 Autismspezifische psychotherapeutische Interventionsprogramme

Entsprechend dem Anstieg an Erstdiagnosen von ASS im Erwachsenenalter sind in den vergangenen Jahren vermehrt autismspezifische psychotherapeutische Interventionsprogramme für das Erwachsenenalter entwickelt worden. Dies erscheint besonders vor dem Hintergrund,

dass sich die Ziele und Bedürfnisse einer Psychotherapie von ASS im Kindes- und Jugendalter von denen im Erwachsenenalter zum Teil deutlich unterscheiden, sinnvoll. Während für Kinder und Jugendliche mit ASS beispielsweise das Knüpfen von Freundschaften ein wichtiges Bedürfnis in der Psychotherapie darstellt, gewinnen im Erwachsenenalter zunehmend andere Bedürfnisse Bedeutung. Neben dem Umgang mit Stresssituationen, der Bewältigung von als schwierig erlebten sozialen Situationen im Berufsalltag und der Identitätssuche als autistische Person, ist vor allem die Behandlung von Komorbiditäten ein zentraler Bestandteil von autismspezifischen psychotherapeutischen Interventionsprogrammen im Erwachsenenalter (Gawronski et al. 2011).

**GATE** Aufbauend auf den Ergebnissen einer Bedarfsanalyse bezüglich spezifischer psychotherapeutischer Bedürfnisse von Erwachsenen mit ASS (Gawronski et al. 2011) ist ein „Gruppentraining für Autismus im Erwachsenenalter (GATE)“ basierend auf den Methoden der KVT entwickelt worden (Gawronski et al. 2012). GATE strebt neben der Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität der Betroffenen vor allem eine Erweiterung des Verhaltensrepertoires von Personen mit ASS an. Die geschlossenen GATE-Gruppen bestehen aus 6 Teilnehmern sowie 2 Therapeuten. Das strukturierte und manualisierte Therapiekonzept umfasst insgesamt 3 Schwerpunkte, welche in 15 wöchentlich stattfindenden Sitzungen bearbeitet werden:

1. Psychoedukation zu ASS und den möglichen Komorbiditäten,
2. Vermittlung von Techniken zur Stressanalyse und -reduktion,
3. Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten und Bewältigung sozialer Situationen.

Sowohl das übergeordnete Therapiekonzept von GATE als auch der Aufbau jeder einzelnen Sitzung entspricht dem hohen Strukturbedürfnis von Personen mit ASS. Zudem wird ein besonderer Fokus auf das Wiederholen von wichtigen Therapieinhalten gelegt, um einen bestmöglichen Alltagstransfer zu erzielen. Dabei lernen die Teilnehmer gemeinsam, Problembewältigungsstrategien zu entwickeln, diese zwischen den Sitzungen anzuwenden und schließlich in der Gruppe zu reflektieren. Durch den Einsatz verschiedener Medien und Materialien (Präsentationsfolien, Informations- und Arbeitsblätter) erhalten die Teilnehmer sowohl die Möglichkeit, dem Inhalt der Sitzungen leichter zu folgen als auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf die in der Gruppe erlernten Inhalte zuzugreifen. Bei der Durchführung von GATE hat es sich als vorteilhaft erwiesen, einzelne Themenschwerpunkte, wie die Analyse und Bewältigung individueller Stresssituation, bei Bedarf auszudehnen und zu vertiefen, da die Teilnehmer häufig unter ähnlichen Schwierigkeiten leiden und deswegen besonders von der gemeinsamen Bearbeitung von als belastend erlebten Situationen profitieren (Krämer et al. 2015). Des Weiteren können einzelne Module von GATE im einzeltherapeutischen Setting angewendet und vertieft werden.

**FASTER** Ein weiteres Therapiemanual zur Behandlung von Asperger-Autismus und hochfunktionalem Autismus bei Erwachsenen wurde von Ebert und Kollegen (2013) entwickelt. Das Therapiekonzept der „Freiburger Asperger-Spezifischen Therapie für Erwachsene (FASTER)“ umfasst Informationen zu individuellen Zielen und Gruppenzielen, Rahmenbedingungen und Angehörigenarbeit. Das Kernstück von FASTER beinhaltet ein Gruppentraining mit 24 bis 30 Sitzungen, welches Betroffenen die Möglichkeit bietet, soziale Kompetenzen zu erlernen und zu verbessern. In aufeinander aufbauenden Modulen werden 3 Themenschwerpunkte behandelt:

1. Basismodul: Psychoedukation, Vorstellung der Trainingsinhalte, Zielvereinbarungen,
2. Aufbaumodul: Einübung spezifischer Inhalte (Achtsamkeitsübungen, Situationsanalysen, Einführung in nonverbale und verbale Kommunikation),
3. Vertiefungsmodul: Training grundlegender Fertigkeiten der Kommunikation und sozialen Interaktion.



Alle Sitzungen sind inhaltlich geschlossen, sodass einzelne Therapieinhalte auch im einzeltherapeutischen Setting oder als Behandlung nur punktuell bestehender Schwierigkeiten verwendet werden können. Erste empirische Hinweise für die Wirksamkeit des FASTER-Konzepts konnten von den Autoren bereits vorgelegt werden (Ebert et al. 2013).

**SOKO Autismus** In den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde in den USA das TEACCH-Programm („Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children“) entwickelt, welches ein umfangreiches und lebenslang begleitendes System von Hilfen und Diensten für Betroffene von ASS, deren Angehörige und Fachkräfte umfasst (Häußler 2008). Neben dem Verständnis typischer Schwierigkeiten von Personen mit ASS, individueller Diagnostik und Förderung, Einbeziehung der Angehörigen, ganzheitlicher Förderung der Persönlichkeit, Strukturierung und visueller Gestaltung des Umfelds sowie Orientierung an individuellen Stärken beinhaltet das TEACCH-Programm die Förderung sozialer Kompetenzen. Im deutschsprachigen Raum haben Häußler et al. (2008) in Anlehnung an die Sozialkompetenzgruppen des TEACCH-Programms ein Gruppenangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit ASS entwickelt (SOKO Autismus). Es handelt sich dabei um einen pädagogischen Ansatz, in dem verschiedene thematische Schwerpunkte, wie die Förderung von Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten und der Umgang mit Gefühlen behandelt werden. Durch den Einsatz von unterschiedlichen Arbeitsmaterialien (Arbeitsblätter, Übungsanleitungen) wird den Betroffenen im Rahmen der SOKO-Gruppen die Möglichkeit zur Verbesserung sozialer Kompetenzen gegeben. SOKO Autismus ist nicht als eine umfassende psychotherapeutische Interventionsmaßnahme konzipiert, sondern bietet vielmehr die Nutzung praxisnaher Hilfen in unterschiedlichen therapeutischen Kontexten. Es werden Hilfen zur Alltagsstrukturierung, Strategien zum Verhaltensmanagement sowie Anregungen für die Förderdiagnostik und Dokumentation vermittelt. SOKO Autismus bietet sowohl spezifische Angebote für das Erwachsenenalter als auch die Einsatzmöglichkeit im hochfunktionalen sowie niedrigfunktionalen Bereich des autistischen Spektrums.

**Computergestützte Verfahren** Schließlich ist bei der Psychotherapie von ASS im Erwachsenenalter der Einsatz von computergestützten Interventionsverfahren möglich. Im Rahmen solcher Verfahren können einzelne Fertigkeiten trainiert werden, sie stellen jedoch keine Alternative zu einer umfassenden autismusspezifischen Psychotherapie dar, sondern sind vielmehr als ergänzender Therapiebaustein zu betrachten. Das Verfahren Frankfurter Test und Training des Erkennens facialen Affekts (FEFA; Bölte et al. 2002, 2003) kann beispielsweise eingesetzt werden, um die Affektwahrnehmung zu trainieren. Betroffene lernen mittels eines Computerprogramms und basierend auf dem Konzept der Basisemotionen nach Ekman (2010) verschiedene Gesichtsausdrücke zu deuten und mit Gefühlen in Verbindung zu bringen, indem korrekte Zuordnungen verstärkt werden. Ein weiteres computergestütztes Verfahren, welches die Affekterkennung fördert, ist das Social Cognition Training Tool (SCOTT; Dziobek et al. 2011). Die Trainingssoftware besteht aus drei Modulen, in denen Patienten das Erkennen von 40 unterschiedlichen Emotionen in Gesichtern, der Stimmintonation und im Rahmen sozialer Interaktionen üben.

## 2.4 Schwierige Situationen

### ■ Fehlende Problemeinsicht

ASS ist nicht per se mit Leidensdruck des Patienten verbunden. Wie schon erwähnt, sind es besonders im Erwachsenenalter vielmehr die Komorbiditäten wie Depression und Angststörungen, die Leiden verursachen und zur Diagnostik sowie Therapie führen. Im Kindes- und Jugendalter

sind es die Eltern, die die Patienten psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorstellen. In der Psychotherapie kann sich aus diesem Umstand das Problem ergeben, dass ein direkter therapeutischer Auftrag durch den Patienten fehlt. Die Betroffenen selbst verstehen zum Teil den Charakter ihrer Problematik nicht vollständig bzw. sehen die Schwierigkeit nicht unbedingt bei sich selbst. Hier ist wieder die intensive Förderung des schon erwähnten bewussten Perspektivenwechsels, auch im Zusammenhang mit Rollenspielen (mit Videofeedback) notwendig, um Betroffenen zu verdeutlichen, welche ihrer Verhaltensweisen beispielsweise zu Problemen in der sozialen Interaktion führen oder weshalb es wichtig sein kann, eine Sache zügig zu erledigen, auch wenn dies auf Kosten der Sorgfalt geschieht. Da insbesondere die im Erwachsenenalter diagnostizierten Personen oft kognitiv sehr leistungsfähig sind, ist eine bewusste Problemeinsicht durchaus möglich. Selbst wenn zu Beginn einer Psychotherapie aufgrund vieler vergangener Frustrationen in sozialen Interaktionen sogar die Auffassung beim Patienten bestehen kann, dass es Aufgabe der Umwelt sei, sich zu ändern, können behutsam durchgeführte Perspektivenwechsel sowie logische Argumentationen bei gleichzeitigem Verständnis für die Sichtweise des Patienten als Grundlage zur gemeinsamen Formulierung konstruktiver psychotherapeutischer Ziele dienen.

#### ■ Planänderungen

Änderungen im formalen Ablauf einer Psychotherapie können bei Patienten mit ASS zu mitunter großen Irritationen führen, manchmal verhindern diese sogar eine weitere konstruktive Arbeit. Solche Unvorhersehbarkeiten umfassen Änderungen oder Absagen des wöchentlichen Termins, eine Umgestaltung der Räumlichkeiten sowie Urlaub oder Krankheit des Therapeuten. Hierbei ist es keineswegs so, dass die Patienten im Sinne eines Widerstands die Mitarbeit verweigern, sondern aufgrund ihrer durch die ASS bedingten Veränderungsängste zum Teil sehr viel Zeit für die Anpassung an eine neue Situation benötigen. Wichtig ist es hier, zu Beginn einer therapeutischen Behandlung auf mögliche Änderungen im Verlauf hinzuweisen, sodass diese sofort mit in den Ablaufplan des Patienten einbezogen werden können. Geplante Urlaube sollten mit langem Vorlauf angekündigt und Änderungen des wöchentlichen Termins soweit möglich vermieden werden. Bei notwendigen Wechseln von Zeit oder Ort sollte der Therapeut vergleichsweise viel Zeit für die Anpassung des Patienten mit einplanen.

Da die Veränderungsängste von Personen mit einer ASS sich aber nicht nur auf den formalen Rahmen einer Therapie beziehen, sondern auch auf die meist notwendigen eigenen Verhaltensänderungen im alltäglichen Leben, ist eine sorgfältige Vorbereitung derselben indiziert und somit auch hier ein längerer Zeitraum einzuplanen.

#### ■ Sensorische Über- und Unempfindlichkeiten

Sensorische Überempfindlichkeiten (Lichtverhältnisse, Geräuschkulisse, körperlicher Kontakt während therapeutischer Interventionen etc.) können zu Beginn einer Psychotherapie abgefragt und – soweit umsetzbar – auch berücksichtigt werden. Eine größere Schwierigkeit stellen im therapeutischen Setting die sensorischen Unempfindlichkeiten dar, die häufig gepaart sind mit fehlendem Wissen über soziale Konventionen (z. B. hinsichtlich der regelmäßigen Körperpflege). Bemerkt der Therapeut zu Beginn der Psychotherapie eine nicht den üblichen Sauberkeitsstandards entsprechende Kleidung, sollte dies konkret im Rahmen einer detaillierten Aufklärung über die in der jeweiligen Gesellschaft angemessene Hygiene thematisiert werden.

#### ■ Distanzlosigkeit

Problematisch beim Aufbau einer funktionierenden therapeutischen Arbeitsbeziehung ist eine eventuell vorhandene Distanzlosigkeit des Patienten mit einer ASS. Aufgrund eines eingeschränkten oder manchmal sogar fehlenden Verständnisses für Nähe- und Distanzregulation in sozialen



Interaktionen kann es passieren, dass der Patient den Therapeuten beispielsweise zur Begrüßung umarmen oder ihn duzen möchte. Auch unpassende Äußerungen mit sexueller Konnotation sind denkbar. Wesentlich ist hier, den Patienten direkt darauf anzusprechen und ihn aufzufordern, von entsprechenden Verhaltensweisen abzusehen. Wie auch in Bezug auf die sensorischen Unempfindlichkeiten ist zusätzlich eine genaue Erläuterung gesellschaftlicher Konventionen von großer Relevanz, damit der Patient die Möglichkeit erhält, zu verstehen, aus welchen Gründen manche Verhaltensweisen als unangebracht oder distanzlos gewertet werden.

### ■ Fehleinschätzungen

Aufgrund der Möglichkeit zur kognitiven Kompensation der ASS-bedingten Schwächen erscheinen insbesondere Patienten, bei denen erst im Erwachsenenalter ASS diagnostiziert wurde, häufig als sehr angepasst und nur geringfügig eingeschränkt. Um die Gefahr einer Überschätzung und somit nicht angemessenen Zielvereinbarung zu vermeiden, bedarf es zu Beginn der Therapie einer sehr detaillierten Exploration, wenn möglich und mit vorherigem Einverständnis des Patienten auch zusätzlicher fremdanamnestischer Zusatzinformationen. Diese können häufig Aufschluss über Problemfelder geben, die ansonsten im therapeutischen Setting für lange Zeit unentdeckt bleiben würden.

### ■ Missverständnisse in der Kommunikation

Die Etablierung eines stabilen Arbeitsbündnisses ist aufgrund der eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten von Patienten mit ASS häufig erschwert. Die folgenden Beispiele dysfunktionaler kommunikativer Verhaltensweisen können helfen, sich auf bestimmte Situationen besser vorzubereiten und mit diesen auf konstruktive Weise umzugehen:

- Personen aus dem Autismusspektrum haben mit impliziten „Regeln“ der Bescheidenheit und Höflichkeit oft Schwierigkeiten, weshalb es beispielsweise zu nüchternen Aufzählungen eigener Erfolge oder Misserfolge anderer Personen, unter Umständen sogar des Therapeuten selbst, kommen kann. Oft leiden die Patienten gleichzeitig darunter, dass sie von ihrem Umfeld als „arrogant“ oder „narzisstisch“ wahrgenommen werden. Sie selbst können sich dies nicht erklären.
- Nonverbale Begrenzungssignale des Therapeuten im Hinblick auf ausschweifendes Erzählen des Patienten werden unter Umständen nicht verstanden, was insbesondere im gruppentherapeutischen Kontext zu Schwierigkeiten führen kann. Eine direkte verbale Begrenzung durch den Therapeuten ist hier obligatorisch.
- Personen aus dem Autismusspektrum haben im verbalen Dialog häufig den Anspruch, das, was sie sagen wollen, möglichst exakt auszudrücken. Gleichzeitig verwenden sie nur selten erläuternde Floskeln wie „Da muss ich kurz nachdenken“. In der Kombination entstehen dann für den Therapeuten oft als unangenehm lang empfundene Sprechpausen. Während das Einsetzen erläuternder Floskeln durchaus ein Therapieziel sein und trainiert werden kann, sollten die Sprechpausen akzeptiert werden.

## Literatur

- 
- Anderson, G. M., Gutknecht, L., Cohen, D. J., Brailly-Tabard, S., Cohen, J. H., Ferrari, P., ... Tordjman, S. (2002). Serotonin transporter promotor variants in autism: Functional effects and relationship to platelet hyperserotonemia. *Molecular Psychiatry*, 7, 831–836.
- Attwood, T. (2008). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Bailey, A., Phillips, W., & Rutter, M. (1996). Autism: Towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 89–126.

- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210–215.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind and Autism: A review. *International Review of Research in Mental Retardation*, 23, 169–184.
- Betancur, C. (2011). Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: More than 100 genetic and genomic disorders and still counting. *Brain Research*, 1380, 42–77.
- Bölte, S. (2009). *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven*. Bern: Huber.
- Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Leber, S., Dierks, T., Hubl, D., & Poustka, F. (2002, 2003). The development and evaluation of a computer-based program to test and teach the recognition of facial affect. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2 Suppl.), 61–68.
- Bölte, S., Feineis-Matthews, S., & Poustka, F. (2003). *Frankfurter Text und Training des Erkennens fazielen Affekte (FEFA)*. Frankfurt/M: J. W. Goethe-Universität.
- Bromley, R. L., Mawer, G. E., Briggs, M., Cheyne, C., Clayton-Smith, J., Garcia-Finana, M., ... Baker, G. A. (2013). The prevalence of neurodevelopmental disorders in children prenatally exposed to antiepileptic drugs. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 84(6), 637–643. doi:10.1136/jnnp-2012-304270. Epub 2013 Jan 31.
- Burgoon, J. K. (1994). Nonverbal signals. In M. L. Knapp & G. R. Miller (Hrsg.), *Handbook of interpersonal communication* (S. 229–285) (2. Aufl.). Thousand Oaks, CA.
- Critchley, H. D., Daly, E. M., Bullmore, E. T., Williams, S. C. R., Van Amelsvoort, T., Robertson, D. M., ... Murphy D. M. (2000). The functional neuroanatomy of social behavior: Changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions. *Brain*, 123, 2203–2212.
- Croen, L. A., Grether, J. K., Yoshida, C. K., Odouli, R., & Van de Water, J. (2005). Maternal autoimmune diseases, asthma and allergies, and childhood autism spectrum disorders: A case-control study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2), 151–157.
- David, N., Aumann, C., Bewernick, B. H., Santos, N. S., Lehnhardt, F. G., & Vogeley, K. (2010). Investigation of mentalizing and visuospatial perspective taking for self and other in asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 290–299.
- de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S., de Nijs, P. F., & Verheij, F. (2007). High rates of psychiatric co-morbidity in PDD-NOS. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37(5), 877–886. doi:10.1007/s10803-006-0215-x.
- Devlin, B., & Scherer, S. W. (2012). Genetic architecture in autism spectrum disorder. *Current Opinion in Genetics and Development*, 22(3), 229–237. doi:10.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Dziobek, D., Kliemann, G., Rosenblau, H., Kappelhoff, H., & Heekeren, R. (2011). *Ein neues Softwaretraining für komplexe Emotionserkennung: Social Cognition Training Tool (SCOTT)*, DGPPN.
- Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Peters, J., Biscaldi-Schäfer, M., & Tebartz van Elst, L. (2013). *Asperger-Autismus und hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Das Therapiemanual der Freiburger Autismus-Studiengruppe*. Göttingen: Hogrefe.
- Ecker, C., Marquand, A., Mourao-Miranda, J., Johnston, P., Daly, E. M., Brammer, M. J., & Murphy, D. G. M. (2010). Describing the brain in autism in five dimensions – Magnetic resonance imaging-assisted diagnosis of autism spectrum disorder using a multiparameter classification approach. *Journal of Neuroscience*, 30(32), 10612–10623. doi:10.1523/jneurosci.5413-09.2010.
- Ekman, P. (2010). *Gefühle lesen – Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Heidelberg: Spektrum.
- Falkai, P., & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (2015). *American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Infantile Autism: A genetic study of 21 Twin Pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 297–321.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Speer, L., Embacher, R., Law, P., Constantino, J. et al. (2012). Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 28–40.e3. doi:10.1016/j.jaac.2011.09.021.
- Freitag, C. M., Staal, W., Klauck, S. M., Duketis, E., & Waltes, R. (2010). Genetics of autistic disorders: Review and clinical implications. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 169–178. doi:10.1007/s00787-009-0076-x.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Gaus, V. L. (2000). „I feel like an Alien“: Individual psychotherapy for adults with asperger's disorder using a cognitive behavioral approach. *National Association on Alcohol, Drugs, and Disability Bulletin*, 3, 62–65.
- Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult asperger syndrome*. New York: Guilford Press.

- Gawronski, A., Georgescu, A., Kockler, H., Kuzmanovic, B., Lehnhardt, F. G., & Vogeley, K. (2011). Erwartungen an eine Psychotherapie von erwachsenen Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 79, 647–654.
- Gawronski, A., Pfeiffer, K., & Vogeley, K. (2012). *Manualisierte Gruppenpsychotherapie für hochfunktional autistische Erwachsene*. Weinheim: Beltz.
- Georgescu, A. L., Kuzmanovic, B., Roth, D., Bente, G., & Vogeley, K. (2014). The use of virtual characters to assess and train nonverbal communication in high-functioning autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 807.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden J. (2002). Depression in persons with autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(4), 299–306.
- Ghaziuddin, M., & Zafar, S. (2008). Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 9–12.
- Grandin, T. (1988). Teaching tips from a recovered autistic. *Focus on Autistic Behaviour*, 3, 1–8.
- Hadjikhani, N. (2006). Anatomical differences in the mirror neuron system and social cognition network in autism. *Cerebral Cortex*, 16(9), 1276–1282. doi:10.1093/cercor/bhj069.
- Hallahan, B., Daly, E. M., McAlonan, G., Loth, E., Toal, F., O'Brien, F., ... Murphy, D. G. M. (2009). Brain morphometry volume in autistic spectrum disorder: A magnetic resonance imaging study of adults. *Psychological Medicine*, 39, 337–346.
- Häußler, A. (2008). *Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Häußler, A., Happel C., Tuckermann, A., Altgassen, M., & Adl-Amini, K. (2008). *SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen* (2. Aufl.). Dortmund: Modernes Lernen.
- Hofvander, B., et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35.
- Howlin, P. (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 3–13.
- Iarocci, G.<sup>1</sup>, Burack, J. A., Shore, D. I., Mottron, L., & Enns, J. T. (2006). Global-local visual processing in high functioning children with autism: Structural vs. implicit task biases. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 117–129.
- Kamp-Becker, I., Smidt, J., Ghahreman, M., Heinzel-Gutenbrunner, M., Becker, K., & Remschmidt, H. (2010). Categorical and dimensional structure of autism spectrum disorders: The nosologic validity of Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 921–929. doi:10.1007/s10803-010-0939-5.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., ... Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 904–912. doi:10.1176/appi.
- Krämer, K., Gawronski, A., Falter, C., & Vogeley, K. (2015). Die „doppelte Unsichtbarkeit“ autistischer Störungen und ihre Herausforderungen für Psychotherapeuten und Angehörige. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 231–239.
- Kuzmanovic, B., Schilbach, L., Lehnhardt, F. G., Bente, G., & Vogeley, K. A. (2011) Matter of words: Impression formation in complex situations relies on verbal more than on nonverbal information in high-functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 604–613.
- Lehnhardt, F., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W., & Vogeley, K. (2011). Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter: Klinische und neuropsychologische Befunde spätagnostizierter Asperger-Syndrome. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 79, 290–297.
- Lehnhardt, F. G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L., & Vogeley, K. (2013). Diagnostik und Differentialdiagnose des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, 755–763.
- Lehnhardt, F. G., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W., & Vogeley, K. (2012). Das psychosoziale Funktionsniveau spätagnostizierter PatientInnen mit hochfunktionalem Autismus im Erwachsenenalter. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 80, 88–97.
- Lombardo, M. V.<sup>1</sup>, Chakrabarti, B., & Bullmore, E. T. (2011). MRC AIMS Consortium, Baron-Cohen S. Specialization of right temporo-parietal junction for mentalizing and its relation to social impairments in autism. *Neuroimage*, 56(3), 1832–1838. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.02.067. Epub 2011 Feb 26.
- López, B.<sup>1</sup>, & Leekam, S. R. (2003). Do children with autism fail to process information in context? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(2), 285–300.
- Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. *Social Psychiatry*, 1, 124–137.
- McNamara, I. M.<sup>1</sup>, Borella, A. W., Bialowas, L. A., & Whitaker-Azmitia, P. M. (2008). Further studies in the developmental hyperserotonemia model (DHS) of autism: Social, behavioral and peptide changes. *Brain Research*, 1189, 203–214. Epub 2007 Nov 1.

- Mouridsen, S. E., Rich, B., Isager, T., & Nedergaard, N. J. (2007). Autoimmune diseases in parents of children with infantile autism: A case-control study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(6), 429–432.
- Noterdaeme, M. (2009). Komorbidität und Differenzialdiagnose. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektive* (S. 46–64). Bern: Huber.
- Nylander, L., Lugnegard, T., & Hallerbäck, M. U. (2008). Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders in adults – Is there a connection? A literature review and some suggestions for future clinical research. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 43–54.
- Premack, D., & Woodruff, D. (1978). Does the chimpanzee have a “theory of mind”? *Behavioral Brain Sciences*, 4, 515–526.
- Reichenberg, A., Gross, R., Weiser, M., Bresnahan, M., Silverman, J., Harlap, S., ... Susser, E. (2006). Advancing paternal age and autism. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1026–1032.
- Remschmidt, H., & Kamp-Becker, I. (2006). *Asperger-Syndrom*. Heidelberg: Springer.
- Rydén, E., & Bejerot, S. (2008). Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 13–21.
- Scheel, C., Rotarska-Jagiela, A., Schilbach, L., Lehnhardt, F. G., Krug, B., Vogeley, K., & Tepest, R. (2011). Imaging derived cortical thickness reduction in high-functioning autism: Key regions and temporal slope. *Neuroimage*, 58, 391–400.
- Schoofs, T. (2015). Eine qualitative Inhaltsanalyse zu den Auswirkungen der Diagnosestellung einer Autismus-Spektrum-Störung bei spät diagnostizierten hochfunktionalen erwachsenen Personen. Masterarbeit, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.
- Schuster, N. (2007). *Ein guter Tag ist ein Tag mit Wirsing*. Berlin: Weidler.
- Stahlberg, O.<sup>1</sup>, Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, 111(7), 891–902.
- Vogeley, K. (2012). *Anders sein – Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter*. Weinheim: Beltz.
- Vogeley, K. (2015). Zur Sichtbarkeit von Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter im DSM-5. *Die Psychiatrie*, 12(2), 94–100.
- Vogeley, K., & Bente, G. (2010). “Artificial Humans”: Psychology and neuroscience perspectives on embodiment and nonverbal communication. *Neural Networks*, 23, 1077–1090.
- Vogeley, K., & Gawronski, A. (2015). Autismus-Spektrum-Störungen (GATE). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 481–484). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Vogeley, K., & Remschmidt, H. (2015). Hochfunktionaler Autismus im Jugend- und Erwachsenenalter. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen* (10. Aufl.). München: Elsevier.

# Body Integrity Identity Disorder

*Erich Kasten*

- 3.1 Fallbeispiel – 50**
- 3.2 Definition der Störung – 51**
- 3.3 Psychotherapie der Body Integrity Identity Disorder – 55**
  - 3.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte – 55
  - 3.3.2 Therapeutische Beziehung – 62
  - 3.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose – 62
  - 3.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 64
  - 3.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 65
- 3.4 Empirische Befundlage – 65**
- 3.5 Schwierige Situationen – 70**
  - Literatur – 70**

### 3.1 Fallbeispiel

---

Tobias G. ist 26 Jahre alt; zum Erstgespräch erscheint er sportlich gekleidet, er ist schlank, groß gewachsen und wirkt im Gespräch selbstbewusst und zielgerichtet. Herr G. ist in der Computerbranche tätig, er lebt seit drei Jahren mit seiner Freundin zusammen, es besteht ein Kinderwunsch. Aufgewachsen ist er als ältestes von zwei Kindern wohlbehütet in einer Familie. Kindheit, Jugend und Schulbesuch werden von ihm als unproblematisch dargestellt, auch in der Pubertät habe es keine Auffälligkeiten gegeben, die über das Übliche hinausgingen. Nach dem Abitur studierte er Informatik und arbeitet seitdem für einen Großkonzern. Er habe einen guten Freundeskreis und verstehe sich mit seiner Verwandtschaft hervorragend. Psychische Auffälligkeiten sind ihm mit bloßem Auge nicht anzusehen, er wirkt weder ängstlich noch depressiv oder zwanghaft. In der Sprache finden sich keinerlei Hinweise auf psychotisches Denken.

Der Patient hatte sich den Termin beim Psychotherapeuten geben lassen, da er unter einer Body Integrity Identity Disorder (BIID) leidet. Er wünscht sich eine Amputation des linken Beins ab Mitte der Oberschenkel. Herr G. äußert, dass er das Bein durchaus benutze, er treibe viel Sport, gehe regelmäßig joggen, schwimmen und fahre leidenschaftlich gerne Fahrrad. Dennoch plage ihn das Gefühl, dass sein linkes Bein nicht zu seinem Körper gehöre. Er könne es spüren und bewegen, aber irgendwie hänge es wie ein Fremdkörper an ihm. Sein inneres Bild von seinem Körper sei das eines Beinamputierten, aber der wahre Körper passe nicht dazu.


Auf die Frage, seit wann er dieses Gefühl habe, antwortet der Patient, das sei eigentlich schon immer so gewesen. Er kann sich bewusst daran erinnern, dass er in seiner Schule eine jugoslawische Mitschülerin hatte, der im Krieg durch eine Mine ein Bein so zerfetzt worden war, dass es amputiert werden musste. Die Behinderung des Mädchens war ihm zunächst gar nicht aufgefallen, da sie eine Beinprothese trug. Aber da sich ihr Amputationsstumpf entzündet hatte, musste sie mehrere Monate an Krücken gehen. Die Art wie diese Mitschülerin mit ihrer Behinderung umging, habe ihn sehr beeindruckt, geradezu fasziniert. Irgendwie hatte er sofort das Gefühl, dass solch eine Behinderung auch seinem eigenen wahren Körper entspreche. In der Folgezeit beschäftigte er sich zunehmend mehr mit diesem Thema, schnitt Figuren aus Zeitschriften aus und „amputierte“ sie dann mit einer Schere. Mit einem Besenstiel übte er das Humpeln auf einer Krücke. Anfangs sei es wohl eher eine spielerische Phase gewesen, aber er habe diesen Wunsch nie mehr ablegen können, im Gegenteil, das Gefühl sei sogar immer stärker geworden. Seit seiner Pubertät sei auch eine gewisse erotische Komponente hinzugekommen.

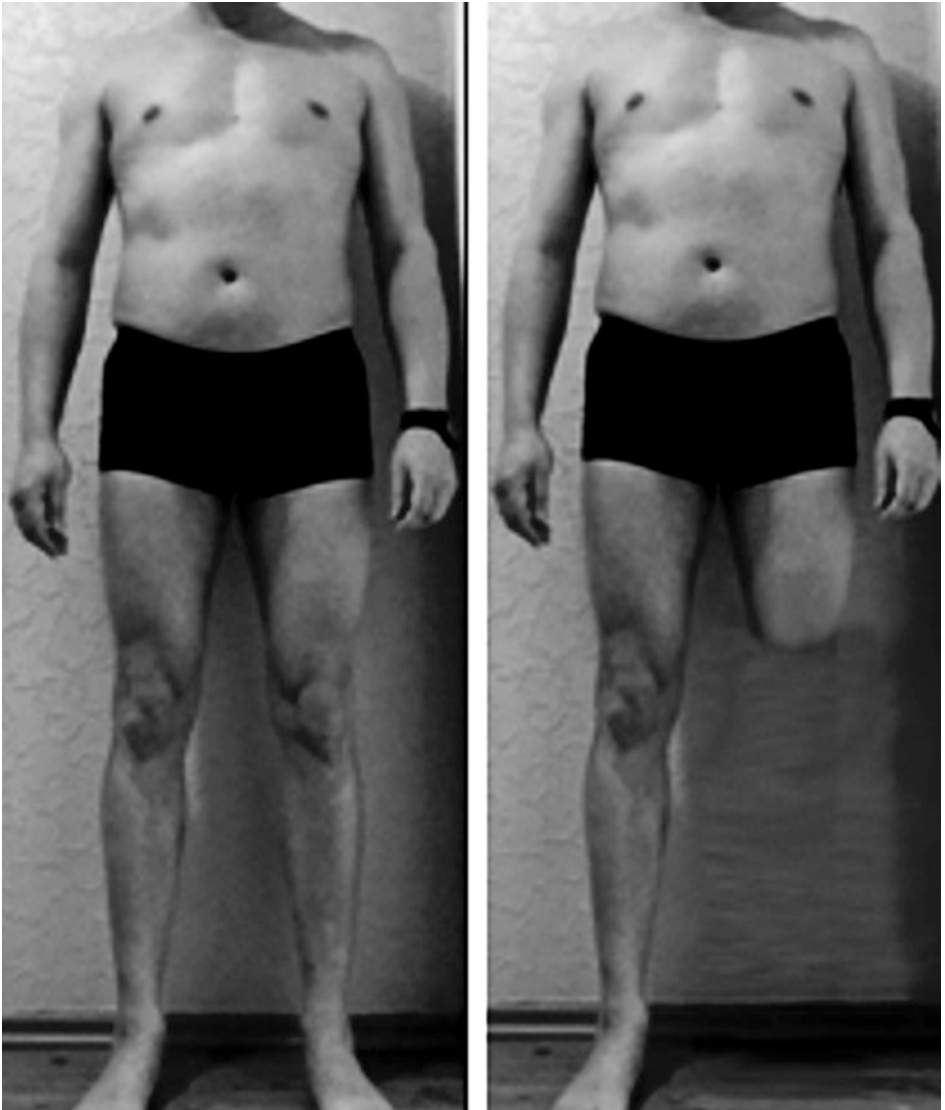
Zunächst habe er sich jahrelang für sein Interesse an Behinderten und vor allem für seinen Wunsch nach einer eigenen Amputation geschämt und habe Angst gehabt, unter einer schlimmen psychiatrischen Erkrankung zu leiden. Bei der Suche nach Material über Körperbehinderte im Internet sei er aber im Alter von etwa 16 Jahren auf eine Seite gestoßen, die von „Apotemnophilie“ handelte, der Liebe zu Behinderungen. Er habe sich über Jahre hinweg damit beschäftigt und sei sich ziemlich sicher, dass er unter BIID leide. Er steht inzwischen im Internetkontakt zu Betroffenen und hat einige Leidensgenossen persönlich kennengelernt. Einer davon hat sich vor einigen Monaten im Ausland operieren lassen und ist seitdem von dem Drang nach Amputation vollständig geheilt. Dieses Ereignis habe seinen eigenen Wunsch, sich selbst nun endlich auch amputieren zu lassen, deutlich verstärkt. Er habe mehrere Monate darüber nachgedacht und das Für und Wider sorgfältig abgewägt, sei aber letztlich zu dem Schluss gekommen, dass es ihm wichtiger sei, endlich mit einem Körper leben zu können, der seinem inneren Selbst entspricht. Er habe eine Adresse von einem Arzt im Ausland, der solche Operationen durchführe. Das Geld hierfür habe er sich zusammengespart, und er sei mental zu diesem Schritt bereit. Herr G. muss jedoch ein psychologisches Gutachten vorlegen, aus dem schlüssig hervorgeht, dass er unter BIID leidet, aber ansonsten psychisch völlig gesund ist.

Um differenzialdiagnostisch zu erkunden, ob es sich tatsächlich um BIID handelt, werden mit dem Patienten mehrere Sitzungen vereinbart. Hierbei wird das Pro und Kontra einer Operation mit ihm detailliert durchgesprochen. Letztlich wird aber immer wieder offensichtlich, dass er sich für den operativen Eingriff entschieden hat. Etliche therapeutische Vorschläge lehnt er aus dieser Haltung heraus ab. Lediglich bei der Frage, was aus seiner Partnerschaft werde, wenn er sich amputieren ließe, kommt er ins Grübeln und gibt zu, dass er sich nicht sicher sei, ob seine Partnerin wirklich mit einem behinderten Mann zusammen sein wolle, ein Coming-out habe es noch nicht gegeben. Noch mehr ins Grübeln gerät er bei der Frage, was ihn denn zwingen würde, diesen Eingriff wirklich jetzt durchzuführen. Der Vorschlag, damit noch zu warten, zunächst Kinder in die Welt zu setzen, mit seiner Partnerin den Kinderwagen schieben und später mit seinen Kindern Fußball spielen zu können, aktiviert neue Gedanken als Gegengewicht zu dem Wunsch, die Amputation möglichst schnell verwirklichen zu wollen. Der Therapeut händigt Herrn G. dennoch ein entsprechendes Gutachten aus, sagt aber dazu, dass er bereit sei, dieses Gutachten in einem Jahr oder auch in 5, in 10 oder sogar in 25 Jahren zu aktualisieren, sodass keine Notwendigkeit bestünde, die Amputation sofort durchführen zu müssen. Dies gibt Herrn G. eine neue Freiheit. Er beendet die Therapie, meldet sich aber knapp zwei Jahre später per E-Mail und berichtet, dass er noch beide Beine habe, inzwischen verheiratet sei und in Kürze Vater werde. Der Wunsch nach Amputation sei keinesfalls vom Tisch, aber mit der Möglichkeit, sich aufgrund des Attests seinen Wunsch jederzeit erfüllen zu können, habe er nun irgendwie das Gefühl, dass er alle Zeit der Welt habe und erst einmal seine Vaterpflichten erfüllen wolle.

### 3.2 Definition der Störung

Body Integrity Identity Disorder (BIID) ist eine Störung, bei der Betroffene den intensiven Wunsch nach einer körperlichen Behinderung verspüren, um ihren intakten Körper mit dem als „richtig“ empfundenen mentalen Körperschema, das eine Behinderung beinhaltet, in Einklang zu bringen. *„Die Seele fühlt sich zu einem Körper mit nur einem Bein [...] gehörig. Der Körper entspricht dieser inneren Wirklichkeit nicht“*, schrieb ein Betroffener. Die Patienten verbringen viel Zeit mit Grübeleien darüber, ob und wie sie die Behinderung erreichen können und wann sie diesen Schritt wagen. Zum Teil erzeugen sie durch Gebrauch von Krücken, Prothesen oder Rollstühlen das Gefühl der gewünschten Beeinträchtigung (Pretending) (s. [Abschn. 3.3.1](#)). Einer der Befragten steckte sein abgewinkeltes Bein in ein Hosenbein, zog einen langen Mantel an und ging dann mit zwei Krücken in die Stadt: *„Als, Pretender‘ (zu Hause und auch unterwegs) habe ich schon Etliches erledigt (einkaufen, Wäsche bügeln, sogar Stall ausmisten ...) und Reaktionen meiner Umwelt auf mich als Krüppel getestet und ich weiß, dass es klappen wird“* (aus: Kasten 2009).

Dieses Störungsbild wird erst etwa seit der Jahrtausendwende intensiv erforscht, und es herrscht bislang noch ein Mangel an empirischen Ergebnissen. Zum Beispiel konnten nur 41 % der Fachleute in einer englisch-deutschen Kooperationsstudie die richtige Diagnose bei einer typischen Fallbeschreibung eines BIID-Patienten nennen (Neff und Kasten 2010). Bei den Betroffenen herrscht ein hoher Leidensdruck, allerdings durchlaufen sie Phasen von unterschiedlicher Intensität. Patienten mit BIID sind zwischen den Argumenten für oder gegen eine operative Lösung hin und her gerissen, sie grübeln oft über die Vor- und Nachteile, finden keinen Ausweg und entwickeln Depressionen, da sie mit einem Körper leben müssen, der nicht mit ihrem inneren Körperbild übereinstimmt. In vielen Fällen suchen sie irgendwann therapeutische Hilfe. Oft streben sie allerdings langfristig eine Operation an und wissen durchaus, dass sie dann infolge der Behinderung viele Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens hinnehmen müssen. Meist wird eine Amputation des linken Beines gewünscht ( [Abb. 3.1](#)), seltener wollen



■ **Abb. 3.1** Wahrer Körper eines BIID-Betroffenen und erwünschte Behinderung

die Betroffenen beide Beine oder einen Arm amputieren lassen, erstaunlich viele wünschen sich Lähmungen bis hin zur Querschnittlähmung (Kasten und Spithaler 2009); umstritten ist, ob auch der Wunsch nach anderen Behinderungen wie z. B. Blindheit oder Taubheit unter BIID subsumiert werden kann. Im Folgenden wird der Einfachheit halber meist von Amputation geredet, dies soll aber auch den Wunsch nach anderen Arten der Behinderung einhalten. Da rund drei Viertel der Betroffenen Männer sind, wird in der Beschreibung auch überwiegend die männliche Form benutzt, was selbstredend Frauen nicht ausschließen soll.

Auch die Betroffenen selbst können keine wirklich rationalen Beweggründe für die Amputation nennen, die Argumente liegen eher auf einer schwer fassbaren emotionalen Ebene. So schrieb z. B. ein Befragter in einer unserer Studien: *„Ich weiß es wirklich nicht. Ich will es ganz einfach. Ich*



*fühle, wo der Stumpf in meinen Oberschenkeln enden würde und habe das Gefühl einer starken 'Be-gierde' (es gibt kein richtiges Wort dafür) mit zwei Oberschenkelstümpfen zu leben.“*

Ein anderer schrieb: *„Ich fühle einfach, dass mein linkes Bein zu viel‘ ist, dass es nicht da sein sollte, sondern stattdessen nur ein Stumpf. [...] Es gehört nicht zum wahren Bild meines Körpers. Aber ich finde es nicht abstoßend und hasse es auch nicht.“*

Ein weiterer Teilnehmer: *„1. Nie mehr ohne Krücken auch nur einen Schritt laufen zu können. 2. Dieses elegante leichte Schwingen zwischen den Krücken. 3. Eine grenzenlose Neugier zu erfahren wie es ist, amputiert zu sein. 4. Das zufriedene Gefühl, das ich beim Pretenden erfahre – und das Wissen, dass ich es einbeinig packen werde. 5. Die Herausforderung anzunehmen und zu bestehen. 6. Die leichtere Möglichkeit, andere Amputierte kennenzulernen. 7. Die Asymmetrie des eigenen Körpers wahrzunehmen.“*

Studienteilnehmer Nr. 4 sagte: *„Gefühl der Nichtzugehörigkeit des linken Beins zum restlichen Körper. Gefühl, ohne das überzählige Bein im richtigen Körper zu sein. Vorhandensein des Beins stört, quält, erzeugt seelisches Ungleichgewicht. [...] Spüre genau die Linie im Oberschenkel, wo das gefühlte Bein endet (seit Jahren stabil).“*

Der fünfte Teilnehmer dieser Studie berichtete: *„Das Bein/der Finger wirken wie nicht zum Körper zugehörig. Sie sind zwar da, würden aber auch nicht fehlen, wenn sie weg wären. Die Amputation würde den Körper komplettieren. Erst dann wäre er, wie er sich anfühlt/sein soll.“*

Ein anderer schrieb: *„Es ist kein Wunsch, es ist in mir ... Das ist so, wie wenn man heterosexuell oder homosexuell ist – ein Teil der Persönlichkeit.“*

Und der achte Studienteilnehmer sagte: *„Realisierung meiner Identität (um mich endlich seelisch und körperlich besser zu fühlen als in den letzten 30 Jahren – körperliche und seelische Ganzheit)“* (aus: Kasten 2009).

Ethische und moralische Gründe sprechen in Deutschland derzeit noch gegen eine operative Lösung. Chirurgen weigern sich, auf Wunsch des Patienten ein intaktes Bein zu entfernen und damit eine Behinderung zu erzeugen. Auf der anderen Seite argumentieren die Betroffenen, dass die Operation ihr seelisches Leiden beenden würde; womit dann doch eine Indikation gegeben wäre. Müller (2009) sprach sich gegen eine vorzeitige Erfüllung des Wunsches nach Amputation aus, da letztlich die potentielle Möglichkeit besteht, dass in Zukunft therapeutische Hilfen gefunden, die Amputation dann aber nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Die meisten anderen Wissenschaftler wie z. B. First (2005) oder Bayne und Levy (2005) vertreten dagegen die Meinung, dass die Betroffenen nach einer Amputation zufriedener sind und keine weitere Entfernung von Gliedmaßen mehr wünschen. Eine Studie von Noll und Kasten (2014) an 19 BIID-Betroffenen, die bereits amputiert waren, zeigte, dass die meisten auch Jahre nach der Operation symptomfrei waren und ihren Entschluss nicht bedauerten (■ Tab. 3.1). Das Recht des Betroffenen auf Selbstbestimmung über seinen eigenen Körper ist das stärkste Argument für die Legalisierung (Ryan 2009). Ein weiteres Argument besteht in der Vermeidung von gefährlicher Selbstverletzung, weil zumindest einige Patienten ihr Körperteil erheblich schädigen, um Ärzte zur Amputation zu zwingen. Diese seltenen Selbsteingriffe beinhalten die verschiedensten Methoden von selbstgebauten Miniguillotinen über Motorsägen, Erfrierung durch Trockeneis bis hin zu Schüssen in die entsprechende Körperregion (Brenner 1999).

Eine Möglichkeit, eine Amputation im Krankenhaus durchführen zu lassen, besteht bislang nur im Ausland. Chirurgen aus der dritten Welt führen diese Eingriffe gegen Bargeld durch, die Patienten geben bei ihrer Heimkehr ihre Amputation meist als Unfall aus. Dabei kann es versicherungsrechtliche Probleme geben. Die meisten Menschen haben z. B. eine Krankentagegeld-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen; wenn die Patienten hier nach einer mehr oder minder selbstverursachten Schädigung Geld einfordern, könnte das als Versicherungsbetrug ausgelegt werden. Außerdem ergeben sich finanzielle Kosten für Nachsorge, Rehabilitation, medizinische Heilmitteln oder ggf. sogar Erwerbsunfähigkeitsrente.

■ **Tab. 3.1** Beschreibung einer Gruppe von BIID-Betroffenen, die eine Amputation erreichen konnten.  
(Aus: Noll und Kasten 2014)

No.	Alter	Ge- schlecht	Handicap	Jahr der Operation	Operation durch ...
1	57	männlich	(inkomplette) Lähmung thorakal T5/6, Bein- Orthesen (langdauerndes Tragen, hierdurch Unfähigkeit die Beine zu benutzen)	2010	?
2	48	männlich	Hohe inkomplette Lähmung	2009	?
3	59	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	2001	selbst herbeigeführt
4	68	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	2008	Arzt
5	37	männlich	Versteifung (Acampsia) des rechten Knies durch eine Operation	2009	Arzt
6	65	männlich	Rechtsseitige Amputation über dem Knie (RAK)	1998	Arzt
7	47	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	2010	Arzt
8	67	männlich	Linksseitige Amputation unter dem Knie (LBK)	2009	Arzt
9	73	männlich	Rechtsseitige Amputation über dem Knie (RAK)	2009	Arzt
10	63	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK) und Amputation des linken halben vorderen Fingers	2000 2004	Arzt
11	46	weiblich	Rechtsseitige Amputation über dem Knie (RAK)	2003	selbst herbeigeführt
12	52	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK), rechtsseitige Amputation über dem Knie (RAK)	1997	selbst herbeigeführt
13	59	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	1999	selbst herbeigeführt
14	38	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (RAK)	2001	selbst herbeigeführt
15	68	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	2009	Arzt
16	m.d.	männlich	Linksseitige Amputation über dem Knie (LAK)	2005	?
17	41	männlich	Doppelseitige Amputation über dem Knie (DAK) und rechtsseitige Amputation unter dem Ellbogen (RBE)	m.d.	Freund
18	27	männlich	Doppelseitige Amputation über dem Knie (DAK)	2008	Freund
19	67	männlich	Verlust der Zähne und Amputation beider Füße	2007	Arzt
20	43	weiblich	Linksseitige Amputation unterhalb des Ellbogens (LBE)	2012	Arzt
21	46	weiblich	Doppelseitige Amputation über dem Knie (DAK)	2010	selbst herbeigeführt

### 3.3 Psychotherapie der Body Integrity Identity Disorder

#### 3.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte

Der Wunsch nach einer Amputation ist den Betroffenen meist selbst unheimlich und mit starken Schamgefühlen besetzt. Der größere Teil der Betroffenen, die sich letztlich zu einer Therapie entschließen, stammt aus den mittleren und oberen Sozialschichten, im Vergleich zu anderen psychischen Störungen sind erstaunlich viele BIID-Betroffene Akademiker und haben häufig leitende Positionen inne. Entsprechend haben sie kein Interesse daran, dass ihr Wunsch, den sie selbst aus rationaler Sicht als „verrückt“ einstufen und sich nicht wirklich erklären können, an die Öffentlichkeit dringt. Sie sind daher auch beim Therapeuten zunächst etwas skeptisch.

In den meisten Fällen geben sie beim Psychotherapeuten zunächst andere Gründe an, weswegen sie sich in Therapie begeben, etwa berufliche Überlastung oder Depressionen, und warten erst einmal einige Sitzungen ab, ob sie ausreichend Vertrauen zu dem Behandler fassen können, bevor sie dann auf ihren absonderlichen Wunsch nach Amputation zu sprechen kommen. In der Regel sind die Betroffenen jedoch im eigentlichen Sinne nicht wirklich psychisch gestört. Die meisten leben in einer Partnerschaft, gehen ihrer Arbeitstätigkeit nach und haben einen ausgewogenen Freundeskreis. Angst- oder Zwangsstörungen findet man nicht häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (Kasten und Spithaler 2009), ebenso wenig Psychosen (First 2005). In vielen Fällen pflöpft sich allerdings eine Depression auf die eigentliche Störung auf, da die Patienten hochgradig unglücklich damit sind, in einem Körper leben zu müssen, der nicht ihrem mentalen Idealbild entspricht.

➤ **Der Wunsch nach Amputation ist häufig so tief in der Persönlichkeit verwurzelt, dass die Betroffenen im Grunde keine wirkliche Heilung erreichen wollen, sondern nur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung suchen. Der Therapeut sollte dann nicht enttäuscht reagieren, wenn sich durch seine Behandlung keine wirkliche Heilung erreichen lässt. Es ist dann eher Aufgabe, den Betroffenen auf seinem Weg zu begleiten und ihn zu unterstützen, sich selbst für oder gegen die operative Lösung zu entscheiden. Hier eignen sich Elemente aus der nondirektiven Gesprächspsychotherapie am besten.**

Auch ausländische Ärzte, die gegen Barzahlung operieren, sichern sich ab. Der vergleichsweise schwere Eingriff muss notwendigerweise stationär in einem Krankenhaus erfolgen, und der Patient ist daher gezwungen, eine Indikation nachweisen. BIID-Betroffene müssen daher auch einen Psychotherapeuten aufsuchen, um ein Gutachten zu bekommen, das ihnen bescheinigt, dass sie wirklich unter BIID leiden und dass eine psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung das Problem nicht zu lösen vermocht hat und daher nun als letzte Möglichkeit eine operative Lösung empfohlen wird. Es obliegt dann dem Therapeuten zu entscheiden, ob man einen solchen Weg unterstützen kann. Das entsprechende Gutachten muss in der Regel auf Englisch verfasst sein, es sollte Überlegungen zur Differenzialdiagnose enthalten und zudem darauf verweisen, dass der Patient emotional stabil genug ist, um später mit der Behinderung leben zu können. Insbesondere müssen psychotische und körperdysmorphe Störungen ausgeschlossen werden, wenn die Gefahr besteht, dass der Patient später noch weitere Eingriffe wünscht und seinen Körper so immer weiter verstümmelt.

Ein besonderes Problem ist die Wahl der richtigen Diagnose. Da Body Integrity Identity Disorder bisher weder in der ICD noch im DSM enthalten ist, muss die Störung unter einer

anderen Kategorie subsummiert werden. In der Mehrzahl kommen die Patienten zum Therapeuten, weil sie unter reaktiven Depressionen leiden, sodass diese ICD-Nummer eingegeben werden kann. Alternativ denkbar, aber problematischer wäre eventuell die Diagnose einer körperdysmorphen Störung, einer Mania operativa oder einer artifiziellen Störung (s. Abschn. 3.3.3).

### 3.3.1.1 Formale Struktur des Therapieprozesses (Makrostruktur)

Wesentlichster Punkt in der Exploration zur individuellen Lebensgeschichte ist die Erfragung von sekundärem Krankheitsgewinn sowohl in der Kindheit als auch in der heutigen Lebenssituation. Wenngleich in Studien diesbezüglich kein signifikanter Unterschied zwischen BIID-Betroffenen und Nichtbetroffenen festgestellt werden konnte (Obernolte et al. 2015), kann es eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Wunsches nach Behinderung spielen, wenn der Betroffene in der Kindheit gelernt hat, bei Zeigen körperlicher Krankheitssymptome mehr Zuwendung von seinen Bezugspersonen zu bekommen.

Wenn feststeht, dass der Patient tatsächlich unter BIID leidet, sollten vorsichtig auch sexuelle Anteile des Wunsches erfragt werden. Erotische Aspekte der Behinderung wirken als positiver Verstärker im Sinne der operanten Konditionierung und halten die Störung oft aufrecht. Diesbezüglich bleibt wissenschaftlich weiterhin umstritten, ob die Body Integrity Identity Disorder eventuell auch in die Diagnosegruppe der Paraphilien fallen könnte (Mancophilie, Deformationsfetischismus, Acrotomophilie, Amelotatismus). Zumindest gibt es große Überschneidungen zwischen beiden Gruppen (Everaerd 1983; Martin 2010; Pregartbauer et al. 2014). Hierzu schrieb ein Betroffener, er werde auch sexuell von Amputierten angezogen, aber nicht immer und nicht primär, ein anderer sagte:

*„Es gibt eine sexuelle Komponente, welche aber nur sehr gering ist. Ästhetisches Empfinden des asymmetr. Körpers als richtig, schön. Hatte vorher schon sexuellen Kontakt zu Amputierten; die Qualität dieser Kontakte war aber unabhängig von der Amputation. [...] Sex mit amp. Partner ist nicht besser oder schlechter als mit Nichtamputierten.“*

Im Gegensatz hierzu hatten drei der Befragten auch erhebliches erotisches Interesse an Amputierten. Ein Teilnehmer gab Motive an wie:

*„... die bei mir auch mit einer sehr starken erotischen Komponente gepaart sind. Diese erotische Komponente, die sich darin ausdrückt, dass ich nur dann, wenn ich mich als gehbehindert (Amputation, Kinderlähmung, ungleich lange Beine ...) vorstelle, hat mein Eheleben kaputtgemacht, da ich mit meiner Frau nichts mehr anzufangen weiß.“ Er surfte auch zwei- bis fünfmal pro Woche zwischen 10 und 60 Minuten auf entsprechenden Internetseiten.*

Auch ein anderer Befragter fühlte sich von Amputierten sexuell angezogen, er suchte mehrfach pro Woche nach Bildern und Berichten auf einschlägigen Internetseiten, hatte jedoch noch nie Intimkontakt mit Amputierten. Besonders interessant ist die Lebensgeschichte eines anderen Studienteilnehmers:

*„Schon als 12-Jähriger steckte ich die Beine kniegebeugt in die Turnhose, die Füße also in der Hose am Hintern. Ich hopste herum, stellte zwei Stühle links und rechts neben mich, legte die Hände darauf, drückte mich in die Höhe, sodass die Stümpfe schwebten und schaukelte hin und her. Das kostete viel Kraft. Und genau während dieser Kraftprobe kam das ‚Gefühl‘, wie ich es damals nannte. Von Orgasmus hatte ich noch nie gehört.“*

Und an anderer Stelle schilderte dieser Betroffene noch:

*„Es ist noch gar nicht lange her, da geschah Folgendes: Ich klingelte aus ganz anderen Gründen an einer mir bis dahin unbekannten Haustür. Es öffnete ein junger Mann – flott auf seinen Stümpfen laufend!!! Die sachliche Angelegenheit besprachen wir, dann fuhr ich nach Hause, kaum noch fahrtauglich. Ich geriet in einen unbeschreiblichen Zustand. Kaum zu Hause angekommen, hatte ich einen nicht enden wollenden Orgasmus und blieb auch danach stundenlang in einem noch nie erlebten Schwebzustand. Fast geriet ich in Angst, mich und meinen Kreislauf nicht wieder beruhigen zu können“ (Kasten 2009).*

Denkbar wäre eine Konditionierung zwischen ersten sexuellen Erfahrungen in der Pubertät und Kontakt mit Behinderten. Allerdings zeigte in den ersten Studien nur ein Drittel der damals Befragten ein erotisches Interesse an Amputationen, zum anderen tauchte der Amputationswunsch meist deutlich früher auf als in der Pubertät. Die Fetischismushypothese könnte BIID daher nicht vollständig erklären, sondern bestenfalls, welche BIID-Betroffene in die Untergruppe der *devotees* fallen (Kasten 2009). In neueren Studien wurden allerdings deutlich höhere Zahlen von Betroffenen mit erotischen Interessen festgestellt (Pregartbauer et al. 2014).

Im Sinne einer verhaltenstherapeutischen Schematherapie kann hier erfragt werden, ob frühe erotische oder sogar erste sexuelle Erfahrungen möglicherweise in Verbindung mit einer oder einem Körperbehinderten standen und in welchem Ausmaß sie hier prägend gewirkt und die weitere Entwicklung beeinflusst haben. Klinische Erfahrungen hierzu liegen kaum vor, es ist aber vorstellbar, dass die Einsicht in die Entstehungsgeschichte hier auch zu Veränderungen im Erleben führen kann.

➤ **In der zweiten Phase des Therapieprozesses muss der Patient sich entscheiden, was sein Ziel ist. Prinzipiell stehen hier drei unterschiedliche Wege zur Verfügung:**

1. **völliges Ausblenden des Wunsches nach Behinderung aus dem Denken,**
2. **Lernen, mit dem Wunsch zu leben,**
3. **Erreichen einer Operation.**

Body Integrity Identity Disorder ist nicht nur belastend, die meisten Betroffenen erfahren positive Gefühle, wenn sie sich durch Pretending oder Beschäftigung von Bildmaterial z. B. im Internet in das Gefühl hineinversetzen, eine Behinderung zu haben. Es ist aber davon auszugehen, dass gerade diese Beschäftigung die Störung aufrechterhält. Insbesondere in Phasen, in denen die BIID-Betroffenen unzufrieden und frustriert sind, stellt die Beschäftigung mit der ideellen Welt der Behinderung eine kurzfristige Entlastung dar (Helmer 2014; Striewsky 2014). Langfristig wird dadurch der Wunsch nach Amputation oder Lähmung aber sogar noch weiter verstärkt. Mithilfe von verhaltenstherapeutischen Methoden wie der Gedankenstopptechnik und Selbstkontrolltechniken, beide mit dem Ziel, sich definitiv gar nicht mehr mit BIID zu beschäftigen, lassen sich zwar Grübeleien verhindern, man raubt den Betroffenen hierdurch aber einen Bereich, der ihnen positiv besetzte Gefühle, auch solche mit erotischen Aspekten, erlaubt. Das lässt sich nicht erreichen, ohne andere Bereiche zu verstärken. Sobald Gedanken an Amputation oder Lähmung auftreten, sollte der Betroffene andere positiv empfundene Bereiche haben, in die er sich bei frustrierenden Lebensereignissen flüchten kann. Die Beschäftigung mit positiv besetzten Themen (etwa Planung der nächsten Urlaubsreise ggf. mit einer als sympathisch empfundenen Begleitperson) kann hier die dominanten neuronalen Gedankenschleifen an BIID allmählich unterbrechen. Hier gilt es dann im Therapieverlauf, solche Areale zu finden, mit denen die Person sich beschäftigen kann, sobald der Drang nach Amputation beginnt, übermächtig zu werden.

Viele Betroffenen empfinden BIID als Teil ihrer ureigenen Persönlichkeit, sie wollen diesen Wunsch nicht wirklich loswerden. Vergleichbar ist dies mit Versuchen, Homosexualität oder Transidentität „wegzuthrapieren“, was erfahrungsgemäß nicht gelingt. Auf der anderen Seite sind den Betroffenen die Konsequenzen einer schweren Behinderung bewusst, und sie sind zwiespalten, ob sie sich wirklich operieren lassen wollen. Zusammen mit dem Patienten sollte man Methoden ausloten, um mit dem Drang nach Behinderung zurechtzukommen (Helmer 2014; Striewsky 2014). Wenn dieser Drang zu stark wird, entstehen statt den als angenehm empfundenen Fantasien zunehmend mehr belastende Grübeleien und Depressionen.

Hier lassen sich Bausteine der Acceptance-and-Commitmenttherapie gut einflechten. In der Regel hilft es den Patienten erheblich weiter, wenn sie aufhören, gegen den Drang nach Behinderung anzukämpfen, sondern ihn einfach als Teil von sich selbst akzeptieren. Dieser Schritt ist vergleichbar mit der Entwicklungsgeschichte von Homosexuellen oder Transidentitäten, für die eine Einsicht in ihr Anderssein fast immer eine Erleichterung mit sich bringt. Die depressionserzeugenden Grübeleien resultieren nicht selten aus dem beständigen Kampf gegen den Amputationswunsch. Gerade durch die laufende mentale Beschäftigung mit diesem stetig wiederkehrenden Thema verfestigen sich neuronale Kreisläufe im Gehirn, die dann in ruhigen Phasen immer wieder anspringen und weitere Grübeleien erzeugen. Das Akzeptieren, dass man unerwünschterweise nun einmal von BIID betroffen ist, führt oft zu einer Verminderung solcher Grübeleien.

➤ **Gemäß den Studien von Striewsky (2014) und von Helmer (2014) verhilft Pretending, d. h. das Nachahmen der gewünschten Behinderung, den Patienten zu Erleichterung, sodass sie in den nachfolgenden Tagen einen geringeren Amputationsdruck erleben. Beim Pretending wird z. B. das nach oben abgewinkelte Bein hochgebunden und der Betreffende benutzt dann Krücken, um sich fortzubewegen (Abb. 3.2).**

Einige Personen wagen sich damit auch in die Öffentlichkeit, indem sie das fixierte Bein z. B. unter einem weiten Mantel verbergen. Allerdings ist dies aufgrund der stark verminderten Blutzufuhr und der zwangsläufig auftretenden Schmerzen nur über kurze Zeiträume möglich. Andere, insbesondere bei Wunsch nach doppelseitiger Amputation oder Querschnittslähmung, benutzen auch einen Rollstuhl. Häufig werden hier Tages- oder Wochenendfahrten in entferntere Großstädte gebucht, sodass die betreffende Person sich sicher sein kann, dort wahrscheinlich keine bekannten Personen zu treffen. Hier leben sie dann für Stunden oder Tage in einem zumindest Behinderten-ähnlichen Zustand. Übereinstimmend sagen die Betroffenen, dass ihnen diese Erlebnisse Beruhigung verschaffen, die dann einige Tage anhält. Allerdings darf man hierbei nicht außer Acht lassen, dass sich der Wunsch nach Durchführung der Amputation hierdurch eher noch positiv verstärkt.

Entspannungstechniken und körperorientierte Therapieverfahren wie z. B. progressive Muskelentspannung, autogenes Training, aber auch Yoga, Qigong oder Tai-Chi sind nur vorsichtig anzuwenden. Theoretisch könnte man annehmen, dass hierdurch auch das abgelehnte Körperteil besser in das Körperselbstbild integriert wird. Dies scheint nach bisherigen Studien aber nicht der Fall zu sein (Kröger 2013; Kröger et al. 2014). Bei einem Teil der Betroffenen können Entspannungsverfahren zwar durchaus positive Wirkungen entfalten und zu mehr mentaler Ruhe auch im Umgang mit dem Drang nach einer Amputation führen. Bei einem anderen Teil verstärkt sich der Wunsch leider, da alle Techniken den Betroffenen auf seinen eigenen Körper fokussieren und dadurch immer wieder dazu führen, dass er sich mit einem Körperteil beschäftigt, das er eigentlich nicht mehr besitzen will.

