

Winfried Rief Elisabeth Schramm
Bernhard Strauß (Hrsg.)

LESEPROBE

Psychotherapie

Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

I	Persönliche Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	1	1.5	Kommunikative Fertigkeiten	17
				Anne-Katharina Deisenhofer und Wolfgang Lutz	
1	Psychotherapeutische Kompetenzen	3	1.5.1	Gängige Kommunikationsmodelle	17
	Franz Caspar, Anne-Kathrin Deisenhofer, Oliver Evers, Anton-Rupert Laireiter, Wolfgang Lutz, Jessica Prinz, Winfried Rief, Bernhard Strauß und Svenja Taubner		1.5.2	Gesprächsführungstechniken	18
1.1	Therapeutische Kompetenz als (relativ) neues Thema in der Psychotherapie	4	1.5.3	Forschungsergebnisse	19
	Bernhard Strauß		1.6	Flexible Gestaltung von Interaktionssituationen	19
1.2	Fachkompetenz und wissenschaftliche Kompetenz	6		Franz Caspar	
	Franz Caspar		1.6.1	Analytische Kompetenzen	20
1.2.1	Begriff	6	1.6.2	Konstruktive Kompetenzen	21
1.2.2	Stand des Wissens um therapeutische Kompetenz	7	1.6.3	Persönliche Voraussetzungen	21
1.2.3	Kompetenzen	8	1.7	Emotionsregulation	21
1.2.4	Spitzenkompetenz	8		Winfried Rief	
1.2.5	Konsequenzen für die Ausbildung und Praxis	9	1.7.1	Emotionsregulation für Psychotherapeutinnen: eine Einführung	21
1.3	Fertigkeiten (Skills) und Fähigkeiten (Abilities) ...	9	1.7.2	Typische Herausforderungen für die Emotionsregulation von Psychotherapeutinnen ...	22
	Anton-Rupert Laireiter		1.7.3	Theorie der Emotionsregulation	23
1.3.1	Kompetenz, Skills und Abilities	9	1.7.4	Emotionsregulation bei Psychotherapeutinnen ...	25
1.3.2	Psychotherapiebezogenes Wissen als Voraussetzung für psychotherapeutische Kompetenz	10	1.8	Merkmale erfolgreicher Psychotherapeutinnen und Effektivität der Umsetzung	25
1.3.3	Psychotherapeutische Fertigkeiten (Skills)	10		Jessica Prinz und Wolfgang Lutz	
1.3.4	Psychotherapeutische Fähigkeiten (Abilities)	12	1.8.1	Merkmale erfolgreicher Psychotherapeutinnen auf Basis von varianzanalytischen Designs	26
1.3.5	Weitere Kompetenzen und Fertigkeitsbereiche ...	12	1.8.2	Merkmale erfolgreicher Psychotherapeutinnen auf Basis von Mehrebenenanalysen	26
1.3.6	Psychotherapeutische Inkompetenz: Kompetenzdefizite und Mangel an therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten	12	1.8.3	Wie lassen sich Merkmale erfolgreicher Psychotherapeutinnen überprüfen?	27
1.4	Mentalisierung als reflexive und selbstreflexive Kompetenz	14	2	Förderung persönlicher Kompetenzen in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung	31
	Svenja Taubner und Oliver Evers			Björn Bennemann, Franz Caspar, Oliver Evers, Anton-Rupert Laireiter, Wolfgang Lutz, Kaitlyn Poster, Winfried Rief, Bernhard Strauß, Svenja Taubner	
1.4.1	Was sind reflexive und selbstreflexive Kompetenzen?	14	2.1	Kompetenzerwerb in der Psychotherapie: Modelle, Strategien und Forschungsbefunde ...	32
1.4.2	Facetten der reflexiven und selbstreflexiven Kompetenz	15		Bernhard Strauß	
1.4.3	Mentalisierung als übergeordnetes Konzept der (Selbst-)Reflexion	15	2.2	Förderung von psychotherapeutischen (Basis-) Fertigkeiten	35
1.4.4	Reflexive Kompetenzen von Psychotherapeutinnen – Methoden und Forschungsstand	16		Anton-Rupert Laireiter	
1.4.5	Wie reflektiert sind Therapeutinnen?	16	2.2.1	Psychotherapeutischer Wissenserwerb	35
1.4.6	Wie wirken reflexive Kompetenzen? Zusammenhang zwischen reflexiver Kompetenz und Therapiebeziehung sowie Outcome	16	2.2.2	Psychotherapeutische Basisfertigkeiten	35
1.4.7	Fazit	17	2.2.3	Psychotherapeutische Fähigkeiten	37
			2.2.4	Sonstige/weitere wichtige Fertigkeiten und Kompetenzen	37
			2.2.5	Was verschafft psychotherapeutische Expertise und Exzellenz?	38

2.3	Reflexive Kompetenz	38	3.6	Aufrechterhaltende Faktoren	61
	Svenja Taubner und Oliver Evers		3.7	Überlegungen zur Therapieplanung und	
2.3.1	Reflexion und Haltung in der professionellen			Indikationsstellung	62
	Entwicklung	39	3.8	Zusammenfassung	63
2.3.2	Wie können Therapeuten ihre reflexive		4	Ressourcen und Resilienzfaktoren	65
	Kompetenz fördern und eine professionelle Haltung			<i>Ulrike Willutzki, Jan Schürmann-Vengels</i>	
	entwickeln?	41	4.1	Vorbemerkungen	65
2.3.3	Methoden zur Förderung der reflexiven		4.2	Ressourcen im psychotherapeutischen	
	Kompetenz	41		Kontext	66
2.3.4	Entwicklung von reflexiver Kompetenz:		4.2.1	Ressourcenbegriff	66
	Forschungsstand	41	4.2.2	Zum Verhältnis von Ressourcen und Resilienz	66
2.3.5	Wie können Therapeuten die Entwicklung		4.2.3	Den Blick für Ressourcen entwickeln	67
	von Haltung und ethischer Entscheidungsfindung		4.3	Diagnostik von Ressourcen	67
	fördern?	43	4.4	Aktivierung von Ressourcen	68
2.3.6	Fazit	43	4.4.1	Indikation und Nebenwirkungen	68
2.4	Förderung kommunikativer Kompetenzen	43	4.4.2	Ressourcenorientierte Strategien	69
	Kaitlyn Poster und Wolfgang Lutz		4.4.3	Ziele und positive Perspektiven	70
2.5	Flexible Gestaltung von Interaktionssituationen ...	45	4.4.4	Ressourcenorientiertes Vorgehen	70
	Franz Caspa		4.5	Ressourcenaktivierende Interventionen	71
2.5.1	Analytische Kompetenzen	45	4.5.1	Basisinterventionen	71
2.5.2	Konstruktive Kompetenzen	46	4.5.2	Strukturinterventionen	72
2.5.3	Persönliche Voraussetzungen	47	4.5.3	Abstimmung problemfokussierter Methoden auf die	
2.6	Förderung der Kompetenz zur Emotionsregulation ...	47		Ressourcen des Patienten	72
	Winfried Rief		4.6	Empirische Befunde zu Ressourcenaktivierung und	
2.6.1	Ziel der Psychotherapieaus- und			Resilienzförderung	72
	Weiterbildung im Bereich Emotionsregulation	47	4.7	Abschlussbemerkung und Ausblick	73
2.6.2	Übliche Wege zur Vermittlung von		II	Störungsspezifischer Teil	75
	Emotionsregulationskompetenz				
	für Psychotherapeuten	49	5	Depression	77
2.6.3	Wie sollte die Kompetenz zur Emotionsregulation			<i>Ulrike Dinger und Henning Schauenburg</i>	
	von Psychotherapeuten gefördert werden?	49	5.1	Epidemiologie	78
2.6.4	Einbringen der eigenen Emotion in den		5.1.1	Prävalenz	78
	psychotherapeutischen Prozess	50	5.1.2	Komorbide Erkrankungen	78
2.6.5	Längerfristige Aspekte der Emotionsregulation ...	50	5.2	Klassifikation und Diagnostik	78
2.7	Effektivität der Umsetzung	50		Klassifikation	78
	Wolfgang Lutz und Björn Bennemann		5.2.1	Diagnostische Instrumente	80
2.7.1	Mögliche Probleme einer effektiven Umsetzung		5.3	Relevante Störungsmechanismen	81
	von Kompetenzen in der klinischen Praxis	51		Lern- und kognitionstheoretische	
2.7.2	Monitoring des Therapieverlaufs		5.3.1	Depressionsmodelle	81
	und Kompetenzerwerbs anhand			Psychodynamische Modelle	82
	von psychometrischem Feedback	52	5.3.2	Therapie der Depression	83
			5.4	Therapie der Depression	83
3	Ein verfahrensübergreifendes Modell für		5.4.1	Grundsätzliches Vorgehen gemäß Leitlinie	83
	psychische Störungen als Grundlage der		5.4.2	Pharmakotherapie	84
	Therapieplanung	57	5.4.3	Psychotherapeutische Behandlung	
	<i>Winfried Rief, Bernhard Strauß</i>			akuter Depression	84
3.1	Störungsmodelle in der Psychotherapie	57	5.4.4	Prinzipien kognitiv-verhaltenstherapeutischer	
3.2	Eigendynamik der Störung	58		Depressionstherapien	88
3.3	Interaktionen von Personenmerkmalen		5.4.5	Prinzipien psychodynamischer	
	und Umwelt	59		Depressionstherapien	90
3.4	Ausbruch bzw. Exazerbation einer Störung	59	5.4.6	Weiterentwicklungen und integrative Ansätze	93
3.5	Prädisposition/Vulnerabilität	60			

5.5	Vergleichende Evidenz zu Depressionstherapien . . .	95	7.8.5	Störungsspezifische Interventionsskills, Beziehungsgestaltung	144
5.6	Essentials für die Psychotherapeutin	95	7.8.6	Symptommanagement	146
6	Manie und Hypomanie	99	7.8.7	Allgemeine Aspekte, Ressourcenaktivierung, Kompetenzerweiterung	148
	Thomas D. Meyer		7.8.8	Explizite Rückfallprophylaxe	150
6.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	99	7.9	Ausblick	150
6.1.1	Symptomatik	100	8	Zwangsstörungen und Zwangsspektrumsstörungen	155
6.1.2	Differenzialdiagnose	101		Anne Katrin Külz	
6.1.3	Prävalenz	101	8.1	Zwangsstörungen	155
6.2	Typische psychometrische Instrumente	101	8.1.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	155
6.3	Wie erläutere ich Patienten, Angehörigen und Interessierten dieses Störungsbild?	102	8.1.2	Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten das Störungsbild?	156
6.4	Relevante Störungsmechanismen	103	8.1.3	Relevante Störungsmechanismen	156
6.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	104	8.1.4	Diagnostischer Prozess bei Zwangsstörungen	158
6.6	Interventionen	105	8.1.5	Therapie der Zwänge	159
6.6.1	Psychotherapeutische Rezidivprophylaxe: praktische Durchführung	105	8.2	Zwangsspektrumserkrankungen	166
6.6.2	Spezifische vermeidbare Fehler	107	8.2.1	Dermatillomanie (Skin-Picking)	166
6.7	Kritische Einordnung	107	8.2.2	Trichotillomanie	167
7	Angststörungen	109	8.2.3	Körperdysmorphie Störung	167
	Jürgen Margraf		8.2.4	Pathologisches Horten	168
7.1	Wenn Angst zur Störung wird: Erscheinungsformen	111	8.3	Ausblick	168
7.1.1	Übermäßige Furcht und Vermeidung: spezifische Phobien	111	9	Traumafolgestörungen	171
7.1.2	Übermäßige Angst vor negativer Bewertung: soziale Angststörung (SAS)	111		Julia König und Rita Rosner	
7.1.3	Plötzliche Angstanfälle: Panikstörung	112	9.1	Das Störungsbild	171
7.1.4	Angst vor der Angst: Agoraphobie	112	9.1.1	Klassifikation	171
7.1.5	Übermäßige Sorgen: generalisierte Angststörung (GAS)	113	9.1.2	Epidemiologie	172
7.2	Klassifikation	113	9.1.3	Relevante Störungsmechanismen	172
7.3	Epidemiologie	114	9.2	Psychometrische Instrumente	175
7.4	Relevante Störungsmechanismen	116	9.3	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	175
7.4.1	Prädisponierende Faktoren	118	9.4	Interventionen	176
7.4.2	Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen	119	9.4.1	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	176
7.4.3	Auslösende Situationen	119	9.4.2	Settingaspekte	182
7.4.4	Aufrechterhaltende Prozesse	119	9.4.3	Motivationale Aspekte	183
7.5	Diagnostischer Prozess bei Angststörungen	121	9.4.4	Störungsspezifische Interventionsskills, Beziehungsgestaltung	183
7.6	Therapieziele	124	9.4.5	Allgemeine Aspekte, Ressourcenaktivierung, Kompetenzerweiterung	184
7.7	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	126	9.5	Ausblick	184
7.8	Interventionen	127	10	Anpassungsstörung	187
7.8.1	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	127		Rahel Bachem und Andreas Maercker	
7.8.2	Besondere Hinweise zur Behandlung der verschiedenen Angststörungen	138	10.1	Klassifikation und diagnostische Kriterien	187
7.8.3	Settingaspekte	142	10.2	Komorbidität und Differenzialdiagnostik	188
7.8.4	Motivationale Aspekte	143	10.3	Epidemiologie und Verlauf	188
			10.4	Relevante Störungsmechanismen	189

10.4.1	Anpassungsstörung nach Horowitz	189	12.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	215
10.4.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Anpassungsstörung	189	12.6	Psychotherapeutische Interventionen	216
10.4.3	Prädisponierende Faktoren	189	12.6.1	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	216
10.4.4	Rolle von Fertigkeiten, Kompetenzen	190	12.6.2	Settingaspekte	219
10.4.5	Auslösende Situation	190	12.6.3	Motivationale Aspekte	220
10.4.6	Aufrechterhaltende Prozesse	191	12.6.4	Störungsspezifische Interventionsskills, Beziehungsgestaltung	221
10.5	Typische psychometrische Instrumente	191	13	Stoffungebundene Suchterkrankungen: Verhaltenssüchte	227
10.5.1	Strukturierte Interviews	191		Astrid Müller	
10.5.2	Fragebogen	191	13.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation und Epidemiologie	227
10.6	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	191	13.2	Relevante Störungsmechanismen	228
10.7	Therapiemöglichkeiten	191	13.2.1	Prädisponierende Faktoren	228
10.7.1	Psychotherapie	191	13.2.2	Rolle von Kompetenzen und Defiziten	228
10.7.2	Pharmakotherapie	193	13.2.3	Auslösende Situationen	229
10.8	Kritische Betrachtung und Ausblick	194	13.2.4	Aufrechterhaltende Prozesse	229
11	Psychosen, Schizophrenie	195	13.3	Typische psychometrische Instrumente	229
	Sandra Opoka und Tania Lincoln		13.3.1	Fragebögen	229
11.1	Diagnostische Kriterien und Klassifikation	195	13.3.2	Strukturierte Interviews	229
11.1.1	Positivsymptomatik	196	13.4	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	229
11.1.2	Negativsymptomatik	196	13.5	Interventionen	230
11.2	Epidemiologie	197	13.5.1	Settingaspekte	230
11.3	Relevante Störungsmechanismen	197	13.5.2	Motivationale Aspekte	230
11.3.1	Prädisponierende Faktoren	197	13.5.3	Psychoedukation	231
11.3.2	Auslösende Situationen	199	13.5.4	Selbstbeobachtung und Verhaltensanalysen	231
11.3.3	Aufrechterhaltende Prozesse	199	13.5.5	Stimuluskontrolle	231
11.4	Psychometrische Instrumente	199	13.5.6	Alternativverhalten	232
11.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien	200	13.5.7	Kognitive Techniken	232
11.6	Interventionen	200	13.5.8	Exposition	232
11.6.1	Kognitive Verhaltenstherapie	202	13.5.9	Allgemeine Aspekte	232
11.6.2	Familientherapeutische Interventionen	205	14	Somatoforme Störungen, somatische Belastungsstörungen, chronische Schmerzsyndrome	235
11.6.3	Weitere Interventionsansätze	206		Alexandra Martin und Peter Henningsen	
11.6.4	Settingaspekte	206	14.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	236
11.6.5	Motivationale Aspekte	206	14.2	Diagnostische Kriterien, Klassifikation	236
11.6.6	Beziehungsgestaltung und störungsspezifische Interventionsskills	206	14.2.1	Klassifikation nach ICD-10: Somatoforme Störungen	236
11.6.7	Symptommanagement	207	14.2.2	Klassifikation nach DSM-5: Somatische Belastungs- und verwandte Störungen	236
11.6.8	Transdiagnostische Ansätze, Ressourcenaktivierung und allgemeine Aspekte	208	14.2.3	Funktionelle Störungen	237
12	Stoffgebundene Suchterkrankungen	211	14.3	Epidemiologie	238
	Johannes Lindenmeyer		14.4	Relevante Störungsmechanismen	239
12.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	211	14.4.1	Prädisponierende Faktoren	239
12.2	Wie erläutere ich Patienten, Angehörigen und Interessierten dieses Krankheitsbild?	212	14.4.2	Rolle von Fertigkeiten, Kompetenzen	240
12.3	Relevante Störungsmechanismen	213	14.4.3	Auslösende Situationen	240
12.4	Typische psychometrische Instrumente	214			
12.4.1	Screening	214			
12.4.2	Diagnostische Interviews	214			
12.4.3	Ermittlung des Konsumverhaltens	214			
12.4.4	Rückfallrisikosituationen	215			

14.4.4	Aufrechterhaltende Prozesse	240	16.6.3	Konversionsstörungen	283
14.5	Diagnostischer Prozess	244	16.6.4	Voraussetzungen beim Therapeuten	283
14.5.1	Klassifikatorische Diagnostik	244	17	Artifizielle Störungen	285
14.5.2	Anamnese	244		<i>Annegret Eckhardt-Henn</i>	
14.5.3	Das Beschwerde-/Befindlichkeitstagebuch	244	17.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	285
14.5.4	Selbstbeurteilungsverfahren	245	17.1.1	Diagnostische Kriterien	285
14.6	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahmen	245	17.1.2	Klassifikation	286
14.6.1	Leitlinienempfehlungen und Evidenzbasierung	245	17.1.3	Epidemiologie	286
14.6.2	Störungsspezifische Psychotherapien	248	17.2	Pathologische Ärztin-Patientin-Interaktion	287
14.6.3	Allgemeine Aspekte: Beziehungsgestaltung, Motivation, Therapieziele	249	17.3	Relevante Störungsmechanismen	288
14.6.4	Spezifische Interventionen	250	17.3.1	Prädisponierende Faktoren	288
14.6.5	Weitere therapeutische Methoden	253	17.3.2	Die Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen	288
15	Essstörungen	257	17.4	Psychometrische Diagnostik	290
	<i>Jessica Werthmann, Jennifer Svaldi und Brunna Tuschen-Caffier</i>		17.5	Therapie	290
15.1	Diagnostik	257	17.5.1	Behandlungsleitlinien	290
15.1.1	Klassifikation der Essstörungen	257	17.5.2	Interventionen	290
15.1.2	Somatische Symptome und Risiken	260	17.6	Münchhausen-Syndrom	292
15.1.3	Erhebungsmethoden	261	18	Schlafstörungen	295
15.2	Epidemiologie und Komorbidität	261		<i>Dieter Riemann</i>	
15.3	Differenzialdiagnostik	261	18.1	Einführung	295
15.4	Risikofaktoren und Erklärungsmodell	262	18.2	Diagnostik	296
15.4.1	Empirische Evidenz für das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell	263	18.3	Epidemiologie und Gesundheitsökonomie	297
15.5	Wissenschaftlich fundierte Behandlung	264	18.4	Gesundheitsrisiken	298
15.6	Behandlungsleitfaden	265	18.5	Pathophysiologie der Insomnie	298
15.6.1	Therapieziele	265	18.6	Therapiemöglichkeiten	298
15.6.2	Therapiesetting	266	18.6.1	Pharmakotherapie	298
15.6.3	Therapeutische Haltung	266	18.6.2	Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie	300
15.7	Therapiebausteine	267	18.7	Schlafstörungen im Rahmen psychischer Störungen	301
15.7.1	Therapiemotivation	267	18.8	Insomnien bei organischen Erkrankungen	301
15.7.2	Ernährungstherapie	267	18.8.1	Schlafapnoe-Syndrom	301
15.7.3	Körperbildtherapie	269	18.8.2	Restless-Legs-Syndrom	302
15.7.4	Weitere Behandlungsschwerpunkte	270	18.9	Essentials für den Psychotherapeuten	302
15.8	Rückfallprophylaxe	271	19	Sexualstörungen: sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien, Geschlechtsidentitätsstörungen	303
16	Dissoziative Störungen	275		<i>Klaus Michael Reininger und Peer Briken</i>	
	<i>Carsten Spitzer und Rolf-Dieter Stieglitz</i>		19.1	Einführung	303
16.1	Einleitung	276	19.2	Sexuelle Funktionsstörungen	304
16.2	Definition, Klassifikation und klinische Bilder	276	19.2.1	Ätiologie und Definitionen der einzelnen Störungen	304
16.3	Diagnostischer Prozess und Differenzialdiagnosen	276	19.2.2	Diagnostik sexueller Funktionsstörungen	306
16.4	Epidemiologie	279	19.2.3	Epidemiologie, Ätiologie und Therapie sexueller Funktionsstörungen	309
16.5	Relevante Störungsmechanismen	279	19.3	Paraphile Störungen	316
16.5.1	Psychodynamische Konzepte	280	19.3.1	Paraphilie und paraphile Störung	316
16.5.2	Kognitiv-behaviorale Konzepte	280	19.3.2	Epidemiologie	316
16.6	Behandlung	281	19.3.3	Ätiologie	317
16.6.1	Allgemeines	281	19.3.4	Diagnostik	317
16.6.2	Dissoziative Bewusstseinsstörungen	282	19.3.5	Therapie	318

19.4	Geschlechtsidentitätsstörungen	318	22	Autismus-Spektrum-Störungen	365
19.4.1	Die APA Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People ...	319	22.1	Isabel Dziobek, Ludger Tebartz van Elst Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	365
19.4.2	S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit	319	22.2	Relevante Störungsmechanismen	367
20	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter	323	22.2.1	Prädisponierende Faktoren und Beziehungserfahrungen	367
	Hanna Christiansen und Alexandra Philippen		22.2.2	Die Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen	367
20.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	323	22.2.3	Auslösende Faktoren und aufrechterhaltende Prozesse	368
20.1.1	Diagnosekriterien	323	22.2.4	Klinische Symptome zwischen Struktur, Problem und Zustand	369
20.1.2	Epidemiologie	324	22.3	Der diagnostische Prozess	369
20.2	Relevante Störungsmechanismen: ADHS als Entwicklungsstörung	324	22.4	Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen ...	369
20.3	Diagnostische Erfassung in den verschiedenen Lebensphasen	326	22.4.1	Wesentliche Merkmale des Vorgehens	370
20.3.1	Kindesalter	326	22.4.2	Aspekte des Settings	370
20.3.2	Erwachsenenalter	328	22.4.3	Störungsspezifische Interventionsfertigkeiten und Beziehungsaspekte	371
20.4	Interventionen	328	22.4.4	Kognitive Verhaltenstherapie im Einzelsetting ...	371
20.4.1	Primäre/universelle Ansätze: Kinder und Jugendliche	328	22.5	Gruppenpsychotherapie	373
20.4.2	Behandlungsleitlinien	328	22.6	Zusammenfassung	373
20.4.3	Therapie im Kindes- und Jugendalter	329	23	Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	375
20.4.4	Therapie im Erwachsenenalter	329		Katrin Müller, Almut Helmes, Jürgen Bengel	
20.4.5	Zusammenfassung	331	23.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	376
21	Persönlichkeitsstörungen	333	23.1.1	Terminologie	376
	Sven Cornelisse, Claas-Hinrich Lammers, Babette Renneberg und Christian Schmahl		23.1.2	Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	376
21.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	333	23.1.3	Epidemiologie	376
21.1.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf	333	23.2	Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten eine psychische Diagnose?	377
21.1.2	Relevante Störungsmechanismen	335	23.3	Relevante Störungsmechanismen	377
21.1.3	Diagnostischer Prozess	338	23.3.1	Prädisponierende Faktoren	377
21.1.4	Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ...	339	23.3.2	Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen	377
21.1.5	Ausblick	343	23.3.3	Auslösende Situationen	378
21.2	Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen	344	23.3.4	Aufrechterhaltende Prozesse	378
21.2.1	Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	345	23.4	Diagnostische Instrumente bei Menschen mit geistiger Behinderung	378
21.2.2	Dependente Persönlichkeitsstörung	348	23.5	Therapie psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	379
21.2.3	Zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung	349	23.5.1	Behandlungsleitlinien	379
21.2.4	Empirische Befunde zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Ansätze	350	23.5.2	Wirksamkeit	379
21.3	Therapie von Patientinnen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung	352	23.5.3	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	380
21.3.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	352	23.5.4	Settingaspekte	382
21.3.2	Konzept der allgemeinen Psychotherapie	352	23.5.5	Motivationale Aspekte	383
21.3.3	Das Konfliktmodell narzisstischer Störungen	353	23.5.6	Therapeutinnenvariablen und Beziehungsgestaltung	383
21.3.4	Therapeutische Interventionen	354	23.6	Zusammenfassung und Ausblick	383

