

1.9.6 Therapie

Grundsätzlich ist das oberste Ziel die **Primärprävention** von Suiziden. Hierzu gehören Maßnahmen, die über den medizinischen Bereich hinausgehen (z. B. Aufklärungsprojekte, psychosoziale Beratungsstellen, Telefonseelsorge), darunter auch der restriktive Umgang mit Mitteln, die für Suizide gebraucht werden können (z. B. Schusswaffen, Medikamente).

Lerntipp

Für die fachlich adäquate Suizidalitätsabklärung und Beurteilung des Interventionssettings sind umfangreiche Informationen über familiäre Unterstützung, das Vorhandensein zugrunde liegender psychischer Störungen, Schweregrad und Planung eines Suizidversuchs und auch vorausgegangene Suizidversuche wichtig.

Die **Sekundärprävention** bezieht sich konkret auf Menschen in **suizidalen Krisen**. Die suizidale Entwicklung ist oft durch eine längere Phase der Ambivalenz gekennzeichnet, die therapeutisch beeinflusst werden kann.

Die Therapie suizidaler Krisen erfolgt i. d. R. **multiprofessionell** und vernetzt. Bei nicht beherrschbarer, akuter Suizidalität bzw. nach Suizidversuch ist eine **Notfallintervention** vorrangig, i. d. R. **unter stationären Bedingungen**, u. U. auch gegen den Willen des Betroffenen. Je nach Art des Suizidversuchs sind internistisch-intensivmedizinische bzw. chirurgische Maßnahmen erforderlich. Im Kontaktgespräch und in den folgenden stützenden **psychotherapeutischen Gesprächen** muss versucht werden, die emotionale Spannung zu lösen.

In vielen Fällen ist eine unterstützende **medikamentöse Behandlung** sinnvoll. Substanzgruppen:

- Benzodiazepine
- Antidepressiva (S. 31)
- Antipsychotika (S. 28)
- Lithium (S. 35).

Vorsicht: Bei der Gabe von **trizyklischen Antidepressiva** ist, insbesondere bei suizidalen Patienten aufgrund der **hohen Toxizität** der Substanzen, vorsichtig vorzugehen: Den Patienten sollten nur **kleine Dosen** ausgehändigt bzw. die kleinste Packungsgröße verordnet werden.

SSRI können das Suizidrisiko v. a. bei unter 25-Jährigen erhöhen und sind daher **bei akuter Suizidalität nicht indiziert!**

Die **außerstationäre, ambulante Versorgung** bei suizidaler Krise bzw. nach Entlassung aus dem stationären Rahmen nach Suizidversuch bedarf einer **intensiven Betreuung**. Das weitere Vorgehen inkl. eines individuellen Krisen- und Notfallplanes sollte vor der Entlassung fixiert werden (**Tertiärprävention**).

Merke: Ergreift ein Arzt keine Maßnahmen, um einen Suizid zu verhindern, macht er sich der **Tötung durch Unterlassung** schuldig.

IMPP-Fakten



- ! Suizid ist die **zweithäufigste Todesursache** bei **15- bis 29-Jährigen**.
- ! Das Suizidrisiko steigt mit **zunehmendem Lebensalter**.
- !! Suizidales Verhalten **in der Familie und im Freundeskreis** ist ein Risikofaktor für Suizidalität bei Jugendlichen.
- !!!! Das Thema Suizidalität sollte **aktiv bereits im Erstgespräch angesprochen** werden. Dies trägt eher zu einer Entlastung bei (**präventiver Effekt!**) als zu einer Ermutigung des suizidalen Verhaltens.
- ! Psychiatrische Erkrankungen, die häufig Ursachen eines Suizidversuches darstellen, sind **schwere depressive Episoden** und **posttraumatische Belastungsstörungen**.
- !! Die **Abklärung einer Suizidalität** und das Setting für die Interventionen werden basierend auf den **Hintergrundinformationen** bestimmt.

2 Diagnostik

2.1 Psychiatrische Anamnese

2.1.1 Anamnesestruktur

Die psychiatrische Anamnese ist das wichtigste **diagnostische Instrument** in der Psychiatrie.

Aktuelle Symptomatik: Die **aktuelle Symptomatik** wird anhand der **psychopathologischen Befunderhebung** (S. 17) exploriert. Darüber hinaus sind folgende Aspekte relevant:

- **zeitlicher Verlauf** der aktuellen Symptomatik. Häufig **Fremdanamnese** hilfreich.
- subjektive **Gewichtung der Beschwerden** durch den Patienten und Erfragen seines **Krankheitskonzeptes** und **-verständnisses**
- Zusammenhang mit **auslösenden Faktoren** oder **Verstärkern der Symptomatik** (z. B. plötzlicher Tod eines Angehörigen).

Merke: In der psychiatrischen Anamnese sollte immer auch nach Suizidalität gefragt werden.

Aktuelle Lebenssituation:

- **äußere Lebensbedingungen**
- **innere Situation** (z. B. Konflikte, Beziehungen, Sexualität)
- **psychosoziale Situation:** berufliche, familiäre und finanzielle Situation
- **protektive Faktoren** sind entscheidend für den Verlauf und sollten in eine Therapie mit eingebunden werden.

Biografische Entwicklung: liefert ggf. Hinweise auf den Ursprung der Erkrankung.

- Besonderheiten bei **der Geburt**, Komplikationen
- **frühkindliche Entwicklung**
- **Beziehung** zu nahen Verwandten und engen Bezugspersonen, einschließlich aktueller und früherer Lebenspartner
- **schulische Entwicklung, berufliche Entwicklung**
- **soziokulturelle Besonderheiten.**

Vorerkrankungen: Das Erfassen **somatischer** und **psychiatrischer Vorerkrankungen** und deren **Behandlung** in Eigen- und Familienanamnese dient dazu, psychosomatische Zusammenhänge zu verstehen und Hinweise auf genetische Prädispositionen zu erlangen.

Sucht- und Medikamentenanamnese:

- **aktueller und vergangener Konsum:**
 - **gezieltes Nachfragen** nach den jeweiligen Substanzen
 - **Menge** des Konsums
 - **Dauer** des Konsums
 - **Zeitpunkt** des Konsums: potenzielle auslösende Situationen (Stress, Belastung, Langeweile)
- **Medikamentenanamnese.**

Vegetative Anamnese:

- Schlafverhalten
- Essverhalten
- Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten.

2.1.2 Formen des diagnostischen Gesprächs

- **gezielte psychiatrische Exploration:** strukturierte Befragung (auch mit Hilfsmitteln, z. B. Fragebögen) des psychopathologischen Befundes
- **tiefenpsychologische Anamnese:** Erfassung von biografischen Daten und Informationen über die Auslöser der Symptomatik. Es soll ein Eindruck von der aktuellen Problematik gewonnen und über einen Einblick in Persönlichkeit, Entwicklung und Sozialisation des Patienten psychodynamische Hypothesen entwickelt werden.
- **psychoanalytisches Erstinterview:** relativ freies, wenig strukturiertes Gespräch von ca. 50 min Dauer. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf Art und Dynamik von Beziehungsaspekten im Gespräch selbst (z. B. Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand) gelegt. Hierdurch sollen psychodynamische Zusammenhänge aufgedeckt werden.
- **verhaltenstherapeutische Anamnese:** Hervorhebung dysfunktionaler, die aktuelle Symptomatik verursachender und aufrechterhaltender Verhaltensweisen und Denkmuster. Anhand der Erarbeitung dieser Muster können in den folgenden Schritten Lösungsstrategien entwickelt werden.

Praxistipp: Um sich einen Überblick zu verschaffen, empfiehlt sich eine **gezielte psychiatrische Exploration**. Je nach psychotherapeutischem Schwerpunkt kann jedoch auch eine Anamnese mit einem tiefenpsychologischen, psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt erfolgen.