Eher anwendbar ist die verhaltenstherapeutische Achtsamkeitstherapie, in der man lernt, achtsamer mit sich selbst und eigenen Ressourcen umzugehen. Nach Auskunft vieler Betroffener

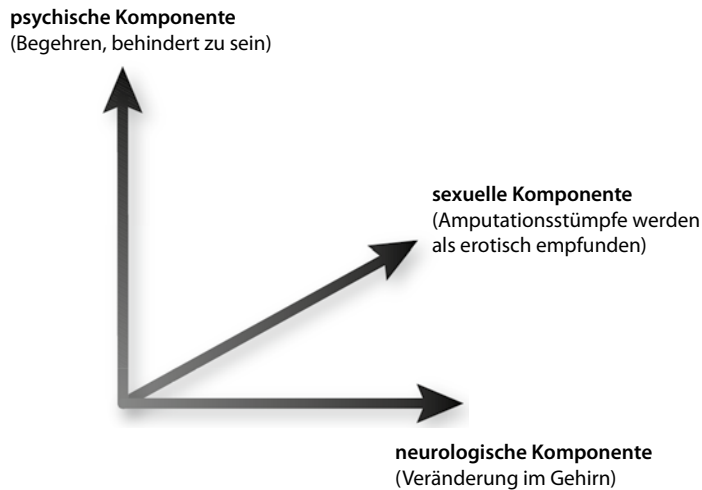


■ **Abb. 3.2** Pretenting, das „Ausprobieren“ der erwünschten Behinderung mit hochgebundenem Bein und Gehen an zwei Krücken

wird der Druck in Zeiten von Überlastungen, Frustrationen, Krisen und Problemen deutlich höher, da die Fantasien behindert zu sein, positiv erlebt werden und die negativen Lebensanteile damit in einem gewissen Ausmaß kompensieren. Nicht auszuschließen ist hier der Wunsch, als Behinderter mehr Schutz und Ruhe genießen zu können, was aber von den Betroffenen mit dem Hinweis abgewehrt wird, dass man als Behinderter zur Ableistung des Tagespensums deutlich mehr Zeit und Kraft bräuchte als ein Nichtbehinderter. Im Rahmen der Achtsamkeitstherapie lernt der Patient, Ursachen zu finden, die ihn be- und überlasten, und in der Therapie wird daran gearbeitet, solche Bereiche zu reduzieren, dafür aber verstärkt Quellen der Lebensfreude zu finden, die den Patienten entlasten und damit auch zu einer Reduzierung des Wunsches nach Behinderung führen können.

Das Coming-out stellt einen gesonderten Problembereich dar. Fast alle Betroffenen verschweigen ihren Amputationswunsch über Jahre, zum Teil über Jahrzehnte selbst gegenüber dem Partner





■ **Abb. 3.3** Komponenten von BIID. (Aus: Kasten und Spithaler 2009)

oder anderen nahen Angehörigen. Hierdurch haben sie aber keine Möglichkeit, mit jemandem darüber entlastende Gespräche zu führen. Nicht selten entdeckt dann aber z. B. der Partner Bildersammlungen amputierter Personen oder Freunde treffen den BIID-Betroffenen beim Pre-tenden in einer anderen Stadt.

Seit etwa 10 Jahren wird an einer Entstigmatisierung von BIID gearbeitet, wobei gerade die Medien inzwischen von einer Mumien-Monster-Mutationen-Darstellung der Amputationswütigen zu einer objektiven Berichterstattung übergegangen sind, in denen die Betroffenen als das dargestellt werden, was sie sind: Menschen, die von einem Drang nach einer Behinderung heim-gesucht werden, den sie sich nicht ausgesucht haben. Aller Wahrscheinlichkeit nach beruht BIID auf einem Fehler in der neurologischen Verschaltung des Körperbewusstseins, der schon seit der Kindheit vorhanden ist und an dem kein BIID-Betroffener selbst Schuld hat (Vitacco et al. 2009; ■ **Abb. 3.3**). Aus diesem Blickwinkel wäre es auch denkbar, sich zumindest einigen Menschen gegenüber zu offenbaren. Dem Coming-out steht allerdings entgegen, dass es in Deutschland bislang keine Möglichkeit einer legalen Operation in einem Krankenhaus gibt und die Amputation im Ausland daher als Folge eines Unfalls im Urlaub deklariert werden muss. Hier ist es immer problematisch, Mitwisser zu haben, selbst wenn keinerlei Versicherungsansprüche geltend gemacht werden. Die Reaktion der Umwelt, wenn sie erfährt, dass sich jemand aus freien Stücken ein Bein hat amputieren lassen, lässt sich nicht vorhersagen.

### 3.3.1.2 Formale Struktur innerhalb einzelner Behandlungsstunden (Mikrostruktur)

Sinnvoll ist es, den Patienten ein Tagebuch schreiben zu lassen, in dem er das Ausmaß des Dranges nach Amputation (bzw. Erlangung einer anderen Behinderung) auf einer Skala protokolliert und außerdem festhält, was an diesem Tag geschehen ist und wie seine Stimmung war. Hierdurch lassen sich auslösenden Stimuli ebenso erkennen wie Situationen, die den Amputationsdruck senken. In der Folge kann der Patient dann lernen zu versuchen, vermehrt entlastende Situationen aufzusuchen und belastende Situationen zu vermeiden. Das Tagebuch kann dann in den Therapiesitzungen dabei helfen festzustellen, welche schwierigen Situationen aufgetreten sind



und wie der Patient damit umgegangen ist. In Interaktion mit dem Therapeuten werden dann bessere Lösungswege erarbeitet.

Die weitere Therapie innerhalb der einzelnen Sitzungen richtet sich nach dem Ziel, das in Kooperation mit dem Patienten vereinbart wurde. Wenn er daran arbeiten möchte, den Amputationswunsch weitgehend aus seinem Kopf zu verbannen, kommt z. B. die verhaltenstherapeutische Gedankenstopp-technik zum Tragen, und mit dem Patienten wird über Situationen gesprochen, in denen ihm die Kontrolle doch entglitten ist und er sich gedanklich doch wieder mit Amputationen beschäftigt hat. Hier sind insbesondere auslösende Stimuli zu explorieren und dann Möglichkeiten zu finden, wie man diese im Sinne einer Stimuluskontrolle vermeiden kann.

Wenn es das Ziel des Patienten ist, mit dem Amputationswunsch leben zu lernen, dann kommen andere der bereits vorgestellten Methoden in Betracht. Wesentliche Bausteine sind die Acceptance-and-Commitment-Therapie, außerdem sollen in Interaktion mit dem Patienten Möglichkeiten zum Pretenden gefunden werden, wobei überwacht werden muss, ob dies wirklich zu einer Entlastung führt. Hier muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass sowohl Internetsurfen auf Behindertenseiten als auch Pretenden zwar kurzfristig entlastend wirkt, aber langfristig das Problem eher verstärkt als beseitigt. Hier ist nach positiven Alternativen zu suchen, in denen die Patienten ihre Lebensqualität auch ohne Gedanken an eine Amputation steigern können. Erfahrungsgemäß wollen die Patienten ihre Verhaltensweisen aber nicht aufgeben. Wie bei vielen anderen intensiven Wünschen, die man im Leben verspürt (z. B. Wunsch nach einem neuen Kleid, neuen Auto oder Motorrad, neuem Partner, einer Urlaubsreise), ist es ausgesprochen schwierig, sich Gedanken daran „abzugewöhnen“.

Das dritte mögliche Ziel ist das Erreichen der Amputation. In der Regel sind hier Schritte vorausgegangen, mit BIID leben zu können. Insbesondere im vorangeschrittenen Alter sehen die Betroffenen aber, dass eine Amputation irgendwann aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich sein wird und dass die Lebensspanne, in der sie zufrieden im gewünschten körperlichen Zustand leben können, immer mehr zusammenschmilzt. Hierdurch steigt der Druck beträchtlich, vor allem wenn eigene Kinder erwachsen sind, die Berentung in greifbare Nähe rückt und der Patient in diesem Leben die meisten seiner Aufgaben erfüllt hat und nun noch eine Phase erleben möchte, in der er Dinge vermehrt für sich selbst tut und nicht oft nur für andere. Diese gedankliche Entwicklung ist für den Therapeuten am schwierigsten nachzuvollziehen, da die meisten Behandler an der Intaktheit ihres eigenen Körpers hängen und dazu neigen zu versuchen, dem Betroffenen die Verwirklichung seines Wunsches auszureden, was kaum gelingen wird, aber das Vertrauensverhältnis belastet. Hier muss der Therapeut prüfen, ob er die geplante Amputation aufgrund seiner eigenen moralisch-ethischen Werte mit einem entsprechenden Gutachten unterstützen kann oder nicht. Wenn diese Frage mit einem „Ja“ beantwortet werden kann, stellt die Begleitung des Patienten in den Phasen vor und nach der Operation eine wichtige Aufgabe dar. Keinesfalls freut sich der Patient ausschließlich auf die Amputation. In allen Fällen hadern die Patienten bis zum Schluss, ob sie es tun sollen oder nicht. In etlichen Fällen entschließen Patienten sich noch kurz vor dem geplanten Eingriff, diese Entscheidung doch noch einige Jahre hinauszuschieben. Therapeutisch kann dem Patienten hier eine Matrix mit Pro- und Kontraargumenten helfen, eine klare Wahl zu treffen, wobei nicht nur logische Kriterien angewendet werden dürfen, sondern auch emotionale Argumente entsprechend hoch gewichtet werden müssen.

- **Gemäß Studienlage sind die Patienten nach der Amputation weitgehend frei von Depressionen und Grübeleien. In der Studie von Noll und Kasten (2014) wurde festgestellt, dass die Patienten sich endlich von dem Druck befreit fühlten und sich mehr mit ihrem eigenen Körper identifizieren konnten. Sie schilderten sich insgesamt als glücklicher und – trotz der Behinderung – sogar als leistungsfähiger**

Ein gesondertes Problem stellen BIID-Betroffene mit Wunsch nach einer Querschnittlähmung dar, da eine operative Lösung für sie gar nicht in Betracht kommt. Selbst Ärzte in der Dritten Welt verweigern die Durchführung eines solchen Eingriffs. Hier kann man nur auf Punkt 1 und 2 der Therapievorschläge zurückgreifen.

### 3.3.2 Therapeutische Beziehung

---

Wie bei allen Patienten muss in der ersten Therapiephase gerade bei BIID großer Wert auf den Aufbau einer sehr vertrauensvollen Atmosphäre gelegt werden. Wie bereits erwähnt, ist der Drang nach Amputation schamhaft besetzt, die Betroffenen berichten dadurch auch dem Therapeuten oft erst spät von ihrem Wunsch nach Amputation oder Lähmung.

### 3.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose

---

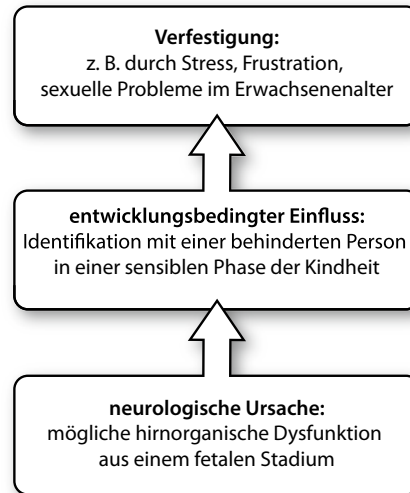
Das wesentliche Problem ist die Stellung einer korrekten Diagnose, da Amputationswnsche bei unterschiedlichen Erkrankungen geäußert werden können, allerdings wissen die meisten Betroffenen bereits aus dem Internet oder den Medien welche Störung sie haben. Wenn nicht, tritt im Allgemeinen große Erleichterung ein, wenn sie erfahren, dass sie nicht „geisteskrank“ oder „verrückt“ sind und dass andere Menschen auch darunter leiden, ohne in ihrer Arbeitsfähigkeit oder ihrem Privatleben wesentlich eingeschränkt zu sein

Vergleiche zu den Störungsbildern von Psychosen, Fetischismus, körperdysmorphen Störungen, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen konnten nicht belegt werden. First und andere Autoren grenzen Schizophrenie und Wahn eindeutig von BIID ab, weil BIID-Betroffene sich Körperteile keineswegs in einem akut schizophrenen Schub abtrennen. Mit den Gedanken an eine Selbstamputation wurde von den Betroffenen zum Teil schon jahrzehntelang gespielt, mit dem Wissen, dass diese Ideen von der Norm abweichen. Die Einsicht in die Nachteile einer Behinderung unterscheidet die BIID-Betroffenen von Menschen mit einer Wahnstrung, weil Wahneinflle eine nicht angreifbare Überzeugung darstellen.

Studien zeigen bei 50 bis 75 % der Betroffenen, dass eine sexuelle Komponente eine Rolle spielt. Die Betroffenen empfinden amputierte Gliedmaßen als erotisch stimulierend (First 2005; Furth und Smith 2000). Es existieren also Überschneidungen zu einer fetischistischen Paraphilie, die man als Mancophilie, Deformationsfetischismus, Amelotatismus oder Acrotomophilie bezeichnet.

Da es sich bei BIID um Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Körpers handelt, liegt die Diagnose einer körperdysmorphen Störung nahe. Allerdings trifft dies eher nicht zu, weil die Betroffenen bei Krperdysmorphobie unter ihrem Aussehen leiden und nach einer Operation meist neue Körperteile finden, die sie als abstoßend einstufen. BIID-Betroffene dagegen leiden unter dem Gefühl, dass ein Körperteil nicht richtig zu ihnen gehört, und sie sind nach der Amputation dieses Körperteils mit ihrem Selbstbild zufrieden (Johnson et al. 2011). Zudem besteht nach dieser Amputation kein Wunsch, noch weitere Operationen durchführen zu lassen (Noll und Kasten 2014), was auch eine Mania operativa ausschließt. Bei dieser Störung handelt es sich um den zwanghaften Wunsch nach immer weiteren Operationen. Personen mit einer artifizuellen Störung wünschen sich die Krankenrolle, damit sich jemand um sie kümmert. Sie wünschen sich die interaktionelle Aufmerksamkeit, und die vorgetäuschte Krankheit dient diesem Zweck. Der größere Teil der BIID-Betroffenen verneinen diese Begründung. Sie sagen, sie wollen keine vermehrte Zuwendung von anderen, sondern erwarten im Gegenteil, es alleine sehr gut zu schaffen, mit der Behinderung zu leben. Sie streben nach einem autonomen Leben und nicht

■ **Abb. 3.4** Theoretisches Störungsmodell der Entwicklung von BIID. (Nach: Obernolte 2015)

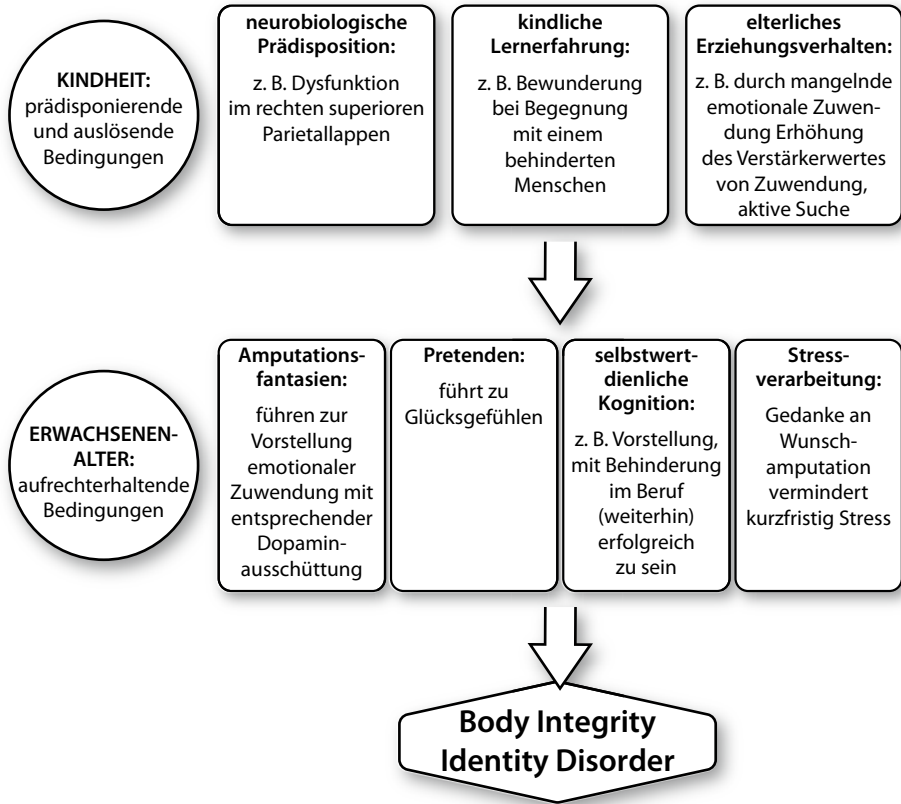


nach Zuwendung aufgrund der Behinderung. Für sie geht es um eine „Wiederherstellung“ des intendierten körperlichen Zustands mit Behinderung. Der gewünschte Zustand wird als der Natürliche erlebt, der gegebene als der falsche, als ein Fehler der Natur. Dennoch wurde auch in Deutschland vorgeschlagen, BIID als eine Variante einer artifiziellen Störung zu konzeptualisieren (Kapfhammer 2002).

Für BIID könnten theoretisch auch neurologische Störungen verantwortlich gemacht werden, wie eine Asomatognosie oder das Alien-Limb-Syndrom, bei denen auch ein Körperteil als fremdartig angesehen wird. Bei einer Asomatognosie ist dieser Körperteil aber in der Regel auch gelähmt und wird als gefühllos wahrgenommen, was bei BIID nicht der Fall ist. Die beiden neurologischen Störungen beruhen auf großflächigen Hirnschäden, bei BIID-Betroffenen konnte kein derart beträchtlicher Hirnschaden nachgewiesen werden und würde auch nicht erklären können, weshalb der Amputationswunsch von einer Körperseite auf die andere wechseln kann.

Nach jetzigem Kenntnisstand lassen sich Parallelen zur Identitätsstörung eines Transsexuellen ziehen, denn in beiden Fällen passen der Körper und das innere Körpergefühl nicht zusammen (Ostgathe et al. 2014). Zudem haben beide seit früher Kindheit das Gefühl, dass sie im falschen Körper leben. Bei der Transidentität werden nach heutiger Kenntnis allerdings schon im fötalen Stadium die Sexualhormone durch Krankheit oder Stress beeinflusst, während es wohl keine Hormone geben dürfte, die für den Wunsch nach einer Behinderung verantwortlich sind. Trotz einiger Überschneidungen zu anderen Störungsbildern lässt sich BIID nach momentaner Auffassung der meisten Fachleute am ehesten bei den Identitätsstörung einordnen (■ Abb. 3.4, ■ Abb. 3.5). Der Antrag auf Aufnahme in ein Diagnosesystem wurde gestellt.

Eine häufige Begleiterscheinung von BIID ist mit rund 20 % die Entwicklung einer Depression. Es wird vermutet, dass die ständige Beschäftigung mit BIID bei den Betroffenen zu depressiven Stimmungseinbrüchen führt, weil sie keine Lösung für ihr Problem finden können (Stirn et al. 2010). Die Situation erscheint ihnen ausweglos, weil die einzige Lösung unerreichbar erscheint. Eine Heilung der Depression ließ sich bislang nur bei den Betroffenen nachweisen, die bereits amputiert sind. Bei ihnen zeigte sich nach der Operation ein schneller Rückgang der Symptome, der auch Jahre später noch anhielt (Noll und Kasten 2014). Bei 80 % der BIID-Betroffenen wurde zusätzlich eine leichte Zwanghaftigkeit diagnostiziert. Diese blieben aber unter der pathologischen Grenze, ansonsten sind keine weiteren Komorbiditäten bekannt (Stirn et al. 2010).



■ **Abb. 3.5** Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell. (Nach Thiel 2009, S. 45; modifiziert nach N. Heinrich 2015)

### 3.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung

Einen Anstieg in der Intensität des Wunsches, amputiert zu werden, erleben BIID-Betroffene regelmäßig beim Anblick einer Person mit der gewünschten Behinderung, zum Teil suchen sie auch gezielt Örtlichkeiten auf, von denen sie wissen, dass sie dort Behinderte beobachten können, etwa Reha-Messen oder Behindertensportereignisse. Im Sinne eines Ausblendens aller Gedanken an eine Behinderung ist es sinnvoll, solche Stimuli möglichst zu vermeiden, da sie langfristig immer zu einer Verstärkung des Grübelns über den Amputationswunsch führen. Wie bereits gesagt, sollte der Betroffene andere Bereiche haben, auf die er sich gedanklich fokussieren kann.

Ein zweiter Bereich, in dem das Denken an eine eigene Behinderung zunimmt, sind meist frustrierende Lebensereignisse oder Phasen der Überlastung (Striewsky 2014). Offenbar wirkt die Beschäftigung mit der Vorstellung, endlich die gewünschte Behinderung zu erreichen, hier als Ventil. Da sich belastende Lebensereignisse niemals gänzlich vermeiden lassen, sind hier Methoden der sogenannten Stressimpfung angebracht, d. h., der Betroffene muss Skills erlernen, um mit solchen Situationen fertig zu werden, ohne sich in Gedanken zu flüchten, wie gut es ihm ginge, wenn er amputiert wäre.

Wichtig ist hierbei auch die Berücksichtigung eines möglichen sekundären Krankheitsgewinns: In welchem Ausmaß erhofft der Patient sich eine Reduzierung von Belastungen, wenn er im Zustand eines Behinderten sein könnte? Auch wenn die Betroffenen in der Regel nicht zugeben, dass sekundärer Krankheitsgewinn ein mögliches Ziel ist, sollte dieser Bereich dennoch gründlich exploriert werden.

### 3.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

---

Der Wunsch nach Amputation existiert in unterschiedlichen Schweregraden (Fischer 2013). Erfahrungsgemäß verläuft der Drang nach Amputation (oder einer anderen Behinderung) bei BIID-Betroffenen außerdem in Phasen unterschiedlicher Schwere, abhängig von der jeweiligen Lebenssituation. Alle Betroffenen sagen auch recht einheitlich aus, dass der Druck immer größer wird, je mehr man altert. Eine vollständige Heilung von BIID scheint, außer durch eine Operation, nicht wirklich erreichbar. Vergleichbar ist dies mit Transidentität, bei der man den Betroffenen im Grunde genommen nur Hilfestellungen geben kann, um mit ihrem Drang nach Geschlechtsumwandlung zurechtzukommen. So bleibt bei BIID wesentliches Therapieziel, den Patienten Methoden beizubringen, um mit dem immer wieder auftretenden Wunsch nach Erlangen einer Behinderung zurechtzukommen. Die Behandlung sollte soweit fortgesetzt werden bis sichergestellt ist, dass der Patient über Methoden verfügt, auch in kritischen Situationen mit dem Amputationswunsch umgehen zu können.

## 3.4 Empirische Befundlage

---

Bisher gibt es nur relativ wenige repräsentative Studien über BIID, was den geringen Bekanntheitsgrad dieser Störung nochmals unterstreicht. Überwiegend wurden einzelne Fallberichte, Fragebogenstudien zu psychologischen Aspekten, neurowissenschaftliche Studien zur Hautleitfähigkeitsmessung und einige wenige fMRT-Studien publiziert.

Die erste Studie zu BIID wurde 1977 über zwei Betroffene mit dem Wunsch nach einer einseitigen Beinamputation von Money et al. (1977) veröffentlicht, eine weitere folgte 1986 (Money und Sirncoe 1986). Erst zwanzig Jahre später gab es eine weitere Fallstudie über zwei BIID-Betroffene (Bruno 1997). Berger et al. (2009) beschrieben in ihrer Fallstudie zum ersten Mal einen transsexuellen BIID-Betroffenen, der eine Amputation umgesetzt hatte. Nur ein Jahr später haben Sorene et al. (2006) den Fall eines BIID-Betroffenen dokumentiert, der Amputationen eines Beines, eines Armes und mehrerer Finger selbst vorgenommen hatte. Noch im selben Jahr veröffentlichten Braam et al. in einer Therapiestudie ihre Ergebnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung bei BIID anhand eines Einzelfalles. Bei diesem Betroffenen wurde Kognitive Verhaltenstherapie angewendet, die zu einer Abschwächung des Wunsches nach einer Amputation geführt hatte. Zudem wurden Handlungen erlernt, die den Leidensdruck verringerten, aber trotzdem wurde der Wunsch nie ganz aufgegeben. Kasten und Stirn (2009) beschrieben einen BIID-Betroffenen, bei dem der Amputationswunsch zuerst das linke, dann das rechte Bein betraf. Diese Tatsache konnten die Autoren als Hinweis darauf interpretieren, dass es sich nicht um einen einfachen neurologischen Hirnschaden handelt, sondern dass bei der Entstehung von BIID psychologische Komponenten beteiligt sein müssen.

Erste Erfolge in der Langzeittherapie konnten Thiel et al. (2009, 2011a, 2011b) anhand eines Fallbeispiels nachweisen. In die Therapie waren psychodynamische, konfliktaufdeckende sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente integriert worden. Dem Patienten konnte angeboten,

dass der Amputationswunsch bei Frustration, Unzufriedenheit und Enttäuschung am stärksten war und in positiv erlebten Situationen seltener auftrat. Diese Einsicht führte bei ihm zum Rückgang des Wunsches nach Amputation, und er verspürte eine emotionale Erleichterung. Zusammenfassend belegt diese Studie, wie schon Braam et al. (2006) aufzeigen konnten, dass eine Psychotherapie symptomreduzierend wirkt, aber der Wunsch nach einer Amputation trotzdem nicht vollständig aufgegeben wird. Zudem ergaben sich keine Hinweise auf frühkindliche Hirnfunktionsstörungen oder andere neurologische Beeinträchtigungen.

Alle Einzelfallstudien zeigen, dass die Betroffenen schon in der Kindheit durch den Anblick eines Amputierten einen Amputationswunsch entwickeln. Bei einigen Betroffenen besteht möglicherweise unbewusst die Hoffnung, zuvor nicht erhaltene Nähe, Aufmerksamkeit und Fürsorge als Behinderter zu bekommen. Interessant ist, dass BIID-Betroffene in der Kindheit nicht mit Entsetzen auf den Anblick eines Körperbehinderten reagiert haben, sondern eher mit Faszination. So sagten Betroffene z. B.:

*„Es gab da einen Jungen, der ein Bein in so einer Schiene aus schwarzem Metall mit Lederriemen hatte und ziemlich hinkte. Den fand ich toll.“*

*„Als ich etwa 10 war, erzählte mein Friseur, dass sein Kollege [...] bei einem Motorradunfall ein Bein verloren hatte – ich war wie elektrisiert und zeichnete danach noch Wochen später Männchen mit nur einem Bein. Während der Pubertät wurde der Wunsch stärker, ein Bein zu verlieren [...]. Ich sammelte aus Zeitungen und Magazinen Fotos und Abbildungen von Amputierten, und immer, wenn ich sie mir anschaute, wurde der Amp-Wunsch schier übermächtig.“*

*„Außerdem blieben mir unauslöschlich zwei ähnliche Situationen aus derselben Zeit im Gedächtnis; am Strand robbte ein gleichaltriger Junge ins Wasser, rechts unterschenkelamputiert. Da er nur mit Badehose bekleidet, sah ich erstmals einen Stumpfpur. Einen anderen, ebenfalls gleichaltrigen Jungen, links unterschenkelamputiert, lernte ich (ohne Prothese) flüchtig kennen. [...] Ich fuhr oft mit dem Fahrrad in jene Straße, wo er wohnte. Dies in der Hoffnung, ihm zu begegnen und unter irgendeinem Vorwand ansprechen zu können. [...] Bald nach dem Kriege, ich war höchstens 10 Jahre alt, da standen noch die Ruinen. [...] In einer der Höhlungen saß ein Junge, nicht viel älter als ich, der verkaufte irgendetwas. Er war beidseitig Oberschenkelamputiert. Wenn ich später dort vorbeiging, hoffte ich immer ihn zu sehen.“*

*„1974 war ich acht Jahre alt. An einem schönen späten Sommernachmittag in Köln fiel mein Blick kurz und unvermittelt auf einen jungen Mann im Rollstuhl. Bis heute fühle ich mich in einer unerklärbaren Weise von ihm angezogen. Vergeblich versuchte ich damals meinen Vater mit einem Vorwand dazu zu bewegen, gemeinsam mit mir ihm zu folgen. Unauslöschlich brannten sich seine dünnen Beine, der kerzengerade Rücken, dessen oberer Anteil auf dem unteren sich bei jeder Regung auszubalancieren schien und seine starken Oberarme in mein Gedächtnis ein. Sein Oberkörper schien ein Dreieck zu bilden aus dem kurzen muskulösen oberen Bereich und den gedachten Schenkeln, die am offensichtlich gelähmten unteren Teil seines Rumpfs hätten gezogen werden können. Das kubistisch anmutende Bild des jungen Mannes war unvorhergesehen und vom ersten Augenschein an in mir zum Idealbild für meinen eigenen Körper geworden“ (aus: Kasten 2009).*

Diese starke emotionale Reaktion erinnert an angeborene auslösende Reize aus der vergleichenden Verhaltensforschung und bleibt offenbar bei allen lebenslang erhalten. Ausgehend von dieser

Reaktion auf Behinderte ist es nicht verwunderlich, dass die Betroffenen häufig schon als Kinder einen Behinderten spielten, z. B.:

*„Irgendwann in meiner Kindheit [...] spielte ich mit Freunden Robin Hood, und weil ich im Fernsehen gesehen hatte, dass einer dabei war bei seiner Truppe, dem der Sheriff ungerechterweise wegen Diebstahls die Hand abhacken ließ, zog ich mir einen Socken drüber und spielte den. (Ich würde doch zu gern wissen, ob den anderen auffiel, was das für mich bedeutete.) Dann spielte ich mal mit einer Schulfreundin im elterlichen Keller amputiert. Ich bastelte Krücken (sehr behelfsmäßig) und wir gingen damit rum.“*

*„Ich habe ca. mit 8 Jahren festgestellt, dass ich es als angenehm empfinde, wenn ich mir mein linkes Bein abgebunden habe und das Gefühl aus dem abgebundenen Teil des Beines verschwunden war. Selbst der Schmerz, der dadurch erzeugt wurde, war besser als sein Bein zu spüren. Ich habe das über einen relativ langen Zeitraum gemacht, bis ich erfahren habe, welche Gefahren damit verbunden sind. Danach habe ich das eingestellt, ich wollte mich ja damit nicht umbringen. Dann habe ich über Jahrzehnte versucht mich von diesen Gedanken zu lösen, weil ich dachte, ich wäre der Einzige mit dieser verrückten Idee“ (aus: Kasten 2009).*

Bei den Gruppenstudien hat First (2005) die bislang größte Untersuchung mit 52 Betroffenen mittels strukturierten Telefoninterviews durchgeführt. Die Daten lieferten Ausschluss darüber, dass der Wunsch nach einer körperlichen Behinderung keiner akuten psychotischen oder wahnhaften Störung entstammte.

Kasten und Spithaler haben anhand standardisierter Fragebögen 2009 von 9 BIID-Betroffenen z. B. Antworten zu den Hauptmotiven für eine Amputation, den Gefühlen über die betroffenen Gliedmaßen, einer Psychotherapie und zur Medikation bekommen. Dadurch konnten erste Einblicke in Persönlichkeitseigenschaften gewonnen werden, die auch schon bei First (2005) zusammengeführt werden konnten. Zudem bestätigen die Resultate, dass bei den Betroffenen weder eine psychotische Störung noch eine Körperdysmorphie Störung diagnostiziert werden kann. Zu ähnlichen Ergebnissen führte auch eine Telefoninterviewstudie von Blanke et al. (2009) an 20 BIID-Betroffenen aus verschiedenen Ländern. Bei dieser Studie wurde aber erstmals bekannt, dass die meisten BIID-Betroffene eine medizinische Vorerkrankung hatten. Viele berichteten von Migräne, was die Autoren in der Annahme einer neurologischen Ursache von BIID bestärkte.

Stirn et al. führte an 30 BIID-Betroffenen (2009) klinische Interviews, Fragebögen und funktionelle Bildgebungsverfahren durch. Damit war diese Studie die erste, die persönliche klinische Gespräche integrierte. Insgesamt unterstützen diese Ergebnisse die bereits beschriebenen Resultate von First (2005), Kasten (2009) und Blanke et al. (2009). Die Betroffenen sind überwiegend sehr intelligente, erfolgreiche und autonome Persönlichkeiten und zeigen narzisstische und leicht zwanghafte Ausprägungen.

Die ersten Hinweise auf einen neurologischen Ursprung fanden Brang et al. (2008) in ihrer Studie an zwei BIID-Patienten. Diese Autoren vermuteten, dass bei BIID wie auch bei der Somatoparaphrenie eine Dysfunktion des rechten Scheitellappens zu einem verzerrten Körperbild führt. Gestützt wird die neurologische Vermutung durch die Tatsache, dass die Betroffenen dreimal häufiger das linke Bein amputiert haben möchten. Zudem können BIID-Patienten eine genaue Linie ziehen, bis zu der ein Körperteil amputiert werden sollte, und diese bleibt in der Regel stabil (First 2005). Die Vermutung wurde durch die Messung der Hautleitfähigkeit oberhalb und unterhalb der gewünschten Amputationslinie überprüft. Die Ergebnisse zeigten Differenzen zwischen den beiden Körperarealen und eine erhöhte Hautleitfähigkeit unterhalb



der Linie der erwünschten Amputation, was für eine angeborene Funktionsstörung des rechten superioren Parietallappens sprechen könnten. Daran anknüpfend untersuchten die Autoren mithilfe eines Magnetoenzephalografen die weiteren Hirnaktivitäten an diesem Parietallappen bei 4 BIID-Betroffenen (McGeoch et al. 2009a, b). Die Betroffenen wurden an beiden Füßen berührt. Die Ergebnisse zeigten, dass keine Aktivierung des rechten superioren Parietallappens bei dem Fuß zu sehen war, den der Betroffene amputieren lassen wollte. Bei dem Fuß hingegen, den der Betroffene nicht amputieren lassen wollte, zeichnete das Programm eine normale Aktivierung auf.

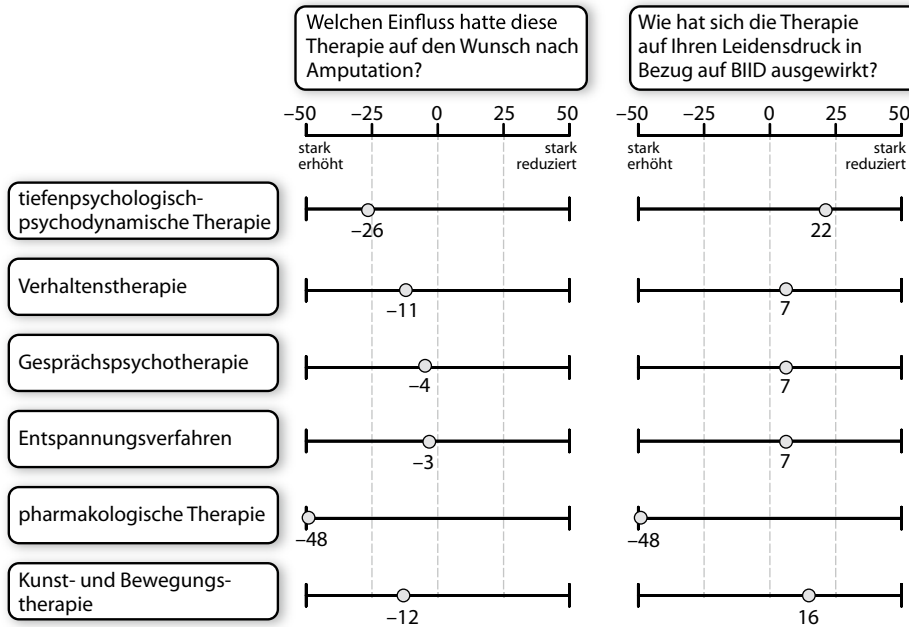
Oddo et al. (2014) haben 12 BIID-Betroffene mithilfe eines funktionellen Magnetresonanztomografen untersucht und fanden heraus, dass der Wunsch nach einer Amputation nicht nur eine sensomotorische Verankerung hat. Bedeutende Aktivierungen zeigten sich vielmehr in Bereichen der emotionalen und belohnenden Hirnstrukturen. Diese Resultate sprechen gegen ein rein neurologisches Erklärungsmodell der Entstehung von BIID. Die zum Teil sehr diskrepanten Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ein integrierendes neurobiologisches, biosoziales und psychologisches Erklärungsmodell entwickelt werden muss.

Hinsichtlich der Nützlichkeit von psychotherapeutischen Methoden gegen den Amputationsdrang gab es 2013 in einem Internetforum eine von Betroffenen selbst initiierte Befragung. Wenngleich diese kleine Studie strengen wissenschaftlichen Kriterien nicht genügt, sind die Daten dennoch interessant (s. ■ Tab. 3.2).

■ Tab. 3.2 Ergebnisse einer Internetbefragung durch das Selbsthilfeforum „fighting-it@yahoogroups.com“ (2013). Angabe in Prozent und Anzahl der Teilnehmer, die die jeweilige Frage bejaht haben

Nein, ich habe keine Therapie ausprobiert und plane auch nicht, es zu tun	23,6 % (30)
Nein, ich habe keine Therapie ausprobiert, aber ich würde es gerne tun	6,3 % (8)
Ja, ich habe eine Therapie gemacht	10,2 % (13)
Ich war in Therapie bis zu 3 Monaten	11,8 % (15)
Ich war in Therapie länger als 3 Monate, aber unter 2 Jahren	1,6 % (2)
Ich war länger als 2 Jahre in Therapie	2,4 % (3)
Die Therapie beinhaltete unterschiedliche Methoden und Elemente	2,4 % (3)
Die Therapie hat mir geholfen, den Drang zu reduzieren	0,8 % (1)
Ich weiß jetzt, was ich tun muss, wenn BIID hochkommt	0,0 % (0)
Nach der Therapie hatte ich mehr Klarheit und habe mich für eine Operation entschieden	3,9 % (5)
Nach der Therapie habe ich mich gegen die Operation entschieden	0,0 % (0)
Nach der Therapie war ich unentschlossen	3,9 % (5)
Die Therapie war gut für mich	3,2 % (4)
Die Therapie hat mir geholfen, BIID zu überwinden, ich bin jetzt weitgehend frei von dem Begehren	0,0 % (0)
Die Therapie hat mir geholfen, Probleme zu überwinden, die mit BIID zusammenhängen (z.B. Schuldgefühle, Scham, geheimes Ausleben, Unsicherheit ...)	4,7 % (6)
Die Therapie hat nicht (oder nur kurzzeitig) geholfen, den Drang zu reduzieren	9,5 % (12)
Die Therapie war nicht gut für mich	5,5 % (7)





■ **Abb. 3.6** Therapieauswirkungen auf den Wunsch nach Amputation und Leidensdruck

Kröger et al. (2014) führten auf der Basis dieser Daten eine deutlich besser standardisierte Befragung an BIID-Betroffenen durch. Sie erhielten die in ■ **Abb. 3.6** dargestellten Ergebnisse.

Bei allen Therapien hat die Therapie den Wunsch nach Amputation zunehmen lassen. Am stärksten nahm der Wunsch bei der pharmakologischen Therapie und bei der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie zu. Nur leicht nahm dieser Wunsch bei der Kunst- und Bewegungstherapie und bei der Verhaltenstherapie zu. Bei der Gesprächspsychotherapie und den Entspannungsverfahren war die Zunahme des Wunsches am schwächsten. Tiefenpsychologische Therapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Entspannungstherapie, Psychopharmaka und fernöstlichen Verfahren (Shiatsu) führten zu keiner signifikanten Verminderung der Stärke des Wunsches nach Amputation, Lähmung oder einer anderen Behinderung.

Auf der anderen Seite aber wurde der Leidensdruck in Bezug auf BIID von allen Therapien reduziert, außer bei einem Betroffenen, der parallel Medikamente einnahm und dessen Leidensdruck sich daraufhin stark erhöhte. Eine signifikante Reduzierung des Leidensdrucks hat die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Therapie erzielt, danach folgt die Kunst- und Bewegungstherapie. Eine durchweg leichte Reduzierung zeigen die Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie und die Entspannungsverfahren.

Zusammenfassend führte Psychotherapie in dieser Studie nicht zu einer Verminderung des Amputationswunsches, sondern sogar zu einer Zunahme des Wunsches. Ein mögliches Erklärungsmodell für diese Zunahme könnte die intensive Beschäftigung und das vermehrte Reden über den Amputationswunsch sein. Immerhin reduzieren alle Therapien den Leidensdruck der Betroffenen.

- Dieses Ergebnis untermauert die bisherigen Erkenntnisse, dass der Wunsch nach Amputation durch die Therapien zunimmt. Die bisherige Vermutung, dass der intensive Austausch über BIID in der Therapie den Wunsch verstärkt, kann auch bei diesem Ergebnis als Erklärungsmodell dienen.

### 3.5 Schwierige Situationen

---

#### ■ Kurz vor der Entscheidungsfindung

Die schwierigste Situation ergibt sich immer dann, wenn der BIID-Betroffene einerseits kurz davor ist, die Operation endlich durchführen zu lassen, aber andererseits um die Nachteile weiß, die er als Behinderter in Kauf nehmen muss. Dieser Zustand kurz vor einer endgültigen Entscheidung ist für die meisten Patienten unerträglich, da ihnen Pro- und Kontraargumente ständig durch den Kopf rasen, was oft zu Unruhe, Nervosität, Konzentrationsmängel und gestörtem Schlaf führt. Hier ist es sinnvoll, den Betroffenen durch schriftliches Abwägen aller Argumente zu befähigen, eine endgültige Entscheidung zu treffen. Diese Entscheidung sollte dann stringent befolgt werden. Die Wahl wird entweder sein, die Operation jetzt anzugehen oder noch bis zu einem Zeitpunkt aufzuschieben, den man ggf. konkret festlegen kann.

Kurzschlussreaktionen, bei denen der Drang nach Erlangung einer Behinderung plötzlich so groß ist, dass der Patient dem Druck nicht widerstehen kann, sind extrem selten. Die meisten Betroffenen sind durchaus in der Lage, rational über das Für und Wider nachzudenken. Wenn sie sich dafür entscheiden, dass nun der richtige Zeitpunkt im Leben gekommen ist, um die Operation durchführen zu lassen, dann in der Regel auf der Basis eines langwierigen Entscheidungsprozesses.

Schwierig ist die Situation dann eher für den Therapeuten, der den Wunsch nach Intaktheit des eigenen Körpers in den Patienten hineinprojizieren kann und aufgrund moralischer und ethischer Bedenken nicht in der Lage ist, den Betroffenen dann weiter zu begleiten und bei der Erfüllung seines Wunsches zu unterstützen. Hier sollte der Wechsel zu einem anderen Therapeuten erwogen werden.

#### Literatur

---

- Bayne, T., & Levy, N. (2005). Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the ethics of amputation. *Journal of Applied Psychology*, 22(1), 75–85.
- Berger, O., Morgenthaler F. D., Brugger P., & Overney, L. S. (2009). Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology*, 3(2), 181–200.
- Braam, A. J., Visser, S., Cath, D. C., & Hoogendijk, W. J. G. (2006). Investigation of the syndrome of Apotemnophilia. *Psychopathology*, 39(1), 32–37.
- Brang, D., McGeoch, P. D., & Ramachandran, V. S. (2008). Apotemnophilia: A neurological disorder. *Neuroreport*, 19(13), 1305–1306.
- Brenner, I. (1999). Upper-extremity self-amputation in a case of dissociative identity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(10), 705–706.
- Bruno, R. I. (1997). Devotees, pretenders and wannabes: Two cases of factitious disability disorder. *Journal of Sexuality and Disability*, 15(4), 243–260.
- Everaerd, W. A. (1983). Case of apotemnophilia: A handicap as sexual preference. *American Journal of Psychiatry*, 37(2), 285–293.
- First, M. B. (2005). Desire for amputation of a limb: Paraphilia, psychosis or a new type of identity disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1–10.

- Fischer, M. (2013). Body Integrity Identity Disorder: Entwicklung und Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung des Schweregrades. Bachelorarbeit: Medical School Hamburg.
- Furth, G., & Smith, R. (2000). *Apotemnophilia: Information, Questions, Answers, and Recommendations about self-demand Amputation*. Bloomington, IN: Authorhouse.
- Furth, G. M., & Smith, R. (2002). *Apotemnophilia: Information, question, answers, and recommendations about a self-demand amputation*. 1stBooks, Blomington (Indiana)
- Helmer, J. (2014). *Umgang mit Body Integrity Identity Disorder – eine systematische Zusammenfassung der Methoden und Strategien von betroffenen Personen*. Bachelorarbeit: Medical School Hamburg.
- Johnson, A., Liew, S.-L., & Aziz-Zadeh, L. (2011). Demographics, learning and imitation, and body schema in Body Integrity Identity Disorder. *Indiana University Undergraduate Journal of Cognitive Science*, 6, 8–15.
- Kapfhammer, H. P. (2002). Fremdkörper im Leib. Von der körperdysmorphen Störung über die Körperintegritäts-Identitätsstörung (BIID) hin zur künstlichen Störung. *Psychopraxis*, 15(1), 15–17.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 77, 16–24.
- Kasten, E. & Spithaler, F. (2009). Body Integrity Identity Disorder: Personality profiles and investigation of motives. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder* (S. 20–40). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kasten, E., & Stirn, A. (2009). Wechselnder Rechts-links-Amputationswunsch bei Body Integrity Identity Disorder (BIID). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie*, 57, 55–61.
- Kröger, K. (2013). *Entwicklung und Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung der Therapieerfahrung und des Therapieerfolges von Body Integrity Identity Disorder*. Bachelorarbeit: Medical School Hamburg.
- Kröger, K., Schnell, T., & Kasten, E. (2014). Effects of psychotherapy on patients suffering from Body Integrity Identity Disorder. *American Journal of Applied Psychology*, 3(5), 110–115.
- Martin, I. (2010). *Mancophilie – Erscheinungsformen und Interaktionen*. Maintal: Homo-Mancus-Verlag.
- McGeoch, P. D., Bram, D. J., & Ramachandran, V. S. (2009a). A new right parietal lobe syndrome? In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S. 225–237). Lengerich: Pabst.
- McGeoch, P. D., Brand, D. J., Song, T., Lee, R. R., Huang, M., & Ramachandran, V. S. (2009b). Apotemnophilia: The neurological basis of „Psychological“ disorder. *Nature Precedings*, 1–5.
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Is the amputation of healthy limbs ethically justified? *American Journal, Bioethics*, 9, 36–43.
- Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). Acrotomophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *Journal Sexual Research*, 13, 115–125.
- Money, J., & Sircoc, K. W. (1986). Acrotomophilia, sex and disability: New concepts and case report. *Sexuality and Disability*, 7(12), 43–50.
- Neff, D., & Kasten, E., (2010). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do health care professionals know? *European Journal of Counselling Psychology*, 1(2), 16–31.
- Noll, S., & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder (BIID): How satisfied are successful wannabes? *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(6), 222–232.
- Obernolte, C., Schnell, T., & Kasten, E. (2015). The role of specific experiences in childhood and youth in the development of Body Integrity Identity Disorder (BIID). *American Journal of Applied Psychology*, 4(1), 1–8.
- Oddo, S., Möller, J., Skoruppa S., & Stirn, A. (2014). Psychische Merkmale von Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Persönlichkeitsmerkmale, Interpersonale Aspekte, Copingmechanismen bei Stress und Konflikten, Körpererleben. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie*, 82(5), 250–260.
- Ostgathe, A., Schnell, T., & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder and Gender Dysphoria: A pilot study to investigate similarities and differences. *American Journal of Applied Psychology*, 3(6), 138–143.
- Pregartbauer, L., Schnell, T., & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder and mancophilia: Similarities and differences. *American Journal of Applied Psychology*, 3(5), 116–121.
- Ryan, C. (2009). Amputating healthy limbs – Should people with Body Integrity Identity Disorder be allowed. *Issues*, 86, 31–33.
- Sorene, E. D., Heras-Palou, C., & Burke, F. D. (2006). Self-amputation of a healthy hand: A case of Body Integrity Identity Disorder. *Journal of Hand Surgery British*, 31(6), 593–595.
- Stirn, A., Thiel, A., & Oddo, S. (Hrsg.) (2009). *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects*. Lengerich: Pabst.
- Stirn, A., Thiel, A., & Oddo, S. (2010) *Body Integrity Identity Disorder: Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Striewski, N. (2014). Alltägliche Einflussfaktoren auf die Intensität des Amputations- bzw. Lähmungswunsches von BIID-Betroffenen. Masterarbeit. Medical Scholl Hamburg.

- Thiel, A., Ehni, F. J. F., Oddo, S., & Stirn, A. (2011a). Body Integrity Identity Disorder – First success in long-term psychotherapy. *Psychiatrische Praxis*, 38, 256–258.
- Thiel, A., Ehni, F. J. F., Oddo, S., & Stirn, A. (2011b). Body Integrity Identity Disorder: Erste Erfolge in der Langzeitpsychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 38, 256–258.
- Thiel, A., Oddo, S., Skoruppa, S., Thiel, J., Ehni, F., Bennett, D., & Stirn, A. (2009). A. Psychotherapy- and psychometric research with BIID-sufferers. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S. 58–69). Lengerich: Pabst.
- Vitacco, D., Hilti, L., & Brugger, P. (2009). A neurological account of Body Integrity Identity Disorder. In A. Stirn, A. Thiel, & S. Oddo (Hrsg.), *Body Integrity Identity Disorder: Psychological, Neurobiological, Ethical and Legal Aspects* (S. 201–210). Lengerich: Pabst.

# Cannabisabhängigkeit

*Thomas Schnell*

- 4.1 Fallbeispiel – 74**
- 4.2 Definition der Störung – 74**
  - 4.2.1 Historische Einordnung und moderne Klassifikation – 74
  - 4.2.2 Epidemiologie – 76
  - 4.2.3 Ätiologie – 78
  - 4.2.4 Cannabisassoziierte psychische Störungen – 82
- 4.3 Psychotherapie der Cannabisabhängigkeit – 83**
  - 4.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte – 85
  - 4.3.2 Therapeutische Beziehung – 89
  - 4.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose – 90
  - 4.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 92
  - 4.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 99
- 4.4 Gesellschaftspolitische Betrachtungen – 101**
- 4.5 Schwierige Situationen – 102**
- Literatur – 103**

## 4.1 Fallbeispiel

---

Marco ist 23 Jahre alt. Nach dem Abitur hat er ein Pädagogikstudium begonnen, das er durch einen Nebenjob in einem Zeitschriftenladen finanziert. Cannabis konsumiert er seit acht Jahren, zunächst nur auf Partys mit Freunden, dann aber zunehmend auch alleine daheim. Mittlerweile raucht er täglich mehrere Male, in der Regel beginnt er gleich nach dem Aufstehen damit den Tag. Häufig schläft er dann gleich wieder ein, sodass es ihm teilweise schwerfällt, Termine an der Uni einzuhalten. Auch auf der Arbeitsstelle gibt es Probleme. Aufgrund von Unpünktlichkeit wurde er mehrmals abgemahnt. Durch den Cannabiskonsum ist er sehr lethargisch geworden.

Anfangs hatte er das Gefühl, Emotionen stärker zu spüren, wenn er gekifft hatte, oder er und seine Freunde erlebten regelrechte „Lachflashes“. Das scheint aber alles vorbei zu sein. Die Wirkung von Cannabis hat sich schleichend verändert. Anstatt alles gesteigert wahrzunehmen, fühlt sich Marco nun dadurch primär lethargisch. Für sein Studium kann er sich kaum noch begeistern, und selbst an Wochenenden geht er selten weg, da er sich nicht dazu aufraffen kann.

Marco merkt zunehmend, dass es so nicht weitergehen kann und dass sein Drogenkonsum der Grund für seine Probleme ist. Er hat sich bereits mehrere Male vorgenommen, damit aufzuhören, und es sogar versucht. Doch dann empfindet er starke innere Unruhe, kann kaum schlafen, und träumt so intensiv, dass er nach dem Erwachen noch für Stunden durcheinander ist. Das Hauptproblem ist aber eine quälende Langeweile, die er mit seiner Nüchternheit assoziiert. In seinem Kopf dreht sich dann alles nur um Cannabis. Er spürt einen kaum zu kontrollierenden Suchtdruck. Daher hat er es bislang höchstens zwei Tage geschafft, abstinenter zu bleiben. Wenn er dann wieder Cannabis zu konsumieren beginnt, kann er den berauschten Zustand in der Regel nicht genießen, die quälende Langeweile wird lediglich ersetzt durch einen Zustand gedämpfter und träger Gleichgültigkeit. Selbst einfachste Tätigkeiten wie abwaschen und aufräumen fallen ihm dann unsagbar schwer. Zudem mischt sich zunehmend ein schlechtes Gewissen in sein Erleben ein, das Gefühl ein Versager zu sein, was sich zu regelrechten Angstzuständen steigern kann. Er hat das Gefühl, die Kontrolle über sich und den Drogenkonsum verloren zu haben. Daher sucht er einen Therapeuten auf, mit der Bitte um Unterstützung.

## 4.2 Definition der Störung

---

### 4.2.1 Historische Einordnung und moderne Klassifikation

---

Es sind insbesondere zwei Fragestellungen, denen sich Konzepte der Sucht in der historischen Entwicklung stellen mussten, und noch immer herrscht diesbezüglich keine Einigkeit. Zum einen geht es um die Frage, ob Sucht ein substanzspezifisches Phänomen ist oder eher substanzübergreifend zu verstehen ist. Zum anderen geht es um die Gewichtung von körperlicher in Relation zu psychischer Abhängigkeit. Antworten auf diese Fragen sind nicht lediglich aus diagnostischer Perspektive von Relevanz, sondern beeinflussen auch die therapeutischen Konzepte zur Behandlung abhängiger Menschen.

Der Umgang mit süchtigen Menschen unterlag in den vergangenen 200 Jahren einigen wesentlichen Wandlungen. Im 19. Jahrhundert wurde Sucht als Charakterschwäche betrachtet. Angeraten wurde eine „moralische Behandlung“, die aus den Elementen „Abgeschiedenheit, Andacht und Arbeit“ bestand. Dies ist aus moderner Perspektive nicht uninteressant und auch inhaltlich nicht weit von heutigen Ansätzen entfernt. Assoziiert man Andacht mit Sinnfindung und Achtsamkeit, befindet man sich fast in Einklang mit der dritten Welle innerhalb der Verhaltenstherapie. Genauso wird der Aspekt der Arbeit vor dem Hintergrund der beruflichen

Integration verstärkt fokussiert, bzw. es wird zum Teil kritisiert, dass die moderne Psychotherapie solche lebenspraktischen Aspekte zu sehr aus den Augen verloren hat. Lediglich die Abgeschiedenheit scheint langfristig nicht erfolgversprechend zu sein. Denn selbst nach langer Abgeschiedenheit ist nach Rückkehr in gewohnte Umwelten die Rückfallgefahr hoch. Das sogenannte Suchtgedächtnis scheint durch den Faktor Zeit nicht gelöscht zu werden, sondern reaktiviert sich durch die altbekannten suchtassoziierten Triggerreize. Daher rät die moderne Suchttherapie eher zur Behandlung innerhalb des gewohnten Umfelds, um bei Süchtigen Kompetenzen zu etablieren, den Suchtreizen zu widerstehen.

Im 20. Jahrhundert wurde Sucht, insbesondere der Alkoholismus, als Krankheit akzeptiert. Damit wurden die bis dahin üblichen Interventionen in sogenannten „Trinkerheilstätten“ ersetzt durch die Behandlung von Ärzten und speziell ausgebildeten Suchttherapeuten. Als Alkoholabhängigkeit im Jahre 1968 auch in Deutschland sozialrechtlich anerkannt wurde, entstanden eine Vielzahl verschiedener Behandlungskonzepte vor dem Hintergrund der bestehenden therapeutischen Schulen, die sich größtenteils auch auf andere Süchte übertragen lassen, insbesondere da Sucht zu dieser Zeit weniger als substanzspezifisches Phänomen betrachtet wurde. Feuerlein, in den 70er-Jahren der anerkannteste Suchtspezialist, integrierte damals schon verhaltensbezogene Süchte in das Konzept der Abhängigkeit. Dies ging in der Folgezeit zwar wieder verloren, mittlerweile jedoch postulieren moderne Neurobiologen, dass im süchtigen Gehirn stets die gleichen Prozesse ablaufen, unabhängig davon, auf welche Substanz sich die Sucht bezieht, oder ob es sich um eine verhaltensbezogene Sucht handelt. Feuerlein formulierte 1975: „es gibt auch süchtiges Verhalten ohne Drogenkonsum, z. B. Spielsucht.“ (Feuerlein 1975).

1998 konstatierte der Psychiatrieprofessor Rönning: „dem Gehirn ist es egal, ob die süchtige Erregung von einem Suchtmittel oder einer Tätigkeit erzeugt wird.“ Dennoch unterscheidet das aktuelle diagnostische Klassifikationssystem ICD-10 noch kategorisch zwischen Abhängigkeit verschiedener Substanzen und exzessivem Verhalten, wie der Spielsucht, welche nicht dem Konzept der Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet ist, sondern den sogenannten Impulskontrollstörungen angehört. Im neuen DSM-5 dagegen werden erstmals die „alten Gedanken“ der renommierten Psychiater wieder aktualisiert, indem verhaltensbezogene Süchte in einer Kategorie mit substanzgebundenen Süchten klassifiziert werden.

### ➤ Die aktuell gültigen Kriterien für Abhängigkeit nach ICD-10

Innerhalb eines Jahres sind 3 oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt:

- Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren),
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- körperliches Entzugssyndrom; Konsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern,
- Toleranz,
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Interessen,
- anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen,
- eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (charakteristisch).

Für Cannabis wurde lange Zeit hinterfragt, ob ein Abhängigkeitspotenzial besteht (Farrell 1999; Smith 2002). Das mag unter anderem daran liegen, dass die Konzeption von Abhängigkeit aktuell den Fokus sehr auf die körperliche Abhängigkeit legt, die bei Cannabis definitiv nicht im Vordergrund steht, auch wenn es sie bei sehr intensivem Konsum gibt. Ein Problem der Fokussierung auf körperliche Abhängigkeit ist, dass diese erst relativ spät im Rahmen von süchtigem Verhalten auftritt. Damit werden süchtige Personen in der frühen Phase ihres problematischen Verhaltens nicht identifiziert. Aus der Perspektive der Psychotherapie wäre es aber wichtig, Betroffene bereits dann zu erreichen, wenn ihr Verhalten lediglich riskant ist, um mit präventiven Maßnahmen

4 intervenieren zu können. Zudem ist aus klinischer Perspektive weniger die körperliche als vielmehr die psychische Abhängigkeit ein Problem. Der körperliche Entzug ist selbst bei Substanzen wie Alkohol oder Opiaten, die eine sehr ausgeprägte physische Abhängigkeit erzeugen, in der Regel nach wenigen Tagen überstanden. Die kritische Phase, in der Betroffene typischerweise rückfällig werden, liegt zumeist weit jenseits der körperlichen Abhängigkeit. Es ist das psychische Verlangen, das sogenannten Craving, welches die Süchtigen wiederholt in den Konsum treibt. Interessanterweise darf nach ICD-10 noch 12 Monate, nachdem die diagnostischen Kriterien für Abhängigkeit vorlagen, die Diagnose gestellt werden. Das verdeutlicht die hohe Bedeutung, die hierbei den mentalen Prozessen beigemessen wird.

Aber auch wenn bei Cannabis der Schwerpunkt der Sucht eher auf der psychischen Ebene zu verorten ist, gibt es Hinweise auf körperliche Abhängigkeit inklusive der entsprechenden Entzugserscheinungen. Diese beginnen etwa 12 Stunden nach dem letzten Konsum und dauern etwa 3 Wochen an. Typischerweise beklagen Betroffene eine quälende innere Unruhe, affektive Dysregulation mit deutlicher Tendenz zum depressiven Erleben, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, intensive emotional besetzte Träume, Schwitzen, Verminderten Appetit, sowie erhöhte Schmerzsensitivität. Zudem stellt sich starkes Verlangen nach der Substanz ein.

Kritische Aspekte, die mit der Abhängigkeitsentwicklung bei Cannabis assoziiert sind, sind die Vorverlagerung des Einstiegsalters in den Konsum und teils künstliche hochgezüchtete Pflanzensorten mit einem sehr hohen THC-Gehalt. Gleichzeitig sinkt mit steigendem THC-Gehalt die CBD-Konzentration, wodurch dessen antagonisierende, also vor schädlichen Effekten des THC schützende Wirkung, verloren geht (Gouzoulis-Mayfrank 2013; s. Abschn. 4.2.3). Insgesamt ist in den letzten 15 Jahren eine gestiegene Nachfrage an Therapie der Cannabisabhängigkeit zu verzeichnen, was aber nicht mit gestiegener Prävalenz gleichzusetzen ist. Dies ist aufgrund der genannten Vorverlagerung des Einstiegsalters und der höheren Wirkstoffkonzentration zwar denkbar, kann aber auch Folge einer besseren Aufklärung und Präventionsarbeit sein oder damit zusammenhängen, dass es inzwischen deutlich mehr spezialisierte Anlaufstellen für Betroffene gibt.

## 4.2.2 Epidemiologie

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Insbesondere bei jüngeren Menschen ist sie äußerst beliebt. Die Lebenszeitprävalenz für den Konsum beträgt 10 bis 35 %, wobei aber nur etwa 10 % der Cannabiskonsumenten im Laufe ihrer Konsumhistorie zu irgendeinem Zeitpunkt einen abhängig sind (Murray et al. 2007). Die Lebenszeitprävalenz für Cannabisabhängigkeit liegt bei 1 bis 6 %. Insbesondere in der Altersspanne zwischen dem 17 und 25 Lebensjahr ist das Risiko für eine Abhängigkeit besonders hoch. Nach Wittchen et al. (2011) hat sich die Einjahresprävalenz zwischen 2005 und 2011 von 0,5 % auf 1 % verdoppelt. Innerhalb der abhängigen Konsumenten finden sich doppelt so viele männliche wie weibliche Personen. Das Einstiegsalter in den Konsum hat sich deutlich vorverlagert. Viele Konsumenten beginnen den Konsum bereits ab ihrem 11. Lebensjahr, während der Gipfel für den Erstkonsum bei 15 Jahren liegt. Der frühe Konsumbeginn in der Adoleszenz scheint dabei in besonderem Maße mit Folgestörungen wie irreversiblen kognitiven Defiziten und bis zu sechsfach erhöhtem Schizophrenierisiko assoziiert zu sein. Ein Grund dafür liegt vermutlich in Zusammenhängen dieser Folgestörungen mit dem sich in der Adoleszenz noch entwickelnden Endocannabinoidsystem (ECS), in welches der frühe Konsum nachhaltig eingreift.

Dennoch entwickeln die meisten Konsumenten keinen abhängigen Konsum. Im Gegenteil reduzieren sie diesen zumeist in einem bestimmten Lebensalter deutlich oder beenden ihn.



Zumeist erfolgt dies, wenn das alltägliche Leben nur noch schwer mit regelmäßigem Cannabiskonsum zu vereinbaren ist. Bei den meisten Menschen ist das der Fall, wenn sie in eine regelmäßige berufliche Tätigkeit eintreten oder eine Familie gründen.

Risikofaktoren sind ein früher Konsumbeginn, d. h. vor dem 16. Lebensjahr, problematische familiäre Verhältnisse (sogenannte Broke-Home-Familien), das männliche Geschlecht und ein hochfrequenter Konsum, d. h. mehrmals am Tag (vgl. McGee et al. 2000; Swift et al. 2001). Nach Kleiber et al. (1997) scheint auch der Beikonsum anderer Substanzen mit einem deutlich ansteigenden Risiko für Cannabisabhängigkeit einherzugehen. In ihrer großen epidemiologischen Cannabisstudie lag die durchschnittliche Rate abhängiger Konsumenten bei 8 %. Wurden jedoch nur diejenigen Konsumenten berücksichtigt, die außer Cannabis noch nie andere illegale Substanzen konsumierten, reduzierte sich der Anteil der Abhängigen auf 2 %, wobei nur selten eine schwere Abhängigkeit vorlag. Bei denjenigen, die erst innerhalb der vergangenen 4 Wochen andere illegale Substanzen neben Cannabis konsumiert hatten, lag die Abhängigkeitsrate sogar bei 20 %. Beispielsweise ist es bei Konsumenten von Stimulanzien, wie Amphetaminen, nicht unüblich, Cannabis zum sogenannten „Herunterkommen“ zu nutzen, da Amphetaminwirkungen viele Stunden lang andauern können, was nicht immer erwünscht ist.

Interessanterweise gibt es Hinweise darauf, dass ungünstige Konsumverläufe weniger mit Konsumdauer oder Konsummengen assoziiert sind, sondern eher mit einer generell schlechteren psychischen Gesundheit, wie Gehemmtheit und geringe Selbstwirksamkeit. Insofern kann ein problematischer Cannabiskonsum bei einigen Betroffenen als Strategie interpretiert werden, die alltäglichen Belastungen zu bewältigen, was für die Psychotherapie bedeutsam ist (Kleiber et al 1997; Kleiber und Söllner 1998).

