

Psychologische Beratung für Heilpraktiker

Wissen für Prüfung und Praxis

Thomas Schnura
Tanja Schnura

21 Abbildungen
23 Tabellen

Sonntag Verlag · Stuttgart

Bibliografische Information
der Deutschen Nationalbibliothek

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

Anschrift der Autoren:

Thomas und Tanja Schnura
An der Apostelkirche 3
30161 Hannover

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem **Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2008 Sonntag Verlag in
MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG
Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart

Unsere Homepage: www.sonntag-verlag.com

Printed in Germany

Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfotos: Creativ Collection, Freiburg; Photo Alto, Paris
Satz: Sommer Druck, 91555 Feuchtwangen
gesetzt in 3B2, Vers. 7.51f/W
Druck: Grafisches Centrum Cuno, 39240 Calbe

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

ISBN 978-3-8304-9156-9

1 2 3 4 5 6

Geleitwort

Die Arbeit mit Klienten und Patienten zeigt, dass reine „Körpermedizin“ allein häufig nicht ausreicht, da fast jedes Symptom und jede Erkrankung immer auch seelische Ursachen und Wechselwirkungen hat. Der Wunsch, auf dieser Basis „ganzheitlich“ behandelt zu werden, wächst in der Bevölkerung. Eine ganzheitliche Therapie erfordert auf Seiten der Behandler fundierte psychologische und psychotherapeutische Kenntnisse und Fähigkeiten. Diese ermöglichen ihnen als Therapeut, Berater oder Arzt, ihre Kommunikation mit den Rat- und Hilfesuchenden so zu gestalten, dass diese sich in ihrer Gesamtheit von Körper, Seele und Geist angenommen fühlen. Und genau darin liegt, wie aktuelle Studien aus der Wirkungs- und Plazeboforschung immer wieder bestätigen, einer der wichtigsten Heilungsfaktoren überhaupt. Die Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patient, Berater und Klient entscheidet letztlich darüber, ob Behandlungen gelingen und Beratungen erfolgreich verlaufen.

Tanja und Thomas Schnura vermitteln in diesem Buch die nötigen psychologischen und psychotherapeutischen Grundlagen. Beide haben nicht nur einen akademischen Abschluss als Psychologen und die Heilpraktikererlaubnis, sondern sind auch seit Jahren aktiv in ihrer eigenen naturheilkundlichen bzw. psychotherapeutischen Praxis. Darüber hinaus sind die Autoren seit vielen Jahren engagierte Dozenten an Heilpraktiker-Fachschulen und ähnlichen Lehrinstituten.

Das vorliegende Werk ist ein Lehr- und Lernbuch im besten Sinne, das nicht nur über alle relevanten Themen umfassend informiert, sondern sie auch durch viele Beispiele aus dem Erfahrungsschatz der beiden Autoren anschaulich macht und durch Übungen vertieft, die den Leser aktivieren. Gerade wenn es um Beratungs- und Kommunikationsprozesse geht, reicht das bloße Lesen als einseitige Informationsaufnahme nicht, um die Dinge in sich lebendig werden zu lassen. Wer von diesem hervorragenden Werk wirklich profitieren will, sollte keine der Nachdenk- und Trainingsaufgaben auslassen.

Dieses Buch behält aber auch dann seinen Wert, wenn man es einmal oder mehrmals, z.B. zur Prü-

fungsvorbereitung, durchgearbeitet hat. Durch den Abdruck relevanter Gesetze und Vorschriften, der Systematik psychischer Störungen und Krankheiten nach der ICD-10, durch seine vielen praktischen Beispiele, die differenzialdiagnostisch analysiert werden, durch die Darstellung der verschiedenen Felder der Psychologischen Beratung – von „A“ wie Abhängigkeit bis „Z“ wie Zwang – bleibt es ein Nachschlagewerk, das auf keinem Schreibtisch fehlen sollte!

Beispielhafte Prüfungsfragen finden sich in ihm ebenso wie gebündeltes Wissen zur Rechts- und Berufskunde, zum Marketing, zum Aufbau einer eigenen Praxis sowie zum Umgang mit Honoraren, Abrechnungsfragen usw. Es leitet nicht nur dazu an, seine eigene Rolle als Berater einmal grundsätzlich zu reflektieren, sondern dies hinsichtlich jedes neuen „Falles“ immer wieder zu tun. Die verschiedenen vorgestellten und an lebendigen Beispielen demonstrierten Beratungsstrategien haben ihren Schwerpunkt in den inzwischen bewährten verhaltenstherapeutischen, systemischen, lösungs- und ressourcenorientierten Vorgehensweisen, legen den Leser aber keineswegs darauf fest, sondern erweitern einfach den Horizont seiner Möglichkeiten für die Praxis.

