

## Vorwort

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es sind Störungen,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Thomas Schnell**

Hamburg im Februar 2016

Praxisbuch: Moderne Psychotherapie  
Der Guide bei komplexen Störungsbildern  
Schnell, Th. (Hrsg.)  
2016, XIV, 191 S. 10 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-662-50314-0