Um Cannabiskonsumenten besser verstehen zu können, wurden von einigen Autoren Subgruppenanalysen unternommen, die versuchen, Konsumenten nach bestimmten Kriterien zu klassifizieren. Kandel und Chen (2000) fanden im Rahmen von Subgruppenanalysen drei Gruppen, die jeweils ein Drittel der Konsumenten beschreiben konnten:

*Gruppe 1* beinhaltet sogenannte Heavy User, die täglich Cannabis konsumieren und eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen aufweisen. Der Konsum könnte daher einen Versuch der Selbstmedikation darstellen, um unangenehme emotionale Zustände zu lindern. Häufig konsumieren Heavy User zudem noch Alkohol und andere Drogen. Aus therapeutischer Perspektive war die Prognose innerhalb dieser Gruppe eher ungünstig. *Gruppe 2* besteht aus Gelegenheitskonsumenten, die vorwiegend mit Freunden Cannabis konsumieren. Sie beginnen bereits in der Pubertät mit dem Konsum, was kritisch ist in Bezug auf die Entwicklung des endocannabinoiden Systems. Sie haben daher ein erhöhtes Risiko für Psychosen, zudem sind die Cannabis assoziierten kognitiven Defizite unter Umständen nicht reversibel. Dennoch scheinen diese Gelegenheitskonsumenten therapeutisch eine gute Prognose aufzuweisen. *Gruppe 3* beinhaltet ebenso Gelegenheitskonsumenten, die aber im Unterschied zu Gruppe 2 erst ab dem 20. Lebensjahr mit dem Konsum beginnen. Hier besteht daher vermutlich keine Beeinflussung des endocannabinoiden Systems, und die Prognose ist tendenziell günstig.

Die große deutsche Kleiber-Studie, benannt nach ihrem Leiter, kam bei einer relativ großen Stichprobe von knapp 1500 Konsumenten zu einer etwas anderen Einteilung (Kleiber et al. 1997). Neben *Gelegenheitskonsumenten* differenzierte sie drei verschiedene Muster gewohnheitsmäßigen Cannabiskonsums: *Individualkonsumenten*, die überwiegend alleine und zu Hause Cannabis konsumieren; *gewohnheitsmäßige Freizeitkonsumenten*, die täglich in sozialen Freizeitkontexten Cannabis konsumieren, auf der Arbeit aber strikt nüchtern bleiben; *gewohnheitsmäßige Dauerkonsumenten*, die überall, d. h. auch in Arbeitskontexten, Cannabis konsumieren.

Der Anteil der Cannabisabhängigen war in den verschiedenen Konsumgruppen unterschiedlich verteilt. So waren 1 % der Gelegenheitskonsumenten, 7 % der Individualkonsumenten, 10 % der Freizeitkonsumenten und 28 % der Dauerkonsumenten als „abhängig“ zu klassifizieren.

Für Therapeuten ist diese Einteilung in Subgruppen bedeutsam, da sich daraus Hypothesen hinsichtlich der Funktionalität des Konsums ableiten lassen. Die zugrunde liegende Annahme ist, dass das Konsumsetting mit einem jeweiligen Konsummotiv assoziierbar ist. Wird ein Konsummotiv verstanden, kann überlegt werden, welche Kompetenzen den Betroffenen vermittelt werden müssen, damit sie die entsprechenden Situationen zukünftig ohne den Konsum bewältigen können. (Näheres zur Funktionalität von Cannabiskonsum wird in [Abschn. 4.3](#) beschrieben.)

### 4.2.3 Ätiologie

Feuerlein formulierte das Konzept der Multikonditionalität zur Erklärung von abhängigem Verhalten, welches die Faktoren Individuum, Droge und Umwelt als wesentliche ätiologische Bedingungen definierte. Damit stellt es den Vorläufer moderner biopsychosozialer Konzeptionen dar. Neben biologischen, sozialen und psychologischen Komponenten kommt bei substanzbezogener Sucht als weiterer ätiologischer Faktor die Droge selbst hinzu, wobei die Substanz lediglich in Interaktion mit der neurobiologischen Perspektive verstanden werden kann.

#### 4.2.3.1 Faktor „Droge“

➤ Es können drei verschiedene Arten von Cannabinoiden unterschieden werden:

1. pflanzliche Cannabinoide (Phytocannabinoide),
2. endogene Cannabinoide (Endocannabinoide), die vom Gehirn produziert werden,
3. synthetische oder halbsynthetische Cannabinoide, die in Chemielabors von Universitäten und Pharmafirmen produziert werden.

#### Phytocannabinoide

Die Erforschung *natürlicher Cannabinoide* im Cannabis (Blüten und Blätter der Hanfpflanze) sowie im Haschisch (gepresstes Harz des Cannabis), führte zur Entdeckung des körpereigenen *Endocannabinoidsystems* (ECS). Dieses besteht aus einem Netzwerk spezifischer Rezeptoren im Gehirn, an welchen die Cannabinoide andocken. Interessanterweise konnte jüngere Forschung zeigen, dass auch andere Pflanzen Phytocannabinoide produzieren, die genauso wie die Cannabinoide der Hanfpflanze am ECS wirken (Raduner et al. 2006; Ligresti et al. 2012; Korte et al. 2010).

Cannabis enthält mehr als 60 verschiedene Cannabinoide, deren Wirkungen wir nur ausschnittsweise kennen. Einige von ihnen sind Agonisten, andere dagegen Antagonisten an endogenen Cannabinoidrezeptoren. Relativ gut untersucht ist das  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol (THC), das 1964 vom israelischen Forscher Mechoulam isoliert wurde, sowie das *Cannabidiol* (CBD). THC wirkt agonistisch an den körpereigenen (endogenen) Cannabinoid-CB1-Rezeptoren im zentralen Nervensystem (ZNS). Von dort aus vermittelt es eine entspannende und in höherer Dosierung leicht halluzinogene Wirkung, die für einige Stunden nach dem Konsum anhält. Die körperliche Verträglichkeit ist gut, wobei für eine Subgruppe vulnerabler Konsumenten psychotische Effekte diskutiert werden (s. [Abschn. 4.2.4](#)). Zudem erzeugt es neurokognitive Defizite, die akut nach dem Konsum auftreten und noch einige Tage nach dem letzten Konsum persistieren. Danach relativiert sich die kognitive Leistungsfähigkeit, sofern der Konsumbeginn

im Erwachsenenalter erfolgt ist. Erstkonsum in der Adoleszenz scheint anhaltende Defizite zu verursachen (Meier et al. 2012). Als Grund hierfür wird spekuliert, dass das ECS, welches in der Adoleszenz noch im Wachstum ist, durch den Konsum nachhaltig in seiner restlichen Entwicklung gestört wird, einhergehend mit diversen funktionellen Störungen. CBD dagegen ist ein CB1-Rezeptor-Antagonist und antagonisiert die THC-Effekte interessanterweise auf allen genannten Ebenen, ist nicht psychotrop wirksam, hat antipsychotische und neuroprotektive Eigenschaften und wird zudem wegen entzündungshemmendem und antiepileptischem Potenzial erforscht.

Ein weiteres pflanzliches Cannabinoid ist das *Cannabigerol* (CBG). Es ist weniger gut erforscht, wirkt aber auch als CB1-Antagonist, und scheint überdies die Serotonintransmission zu beeinflussen. Medizinisch bieten sich für Cannabinoide sehr viele Einsatzgebiete. Cannabis wird zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt, zur Regulation des Körpergewichts bei schwer chronisch kranken Menschen, und sogar in der psychiatrischen Therapie gibt es Indikationen für eine Behandlung mit Cannabioden. Schwere Zwangserkrankungen und das Tourette-Syndrom profitieren von THC, leichtere Formen schizophrener Psychosen respondieren auf Cannabidiol.

### Endocannabinoide

Endocannabinoide werden vom Gehirn selbst produziert und regulieren das ECS. Es werden zwei unterschiedliche Cannabinoid (CB)-Rezeptortypen unterschieden, den CB1-Rezeptor, der vorwiegend im zentralen Nervensystem ist, und den CB2-Rezeptor, der auf Zellen des Immunsystems die Immunreaktion des Menschen reguliert. Die CB1-Rezeptoren sitzen interessanterweise auf Nervenzellen, die eigentlich von anderen Transmittersystemen reguliert werden: Glutamat und GABA. Das Glutamatsystem ist das erregendste System und das GABA-erge System ist das hemmendste System im Gehirn. Die Endocannabinoide (EC) sind in der Lage, die Aktivität der Glutamat- und GABA-Transmission zu regulieren und können dadurch aktivierend und inhibitorisch auf das Gehirn einwirken. Durch Interaktion der verschiedenen Transmittersysteme untereinander kann beispielsweise auch das dopaminerge System beeinflusst werden, und eine gestörte Interaktion zwischen dem ECS und dem dopaminergen System wird mit der Vulnerabilität für Schizophrenie in Verbindung gebracht. Aber auch Prozesse der Substanzabhängigkeit (die ebenfalls dopaminerg vermittelt wird) könnten damit assoziiert sein. Endocannabinoide sind von ihrer chemischen Struktur den pflanzlichen Cannabinoiden übrigens nicht sonderlich ähnlich, auch wenn sie an den Rezeptoren eine gemeinsame Passung haben. Zwei der bekanntesten ECs am CB1-Rezeptor sind Anandamid und 2-Arachidonyl-Glycerin (2-AG). Die Aufgaben des ECS sind insgesamt nur unzureichend erforscht, sie sind aber definitiv sehr vielfältig. Sie reichen von der bereits genannten Regulation anderer Transmittersysteme über die Beeinflussung des Schmerzerlebens bis hin zur Regulation von Appetit und Körpergewicht.

### (Halb-)Synthetische Cannabinoide

Vermehrte Aufmerksamkeit erfahren seit einigen Jahren sowohl in der Forschung als auch auf dem Konsumentenmarkt Cannabinoide, die entweder halbsynthetisch, d. h. aus natürlichen Cannabinoiden, oder vollsynthetisch aus einfachen Grundstoffen hergestellt werden. Sie entstammen den Labors von Universitäten und Pharmafirmen, die damit versuchen, das Endocannabinoidsystem zu modulieren und besser zu verstehen. Sie werden teilweise bereits medizinisch in unterschiedlicher Indikation eingesetzt. Anwendung finden sie aber auch auf dem Schwarzmarkt in Form von sogenannten Kräutermischungen oder in Tablettenform. Seit dem Jahr 2008 werden im Internet sogenannte Räuchermischungen gehandelt, unter der Bezeichnung „Spice“, „K2“, „herbal incense“, „Cloud 9“, oder „Mojo“ (Mills et al. 2015). Indem sie offiziell zur Regulation der Atemluft im Raum produziert werden, wird versucht, die Illegalität zu umgehen. Der Inhalt ist eine wirkungslose Kräutermischung, die mit synthetischen Cannabinoiden, die agonistisch

am CB1-Rezeptor wirken, besprüht wurde. Das Gemisch wird dann wie ein Joint geraucht. Ein Problem dabei ist, dass die Konzentration des Wirkstoffs unbekannt ist und zudem sehr stark variiert (nach Castaneto et al. 2014 zwischen der 2- und 100-fachen Potenz relativ zu natürlichem THC). Ein weiteres Problem ist, dass lediglich CB1-Agonisten auf die Kräuter gesprüht werden. Damit fehlt der im natürlichen Cannabis regulierende (antagonisierende) Effekt des CBD oder des CBG, was bei Personen, die aufgrund psychischer Vulnerabilität sensibel auf THC reagieren, gefährlich werden kann. Es gibt Hinweise darauf, dass synthetische Cannabinoide (CB1-Rezeptor-Agonisten) mit vermehrtem Auftreten schizophrener Störungen und Angststörungen assoziiert sind (Gunderson et al. 2012). Ein Vorteil für Konsumenten ist, dass künstliche Cannabinoide im Urin mit den üblichen Drogentests nicht nachgewiesen werden. Eine Arbeitsgruppe der Frankfurter Goethe-Universität hat Studien zu verschiedenen Konsumententypen durchgeführt und festgestellt, dass sich trotz allem keine Tendenz weg vom Cannabis hin zu synthetischen Stoffen abzeichnet (Kongressvortrag Dr. Bernd Wense). Es scheint eher so, als würden die synthetischen Stoffe aus Neugierde und Interesse zusätzlich konsumiert. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) informiert ganz aktuell (2015) über das synthetische Cannabinoid ADB-FUBINACA, welche in Pillenform auf dem deutschen Konsumentenmarkt angekommen ist, nachdem in Ungarn teils schwerste Intoxikationszustände (nicht letal) damit verursacht wurden. Es wurde erstmals 2013 in Japan in einer Räuchermischung entdeckt und wirkt sehr deutlich agonistisch am CB1-Rezeptor, ähnlich wie THC und ist in seiner Wirkung dem Cannabis relativ ähnlich.

#### 4.2.3.2 Biologische Perspektive

Unabhängig davon, ob es um substanz- oder verhaltensbezogene Sucht geht, ist neurobiologisch das dopaminerg vermittelte mesolimbische Belohnungssystem mit dem Nucleus accumbens als Zielregion beteiligt. Es sorgt für den belohnenden Effekt der Drogenwirkung, wird aber auch bereits in der Erwartung des Konsums aktiviert. Dadurch initiiert es zielgerichtetes Appetenzverhalten, im Kontext von Drogen auch als Drug-Search-Verhalten bezeichnet, neurobiologisch über eine Projektion in die Region des Striatums vermittelt.

Netzwerke oder Systeme sind jedoch nicht dazu geschaffen, dass Menschen Drogen konsumieren können. Beim gesunden Menschen dienen sie dem Lernen und der Optimierung art-erhaltender Mechanismen, indem sie auf basaler Ebene die Bereitschaft des Menschen aktivieren, sich mit Nahrung zu versorgen und sich fortzupflanzen. Daher sind entsprechende Aktivitäten mit angenehmen Gefühlen verbunden, d. h., sie stellen Belohnungen (*rewards*) für vorausgehende Anstrengung dar. Diese werden durch eine gesteigerte dopaminerge Transmission vermittelt. Beim modernen Menschen sind basale Aktivitäten wie die Nahrungssuche derart verfügbar, dass kaum Anstrengung dafür notwendig ist. Der Mensch hat daher freie Kapazitäten, sich anspruchsvolleren Aufgaben bis hin zur Selbstverwirklichung zuzuwenden. Eine erweiterte Bedeutung des Belohnungssystems beim modernen Menschen besteht also vermutlich darin, sich neuen Zielen zu widmen. Dadurch lässt sich der Forschungs- und Entdeckungsdrang des Menschen erklären (unter Umständen stellt das Belohnungssystem das neurobiologische Korrelat von Maslows Bedürfnispyramide dar). Voraussetzung dafür ist stets, dass der Weg zu diesen Zielen und die Zielerreichung selbst mit einem Belohnungswert assoziiert sind.

Je öfter ein Reiz das Belohnungssystem und die entsprechende Handlung aktiviert, desto besser wird das benötigte Verhalten erlernt. Das Rewardsystem wird dann nicht mehr so stark für die Ausführung der Handlung benötigt und somit für neue Tätigkeiten freigestellt. Auf diese Weise machen Menschen neue Erfahrungen und entwickeln sich weiter. Neurobiologisch kommt es bei der wiederholten Präsentation gleicher Reize zu einer Abnahme der Dopaminfreisetzung

(Desensitivierung). Eine Desensitivierung des Belohnungssystems findet bei der Einnahme von Drogen und Alkohol im Gegensatz zu natürlichen Reizen nicht statt. Es wurden im Gegenteil sogar Sensitivierungsphänomene beschrieben. Anstelle eines allmählichen Rückzugs wird das Rewardsystem gänzlich von der Substanz okkupiert, es erfolgt eine mentale Fokussierung auf Drogen und drogenassoziierte Triggerreize (Tretter und Werner 2009). Dadurch vernachlässigen Drogenkonsumenten typischerweise allmählich Aktivitäten, die nicht mit dem Konsum assoziiert sind, der Handlungsspielraum engt sich also auf das Konsumverhalten ein. Freizeitaktivitäten und auch Freunde sind nur dann interessant, wenn sie eine erhöhte Drogenkonsumwahrscheinlichkeit versprechen. Dies erklärt auch, warum sich Drogenkonsumenten im Laufe der Zeit von ihren „nüchtern lebenden“ Freunden abwenden und sich eine Peergroup aufbauen, die lediglich aus Konsumenten und Dealern besteht. Zudem konsolidieren sich durch adaptive Vorgänge im Belohnungssystem und in präfrontalen Hirnarealen Lernmechanismen, die einen automatisierten und unkontrollierten Suchtmittelkonsum begünstigen und Rückfallgefährdung nach Abstinenzinleitung begünstigen. Nach dem Weglassen des Suchtmittels besteht dann zunächst eine dopaminerge Unteraktivität, welche Adaptions- und Lernschwierigkeiten in der Frühphase der Abstinenz begründet und Rückfälle begünstigt.

Für die Therapie ist das Belohnungssystem deshalb bedeutsam, da davon ausgegangen werden kann, dass eine erfolgreiche Therapie in der Lage sein muss, dem Belohnungssystem eine der Droge nahezu ebenbürtige Alternative zu bieten. Ansonsten wird der Patient vermutlich unweigerlich wieder auf die Droge zurückgreifen. Das könnte auch erklären, warum diejenigen Drogenkonsumenten, die sich ein Leben ohne Drogen aufbauen konnten, eine wesentlich bessere Chance auf Therapieerfolg haben als solche, deren Leben ohne Drogen keinerlei belohnungswertige Dinge zu bieten hat. Ein erfüllender selbstwertdienlicher Beruf, eine anregende Freizeitgestaltung und Ähnliches sind vermutlich entscheidende Faktoren für den Therapieerfolg. Und wenn von Abstinenzmotivation die Rede ist, ist vermutlich auch immer gleichzeitig eine Aktivierung des Belohnungssystems ohne den Faktor „Droge“ gemeint.

Bei Cannabis im Speziellen spielen zudem weitere Mechanismen für die Suchtentwicklung eine potenzielle Rolle. Dafür spricht die Interaktion des endogenen Cannabinoidsystems mit dem dopaminergen System. So erhöhen beispielsweise Cannabinoide die Dopaminfreisetzung im mesolimbischen Dopaminsystem (Moreira und Lutz 2008). Zudem wird von einer Adaption des endocannabinoiden Systems als Reaktion auf eine anhaltende Rezeptorstimulation berichtet. Hierbei kommt es nicht nur zu einer generellen Abnahme der CB1-Rezeptordichte in bestimmten Gehirnarealen (Sim-Selley und Martin 2002), sondern auch zu einer reduzierten Dopaminfreisetzung im Nucleus accumbens (Diana et al. 1998; Tanda et al. 1999), was u. a. die aversiven bzw. dysphorischen Folgen eines Cannabisentzugs erklären würde.

#### 4.2.3.3 Psychologische Perspektive

Psychologische Aspekte der Cannabisabhängigkeit lassen sich aus Befunden dahingehend ableiten, dass die Subgruppe der intensiv konsumierenden Patienten häufig psychische Auffälligkeiten zeigt, die vermutlich bereits vor dem Konsum, also prämorbid, vorlagen. Im Sinne der Affektregulationshypothese könnte der Konsum den Zweck erfüllen, dysphorische affektive Zustände, wie eine latent vorliegende Depression oder eine Persönlichkeitsstörung, zu kompensieren. Kurzfristig kann dies auch gelingen. Langfristig scheint es jedoch genau das Gegenteil zu bewirken, d. h., die prämorbid Problematik wird durch die kurzfristige Regulation langfristig aufrechterhalten oder gar verschlechtert, da Betroffene durch passiven Drogenkonsum keine alternativen Copingstrategien entwickeln. In der Folge kann daraus ein verstärkter Cannabiskonsum resultieren, wodurch ein sich selbst aufrechterhaltendes System entstanden ist.

#### 4.2.3.4 Soziale Perspektive

Die soziale Perspektive des Cannabiskonsums beinhaltet dessen interaktionelle Funktionen. Zunächst rauchen Betroffene häufig ausschließlich in Gruppen, auf Partys oder privat bei Freunden. Der Cannabiskonsum kann dabei die Zugehörigkeit zu einer Peergroup untermauern. Gerade Jugendliche mit einem geringen Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein können im Konsumverhalten einen Weg sehen, Anerkennung zu finden. Ebenso kann Schüchternheit gegenüber anderen Menschen verringert werden. Unter Jugendlichen ist es keine Seltenheit, dass bestimmte Freundeskreise primär das Cannabisrauchen als Gemeinsamkeit aufweisen und die Mitglieder ihre Zeit primär damit verbringen. Häufig können Jugendliche, die den Konsum beenden, in der Folgezeit dann nicht mehr viel mit den ehemaligen Freunden anfangen und langweilen sich bei deren Art, die Freizeit zu gestalten. Darin steckt ein ziemliches Problem für die Therapie. Denn wenn mit Abstinenz gleichzeitig das Ende von Freundschaften assoziiert ist, muss auf der anderen Seite viel entgegengesetzt werden, um die entstehende Leere zu kompensieren.

#### 4.2.4 Cannabisassoziierte psychische Störungen

Im Folgenden werden Störungen, die mit Abhängigkeit und Entzug assoziiert sind, vorgestellt. Es gibt nämlich eine Reihe zusätzlicher psychischer Störungen, die zusammen mit Cannabiskonsum auftreten können und bei Konsumenten exploriert werden sollten (Überblick in Gouzoulis-Mayfrank 2007).

**Psychotischer Rauschverlauf** Bei einem psychotischen Rauschverlauf treten für die Dauer des Rausches ungewöhnliche Phänomene auf. Dazu zählen Halluzinationen, Verwirrheitszustände, wahnhaftes Erleben sowie Derealisations- und Depersonalisationsphänomene. Möglich ist dies auch bei nur seltenem Cannabiskonsum. Vermutlich liegt ätiologisch eine Störung in der Interaktion des Endocannabinoidsystems mit dem dopaminergen System vor, die für pathologische Rauschverläufe anfällig macht. Dafür spricht eine experimentelle Studie, mittels derer gezeigt wurde, dass Personen mit einer bestimmten Variante des COMT-Gens, die mit einem langsamen dopaminergen Stoffwechsel assoziiert ist, unter Exposition mit THC psychoseähnliche Symptome und kognitive Defizite zeigten. Dies galt nicht für Träger einer anderen Variante des Gens, deren Dopaminstoffwechsel schneller erfolgt. Therapeutisch werden beruhigendes Einwirken (*talking down*) und Benzodiazepine empfohlen.

**Cannabisinduzierte Psychose** Eine cannabisinduzierte Psychose tritt in den meisten Fällen nach chronischem Konsum und bei einer Vulnerabilität für Psychosen auf. Die Symptomatik ist im Querschnitt nicht von einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung zu unterscheiden. Die Differenzialdiagnostik kann lediglich im Zeitverlauf verstanden werden, denn die induzierte Psychose tritt ausschließlich im zeitlichen Kontext des Drogenkonsums auf. Die Symptomatik dauert mehrere Tage bis Wochen an, wenn sie länger persistiert, ist von einer Schizophrenie auszugehen. Setzen Betroffene ihren Cannabiskonsum jedoch fort, kann jedoch unter Umständen überhaupt keine gesicherte Schizophreniediagnose gestellt werden. Mit Benzodiazepinen können diese Zustände behandelt werden, ggf. auch mit Antipsychotika der zweiten Generation, wobei diese hier oft nur unbefriedigend wirksam sind.

**Amotivationales Syndrom** Ein kontrovers diskutiertes Phänomen sind andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach langem und chronischem Cannabiskonsum, häufig auch als amotivationales Syndrom beschrieben. Hier zeigen Betroffene ein Symptombild, welches mit reduzierten



### 4.3 · Psychotherapie der Cannabisabhängigkeit

Interessen, mangelnder Motivation, verflachtem Affekt, vermindertem Antrieb und ausgeprägter Passivität einhergeht. Kritisch wird dazu angemerkt, dass es sich dabei auch um einen chronischen Intoxikationszustand handeln könne, der nach Abstinenz möglicherweise remittiert. Differenzialdiagnostisch ist zudem die Abgrenzung zu Depressionen oder zur Negativsymptomatik einer Schizophrenie nicht einfach.

**Kognitive Störungen** Kognitive Störungen betreffen insbesondere die Konzentrationsleistung, die Aufmerksamkeit und die Gedächtnisfunktionen. Vor allem nach chronischem Cannabiskonsum können entsprechende Defizite sehr ausgeprägt sein. Dieses Phänomen ist insbesondere für die Psychotherapie der Cannabisabhängigkeit ein großes Problem (s. [Abschn. 4.3](#)), da Therapie immer auch Lerneffekte im Sinne eines Umlernens beinhaltet, sodass Therapieeffekte ggf. vermindert ausfallen oder zumindest deutlich erschwert sind. Ob diese Defizite nach Abstinenz reversibel sind oder nicht, scheint davon abzuhängen, ob der Konsumbeginn bereits während der Adoleszenz erfolgte (Meier et al. [2012](#)). Es scheint, als greife das exogen zugefügte Cannabis nachhaltig in das endogene Cannabinoidsystem ein, sofern dieses noch nicht ausgereift ist. Die Veränderungen des Systems sind dann sowohl mit einem erhöhten Schizophrenierisiko als auch mit persistierenden kognitiven Defiziten assoziiert. Personen, die nach dem 18. Lebensjahr das erste Mal Cannabis konsumieren, weisen dagegen innerhalb von wenigen Tagen nach Konsumstopp reversible kognitive Störungen auf.

**Psychische Störungen** Zuletzt sind psychische Störungen zu nennen, die häufig komorbid zum Cannabiskonsum entstehen (sogenannte Doppeldiagnosen). Vor allem die Schizophrenie wurde diesbezüglich intensiv untersucht, und Zusammenhänge zwischen dem psychoaktiven THC und Psychosen gelten als bestätigt, auch wenn sich das Cannabinoid CBD aufgrund antipsychotischer Eigenschaften therapeutisch zu eignen scheint. Da Cannabiskonsumern aber Wert auf hohe THC-Dosen legen (die stets mit niedrigen CBD-Konzentrationen einhergehen), gilt der Cannabiskonsum als Risiko für Menschen mit Veranlagung zur Schizophrenie. Analog zu kognitiven Defiziten ist aufgrund komplexer Zusammenhänge des Endocannabinoidsystems (ECs) und Vulnerabilitätsfaktoren der Schizophrenie insbesondere der frühe adoleszente Cannabiskonsum mit erhöhtem Schizophrenierisiko assoziiert, da dieser vermutlich nachhaltig in die Entwicklung des noch nicht ausgereiften ECs eingreift. Aber auch Angststörungen und Depressionen treten bei Cannabiskonsumern deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung, sodass konstatiert werden kann, dass generell bei Personen mit psychischer Labilität vom Cannabiskonsum abzuraten ist. Da die Subgruppe abhängiger Cannabiskonsumern als generell mental labile Personengruppe betrachtet wird, sollte bei Patienten, die aufgrund ihrer Cannabisabhängigkeit eine Therapie aufsuchen, stets eine intensive Diagnostik sämtlicher psychischer Störungen erfolgen. Komorbide Psychopathologie beeinflusst den psychotherapeutischen Behandlungsplan, zudem kann bei speziellen Störungsbildern, wie der Schizophrenie, nicht auf eine medikamentöse Therapie verzichtet werden.

## 4.3 Psychotherapie der Cannabisabhängigkeit

**Entwicklung von Cannabistherapien** Die internationale Suchthilfe ist traditionell auf die Behandlung Alkohol assoziierter Folgestörungen und auf sogenannte „härtere“ Drogen wie Opiate ausgerichtet. Ein Grund dafür dürfte die Fokussierung auf körperliche Abhängigkeit unter Vernachlässigung der psychischen Abhängigkeit in den Klassifikationssystemen sein (s. [Abschn. 4.2.1](#)). In den letzten Jahren kam es jedoch zu einem Wandel. Entsprechend der Daten der Deutschen

Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011) stellt seitens illegaler Suchtstoffe neben der Opiatabhängigkeit (46,2 %) die Cannabisabhängigkeit (35,6 %) die Hauptdiagnose in der ambulanten Behandlung dar (n = 60.398 Behandelte). Andere Substanzen liegen deutlich unter der 10-Prozent-Marke. Innerhalb der Subgruppe von 14.834 Erstbehandelten liegt Cannabis sogar deutlich an erster Stelle mit knapp 60 %, während Opiate lediglich auf 16,7 % kommen. Das spricht entweder für eine deutliche Zunahme der Cannabisabhängigkeit oder aber für eine erhöhte Sensibilisierung der Behandler und Konsumenten hinsichtlich der Thematik und für mehr therapeutische Angebote. Interessanterweise handelt es sich bei denjenigen Patienten, die aufgrund von Cannabisabhängigkeit eine Behandlung aufsuchen, um die Subgruppe von Cannabiskonsumern, die vor dem 15. Lebensjahr mit dem Konsum anfangen. Dies lässt zwei Rückschlüsse zu: Einerseits könnte es sich um prämorbid besonders labile Menschen handeln, die aus Gründen der Affektregulation so früh beginnt, Drogen zu konsumieren. Andererseits könnte auch der frühe Konsumbeginn aufgrund seines Eingriffs in das noch reifende ECS dafür sorgen, dass die Betroffenen Probleme entwickeln, die sie ohne Hilfe nicht bewältigen können.

Dass es sich bei Cannabistherapien um eine sehr junge Disziplin handelt, zeigen auch die Daten zu entsprechenden Forschungsaktivitäten. Die erste cannabispezifische Therapie stammt aus Nigeria, fokussierte aber nicht nur Cannabisabhängigkeit, sondern den Cannabiskonsum bei psychotischen Patienten (Morakinyo 1983). Es handelte sich um eine Aversionstherapie, einen Ansatz, der erstmals im Rahmen einer unkontrollierten Studie mit 22 Cannabiskonsumern von Smith et al. (1988) untersucht wurde. Die Therapie beinhaltete schnelles Rauchen von THC-freiem Cannabis bei gleichzeitigem Verabreichen von Elektroschocks. Das Ergebnis war erstaunlich gut mit einer Einjahresabstinenz von 79 % (Selbstberichte) sowie deutlicher Konsumreduktion. Die erste randomisiert-kontrollierte Therapiestudie wurde vor etwa 20 Jahren in den USA von der Arbeitsgruppe um Stephens durchgeführt, und ein erstes systematisches Review zur Therapie von Cannabisstörungen wurde vor etwa 10 Jahren von einer französischen Forschergruppe publiziert (Überblick in Hoch et al. 2011).

**Pharmakotherapie** Generell ist Psychotherapie die Intervention erster Wahl bei Abhängigkeit von Cannabis. In besonders schweren Fällen empfehlen Experten eine zeitlich limitierte Gabe von *niederpotenten Antipsychotika* und/oder *Benzodiazepinen*, um Entzugssymptome in der Anfangsphase der Abstinenz zu lindern. Zudem sollten komorbide Störungen wie Depressionen oder schizophrene Psychosen unbedingt medikamentös behandelt werden. Hochwertige Studien gibt es zur Pharmakotherapie in diesem Bereich jedoch nicht, weshalb kein Medikament offiziell in dieser Indikation zugelassen ist. Neben der Linderung von Entzugserscheinungen mit Antipsychotika oder Benzodiazepinen gibt es Versuche, medikamentös das ECS zu beeinflussen. Mittels oraler Gaben von Dronabinol, dem synthetischen Korrelat des THC, konnte der Cannabisentzug gelindert werden, andere Ansätze antagonisieren das ECS, um Cannabiseffekte zu blockieren. Zudem gibt es Ansätze zur Therapie von Schizophrenie oder Depression und komorbidem Substanzkonsum. Bezüglich der Schizophrenie hat sich beispielsweise das Antipsychotikum Clozapin etabliert, da es neben der antipsychotischen Wirkung gleichzeitig den Suchtdruck senkt. Leider hat das Medikament teils erhebliche Nebenwirkungen (Schnell und Gouzoulis-Mayfrank 2010, 2011; Schnell et al. 2014).

**Psychotherapie** Bei den psychotherapeutischen Interventionen ist die kognitive Verhaltenstherapie gut untersucht, darüber hinaus wird motivationsfördernden Strategien ein hoher Stellenwert beigemessen (Gouzoulis-Mayfrank 2013; Zumdick et al. 2006; Denis et al. 2006).



In Deutschland gibt es ein erfolgreich evaluiertes Kurzzeitprogramm der KVT, die 10-stündige CANDIS-Therapie, bestehend aus drei inhaltlichen Modulen (Hoch et al. 2011, 2012). Zum einen orientiert sich der Ansatz am Konzept des Motivational Interviewing von Miller und Rollnick (2004) zum Aufbau von Änderungsmotivation. Das zentrale Modul beinhaltet klassische kognitiv-behaviorale Interventionen zur konkreten Veränderung. Das dritte Modul orientiert sich am psychosozialen Problemlösetraining nach D’Zurilla und Goldfried (1971) zur Bearbeitung von Problembereichen, die zwar nicht direkt mit dem Cannabiskonsum in Verbindung stehen, diesen jedoch begünstigen und zu dessen Aufrechterhaltung beitragen.

**Beratung** Ferner gibt es diverse sinnvolle internetbasierte Interventionen sowie Angebote von Beratungsstellen wie der Kölner Drogenhilfe. Letztere bieten u. a. Cannabissprechstunden an und verfügen über teils sehr junges Personal, welches nah am Konsumenten agiert. Durch ein sehr aufsuchendes Arbeiten, indem Mitarbeiter z. B. auf Partys mit Informationsständen und -broschüren präsent sind, können Betroffene bereits in einer frühen Phase der Sucht erreicht werden.

#### 4.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte

---

Ambulante Psychotherapien von Suchtpatienten werden im Gutachterverfahren nicht selten abgelehnt. Die Prognose ist vielen Gutachtern möglicherweise zu ungünstig, sodass oft ein stationärer Aufenthalt angeraten wird. Doch vermutlich ist es gerade die ambulante und langfristig angelegte Psychotherapie, die dauerhaft die besten Chancen auf Erfolg hat. Im stationären Setting gelingt es Betroffenen oft schnell und problemlos, den Drogenkonsum zu unterbinden. Ins gewohnte Umfeld entlassen, schlägt das System jedoch schnell in Form von Triggerreizen zurück, die das Suchtschema inklusive des Rückfalls aktivieren. Eine Therapie sollte daher innerhalb des alltäglichen Umfeldes Strategien entwickeln, um mit den Triggerreizen funktional umzugehen. Auch sehr lange stationäre Aufenthalte reichen nicht aus, das neuronal vermittelte Suchtschema ausreichend zu hemmen. Sucht ist vermutlich ein lebenslanges Problem.

Dennoch kann zu Beginn der Therapie ein stationärer Aufenthalt angezeigt sein, wenn:

- die Sucht stark ausgeprägt ist,
- die Ressourcen des Patienten sehr gering sind,
- das Umfeld des Patienten ausschließlich auf Konsumverhalten ausgerichtet ist (z. B. keine abstinent lebenden Freunde).

Dann ist die Intensität einer ambulanten Therapie zu gering, um eine initiale Verhaltensänderung zu erzielen. Dennoch darf der stationäre Aufenthalt nicht als alleinige Intervention konzipiert werden, sondern muss als Vorbereitung und Anbahnung der ambulanten Nachsorge betrachtet werden. Er dient dann primär einer ersten Distanzierung von suchtassoziierten Strukturen. Geringe Motivation muss kein Grund für eine stationäre Therapie sein. Es hat sich herausgestellt, dass ein initialer Abstinenzwunsch nicht Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie ist, d. h., der Patient braucht zu Beginn der Therapie keinen klaren Arbeitsauftrag. Abstinenz und Aufbau von langfristiger Motivation kann als erstes Therapieziel definiert werden. Dieses Vorgehen hat sich unter anderem bei der Komorbidität Psychose und Sucht als sinnvollstes Vorgehen herauskristallisiert (Drake et al. 2008) und kann vermutlich auch auf die alleinige Therapie von Abhängigkeitserkrankungen übertragen werden.

#### 4.3.1.1 Formale Struktur des Therapieprozesses (Makrostruktur)

Die Psychotherapie wird als Langzeittherapie im Sinne der sogenannten *Drei-Phasen-Therapie* (Schnell 2014) konzipiert. Ziel ist die Integration zweier moderner Entwicklungen der KVT im Rahmen der dritten Welle (■ Abb. 4.1):

1. die *störungsorientierte Sichtweise*, welche aus der Perspektive der psychischen Störung wirksame Interventionen integriert,
2. die *individuenorientierte Sichtweise* nach dem Vorbild von Klaus Grawe (1998, 2004). Er kritisierte an der Störungsorientierung, dass individuelle Faktoren der Patienten zu kurz kommen, wie die Biografie, individuelle Erfahrungen hinsichtlich der Befriedigung von Grundbedürfnissen, der Umgang mit prägenden Bezugspersonen etc. All diese Parameter beeinflussen nach Grawe die Ausprägung psychischer Störungen, weshalb sich Psychotherapien nicht an der diagnostischen Klassifikation orientieren, sondern als individuelle Fallkonzeption gestaltet werden sollten.

Die vorliegende Konzeption von Psychotherapie sieht vor, nach der diagnostischen Abklärung und der Entwicklung eines individuellen Störungsmodells zunächst störungsorientiert vorzugehen. Denn in der akuten Phase psychischer Störungen weisen verschiedene Patienten durchaus gewisse Ähnlichkeiten auf, die sich effektiv mit spezifischen Interventionen therapieren lassen. Nach erreichter Symptomreduktion kommen dann verstärkt individuelle Eigenschaften der Patienten zum Vorschein. Diese lassen sich individuenorientiert behandeln, indem der Fokus verstärkt auf die Befriedigung individueller Bedürfnisse gelegt wird, auf die Lebensqualität der Patienten, deren soziale und berufliche Integration.

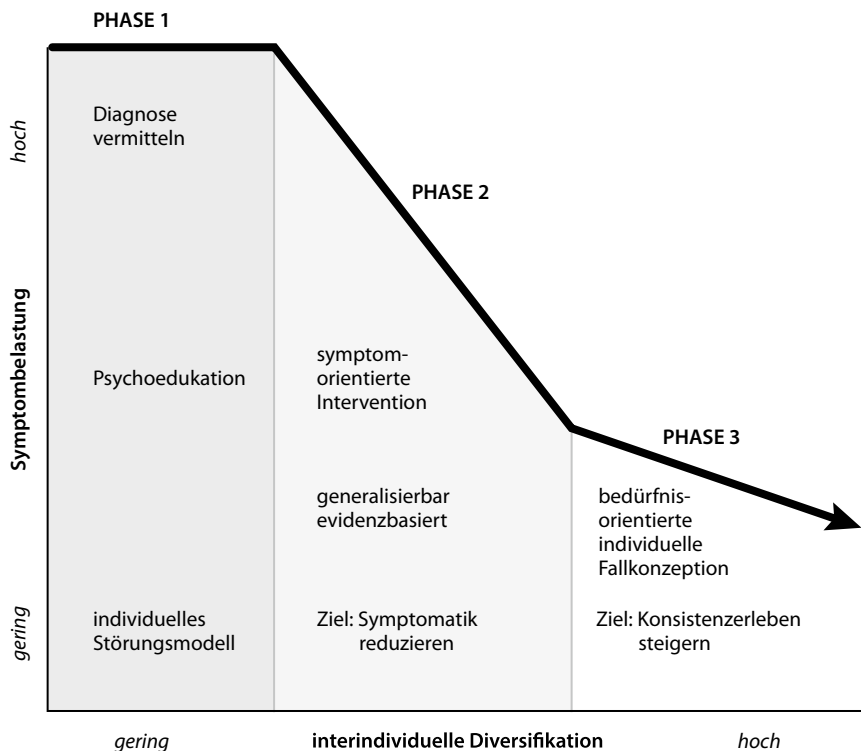
Selbstverständlich handelt es sich bei dieser Darstellung um ein Konzept. In der Praxis empfiehlt sich durchaus eine gewisse Kombination der beiden Therapiephasen, deren konkrete Ausgestaltung von der individuellen Kreativität des Therapeuten sowie von den Voraussetzungen der Patienten abhängt.

Im Fall schwerwiegender komorbider Störungen sollte versucht werden, gemeinsame Themen- und Problembereiche beider Störungen zu identifizieren und möglichst aus einer Hand zu therapieren (z. B. bestimmte kognitive Stile, die beide Störungen begünstigen, oder bestimmtes Vermeidungsverhalten, welches mit beiden Störungen assoziiert ist). Es kann zudem sein, dass eine zusätzliche Orientierung an anderen spezifischen Therapiekonzepten angeraten ist, insbesondere wenn die komorbide Störung den Cannabiskonsum dominiert. Mittlerweile gibt es sehr gute Therapiekonzepte für bestimmte komorbide Konstellationen:

- Für die Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbider Sucht gibt es die Therapie „Sicherheit finden“ (Original „Seeking Safety“) von L. M. Najavits (2009).
- Bei Schizophrenie und komorbider Sucht gibt es zwei deutschsprachige Therapiekonzepte: von E. Gouzoulis-Mayfrank (2007) die Programme KomPAkt und KomPASS sowie von R. D'Amelio et al. (2007) das Programm GOAL („Gesund ohne Abhängigkeit leben“).
- Bei einer Persönlichkeitsstörung und komorbider Sucht kann eine Adaption der Dialektisch-Behavioralen Therapie genutzt werden, die DBT-S („S“ steht für Sucht; L.A. Dimeff und M. Linehan 2008), oder alternativ gibt es eine Adaption der Schematherapie, die sogenannte Dual-Fokus-Schematherapie (Ball und Young 2000).

#### 4.3.1.2 Formale Struktur innerhalb einzelner Behandlungsstunden (Mikrostruktur)

Da Suchtpatienten stark mit dem Problem der Ambivalenz zu kämpfen haben (s. Abschn. 4.3.4), ist die Zeit zwischen den Therapiestunden, die in der Regel einmal wöchentlich stattfinden, sehr lang. Patienten sollten sich daher unbedingt täglich mit dem Thema auseinandersetzen, sich



■ Abb. 4.1 Konzeption der modularen Drei-Phasen-Therapie. (Nach Schnell 2014)

täglich erneut „motivational auszurichten“ (vgl. dazu auch „Entscheidung für einen neuen Weg“, Abschn. 4.3.4). Dieses tägliche Ausrichten kann effektiv durch das Führen sogenannter *Tagebuchkarten* erfolgen (■ Abb. 4.2), eine Technik, die mittlerweile in vielen anderen Therapien einen Standard darstellt. Dies bedeutet die tägliche Dokumentation von Parametern, die für die Therapie wichtig sind. *Suchtprotokolle* entsprechen dieser Grundidee, allerdings gehen Tagebuchkarten noch weit über die alleinige Dokumentation des Drogenkonsumverhaltens hinaus (dokumentiert wird alles, was dem Therapeuten und dem Patienten als sinnvoll erscheint). Die Arbeit mit Tagebuchkarten ist wichtig, um die Patienten täglich „in die Spur“ zu bringen, wenn sie z. B. täglich die Frage beantworten sollen, wie sehr sie heute hinter den gesteckten Abstinenzzielen stehen. Alleine dadurch kann verhindert werden, dass Betroffene in alte Verhaltensmuster zurückfallen. Zudem hilft es, gefährliche Konsumsituationen zu identifizieren, für welche die Patienten gewappnet sein sollten. Am besten entscheiden Patient und Therapeut zu Beginn der Therapie gemeinsam, welche Parameter beobachtet werden sollten und erstellen die entsprechende Tagebuchkarte im Format eines wöchentlichen Stundenplans individuell. Wichtig ist es, die Tagebuchkarten jede Woche zu Beginn der Therapie gemeinsam zu besprechen. Dabei ist ein wertschätzender Umgang selbst mit problematischen Situationen wichtig, um eine angstfreie und konfliktfähige Atmosphäre zu gewährleisten. Patienten müssen sich beim Therapeuten sicher fühlen, damit sie nicht lügen, wenn in der Vorwoche unerwünschtes Verhalten auftrat. Je offener und validierender Therapeuten mit problematischen Situationen umgehen, desto geringer ist das Risiko, angelogen zu werden – ein Risiko, das bei Suchtpatienten generell sehr hoch ist. Der immer gleiche Beginn einzelner Therapiestunden in Form der Besprechung von Tagebuchkarten geht auch mit einem gewissen Sicherheitsgefühl der Patienten einher, die ungenen Überraschungen erleben.

Tag	BEFINDEN					PROBLEMVERHALTEN				HILFREICHES VERHALTEN					Besonderheiten, Bemerkungen
	Freude	suizidale Ideen	Belastung	Ambivalenz bezüglich Cannabis	Schlaf	Entzug	Cannabiskonsum		sonstiges Problemverhalten		Anti-Craving-Skills	Entscheidung für den neuen Weg	Sport	positive Ereignisse: Welche?	
							Drang (0–5)	Handlung (ja/nein)	Drang (0–5)	Handlung (ja/nein)					
Mo															
Di															
Mi															
Do															
Fr															
Sa															
So															

■ **Abb. 4.2** Tagebuchkarte „Cannabisabhängigkeit“. Die Skalierung der einzelnen Parameter sollte mit den Patienten individuell abgesprochen werden und möglichst einfach sein (z. B. Intensität von 0 bis 5; J = Ja; N = Nein)

Für diese Besprechung sollten etwa 15 Minuten eingeplant werden. Dies ist zumeist ausreichend, um die wichtigsten Vorkommnisse der Vorwoche zu klären. Dann ist noch ausreichend Zeit, um zum übergeordneten Therapiethema zu wechseln, es sein denn, die Tagebuchkarte etwas derart Ungewöhnliches ergeben, dass die weitere Stunde dafür genutzt wird.

### 4.3.2 Therapeutische Beziehung

Mittlerweile gibt es innerhalb der KVT diverse Konzepte zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen lassen sich drei Ansätze sinnvoll anwenden. Zum einen lässt sich die Beziehung entsprechend des *Motivational Interviewing* gestalten, welches explizit für Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurde. Zudem liefert die *dialektische Beziehungsgestaltung* der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan (1996) wertvolle Ergänzungen. Denn die DBT fokussiert auf Patienten mit hoher Ambivalenz und Instabilität hinsichtlich jeglicher Zielsetzungen, was sich gut auf Suchtpatienten in Bezug auf Abstinenz oder eine Reduktion von Konsummengen übertragen lässt. Die *motivorientierte oder komplementäre Beziehungsgestaltung* (nach Caspar und Grawe 1982) fokussiert auf interaktionale Bedürfnisse und bietet Patienten ein Bedürfnis befriedigendes Beziehungsangebot an. Dies eignet sich insbesondere für Patienten, bei denen im Konsumverhalten eine Funktionalität im Sinne einer Beziehungsregulation identifiziert werden kann (vgl. dazu auch Abschn. 4.3.5).

Zunächst gilt, die therapeutische Beziehung stets in Abhängigkeit von der aktuellen Änderungsmotivation der Patienten zu gestalten. Wichtig ist dabei, die hohe Instabilität motivationaler Zustände zu beachten. Sinnvollerweise exploriert der Therapeut zu Beginn jeder Therapiestunde den aktuellen Grad der Änderungsmotivation seiner Patienten. Dies ist kein großer Aufwand, sondern kann in die wöchentliche Besprechung der Tagebuchkarten (vgl. Abb. 4.2 sowie Abschn. 4.3.4) einfließen, indem die aktuelle Veränderungsbereitschaft in Form des Skills „Entscheidung für einen neuen Weg“ (s. Abschn. 4.3.4) von Patienten täglich eingestuft wird. So sehen Therapeuten direkt, wie sehr die Patienten aktuell hinter den Therapiezielen (im Sinne des „neuen Wegs“) stehen und zudem, wie stabil die Motivation im Verlauf der letzten Woche war.

Nach Prochaska und DiClemente (1986) schwankt die Änderungsmotivation zwischen Phasen fehlender Motivation über Ambivalenz bis hin zur konkreten Änderungsmotivation inklusive entsprechender Handlungen (s. Abschn. 4.3.4).

Die klinische Erfahrung lehrt, das Beziehungsangebot bei Patienten mit fehlender oder geringer Änderungsmotivation wenig konfrontativ und wenig direktiv zu gestalten. Ein Insistieren auf Argumenten für Verhaltensänderung kann Reaktanz erzeugen, wenn sich Patienten in die Enge getrieben fühlen. Sie verteidigen und rechtfertigen sich und entwickeln im Ergebnis lediglich neue Argumente für das bisherige Problemverhalten. Das Motivational Interviewing (MI) propagiert für das Aufbauen von Motivation explizit die Kommunikation auf Augenhöhe und verzichtet auf konfrontatives Argumentieren zugunsten eines validierenden und verständnisvollen Betrachtens des bisherigen Lebensentwurfs. Langsam und allmählich werden Diskrepanzen und Konflikte herausgearbeitet, die mit dem Drogenkonsum assoziiert sind (s. Abschn. 4.3.4). Sobald beim Patienten Ambivalenz spürbar wird, kann zunehmend konfrontativer gearbeitet werden.

Liegt definitiv Änderungsmotivation vor, sind Patient und Therapeut kooperative Partner mit einer klaren Zielsetzung. Der Therapeut kann dann deutlich direkter und konfrontativer arbeiten. Er kann den Patienten aktiv im Sinne des „Cheerleading“ (ein Begriff aus der DBT) unterstützen, ihm Mut machen und Hoffnung vermitteln.

Bei manchen abhängigen Patienten dient der Cannabiskonsum zudem der Regulation interaktioneller Grundbedürfnisse. Drogenkonsum kann beispielsweise fehlende Bindungserfahrungen

kompensieren oder mehr Selbstwertgefühl suggerieren (s. [Abschn. 4.2.3](#)). In solchen Fällen kann der Therapeut sein Beziehungsangebot im Sinne einer motivorientierten Beziehungsgestaltung ausrichten. Der Patient erlebt dadurch im Rahmen der Therapie eine befriedigende Beziehungserfahrung. Selbstverständlich entfällt dadurch nicht automatisch der Bedarf des Substanzkonsums, insbesondere wenn eine Abhängigkeit besteht, die mit der Zeit eine Eigendynamik entwickelt. Dennoch stellt dieses Beziehungsangebot einen wichtigen Aspekt neben weiteren dar.

Bei Opiatabhängigkeit wird beispielsweise postuliert, dass der Opiatkonsum aus einem frustrierten Bindungsbedürfnis erfolgen könnte. Bindung wird neurobiologisch u. a. über das endogene Opiatsystem vermittelt, weshalb sich heroinabhängige Patienten häufig selbst genügen. Entfällt der Heroinkonsum, stellt sich aber auch das Bedürfnis nach Bindung wieder ein, und dann kann die Beziehung zum Therapeuten entsprechend wichtig werden.

Dass sich ähnliche Mechanismen auch bei cannabisabhängigen Patienten finden lassen, darf in Bezug auf Einzelfälle vorsichtig angenommen werden.

### 4.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose

#### 4.3.3.1 Erstkontakt

Der erste Eindruck ist besonders wichtig. Daher sollte der Therapeut darauf achten, kompetent, freundlich und vor allem nicht zu konfrontativ fordernd aufzutreten. Der Patient muss sich seiner Freiheit bewusst sein, dann steigt die Chance, dass er eine Problemsicht auf den Cannabiskonsum zulässt und sich öffnet.

➤ Inhaltlich sind die folgenden Themen für die Exploration im Erstkontakt angeraten (angelehnt an Hoch et al. 2011):

- Gründe und Motive für das Aufsuchen der Therapie
- Erstkontakt mit Cannabis und Erfahrungen damit im weiteren Verlauf
- Konsummuster (Häufigkeit, Frequenz, Konsumform (inhalativ, oral, pur, im Joint)
- Konsumfreie Zeiten und wie das funktioniert hat
- Gründe, nach konsumfreien Zeiten wieder anzufangen
- Erfahrungen mit anderen Drogen
- Allgemeine psychische Gesundheit
- Art von und Erfahrungen mit Vorbehandlungen
- Allgemeine Lebenssituation: Partnerschaft, Beruf, Lebensziele, Lebensphilosophie
- Freizeitgestaltung und Ressourcen
- Wichtige Bezugspersonen und deren Haltung gegenüber Cannabiskonsum

#### 4.3.3.2 Diagnostik

Die Therapie beginnt mit einer genauen Diagnostik. Nicht nur mit der Diagnostik der Abhängigkeit, da Cannabiskonsum mit der Entwicklung diverser anderer psychischer Störungen assoziiert ist, wie Schizophrenien, Depressionen und Angsterkrankungen. Die Beziehung zwischen den komorbiden Störungen und dem Cannabiskonsum kann sehr vielfältig sein. Die Störungen können durch den Konsum ausgelöst worden sein, der Konsum kann aber auch umgekehrt funktionalisiert werden, um Symptome der Störungen, wie Angst oder dysphorische Affektivität, zu regulieren. Im Verständnis solcher Dynamiken liegen wesentliche Informationen, die für eine Veränderung des Cannabiskonsums relevant werden könnten.

Darüber hinaus ist es wichtig, ein Störungs- bzw. Verständnismodell für das aktuelle Konsummuster zu erarbeiten. Dabei sollten Therapeuten die üblichen ätiologischen Prozesse auf dem Weg in die Sucht (wie sie in [Abschn. 4.2.3](#) dargestellt sind) gut kennen und bei ihren Patienten explorieren. Es sind ferner Fragen dahingehend relevant, was den aktuellen Cannabiskonsum aufrechterhält, ob zum Teil Ambivalenz bezüglich des Konsumverhaltens aufgetreten ist und welche Motive dem zugrunde liegen. Viele Konsumenten, die einen Therapeuten aufsuchen, haben zuvor bereits aus eigener Kraft einige Versuche gestartet, abstinenter zu leben. Viele schafften es im Verlauf ihrer Konsumhistorie auch immer wieder, für bestimmte Zeiträume abstinenter zu leben. Und jeder auch noch so kurze frühere Erfolg bedeutet, dass es den Patienten nicht grundlegend an entsprechenden Kompetenzen fehlt, sofern die Motivation dazu vorliegt. Daher stellen motivationale Interventionen in vielen Fällen den Schlüssel zum Erfolg der Therapie dar.

Eine genaue Analyse der jeweiligen *Übergangspunkte* zwischen Konsum- und Abstinenzphasen ist für eine erfolgreiche Therapie von höchster Bedeutung, denn dort werden die entscheidenden Dynamiken deutlich, welche Verhaltensänderungen und die dazu notwendigen Kompetenzen aktivieren (s. [Abschn. 4.3.4](#)):

- Welches sind situative äußere Faktoren, die einen Übergang begründeten?
- Gibt es interpersonelle Bedingungen, die dabei eine Rolle gespielt haben?
- Gibt es individuelle personale Bedingungen dafür?

#### 4.3.3.3 Psychoedukation

**Setting** Generell ist Psychoedukation nicht mit reiner Wissensvermittlung zu verwechseln. Ihr Erfolg ist am Ausmaß der erreichten Handlungsorientierung zu messen. Das bedeutet, Betroffene sollen nach erfolgter Psychoedukation konkrete Handlungsschritte initiiert haben und über ein größeres Repertoire an Copingstrategien für den Umgang mit Problemsituationen, in diesem Falle vor allem mit Suchtdruck, verfügen.

In stationären Settings findet Psychoedukation zumeist in Gruppen statt. Das hat diverse Vorteile gegenüber dem Einzelsetting. Es ist zeitökonomischer und sofern die Therapeuten die Gruppenprozesse so steuern, dass keine ungünstigen Interaktionen zwischen den Teilnehmern entstehen (z. B. in vergangenen Drogenerfahrungen schwelgen), können hilfreiche Prozesse des Modelllernens wirken. Therapeutisch erfahrene Patienten können als Modelle dienen, sie können Hoffnung vermitteln, indem sie zeigen, dass Therapieerfolge durchaus realistisch sind.

Allerdings erschwert das Gruppensetting eine individuelle Ausrichtung psychoedukativer Inhalte an einzelne Patienten. Dies ist der Vorteil des Einzelsettings, in dem der Therapeut die Auswahl der Inhalte abhängig macht von:

- den therapeutischen Vorerfahrungen des Patienten,
- dem Strukturniveau und dem intellektuellen Niveau des Patienten,
- dem individuellen Störungsmodell des Patienten.

**Inhalte** Der Patient sollte über die akuten und subakuten psychoaktive Effekte von Cannabis unterrichtet werden. Zudem sollte er seine individuellen Konsummotive kennen. Davon ausgehend können „gesunde“ Alternativen im Sinne von Verhaltensweisen, die mit dem Konsum wenig kompatibel sind, entwickelt werden.

Im Falle komorbider psychiatrischer Störungen ist es wichtig, über die Interaktionseffekte zwischen beiden Störungsbildern aufzuklären. Psychosen beispielsweise scheinen durch Cannabis aktiviert werden zu können, und der Verlauf der Psychose wird mittel- und langfristig erheblich verschlechtert. Gleichzeitig kann Cannabis kurzfristig die Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikation, Schlafstörungen und affektive Dysphorie reduzieren. Dieser Konflikt zwischen

kurzfristig positiven und langfristig negativen Effekten sollte in der Therapie geklärt werden. Der Betroffene sollte lernen, sein Leben nicht nur im Sinne kurzfristiger Perspektiven zu gestalten.

Die Wächterhypothese hat sich als hilfreiche Analogie zur Vermittlung einer wichtigen Aufgabe des Endocannabinoidsystems (ECS) etabliert.

#### ➤ Die Wächterhypothese

Eine Aufgabe des Endocannabinoidsystems (ECS) ist die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts verschiedener Transmittersysteme im Gehirn. Da die EC-Rezeptoren auf glutamatergen Neuronen (dem erregendsten Transmittersystem) und auf GABAergen Neuronen (dem hemmendsten Transmittersystem) sitzen, sind die Endocannabinoide (EC) in der Lage, stimulierende und inhibitorische Prozesse im Gehirn zu initiieren. Damit können sie Dysfunktionen im Gehirn kompensieren, beispielsweise wenn ein Transmittersystem aufgrund neurobiologischer Vulnerabilität zu entgleisen droht. Das ECS übernimmt in diesem Sinne die Aufgabe eines Wächters, der über die Hirnprozesse wacht und diese reguliert. Exogen zugefügtes Cannabis überschwemmt die EC-Rezeptoren derart intensiv, dass deren natürliche Funktionen weitgehend außer Kraft gesetzt werden, vermutlich noch einige Tage über die letzte Konsumeinheit hinaus. Das ist unter Umständen nicht weiter tragisch, wenn die sonstigen Hirnprozesse gut reguliert sind, ähnlich wie in einem Club mit anständigen Gästen, in dem die Türsteher nicht eingreifen müssen. Bei Menschen, deren Hirnstoffwechsel jedoch zur Dysregulation neigt (Menschen mit Vulnerabilität für psychische Störungen), ist ein funktionierendes ECS wichtig, ähnlich wie in einem Club mit randalierenden Gästen die Türsteher aktiv eingreifen müssen. Diese vulnerablen Menschen sollten ihr ECS nicht durch Cannabiskonsum außer Kraft setzen. So kann eindrücklich vermittelt werden, warum bei vulnerablen Menschen der Cannabiskonsum erheblichen Schaden anrichten kann, während die meisten ihrer Freunde vermutlich unbeschadet Cannabis konsumieren können.

Bei jugendlichen Cannabiskonsumern ist es wichtig, auf die entscheidende Bedeutung des frühen Einstiegsalters für eventuell bleibende neurokognitive Schädigungen hinzuweisen. Nach Meier et al. (2012) können Cannabiskonsumern mit Konsumbeginn in der Adoleszenz bis zu 8 IQ-Punkte einbüßen, und auch nach Beendigung des Konsums steigt der IQ nicht wieder. Bei Erstkonsumenten im Erwachsenenalter wurde ein solcher Effekt nicht beobachtet. Die kognitiven Defizite scheinen hier reversibel zu sein, vermutlich weil das ECS lediglich gehemmt wird, der Cannabiskonsum aber nicht in den Wachstumsprozess des ECS eingreift, so wie es bei den adoleszenten Konsumenten der Fall ist.

### 4.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung

#### 4.3.4.1 Ambivalenz und motivationale Interventionen

Wenn Suchtpatienten zur Therapie kommen, haben sie oft bereits diverse Versuche hinter sich gebracht, den Konsum aus eigener Kraft zu beenden oder einzuschränken. Und oft ging das auch erstaunlich lange gut. Das vermutlich größte Problem in der Therapie suchtkranker Menschen stellt die ausgeprägte Ambivalenz der Betroffenen hinsichtlich ihres Konsumverhaltens dar. Dies erschwert es ihnen, langfristige Abstinenzziele konsequent und nachhaltig zu verfolgen. Die Ambivalenz der Patienten wird von Therapeuten oft mit fehlender Motivation gleichgesetzt, was nicht richtig ist.



## Gründe für das Abbrechen von Abstinenzversuchen

**Belastende Ereignisse** Manchmal ist ein belastendes Ereignisses der Grund, erneut Cannabis zu konsumieren. Dies ist dann derart vorrangig, dass es den Betroffenen nicht mehr wichtig erscheint, die Abstinenzziele fortzusetzen, insbesondere da es einfacher ist, die Trauer mit Drogenkonsum zu überdecken.

**Sinkende Anfangsmotivation und sinkender Stolz** In den ersten abstinenten Tagen ist die Änderungsmotivation noch so stark, dass sie selbst einen gemäßigten Entzug tolerieren und kompensieren kann. Dazu kommt, dass die Betroffenen stolz sind auf jeden weiteren Tag, den sie durchgehalten haben. Das eigentliche Problem beginnt, wenn die Anfangseuphorie abebbt, d. h. wenn wieder der Alltag beginnt. Vermutlich wird es irgendwann auch langweilig, Abstinenztage zu zählen. Abstinenz ist nach einer bestimmten Zeit auch schlicht nichts Besonders mehr, sie wird allmählich „normal“, und dann sinkt auch das Gefühl des Stolzes. Da das Suchtgedächtnis aber noch stark auf Triggerreize anspricht, sind Betroffene nun besonders gefährdet, rückfällig zu werden.

➤ **Für die Therapie ist es daher wichtig, dass sich der Patient immer neue Ziele setzt, deren Erreichen vom Therapeuten explizit gewürdigt wird, damit der Patient wieder stolz auf sein Verhalten ist.**

**Langeweile** Wenn Betroffene versuchen, den Cannabiskonsum zu beenden, ist der Alltag noch kein grundlegend anderer. Ihr Leben war aber regelrecht auf den Drogenkonsum ausgerichtet. Oft erleben Betroffene, dass viele Tätigkeiten, mit denen sie im Rahmen des Konsums ihre Zeit verbrachten (z. B. mit Freunden „herumhängen“), nüchtern regelrecht langweilig und öde sind. Ihnen fällt aber ansonsten nichts ein, um den Tag angenehm zu gestalten. Diese unerträgliche Langeweile ist oft der Grund, warum sich wieder das Konsumverhalten einschleicht.

## Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Neben der Kenntnis der Gründe für das häufige Scheitern von Abstinenzversuchen sollten sich Therapeuten generell mit den Phänomenen „Motivation und Ambivalenz“ auseinandersetzen.

Motivation kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen und ist in ihrer jeweiligen Ausprägung sehr instabil. Dies lässt sich am besten mit dem *Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung* verdeutlichen (Prochaska und DiClemente 1986). Das Modell differenziert Stadien der Motivation und liefert eine gute klinische Heuristik zur Abschätzung von Änderungsmotivation. Die Autoren unterscheiden die Stadien:

- *Absichtslosigkeit* (Betroffene zeigen keinerlei Änderungsbereitschaft),
- *Absichtsbildung* (Betroffene spüren erstes Dissonanz erleben),
- *Vorbereitung* für eine anstehende Verhaltensänderung,
- *Handlung* (konkrete Schritte werden unternommen),
- *Aufrechterhaltung* des erreichten Zustandes.

Keines der Stadien stellt einen stabilen Zustand dar, ein Rückfall in geringere motivationale Stadien ist jederzeit möglich. Die Aufgabe von Therapeuten ist es, Patienten beim Durchlaufen der Stadien und der Aufrechterhaltung des finalen Stadiums zu unterstützen. Zudem hängt vom jeweiligen Stadium ab, welche therapeutischen Interventionen angeraten sind. Patienten in den beiden ersten Stadien sind nicht bereit, änderungsorientiert zu arbeiten. Hier empfiehlt sich zunächst Psychoedukation und die konkrete Arbeit an der Motivation. In den späteren Stadien

(ab der Bereitschaft zur Vorbereitung einer Verhaltensänderung) kann abstinenz- bzw. änderungsorientiert gearbeitet werden.