Inhalt und Niveau dieses Buches sind bestens dafür geeignet, es zu einem Standardwerk für alle zu machen,

- die sich auf den Beruf des Psychologischen Beraters, Naturheilpraktikers oder Heilpraktikers für Psychotherapie vorbereiten,
- die Psychologie, (Sozial-)Pädagogik oder Medizin studieren,
- die als bereits praktisch tätige Ärzte oder Heilpraktiker ihren Wirkungshorizont um die psychologische Beratung und psychotherapeutische Behandlung erweitern wollen.

Ein zentrales Anliegen des „Verbandes Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychologischer Berater e.V. (VFP)“, der mit über 3700 Mitgliedern der größte Berufsverband für diese Berufsgruppen in Deutschland ist, liegt darin, die Aus- und Fortbildung unserer Mitglieder so zu fördern und zu sichern, dass die Klienten

und Patienten den optimalen Nutzen davon haben! Als Vorstandsmitglied und Präsident des VFP wünsche ich diesem Buch deshalb eine möglichst weite Verbreitung!

Salzgitter, im Oktober 2007

*Dr. paed. Werner Weishaupt
Dozent für Psychotherapie
Präsident des VFP e. V.*

Vorwort

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Buch. Es bedeutet, dass Sie sich für den Beruf des Psychologischen Beraters oder Heilpraktikers für Psychotherapie interessieren oder dass Sie sich in der Ausbildung zu einem dieser Berufe befinden. Oder Sie sind bereits Heilpraktiker für Psychotherapie oder Psychologischer Berater und wollen sich in diesem Beruf fortbilden. In diesen Lebenslagen wird Ihnen dieses Buch ein Begleiter und Ratgeber sein.

Sie finden hier:

- Die Beschreibung der psychischen und neurologischen Erkrankungsbilder, auch in prüfungsrelevanter Hinsicht und mit Beispielen von Prüfungsfragen und kommentierten Antworten.
- Übungen für die Arbeit als Psychologischer Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie,
- Hinweise zur Anamneseerhebung und Diagnostikstellung,
- Beschreibungen der wichtigsten Therapieformen,
- Hinweise und Ratschläge für die praktische Arbeit,
- Fallbeispiele aus unserer Praxis mit Lösungsangeboten,
- die Beschreibung der psychologischen Berufe,
- einen Ratgeber für die Eröffnung Ihrer eigenen Praxis und die Wege zum Erfolg.

Wir sind bei unserer Lehrtätigkeit häufig gefragt worden, ob es nicht ein Buch gibt, in dem die Grundlagen der Arbeit des Psychologischen Beraters sowie des Heilpraktikers für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz (HPG) beschrieben werden und das zugleich ein Handbuch für die praktische Arbeit ist. Mit diesem Buch legen wir Ihnen ein solches Werk und Arbeitsbuch vor.

Mit gezielten Fragen wollen wir Sie immer wieder einmal dazu anregen, über das bisher Gelesene nachzudenken und Verknüpfungen zu Ihren eigenen Erfahrungen und Einstellungen herzustellen. Diese Fragen zu Ihrer persönlichen Perspektive und Selbstreflexion finden Sie im Fragekasten.

Tipps und Übungen sind in unserem Buch ebenfalls enthalten. Die Fallbeispiele helfen Ihnen, mit Ihren eigenen schwierigen Fällen besser zurechtzukommen.

Viel Unsicherheit herrscht bei der Frage, welche Persönlichkeitsveränderungen und Erkrankungen in den beiden Berufsgruppen behandelt werden dürfen. Auch darauf erhalten Sie in unserem Buch eine Antwort.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Ausbildung und Berufsausübung und hoffen, dass wir ein wenig dazu beitragen können.