24	Neuropsychologische Störungen	387	25.8.4	Altersangepasste Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells und Ableitung des psychotherapeutischen Vorgehens	419
	<i>Katja Werheid</i>				
24.1	Neuropsychologische Störungen im Überblick ...	387	25.8.5	Altersangepasste Umsetzung des psychotherapeutischen Vorgehens	420
24.2	Diagnostische Klassifikation	389	25.8.6	Settingaspekte	421
24.2.1	Neurokognitive Störungen im DSM-5	389	25.9	Ausblick	422
24.2.2	Neurokognitive Störungen in der ICD-11	390			
24.3	Störungsmodell	390	26	Besonderheiten bei psychischen Störungen im höheren Lebensalter	425
24.4	Neuropsychologische Diagnostik	392		<i>Julia Zwick und Martin Hautzinger</i>	
24.5	Ausgewählte neuropsychologische Syndrome ...	394	26.1	Erfolgreiches Altern	426
24.6	Neuropsychologische Therapie	396	26.1.1	Selektion	426
24.6.1	Neuropsychologische Behandlungsansätze	396	26.1.2	Optimierung	426
24.6.2	Spezielle Merkmale neuropsychologischer Therapie	398	26.1.3	Kompensation	427
24.6.3	Evidenzbasierung und Leitlinienempfehlungen ...	400	26.1.4	Das SOK-Modell im Kontext psychotherapeutischer Interventionen	427
24.6.4	Versorgungslage und Versorgungssystem	400	26.2	Störungsbilder im Alter	427
			26.2.1	Prävalenzraten	427
25	Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bedarf, Behandlungsleitlinien und Besonderheiten	403	26.2.2	Besonderheiten im Erscheinungsbild	428
	<i>Silvia Schneider</i>		26.3	Was es bei der klinischen Diagnostik zu berücksichtigen gilt	431
25.1	Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	404	26.4	Besonderheiten in der Therapie mit Älteren ...	433
25.1.1	Das Störungskonzept im Kindes- und Jugendalter ...	404	26.4.1	Allgemeine Prinzipien in der Therapie mit älteren Patientinnen	433
25.1.2	Klassifikationssysteme für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters	404	26.4.2	Notwendige Adaptationen	434
25.2	Epidemiologie	406	26.4.3	Altersspezifische Problembereiche	436
25.2.1	Beginn und Verlauf psychischer Störungen	407	26.5	Der Lebensrückblick	437
25.2.2	Typische Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters nach ICD	408	26.5.1	Voraussetzungen	437
25.3	Relevante Störungsmechanismen: die entwicklungspsychopathologische Perspektive ...	410	26.5.2	Durchführung	438
25.3.1	Entwicklungsaufgaben	411	26.5.3	Wirksamkeit	439
25.3.2	Goodness of Fit	411	27	Interaktion körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen	441
25.4	Diagnostisches Vorgehen	411		<i>Ulrich Cuntz</i>	
25.5	Wissenschaftliche fundierte Behandlungsleitlinien	414	27.1	Einleitung: Das biopsychosoziale Krankheitsverständnis	442
25.6	Besonderheiten und Rahmenbedingungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ...	415	27.2	Grundlagen der Psychophysiologie	442
25.6.1	Einsichtsfähigkeit und Schweigepflicht in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ...	415	27.2.1	Klassische Konditionierung	442
25.6.2	Indikationsstellung und Aufklärung	415	27.2.2	Stress und körperliche Symptome	442
25.7	Therapie	416	27.2.3	Emotionen und körperliche Reaktion	443
25.7.1	Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien für ausgewählte Störungsbilder	416	27.2.4	Hyperalgesie, Hyperästhesie, Hypervigilanz	445
25.8	Allgemeine Struktur und Bausteine der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen	418	27.2.5	Inflammation	445
25.8.1	Aufbau einer tragfähigen psychotherapeutischen Beziehung zu Kind und Eltern	418	27.2.6	Mikrobiom	445
25.8.2	Festlegung der Therapieziele und Aufbau einer Behandlungsmotivation	418	27.3	Körperliche Erkrankungen, die zu psychischen Symptomen führen	446
25.8.3	Festlegung des Behandlungssettings	419	27.3.1	Hyperthyreose	446
			27.3.2	Hypothyreose	446
			27.3.3	Hyperparathyreoidismus	448
			27.3.4	Hypoparathyreoidismus	448
			27.3.5	Phäochromozytom	448
			27.3.6	Morbus Addison	448

27.3.7	Syndrom der inadäquaten ADH-Freisetzung oder das Schwarz-Bartter-Syndrom	449	30.2	Rahmenbedingungen	474
27.3.8	Porphyrie	449		Wolfgang Lutz, Julian A. Rubel und Anne-Katharina Deisenhofer	
27.3.9	Kollagenosen	449	30.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	474
27.3.10	Thiaminmangel	450	30.2.2	Therapiemotivation	475
27.4	Medizinische Behandlungen, die psychische Symptome auslösen	450	30.2.3	Kostenträger und Sitzungskontingente	476
27.4.1	Kortikosteroide	450	30.2.4	Qualitätsmanagement	476
27.4.2	Isotretinoin	450	30.2.5	Klinische und Psychotherapieforschung	476
27.4.3	Antihypertensiva	451	30.3	Psychotherapiemotivation	477
27.4.4	Interferon	451		Annegret Boll-Klatt und Bernhard Strauß	
27.4.5	Anorektika (Appetitzügler)	451	30.3.1	Definitionen von Psychotherapiemotivation	478
27.4.6	Orale Kontrazeptiva	451	30.3.2	Schwankungen der Psychotherapiemotivation und der Umgang damit	478
27.5	Einsatzbereiche von Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen	452	30.3.3	Erfassung der Psychotherapiemotivation	479
27.5.1	Diabetes mellitus	452	30.4	Erstgespräch	479
27.5.2	COPD	453		Tobias Teismann	
27.5.3	Psychoonkologie	453	30.5	Diagnostik	481
				Rolf-Dieter Stieglitz	
			30.6	Therapieplanung	483
				Rolf-Dieter Stieglitz	
III	Verfahrensspezifischer Teil	457	30.7	Fallkonzeption	484
				Franz Caspar	
28	Was ist Psychotherapie?	459	30.7.1	Was ist eine Fallkonzeption?	484
	Bernhard Strauß		30.7.2	Verschiedene Arten von Fallkonzeption	484
28.1	Definition von Psychotherapie	459	30.7.3	Bestandteile von Fallkonzeptionen	485
28.2	(Ideen-)Geschichte der Psychotherapie	460	30.7.4	Nutzen von Fallkonzeptionen	486
28.2.1	Ursprünge der wissenschaftlichen Psychotherapie: Hypnose und Psychoanalyse	460	30.7.5	Belege für die Nützlichkeit von Fallkonzeptionen	486
28.2.2	Humanistische Psychotherapieverfahren	461	30.8	Psychoedukation	488
28.2.3	Verhaltenstherapie	461		Rolf-Dieter Stieglitz	
28.2.4	Systemische Therapie	461	30.9	Suizidalität	489
28.2.5	Differenzierung und Diversifikation	462		Rolf-Dieter Stieglitz	
28.2.6	Integrationsbemühungen	462	30.9.1	Abklärung des Suizidrisikos	489
			30.9.2	Maßnahmen bei Suizidgefahr	490
29	Verfahrensübergreifende Veränderungsmodelle von Psychotherapie	465	30.10	Erkennen ungünstiger Entwicklungen	490
	Bernhard Strauß, Winfried Rief			Julian A. Rubel und Wolfgang Lutz	
29.1	Bemühungen um die Integration von Psychotherapie	465	30.10.1	Was sind ungünstige Verläufe?	490
29.2	Allgemeine vs. spezifische Wirkfaktoren	467	30.10.2	Wie gut erkennen Therapeuten ungünstige Verläufe?	491
29.3	Allgemeine Psychotherapiemodelle	468	30.10.3	Möglichkeiten zur Verbesserung der Erkennung ungünstiger Verläufe	492
29.4	Verfahrensübergreifende Veränderungsprinzipien („principles of change“)	469	30.11	Zwischenevaluation	493
29.5	Vom Therapiemodell einzelner Therapieschulen zur prozessorientierten Psychotherapie	470		Julian A. Rubel und Wolfgang Lutz	
29.6	Kompetenzorientierte Psychotherapie	471	30.12	Rückfallprophylaxe	494
				Tobias Teismann	
30	Allgemeine Aufgaben in der Psychotherapie	473	30.13	Booster Sessions	495
	Annegret Boll-Klatt, Franz Caspar, Anne-Katharina Deisenhofer, Wolfgang Lutz, Julian A. Rubel, Brian Schwartz, Rolf-Dieter Stieglitz, Bernhard Strauß, Tobias Teismann, Kirsten von Sydow			Tobias Teismann	
30.1	Generische psychotherapeutische Kompetenzen	474	30.14	Vorbereitung der Abschlussphase	495
	Bernhard Strauß			Tobias Teismann	
			30.15	Therapieende	496
				Wolfgang Lutz und Brian Schwartz	
			30.16	Einbezug von Angehörigen	497
				Kirsten von Sydow	
			30.16.1	Psychotherapie-Richtlinie und Rahmenbedingungen	497

30.16.2	Indikationen und Kontraindikationen	498	32.4.4	Kontraindikation	531
30.16.3	Grundhaltung	499	32.4.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte, Kritisches	531
30.16.4	Wie informiere ich Patienten über diese Option?	500	32.5	Leitfaden Mentalisierungs-basierte Therapie	532
30.16.5	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	500		Svenja Taubner	
30.16.6	Forschungsstand	501	32.5.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	532
30.16.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	502	32.5.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	533
30.16.8	Ausblick	502	32.5.3	Behandlungsleitfaden	533
			32.5.4	Kontraindikation	534
			32.5.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte, Kritisches	534
31	Psychotherapie, Psychotherapieverfahren und Richtlinienpsychotherapie	507	32.6	Leitfaden Strukturbezogene Psychotherapie	534
	Michael Linden			Svenja Taubner	
31.1	Allgemeine, professionelle und therapeutische verbale Interaktion	507	32.6.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	534
31.2	Richtlinienpsychotherapie und Grundversorgungspsychotherapie	509	32.6.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	535
31.3	Psychotherapieverfahren	510	32.6.3	Behandlungsleitfaden	535
31.3.1	Theorie- und Praxisanforderungen an ein Psychotherapieverfahren nach den Festlegungen des WBP	510	32.7	Leitfaden Supportiv-expressive Therapie (SET)	536
				Timo Storck	
31.4	Stand der Anerkennung von Psychotherapieverfahren und -methoden in Deutschland	512	32.7.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	536
31.5	Gesellschaftlicher Ausblick und Schlussfolgerung	513	32.7.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	537
			32.7.3	Behandlungsleitfaden	537
			32.7.4	Kontraindikation	538
			32.7.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	538
			32.8	Wissenschaftlich fundierte Leitlinienempfehlungen zum Verfahren	539
				Bernhard Strauß	
32	Die Familie der psychodynamischen Verfahren	515	32.9	Motivation zum Verfahren und Patientinneninformation	541
	Annegret Boll-Klatt, Timo Storck, Bernhard Strauß, Svenja Taubner			Annegret Boll-Klatt	
32.1	Historische Vorbemerkung, Begriffsklärung	516	32.9.1	Erfassung der Psychotherapiemotivation in der psychodynamischen Psychotherapie	541
	Annegret Boll-Klatt		32.9.2	Motivationsförderung	541
32.2	Leitfaden Psychodynamische Psychotherapie	517	32.9.3	Patientinneninformation	543
	Timo Storck				
32.2.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	517	33	Die Familie der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren	547
32.2.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	518		Jürgen Hoyer, Timo Brockmeyer	
32.2.3	Behandlungsleitfaden	518	33.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	548
32.2.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	521	33.1.1	Behandlungsschwerpunkt	548
32.2.5	Kontraindikation	521	33.1.2	Konzept und Ziele	548
32.2.6	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	522	33.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	549
32.2.7	Kritische Betrachtung	522	33.2.1	Problembeschreibung	549
32.3	Leitfaden Analytische Psychotherapie	523	33.2.2	Mikroanalyse (horizontale Verhaltensanalyse)	550
	Timo Storck		33.2.3	Makroanalyse	550
32.3.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	523	33.2.4	Plananalyse (vertikale Verhaltensanalyse)	550
32.3.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	523	33.3	Behandlungsleitfaden	551
32.3.3	Behandlungsleitfaden	523	33.3.1	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	551
32.3.4	Kontraindikation	526	33.3.2	Setting	551
32.3.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	527	33.3.3	Behandlungsfrequenz	551
32.3.6	Kritische Betrachtung	527	33.3.4	Therapeutische Haltung	551
32.4	Leitfaden Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)	528	33.4	Spezifische Interventionen	553
	Annegret Boll-Klatt		33.4.1	Expositionorientierte Verfahren	553
32.4.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	528	33.4.2	Kognitive Therapie	558
32.4.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	529			
32.4.3	Behandlungsleitfaden	529			

33.4.3	Verhaltensexperimente	562	34.4	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	597
33.4.4	Metakognitive Therapie (MKT)	563		Elisabeth Schramm	
33.4.5	Fertigkeiten- und verstärkungs-basierte Trainings	565	34.4.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	597
33.5	Wissenschaftlich fundierte Indikation	571	34.4.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	598
33.6	Kontraindikationen	572	34.4.3	Behandlungsleitfaden: Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	599
33.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	572	34.4.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	602
33.8	Wie informiere ich Patienten und Interessierte über dieses Verfahren?	572	34.4.5	Kontraindikationen	602
33.9	Beispiele für Therapiematerialien	573	34.4.6	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	602
34	Weitere wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethoden und -verfahren	577	34.4.7	Kritische Betrachtung	602
	Matthias Backenstrass, Jessica Bosch, Sven Cornelisse, Andrew T. Gloster, Thomas Heidenreich, Johannes Lindenmeyer, Johannes Michalak, Marcia T.B. Rinner, Christian Schmahl, Elisabeth Schramm		34.4.8	Dissemination und Ausblick	603
34.1	Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	578	34.4.9	Wie informiere ich Patientinnen und Interessierte über dieses Verfahren?	603
	Marcia T. B. Rinner und Andrew T. Gloster		34.4.10	Beispiele für Therapiematerialien	604
34.1.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	578	34.5	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	605
34.1.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	582		Matthias Backenstrass und Elisabeth Schramm	
34.1.3	Behandlungsleitfaden	583	34.5.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	605
34.1.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	583	34.5.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	606
34.1.5	Kontraindikationen	584	34.5.3	Behandlungsleitfaden	606
34.1.6	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	584	34.5.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	610
34.1.7	Wie informiere ich Betroffene und Interessierte über dieses Verfahren?	584	34.5.5	Kontraindikationen	610
34.1.8	Beispiele für Therapiematerialien	585	34.5.6	Risiken, Nebenwirkungen und negative Effekte	610
34.2	Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie	585	34.5.7	Kritische Betrachtung	610
	Johannes Michalak, Jessica Bosch und Thomas Heidenreich		34.5.8	Dissemination und Ausblick	610
34.2.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	585	34.5.9	Wie informiere ich Patientinnen und Interessierte über dieses Verfahren?	610
34.2.2	Verfahrensspezifische Diagnostik bei MBCT	586	34.5.10	Beispiel für Therapiematerialien	611
34.2.3	Behandlungsleitfaden MBCT	587	34.6	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	612
34.2.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	589		Sven Cornelisse und Christian Schmahl	
34.2.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	589	34.6.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	612
34.2.6	Kritische Betrachtung	590	34.6.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	612
34.2.7	Wie informiere ich Patientinnen und Interessierte über dieses Verfahren?	590	34.6.3	Konzept und Ziele der DBT	612
34.2.8	Beispiele für Therapiematerialien	590	34.6.4	Therapeutische Beziehungsgestaltung und Behandlungsstrategien der DBT	614
34.3	Motivational Interviewing	591	34.6.5	Behandlungsstrategien	615
	Johannes Lindenmeyer		34.6.6	Behandlungshierarchie und Therapiestufen	615
34.3.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	591	34.6.7	Wissenschaftlich fundierte Indikation	617
34.3.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	592	34.6.8	Kontraindikationen	619
34.3.3	Behandlungsleitfaden	592	34.6.9	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	619
34.3.4	Integrationsfähigkeit mit anderen Behandlungsansätzen	594	34.6.10	Kritische Betrachtung	619
34.3.5	Wissenschaftlich fundierte Indikation	594	34.6.11	Dissemination und Ausblick	619
34.3.6	Kontraindikationen	594	34.6.12	Wie informiere ich Patientinnen und Interessierte über dieses Verfahren?	619
34.3.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	594	35	Psychotherapiemethoden/-verfahren mit vorläufiger Evidenzbewertung: zwei aktuelle Beispiele	625
34.3.8	Kritische Betrachtung	595		Lars Auszra, Imke Herrmann, Gitta Jacob	
34.3.9	Dissemination und Ausblick	595	35.1	Schematherapie	625
34.3.10	Wie informiere ich Patientinnen und Interessierte über dieses Verfahren?	596		Gitta Jacob	
34.3.11	Beispiele für Therapiematerialien	596	35.1.1	Hintergrund und Entwicklung	625
			35.1.2	Behandlungsleitfaden	627

35.1.3	Spezifische Interventionen	627	37.2.2	Formale Veränderungstheorien	654
35.1.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	629	37.2.3	Struktur und Strukturierung (Rahmen) von Gruppen	655
35.1.5	Kontraindikationen	629	37.2.4	Gruppenprozess, Wirkfaktoren und Gruppendynamik	656
35.1.6	Risiken, Nebenwirkungen, unerwünschte Effekte	630	37.2.5	Gruppenleitung und gruppentherapeutische Kompetenzen	657
35.1.7	Kritische Betrachtung	630	37.2.6	Patientenmerkmale	659
35.2	Emotionsfokussierte Therapie Imke Herrmann und Lars Auszra	630	37.2.7	Beispielhafte Gruppen	660
35.2.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	631	37.2.8	Gruppenpsychotherapieforschung	660
35.2.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	632	37.2.9	Spezifische Methoden und Materialien für Gruppenpsychotherapeuten	662
35.2.3	Behandlungsleitfaden	633	37.3	Kognitive bewältigungsorientierte Verhaltenstherapie mit Paaren Rebekka Kuhn und Guy Bodenmann	663
35.2.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	634	37.3.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	663
35.2.5	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	635	37.3.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	664
36	Einige Impulse aus humanistischen Verfahren Mark Galliker	637	37.3.3	Behandlungsleitfaden: Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	664
36.1	Personzentrierte Gesprächspsychotherapie	637	37.3.4	Wirksamkeit	668
36.1.1	Ausgangspunkte	638	37.3.5	Risiken	669
36.1.2	Konzepte des Verfahrens	638	37.3.6	Beispiele für Therapiematerialien	669
36.1.3	Praktisches Vorgehen	639	37.3.7	Ausblick	669
36.2	Das Experiencing-Focusing-Konzept	639	37.4	Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie- Ansätze (AbA) Christoph Kröger	669
36.2.1	Ausgangspunkte	639	37.4.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	670
36.2.2	Konzepte des Verfahrens	640	37.4.2	Arbeitsplatzbezogene Diagnostik	671
36.2.3	Praktisches Vorgehen	640	37.4.3	Behandlungsleitfaden: Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	671
36.3	Gesprächspsychotherapie als existenzieller Prozess	640	37.4.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	678
36.3.1	Ausgangspunkte	641	37.4.5	Kontraindikationen	678
36.3.2	Konzepte des Verfahrens	641	37.4.6	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	678
36.3.3	Praktisches Vorgehen	641	37.4.7	Kritische Betrachtung	678
36.4	Gestalttherapie	642	37.4.8	Arbeitsmaterialien	679
36.4.1	Ausgangspunkte	642	37.4.9	Dissemination und Ausblick	680
36.4.2	Konzepte des Verfahrens	643	37.5	Psychotherapie in der Rehabilitation Volker Köllner	681
36.4.3	Praktisches Vorgehen	643	37.5.1	Definition	681
36.5	Wissenschaftliche Anerkennung der humanistischen Verfahren	644	37.5.2	Stellenwert der psychosomatischen Rehabilitation und sozialmedizinische Bedeutung psychischer Erkrankungen	682
37	Settingspezifische Psychotherapie Harald Baumeister, Guy Bodenmann, Matthias Domhardt, David Daniel Ebert, Volker Köllner, Christoph Kröger, Rebekka Kuhn, Alexandra Martin, Eva-Maria Meßner, Carsten Spitzer, Bernhard Strauß, Cornelia Weise	647	37.5.3	Reha-Indikation und Antragsverfahren	683
37.1	Voll- und teilstationäre Psychotherapie Carsten Spitzer	648	37.5.4	Multimodales Konzept der Rehabilitation	684
37.1.1	Definition und Besonderheiten	648	37.5.5	Sozialmedizinische Beurteilung	685
37.1.2	Das therapeutische Team	650	37.5.6	Empirische Absicherung	686
37.1.3	Indikation, Kontraindikation und Ziele	650	37.6	Internet- und Mobile-basierte Psychotherapie Matthias Domhardt, Eva-Maria Meßner, David Daniel Ebert und Harald Baumeister	686
37.1.4	Wirksamkeit, Therapieabbrüche und Non-Response	651	37.6.1	Kennzeichen und Definition	686
37.1.5	Spezifika der teilstationären Psychotherapie	651	37.6.2	Behandlungsleitfaden und Rahmenbedingungen	687
37.1.6	Wichtige Kompetenzen	652	37.6.3	Verfahrensspezifische Diagnostik	689
37.2	Gruppenpsychotherapie Bernhard Strauß	653	37.6.4	Wissenschaftlich fundierte Indikation	689
37.2.1	Stellenwert von Gruppenpsychotherapie in der psychotherapeutischen Ausbildung/Versorgung	653			