- **Zur schnellen Diagnostik der motivationalen Stadien eignet sich neben der klinischen Exploration das Screeninginstrument SOCRATES, welches in deutscher Übersetzung vorliegt, einmal für Alkoholsucht und zudem für Drogensuch im Allgemeinen.**

## Motivationale Schemata

**Annäherungs- und Vermeidungsschemata** Wichtig für die Therapie ist ferner, dass Motivation ein Prozess ist, bei dem individuelle und situative Faktoren eine Handlung initiieren. Diese Handlung kann entweder annäherungs- oder vermeidungsorientiert erfolgen. Annäherung bzw. Annäherungsschemata werden initiiert, wenn durch die Handlung eine *Bedürfnisbefriedigung* zu erwarten ist. Vermeidung bzw. Vermeidungsschemata werden aktiviert, wenn *Bedürfnisse vor Verletzung* geschützt werden sollen (zu motivationalen Schemata siehe auch Grawe 2004). In der Suchttherapie geht es darum, Annäherung an Abstinenz und Distanz bzw. Vermeidung bezüglich des Konsums zu erreichen. Je stärker die Aussicht auf Erfolg, umso eher werden Annäherungsschemata aktiviert.

In der Phase einer Verhaltensänderung, wenn süchtige Menschen beginnen, abstinenz zu leben, sind sie auf eine sehr komplexe Weise neuen Situationen ausgesetzt. Das bisherige Annäherungsverhalten (an die Substanz) wird unterbunden und auf einen neuen Zustand, die Abstinenz, ausgerichtet. Es können Situationen auftreten, in denen sich Betroffene überfordert fühlen oder in denen sie schlicht aufgrund starken Suchtdrucks in ihrer freien Entscheidungsfindung gehemmt sind. Dazu kommt, wie oben bereits angedeutet, dass der bisherige Lebensentwurf oft eine schlechte Passung mit Abstinenz aufweist, indem die gewohnten Tätigkeiten bei Abstinenz keinen Belohnungswert mehr haben und langweilig sind.

**Abstinenz- und Suchtschemata** Solche Situationen stellen Konflikte für Betroffene dar. Es entsteht Unsicherheit und kann zu schnellen Wechseln von Annäherungs- und Vermeidungsschemata führen bis hin zu Konsumrückfällen. Diese Wechsel werden als Ambivalenz erlebt, stellen aber keine fehlende Motivation dar. Im jeweils aktivierten Zustand der Annäherung oder Vermeidung sind die Patienten glaubhaft und ehrlich motiviert. Während der Phase, in der Abstinenzschemata und Suchtschemata parallel existieren, ist es wichtig, die mit Sucht assoziierten Reize (Triggerreize) möglichst auf Distanz zu halten. Trigger können in der äußeren Umwelt liegen, in Form von suchtassoziierten Außenreizen, sie können aber auch innere Zustände repräsentieren, wie z. B. Stress. Wenn das Problem „Stress“ bislang durch Cannabiskonsum gelöst wurde, aktiviert Stress in der Folgezeit das Suchtschema. Für den Therapieerfolg ist es daher unerlässlich, dass sich Patienten dessen bewusst sind, um möglichst frühzeitig, bevor der „point of no return“ erreicht ist (und Cannabis konsumiert wird), Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Hilfreich kann Kenntnis darüber sein, mit welchen Triggerreizen das Abstinenzschema aktiviert werden kann. Das können neben Verhaltensweisen bestimmte Gedanken und Vorstellungen sein oder bestimmte Wünsche an das eigene Leben, die mit der Sucht nicht vereinbar sind.

## Interventionen zur Erhöhung der Änderungsmotivation

Zunächst ist es sinnvoll, vom Patienten nicht sofort mit dem Beginn der Therapie zu fordern, den Cannabiskonsum zu reduzieren oder gar ganz einzustellen. Wenn dies so einfach wäre, wären die Patienten vermutlich nicht beim Therapeuten.

**Ziel- oder Stichtag** Analog zum Vorgehen im CANDIS-Programm sollte ein Ziel- oder Stichtag gewählt werden, ab dem der Cannabiskonsum beendet werden soll. Es kann auch ein gestuftes

Vorgehen geplant werden, sodass der Patient den Konsum allmählich reduziert. Eine auf den Tag genaue Planung ist aufgrund einer erhöhten Verbindlichkeit sinnvoll, zudem ermöglicht es, den Patienten zielgerichtet auf die jeweils nächste Stufe vorzubereiten. Es kann auch vereinzelt sinnvoll sein, nach Erreichen eines Stichtages kurzzeitig kürzere Therapieintervalle zu wählen, um den entstehenden Suchtdruck engmaschiger zu begleiten.

**Entscheidungsfreiheit** Der Therapeut sollte von Beginn an klarstellen, dass die Entscheidung für oder gegen Abstinenz oder eine Reduktion des Konsums eindeutig beim Patienten liegt. Mit jeder Entscheidung des Patienten und insbesondere mit dem Problem der Ambivalenz sollte der Therapeut sehr validierend und respektvoll umgehen. Der Therapeut sollte den Patienten keinesfalls zu einer Entscheidung drängen. Die Patienten sind von sich aus daran interessiert, den Zustand der Ambivalenz früher oder später zu beenden. Ambivalenz ist nicht angenehm!

**Selbstwirksamkeit und Optimismus** Um ein Gefühl von Selbstwirksamkeit sowie Optimismus zu fördern, sind sowohl Unter- als auch Überforderung zu vermeiden. Anzustreben ist es, die therapeutischen Hürden so hoch zu stellen, dass deren Bewältigung nicht banal wirkt, sondern der Patient stolz auf sich sein kann. Sie müssen aber kurzfristig überwindbar sein, so sollte am besten von Woche zu Woche jeweils eine bestimmte Aufgabe gestellt werden. Ist die Anforderung zu hoch, führt das zu Resignation, was dann wieder durch Cannabiskonsum verarbeitet wird.

Da Anforderungen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden, sollten Therapeut und Patient am besten gemeinsam in einem transparenten Gespräch ein geeignetes Anforderungsniveau erarbeiten und Ziele daraus ableiten.

**Pro-und-Kontra-Listen** Eine beliebte Intervention im Rahmen motivierender Arbeit ist, Pro-und-Kontra-Listen aufzustellen. Es geht darum, die jeweiligen Vor- und Nachteile von Cannabiskonsum und Abstinenz zu erfassen. Eine typische Erkenntnis daraus ist, dass sämtliche Vorteile des Konsumverhaltens kurzfristiger Natur sind. Langfristige Vorteile sind bei fortgesetztem Konsum nur mit viel Fantasie, in der Regel überhaupt nicht, zu identifizieren. Diese Erkenntnis soll eine *kognitive Dissonanz* und ein *Inkongruenzerleben* bei Betroffenen erzeugen. Voraussetzung für den Erfolg dieser Intervention ist natürlich, dass Patienten überhaupt langfristige Lebensziele antizipieren können, d. h. nicht gänzlich resignativ in ihre Zukunft blicken. Das Erarbeiten einer positiven und langfristig reizvollen Lebensperspektive ist daher zeitlich vorzuschalten.

**Langfristige Perspektive** Danach kann ein wichtiges therapeutisches Element darin liegen, in Entscheidungssituationen zunächst innezuhalten, und sich zu fragen, ob eine geplante Handlung neben der kurzfristigen Befriedigung auch langfristig sinnvoll ist. Suchtpatienten haben häufig verlernt, langfristig zu denken, sondern denken nur noch von einem Moment zum nächsten. Schnelle und passive Bedürfnisbefriedigung ist schließlich das zentrale Merkmal von Substanzkonsum. Die entscheidende Frage, die sich Patienten vor einer Handlung stellen sollten, lautet daher:

*„Bin ich in zwei Tagen immer noch mit der Handlung einverstanden, oder würde ich mir dann wünschen, anders gehandelt zu haben?“*

**Konsumdokumentation** Weitere wichtige Elemente zur Stabilisierung von Motivation stellen Selbstbeobachtung und Konsumdokumentation dar. Am besten kann die Konsumdokumentation mit den bereits erwähnten Tagebuchkarten erfolgen. So sind die erreichten Erfolge sichtbar und können Stolz und Selbstwirksamkeitserleben hervorrufen. Und wenn ein Patient bereits eine Erfolgsserie von beispielsweise 20 Tagen Abstinenz zu verbuchen hat, wird es ihm schwerfallen, diese aus einem Impuls oder einer spontanen Stimmung heraus zu beenden. Therapeuten

sollten sich die Dokumentation des Patienten jeder Woche präsentieren lassen. Nicht im Sinne einer Kontrolle, sondern als validierender und grundsätzlich interessierter und wertschätzender Partner, der Stolz und Freude über die Erfolge mit dem Patienten teilt. Bei Misserfolg ist es wichtig, keine kritische oder gar strafende Haltung einzunehmen. Es geht im Gegenteil dann darum, eine Fehleranalyse durchzuführen und gemeinsam lösungsorientiert zu überlegen, was daraus gelernt werden kann. Jeder Konsumausrutscher stellt ein Lernfeld dar, welches auf künftige Situationen vorbereitet, stets nach dem Motto:

*„Gut dass dies jetzt passierte, wo Sie in Therapie sind. Schauen wir mal, was wir daraus lernen können.“*

➤ **Entscheidend ist dabei der Grundsatz: Ein einzelner Ausrutscher ist kein Rückfall!**

Diese Haltung ist vor allem deshalb wichtig, da Suchtpatienten nach Konsumausrutschern oft resignativ und katastrophisierend reagieren, im Sinne einer kognitiven Verzerrung:

*„Jetzt ist eh alles egal.“*

*„Ich habe wieder versagt, ich werde es also nie schaffen.“*

Hier müssen Therapeuten zum Teil wiederholt dahingehend insistieren, dass es wichtig ist, an die bereits zu verzeichnenden Erfolge anzuknüpfen und nicht aufzugeben. So stürzt sich ein Bergsteiger nach einem Ausrutscher beim Besteigen des Berges auch nicht den ganzen Berg hinunter, sondern steht auf und marschiert weiter (dieses Bild ist vielen Patienten schnell einsichtig).

Vertiefende Literatur zur Motivation von Patienten, wenn auch nicht spezifisch für das Thema Cannabisabhängigkeit, liefern Kremer und Schulz (2012) oder Sachse et al. (2012).

#### 4.3.4.2 Skillstraining – Vermittlung von Verhaltensfertigkeiten

Befinden sich Patienten bereits in einem änderungswilligen motivationalen Stadium, wird mittels Skillstrainings daran gearbeitet, Strategien zu entwickeln, um

- Suchtdruck zu reduzieren,
- Drogenangeboten zu widerstehen,
- Probleme und Konflikte aktiv zu lösen,
- Stress zu bewältigen,
- Langeweile auszuhalten bzw. gar nicht erst aufkommen zu lassen,
- generell bewusster und reflektierter zu leben.

Für viele dieser Themen verfügt die KVT bereits über eine Menge an guten Interventionen, an denen sich Therapeuten orientieren können. Beispiele sind soziale Kompetenztrainings (z. B. von Hinsch und Pfingsten 2007), Stressimpfungsprogramme (z. B. von Kaluza 2011), das DBT-Skillstraining zur Stresstoleranz (Linehan 1996) oder in seiner Modifikation für Sucht (DBT-S).

**Reduzieren oder beenden?** Zunächst ist jedoch zu klären, ob Patienten den Cannabiskonsum direkt beenden oder die Konsummengen allmählich reduzieren wollen. Es gibt hier keine generell richtige Lösung. Selbst Suchtexperten sind sich diesbezüglich nicht einig, wie die ewige Diskussion um pro und kontra kontrolliertes Trinken zeigte. Vermutlich sollte die Entscheidung beim Patienten liegen, nachdem der Therapeut ihn über jeweilige Vor- und Nachteile aufgeklärt hat.

Ein klarer Nachteil des allmählichen Reduzierens ist, dass ein kategorisches Nein zum Cannabiskonsum einfacher in der Umsetzung ist, indem ein klarer Schnitt vollzogen werden kann. Viele Patienten brechen gute Vorsätze zudem häufig nach der ersten Konsumeinheit. Das heißt, es fällt ihnen noch relativ leicht, dem Suchtdruck zu widerstehen, solange sie nüchtern sind. Wenn sie aber im Rahmen der allmählichen Reduktion eine erste Einheit konsumiert haben, ist sprichwörtlich der Damm gebrochen. Es ist ihnen dann nicht mehr möglich, den Cannabiskonsum zu begrenzen. Solchen Patienten ist dringend von jeglichen Versuchen abzuraten, Drogen kontrolliert zu konsumieren oder den Konsum schrittweise zu beenden.

**Abstinente Tage verplanen** Der nächste Schritt besteht darin, den Stich- oder Zieltag sorgfältig zu planen und gut vorbereiten. Vorbereitet sein bedeutet genau zu wissen, wie der erste abstinente Tag und die kommenden Tage inhaltlich gefüllt werden, damit keine Langeweile aufkommt, die schnell in Suchtdruck übergehen kann. Eine angenehme und ablenkende Beschäftigung ist dagegen günstig. Da selbstverständlich auch Unerwartetes geschehen kann, muss parallel ein Notfallplan erstellt werden, der Lösungen für schwierige Situationen vorsieht. Wichtig ist es jedenfalls, ähnlich der Therapie der Depression, einen Alltag zu planen, der ausreichend angenehme Tätigkeiten beinhaltet. In der DBT wird von „Stress ausbalancieren“ gesprochen. Darüber hinaus ist ein erfüllter Alltag dem Selbstwertgefühl dienlich (s. [Abschn. 4.3.5](#)).

**Stufenplan entwickeln** Für Patienten, die den Cannabiskonsum allmählich reduzieren, sollte ein konkreter Stufenplan entwickelt werden, der die jeweiligen Reduktionsmengen und konkrete Tage genau festlegt.

### ! CAVE

Therapeuten müssen darauf achten, dass ambivalente Patienten, häufig auch Patienten, die fremdbestimmt zur Therapie kommen, die Option des schrittweisen Reduzierens nicht als Trick nutzen, um weiterhin Cannabis konsumieren zu können. Ohne detektivisch entlarvend aufzutreten, ist ein gesundes Misstrauen bei einigen Patienten durchaus angebracht. Es soll hier auch nicht darüber weggesehen werden, dass in Suchttherapien häufig gelogen und getrickst wird, ähnlich wie man es von Patienten mit Essstörungen kennt.

## Skill zur Motivation

**Entscheidung für einen neuen Weg** Eine Besonderheit innerhalb der Skills ist die „Entscheidung für einen neuen Weg“. Diese Fertigkeit begegnet dem Phänomen, dass die Anfangsmotivation im Laufe der Zeit nachlässt. Damit steigt gleichzeitig die Rückfallgefahr, weshalb es wichtig ist, dass sich die Betroffenen ihrer Ziele täglich bewusst werden. Diese tägliche Bewusstwerdung ist die „Entscheidung für einen neuen Weg“, wobei der neue Weg in diesem Falle die Abstinenz oder Konsumreduktion darstellt. Die Patienten sollen täglich einmal innehalten und sich die Gründe für die getroffene Entscheidung möglichst plastisch vor Augen führen und innerlich aufs Neue zu der getroffenen Entscheidung Ja sagen (und dies dann in der Tagebuchkarte dokumentieren). Auf diese Weise soll verhindert werden, dass sich alte Verhaltensmuster allmählich wieder einschleichen.

## Skills zur Reduktion von Suchtdruck (Anti-Craving-Skills)

**Urge-surfing** Rational der Übung ist das typischerweise in seiner Intensität wellenförmige Auftreten von Suchtdruck, ganz entgegen der verbreiteten Annahme Betroffener, er wachse kontinuierlich an, bis es nicht mehr auszuhalten sei. Die Übung hat viel gemeinsam mit einer

Achtsamkeitsübung. Patienten lernen, in achtsamer Haltung zum Beobachter des Suchtdrucks zu werden und dessen Schwankungen wahrzunehmen. Dies gleicht dem Surfen auf einer Welle, die anwächst und wieder abflacht. Die Grundregel lautet, niemals Cannabis zu konsumieren, wenn die Welle ihr Limit erreicht. Ist sie wieder reduziert, kann leichter die Entscheidung gegen den Konsum getroffen werden.

**10-Minuten-warten-Regel** Die Alternative zum achtsamen Beobachten des Suchtdrucks ist Ablenkung. Wächst der Konsumdruck, sollen sich Betroffene zunächst 10 Minuten Zeit nehmen. In diesen 10 Minuten ist eine bestimmte (zuvor festgelegte) Tätigkeit auszuführen, die keine Konsumtrigger enthält. Oft sinkt währenddessen der Suchtdruck ab, und die Betroffenen denken nach der vereinbarten Zeit gar nicht mehr an den Cannabiskonsum.

**Ablenkende Tätigkeiten** Bei Suchtdruck kann jegliche Tätigkeit, die davon ablenkt, ausgeführt werden, z. B. Sport oder gemeinsam mit Bekannten etwas unternehmen.

➤ **Da Skills in ihrer Wirkung mit dem Substanzkonsum niemals vergleichbar sind, ist seitens der Patienten eine hohe Änderungsmotivation Voraussetzung dafür, dass sie angewendet werden. Dennoch weisen einige Skills durchaus einen gewissen Belohnungswert auf (z. B. sportliche Betätigung) und können daher den Substanzkonsum unter Umständen kompensieren. Skills ohne eigenen Belohnungswert wie das Urge-surfing hinterlassen beim Patienten einen Mangelzustand, das Bedürfnis nach Befriedigung. In diesen Fällen sollte darauf geachtet werden, die Skills anzureichern, indem Betroffene nach erfolgreicher Reduktion des Suchtdrucks einer Tätigkeit mit Belohnungswert nachgehen.**

### Skills zum Umgang mit Drogenangeboten

Eine weitere Gruppe von Skills sind soziale Fertigkeiten zum Umgang mit Drogenangeboten durch andere Menschen, z. B. im Freundes- und Bekanntenkreis. Es ist sinnvoll, denkbare Situationen im therapeutischen Rollenspiel darzustellen. Auch sollte grundlegend überlegt werden, wie mit problematischen Kontakten, wie Freunden, die mit Drogen handeln, umgegangen werden kann. Solche Kontakte sind hohe Rückfallrisiken, auf der anderen Seite werden gute Freunde nicht ohne Weiteres aufgegeben. Hier sollte der Therapeut nicht kategorisch ablehnend argumentieren. Denn im Zweifelsfall wiegt eine Freundschaft stärker als die therapeutische Beziehung. Hilfreich ist es, wertschätzend und validierend mit dem Thema umzugehen, um lösungsorientiert zu besprechen, wie das Konsumrisiko minimiert und die Freundschaft erhalten werden kann. Es kann im Einzelfall hilfreich sein, betroffene Freunde stundenweise in die Therapie zu integrieren mit dem Ziel, sie zu Verbündeten zu machen.

### Skill zum Erlangen von intensivierten Erfahrungen

**Achtsamkeit** Generell kann die Bewusstheit im Alltag durch Achtsamkeit gefördert werden, was dazu beiträgt, nicht vorschnell und impulsiv zu handeln, wie es für Suchtpatienten typisch ist, sondern sich zu besinnen und reflektiert zu vorgehen. Somit ist Achtsamkeit für ehemalige Drogenkonsumenten eine sehr wertvolle Strategie. Oftmals nehmen Menschen Drogen, um intensiverte Erfahrungen zu machen, die Horizonte der Wahrnehmung auszuloten. Achtsamkeitsübungen haben durchaus das Potenzial, vergleichbare Erfahrungen zu vermitteln, natürlich nicht in der gleichen Intensität und darüber hinaus nur aus eigener Kraft und mit viel Übung und Geduld. Geduld ist oft keine Stärke von Drogenkonsumenten, die es gewohnt sind, für maximale Effekte lediglich etwas zu rauchen oder zu schlucken. Das, was zuvor die Droge übernommen

hat (während der Konsument passiv abwartend beiwohnte), muss der Mensch nun mit großer Anstrengung und Geduld erarbeiten. Diejenigen, denen das gelingt, berichten von einem intensiven Gefühl der Selbstwirksamkeit. Auch, dass sich der Zustand viel „ehrlicher“ anfühlt als ein Drogenrausch. Von daher ist das Trainieren von Achtsamkeit ein sehr wichtiger Aspekt in der Therapie von Suchtpatienten.

### ! CAVE

**Trainingsprogramme für Achtsamkeit weisen in der Beschreibung von Kontraindikationen gerne auf Sucht und Psychosen hin. Das mag sicherlich für akute Zustände gelten. Für Personen mit subakuten Psychosen und abstinent lebende Suchtpatienten gilt dies aber definitiv nicht! Beide Gruppen können sehr davon profitieren, wie nicht zuletzt aktuelle Studien zeigen, die z. B. Achtsamkeitsübungen bei chronischem Stimmenhören anwenden (Bach et al. 2012, 2013).**

#### 4.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

Wenn ein Mensch so intensiv Cannabis konsumiert, dass sich eine Sucht entwickelt, dann nimmt der Konsum viel Raum im Leben ein. Wenn dieser Raum nicht parallel zur Konsumreduktion oder gar Abstinenz mit etwas anderem ausgefüllt wird, ist es unwahrscheinlich, dass die Therapie erfolgreich ist.

Die im vorigen Abschnitt besprochenen Skills stellen relativ kurzfristige Strategien dar, die in konkreten Situationen dabei helfen sollen, auf den Substanzkonsum zu verzichten. In diesem Abschnitt geht es dagegen um langfristig angelegte Perspektiven – darum, eine Lebensperspektive zu schaffen, die Patienten als sinnstiftend und befriedigend erleben. Grawe (1998, 2004) spricht in diesem Kontext von *Kongruenz* als Passung zwischen individuellen Grundbedürfnissen und der gelebten Realität.

Kongruenz soll also langfristig davor schützen, dass Patienten in den Konsum zurückzufallen, da sie dann etwas zu verlieren haben. Ein Betroffener formulierte im Rahmen der Therapie einmal:

*„Für was soll ich denn aufhören, Cannabis zu konsumieren? Ich habe mein Leben sowieso vertan. Das Einzige, was mir geblieben ist und was mir Spaß macht, ist Gras zu rauchen, und das wollen Sie mir jetzt auch nehmen?“*

Grawe (1998, 2004) unterscheidet vier Grundbedürfnisse:

1. Bindung,
2. Kontrolle und Autonomie,
3. Lustgewinn und Unlustvermeidung,
4. Selbstwerterhöhung.

Grundsätzlich streben Menschen nach der Befriedigung aller Grundbedürfnisse. Häufig machen sie aber im Laufe ihrer Biografie wiederholte Frustrationserfahrungen durch Verletzung ihrer Bedürfnisse. Frustrierte Bedürfnisse nehmen mit der Zeit nicht ab, sondern ihnen kommt im weiteren Leben sogar ein besonders hoher Stellenwert zu.

Es ist also möglich, von sehr intensiven Versuchen, aktuell bestimmte Bedürfnisse zu befriedigen, darauf zu schließen, dass diese Bedürfnisse im Laufe der Biografie verletzt wurden. Ein Mensch, der verzweifelt nach Bindung strebt und nicht ohne Beziehung leben kann, hat vermutlich schlechte Erfahrungen mit seinem Bindungsbedürfnis machen müssen. Umgekehrt

■ Tab. 4.1 Funktionen des Cannabiskonsums und entsprechende Grundbedürfnisse

Funktion des Konsums	Grundbedürfnis
Zugehörigkeit zu einer Peergroup	Bindung
Kompensation sozialer Unsicherheit	Selbstwert
Krisenmanagement, Stressregulation und Umgang mit Problemen	Kontrolle
Hedonistische Aspekte (Rauscherleben) Regulation dysphorischer Affekte	Lustgewinn Unlustvermeidung

kann aus der Exploration biografischer Erfahrungen auf die aktuelle Bedürfnislage geschlossen werden.

Bei Suchtpatienten können beide Perspektiven genutzt werden. Neben der auf Verletzungen von Grundbedürfnissen ausgerichteten biografischen Anamnese kann durch die Analyse der Funktionalität des Drogenkonsums auf biografische Verletzungen geschlossen werden.

Da die Funktionalität psychischer Störungen den Patienten oft nicht bewusst ist, sollten Therapeuten im explorativen Gespräch Annahmen darüber entwickeln, die zunächst Arbeitshypothesen darstellen. Sind die Annahmen nicht richtig, kann dies durch mangelnde Mitarbeit des Patienten deutlich werden (mangelnde Mitarbeit muss also nicht zwangsläufig fehlende Motivation bedeuten). In diesem Fall sollten die Hypothesen verworfen und durch neue Annahmen ersetzt werden.

Bei Suchtpatienten zeigen sich oft die in ■ Tab. 4.1 dargestellten Funktionalitäten, die allen vier Grundbedürfnissen nach Grawe zugeordnet werden können.

Sind die individuellen Bedürfnislagen der Patienten bekannt, sollte in der Therapie darauf hingearbeitet werden, diese im Rahmen eines individuellen Lebensentwurfes intensiv zu bedenken. Parallel kann der Therapeut für bedürfnisbefriedigende Erfahrungen innerhalb der Therapiestunden sorgen, indem er ein entsprechend passendes Beziehungsangebot unterbreitet (komplementäre Beziehungsgestaltung; s. Abschn. 4.3.2). Auf beiden Ebenen einer Therapie (Inhalt und Beziehung) kann nach Grawe (2004) somit erreicht werden, dass Patienten motivationale *Annäherungsschemata* entwickeln, die auf neuronaler Ebene die pathologischen Vermeidungsschemata (zu denen auch Drogenkonsum zählt) inhibieren.

Allerdings muss bei Suchtpatienten einschränkend bedacht werden, dass bei fortgeschrittener Abhängigkeit die ursprüngliche Funktionalität des Konsums nicht selten verloren geht, der Konsum wird zum Selbstzweck. Dann beginnt ein *umgekehrter Prozess*, indem sämtliche Lebensbereiche in funktionaler Beziehung zum Konsum stehen und nicht mehr umgekehrt. Freundschaften dienen der Beschaffung der Substanz, d. h., Personen werden dann interessant, wenn sie Drogen verkaufen oder entsprechende Kontakte haben. Soziale Tätigkeiten sind dann interessant, wenn der Drogenkonsum im Mittelpunkt steht, nicht selten stellt dieser bereits die primäre Beschäftigung dar (gemeinsam „herumhängen“ und Drogen konsumieren).

In der Therapie geht es dann nicht mehr darum, alternative Beschäftigungen aufzubauen, welche die Funktion des Drogenkonsums ersetzen, sondern dann geht es darum, suchtferne Freizeitbeschäftigungen, die nicht mit Drogenkonsum korrespondieren bzw. kompatibel sind, zu finden.

Ist der Drogenkonsum erst einmal Mittelpunkt der Lebensgestaltung geworden, so fällt es Betroffenen äußerst schwer, Spaß an irgendetwas anderem zu empfinden. Sie leiden häufig unter *quälender Langeweile*, die scheinbar nur durch erneuten Drogenkonsum vertrieben werden kann. Diese Problematik ist ein äußerst schwieriges Therapiethema, und der Erfolg einer Therapie



hängt in weiten Teilen davon ab, ob es gelingt, mit den Patienten einen Alltag zu planen, der sie intrinsisch motiviert.

## 4.4 Gesellschaftspolitische Betrachtungen

---

Die Frage nach einer möglichen Legalisierung von Cannabis aktiviert verschiedene Gruppen der Bevölkerung, die Cannabis jedoch aus sehr verschiedenen Perspektiven betrachten. Der Konsum als Rauschdroge ist weit verbreitet, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Parallel liefert die Forschung immer neue Befunde hinsichtlich des medizinischen Nutzens von Cannabis, während bei Psychotherapeuten gesundheitlich angeschlagene Menschen sitzen, die unter psychotischen Symptomen und Abhängigkeit leiden.

Drei Realitäten, die auf den ersten Blick nicht zusammenpassen. Ist Cannabis nun gefährlich oder gar ein Heilsbringer? Vermutlich weder noch.

Aber mit Sicherheit lässt sich sagen, dass die große Mehrheit der regelmäßigen Konsumenten auch noch in einigen Jahren abends einen Joint rauchen wird, ohne besondere Auffälligkeiten entwickelt zu haben. Therapeuten sehen dagegen einen kleinen Ausschnitt, eine Subgruppe vulnerabler Menschen, die mit Sicherheit gesünder wäre, gäbe es Cannabis nicht.

Die Legalisierung würde die Konsumenten von der Illegalität befreien, den Schwarzmarktdealern würde ein lukrativer Markt genommen, und die Substanz wäre im Falle einer kontrollierten Abgabe vermutlich von besserer Qualität. Schließlich wäre der Zugang für Patienten, die aus medizinischen Gründen von Cannabis profitieren würden, wesentlich einfacher. Ein weiteres Argument für eine Freigabe der Substanz ist schlicht die Tatsache der weiten Verbreitung. Offensichtlich schafft es der Staat nicht, Menschen vom Cannabiskonsum abzuhalten, und es sieht nicht danach aus, als würde sich daran etwas ändern. Im Gegenteil. Und wenn ein System nicht funktioniert, dann ist es vielleicht an der Zeit umzudenken. Davon abgesehen, dass die Legalisierung eine wesentlich glaubwürdigere und ehrlichere Kommunikation über Risiken und Nebenwirkungen erlauben würde, was nicht zuletzt für die Präventionsarbeit von Vorteil wäre. Zu guter Letzt ist es schon fast erstaunlich, dass sich der Staat die Unsummen an Steuergeldern entgehen lässt, die er als Verkäufer kassieren könnte.

Auf der anderen Seite sitzen die Argumente der jahrelangen Prohibition noch sehr tief in den Köpfen vieler Menschen, und sie können sich mit der Option einer staatlich organisierten Rauschgiftabgabe nicht anfreunden. Und es stellt sich ja wirklich die Frage, wozu wir neben Alkohol und Tabak eine dritte Substanz suchterzeugender Stoffe in den offiziellen Kanon aufnehmen sollten. Denn zumindest diese Frage ist mittlerweile geklärt: Cannabis kann abhängig machen. Innerhalb der Patienten, die aufgrund von Drogenproblemen eine Therapie beginnen, liegen Cannabiskonsumanten an erster Stelle. Zudem gibt es eine Reihe weiterer psychischer Komplikationen, die bei entsprechend veranlagten Personen auftreten können. Das sind insbesondere Schizophrenien, aber auch Angststörungen und Depressionen können auftreten, abgesehen von Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, die über die Akutwirkung der Substanz hinausgehen.

Insgesamt zeichnet sich seit wenigen Jahren eine weltweite Tendenz ab, eindeutig in Richtung einer Freigabe. Erstaunlicherweise geht diese Dynamik ausgerechnet von Amerika aus. Colorado, Washington und Oregon haben den Cannabiskonsum kürzlich freigegeben, was einen regelrechten Boom erzeugt hat. In Colorado ist ein ganz neuer Wirtschaftszweig entstanden, der mit Cannabisprodukten der unterschiedlichsten Art handelt, vom Drogentourismus ganz abgesehen.

## 4.5 Schwierige Situationen

### ■ Konsumausrutscher und Konsumrückfälle

Suchtpatienten haben die Tendenz, nach Konsumrückfällen resignativ zu reagieren. Unter Umständen ist dies auch Resultat bereits sehr vieler Versuche, aus eigener Kraft abstinenz zu werden, und die Geduld ist bis an ihre Grenzen strapaziert. Es lassen sich typische kognitive Muster identifizieren, wie beispielsweise:

*„Jetzt hat sowieso alles keinen Sinn mehr.“*

*„Wieder nicht geschafft, dann kann ich es gleich lassen und wieder richtig konsumieren.“*

*„Ich schaffe es nie, es lohnt sich also nicht, sich anzustrengen.“*

Diese Kognitionen sind für die Therapie nicht hilfreich. Daher hat es sich als günstig erwiesen, klar zwischen einem Konsumausrutscher und einem Konsumrückfall zu differenzieren. Ein Ausrutscher ist ein einmaliges Konsumieren. Es ist vergleichbar mit einem Ausrutscher eines Bergsteigers auf einem langen Weg zum Gipfel. Ebenso wie der Bergsteiger dann sofort aufstehen würde, um seinen Weg nach oben fortzusetzen, sollen Patienten sich innerlich erheben und im Sinne der Therapieziele weitermachen. Kein Bergsteiger würde sich, nachdem er ausrutschte, resigniert den kompletten Berg hinunterwerfen. Dies wäre absurd, und diese Absurdität sollte den Patienten verdeutlicht werden, wenn sie genau diese Strategie verfolgen (*„Jetzt hat alles keinen Sinn mehr“*).

Von einem Rückfall wird in der Therapie dann gesprochen, wenn der Patient tatsächlich wieder gänzlich in das alte Konsummuster hineingeraten ist. Ein Ausrutscher darf umgekehrt natürlich nicht verharmlost werden. Es ist ein kritisches Ereignis, welches genau betrachtet und mittels Verhaltensanalysen untersucht werden muss.

Betont werden sollte aber der potenzielle Lerneffekt, der jedem Ausrutscher eigen ist. Denn kein Fehler sollte zweimal gemacht werden. Jeder Ausrutscher, sofern er gut nachbearbeitet wurde, dient in künftigen, ähnlich kritischen Situationen dazu, die Abstinenzziele des Patienten zu erreichen (*„Gut, dass dies jetzt passierte, da Sie hier sind. Lassen Sie uns das Ereignis mal näher betrachten“*).

### ■ Berauschter Patient in der Therapie

Selbstverständlich lässt sich mit akut berauschten Patienten nicht therapeutisch arbeiten. Zwar kann eine Konsummengenreduktion statt Abstinenz das Therapieziel darstellen. Nicht selten wechselt die Motivation von Patienten auch von einer Konsummengenreduktion hin zu Abstinenz, sodass die Reduktion einen ersten Schritt darstellen kann (Bleich und Hillemeier 2015). Jedenfalls muss der Patient klar dahingehend absprachefähig sein, nüchtern zu den Therapiestunden zu kommen. Sollte dies kaum möglich erscheinen, ist eine ambulante Therapie nicht angezeigt. Ein stationärer Aufenthalt ist dann unerlässlich, der aber in eine ambulante Nachsorge münden sollte.

### ■ Ausgeprägte neurokognitive Defizite

Cannabiskonsum führt zu akuten und subakuten kognitiven Defiziten. Diesbezüglich besteht eine sehr hohe wissenschaftliche Evidenz (Meier et al. 2012; Solowij und Battisti 2008; Sofuoglu et al. 2010; Solowij und Battisti 2008). Besonders betroffen sind Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis sowie das Erlernen von neuen Informationen. Bei Patienten, die bereits früh in der Adoleszenz den Cannabiskonsum begonnen haben, scheinen die Defizite sogar irreversibel (vgl. Abschn. 4.2.4.). Bei diesen Betroffenen und denjenigen, die lediglich eine

Konsumreduktion als Therapieziel verfolgen, beeinflussen die Störungen des Gedächtnisses die Therapie. Es gibt zudem erste Hinweise darauf, dass kognitive Einbußen mit geringem Behandlungserfolg assoziiert sind (Aharonovich et al. 2008). Besprochene Inhalte werden unter Umständen schlecht gespeichert.

Therapeuten könnten ihre Patienten zu Beginn jeder Therapiestunde bitten, die letzte Stunde zu reflektieren. Dann wird deutlich, wie ausgeprägt die Gedächtnisstörungen sind. Dabei sollte aber keine Atmosphäre wie in einer Prüfung entstehen. Eventuell müssen einige Inhalte oft wiederholt werden, bis sie behalten werden.

### ■ Komorbide psychische Störungen

Aufgrund der Assoziationen zwischen dem Endocannabinoidsystem und psychischen Störungen (insbesondere zu schizophrenen Störungen) ist es nicht selten, dass Patienten, die sehr häufig Cannabis konsumieren, subklinische psychotische Symptome bis hin zu manifesten Schizophrenien aufweisen (Yücel et al. 2008). Aber auch das sogenannte amotivationale Syndrom und sogar depressive Affektzustände treten häufig als Folge langjährigen Konsums auf. Im Falle komorbider Störungen ist der Therapieplan entsprechend anzupassen, eine pharmakologische Therapie ist dann unerlässlich. Ein Problem kann darin liegen, dass erfolgreiche Therapie stets bedeutet, geeignete Copingstrategien im Umgang mit Problemen zu entwickeln. Chronische Cannabis-konsumenten haben aber weitgehend verlernt, Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen. Der Konsum hat bislang die Funktion der Problembewältigung übernommen, sodass unter Umständen kaum eigene Ressourcen bestehen.

### Literatur

- 
- Aharonovich, E., Brooks, A. C., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognitive deficits in marijuana users: Effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 279–283.
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., & Herbert, J. D. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis: Intent to treat hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5, 166–174.
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36, 167–183.
- Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270–281.
- Bleich, S., & Hillemecher, T. (2015). Neues in der Suchtbehandlung oder nur alter Wein in neuen Schläuchen? *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 9, 189, Editorial.
- Caspar, F., Grawe, K. (1982). *Vertikale Verhaltensanalyse. Forschungsbericht 5, 1982*. Bern: Psychologisches Institut, Universität Bern.
- Castaneto, M. S., Gorelick, D. A., Desrosiers, N. A., Hartman, R. L., Pirard, S., & Huestis, M. A. (2014). Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 12–41.
- Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Diana, M., Melis, M., Muntoni, A. L., & Gessa, G. L. (1998). Mesolimbic dopaminergic decline after cannabinoid withdrawal. *Proceeding of the National Academy of Sciences U S A*, 18, 5(17), 10269–10273.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4, 39–47.
- Drake, R. E., O'Neal, L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- D'Amelio, R., Behrendt, B., Denter, S., Bach, D., & Wobrock, T. (2007). Psychoedukation bei Patienten mit der Doppeldiagnose schizophrener Psychose und Sucht: Das GOAL-Behandlungsprogramm. *Entspannungsverfahren*, 24, 81–94.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Farrell, M. (1999). Cannabis dependence and withdrawal. *Addiction*, 94(9), 1277–1278.

- Feuerlein, W. (1975). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*. Stuttgart: Thieme.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht*. Heidelberg: Steinkopff.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2013). Partydrogen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 7, 73–88.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gunderson, E. W., Haughey, H. M., Ait-Daoud, N., Joshi, A. S., & Hart, C. L. (2012). “Spice” and “K2” herbal highs: A case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *American Journal on Addictions*, 21(4), 320–326.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK: Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. Weinheim: Beltz.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., et al. (2012). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European Neuropsychopharmacol*, 22, 267–280.
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., et al. (2011). *Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Kandel, D. B., & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 367–378.
- Kleiber, D., Soellner, R., & Tossmann, P. (1997). *Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland – Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflußfaktoren*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Kleiber, D., & Söllner, R. (1998). *Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*. Weinheim: Juventa.
- Korte, G., Dreiseitel, A., Schreier, P., Oehme, A., Locher, S., Geiger, S., Heilmann, J., & Sand, P. (2010). Tea catechins' affinity for human cannabinoid receptors. *Phytomedicine*, 17(1), 19–22.
- Kremer, G., & Schulz, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Ligresti, A., Villano, R., Allarà, M., Ujváry, I., & Di Marzo, V. (2012). Kavalactones and the endocannabinoid system: The plant-derived yonganin is a novel CB<sub>2</sub> receptor ligand *Pharmacological Research*, 66(2), 163–169.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störungen*. München: CIP Medien.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4), 491–503.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Science U S A*, 109(40), 2657–2664.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Mills, B., Yepes, A., & Nugent, K. (2015). Synthetic cannabinoids. *American Journal of the Medical Sciences*, 350(1), 59–62.
- Morakinyo, O. (1983). Aversion therapy of cannabis dependence in Nigeria. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(3), 287–293.
- Moreira, F. A., & Lutz B (2008). The endocannabinoid system: Emotion, learning and addiction. *Addiction*, 13(2), 196–212.
- Murray, R. M., Morrison, P. D., Henquet, C., & DiForti, M. (2007). Cannabis, the mind and society: The hash realities. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 885–895. Review.
- Najavits, L. M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Raiser, P. (2011). *Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Hrsg.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (S. 3–27). New York: Plenum Press.
- Raduner, S., Majewska, A., Chen, J. Z., Xie, X. Q., Hamon, J., Faller, B., Altmann, K. H., Gertsch, J. (2006). Alkylamides from Echinacea are a new class of cannabinomimetics. Cannabinoid type 2 receptor-dependent and -independent immunomodulatory effects. *Journal of Biological Chemistry*, 281(20), 14192–14206.
- Sachse, R., Langens, T. A., & Sachse, M. (2012). *Klienten motivieren*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schnell, T. (2014). *Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Schnell, T., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010). Therapie suchtkranker Schizophrener. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 265–274.

- Schnell, T., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2011). Psychotherapie bei Patienten mit Psychose und Sucht – Behandlungsoptionen und ihre Grenzen. *SUCHT*, 57(5), 1–10.
- Schnell, T., Koethe, D., Krasnianski, A., Gairing, S., Schnell, K., Daumann, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2014). Efficacy and tolerability of Ziprasidone vs. Clozapine in the treatment of dually diagnosed (DD) patients with schizophrenia and cannabis use disorder: A randomised study. *American Journal on Addictions*, 23, 308–312.
- Sim-Selley, L. J., & Martin, B. R. (2002). Effect of chronic administration of R-(+)-[2,3-Dihydro-5-methyl-3-[(morpholinyl)methyl]pyrrolo[1,2,3-de]-1,4-benzoxazinyl]-(1-naphthalenyl)methanone mesylate (WIN55,212-2) or delta(9)-tetrahydrocannabinol on cannabinoid receptor adaptation in mice. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 303(1), 36–44.
- Smith, J. W., Schmeling, G., & Knowles, P. L. (1988). A marijuana smoking cessation clinical trial utilizing THC-free marijuana, aversion therapy, and self-management counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(2), 89–98.
- Smith, N. T. A (2002). Review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction*, 97(6), 621–832. Review.
- Sofuoglu, M., Sugarman, D. E., & Carroll, K. M. (2010). Cognitive function as an emerging treatment target for marijuana addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(2), 109–119.
- Solowij, N., & Battisti, R. (2008). The chronic effects of cannabis on memory in humans: A review. *Current Drug Abuse Reviews*, 1(1), 81–98.
- Swift, W., Hall, W., & Teesson, M. (2001). Cannabis use and dependence among Australian adults: Results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*, 96(5), 737–748.
- Tanda, G., Loddo, P., & DiChiara, G. (1999). Dependence of mesolimbic dopamine transmission on delta9-tetrahydrocannabinol. *European Journal of Pharmacology*, 376(1–2), 23–26.
- Tretter, F., & Werner, P. (2009). Politoxikomanie – Grundlagen, Diagnostik und Behandlung. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3, 225–240.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Yücel, M., Solowij, N., Respondek, C., Whittle, S., Fornito, A., Pantelis, C., & Lubman, D. I. (2008). Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 694–701.
- Zumdick, S., Schneider, U., Leweke, M., Jülicher, A., Tossmann, P., Bonnet, U. (2006). Studienlage zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat*, 74, 211–225.

# Persönlichkeitsstörungen

*Rainer Sachse*

- 5.1 Definition der Störung – 108**
- 5.2 Allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen – 108**
  - 5.2.1 Ebene der Beziehungsmotive – 108
  - 5.2.2 Ebene der dysfunktionalen Schemata – 109
  - 5.2.3 Ebene des intransparenten Handelns – 110
  - 5.2.4 Kompensatorische Schemata – 111
  - 5.2.5 Interaktionstests – 113
- 5.3 Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen – 114**
  - 5.3.1 Therapeutische Beziehung – 114
  - 5.3.2 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose – 115
  - 5.3.3 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 117
  - 5.3.4 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 119
- 5.4 Empirische Befunde – 119**
- 5.5 Schwierige Situationen – 120**
  - Literatur – 120**

## 5.1 Definition der Störung

Wir gehen in unserem Konzept von Persönlichkeitsstörungen aufgrund der empirischen Befundlage (vgl. Hentschel 2013) davon aus,

- dass Persönlichkeitsstörungen (*personality disorders*: PD) kein „Alles-oder-Nichts-Phänomen“ sind – wie es ICD (WHO 2000) und DSM (APA 2003, 2013) nahelegen –, sondern dass sich die Störung kontinuierlich verteilt von einem „leichten Stil“ bis zu einer schweren Störung (Fydrich et al. 1996; Kuhl und Kazén 1997; Markon et al. 2005);
- dass es keine klaren empirischen Kriterien dafür gibt, ab wann ein „Stil“ eine „Störung“ wird, und dass daher alle Kriterien willkürlich sind (Zimmerman et al. 2012);
- dass deshalb Persönlichkeitsstörungen als „Extremvarianten“ normalen psychologischen Funktionierens aufgefasst (Fiedler 1998, 2007) und daher „entpathologisiert“ werden sollten;
- dass Persönlichkeitsstörungen im Kern als Beziehungs- oder Interaktionsstörungen betrachtet werden sollten (Benjamin 1987, 1993, 1996, 2003; Fiedler 1998, 2000);
- dass man ein umfassendes Modell für Persönlichkeitsstörungen entwickeln sollte, aus dem man Störungsmodelle für die einzelnen Störungen ableiten kann (Livesley 2001; Livesley und Jackson 1992; Livesley und Lang 2005; Livesley et al. 1994, 1998).

## 5.2 Allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen

Auf der Grundlage der definitorischen Überlegungen wurde ein allgemeines psychologisches Modell für Persönlichkeitsstörungen entwickelt: das Modell der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1997, 1999; Sachse et al. 2010). Es liefert die Basis für die Modelle für spezifische Störungen, und aus ihm können therapeutische Prinzipien und Strategien abgeleitet werden (Sachse 2001, 2002, 2004a, 2006a, 2006b, 2008, 2013; Sachse et al. 2014; Sachse et al. 2011; Sachse et al. 2012). Ich möchte zunächst das Modell und danach die therapeutischen Strategien genauer darstellen.

Das *Modell der doppelten Handlungsregulation* spezifiziert, welche psychologischen Variablen für die spezifische Art der Informationsverarbeitung und für die spezifische Handlungsregulation von Personen mit Persönlichkeitsstörungen eine Rolle spielen. Und es spezifiziert, wie diese Variablen zusammenwirken. Aus dem Modell lassen sich charakteristische Eigenheiten von Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie prinzipielle therapeutische Vorgehensweisen ableiten.

### ➤ Das Modell der doppelten Handlungsregulation umfasst drei Ebenen:

1. die Ebene der Beziehungsmotive oder der authentischen Handlungsregulation,
2. die Ebene der dysfunktionalen Schemata und
3. die Ebene des intransparenten Handelns, auch Spielebene genannt.

### 5.2.1 Ebene der Beziehungsmotive

Das Modell geht davon aus, dass eine Person, schon als Kind oder Jugendlicher, eine Reihe von *zentralen Beziehungsmotiven* aufweist, wie das Motiv nach Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen/Territorialität (ausführlich dazu s. Sachse 1999,

2006a; Langens 2009; Sachse et al. 2009; Sachse et al. 2009). Dabei bilden diese Motive eine Hierarchie, d. h., für eine bestimmte Person ist *ein* Motiv zentral (hoch in der Hierarchie), weitere sind noch wichtig und andere relativ unwichtig (welche Beziehungsmotive jeweils zentral sind, kennzeichnet auch eine spezifische Persönlichkeitsstörung).

Diese Motive sind bei einer Person auf der Ebene interaktioneller Ziele konkretisiert bzw. operationalisiert in konkrete, situationsbezogene Ziele. So ist z. B. das Motiv „Wichtigkeit“ operationalisiert in Ziele wie:

- Ich möchte von anderen Aufmerksamkeit.
- Ich möchte von anderen wahrgenommen werden.
- Ich möchte von anderen ernst genommen werden.
- Ich möchte von anderen respektiert werden.
- Ich möchte von anderen gesehen werden.
- Ich möchte von anderen Signale der Zugehörigkeit.

Die Person richtet nun ihr Handeln, insbesondere ihr *interaktionelles Handeln* danach aus, die zentralen Motive bzw. die daraus abgeleiteten interaktionellen Ziele zu befriedigen, oder genauer gesagt: *von anderen befriedigt zu bekommen* (denn es sind „Beziehungsmotive“, und diese können nur durch andere Personen befriedigt werden!). Dazu nutzt die Person beim Handeln Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen, und je nachdem, wie effektiv sie handelt, erfährt sie positive Konsequenzen (die anderen verhalten sich motivkomplementär, d. h. motivbefriedigend) oder negative Konsequenzen (die anderen verhalten sich nicht motivkomplementär oder sogar motivverletzend).

Um so zu handeln, dass die Handlungen zu positiven Konsequenzen führen können, benötigt eine Person *Kompetenzen*. Man kann hier zwischen Handlungskompetenzen und Verarbeitungskompetenzen unterscheiden (Sachse 1999).

*Handlungskompetenzen* setzen sich zusammen aus einem Wissen über Handlungsstrategien („Was kann ich in bestimmten Situationen tun, um bestimmte Ziele zu erreichen?“) und der Fähigkeit, Strategien flexibel zu modifizieren und anzupassen. Die Handlungskompetenz einer Person ist umso höher, je größer ihr Repertoire an Handlungsstrategien ist und desto flexibler (und schneller) sie diese Strategien adaptieren kann.

*Verarbeitungskompetenzen* beinhalten die Fähigkeit, Situationen, vor allem soziale Situationen, gut und schnell analysieren und verstehen zu können, und sie beinhalten insbesondere die Fähigkeit zur sozialen Empathie: die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinversetzen zu können, (schnell) zu erkennen, was ein Interaktionspartner will, welche Einstellungen er hat, auf welche Verhaltensweisen er positiv reagiert. Verarbeitungskompetenzen haben damit viel mit einer „Theory of Mind“ (Fodor 1978; Förstl 2007; Premack und Woodruff 1978) zu tun: Personen, die schnell gute Rekonstruktionen von einem Interaktionspartner bilden können, können ihr Handeln (falls sie über entsprechende Strategien verfügen!) gut auf diesen einstellen und so mit hoher Wahrscheinlichkeit positive Interaktionseffekte erzielen. Personen, die das nicht können, treten dagegen ständig ins „Fettnäpfchen“.

## 5.2.2 Ebene der dysfunktionalen Schemata

Auf der zweiten Ebene des Modells nehmen wir an, dass es dysfunktionale Schemata gibt, die die Informationsverarbeitung und Handlungsregulation von Personen stark determinieren (vgl. Beck et al. 1990). Wir gehen davon aus, dass man zwei Arten dysfunktionaler Schemata unterscheiden kann: Selbstschemata und Beziehungsschemata (s. dazu Sachse et al. 2009a).



*Selbstschemata* sind solche, die Annahmen der Person über sich selbst enthalten wie „Ich bin ein Versager“, „Ich bin nicht wichtig“ sowie Kontingenzannahmen und Bewertungen dazu.

*Beziehungsschemata* sind solche, die Annahmen der Person über Beziehungen enthalten, darüber, wie Beziehungen funktionieren, was man in Beziehungen zu erwarten hat, sowie wiederum Kontingenzannahmen und Bewertungen dazu (z. B.: „In Beziehungen wird man abgewertet“, „Beziehungen sind nicht verlässlich“).

Diese Schemata sind dysfunktional, da sie zu negativen Erwartungen führen, aber vor allem auch zu negativen Interpretationen von Situationen oder negativen Affekten. Sie determinieren eine schnelle, hochautomatisierte Informationsverarbeitung und führen zu etwas, was wir „hyperallergische Reaktionen“ nennen: Minimale situative Auslöser rufen schnell heftige (affektive) Reaktionen hervor. So kann z. B. jemand, der das Schema „Ich bin nicht wichtig“ hat, auf eine minimale Unaufmerksamkeit eines Interaktionspartners heftig verletzt und gekränkt reagieren.

Diese Ebene der dysfunktionalen Schemata ist nun eine Ebene, die Personen mit Persönlichkeitsstörungen kennzeichnet (Beck et al. 1993): Klienten mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen weisen *charakteristische Arten* von Schemata auf. So ist z. B. das Schema „Ich bin nicht wichtig“ kennzeichnend für Personen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung; ein Schema der Art „Ich bin ein Versager“ ist charakteristisch für eine Person mit narzisstischer Störung (vgl. Sachse 2002, 2004a, 2004c, 2006c, 2006d).

### 5.2.3 Ebene des intransparenten Handelns

Die Entwicklung dieser Handlungsebene beginnt für Kinder oder Jugendliche mit einer schwierigen, andauernden Interaktionssituation: Wichtige Interaktionspartner frustrieren andauernd wichtige Beziehungsbedürfnisse. Auf diese schwierige Situation müssen die Heranwachsenden nun reagieren.

Kinder z. B., deren zentrales Beziehungsmotiv durchweg frustriert wird, haben im Prinzip zwei Möglichkeiten:

1. Sie können resignieren und zu Handeln aufhören, sich anpassen oder eine depressive Entwicklung durchmachen, oder
2. sie können versuchen, Handlungen zu entwickeln, mit deren Hilfe sie ihre Interaktionspartner doch dazu bekommen, ihnen zumindest Aspekte ihrer Motive zu befriedigen.

Wir nehmen an, dass nur diese zweite Strategie zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung oder zumindest eines Persönlichkeitsstils führt. Wir nehmen auch an, dass Menschen, auch Kinder, in der Regel *aktive, problemlösende Organismen* sind: Deshalb ist dieser zweite Weg sehr viel wahrscheinlicher als der erste!

Die Personen entwickeln nun langsam, Schritt für Schritt, Strategien, mit deren Hilfe sie wichtige Interaktionspartner doch dazu bewegen können, bestimmte interaktionelle Ziele zu befriedigen: Diese Strategien entwickeln sich, wenn (und nur wenn!) sie erfolgreich sind, und damit sehen die Personen diese Strategien dann auch zwingend als „gute Lösungen“ für schwierige Situationen an: Deshalb werden die Strategien mit Sicherheit *ich-synton*, also als Teil der eigenen Person, wahrgenommen und nicht als störend, dysfunktional oder problematisch.

Dabei können die Kinder positive oder negative Strategien einsetzen:

- *Positive Strategien* sind solche, die andere Intentionen und Motive der Interaktionspartner nutzen, um positive Effekte zu erzielen. So kann ein Kind zwar nicht als Person Aufmerksamkeit gewinnen (z. B. weil der Vater sich gar nicht für das Kind interessiert); da der Vater aber möchte, dass Mitglieder seiner Familie bei anderen einen positiven Eindruck machen,

kann sich das Kind in seinem strategischen Handeln diese Intention zunutze machen: Es kann auf einer Familienfeier lustig und unterhaltsam sein, andere erheitern und spaßig wirken. Da dem Vater *dieses Handeln* gefällt (da es zu seinen Zielen passt), erhält das Kind nun *Aufmerksamkeit für dieses Handeln*.

- *Negative Strategien* sind solche, die Normen und Vermeidungsziele von Personen nutzen, um Effekte zu erzielen. So kann ein Kind, das als Person keine Aufmerksamkeit erhält, Aufmerksamkeit bekommen, wenn es Kopfschmerzen simuliert: Der Vater hat die Norm „um kranke Kinder kümmert man sich, sonst ist man ein schlechter Vater“ und kümmert sich *deshalb* um sein Kind. Eigentlich will er das gar nicht, und es macht ihm auch keinen Spaß, aber er tut es, weil er ansonsten ein schlechtes Gewissen hat oder weil er negative Kritik von anderen (z. B. seiner Frau) befürchtet und vermeiden will.

Die Strategien sind manipulativ (wobei „manipulativ“ *nicht* wertend, sondern nur in einem psychologischen Sinn gemeint ist!), denn der Interaktionspartner wird im Grunde über das Handlungsziel der Person getäuscht: Das Kind, das lustig ist, ist dies nicht, um lustig sein zu wollen (was der Vater aber glaubt!), sondern um Aufmerksamkeit zu bekommen (was der Vater nicht weiß): Das Kind spiegelt also etwas vor, das nicht so ist, und lässt den Interaktionspartner über die tatsächlichen Absichten im Unklaren. *Und genau das ist manipulativ*: Der Interaktionspartner wird zu etwas veranlasst, und zwar aus Gründen, die er nicht wirklich durchschaut: Das strategische Verhalten ist damit auch *intransparent*.

## 5.2.4 Kompensatorische Schemata

Auf der Ebene des intransparenten Handels, der Spielebene, gibt es kompensatorische Schemata: Diese dienen dazu, dysfunktionale Schemata (auf der Schemaebene) zu kompensieren bzw. dafür zu sorgen, dass diese sich nicht als wahr erweisen.

Zum einen gibt es kompensatorische Selbstschemata, die positive oder (kompensatorisch) übertriebene Selbstannahmen enthalten; es gibt kompensatorische Normschemata, die (oft übertriebene) Ziele (in Form von „Muss-Sätzen“) enthalten, und es gibt kompensatorische Regelschemata, die (ebenfalls oft überzogene) Anweisungen an andere enthalten. Wir (Sachse et al. 2009a) haben diese Schemata als „kompensatorisch“ bezeichnet, weil ihr Sinn im Wesentlichen darin besteht, die negativen Inhalte der Selbst- und Beziehungsschemata auf der Schemaebene „auszubügeln“ oder dafür zu sorgen, dass die dort spezifizierten Inhalte und Konsequenzen nicht eintreten.

### 5.2.4.1 Kompensatorische Normschemata

Kompensatorische Normschemata enthalten Anweisungen darüber, wie die Person sein sollte oder sein muss: Sie enthalten damit *Ziele* der Person (im Sinne expliziter Ziele; vgl. Püschel und Sachse 2009). Normative Schemata sind somit interaktionelle Ziele auf der Spielebene.

- ***Normschemata* sind solche, die „Anweisungen“ der Person an sich selbst enthalten, z. B.: „Sei erfolgreich“, „Sei der Beste“, „Sei die Wichtigste“, „Vermeide auf alle Fälle Blamagen“, „Vermeide alle Situationen, in denen du kritisiert werden könntest“.**

Normative Schemata enthalten somit Ziele in der Form von Vorschriften: „Sei XY“, „Du musst XY“, „Du darfst nicht XY“ u. a. Dabei können diese Anweisungen für die Person in unterschiedlich

starkem Ausmaß verbindlich sein, was wiederum davon abhängt, wie die Kontingenzebene dieser Schemata definiert ist (vgl. Sachse et al. 2008).

Die Kontingenzebene normativer Schemata enthält zuerst Annahmen darüber, welche negativen Konsequenzen (die die dysfunktionalen Schemata androhen) durch die Befolgung der Anweisungen *nicht* eintreten, z. B.:

- „Wenn du der Beste bist, dann wird dich niemand abwerten.“
- „Wenn du der Beste bist, wird sich niemand von dir abwenden.“

Da die Kontingenzen somit zuerst das „Ausbleiben“ der in den dysfunktionalen Schemata angeordneten Konsequenzen spezifizieren, nennen wir diese Schemata „kompensatorisch“.

Die Kontingenzebene kann jedoch auch negative Konsequenzen für den Fall androhen, dass man die Norm *nicht* erfüllt: Und hier können einmal die gleichen Konsequenzen angedroht werden, die schon das dysfunktionale Schema spezifiziert hat, es können jedoch darüber hinaus *noch mehr* Konsequenzen spezifiziert werden.

Es ist hier sehr wichtig zu sehen, dass alle diese Normen *Ziele* definieren, die Annahmen der dysfunktionalen Schemata (vor allem der Selbstschemata) kompensieren: Sagt das Schema z. B. „Ich bin ein Versager“, dann enthält das normative Schema Aussagen wie: „Sei erfolgreich“, „Zeige dich als intelligent“, „Sei der Beste“ (oder: „Vermeide Kritik“). Dies sind alles Ziele, die die negativen Annahmen der dysfunktionalen Schemata falsifizieren oder dafür sorgen sollen, dass diese „nicht wahr werden“. Damit sind die normativen Schemata wieder sehr eng inhaltlich mit den dysfunktionalen Schemata verbunden, und was noch wichtiger ist: Die Ziele sind per definitionem alle *Vermeidungsziele*!

Während das Erreichen von Annäherungszielen zu positiven Affekten und langfristig zu einer „Sättigung“ der Motive (und damit zu einem Absinken der Motive in der Motivhierarchie) sowie zu dem Gefühl von Zufriedenheit führt, bewirkt das Erreichen von Vermeidungszielen nur das Verschwinden negativer Affekte oder Emotionen (von Spannung, Unwohlsein oder Angst), jedoch *nicht* eine Sättigung von Motiven, damit auch *nicht* ein Gefühl von Zufriedenheit und damit langfristig auch *nicht* ein Absinken des Motivs in der Motivhierarchie (Ebner und Freund 2009; Elliot und Covington 2001; Kuhl 2001): Obwohl die dysfunktionalen Schemata sich aus den Beziehungsmotiven ableiten und sich die normativen Schemata aus den dysfunktionalen Schemata ableiten, ist die Person überwiegend damit beschäftigt, den normativen Zielen zu folgen und ihr Handeln danach auszurichten. Damit erreicht sie zwar immer wieder die Reduktion negativer Affekte und damit auch eine ständige Bekräftigung ihres Handelns, *sie erreicht jedoch keine Befriedigung der zugrunde liegenden Beziehungsmotive mehr*! Diese Motive bleiben weiterhin hoch in der Motivhierarchie, sie bleiben weiterhin dominant, egal wie viel die Person auch tut!

Das strategische Handeln der Person, das darauf angelegt ist, die Ziele auf dieser Ebene zu befriedigen, schafft damit zwar ständig Effekte, führt aber nie zu einer wirklichen Motivbefriedigung. Und damit ist dieses Handeln auch *unstillbar* (im Sinne von Gollwitzer 1987, 1999): Da die Anregung dysfunktionaler Schemata immer wieder zu negativen Affekten und Effekten führt, muss man immer wieder von Neuem handeln, um die Vermeidungsziele zu erreichen: Die damit erreichten Effekte erzeugen immer wieder Erleichterung und „Linderung“, verändern das System als solches aber in gar keiner Weise.

#### 5.2.4.2 Kompensatorische Regelschemata

Neben Selbst- und normativen Schemata gibt es auf der Spielebene jedoch noch eine Art kompensatorischer Schemata: Regelschemata (vgl. Sachse et al. 2009a).

- **Regelschemata** enthalten keine Regeln, die die Person selbst befolgen soll, sondern Regeln, die andere, die Interaktionspartner, befolgen sollen! Regelschemata enthalten somit interaktionale Erwartungen, z. B.: „Andere haben mich respektvoll zu behandeln.“ Oder: „Ein Partner hat mir rund um die Uhr Aufmerksamkeit zu schenken.“

Auf der Kontingenzebene solcher Schemata stehen dann auch keine Katastrophen, die für die Person selbst eintreten könnten, sondern Konsequenzen, die dem Interaktionspartner von der regelsetzenden Person drohen, z. B.: „Wenn mich jemand nicht respektvoll behandelt, darf ich wütend reagieren.“ Oder: „Wenn mein Partner mir keine Aufmerksamkeit schenkt, mache ich ihm eine Szene.“

Regelschemata kompensieren insbesondere die negativen Beziehungserwartungen der dysfunktionalen Beziehungsschemata: Hat eine Person das Schema „in Beziehungen wird man nicht respektiert“, dann entwickelt sie auf der Spielebene eine (mehr oder weniger starke) Erwartung an Interaktionspartner, die genau dieser Annahme widerspricht: „Mein Partner hat mich respektvoll zu behandeln – und wehe, wenn nicht!“

Die Reaktion bei der Aktivierung von Regelschemata ist somit nicht Kränkung, sondern Ärger: Was bedeutet, dass eine Person hier bei geringfügigem „Vergehen“ von Interaktionspartnern maximal heftig wütend reagieren kann.

Es sind vor allem diese Regelschemata und das daraus resultierende Handeln, das Personen mit Persönlichkeitsstörungen *massive interaktionale Probleme* einbringt: Denn Interaktionspartner sehen über kurz oder lang nicht wirklich ein, dass sie sich nach den Regeln ihres Partners verhalten müssen (vor allem dann nicht, wenn dieser sich auch sonst wenig reziprok verhält!), und sie sehen nicht ein, dass sie sich, oft wegen Kleinigkeiten, massive Vorwürfe gefallen lassen sollten.

### 5.2.5 Interaktionstests

Tests sind Handlungen, mit deren Hilfe eine Person etwas Bestimmtes über einen Interaktionspartner herausfinden will; sie will dies, weil sie hofft, dass der Interaktionspartner bestimmte positive Eigenschaften hat, weil sie aber gleichzeitig fürchtet, dass er sie nicht hat.

Tests dienen somit zentral dazu, „Sicherheit“ zu schaffen an Stellen, an denen die Person misstrauisch ist.

Dabei sind die Testsituationen meist für die Interaktionspartner recht schwierig, denn nur durch schwierige, anspruchsvolle Tests kann man feststellen, ob ein Interaktionspartner sich „wirklich bewährt“.