2.2 Psychopathologischer Befund

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes sollte immer folgender Struktur folgen:

- **Bewusstseinsstörungen** (S. 7): qualitativ und quantitativ
- **Orientierungsstörungen:** zeitlich, örtlich, situativ, zur Person
- **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen** (S. 8): Ist der Patient in der Lage, sich längere Zeit auf das Gespräch zu **fokussieren**? Ist der Patient **leicht ablenkbar**? Wie lange hält die **Aufmerksamkeitsspanne** an?
- **Gedächtnisstörungen** (S. 9): Zur Prüfung des Immediat- und des Kurzzeitgedächtnisses empfiehlt es sich, die Patienten vorgegebene Begriffe nach bestimmten Zeitabständen wiederholen zu lassen. Das Langzeitgedächtnis kann u. a. anhand der Wiedergabe von biografischen Angaben überprüft werden.
- **Auffassungsstörungen:** Betroffene können einzelne Wahrnehmungsinhalte nicht in einen sinnvollen Zusammenhang bringen und ihre Bedeutung nicht korrekt erfassen.
- **Kontaktverhalten:**
 - quantitativ: Veränderung des Kontaktausmaßes (z. B. Kontaktunfähigkeit im Stupor, Distanzlosigkeit bei Manie)
 - qualitativ: Veränderung der Kontaktform (z. B. ängstlich oder aggressiv)
- **Sprache:**
 - deutlich vs. lallend (Hinweis auf Intoxikation), verlangsamt vs. beschleunigt
 - **Paraphrasie:** Verwechseln von Wörtern, Silben oder Buchstaben (z. B. bei Demenz, Wernicke-Aphasie, Schizophrenie)
 - **phonematische Paraphrasie:** Veränderungen der Wörter an sich, z. B. „Bulme“ statt „Blume“
 - **semantische Paraphrasie:** Verwendung anderer Wörter, wobei das „falsche“ Wort mit dem Kontext in Zusammenhang steht, z. B. „Birne“ statt „Apfel“
 - **Schizophasie:** vollkommener Sprachzerfall, nicht mehr nachvollziehbar.
- **formale Denkstörungen** (S. 9): **Geschwindigkeit, Ausdrucksfähigkeit und Zusammenhang** der Gedanken
- **Ängste:** **gezielt** oder **ungerichtet**. Häufige Phobien (z. B. Akro- oder Agoraphobie) sollten immer gezielt abgefragt werden.
- **Zwänge:** **Art** des Zwanges und das **situative Auftreten**
- **inhaltliche Denkstörungen** (S. 10):
 - **überwertige Ideen**
 - **Wahn:** einzelne Wahnsymptome gezielt abfragen, isolierter oder systematisierter Wahn
- **Wahrnehmungsstörungen** (S. 11): Halluzinationen, Sinnestäuschungen
- **Ich-Störungen** (S. 12): Gedankenausbreitung, -entzug, -eingung, Derealisations- und Depersonalisationserleben
- **Affektivität** (S. 13): Qualität des Affekts, Schwingungs- und Modulationsfähigkeit, situative Angemessenheit, **Affektkontrolle** und Affektstabilität
- **Antrieb** (S. 13): **gesteigert** oder **reduziert**
- **Psychomotorik:** motorische Unruhe, Parakinesen, Hyperkinesen
- **zirkadiane Besonderheiten:** Morgentief und Abendhoch
- **Suizidalität:** immer erfragen, auch vergangene Suizidversuche
- **Krankheits- und Behandlungseinsicht.**

3 Therapieverfahren

3.1 Verhaltenstherapie

3.1.1 Grundlagen

Grundannahme der Verhaltenstherapie ist, dass jeder Mensch durch **unbewusste dysfunktionale Verhaltensweisen** seine aktuelle Problematik mit herbeiführt. Mit einer Verhaltenstherapie soll der Betroffene Einsicht in die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der psychischen Störung bekommen, indem seine Verhaltensweisen analysiert werden. Auf der Grundlage dieses Wissens werden dann Strategien zur aktiven Änderung des Verhaltens vermittelt.

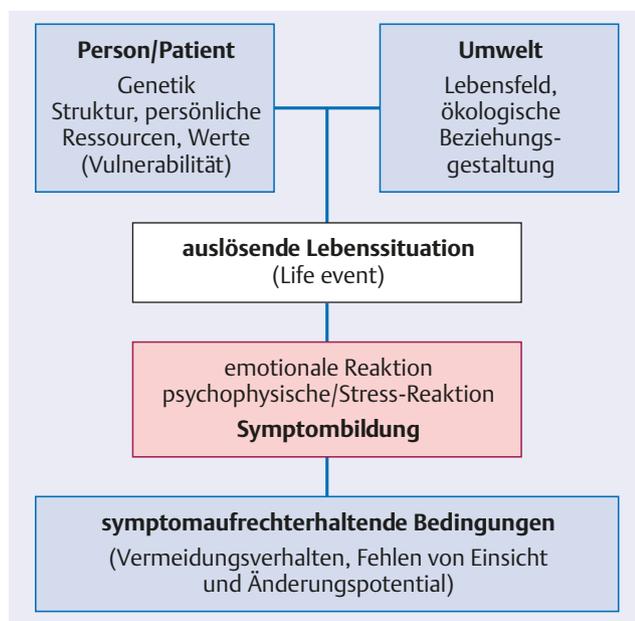


Abb. 3.1 Störungsentwicklung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. [Quelle: Falkai, Laux, Deister, Möller, Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Thieme, 2021]

Klassische und operante Konditionierung: Die **klassische Konditionierung** ist eine behavioristische Theorie, die erstmals durch Pawlow im Rahmen von Versuchen mit Hunden beschrieben wurde. Pawlow erkannte, dass Hunde auf das Anbieten von Futter (**unkonditionierter Stimulus**) mit Speichelfluss (**unkonditionierte Reaktion**) reagieren. Wird das Darbieten des Futters wiederholt mit einem Glockenton (**neutraler Stimulus**) kombiniert, reagieren die Hunde nach einiger Zeit auf den Glockenton mit Speichelfluss (**konditionierte Reaktion**).

Die **operante Konditionierung** wurde erstmals durch Skinner beschrieben. Skinner erkannte, dass die **Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens abhängig von dessen Konsequenz** ist. Eine direkte Belohnung (**positive Verstärkung**) oder der **Wegfall einer negativen Verstärkung** erhöhen, negative Konsequenzen, wie eine direkte oder indirekte Bestrafung, vermindern die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens. Am Wirksamsten ist jedoch die **intermittierende Verstärkung**.

Verhaltensanalyse: Die Verhaltensanalyse ist ein wesentlicher Bestandteil jeder Verhaltenstherapie und dient der **Identifizierung der Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen** für das Problemverhalten.