37.6.5	Kontraindikationen	689	39.2	Anerkennung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren	719
37.6.6	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	690	39.2.1	Berufsrechtliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP)	719
37.6.7	Beispiele für Internet- und Mobile-basierte Interventionen	690	39.2.2	Sozialrechtliche Anerkennung durch den G-BA	721
37.7	Bio- und Neurofeedback	692	39.2.3	Welche psychotherapeutischen Verfahren sind anerkannt?	721
	Cornelia Weise und Alexandra Martin		39.3	Ambulante psychotherapeutische Versorgung	722
37.7.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	692	39.3.1	Entwicklung der ambulanten Versorgung und Bedarfsplanung	722
37.7.2	Physiologische Parameter und ihre Anwendungsgebiete	693	39.3.2	Behandlungsverfahren und Anwendungsformen in der ambulanten Psychotherapie	723
37.7.3	Verfahrensspezifische Diagnostik	695	39.3.3	Struktur der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	724
37.7.4	Behandlungsleitfaden	696	39.3.4	Psychotherapeuten als Koordinatoren der Versorgung	725
37.7.5	Wissenschaftlich fundierte Indikation	697	39.3.5	Verordnung von Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation	725
37.7.6	Kontraindikationen	698	39.3.6	Ambulante Komplexbehandlung	726
37.7.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	698	39.4	Stationäre psychotherapeutische Versorgung	727
37.7.8	Therapiematerialien	699	39.4.1	Krankenhausbehandlung	727
			39.4.2	Stationäre Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen	728
38	Systemische Therapie und familientherapeutische Ansätze	705	39.5	Teilstationäre Behandlung von psychischen Erkrankungen	728
	Kirsten von Sydow		40	Verwaltungstechnische Aufgaben	731
38.1	Kennzeichen und Definition des Verfahrens	706		Manuel Becker, Stefan Koch	
38.2	Verfahrensspezifische Diagnostik	706	40.1	Verwaltungstechnische Aufgaben in der (teil-)stationären Versorgung	731
38.3	Behandlungsleitfaden	706		Stefan Koch	
38.3.1	Therapeutische Haltung	707	40.1.1	Kostenübernahme und Kommunikation mit Kostenträgern	732
38.3.2	Setting	707	40.1.2	Dokumentation des Behandlungsverlaufs	732
38.3.3	Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens	708	40.1.3	Kommunikation zwischen den Abteilungen	733
38.3.4	Behandlungsfrequenz und Stundenzahl	708	40.1.4	Entlassungsberichte	734
38.3.5	Therapieziele	708	40.2	Verwaltungsaufgaben in der ambulanten Psychotherapie: Qualität schaffen mit System	736
38.3.6	Spezifische Interventionen	708		Manuel Becker	
38.3.7	Integrationsfähigkeit mit anderen Behandlungsansätzen	709	40.2.1	Überblick schaffen	736
38.4	Evidenzbasierte systemische Manuale	709	40.2.2	Wissen, wo man nachschlagen muss	736
38.5	Wissenschaftlich fundierte Indikation	710	40.2.3	Verwaltung verstehen – als eine Frage der Indikation	737
38.6	Kontraindikationen	711	40.2.4	Berufspflichten mit Verwaltungsaufgaben erfüllen	738
38.7	Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte	711	40.2.5	Mit den eigenen Rollen im Klaren sein	739
38.8	Wie informiere ich Patientinnen, Angehörige und Interessierte über das Verfahren?	711	41	Ethik in der Psychotherapie	743
38.9	Beispiele für Therapiematerialien	712		Manuel Trachsel	
38.10	Ausblick	712	41.1	Ethik als notwendige Bedingung für gute Psychotherapie	743
IV	Allgemeiner Teil	715			
39	System der Gesundheitsversorgung bei psychischen Erkrankungen	717			
	Timo Harfst				
39.1	Krankenversicherung	718			
39.1.1	Gesetzliche Krankenversicherung	718			
39.1.2	Andere Formen der Krankenversicherung	718			
39.1.3	Leistungen der GKV	718			

41.2	Zentrale ethische Themen in der Psychotherapie	445	44.2	Definition und Differenzierung von Nebenwirkungen und Schäden	771
41.3	Welche Ethikkompetenzen brauchen Psychotherapeuten?	746	44.3	Entscheidungsschritte	772
41.3.1	Die Begriffe der Ethik und Moral	746	44.4	Verfahrens- und settingabhängige Nebenwirkungen und negative Effekte	772
41.3.2	Die Prinzipienethik	746	44.5	Methoden zur Erfassung von Nebenwirkungen	773
41.3.3	Deontologie, Konsequentialismus, Tugendethik und Care-Ethik	747	44.6	Systematische Forschung zu Nebenwirkungen	774
41.4	Ethische Unterstützung in der Psychotherapie	747	44.7	Nebenwirkungen von Psychotherapie bei Therapeutinnen	775
42	Berufsrecht für Psychotherapeutinnen Hartmut Gerlach	751	44.8	Fehlerkultur	775
42.1	Einführungsfall	751	44.9	Materialien	775
42.2	Vorbemerkung und Zielsetzung	752	45	Praktische Psychopharmakologie Ulrich Schu	777
42.2.1	Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten- ausbildung	752	45.1	Generelle Vorbemerkungen	777
42.2.2	Zielsetzung	752	45.2	Allgemeiner Teil: Substanzkategorien	778
42.3	Ausübung der Heilkunde: berufsrechtlicher Überblick	753	45.2.1	Antidepressiva	778
42.3.1	Grundpflichten	753	45.2.2	Stimmungsstabilisierer	782
42.3.2	Informationelles Selbstbestimmungsrecht	755	45.2.3	Antipsychotika	786
42.4	Lösung des Einführungsfalls	756	45.2.4	Benzodiazepine	788
43	Institutionelle Hilfen in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Sören Friedrich, Karen Krause und Silvia Schneider	759	45.2.5	Substanzunabhängige Therapieverfahren	791
43.1	Einleitung	759	45.2.6	Therapeutisches Drug-Monitoring	792
43.2	Hilfen zur Erziehung	761	45.2.7	Intoxikationen	793
43.2.1	Allgemeine Erziehungsberatung (§ 28 SGBVIII)	761	45.2.8	Zulassung	793
43.2.2	Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGBVIII)	762	45.3	Spezieller Teil: Therapieprinzipien	793
43.2.3	Erziehungsbeistand und Betreuungshelfer (§ 30 SGBVIII)	762	45.3.1	Depression	793
43.2.4	Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH, § 31 SGBVIII)	762	45.3.2	Bipolare affektive Störungen	794
43.2.5	Teilstationäre und stationäre Angebote der Jugendhilfe (§§ 32, 34 SGBVIII)	763	45.3.3	Angststörungen	794
43.2.6	Vollzeitpflege (§ 33 SGBVIII)	764	45.3.4	Zwangsstörungen	795
43.2.7	Intensivpädagogische Unterstützung (§ 35 SGBVIII)	764	45.3.5	Essstörungen	795
43.2.8	Überblick	765	45.3.6	Somatoforme Störungen	795
43.2.9	Wie informiere ich (Patienten und) Angehörige, dass man nun das Jugendamt hinzuziehen möchte?	766	45.3.7	Posttraumatische Belastungsstörung	795
43.3	Weitere Maßnahmen	766	45.3.8	Schizophrenie	795
43.3.1	Frühe Hilfen	766	45.3.9	Schizoaffektive Störungen	796
43.3.2	Schulpsychologische Beratung	767	45.3.10	Suchterkrankungen	796
43.4	Fazit	767	45.3.11	Aufmerksamkeitsdefizit-/ (Hyperaktivitäts)- Syndrome	796
44	Unerwünschte Behandlungseffekte und Nebenwirkungen Bernhard Strauß	769	45.3.12	Schlafstörungen	797
44.1	Bedeutung und Systematik von unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie	769	45.3.13	Persönlichkeitsstörungen	797
			45.3.14	Therapiedauer und Absetzen der Medikation	798
			45.3.15	Fahrtüchtigkeit	798
			45.3.16	Schwangerschaft und Stillzeit	798
			46	Geschlechtsspezifische Aspekte des Störungsverständnisses und in der Psychotherapie Christine Kühner	801
			46.1	Epidemiologie: Geschlechtsunterschiede in der Verbreitung psychischer Störungen	801
			46.1.1	Administrative Daten	801
			46.1.2	Bevölkerungsdaten	801
			46.1.3	Suizidalität	802
			46.1.4	Sexuelle Minderheiten	802

46.2	Genderbezogene Risikofaktoren und Auslöser für seelische Krisen	802	49	Leitungsaufgaben in der (teil-)stationären Psychotherapie	827
46.2.1	Emotionalität und Emotionsregulierung	803		Edgar Geissner	
46.2.2	Psychosoziale Belastungsfaktoren und Alltagsstressoren	803	49.1	Rekrutierung	828
46.2.3	Hilfesuchverhalten und Behandlungspräferenz	804	49.2	Kompetenzen	828
46.3	Doing Gender: eine gendersensible Betrachtung des psychotherapeutischen Prozesses ²	804	49.3	Stil	829
46.4	Genderbezogene Evidenz von Psychotherapie	805	49.4	Aufgaben	830
46.5	Besonderheiten psychischer Störungen in der Peripartalzeit	805	49.4.1	Personalplanung	830
46.5.1	Psychische Störungen in der Peripartalzeit	806	49.4.2	Personalauswahl	830
46.5.2	Besonderheiten in der Behandlung	806	49.4.3	Mitwirkung an der Psychotherapeutenausbildung	830
47	Transkulturelle Aspekte in der Psychotherapie	809	49.4.4	Dienstliche/berufliche Angelegenheiten der psychologischen Mitarbeiterinnen	830
	Ulrike von Lersner		49.4.5	Praktikantinnen	831
47.1	Kennzeichen und Definition des Ansatzes	810	49.4.6	Leitung im Stationsalltag	831
47.2	Prävalenz psychischer Erkrankungen im internationalen Vergleich	810	49.4.7	Mitarbeit in der Leitung der Klinik oder Einrichtung	831
47.3	Die Rolle von Kultur in der Psychotherapie	810	49.5	Risiken	832
47.3.1	Abgrenzung von Kultur, Migrationserfahrung und sozialer Lage	811	49.6	Fazit	832
47.3.2	Transkulturelle Kompetenz und kulturelle Adaptation	811	50	Psychologische Gutachten bei klinischen Fragestellungen	835
47.4	Therapeutische Haltung	813		Stephan Goerigk und Markus Bühner	
47.5	Kultursensitive Diagnostik	814	50.1	Psychologische Gutachten	835
47.5.1	Anamneseerhebung	814	50.1.1	Definition	835
47.5.2	Psychometrische Testung	814	50.1.2	Wer darf klinisch-psychologische Gutachten erstellen?	836
47.6	Einsatz von Sprachmittlerinnen	815	50.1.3	Was wird begutachtet?	836
47.7	Integrationsfähigkeit mit anderen Behandlungsansätzen	815	50.2	Unterschiedliche Rechtskontexte klinisch-psychologischer Gutachten	837
47.8	Wissenschaftlich fundierte Indikation	816	50.3	Qualitätsebenen psychologischer Gutachten	838
47.8.1	Risiken und Nebenwirkungen	816	50.4	Die klinisch-psychologische Begutachtung	838
47.8.2	Kritische Betrachtung	816	50.4.1	Der Begutachtungsprozess	838
47.9	Ausblick	817	50.4.2	Diagnostische Methoden	844
48	Komplementäre Verfahren	819	50.5	Leitfaden zur Gutachtenerstellung	847
	Andreas Hillert		50.5.1	Gliederung	847
48.1	Sozialtherapie	820	50.5.2	Formulierung und verwendete Sprache	847
48.2	Sport- und Bewegungstherapie	821	50.5.3	Transparenz	848
48.2.1	Theorie	821	50.5.4	Darstellung des eigenen Vorgehens	848
48.2.2	Praxis	822	50.5.5	Anamnese	848
48.3	Ergotherapie	823	50.5.6	Darstellung diagnostischer Ergebnisse	849
48.4	Nonverbale künstlerisch-kreative Therapien: Gemeinsamkeiten	823	50.5.7	Befund	850
48.4.1	Kunst- und/oder Gestaltungstherapie	823	50.5.8	Klinische Diagnose	850
48.4.2	Musiktherapie	824	50.5.9	Stellungnahme	850
48.5	Komplementäre Perspektiven	825	50.5.10	Empfehlungen und Vorschläge	851
			50.6	Probleme bei der Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen	851

51	Psychotherapieforschung	855	51.3	Untersuchung von Veränderungsmechanismen und Prozessen	863
	Wolfgang Lutz, Julia Anna Glombiewski, Anne-Katharina Deisenhofer und Julian A. Rubel				
51.1	Einleitung: Psychotherapieforschung im Wandel ...	855	51.3.1	Mediatoren sowie intra- und interindividuelle Zusammenhänge im Psychotherapieverlauf	863
51.2	Evaluation psychologischer Interventionen	856	51.3.2	Experimentelle Psychotherapie- und Psychopathologieforschung	864
51.2.1	Ebenen der Erfolgsmessung psychotherapeutischer Veränderungen	856	51.3.3	Qualitative Forschung und Einzelfallstudien	864
51.2.2	Studiendesigns zur Untersuchung der Wirksamkeit klinisch-psychologischer Interventionen	857	51.4	Integration der Psychotherapieforschung in die klinische Praxis sowie Aus- und Weiterbildung ...	865
51.2.3	Zur Wirksamkeit von Psychotherapie: Effektstärken und Metaanalysen	859	51.4.1	Qualitätssicherung und Versorgungsforschung ...	865
51.2.4	Methoden zur Beurteilung klinisch signifikanter Veränderungen	861	51.4.2	Personalisierung und psychometrische Rückmeldungen	865
51.2.5	Verlaufsmessung, Netzwerke und Modellierung ...	861	51.5	Abschließende Bemerkungen	866
51.2.6	Therapeutinneneffekte, Misserfolge, Therapiedauer, Therapieabbruch und Katamnesen	862		Register	869

17

Annegret Eckhardt-Henn

Artifizielle Störungen

17.1 Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie	285	17.3.2 Die Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen	288
17.1.1 Diagnostische Kriterien	285	17.4 Psychometrische Diagnostik	290
17.1.2 Klassifikation	286	17.5 Therapie	290
17.1.3 Epidemiologie	286	17.5.1 Behandlungsleitlinien	290
17.2 Pathologische Ärztin-Patientin-Interaktion	287	17.5.2 Interventionen	290
17.3 Relevante Störungsmechanismen	288	17.6 Münchhausen-Syndrom	292
17.3.1 Prädisponierende Faktoren	288		

Kernaussagen

- Artifizielle Störungen sind Erkrankungen, bei denen die Betroffenen absichtlich körperliche und/oder psychische Krankheitssymptome erzeugen oder vortäuschen.
- Das vordergründige Ziel ist, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, die Aufnahme in ein Krankenhaus und die Durchführung häufig invasiver, oft auch operativer medizinischer Eingriffe zu erreichen.
- Die Erkrankung hat nichts mit Simulation zu tun. Es geht nicht um das Erlangen finanzieller oder anderer Vorteile.
- Die Störungsgruppe ist phänomenologisch, ätiopathogenetisch und behandlingstechnisch heterogen.
- Es gibt leichte, mittelschwere und sehr schwere Formen, die im Verlauf mit schwersten Komplikationen – bis hin zu Verstümmelungen – einhergehen.
- Das sog. „Münchhausen-Syndrom“ ist eine sehr seltene Untergruppe der Erkrankung, für die ein zwanghaftes Lügen (Pseudologia phantastica) und ein zwanghaftes Umherwandern („peregrinating problem patients“) charakteristisch ist.
- Die Diagnose dieses Störungsbildes ist ausgesprochen komplex, da die Patientinnen zu einem hohen Prozentsatz körperliche Symptome haben, die auch behandelt werden müssen. Diese Symptome sind aber selbst erzeugt, d. h., der eigentliche Grund der Erkrankung ist eine sehr schwere psychopathologische Störung.
- Artifizielle Störungen müssen immer interdisziplinär behandelt werden.
- Artifizielle Störungen lassen sich ähnlich wie dissoziative Störungen mithilfe eines multifaktoriellen biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Stress-Modells verstehen, in dem biografisch frühe Traumatisierungen eine wichtige Rolle spielen.
- Für das psychotherapeutische Vorgehen können bisher noch keine evidenzbasierten Empfehlungen formuliert werden.

17.1 Diagnostische Kriterien, Klassifikation, Epidemiologie

17.1.1 Diagnostische Kriterien

Das Hauptmerkmal der artifiziellen Störungen ist das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen und/oder psychischen Krankheitssymptomen. Manchmal werden vorhandene Krankheits-symptome aggraviert oder (seltener) vorgetäuscht. Das geschieht mit dem Ziel, ärztliche Behandlung, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Durchführung häufig invasiver, oft auch operativer medizinischer Eingriffe zu erreichen. Es gibt keine offensichtlichen

äußeren Anreize. Die Patientinnen können auch Krankenunterlagen oder Laborbefunde fälschen oder Arztberichte zensieren, d. h., es werden nur „positive“ Arztberichte vorgelegt, also solche, die keinerlei Verdachtsdiagnose auf eine artifizielle Störung enthalten. Um bestimmte Krankheitssymptome zu erzeugen, werden mitunter Substanzen oder Medikamente zu Hilfe genommen, die teilweise gefährlich sein können, z. B. Insulin, Cumarinpräparate, Schilddrüsenhormone, Anticholinergika oder Cholinergika. Es kann dazu kommen, dass Patientinnen sich Blut abnehmen, um dadurch eine Anämie zu erzeugen, oder ihrem Urin Blut oder andere Materialien (z. B. Kotlösungen) beimengen usw. Die häufigsten Symptome artifizieller Störungen sind in > Box 17.1 zusammengefasst.

BOX 17.1**Häufigste Symptome artifizierlicher Störungen****1. Artifizierliche Hauterkrankungen**

- Aufbringen von Säuren und Laugen oder anderen schädigenden Substanzen
- Kneten, Reiben, Quetschen der Haut
- Strangulieren von Extremitäten (artifizierliche Lymphödeme)
- Subkutanes Einspritzen von infizierten Lösungen, Speichel, Milch etc.

2. Artifizierliche innere Erkrankungen

- Artifizierliches Fieber durch Einnahme pyrogen wirkender Substanzen
- Thermometermanipulationen, Fälschung des Krankenblatts
- Artifizierliche hämatologische Erkrankungen: Selbstentnahme von Blut zur Erzeugung von Anämien, selbst herbeigeführtes Bluten, Einnahme von Antikoagulanzen, Vortäuschen von HIV-Infektion und Selbstinfektion mit HIV-infiziertem Blut
- Artifizierliche Stoffwechselerkrankungen: Hyperthyreose durch Einnahme von Schilddrüsenhormonen, Hypoglykämie durch Injektion von Insulin oder Einnahme oraler Antidiabetika; Hypokaliämie durch Einnahme von Diuretika, Lakritzabusus, Laxanzienabusus, Hyperkalzämie durch Einnahme von Kalzium oder Vitamin D; Cushing-Syndrom durch Einnahme von Prednison; Hyperamylasurie durch Speichelzusatz zum Urin; Anticholinergika-Intoxikation durch Einnahme von Sympathomimetika
- Artifizierliche kardiologische Symptome: Vortäuschung einer KHK; Einnahme von Betablockern, Clonidin u. a.
- Artifizierliche pulmonologische Symptome: Hämoptysis durch vorher geschlucktes Eigen- oder Tierblut

3. Artifizierliche gynäkologische Symptome

- Abdominale Schmerzen
- Vaginale Blutungen durch Eigen- oder Fremdblut
- Mechanische Manipulationen an Portio und Vagina
- Einbringen ätzender Lösungen in die Vagina

4. Artifizierliche chirurgische Symptome

- Vortäuschen abdominaler Schmerzen
- Stuhlverhalt
- Manipulationen an Wunden und Operationsnarben
- Selbstinjektion von Fremdkörpermaterial zur Erzeugung von Abszessen
- Manipulation an zentralvenösen Zugängen u. Ä.

5. Artifizierliche urologische Symptome

- Einbringen von Eigen- oder Tierblut retrograd durch die Harnröhre oder per Injektion durch die Bauchdecke in die Blase zur Erzeugung einer Hämaturie
- Kontamination des Urins mit Fäkalien u. Ä.
- Manipulationen an der Harnröhre mit Nadeln u. Ä.

6. Artifizierliche Symptome in der Kinderheilkunde

- Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom
- Artifizierliche Symptome bei Kindern und Jugendlichen, meist dermatologische Symptome, Schmerzzustände, Fieber; prinzipiell alle Symptome

7. Psychiatrische Symptome

Vortäuschen (häufig mithilfe von Medikamenten) von Verwirrheitszuständen, halluzinativen Erlebnissen, deliranten Zuständen, psychotischen Symptomen und Suizidalität; Vortäuschen von Traumafolgestörungen oder dissoziativen Symptomen (vgl. Catalina et al. 2008; DelCasale et al. 2012)

Besonderheiten im Beziehungsverhalten

- Patientinnen mit artifizierlichen Störungen verhalten sich nicht spektakulär. Sie sind zunächst eher unauffällig. Die Anamnese bzgl. möglicher aktueller oder auch zurückliegender psychischer Konflikt- und Belastungssituationen erscheint zunächst leer („Meine Kindheit

war unauffällig. Ich hatte ein gutes Verhältnis zu meinen Eltern und Geschwistern.“).

- Wenn Betroffene mit dem Verdacht einer artifizierlichen Erkrankung konfrontiert werden, brechen sie oft die Beziehung ab.
- Sie verleugnen zunächst jegliche Selbstverletzung oder Vortäuschung und reagieren oft sehr ärgerlich. Es kann dann zu erneuten Selbstverletzungen und in seltenen Fällen sogar zu Suizidversuchen kommen. Deswegen ist es von hoher Bedeutung, wie man in der ersten Behandlungsphase mit diesen Patientinnen umgeht (s. u.).

17.1.2 Klassifikation

Bei den artifizierlichen Störungen handelt es sich um ein heterogenes Spektrum von Erkrankungen:

- Es können **leichte, episodentartig auftretende Erkrankungen** vorkommen. Die Betroffene, die sich z. B. in einer akuten Belastungssituation befindet, erzeugt oder täuscht nur einmalig – dann meist oft leichtere – Krankheitssymptome vor. Oft handelt es sich dabei um Hautsymptome durch das Aufbringen von ätzenden Lösungen, Selbsttraumatisierungen, akute Lymphödeme durch Abschnüren von Gliedmaßen, Wundheilungsstörungen oder Schmerzzustände usw.
- Bei den **mittelschweren Formen** kann es zu einem intermittierenden Verlauf kommen. Die Episoden, in denen Krankheiten vorgetäuscht oder erzeugt werden, rezidivieren. Meist werden die Abstände im Verlauf kürzer und häufiger.
- Bei den schweren, komplexen Formen handelt es sich um Patientinnen, bei denen die Krankheit zu einer Art „way of life“ wird. Sie erzeugen ständig neue Krankheitssymptome und befinden sich schließlich fast ständig in Kliniken. Oft wechseln sie die Kliniken und kommen auf hohe Zahlen von Arztbesuchen und medizinischen Eingriffen pro Jahr. Sie verursachen hohe Kosten und bringen sich in höchste Gefahr. Es kommt regelhaft zu schweren iatrogen bedingten Verstümmelungen bis hin zu Gliedmaßenamputationen, entstellenden Operationen oder anderen Folgekomplikationen. Etwa 30 % der Patientinnen mit schweren artifizierlichen Störungen versterben im Verlauf.

Die Betroffenen wechseln meistens die Ärztinnen und auch die Kliniken, sodass es schwierig ist, die Erkrankung genau zu befor-schen.

17.1.3 Epidemiologie

Laut DSM-5 zeigt schätzungsweise ca.1 % der Patientinnen in Krankenhäusern Verhaltensweisen, welche die Kriterien einer artifizierlichen Störung erfüllen. Nach einer älteren multizentrischen Untersuchung von Fliege et al. (2007) lag die (geschätzte) Häufigkeit (d. h. die 1-Jahres-Prävalenz) der artifizierlichen Störungen bei durchschnittlich 1,3–1,8 % (vgl. auch Ferrara et al. 2012). Häufig wird die Diagnose nicht gestellt. Meistens wird sie erst nach monate-, manchmal sogar jahrelangem Krankheitsverlauf gestellt.