Tests sind immer *Prüfungen der Beziehung*, sie beziehen sich immer darauf, Einstellungen oder Eigenschaften des Interaktionspartners im Hinblick auf die Gestaltung von Beziehung zu testen. Dabei kann der Interaktionspartner auf ganz Verschiedenes hin getestet werden, z. B.:

- ob er auch in kritischen Situationen zugewandt bleibt,
- ob er wirklich verlässlich ist,
- ob er solidarisch ist,
- ob er kompetent ist,
- ob er stark genug ist,
- ob er sich durchsetzen kann.

Tests können für einen Interaktionspartner unterschiedlich „hart“ ausfallen. „Weiche Tests“ bringen die Interaktionspartner kaum in Probleme: Man stellt vielleicht eine persönliche Frage und guckt, wie der Gefragte reagiert. Antwortet er offen (dann hat er Vertrauen), oder weicht er

aus (dann hat er kein Vertrauen)? Damit erbringen „weiche Tests“ für den Testenden aber auch nur wenig an Sicherheit.

### 5.3 Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen

Aus dem Modell der doppelten Handlungsregulation können nun prinzipielle therapeutische Strategien für Personen mit Persönlichkeitsstörungen abgeleitet werden.

Die KOP verläuft in fünf Phasen: Phase 1 dient im Wesentlichen der Beziehungsgestaltung. Phase 2 dient der Entwicklung von Änderungsmotivation. Phase 3 dient der Klärung von Schemata. Phase 4 bezieht sich auf die Bearbeitung („Umstrukturierung“) der Schemata und Phase 5 konzentriert sich auf Transfer.

#### 5.3.1 Therapeutische Beziehung

Das Modell der doppelten Handlungsregulation geht davon aus, dass Klienten mit Persönlichkeitsstörungen hochgradig *beziehungs motiviert* in die Therapie kommen, also einen starken Wunsch aufweisen, dass der Therapeut eine bestimmte Art von Beziehung realisiert.

Dieser Wunsch ist bei Klienten mit Persönlichkeitsstörung *primär*: Sie wollen, dass sich Therapeuten in bestimmter Weise verhalten, ihnen in bestimmter Weise entgegenkommen, sie „in bestimmter Weise abholen“. Alle anderen Intentionen (z. B. Bearbeitungen komorbider Achse-I-Störungen) sind sekundär. *Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen*, und dies wird therapeutisch primär dadurch deutlich, dass Klienten bestimmte Beziehungswünsche haben, nicht nur an den Therapeuten, aber auch an den Therapeuten.

Verhalten sich Therapeuten zu diesen Beziehungswünschen *komplementär*, dann schaffen sie ein hohes Ausmaß von Beziehungskredit (vor allem im Sinne von personalem Vertrauen, aber auch im Sinne von Kompetenzvertrauen; vgl. Sachse 2006a): Sie gehen davon aus, dass der Therapeut „ihnen nichts will“, dass der Therapeut „nicht bedrohlich“ ist, dass der Therapeut „auf ihrer Seite ist“ und ihnen „wirklich helfen will“. Dies ist die Voraussetzung für jede Art von therapeutischer Mitarbeit, von Compliance: Klienten lassen sich nur dann auf Klärung, auf therapeutische Strategien, auf Veränderungsprozesse und vor allem auf Konfrontationen ein, wenn sie diese Art von personalem Vertrauen zum Therapeuten entwickelt haben.

Realisiert ein Therapeut keine Komplementarität oder zu wenig, dann entwickeln die Klienten dieses Vertrauen nicht: Infolgedessen lassen sie sich auch auf keine therapeutische Strategie ein: Sie arbeiten nicht mit, vermeiden, sabotieren Interventionen, meist auf indirekt, intransparente Weise. Unsere Erfahrungen bestätigen diese Annahmen sehr weitgehend.

Die Klienten vertrauen dem Therapeuten und lassen sich auf Klärungsprozesse mit dem Therapeuten ein. Der Therapeut schafft auch so viel Beziehungskredit, dass er sich schließlich „konfrontative Interventionen leisten“ kann.

Das primäre Ziel dieser Phase, das durch diese Art der Beziehungsgestaltung erreicht werden soll, ist, dass der Klient Vertrauen zum Therapeuten aufbaut, und zwar im Wesentlichen personales Vertrauen (aber auch Kompetenzvertrauen). Der Klient soll bezüglich des Therapeuten bestimmte Überzeugungen aufbauen:

- die Überzeugung, dass der Therapeut ihm gegenüber *loyal* ist und dass er sich darauf verlassen kann, dass der Therapeut auf seiner Seite ist und auf seiner Seite bleibt;
- die Überzeugung, dass der Therapeut nichts tun wird, um ihm zu schaden, ihn abzuwerten, defizitär zu definieren, zu kritisieren oder ihn überhaupt zu bewerten;

- die Überzeugung, dass der Therapeut ihn *ernst nimmt*, annimmt, respektiert, sich für ihn interessiert und ihn versteht;
- die Überzeugung, dass der Therapeut ihn nicht bevormunden will, seine Autonomie wahrt, seine Grenzen respektiert und nicht intrusiv ist.

Diese Überzeugungen können schon in gewissem Ausmaß durch allgemeine Beziehungsgestaltung realisiert werden, also durch eine Realisierung von Empathie, Akzeptierung, Respekt. Sie können jedoch in sehr hohem Maße durch komplementäre Beziehungsgestaltung realisiert werden (vgl. Sachse 2004b, 2006a, 2006c).

Komplementäre Beziehungsgestaltung bedeutet, dass ein Therapeut im Therapieprozess rekonstruiert, welches der sechs Beziehungsmotive

1. Anerkennung,
2. Wichtigkeit,
3. Verlässlichkeit,
4. Solidarität,
5. Autonomie,
6. Grenzen/Territorialität

bei dem jeweiligen Klienten hoch in der Motivhierarchie steht, also für den Klienten von zentraler Bedeutung ist, und dass er, sobald er dies weiß, so handelt, dass dieses Motiv (im Rahmen therapeutischer Regeln!) angemessen befriedigt wird (Sachse 2006a, 2006c). Macht der Klient die Erfahrung, dass sein Motiv befriedigt wird, dann wird er mit hoher Wahrscheinlichkeit eine oder mehrere der oben genannten Überzeugungen entwickeln.

### 5.3.2 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose

#### 5.3.2.1 Keine Komplementarität zur Spielebene

Folgt ein Klient kompensatorischen Zielen und hat er damit Erfolg, dann wird sein kompensatorisches Handeln bekräftigt: Ansonsten hat dies aber, wie wir in Abschn. 5.2 gesehen haben, keine positiven Auswirkungen, es stabilisiert vielmehr das dysfunktionale System.

Aus dieser Erkenntnis folgt dann schlüssig, dass ein Therapeut durch sein Handeln möglichst nichts tun sollte, was das dysfunktionale System des Klienten ebenfalls stabilisiert oder gar verfestigt. Und deshalb wurde die These aufgestellt, dass sich ein Therapeut nicht komplementär zur Spielebene verhalten soll (Sachse 2004b).

Genauere Analysen haben seitdem aber deutlich gemacht, dass eine allgemeine Regel „nicht zur Spielebene komplementär verhalten“ so einfach nicht realisierbar ist, und daher soll die Regel hier neu formuliert werden.

#### ! Cave

Ganz allgemein kann man noch immer sagen, dass ein Therapeut sich möglichst nicht zur Spielebene komplementär verhalten sollte: Sollte es jedoch in einem Einzelfall wichtig sein, sich zu einem Spielaspekt komplementär zu verhalten, dann sollte man als Therapeut dies nur tun, wenn folgende Bedingungen gegeben sind:

- Es gibt im Augenblick dazu keine gute Alternative.
- Der Therapeut entscheidet sich *bewusst und strategisch* dazu.

- Er geht mit seinem kompensatorischen Handeln nur so weit, wie dies unbedingt nötig ist.
- Er verhält *sich so kurz wie möglich* zur Spielebene komplementär.
- Diese Komplementarität *widerspricht nicht therapeutischen Regeln* und sabotiert keine anderen therapeutischen Ziele.

### 5.3.2.2 Steuern und Internalisieren

Obwohl die Beziehungsgestaltung in der ersten Phase zentral im Vordergrund steht, sollte ein Therapeut aber noch mehr tun, als nur Interventionen auf der Beziehungsebene zu realisieren.

Er sollte schon von Anfang der Therapie an vorsichtig versuchen, die Bearbeitungsprozesse des Klienten zu *steuern*, d. h., er sollte Interventionen auf der Bearbeitungsebene realisieren.

Steuern bedeutet hier, dass ein Therapeut dem Klienten deutlich macht, was der Klient nun als Nächstes im Therapieprozess tun sollte: Der Therapeut realisiert Bearbeitungsangebote (Sachse und Maus 1991).

Zu Therapiebeginn geht ein Therapeut jedoch davon aus, dass der Klient den Bearbeitungsangeboten des Therapeuten noch nicht folgt, sondern dass der Therapeut diese Interventionen realisieren muss, um *Marker* zu setzen: Durch die *immer und immer wieder* vom Therapeuten realisierten, steuernden Interventionen wird dem Klienten Schritt für Schritt deutlich gemacht,

- was er konkret im Therapieprozess jeweils tun könnte, wie er konkret weiterarbeiten könnte,
- was er nach Ansicht des Therapeuten nun auch sinnvollerweise tun sollte.

In dieser Phase geht der Therapeut nicht nur davon aus, dass der Klient den Angeboten folgt, sondern er geht davon aus, dass er diese Angebote sehr häufig machen muss,

- bevor der Klient überhaupt bemerkt, dass der Therapeut Angebote gemacht hat;
- bevor der Klient überhaupt versteht, dass der Therapeut diese ernst meint;
- bevor der Klient versteht, dass diese Angebote wichtig sind;
- bevor der Klient versteht, dass er diesen Angeboten folgen könnte;
- bevor der Klient sich schließlich dazu entscheidet, diesen Angeboten zu folgen.

Steuernde Interventionen wirken *kumulativ*: Nur dann, wenn ein Therapeut sie sehr häufig anwendet, entfalten sie irgendwann ihre Wirkung; damit bewirken sie nicht unmittelbar etwas, sondern verzögert und nur durch ihre ständige Wiederholung!

Daher sollte der Therapeut von Anfang an dem Klienten konstruktive Bearbeitungsangebote machen (vgl. Sachse 1992, 2003), z. B.

- den Klienten bitten, problematische *Situationen* zu schildern,
- den Klienten bitten, Situationen *konkret* zu schildern,
- den Klienten bei langen Schilderungen unterbrechen und Einzelaspekte vertiefen,
- den Klienten dazu bringen, deutlich zu machen, welche *Aspekte für ihn* relevant sind, was *ihn* stört usw.

Vor allem, wenn Klienten stark dysfunktionale Bearbeitungen aufweisen, sollte ein Therapeut deutlich steuern, so z. B. wenn ein Klient dazu neigt, sein Problem stark zu intellektualisieren. Dann versucht der Therapeut den Klienten vorsichtig, immer und immer wieder, dazu zu bewegen, Probleme an ganz konkreten Beispielen festzumachen, damit man von da aus interne Prozesse initiieren und klären kann:



- Neigt ein Klient zu unkonkreten Darstellungen, dann steuert ein Therapeut immer wieder konkretere Darstellungen an.
- Neigt ein Klient dazu, einen „Wochenspiegel“ zu erzählen, dann greift ein Therapeut ein aktuelles, konkretes Ereignis heraus und versucht, gemeinsam mit dem Klienten von dort aus das Problem weiter zu klären.

Ein zentraler Aspekt von Steuerung ist *Internalisierung*. Dabei regt ein Therapeut den Klienten dazu an, seine Perspektive nach innen zu lenken, auf das, was er denkt, fühlt, möchte, will. Dies kann er durch Fragen tun wie:

- Was löst die Situation in Ihnen aus?
- Was geht Ihnen in Situation X durch den Kopf?
- Was empfinden Sie in Situation X?
- Was hätten Sie in Situation X gerne getan?

Auch hier regt der Therapeut Internalisierungen als Angebote wieder und wieder an, bis der Klient irgendwann darauf eingeht und der Therapeut *dann* einen Klärungsprozess initiieren kann.

Internalisierungen verwendet der Therapeut somit auch als *Marker*: Mit ihnen *markiert* der Therapeut, auch dann, wenn der Klient nicht auf diese Fragen eingeht,

- dass der Klient sich mit internalen Prozessen beschäftigen sollte,
- dass der Therapeut die Beachtung dieser Prozesse für wichtig hält und auch
- dass der Klient bemerkt, dass er auf diese Fragen keine Antwort weiß und dass das ein Hinweis auf unklare Probleme sein könnte.

### 5.3.2.3 Bestehen von Tests

Interaktionelle Tests werden von Klienten meist zu Beginn der Therapie realisiert. Und deshalb gehört es auch zu den Aufgaben von Therapeuten in dieser Phase, Tests zu bestehen.

Der Therapeut muss sich dabei immer klarmachen,

- dass Tests, selbst wenn sie provokatives oder aggressives Verhalten auf Klientenseite beinhalten, nicht dazu dienen, den Therapeuten zu ärgern,
- dass Tests lediglich dazu dienen, festzustellen, ob Therapeuten auch bei solchen Provokationen freundlich, zugewandt und verlässlich bleiben.

Daher sollte der Therapeut bei Tests

- immer freundlich zugewandt bleiben, sich klarmachen, dass er nicht persönlich gemeint ist, sondern dass es nun darum geht, weiterhin eine gute Beziehung anzubieten;
- sich bemühen zu verstehen, worum es dem Klienten wirklich geht, also den Klienten ernst nehmen, anbieten, mit dem Klienten zu klären, was jetzt gerade passiert;
- versuchen, mit dem Klienten zu erarbeiten, warum der Klient jetzt dieses Verhalten zeigt.

## 5.3.3 Therapiephase 2: Symptomorientierung

---

### 5.3.3.1 Entwicklung eines Arbeitsauftrages

Persönlichkeitsstörungen müssen als *ich-syntone Störungen* aufgefasst werden (und das Modell der doppelten Handlungsregulation macht auch deutlich, warum); damit sind sie Störungen, die die Person, die sie hat, nicht stören und die somit von der Person nicht als problematisch oder



änderungsbedürftig eingeschätzt werden. Die Klienten mit Persönlichkeitsstörungen kommen im Wesentlichen wegen der Kosten in Therapie, die ihr System erzeugt, nicht weil sie ihr Handeln selbst stört. Damit sind die Klienten, die mit Persönlichkeitsstörungen in Therapie kommen, aber im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsstörung auch nicht änderungsmotiviert und sie haben infolgedessen im Hinblick auf diese Störung auch keinen Arbeitsauftrag: Sie wollen nicht an der Veränderung der Persönlichkeitsstörung arbeiten und sie weisen bei entsprechenden Interventionen des Therapeuten auch keine Compliance auf. Ohne Arbeitsauftrag kann ein Therapeut aber gar nicht an der Veränderung einer Störung arbeiten: *Ohne Arbeitsauftrag gibt es keine sinnvolle Therapie.*

➤ **Wenn Klienten sich der Mühe (und es ist eine!) unterziehen wollen und sollen, ihr System zu klären und zu modifizieren, dann müssen sie dringend einen Arbeitsauftrag entwickeln, d. h., sie müssen eine Änderungsmotivation im Hinblick auf Aspekte der Persönlichkeitsstörung aufbauen.**

Dies können sie aber nur, wenn sie erkennen,

- dass sie hohe Kosten haben, insbesondere hohe interaktionelle Kosten;
- dass sie diese Kosten wirklich nicht wollen, dass sie wichtigen Motiven massiv widersprechen;
- dass sie diese Kosten durch ihr Handeln und letztlich durch eigene Ziele, Annahmen und Strategien selbst erzeugen;
- dass sie ihre Kosten massiv senken können, wenn sie diese Ziele, Annahmen und Strategien ändern;
- dass sie dies mit Hilfe des Therapeuten tun können.

Genau dies erkennen Klienten mit Persönlichkeitsstörungen aber nicht von sich aus (wie das Modell der doppelten Handlungsregulation deutlich macht), sondern diese Erkenntnis muss ihnen aktiv durch den Therapeuten vermittelt werden: Damit ist ein Arbeitsauftrag auch keine Voraussetzung für eine Therapie, sondern das zweite Therapieziel (das erste ist Aufbau von Beziehungskredit). Und zum Erreichen dieses zweiten Therapieziels dient die zweite Phase der Therapie.

Der Klient muss somit in dieser Phase durch Interventionen des Therapeuten eine Änderungsmotivation aufbauen und einen Arbeitsauftrag entwickeln.

Dazu muss der Therapeut dem Klienten durch entsprechende Interventionen deutlich machen,

- dass er Kosten hat,
- dass er diese Kosten nicht will,
- dass er diese Kosten durch Schemata usw. selbst erzeugt,
- dass er die Kosten reduzieren kann, wenn er diese Schemata usw. verändert, und
- dass er dies in der Therapie mit dem Therapeuten angehen kann.

Damit wird klar, *dass es die Aufgabe des Therapeuten ist, dem Klienten diese Einsichten zu vermitteln*, dass es somit von den Interventionen des Therapeuten entscheidend abhängt, ob ein Klient eine Änderungsmotivation und einen Arbeitsauftrag entwickelt oder nicht! Der Therapeut muss somit den Klienten auf die oben genannten Punkte *aufmerksam machen*.

Schon den Klienten auf Kosten aufmerksam zu machen, kann konfrontativ sein; dem Klienten aber klarzumachen, dass er durch eigenes Handeln, insbesondere durch eigenes *manipulatives* Handeln, Kosten erzeugt, ist sehr wahrscheinlich hoch konfrontativ: Denn Klienten wollen in der Regel gerade an diesem Punkt auf keinen Fall durchschaut werden und reagieren meist hoch allergisch darauf, wenn jemand das thematisiert!

### 5.3.4 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

---

#### 5.3.4.1 Klären von Schemata

In dieser Phase ist die Klärung von Schemata zentral: Es geht darum, dass Therapeut und Klient eine valide Repräsentation der problemrelevanten, dysfunktionalen Schemata erarbeiten.

Das Klären (von Schemata und Motiven) ist der dritte zentrale Aspekt der Therapie bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen. Diese Klärung dysfunktionaler Schemata geschieht dabei nach den Regeln und Strategien der *Klärungsorientierten Psychotherapie* (s. zu den Details der Vorgehensweise: Sachse et al. 2009a).

Bei dieser Klärung arbeitet der Therapeut mit dem Klienten systematisch heraus,

- welche aktuellen Verarbeitungsprozesse (Kognitionen, Interpretationen, Affekte, Emotionen, Wünsche, Handlungsimpulse) der Klient in problemrelevanten Situationen (aufgrund seiner Schemata) vollzieht,
- und anhand dieses Materials rekonstruieren sie Schritt für Schritt die zugrunde liegenden Schemata.

Dabei realisiert der Therapeut Interventionen,

- die relevante Schemata aktivieren, wodurch die aktuellen Verarbeitungsprozesse überhaupt erst ausgelöst werden;
- die dazu führen, dass Klienten ihre Perspektive internalisieren und so diese Prozesse repräsentieren können;
- die Fragestellungen aufwerfen und verfolgen, die auf relevante Schemata hinführen;
- die Klienten am Klärungsprozess halten;
- die Klienten aktiv bei der kognitiven Repräsentation, also der Umsetzung der Schemata in Kognitionen bzw. in Sprache, helfen.

Da die Aspekte der Schemaklärung in anderen Publikationen schon explizit und ausführlich herausgearbeitet worden sind, soll dies hier nicht wiederholt werden (vgl. Sachse et al. 2009a).

#### 5.3.4.2 Bearbeiten von Schemata

Sind die relevanten Schemata valide kognitiv repräsentiert, dann kann ein systematischer Prozess der Schemabearbeitung erfolgen: Die problemrelevanten Schemata werden hinterfragt, widerlegt, und es werden alternative Schemata bzw. bei affektiven, dysfunktionalen Schemata alternative Affekte entwickelt (Sachse 1983, 2000, 2006e). Die Aspekte der Schemabearbeitung im Ein-Personen-Rollenspiel sind ausführlich dargestellt bei Sachse et al. (2008) sowie Breil und Sachse (2009).

## 5.4 Empirische Befunde

---

In einer Reihe von Studien wurde die Effektivität von Klärungsorientierter Psychotherapie bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen (vgl. Sachse 2016). Dabei zeigen sich recht hohe Effektstärken, sodass Klärungsorientierte Psychotherapie als effektive Therapieform angesehen werden kann.

## 5.5 Schwierige Situationen

Klienten mit Persönlichkeitsstörungen erzeugen eine Vielzahl von schwierigen Interaktionssituationen im Therapieprozess. Da dies hoch komplex ist, soll hier nicht im Detail darauf eingegangen werden (vgl. dazu Sachse und Fasbender 2013).

### Literatur

- APA. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) Textrevision* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. [dt. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz/PVU].
- Beck, A. T., Freeman, A., & Pretzer, J. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Benjamin, L. S. (1987). Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders: Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 1, 43–70.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of DSM personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L. S. (1996). Ein interpersonaler Behandlungsansatz für Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich, & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 136–148). Weinheim: Beltz/PVU.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2. Aufl.). New York: Guilford Press.
- Breil, J., & Sachse, R. (2009). Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II* (S. 49–53). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ebner, M. C., & Freund, A. M. (2009). Annäherungs- und Vermeidungsmotivation. In V. Brandstätter & J. Otto (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion* (S. 22–28). Göttingen: Hogrefe.
- Elliot, A. J., & Covington, M. V. (2001). Approach and avoidance motivation. *Educational Psychology Review*, 13, 73–92.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fodor, J. A. (1978). Propositional attitudes. *Monist*, 61, 501–523.
- Förstl, H. (2007). *Theory of Mind – Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Springer.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C., & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, H. Fydrich, & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 91–116). Weinheim: Beltz/PVU.
- Gollwitzer, P. M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In H. Heckhausen, P. Gollwitzer, & F. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 176–190). Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Hentschel, A. (2013). *Die Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbst-Pathologie und interpersonale Pathologie des alternativen DSM-5 Modells anhand des General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Dissertation, TU Dresden.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1997). *Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Langens, T. (2009). Das Motivkonzept: Ein Vergleich zwischen Klärungsorientierter Psychotherapie und allgemeiner Motivationspsychologie. In R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil, & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 117–141). Göttingen: Hogrefe.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In W. J. Livesley (Hrsg.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (S. 3–38). New York: Guilford.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (1992). Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 609–618.
- Livesley, W. J., Jang, K. J., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941–948.

- Livesley, W. J., & Lang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, 19, 257–268.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6–17.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral Brain Sciences*, 1, 515–226.
- Püschel, O., & Sachse, R. (2009). Eine motivationstheoretische Fundierung Klärungsorientierter Psychotherapie. In R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil, & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 89–116). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187–200.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1997). *Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe, 2. Auflage.
- Sachse, R. (2000). Klärungsorientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen. In M. Lasar & U. Trenkmann (Hrsg.), *Depressionen – Neue Befunde aus Klinik und Wissenschaft* (S. 21–36). Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2002). *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004a). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für eine Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2004b). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen* (S. 357–404). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2004c). *Selbstverliebt – aber richtig*. Klett-Cotta.
- Sachse, R. (2006a). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2006b). Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 11(2), 241–246.
- Sachse, R. (2006c). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006d). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 306–324). Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2006e). Die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 255–280). Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2008). Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 2 (S. 1105–1125). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2016). *Grundlagen Klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Breil, J., & Fasbender, J. (2009a). Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. In R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil, & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 66–88). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Fasbender, J. (2013). Interaktionsschwierigkeiten im Therapieprozess bei Klienten mit narzisstischer und histrionischer Persönlichkeitsstörung. In H. W. Hofert & U. Härter (Hrsg.), *Schwierige Patienten* (S. 203–214). Bern: Huber.
- Sachse, R., Fasbender, J., & Breil, J. (2009b). Klärungsprozesse: Was soll im Therapieprozess geklärt werden? In R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil, & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 36–65). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., Breil, J., & Sachse, M. (2012). *Klärungsorientierte Psychotherapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., & Sachse, M. (2014). *Klärungsorientierte Psychotherapie der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R., Sachse, M., & Fasbender, J. (2010). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M., & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- WHO. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Kalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *Journal of Personality Disorder*, 27(2), 244–251.

# Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

*Rainer Sachse und Stefanie Kiszkenow-Bäker*

## **6.1 Fallbeispiel – 124**

## **6.2 Definition der Störung – 124**

### **6.2.1 Symptomatik – 124**

### **6.2.2 Epidemiologie – 125**

## **6.3 Störungstheorie – 126**

### **6.3.1 Zentrale Beziehungsmotive – 126**

### **6.3.2 Schemata – 126**

### **6.3.3 Interaktionsspiele – 128**

### **6.3.4 Emotionskontrolle – 129**

## **6.4 Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung – 129**

### **6.4.1 Therapeutische Beziehung – 130**

### **6.4.2 Therapiephase 1: Therapeutische Beziehung und Arbeitsallianz – 130**

### **6.4.3 Therapiephase 2: Annäherungsmotivation steigern – 132**

### **6.4.4 Therapiephase 3: Veränderung dysfunktionaler Schemata und Alltagstransfer – 134**

## **Literatur – 136**

## 6.1 Fallbeispiel

Frau N. beschreibt sich als sozial eingestellten, tief religiösen Menschen mit festen Wertvorstellungen und Normen. Eigentlich sei sie immer zufrieden mit ihrem Leben gewesen. Anlass für die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie ist ihre Unzufriedenheit darüber, einen wichtigen persönlichen Grundsatz gebrochen zu haben, nämlich die absolute Gewaltfreiheit anderen Menschen gegenüber. Sie arbeitet in einem Wohnheim für geistig behinderte Menschen. In einer turbulenten Situation im Wohnheim sei sie alleine mit einem behinderten Bewohner gewesen, der ihr gegenüber aggressiv wurde. Als dieser nicht von ihr ablassen wollte und klare Zeichen sexueller Erregung zeigte, habe sie sich nicht mehr anders zu helfen gewusst und diesem schließlich eine Ohrfeige gegeben. Für diesen „Kontrollverlust“ schäme sie sich sehr. So etwas sei inakzeptabel, dürfe nie wieder vorkommen, und sie wolle nun an sich arbeiten.

Im Therapiesetting macht Frau N. einen emotional kontrollierten und distanzierten Eindruck und ist um korrekte, detaillierte Schilderungen bemüht. Sie ist stets freundlich, erscheint überpünktlich zu den Sitzungen und verpasst, selbst wenn sie krank ist, nie einen Termin.

Frau N. berichtet, die meisten ihrer Wertvorstellungen von ihren Eltern übernommen zu haben. Diese habe sie bereits als Kind für ihre „Festigkeit im Glauben“ und altruistischen Prinzipien bewundert. Wichtig sei es, Menschen, die schlechter dran seien als man selbst, uneingeschränkt zu helfen. Diese Pflicht zur aktiven Nächstenliebe verstehe sich von selbst. Neben Altruismus und bedingungsloser Gewaltfreiheit sei es für sie außerdem zentral, dass ihr Handeln – beruflich wie privat – stets eine nachhaltige Sinnhaftigkeit ergeben. Man dürfe seine Zeit nicht verschwenden, müsse sich auch in der Freizeit sozial betätigen, der Familie helfen etc. Sie könne ein Leben nach dem „Spaßprinzip“ nicht verstehen. Sie sehe ihre Lebensprinzipien als alternativlos an, man müsse sich eben über „Befindlichkeiten“ hinwegsetzen und „das Richtige tun“.

## 6.2 Definition der Störung

### 6.2.1 Symptomatik

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen sich stark an Normen und Regeln halten (Millon 1996, 2000), wenig spontan sind, wenig emotional und daher eher kühl und distanziert wirken. Sie achten in hohem Maße auf Details, neigen dazu, ihr Verhalten und das anderer zu kontrollieren, und dazu, anderen ihre Moralvorstellungen vermitteln zu wollen. Im Interaktionsverhalten wirken sie stark kontrolliert, wenig spontan, wenig begeisterungsfähig und wenig humorvoll: Sie wirken nicht „locker“, sondern „gehemmt“. Da sie wenig von sich preisgeben, haben Interaktionspartner den Eindruck, „schlecht in Kontakt zu kommen“. Die Beziehung bleibt kühl und distanziert. Aus diesem Grunde ordnet der Ansatz der Klärungsorientierten Psychotherapie die zwanghafte Persönlichkeitsstörung als *Distanzstörung* ein (Sachse 2001, 2006, 2013).

Die Personen leben damit in hohem Maße nach einem Ich-muss- bzw. Ich-darf-nicht-Prinzip. Diese Normorientierung kann sich im Alltag an höchst vielfältigen Werten oder konkreten Verhaltensweisen zeigen: Perfektionismus und akribische Detailorientierung im Arbeitskontext, extreme Sparsamkeit bzw. das Gebot, nichts zu verschwenden, und sehr rigide religiöse oder moralische Lebensgrundsätze sind nur einige mögliche Beispiele. Mit ihrer Gründlichkeit stehen sie sich oft im Wege, z. B. dadurch, dass sie für Arbeitsvorgänge zu

lange brauchen und damit ggf. auch Kollegen behindern. *Kontrolle* ist überhaupt ein zentrales Thema von Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung, denn nur dann kann man (einigermaßen) sicher sein, dass alles funktioniert. Neues ist dagegen potenziell bedrohlich; Situationen mit hoher Ambiguität sind nur schwer auszuhalten. Meist möchten zwanghafte Personen, dass ihre Normen auch für andere verbindlich sind, und zeigen daher „missionarisches Handeln“.

Das zwanghafte Verhalten im Rahmen der Persönlichkeitsstörung ist von isolierten Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken (z.B. Putz- oder Waschwänge, Kontrollwänge, Zählwänge) im Sinne einer Zwangsstörung auf Achse I des DSM abzugrenzen. Personen mit einer Zwangsstörung sind sich prinzipiell darüber bewusst, dass ihr Verhalten übertrieben ist. Sie folgen in ihrem Handeln keinen Normen, die sie sich selbst auferlegt haben, möchten Andere auch keineswegs davon überzeugen, es ihnen gleichzutun und sind in der Regel sehr änderungsmotiviert. Ganz anders ist es bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

In der Therapie dauert es lange, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und die Klienten dazu zu bewegen, eigene Problemanteile zu bearbeiten. Zwanghafte Klienten neigen sehr stark dazu, ihre Probleme auf andere oder die Umstände zu attribuieren und sich selbst als „Opfer“ zu erleben. Auch dem Therapeuten vertrauen zwanghafte Klienten anfangs wenig und geben ihm daher zu Therapiebeginn kaum relevante Informationen. Sie versuchen auch in der Therapie, Emotionen zu kontrollieren, und reagieren häufig ängstlich und verstört, wenn der Therapeut versucht, sie zu emotionalisieren. Die Klienten sind in aller Regel auch nur wenig änderungsmotiviert, was ihre Störung betrifft. Sie sehen zwar die Kosten: die Anstrengung, die Mühsal, die Anspannung; sie sehen, dass andere leichter und besser durchs Leben kommen. Da sie aber davon ausgehen, dass die Welt potenziell gefährlich ist und sie die Welt realistischer wahrnehmen als andere, sehen sie zu ihrem Vorgehen keine Alternative: Die Störung ist daher hochgradig *ich-synton*: Die Personen verstehen die Aspekte der zwanghaften Persönlichkeitsstörung als Teil ihrer Persönlichkeit und nicht als Störung: Diese Ich-Syntonie reduziert im Therapieprozess die Änderungsmotivation erheblich (Fiedler 1994, 1998, 2007).

## 6.2.2 Epidemiologie

Die Prävalenz von zwanghaften Persönlichkeitsstörungen wird auf 7,8 % geschätzt, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind (Grant et al. 2012). Das DSM-IV (APA 2000) schätzt die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung auf 1 %; die Prävalenz in klinischen Stichproben wird auf 3 bis 10 % geschätzt.

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung zeigt eine hohe Komorbidität mit paranoider, selbstunsicherer und Borderlinepersönlichkeitsstörung (Pfohl und Blum 1995). Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung weisen eine erhöhte Unsicherheit auf, Unsicherheit zu ertragen (Gallagher et al. 2003); sie zeigen auch gelegentlich aggressive Ausbrüche (Villemarette-Pittman et al. 2004). Personen mit einer Zwangsstörung (auf Achse I) haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, auch Aspekte einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung aufzuweisen (Eisen et al. 2006; Garyfallos et al. 2010; Lochner et al. 2011; Ruppert et al. 2007). Dagegen leiden Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nicht überproportional häufig an einer Zwangsstörung (Baer et al. 1990; Joffe et al. 1988; Rasmussen und Tsuang 1986).

Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung zeigen eine erhöhte Komorbidität mit Depression (Hardy et al. 1995; Bockian, 2006). Dabei steigert das gleichzeitige Vorliegen beider Störungen das Suizidrisiko (Diaconu und Turecki 2009; Raja und Azzoni 2007). Es gibt außerdem Hinweise auf erhöhte Komorbiditäten mit Angststörungen (Kasen et al. 2001).



### 6.3 Störungstheorie

---

Auf der Grundlage des Modells der doppelten Handlungsregulation (Sachse 1997, 2002, 2004) können spezifische psychologische Komponenten definiert werden, die die zwanghafte Persönlichkeitsstörung charakterisieren.

#### 6.3.1 Zentrale Beziehungsmotive

---

Beziehungsmotive führen dazu, dass Personen sich bestimmte Arten von Feedback oder eine bestimmte Art von Interaktionen mit anderen Personen wünschen, wobei frustrierte Motive weiterhin hoch in der eigenen Motivhierarchie angesiedelt bleiben und somit beeinflussen, was der Person besonders wichtig ist, worauf man verstärkt achtet usw.

Da die Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung in ihrer Biografie in der Regel massiv determiniert, kontrolliert und reglementiert wurden, ist das am stärksten frustrierte Beziehungsmotiv fast immer *Autonomie*: Damit sollte Autonomie auch das zentrale Motiv in der Motivhierarchie sein.

Die Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung haben demnach einen starken Wunsch danach, über das eigene Leben selbst zu bestimmen, eigene Entscheidungen zu fällen u. Ä. Den Klienten ist dieses Motiv in aller Regel überhaupt nicht klar; dennoch ist es stark wirksam: Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung reagieren auf alle (erlebten) Einschränkungen ihrer Autonomie mit starker Reaktanz (Brehm 1968, 1972; Gniech und Grabitz 1984): Sie wollen von anderen nicht eingeschränkt werden, nichts diktiert bekommen (wohingegen ihre eigenen, internalisierten Normen keine Reaktanz auslösen!).

Ein wesentliches Motiv ist auch *Anerkennung*: Es gibt das starke Bedürfnis, als Person respektiert zu werden, positiv definiert zu werden, geachtet und gemocht zu werden. Denn Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sind wahrscheinlich immer wieder massiv abgewertet, negativ definiert und abgelehnt worden. Das Motiv nach Anerkennung wird damit zentral sein.

Neben Autonomie und Anerkennung sind häufig noch weitere Motive für zwanghafte Personen zentral, etwa Wichtigkeit, Solidarität und Grenzen. Personen, die in ihrer Lebensgeschichte die Erfahrung gemacht haben, stark kontrolliert und fremdbestimmt zu werden, ggf. auch bestraft oder gescholten für Regelverstöße oder „unmoralisches Verhalten“, können dies auch als einen Mangel an Wichtigkeit (z.B. „Ich bin allen egal“, „Niemand interessiert sich für mich oder meine Bedürfnisse“) und/oder Solidarität (z. B. „Ich bin es nicht wert, dass man mich unterstützt“, „Niemand steht auf meiner Seite“) erlebt haben. Umfassende Beschneidungen der eigenen Autonomie können auch als grenzüberschreitende Eingriffe in die eigene Privatsphäre erlebt werden, und infolgedessen kann ebenfalls das Motiv nach persönlichen Grenzen zentral werden („Andere missachten meine Grenzen“). Somit können also eine ganze Reihe von Beziehungsmotiven in individueller Ausprägung und Kombination bei zwanghaften Personen zentral sein, was auch im Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden sollte.

#### 6.3.2 Schemata

---

Schemata sind bestimmte Arten von verdichteten Annahmen, die eine funktionale Einheit gebildet haben: Diese wird automatisch von bestimmten Situationen aktiviert und führt zu einer starken Beeinflussung der aktuellen Informationsverarbeitung und Handlungsregulation.

### 6.3.2.1 Selbstschemata

Selbstschemata sind solche, die Annahmen über die eigene Person enthalten. Man kann annehmen, dass die biografischen Erfahrungen von zwanghaften Personen im Wesentlichen zu negativen Selbstschemata führten:

- Ich bin nicht ok.
- Ich habe mangelnde Fähigkeiten.
- Ich bin im Grunde nicht akzeptabel.
- Ich bin unmoralisch, egoistisch, rücksichtslos.
- Ich bin nicht wichtig.
- Ich kann mein Leben nicht selbst bestimmen.
- Ich habe keine Kontrolle über mein Leben.

Man kann auch annehmen, dass diese Schemata ständig Selbstzweifel erzeugen, ständig Selbstabwertungen produzieren, gegen die die Person auch ständig etwas unternehmen muss.

Die Toxizitätsschemata von Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sind unserer Erfahrung nach besonders stark ausgeprägt: Die Klienten halten sich oft für „besonders toxisch“ und haben Annahmen wie „Wenn ich nicht sehr aufpasse, dann schädige ich andere in hohem Maße“. Sehr oft sind den Klienten ihre Toxizitätsschemata aber überhaupt nicht mehr bewusst. Sie werden völlig von kompensatorischen Schemata „überlagert“. Sie weisen hier Annahmen auf wie:

- Ich schädige oder störe andere.
- Ich belaste oder belästige andere.
- Andere sind ohne mich besser dran.

### 6.3.2.2 Selbstwerterhöhung

Kompensatorische Selbstwerterhöhung, die durch die massiven Selbstabwertungen erforderlich wird, ist eine Strategie, die das Problem der Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung noch deutlich verschlimmert. Der Klient, der zutiefst an sich zweifelt und sich für unattraktiv und unwichtig hält, kann aus der rigiden Normerfüllung Gewinn ziehen: Denn er glaubt, der Einzige im Universum zu sein, der die richtigen Normen aufweist, der wirklich weiß, was man tun sollte, der diese Normen auch wirklich und richtig erfüllt (er ist der erste Normbefolger!).

- **Das kompensatorische Gefühl, jemand einzigartiges und besonderes zu sein, zeichnet die zwanghafte Person aus, erhöht sie deutlich gegenüber anderen, die ihrer Ansicht nach egoistisch, triebhaft, verkommen und irregeleitet sind.**

Es ist klar, dass diese Konstruktion eine sehr schwer einnehmbare Festung darstellt. Und daher ergibt sich die Frage, ob der Therapeut sich daran überhaupt eine Beule holen sollte: Sollte der Therapeut sich überhaupt mit zwanghaften Normen befassen? Aus therapeutischer Erfahrung und auch aus theoretischen Gründen würden wir Therapeuten dringend davon abraten.

### 6.3.2.3 Beziehungsschemata

Beziehungsschemata enthalten Annahmen darüber, wie Beziehungen funktionieren, oder darüber, was man in Beziehungen zu erwarten hat.

Beziehungen hat der zwanghafte Klient wahrscheinlich nicht als freundlich, fürsorglich, solidarisch erlebt, daher kann man annehmen, dass er Beziehungsschemata folgender Art aufweist:

- Beziehungen sind kalt, unfreundlich, bringen wenig.
- In Beziehungen wird man abgewertet.
- Beziehungen sind nicht solidarisch.
- In Beziehungen geht es nicht um mich.
- Man verlässt sich besser auf sich selbst.
- Man bleibt besser auf Distanz, denn Distanz gibt Sicherheit.

#### 6.3.2.4 Normschemata

Normschemata enthalten „Vorschriften“ für einen selbst, über Dinge, die man tun muss oder nicht tun darf.

Die interaktionellen Ziele lauten vor allem:

- Folge den Normen, dann bist du auf der sicheren Seite!
- Wenn du den Normen nicht folgst, dann resultieren daraus Katastrophen!
- Folge auf keinen Fall deinen Bedürfnissen und Gefühlen!
- Lass auf keinen Fall auch nur im Geringsten bei der Normerfüllung nach!
- Lass nicht zu, dass man dein System infrage stellt, denn das wäre gefährlich!
- Halte alle Kosten einfach aus, denn es gibt keine Alternative zur Normerfüllung!
- Gib wenig von dir preis, denn das führt zur Abwertung!

Die Normen sind somit eindeutig ein Aspekt der Kontrollebene; es gibt *kein* Bedürfnis nach Normerfüllung auf der Motivebene. Normen sind die Lösungen für ein massives interaktionelles Problem. Und Normen sind inzwischen auch ein starker Schutz gegen Ängste.

#### 6.3.2.5 Regelschemata

Regelschemata enthalten Erwartungen an Interaktionspartner, Annahmen darüber, was andere tun sollen oder nicht tun dürfen. Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sind *Regelsetzer*: Sie bestimmen nach Möglichkeit, was andere Leute tun und lassen sollen oder was richtig und was falsch ist. Anders als bei den Narzissten sind die Regeln dabei nicht offen ichbezogen: Die zwanghaften Klienten verkünden immer *allgemeingültige Regeln*: Es steht in der Bibel, der Tora, dem Gesetzbuch, oder „Es versteht sich von selbst“ und „Es gehört sich einfach so“. Es sind angeblich universelle Regeln, die nicht weiter begründet werden müssen. Damit sind es, nach Ansicht der Klienten, auch keine Regeln, die sie selbst aufstellen, sondern es sind Regeln, die sie nur „zitieren“.

Und, anders als die Narzissten, sind die zwanghaften Klienten hoch missionarisch: *Alle* sollten diesen Regeln folgen, dann wäre die Welt besser, moralischer, problemloser usw. Und diejenigen, die den Regeln nicht folgen, werden als unmoralisch, unsozial, egoistisch oder Schädlinge abgewertet. Die zwanghaften Klienten machen sich in der Regel damit wenig Freunde: Denn die meisten Leute haben den Eindruck, dass sie keine „Hohepriester der Moral“ in ihrer Nähe benötigen und dass sie vor allem nicht laufend beurteilt werden wollen.

### 6.3.3 Interaktionsspiele

Interaktionsspiele sind manipulative, intransparente Strategien, mit deren Hilfe man Interaktionspartner zu Handlungen veranlassen kann, die sie „eigentlich“ gar nicht wollen.

Ein häufiges Spiel von Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung bezeichnet Sachse als das „*Moses-Spiel*“: Die Klienten verkünden anderen, unwissenden „das Gesetz“; dafür wollen sie anerkannt werden. Sie sind im Grunde diejenigen, die anderen „das Heil“ bringen könnten, wenn man nur auf sie hören würde. Interaktionspartner zeigen sich davon in der Regel wenig beeindruckt, sondern reagieren ärgerlich oder genervt.

### 6.3.4 Emotionskontrolle

Aus Sicht des Klienten ist häufig nur die Emotion Ärger „zulässig“: Verstoßen andere gegen seine Normen oder verletzen seine Regeln, dann ist es seiner Meinung nach angemessen, sich darüber zu ärgern und auch, dem Ärger (deutlich) Ausdruck zu verleihen: Denn die anderen müssen „belehrt“ und „auf Kurs gebracht“ werden. Ärger wird daher von Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung kaum reguliert und auch nicht vermieden.

Dagegen haben diese Personen mit dem Empfinden und dem Ausdruck anderer Emotionen deutlich mehr Probleme: Freude, Stolz, Liebe, Zuneigung etc. sind problematisch, weil solche Gefühle eine Reihe von Folgen haben, die man vermeiden muss:

- Positive Gefühle führen dazu, dass man viel von sich preisgibt: Man macht deutlich, was man denkt, wie man etwas bewertet, was man möchte etc. Und das alles ist gefährlich, weil es ausgenutzt und gegen einen verwendet werden kann.
- Positive Gefühle offenbaren, an welchen Stellen man verletzbar, kränkbar, frustrierbar ist: Und damit macht man sich angreifbar und verletzlich.
- Positive Gefühle weisen auf eigene Bedürfnisse hin (z. B. auf Dinge, die einem Spaß machen würden), die mit der Normerfüllung kollidieren könnten.
- Positive Gefühle führen häufig zu spontanem, unkontrolliertem Verhalten, was schnell zu einer Verletzung oder Vernachlässigung wichtiger Normen führen kann.

Aus diesen Gründen ist es für die Person wesentlich, viele Gefühle zu kontrollieren sowie eine starke und effektive Kontrolle zu etablieren, damit sich die Gefühle nicht „irgendwann Bahn brechen“. Eine notwendige psychologische Konsequenz einer solchen Lebensweise ist ein *extrem hohes Ausmaß an Alienation*, also eine Entfremdung vom eigenen Motivsystem (Baumann und Kuhl 2003; Beckmann 1997, 2006; Kuhl 1995, 2001; Kuhl und Beckmann 1994; Kuhl und Kaschel 2004; Kuhl und Kazen, 1994).

- **Die zwanghafte Person hat (fast) keine Repräsentation eigener Motive, Wünsche etc., d. h., sie kann ein Wissen über diese Aspekte nicht aus dem Gedächtnis abrufen. Und sie hat auch keinen aktuellen Zugang zu ihren Motiven, Wünschen etc., d. h., sie kann auch aktuell nicht „spüren“, was sie möchte oder nicht möchte. Sie glaubt aber, sich an sich selbst zu orientieren, richten sich de facto aber nach stark verinnerlichten, aber nichtdestotrotz externalen und beliebigen Standards, die nichts mit ihrem Bedürfnissystem zu tun haben, sondern diesem in der Regel massiv widersprechen.**

## 6.4 Psychotherapie der zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Hier sollen therapeutische Strategien vorgestellt werden, die sich bei Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung als wirksam erwiesen haben.

### 6.4.1 Therapeutische Beziehung

Therapeuten brauchen bei Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung viel Geduld: Wenn sich etwas ändert, dann ändert es sich langsam, Schrittlchen für Schrittlchen. Also sollte ein Therapeut den Klienten auf keinen Fall unter Druck setzen, er sollte nur Verhaltensweisen deutlich machen, aber immer dem Klienten die Entscheidung überlassen. Da die Klienten hochgradig Autonomie-motiviert sind, sind sie auch hochgradig Reaktanz-empfindlich: Daher gibt ein Therapeut dem Klienten ganz viel Kontrolle. Er macht Vorschläge, gibt Anregungen, macht auf Aspekte aufmerksam, aber nie sagt er dem Klienten, was er tun soll. Und Therapeuten sollten sich auch nicht an „Erfolgskriterien“ orientieren und denken, dass sie unbedingt „etwas bewegen müssen“: Eine solche Haltung führt schnell dazu, sich selbst und den Klienten unter Druck zu setzen. Vielmehr sollten Therapeuten versuchen, im Prozess ihr Bestes zu tun: Wenn es etwas bewirkt, dann ist dies gut, wenn nicht, ist das auch in Ordnung.

Es ist wichtig zu sehen: Man kann eine gute Therapie machen, *man kann als Therapeut geradlinig an der Kante des Möglichen arbeiten*, dem Klienten immer wieder Angebote machen; man kann an Vermeidungsverhalten arbeiten und versuchen, den Klienten zu motivieren. Man kann aber nie über die „Kante des Möglichen“, die allein der Klient bestimmt, hinausgehen: Man kann (darüber hinaus) Therapie *nicht „forcieren“*. Der Klient bestimmt, wie schnell die Prozesse ablaufen, egal wie dringend die Probleme auch sein mögen, egal, wie viel Druck existiert: Die Therapie zu forcieren bedeutet, Therapieprozesse zu verschlechtern.

### 6.4.2 Therapiephase 1: Therapeutische Beziehung und Arbeitsallianz

#### 6.4.2.1 Komplementarität zur Motivebene

Es wird schwierig sein, eine Beziehung zu einem Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung aufzubauen; das heißt jedoch keinesfalls, dass es unmöglich ist; eine passgenaue, komplementäre Beziehungsgestaltung ist bei zwanghaften Klienten wesentlich.

Als Erstes sollte der Therapeut sicherstellen, dass durch das Verhalten des Klienten keine eigenen Schemata getriggert werden; denn reagiert er z. B. auf die Regelsetzungen oder das „missionarische“ Vorgehen des Klienten aggressiv, kommt überhaupt keine gute therapeutische Beziehung zustande. Daher sollte sich ein Therapeut fragen, ob er mit zwanghaften Klienten arbeiten kann oder ob er sich aufgrund der Aktivierung eigener Schemata in eine personifizierte Kontraindikation verwandeln könnte. Der Therapeut sollte also sicher sein, dass er Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung respektieren kann und gerne mit ihnen arbeitet. Für einen Therapeuten ist es hilfreich, sich klarzumachen, dass der Klient diese Strategie sehr wahrscheinlich wählen *musste* und dass er selbst nun in einem Käfig gefangen ist; dies kann sein Verständnis für den Klienten stark fördern.

Von ganz zentraler Bedeutung für Komplementarität ist, dass der Therapeut die *Autonomie* des Klienten vollständig respektiert: Der Klient muss sich nicht für den Therapeuten ändern; der Therapeut hat keine Ansprüche an den Klienten; wenn der Klient so bleiben will, wie er ist, ist das für den Therapeuten völlig in Ordnung. Der Klient muss auch nicht an bestimmten Themen arbeiten; er kann thematisieren, was immer er will.

Der Klient soll alles verstehen, was in der Therapie passiert. Sollte dem Klienten etwas unklar sein, dann soll er den Therapeuten bitte sofort fragen. Sollte dem Klienten etwas nicht gefallen, dann sollte er sich bitte sofort melden. Der Klient hat große Angst, etwas nicht kontrollieren zu können. Und deshalb gibt der Therapeut ihm *maximale Kontrolle* über den Prozess.

Entscheidend ist hier wiederum *Transparenz*: Der Klient soll bemerken, dass er nicht um Kontrolle, Anerkennung und Wichtigkeit kämpfen muss oder darum, verstanden zu werden, sondern, dass er all dies selbstverständlich vom Therapeuten bekommt. Und aus diesem Grund erläutert der Therapeut viel, kommentiert seine Fragen und Interventionen, erörtert mit dem Klienten auf der Metaebene das Vorgehen usw.

Was ein Therapeut dem Klienten unbedingt durchgängig entgegenbringen sollte ist *Respekt*: Respekt für die Person des Klienten, Respekt für seine Lösungen, seine Ansichten, seine Verhaltensweisen. *Er akzeptiert diese Lösungen als Lösungen des Klienten*, als etwas, das er nicht abwertet, ja nicht einmal wertet, sondern als Aspekte des Klienten akzeptiert. Damit wird auch eine Solidarisierung mit dem häufig sehr kritischen sozialem Umfeld der Person vermieden. Der Therapeut zeigt Respekt und Akzeptanz für die Lösungen (s. [Abschn. 6.3.1](#): Motive nach Autonomie und Anerkennung), lässt diese jedoch stets hinterfragbar! Was der Therapeut dem Klienten deutlich macht – statt zu bewerten, was nun die richtige oder falsche Art zu leben sei – ist, dass der Klient und dessen Sichtweisen ihn *interessieren* und dass er gerne mit dem Klienten arbeiten würde; und das bedeutet auch, dass er den Klienten gerne *verstehen* möchte.

Im Hinblick auf die Komplementarität zum *Anerkennungsmotiv* ist die respektvolle Grundhaltung und konsequente Vermeidung jeder Abwertung des Klienten entscheidend. Das Denken und Verhalten der Person sollte etwa nie als falsch, sinnlos oder defizitär angesehen und belächelt werden. Dieser Grundsatz sollte sich in der Psychotherapie zwar als Selbstverständlichkeit verstehen, aber Therapeuten berichten nicht selten, dass ihnen dies gerade angesichts starrer, zwanghafter Normsysteme mitunter schwerfällt. Die aktive Würdigung von Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft, Gründlichkeit und Verantwortungsgefühl der Person ist in der Regel sehr förderlich für die therapeutische Beziehung.

#### 6.4.2.2 Umgang mit Normen

Der Therapeut sollte keinesfalls aktiv gegen Normen angehen: Der Therapeut thematisiert Normen und Regeln von sich aus am besten gar nicht. Wenn der Klient sie thematisiert, respektiert der Therapeut die Sichtweise des Klienten *als die Sichtweise des Klienten*.

##### ! CAVE

**Unter gar keinen Umständen sollte der Therapeut Normen mit dem Klienten diskutieren: Tut er dies, begibt er sich in einen Sumpf, in dem er schon nach kurzer Zeit hoffnungslos versackt. Er sollte deshalb weder gegen Normen argumentieren noch dem Klienten flexiblere Alternativen vorschlagen. Der „therapeutische Eingang“ befindet sich an anderer Stelle, nicht hier!**

Sollte der Klient darauf beharren, dass seine Norm korrekt ist, und wollen, dass der Therapeut dies bestätigt, also z. B.: „*Sie finden doch wohl auch, dass man das so machen muss?*“, dann kann der Therapeut beispielsweise antworten: „*Nein, ich finde nicht, dass man das so machen muss, aber ich respektiere, dass Sie dieser Meinung sind.*“

Insistiert der Klient dann („*Aber wenn man das nicht macht, dann stürzt die Gesellschaft ins Chaos!*“), dann kann der Therapeut antworten: „*Ich kann nicht beurteilen, ob das so sein wird, und das möchte ich auch gar nicht diskutieren. Hier geht es mir nicht darum, was mit der Gesellschaft passiert, hier geht es mir nur darum, was Sie denken; ich würde gerne Sie verstehen, das ist mir wichtig.*“

Der Therapeut kann dem Klienten aber wiederholt sein Erstaunen deutlich machen: Er staunt auch, dass der Klient eine Bestätigung vom Therapeuten braucht, der Therapeut traut

dem Klienten aber ohne Weiteres zu, Dinge selbst zu beurteilen und zu entscheiden. Und der Therapeut möchte auch auf keinen Fall Entscheidungen für den Klienten treffen. Das würde er als grenzüberschreitend ansehen, und das will er auf keinen Fall. Man sollte dabei die Normen des Klienten auf keinen Fall bestätigen, sie aber ebenfalls nicht infrage stellen; sondern sie schlicht und einfach stehen lassen.

### 6.4.3 Therapiephase 2: Annäherungsmotivation steigern

#### 6.4.3.1 Aktivieren von Ressourcen

Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung halten oft eigene Emotionen für gefährlich: Sie führen zu spontanem Handeln, bringen Aspekte hervor, die man nicht versteht und nicht kontrollieren kann etc. Um dem Klienten zu ermöglichen, Emotionen stärker zuzulassen, zu beachten und damit auch zu verstehen, ist es oft wesentlich, ihm deutlich zu machen, dass er viele Ressourcen hat, um mit Emotionen umzugehen: Er kann Emotionen durchaus kontrollieren, wenn er es will, und er ist ihnen keineswegs ausgeliefert. Und da das so ist, ist er auch in der Lage, sich auf Emotionen einzulassen und zu sehen, was diese ihm sagen. Dann kann er sich immer noch entscheiden, ihnen *nicht* zu folgen, sie *nicht* weiter zu beachten. Der Klient kann so lernen, dass er Impulse, Wünsche, Affekte durchaus betrachten kann, ohne von ihnen überwältigt, überschwemmt, „verführt“ etc. zu werden und er kann lernen, dass es sogar eine seiner besonderen Stärken ist, „Emotionen im Griff“ zu haben, dass diese aber nur dann zum Tragen kommt, wenn er Emotionen überhaupt zulässt.

Neben dem klaren Zutrauen in die Bewältigungsfähigkeit des Klienten sollte der Therapeut auch die Sinnhaftigkeit der Auseinandersetzung mit Emotionen (z. B. deren Informations- und Signalcharakter, die Verbesserung des Selbstzugangs) verdeutlichen. Da der Klient bislang die feste Überzeugung hat, stark von der Nichtbeachtung von Emotionen und Impulsen zu profitieren, sollte man hier nur eine zögerliche Veränderung der Motivationslage erwarten. Gefühlsregungen können auf Bedürfnisse und Wünsche hinweisen, die mit dem eigenen Normsystem nicht kompatibel sind. Deshalb bringt deren Beachtung und geringere Kontrolle die Person in ein Dilemma und führt zu Unzufriedenheit (wenn vernachlässigte Bedürfnisse spürbar werden) oder Angst (z. B. in der Normerfüllung zu versagen). Eben dieses Diskrepanzerleben ist jedoch der langfristige Motor eines Veränderungsprozesses.

#### 6.4.3.2 Transparentmachen der Schemata

##### Allgemeines

Es ist bei Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung kaum möglich, sie mit intransparentem Verhalten zu konfrontieren. Wenn doch, sollte das auf alle Fälle erst spät erfolgen. Allerdings ist es oft sehr sinnvoll, die Klienten mit normativen Schemata und Regelschemata und deren Kosten zu konfrontieren. Und Therapeuten müssen den Klienten klarmachen, dass die Probleme auf die Normen und Regeln zurückgehen, dass das Problem also „im Klienten“ liegt.

Ob ein Therapeut einen Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung konfrontieren kann, hängt sehr davon ab, wie stark der Klient schon wahrnimmt, dass sein eigenes System ihm Probleme bereitet, und davon, wie gut der Beziehungskredit des Therapeuten ist. Da beide Faktoren zu Therapiebeginn noch nicht ausgeprägt sind, sind Konfrontationen dann praktisch noch gar nicht möglich: Wie empfohlen sollten Therapeuten auch hier Änderungsmotivation eher dadurch



schaffen, dass sie Schemata und deren Folgen *empathisch und akzeptierend herausarbeiten* (und nicht konfrontativ): Der Therapeut macht dem Klienten deutlich,

- dass dieser bestimmte Annahmen hat, auch Normen und Regelannahmen;
- dass das völlig in Ordnung ist, dass man solche Annahmen haben kann und darf;
- dass solche Annahmen aus der Biografie stammen und dass man gut verstehen kann, wie sie sich entwickelt haben;
- dass man die Normen auch gut als Lösungen für schwierige Situationen ansehen kann und dass der Klient diese Lösungen brauchte und froh sein kann, dass er sie entwickelt hat;
- dass man aber heute prüfen kann, ob der Klient diese Lösungen immer noch braucht, und dass man sie heute hinterfragen kann;
- und dass man heute zu diesen Lösungen Alternativen entwickeln könnte.

Erst dann, wenn der Klient erkannt hat, dass er *Kosten* hat, die er nicht haben muss und die er nicht will und wenn der Therapeut über genügend Beziehungskredit verfügt, kann der Therapeut anfangen, den Klienten zu konfrontieren, also dem Klienten Aspekte deutlich zu machen, die ihm unangenehm sind und die er nicht gerne wahrnehmen will.

### Konfrontationen

Dabei beginnt der Therapeut mit „weichen“ Konfrontationen und stellt sicher, dass dem Klienten immer klar wird,

- dass es *nicht* die Absicht des Therapeuten ist, den Klienten zu ärgern, zu beschämen u. a.,
- sondern dass es die Absicht des Therapeuten ist, auf Aspekte aufmerksam zu machen, die man betrachten und hinterfragen sollte.

Konfrontationen sollen damit immer zugewandt und respektvoll gemacht werden. Zur Gestaltung konfrontativer Interventionen siehe Sachse et al. (2011).

### Empathisches Salientmachen der Kosten

Es ist immer wichtig, *die Änderungsmotivation aus dem System des Klienten herauszuholen*, d. h., dem Klienten deutlich zu machen, dass *er selbst* Gründe hat, sich zu verändern und an einer Veränderung zu arbeiten. Wie ausgeführt sind dem Klienten Kosten durchaus zugänglich; sie sind jedoch nicht besonders offensichtlich, und somit wirken sie auch nicht stark in Richtung Änderungsmotivation. Daher sollte der Therapeut die Kosten, die der Klient schon präsent hat, langsam, vorsichtig und sehr empathisch salient machen. Der Therapeut sollte somit zuerst nur solche Kosten ansprechen, die der Klient selbst thematisiert oder, die der Klient gut akzeptieren kann; denn die Intervention soll nicht konfrontativ wirken. Und der Therapeut sollte ganz empathisch sein, also Verständnis für den Klienten signalisieren. So kann der Therapeut z. B., wenn der Klient von Normerfüllungen berichtet, sagen:

*„Das heißt doch, Sie müssen ständig auf der Hut sein, alles richtig zu machen. Ich könnte mir vorstellen, dass das anstrengend ist.“*

In der Regel fühlen sich die Klienten durch solche Interventionen verstanden. Damit machen diese Interventionen nicht nur Kosten salient, sie schaffen auch Beziehungskredit. Oft lohnen sich auch sanfte Konfrontationen mit Beschönigungs- und Bagatellisierungstendenzen des Klienten (*„Ach, so anstrengend ist das auch nicht, ich mache das ja gerne so“*). Ohne unnötigen Druck auszuüben, ist es hier wichtig, als Therapeut konsequent seinen Eindruck einzubringen und zu dabei zu bleiben, dass es trotzdem anstrengend, unbefriedigend, „stressig“ etc. erscheint. Das Spüren von Unzufriedenheit ist ein notwendiger Zwischenschritt, ohne den therapeutische Veränderungsprozesse nicht in Gang kommen werden!



### Fallbeispiel

Die Klientin Frau N. kann mit der Zeit spüren, dass die Einhaltung ihrer hohen moralischen Normen im Job wie privat beschwerlich und einschränkend für sie ist. Eine Änderungsmotivation ergibt sich vor allem aus der Herausarbeitung ihrer Kosten in der ehelichen Partnerschaft. Es zeigt sich, dass ihre Ehe keineswegs glücklich ist, sondern sie vor allem bei ihrem Mann bleibt, weil eine

Trennung ihr wegen der gemeinsamen Kinder und ihrem Eheversprechen moralisch nicht verantwortbar erscheint. Für ihren Mann und die Kinder sei der Erhalt der Ehe das Beste, und nur das sei relevant. Deshalb ist sie zunächst wenig motiviert, sich mit ihrer Unzufriedenheit in der Partnerschaft überhaupt zu beschäftigen, da dies ja zu nichts führe. Mit der Zeit kann sie die Kosten jedoch stärker wahrnehmen, anfangs vor allem

ärgerliche Gefühle bezogen auf ihren Mann, später auch Einsamkeit und gelegentliche Wünsche nach einem anderen Partner, die ein schlechtes Gewissen nach sich ziehen („So was darf ich mir doch nicht wünschen! Wo würde mich das denn hinführen?“). Dies wiederum ist Ausgangspunkt für die eingehendere Klärung ihrer Schemata und Regeln.

## 6.4.4 Therapiephase 3: Veränderung dysfunktionaler Schemata und Alltagstransfer

### 6.4.4.1 Klären von Normen und Schemata

Ist dem Klienten deutlich, dass *er* Gründe dafür hat, diese Normen zu haben, dass die Normen eine Funktion für ihn haben, und folgt der Klient der Frage, *welche* Funktion sie für ihn haben, *dann und erst dann* kann der Therapeut damit beginnen, die Schemata und Regeln des Klienten zu explizieren. Auch das sollte so empathisch und respektvoll wie möglich erfolgen. Der Therapeut kann dem Klienten Schritt für Schritt aufzeigen,

- dass er Normen folgt, weil er sich ansonsten toxisch, wertlos, unvollkommen usw. fühlt;
- dass er somit stark an sich selbst zweifelt, an seinem Wert, seiner Wichtigkeit usw.;
- dass er auch stark an Beziehungen zweifelt;
- dass er sich deshalb mitunter abschottet, andere auf Distanz hält usw.;
- dass er Regeln setzt, weil ihm das Sicherheit gibt und innere Diskrepanzen vermeidet.

Wichtig ist, dass Erkenntnisse langsam erarbeitet werden, ein zu schnelles Vorgehen kann den Klienten überlasten. Auch sollte der Therapeut den Klienten immer nur *begrenzt emotionalisieren* und dann lange daran arbeiten zu verstehen, was die Emotionen bedeuten.

Wird der Klient zu schnell oder zu stark emotionalisiert, kann das für ihn extrem aversiv werden, und er möchte dann entsprechende Zustände in Zukunft vermeiden! Daher sollten Therapeuten mit Vertiefungen vorsichtig umgehen und es dem Klienten immer wieder ermöglichen, Emotionen in den Griff zu bekommen. Nie einen zwanghaften Klienten in eine Emotionalisierung treiben!

Ist der Klient motiviert, kann auch mit biografischer Arbeit begonnen werden. Dadurch kann dem Klienten noch einmal deutlich werden, warum er eine so hohe Normorientierung entwickelt hat. Dies kann ihm helfen, die Bedeutung der Normen weiter zu relativieren.