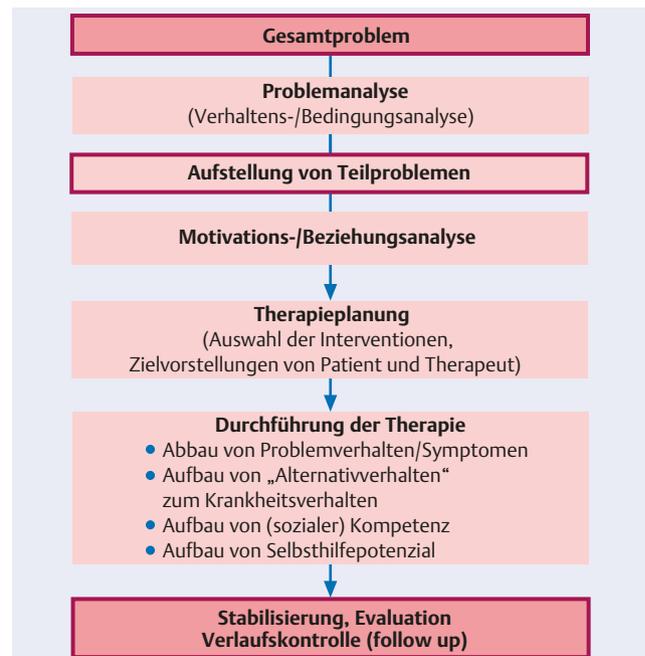


Abb. 3.2 Strategie der Verhaltenstherapie. [Quelle: Falkai, Laux, Deister, Möller, Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Thieme, 2021]

SORCK-Modell nach Kanfer: Das Einwirken eines **Stimulus (S; äußerer oder innerer Reiz, der das Verhalten auslöst)** auf den **Organismus (O; individuelle biologische und lerngeschichtliche Ausgangsbedingungen bzw. persönliche Charakteristika)** führt zu einer emotionalen und physischen **Reaktion (R)** sowie zu kurz- und langfristigen **Konsequenzen (C)**. Entscheidend für die Fixierung von Verhaltensweisen ist die **Kontingenz (K; Verstärkung)** zwischen Reaktion und Konsequenz. Hat die Reaktion Vorteile für den Patienten, wird das Verhaltensmuster stabilisiert.

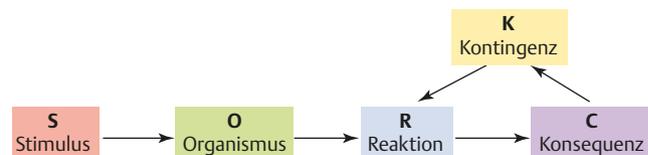


Abb. 3.3 SORCK-Modell. [Quelle: Leucht, Förstl, Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme, 2018]

Lerntipp

Beispiel aus einer Prüfungsfrage: Geschildert wird eine Patientin, die in verschiedensten Situationen Panikattacken entwickelt und daher ihre Wohnung nur noch in Begleitung ihres Mannes verlässt. Im **SORCK-Modell** ergibt sich daraus:

- **Stimulus:** In welchen konkreten Situationen treten die Beschwerden auf? → z. B.: in Bussen, in vollen Geschäften
- **Organismus:** Untersuchung der psychischen und körperlichen Bedingungen, unter denen Attacks auftreten, sowie der Lebensgeschichte der Patientin, ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrer Erwartungen

- **Reaktion:** Beschreibung der genauen körperlichen und emotionalen Empfindungen während einer Attacke → z. B. Herzrasen, Schweißausbrüche
- **Consequence:** kurzfristig → z. B. Zuwendung durch den Partner; langfristig → deutliche Einschränkungen der Mobilität
- **Kontingenz:** z. B. liebevolle Zuwendung durch den Partner kurz nach einer Attacke oder Bestärkung, nur noch mit ihm die Wohnung zu verlassen → häufigere Panikattacken.

3.1.2 Methoden

Expositionstherapie:

Definition: Methode der Verhaltenstherapie in der Behandlung von Angststörungen. Hierbei wird der Patient dem angstauslösenden Objekt oder der angstauslösenden Situation zunächst in der Vorstellung (in sensu), später auch in der Realität (in situ) ausgesetzt. Es erfolgt eine kognitive Umstrukturierung mittels Habituation (Gewöhnung).

Bei Expositionen bzw. konfrontativen Verfahren macht der Patient die Erfahrung, dass die Angst im Verlauf der angstauslösenden Situation (trotz des Verbleibens in dieser) wieder abnimmt. Damit diese Übung erfolgreich verläuft, ist es wesentlich, dass der Patient das Ansteigen und Abfallen der Angst bewusst erlebt.

Systematische Desensibilisierung: zunächst genaue Analyse der angstauslösenden Situationen sowie Erstellen einer **Angsthierarchie** (Klassifizieren von Situationen von „sehr wenig“ bis „sehr stark“ angstauslösend). Gleichzeitig erlernen die Patienten unter einer fachlichen Anleitung Entspannungsübungen, z. B. autogenes Training.

Im nächsten Schritt kommt es zur Konfrontation mit den einzelnen Stufen der **Angsthierarchie in aufsteigender Reihenfolge** im entspannten Zustand, wobei zunächst eine Exposition in der **Vorstellung (in sensu), später in der Realität (in situ)** erfolgt.

Flooding (Reizüberflutung): Beim Flooding wird unter therapeutischer Begleitung direkt die Konfrontation mit der **maximal angstauslösenden Situation** gesucht und so lange in ihr verbleiben, bis die Angst abnimmt (Unterdrückung des Flucht- bzw. Vermeidungsverhaltens). Hierdurch erfahren die Patienten, dass die erwartete Katastrophe ausbleibt, sodass es zu einer Löschung (Extinktion) der konditionierten Angstreaktion kommt.

Operante Konditionierung: Sogenannte **operante Verstärkerpläne** folgen dem Prinzip der operanten Konditionierung (S. 18). Das Patientenverhalten wird also durch angenehme oder unangenehme Konsequenzen verändert. Verstärkerpläne legen dabei fest, wie das Verhalten der Patienten verstärkt wird (z. B. Belohnung eines Anorexie-Patienten bei Gewichtszunahme). Die Verstärkung kann kontinuierlich, intermittierend oder partiell erfolgen.

Merke: Bestrafungen im Sinne der operanten Konditionierung sollten im Rahmen einer Psychotherapie eher nicht angewendet werden, da diese das Verhalten nur unterdrücken und nicht nachhaltig zu einer Änderung führen.

Modellernen:

Definition: Neue Fähigkeiten werden durch Beobachtung eines bestimmten Verhaltens an einer Person (z. B. Therapeut) oder an einem Modell (Symbol) erworben.

Therapeutisch kann das Modellernen insbesondere bei **Kindern und Jugendlichen** eingesetzt werden, da diese eine starke Tendenz haben, sich an anderen Menschen zu orientieren. Auch in der **Gruppentherapie** können so Lernprozesse angestoßen werden.

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT): speziell für Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom **Borderline-Typ** entwickelte Therapieform, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen beruht, aber auch Erkenntnisse anderer Therapieschulen integriert (z. B. **Achtsamkeitstraining**). Der Therapeut zeigt Verständnis und Wertschätzung für die Probleme des Patienten und entwickelt mit ihm Veränderungsstrategien (z. B. Training im Abbau von Spannungszuständen).

Kognitive Verhaltenstherapie: Bei dieser Therapieform werden **affektive** und **kognitive Prozesse**, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt sind, mit in die Behandlung einbezogen. Die kognitive Therapie basiert auf der Grundannahme, dass Gedanken, Einstellungen und Überzeugungen bestimmen, was der Patient emotional und körperlich empfindet und wie er sich verhält. Aus Sicht der kognitiven Therapie gibt es folgende klassische **dysfunktionale Grundannahmen und Denkmuster:**

- Übergeneralisierung
- selektive Abstraktion
- übertriebenes Verantwortungsgefühl
- Annahme einer zeitlichen Kausalität
- Bezugnahme auf die eigene Person
- Katastrophisieren
- dichotomes Denken.

Ähnlich wie bei der reinen Verhaltenstherapie erfolgt zunächst ein **Identifizieren** und **Bewusstmachen** dieser Denkmuster und Bewertungsprozesse. Im Anschluss erfolgt die **kognitive Umstrukturierung**, indem diese Denkmuster auf ihre **Angemessenheit überprüft** und **neu bewertet** werden.