MERKE

Etwa 80 % der von artifiziellen Störungen Betroffenen sind **weiblichen Geschlechts**. Auffällig ist eine Häufung **medizinischer Berufe** (Pflegerberufe, Medizinisch-Technische Assistentinnen, vereinzelt auch Ärztinnen). Sie machen ca. ein Viertel bis ein Drittel der Fälle aus.

Bezogen auf die Gesamtgruppe der artifiziellen Störungen liegt bei ca. 10 % ein (sehr seltenes) *Münchhausen-Syndrom* (> Kap. 17.6) vor (Feldman und Eisendrath 1996).

PATIENTENINFO**Wie erläutere ich Patientinnen, Angehörigen und Interessierten dieses Krankheitsbild?**

„Wir haben den Verdacht, dass Sie an einer sehr komplexen und schwierigen Erkrankung leiden, bei der körperliche und seelische Faktoren, Belastungs- und Stressfaktoren die Ursache sind. Es kann vorkommen, dass sich Menschen in bestimmten Belastungssituationen selbst verletzen oder auch Krankheitssymptome erzeugen, hinterher aber nichts davon wissen. Das Verhalten unterliegt sog. dissoziativen Prozessen, d. h., das Bewusstsein versucht, dieses Verhalten zu verdrängen, sodass es möglich ist, dass sich die Betroffene gar nicht daran erinnern kann, dass sie die Symptomatik selbst hervorgerufen hat. Deshalb glaubt die Patientin auch selbst, an einer schwerwiegenden körperlichen und/oder psychischen Erkrankung zu leiden. Charakteristisch ist aber, dass es nicht zu Behandlungserfolgen kommt, sondern dass im Verlauf der Krankheit immer wieder neue Symptome wie z. B. ständige Wundheilungsstörungen oder andere Symptome auftreten. Im weiteren Verlauf kann die Erkrankung dann zu sehr schwerwiegenden Schäden für die Patientin, aber auch für die Ärztinnen führen. Das geht so weit, dass es zu Folgekomplikationen nach Operationen wie z. B. wiederholte Wundheilungsstörungen mit nachfolgenden Osteomyelitiden (Knochenmarkentzündungen) oder sogar zu Gliedmaßenamputationen kommen kann. Die mittelschweren und schweren Formen dieser schwierigen Erkrankung sind im Grunde mit einer Krebserkrankung vergleichbar. Warum eine Patientin dieses Verhalten zeigt, bleibt zunächst offen. Sie kann es meist selbst nicht verstehen, muss es aber tun. Sie kann es nicht lassen. Meist hat es etwas mit unverarbeiteten Belastungen aus ihrem Leben zu tun und nicht damit, dass sie irgendwelche Vorteile finanzieller oder anderer Art erreichen möchte wie etwa eine Simulantin.“

Es handelt sich um eine schwere Erkrankung, die häufig mit schwerwiegenden Erlebnissen und Entwicklungsverläufen in ihrem Vorleben verbunden ist. Auch das ist der betroffenen Patientin zunächst nicht unbedingt zugänglich. Gewissermaßen ist die Erkrankung eine Art Hilfeschrei und erfordert dringend eine spezifische Behandlung bei entsprechenden Spezialistinnen und in entsprechenden Spezialkliniken.“

17.2 Pathologische Ärztin-Patientin-Interaktion

Bei der artifiziellen Störung – insbesondere bei den mittelschweren und schweren komplexen Formen – ist die Interaktion zwischen Ärztin und Patientin immer von einer spezifischen Pathologie geprägt. Die Ärztinnen scheinen die Verleugnung, manchmal sogar die dissoziative Abwehr der Patientinnen nach Art einer „Folie à deux“ mitzumachen, was insbesondere Feldman und Feldman (1995) sehr eindrucksvoll beschrieben haben: „tangled in the web“. Diese Pathologie trägt dazu bei, dass das Ausmaß der Fehldiagnosen erheblich ist. Manchmal wird die Diagnose überhaupt nicht

oder erst nach mehrwöchigem bis mehrjährigem Krankheitsverlauf gestellt. Dann ist es i. d. R. schon zu schweren Schäden für die Patientin, aber letztlich auch für ihre Ärztinnen gekommen. Nach wie vor kennen Ärztinnen diese Krankheit nicht wirklich. Das ist insofern interessant, als sie erstmals 1951 von Richard Asher, einem Internisten, in dem hochrangigen wissenschaftlichen Journal „The Lancet“ beschrieben wurde und es seitdem zahllose Kasuistiken und Fallbeschreibungen gibt.

Ärztinnen, die Patientinnen mit artifiziellen Störungen behandeln, entwickeln eine enorme Aktivität, die fatale Ausmaße annehmen kann und meistens exponentiell zum Ausmaß ihrer Ratlosigkeit steigt. Man hat den Eindruck, als ob sie die autodestruktiven Impulse der Patientinnen unbewusst mitagieren. Man ist oft verwundert, wie schnell Indikationen, auch für invasive und gefährliche Maßnahmen gestellt werden. Sie werden viel seltener als bei anderen Patientinnen hinterfragt. Im weiteren Verlauf kommt es dann zu Abwehrreaktionen, denn die Behandlungsmaßnahmen, die oft sehr invasiv sind mit wiederholten operativen Eingriffen, helfen nicht. Es kommt zu immer neuen Exazerbationen der Erkrankung und zu einer Verschlimmerung. Das löst in den Ärztinnen Ohnmacht und schließlich auch Aggression und Resignation aus und bringt sie aufgrund ihrer berufsethischen Normen, der unbewussten Manipulation durch die Patientinnen und unbewusst motivierten professionellen Handelns (Agierens) in einen komplexen Konflikt (vgl. Eckhardt-Henn 1999; Feldman und Eisendrath 1996).

MERKE

Die Behandlerinnen schrecken vor der Verdachtsdiagnose einer artifiziellen Störung zurück. Insbesondere wenn es bereits zu Folgeschäden gekommen ist, für die sie sich verantwortlich fühlen, wird die Diagnose artifizielle Störung tabuisiert. Wenn sich der Verdacht erhärtet, wird die Betroffene meist nicht mehr als Patientin, sondern als Simulantin, Betrügerin oder Kriminelle eingeordnet. Zur „Überführung“ der Patientin werden häufig detektivisch-kriminalistische Maßnahmen erwogen.

Die spezifischen Probleme unseres aktuellen modernen Gesundheitssystems perpetuieren leider die Ausbreitung dieser Erkrankung. Aufgrund von DRG-System (Fallzahldruck, Verweildauerkürzungsdruck) werden die Patientinnen heute sehr schnell entlassen, Diagnostik wird i. d. R. nur fokussiert durchgeführt. Wenn die eine medizinische Abteilung ihre diagnostische Aufgabe erfüllt hat, wird die Patientin meist entlassen, auch wenn diagnostische Maßnahmen in anderen Fachgebieten noch durchgeführt werden müssten. Zeit, sich mit solchen schwierigen, komplexen Patientinnen zu beschäftigen, gibt es so gut wie nicht. Auch die Zeit für interdisziplinäre Konferenzen und entsprechende Falldiskussionen ist deutlich knapper geworden. Man hat den Eindruck, dass Artefaktpatientinnen die Schwächen des Gesundheitssystems ad absurdum führen. Wollte man es zynisch kommentieren, könnte man auch sagen, die Patientinnen generieren immer wieder neue Fälle, weil sie immer neue Symptome produzieren.

Artefaktstörungen werden durch die Schwächen unseres Gesundheitssystems „unterstützt“; die Patientinnen können von Klinik zu Klinik wandern, Notfallambulanzen und neue Ärztinnen aufsuchen, zwischen denen aus den genannten Gründen dann meist keine Kommunikation besteht. Dann wird die ganze Diagnostik

„eben nochmal neu gemacht“. Dabei agieren Ärztinnen mit und tragen auf diese Weise dazu bei, dass die Erkrankungen so häufig chronifizieren.

17.3 Relevante Störungsmechanismen

17.3.1 Prädisponierende Faktoren

Wir wissen heute, dass Patientinnen mit schwereren artifiziellen Störungen in ihrer Kindheit eine Häufung von teilweise schwerwiegenden traumatischen Ereignissen wie wiederholtem sexuellem Missbrauch, schwerer Deprivation und körperlicher, aber auch seelischer sadistischer Gewalt erlebt haben. Meistens kommen sie aus Familien, die eine Art „Broken-Home“-Situation zeigen. Sie haben inkonstante Beziehungen, es gibt sadistische Umgangsformen, häufige Verlusterlebnisse und entsprechende Erkrankungen der Eltern. Die Familien befanden sich i. d. R. in chronischen Konflikt- und Belastungssituationen.

Neurobiologische Ergebnisse und Hypothesen

Aus der aktuellen Traumaforschung ist bekannt, dass Menschen, die vor allem in ihrer Kindheit chronischen Traumatisierungen ausgesetzt waren, in der Folge neurobiologische und hirnorganische Folgestörungen entwickeln, die u. a. zur Pathogenese der späteren komplexen Erkrankung beitragen. Wir gehen davon aus, dass Patientinnen mit schweren artifiziellen Störungen aufgrund der posttraumatischen neurobiologischen Störungen an einer Störung der Schmerzwahrnehmung leiden, die zumindest vor und während der selbstverletzenden Handlung vorhanden ist. So berichten Patientinnen, dass sie sich wohler fühlen, wenn sie z. B. einen Abszess erzeugt haben und das Gewebe dann schmerzt, rot wird und pocht – als ob sie sich dann wieder spüren, ihre Lebendigkeit und ihre Körpergrenzen wieder wahrnehmen könnten.

Beziehungserfahrungen und Bindungsmuster

Aufgrund der beschriebenen schweren Pathologie der Familiensysteme haben Patientinnen mit artifiziellen Störungen oft keine sicheren Bindungserfahrungen machen können. Sie waren mit Verlusterlebnissen, Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung konfrontiert. Aufgrund dessen haben sie Bindungsstörungen, und zwar meist **unsicher-ambivalente Bindungsmuster**, entwickelt. Das bedeutet, sie wechseln oft zwischen der Suche nach intensiver Nähe und aggressiver Ablehnung des Kontakts.

In ihrem späteren selbstverletzenden und manipulativen Verhalten ihrer Umgebung und vor allem auch Behandlern gegenüber wird dieses spezifische pathologische Bindungsmuster deutlich. Die Patientinnen fordern Zuwendung über körperliche vorge-täuschte oder auch pathologisch erzeugte Symptome, in Einzelfällen auch vorgetäuschte psychiatrische psychopathologische Symptome.

Vor allem bei den körperlichen Symptomen, die den Großteil der artifiziellen Störungen ausmachen, zwingen die Patientinnen ihre Ärztinnen, sich ihnen zuzuwenden, aber in einer Form, die sie wiederum schädigt, d. h., sie erleiden Schmerzen und u. U. körperliche Schädigungen bis hin zu Verstümmelungen. Gleichzeitig scheinen sie vordergründig, zumindest in ihrem subjektiven Erleben, die Kontrolle über diese Beziehungsgestaltung zu haben. Psychodynamisch gesehen sind diese Bindungsstrukturen von sadomasochistischen Interaktionen geprägt. Die Patientinnen manipulieren Ärztinnen und Behandlerinnen, werden selbst beschädigt und schädigen schließlich im Verlauf auch ihre Behandlerinnen.

MERKE

Aus psychoanalytischer Sicht reinszenieren sie unbewusst Interaktionen, die mit den traumatischen Erlebnissen im Zusammenhang stehen (vgl. auch Liotti 1995).

17.3.2 Die Rolle von Fertigkeiten und Kompetenzen

Emotionsregulation

Die Emotionsregulation ist bei Patientinnen mit artifiziellen Störungen schwer gestört. Die Betroffenen zeigen eine Störung der Affekt-wahrnehmung und der Emotionsdifferenzierung. Meist können sie nur von einer „diffusen Spannung“ sprechen, die unerträglich ist und die nicht selten zu Phänomenen wie Depersonalisation und Verminderung der Schmerzwahrnehmung führt. In solchen Spannungszuständen werden dann Selbstverletzungshandlungen durchgeführt bzw. wird die Spannungsregulation gewissermaßen an den Körper delegiert. Das bedeutet, dass Patientinnen solche Affekte kanalisieren können, indem sie sich unterschiedliche, teilweise gefährliche, Körpersymptome zufügen.

Fallbeispiel

Eine 45-jährige Patientin, die sich immer wieder mit *E. coli* verschmutzte Lösungen und Fremdkörpermaterialien in eine Wunde einbrachte, was zu schweren Abszessbildungen, teilweise sogar zu septischen Zuständen führte, verlor schließlich nach mehreren Teilamputationen ihr Bein. Sie beschrieb in der späteren Behandlung, dass sie – wenn das Bein schließlich rot wurde, richtig weh tat, sogar klopfende Schmerzen vorhanden waren, das Gefühl hatte, wieder in sich drin zu sein, zu wissen, wo sie anfängt und aufhört, und innerlich ruhig zu werden.

Andere Patientinnen, die z. B. artifizielle Hypoglykämien induzieren, indem sie sich selbst Insulin injizieren, beschreiben diese hypoglykämischen Zustände als Entlastung, Erleichterung, wohltuende Entspannung. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung werden in gewisser Weise bei der artifiziellen Störung in Schach gehalten.

Aufgrund dieser schweren Störung der Emotionsregulation kommt es in der Entwicklung der sozialen und emotionalen

Kompetenzen zu starken Störungen, die schließlich auch zu sozialen Einschränkungen führen (vgl. Horn und Maercker 2019).

Eine ältere Hypothese zur Pathogenese, die „**Endorphin-Hypothese**“, ging von der Annahme aus, dass es durch die ständigen Selbstverletzungen und die schmerzhafte Stimulation des Körpers zu einer vermehrten Ausschüttung von Endorphinen kommen könne, welche die Störung der Schmerz Wahrnehmung und den suchartigen Charakter der Erkrankung erklären könnte. Die Patientinnen beschreiben im Verlauf der Behandlung häufig, dass sie die selbstbeschädigenden Handlungen nicht unterbrechen könnten, weil sie – wenn sie „es nicht tun können“ – unruhig und gereizt werden, Schlaf- und Konzentrationsstörungen entwickeln und schließlich in immer stärker werdende, sehr quälende Spannungszustände geraten.

Artifizielle Störung und Dissoziation als Traumafolge

Etwa zwei Drittel der Patientinnen mit schweren, komplexen artifiziellen Störungen haben komorbide dissoziative Störungen wie z. B. dissoziative Amnesien, dissoziative Trancezustände und oft schwere Depersonalisationszustände. Diese Zustände stehen in bilateralem Zusammenhang mit den Selbstverletzungen. Häufig werden die Selbstverletzungen in einem dissoziativen Zustand durchgeführt, z. T. werden damit aber auch quälende Depersonalisationszustände kontrolliert und beendet.

Umgekehrt können die Selbstverletzungen die Patientinnen auch in eine dissoziative Trance bringen. Ähnlich, wie das teilweise Patientinnen mit schwerer Bulimie beschreiben, bedingen sich diese Zustände gegenseitig und dienen – wie schon beschrieben – der Regulation schwerer innerer Spannungen und nicht beherrschbarer innerer negativer Zustände. Auch Konflikte in zwischenmenschlichen Situationen werden mit diesem Verhalten beantwortet und „gelöst“.

Auslösende Situationen

Wie bereits beschrieben, können innere Zustände von Leere, Verlust, unspezifischer Spannung und Depression selbstbeschädigende Handlungen auslösen. Diese stehen i. d. R. zum einen mit externen Belastungssituationen, aber auch mit intrapsychischen Belastungs- und Konfliktsituationen im Zusammenhang. Die Betroffenen haben eine ausgeprägte Störung in der Regulation ihrer zwischenmenschlichen Interaktionen. Sie können Wünsche nach Zuwendung und Geborgenheit, nach Nähe und Bindung nur über die selbstbeschädigenden Handlungen zum Ausdruck bringen, indem sie die Beziehungen damit regulieren, dass sie einerseits sehr nahe Beziehungserfahrungen machen, wenn z. B. Ärztinnen oder andere Behandlerinnen sich ihnen zuwenden, ihren Körper versorgen, aber teilweise dem Körper auch Schmerzen zufügen, ihn dann wieder versorgen (verbinden, eincremen etc.). Mit diesem Verhalten kontrollieren bzw. manipulieren sie die zwischenmenschlichen Beziehungen. Im Verlauf kommt es meist zu Eskalationen und ausgeprägt pathologischen Beziehungsdynamiken (vgl. Eckhardt-Henn 1999, 2016, 2017; Ludäscher 2019).

Störungen des Körper selbst und des Körpererlebens

Aufgrund der schweren Traumatisierungen und der frühen Bindungsstörung erleben Patientinnen mit artifiziellen Störungen ihren Körper als etwas Fremdes, Angsteinflößendes. Ähnlich wie Essstörungen beginnen selbstbeschädigende Verhaltensweisen häufig in der Pubertät, wenn sich der Körper vom kindlichen in einen reifen, genitalen Körper verwandelt. Aufgrund der Traumatisierungen ist dies mit vielen Ängsten und inneren Konflikten verbunden, die ungleich virulenter Qualität haben als bei gesunden Jugendlichen. Patientinnen mit artifiziellen Störungen erleben diese Veränderungen als etwas Ekelhaftes. Der Körper wurde in den Traumatisierungssituationen als etwas erlebt, in das eingedrungen werden kann, das anderen gehört, die es benutzen und ausbeuten können. In den Missbrauchssituationen erlebten die Patientinnen bedrohliche Gefühle von Überstimulation und Erregung; sie mussten Schmerzen erdulden, ohne dass es Menschen gegeben hätte, die ihnen dabei geholfen hätten, dies zu verarbeiten.

MERKE

Artefaktpatientinnen reinszenieren gewissermaßen diese Traumatisierungen. Sie gehen später mit ihrem Körper selbst so um wie die Täter. Sie misshandeln ihren Körper und lassen ihn misshandeln. Jetzt haben sie aber darüber die vermeintliche Kontrolle. Diese Patientinnen werden zu Täterinnen an ihrem Körper und machen auch ihre Ärztinnen zu Täterinnen.

Zentral sind sadomasochistische Beziehungsstrukturen, bei denen es um das Gefühl von Allmacht und Kontrolle geht. Der Körper muss alles ertragen, alles aushalten, Schmerzen, Verstümmelungen, sogar den Tod. Meist steht dahinter die unbewusste Fantasie, dass nicht sie sterben, sondern „nur“ der Körper. Ärztinnen und Behandlerinnen werden zu ohnmächtigen und wertlosen Figuren: die Erotisierung von Schmerz und die Inszenierung der Macht über den anderen (zur differenzierteren Psychodynamik vgl. auch Eckhardt-Henn 2017).

Aufrechterhaltende Prozesse

Hier sind vor allem die pathologische Beziehungsdynamik und die besondere Charakteristik der artifiziellen Störung zu nennen. Wie bereits beschrieben, ist es eine Störung, die der Patientin teilweise nicht bewusst ist. Obwohl die Selbstbeschädigung i. d. R. Überlegung, also auch Aufschub erfordert, unterliegen diese Handlungen zum großen Teil anschließend dissoziativen Abwehrprozessen. Im Übrigen leiden manche Patientinnen an einer sog. **Pseudologia phantastica**, d. h., sie lügen nicht nur in Bezug auf ihre Krankheitssymptome, sondern auch in Bezug auf andere Lebenssituationen und -ereignisse. Meist handelt es sich bei ihren Erzählungen um eine Mischung aus Wahrheit und Unwahrheit. Dieses Verhalten hat zwanghaften Charakter und führt häufig dazu, dass sich die Patientinnen fast auto-suggestiv hineinsteigern und vieles von dem, was objektiv eigentlich gar nicht wirklich stimmt, selbst glauben. Besonders ausgeprägt ist dies beim **Münchhausen-Syndrom** (> Kap. 17.6).

Bei der größeren Gruppe der artifiziellen Störungen müssen wir von der Interaktion und vom Erkrankungsverlauf her auch davon ausgehen, dass die Patientinnen schließlich oft selbst glauben, an

einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden; deshalb können sie wahrscheinlich die heimlich erzeugten oder vorgetäuschten Symptome auch mit großer Überzeugung präsentieren.

Konditionierungsprozesse spielen bei der Chronifizierung der Erkrankung eine wichtige Rolle. Die Patientinnen bekommen durch ihr Verhalten Zuwendung und können auf tieferer Ebene unbewusste, sehr komplexe Konflikte, die meist mit den schweren Traumatisierungen zusammenhängen, zunächst einmal „lösen“. Auf bewussterer Ebene können sie bestimmte Belastungssituationen vermeiden, indem sie z. B. einer belastenden familiären oder beruflichen Situation entfliehen können.

Patientinnen mit artifiziellen Störungen zeigen i. d. R. wenig Bereitschaft zu Paar- oder Familiengesprächen. Diese sind aber sehr wichtig, weil Angehörige den Verlauf der Erkrankung oft i. S. einer „Folie à deux“ oder auch einer Co-Erkrankung perpetuieren, vergleichbar mit dem sog. Co-Alkoholismus. Wenn man die Patientinnen näher kennenlernt, werden oft familiäre Konflikte deutlich, die mit der Erkrankung in Schach gehalten werden.

MERKE

Die Artefakthandlung ermöglicht die Entwicklung eines neuen Identitätsgefühls, nämlich die Identität „Patientin“.

Damit werden zugrunde liegende schwere Selbstwertprobleme und Minderwertigkeitsgefühle in Schach gehalten. So sagte einmal eine schwer betroffene Patientin: „Wenn ich diese Erkrankung aufgebe, bin ich nichts und habe nichts!“

Patientinnen mit artifiziellen Störungen werden zunächst wie andere Patientinnen als körperlich Kranke behandelt und beziehen daraus ein neues Beziehungsgefüge (Ärztinnen, Krankenschwestern etc.), das strukturierend wirkt (vgl. Eckhardt-Henn 2017). So beschrieb vor Jahren eine Patientin, die insgesamt 44-mal, darunter 25-mal von einem Chirurgen, operiert worden war: „Der Professor kennt meinen Bauch ganz genau!“

17.4 Psychometrische Diagnostik

Die psychometrische Diagnostik ist bei diesen Patientinnen sehr schwierig, da sie psychometrische Fragebogen nicht wirklich objektiv ausfüllen. In der akuten Phase der Erkrankung sind sie darauf bedacht, dass auf keinen Fall eine psychopathologische Störung bei ihnen festgestellt wird. Insofern sind die Fragebogen alle „überrnormal“ oder „völlig pathologisch“, z. B. bei Patientinnen, die psychiatrische Symptome/Erkrankungen vortäuschen.

17.5 Therapie

17.5.1 Behandlungsleitlinien

Bisher existieren keine wissenschaftlich fundierten Behandlungsleitlinien. Die Behandlungsempfehlungen basieren allein auf klinischer Erfahrung. Therapiestudien sind aus den o. g. Gründen sehr schwierig und bisher nicht durchgeführt worden.

PATIENTENINFO

Wie informiere ich Patientinnen, Angehörige und Interessierte über wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahmen zu diesem Störungsbild?

Man sollte der Patientin ein „psychosomatisches“ Krankheitsmodell anbieten und ihr erklären, dass es sich sehr wahrscheinlich um eine ausgesprochen komplexe Erkrankung handelt, die mit sehr schwerwiegenden und gefährlichen körperlichen Symptomen einhergeht, aber auch psychische Ursachen hat. Man sollte betonen, dass Letztere oft zunächst nicht erkannt werden. Dabei sollte unbedingt auf die Dringlichkeit der Behandlung hingewiesen werden, vor allem in Bezug auf häufige Komplikationen (> Kap. 17.1.2).