Fallbeispiel		
<p>Über Situationen, die im Alltag „egoistische Impulse“ und Schuldgefühlen auslösen, etwa der Wunsch nach einem anderen Partner, aktiviert die Klientin Frau N. Schemata, die Überzeugungen beinhalten, unmoralisch und schädlich für andere zu sein. Biografisch werden passende Kindheitserinnerungen zugänglich. Sie schildert Bestrafungen oder Liebesentzug ihrer Eltern in Reaktion auf selbstbezogenes oder impulsives Verhalten. Als sie sich z. B. zur Wehr setzte, als ein Nachbarsjunge ihr ein Spielzeug wegnahm und sie</p>	<p>schlug, habe sie anhand der Reaktion ihrer Mutter den Eindruck bekommen, diese massiv enttäuscht zu haben. Diese habe ihr gesagt, sie solle doch nicht so egoistisch sein und hätte ihm das Spielzeug einfach direkt schenken sollen, bereits als sie sah, dass er es wolle. Dann wäre auch nichts passiert, nun würde der Junge ihretwegen weinen, und sie könne froh sein, ihn nicht schlimmer verletzt zu haben. Außerdem habe man ihr erklärt, dass eine Erkältung oder ein aufgeschlagenes Knie oft kein Zufall, sondern als Zeichen von Gott zu verstehen sei, und sie</p>	<p>sich dann fragen müsse, was sie in den letzten Tagen falsch gemacht haben könnte. Somit habe sie schon als Kind bei einem einfachen Schnupfen Schuldgefühle erlebt und über vermeintliches Fehlverhalten oder Charakterfehler gegrübelt. Sie habe die Überzeugung entwickelt, sich stets unter Kontrolle halten zu müssen und spontane Reaktionen zu meiden, damit ihre wahre Natur nicht durchbreche. Sie habe Angst, andere Personen könnten ihre wahre Natur erkennen und sich angewidert abwenden, wenn sie sie zu nah an sich heranlasse.</p>

#### 6.4.4.2 Lösungsorientierung

Bei einem Klienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sollte man wiederholt und auf jeder Stufe des Klärungsprozesses lösungsorientiert arbeiten, um ihm das Gefühl zu vermitteln, dass er Kontrolle gewinnen kann. Also immer wieder neben Klärung auch an Fragen arbeiten wie:

- „Was könnte ich ändern?“
- „Was könnte ich konkret tun?“
- „Was könnte mir dabei helfen?“

Dabei sollte der Klient ermuntert werden, auch minimale Veränderungen anzustreben. Etwa kleine Veränderungen im Job oder das gelegentliche Ausprobieren neuer Freizeitaktivitäten. Es sollte bedacht werden, dass sich an dieser Stelle auch reale Trainingsdefizite des Klienten zeigen können, etwa Defizite der sozialen Kompetenz. Es kann hilfreich sein, entsprechende Verhaltensweisen (z. B. Gefühle äußern in Beziehungen, werben um Sympathie, Smalltalk halten) mit dem Klienten gemeinsam zu üben, um die Wahrscheinlichkeit von Erfolgserlebnissen zu erhöhen. Hier kann man sich an bestehenden verhaltenstherapeutischen Konzepten orientieren und diese entsprechend individualisiert umsetzen (z. B. Hinsch und Pfingsten 2007). Übungen im geschützten Einzelsetting sind einem Training im Gruppensetting anfangs vorzuziehen.

#### 6.4.4.3 Bearbeitung von Schemata

Sind Schemata explizit, und weist ein Klient ausreichend Änderungsmotivation auf, dann können auch Schemata systematisch bearbeitet werden. Dies kann im Ein-Personen-Rollenspiel (Sachse et al. 2008) geschehen, wobei sich der Klient z. B. auf eigene Ressourcen aufmerksam machen kann; darauf, dass ihm heute nichts mehr passieren kann, wenn er einmal einer Norm nicht 100-prozentig folgt; dass er durchaus das Risiko eingehen kann, sich auf Beziehungen einzulassen; dass er *nicht* toxisch auf andere Personen wirkt usw.

Der Klient kann sich auf dichotomes Denken aufmerksam machen; darauf, dass eine nur 80-prozentige Normerfüllung *nicht* bedeutet, dass man vollkommen die Kontrolle verliert und im Chaos versinkt. Oder er kann eigene Katastrophisierungstendenzen, selektive Beweisführungen etc. infrage stellen. Damit bilden kognitive Strategien den Ausgangspunkt der Veränderung. Es soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass nennenswerte empirische Befunde zur Wirksamkeit der Behandlung von zwanghaften Persönlichkeitsstörungen derzeit kaum vorliegen und somit auch entsprechendes Methodenwissen noch ausbaufähig ist.

Langfristig sollte versucht werden, affektive Veränderungsprozesse einzuleiten, etwa über die spürbare Aktivierung von Ressourcen und affektive Gegenenerfahrungen (z. B. Situationen, in denen man Nähe in Beziehungen erlebte und nicht abgelehnt wurde; Situationen, in denen man spontanen Impulsen folgte und Freude und Sympathie erfuhr). Dafür ist es allerdings notwendig, solche Erfahrungen überhaupt erst gemacht zu haben! Deshalb lohnt sich die Kombination und der abwechselnde Einsatz klärungs- und lösungsorientierter Therapiestrategien.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). Washington, DC: Author.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., & Holland, A. D. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826–830.
- Baumann, N., & Kuhl, J. (2003). Self-Infiltration: Confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 487–497.
- Beckmann, J. (1997). *Alienation and conformity*. München: Max-Planck-Institut für psychologische Forschung.
- Beckmann, J. (2006). Konsequenzen der Entfremdung vom Selbst. In R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven klärungsorientierter Psychotherapie* (S. 46–59). Lengerich: Pabst.
- Bockian, N. R. (2006). Depression in obsessive-compulsive personality disorder. In N. R. Bockian (Hrsg.), *Personality-guided therapy for depression* (S. 247–265). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Brehm, J. W. (1968). Attitude change from threat to attitudinal freedom. In A. G. Greenwald, T. C. Brock, & T. M. Ostrom (Hrsg.), *Psychological foundations of attitudes* (S. 277–296). New York, NY: Academic Press.
- Brehm, J. W. (1972). *Responses to loss of freedom. A theory of psychological reactance*. Morristown: General Learning Press.
- Diaconu, G., & Turecki, G. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: Evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (11), 1551–1556.
- Eisen, J. L., Coles, M. E., Shea, M. T., Pagano, M. E., Stout, R. L., Yen, S., ... Rasmussen, S. A. (2006). Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 294–305.
- Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Psychologie* (S. 95–112). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Gallagher, N. G., South, S. C., & Oltmanns, T. F. (2003). Attentional coping style obsessive-compulsive personality disorder: A test of the intolerance of uncertainty hypothesis. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 41–57.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research*, 177 (1–2), 156–160.
- Gniech, G., & Grabitz, H. J. (1984). Freiheitseinengung und psychologische Reaktanz. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie, Band 1: Kognitive Theorien* (S. 48–73). Bern: Huber.
- Grant, J. E., Mooney, M. E., & Kushner, M. G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 469–475.
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997–1004.

- Hinsch, R., & Pfungsten, U. (2007). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Joffe, R. T., Swinson, R. P., & Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1127–1129.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: Alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry*, 58, 231–236.
- Kuhl, J. (1995). *Introjektion, Alienation und Grübeln: Von rationalen Motivationsmodelle zu EEG-Korrelaten volitionaler Hemmung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Beckmann, J. (1994). Alienation: Ignoring one's preferences. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and Personality: Action versus state orientation* (S. 375–390). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J., & Kaschel, R. (2004). Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. *Psychologische Rundschau*, 55(2), 61–71.
- Kuhl, J., & Kazen, M. (1994). Self-discrimination and memory: State orientation and false self-ascription of assigned activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1103–1115.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35 (4), 1087–1092.
- Millon, Th. (1996). *Disorders of personality. DSM IV and beyond* (2. Aufl.). New York: Wiley.
- Millon, Th. (2000). Obsessive-compulsive personality disorder. In E. Alan (Hrsg.), *Encyclopedia of psychology* (S. 492–494). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pfohl, B., & Blum, N. (1995). Obsessive-compulsive personality disorder. In W. J. Livesley (Hrsg.), *The DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Raja, M., & Azzoni, A. (2007). The impact of obsessive-compulsive personality disorder on the suicidal risk of patients with mood disorders. *Psychopathology*, 40(3), 184–190.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317–322.
- Ruppert, S., Zoudig, M., & Konermann, J. (2007). Zur Frage der Komorbidität von Zwangsstörung und zwanghafter Persönlichkeitsstörung. *PTT: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 11(2), 98–110.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R. (2013). *Persönlichkeitsstörungen: Leitfaden für eine psychologische Psychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J., & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Sachse, M., & Fasbender, J. (2011). *Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Villemarette-Pittman, N. R., Houston, R. J., & Mathias, C. W. (2004). Obsessive-compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *The Journal of Psychology*, 138(1), 5–22.

# Psychische Störungen bei schweren somatischen Erkrankungen

*Erich Kasten und Lisa Schönberg*

- 7.1 Fallbeispiel – 140**
- 7.2 Definition der Störung – 141**
- 7.3 Psychotherapie der schweren somatischen Erkrankungen – 143**
  - 7.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte 143
  - 7.3.2 Therapeutische Beziehung – 147
  - 7.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose – 147
  - 7.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 150
  - 7.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 154
- 7.4 Empirische Befundlage – 156**
- 7.5 Schwierige Situationen – 160**
- Literatur – 162**

## 7.1 Fallbeispiel

Nach Auftreten neurologischer Symptome wurde bei Frau B., einer 50-jährigen Patientin, im Jahr 2004 die Diagnose einer cerebellären Ataxie gestellt. Die Erkrankung wird in der Familie dominant vererbt. Der Vater, ein Bruder wie auch der Onkel der Patientin sind daran verstorben. Dies ist für die Patientin extrem belastend, da sie hierdurch weiß, wie ihr eigener Zustand sich in den kommenden Jahren entwickeln wird. Aufgrund der Ataxie, der damit verbundenen Einschränkung an Lebensqualität und der infausten Prognose leidet die Patientin unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik.

Ihr Vater, der gleichfalls an der Kleinhirndegeneration litt, starb als die Patientin zwei Jahre alt war. Daran habe sie zwar keine genauen Erinnerungen, ihr Bruder und ihr Onkel seien dann aber ebenfalls erkrankt, deren Schicksal habe sie genau miterlebt über die Abfolge: Gehstock → Rollator → Rollstuhl → Bettlägerigkeit → Tod. Zum Schluss sei nicht einmal mehr deren Sprache verständlich gewesen.

Die Patientin hat drei Geschwister, sie selbst war ein „Nachkömmling“, der jüngste ihrer drei Brüder war 13 Jahre älter als sie. Sie sei nicht geplant gewesen, da ihr Vater zu diesem Zeitpunkt bereits an Ataxie litt und das genetische Risiko bekannt war. Von den drei Brüdern lebt nur noch der älteste, der inzwischen über 70 Jahre alt und gesund ist. Der mittlere Bruder ist an Krebs gestorben, der jüngste an der Atrophie des Cerebellums. Da der Vater starb, als die Patientin 2 Jahre alt war, musste die Mutter arbeiten gehen, um die Familie zu ernähren. Frau B. sei daher im Wesentlichen bei ihrer Großmutter aufgewachsen. Die Mutter habe nach dem Tod ihres Mannes nie wieder einen Partner gehabt. Im Kindergarten sei Frau B. nicht gewesen; sie wuchs „im Ländlichen“ auf, da spielten die Kinder noch auf der Straße, sie habe viele Freunde und Freundinnen gehabt. Die Schule habe sie „ohne Höhen und Tiefen“ durchlaufen, auch in der Pubertät gab es keine wirklichen Probleme. Nach dem Realschulabschluss erfolgte dann eine Lehre zur Bürokauffrau. 1975 sei sie bei der Mutter aus- und zu ihrem ersten Freund gezogen, es sei ihr sehr schwergefallen, die Mutter völlig alleine zurückzulassen. Frau B. war dann als Bürokauffrau tätig.

Ihr Mann, ein Fernfahrer, sei ihre große Liebe gewesen, und die Ehe habe immer gehalten. Auch jetzt kümmere er sich aufopferungsvoll um sie. Sie hatten Motorboote, erst kleine, dann größere, damit seien sie regelmäßig in den Urlaub gefahren, meist im Binnenseebereich. Das letzte Boot wurde 2010 verkauft, sie habe durch ihre Erkrankung nicht mehr auf dem Deck stehen können. Diese wunderschönen Urlaube würde sie in ihrer Erinnerung nicht missen wollen. Das Ehepaar hat bewusst auf Kinder verzichtet, da das Risiko zu groß war, dass auch die Kinder erkranken. Ihre Nichte hat zwei Kinder, auf die passe sie gelegentlich auf, das bereite ihr Freude.

Der Patientin fielen nach der Jahrtausendwende erste Gehstörungen auf, in den Folgejahren kam es zu einer vermehrten Gangunsicherheit. 2004 wurde im Universitätsklinikum eine Atrophie des Kleinhirns festgestellt (archicerebelläres Syndrom mit zusätzlicher axonaler Neuropathie) mit einer Gangataxie als Hauptsymptom. Die Polyneuropathie besteht im Rahmen einer autosomal-dominanten cerebellären Ataxie. Eine humangenetische Bestimmung wurde von der Patientin nicht gewünscht.

Trotz der Erkrankung arbeitete Frau B. noch bis Ende 2009, wurde dann dauerhaft arbeitsunfähig geschrieben und erhält nun Erwerbsunfähigkeitsrente. Ihr Mann ist bereits Rentner.

Im Neurologischen Zentrum der Reha-Klinik in B. S. wurde Frau B. von März bis Mai 2011 mit einer multimethodalen Therapie behandelt, wobei Physio- und Ergotherapie im Vordergrund standen, vorrangig Übungen zum Gleichgewicht. Auffällig war dort ein bestehendes depressives Stimmungsbild, das mit dem Antidepressivum Sertralin 100 mg medikamentös behandelt wurde. Die Patientin wurde aus der stationären Reha-Maßnahme weiterhin arbeitsunfähig und hinsichtlich der Gangstörung nur leicht gebessert entlassen.

Anfangs versuchte sie noch, möglichst viele Hausarbeiten zu erledigen, musste aber immer mehr Tätigkeiten aufgeben. Nachdem zunächst nur das Gehen nicht mehr richtig funktionierte, weiteten sich die Bewegungsschwierigkeiten dann nach und nach auf den ganzen Körper aus.

Feinmotorische Tätigkeiten wie Häkeln, Stricken usw. musste sie im Verlauf der Entwicklung der Krankheit dann stückweise aufgeben. Die Patientin grübelt viel über ihre Krankheit nach.

Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit, insbesondere der Unfähigkeit, wenigsten Hausarbeiten adäquat erledigen zu können, begann die Patientin unter verstärkter depressiver Symptomatik zu leiden. Folge waren soziale Ängste, so fiel es ihr schwer, einkaufen oder zu öffentlichen Veranstaltungen zu gehen, sie fühlte sich beobachtet, angestarrt. Die Patientin kann, was menschlich verständlich ist, ihre Erkrankung nicht akzeptieren. 2004, als die Symptome auffällig wurden, war sie 50 Jahre alt und glaubte, das Leben noch bis ins Alter genießen zu können. Kurz vorher sei ihre Mutter verstorben. Die Symptomatik fing mit Gleichgewichtsstörungen und Problemen beim Treppensteigen an. Sie habe Beine „wie Pudding“ gehabt, die sie nicht hielten. Aufgrund derselben Symptome ihres – inzwischen an Ataxie verstorbenen Vaters – und des Bruders habe sie gewusst, worum es sich handelt, und sei depressiv geworden. Hilfe von anderen erbitten zu müssen, habe sie schon immer gehasst, sie könne auch nicht mit anderen über ihre Erkrankung reden. Es gäbe kein Medikament, das gegen die Kleinhirndegeneration hilft, sie erhalte nur Krankengymnastik, hierdurch ließe sich die Bewegungsfähigkeit aber nicht wieder wirklich herstellen. Durch das Antidepressivum sei sie etwas ruhiger. Früher sei sie mit ihrem Mann gerne gewandert, heute könne sie nicht einmal mehr alleine die Treppe heruntergehen. Die Patientin stolpert leicht und kann dies dann nicht durch Ausgleichsbewegungen auffangen, fällt dann hin.

Frau B. ist durch die Angst vor dem progredienten Verlauf der Erkrankung und den zunehmenden Bewegungsstörungen bis hin zur völligen Bewegungsunfähigkeit wie auch beginnenden neuropsychologischen Defizite massiv psychisch belastet. Phasenweise hat sie erhebliche Ängste bis hin zu Panikzuständen, dann wieder versinkt sie in depressive Zustände, möchte am liebsten aufgeben. Die Patientin klagt außerdem über Konzentrationsprobleme und Vergesslichkeit. Darüber hinaus leidet sie unter häufigen Schwindelgefühlen und Kopfschmerzen. Insbesondere ist die Belastbarkeit erheblich eingeschränkt.

Die depressive Symptomatik wird lebensgeschichtlich gestützt durch den frühen Tod des Vaters, insbesondere aber das Miterleben des Leidens von nahen Verwandten, die bereits an derselben Erkrankung verstorben sind. „Die letzten zwei bis drei Jahre sind die schlimmsten“, sagte die Patientin einmal, da hier die Bewegungsfähigkeit soweit nachgelassen hat, dass die Betroffenen zunächst an den Rollstuhl gefesselt sind, in jeder Hinsicht Pflege bedürfen und schließlich dauerhaft bettlägerig werden. Die depressive Symptomatik wird bei der Patientin aufrechterhalten von belastenden, dysfunktionalen Kognitionen, die durch alle Geschehnisse ausgelöst werden, die mit ihrer Krankheit zu tun haben (insbesondere Unfähigkeiten, etwas zu tun, Stolpern mit Hinfallen, Versagen bei der Hausarbeit, Schwierigkeiten bei alltäglichen Handlungen, Benutzung des Rollators, Probleme beim Aufstehen, Schwierigkeiten beim Lesen). Typische Stimuli für ein Anwachsen depressiver Gedanken sind z. B. das Gefühl, die Symptomatik habe sich verschlechtert, wenn Tätigkeiten, die sie vor einigen Wochen noch ausführen konnte, nicht mehr gelingen. Aufgrund der vorangegangenen Erkrankungen lösen diese körperlichen Veränderungen sofort Angst aus mit körperlicher Verkrampfung, Fokussieren des Denkens auf Unwohlsein, Bewegungsstörungen und Schwindel. Positiv empfundene Konsequenzen, welche die Hilflosigkeit im Sinne sekundären Krankheitsgewinns verstärken, sind aufopferungsvolles Kümern des Ehemannes, wenn Frau B. solche Krisen durchmacht.

## 7.2 Definition der Störung

Das Eintreten einer schweren körperlichen Erkrankung löst immer einen massiven psychischen Schock aus. Alle anderen kleinen Ärgernisse des Alltags treten völlig in den Hintergrund, wenn das eigene Leben erheblich bedroht ist. Intuitiv gehen die meisten Menschen, auch wenn sie auf

rationaler Ebene um die Begrenztheit des Lebens wissen, davon aus, dass wirklich schlimme Krankheiten immer andere treffen; nur durch die ständige Verdrängung des Todes ist es möglich, das Leben zu genießen. Wenige Dinge sind uns so wichtig wie die Intaktheit des eigenen Körpers, und wenn dieser durch Unfälle oder Erkrankungen geschädigt wird, dann wirkt sich dies nicht nur auf den somatischen Bereich aus, sondern auch auf die Persönlichkeit.

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Möglichkeiten, auch Menschen verhaltenstherapeutisch zu helfen, die von chronischen Behinderungen oder unheilbaren Erkrankungen betroffen sind. Gemeint sind hierbei sowohl einmalige Ereignisse, die den Patienten schlagartig eine Behinderung zufügen (etwa schwere Unfälle, Folgen eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts), als auch chronisch verlaufende Erkrankungen (z. B. Demenzen, Parkinsonismus, Morbus Menière, multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose oder Rheuma). Ebenso belastend, wenngleich heute häufig durchaus behandel- oder sogar heilbar, sind Diagnosen wie Krebs, Nierenversagen, HIV-Infektionen oder Borreliose.

Diese Gruppen von Patienten müssen in der Regel lernen, mit ihrer Krankheit zu leben, insbesondere mit der stetigen Bedrohung einer Verschlechterung bis hin zum Tod. Auch die medizinischen Behandlungsmaßnahmen, wenngleich sie immer die Basis aller Hoffnungen darstellen, sind in der Regel für den Patienten belastend, etwa Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken, bei Rheuma und multipler Sklerose oder sogar die operative Eröffnung des Schädels bei Patienten mit Hirntumoren. Auch wenn bei einigen Erkrankungen eine Heilung oder erhebliche Besserung möglich ist, besteht fast immer die Angst vor einem Wiederauftreten, Beispiele sind insbesondere Krebserkrankungen, aber auch Schlaganfälle oder schubweise verlaufende Krankheiten wie die multiple Sklerose. Schon normale Gesundheitsveränderungen werden dann übersteigert wahrgenommen und als ein Wiederauftreten der körperlichen Erkrankung umgedeutet. So sagte eine Patientin, deren Schlaganfall mit einem schweren Schwindelanfall begonnen hatte, dass sie seitdem jedes Mal Panik in sich hochsteigen spürt, wenn ihr einmal schwindelig wird. Das Problem ist, dass jedem Menschen ab und zu einmal schwindelig wird und man diesen Stimulus nicht gänzlich vermeiden kann.

Die Einschränkungen, die durch solche primär körperlichen Erkrankungen bedingt sind, erfordern oft eine grundlegende Veränderung der Lebensumstände. Tätigkeiten, die dem Erkrankten vorher Lebensfreude vermittelt hatten, sind oft nicht mehr möglich. Hinzu kommt ein Gefühl der Scham, schwer krank zu sein. Nicht selten ziehen sich Bekannte, Verwandte und sogar gute Freunde zurück, weil sie mit der Krankheit oder Behinderung des Betroffenen nicht umgehen können. Nicht selten kommen aber auch die Patienten selbst mit den Gesundgebliebenen nicht mehr zurecht, blicken neidvoll auf sie und suchen dann die selbstgewählte Isolation, um nicht ständig mit dem scheinbaren Glück ihres sozialen Umfelds konfrontiert zu werden.

Das vorliegende Kapitel orientiert sich schwerpunktmäßig an Befunden über die verhaltenstherapeutische Behandlung von onkologischen Patienten, da diese Gruppe am besten untersucht ist und eine sehr breite Literatur hierüber vorliegt. Die Vorschläge für verhaltenstherapeutisches Vorgehen lassen sich in der Regel unter leichten Abwandlungen auch auf Patienten mit anderen Erkrankungen übertragen.

➤ **Die Lebensqualität der Betroffenen wird nach Tschuschke (2006) durch folgende Faktoren beeinflusst:**

- **medizinische Probleme,**
- **soziale Unterstützung,**
- **ökonomische Ressourcen,**
- **intrapsychische Faktoren und**
- **die Zeitspanne der Behandlung.**



## 7.3 Psychotherapie der schweren somatischen Erkrankungen

### 7.3.1 Allgemeine und formale Behandlungsaspekte

Patienten, die unter einer schweren körperlichen Erkrankung leiden, stehen – oft für den Rest ihres Lebens – vor der schweren Aufgabe, mit den Folgen leben zu müssen. Mit den (meist bleibenden) Beeinträchtigungen umgehen zu können und mit dem Risiko zu leben, dass die Erkrankung wieder auftritt, sich verschlimmert oder im schlimmsten Fall zum Tode führt, verlangt den Betroffenen viel ab. Ziel ist immer, eine Verlängerung des Lebens, insbesondere aber eine verbesserte Lebensqualität zu erreichen. Die von schweren Krankheiten betroffenen Patienten bilden hierbei selbstredend keine homogene Gruppe; die jeweilige Reaktion auf das Krankheitsgeschehen ist abhängig von der jeweiligen Grunderkrankung und von der Phase der Verarbeitung.

In der Regel haben die Patienten die Diagnose bereits von einem Arzt erfahren; die meisten haben eine – oft monatelange – Behandlung im Krankenhaus hinter sich, viele waren anschließend über Wochen in Rehabilitationskliniken. Nicht selten werden sie in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems therapiert, sind etwa bei unterschiedlichen Fachärzten in Behandlung und erhalten parallel z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Häufig versuchen die Patienten auch alternative Therapieformen wie Akupunktur, gehen zu Heilpraktikern oder wenden sich spiritueller Begleitung zu. Der Psychotherapeut ist hier also nur ein Rädchen in einem großen Getriebe, das um die Gesundung des Betroffenen ringt. Entsprechend muss man sich aber auch mit den anderen Berufsgruppen absprechen und regelmäßigen Informationsaustausch betreiben. Es ist nicht sinnvoll, wenn der Psychotherapeut sich bemüht, Hoffnung und Kampfgeist zu wecken, während der Arzt längst weiß, dass die Prognose infaust ist. Hier wären dann ggf. Gespräche zur Sterbebegleitung sinnvoller. Der behandelnde Arzt wird nicht zögern, auch den Verhaltenstherapeuten über den medizinischen Stand des Patienten zu informieren, wenn er im Gegenzug Informationen über den emotionalen Zustand des Erkrankten erhält und dadurch besser abschätzen kann, welches Wissen man dem Patienten zumuten kann.

#### Fallbeispiel

Mir (Erich Kasten) wurde die Situation von Frau B., abseits von allen theoretischen therapeutischen Überlegungen, ganz persönlich erst wirklich verständlich, als ich am Jahresende 2014 über mehr als drei Monate hinweg unter einer Entzündung des rechten Hüftgelenks litt. Es handelte sich nicht wirklich um eine schwere Krankheit, aber beim Spaziergehen zwang das schmerzende Gelenk nach wenigen hundert Metern zur Umkehr, selbst Stehen war über

längere Zeit nicht möglich, Treppensteigen wurde zur Qual; nächtliches Umdrehen auf die entzündete Seite führte zu ständigen Unterbrechungen des Schlafs. Mir wurde klar, dass fast alles, was im Leben Spaß macht, von einer intakten Bewegungsfähigkeit abhängt und Selbstinstruktionstechniken, das Leben dennoch zu genießen, schwer durchzuhalten sind. Wenn man es gewohnt ist, die 20 km in die nächste Großstadt regelmäßig mit dem Fahrrad zu fahren, und

Freude an Rasenmähen und handwerklichen Tätigkeiten hat, wird das durch Lesen von Comicheften auf der Couch nicht wirklich ersetzt. Nach drei Monaten wuchs die Angst, dass es sich um einen chronischen Schaden handeln könnte. Wenngleich die Hüfte sich im Februar 2015 entschloss, wieder abzuheilen, wurde mir klar, wie vorsichtig man mit allzu leichtfertigen Ratschlägen nach dem Motto „Sie müssen das akzeptieren“ an betroffene Patienten umgehen sollte.

#### 7.3.1.1 Formale Struktur des Therapieprozesses (Makrostruktur)

Schwere Erkrankungen lösen immer Schock und Bestürzung aus; die Betroffenen müssen sich in die Mühlen des Gesundheitssystems begeben, sie erleiden sowohl durch die somatische

Erkrankung als auch durch die Unterwerfung unter ärztliche Anweisungen einen Verlust persönlicher Kontrolle über ihr eigenes Leben und fühlen sich oft hilflos ausgeliefert. Wichtigster Baustein einer Krankheitsbewältigung sollte es immer sein, dem Patienten das Gefühl zu geben, dass er die Situation wieder kontrollieren und aktiv etwas zu seiner Heilung beitragen kann.

Jede Erkrankung hat typische Veränderungen zur Folge. Cohen und Lazarus (1979) zählen folgende Problembereiche auf, die gleichzeitig auch die Rahmenthemen für die Therapie bilden können:

- unmittelbare Lebensbedrohung und Angst zu sterben;
- Bedrohung der körperlichen Intaktheit und Unversehrtheit;
- Belastung durch die Notwendigkeit der Anpassung an neue Umwelten wie z. B. Krankenhaus oder Reha-Klinik;
- Bedrohung des Selbstkonzeptes und der Zukunftsplanungen;
- Veränderungen des gewohnten Handlungssystems und infolgedessen Gefährdung der Erfüllung bisher ausgeübter Rollen und Tätigkeiten und damit verbundene Trennung von der Familie, den Freunden sowie anderen bisher vorhandenen Bezugspersonen und sozialen Unterstützungssystemen.

Sourkes et al. erstellten 1998 ein Profil von Patienten, die am ehesten von einer Therapie profitieren. Diese Gruppe zeigte sich insgesamt weniger optimistisch im Hinblick auf die Entwicklung ihrer Krankheit, sie waren kaum hoffnungsvoll, zeigten ein sehr bewusstes Erleben ihrer Erkrankung und kaum Verdrängung. Eine frühzeitige Identifikation dieser hoch vulnerablen Gruppe könnte helfen, entsprechende Risikopatienten zu einem frühen Zeitpunkt herauszufiltern und einer Therapie zuzuführen.

Schon 1984 hatten Worden und Weisman Krebspatienten hinsichtlich ihrer Bereitschaft befragt, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, und festgestellt, dass rund ein Drittel eine solche Intervention ablehnt. Diese Gruppe neigte eher dazu, die Erkrankung und die psychosozialen Folgen zu bagatellisieren, sah das Angebot einer Psychotherapie eher als Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts an und befürchtete eine Konfrontation mit unterdrückten Gefühlen. Allerdings war ein Teil dieser Gruppe aber auch optimistischer als andere Erkrankte und ging daher davon aus, eine Psychotherapie sei nicht notwendig.

Auch innerhalb der Therapiesitzungen macht man die Erfahrung, dass die Patienten gar nicht immer über ihre emotionale Situation reden wollen. Die meisten werden durch Krankheitssymptome wie z. B. Schmerzen, Bewegungsstörungen oder Entstellungen ohnehin im Tagesverlauf ständig daran erinnert, dass sie krank sind. Selbst wenn eine Psychotherapie auch ein Ort sein soll, an dem man seine Trauer herauslassen und hemmungslos über verlorene Lebenszeit weinen kann, sollte dies nicht der zentrale Pflichtteil einer Behandlung sein. Der Psychotherapeut muss sich hier bemühen, im Verlauf der jeweiligen Sitzung feinfühlig herauszufinden, ob der Patient heute über seine emotionale Situation reden möchte oder nicht. Themen, die es durch die schwere körperliche Erkrankung zu bearbeiten gibt, existieren in der Regel genug. Allerdings werden manche Patienten auch erst im Verlauf einer Therapiesitzung mitteilend, und Inhalte, über die sie am Anfang eines Treffens nicht reden möchten, brennen ihnen dennoch auf der Seele, sodass man ihnen im Verlauf einer Session immer wieder erneut die Chance geben sollte, diese anzusprechen.

Ein wesentlicher Problempunkt bei Patienten im Finalstadium kann darin bestehen, dass die Planung von Terminen dem Zustand des Patienten unterliegt. Mit anwachsenden Symptomen wird es für den Patienten zunächst schwieriger, irgendwann unmöglich, noch in die Praxis eines ambulant tätigen Psychotherapeuten zu kommen. Hier stellt sich die Frage nach der Möglichkeit von Hausbesuchen, die das kassenärztliche Abrechnungssystem für Psychotherapeuten in der Regel aber nicht vorsieht.

### 7.3.1.2 Formale Struktur innerhalb einzelner Behandlungsstunden (Mikrostruktur)

Fawzy (1995, zit. n. Tschuschke 2006) gliederte die Ziele, die mithilfe einer Psychotherapie bei somatisch Schwerkranken erreicht werden sollten, folgendermaßen:

- Verringerung von Vereinsamungsgefühlen durch Gespräche mit anderen in vergleichbarer Situation;
- Reduzierung von behandlungsbezogener Angst;
- Reduzierung von Verzweiflung und Depression;
- Hilfestellung zur Klärung von Missverständnissen und Fehlinformationen;
- Verringerung der Gefühle von Isolierung, Hilf- und Hoffungslosigkeit und der Vernachlässigung durch andere;
- Ermutigung von mehr Selbstverantwortung, gesunden zu wollen;
- Verbesserte Compliance mit der medizinischen Behandlung;
- ganz allgemein: Verbesserung der Lebensqualität;
- Aufbau von Bewältigungsmöglichkeiten.

Hilfreich bei der Planung einzelner Therapiesitzungen ist es zu schauen, in welcher Phase der Krankheitsverarbeitung der Patient sich befindet. Je nach Erkrankung lässt sich hier unter Umständen das Modell von Elisabeth Kübler-Ross heranziehen. Wenngleich das ursprüngliche Modell inzwischen umstritten ist und von verschiedenen Autoren mehrfach abgeändert wurde, ist die ursprüngliche Fassung in der praktischen Arbeit doch gut brauchbar. Kübler-Ross (1973) unterschied bei Krebspatienten verschiedene Phasen, die man aber bei anderen Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen ebenso finden kann:

**I. Nicht-wahrhaben-Wollen** In der ersten Phase wird dem Erkrankten die Diagnose einer möglicherweise tödlich verlaufenden Erkrankung mitgeteilt. Nach dem initialen Schock schiebt dieses Stadium sich wie ein Puffer zwischen den Kranken und sein Entsetzen. Der Patient glaubt an eine Verwechslung oder an mangelnde Kompetenz der Ärzte und versucht, Zweitmeinungen zu bekommen, in der Hoffnung, dass andere Ärzte einen Irrtum feststellen. Unterstützt wird dies dadurch, dass manche Erkrankungen, z. B. Krebs oder eine HIV-Infektion, zunächst kaum Symptome verursachen. Nicht selten wird die Diagnose sogar vor nahen Angehörigen geheim gehalten, manchmal versuchen die Betroffenen zunächst einfach so weiterzuleben wie bisher, als wenn nichts geschehen wäre. Nach Fawzy (1999) versuchen viele Patienten in dieser Phase, die Erkrankung zu leugnen oder zu bagatellisieren. Oft erleben sie Trauer, Ärger, Angst und Depression nahezu gleichzeitig. Fatalistische Phasen, in denen alles als sinnlos angesehen wird, treten ebenso auf wie mutiges Zusammenreißen.

**II. Zorn** In der zweiten Phase hat der Patient die todbringende Diagnose zwar annehmen müssen, er reagiert aber aggressiv, z. T. werden Ärzte und Pflegepersonal beschimpft, und er blickt neidvoll auf gesunde Personen. Hinter der Wut steht die Frage: Warum gerade ich? Es ist sinnvoll, dem Erkrankten hier die Möglichkeit zu geben, „Dampf abzulassen“; er braucht ein Ventil. Kübler-Ross gibt dem helfenden Personal hier den Rat, sich nicht alles gefallen zu lassen, aber sich auch nicht von dem Kranken abzuwenden.

**III. Verhandeln** In dieser Phase verhandelt der Krebskranke insbesondere mit Ärzten, z. T. aber auch mit Gott über einen Aufschub. Oft möchte der Sterbende noch Ereignisse wie die Hochzeit eines Kindes oder die Geburt eines Enkels miterleben. Der Patient ist bereit, an allen Therapien teilzunehmen, er sucht Hilfe, diskutiert mit den Medizinern über weitere Therapieoptionen

oder entwickelt eine starke Religiosität und bittet Gott, ihn noch für eine Weile auf diesem Planeten zu lassen.

**IV. Depression** Der Todkranke entwickelt zunehmend mehr Depressionen, da ihm bewusst wird, dass es keine Heilung mehr für ihn gibt und sich das Tor seines Lebens auf dieser Welt langsam für immer schließt. Er trauert um die Erlebnisse im Leben, die er nun nicht mehr haben wird. Das Bedürfnis, mit anderen über das eigene Leben sprechen zu können, ist hier oft sehr stark. Viele Sterbende kümmern sich in diesem Stadium um Angelegenheiten, die sie noch selbst regeln wollen, z. B. ihr Testament, und empfinden Unterstützung dabei als hilfreich. Oft werden aus dieser Stimmung heraus nun keine neuen Therapien mehr zugelassen. Mitleid ist hier nach Ansicht von Kübler-Ross meist fehl am Platz, aber aktives Zuhören hilft den Kranken, mit ihrem Zustand irgendwie noch zurechtzukommen.

**V. Akzeptieren** Die letzte Sterbephase nach Kübler-Ross erreichen nicht alle Kranken, viele hadern bis zum Schluss mit ihrem Zustand. Manche schaffen es aber, ihr Schicksal zu akzeptieren. Gerade ältere Menschen, die ein erfolgreiches Leben hinter sich haben, können akzeptieren, dass sie das Ende ihrer Lebensspanne erreicht haben; manche von ihnen sind sogar eine Stütze für ihre Verwandten und Freunde, erleichtern ihnen den Abschied und bitten quasi um Erlaubnis, jetzt gehen zu dürfen. Andere aber koppeln sich ganz von ihrer Umwelt ab und wollen auch keine Besucher mehr empfangen, für längere Gespräche sind sie oft zu schwach. Manchmal ist Schweigen und Händehalten hier die beste Unterstützung, die man dem Sterbenden noch geben kann.

Wichtig zu wissen ist, dass die Abfolge dieser Phasen keinesfalls chronologisch sein muss, sondern dass es immer wieder Rückfälle in vorangegangene Phasen geben kann. So kann ein Patient, der bereits begonnen hatte, seine Krankheit oder sogar den eigenen Tod zu akzeptieren, durchaus auch wieder zurückfallen in das Stadium des Zorns, der Depression oder, bei erneuter Verschlechterung von Symptomen, auch in das Nicht-wahrhaben-Wollen. Im Prinzip muss man daher in jeder Therapiesitzung erneut wieder herausfinden, wo der Erkrankte emotional gerade steht, um ihn dort begleiten zu können.

In dem folgenden Beispiel durchläuft die oben beschriebene Ataxiepatientin innerhalb weniger Sätze Stadien von Wut über Verhandeln bis hin zum Akzeptieren:

**Therapeut:** „Hallo, Frau B., wie geht es Ihnen heute?“

**Frau B.:** „Mein Neurologe meint, es gibt ein neues Medikament aus Frankreich, das mir vielleicht helfen könnte.“

**Therapeut.:** „Das wäre doch toll.“

**Frau B.:** „Nein, ich hab jedes Vertrauen in die Ärzte verloren. Das bringt doch sowieso alles nichts mehr.“

**Therapeut:** „Warum nicht?“

**Frau B.:** „Die Medikamente können meinen Zustand höchstens aufhalten, der Schaden ist nun mal da. Da wächst nichts mehr zusammen durch irgendwelche Pillen. Die Heinis machen einem erst Hoffnung, und dann fällt man umso tiefer, wenn es doch nicht hilft.“

**Therapeut:** „Sie haben sich also entschieden, eine Therapie, die Ihnen vielleicht etwas helfen könnte, von vorne herein gar nicht erst anzufangen?“

**Frau B.:** „Das ist jetzt provokativ gemeint von Ihnen, oder?“

**Therapeut:** „Stimmt. Ich kann Ihren Hass auf Ärzte gut nachvollziehen, bei dem, was Sie mitgemacht haben. Aber noch mal ernsthaft: Wäre das neue Medikament gar keine Hoffnung für Sie?“

**Frau B.:** „Ich muss das mal überdenken und mich über die Nebenwirkungen informieren, wenn einem davon auch wieder wochenlang übel wird, dann nehm ich das aber definitiv nicht.“

**Therapeut:** „Das öffnet die Tür wenigstens einen Spalt.“

**Frau B.:** „Ja, okay, Sie haben schon recht. Etwas Hoffnung ist allemal besser, als einfach aufzugeben. Die Ewigkeit dauert dann lange genug und kann von mir aus ruhig noch etwas warten.“

### 7.3.2 Therapeutische Beziehung

---

Die therapeutische Beziehung zu Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen ist nicht selten von anklammerndem Verhalten gekennzeichnet. Der Patient spürt die Aussichtslosigkeit seiner Situation, hinzu kommt häufig, dass die direkte Umwelt sich schon zu viel mit dem Leid auseinandersetzen musste und sich von dem Kranken längst zurückgezogen hat, sodass dieser seine Trauer nirgendwo anders herauslassen kann. Dies kann dazu führen, dass der Behandler zur wesentlichsten Bezugsperson wird. Diese Position kann ausgesprochen schwierig werden. Wesentlich ist hierbei, dass der Patient in einer durch Angst und Furcht gekennzeichneten Lebensphase jemanden sucht, der dennoch Ruhe, Zuwendung und Hoffnung ausstrahlt, was dann aus verhaltenstherapeutischer Sicht jedoch als positiver Verstärker wirkt, sodass die Kranken umso mehr Therapie suchen und sich noch mehr anklammern. Der Therapeut darf sich hierin nicht verstricken lassen. Wichtig ist es, dem Patienten Fähigkeiten (skills) beizubringen, um sich selbst zu beruhigen. Der Behandler muss hier Möglichkeiten der Selbstberuhigung trainieren, da das anklammernde Verhalten die Autonomie des Patienten deutlich einschränken kann. Nur so kann die therapeutische Beziehung ausgewogen bleiben.

Noch schwieriger kann es sein, eine therapeutische Beziehung zu Patienten aufzubauen, die zur Psychotherapie geschickt wurden, die selbst aber felsenfest davon überzeugt sind, dass ihnen bei ihrer (körperlichen!) Erkrankung kein „Seelenklempner“ helfen kann. Hier sollte man das Augenmerk des Patienten feinfühlig auf die psychischen Veränderungen lenken, die jede chronische und unheilbare Erkrankung zwangsläufig nach sich zieht.

### 7.3.3 Therapiephase 1: Störungsmodell und Vermittlung der Diagnose

---

Verhaltenstherapeuten sind keine Wunderheiler, keine Schamanen und keine Zauberer. Immer wieder kommen Patienten mit schweren körperlichen Krankheiten, die die Hoffnung haben, dass eine Psychotherapie sie heilen kann, indem sie ihre „innere Mitte finden“, ihr seelisches Gleichgewicht wiederbekommen oder unbewusste Motive für die Krankheit aufdecken, die dann auf mystische Weise zum Verschwinden der Symptome führen. In der Mehrzahl der Fälle ist so etwas absolut nicht zu leisten. Der Therapeut kann sich um die psychosozialen Folgen von schweren somatischen Krankheiten kümmern, die körperliche Grunderkrankung zu behandeln bleibt aber Aufgabe der Mediziner. Dies sollte noch im Rahmen der probatorischen Sitzungen eindeutig

klargestellt werden, um nicht falsche Hoffnungen zu wecken. Einschränkend ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass additive Ängste und Depressionen sich immer negativ auswirken, nicht nur auf die allgemeine Lebensqualität, sondern die aktuelle Forschung geht auch davon aus, dass eine zusätzliche psychische Erkrankung sich negativ auf die Überlebenszeit insbesondere bei Krebskranken auswirken kann. Aus dieser Sicht kann die Verhaltenstherapie für den Patienten durchaus ein Gewinn sein.

Die Vermittlung einer Diagnose über eine schwere, oft unheilbare Erkrankung verlangt auch dem Arzt, der dem Patienten in der Regel diese belastende Botschaft überbringen muss, das Äußerste ab. Zwar kommt der Psychologe selbst eher selten in die Verlegenheit, einem Patienten die somatische Diagnose mitteilen zu müssen; dies kann aber durchaus passieren. Typische Beispiele sind die Demenzdiagnostik mithilfe von psychologischen Gedächtnistests, Fahreignungsdiagnostik nach einem Schlaganfall oder Untersuchungen auf Vorliegen einer geistigen Behinderung. Hier ist man auch als Psychologe gefordert, dem Patienten das Ergebnis einer Begutachtung mit ungünstigem Ergebnis vorsichtig näherzubringen. Das SPIKES-Modell eignet sich, um dem Patienten hier schrittweise an die meist grausame Wahrheit heranzuführen und damit zu versuchen, das Entsetzen etwas aufzufangen. Das SPIKES-Modell (Baile et al. 2000) unterscheidet sechs Schritte:

1. **Setting** (Gesprächsvorbereitung): Innere Vorbereitung des Arztes oder Therapeuten, mentales Durchspielen schwieriger Gesprächssequenzen, Vorbereitung auf eigene unangenehme Emotionen (z. B. Ängste, Schuldgefühle);
2. **Perception** (Krankheitswahrnehmung): Offene Fragen dazu stellen, wie der Patient seine medizinische Situation selbst einschätzt;
3. **Invitation** (Einladung): Dem Patienten die Möglichkeit geben, auszudrücken, wie viel Information er wünscht;
4. **Knowledge** (Wissen vermitteln): Vorwarnung aussprechen, Informationen portionieren, zwischendurch Verständnis erfragen, dabei medizinische Fachausdrücke vermeiden, keine unnötig drastische Ansprache, aber auch keine Ohnmachtsphrasen (z. B. „Aus medizinischer Sicht können wir Ihnen nicht mehr helfen“);
5. **Empathy** (Emotionen beantworten): Zeit nehmen, um Emotionen wahrzunehmen (Pausen akzeptieren), empathische Rückmeldungen mittels explorierender Fragen, Emotionen legitimieren, Verständnis signalisieren, Relativierung vermeiden („Es hätte durchaus noch schlimmer kommen können“), Vorgehen fortsetzen, bis der Patient ruhiger geworden ist;
6. **Strategy** (Planung): Patienten fragen, ob er bereit ist, über das weitere Vorgehen zu sprechen, realistische Behandlungsziele und Therapieoptionen erklären, ggf. auch palliative Therapien als wichtige ärztliche Aufgabe darstellen, persönliche Behandlungsziele respektieren.

Die meisten Patienten, die aufgrund schwerer körperlicher Krankheiten zum Psychotherapeuten kommen, kennen ihre Diagnose in der Regel bereits; der Psychologe muss hier nur eine additive Diagnose aus dem psychopathologischen Bereich stellen. In der Regel wird dies „Depression“ sein, bei manchen Erkrankungen auch „akute Belastungsreaktion“ oder „Posttraumatische Belastungsstörung“. Nicht selten kommen diffuse Ängste, Unruhezustände und psychosomatische Störungen hinzu, insbesondere Insomnie durch nächtliche Grübeleien. Infolge von manchen Medikamenten, insbesondere bei Zytostatika, kann es außerdem zu psychosomatischen Reaktionen wie z. B. konditionierter Übelkeit beim Anblick oder Geruch des Krankenhauses kommen.

Nach Daten von Kornblith (1998) weisen zwar nur rund 4 bis 10 % der Krebskranken eine manifeste Posttraumatische Belastungsstörung auf, aber 48 % der Kranken zeigen Symptome aus

dem PTBS-Bereich, insbesondere Flashbacks an Diagnosemitteilung und operative Maßnahmen. Amir und Ramati (2002) halten PTBS sogar für eine „übliche Folge“ einer Krebserkrankung. Schwarz (1998) gab an, dass bei 40 bis 50 % der Krebskranken eine diagnostizierbare psychische Störung vorliegt, hiervon 90 % aufgrund der Diagnose oder der Belastungen durch die Behandlung. Nach Daten von Holland und Rowland (1989) und Blake-Mortimer et al. (1999) haben rund ein Drittel aller Krebskranken eine Behandlungsbedürftigkeit, die in den Aufgabenbereich des Psychotherapeuten fällt. Auch Patienten mit Herzinfarkt, Transplantationen oder HIV-Infektionen leiden oft unter einer PTBS, die nicht selten chronisch wird (Flatten et al. 2003). Besonders bedrohlich ist hier, dass die lebensbedrohliche Ursache nicht extern ist, sondern aus dem eigenen Körper kommt, d. h., die Betroffenen entwickeln ein tiefgreifendes Misstrauen eigenen Körperfunktionen gegenüber. Zudem handelt es sich nicht um ein einmaliges Ereignis, sondern die Erkrankung bedroht das Leben meist fortgesetzt, Fischer und Riedesser (2003) sprechen hier von „kumulativer Traumatisierung“.

Jede Krankheit ist mit Stress verbunden, da man seine üblichen Aufgaben nicht mehr erfüllen kann, mit wichtigen Arbeiten in Verzug gerät und die Lebensqualität eingeschränkt wird, d. h. die Krankheit erzeugt ein hochgradig unangenehmes Körpergefühl, aber der positive Ausgleich wird unmöglich. Tschuschke (2006) schreibt, dass insbesondere Ängste vor einem Wiederauftreten der Krebserkrankung „wie ein Damoklesschwert“ über den Köpfen auch der Geheilten schweben. Er zitiert Zahlen aus der Literatur zwischen 39 % und 89 % für Angststörungen. Stress, Ängste und Depressionen wirken über die Ausschüttung von Cortisol immunsuppressiv, dies kann bei Erkrankungen, bei denen ein intaktes Immunsystem eine wichtige Rolle spielt, durchaus zum hemmenden Faktor werden und Chancen der Heilung vermindern. Entsprechend wichtig ist es, dem Patienten Methoden an die Hand zu geben, um sein Leben nicht von der Krankheit bestimmen zu lassen.

➤ **Daten unterschiedlicher Studien zeigen, dass Patienten mit hoher Ausprägung eines *fighting spirit* besser mit ihrer Erkrankung zurechtkommen, sie feuern sich selbst an mit Sätzen wie „Das schaffst du“ oder „Da musst du jetzt durch!“**

**Auch wenn nach Ergebnissen neuerer Studien der Kampfgeist alleine Krebspatienten nicht wirklich zu heilen vermag, kommen Patienten besser mit schweren Erkrankungen zurecht, wenn sie den Eindruck haben, aktiv etwas tun zu können.**

Hinsichtlich des Störungsmodells ist hier zu fragen, wie die Entwicklungsgeschichte eines Menschen war. Hat es der Patient gelernt, in Krisenfällen aktiv zu kämpfen, oder unterwirft er sich eher und wartet passiv ab? Das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Seligmann zeigte schon vor über 50 Jahren an Tierversuchen, dass bereits in der frühen Kindheit gelernt wird, ob man gegen unangenehme Situationen ankämpft oder ob einem dies als sinnlos erscheint (Seligman et al. 1968; Seligman 1991). Zu erfragen ist hier das elterliche Erziehungsverhalten: War es eher autoritär oder hatte der Patient als Kind Mitspracherecht und konnte seine Interessen mit den Eltern verhandeln? In seiner erweiterten Form berücksichtigt das Modell der erlernten Hilflosigkeit vor allem Attributionen, d. h. Ursachenzuschreibungen zu Handlungsausgängen (z. B. Kelley 1973; Weiner 1994). Unterschieden werden hier z. B. Dimensionen wie:

- intern („Ich bin durch meine ungesunde Lebensweise selbst schuld daran, dass ich krank geworden bin“) oder extern („Meine Krankheit ist verursacht worden durch Umweltgifte, ich hätte nichts dagegen tun können“);
- stabil („Die jetzige Verschlimmerung beweist mir, dass ich unheilbar krank bin und sterben werde“) oder variabel („Rückschläge sind im Krankheitsverlauf normal, ich werde es trotzdem schaffen, wieder gesünder zu werden“);



- global („Die Krankheit zeigt mir, dass mein ganzes Leben verpfuscht ist; meine Geburt war von Anfang an ein Irrtum“) versus spezifisch („Die Behinderung ist nur ein Teil dessen, was mich ausmacht, ich habe viele Fähigkeiten, viele Freunde und kann noch viele sinnvolle Dinge auf diesem Planeten tun“);
- kontrollierbar („Diese Bauchschmerzen kenne ich und weiß, was ich dagegen zu tun habe, damit es rasch wieder aufhört“) versus unkontrollierbar („So einen tagelangen Schwindel hatte ich noch nie, keine Ahnung, woher das kommt. Mein Hausarzt schien auch ratlos!“).

Depressive Menschen attribuieren meist intern, stabil und global, d. h., sie neigen dazu, die Schuld an negativen Ereignissen sich selbst zu geben, sie halten dies für überdauernd und gehen davon aus, dass sich dies über alle Lebensbereiche erstreckt. Bei der Suche nach dem Störungsmodell bei Patienten mit schweren Erkrankungen sollten diese Attribuierungen hinterfragt und erkundet werden, wie diese sich in der Lebensgeschichte entwickelt haben. Stellt man derartig belastende Schuldzuschreibungen fest, dann lässt sich später mit dem sokratischen Dialog hinterfragen, ob die Gedankengänge wirklich in dieser Form zutreffen.

### 7.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung

Sehr literarisch fasste Faller (1998) zusammen, was im Kopf eines Patienten vor sich geht, der mit einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung konfrontiert wird:

- » Während Gesunde die Tatsache, einmal sterben zu müssen, gut ausblenden können, ist ein Krebskranker gezwungen, sich mit diesem Gedanken auseinander zu setzen. Die natürliche Selbstverständlichkeit des Lebens ist für ihn in Frage gestellt. Gesunde können diesen veränderten seelischen Zustand nur schwer nachvollziehen, sie wissen meist nicht, wie Todesangst sich anfühlt. [...] Krebskranke brauchen vor allem Zeit und eine kontinuierliche, unaufdringliche Begleitung, um die Belastung verarbeiten zu können.

Als wesentlichste Belastungspunkte, die auch den therapeutischen Prozess leiten sollten, nennt Faller (1998, 2004): Todesdrohung, Verletzung der körperlichen Unversehrtheit, Autonomieverlust, soziale Isolierung und Stigmatisierungsangst, Bedrohung der sozialen Identität und des Selbstwertgefühls.

Die Frage „Warum gerade ich?“ sollte sehr frühzeitig mit dem Patienten besprochen werden, nicht selten entdeckt man dabei, dass die Patienten sich selbst Schuld an dem Krankheitsgeschehen geben, was die Heilung aber verzögern kann. Nach Daten einer Kieler Studie war die Verweildauer im Krankenhaus bei Patienten, die sich selbst die Schuld an einem Verkehrsunfall gaben, signifikant länger als die Verweildauer von Unfallopfern, die den Unfall beim besten Willen nicht hätten vermeiden können. Entlastend für den Erkrankten ist es hier, wenn er zu dem Schluss kommen kann, dass viele Krankheiten „schicksalsbedingt“ sind. Selbst wenn der Patient, etwa bei Krebserkrankungen, eine ungesunde Lebensführung gezeigt hat, so ist auch dies immer nur ein kleines Rädchen im Räderwerk des Multikausalitätsprinzips bei der Entstehung von derartigen Krankheiten. Entlastend kann hierbei auch sein, wenn man dem Betroffenen einsichtig machen kann, dass er nicht unbedingt aus „freien Stücken“ geraucht, getrunken und zu viel gegessen hat, sondern dass ihm oftmals funktionalere/gesündere Bewältigungsstrategien und -fähigkeiten fehlten, mit bestimmten Lebenssituationen umzugehen, und es Lebensumstände waren, die ihn in diese Situation getrieben haben. Hier ist, in Kooperation mit dem Patienten, wichtig, ein eigenes Störungsmodell zu entwickeln, das, beginnend in der Kindheit,



nachvollzieht, warum der Patient ungesund gelebt hat und ob er wirklich die Chance hatte, aus diesem Teufelskreis herauszukommen. Beispiel:

**Patient:** *„Ich hätte ja mit dem Rauchen ebenso gut aufhören können, dann hätte ich den Schlaganfall vielleicht nicht bekommen.“*

**Therapeut:** *„Rauchen Ihre Familienangehörigen?“*

**Patient:** *„Ja, klar, meine Frau raucht, mein Schwiegersohn, meine Tochter auch. Ach ja, mein Nachbar ebenso.“*

**Therapeut:** *„Ihre Kollegen?“*

**Patient:** *„Logisch, da raucht jeder, in meinem Job ist es die einzige Möglichkeit, mal 'ne Pause zu machen, wenn man vor die Tür geht und eine raucht.“*

**Therapeut:** *„Wäre es in diesem Umfeld leicht gewesen, mit dem Rauchen aufzuhören?“*

**Patient:** *„Ich hab's ja hundertmal versucht, bin aber immer wieder rückfällig geworden. Stimmt schon, wenn alle anderen um einen herum auch qualmen, ist das nicht so einfach.“*

**Therapeut:** *„Sie wissen auch, dass Rauchen eine regelrechte Sucht ist und im Gehirn ein Mangel an bestimmten Botenstoffen entsteht, wenn man nicht mehr raucht?“*

**Patient:** *„Ja, hab ich schon von gehört.“*

(usw.)

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sind auf lange Sicht die am meisten belastenden psychischen Anteile schwerer körperlicher Krankheiten, da sie leicht chronisch werden. Die Betroffenen klagen über sich aufdrängende Gedanken an die Krankheit, an Aufenthalte im Krankenhaus oder Angst davor, sterben zu müssen. Folge sind innere Unruhe bis hin zu Panikstörungen, Schlafstörungen und andere psychosomatische Beschwerden.

Patienten mit rezidivierenden somatischen Erkrankungen werden immer wieder in Phasen der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit verfallen, die verständlich sind, aber Lebensphasen, die der Erkrankte eigentlich noch genießen könnte, verderben. Wesentlichste Aufgabe des Therapeuten ist es hier, immer wieder den Kampfgeist zu wecken und beim Patienten eine entsprechende Haltung aufzubauen. Hierzu eignet sich besonders gut der sokratische Dialog, der den Patienten dazu bringt, Einstellungen zu hinterfragen, die für eine Besserung seines Zustandes eher hinderlich sind. Beispiel:

**Patient:** *„Am Sonntagnachmittag bin ich eingeladen zum Geburtstag meines Bruders. Aber ich werde da nicht hingehen.“*

**Therapeut:** *„Warum nicht?“*

**Patient:** *„Meine Symptome haben sich verschlimmert, mir geht es im Moment körperlich gar nicht gut. Ich kann eh keinen Kuchen essen. Außerdem ertrage ich die ganzen gesunden Leute nicht. Mein Bruder ist zwölf Jahre älter als ich und erfreut sich bester Gesundheit. Die geifern dann über meinen Zustand, wenn ich da mit dem Rollator reinkomme, das ist doch einfach nur peinlich!“*

**Therapeut:** „Was werden Sie Sonntagnachmittag stattdessen tun?“

**Patient:** „Weiß ich nicht. Zu Hause Fernsehen gucken oder so.“

**Therapeut:** „Geht es Ihnen dann besser?“

**Patient:** „Zumindest muss ich mir die Mitleidsbekundungen meiner Verwandtschaft nicht anhören.“

**Therapeut:** „Wir haben ja schon mehrmals über kognitive Schemata gesprochen. Erinnern Sie sich, dass wir uns bemüht hatten, Gedankengänge zu identifizieren, die eine Depression unterstützen, und solche, die den Kampfgeist wecken? Wenn Sie sich jetzt zu Hause verkriechen und nicht zum Geburtstag gehen, welcher Denkstil steht dahinter?“

**Patient:** „Hmmm ..., tja ..., ich weiß nicht ..., ist es sowas wie Resignation?“

**Therapeut:** „Das kommt gut hin. Hilft Ihnen die Resignation wirklich? Welcher Denkstil wäre besser?“

**Patient:** „Stimmt, darüber haben wir schon etliche Male geredet, Kampfgeist wäre besser. Aber was hat das mit dem Geburtstag meines Bruders zu tun? Ich dachte, Kampfgeist wäre nur, dass ich mich auf weitere medizinische Behandlungen einlasse.“

**Therapeut:** „Könnte es sein, dass Sie vermehrt über Ihre Krankheit grübeln, wenn Sie Sonntag zu Hause bleiben? Und könnte es sein, dass Sie etwas Ablenkung haben, wenn Sie auf dem Geburtstag Ihres Bruders einfach mal über Gott und die Welt reden?“

**Patient:** „Na ja, ist schon richtig, aber das Gespräch kommt immer unweigerlich auf meine Krankheit, und das zieht mich dann total runter.“

**Therapeut:** „Wir üben das mal. Wie können Sie antworten, wenn ich Ihr Bruder wäre und Sie über Ihre Krankheit ausfrage?“

**Patient:** „Tja ..., ich könnte sagen, ... äh.. na ja, einfach dass ich darüber nicht reden möchte.“

**Therapeut:** „Und Sie könnten, was geschickt wäre, gleich ein anderes interessantes Thema vorschlagen, zum Beispiel etwas, das Sie gerade in der Zeitung gelesen haben.“

**Patient:** „Und wie gehe ich mit dem Mitleidsbekundungen meiner Tante um?“

**Therapeut:** „Was denken Sie, wie meint Ihre Tante das und wie kommt es bei Ihnen an?“

**Patient:** „Na ja ..., weiß nicht ..., meine Tante meint das vielleicht nur gut und will mir helfen.“

**Therapeut:** „Kann die Verwandtschaft Ihnen bei Ihrer Erkrankung irgendwie zur Seite stehen?“

**Patient:** „Ja, ja, klar, das tun sie ja. Wenn ich was brauche, dann kommen die sofort. Meine Schwägerin hat mich ja sogar oft zum Arzt gefahren, wenn meine Frau nicht konnte.“

**Therapeut:** *„Vielleicht denken Sie ja doch noch mal darüber nach, ob Sie zum Geburtstag gehen oder nicht.“*

**Patient:** *„Ja okay, ich denke, ich gehe hin am Sonntag. Macht ja keinen Sinn, sich zu verstecken.“*

Wichtig ist, mit dem Patienten nicht endlos über sein Leiden, seine Symptome und einen eventuellen negativen Ausgang seiner Erkrankung zu sprechen. Diese Punkte sind wichtig, damit der Patient seine Trauer und ggf. seine Wut herauslassen kann, sollte aber nicht der einzige Teil der Therapie sein. Hilfreicher ist es, den Patienten gedanklich auf Heilungsprozesse zu lenken, und auf Möglichkeiten, was er noch tun kann, um seinen Zustand zu verbessern. Von sich aus neigen viele Erkrankte dazu, die Psychotherapiesitzungen als „Mülleimer“ zu benutzen, um sich über all die Dinge zu beklagen, die sie aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr tun können, bis hin zur eingeschränkten Lebenserwartung, die ihnen die Möglichkeit nimmt, z. B. die Hochzeit ihrer Kinder oder Einschulung der Enkel noch selbst erleben zu können. Dieses defizitorientierte Denken hilft dem Patienten aber nicht wirklich weiter. Nach dem Paradigma, ob das Glas halbleer oder halbvoll ist, sollte man mit dem Patienten darüber sprechen, was er trotz der Krankheit oder der Behinderung noch tun kann. In einem Brainstorming kann man z. B. darüber nachdenken, an welchen Hobbys der Patient noch Freude haben könnte. Aus dem Internet lassen sich hier Listen mit Hunderten von Vorschlägen herausuchen.