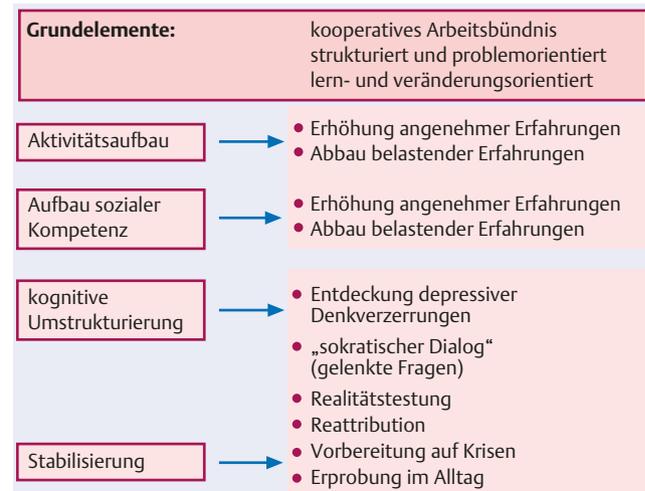


Abb. 3.4 Kognitive Verhaltenstherapie. [Quelle: Falkai, Laux, Deister, Möller, Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Thieme, 2021]

Selbstmanagementtherapie: Erwerb von **Strategien zur Selbstkontrolle**, sodass ein selbstständiges Erkennen und Beeinflussen von aktuellen und zukünftigen Problemen möglich wird.

- **Stimuluskontrolle:** Reize und Situationen, die ein negatives Verhalten auslösen, sollen im Vorfeld erkannt und so verändert werden, dass das gewünschte Verhalten gezeigt werden kann.
- **Selbstbeobachtung:** das eigene Verhalten in bestimmten Situationen beobachten und retrospektiv beschreiben
- **Kontingenzmanagement:** Anwendung von Methoden des operanten Konditionierens durch Nutzung von Selbst- und Fremdverstärkung zur Förderung einer Verhaltensweise.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT): ursprünglich für die Behandlung unipolarer Depressionen entwickelt. In dieser Therapieform wird davon ausgegangen, dass der entscheidende Punkt der Behandlung in der **zwischenmenschlichen Erfahrung** des Patienten und in dessen **psychosozialen Einfluss** liegt.

IMPP-Fakten



!!! SORCK-Modell: Das Einwirken eines **Stimulus** auf den **Organismus** führt zu einer emotionalen und physischen **Reaktion** sowie zu Konsequenzen (**C**). Entscheidend für die Fixierung von Verhaltensweisen ist die **Kontingenz** der Verbindung zwischen Reaktion und Konsequenzen.

Die **Expositionstherapie** kommt vor allem bei Angststörungen zum Einsatz und beinhaltet folgende Verfahren:

- **!!! Systematische Desensibilisierung:** Analyse der angstauslösenden Situationen, Erstellen einer Angsthierarchie und Erlernen von Entspannungsübungen, daraufhin **Konfrontation** mit den einzelnen Stufen der Angsthierarchie **in aufsteigender Reihenfolge** im entspannten Zustand, wobei zunächst eine Exposition in der Vorstellung (in sensu), später in der Realität (in situ) erfolgt.
- **!!!! Flooding** (Reizüberflutung): **direkte Konfrontation** mit der **maximal angstauslösenden Situation**.

! Damit das Flooding erfolgreich verläuft, ist es wesentlich, dass der Patient das **Ansteigen und Abfallen der Angst bewusst erlebt**.

! Operante Verstärkerpläne folgen dem Prinzip der **operanten Konditionierung**: Das Patientenverhalten wird also durch angenehme oder unangenehme Konsequenzen verändert.

!! Bei der **Stimuluskontrolle** im Rahmen des **Selbstmanagementtrainings** sollen Reize und Situationen, die ein negatives Verhalten auslösen können, im Vorfeld erkannt und so verändert werden, dass das gewünschte Verhalten gezeigt werden kann.

!! Bei der **dialektisch-behavioralen Therapie** handelt es sich um eine speziell für Patienten mit **Borderline-Persönlichkeitsstörung** entwickelte Therapieform, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen beruht, aber auch Erkenntnisse anderer Therapieschulen integriert (z. B. **Achtsamkeitstraining**).

!!! Die **kognitive Therapie** zielt darauf ab, dem Patienten dysfunktionale Kognitionen und Denkmuster, wie z. B. eine Übergeneralisierung von Gedankengängen, bewusst zu machen, damit er diese auf ihre Angemessenheit überprüft und ggfs. neu bewerten kann (**kognitive Umstrukturierung**).

! Bei der **interpersonellen Psychotherapie** steht die Behandlung in der zwischenmenschlichen Erfahrung des Patienten im Fokus.

3.2 Tiefenpsychologisch-psychoanalytische Therapieverfahren

3.2.1 Grundlagen

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, ging davon aus, dass Störungen des menschlichen Verhaltens und Erlebens die Folge **intrapyschischer Konflikte** sind. Diese entwickeln sich in der frühen Kindheit als **Folge von Traumatisierungen**. Kommen die Betroffenen später in Situationen, die der primären Konfliktsituation ähnlich sind, werden diese Konflikte **reaktiviert**.

Instanzenmodell der Seele: Nach dem **Instanzenmodell der Seele** entstehen Konflikte durch widersprüchliche Tendenzen zwischen „**Es**“ (Lustprinzip, Triebforderungen, Libido), „**Ich**“ (Kontrolle der Affekte und Triebe, Realitätsprinzip, kritischer Verstand, Anpassung an Umwelt, Vermittlung zwischen „**Es**“ und „**Über-Ich**“) und „**Über-Ich**“ (moralische Forderungen, Gewissen).

Nach Freud ist ein „**starkes Ich**“ fähig, Gefühle und Triebe zu empfinden, Widersprüche zu ertragen und zu verarbeiten, sich von der Umwelt abzugrenzen und trotzdem mit anderen in Beziehung zu treten. Es ist in der Lage, sich mit während des Lebens entstehenden Konflikten auseinanderzusetzen, und muss sie nicht ins Unbewusste verdrängen. Bei einem durch frühe traumatische Erfahrungen, ungünstige Entwicklungsbedingungen oder aus konstitutionellen Gründen „**schwachen Ich**“ sind diese Fähigkeiten unzureichend ausgebildet, was für eine Vielzahl **psychischer Störungen** mitverantwortlich gemacht wird.

Psychosexuelle Entwicklung: Die psychoanalytische Theorie unterscheidet in der kindlichen Entwicklung bestimmte **Phasen**, in denen die **Triebimpulse auf unterschiedliche Körperregionen gerichtet** sind. Die Psyche muss diese jeweils neuen Bedürfnisse bewältigen und in das Gesamerleben integrieren. Die Nichtbewältigung einzelner Phasen (z. B. durch frühe Traumatisierungen) kann die oben beschriebenen intrapsychischen Konflikte und später „phasenspezifische“ Störungen auslösen. Die in **Tab. 3.1** skizzierte Phasenlehre hat im Verlauf eine Vielzahl von Erweiterungen und Modifikationen erfahren. Das Modell der phasenspezifischen Störungen wurde durch präzisere psychoanalytische Krankheitstheorien wesentlich erweitert.

Abwehrmechanismen: Im Idealfall werden Konflikte in das Gesamerleben der Persönlichkeit integriert und bewältigt, die Person reift mit ihrer Konfliktlösungskompetenz zu einem seelisch gesunden, „**starken Ich**“. Bei einer „**Ich-Schwäche**“ ist diese Konfliktlösungskompetenz eingeschränkt und das „**Ich**“ kann nicht ausreichend zwischen „**Es**“ und „**Über-Ich**“ vermitteln.

Abwehrmechanismen sind, dem psychoanalytischen Verständnis nach, eine Möglichkeit des „**Ichs**“, dem „**Es**“ oder „**Über-Ich**“ im Rahmen intrapsychischer Konflikte zu begegnen und unerträgliche Spannungszustände zu vermeiden.