17.5.2 Interventionen

Struktur und wesentliche Merkmale des Vorgehens

Meist begegnet man Patientinnen mit artifiziellen Störungen zum ersten Mal als psychosomatischer Konsiliarärztin. Wenn sich der Verdacht auf eine Artefaktstörung ergibt, ist es wichtig, zunächst die Behandlerinnen gut über die spezielle Problematik der Erkrankung zu informieren. Denn eine unüberlegte, schlecht vorbereitete Konfrontation der Patientin mit diesem Verdacht führt i. d. R. dazu, dass sie erneute Symptome produziert, die Behandlung abbricht und in jedem Fall nicht motiviert ist, sich in psychosomatische Behandlung zu begeben.

Ambulante Therapie

Bei leichteren Formen der artifiziellen Störung kann eine ambulante Therapie ausreichend sein, vorausgesetzt, die Patientin erscheint hierzu motiviert. Wichtig ist dabei, immer daran zu denken, dass es in Krisen und Belastungssituationen zu Rückfällen in das selbstbeschädigende Verhalten kommen kann. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der behandelnden Hausärztin ist daher unbedingt erforderlich.

Stationäre psychosomatische Therapie

Bei den komplexeren Formen der artifiziellen Störung muss eine stationäre Therapie an einer entsprechend spezialisierten psychosomatischen Fachklinik erfolgen, die sich an einem Akutklinikum mit verschiedenen Fachabteilungen befindet.

Wir arbeiten mit diesen Patientinnen in einem **multimodalen Therapiesetting**, das psychodynamisch-tiefenpsychologische analytische Ansätze mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen verbindet.

Es wird immer nötig sein, diese Patientinnen in einem interdisziplinären Setting medizinisch mitzubehandeln, da sie die heimliche Selbstbeschädigung nicht so einfach aufgeben können. Das bedeutet, dass es – vergleichbar mit komplexen Essstörungen – während der Therapie zunächst zu weiteren Symptomen kommen kann. Patientinnen mit artifizieller Anämie z. B. nehmen sich zunächst oft weiterhin heimlich Blut ab, was so schwere, gefährliche anämische Zustände hervorrufen kann, dass Bluttrans-

fusionen erforderlich werden. Diese sollten dann z. B. in einer internistisch-hämatologischen Abteilung erfolgen, deren Mitarbeiterinnen entsprechend informiert sind. Es kann sinnvoll sein, die Kostenübernahme vorab mit den zuständigen Kassen zu klären.

Die Behandlung sollte langfristig angelegt sein, d. h., von Beginn an sollte mit der Patientin ein Intervallsetting besprochen werden. Meist ist es schwierig, entsprechend erfahrene ambulante Therapeutinnen zu finden, weil die Erkrankung noch immer sehr unbekannt ist und viele Kolleginnen vor der Behandlung dieser Patientinnen zurückschrecken.

In der ersten Phase der Therapie geht es um ein Behandlungsbündnis. Da man zu Beginn oft nicht direkt über die heimliche Selbstbeschädigung mit der Patientin sprechen kann, geht es um eine Art „Metakommunikation“ („du weißt, dass ich weiß, dass du weißt“). Die Patientin soll dafür sensibilisiert werden, wann sich ihre Symptome verschlechtern; schließlich soll versucht werden, mit ihr über die Möglichkeit der Selbstbeschädigung zu sprechen, ohne dass sie dabei Gefahr läuft, ihr Gesicht zu verlieren.

Wichtig sowohl für die Konfrontation als auch für die weitere Behandlung ist das Ausmaß der komorbiden dissoziativen Störung.

Die Konfrontation mit dem Verdacht auf die Selbstbeschädigung sollte immer mit einem Behandlungsangebot verbunden werden. Dabei ist es wichtig, deutlich zu machen, dass diese komplexe Erkrankung eine langfristige Behandlung erfordert. Wir arbeiten mit einem **Intervallsetting**. Wir nehmen die Patientinnen i. d. R. mehrmals auf. Die Abstände zwischen den stationären Behandlungsphasen und die jeweilige Dauer der Intervalle werden individuell mit den Patientinnen vereinbart und sind mit Zielen verknüpft. Zusammen mit der Patientin müssen diese Ziele so definiert werden, dass sie für die Patientin erreichbar sind. Vor dem nächsten stationären Intervall sollte ein Vorgespräch mit der Patientin erfolgen.

Weitere Behandlung

Bei Patientinnen mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen geht es längere Zeit um die Arbeit an der Abwehrfunktion der Dissoziation und der heimlichen Selbstbeschädigung. Man sollte die Patientin nach jeder Selbstbeschädigung darauf ansprechen und gemeinsam mit ihr analysieren, welche äußere oder innere Situation dazu geführt hat und was sie damit für sich erreichen möchte.

MERKE

Ganz konkret muss mit der Patientin daran gearbeitet werden, dass es darum geht, sowohl die Selbstbeschädigung als auch die dissoziative Abwehr zunehmend aufzugeben und andere Möglichkeiten des Umgangs mit inneren und äußeren Konflikt- und Belastungssituationen und mit inneren Spannungszuständen zu entwickeln (vgl. Eckhardt-Henn 2017).

Behandlungsvertrag

Wir erarbeiten mit der Patientin einen individuellen Behandlungsvertrag. Dabei geht es darum, die Selbstbeschädigung zunehmend zu kontrollieren und schließlich ganz aufzugeben. Wenn sich z. B. eine Patientin immer wieder Blut abnimmt, vereinbaren wir, ähn-

lich dem Gewichtsvertrag mit magersüchtigen Patientinnen, einen konkreten Hb-Wert, der keinesfalls unterschritten werden darf und der sich schrittweise normalisieren muss. Ähnliches gilt für Patientinnen mit artifiziellen Hypoglykämien, Wundheilungsstörungen etc.

Diese Ziele müssen für die Patientin erreichbar sein. Sie kann die Selbstbeschädigung zu Beginn der Behandlung nicht „einfach“ aufgeben; das ist illusorisch. Aber sie kann sie reduzieren und zunehmend daran arbeiten, andere Lösungsmöglichkeiten zu finden. Dazu gehört z. B., dass sie sich bei jeglichem Selbstverletzungsdruck an eine Pflegemitarbeiterin wendet und andere Möglichkeiten der Spannungsabfuhr entdeckt und entwickelt.

Therapietechniken

In der **psychodynamischen Einzeltherapie** wird mit der Patientin an der Interaktion und Beziehungsdynamik gearbeitet. Kombiniert arbeiten wir mit einem psychodynamischen mototherapeutischen Verfahren mit Musiktherapie, Achtsamkeits- und Entspannungsverfahren. Da Letztere in der ersten Zeit – vor allem, wenn die Patientin an komorbiden dissoziativen Störungen leidet – manchmal zu einer Verschlechterung führen können, müssen sie sorgfältig indiziert sein und beendet werden, wenn die Patientin mit vermehrter Dissoziationsneigung oder Selbstverletzungsdruck reagiert.

Bei der ersten stationären Behandlung wird die Patientin, vor allem bei Traumatisierungen in der Vorgeschichte, was bei komplexen artifiziellen Störungen ja in einem hohen Prozentsatz zutrifft, in unserem Traumasetting behandelt. Sie erhält zweimal pro Woche eine **psychodynamische Einzeltherapie nach Fokaltechnik**. Bei weiteren stationären Behandlungsphasen/Intervallen kann sie auch an der **interaktionellen psychodynamischen Gruppentherapie** teilnehmen. Das wird jeweils individuell entschieden.

Außerdem versuchen wir, gemeinsam mit der Patientin „*Werkzeuge*“ zu erarbeiten, die ihr bei der Bewältigung von Spannungszuständen helfen können und die sie anstelle der Selbstverletzungen in Notsituationen direkt einsetzen kann: z. B. körperliche Reize, sportliche Aktivität, Anwendung von Cold-Packs, Igelball, Gummibänder, Riechreize (Salmiak). Außerdem führen die Patientinnen ein **Symptomtagebuch** und schreiben nach Selbstverletzungen **Verhaltensanalysen**, die regelmäßig besprochen werden.

Die **dialektisch-behaviorale Therapie (Skillstraining)**, die für nichtsuizidale Patientinnen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen, Impulskontrollstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde, kann hilfreich sein. Allerdings machen wir auch oft die Erfahrung, dass die Patientinnen die Skills in den Notsituationen nicht anwenden können. Das Verfahren sollte in ein Gesamtkonzept eingebettet sein; allein reicht es nicht aus, um den Patientinnen nachhaltig zu helfen. Des Weiteren arbeiten wir auch mit der **imaginativen Traumatherapie**.

Das Pfllegeteam wird im Rahmen eines **Bezugspflegesystems** eng in die Behandlung einbezogen. Es führt mit den Patientinnen Stressbewältigungstrainings, Übungen aus der imaginativen Psychotherapie und regelmäßige Pflegegespräche durch, bei denen es um akute Situationen, Alltagsstrukturierung etc. geht.

37.2 Gruppenpsychotherapie

Bernhard Strauß

Kernaussagen

- In zahlreichen Studien ist Gruppenpsychotherapie für viele Störungsbilder als ähnlich effektiv wie die Einzeltherapie ausgewiesen, wenngleich dieser Befund noch nicht in alle Leitlinien Eingang gefunden hat.
- Gruppentherapien werden in allen Behandlungssettings (ambulant, [teil-]stationär) in unterschiedlichen Formaten (geschlossen, halboffen, offen) und mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad durchgeführt.
- Allgemeine und verfahrensübergreifende Wirkprinzipien gruppentherapeutischen Handelns sind gut beschrieben und können aktiv durch den Gruppenleiter gefördert werden (z. B. Kohäsion, interpersonales Lernen, Feedback).
- Prozess und Ergebnis von Gruppentherapien werden maßgeblich durch die Gruppenstruktur, Merkmale der Mitglieder und des Leitenden, gruppendynamische Prozesse und den Therapieansatz bestimmt.
- Unter den Strukturaspekten haben Aufklärung über den Ablauf einer Therapiegruppe und Vorbereitung auf die Gruppe nachweislich eine sehr große Bedeutung.
- Die Kenntnis gruppendynamischer Prozesse und die Möglichkeit, die Wirkfaktoren gezielt einzusetzen und zu fördern, stellen wesentliche Kompetenzbereiche für Gruppenpsychotherapeuten dar.
- Es liegen geprüfte Praxismaterialien für die Evaluation, Veränderungsfeedback, Prozessbegleitung, Dokumentation und die Vorbereitung von Gruppenpsychotherapien vor.

37.2.1 Stellenwert von Gruppenpsychotherapie in der psychotherapeutischen Ausbildung/ Versorgung

Während in (teil-)stationären Psychotherapie-settings Gruppentherapien ein fester und meist zentraler Bestandteil sind (> Kap. 37.1), hat der Anteil der Gruppentherapien an den ambulanten (Richtlinien-)Therapien über die letzten Jahrzehnte eher abgenommen. Dies reflektiert einen veränderten Status und Bedeutungsverlust von Gruppen im klinischen wie auch im außerklinischen und gesellschaftlichen Feld (z. B. König 2011).

Eine gewisse **Ambivalenz gegenüber Gruppen** mag auch durch deren potenziell destruktives Potenzial bedingt sein, das in sozialpsychologischen Studien gezeigt wurde (z. B. in klassischen Experimenten wie dem Stanford-Prison-Experiment oder Aschs Studie zur Konformität).

Viele Patienten nennen **typische Befürchtungen gegenüber Gruppen**, die manchmal unspezifisch, nicht selten aber das Resultat von negativen Vorerfahrungen in Gruppen sind, wie etwa

- Vertraulichkeit/mangelndes Vertrauen
- Generelle Angst vor anderen Menschen
- Befürchtung von Kontrollverlust und unvorhersagbaren Reaktionen
- Grundsätzlicher Zweifel am Erfolg von Gruppen
- Negative Vorerfahrungen mit Gruppen
- Scham/Probleme mit Selbstöffnung
- Belastung durch andere/Angst vor Retraumatisierung

Daneben gibt es einige formale und inhaltliche Barrieren, die Psychotherapeuten abhalten, ambulante Gruppen anzubieten (z. B. Zusammenstellung von Gruppen, Terminfindung, Raumprobleme). Nicht zuletzt aufgrund der positiven Befundlage zur Wirkung von Gruppen (s. u.) ist es aktuell gesundheitspolitisch intendiert, Gruppenpsychotherapie zu fördern. Entsprechend wurden in

jüngster Zeit einige Reformen in den Psychotherapie-Richtlinien eingeführt, die durch Entbürokratisierung und Flexibilisierung des Einsatzes von Gruppen die Chance haben, Gruppentherapien auch im ambulanten Rahmen wieder mehr zu verbreiten. So ist z. B. die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie kürzlich deutlich erleichtert worden. Diese Maßnahmen können auch dazu führen, dass die **gruppenpsychotherapeutische Ausbildung** verbessert wird, die – z. B. aufgrund mangelnder Anleitung und Supervision – bisher noch zu wünschen übrig lässt (Strauß et al. 2012).

MERKE

Aktuelle Anforderungen zum Erwerb der fachlichen Befähigung von Psychologischen Psychotherapeuten zur Abrechnung von Gruppenpsychotherapie (Fachkunde)

Voraussetzung: abgeschlossene/laufende Weiterbildung in einer Vertiefungsmethode für Erwachsene oder für Kinder- und Jugendliche

Bestandteile:

- **Gruppenselbsterfahrung** (80 Stunden)
- **Theorie der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik** (48 Stunden)
- **Kontinuierliche Gruppenbehandlung** in der entsprechenden Vertiefungsmethode (120 Stunden, auch in mehreren Gruppen möglich)
- **Supervision** (40 Stunden)

> Abb. 37.2 zeigt ein Modell, das im Kontext systematischer Reviews zur Gruppenpsychotherapie von Burlingame et al. (2013) entwickelt wurde. Das Modell umfasst **fünf Faktoren**, von denen die Ergebnisse von Gruppenpsychotherapie potenziell abhängig sind:

- Die formale Veränderungstheorie,
- strukturelle Merkmale der Gruppe,
- die Gruppendynamik sowie

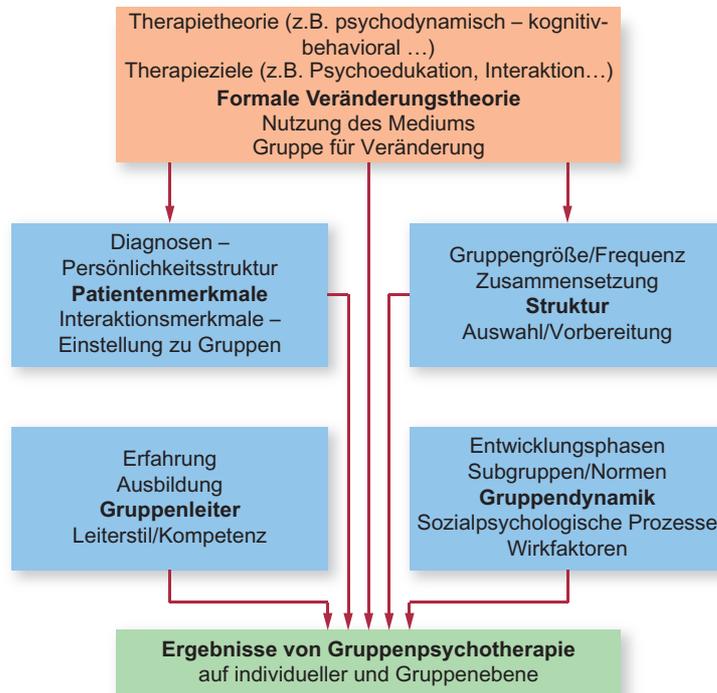


Abb. 37.2 Allgemeines Modell von Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Gruppenpsychotherapie (in Anlehnung an Burlingame et al. 2004) [L231]

- Merkmale der Gruppenmitglieder/Patienten und
- Merkmale der Person des Leiters bzw. das Leiterverhalten.

Entlang dieser sicher eng interagierenden Komponenten lassen sich wesentliche Prinzipien der Gruppenpsychotherapie und entsprechende Kompetenzbereiche skizzieren.

37.2.2 Formale Veränderungstheorien

In dem Modell wird die „formale Veränderungstheorie“ als ein wesentlicher Einflussfaktor genannt. Darunter wird zum einen die zugrunde liegende **Therapietheorie** (i. S. des Therapieverfahrens) verstanden.

Historisch standen am Anfang der Entwicklung von Gruppentherapien eher psychoedukative Ansätze, ehe dann – initiiert durch den amerikanischen Psychoanalytiker Trigant Burrow – vielfältige Versuche der Anwendung psychoanalytischer Therapie in der Gruppe unternommen wurden. In der Folge entstanden Gruppenkonzepte in der Humanistischen Therapie (speziell im Psychodrama, der Gestalt- und der Gesprächstherapie, vgl. > Kap. 36), ehe dann auch in der Verhaltenstherapie (beginnend in den 1960er-Jahren mit der Anwendung systematischer Desensibilisierung in Gruppen) und später in der Systemischen Therapie das Gruppensetting erprobt wurde (vgl. Burlingame und Baldwin 2018). > Tab. 37.2 zeigt eine fokussierte Abgrenzung der zentralen Therapietheorien bzgl. *ihrer Anwendung in Gruppen* (differenzierte Darstellungen finden sich z. B. in Marwitz 2016 für die Verhaltenstherapie, in Strauß 2016b für die psychodynamische, in Herr et al. 2018 für die systemische oder in Biermann-Ratjen und Eckert 2018 für die Gesprächstherapie).

Neben der Therapietheorie umfasst die „formale Veränderungstheorie“ auch eine Konzeption zur **Nutzung allgemeiner Wirkfaktoren und Prinzipien des Mediums Gruppe**, etwa die explizite Berücksichtigung gruppenspezifischer und interaktioneller Prozesse. Letzteres war lange eher typisch für Gruppentherapien in der Tradition der Psychoanalyse oder der humanistischen Psychotherapie (Lorentzen 2013; Biermann-Ratjen und Eckert 2018).

Nachdem sich die Psychotherapieforschung zur Wirksamkeit von formalen Veränderungstheorien vermehrt in Richtung störungsspezifischer und manualisierter Therapieansätze entwickelt, die in der (kognitiven) Verhaltenstherapie schon lange als Standard gelten, hat sich auch die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie in diese Richtung weiterentwickelt (Sipos und Schweiger 2014; Marwitz 2016).

MERKE

In einigen neueren Publikationen wird bzgl. der Gruppenkonzepte eine Differenzierung in **drei wesentliche Ansätze** vorgeschlagen (z. B. Sipos und Schweiger 2014; Marwitz 2016):

- **Interaktionsorientierte Gruppenkonzepte** (besonders zentral in der psychodynamischen und humanistischen Psychotherapie), in denen die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern (inkl. Gruppenleiter) das zentrale therapeutische Agens darstellt
- **Einzelfallorientierte Gruppenkonzepte** (verbreitet in der Verhaltenstherapie, aber auch in der Gestalttherapie und im Psychodrama), bei denen meistens Protagonisten bzgl. einer Problemstellung oder -lösung im Vordergrund stehen, die übrigen Mitglieder aber als Quelle von Feedback und Erfahrungen einbezogen sind und von dem Geschehen modellhaft etwas für sich erfahren und lernen können

Tab. 37.2 Spezifika gruppentherapeutischer Arbeit in den Psychotherapieverfahren (in Anlehnung an Marwitz 2016)

Charakteristika	Psychodynamische Therapie	Verhaltenstherapie	Gesprächspsychotherapie	Systemische Therapie
Bedeutung und Funktion der Gruppe	Beziehungsmatrix, Raum für Übertragungen und Gegenübertragungen, sozialer Mikrokosmos	Schutzraum für soziales und interaktionelles Lernen und Üben	Raum für offene und authentische Begegnung, wechselseitige Vermittlung positiver Beachtung, „Labor für zwischenmenschliche Beziehungen“	Selbstregulierendes System und Ort der Ressourcenaktivierung und Kontextualisierung
Wesentliche Techniken	Klarifikation, Konfrontation, Deutung und Durcharbeiten, „bifokale Orientierung“, Berücksichtigung der Konfiguration der Gruppe und der Lokalisierung einer Störung	Alle Standardmethoden der Verhaltenstherapie inkl. Rollenspiele	Verbalisierung, Exploration und ggf. Aktivierung emotionaler Erlebnisinhalte	Zirkuläres Fragen, Hypothesenbilden, Aufstellungs-/Skulpturarbeit, „Reflecting Team“
Haltung des Leiters	Eher zurückhaltend, wohlwollend, „Projektionsfläche“, auf der sich unbewusste Prozesse abbilden (analytisch); reflexiver Betrachter, der Einsichten ermöglicht	Coach, Vermittler von Informationen und Wissen, „Veränderungsassistent“	Unbedingt positiv wertschätzend, vermittelnder Begleiter	Teilnehmender Beobachter, lösungsorientierter Coach, Moderator
Leiterstil	Auf einem Kontinuum zwischen supportiv und aktivierend/deutend, prozess- bzw. situationsorientierte Interventionen, selektiv selbstoffenbarnd	Empathisch-steuern, supportiv und strukturierend, transparent	Nondirektiv, supportiv, prozessorientiert und erlebnisaktivierend	Direktiv, prozessorientiert und stimulierend
Therapieziele	Verhaltensänderungen innerhalb und außerhalb der Gruppe durch Einsichten und korrektive Erfahrungen, positiveres Selbstbild und Adaptation weniger maladaptiver/dysfunktionaler Beziehungsmuster	Erwerb von Problemlösekompetenzen, Erwerb interpersoneller Fertigkeiten und sozialer Kompetenzen, Vermittlung störungsspezifischen Wissens	Selbstaktualisierungen unter den Bedingungen persönlicher Beziehungen, Änderung des Selbstbildes und von Vorstellungen bzgl. anderer Menschen	Verständnis der Wechselwirkung von Systemelementen, Kontextualisierung von Problemen und Störungen, Mobilisierung von Ressourcen, lösungsorientierte Kooperation

- **Störungsspezifische Gruppentherapie** (typisch für die Verhaltenstherapie, aber auch psychoedukative Ansätze), in denen – meist manualbasiert – im Hinblick auf spezifische Störungen zunächst Informationen vermittelt, Verhaltens- und Problemanalysen durchgeführt und dann mittels Fertigkeitentraining Verhaltensmodifikation und andere (z. B. kognitions- oder emotionsbezogene) Interventionen angewandt werden (> Kap. 37.2.7).

Kennzeichnend für sämtliche „formalen Veränderungstheorien“ in Gruppen dürfte sein, dass sie allesamt die z. B. von MacKenzie (2005), Grawe (1980) oder Yalom (2019) zusammengefassten **allgemeinen Wirkprinzipien gruppentherapeutischen Handelns** berücksichtigen (> Kap. 37.2.4).

37.2.3 Struktur und Strukturierung (Rahmen) von Gruppen

Zu den strukturellen Voraussetzungen zählen Merkmale wie die **Zusammensetzung, Größe** und **Behandlungsfrequenz der Gruppe**. Bezüglich der Gruppengröße gibt es verfahrensabhängig

unterschiedliche Auffassungen; üblicherweise werden Gruppen mit 6–10 Patienten als adäquat gesehen. Im ambulanten Kontext ist es üblich, Gruppensitzungen ein- bis zweimal pro Woche abzuhalten. Im stationären Kontext finden im engeren Sinne psychotherapeutische Gruppen i. d. R. mindestens zweimal pro Woche statt und werden dort mit Einzeltherapien kombiniert. Diese Kombination ist formal auch in der Richtlinientherapie im ambulanten Gruppenkontext flexibel möglich (Strauß 2016a). Ein weiterer Strukturaspekt ist die **Gruppenform** (offen, halboffen, geschlossen).