Abgesehen von Behinderungen durch Unfallfolgen sind die meisten Krankheiten, um die es hier geht, aus dem Körper des Betroffenen entstanden. Ob Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt oder multiple Sklerose, letztlich ist es immer der eigene Körper, der diese Krankheiten entwickelt hat. Dies führt dazu, dass der Patient seinem Körper misstraut, in ihm manchmal sogar regelrecht einen Feind sieht. Diese Sichtweise führt zu destruktiven Gedankengängen und irrationalen Ängsten, die einer Gesundung entgegenstehen, denn letztlich ist es ja wieder der Körper, der sich quasi „entscheiden“ muss, nun wieder besser zu funktionieren. Hier hilft es, die Denkstrukturen im Sinne einer Attribuierung von internen auf externe Ursachen umzulenken. Dies entlastet die Patienten, und sie haben die Chance, wieder Vertrauen zu ihrem Körper aufzubauen. Beispiel einer Patientin mit Morbus Crohn, einer meist chronisch verlaufenden Darmentzündung:

**Patientin:** *„Ich hatte wieder jede Menge Blut im Stuhl, und es geht mir seit einer Woche echt bescheiden. Warum macht mein Körper so etwas? Meine Güte, ich bin jetzt gerade mal 28 Jahre alt, wollte mein Leben genießen, Kinder zur Welt bringen, glücklich sein. Jetzt krieg ich tagelange Bauchschmerzen, nur weil ich eine einzige Erdbeere gegessen habe. Das macht doch alles keinen Spaß mehr. Hab ich noch Garantie auf diesen Body? Kann ich den noch mal umtauschen gegen einen fehlerfreien?“*

**Therapeut:** *„Was für eine Einstellung hatten Sie vor Ihrer Erkrankung zu Ihrem Körper?“*

**Patientin:** *„Weiß nicht, hab ich mir nie so Gedanken gemacht. War ja alles okay.“*

**Therapeut:** *„Und seit der Erkrankung?“*

**Patientin:** *„Mein eigener Darm hat mich verraten und verkauft und hintergangen. Er macht mir Schmerzen, versaut mir den ganzen Spaß am Leben, zwingt mich, blödsinnige Diäten einzuhalten. Hey, ich hab Angst, aus dem Haus zu gehen, weil ich jederzeit übelsten Durchfall kriegen kann. Würden Sie Ihren Körper da noch lieb haben? Das ist doch eine Montagsproduktion, ich will das Ding sofort umtauschen. Kann man einen Darm transplantieren?“*

**Therapeut:** „Keine Ahnung, ob man das schon transplantieren kann, ich bin kein Arzt, ich glaube nicht. Nützt es etwas, seinen eigenen Darm als Feind anzusehen?“

**Patientin:** „Puuuuh! Sie stellen aber auch Fragen!“

**Therapeut:** „Es gibt ja eine Menge Faktoren, die Morbus Crohn verursachen. Eventuell haben Sie ein genetisches Risiko von Ihren Ahnen geerbt, dazu kommen schädigende Einflüsse durch schlimme Stoffe, die Sie irgendwo und irgendwie aufgenommen haben. Alkohol, Konservierungsstoffe in Nahrungsmitteln und so weiter, alles Mögliche kann dabei mitgespielt haben. Wahrscheinlich spielt sogar Stress eine Rolle. Glauben Sie wirklich, dass Ihr Darm krank geworden ist, um Sie bewusst zu ärgern?“

**Patientin:** „Danke, Herr Professor, für die Vorlesung. Und was nützt mir das nun?“

**Therapeut:** „Wenn Sie In Ihrem Darm nicht mehr den bösen Feind sehen, sondern einen eigenen Körperteil, der krank ist und nun von Ihnen gepflegt werden möchte, quasi einen Patienten in der Patientin, wie fühlt sich das dann an?“

**Patientin:** „Hmmm ... Hab ich so noch nicht gesehen. Aber ... na ja ..., wenn ich in mich reinhorsche, fühlt sich das wirklich irgendwie anders an ... ja, besser sogar.“

Ein gesondertes Problem ist die Sexualität bei schweren Erkrankungen. Nach Daten von Kornblith (1998) haben z. B. zwischen 18 und 36 % der Krebspatienten hier Schwierigkeiten. Zum einen verhindert die Grunderkrankung selbst oft jede sexuelle Betätigung (etwa in Spätphasen von multipler Sklerose oder amyotropher Lateralsklerose), zum anderen kann es durch Behinderungen zu Entstellungen kommen mit der Folge, dass der Betroffene mit seinem Körperbild unglücklich ist, sich nicht mehr nackt vor dem Partner zeigen mag oder glaubt, unattraktiv geworden zu sein. Klassisches Beispiel sind Mastektomien nach Mammakarzinom, bei dem die Frauen davon ausgehen, nun an erotischer Anziehungskraft verloren zu haben. Auch wenn die Patienten selbst noch den Wunsch nach geschlechtlicher Vereinigung in sich spüren, sind es in der Tat oft die Partner, die dies ablehnen. Eine Patientin, deren Mann einen schweren Straßenverkehrsunfall erlitten und der in der Folge massive kognitive Defizite entwickelt hatte, konnte dem Drang ihres Partners nach Beischlaf einfach nicht nachgeben: „Dies ist nicht mehr derselbe Mann, in den ich mich verliebt habe und den ich geheiratet habe“, sagte sie, „er sieht noch so aus, aber sein ganzes Wesen hat sich verändert. Ich will mich wegen der Kinder nicht von ihm trennen, es ist schließlich ihr Vater, aber Sex mit ihm ist für mich unvorstellbar geworden.“

### 7.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

In Phasen der Remission, oder wenn durch eine gezielte Therapie Besserungen des Gesundheitszustandes entstehen, empfinden die Patienten Erleichterung sowie Dankbarkeit und haben Hoffnung auf völlige Gesundung. Allerdings sind die Patienten, selbst bei medizinischen Erfolgen, fast immer traumatisiert, viele leiden unter hypochondrischen Störungen und horchen ständig in ihren Körper hinein, ob sich hier wieder Symptome zeigen, die auf eine Verschlechterung oder einen Rückfall hindeuten. Zum Teil zeigen die Patienten auch zwanghafte Rituale, in der Hoffnung, hierdurch gesund zu bleiben. Eine Risikogruppe für einen Rückfall in Ängste und Depressionen bilden vor allem Patienten, bei denen weitere negative Faktoren hinzukommen,

etwa Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Lebenspartner, finanzielle Schwierigkeiten aufgrund von Berufsunfähigkeit und Frühberentung usw.

Ein wesentlicher Baustein der verhaltenstherapeutischen Interventionen gegen solche Ängste sind Entspannungstrainings, insbesondere die progressive Muskelentspannung nach Jacobson. Das Erlernen einer solchen Technik sollte dem Patienten durchaus nahegebracht werden, insbesondere wenn stressbedingte Unruhezustände, Schlafstörungen oder sogar regelrechte Panikzustände auftreten. Auch wenn Entspannungsmethoden generell empfehlenswert für die Betroffenen sind, ist dennoch Vorsicht geboten, wenn sie den Patienten unter Umständen zu sehr auf körperliche Prozesse fokussieren, die desolat sind, oder wenn Schmerzen, z. B. im Rahmen einer Chemotherapie, durch die Hinwendung nach innen eher noch zunehmen.

Zumindest einige Patienten berichten auch von positiven Aspekten ihrer Erkrankung. Gemeint ist hierbei weniger der primäre oder sekundäre Krankheitsgewinn, sondern dass sie gerade infolge ihrer Krankheit gelernt haben, bewusster zu leben. Nach Daten von Polinsky (1994) sagten sogar 94 % der Frauen, die ein Mammakarzinom überlebten, der Krebs habe – insgesamt gesehen – ihr Leben in eine bessere Richtung gelenkt. In einer Studie von Tschuschke et al. (1999; zit. n. Tschuschke, 2006) sagten Patienten, die von Leukämie geheilt werden konnten, unter anderem, dass sie den Augenblick nun sehr viel bewusster genießen, dass sie sich an der Natur viel intensiver erfreuen und in dem Wissen, nicht mehr krank zu sein, ein tiefgreifendes Glücksgefühl erleben. Eine Studie von Cella und Tross (1986) bei Morbus-Hodgkin-Überlebenden fand sogar bei der Patientengruppe eine höhere Lebenszufriedenheit als bei der gesunden Kontrollgruppe. Viele berichteten von einer vertieften Religiosität oder Hinwendung zu spirituellen Überzeugungen. Rieker et al. (1989) stellten eine geringere Todesfurcht bei Krebsüberlebenden fest. Nicht selten sagen Patienten im therapeutischen Gespräch sogar, dass sie diese Erkrankung regelrecht gebraucht haben, um ihr Leben zu überdenken. Viele haben vor der Diagnose nur noch funktioniert, haben sich für Arbeit und Familie aufgerieben und nichts für sich selbst gemacht. Die Erkrankung hat sie dazu gebracht, über den Sinn ihres eigenen Lebens nachzudenken, die Begrenztheit der menschlichen Existenz zu sehen und von den oft unerreichbaren Fernzielen umzudenken auf die kurzen Augenblicke des Glücks, die das tägliche Leben durchaus bieten kann, wenn man sich nur bemüht, sie zu sehen.

Nach Befunden von Belec (1992) entstanden durch die schwere Krankheit stärkere familiäre Bindungen und eine größere Zufriedenheit mit den Interaktionen der Familienmitglieder. Partner und zum Teil auch Kinder und Verwandte zeigten größere Rücksichtnahme, boten Unterstützung an und halfen, wo sie konnten.

#### Keine Zeit für Musik

Mit dem folgenden Beispiel, bei dem es leider schwierig war, die Originalquelle zu identifizieren, versuche ich, meinen Patienten zu zeigen, was in unserem hektischen Leben heute so oft falsch läuft:

Ein Mann stand an einem kalten Januarmorgen in einer U-Bahn-Station in Washington und spielte auf seiner Violine einige Musikstücke von Johann Sebastian Bach. Während er spielte, hasteten mehr als

2000 Menschen auf dem Weg zu ihrem Job an ihm vorüber. Ein älterer Mann hielt kurz an und lauschte für ein paar Sekunden der Musik und ging dann weiter. Eine Frau warf ihm einen Dollar in den Hut, jedoch ohne dabei anzuhalten und der Musik zuzuhören. Später blieb ein junger Mann kurz stehen, blickte dann aber auf seine Uhr und rannte weiter. Ein etwa 3-jähriges Kind wollte der Musik zuhören, aber seine Mutter

zerzte es eilig weiter. So ging es über die gesamte Zeit. Niemand hielt wirklich an, um dem Geiger zuzuhören. Nach einer Dreiviertelstunde beendete der Mann sein Violinspiel und verließ die U-Bahn. Auch hiervon nahm niemand Notiz, und es wurde wieder still in der Station. Das Interessante an dieser Geschichte ist, dass der Musikant Joshua Bell war, einer der berühmtesten Musiker unserer Zeit. Er spielte auf einem

Instrument, das auf 3,5 Millionen Dollar geschätzt wird. Dieselben Musikstücke hatte er kurz zuvor in einer ausverkauften Konzerthalle gespielt, bei Eintrittspreisen um die 100,- Dollar pro Karte. Das Ganze war

Teil eines sozialpsychologischen Experiments, dessen Ergebnis sich in der Frage zusammenfassen lässt: Wenn wir noch nicht einmal die Zeit haben, kurz anzuhalten und einem der besten Musiker

zuzuhören, der auf einem der teuersten Musikinstrumente einige der schönsten Musikstücke spielt, die jemals geschrieben wurden, was verpassen wir sonst noch in diesem Leben?

## 7.4 Empirische Befundlage

Krankheit stellt immer eine persönliche Bedrohung für den Betroffenen dar. Nach Cohen und Lazarus (1979) betrifft dies insbesondere:

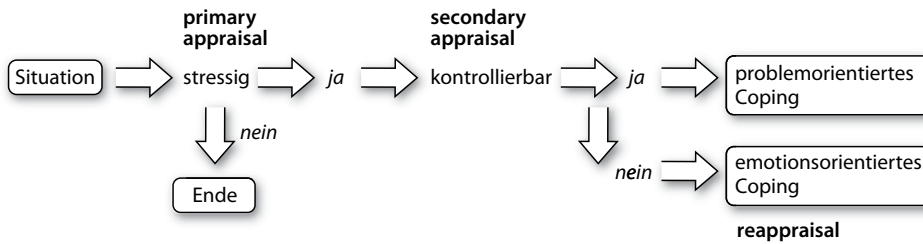
- das Leben,
- die körperliche Unversehrtheit (Operationen, Schmerzen, bleibende Behinderung),
- Selbstkonzept und Zukunftspläne,
- die emotionale Intaktheit (Angst, Unsicherheit),
- soziale Rolle und Aktivitäten sowie
- die geforderten Anpassungen (z. B. Arztbesuch, Krankenhaus, Mehrbettzimmer, Intimsphäre).

Krankheit verlangt folglich Anpassungsprozesse des Betroffenen. Gerdes und Weis (2000) konkretisierten die Grundannahmen einer Theorie der Krankheitsverarbeitung. Krankheitsverarbeitung ist demzufolge ein kontinuierlicher Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihren Belastungen und Folgen:

- Krankheitsverarbeitung kann auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns erfolgen.
- Krankheitsverarbeitung wird durch Bewertungsprozesse des Individuums gesteuert.
- Krankheitsverarbeitung wird durch personale Ressourcen wie dispositionelle Persönlichkeitsfaktoren, Lerngeschichte, früheres Copingverhalten u. a. beeinflusst.
- Krankheitsverarbeitung kann durch soziale Ressourcen (Partner, Familie, Freunde, professionelle Helfer) unterstützt, aber auch behindert bzw. negativ beeinflusst werden (z. B. übermäßige Fürsorge).

Ältere psychoanalytische Konzepte stellten hinsichtlich der Krankheitsverarbeitung zunächst Abwehrmechanismen bei der Konfrontation mit schweren Erkrankungen, welche die Integrität des eigenen Selbst massiv bedrohen, in den Vordergrund, etwa Leugnung, Verdrängung, Verschiebung oder Projektion. Solche Abwehrmechanismen können für den Patienten gefährlich werden, wenn hierdurch unangenehme medizinische Maßnahmen, etwa eine Chemo- oder Strahlentherapie zur Krebsnachbehandlung, vermieden werden. Epping-Jordan et al. (1994) berichten nicht umsonst von einer höheren Rezidivwahrscheinlichkeit bei Kranken, die krebisbezogene Gedanken völlig unterdrückt hatten.

Daten einer Studie von Dean und Surtees (1989) wiesen andererseits darauf hin, dass solche Abwehrmechanismen nicht negativ sein müssen. Ihre an Mammarkarzinompatientinnen erhobenen Daten zeigten, dass die Betroffenen, denen es gelungen war, die Krankheit nach erfolgreicher medizinischer Therapie weitgehend zu verleugnen und sich davon nicht belasten zu lassen, eine signifikant bessere Überlebensrate zeigten. Spiegel (2001) wies aber darauf hin, dass eine solche Abwehr nicht in „blindem Optimismus“ enden dürfe, sondern in einem „optimistischen



■ Abb. 7.1 Copingprozess nach Lazarus und Folkman (1984)

Realismus“. In diesem Sinn hatten Spiegel und Kato (2000) bereits vorher darauf hingewiesen, dass emotionaler Disstress, der durch die Diagnose entsteht, ein wesentlicher Prädiktor für die verkürzte Lebenszeit bei Krebserkrankungen darstellen kann, insbesondere, wenn die Patienten sich diesem Stress hilflos ausgeliefert fühlen. Entsprechend versuchte Spiegel in mehreren Studien, den Stress zu verringern und einen *fighting spirit* zu wecken, um den Patienten das Gefühl der Kontrolle über ihr Leben zurückzugeben. Patienten, denen es gelingt, die erlebte Bedrohung in ihrem eigenen Denken zu minimieren, zeigten eine beträchtlich verlängerte Überlebenszeit (Butow et al. 2000). Die Minimalisierung einer Bedrohung ist hierbei als milde Form des psychodynamischen Abwehrmechanismus der Verleugnung zu sehen. Bei der Verleugnung kommt es zu einer Blockierung eines Wissens auf einer sehr frühen Ebene. Auch wenn die Verhaltenstherapie solche Konzepte nicht vorsieht, beinhaltet z. B. die Gedankenstopptechnik durchaus die Bemühung, belastenden Gedanken abzuwehren, quasi zu verdrängen oder zu verleugnen.

Ein weiteres Modell zum Umgang mit Belastungen ist das Copingkonzept (von *to cope with*: umgehen mit) des amerikanischen Psychologie-Professors Lazarus (1984). Es stellt heute das wichtigste Stressbewältigungsmodell dar und ging von der These aus, dass Stress entsteht, wenn die Anforderungen aus der Umwelt die Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums übersteigen. Lazarus unterschied in seinem *transaktionalen Modell* eine primäre Bewertung (*primary appraisal*) eines (Stress-)Reizes als bedrohlich/belastend, günstig/positiv, neutral/irrelevant von einer sekundären Bewertung (*secondary appraisal*), welche die Bewertung der eigenen Handlungsfähigkeit bezüglich des Stressors miteinfließen lässt. Hierdurch kommt es zu einer Neubewertung (*reappraisal*) der Situation, d. h. einer neuen Einschätzung der Situation unter Einbezug der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen (■ Abb. 7.1). Das Modell lässt sich auch auf den Umgang mit Erkrankungen gut anwenden, d. h., neu auftretende Symptome werden zunächst als bedrohlich eingestuft, aber abhängig von den Handlungsmöglichkeiten kommt es zu einer Veränderung in dieser Einschätzung. Krankheit und diese damit verbundenen Bedrohungen müssen verarbeitet werden. Das Copingkonzept von Lazarus (1966) unterschied mehrere Bewältigungsreaktionen:

- Informationssuche (z. B. im medizinischen Wörterbuch nachschlagen, den Arzt fragen),
- direkte Aktionen (z. B. Medikamente einnehmen, Selbsthilfegruppe aufsuchen),
- Aktionshemmung (z. B. Rückzug, Verminderung von Arbeitstätigkeiten) und
- intrapsychische und kognitive Prozesse (z. B. Ignorieren der Krankheit, Herunterspielen oder Überbewertung der Symptome).

Nach Ausführung einer Bewältigungsreaktion kommt es zu der bereits oben genannten Neubewertung der Situation, die ggf. weitere Bewältigungsmechanismen zur Folge haben mit erneuter Neubewertung usw. (Kreisprozess).

Parker und Endler (1996) teilten Coping in zwei Grunddimensionen auf: das problemorientierte Coping und das emotionszentrierte Coping. Während es beim ersten zunächst darum geht,



Informationen über die Krankheit, den Verlauf und Heilungschancen einzuholen, fokussiert das zweite sich dann eher auf Möglichkeiten im Umgang mit belastenden Gefühlen, die bei schwerwiegenden Krankheiten immer auch auftreten. Coping wird hier als gelungene Bewältigung von belastenden Situationen durch aktive Auseinandersetzung aufgefasst.

Tschuschke (2006) zitierte eine seiner Studien, in denen er feststellte, dass Patienten je nach Erkrankung sowohl zu unbewussten Abwehrmechanismen neigen als auch aktive Copingstrategien benutzen. So zeigten Leukämiepatienten sowohl Abwehrmechanismen wie Intellektualisierung als auch Copingstrategien (z. B. aktiv, kämpferisch, Arztcompliance). Morbus-Crohn-Patienten zeigten eher eine zwanghafte Abwehr und nichtresignatives Coping. Interessanterweise fand Tschuschke bei nicht körperlich kranken Patienten mit Neurosen oder psychosomatischen Störungen andere Muster, insbesondere unreife Abwehr (Verleugnung, Projektion, Ausagieren) und praktisch kein aktives Coping oder lediglich resignatives Coping. Nach dieser Studie dominierte demgegenüber bei den meisten körperlich kranken Leukämiepatienten eine ausgeprägt kämpferische Haltung im Sinne des *fighting spirit*. Nach Ansicht von Faller (1998) können maladaptive Abwehrmechanismen sogar angemessene Copingreaktionen verhindern oder zumindest erschweren, z. B. wenn eine Verleugnung der Erkrankung zu lange aufrechterhalten wird und damit die aktive Verarbeitung verzögert.

Heim et al. (1983) beschreiben ähnliche Reaktionen, die als *transaktionales Modell der Krankheitsverarbeitung* bekannt wurden und den zeitlichen Aspekt mitberücksichtigen (■ Abb. 7.2).

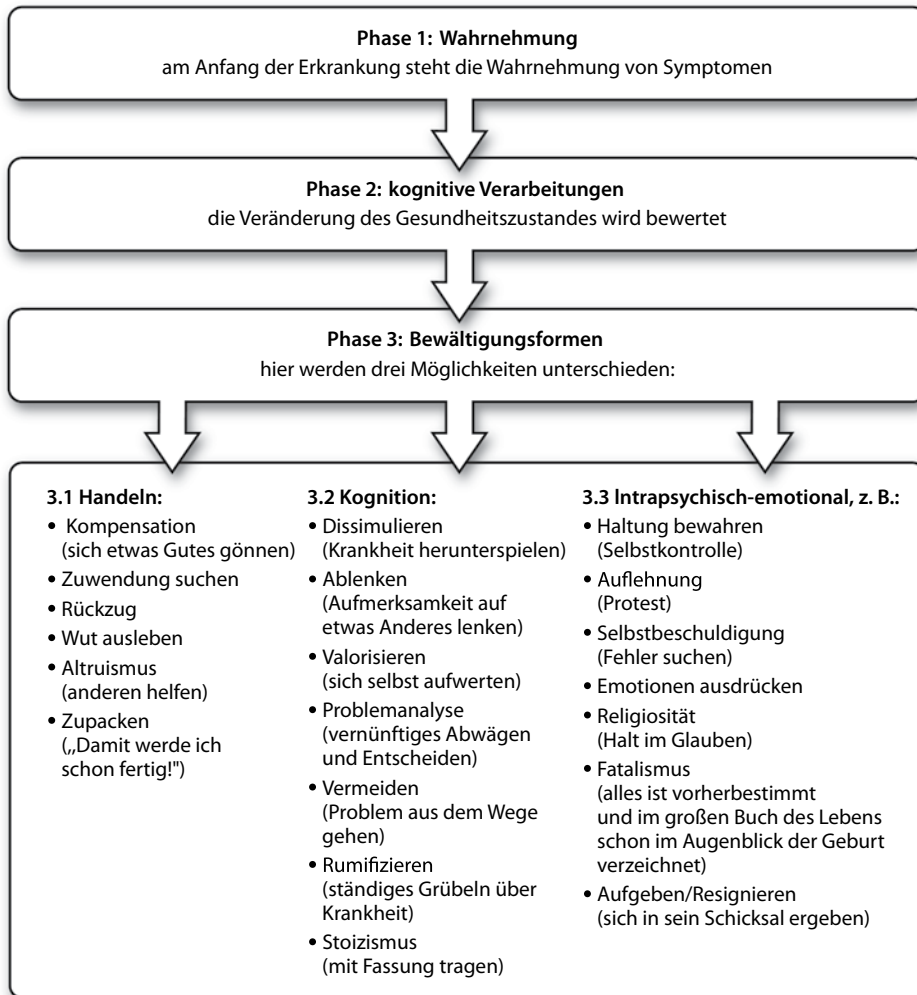
Letztlich gibt es hier maladaptive Copingstrategien wie Selbstbeschuldigung, Resignation und passives Versinken in Hoffnungslosigkeit, die der Therapeut erkennen und durch sinnvolle Copingstile ersetzen sollte, hierzu gehören z. B.: Akzeptanz der Diagnose, Toleranz von Stress und emotionalem Aufruhr, Akzeptieren einer größeren Abhängigkeit, Annehmen von Hilfe, Anpassung an das medizinische Hilfesystem, Entwickeln von Vorstellungen über die Integration von Behandlungsmaßnahmen in das tägliche Leben, Sinnsuche, Anpassung an chronische Behinderungen, Betrachten der Behandlung als „Job“, der erledigt werden muss, Entwicklung von positiven Beziehungen zu Angehörigen des medizinischen Systems, Korrektur falscher Denkweisen und Gefühle, Stärken des familiären Zusammenhalts, Wiederaufbau von Selbstvertrauen nach körperlichen Veränderungen, Lernen, mit einem Leben in Ungewissheit umzugehen, Informationen über die Krankheit beschaffen, Versuchen, trotzdem ein normales Leben zu führen, Abwehr von Furcht vor Verschlechterung oder Rezidiven, Annahme der neu definierten Rollen in Familie und Beruf, Etablierung oder Wiederherstellung von Zielen, Lernen, dem eigenen Körper wieder zu vertrauen, Schöpfen von Hoffnung, Akzeptanz einer unsicheren Zukunft, Besprechen der Situation mit anderen, Tolerieren von Veränderungen im Alltag oder Akzeptieren der eigenen Sterblichkeit.

Krankheitsbewältigung durch Coping ist allerdings nur ein Bestandteil eines multifaktoriellen Umwelt-Personen-Gefüges. Die wichtigste Rolle spielen hierbei natürlich die Art der Erkrankung, die Heilungschancen, das Ausmaß der damit verbundenen Behinderungen und die potenzielle Nähe des Todes. Der Bewertungsprozess eines Individuums ist sowohl durch die Ausprägung seiner Charaktermerkmale bedingt als auch durch seine lebensgeschichtlichen Erfahrungen und die soziale Unterstützung (*social support*), die im Krankheitsfall abrufbar ist.

Eine wichtige Rolle bei der Krankheitsverarbeitung spielt die soziale Unterstützung, d. h. Fremdhilfen durch das direkte soziale Umfeld. Stabilität, Dichte und Qualität des sozialen Netzwerkes einer Person bestimmen, wie gut man mit einer Erkrankung klarkommt. Cohen und Williamson (1991) unterscheiden:

- strukturelle soziale Unterstützung (Größe des sozialen Netzwerk, Familien, Zahl der Freunde) und
- funktionelle soziale Unterstützung (Qualität der Beziehung, emotionale Zuwendung).





■ **Abb. 7.2** Transaktionales Modell der Krankheitsbewältigung nach Heim et al. (1983)

Das „Haupteffektmodell“ (additives Modell, Direktmodell) geht davon aus, dass soziale Unterstützung sowohl in Alltags- als auch in Krisensituationen einen direkten, positiven Effekt auf die psychische Befindlichkeit hat. Menschen mit guter sozialer Einbindung zeigen bei Krisen geringere Belastungsreaktionen als Menschen mit mangelhaftem Netzwerk. Die „Puffertheorie“ platziert die soziale Unterstützung als Puffer zwischen belastenden Lebensereignissen und subjektivem Befinden. Dabei kann soziale Unterstützung die Rolle eines Stressmoderierungsfaktors, eines Stresshemmungsfaktors oder eines Ausgleichsfaktors übernehmen. Das Modell macht u. a. die Aussage, dass belastende soziale Interaktionen Depressivität verstärken, was krankmachend wirkt.

Zur Wichtigkeit sozialer Unterstützung gibt es eine Fülle medizinpsychologischer Untersuchungen, z. B. starben Herzpatienten, die niemanden hatten, mit dem sie reden konnten, dreimal häufiger als die sozial integrierte Kontrollgruppe. Krebspatienten mit hoher sozialer

Unterstützung hatten eine bessere Prognose. Todesfälle nach einem Herzinfarkt bei Männern korrelierten hoch mit mangelnder sozialer Unterstützung. Untersuchungen von House et al. zeigten schon 1988, dass soziale Isolation bei Krebspatienten das Sterberisiko um das Doppelte erhöht. Insbesondere emotionale Unterstützung durch das soziale Umfeld dagegen erwies sich als wichtiger protektiver Faktor besonders in den frühen Stadien einer Tumorerkrankung. In späteren Stadien verlor die soziale Integriertheit zwar an statistisch signifikantem Einfluss, untersucht worden war aber als wesentliche Variable immer nur die Überlebenszeit. Wichtig wäre es vielleicht, darüber hinaus auch zu erfahren, wie die Erkrankten ihre letzte Lebensphase erlebt haben und nicht nur wie lange. Interessant sind auch Ergebnisse, wonach das Geschlecht einen starken Einfluss hat, so fühlten sich Frauen in glücklichen Ehen eher gesund und waren eher krank in unglücklichen Ehen. In Partnerschaft lebende Männer dagegen profitierten immer im Vergleich zu ledigen Männern, unabhängig von der Qualität der Partnerschaft (Levenson et al. 1994). Trennungen und Scheidungen infolge schwerwiegender Erkrankungen sind gemäß der Literatur erstaunlich gering (Kornblith 1998), allerdings kommt es oft zu subtilen Veränderungen in der Partnerschaft. Schag et al. (1994) berichteten, dass ein Drittel der Krebspatienten Probleme haben, mit dem Partner über Gefühle, insbesondere über Ängste, zu reden, und knapp 30 % hatten Schwierigkeiten, das Thema „Tod“ anzusprechen und insbesondere, was nach ihrem Tod geschehen würde. Ein Fünftel von Brustkrebspatientinnen berichtete, dass der Partner kein Verständnis für die emotionale Situation gezeigt habe.

## 7.5 Schwierige Situationen

### ■ Auftreten eines Rezidivs oder neuen Schubs

Nach Ansicht von Fawzy (1999) kommt es bei Krebspatienten bei Auftreten eines Rezidivs zum Schockzustand mit schwerer Verzweiflung und erheblichen depressiven Symptomen. Die Anpassung ist zu diesem Zeitpunkt viel schwieriger als bei der Erstdiagnose. Ähnliches trifft aber auch auf andere Krankheiten zu, die schubweise verlaufen, etwa die multiple Sklerose. Die Patienten fühlen sich um die ganzen Mühen und Hoffnungen betrogen, die sie in ihre Heilung gesetzt haben. Oft kommt es zur völligen Frustration und dem Gefühl, dass die Krankheit durch nichts wirklich beeinflussbar ist, häufig fragen sich die Patienten, ob weitere Therapien überhaupt noch durchgeführt werden sollen. Es kommt zu Phasen von Angst bis hin zu Panik, da Abwehrmechanismen völlig zusammenbrechen. Was die meisten Patienten über lange Phasen ihrer Erkrankung aufrechterhält und weiterkämpfen lässt, ist die Hoffnung. Wenn diese wegschmilzt, fallen die Erkrankten immer in ein schwarzes Loch, aus dem sie schwer herauszuholen sind.

**Therapeut:** „Was macht die medizinische Therapie?“

**Patient:** „Alles Müll. Der Tumor hat sich durch die Medikamente nicht um einen Millimeter verkleinert. Operieren traut sich niemand, sitzt zu nah am Hirnstamm.“

**Therapeut:** „Bestrahlung mit dem Gamma-Knife?“

**Patient:** „Auch zu gefährlich. Die Ärzte rücken ja mit der Wahrheit nicht so recht raus, keiner legt sich fest, aber im Internet hab ich gefunden, dass 95 % der Patienten mit diesem Tumor nach einem Jahr tot sind. Und ich hab jetzt schon 9 Monate hinter mir.“

**Therapeut:** „Aber 5 % waren nicht tot? In der Zeitschrift für Medizinische Psychologie ist im Jahr 2001 (Oda et al.) mal eine Studie erschienen, ich glaube von Oda und Mitautoren, über genau diese Patienten, denen man gesagt hatte, dass sie nur noch wenige Monate zu leben hatten, und die einfach weiterlebten und Jahre später noch immer rumgelaufen sind, und der Tumor war zum Teil völlig verschwunden. Man hat in der Studie versucht herauszufinden, was die Patienten selbst dachten, warum sie überlebt haben. Einer trank immer Grapefruitsaft und war fest überzeugt davon, dass ihm das das Leben gerettet hat. Offenbar gibt es also Patienten, die überleben?“

**Patient:** „Tja, die Hoffnung stirbt zuletzt.“

**Therapeut:** „Solange Sie Ihren Kopf noch auf den Schultern tragen, kämpfen wir weiter, okay?“

**Patient:** „Hmmm ... stimmt schon. Solange ich noch am Leben bin, gibt es immer eine Chance, egal wie klein sie ist.“

#### ■ Keine weiteren Therapiemöglichkeiten

Bei vielen Patienten mit chronischen Erkrankungen tritt dennoch irgendwann der Punkt auf, an dem die Erkrankten von den Ärzten als „austherapiert“ bezeichnet werden, d. h., es gibt keine sinnvollen medizinischen Behandlungsansätze mehr, die das Leben noch wirklich retten könnten. Die Patienten fühlen sich abgeschoßen, sie suchen in dieser Phase oft alternative Heilformen bis hin zu esoterischen Methoden mit spirituellem Hintergrund. Fraglich für den Psychotherapeuten ist hier immer, ob und in welchem Ausmaß man den Patienten auf seiner Suche nach solcher Alternativmedizin unterstützen sollte oder nicht. Letztlich durchlebt der Patient hier ja noch einmal eine Phase der Hoffnung, die er braucht, um überhaupt noch weiterleben zu können.

#### ■ Terminale Phase

Weitere Probleme treten in der terminalen Phase auf, wenn die Betroffenen jede Hoffnung verlieren, ihre Krankheit noch besiegen zu können. Die Patienten fürchten den Prozess des Sterbens und des Todes. Nicht selten fragen sie den Therapeuten, wie es wohl sein mag zu sterben, ob es weh tut, ob man einfach wegdämmert, woran man eigentlich genau stirbt und welche Körperfunktionen erlöschen.

Es wird immer Patienten geben, deren Leben man nicht retten kann. Meinen Medizinstudenten habe ich beigebracht, niemals zu sagen: „Tut mir leid, ich kann nichts mehr für Sie tun.“ Gerade hier kann man nämlich besonders viel tun. Die große Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross hat an Krebspatienten die Erkenntnis gewonnen, dass diese im Gegensatz zu akuten Herzinfarktfällen oft viel Zeit haben, sich mit ihrem eigenen Tod auseinanderzusetzen. Das ist wichtig, da man noch viel regeln kann, aber gleichzeitig tut es tagtäglich weh, das eigene Sterben zu beobachten.

In der Regel traut sich niemand, mit diesen Menschen über ihre schwierige seelische Situation zu sprechen. Die Ärzte reden lieber über Behandlungen, selbst wenn diese längst unsinnig geworden sind, und die Angehörigen kommen ja nicht einmal mit ihren eigenen Ängsten klar. Hier erfüllt der Psychotherapeut eine wichtige Aufgabe. Mit Todkranken zu reden, die dem Grimmen Schnitter schon ins Auge blicken, war und ist auch für mich stets eine emotionale Herausforderung. Vor einigen Monaten sprach ich eine Stunde lang mit einem jungen Mann darüber, wie man an einem inoperablen Hirntumor stirbt und ob es weh tut. Es war für uns beide ein wichtiges Gespräch in wohlthuender Atmosphäre und hat uns viele Ängste genommen. Inzwischen weiß er, wie es ist.

## Literatur

- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Posttraumatic symptoms, emotional distress, and quality of life in long-term survivors of breast-cancer: A preliminary research. *Journal Anxiety Disorder*, 16, 195–206.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Belec, R. H. (1992). Quality of life: Perceptions of long-term survivors of bone-marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 19, 31–37.
- Blake-Mortimer, F., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, I. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*, 35, 1581–1586.
- Butow, P. N., Coates, A. S., & Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of survival: Metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*, 11, 469–474.
- Cella, D. F., & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 616–622.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, & Associates (Hrsg.), *Health Psychology – A handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system* (S. 217–254). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5–24.
- Dean, C., & Surtees, P. G. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal Psychosomatic Research*, 33, 561–569.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Journal Psychosomatic Research*, 13, 539–547.
- Faller, H. (1998). *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Faller, H. (2004). Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 99–108.
- Fawzy, I. F. (1999). Psychological interventions for patients with cancer: What works and what doesn't? *European Journal of Cancer*, 35, 1559–1564.
- Flatten, G., Jünger, S., Gunkel, S., Singh, J., & Petzold, E. R. (2003). Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53, 191–201.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB – Ernst-Reinhardt Verlag.
- Gerdes, N., & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften – Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41–68). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Heim, I. (1983). On the projection problem for presuppositions. *WCCFL*, 2, 114–125.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (Hrsg.) (1989). *Handbook of Psycho-Oncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–555.
- Kelley, H. H. (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107–128.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 101–111). New York: Oxford University Press.
- Kübler-Ross, E. (1973). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levenson, J. L., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). The influence of age and gender on affect, Physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 56–68.
- Oda, H., Scherg, H., Verres, R., Wilke, S., Jonasch, K., Egerer, G., & Karcher, A. (2001). Erlebte Genesungsgeschichten: Eine qualitative Studie über Spontanremissionen bei Krebserkrankungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 33–40.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. Endler (Hrsg.), *Handbook of coping* (S. 3–23). New York: Wiley & Sons.
- Polinsky, M. L. (1994). Functional status of long-term breast-cancer survivors: Demonstrating chronicity. *Health Social Work*, 19, 165–173.
- Rieker, P. P., Fitzgerald, E. M., Kalish, L. A., Richie, J. P., Ledermann, G. S., Edbril, S. D., & Garnick, M. B. (1989). Psychosocial factors, curative therapies, and behavioral outcomes: A comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. *Cancer*, 64, 2399–2407.

- Schag, C. A. C., Ganz, P. A., Wing, D. S., Sim, M. S., & Lee, J. J. (1994). Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Quality of Life Research*, 3, 127–141.
- Schwarz, R. (1998). Psychotherapie und Krebs. In W. König (Hrsg.), *Krebs – Ein Handbuch für Betroffene, Angehörige und Betreuer* (S. 79–95). Wien: Springer.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Helplessness: On depression, development, and death* (2. Aufl.). New York: W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P., Maier, S. F., & Geer, J. (1968) The alleviation of learned helplessness in dogs. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 256–262.
- Sourkes, B. M., Massie, M. J., & Holland, J. C. (1998). Psychotherapeutic issues. In E. C. Holland (Hrsg.), *Psycho-Oncology* (S. 211–222). New York: Oxford University Press.
- Spiegel, D. (2001). Mind matters. Coping and cancer progression. *Journal Psychosomatic Research*, 50, 287–290.
- Spiegel, D., & Kato, P. M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (S. 111–150). München: Reinhardt.
- Tschuschke, V. (2006). *Psychoonkologie – Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer.
- Weiner, B. (1994). *Motivationspsychologie*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Worden, J. W., & Weisman, A. D. (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6, 243–249.

# Persistierendes Stimmenhören bei schizophrenen Psychosen

*Thomas Schnell*

- 8.1 Fallbeispiel – 166**
- 8.2 Definition der Störung – 166**
- 8.3 Psychotherapie des persistierenden Stimmenhörens bei schizophrenen Psychosen – 167**
  - 8.3.1 Einzug von Achtsamkeit und Akzeptanz in die Psychotherapie – 168
  - 8.3.2 Therapeutische Beziehung – 174
  - 8.3.3 Therapiephase 1: Umgang mit der Störung und Vermittlung des Achtsamkeitskonzepts – 175
  - 8.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung – 177
  - 8.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität – 182
- 8.4 Empirische Befundlage – 183**
- 8.5 Schwierige Situationen – 184**
- Literatur – 185**

## 8.1 Fallbeispiel

---

Frau M. leidet seit vielen Jahren unter einer schizophrenen Psychose. Sie erhält eine antipsychotische Medikation, die sie regelmäßig einnimmt. Dennoch hört sie chronisch Stimmen, die ihr teilweise Befehle geben, teilweise sprechen die Stimmen auch abfällig über sie. Das ist äußerst belastend. Zum einen macht es ihr Angst, zum anderen stört es sie im Alltag bei vielen Tätigkeiten. Treten die Stimmen auf, kann sie sich nur noch schlecht auf ihre Tätigkeit konzentrieren, zudem verunsichert sie dies dann derart, dass sie die Situationen dann regelmäßig fluchtartig verlässt. Ihr Psychiater sieht medikamentös keine weitere Möglichkeit und hat ihr daher zu einer Psychotherapie geraten. Diese absolviert sie im Rahmen der Institutsambulanz seit mittlerweile zwei Jahren. Dort hat sie Strategien erlernt, sich von den Stimmen abzulenken oder auch zu widersprechen, wenn sie Befehle erhält, die sie nicht befolgen möchte. Zudem schafft sie es mittlerweile, sich so zu konzentrieren, dass sich die Lautstärke der Stimmen verringert. Insgesamt hat sie die Psychotherapie sehr erleichtert. Dennoch leidet sie nach wie vor unter dem Symptom, sie hadert zudem sehr damit und fragt sich immer wieder, warum ausgerechnet sie von so einer schweren Erkrankung heimgesucht worden ist. Diese Gedanken belasten sie derartig, dass sie regelrecht in Stress gerät, wodurch die Stimmen schnell wieder stärker und lauter werden.

## 8.2 Definition der Störung

---

Neben bizarrem Wahnerleben und Ich-Störungen zählen Halluzinationen zur Positivsymptomatik schizophrener Psychosen. Letztere äußern sich vorwiegend in Form von leibbezogenen Halluzinationen (sogenannte Zönaesthesien) und akustischen Halluzinationen, dem Stimmenhören. Stimmen können imperativ, d. h. in Befehlsform, auftreten, dialogisch kommunizieren, indem sich mehrere Stimmen über den Patienten unterhalten, und kommentierenden Charakter bezüglich der Handlungen des Patienten zeigen (Leucht et al. 2009).

Dennoch erlaubt das reine Vorliegen von Stimmenhören noch keine Diagnosestellung. Denn auch Patienten mit anderen Diagnosen als der Schizophrenie hören zeitweise Stimmen. Bei schweren psychotischen Formen affektiver Störungen ist das Phänomen bekannt. Hier treten Halluzinationen im Unterschied zur Schizophrenie lediglich im Kontext schwer ausgeprägter affektiver Beeinträchtigung und zudem stimmungskongruent auf. Darüber hinaus ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen abzuklären. Auch hier können Betroffene Stimmen hören, was als dissoziatives Phänomen gewertet wird. Im Rahmen der Borderlinestörung definiert das Störungskonzept intermittierend auftretende stressabhängige psychotische Symptome. Darunter fallen Wahn und häufig auch das Stimmenhören. Im Unterschied zur Schizophrenie sind sich Borderlinepatienten jedoch des pathologischen Charakters des Stimmenhörens bewusst. Sie leiden darunter und bitten nicht selten um medikamentöse Hilfe. Sind sich Betroffene des halluzinativen Wesens des Phänomens bewusst, so wird nicht von Halluzination, sondern von Pseudohalluzination gesprochen. Patienten mit Schizophrenie, die unter Halluzinationen leiden, attribuieren das Geschehen in aller Regel nicht krankhaft, sondern attribuieren es auf höhere Mächte, magisches Geschehen oder Ähnliches.

Übrigens zeigen jüngere Untersuchungen, dass selbst ansonsten gesunde Menschen teilweise Stimmen hören können, insbesondere in Situationen erhöhten Stresses. Letztere Information eignet sich gut zur Normalisierung und Entstigmatisierung des Stimmenhörens im Rahmen psychoedukativer Interventionen.

### 8.3 Psychotherapie des persistierenden Stimmenhörens bei schizophrenen Psychosen

**Medikamente** Aufgrund der oft fehlenden Krankheitseinsicht sind Patienten mit Schizophrenie verständlicherweise nicht sonderlich gewillt, Medikamente einzunehmen. Zu Beginn einer Therapie ist daher der Aufbau von Krankheitseinsicht das erste Therapieziel. Um die Jahrtausendwende gab es für psychiatrische Erkrankungen vorwiegend biologische Störungskonzepte. Daher war es üblich, die Schizophrenie ausschließlich pharmakologisch zu therapieren. Mit den spezifischen Inhalten der Stimmen setzte man sich nicht näher auseinander. Leider hielten die Medikamente den großen Hoffnungen der modernen Psychiatrie nicht stand, und nicht selten leiden viele Betroffene (nahezu 70 %) weiterhin unter Restsymptomen. Das bedeutet, das Stimmenhören wird bei einigen Patienten lediglich weniger oder leiser. Es wird dann von persistierender Positivsymptomatik oder chronischem Stimmenhören gesprochen.

**Psychotherapie** Psychotherapeutische Ansätze wurden Patienten mit Schizophrenie lange Zeit vorenthalten. „Bei Psychosen kontraindiziert“ heißt es in vielen Manualen, nicht zuletzt auch vor Jahren bezüglich der klassischen KVT. Eine Folge davon war, dass Psychosen gänzlich aus der Perspektive vieler Psychotherapeuten verschwanden. Wobei seit vielen Jahren bekannt ist, dass es durchaus unterschiedliche Erkrankungsphasen gibt, die unterschiedlich gut auf Psychotherapie respondieren. In der Frühphase der Erkrankung, der sogenannten Prodromalphase, sowie in der Stabilisierungsphase, nachdem die Patienten auf eine Medikation eingestellt sind, profitieren Patienten sehr von Psychotherapie. In den letzten Jahren mehren sich sogar Überlegungen hinsichtlich einer psychotherapeutischen Begleitung in der Akutphase der Erkrankung. Im Folgenden geht es um Patienten, die zwar stabil auf eine Medikation eingestellt sind, aber dennoch nicht frei sind von Symptomen. Der Fokus wird dabei auf das chronische Stimmenhören gelegt.

Vermutlich auch aus einer Not heraus, da die Medikamente nur teilweise Erfolge brachten, kam es zu einem Umdenken in der Psychiatrie. Indem ätiologische Störungsmodelle zunehmend biopsychosozial und nicht mehr nur biologisch verstanden wurden, erweiterte auch die Therapie allmählich ihren Horizont. Die Psychotherapie entwickelte erste Ansätze zur Behandlung psychotischer Symptomatik und setzte sich sogar mit den Inhalten der Stimmen auseinander.

**Psychosoziale Faktoren** Interessanterweise unterscheiden sich die Inhalte der Stimmen deutlich in Abhängigkeit des soziokulturellen Umfelds. Luhrmann et al. (2015) entdeckten, dass nordamerikanische Patienten eher negative und mit Gewalt assoziierte Stimmen hören, während Patienten aus Afrika ihre Stimmen häufiger als unterstützend und positiv erlebten. Diese Unterscheidung ist von hoher Relevanz, einmal in Bezug auf unser Störungsverständnis der Schizophrenie, welches damit durch psychosoziale Faktoren angereichert wird, aber auch hinsichtlich der individuellen Auswirkungen der Erkrankung auf die Patienten. Denn Betroffene, die das Phänomen als unterstützend erleben, haben deutlich weniger Leidensdruck und eine höhere Lebensqualität als Patienten, die durch ihre Halluzinationen in Angst und Schrecken versetzt werden.

**Neue Behandlungsempfehlungen** Das Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) definierte vor wenigen Jahren schließlich für Patienten mit Residualsymptomatik explizite Behandlungsempfehlungen (Dixon et al. 2010): „Personen mit Schizophrenie und persistierender Symptomatik trotz angemessener Pharmakotherapie sollten ergänzende kognitiv-behavioral orientierte Psychotherapie zur Reduktion der Symptomschwere erhalten.“



Entsprechende Konzepte zur Behandlung von schizophrener Positivsymptomatik erreichen in der Regel mittlere Effektstärken und haben sich mittlerweile international gut etabliert. Im deutschsprachigen Raum existieren zwei entsprechende Behandlungsmanuale (Lincoln 2007; Vauth und Stieglitz 2007), und in Band 1 der vorliegenden Veröffentlichung (Schnell 2014) wurde ein Therapiekonzept vorgeschlagen, welches ergänzend zu den klassischen Interventionen verstärkt auf die Aspekte des bedürfnisbezogenen Kongruenzerlebens nach Grawe (2004) und der Lebensqualität fokussiert. Alle Konzepte sehen vor, Patienten darin zu schulen, sich effizient von den Stimmen abzulenken oder durch bewusste Fokussierung mehr Kontrolle über sie zu gewinnen. Auch wird mit den bestimmten Inhalten der Stimmen gearbeitet, biografische Bezüge werden hergestellt etc.

Die Studienlage unterstützt die kombinierte Therapie aus Medikation und Psychotherapie, indem durchschnittlich zusätzliche Verbesserungen erreicht werden. Dennoch ist auch mit der Kombination aus Medikation und KVT nach wie vor nicht allen Patienten befriedigend zu helfen. Dies aktiviert Kliniker wie Forscher, nach weiteren Möglichkeiten zu suchen, das Phänomen persistierender Symptome anzugehen.

**Faktor Lebensqualität** Mit der Erkenntnis, dass selbst die moderne Psychiatrie manchen Symptomen ohnmächtig gegenübersteht, wurde die Bedeutung der Symptomatik für die individuelle Lebensqualität von Patienten stärker fokussiert. Und interessanterweise zeigten sich die beiden Bereiche relativ unabhängig voneinander. Symptomfreiheit macht nicht automatisch glücklich, und trotz Restsymptomatik können Patienten ein relativ gutes psychosoziales Funktionsniveau und eine akzeptable Lebensqualität erreichen. Entscheidender für die Lebensqualität der Patienten scheint zu sein, welche Haltung sie gegenüber ihren Symptomen entwickeln. Werden Residualsymptome stigmatisierend und belastend erlebt, leiden Patienten darunter. Gelingt es jedoch, eine akzeptierende und annehmende Haltung dazu zu etablieren, dann liegt es auf der Hand, dass dies mit deutlich mehr Zufriedenheit einhergehen muss. Diese Erkenntnis befreite Kliniker und Forscher etwas von dem Drang, Symptomfreiheit herstellen zu müssen. In den letzten Jahren zeichnete sich bei Therapiestudien eine zunehmende Tendenz ab, weniger streng fokussiert auf die Symptomreduktion zu blicken, sondern vermehrt auf Verbesserungen der subjektiven Lebensqualität.

Die neuesten Therapiekonzepte befreien sich ganz explizit vom Ziel der Symptomreduktion. Exemplarisch dafür ist ein Ansatz, der sich an der Philosophie der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) von Hayes et al. (1999) orientiert (Thomas et al. 2014).

### 8.3.1 Einzug von Achtsamkeit und Akzeptanz in die Psychotherapie

**Therapeutischer Ansatz** Achtsamkeit und Akzeptanz sind Konzepte, die in unterschiedlicher Komplexität in moderne Therapien, die im Rahmen der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie entstanden sind, Einzug gehalten haben.

➤ **Achtsamkeit bezeichnet eine spezielle Art der Aufmerksamkeitslenkung. Der achtsame Mensch befindet sich in einem hoch konzentrierten Zustand der Bewusstheit (*mindfulness*), während die Aufmerksamkeit auf innere oder äußere Prozesse gerichtet sein kann. Der Mensch nimmt die Rolle eines wachen, abwartenden und vor allem *nicht bewertenden* Beobachters ein.**

Daher ist Achtsamkeit gleichzeitig nüchtern und desillusionierend, real und annehmend, integrierend, akzeptierend sowie gleichzeitig distanzierend. Sie vermittelt den Kontakt zur Gegenwart,

die ständig zu entschwinden droht, wenn sie nicht fest in den Blick genommen wird. Insbesondere das nicht wertende Beobachten ist es, was für Psychotherapien so wertvoll ist, da darin eine distanzierende Funktion liegt. Der Beobachter befindet sich immer in Distanz zum Beobachteten und die nicht wertende Grundhaltung geht mit gewisser Gelassenheit einher. Daher eignet sich das Üben von Achtsamkeit immer dann, wenn Patienten von ihrem Erleben überflutet und gänzlich eingenommen werden und in negativen Bewertungen verhaften, wie beim Grübeln (z. B. Depressionen), bei Intrusionen (PTBS) oder Anspannungszuständen (Borderline), aber eben auch beim Hören von Stimmen im Rahmen von Schizophrenien.

**Transdiagnostischer Ansatz** Dass das Üben von Achtsamkeit jedoch für vermutlich jeden Menschen bereichernd sein kann, zeigt sich daran, dass die ACT einen transdiagnostischen Ansatz darstellt (Benoy et al. 2015), der auf die allgemeine Erhöhung von Lebenszufriedenheit abzielt. Aber selbst Publikationen aus den Bereichen der Wirtschaftspsychologie und Personalentwicklung haben sich der Achtsamkeit angenommen, zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und -produktivität. Agenturen für Personalentwicklung bieten bereits Kurse für Unternehmen an, die sich am Konzept von Kabat-Zinn, der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn 1990), orientieren. Kabat-Zinn gilt als Begründer der modernen Achtsamkeitstrainings und definierte den achtsamen Zustand als absichtsvolle, nicht wertende Lenkung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick. Mit dem Einnehmen einer achtsamen Haltung beabsichtigt Kabat-Zinn das Beenden des sogenannten „Autopilotenmodus“. In diesem befinden sich Menschen seiner Ansicht nach, immer dann, wenn sie innerlich nicht wirklich anwesend sind, da sie während einer Tätigkeit an etwas anderes denken. Damit einher geht aber gleichzeitig eine fehlende Bewusstheit für die augenblicklichen Tätigkeit. Dies lässt sich anschaulich daran verdeutlichen, dass die meisten Menschen, die mit dem Auto zur Arbeit gefahren sind, nicht wiedergeben können, was sie auf der Fahrt alles gesehen haben. Die Fahrt ist ganz automatisch abgelaufen, während der Fahrer innerlich den Tag vorstrukturierte, den Vortrag reflektierte oder Ähnliches. Neurowissenschaftler sprechen in diesem Kontext vom Defaultmodus (Ott 2010), der dann eintritt, wenn die Umgebung keine sonderlichen Anforderungen bereithält oder lediglich Routinetätigkeiten anstehen. Dann werden kognitive Kapazitäten darauf verwendet, Vergangenes zu bearbeiten, Zukünftiges zu antizipieren, sich in andere Menschen hineinzuversetzen oder Tagträumen nachzuhängen. Regelmäßige Achtsamkeitsübungen scheinen den Defaultmodus zu hemmen, was mit einer erhöhten Bewusstheit im Alltag einhergeht. Selbstverständlich ist aber nicht damit gemeint, dass Menschen niemals über die Vergangenheit oder andere Menschen nachdenken sollten. Es geht darum, dass sich heutzutage die meisten Menschen deutlich zu lange im Defaultmodus befinden. Die Lebenszufriedenheit steigt mit dem Üben von Achtsamkeit eindeutig an, und Lebenszufriedenheit ist in unserer Gesellschaft ein großes Thema. Selbsthilferatgeber, die sich mit den Wegen zum Glück und Ähnlichem befassen, könnten ganze Buchläden füllen, was ja für ein gewisses Bedürfnis in der Gesellschaft repräsentativ ist.

**Historische Entwicklung** Ein historischer Blick auf die Achtsamkeit zeigt, dass letztendlich alle Kulturen über Praktiken verfügen, die eine achtsame Haltung fördern. Auch im frühen Christentum stellte sich die Frage, was Jesus getan hat, während er sich 40 Tage in die Wüste zurückgezogen hatte. Das Christentum im Mittelalter beschrieb Übungen zur Sammlung des Geistes. Dennoch wurde Achtsamkeit als Teil der östlichen Meditationslehre insbesondere im Rahmen der buddhistischen Tradition kultiviert. Die Integration von Achtsamkeit in die Psychotherapie bedeutet aber bei Weitem nicht, dass sich Patienten dadurch religiösen Themen zuwenden sollen.

- **Das Element Akzeptanz ist unmittelbar mit „Achtsamkeit“ verbunden, da die Grundhaltung eines achtsamen Zustandes schließlich eine grundlegend akzeptierende ist. Die Dinge sollen so angenommen werden, wie sie sind.**

Auch in der *Psychotherapie* sind zumindest Anteile von Achtsamkeit wesentlich tiefer verankert, als es auf den ersten Blick erscheint. Die sogenannte *freischwebende Aufmerksamkeit* und gleichzeitig neutrale, *nicht wertende Haltung* psychoanalytischer Therapeuten beschreiben Zustände, die Achtsamkeit ziemlich nahe kommen. Wenn Patienten mit *Biofeedback* arbeiten, sind sie in einem hoch konzentrierten Zustand, der notwendig ist, um körperliche Prozesse zu regulieren. Das funktioniert nur in einem Zustand äußerster Achtsamkeit.

Das erste Konzept, welches explizit Achtsamkeitsübungen formalisierte und therapeutisch nutzte, war die MBSR Anfang der 1990er-Jahre zur Reduktion von Stresserleben. Das Konzept beinhaltet das Einüben achtsamer Körperwahrnehmung (Bodyscan), das achtsame Ausführen einer Anzahl von Yogastellungen, Sitzmeditation, Gehmeditation, den Drei-Minuten-Atemraum sowie das Üben von Achtsamkeit bei alltäglichen Verrichtungen (informelle Übungen).

Danach wurde das Prinzip von Achtsamkeit und Akzeptanz allmählich in störungsspezifische Therapiekonzepte integriert, als ein Element oder Modul unter anderen. Zunächst ist hier die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan (DBT; 1993) zu nennen. Aus eigenen Erfahrungen war Linehan sich der Grenzen der herkömmlichen Therapieansätze äußerst bewusst. Zunächst litt sie als von schweren suizidalen Krisen Betroffene unter einem Gesundheitssystem, welches ihr wenig zu bieten hatte. Später litt sie als ausgebildete kognitive Verhaltenstherapeutin unter ihrer professionellen Ohnmacht im Umgang mit ebensolchen Patienten, wie sie es selbst war. Auf der Suche nach Lösungen landete sie bei der buddhistischen Meditationslehre und dem Prinzip der Achtsamkeit. Im Rahmen ihrer DBT wurde das Erlernen von Achtsamkeit ein wesentlicher Skill. Im Unterschied zu vielen anderen sogenannten Skills stellt Achtsamkeit jedoch nicht lediglich eine Strategie dar, um Emotionen zu regulieren oder Anspannung zu reduzieren. Der Anspruch im Rahmen der DBT ist, Achtsamkeit zu einem Grundprinzip der Lebensgestaltung zu erheben, das nicht nur für Patienten, sondern auch für Therapeuten im Alltag gelten sollte. Dies löste eine bis heute kontrovers geführte Diskussion darüber aus, ob Therapeuten Achtsamkeit authentisch vermitteln könnten, die selbst nicht entsprechend leben, d. h. täglich eigene Übungen absolvieren. Das Problem der Vermittlung von Achtsamkeit ist, dass sie als relativ averbaler Zustand gilt, der schwerlich erklärt, sondern nur erlebt werden kann. Dem Therapeuten, der Achtsamkeit lediglich aus Büchern kennt, stehen aber nur verbale Mittel zur Verfügung. Der selbst achtsam lebende Therapeut vermittelt als Modell vermutlich implizite averbale Botschaften, die bei Patienten auf einer unbewussten Ebene handlungsrelevant verarbeitet werden. In der DBT, wie es der Name bereits sagt, wird eine Dialektik gelebt, zwischen den beiden Polen „Veränderung“ und „Akzeptanz“. Die akzeptierende Seite dient der Validierung der Patienten, denen grundlegend vermittelt wird, dass ihr Erleben und ihre Emotionen niemals verkehrt sein können, dass sie immer nachvollziehbar sind. Der Grundgedanke ist, dass Patienten erst dann in der Lage sind, Emotionen zu regulieren, wenn diese akzeptierend angenommen werden. Ansonsten sind primär Vermeidungsschemata aktiviert, die jeglicher Bearbeitung unzugänglich sind. Der Fokus liegt in letzter Konsequenz dann aber dennoch auf der Veränderung. Nur Akzeptieren verändert noch nichts, lernen DBT-Therapeuten.

In der Schematherapie wurde das Konzept der Akzeptanz und Validierung integriert, indem bestimmten Selbstanteilen bzw. -modi grundsätzlich akzeptierend und wohlwollend begegnet wird (z. B. bestimmten „Kindmodi“), während mit anderen Selbstanteilen eher konfrontativ und änderungsorientiert umgegangen wird (z. B. mit bestimmten „Elternmodi“). Auch im Prinzip der schematherapeutischen Beziehungsgestaltung, dem „Nachbeeltern“, kommt die grundlegend

fürsorgliche und akzeptierende Haltung der Therapeuten zum Ausdruck. Aber auch die Schematherapie misst sich explizit am Grad der Veränderung, den sie beim Patienten erreicht.

An dieser Stelle unterscheidet sich ein Therapieansatz von anderen Dritte-Welle-Ansätzen, nämlich die ACT von Hayes (1999), die Prinzipien der Achtsamkeit und Akzeptanz zu ihrer primären Philosophie erklären. Hier steht die Akzeptanz nicht mehr dialektisch der Veränderungsorientierung gegenüber, sondern ist die alleinige Grundhaltung, auch wenn das Annehmen dieser Haltung natürlich mit einer Veränderung bei den Patienten einhergehen soll. Primäre Ziele der ACT sind, sich selbst und andere fürsorglich zu akzeptieren, eine sinnstiftende und befriedigende Lebensperspektive zu entwickeln (Neuorientierung) und die konkreten Handlungen auf dem Weg zum Ziel zu initiieren. Patienten werden angeleitet, Vermeidungsstrategien aufzugeben und selbst aversives Erleben, wie z. B. Symptome psychischer Störungen, anzunehmen und zu akzeptieren. Nur dann ist es nach diesem Ansatz möglich, sich bewusst und aktiv den neuen Zielen zuzuwenden. Selbstverständlich sollten Patienten nicht dauerhaft unter Symptomen leiden. Die Idee ist, dass durch die Akzeptanz und damit das Aufgeben von Vermeidung erst der Weg geebnet wird, sich von seinem Leiden zu befreien. Das aktive Zuwenden zu neuen Wegen bedeutet gleichzeitig auch das Abwenden von Leidenszuständen. Das Verharren und lageorientierte Fokussieren des eigenen Leidens ist häufig ein typisches Merkmal psychischer Störungen. Patienten mit Depression verbringen außerordentlich viel Zeit damit, mit ihrem vergangenem Versagen zu hadern und zu grollen, traumatisierte Menschen können sich ebenso wenig befreien von ihrem Trauma. Genau dadurch versperren sie sich aber den Weg und den Blick nach vorne. Somit ist jedoch indirekt eine Reduktion psychopathologischer Symptomatik durchaus ein Effekt der ACT.

Auch wenn die ACT zunächst als transdiagnostischer oder störungsübergreifender Ansatz konzipiert wurde, etablieren sich vermehrt Konzepte, die sich besonders schweren psychotherapeutischen Problemstellungen explizit zuwenden. Diese Ansätze entsprechen nicht gänzlich dem ursprünglichen ACT-Konzept, nutzen aber dessen Grundgedanken.

Ein Beispiel dafür ist die ACT-Adaption für Patienten mit persistierender Positivsymptomatik bei Schizophrenien, mit der sich die Arbeitsgruppe um den ACT-Begründer Hayes seit wenigen Jahren vermehrt befasst und dazu erste hoffnungsstiftende Evaluationen publiziert hat (vgl. dazu [Abschn. 8.4](#)).

### 8.3.1.1 Therapiekonzept

Das vorliegende Therapiekonzept ist angelehnt an ein unveröffentlichtes Therapiemanual von Philipp Fussi, Caterine Schneider, Annemarie Strautmann, Svenja Ter Har und Thomas Schnell von der Medical School Hamburg.

Es ist nicht gleichzusetzen mit einer Adaption der Akzeptanz-und-Commitment-Therapie (ACT) für Psychosen. Die ACT ist ein viel komplexerer Ansatz, der sich auf die komplette Lebensgestaltung bezieht. Hier geht es explizit um das Symptom des Stimmehörens. Übernommen wurde dennoch das Konzept des akzeptierenden, nicht vermeidenden Umgangs mit Symptomen sowie der Achtsamkeit als mentaler Zustand, mit dem der Symptomatik begegnet wird. Der Therapieansatz eröffnet Therapeuten neben der medikamentösen Behandlung und der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) weitere Handlungsmöglichkeiten, die sich gut in die bestehenden Ansätze integrieren lassen. Er konkurriert daher nicht mit diesen, sondern komplettiert sie.

Achtsamkeitsübungen werden bei Psychosen als Kontraindikation aufgeführt. Grund ist die Sorge einer psychotischen Verarbeitung einer intensivierten Aufmerksamkeitslenkung. Das mag auch problematisch sein, wenn die Aufmerksamkeit lediglich auf innere Prozesse gerichtet wird. Gleiches gilt übrigens für viele Patienten mit Borderline- und Posttraumatischer

Belastungsstörung. Sie erleben die intensivierte Aufmerksamkeit nach innen auch häufig aversiv, nicht selten einhergehend mit einem verstärkten intrusiven Erleben. Im Bereich der Achtsamkeitsübungen gibt es aber auch Übungen, die nach außen fokussieren. Beispiele sind das achtsame Wahrnehmen von Geräuschen oder visuellen Reizen oder aber informelle Übungen, in denen die jeweilige Alltagsaktivität achtsam begleitet wird. Dies hindert das Gehirn aktiv daran, sich parallel mit dem vergangenen Trauma oder anderen aversiven Zuständen zu beschäftigen (der Defaultmodus wird beendet). Daher sind diese Übungen durchaus gut geeignet für diese sogenannten schwierigen Patienten mit Psychose, Borderlinestörung oder komplexer PTBS. Zudem wenden sich die entsprechenden Konzepte nicht an akut psychotische Patienten, sondern an medikamentös stabil eingestellte Betroffene mit Restsymptomen.

Das Ziel des vorliegenden Therapiekonzepts ist weniger auf eine Veränderung von Kognitionen, sondern auf eine Veränderung der Beziehung des Patienten zu dem Phänomen des Stimmenhörens ausgerichtet. Erreicht werden soll ein achtsamer Umgang mit dem Stimmenhören und Akzeptanz der persistierenden positiven Restsymptomatik. Dies bedeutet, dass Patienten durch Achtsamkeitsübungen erlernen, die Stimmen als vorübergehende Ereignisse wahrzunehmen, indem die folgende innere Haltung eingenommen wird:

- nicht wertend,
- nicht handlungsrelevant,
- Gefühle von beispielsweise Angst beobachtend wahrnehmend,
- mit einer inneren Distanz dazu.

➤ **Die Stimmen sollten angenommen werden als das, was sie sind: Restsymptome einer ansonsten stabilisierten Erkrankung, die in Stresssituationen teils aufflackern und dann wieder gehen.**

- Sie haben aber vor allem keine Bedeutung für die Lebensführung,
- es geht keine Gefahr von ihnen aus, unabhängig davon, was die jeweiligen Inhalte implizieren, und
- ihnen ist auch kein Glauben zu schenken ist, wenn sie beispielsweise beleidigend oder abwertend sind.

Die Betroffenen bleiben unabhängig von dem, was die Stimmen sagen, was sie sind, nämlich Menschen mit wertvollen Eigenschaften und Ressourcen. Es kann sinnvoll sein, auch wenn dies nicht expliziter Bestandteil der klassischen ACT ist, zuvor *individuelle Ressourcen zu sammeln*, derer sich Betroffene in kritischen Augenblicken bewusst werden können. Darauf können sie mental fokussieren, nachdem sie es geschafft haben, sich von den Halluzinationen zu distanzieren.

Um eine solche Haltung einnehmen zu können, ist es zudem angeraten, dass die Patienten zuvor an einer *psychoedukativen Gruppentherapie* teilgenommen haben. Denn solange Betroffene davon überzeugt sind, mit Gott im Dialog zu sein, ist es nachvollziehbar schwer möglich, gelassen zu bleiben. Mit dem Gefühl innerer Distanz zu dem Stimmen und dem Erleben von Kontrolle über das eigene Verhalten ist schon viel an Lebensqualität zurückgewonnen.