Abwehrmechanismen werden dann pathologisch, wenn ein Mensch sich auf einen bestimmten Mechanismus **versteift** oder nur **dysfunktionale Abwehrmechanismen** zur Verfügung hat. Dann kann sich eine „**neurotische Störung**“ entwickeln.

Lerntipp



In der psychoanalytischen Theorie werden den **Neurosen** die **Psychosen** gegenübergestellt. Unter Neurosen werden psychische Erkrankungen verstanden, bei denen der **Realitätsbezug** noch erhalten ist. Bei den Psychosen geht dieser verloren.

Tab. 3.1 Die Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach Freud

Phase	Zeitraum	Charakteristika	assoziierte Störungen bei Nichtbewältigung
orale Phase	1. Lebensjahr	Lustgewinn durch Reizung der Mundhöhle und der Lippen beim Saugen, das der Nahrungsaufnahme, der Triebbefriedigung, der Kontaktaufnahme und der Erfahrung liebevoller Zuwendung dient (Erleben des „Urvertrauens“)	gestörtes „Urvertrauen“: Depression, Sucht- und psychosomatische Erkrankungen, Sexual-, Angst-, narzisstische und Kontaktstörungen mit Nähe-/Distanzproblemen und fehlendem Eigen- und Fremdvertrauen
anale Phase	2.–3. Lebensjahr	ausgeprägte Beschäftigung mit der eigenen Ausscheidung als Modell für die entstehende Autonomie und Beherrschung eigener Fähigkeiten, lustvolles Erleben der Defäkation, Erfahren von Selbstbestimmung durch die Möglichkeit, die Defäkation zu kontrollieren (erster Konflikt zwischen Autonomiebedürfnis und elterlicher Autorität)	gestörte Entwicklung der Eigenständigkeit durch übertriebene Sauberkeitserziehung und Strenge: Zwangsstörungen und anankastische Persönlichkeitsstörungen
phallische (ödpale) Phase	4.–6. Lebensjahr	Entdeckung des anatomischen Geschlechtsunterschieds, Erforschung des eigenen Körpers, Entwicklung der Kastrationsangst bei Jungen bzw. des Penisneids bei Mädchen sowie des geschlechtsrollenkongformen Verhaltens durch Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil, Entstehung von Selbstgefühl und Ödipuskonflikt	Phobien, dissoziative und sexuelle Störungen, Partnerschaftsprobleme
Latenzzeit	6.–10. Lebensjahr	Stillstand der Libidoentwicklung („Triebruhe“), Ausbildung von Ich-Funktionen und positivem Leistungs- bzw. Selbstwertgefühl	Kontakt-, Konzentrations- und Leistungsstörungen, autoaggressive Entwicklung
genitale Phase (Pubertät)	ab dem 10. Lebensjahr	Übergang vom Kind zum Erwachsenen mit Entwicklung einer sexuell „funktionsfähigen“ Persönlichkeit	keine Störungen assoziiert

Folgende Abwehrmechanismen werden unterschieden:

▪ **unreifere Abwehrmechanismen:**

- **Projektion:** Übertragung von Problemen oder Impulsen, die für das Ich nicht akzeptabel sind, auf andere Menschen, bei denen sie thematisiert und kritisiert werden
- **Spaltung:** Es gelingt nicht, gleichzeitig negative und positive Aspekte des Selbst oder einer anderen Person wahrzunehmen. Stattdessen werden nur die positiven oder nur die negativen Seiten gesehen und zwischen diesen Polen hin- und hergewechselt.
- **Identifikation:** Einstellungen, Wünsche und Werte einer anderen Person werden übernommen und als dem eigenen Ich zugehörig empfunden.
- **Verleugnung:** Ignorieren realer Sinneseindrücke oder Tatsachen und deren Folgen
- **Konversion:** Ein intrapsychischer Konflikt drückt sich auf der körperlichen Ebene als Symptom aus, während der Konflikt selbst nicht ins Bewusstsein gelangt. Typischerweise ist der Konflikt mit Wünschen oder Impulsen vergesellschaftet, die von der betroffenen Person als nicht akzeptabel abgelehnt werden, z. B. aggressive Impulse.
- **Idealisierung:** Ein anderer Mensch wird so überhöht, als hätte er keine Schwächen. Dies hilft, z. B. Unterdrückung durch ihn zu ertragen.
- **Isolierung:** Eine Erinnerung wird nur inhaltlich, aber nicht emotional abgespeichert.

▪ **reifere Abwehrmechanismen:**

- **Regression:** Rückfall in kleinkindhafte, hilflose Verhaltensmuster, um sich in frustrierenden, konfliktbehafteten Situationen aus der Verantwortung zu ziehen bzw. keine Entscheidungen treffen zu müssen
- **Reaktionsbildung:** Kompensation der nicht akzeptierten Erlebnisinhalte und Wünsche durch Verhaltensweisen und Interessen, die den Triebwünschen entgegengesetzt sind

- **Intellektualisierung:** Emotionen und Konflikte werden abgewehrt, indem man sich auf einem globaleren, abstrakteren und intellektuellen Niveau mit den zugrunde liegenden Themen beschäftigt.
- **Verdrängung:** Verschiebung abgewehrter innerer oder äußerer Impulse oder Ereignisse in das Unbewusste
- **Rationalisierung:** Begründung von eigentlich irrationalen Handlungen oder Gefühlen durch rationale, logische Erklärungen
- **Sublimierung:** Umwandlung sozial nicht akzeptierter Triebe in sozial, geistig oder ethisch höherwertige und akzeptierte Ziele
- **Humor:** Seelische Kränkungen oder Konflikte werden auf Distanz gebracht, indem der Humor die unangenehme Emotion und das damit verbundene Leid abwehrt und eine andere Sichtweise auf die Dinge zur Verfügung stellt.

3.2.2 Therapieformen

Klassische Psychoanalyse: Ziel ist, **unbewusste verdrängte Erlebnisse und Konflikte** in das **Bewusstsein** zu holen („Aufdecken“) und so im Rahmen der therapeutischen Beziehung einer adäquaten seelischen Verarbeitung **zugänglich** zu machen („Nachreifung der Persönlichkeit“). Wichtig ist dabei die Analyse von **Übertragungsphänomenen** und **Widerstand**.

Definition: Während der Therapie wird das Ich mit unbewussten Inhalten konfrontiert, die das Über-Ich ablehnt. Aus Angst, das bisherige (pathologische) Gleichgewicht zu verlieren, setzen die unbewussten Anteile des Ichs der Therapie **Widerstand** entgegen.

Definition: Übertragung bedeutet, dass der Patient unbewusst frühkindliche Erfahrungen, Wünsche, Gefühle und Einstellungen auf den Analytiker „überträgt“ und sich ihm gegenüber ähnlich wie gegenüber seinen Eltern oder anderen frühen Bezugspersonen (Regression) verhält.

Die Analyse der Übertragung erlaubt dem Analytiker Einblicke in Konfliktsituationen des Patienten und dem Patienten das Sammeln und Reflektieren einer neuen Beziehungserfahrung mit Korrektur der alten Beziehungserfahrung.

Definition: Gefühle des Therapeuten, die durch Patienten ausgelöst werden, werden als **Gegenübertragung** bezeichnet.

In der Psychoanalyse wird der Patient zu **absoluter Offenheit** gegenüber dem Analytiker (**Grundregel**) aufgefordert, d. h., er soll ungehemmt und ungefiltert alle Gedanken, Träume, Fantasien und Empfindungen mitteilen, die ihm in den Sinn kommen (**freie Assoziation**). Der Analytiker begegnet diesen Mitteilungen mit „frei schwebender Aufmerksamkeit“ und nimmt sie auf, ohne auszuwählen, zu werten oder zu urteilen (**Abstinenzregel**). Im Verlauf der Analyse versucht er, ein Verständnis des seelischen Funktionierens des Patienten zu gewinnen und diese Erkenntnis dem Patienten mittels Deutungen mitzuteilen. So ermöglicht er dem Patienten Einsicht in sein Unbewusstes (**Deutung**) und eine heilende Beziehungserfahrung, die im Mittelpunkt der psychoanalytischen Psychotherapie steht.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und psychoanalytische Psychotherapie: Aufbauend auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse haben sich verschiedene Verfahren entwickelt, die sich v. a. in Bezug auf Setting, Interventionen, Therapiedauer und -ziel von der klassischen Psychoanalyse abgrenzen.