Zu den wesentlichen Strukturaspekten gehören eine adäquate Vorbereitung und Aufklärung, die mittlerweile als das A & O für die adäquate Nutzung des therapeutischen Potenzials einer Gruppe gelten können (Strauß und Mattke 2018). Die Vorbereitung richtet sich in diesem Sinne sowohl auf einzelne Mitglieder als auch die Gruppe und hat – neben der Schaffung einer Basis für eine gute therapeutische Allianz – einige wesentliche Ziele, die in > Tab. 37.3 zusammengefasst sind.

Für die Vorbereitung können begleitende schriftliche Informationen (Handouts, vgl. > Kap. 37.2.9) oder auch Informationsvideos genutzt werden. Die Vorbereitung kann individuell oder bereits in der Gruppe erfolgen, was die Möglichkeit bietet, dass die Mitglieder

Tab. 37.3 Ziele und Maßnahmen zur Vorbereitung auf Gruppentherapien (in Anlehnung an Burlingame et al. 2002; Strauß und Mattke 2018)

Ziel	Maßnahme mit Fokus „Mitglied“	Maßnahme mit Fokus „Gruppe“
Abstimmung von Behandlungserwartungen	Klärung von Erwartungen, Mythen, individuellen Ängsten und Befürchtungen, Therapiezielklärung	Erklärung der Grundprinzipien der Behandlung, der Arbeitsweise einer Gruppe und der Ziele der Gruppentherapie
Einführung in das Gruppenvorgehen	Individueller Therapievertrag	Festlegung von Gruppenregeln inkl. Kosten, Zeit, Ort, Anwesenheit, Diskretion etc.
Rollenvorbereitung	Persönliche Verantwortung, Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen, Antizipation von Problemen	Illustration reziproker Beziehungen auf den verschiedenen Ebenen der Gruppe (Mitglied-Leiter-Gruppe)
Aufbau von Fertigkeiten	Fokus auf Kognitionen/interpersonellen Fähigkeiten wie Selbstöffnung, Reaktionen auf Feedback	Feedbackregeln und Konfliktbewältigungserfahrungen
Einführung von Prozessnormen	Betrachtung der Folgen von Veränderungen	Bedeutung der Gruppe als Selbstkontrollinstanz

sich vorstellen und sich über die Gründe für die Teilnahme an der Gruppe und ihre Erwartungen verständigen können.

Je nach Zielsetzung und Format der Gruppe kann es sinnvoll sein, **Regeln** entweder vorzugeben oder in der Gruppe zu erarbeiten, wobei insbesondere die Schweigepflicht („Alles bleibt in der Gruppe“), ggf. Regeln für Kommunikation und Feedback (Ich-Botschaften, Stoppregeln, Einhaltung des Rahmens) für besonders wichtig erachtet werden (Marwitz 2016).

37.2.4 Gruppenprozess, Wirkfaktoren und Gruppendynamik

Gruppendynamische Aspekte sind von entscheidender Bedeutung für den Verlauf und damit auch für den therapeutischen Nutzen einer Gruppe. ➤ Abb. 37.3 zeigt ein von Burlingame et al. (2008)

entwickeltes Modell, in dem die „anatomischen“ und „physiologischen“ Gegebenheiten einer Gruppe differenziert und damit auch wichtige Aspekte der Gruppendynamik beschrieben werden.

Zu den „**anatomischen**“ **Strukturen** einer Gruppe gehört das, was a priori als struktureller Rahmen gesetzt wird (➤ Kap. 37.2.2), aber auch strukturelle Aspekte, die sich im Laufe der Gruppe erst entwickeln, z. B. **unterschiedliche Entwicklungsphasen, Normen** oder die **Bildung von Subgruppen**.

Für die **Entwicklung von Gruppen** gibt es verschiedene Modelle, in denen bestimmte Entwicklungsstufen oder -phasen differenziert werden, die sich entweder linear oder zyklisch beobachten lassen. Zu diesen Stufen gehören z. B. die von Tuckman (1965) mit den Bezeichnungen *Forming, Storming, Norming, Performing* und *Adjourning* differenzierten Phasen oder das Modell von MacKenzie (1983), der als prototypische Entwicklungsphasen *Engagement, Differenzierung und Individuation* unterscheidet. In der gruppendynamischen Literatur finden sich auch Wellenmodelle der Entwicklung, in denen ein steter Wechsel zwischen *Abhängigkeit/Integration* und *Differenzierung/Distanz* postuliert wird (König und Schattenhofer 2018).

Normative Dimensionen in Gruppen beziehen sich auf persönliche Merkmale (z. B. Selbstöffnung, emotionaler Ausdruck), interpersonelle Beziehungen (Nähe/Zuneigung, Feindseligkeit/Aggression), Subgruppenbildungen (z. B. Paarbildung), Leiterstile (➤ Kap. 37.2.6) und das System Gruppe (Grenzen, Engagement, Zugehörigkeitsempfinden, Rückzug; Strauß und Mattke 2018).

Unter dem Oberbegriff „**Physiologie**“ sind in dem Modell alle **sozialpsychologischen Prozesse** subsumiert, die in Gruppen regelhaft zum Tragen kommen, z. B. die Differenzierung von Rollen, das Entstehen von Konflikten, die Notwendigkeit von deren Lösung, die Themen Macht und Konformität oder die Entwicklung einer sozialen Identität („groupness“, vgl. Stürmer und Siem 2013).

Für Gruppenleiter ist unter den sozialpsychologischen Prozessen die Kenntnis von **Rollen** und der **Rangdynamik** in Gruppen besonders bedeutsam. Generell gilt, dass es vermutlich immer eher ungünstig ist, wenn einzelne Mitglieder zu lange oder dauerhaft in einer Position/Rolle verharren. Dies ist besonders ungünstig, wenn die Position die eines Sündenbocks oder Außenseiters ist. Bestimmte Rollen ergeben sich in Gruppen (und anderen sozialen Systemen) zwangsläufig, wobei die Rollenübernahme oft mit einer (persönlichkeits- oder biografiespezifischen) Bereitschaft zur Rollenübernahme



Abb. 37.3 Differenzierung von Anatomie und Physiologie in der Gruppe als Modell für die Gruppendynamik (in Anlehnung an Burlingame et al. 2008) [L231]

einhergeht (z. B. Gruppenclown, ewiges Opfer, Experte, Schlichter und vieles andere mehr).

Gruppendynamische **Rollen** werden auch als Resultat gruppendynamischer Prozesse gesehen und tragen zur Funktionsfähigkeit und „Bewegung“ in Gruppen bei. Raoul Schindler hat ein spezifisches Modell der **Rangdynamik in Gruppen** beschrieben, in denen verschiedene Rangpositionen (optimalerweise im Wechsel) permanent besetzt sind (nämlich die Alpha-, Beta-, Gamma- und Omega-positionen, wobei Letztere nach Schindler „die Latenz“ verkörpert). Stahl (2002) hat analog gruppendynamische Hauptrollen beschrieben, nämlich der „inoffizielle Führer“ ($\hat{=}$ Alpha), der „Mitläufer“ ($\hat{=}$ Gamma), der durchaus akzeptierte Außenseiter und Gegenpol zum Führer ($\hat{=}$ Beta) und der Sündenbock ($\hat{=}$ Omega).

„**Physiologische**“ Prozesse, die insbesondere von therapeutischer Relevanz sind, sind die Entwicklung von therapeutischen oder „Wirkfaktoren“ einer Gruppe, das interpersonale Feedback, das Ausmaß an Selbstöffnung und die Entstehung einer Gruppenkohäsion bzw. eines Gruppenklimas.

Die erstmals von Corsini und Rosenberg (1955) identifizierten allgemeinen **Wirkprinzipien gruppentherapeutischen Handelns** (MacKenzie 2005) oder instrumentelle Gruppenfaktoren oder -bedingungen, die auch als Grundbedingungen für Therapien in Gruppen gesehen werden (Grawe 1980), sind vermutlich für alle gruppentherapeutischen Ansätze kennzeichnend und potenziell nutz- und förderbar (\blacktriangleright Tab. 37.4).

In der Forschung werden gruppendynamische Perspektiven auf das Geschehen in klinischen Gruppen eher selten berücksichtigt, weshalb **Prozessforschung im Bereich der Gruppenpsychotherapie** weitgehend auf jene Konstrukte beschränkt bleibt, die in der Psychotherapieforschung allgemein häufig untersucht werden, nämlich die o. g. allgemeinen Wirkfaktoren und Beziehungserfahrungen in Gruppen (z. B. Kivlighan 2011).

Mit Abstand am häufigsten wurden in der Prozessforschung die **Gruppenkohäsion** und ihre Bedeutung für das Behandlungsergebnis betrachtet. In einer Metaanalyse fassen Burlingame et al. (2018) 55 Studien zusammen, in denen die gewichtete, aggregierte Korrelation zwischen Kohäsion und Behandlungsergebnis $r = .26$ betrug, was eine ähnlich moderate Effektstärke reflektiert, wie sie in der Einzeltherapie für den Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Ergebnis berichtet wird.

37.2.5 Gruppenleitung und gruppentherapeutische Kompetenzen

Ein wesentlicher Einflussfaktor in \blacktriangleright Abb. 37.2 bezieht sich auf die Person, die Handlungen und die Kompetenzen des Gruppenleiters. Diesbezüglich hat sich in den letzten Jahren relativ wenig Forschung ereignet, sieht man von vereinzelt Studien ab, die z. B. die Frage prüfen, ob Co-Leitungen in Gruppen eher günstige oder ungünstige

Tab. 37.4 Therapeutische Faktoren (geordnet nach Funktionen i. S. von MacKenzie 2005)

Funktion	Therapeutische Faktoren
Supportiv	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeingültigkeit: Mitglieder finden schnell heraus, dass andere Gruppenmitglieder ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Das daraus resultierende Gefühl von Gemeinsamkeit fördert die Stärkung der Gruppenmitgliedschaft und kann in Zeiten von Gruppenspannungen das Gefühl der Zugehörigkeit stützen. • Akzeptanz (Kohäsion): eine beeindruckende Erfahrung für eine Person, der Leid widerfahren ist. Sie fördert das Selbstwertgefühl. • Altruismus: Viele Gruppenmitglieder berichten, dass es für sie eine hilfreiche Erfahrung war, anderen Mitgliedern helfen zu können. Das stärkt das Selbstbewusstsein und fördert den Selbstwert. • Hoffnung: Die Wiederherstellung des Selbstwertes lässt die Hoffnung wiederaufleben, dass eine Verbesserung der Situation möglich ist.
Selbstoffenbarung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstöffnung: Indem man persönliche Informationen in Worte fasst, werden Informationen offengelegt. Das Beschreiben kritischer Lebensereignisse, das Darlegen aktueller Probleme und das Preisgeben verborgener Gedanken tragen zu einer bedachteren und objektiveren Bewertung bei. • Katharsis: beinhaltet den Ausdruck tiefer Emotionen, besonders von Gefühlen, die normalerweise nicht offengelegt werden (z. B. Zorn, Kummer, Schuld, Zuneigung). Das Äußern dieser Gefühle geht mit Erleichterung einher und begünstigt das Gefühl, eine Sache meistern zu können.
Lernen	<ul style="list-style-type: none"> • Stellvertretendes Lernen: ist verbunden mit dem Lernen am Modell; Gruppenmitglieder erleben, wie andere eine Situation handhaben, und nutzen diese Erfahrung, um über ihre eigenen Themen nachzudenken. • Anleitung: Über den gesamten Verlauf der Gruppe bieten Gruppenmitglieder kontinuierlich Ratschläge an. Es ist wichtig, diese Ratschläge als vorläufig und überdenkenswert zu betrachten – d. h., sie können als Alternativen herangezogen, jedoch nicht zwingend als Richtlinie verfolgt werden. • Rekapitulation familiärer Beziehungserfahrungen: Aspekte oder Personen aus dem Gruppenkontext weisen Parallelen zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie auf und können somit Einblick in die Familiendynamik verschaffen.
Psychologische Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonelles Lernen: Innerhalb der Gruppe haben die Mitglieder die Möglichkeit, typisches zwischenmenschliches Verhalten zu zeigen, Feedback von anderen Gruppenmitgliedern zu erhalten und neue Strategien auszuprobieren. • Erkenntnis: ist ein interner Bestandteil des interpersonellen Lernprozesses und beinhaltet hauptsächlich, eine Verbindung zwischen Gefühlen, Gedanken sowie Verhaltensweisen und aktuellen oder früheren zwischenmenschlichen Geschehnissen herzustellen.

Wirkungen haben (z. B. Kivlighan et al. 2011, die aber letztlich keine generalisierbaren Aussagen zulassen).

MERKE

Eine sehr praxisrelevante Konzeption der zentralen Funktionen eines Gruppenleiters stammt von Lieberman et al. (1973):

- Exekutive Funktionen (Wahrung der Grenzen und Regeln, Strukturierung, Steuerung ...)
- Fürsorge (Unterstützung, Ermutigung, Zuspruch, Schaffung eines positiven Klimas ...)
- Emotionale Stimulation (Förderung von Emotionsausdruck, Selbstoffenbarungen, Modellfunktion ...)
- Bedeutungszuweisung (Anbieten von Konzepten für das Verständnis des Erlebten und Erklärung von emotionalem Erleben und Verhalten ...)

Stockton et al. (2013) differenzieren effektive Leiterinterventionen in solche, die dem **Schutz der Gruppenmitglieder und der Sicherheit der Gruppe** dienen („protecting, blocking, supporting“), und solche, die der **„Energetisierung und Involvierung der Gruppenmitglieder“** dienen („drawing out, modelling, linking, processing, interpreting, self-disclosing, feedback“).

Es liegt nahe, dass im Kontext der Faktoren Gruppendynamik und Gruppenleiter (vgl. ➤ Abb. 37.2) im klinischen Feld Theorien und Ergebnisse aus der Sozial-, aber auch aus der ABO-Psychologie entlehnt werden. In der Organisationspsychologie wird ein flexibles Modell von „Führung“ diskutiert, das bereits in den späten 1960er-Jahren von Hersey und Blanchard (1969) für den Bereich der Unternehmens- und Mitarbeiterführung beschrieben wurde. Dieses Modell der „situational leadership“ (SL) geht davon aus, dass je nach Kompetenz und Engagement eines Mitarbeiters in einem Team/Betrieb etc. ein unterschiedlicher Führungsstil erforderlich ist.

Das Modell (➤ Tab. 37.5) zeigt, dass – zunächst bezogen auf einzelne Gruppen-/Teammitglieder – dann ein Verantwortung delegierender (Laissez-faire-)Stil möglich ist, wenn sowohl Kompetenz als auch Engagement ausgeprägt sind. Ist die Kompetenz mittelmäßig

bis hoch, das Engagement variabel, ist ein eher supportiver Leiterstil angebracht. Ist sowohl die Kompetenz als auch das Engagement niedrig, sprechen die Autoren des Modells von „Coaching“ als dem angebrachten Stil – in dem Sinne, dass es dann erst einmal darum gehe herauszufinden, was die Person will und kann. Dies entspricht wahrscheinlich am ehesten dem Goal Attainment in der Sprache der Leitungsstile in Gruppen. Ist zwar das Engagement hoch, die Kompetenz aber gering, erfordert dies nach dem SL-Modell eher dirigierendes, führendes – oder im Lewinschen Sinne – autokratisches Leiterverhalten.

Die verschiedenen Stile lassen sich in Bezug auf ein ganzes Team oder eine Gruppe analog durchdeklinieren. Es ist erstaunlich, dass das Modell bislang so wenig auf die Gruppentherapie übertragen wurde, lassen sich so doch verschiedene therapeutische Ansätze zumindest prototypisch auch einzelnen Feldern zuordnen, wenngleich diese weniger durch die Eigenschaften der Gruppenmitglieder, als vielmehr durch therapietechnische Überlegungen determiniert wären, z. B. durch das Prinzip der Minimalstrukturierung in der psychodynamischen Therapie und das Prinzip der verstehenden Unterstützung in der Gesprächstherapie. Gemäß der oben erwähnten Charakterisierung des Leiterverhaltens in VT-Gruppen wären, je nach Konzept, die beiden rechten Felder typisch für diesen Gruppenansatz, während ein relativ wenig supportives, aber sehr direktives Vorgehen vielleicht am ehesten manchen psychoedukativen Gruppen entspräche.

Bezüglich grundlegender **Kompetenzen** von Gruppenpsychotherapeuten unterscheidet Barlow (2013):

- **Funktionelle Kompetenzen:**
 - Auswahlkompetenz, Kompetenz in der Konzeption von Gruppen (und der Fallkonzeption einzelner Mitglieder, Fähigkeit zur Beeinflussung von Kohäsion und zum Umgang mit interpersonalen Beziehungen und Bindung, therapeutischen Faktoren und Gruppenleitungstechniken
 - Kenntnis von strukturierten und unstrukturierten Gruppen in verschiedenen Settings, Erfahrung mit Supervision im Gruppenkontext und Fähigkeit, andere anzuleiten und zu motivieren
- **Grundlegende Kompetenzen:**
 - Kenntnis ethischer und rechtlicher Grundlagen in der Gruppenpraxis
 - Fähigkeit zum Umgang mit Diversität in Gruppen und Professionalität

Nach Sipos und Schweiger (2014) lassen sich die folgenden Aspekte als spezifische Basisfertigkeiten von Gruppentherapeuten differenzieren, die natürlich allgemeine psychotherapeutische Kompetenzen, wie sie in diesem Lehrbuch beschrieben sind (vgl. ➤ Kap. 1) ergänzen.

MERKE

- Überzeugung, dass die Gruppentherapie hilfreich und angemessen ist
- Erfolgserlebnisse schaffen
 - Positive Erfahrungen der Patienten in die Gruppe einbringen
 - Keine Scheu vor Wiederholungen
 - Hoffnung (bei erfolglosen Patienten) nicht aufgeben
- Integration von Außenseitern über direkte Zuwendung

Tab. 37.5 Situational-Leadership-Modell: Die obere Tabellenhälfte zeigt das ursprüngliche Modell situativen Führungsverhaltens nach Hersey und Blanchard (1969), darunter eine Einordnung der „klassischen Führungsstile in das Modell (aus Strauß 2018)

<i>Sehr supportiv</i>	Unterstützung mittlere/hohe Kompetenz variables Engagement	Coaching geringe Kompetenz geringes Engagement
<i>Gering supportiv</i>	Delegation hohe Kompetenz hohes Engagement <i>gering direktiv</i>	Dirigieren geringe Kompetenz hohes Engagement <i>sehr direktiv</i>
<i>Sehr supportiv</i>	Demokratisch mittlere/hohe Kompetenz variables Engagement	Goal Attainment geringe Kompetenz hohes Engagement
<i>Gering supportiv</i>	Laissez-faire Kompetenz hohes Engagement	Autokratisch geringe Kompetenz hohes Engagement

- Fähigkeit zur Selbstbeobachtung in der Gruppe
- Freundlichkeit angesichts von feindseligem Verhalten und Fähigkeit, mit destruktivem Verhalten umzugehen
- Kenntnis interpersonaler Validierungsstrategien
- Fähigkeit, verschiedene Interaktionsebenen bewusst zu beachten (Therapeut × Gruppe, Therapeut × Patient, Patient × Mitpatient, Patient × Mitpatient × Gruppe, Therapeut × Patient × Gruppe)
- Fähigkeit, mit Angst und Scham umzugehen
- Auswahlkompetenz
- Umgang mit Werten und Zielen
- Umgang mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe

Als eine weitere Fertigkeiten nennen Sipos und Schweiger (2014), die Kompetenz „making lemonade out of lemons“. Diese Metapher (die ursprünglich aus dem frühen 20. Jahrhundert stammt, beschreibt sehr gut, welches Potenzial eine Gruppe haben kann und wie aus den Beiträgen Einzelner etwas Gemeinsames und „Schmackhaftes“ entstehen kann.

37.2.6 Patientenmerkmale

Die Zusammensetzung einer Gruppe und Reflexionen über Patientenmerkmale und deren Einfluss auf den Gruppenprozess sind eng miteinander verknüpft. Empfehlungen für die Indikationsstellung für Gruppenbehandlungen sind kaum evidenzbasiert (Burlingame et al. 2002). Reflektiert werden hier neben der Art der Störung/Diagnose diverse soziografische Merkmale, stabile Persönlichkeitseigenschaften inkl. der Neigung zu speziellen interpersonalen Mustern (z. B. die „Bereitschaft“, zum Außenseiter zu werden).

Grundsätzlich sollte versucht werden, Außenseiterpositionen a priori zu vermeiden, indem, wenn möglich, mindestens zwei Personen jene Merkmale aufweisen sollten, die sie vom Rest der Gruppe eher unterscheiden (z. B. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Altersgruppe, Schicht, Ethnie). Dieses Prinzip wird in der Gruppenliteratur als „**Arche-Noah-Prinzip**“ beschrieben.

Letztendlich, dies zeigen auch Studien (z. B. Piper und McCallum 1994), interagieren Patientenmerkmale mit anderen Aspekten des Modells aus > Abb. 37.2, insbesondere mit dem therapeutischen Konzept. So gesehen gibt es eigentlich kaum Kontraindikationen für eine Gruppe, solange das gruppentherapeutische Konzept den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten und ihrer Störungsdynamik angepasst wird. Beispielsweise benötigen Gruppenmitglieder mit strukturellen Einschränkungen und geringer „interpersonaler Orientierung“ in Gruppen sehr viel mehr Unterstützung, Anleitung und Strukturierung durch einen transparenten und präsenten Leiter (> Kap. 37.2.5). Dies wird z. B. in dem psychodynamischen **Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie** explizit durch unterschiedliche therapeutische Haltungen und Leiterstile realisiert (Staats et al. 2014).

Im Zusammenhang mit Patientenmerkmalen, die potenziell Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnten, lassen sich jüngst viele Studien identifizieren, die auf **Bindungsstile** und **Alexithymie** fokussieren. In einer systematischen Übersicht haben Ogradniczuk et al. (2002) gezeigt, dass alexithyme Patienten zwar eine größere

Präferenz für Gruppentherapien haben, in – psychodynamischen und supportiven – Gruppentherapien aber eher negativere Ergebnisse erzielen als in sehr strukturierten Gruppen. Die Autoren vermuten, dass die negativen Effekte zustande kommen, weil Patienten mit alexithymen Merkmalen möglicherweise häufiger negative (Gegenübertragungs-)Reaktionen bei den Therapeuten hervorrufen.

Ausgehend von der Annahme, dass im Gruppensetting Bedürfnisse nach Zuneigung und Nähe oft manifest werden und von zentraler Bedeutung sind, gibt es zunehmend mehr theoretische Überlegungen bzgl. des bindungsbezogenen Potenzials von therapeutischen Gruppen. Personen, die nicht sicher gebunden sind, greifen in engen Beziehungen, wie sie in der Gruppe entstehen können, auf sekundäre, unsichere Bindungsstrategien zurück. Von verstrickten, bindungsängstlichen Personen ist in diesem Fall zu erwarten, dass ihr Bindungssystem überaktiviert wird, dadurch eine Bindungsperson permanent ängstlich beobachtet und jedes Anzeichen von Zurückweisung als belastend empfunden wird. Vermeidende Personen, die über eher negative innere Modelle der Anderen verfügen, werden eine eher deaktivierte Bindungsstrategie wählen und dabei bindungsbezogene Gedanken und Gefühle sowie belastende Reize sehr stark kontrollieren und unterdrücken. Marmarosh et al. (2013) zeigen anhand von Studien, die sich mit Prozessaspekten und dem Ergebnis in der Gruppe und deren Bezug zu Bindungsmerkmalen beschäftigen, dass **im Gruppenprozess das Bindungssystem häufig aktiviert** werden kann, z. B. in folgenden Kontexten:

- Konflikte und Krisen
 - Ängstigendes/bedrohliches Klima
 - Schweigen/Stagnation
 - Fluktuation (speziell in sog. „slow open groups“ mit regelmäßigem Austausch von Mitgliedern): permanente Konfrontation mit Trennung und Verlust (erwartet und unerwartet)
 - Konfrontation mit den „Bindungsgeschichten“ anderer
- Auch bei sorgfältiger Auswahl und Zusammenstellung einer Gruppe gibt es immer bestimmte „**Patienten mit problematischen Verhaltensweisen**“. Yalom (2019) beschreibt z. B. „Monopolisten“, „Schweiger“, „Rationalisierer“ oder „Hilfverweigerer“, für die einerseits antizipierbare Reaktionen der Gruppe wie auch spezifische Interventionsstrategien (z. B. Begrenzen, Aktivieren, affektive Stimulation oder Herausarbeiten spezifischer Verhaltensmuster) zu reflektieren sind.