Wichtig ist es klarzustellen, dass sich zu Beginn dieser Auseinandersetzung mit dem Stimmenhören die angestrebten Ziele nicht automatisch einstellen werden. Anfangs wird es vielen Patienten vielleicht suspekt erscheinen, sie werden vielleicht auch starke Ambivalenz spüren, wenn sie bislang das Gefühl hatten, den Stimmen Folge leisten zu müssen. Darauf sollte in der Therapie explizit und wiederholt hingewiesen werden. Es wird die eigene positive Erfahrung sein, die Patienten mit ihrem neuen Verhalten machen, die als Korrektiv wirksam wird. Beispielsweise, dass nichts Schlimmes passiert, wenn sie die Stimme einfach nur wahrnehmen, ohne mit ihr in Dialog zu treten oder stundenlang über das Gesagte zu grübeln.

Eine hilfreiche Information für Patienten kann überdies auch die Tatsache sein, dass selbst gesunde Menschen in Phasen höheren Stresses Stimmen hören können. Neben einem entpathologisierenden und damit beruhigenden Effekt lässt sich daraus aber auch ableiten, dass ein Auftreten des Symptoms ein Anzeichen für eine akute Überforderung ist. Auch wenn die Patienten also gelassen und distanziert mit dem Symptom umgehen sollen, so ist es dennoch sinnvoll, sich anschließend Gedanken über die aktuelle Lebenssituation zu machen und zu überlegen, wo Stress reduziert werden kann.

Zudem kann das Stimmenhören im Rahmen der Therapie „*normalisiert*“ und damit *entpathologisiert* werden. Das ist wichtig, um Prozesse der Selbststigmatisierung zu kompensieren. Es handelt sich um eine sensibel zu gestaltende Gratwanderung. Auf der einen Seite sollten Patienten mit Schizophrenie eine Krankheitseinsicht entwickeln, damit sie beginnende Symptome als solche akzeptieren und erkennen können. Nur dann werden sie im Falle einer nahenden Krankheitsepisode, die sich in der Regel durch Frühwarnzeichen ankündigt, zum Arzt gehen. Auf der anderen Seite sollen sie ein möglichst stabiles Selbstkonzept entwickeln oder aufrechterhalten. In diesem Sinne wird die Schizophrenie als dimensionales Geschehen definiert, welches durchaus Übergänge in den gesunden normalpsychologischen Erfahrungsbereich aufweist. Die Anlage zum Wahnerleben bei Gesunden zeigt sich z. B. im Kontext von Eifersucht. Hier können manche Menschen derartige Überzeugungen entwickeln, die kurzfristig die Kriterien eines Wahns erfüllen, ohne dass eine manifeste Schizophrenie diagnostiziert werden dürfte.

Auch das Stimmenhören lässt sich durch eine dimensionale Perspektive normalisieren. Es ist bekannt, dass 5 bis 15 % aller Menschen gelegentlich Stimmen halluzinieren, etwas weniger als 1 % sogar ständig. Bei schizophrenen Patienten geht man von 75 % mit akustischen Halluzinationen aus. Forscher sind sich einig, dass Stimmen hören zwar außergewöhnlich, aber nicht per se pathologisch ist. Eine Hypothese, die im Rahmen des Projektes „Hearing the Voice“ der Durham University formuliert wurde, besagt, dass die Stimmen lautwerdende Gedanken sein könnten. Durch die Konzentration auf den eigenen inneren Dialog kann dieser außer Kontrolle geraten, aber eben nicht nur bei Schizophrenen. Diese Theorie erklärt auch fMRT-Befunde, die beim Stimmenhören eine gesteigerte Aktivität derjenigen Hirnareale anzeigen, die für die Sprachproduktion verantwortlich sind.

Die Normalisierung der Symptomatik sowie die distanziertere Haltung gegenüber den Stimmen durch erlernte Achtsamkeit soll geringeres Stresserleben erzeugen. Dieses wiederum ist bei Psychosen mit einem Rückgang der Symptomatik und präventiver Wirkung hinsichtlich erneuter psychotischer Schübe assoziiert. In diesem Sinne ist die achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapie des Stimmenhörens letztendlich doch änderungsorientiert, allerdings durch die Hintertür. Akzeptanz kann Änderungsprozesse initiieren (Eifert 2011). Studien bestätigen sowohl Symptomreduktion als auch geringere Rehospitalisierungsraten von schizophrenen Patienten durch dieses Vorgehen (u. a. Keng et al. 2011).

### 8.3.1.2 Formale Struktur des Therapieprozesses (Makrostruktur)

**Setting** Das Therapieprogramm umfasst 10 Gruppentherapieeinheiten zu jeweils 60 Minuten und ist für 8 bis 10 Patientinnen ausgelegt. Jede Therapieeinheit beinhaltet ein Therapieziel für die jeweilige Sitzung. Die Therapiesitzungen werden von zwei Therapeuten geleitet, wobei einer dialektisch vorgeht und auf Veränderungen abzielt, während der zweite die dynamischen Prozesse beobachtet. Diese Struktur ist gut geeignet für eine Implementierung in psychiatrischen Stationen, wenn Patienten nur wenige Wochen anwesend sind.

Dennoch können alle Übungen natürlich auch gut im Einzelsetting vermittelt werden. Hier bietet sich überdies eine langfristig angelegte Psychotherapie an. Denn in der Regel ist der Umgang



mit dem Stimmenhören lediglich eines von vielen Themen, die zu behandeln sind. Die nachfolgend vorgeschlagenen Übungen lassen sich auch gut in komplexere Therapiepläne integrieren.

**Voraussetzungen** Hinsichtlich der gewünschten Voraussetzungen ist es günstig, wenn Patienten ein Krankheitsverständnis von Psychosen haben, welches typischerweise in psychoedukativen Trainings vermittelt wird. Denn solange die Stimmen für übernatürliches Geschehen gehalten werden, ist eine nicht wertende und distanzierte Haltung nur schwerlich einzunehmen. Zudem sollten die Patienten medikamentös stabil eingestellt sein, damit die Symptomausprägung, mit der Betroffene in die Therapie kommen, relativ stabil ist, d. h. keinen sonderlichen Schwankungen unterliegt. Ansonsten würde das zu viel Unruhe in den Therapieprozess mitbringen, da ständig neue Phänomene zu besprechen wären.

### 8.3.2 Therapeutische Beziehung

Grundsätzlich sollten Therapeuten mit ihren Patienten auf einer Ebene stehen und sich nicht als höhergestellt betrachten, um dann belehrend aufzutreten. Beide Parteien sollten sich als Partner sehen, die sich in einem begrenzten Zeitrahmen mit einem bestimmten Thema auseinandersetzen.

Hinsichtlich der gewünschten akzeptierenden Haltung gegenüber dem Stimmenhören lassen sich aus der ACT hilfreiche Anregungen entnehmen, die den Patienten einen neuen Umgang mit ihren Stimmen ermöglichen: So sollte der Therapeut seine Patienten nicht aktiv umstimmen wollen. Hilfreicher ist es, bezüglich des Phänomens Stimmenhören interessiert nachzufragen, d. h. eine explorative und grundsätzlich zwangsfreie Atmosphäre zu schaffen. Es kann vermittelt werden, dass keinerlei Druck besteht, dass es nichts gibt, was bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht werden muss.

Wichtig ist zudem die Unterscheidung zwischen der hier gewünschten akzeptierenden Haltung und einer passiv-resignativen Haltung. „Akzeptierend“ bedeutet hier, Geschehnisse möglichst unvoreingenommen und frei von eigenen Bewertungen und Interpretationen wahrzunehmen. Die dahinterstehende Idee ist, dass nur ein derart „freier Kopf“ in der Lage ist, schwierige Situationen zu bewältigen.

Wie bei nahezu allen psychischen Störungen lassen sich darüber hinaus auch bei der vorliegenden spezifischen Thematik Überlegungen hinsichtlich einer *motivorientierten (komplementären) Beziehungsgestaltung* anstellen (Caspar 1996; Caspar und Grawe 1982). Kurz gesagt geht es darum, verletzte interaktionelle Bedürfnisse beim Patienten zu identifizieren und diese im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu befriedigen, sofern der Patient dies nicht durch schwieriges Problemverhalten „einfordert“ (wie z. B. Angeben, um Anerkennung zu bekommen). Ansonsten würde man dieses Verhalten operant verstärken. Solche interaktionellen Schwierigkeiten zeigen sich aber typischerweise eher bei Persönlichkeitsstörungen als bei Schizophrenien. Dennoch stabilisiert diese Art der Beziehungsgestaltung bei allen Patienten die Interaktion und vermittelt dem Patienten Sicherheit und Vertrauen. Bei Patienten mit Schizophrenie, die oft misstrauisch und zurückhaltend auftreten, ist dies sehr bedeutsam.

Patienten mit chronischem Stimmenhören lassen hinsichtlich zweier Grundbedürfnisse eine Verletzung durch die Symptomatik vermuten:

1. Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und
2. Bedürfnis nach Kontrolle.

Der *Selbstwert* wird dann frustriert, wenn die Stimmen negativ getönt sind, die Patienten abwerten und beleidigen. Bezüglich des Selbstwertes kann der Therapeut darauf achten, eine grundsätzlich

wertschätzende und validierende Haltung einzunehmen. Inhaltlich lässt sich durch die Normalisierung der Symptomatik eventuellen Prozessen der Selbststigmatisierung und dem Gefühl, verrückt zu sein, entgegenwirken.

Das *Kontrollbedürfnis* wird dann verletzt, wenn die Stimmen den Betroffenen übermächtig erscheinen und sie keinerlei Wege sehen, diese zu begrenzen oder zu steuern. Sie erleben sich häufig machtlos und ausgeliefert. Normale Kommunikation lässt sich im Unterschied zum Stimmenhören immer aus eigener Kraft beenden, indem man den Gesprächspartner um Ruhe bittet oder im Zweifelsfall die Situation verlässt.

Kontrolle kann der Therapeut auf der Prozessebene dadurch vermitteln, dass er seinen Patienten grundsätzlich keine Überraschungen in der Therapie bietet. Das bedeutet, dass die Patienten stets über alle Prozesse und Abläufe informiert sind und ein aktives Mitspracherecht haben. Hinsichtlich jeder Intervention sollten die Patienten ihr ausdrückliches Commitment (Einverständnis) abgeben, bevor sie durchgeführt wird. Das bedeutet, ihnen genau zu erklären, was und zu welchem Zweck etwas geplant ist und wie die Durchführung aussehen soll.

Auf der Inhaltsebene ist anzunehmen, dass Patienten ein erhöhtes Kontrollgefühl erleben, je mehr sie ihre Haltung gegenüber dem Symptom im Sinne der Therapieziele verändern, d. h. dem Symptom annehmend und akzeptierend begegnen.

### 8.3.3 Therapiephase 1: Umgang mit der Störung und Vermittlung des Achtsamkeitskonzepts

Im Folgenden wird von einem Gruppenkonzept ausgegangen. Einzeltherapeuten können die jeweiligen Inhalte aber problemlos auf ihr Setting übertragen. Die einzelnen achtsamkeitsbasierten Übungen wurden in Anlehnung an Huppertz (2013) sowie an Boden und Rolke (2008) konzipiert.

#### 8.3.3.1 Beginn der Therapie

Aufgabe der Therapeuten ist es, eine wohlwollende und vertrauensvolle Gruppenatmosphäre zu fördern. Nach einer klassischen Vorstellungsrunde werden die Patienten zu ihren Stimmen befragt: Wie oft diese auftreten, wie viele es sind, was sie sagen, wie sich die Patienten das Phänomen bislang erklären etc. Wichtig ist es auch, den bisherigen Umgang mit den Stimmen zu explorieren:

*„Wer von Ihnen möchte mit der Gruppe teilen, wie Sie bisher mit Ihren Stimmen umgegangen sind?“  
 „Hat jemand von Ihnen eigene Strategien entwickelt, und wie hilfreich waren diese?“*

Anschließend wird das Konzept der Achtsamkeit erläutert. Die achtsame Haltung und der distanzierende Effekt durch die Beobachterperspektive des achtsamen Menschen können anhand der folgenden Beschreibung verdeutlicht werden:

*„Wenn Sie achtsam sind, dann sind Sie ähnlich wie eine Katze vor einem Mauseloch, die abwartet, ob eine Maus herauskommt. Die Katze tut nichts anderes, als aufmerksam und hoch konzentriert abzuwarten, was passiert. Sie denkt nicht an gestern oder an morgen, sie überlegt nicht, was wäre, wenn überhaupt keine Maus im Loch ist. Sie blickt in das Mauseloch hinein, registriert jede Bewegung und jede Veränderung. Da sie vor und nicht im Mauseloch sitzt, hat sie zudem eine gewisse*



*geschützte Distanz dazu. Wenn eine Maus schnell hinausspringt, kann sie der Katze z. B. nicht ins Gesicht springen.“*

Zu Beginn der Therapie ist ferner zu klären, wie Achtsamkeit zu einem besseren Umgang mit Stimmenhören verhelfen kann:

*„Achtsamkeitsübungen dienen dazu, die Umwelt und sich selbst ganz bewusst, ganz im gegenwärtigen Augenblick (so wie die Katze vor dem Mauseloch) und nicht wertend wahrzunehmen. Dadurch kann eine Distanz zu der gehörten Stimme entstehen. Vielleicht fühlt man sich dann etwas weniger ängstlich und gestresst, wenn die Stimme auftaucht. Sie werden vielleicht auch erleben, dass Sie wieder mehr Kontrolle über Ihre eigene Wahrnehmung gewinnen.“*

Die folgende kurze Intervention soll ein Bewusstsein für Achtsamkeit im Alltag schaffen. Die Teilnehmer werden aufgefordert, sich Gedanken über scheinbar banale Tätigkeiten zu machen, hier am Beispiel des morgendlichen Aufstehens:

*„Wie sind Sie heute Morgen aufgestanden? Sind Sie von alleine aufgewacht oder hat der Wecker geklingelt? Haben Sie sich noch einmal umgedreht? Konnten Sie sich beim Aufwachen erinnern, was Sie geträumt haben? Sind Sie mit dem linken oder rechten Fuß zuerst aufgetreten?“*

Diese Übung kann sehr eindrücklich sein, da den Patienten bewusst wird, wie automatisch und unreflektiert viele Alltagsprozesse ablaufen.

Eine erste Hausaufgabe für die Patienten kann darin bestehen, jeden Tag einmal ganz bewusst den Autopilotenmodus auszuschalten, beispielsweise ganz aufmerksam zu frühstücken oder zu duschen.

### 8.3.3.2 Grundlegende Übungen zur Achtsamkeit

Bevor sich die Patienten achtsam ihrem Stimmenhören zuwenden, sollen sie die Technik der Achtsamkeit auf einer ganz basalen und möglichst einfachen Ebene erlernen. Die Übungen beziehen sich dann noch nicht auf die Stimmen. Grund dafür ist, dass viele Patienten unter Umständen bereits viele gescheiterte Versuche unternommen haben, mit ihren Stimmen umzugehen. Da Achtsamkeit aktiv geübt werden muss, ist es zu Beginn schwer, die entsprechende Haltung einzunehmen. Beziehen sich die ersten Übungen direkt auf die Stimmen, wären weitere Misserfolgsenerlebnisse vorprogrammiert.

Die allgemeinen Achtsamkeitsskills werden aber auch *Unterbrechungstechniken* genannt. Denn diese Übungen können zum Stoppen der Stimmen genutzt werden. Viele Patienten berichten, dass sie keine Stimmen mehr wahrnehmen, wenn sie konzentriert sind, z. B. beim Arbeiten. Daher eignen sich Achtsamkeitsübungen jeder Art zu diesem Zweck.

**Wahrnehmen von Atem und Gedanken** Ziel ist es primär, die Teilnehmer mit Achtsamkeitsübungen vertraut zu machen. Therapeuten sollten betonen, dass es bei Achtsamkeitsübung nicht um richtig oder falsch geht. Es geht darum, die persönliche Wahrnehmung zu stärken:

*„Nehmen Sie eine angenehme Position ein. Sie sitzen auf Ihrem Stuhl, Ihr Rücken hat Kontakt zur Rückenlehne des Stuhls, beide Füße stehen fest auf dem Boden. Ihre Arme können Sie locker hängen lassen oder ablegen, wie immer es für Sie am bequemsten ist. Sie können nun auch noch Ihre Augen schließen.“*

*Achten Sie auf Ihren Atem.*

*Achten Sie jetzt auf Ihre Gedanken.*

*Nun achten Sie bitte beim Einatmen auf Ihre Gedanken und beim Ausatmen auf Ihre Atmung.“*

(Dafür etwa 5 Minuten Zeit lassen.)

**Lückenübung** Die folgende Übung lässt sich gut im Freien durchführen:

*„Versuchen Sie bitte einmal, nicht auf Objekte zu achten, sondern auf die Freiräume, die zwischen den Objekten liegen (Stuhlbeine, Fenster, Blätter, Äste, Bänke).“*

(Dafür etwa 10 Minuten Zeit lassen.)

Nach jeder Übung wird reflektiert, was die Teilnehmer währenddessen wahrgenommen haben.

**Wahrnehmen der Außenwelt** Je nach Bedarf können weitere allgemeine Achtsamkeitsübungen vermittelt und durchgeführt werden. Bei Patienten mit Schizophrenie ist es dabei angeraten, eher Übungen zu nehmen, bei denen die Aufmerksamkeit nach außen gerichtet wird. Beispiele sind das achtsame Wahrnehmen von Geräuschen aus der Umgebung, der Beschaffenheit (Struktur) von Gegenständen.

#### **! CAVE**

**Einige Übungen können problematisch sein, wenn diese intensiv auf *inneres Erleben* fokussieren, z. B. auf körperliche Empfindungen. Viele Patienten mit Schizophrenie leiden unter Leibhalluzinationen (Zönaesthesien), die sich durch solche Übungen verstärken könnten.**

Im Einzelsetting kann der Therapeut individuell entscheiden, welche Übungen geeignet sind und welche nicht, da der Kontakt zwischen Patient und Therapeut wesentlich intensiver ist und vor allem die Reaktionen des Patienten besser supervidiert werden können.

### **8.3.4 Therapiephase 2: Symptomorientierung**

---

#### **8.3.4.1 Achtsamkeitsübungen mit Bezug zum Stimmenhören**

**Außergewöhnliche Musik** Von den allgemeinen Achtsamkeitsübungen wird ein Übergang zu den symptomspezifischen Achtsamkeitsübungen hergestellt. Zwar geht es noch nicht um das Stimmenhören, aber dennoch um einen akustischen Reiz in Form von außergewöhnlicher Musik und deren Auswirkung auf die Teilnehmer. Das Musikstück sollte am besten atonale Musik, wie Zwölftonmusik, moderne Klassik, moderner Jazz oder Musik aus fremden Kulturkreisen, sein. Die Dauer des Musikstückes sollte etwa 10 Minuten betragen.

*„Ich bitte Sie nun, folgender Musik zu lauschen. Wahrscheinlich ist dies keine Musik, die Sie in Ihrem Alltag hören und deshalb sehr ungewöhnlich für Sie. Vielleicht werden Sie schnell den Impuls spüren,*

*die Musik zu bewerten, vielleicht reagieren Sie auch emotional darauf. Es kann sein, dass Sie nicht weiter zuhören möchten, sich ablenken möchten. Vielleicht betrachten Sie die Übung auch als ein Experiment und hören weiter zu. Achten Sie einfach mal auf solche Impulse. Entscheiden Sie dann selbst, ob Sie dem Impuls nachgeben wollen oder nicht. Sie können die Übung sofort beenden, wenn Sie möchten, oder Sie hören der Musik weiter zu.“*

**Gewöhnungsbedürftige Tiergeräusche** Es können kreativ weitere Übungen mit akustischen Reizen durchgeführt werden, beispielsweise kann man im Internet Tiergeräusche herunterladen und diese eine Weile anhören. Anstelle angenehmer Walgesänge sollten aber eher gewöhnungsbedürftige Tiergeräusche gewählt werden. Analog zur Übung mit Musik sollen die Teilnehmer währenddessen wieder auf ihre Empfindungen achten. Die Teilnehmer können noch einmal explizit darauf hingewiesen werden, dass sie sich als Beobachter bzw. Lauschender in einer Distanz zur Quelle des Geräusches befinden und sich dieser Distanz gewahr werden können. Auch wenn die Akustik aversiv ist, kann sie schlicht wahrgenommen werden, ohne Bedeutung und ohne jegliche Auswirkung für die Person. Das Geräusch ist einfach da, und etwas später ist es wieder verschwunden. Ansonsten hat sich nichts verändert. Anschließend wird gemeinsam besprochen, wie die Übung wahrgenommen wurde.

#### 8.3.4.2 Achtsamkeitsübungen zum Stimmenhören

Die vorherige akustische Übung soll nun auf das Stimmenhören bezogen angewendet werden. Dazu sollen sich die Teilnehmer zunächst noch einmal ihrer inneren Haltung bei der vorigen Übung bewusst werden, um diese übertragen zu können.

Die Übung funktioniert natürlich nur bei Patienten, die ihre Stimmen entweder aktiv hervorrufen können oder chronisch Stimmen hören. Teilnehmer, die dies nicht steuern können, müssen die Übung theoretisch antizipieren und sind aufgefordert, diese beim nächsten Auftreten der Stimmen anzuwenden.

Zentral ist auch hier wieder das Gewahrwerden der nicht wertenden Beobachterperspektive in Bezug zur Stimme und der damit einhergehenden Distanz. Auftauchende Emotionen können ebenso als zeitweilige Phänomene angenommen werden, die einen Moment lang auftauchen und dann wieder verschwinden.

#### Umgang mit Emotionen beim achtsamen Hören

In einer nächsten Einheit soll der Umgang mit Emotionen, die mit dem Stimmenhören assoziiert sind, explizit bearbeitet werden. Dazu ist es sinnvoll, zunächst wieder mit externalen Geräuschen zu arbeiten, die also nicht von den Gehirnen der Teilnehmer produziert werden.

Die Patienten diskutieren zunächst ihren bisherigen Umgang mit negativen Gefühlen und Gedanken, insbesondere in Bezug auf das Stimmenhören. Sie überlegen, warum sie auf negative Empfindungen aversiv reagieren und warum Achtsamkeit hinsichtlich des aversiven Erlebens einen positiven Effekt haben kann:

*„Sie haben bestimmt schon oft erlebt, dass irgendetwas unangenehme Empfindungen auslöst und Sie dies am liebsten wegdrücken würden, um sich besser zu fühlen. Kennen Sie das? Was löst bei ihnen unangenehme Gefühle und Gedanken aus und wie gehen Sie damit um? Haben Sie eine Idee, warum es gut sein kann, diesen Empfindungen ganz wertfrei zu begegnen? Versuchen Sie bitte, dies auf den Umgang mit Ihren Stimmen zu beziehen.“*

**Emotionen durch Alltagsgeräusche** Eine symptombezogene Hörachtsamkeitsübung wird eingeleitet. Den Patienten werden unterschiedliche Alltagsgeräusche vorgestellt. Sie sollen die Geräusche wahrnehmen und erkennen, ob sie angenehm oder störend sind. Diesen Geräuschen soll wertfrei begegnet werden. Der Therapeut betont an dieser Stelle nochmals, dass es keine richtigen oder falschen Empfindungen gibt. Allen Empfindungen, egal ob positiv oder negativ, steht ein wertfreier und akzeptierender Raum zur Verfügung. Außerdem betont der Therapeut, dass es schwierig und vor allem ungewohnt ist, Dinge nicht zu bewerten. Falls dies zwischendurch misslingen sollte, sollen die Patienten dies wahrnehmen und dann sanft zurückkehren in eine wertfreie Haltung. Das Bild von Wolken wird an dieser Stelle gerne genutzt, um das Aufkommen und Fortziehen von Empfindungen oder Gedanken und Bewertungen zu symbolisieren. Es hilft Patienten dabei, die Beobachterperspektive einzunehmen, wenn sie beispielsweise aufkommende Bewertungen symbolisch auf ankommende Wolken setzen und diese mit den Wolken ziehen lassen.

Diese Übung ist sehr schwierig durchzuführen. Häufig gelingt es zu Beginn nicht, sich von Bewertungen zu distanzieren. Daher kann es hilfreich sein, wenn anfänglich nicht auf den Verzicht von Bewertungen fokussiert wird. Im Gegenteil kann zunächst sogar explizit gewünscht werden, dass Bewertungen auftreten. Diese Bewertungen können dann als Übungsfeld definiert werden, um Kompetenzen im Umgang mit innerer Distanzierung zu erlangen. In einem zweiten Schritt kann dann versucht werden, sich wieder von den auftretenden Emotionen zu distanzieren, um so die Technik des achtsamen distanzierten Wahrnehmens zu erlernen:

*„Ich bitte Sie nun, sich zu entspannen, und gemeinsam unterschiedlichen Alltagsgeräuschen zu lauschen. Achten Sie darauf, was diese bei Ihnen auslösen: Eventuell schöne oder weniger schöne Erinnerungen. Andere Geräusche erkennen Sie vielleicht überhaupt nicht.“*

Die Patienten werden gebeten, sich entspannt zu setzen und die Augen zu schließen, sofern dies nicht sehr unangenehm ist. Es ist jedoch von Vorteil, visuelle Reize auszuschließen, um sich besser auf akustische Reize fokussieren zu können. Wenn Patienten ihre Augen offen halten, ist es hilfreich, wenn sie sich mit dem Rücken zur Gruppe setzen, sodass sie nur noch eine Wand vor sich sehen.

*„Entspannen Sie sich bitte, halten Sie inne und machen Sie drei tiefe Atemzüge.“*

*Ich stelle Ihnen nun verschiedene Alltagsgeräusche vor, versuchen Sie bitte zu erkennen, welche Ihnen gefallen und welche nicht.“*

Nachfolgende Beispiele dürfen kreativ ergänzt werden:

- mit den Fingern auf den Tisch trommeln,
- sich die Hände reiben,
- Holz zersägen,
- Holz feilen,
- Fingernägel feilen,
- Tischtennisbälle auf den Boden werfen,
- Tischtennis spielen,
- Wasser in ein Gefäß schütten,
- mit einem Löffel in einer Tasse umrühren,
- Türen auf und zu machen,
- mit Computermaus klicken,

- Schritte gehen,
- Klangschale anschlagen,
- in einer Zeitschrift blättern,
- Papier zerschneiden,
- Papier zerknüllen.

Abschließend wird besprochen, welche Emotionen ausgelöst wurden und was das bedeutet. Es kann darauf fokussiert werden, dass die Emotionen (in aller Regel) nur kurz präsent waren und beim folgenden Geräusch bereits wieder eine andere Empfindung vorherrschte. Der schnell auftauchende und kurz andauernde Charakter dieser Emotionen kann dann beruhigend sein, wenn anschließend ein Zusammenhang zu dem Stimmenhören im Rahmen der Psychose hergestellt wird. Es ist sinnvoll, auch durch das Stimmenhören verursachte Emotionen als kurzzeitige Phänomene zu definieren, die durch ein Ereignis ausgelöst wurden und vom nächsten Ereignis schnell wieder abgelöst werden:

*„Es war bestimmt nicht einfach, den Geräuschen wertfrei zu begegnen. Wie haben Sie die Übung empfunden? Können Sie das heute Besprochene und die Achtsamkeitsübung in Verbindung mit Ihren Stimmen bringen? Was lösen Ihre Stimmen bei Ihnen aus? Wie gehen Sie mit aversiven Gefühlen gegenüber Ihren Stimmen um? Haben Sie eine Idee, inwiefern es Ihnen helfen kann, Ihren Stimmen wertfrei zu begegnen, genauso wie Sie es vorhin mit den Geräuschen getan haben?“*

### Positive Selbstverstärkung

Den Patienten sollen unterstützende sowie verstärkende Hilfssätze vermittelt werden, die ihre Anwendung immer dann finden, sobald negative Gedanken die Oberhand gewinnen und eine neutrale Bewertung der wahrgenommenen Reize gefährdet scheint. Hierzu werden bereits geschilderte Problemsituationen besprochen, und es wird gemeinsam nach Strategien gesucht, die eine neutrale Bewertung unterstützen:

*„Wenn Stimmen mal wieder die Oberhand gewinnen, nehme ich wahr, dass mich dies jetzt zwar ärgert, ich aber auch weiß, dass andere Reize ebenso da sind und ich wieder erneut versuchen kann, die Aufmerksamkeit umzulenken.“*

*„Ich höre die Stimmen, die mir Angst machen oder mich verärgern wollen. Ich betrachte dies so objektiv wie möglich und versuche, meine Achtsamkeit wieder auf alle Reize gleichermaßen zu lenken.“*

*„Ich bin gerade verängstigt, weil die Stimme mir gedroht hat. Dies ist aber nur ein kurzes Ereignis, welches gleich wieder vorüber sein wird.“*

Dies sind nur Beispiele für mögliche innere Kommunikation. Jeder Patient sollte auf Grundlage seiner bisherigen Erkenntnisse eigene Formulierungen entwickeln.

Anhand einer Achtsamkeitsübung werden nun die verstärkenden Sätze in einen neutralen Kontext integriert. Nachfolgend wird versucht, dies in Bezug auf das Stimmenhören anzuwenden:

*„Ich bitte Sie nun, sich in diesem Raum umzusehen. Wie ist die Gestaltung dieses Raumes? Die Einrichtung, die Farben, das Licht, die Atmosphäre etc.? Nehmen Sie alles intensiv wahr, und bewerten*

*Sie das Wahrgenommene deutlich. Achten Sie auch darauf, wie Sie sich fühlen, während Sie wahrnehmen und bewerten.“*

(Dafür etwa 2 Minuten Zeit lassen.)

*„Jetzt schauen Sie sich bitte noch einmal den Raum an. Dieses Mal bewerten Sie den Raum nicht, sondern beschreiben Sie ihn möglichst genau. Versuchen Sie, keine Bewertungen zu benutzen. Falls es doch geschieht, was ganz normal ist, ist es einfach gut, wenn Sie dies bemerken. Lassen Sie dann die Bewertungen los und gehen Sie zum Beschreiben zurück. Achten Sie auch wieder darauf, wie Sie sich fühlen.“*

(Erneut etwa 2 Minuten Zeit lassen.)

*„Wiederholen Sie nun bitte die vorherige Übung des Bewertens und Beschreibens, aber diesmal im Zusammenhang mit Ihren Stimmen. Hören Sie hin: Wer spricht da, worüber wird gesprochen und in welchem Ton? Nehmen Sie das alles wahr und bewerten Sie Ihre Stimmen.“*

(Dafür etwa 2 Minuten Zeit lassen.)

*„Nun nehmen Sie Ihre Stimmen wieder intensiv wahr, aber anstatt sie zu bewerten, beschreiben Sie sie nun bitte wie in der vorherigen Übung. Achten Sie wieder darauf, wie Sie sich fühlen.“*

(Erneut etwa 2 Minuten Zeit lassen.)

Den Patienten wird abschließend Mut gemacht, sofern die Umsetzung der unterstützenden Sätze noch nicht erfolgreich verlaufen ist.

*„Sie haben heute zum ersten Mal einen weiteren Baustein ihrer Achtsamkeitsfertigkeiten erlernt. Wenn die Umsetzung heute noch nicht ganz funktioniert hat, ist es nicht schlimm. Das braucht Übung. Denken Sie daran, täglich die Übungen durchzuführen, und dann werden Sie feststellen, dass sich die Erfolge einstellen werden. Sie können bereits jetzt stolz auf sich sein, Sie haben viel geschafft und sind auf einem guten Weg.“*

### **Bewusste, aber wertfreie Exploration der Stimmen**

Die Patienten konzentrieren sich auf ihre individuellen Stimmen und explorieren diese bewusst mittels der „W-Fragen“ (wer, was, wie, wann?). Ziel ist eine bewusstere und offensive Auseinandersetzung mit dem Phänomen, um ihm anschließend mit Gelassenheit begegnen zu können.

Durch das bewusste Zuwenden zu den Stimmen sollen *Vermeidungstendenzen* gehemmt werden. Solange sie gemieden werden, nehmen die Stimmen einen großen innerlichen Raum ein, denn Vermeidung verbraucht viele Energien und Ressourcen. Es geht hier jedoch nicht, wie es üblicherweise in Konzepten der KVT bei Psychosen der Fall ist, um eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Stimmen. Dies ist zwar sicherlich auch eine mögliche und sinnvolle Intervention, insbesondere wenn sich Beziehungen zwischen dem Inhalt der Stimme und der eigenen Biografie oder Ängsten und Sorgen der Patienten identifizieren lassen. Dennoch geht es hier um etwas anderes. Hier soll durch die Aufgabe von Vermeidung eine Grundlage dafür geschaffen werden, die Stimmen wertfrei wahrzunehmen und gelassen zu reagieren. Erst wenn das Phänomen bewusst mit all seinen Facetten wahrgenommen wird, kann es akzeptiert und angenommen werden.

In der Therapieeinheit wird also ein Raum geschaffen, in dem sich die Patienten über die Art und Inhalte ihrer Stimmen austauschen können. Anschließend wird der wertfreie Umgang mit den Stimmen eingeübt. Dabei dienen wiederum die Erfahrungen aus der Übungseinheit zum achtsamen Hören. Die Patienten hatten gelernt, Geräusche wahrzunehmen, die damit assoziierten Emotionen zu registrieren und dabei in einer innerlich gelassenen Distanz zu verbleiben. Diese Fertigkeiten werden nun gebraucht, wenn die Stimmen mit allen ihren Facetten zugelassen werden.

Hierbei hat der Therapeut die Aufgabe, die Stimmung und mentale Verfassung der Patienten genau zu registrieren, um eventuell sich anbahnenden Krisen rechtzeitig zu begegnen. Die Gefahr einer psychischen Belastung ist bei dieser Einheit erhöht, da nun erstmals auch eine Auseinandersetzung mit inhaltlichen Belangen der Stimmen erfolgt und diese meistens negativ getönt sind.

Für eine akzeptierende, achtsame Auseinandersetzung mit Inhalten der Stimmen ist eine neue vorgeschaltete Übung dienlich. Im Folgenden geht es um den Umgang mit Inhalten von Gedanken und Wahrnehmungen, um die entwickelten Kompetenzen anschließend auf den Umgang mit Inhalten der Halluzinationen zu übertragen:

*„Achten Sie auf die Gedanken und Bilder, die Ihnen durch den Kopf gehen. Falls zudem Erinnerungen und Gefühle auftauchen, beachten Sie auch diese. Versuchen Sie nicht, die Gedanken, Bilder, Erinnerungen und Gefühle festzuhalten oder sich aktiv mit ihnen auseinanderzusetzen. Fokussieren Sie nichts und verharren Sie nicht. Lassen Sie die Vorgänge laufen. Versuchen Sie, keine Gedanken, Bilder, Erinnerungen und Gefühle abzuwehren und zu vermeiden – bewerten Sie nichts von dem, was in Ihnen vorgeht. Zum Beenden der Übung wechseln die die Position (z. B. Aufstehen), schütteln Sie sich und schütteln Sie damit alles von sich ab.“*

Anschließend wird das Vorgehen auf die Inhalte der Stimmen übertragen, sofern es Patienten möglich ist, diese zu aktivieren:

*„Versuchen Sie nun bitte, die Erfahrung von eben auf Ihre Stimmen zu übertragen. Lassen Sie auch diese zu, aber halten Sie sie nicht fest. Beschäftigen Sie sich nicht aktiv mit Ihnen, denken Sie nicht über die Inhalte nach, sondern lassen Sie sie kommen und gehen. Versuchen Sie nicht, die Stimmen zu ignorieren, ihnen entgegenzuarbeiten oder gegen sie zu argumentieren. Beenden Sie auch diese Übung, indem Sie sich schütteln.“*

### 8.3.5 Therapiephase 3: Aufbau von Konsistenz und Erhöhung der Lebensqualität

#### 8.3.5.1 Stimmen als eigene Gedanken akzeptieren

In dieser Einheit wird ein zentraler Inhalt der Psychoedukation von Psychosen aufgegriffen, der in schematherapeutischen Störungsmodellen beheimatet ist, und um einen Aspekt erweitert. Die Stimmen werden als eigene Gedanken definiert und die jeweiligen Inhalte können unter Umständen biografisch erklärt werden. Diese Sichtweise hilft dabei, das Stimmenhören achtsam und akzeptierend zu verarbeiten. Schematherapeuten arbeiten mit sogenannten *inneren Kritikern*, als Introjekten prägender Bezugspersonen. Wie sehr hier mit Psychosepatienten in die Tiefe gegangen wird, bleibt dem jeweiligen Therapeuten überlassen. Für das Einzelsetting kann

es durchaus hilfreich sein, ein entsprechendes Erklärungsmodell abzuleiten, damit es Patienten besser gelingt, das Stimmenhören zu akzeptieren oder zumindest nachzuvollziehen. Im Gruppensetting müssen Therapeuten prüfen, was sinnvoll ist, und auch sicherstellen, einzelne Patienten nicht zu überfordern.

Manchen Patienten kann zunächst der neurobiologische Befund helfen, dass im Gehirn beim Stimmenhören dieselben Regionen aktiviert werden, die auch bei Selbstvokalisationen aktiviert sind. Menschen befinden sich häufig in einer Kommunikation mit sich selbst. Selbstgespräche sind daher etwas völlig Normales. Das Stimmenhören kann in diesem Sinne als eine Variante der Ich-Störungen verstanden werden, bei denen eigenes Handeln als fremdgesteuert bzw. eigenes Denken als „fremdgedacht“ erlebt wird. Normalpsychologische Selbstgespräche werden dann nicht mehr als selbst erzeugt erlebt, sondern wie fremde Stimmen von außen.

Bezüglich der Frage, warum die eigenen Gedanken derart negativ sind (bei Patienten mit entsprechend negativem Stimmenhören), kann herangezogen werden, dass Menschen mit Selbstwertproblemen in Situationen, in denen sie sich selbst bewerten, häufig sehr negative und abwertende Gedanken über sich selbst entwickeln. Diesbezüglich wird auch von „inneren Kritikern“ gesprochen. Häufig handelt es sich dabei um Inhalte, die dem Betroffenen wichtige Bezugspersonen in der frühen Biografie eingeredet haben, indem sie das Kind ständig kritisierten und abwerteten. Im Laufe der Entwicklung verinnerlichen Heranwachsende solches Einreden, fortan übernehmen sie es selbst im Sinne der Selbstvokalisation. Folglich ist es also denkbar, dass die negativen Stimmen der Psychosepatienten mit einer kritischen und abwertenden Haltung von Bezugspersonen in der frühen Biografie assoziiert sind.

**Ungebetenen Gast einladen** Um einen im Sinne der Achtsamkeit angemessenen Umgang mit den Stimmen als „inneren Kritikern“ zu begegnen, ist die folgende Übung dienlich:

*„Setzen Sie sich bequem hin und schließen Sie die Augen, wenn es Ihnen möglich ist. Stellen Sie sich nun vor, sie feiern zu Hause Ihren Geburtstag mit Menschen, die Sie mögen. Dann klingelt es an der Tür, ein nicht eingeladenes und Ihnen unsympathischer Mensch steht dort und möchte an Ihrer Feier teilnehmen. Er lässt sich nicht wegschicken und weigert sich zu gehen. Was passiert nun, wenn Sie sich auf eine Diskussion mit ihm einlassen und versuchen, ihn loszuwerden?“*

(Dafür etwas eine Minute Zeit lassen.)

*„Kehren Sie nun gedanklich zu dem Moment zurück, als der Gast an Ihrer Tür klingelt. Anstatt ihn wegzuschicken, laden Sie ihn nun ein und lassen Sie ihn an Ihrer Feier teilnehmen, ohne ihm ablehnend und wertend entgegenzutreten. Was geschieht nun?“*

Anschließend wird besprochen, inwieweit es möglich ist, den Stimmen so zu begegnen wie dem ungebetenem Gast.

## 8.4 Empirische Befundlage

Das hier vorgestellte Konzept ist hinsichtlich seiner Wirksamkeit explorativ zu betrachten. Es stellt einen neuen Weg dar, dem Stimmenhören zu begegnen, nachdem andere Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Es gibt jedoch erste Wirksamkeitsnachweise für Therapieprogramme für Patienten mit persistierender Positivsymptomatik, die einen vergleichbaren Grundgedanken verfolgen,



nämlich die Orientierung an den Paradigmen von Achtsamkeit und Akzeptanz nach dem Vorbild der ACT. Die Therapieprotokolle, die dem Vorgehen in den Evaluationsstudien zugrunde lagen, sind keine hochgradig vorstrukturierten Manuale, sondern sind relativ knapp gefasst, indem sie den Therapeuten die zentralen Grundsätze vorgeben. Darüber hinaus bleiben den Therapeuten viel Freiheiten in der konkreten Durchführung. Vorteilhaft an diesem Vorgehen ist die gute Übereinstimmung mit dem klinischen Alltag, in dem Manuale äußerst selten treu abgearbeitet werden. Damit dürfte die externe Validität dieser Studien sogar relativ hoch sein.

Insgesamt kommen Evaluationsstudien zu ACT-basierten Therapieansätzen zu durchweg positiven Ergebnissen, einhergehend mit erhöhter Lebensqualität, geringerer Hospitalisierungsrate, geringerer Symptomatik und erhöhtem sozialem Funktionsniveau (Review in Keng et al. 2011; Bach und Hayes 2002; Bach et al. 2012; Gaudiano und Herbert 2006a, 2006b; Bach et al. 2013; White et al. 2011; Gaudiano et al. 2013). Erstaunlicherweise kommen diese Ergebnisse zustande, obgleich die ACT-basierten Interventionen lediglich wenige Stunden (4 bis 10 Einheiten) dauerten. Studien über entsprechende Langzeittherapien gibt es keine. Es wurde darüber hinaus deutlich, dass sich ACT-basierte Interventionen gut mit anderen Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie kombinieren lassen.

Konkret zeigen Bach et al. (2002), dass selbst eine nur vierstündige ACT-Intervention die Rehospitalisierungsrate schwer kranker Patienten über ein 4-monatiges Follow-up um 50 % reduzierte, relativ zum „Treatment as Usual“ (TAU). Nach einem Jahr waren die Effekte noch signifikant (Bach et al. 2012). Gaudiano et al. (2010) konnten nach 4 Stunden die Haltung der Patienten gegenüber der Symptomatik so verändern, dass sie ein geringeres durch die Symptomatik provoziertes Stresserleben aufwiesen. Gaudiano und Herbert (2006a) stellten reduziertes Stresserleben durch Halluzinationen, geringere affektive Symptomatik und eine generell signifikant verbesserte allgemeine Symptombelastung fest. White et al. (2011) verglichen 10 Stunden ACT versus TAU und wiesen signifikant geringere Negativsymptome, weniger postpsychotische Depressionen und weniger Krisentelefonate innerhalb der ACT-Gruppe nach.

Insgesamt sind die Ergebnisse vielversprechend. Sie zeigen gute Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen, und dass selbst kurze Interventionen, die im stationären Setting durchgeführt werden können, bereits Effekte bringen. Entsprechende ambulante Langzeittherapien sollten in weiteren Studien beforscht werden.

## 8.5 Schwierige Situationen

### ■ Wahnhafte Deutung des Stimmenhörens

Es kann Patienten schwerfallen, die für die Therapie notwendige Haltung gegenüber dem Stimmenhören einzunehmen. Auch bei chronischem Stimmenhören kann es sein, dass bestimmte wahnhafte Überzeugungen hartnäckig persistieren und die Halluzinationen entsprechend wahnhaft verarbeitet werden. Patienten können glauben, die Stimme sei von Gott, von einer Geheimorganisation oder Ähnlichem. Es kann auch phasenweise zu diesbezüglichen Verunsicherungen kommen, sodass Betroffene ambivalent sind oder auch zu einer sogenannten „doppelten Buchführung“ neigen. Dann werden die aktuellen Stimmen als Teil einer Psychose akzeptiert, die früheren Stimmen dagegen kommen nach wie vor von Gott. In solchen Fällen ist gut zu überlegen, ob man den Betroffenen diese Haltung ausredet. Es kann dem Selbstwert dienlich sein, nicht alles Erleben der vergangenen Jahre zu pathologisieren, sondern ein wenig Magisches oder Göttliches aufrechtzuerhalten. Wichtig für einen angemessenen Umgang mit dem Phänomen ist letztendlich nur die Haltung gegenüber dem aktuellen Erleben. Zuletzt ist zu beachten, dass

Psychosen in der Intensität der Symptomatik sehr wechselhaft sein können. Insbesondere in Zeiten von erhöhtem Stress kann das psychotische Erleben wieder akut aufflackern, unabhängig davon, was bereits therapeutisch an Einsichten erarbeitet wurde. All das kann dann schnell hinfällig sein. Therapeuten müssen darauf sensibel achten, um ggf. den Kontakt zum Psychiater einzuleiten.

#### ■ Mangelnde Konzentration

Achtsamkeit fordert Konzentrationsleistung. Zwei Drittel aller Patienten mit Schizophrenie leiden aber unter Störungen der Konzentration. Diese können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. In schweren Fällen kann es den Patienten nicht möglich sein, die achtsame Haltung ausreichend lange einzunehmen.

Auf der einen Seite erschwert dies natürlich den Therapieprozess. Auf der anderen Seite kann die Therapie dennoch etwas niederschwelliger fortgesetzt werden, im Einzelsetting. Auch wenn unter Umständen die eigentlichen Therapieziele nicht erreicht werden, kann der Prozess dennoch als eine Art Training der neurokognitiven Funktionen betrachtet werden. Mangelnde Konzentration ist also nicht zwangsläufig ein Grund, die Therapie nicht durchzuführen. Es muss aber darauf geachtet werden, die Patienten nicht zu überfordern. Dies würde Stress auslösen und könnte die Symptomatik verschlechtern.

#### ■ Akute psychotische Symptomatik

Eine akute psychotische Symptomatik ist eine Kontraindikation für die Psychotherapie am Symptom. Voraussetzung für die Therapie an psychotischer Symptomatik ist, dass sich Patienten davon hinreichend distanzieren können. Sobald die Symptomatik akut wird, muss mittels medikamentöser Therapie gehandelt werden, da Patienten ansonsten keine Metaperspektive zu ihrem Erleben einnehmen können.

### Literatur

- 
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., & Herbert, J. D. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis: Intent to treat hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5, 166–174.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (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 (5), 1129–1139.
- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36, 167–183.
- Benoy, C., Bader, K., & Schumann, I. (2015). Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein transdiagnostischer Ansatz. *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date 9, 237–255.
- Boden, M., & Rolke, D. (2008). *Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderung ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe*. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Caspar, F., & Grawe K. (1982). *Vertikale Verhaltensanalyse. Forschungsbericht 5*. Bern: Psychologisches Institut, Universität Bern.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennet, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., & Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48–70.
- Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment- Therapie (ACT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006a). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006b). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 497–502.

- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41, 543–554.
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, 37, 324–355.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Huppertz, M. (2013). *Achtsamkeitsübungen – Experimente mit einem anderen Lebensgefühl: 85 Anleitungen für die Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.
- Leucht, S., Fritze, J., Lanczik, M., Vauth, R., & Olbrich, H. (2009). Schizophrenie und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. Bd. 2 (S. 454–528). München: Urban & Fischer.
- Lincoln, T. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills Training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., & Osei, A. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: Interview-based study. *British Journal of Psychiatry*, 206(1), 41–44.
- Ott, U. (2010). *Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst*. München: O. W. Barth.
- Schnell, T. (2014). *Moderne kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J., et al. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 2002–2012.
- Vauth, R., & Stieglitz, R.D. (2007). *Persistierender Wahn und chronisches Stimmenhören*. Göttingen: Hogrefe.
- White, R. G., Gumley, A. I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901–907.

# Serviceteil

Stichwortverzeichnis – 188

# Stichwortverzeichnis

## A

Ablenkbarkeit 2  
 Abwehrmechanismus 156  
 Acceptance-and-Commitment-Therapie 58  
 Acceptance-and-Commitment-Therapie 61  
 Achtsamkeit 98–99, 168–171  
 Achtsamkeitspraxis 8, 22  
 Achtsamkeitsskill 176  
 Achtsamkeitstherapie 58  
 Achtsamkeitstraining 7  
 Achtsamkeitsübung 25, 98–99, 169, 171  
 Acrotomophilie 56, 62  
 ACT 171, 174, 184  
 ADB-FUBINACA 80  
 ADHS 2  
 ADHS-Diagnose 23  
 ADHS-Patient 22  
 ADHS-Symptom 3, 9, 23  
 ADHS-Therapie 6  
 Adoleszenz 3, 76, 79  
 Affektlabilität 4, 13  
 Affektregulation 84  
 Affektregulationshypothese 81  
 Aktionshemmung 157  
 Aktivieren von Ressourcen 132  
 Akzeptanz 168–172  
 Akzeptanz-und-Commitment-Therapie (ACT) 168, 171  
 Alienation 129  
 Alien-Limb-Syndrom 63  
 Amelotatismus 56, 62  
 amotionales Syndrom 82, 103  
 Amputation 51  
 Anandamid 79  
 Anerkennung 108, 126  
 Angehörigenarbeit 40  
 Angsterkrankung 90  
 Angststörung 13, 34, 80, 83, 101  
 Annäherungsmotivation 132  
 Annäherungsschemata 100  
 Antipsychotikum 84  
 Apotemnophilie 50  
 2-Arachidonyl-Glycerin 79  
 archicerebelläres Syndrom 140  
 artifizielle Störung 62  
 Asomatognosie 63  
 Asperger-Syndrom 31  
 Ataxie 140

Atrophie des Cerebellums 140  
 Attribution 153  
 Attribution 149  
 atypischer Autismus 31  
 Aufmerksamkeit 12, 83, 101–102  
 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung 3  
 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) 34  
 Aufmerksamkeitsspanne 7  
 Aufmerksamkeitsstörung 7  
 Autismus-Spektrum-Störung (ASS) 31  
 Autonomie 99, 108, 126, 130  
 Autonomieverlust 150  
 Aversionstherapie 84

## B

Bearbeiten von Schemata 119  
 Bearbeitung von Schemata 135  
 Behandlungskonzept 5  
 Behandlungsrichtlinie 23  
 Behinderung 52  
 Belastungsreaktion 148  
 Belohnungssystem 80–81  
 Benzodiazepin 82, 84  
 Bewältigungsmöglichkeit 145  
 Beziehungsaufbau 7  
 Beziehungsfaktor 8  
 Beziehungsgestaltung 8, 38–39  
 Beziehungsmotiv 18, 108, 126  
 Beziehungsschemata 17, 110, 127  
 Beziehungsstörung 114  
 Bindung 90, 99  
 Biofeedback 170  
 Blickverhalten 36  
 Body Integrity Identity Disorder 50, 55  
 Bodyscan 170  
 Borderlinepersönlichkeitsstörung 13  
 Borderlinestörung 15, 166, 171–172

## C

CANDIS-Programm 94  
 CANDIS-Therapie 85  
 Cannabidiol (CBD) 78  
 Cannabigerol (CBG) 79  
 Cannabinoid 78–79, 83  
 Cannabinoid (CB)-Rezeptortyp 79  
 Cannabinoid-CB1-Rezeptor 78  
 Cannabinoidrezeptor 78

Cannabisentzug 81, 84  
 cannabisinduzierte Psychose 82  
 CB1-Agonist 80  
 CB1-Antagonist 79  
 CBD 76, 80, 83  
 CBG 80  
 CB2-Rezeptor 79  
 CB1-Rezeptor 79–80  
 Cloud 9 79  
 Clozapin 84  
 Coming-out 59  
 Compliance 145  
 COMT-Gen 82  
 Coping 157  
 Copingstrategie 12  
 copy number variation (CNV) 35  
 Cortisol 149  
 Craving 75–76

## D

Dauerkonsument 77  
 DBT 97, 170  
 DBT-S 86, 96  
 DBT-Skillstraining 96  
 Defaultmodus 169, 172  
 Deformationsfetischismus 56, 62  
 De-novo-Mutation 35  
 Depression 15, 34, 81, 83–84, 90, 101, 184  
 Derealisations- und Depersonalisationsphänomen 82  
 Desensitivierung 81  
 devotees 57  
 Diagnose 11  
 Diagnosestellung 22  
 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 86, 89, 170  
 Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) 5  
 Direktivität 7  
 Distanzstörung 124  
 Dopamin 12  
 dopaminerges System 79  
 Dopamintransporter 3  
 Doppeldiagnose 83  
 Dritte Welle 168  
 Dritte-Welle-Ansatz 171  
 Dronabinol 84  
 DSM 55  
 Dual-Fokus-Schematherapie 86  
 Duloxetine 21

dysfunktionale Bearbeitung 116  
 dysfunktionale Schemata 109  
 Dysthymie 14

## E

EC-Rezeptor 92  
 ECS 84, 92  
 Eigenmotivation 5  
 Eingangsfrage 8  
 Einzeltherapie 39  
 Emotionskontrolle 129  
 Emotionsregulation 12  
 Endocannabinoid 92  
 endocannabinoides System 77  
 Endocannabinoidsystem 76, 78–79,  
 82–83, 103  
 Endocannabinoidsystem) 92  
 Endocannabinoidsystem (ECS) 92  
 Endocannabinoid 79  
 endogene Cannabinoide 78  
 endogenes Cannabinoidsystem 81, 83  
 Entspannungsübung 20  
 Entwicklung eines Arbeitsauftra-  
 ges 117  
 Entzug 82, 93  
 Entzugserscheinung 76, 84  
 Entzugssymptom 84  
 Entzugssyndrom 75  
 Epilepsie 36

## F

False-Belief-Struktur 31  
 FASTER 41–42  
 Fetischismus 57  
 fighting spirit 149, 158  
 fighting spirit 157  
 fMRT 173  
 Frankfurter Test und Training des Er-  
 kennens fazialen Affekts (FEFA) 42  
 freischwebende Aufmerksamkeit 170  
 Freizeitkonsument 77  
 frühkindlicher Autismus 31

## G

GABA 79  
 GABAerges Neuron 92  
 GATE 41  
 Gedankenstopptechnik 57, 61  
 Gefühlsregulation 8  
 Gehirnstoffwechsel 36  
 Gehirnvolumen 36  
 Gelegenheitskonsument 77

gelernte Hilflosigkeit 149  
 Gene 3  
 Glutamat 79  
 glutamaterges Neuron 92  
 GOAL 86  
 Grenze/Territorialität 108  
 Grundbedürfnis 86, 89, 99, 174  
 Gruppentherapie 39

## H

halbsynthetisches Cannabinoid 79  
 Halluzination 82, 166–167, 173, 182  
 Handlungskompetenz 109  
 Haupteffektmodell 159  
 Hautleitfähigkeit 67  
 Heavy User 77  
 herbal incense 79  
 Heritabilität 35  
 Hoffungslosigkeit 145  
 Hyperaktivität 4  
 hyperkinetische Störung (HKS) 3  
 hypochondrische Störung 154

## I

ICD 55  
 Ich-Störung 166  
 ich-synton 110  
 Identitätsstörung 63  
 implizites Lernen 39  
 Impulsivität 4, 12, 15, 21, 25  
 Impulskontrolle 6, 8  
 Inkongruenzerleben 95  
 interaktionelles Problem 113  
 Interaktionspiel 128  
 Interaktionsstörung 32  
 Interaktionstest 113  
 internalisieren 116  
 Internalisierung 117  
 intransparent 111  
 intransparentes Handeln 110

## J

joint attention 31

## K

K2 79  
 Kampfgeist 151  
 Kante des Möglichen 130  
 Kinderwunsch 5  
 Klären von Normen und Schemata 134

Klären von Schemata 119  
 kognitive Dissonanz 95  
 kognitive Verhaltenstherapie 84  
 kognitive Verhaltenstherapie  
 (KVT) 37  
 Kommunikation 37  
 Kommunikationsstörung 32  
 Komorbidität 4, 34, 41, 85, 125  
 Komorbiditätsrate 14  
 KomPAkt 86  
 KomPASs 86  
 kompensatorische Schemata 111  
 komplementäre  
 Beziehungsgestaltung 89, 100  
 Komplementarität zur  
 Motivebene 130  
 komplexe PTBS 172  
 Konfrontation 133  
 Kongruenz 99  
 Kongruenzerleben 168  
 Konsumausrutscher 102  
 Konsumrückfall 102  
 Kontrollbedürfnis 175  
 Kontrolle 99, 125, 174  
 Konzentration 12, 20  
 Konzentrationsschwierigkeit 24  
 Körperdysmorphobie 62  
 körperliche Abhängigkeit 75–76  
 körperlicher Entzug 76  
 korrigierende Beziehungserfah-  
 rung 38  
 Kosten 118  
 Krankheitsbewältigung 144, 158  
 Krankheitsverarbeitung 156  
 Kränkungsensibilität 9  
 Krebserkrankung 142  
 Krebskranke 150  
 Krebspatient 144  
 Kübler-Ross, E. 145, 161

## L

Langeweileerleben 9  
 Lebensbedrohung 144  
 Lebensqualität 86, 143  
 Lebenszeitprävalenz 35  
 Leeregefühl 16  
 Lösungsorientierung 135  
 Lustgewinn 99

## M

Magnetresonanztomograf 68  
 Mammakarzinom 154  
 Mancophilie 56, 62  
 Mania operativa 62

manipulativ 111  
 Marker 117  
 MBSR 170  
 Medikation 5, 8, 21, 24  
 Mentalisieren 31  
 Mentalisierungsfähigkeit 32  
 Mentalisierungsleistung 31  
 mesolimbisches  
   Dopaminsystem 81  
 Methylphenidat (MPH) 5  
 Mikrodeletion 35  
 Mikroduplikation 35  
 mindfulness 168  
 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) 169  
 Mindmapping 7, 18  
 minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) 3  
 Modell der doppelten  
   Handlungsregulation 108  
 Modelllernen 91  
 Mojo 79  
 Motivational Interviewing 85, 89  
 motivorientierte  
   Beziehungsgestaltung 89–90  
 motivorientierte (komplementäre)  
   Beziehungsgestaltung 174  
 Multikausalitätsprinzip 150  
 Multikonditionalität 78  
 multiple Sklerose 142

## N

Nachbeelernen 170  
 Nachbeelernerung 38  
 natürliches Cannabinoid 79  
 Nebenwirkung 6  
 negative Strategie 111  
 Negativsymptom 184  
 Negativsymptomatik 83  
 Neurobiologie 11  
 Neuro-Enhancement 6  
 Neurofeedback 23  
 neurokognitiver Defizit 78  
 Neuropsychologie 11  
 neuropsychologisches Defizit 141  
 Neurotransmitter Serotonin 36  
 Neurotransmitterstoffwechsel 12  
 Nicht-wahrhaben-Wollen 145  
 niederpotes Antipsychotikum 84  
 Nikotinabhängigkeit 14  
 Non-Responder 5  
 nonverbale Kommunikation 38  
 Normschemata 111, 128  
 Novelty-Seeking-Verhalten 16  
 Nucleus accumbens 80–81

## P

Paraphilie 56  
 Parietallappen 68  
 Persönlichkeitsstörung 13, 81, 86  
 Perspektivenwechsel 38–40  
 pflanzliche Cannabinoide 78  
 Pharmakotherapie 3, 84  
 physische Abhängigkeit 76  
 Polyneuropathie 140  
 positive Strategie 110  
 Positivsymptomatik 166–167  
 Posttraumatische Belastungsstörung 86, 148, 166, 172  
 Prävalenz 34  
 Prävalenz von zwanghaften Persönlichkeitsstörung 125  
 Prävalenzrate 3  
 Pretending 58, 61  
 Prioritätensetzen 7, 18  
 Problemaktualisierung 17  
 Prodromalphase 167  
 progressive Muskelentspannung 155  
 Prokrastination 7, 12  
 Pseudohalluzination 166  
 psychische Abhängigkeit 76  
 Psychoanalyse 6  
 Psychoedukation 6, 40–41, 91, 93, 182  
 psychoedukative Gruppentherapie 172  
 psychoedukative Intervention 166  
 psychoedukatives Training 174  
 psychoorganisches Syndrom (POS) 3  
 Psychose 99, 172  
 Psychotherapie 6, 84  
 psychotische Störung 34  
 psychotischer Rauschverlauf 82  
 Puffertheorie 159

## Q

Querschnittlähmung 52

## R

Rapid Cycling 15  
 Räuchermischung 79–80  
 reappraisal 157  
 Regelschemata 112, 128  
 Reizschwelle 33  
 repetitive, stereotype Verhaltensweise 32–33, 37  
 Responderate 5  
 Rewardsystem 81  
 Risikofaktor 35–36

Ritual 32  
 Rollenspiel 37  
 Routine 32

## S

Salamitechnik 19  
 Salientmachen der Kosten 133  
 Schemata 17  
 Schematherapie 170  
 schizoaffective Störung 82  
 schizophrene Psychose 79, 84  
 schizophrene Störung 80  
 Schizophrenie 82–83, 90, 101, 103, 166–167  
 Schlafstörung 16  
 Schlaganfall 142  
 Schwangerschaft 5  
 Seeking Safety 86  
 sekundärer Krankheitsgewinn 56, 65  
 Selbsthilfegruppe 39–40  
 Selbstmedikation 13, 77  
 Selbstschemata 110, 127  
 Selbstverantwortung 145  
 Selbstwert 174  
 Selbstwerterhöhung 99, 127, 174  
 Selbstwertgefühl 22  
 Selbstwertregulation 15  
 Selbstwirksamkeit 95, 99  
 Sensitivierungsphänomen 81  
 sensorische Hyper- oder Hyporeaktivität 33  
 Sexualität 154  
 Sicherheit finden 86  
 Skill 89, 97–98, 170  
 Social Cognition Training Tool 42  
 social support 158  
 SOCRATES 94  
 SOKO Autismus 42  
 sokratischer Dialog 151  
 Solidarität 108  
 somatische Erkrankung 147  
 Somatoparaphrenie 67  
 soziale Interaktion 37  
 soziales Kompetenztraining 96  
 Spezialinteresse 33  
 Spice 79  
 Spielebene 115  
 SPIKES-Modell 148  
 Sterbephase 146  
 steuern 116  
 Stimmenhören 166–167, 171–172  
 Stimmungsstabilität 21  
 Stimulanzen 5, 23  
 Stimuluskontrolle 61  
 Störungsmodell 11

Stressimpfung 64  
 Stressimpfungsprogramm 96  
 Stressintoleranz 16  
 Stresstoleranz 22  
 strukturelle Bildgebung 36  
 Substanzabhängigkeit 14  
 Substanzmissbrauch 14  
 Suchtgedächtnis 75  
 Suchtverhalten 13  
 Suszeptibilitätsgen 35  
 synthetisches Cannabinoid 80  
 synthetisches oder halbsynthetisches  
 Cannabinoid 78

## T

Tagebuch 60  
 Tagebuchkarte 87–89, 95  
 talking down 82  
 TEACCH-Programm 42  
 terminale Phase 161  
 Test 117  
 $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol (THC) 78  
 THC 76, 80, 83–84  
 Theory of Mind 31  
 therapeutische Beziehung 89, 114, 130  
 Therapiekonzept 5  
 Therapieschwierigkeit 6  
 Ticstörung 34  
 tiefgreifende Entwicklungsstörung 31  
 Todesdrohung 150  
 Tourette-Syndrom 79  
 transaktionales Modell 157–158  
 Transidentität 63  
 Transmittersystem 79, 92  
 Transparenz 7, 131  
 Transtheoretisches Modell der Verhal-  
 tensänderung 93  
 Typ-I-Diabetes 36

## U

Überreagibilität 4, 13  
 Unaufmerksamkeit 4  
 Unlustvermeidung 99  
 Unruhe 9  
 Unterbrechungstechnik 176

## V

Validieren 10  
 Validierung 170  
 Valproat 36  
 Verarbeitungskompetenz 109  
 Vereinsamungsgefühl 145  
 verflachter Affekt 83  
 Verhaltensanalyse 8, 21  
 Verhaltenstherapie 5–6  
 Verlässlichkeit 108  
 Vermeidungsschemata 100  
 Vermeidungsverhalten 13  
 verminderter Antrieb 83  
 Verstärkung 39  
 vertrauensvolle Beziehung 125  
 Videofeedback 37  
 vollsynthetisches Cannabinoid 79  
 Vulnerabilität 79, 82, 92

## W

Wächterhypothese 92  
 Wahn 166  
 Wahnerleben 166  
 wahnhaftes Erleben 82  
 Wichtigkeit 108–109

## Z

zentrales Nervensystem (ZNS) 78  
 Zönnästhesie 166, 177  
 zwanghafte Persönlichkeitsstö-  
 rung 124  
 Zwangserkrankung 79  
 Zwangsgedanke 125  
 Zwangshandlung 125  
 Zwangsstörung 34  
 Zytostatika 148