Lerntipp

Das IMPP schilderte in einer Fallstudie eine Patientin, die aufgrund einer Essstörung eine **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** erhält: In diesem psychotherapeutischen Einzelgespräch kristallisiert sich als Auslöser der Erkrankung eine familiäre Krisensituation heraus. Durch Klärifikation und Deutung wird der Patientin ihre bisherige „Opferrolle“ (Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, Verzweiflung, Resignation) verdeutlicht und ihre Probleme im Umgang mit anderen Menschen werden

herausgearbeitet. Ein wichtiges Therapieelement ist die empathische und transparente Kommunikation innerhalb der Behandlung, die u. a. das Ziel hat, der Patientin eine Erfahrung von Offenheit zu vermitteln. Im Rahmen der Therapie wird die Beziehungsfähigkeit der Patientin verbessert und sie erkennt, dass ihre Gedanken in problematischer Weise um das Thema Essen und Gewicht kreisen.

Katathym-imaginative Psychotherapie: Als weiteres tiefenpsychologisches Verfahren basiert die **katathym-imaginative Psychotherapie** auf der Grundannahme, dass Bilder und Vorstellungen in Tagträumen unbewusste Gedanken und Konflikte widerspiegeln. Im Rahmen einer therapeutischen Sitzung entwickelt der Patient im entspannten Zustand mit geschlossenen Augen zu einem bestimmten, vom Therapeuten vorgegebenen Motiv (z. B. Haus, Weg) Tagträume (**Imaginationen**) und schildert seine Eindrücke (Bilder, Gefühle, Sinneseindrücke). Anschließend erfolgt eine Auswertung dieser Eindrücke gemeinsam mit dem Therapeuten und die Bewusstmachung unbewusster Gefühle und Einstellungen, um so ein besseres Verständnis aktueller Probleme und das Finden von Lösungsansätzen zu erreichen.

IMPP-Fakten



- ! Bei der **klassischen Psychoanalyse** stellen **Übertragung** und **Regression** wichtige therapeutische Elemente dar.
- ! **Übertragung:** Der Patient überträgt unbewusst frühkindliche Erfahrungen auf den Therapeuten und verhält sich ihm gegenüber ähnlich wie gegenüber seinen primären Bezugspersonen.
- !!! Gefühle des Therapeuten, die durch Patienten ausgelöst werden, werden als **Gegenübertragung** bezeichnet.
- ! Die „Grundregel“ der Psychoanalyse besteht in der **absoluten Offenheit** des Patienten gegenüber dem Analytiker, welche in der **freien Assoziation** zum Ausdruck kommt.
- ! Bei der **tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie** geht es um das Bearbeiten und Verdeutlichen („**Klarifikation**“) **umschriebener Konflikte** mit intervenierendem Vorgehen des Therapeuten, um beim Patienten reifere Verarbeitungsmuster und eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit zu erlangen.
- ! Eine weitere tiefenpsychologische Technik der Psychoanalyse ist die **katathym-imaginative Psychotherapie**.

Tab. 3.2 Klassische Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie im Vergleich

	„klassische“ Psychoanalyse nach Freud	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	psychoanalytische Psychotherapie
Setting	Patient liegt auf der Couch, Therapeut sitzt hinter ihm.	Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber.	Patient sitzt auf der Couch
Therapiefrequenz	4–5 Sitzungen/Woche über mehrere Jahre	1 Sitzung/Woche über ½ bis max. 2 Jahre	≤ 3 Sitzungen/Woche, max. 300 Sitzungen
Ziele und inhaltliche Regeln	Aufdeckung und Deutung unbewusster Konflikte mittels Widerstands- und Übertragungsanalyse, „Nachreifung“ der Persönlichkeit	Bearbeiten und Verdeutlichen („ Klarifikation “) umschriebener Konflikte mit aktiverem, intervenierendem Vorgehen des Therapeuten, reifere Verarbeitungsmuster, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit	
Indikationen	Angst-, Zwangs-, dissoziative, mittel- und schwergradige affektive und Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen	„neurotische“ und psychosomatische Störungen, posttraumatische Krisenintervention	

3.3 Gesprächstherapie

Synonyme: klientenzentrierte, nondirektive oder personenzentrierte Psychotherapie

Die humanistische Psychologie geht davon aus, dass jeder Mensch eine sog. **Selbstverwirklichungstendenz** besitzt, also prinzipiell selbst dazu in der Lage ist, sich weiterzuentwickeln.

Konflikte entstehen, wenn zwischen dem Selbstkonzept und den Erlebnissen bzw. Handlungen eine Diskrepanz besteht.

Die Gesprächspsychotherapie soll nach ihrem Begründer Carl Rogers das Klima für den **persönlichen Wachstumsprozess** schaffen. Somit werden Therapieziele in der Gesprächspsychotherapie nicht durch die Analyse psychischer Störungen erreicht, sondern der Klient soll mit der Unterstützung des Therapeuten neue Lösungsmöglichkeiten für sich selbst erarbeiten. Hierbei nimmt der Therapeut nicht die Rolle eines Experten ein, sondern vielmehr die eines unterstützenden Begleiters.

Nach Rogers sollte der Therapeut dabei eine **bedingungslose, positive Wertschätzung** und **Akzeptanz** gegenüber dem Klienten zeigen. Er muss nicht allen Gefühlen und Erlebnissen des Patienten zustimmen, sie jedoch annehmen und akzeptieren. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Haltung des Therapeuten durch **Kongruenz**, also Authentizität (Echtheit), Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit, bestimmt ist. Der Therapeut soll sich dabei (im Unterschied zur Psychoanalyse (S.21)) als individuelle Person zu erkennen geben.

3.4 Systemische Paar- und Familientherapie

Die „**systemische**“ **Sichtweise** des Therapeuten ist die Basis für diese Form der Paar- und Familientherapie. Der Therapeut nimmt die Rolle eines Außenstehenden ein, der die Familie oder das Paar als **therapeutische Einheit** wahrnimmt und auch so behandelt. Eine psychische Erkrankung wird nicht als Problem eines Individuums gesehen, sondern als Ausdruck einer Interaktionsstörung zwischen Individuen in einem **Beziehungssystem**. Schwierigkeiten und Probleme haben also niemals nur eine Ursache, sondern sind immer die Folge eines **komplexen Zusammenspiels verschiedener Faktoren**.

Die systemische Paar- und Familientherapie kommt v. a. bei problematischen Familienbeziehungen, sozialen Belastungen, Partnerschafts- und Ehekrisen, aber auch bei Essstörungen zum Einsatz.

3.4.1 Methoden

Zirkuläres Fragen: Technik, bei der Annahmen über Dritte erfragt werden. Dies kann helfen, die Perspektiven der Klienten zu erweitern und sie ihre eigenen Annahmen überprüfen zu lassen.

Reframing: bedeutet, dass eine **Umdeutung** vorgenommen wird. Zum Beispiel werden bisher als „Problem“ verstandene Symptome/Verhaltensweisen umgedeutet: Ihnen wird eine positive Funktion oder Seite zugeschrieben, indem man davon ausgeht, dass sie im Grunde aus „guter“ Absicht entstanden sind. Wenn das eigentliche „Ziel“ der problematischen Verhaltensweise so verstanden werden kann, kann versucht werden, es durch ein anderes, z. B. erwünschteres Verhalten zu ersetzen.