Relevant für die Überlegungen zur Gruppenzusammensetzung sind Befunde zu den **Hauptgründen für das Ausscheiden aus Gruppen** (> Box 37.2), die z. B. Eckert (2010) zusammenfasste.

BOX 37.2

Häufige Ursachen für das vorzeitige Ausscheiden aus Gruppen

- Äußere Faktoren (z. B. Umzug, berufliche Veränderungen)
- Abweichungen von der Gruppennorm
- Probleme mit Nähe
- Angst vor emotionaler „Ansteckung“ bei Äußerung negativer Gefühle oder Erfahrungen in der Gruppe
- Unfähigkeit, Gruppenleitung mit anderen zu teilen
- Provokationen durch andere Mitglieder
- Unzulängliche Ausrichtung auf und Motivation für die Gruppentherapie
- Komplikationen durch Subgruppenbildung

37.2.7 Beispielhafte Gruppen

Um das konkrete Vorgehen in (Kurzzeit-)Gruppenpsychotherapien zu illustrieren, sind in > Tab. 37.6 einige Ansätze im Hinblick auf den allgemeinen Ablauf und die Sitzungsgestaltung skizziert (in Anlehnung an Liedl und Knaevelsrud 2014; Sipos und Schweiger 2014; Muschalla 2019; Kämmerer 2018; Lorentzen 2013; Gawlytta et al. 2013).

Für verhaltenstherapeutische Gruppen liegt neben allgemeinen Beschreibungen (z. B. Sipos und Schweiger 2014; Marwitz 2016) eine ganze Reihe störungsspezifischer Manuale vor. Psychodynamische Gruppenansätze sind teilweise auch manualbasiert (z. B. Joyce et al. 2014), werden aber immer noch oft bei Mitgliedern mit unterschiedlichen Störungen angewandt. Diese Ansätze lassen sich eher durch allgemeine Wirkprinzipien charakterisieren (Lorentzen definiert sie als „investigative Therapie mit dem Ziel einer Optimierung der Interaktion zwischen den Mitgliedern und der Förderung von Verständnis für die Gruppendynamik und die intrapsychischen Konflikte der Mitglieder“) und durch bestimmte Grundhaltungen und Fokussierungen. So gilt es als wichtig, immer eine „bifokale Orientierung“ (auf die Individuen und die Gruppe) zu verfolgen und als Voraussetzung für verbale Interventionen die Konfiguration (Hintergrund von Ereignissen in

der Gruppe) und die Lokalisierung (d. h. die vermeintliche Ursache einer „Störung“ des Prozesses) zu reflektieren (Strauß 2016b).

37.2.8 Gruppenpsychotherapieforschung

Burlingame et al. (2013) machten in der Forschung der letzten Jahrzehnte bestimmte Traditionen aus: Nachdem bis zu den 1970er-Jahren vornehmlich theoretisch-konzeptionelle Arbeiten zur Gruppenpsychotherapie veröffentlicht wurden, folgten Übersichten, die zumindest eine allgemeine Effektivität des Gruppenformats konstatierten. In den Folgejahren wurden vermehrt Studien zur Vorbereitung auf Gruppen und zu (unspezifischen) Wirkfaktoren durchgeführt. Analog zur Situation in der Einzeltherapie gab es zunehmend Versuche der systematischen Bestimmung der Effektivität von Gruppen bei spezifischen Patientenpopulationen, also der Überprüfung der Wirkung störungsspezifischer Ansätze. Derartige Studien bestimmen die Szene zur Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie eigentlich bis heute. In den 1980er- und 1990er-Jahren wurden speziell im deutschen Sprachraum vermehrt Studien auch zu Gruppen im stationären Rahmen initiiert (z. B. Kösters et al. 2006).

Tab. 37.6 Einige beispielhafte Gruppenkonzepte, deren allgemeiner Ablauf und exemplarische Beschreibung der Sitzungsgestaltung

Gruppenkonzept	Allgemeiner Ablauf	Gestaltung einer Sitzung
Psychoedukative Gruppe bei posttraumatischen Störungen (Liedl und Knaevelsrud 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über Psychoedukation • Betonung der Selbstbestimmung • Informationen über PTBS: <ul style="list-style-type: none"> – Dissoziationen – Vergessen – Erinnerungshilfen – Schmerzen – Entlastung – Depression – Schlafstörungen/Entspannung – Aggressionen • Zurückerobern des Lebens • Abschluss 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Blitzlicht: Überblick über Sitzung • Wiederholung von Kernaussagen aus früheren Sitzungen • Besprechung von Übungen • Thematischer Block • Fragen und Formulierung von Kernaussagen • Planung von Übungen • Achtsamkeits-/Entspannungsübung • Abschlussblitzlicht
Störungsspezifische Therapiegruppe „Selbstmanagement am Arbeitsplatz“ (Muschalla 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitives Reframing: Normalisierung von Arbeitsanforderungen • Arbeit an Symptomtoleranz • Erarbeitung sozial angemessener Verhaltensweisen am Arbeitsplatz • Problemerkennung und Problemlösungsverständnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellungsrunde • Bearbeitung eines Themas durch Befunderhebungen, Übungen, Problemlösetraining und Realitätstestung • Besprechung der Aufgaben • Abschluss der Gruppensitzung durch Statement der Leitung oder Abschlussblitzlicht
Störungsunspezifische Problemlösegruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation zur Problemlösung • Problemidentifikation und spezifische Zieldefinition • Erarbeitung von Lösungsideen und Auswahl der Lösungsidee • Implementierung der Lösungsidee • Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführungsrunde und Erklärung des Rationals • Benennung verschiedener Probleme, Auswahl und Zieldefinition mit Protagonisten • Gruppe als Ideenlieferant • Auswahl der Lösungsidee und Planung ihrer Implementierung • Benennung von Evaluationskriterien
Themenbezogene (fokuserorientierte) psychodynamische Kurzzeitgruppentherapie (Lorentzen 2013; Gawlytta et al. 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Eröffnung, Engagement (2–4 Sitzungen): Förderung eines Gefühls von Gemeinsamkeit, „Hier passiert was Besonderes.“, Transparentmachen des Fokus (z. B. ZBKT) • Differenzierung (2–4 Sitzungen): Selbstabsicherung, Strategien für den Umgang mit Konflikten und Spannungen • Interpersonale Arbeit (8–12 Sitzungen): Konfrontation und Introspektion, Arbeit an dysfunktionalen interpersonalen Mustern • Beendigung (2–3 Sitzungen): Arbeit mit Trennung und Verlust, Eigenverantwortung, Bilanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Statt eines spezifischen Ablaufs generelle Interventionsprinzipien: Aufrechterhaltung von Struktur • Förderung von Entwicklung/Prozess (offen und gezielt) • Interpretation von Form und Inhalt des Prozesses • Wechsel zwischen Zurückhaltung vs. Aktion • Selektive Selbstöffnung • Vorbildfunktion • Fokussierung auf die Kernthemen • Rückkehr ins Hier und Jetzt

Zeit lassen. Die Dosis wird der Kurve einer Hyperbel folgend anfangs rasch, dann langsamer reduziert. Im stationären Rahmen wählt man am besten ein Präparat in Tropfenform, um die Dosis fein abgestuft zu reduzieren. Zu den Entzugserscheinungen gehören Ängste, Unruhe, Schlaflosigkeit, weniger auch Schwitzen und Tremor. Schwere Entzugserscheinungen und Verwirrheitszustände sind im kontrollierten Entzug nicht zu erwarten, epileptische Anfälle können trotz aller Vorsicht auftreten. Schlafstörungen können noch Monate bestehen bleiben.

TIPP

Mit Einwilligung des Patienten kann man die Reduktion in Tropfenform und durch Zugabe von z. B. Orangensaft (Verdecken des Eigengeschmacks) verblindet durchführen. Auf diese Weise vermeidet man einen Nocebo-Effekt.

Die heftigsten Entzugserscheinungen treten oft nach Reduktion der letzten Tropfen auf.

Substanzen

➤ Tab. 45.5 gibt einen Überblick über die verfügbaren Substanzen und ihre Eigenschaften.

Flunitrazepam (Rohypnol®) unterliegt dem BtMG und wird kaum noch verordnet.

MERKE

Benzodiazepine sind für kurz dauernde Interventionen indiziert,

- wenn es aufgrund der Schwere der Symptome erforderlich ist und
- wenn die Ursache der Beschwerden innerhalb weniger Wochen parallel behoben wird.

Chronische Zustände sind keine gute Indikation für Benzodiazepine. Die Gefahr ist groß, dass die Patienten sich an die rasche und zuverlässige Sofortwirkung gewöhnen und die Mühen anderer Behandlungen nicht mehr auf sich nehmen. Selbst wenn Benzodiazepine mit der rasch auftretenden Wirkung Vertrauen zum behandelnden Arzt schaffen werden, weist dieses Behandlungsprinzip in die falsche Richtung.

45.2.5 Substanzunabhängige Therapieverfahren

Wachtherapie

Etwa 60 % der depressiven Patienten zeigt am Tag nach einem Schlafentzug trotz aller Müdigkeit eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik. Bei 60–80 % der Patienten hält die positive Wirkung nur kurz an, kann aber bei gutem Ansprechen durch 2–3 Wiederholungen/Woche in eine kontinuierliche Besserung umgewandelt werden. Besonders deutlich ist die Wirkung bei Patienten mit Früherwachen und Morgentief. Viele depressive Patienten trauen sich den Schlafentzug nicht zu oder halten ihn nicht durch.

Die Durchführung kann komplett oder partiell erfolgen (ab 1:00 Uhr nachts, für die Patienten leichter durchzuhalten). Auf

Tab. 45.5 Benzodiazepine*

Substanzname	Handelsname	Indikationen*	Typische Dosis* [mg]	HWZ [h]	Äquivalenzdosis* [mg]	Besonderheiten
Alprazolam	Tafil®	S E A	0,75–4	10–14	1	
Bromazepam	Lexotanil®, Normoc®	S E A	3–12	15–28	6	
Chlordiazepoxid	Librium®, Radepur®	E A	12,5–62,5	6–38	20	
Clonazepam	Rivotril®	K	4–8	18–50	0,5–1	Epilepsie-Medikament
Diazepam	Valium®, Faustan®	S E A H M K	2–10	30–56	10	Kumulation im Fettgewebe; bei Daueranwendung HWZ von vielen Tagen
Dikaliumclorazepat	Tranxilium®	S E A	20–20	2–2,5	20	
Lorazepam	Tavor®	S E A H	0,5–2,5	9–19	2	Lutschtablette, Tablette, Injektion Bevorzugtes Notfallmedikament
Lormetazepam	Noctamid®	H	0,5–2	8–14	2	
Nitrazepam	Imeson®, Mogadan®	H	2,5–5	18–30	5	
Oxazepam	Adumbran®	S E A H	10–60	4–15	30	Rein durch die Niere ausgeschieden
Temazepam	Planum®, Remestan®	A H	10–40	5–13 h	10–20	
Triazolam	Halcion®	H	0,125–0,25	1,5–5 h	0,2	
Zolpidem	Stilnox®	H	5–10	1,5–2,5 h	15–20	
Zopiclon	Ximovan®	H	3,75–7,5	1,7–5,7 h	10–15	

A = Angstzustände, E = Erregungszustände, H = Hypnotikum, K = Krampfanfälle, M = Muskelverspannungen, S = Spannungszustände

* Indikationen, Dosierungen und Äquivalenzdosierungen nach Benkert und Hippus (2019); Äquivalenzdosierungen für Zolpidem und Zopiclon nach eigenen Erfahrungen

schlafördernde Medikation sollte am Abend zuvor verzichtet werden. Günstig ist die Durchführung in Gruppen. Am Folgetag muss vor allem vormittags auf jegliche Nickerchen verzichtet werden. Außer der Stimmung am Folgetag können auch die Schlafdauer und die Schlafqualität in der Folgenacht besser werden.

Selten können manische Episoden induziert werden. **Kontraindikationen** sind Epilepsien mit weiterhin bestehenden Anfällen, manische oder psychotische Symptome sowie schwere körperliche Erkrankungen.

MERKE

Wachtherapie ist rasch antidepressiv wirksam, aber mühsam. Sie muss meist 2 x/Woche über einige Wochen angewandt werden. Das nehmen zu wenige Patienten auf sich.

Lichttherapie

Helles Licht einer Stärke von 10.000 Lux hat eine antidepressive Wirkung, wenn es täglich eingesetzt wird – bevorzugt 30–60 min in den frühen Morgen- und frühen Abendstunden. In den dunklen Monaten ist für die Lichtstärke von 10.000 Lux eine Lichttherapie-lampe erforderlich. Sofern jahreszeitlich Tageslicht verfügbar ist, ist ein Spaziergang besser. Zum Vergleich: Helle Bürobeleuchtung: 500 Lux, bedeckter Wintertag: 3.500 Lux, Sommer im Schatten: 10.000 Lux, klarer Sommermittag in Mitteleuropa: 90.000 Lux.

Am besten respondieren Patienten mit einer atypischen Depression (gesteigerter Appetit, vermehrter Schlaf). Eine Kombination mit Antidepressiva ist sinnvoll.

Körperliche Aktivität

Nach der S3-Leitlinie Depression sollte strukturiert und supervidiert körperliche Aktivität erreicht werden. Bestandteile sind aerobes Ausdauertraining (5 x 30 min/Woche) oder intensives Training (3 x 20 min/Woche) in Kombination mit Krafttraining (3 x 20 min/Woche).

TIPP

Körperliche Aktivität ist ein wirksames Mittel bei fast allen psychischen Störungen. Das Potenzial ist noch lange nicht ausgeschöpft. Die Patienten benötigen einen strukturierten Plan und beständige Motivationsarbeit von allen Seiten.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Schocktherapien verschiedener Art haben in der Psychiatrie eine lange Tradition gehabt (überraschende kalte Wassergüsse, Insulinschocktherapie mit Unterzuckerung), sind aber aufgegeben worden. Nach der Beobachtung, dass schwer betroffene depressive oder schizophrene Patienten **nach einem epileptischen Anfall für Tage von der psychischen Störung frei** sein können, wurde eine möglichst schonende Art gesucht, solche Anfälle zu induzieren. Seit 1938

ist dies die Krampfinduktion durch elektrischen Strom. Um eine „Schocktherapie“ historischer Art handelt es sich dabei nicht. Die antidepressive/antipsychotische Wirkung kommt nicht durch den Stromfluss zustande, sondern durch den davon ausgelösten zerebralen Krampfanfall. Moderne Geräte verringern durch Manipulation der Sinuskurve des Wechselstroms und weitere technische Veränderungen die übertragene Energiemenge. Durch Stromapplikation unilateral auf der subdominanten Hemisphäre (vs. bilaterale Applikation) lassen sich die Nebenwirkungen verringern (leider reduziert das auch die Wirkung).

EKT wird in Narkose und unter medikamentöser Muskelrelaxation durchgeführt. Es sind 2- bis 3 Behandlungen pro Woche über 3–4 Wochen erforderlich. Anschließend sollte eine medikamentöse Therapie zur Rückfallprophylaxe erfolgen.

Die besten Erfolge zeigen sich bei besonders schweren Depressionen, gehemmten Depressionen oder bei Depressionen mit psychotischen Symptomen. Bei bislang unbehandelten Patienten liegt die Erfolgsquote bei 80–90 %, bei bislang therapierefraktären Depressionen besteht immerhin noch eine Erfolgsquote von 50–75 %. Ebenso kann EKT bei therapierefraktärer Schizophrenie angewandt werden.

Das Mortalitätsrisiko von 1 : 50.000 entspricht dem Risiko kleiner Operationen und liegt deutlich unter der Mortalität einer schweren Depression. Als Nebenwirkung kommen insbesondere retrograde Gedächtnisstörungen vor, subjektiv Kopf- oder Muskelschmerzen. Strukturelle Hirnschäden nach EKT wurden bisher nicht gefunden. Bei Herzerkrankungen und vor allem zerebralen Gefäßerkrankungen muss eine Risikoabwägung erfolgen. Schwangerschaft, hohes Alter oder Herzschrittmacher sind keine absoluten Kontraindikationen (Berger 2019).

Nahrungsergänzungsmittel

Omega-3-Fettsäuren zeigen auch in Metaanalysen im Vergleich zu Placebo eine positive Wirkung, die evtl. bei leichten depressiven Episoden ausreichen kann. In den psychiatrischen Alltag hat dies noch keinen Eingang gefunden. Weniger klar sind die Erkenntnisse für L-Methylfolat (aktive Form der Folsäure), S-Adenosylmethionin und Vitamin D. Bei unkontrollierter Zusatzgabe können vor allem Vitamin-D-Präparate schädliche Überdosierungen verursachen.

45.2.6 Therapeutisches Drug-Monitoring

Es ist sehr unterschiedlich, wie gut einzelne Patienten ein Medikament aus dem Darm aufnehmen, wie rasch es verstoffwechselt und ausgeschieden wird oder mit anderen Medikamenten interagiert. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Wirkstoffspiegel im Blut. Vor allem bei fehlender Wirkung, unerwünschten Nebenwirkungen oder Verdacht auf unregelmäßige Einnahme ist es sinnvoll, den Blutspiegel zu bestimmen. Wichtig ist eine Blutspiegelbestimmung auch, bevor zu einer wirksamen Medikation interagierende Pharmaka dazukommen. Außer bei Lithium und Antikonvulsiva (hier ist es unverzichtbar) sollte die Bedeutung der Serumspiegel aber nicht

überschätzt werden: **Wichtiger ist die Beobachtung** und Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen direkt am Patienten und mittels Zusatzuntersuchungen: Puls und Blutdruck, EKG, Blutbild, Leber- und Nierenwerte.

45.2.7 Intoxikationen

Bei Intoxikationen, vor allem Mischintoxikationen, werden die Patienten entsprechend den Ratschlägen der regionalen Giftnotrufzentralen behandelt. Überwiegend ist eine stationäre Aufnahme mit kontinuierlicher Überwachung auf einer Intensivstation erforderlich.

Intoxikationen mit trizyklischen Substanzen (Antipsychotika und Antidepressiva) sind aufgrund der Herz-Kreislauf-Wirkungen gefährlich. Intoxikationen mit Bupropion sind bedrohlich durch epileptische Anfälle. Intoxikationen mit Benzodiazepinen sind weitaus weniger gefährlich als mit den Vorläufersubstanzen (Barbiturate). Lithiumintoxikationen sind durch Herzrhythmusstörungen und Kreislaufwirkungen gefährlich. Überdosierungen von SSRIs verlaufen deutlich milder.

45.2.8 Zulassung

Bei jedem Medikament ist vermerkt, für welche Erkrankung es „zugelassen“ ist. Dies ist nicht gleichbedeutend mit einer wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit und tolerablen Nebenwirkungen. Eine Zulassung kostet viele Millionen Euro und wird i. d. R. durch die pharmazeutische Industrie beantragt. Anschließend gilt sie im Bereich der Zulassungsbehörde (einzelne Länder, Europa, USA, andere Weltregionen). Wenn sich abzeichnet, dass ein Zulassungsprozess angesichts niedriger erwarteter Patientenzahlen oder angesichts eines niedrigen Medikamentenpreises kaufmännisch nicht sinnvoll ist, verzichten die Pharmaunternehmen üblicherweise darauf. Dann bleibt es dem behandelnden Arzt überlassen, bei Versagen der zugelassenen Medikamente wissenschaftlich nachgewiesene Therapien auch ohne Zulassung anzuwenden („Off-Label-Use“).

Es kommen beliebig absurde Situationen vor:

- Zulassung in Region A für Indikation X, aber in Region B nur für Indikation Y
- Zulassung unter dem Verkaufsnamen C für Erkrankung V, unter dem Verkaufsnamen D für Erkrankung W
- Alte Zulassungen (z. B. Haloperidol) überraschen durch weitreichende und unscharf formulierte syndromale Indikationen, während neue Zulassungen überwiegend scharfe krankheitsbezogene Indikationen beinhalten.

TIPP

Durch entsprechende Aufklärung sorgen Ärzte gleichermaßen für die beste Behandlung des Patienten und die eigene rechtliche Sicherheit als Verordner.

45.3 Spezieller Teil: Therapieprinzipien

45.3.1 Depression

Akuttherapie

Empfehlungen S3-Leitlinie Unipolare Depression 2017 (AWMF 2017)

- Bei **leichten Depressionen** sollte Psychotherapie (alternativ ein Antidepressivum) erst angeboten werden, wenn sich in den ersten 2 Wochen keine Spontanbesserung zeigt.
- Bei **mittelschweren Depressionen** kann man sich zunächst zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie entscheiden. Bleibt der Therapieerfolg nach 3–4 Wochen aus, ist die Kombination empfehlenswert.
- Bei **schweren Depressionen** ist von Anfang an die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie zu empfehlen.

Bei mittelschweren und schweren Depressionen stoßen Antidepressiva bei 10–30% mehr Patienten einen Heilungsprozess an als Placebo.

MERKE

Pharmakotherapie wirkt schneller, Psychotherapie nachhaltiger.

Bei Vorliegen von Wahnsymptomen werden zudem (atypische) Antipsychotika eingesetzt. Quetiapin hat eine eigenständige antidepressive Wirkung.

SSRIs und SNRIs verursachen in der **Eindosierungsphase** oft Unruhe, Getriebenheit, Schlafstörungen, Zunahme von Ängsten, gastrointestinalen Störungen oder Tremor. Die Patienten müssen im Voraus über diese Störungen und deren meist vorübergehenden Charakter unterrichtet und in diesem Prozess aufmerksam begleitet werden. Teilweise ist ebenso vorübergehend eine sedierende Zusatzmedikation erforderlich (Benzodiazepine oder sedierende [niederpotente] Antipsychotika).

TIPP

Oft gelingt es, Unruhe als ungerichteten Antrieb umzudeuten und diesen Antrieb zu steuern statt Unruhe zu unterdrücken.

Innerhalb der ersten 2–3 Wochen sollte eine Besserung in einzelnen Aspekten erkennbar sein. Sofern die Therapie nach 4 Wochen trotz ausreichendem Serumspiegel nicht anspricht, kann bei einigen Medikamenten eine Hochdosistherapie durchgeführt werden. Sonst wechselt man auf ein Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus oder kombiniert damit. Atypische Antipsychotika werden leitliniengerecht auch bei therapieresistenten Depressionen eingesetzt, vor allem wenn formale Denkstörungen wie Grübeln oder negative Kognitionen bestehen oder Unruhe und Schlafstörungen nicht durch sedierende Antidepressiva abgefangen werden können, dabei aber auf Benzodiazepine verzichtet werden soll. Sofern dies nach einem angemessenen Zeitraum nicht wirkt, kann man eine **Augmentierung** mit Lithium oder Schilddrüsenhormonen durchführen.

Wachtherapie und Lichttherapie können in jedem Therapiestadium zusätzlich zur Anwendung kommen.

Sofern auch nach Präparatwechsel und Augmentierung kein Therapieerfolg eintritt, kann der Wechsel auf den MAO-Hemmer **Tranlycypromin** (Diätvorschriften beachten!) erfolgen und/oder anschließend eine **EKT** durchgeführt werden.

Immer wieder ist die alleinige Gabe von Benzodiazepinen oder Antipsychotika zu beobachten. Für eine Wirksamkeit gibt es keine wissenschaftlichen Belege.

NVL Unipolare Depression (AWMF 2017)

Bei chronischen und schweren Depressionen ist die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie den Einzelverfahren überlegen.