Paradoxe Intervention: Technik, bei der ein Symptom, das der Klient eigentlich „loswerden“ möchte, zunächst durch ihn verstärkt werden soll. Der Therapeut gibt ihm also die Aufgabe, das problematische Verhalten verstärkt einzusetzen („Symptomverschreibung“). Dies kann besonders dann hilfreich sein, wenn der Versuch, ein Symptom zu unterdrücken, zu seiner Aufrechterhaltung beigetragen hat. Die paradoxe Intervention kann auch helfen, ein problematisches Verhalten überhaupt erst als solches bewusst und erkennbar zu machen.

IMPP-Fakten



! **Zirkuläres Fragen, Reframing** und **paradoxe Interventionen** (z. B. **Symptomverschreibung**) sind Methoden der systemischen Therapie, die den Klienten helfen sollen, einen Perspektivwechsel einzunehmen und ihren Handlungsspielraum zu erweitern.

3.5 Gruppenpsychotherapie, EMDR und nonverbale Therapieformen

3.5.1 Gruppenpsychotherapie

Grundlagen: Meist nehmen 7–12 Patienten an einer Gruppenpsychotherapie teil. In einem stationären Setting ist sie integraler Bestandteil jeder psychotherapeutisch ausgelegten Station. Auch ambulant finden Gruppenpsychotherapien statt.

Vorteile sind die durch das Gruppensetting vielfältigeren Lernmöglichkeiten. So zeigen sich **interaktionelle Probleme** viel schneller und deutlicher, als sie im Einzelsetting zutage treten würden. Gleichzeitig bietet die Gruppe auch mehr Möglichkeiten zum **interpersonalen Lernen**. Die Patienten können verstehen lernen, dass sie mit ihrer Erkrankung nicht allein sind (sog. „Universalität des Leidens“), und emotionalen Rückhalt in der Gruppe erfahren. Durch den fortwährenden Erfahrungsaustausch können sie daran teilhaben, wie andere Patienten problematische Situationen meistern. Bei günstigem Verlauf machen sie so **korrigierende Beziehungserfahrungen** und erlernen außerdem **neue Problemlösetechniken**.

Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie: Verhaltenstherapeutische Gruppen sind **problem- und zielorientiert**, in der Regel werden darin **Patienten mit ähnlichen Störungen** zusammengefasst. Wichtige therapeutische Elemente sind die Analyse von Interaktionsprozessen, Rollenspiele, die freie Aussprache und Modelllernen.

Analytische Gruppenpsychotherapie: möglichst **heterogene Zusammensetzung** der Gruppe. Unterschiedliche neurotische Strukturen, Problematiken und Status sollen den therapeutischen Prozess fördern. Das therapeutische Hauptelement liegt in der **Deutung der Übertragungsprozesse** innerhalb der Gruppe.

Psychodrama nach Moreno: Therapieform aus der humanistischen Psychologie. Lebenssituationen eines Patienten werden von anderen Gruppenmitgliedern dargestellt, sodass sich der Patient quasi „selbst zusehen“ kann. So sollen verborgene Gefühle und Interaktionen deutlich werden.

3.5.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Grundlagen: Die EMDR-Methode basiert auf dem Modell der **adaptiven Informationsverarbeitung (AIP)**.

Die grundlegende Annahme ist, dass jeder Mensch über ein zentrales Informationsverarbeitungssystem verfügt, welches belastende Lebensereignisse verarbeitet und bewältigt, sodass keine psychischen oder körperlichen Störungen entstehen.

Ein sehr schweres Ereignis kann die **Bewältigungskapazität** dieses Informationsverarbeitungssystems **überschreiten**, sodass die Erfahrungen nicht adäquat verarbeitet, sondern in ihrer fragmentierten Form gespeichert werden. Bestimmte Auslöser können Erinnerungen an das Trauma aktivieren, die dann nicht wie normale Erinnerungen ablaufen, sondern ein Wiedererleben des Traumas bedeuten („Flashback“).

Ziel ist es, einen Zugang zu diesen Erinnerungen zu finden, das adaptive Informationsverarbeitungssystem zu aktivieren und eine Nachverarbeitung der Erinnerung zu erreichen.

Indikation: **posttraumatische Belastungsstörung.**

Wirkprinzip: Im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses sollen sich die Patienten traumatische Situationen in Erinnerung rufen und dabei mit den Augen Handbewegungen des Therapeuten folgen („**bilaterale Stimulation**“). Die Wirkweise ist nicht vollständig geklärt. Wahrscheinlich kommt es zu einer Aktivierung des präfrontalen Kortex, der an der Verarbeitung und Neubewertung gespeicherter Informationen beteiligt ist.

3.5.3 Nonverbale Therapieformen

Gestaltungs- und Kunsttherapie: Während bildnerisch-künstlerischer Tätigkeiten gewinnen die Patienten körperliche und sensorische Erfahrungen, wodurch es ihnen erleichtert wird, **in Beziehung zu sich selbst** zu treten und Zugang zu **unbewussten, schwer zu verbalisierenden Gefühlen und Konflikten** zu erhalten. Nach der Gestaltung der Werke werden diese zusammen mit dem Kunsttherapeuten besprochen.

Musiktherapie: Musik ist eine universelle Ausdrucks- und Kommunikationsform und führt neben der Aktivierung der emotionalen und kommunikativen Vorgänge im Patienten zu einer **Erweiterung der Erlebnisfähigkeit**.

Konzentrierte Bewegungstherapie: Form der Achtsamkeitstherapie. Die Patienten konzentrieren sich auf das Erleben und **Spüren des eigenen Körpers** im „Hier und Jetzt“. Der Fokus gilt ausschließlich der aktuellen **Sinneswahrnehmung**. Über eine Belebung der Erinnerungen an reale Erfahrungen und Verstehen der Symbolhaftigkeit von Verhaltensweisen oder Bewegungen wird ein verbesserter Zugang zu den eigenen Gefühlen und eine Verbesserung der körperlichen Ausdrucksfähigkeit erreicht.

Tanztherapie: In der Tanztherapie geht es um den **freien Ausdruck von Gefühlen** sowie die Erweiterung der **Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten**. Zudem führt die körperliche Betätigung zu einer Verbesserung des psychischen Befindens.

3.6 Entspannungsverfahren, Hypnose und Psychoedukation

3.6.1 Entspannungsverfahren

Zielsetzung: **aktive Reduktion psychophysiologischer Spannungszustände**, die sich z. B. als Muskelverspannung manifestieren. Die Patienten lernen, ihre Anspannung bzw. Unruhe aktiv zu meistern und sich **nicht mehr ausgeliefert** zu fühlen. Hierdurch gewinnen die Betroffenen im Idealfall die **Kontrolle über ihre Erkrankung** und damit ihren Körper zurück, was unweigerlich zu gesteigertem Selbstwert führt.

Indikationen: **Angst- und Schlafstörungen**, Depressionen, chronische Schmerzen und psychosomatische Erkrankungen. Bestandteil der DBT (S.19) und der EMDR-Methode (S.24). Reduktion von alltäglichem Stress von „gesunden“ Menschen.

Verfahren:

Autogenes Training (AT) nach Schultz: Entspannungsverfahren, bei welchem über ein standardisiertes Verfahren ein **Zustand der Entspannung** und eine **Beeinflussung des eigentlich nicht willentlich zugänglichen vegetativen Nervensystems** (Aktivierung des Parasympathikus) erreicht werden soll. Muskelverspannungen sollen sich lösen.

Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson: **Muskelgruppen werden nacheinander bewusst an- und entspannt** („**Kontrastwahrnehmung**“). Hierbei soll eine bestimmte Reihenfolge (z.B. Anspannen der Arme in Flexion, Spannung halten, dann Entspannen) eingehalten werden, sodass sich die Entspannung langsam auf den ganzen Körper ausbreitet. Zudem kommt es zu einer **verbesserten Körperwahrnehmung** und Anspannungszustände im Alltag können schneller wahrgenommen werden.

3.6.2 Hypnose

Grundprinzip: Durch **Suggestionen** des Hypnotiseurs wird beim Patienten ein tranceähnlicher Zustand mit **Bewusstseinsengung, erhöhter Suggestibilität** und **tiefer Entspannung** erreicht.

Anders als früher angenommen, ist dieser Zustand nicht schlafähnlich: Das EEG zeigt ein Muster, welches für den Wachzustand typisch ist. In diesem tranceähnlichen Zustand kommt es zu einer Distanzierung vom Alltagserleben, sodass ein **ein-facherer Zugang zu den psychischen Ressourcen** erreicht wird.

Vorgehen: Fixationsmethode: Der Patient fixiert aufmerksam einen kleinen, sehr nahen, regelmäßig bewegten Gegenstand (z.B. Pendel), wodurch sich eine schnelle Ermüdung einstellt. Durch einfache, wiederholte Suggestionen wird der hypnotische Zustand eingeleitet. In diesem Zustand ist dann die eigentliche Problembehandlung möglich. Die Beendigung der Hypnose erfolgt durch eine klare, verbale Rücknahme der Suggestionen.

Indikationen: psychovegetative und somatoforme Störungen, Schlafstörungen, Stress- und Angstreaktionen, Unruhe- und Spannungszustände, Suchterkrankungen sowie chronische Schmerzen.

Kontraindikationen: Psychosen und psychotische Zustände, fortgeschrittene Demenz, Intelligenzminderung, schwere organische Hirnerkrankungen, Störungen ohne Therapiemotivation (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung).

3.6.3 Psychoedukation

Psychoedukation, also die **Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen** – inkl. Entstehungsmodellen und Behandlungsmethoden – an die Betroffenen und alle in ihrer Umgebung, ist wichtiger Bestandteil der Behandlung psychischer Erkrankungen.

Wird den Betroffenen die Genese psychischer Erkrankungen **verständlich** gemacht, kann die Krankheit häufig deutlich besser akzeptiert werden.

Neben der Entstehung der psychischen Erkrankung sollten Betroffene und ihre Angehörigen im Rahmen der Psychoedukation über die **Behandlung ihrer Erkrankung aufgeklärt werden**. Die Behandlung vieler psychischer Erkrankungen, insbesondere schizophreniforme Störungen, scheitert an **einer fehlenden Compliance**. Über eine gezielte Aufklärung unter Einbeziehung des näheren Umfelds kann die **Therapieadhärenz** erhöht und die **Krankheitsprognose verbessert** werden.

Ziel der Psychoedukation ist, dass der Betroffene zum **Experten für seine Erkrankung** wird. Erst dann ist eine gute und nachhaltige Therapie möglich. Somit stellt die Psychoedukation das **Fundament einer Heilung** dar.

3.7 Biologische Therapieverfahren

3.7.1 Schlafentzugstherapie

Indikationen: v. a. in der Behandlung **depressiver Episoden** im Rahmen uni- oder bipolarer affektiver Störungen.

Wirkprinzip: unklar.

Vorgehen: Der Schlafentzug wird i. d. R. **stationär** durchgeführt. Der Patient befindet sich dabei unter Aufsicht und wird beim nächtlichen Wachbleiben unterstützt, indem er beschäftigt wird.

Folgende Varianten werden durchgeführt:

- **totaler Schlafentzug:** Wachsein vom Morgen der Behandlung bis zum Abend nach der durchwachten Nacht
- **partieller Schlafentzug:** Wachsein von ca. 1 Uhr morgens bis zum Abend nach der partiell durchwachten Nacht
- **selektiver Entzug der REM-Phasen.**

Effekte: Der stimmungsaufhellende Effekt einer Schlafentzugstherapie setzt meist schon **nach der 1. durchwachten Nacht** in den frühen Morgenstunden ein. Die Symptombesserung hält allerdings in der Regel **nur 1–2 Tage** an. Aufgrund dessen wird eine komplette Schlafentzugstherapie mit etwa 10 Wiederholungen im Abstand von 2 Tagen bzw. in Kombination mit einer antidepressiven Medikation durchgeführt.

Vorsicht: Bei einer bipolaren affektiven Störung kann die depressive Symptomatik in eine (Hypo-)Manie umschlagen.

Kontraindikationen: **Epilepsie**, da der Schlafentzug zu einer **Senkung der Krampfschwelle** führen kann.

3.7.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

Synonym: Elektrokonvulsionstherapie

Definition: Behandlungsmethode für schwere psychische Erkrankungen, bei der mittels im Gehirn applizierter, **unspezifischer Stromstöße** ein kurzer **generalisierter Krampfanfall** ausgelöst wird.

Indikationen: Primäre Indikationen:

- lebensbedrohliche perniziöse Katatonie
- schizoaffektive Störung mit schwerer depressiver Symptomatik
- **schwere depressive Episode mit Wahnsymptomatik**, akuter Suizidalität, Stupor und/oder Nahrungsverweigerung.

Sekundäre Indikationen (bei Pharmakoresistenz):

- sonstige schwere depressive Episoden
- sonstige akute Exazerbationen einer Schizophrenie (z. B. katonischer Stupor)
- sonstige schizoaffektive Störungen
- schwere manische Episoden
- malignes neuroleptisches Syndrom.

Merke: Die pharmakoresistente Depression ist heute die mit Abstand häufigste Indikation für den Einsatz der EKT.

Wirkprinzip: Ein geschlossenes Erklärungsmodell zu den Wirkmechanismen besteht bis heute nicht. Nach heutigem Kenntnisstand ist die Wirkung der EKT auf zahlreiche **neurochemische Veränderungen verschiedener Neurotransmittersysteme** zurückzuführen.

Die **Response-Raten** der EKT betragen für unbehandelte wahnhaft-depressive Depressionen (S.66) ca. 90 %, für pharmakoresistente Depressionen oder Manien 75 % und für schizophrene Psychosen 80–90 %.

Vorgehen: Zum Ausschluss zerebraler Raumforderungen oder Läsionen wird vor der EKT eine **zerebrale Bildgebung** empfohlen.

Die EKT darf nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten unter Beteiligung eines Anästhesisten (i. d. R. stationär) durchgeführt werden. Die **Zustimmung des Patienten** muss dokumentiert werden (ggf. im Akutfall über das Betreuungsgesetz).

In **Kurz- oder Maskennarkose** (i. d. R. Maskennarkose mit Methohexital) sowie unter Muskelrelaxation, Sauerstoffbeatmung (gute Präoxygenierung!) und Zahnschutz wird durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns in Kurzpulstechnologie ein generalisierter Krampfanfall (Validierung mittels EEG) ausgelöst. Die Stimulation erfolgt meist unilateral über der rechten Hemisphäre, evtl. auch bilateral. Die Ableitung von EEG und EKG sowie Pulsoxymetrie als Monitoring sind obligat.

Benzodiazepine, Anfallssuppressiva und Lithium müssen vor der Behandlung ggf. abgesetzt werden.

Typischerweise wird die EKT in einer **Serie aus 8–12 Behandlungen** im Abstand von 2–3 Tagen über einen Zeitraum von 4 Wochen durchgeführt. Nach der EKT sollte eine medikamentöse Therapie fortgeführt werden, da i. d. R. mit Rezidiven innerhalb der folgenden Tage zu rechnen ist. In manchen Fällen wird im Anschluss an eine Serie auch eine Erhaltungs-EKT durchgeführt (z. B. 1 × pro Monat).