Erhaltungstherapie

Nach Remission soll für 4–9 Monate die Gabe der Antidepressiva in unverminderter Dosis fortgeführt werden, um Rezidive zu verhindern. Anschließend soll das Absetzen über mehrere Wochen hinweg erfolgen.

Rezidivprophylaxe

Ab zwei depressiven Episoden in 5 Jahren bei unipolarer Störung wird eine langfristige rezidivprophylaktische Therapie empfohlen. Antidepressiva in unveränderter Dosis und Lithium sind hierfür gleich gut belegt (AWMF 2017).

MERKE

- Die Erfolgsquote von Antidepressiva bei der Therapie von Depressionen beträgt 65–75 %.
- Bei leichten Depressionen sind Antidepressiva selten erforderlich, bei schweren Depressionen besteht fast immer eine Indikation.
- In der Eindosierungsphase müssen die Patienten motiviert und unterstützt werden, trotz anfänglicher reversibler Nebenwirkungen bis zum Eintritt der therapeutischen Wirkung durchzuhalten.
- Bei Therapieresistenz werden Antidepressiva gewechselt, kombiniert, mit Licht- und Wachtherapie ergänzt oder mit atypischen Antipsychotika, Lithium oder Schilddrüsenhormonen kombiniert, oder es wird auf EKT zurückgegriffen.
- Für die Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe sind Antidepressiva in unveränderter Dosis und Lithium geeignet.

45.3.2 Bipolare affektive Störungen

Antidepressive Therapie

Leichte depressive Episoden im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung können oft ohne Antidepressiva behandelt werden.

Bei schweren depressiven Episoden einer bipolaren affektiven Störung sind Antidepressiva unverzichtbar. Es werden SSRIs bevorzugt und gemeinsam mit einem Stimmungsstabilisierer eingesetzt, um einen Switch in eine Manie zu vermeiden. TZA und Venlafaxin kommen bei Versagen dieser Therapie infrage.

Bei häufigen Phasenwechseln („Rapid Cycling“ ab 4 Episoden manisch – hypomanisch – depressiv in 12 Monaten) kann sogar ein dauerhafter leichter depressiver Zustand das realistische Therapieziel werden.

Antimanische Therapie

Lithium hat eine antimanische Wirkung. Akut manische Patienten sind aber oft nicht in der Lage, die teils komplexen Voruntersuchungen einzuhalten. Außerdem ist der Wirkungseintritt verzögert. Bei schwer kranken manischen Patienten müssen in der Akutphase meist Antikonvulsiva und atypische Antipsychotika gewählt werden, ggf. auch Benzodiazepine. Viele Antipsychotika haben eine depressive Wirkung und können den Switch in eine Depression beschleunigen.

Phasenprophylaxe

Ab 2 Episoden in 4 Jahren bei bipolarer Störung bzw. nach der ersten Manie wird eine Rezidivprophylaxe empfohlen. Dafür sind Lithium, zahlreiche Antipsychotika und Antikonvulsiva zugelassen. Die Dauer ist umstritten, möglicherweise lebenslang. Beim Absetzen von Lithium ist 1 Jahr lang die Rezidivgefahr besonders erhöht.

Bipolare Patienten müssen auch in depressiven Episoden aufmerksam auf manische Symptome beobachtet werden, um einen Switch in eine Manie rechtzeitig zu erkennen.

MERKE

Bei bipolaren Störungen muss nicht nur die jeweilige Episode behandelt werden, sondern auch ein Switch in die gegenteilige affektive Ausrichtung verhindert werden. Nach Beendigung der Krankheitsphase ist fast immer eine Phasenprophylaxe erforderlich.

45.3.3 Angststörungen

Erstmalig aufgetretene und unkomplizierte Störungen können mit Psychotherapie allein, mit Pharmakotherapie allein oder mit der Kombination behandelt werden. Bei chronischen Verläufen oder Rezidiven, komplizierten Störungen und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten steigt die relative Bedeutung der Pharmakotherapie.

Bei Angststörungen haben überraschenderweise nicht sedierende Substanzen, sondern **aktivierende Antidepressiva eine langfristig positive Wirkung**. Die meisten SSRIs und Venlafaxin sind wegen einer mittelfristig anxiolytischen Wirkung für die verschiedenen Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, generalisierte Angststörung) zugelassen und können ohne Wirkverlust langfristig verordnet werden. Clomipramin (TZA) hat eine Zulassung für Panikstörung und Moclobemid (MAO-Hemmer) für die soziale Phobie. Duloxetin (SSNRI) und Pregabalin (Antikonvulsivum) sind für die generalisierte Angststörung zugelassen.

Die **Therapieeinleitung muss einschleichend erfolgen**, dennoch kommt es in den ersten 2–4 Wochen oft zu einer Zunahme von

Angst, Unruhe, Zittern, Schwitzen und Schlafstörungen. Sofern dies vom Patienten nicht adaptiert wird oder psychotherapeutisch abgefangen werden kann, ist die vorübergehende zusätzliche Gabe von Benzodiazepinen oder niederpotenten Antipsychotika erforderlich. Eine Monotherapie oder eine dauerhafte Therapie mit Benzodiazepinen ist nicht wirksam. Die Zieldosis der Antidepressiva entspricht > Tab. 45.2, für Venlafaxin und Clomipramin im unteren Bereich.

Nach klinischer Empfehlung soll die Pharmakotherapie 1–2 Jahre nach Remission weitergeführt werden (Benkert und Hippus 2019). Das Absetzen soll über viele Wochen ausschleichend erfolgen. Gerade in diesem Zeitraum müssen Hinweise für ein Rezidiv aufmerksam beobachtet, ggf. psychotherapeutisch bearbeitet oder durch ein verlangsames Ausschleichen des Medikaments abgefangen werden.

MERKE

- Angststörungen können mit SSRIs oder Psychotherapie behandelt werden.
- Sofern Pharmakotherapie erforderlich war, sollte sie nach Remission für 1–2 Jahre fortgeführt und dann erst langsam und aufmerksam abgesetzt werden.

45.3.4 Zwangsstörungen

Die Therapie der 1. Wahl ist Psychotherapie (AWMF 2013). Sofern diese nicht ausreicht, nicht verfügbar ist oder vom Patienten nicht akzeptiert wird, haben fast alle SSRIs eine Zulassung. Es sind höhere Dosierungen als in der antidepressiven Therapie erforderlich (> Tab. 45.2), der Eintritt der Besserung dauert länger. Bis zu 12 Wochen müssen bei gleichbleibender Therapie abgewartet werden. Bei Therapieresistenz ist der Wechsel auf ein anderes Präparat dieser Gruppe sinnvoll, Reservesubstanzen sind Venlafaxin oder das schlechter verträgliche, aber gut wirksame TZA Clomipramin und auch die zusätzliche Gabe eines atypischen Antipsychotikums (zugelassen ist Risperidon 0,5–3 mg; halbe antipsychotische Dosis). Bis zum endgültigen Therapieerfolg können 2–3 Monate vergehen; dieser Erfolg umfasst oftmals nur eine Halbierung der Beschwerden.

Die medikamentöse Therapie sollte mindestens 1–2 Jahre dauern und das Absetzen der Medikation psychotherapeutisch begleitet werden, um möglichen Rückfällen sofort zu begegnen.

45.3.5 Essstörungen

Psychotherapie ist die Grundlage bei der Therapie von Essstörungen. Bei **Anorexia nervosa** gibt es bei depressiver Komorbidität stabile positive Effekte durch SSRIs. Alle anderen Ansätze sind nur für Teileffekte hilfreich. Bei **Bulimia nervosa** gibt es mehr Hinweise für die Wirkung von SSRIs bei geringer Effektstärke, vor allem Fluoxetin, das aber nur in Verbindung mit Psychotherapie zugelassen ist.

45.3.6 Somatoforme Störungen

Depressive Syndrome und Schmerzen können sinnvolle Ansatzpunkte für TZA, SSRIs, Venlafaxin oder Antikonvulsiva sein (Gaba-

pentin oder Pregabalin, in der Schmerztherapie bewährt). Auch atypische Antipsychotika wurden mit Erfolg eingesetzt. Wichtig ist, die Gabe von Benzodiazepinen zu vermeiden und den Patienten Selbstwirksamkeit statt Hoffnung auf Medikamentenwirkungen zu vermitteln.

45.3.7 Posttraumatische Belastungsstörung

Alleinige Psychotherapie ist wirksamer als alleinige Pharmakotherapie, die Kombination ist wirksamer als die Einzelverfahren. Mittel der Wahl sind SSRIs (Zulassung besteht für Sertralin und Paroxetin). Die Patienten reagieren oft empfindlicher mit Nebenwirkungen (geringere Anfangsdosis), benötigen aber einen längeren Behandlungszeitraum (8–12 Wochen) und im Verlauf oft eine höhere Dosis als in der Depressions- und Angsttherapie üblich. Die Erhaltungstherapie sollte 1–2 Jahre betragen. Sofern SSRIs nicht wirken, wird stattdessen Venlafaxin empfohlen. Bei Therapieresistenz erfolgt oft die Gabe von Olanzapin, Risperidon oder Quetiapin, sie ist aber nicht durch Studien bestätigt (Berger 2019).

45.3.8 Schizophrenie

Der bislang wichtigste Bestandteil der Therapie bei Schizophrenie sind Antipsychotika. Aktuelle Metaanalysen zeigen eine Überlegenheit gegenüber Placebo (Haddad und Correll 2018; Huhn et al. 2019). Die deutlichste Veränderung ist die Verringerung der Hospitalisierungsraten seit Einführung von Chlorpromazin (Davis et al. 1989, > Abb. 45.3).

Auswahl des Medikaments

Für die Wahl des richtigen Antipsychotikums ist die Berücksichtigung der Nebenwirkungen wichtig. Da sie zum großen Teil motorischer Art sind, werden **bevorzugt atypische Antipsychotika** eingesetzt, unter denen wiederum keine klare Rangfolge auszumachen ist (Huhn et al. 2019). Metaanalysen zufolge stellt Clozapin

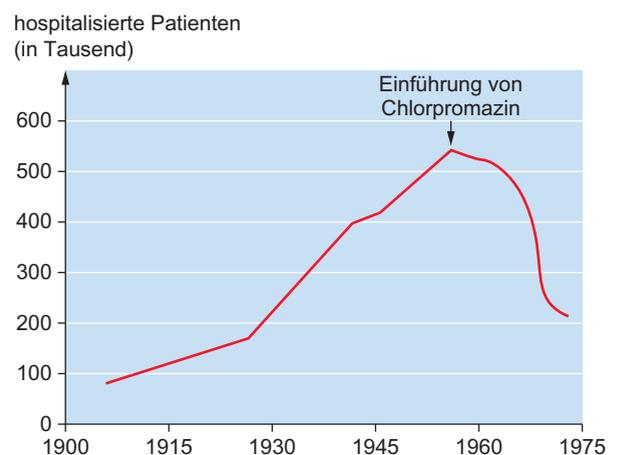


Abb. 45.3 Hospitalisierungsraten und Chlorpromazin [L231]

sowohl für die Erstbehandlung (ohne Zulassung; Smith et al. 2019) als auch für die behandlungsresistente Schizophrenie die beste Substanz dar (Haddad und Correl 2018). Sein Einsatz wird jedoch durch zahlreiche Nebenwirkungen eingeschränkt.

Nach klinischer Erfahrung gibt man bei Erregung, Aggressivität oder Schlafstörungen ein sedierendes Mittel, bei Antriebsminderung ein aktivierendes Mittel. Bei sehr florider psychotischer Symptomatik wird ein hochpotentes Antipsychotikum bevorzugt. Zudem sind organische Faktoren (Herz, Leber, Stoffwechsel, Körpergewicht, Blutbild etc.) zu berücksichtigen.

Therapieverlauf

Je länger die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) ist, desto schlechter ist das Therapieergebnis (Marshall et al. 2005). Nach Metaanalysen bessern sich 41 % der Patienten nach Gabe eines ersten Antipsychotikums vs. 21 % unter Placebo (Leucht et al. 2009). Meist setzt die Veränderung schon innerhalb der ersten 2 Wochen ein. Stellt sich nach 4–6 Wochen unter ausreichend hoher Dosis keine Besserung ein, sollte ein Antipsychotikum einer anderen Substanzklasse gewählt werden. Sofern auch dann kein Erfolg eintritt, kommt es noch bei 50 % der Patienten unter Clozapin zu einer Besserung (**cave:** Agranulozytose-Risiko und Gewichtszunahme). Ob es wirklich nur bei 10–40 % der Patienten unter Antipsychotika zu einer unzureichenden Symptomremission kommt (Benkert und Hippus 2019), muss noch bestätigt werden.

Positivsymptome werden deutlich besser beeinflusst als Negativsymptome. Vor allem Clozapin (weniger andere atypische Antipsychotika) wirkt auch auf Negativsymptome. Bei anhaltender Negativsymptomatik werden aktivierende Antidepressiva eingesetzt, auch wenn Metaanalysen nur einen positiven Trend zeigen (Fusar-Poli et al. 2015). EKT bleibt derzeit schweren Erkrankungen vorbehalten, kann dann aber erfolgreich sein.

Rezidivprophylaxe, Therapiedauer

Nach Leitlinie sollen Antipsychotika im Falle einer Ersterkrankung zur Reduktion psychotischer Symptome angeboten werden, bei Behandlungserfolg für mindestens 12 Monate. Nach einem Rezidiv sollten sie für 2–5 Jahre gegeben werden, womöglich lebenslang. Das Risiko für ein Rezidiv beträgt 27 % bei Weiterbehandlung, 65 % bei Absetzen nach 1 Jahr (Leucht et al. 2012).

Eine etwaige Dosisreduktion der Antipsychotika sollte kontrolliert, unter Berücksichtigung der empfohlenen Behandlungsdauer in minimalen Dosisschritten in 6- bis 12-wöchigen Zeitabständen, erfolgen. Nach Absetzen ist ein kontinuierliches Monitoring klinischer Zeichen und Symptome eines möglichen Rezidivs für mindestens 2 Jahre erforderlich.

Eine kontinuierliche Erhaltungstherapie führt zu einer besseren Prophylaxe als eine intermittierende Antipsychotikabehandlung bei Frühwarnzeichen (Gaebel et al. 1994). Langsames Reduzieren der Antipsychotika mit Dosiserhöhung bei Wiederauftreten von Symptomen („guided discontinuation“) machte in ersten Studien Hoffnung, mit geringeren Dosierungen bis hin zum Absetzen ein gleichwertiges Therapieergebnis erzielen zu können (Alvarez-Jimenez et al.

2016) – und diejenigen 20 % nicht unnötig zu behandeln, die in aktuellen Studien und auch in der Zeit vor der Pharmakotherapie langfristig remittierten (Huber et al. 1979).

45.3.9 Schizoaffektive Störungen

Diese Krankheitsentität wurde geschaffen, um Störungen mit gleichzeitigen schizophrenen und affektiven Symptomen, verbunden mit einer besseren Prognose, abzugrenzen. Sie ist immer noch schwer zu vereinheitlichen. Entsprechend gibt es noch keine endgültigen Therapieempfehlungen. Man orientiert sich an den Empfehlungen für Schizophrenie sowie bipolare affektive Störungen. Das größte Gewicht haben Antipsychotika, anschließend Lithium und Stimmungsstabilisierer. Antidepressiva haben in der Akuttherapie Bedeutung, nicht in der Rezidivprophylaxe.

45.3.10 Suchterkrankungen

Opioidabhängigkeit wird mit Opioidsubstitution und intensiven psychosozialen Maßnahmen behandelt. Dadurch können die Patienten besser sozial integriert werden, der Beigebruch anderer illegaler Drogen und die Häufigkeit von Infektionskrankheiten sinken, die Lebenserwartung steigt. Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) „soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden“. Der Versuch, die Opiode abzusetzen, führt allerdings oft zu mehr Beigebruch, Abbruch der Substitution und Verringerung der Lebenserwartung. Zur Verfügung stehen Methadon (HWZ 24–48 h), Buprenorphin (Partialagonist; HWZ 24 h) und Morphinsulfat (HWZ 12 h). Die Medikation muss 7 Tage die Woche abgeholt und vor den Augen der Behandler eingenommen werden. „Take-Home“ für 7 Tage ist ein wichtiges Therapieziel der Patienten.

Zur Behandlung des **Alkoholismus** stehen Naltrexon, Nalmefen und Acamprosat zur Verfügung. Naltrexon (Adepend®) ist ein Opioidantagonist. Es reduziert das Rückfallrisiko. Nalmefen (Selincro®), ebenfalls ein Opioidantagonist, senkt statistisch die Zahl der schweren Trinktage. Eine vorherige Entgiftung ist nicht notwendig. Acamprosat (Campral®) wirkt dämpfend auf das Glutamatsystem. Es reduziert das Verlangen nach Alkohol und verlängert die Abstinenz nach Entgiftung. Psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen gehören zur Anwendung dieser Substanzen dazu.

45.3.11 Aufmerksamkeitsdefizit-/ (Hyperaktivitäts)-Syndrome

Leichte Ausprägungen können rein psychotherapeutisch behandelt werden. Sonst werden bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen mit oder ohne Hyperaktivität, vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter Stimulanzien eingesetzt. Kontraintuitiv wirken sie gegen Hyperaktivität. Drogenabhängig gewordene Erwachsene mit ADHS haben z. B. oft festgestellt, dass Amphetamine sie beruhigen. Kontraindikationen sind Schizophrenie und zahlreiche Herzerkrankungen.

Suchtmittelgebrauch muss beendet sein und ist dann keine Kontraindikation, aber Anlass zu besonderer Aufmerksamkeit.

Methylphenidat (Ritalin® retardiert oder unretardiert, für Kinder oder für Erwachsene; unterliegt der BtMVV) wirkt über die Wiederaufnahmehemmung von Dopamin und Noradrenalin. Es wird in Schritten von 5–10 mg zu einer Höchstdosis von 80 mg/d aufdosiert. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind innerhalb weniger Tage beurteilbar.

Atomoxetine (Strattera®) ist ein SNRI. Die Zieldosis beträgt 80 (–120) mg, die Wirkung kann wie bei einem Antidepressivum erst nach einigen Wochen vollständig beurteilt werden.

Amphetamine führen zur Ausschüttung und Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin. Es sind hier Reserve-substanzen; es gilt die BtMVV.

Die positiven Wirkungen sind Verbesserung der Aufmerksamkeit, Reduktion von Hyperaktivität und Impulsivität. Nebenwirkungen sind Gewichtverlust, Schlafstörungen und Unruhe. Herzfrequenz und Blutdruck steigen oft an und müssen kontrolliert werden. Unter Methylphenidat und Amphetaminen werden auch Wirkverlust, Dosissteigerung und weitere Kriterien für eine Abhängigkeit beobachtet. Insgesamt sinkt aber unter Verordnung von Stimulanzien die Entwicklung einer Abhängigkeit im Krankheitsverlauf.

45.3.12 Schlafstörungen

Bei chronischen Insomnien ist „Schlafhygiene“ mit kognitiver Verhaltenstherapie in internationalen Leitlinien die Behandlung der 1. Wahl, vor Pharmakotherapie.

Sofern Psychopharmaka erforderlich sind, muss die nötige HWZ der Substanz bedacht werden. Für Einschlafstörungen werden kurz wirksame Substanzen benötigt, für Durchschlafstörungen länger wirksame Substanzen. Früherwachen ist mit Schlafmitteln schwer behandelbar, weil die medikamentöse Wirkung direkt in einen morgendlichen Überhang übergehen kann.

Schlafstörungen lassen sich am schnellsten und unkompliziertesten mit **Benzodiazepinen** (inkl. Zolpidem und Zopiclon) behandeln. Wegen der recht zuverlässig auftretenden **Toleranzentwicklung mit Wirkverlust** und möglicher Entwicklung einer Abhängigkeit sollten diese Substanzen allerdings nur eingesetzt werden, wenn keine Sucht besteht und außerdem absehbar ist, dass der Anlass für die Schlafstörungen innerhalb der sinnvollen **Behandlungszeit von höchstens 4–8 Wochen** anderweitig behoben ist. Bei einer Gabe von 1–2 Nächten/Woche geht man heute davon aus, dass es auch bei dauerhafter Anwendung nicht zu einer Toleranzentwicklung kommt.

Sofern Schlafhygiene und Psychotherapie nicht ausreichen, greift man bei länger anhaltenden Schlafstörungen regelmäßig auf **sedierende Nebenwirkungen von Antidepressiva oder Antipsychotika** zurück. Dazu eignen sich Johanniskraut, TZA wie Amitriptylin, Doxepin, Opipramol oder Trimipramin, neuere Antidepressiva wie Mirtazapin oder Agomelatin, konventionelle Antipsychotika wie Promethazin, Prothipendyl, Melperon oder Pipamperon sowie aty-

pische Antipsychotika wie Quetiapin oder Olanzapin. Generell gilt, dass die Substanzen zur Ausnutzung dieser sedierenden Potenzen mit geringerer Dosis angewandt werden, dass jedoch die weiteren **Nebenwirkungen der jeweiligen Substanz** dennoch zum Tragen kommen können und auch diese Behandlung daher limitiert sein soll. Eine Zulassung für diese Anwendung besteht nur für Melperon und Pipamperon.

Die Antihistaminika Diphenhydramin (Halbmond®, Moradorm® etc.) und Doxylamin (Schlafsterne®, Hoggar® night etc.) sind primär gegen Allergiesymptome auf den Markt gekommen und haben eine deutliche sedierende Potenz. Sie sind rezeptfrei erhältlich. Intoxikationen sind durch anticholinerge Nebenwirkungen gefährlich, auch wenn die Rezeptfreiheit eine unkomplizierte Substanz zu versprechen scheint. Von einer langfristigen Einnahme wird auch wegen dieser anticholinergen Nebenwirkungen abgeraten.

L-Tryptophan ist ein Verstärker der Serotoninsynthese. Melatonin hat eine zirkadiane Periodik und wird vor allem nachts in der Epiphyse produziert. Beide Substanzen können schlafanstoßend wirken; die wissenschaftlichen Ergebnisse für eine regelmäßige Anwendung sind aber noch uneinheitlich.

Als Phytopharmaka sind außerdem Produkte aus Baldrian, Melisse, Hopfen, Passionsblume etc. auf dem Markt. Wissenschaftlich ist eine Wirkung am ehesten für Baldrian gezeigt.

MERKE

Schlafstörungen sind ein häufiges und belastendes, aber selten ein isoliertes Problem. Das Hauptaugenmerk sollte auf der Diagnose und Therapie verursachender psychischer Störungen und störender Umstände gelegt werden, therapeutisch vor allem auf Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Die pharmakologische Therapie mit Benzodiazepinen ist nur kurz dauernd sinnvoll. Sedierende Antidepressiva oder Antipsychotika sind trotz ihrer spezifischen Nebenwirkungen besser geeignet.

45.3.13 Persönlichkeitsstörungen

Zur Therapie von Persönlichkeitsstörungen gibt es kein übergreifendes pharmakologisches Konzept. Medikamente können ohne Zulassung und zeitlich befristet erfolgreich eingesetzt werden, sofern einzelne Syndrome vorherrschen:

- Antidepressiva bei depressiven Syndromen
- Antidepressiva oder Stimmungsstabilisierer bei Stimmungsschwankungen oder Störungen der Impulskontrolle
- Antipsychotika (bevorzugt atypische) bei paranoidem Erleben, formalen Denkstörungen oder Erregungszuständen
- Sedierende Antipsychotika oder sedierende Antidepressiva bei Schlafstörungen und Unruhezuständen
- Naltrexon bei dissoziativen Phänomenen

Am besten ist dies für die Borderline-Störung erforscht. Sofern es sich nicht nur um Syndrome als Teil der Persönlichkeitsstörung handelt, sondern eine eigenständige weitere psychische Störung besteht, wird sie nach den Regeln für die jeweilige Störung behandelt.