Hannover, im Oktober 2007

*Tanja Schnura
Thomas Schnura*

Inhalt

Allgemeiner Teil

1	Einführung	2	2.3	Verhaltensstörungen	22
1.1	Schwierigkeiten, Probleme und Lebenskrisen	2	2.3.1	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) ..	22
1.1.1	Schwierigkeiten sind grundsätzlich lösbar	2	2.3.2	Störungen der Geschlechtsidentität (F64) ..	23
1.1.2	Wann entstehen Probleme?	3	2.3.3	Störungen der Sexualpräferenz (F65) ..	24
1.1.3	Krisen	3	2.4	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	26
1.2	Psychische Veränderungen	4	2.4.1	Morbus Alzheimer (F00.0 bis F00.9) ...	27
1.2.1	Psychose	5	2.4.2	Vaskuläre Demenz (F01.0 bis F01.9) ...	28
1.2.2	Neurose	5	2.4.3	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	28
1.2.3	Persönlichkeitsveränderung	5	2.4.4	Delir (F05.0 bis F05.9)	30
1.2.4	Von der Persönlichkeitsveränderung zur Persönlichkeitsstörung	6	2.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	30
1.2.5	Persönlichkeitsstörung	8	2.5.1	Diagnose einer Drogenabhängigkeit ..	30
2	Spezielle Pathologie	9	2.5.2	Auswirkungen des Drogenkonsums ...	31
2.1	Klassifizierung nach ICD-10 und DSM	9	2.5.3	Alkohol (F10) ..	31
2.1.1	ICD-10	9	2.5.4	Opioide (F11) ..	33
2.1.2	DSM	10	2.5.5	Cannabinoide (F12) ..	33
2.1.3	Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ICD und DSM	10	2.5.6	Sedativa und Hypnotika (F13) ..	34
2.2	Persönlichkeitsstörungen	11	2.5.7	Kokain (F14) ..	34
2.2.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)	11	2.5.8	Koffein (F15) ..	34
2.2.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)	13	2.5.9	Halluzinogene (F16) ..	35
2.2.3	Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)	13	2.5.10	Tabak (F17) ..	35
2.2.4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)	14	2.5.11	Lösungsmittel (F18) ..	35
2.2.5	Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)	17	2.5.12	Diagnose und Therapie	36
2.2.6	Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)	18	2.6	Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 bis F29)	36
2.2.7	Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)	18	2.6.1	Schizophrenieformen	36
2.2.8	Asthenische, abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)	19	2.6.2	Mögliche Ursachen	37
2.2.9	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8)	20	2.6.3	Schizophreniesymptome	37
			2.6.4	Typ-1- und Typ-2-Schizophrenie	40
			2.6.5	Diagnose und Therapie	40
			2.7	Affektive Störungen (F30 bis F39)	40
			2.7.1	Manische Episode (F30)	40
			2.7.2	Bipolare affektive Störung (F31)	41
			2.7.3	Depressive Episode (F32)	41
			2.7.4	Rezidivierende depressive Störung (F33)	41
			2.7.5	Anhaltende affektive Störungen (F34)	41
			2.7.6	Diagnose und Therapie	41

2.8	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	42	3.1.4	Familienanamnese	61
2.8.1	Phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41)	42	3.1.5	Fremdanamnese	63
2.8.2	Zwangsstörungen (F42)	44	3.1.6	Katamnese	64
2.8.3	Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)	45	3.2	Verhaltensbeobachtung	64
2.8.4	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44)	46	3.2.1	Physiognomie	64
2.8.5	Somatoforme Störungen (F45)	47	3.2.2	Mimik	65
2.8.6	Andere neurotische Störungen (F48) ..	48	3.2.3	Phonik	65
2.9	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ..	48	3.2.4	Gestik, Pantomimik	65
2.9.1	Essstörungen (F50)	48	3.2.5	Psychomotorik	66
2.9.2	(Nichtorganische) Schlafstörungen (F51)	50	3.2.6	Körperhaltung	66
2.9.3	Nichtorganische, sexuelle Funktionsstörungen (F52)	52	3.2.7	Gesamteindruck	66
2.10	Intelligenzstörungen (F7)	54	4	Abgrenzung der psychologischen Berufe	68
2.10.1	Erkrankungen mit Intelligenzdefekten ..	55	4.1	Arbeitsgebiet des Neurologen	68
2.11	Entwicklungsstörungen (F8)	55	4.2	Arbeitsgebiet des Psychiaters	68
2.11.1	Artikulationsstörungen (F80.0)	55	4.3	Psychologische Psychotherapeuten ...	69
2.11.2	Expressive Sprachstörung (F80.1)	55	4.3.1	Welche Störungen sind krankheitswertig?	69
2.11.3	Rezeptive Sprachstörung (F80.2)	55	4.3.2	Was ist Psychotherapie?	69
2.11.4	Lese- und Rechtschreibstörungen (F81.0)	56	4.3.3	Welche Verfahren sind wissenschaftlich anerkannt?	70
2.11.5	Rechenstörungen (F81.2)	56	4.3.4	Arbeitsgebiete des Psychologischen Psychotherapeuten	70
2.11.6	Frühkindlicher Autismus (84.0)	56	4.4	Heilpraktiker für Psychotherapie	71
2.11.7	Rett-Syndrom (F84.2)	56	4.4.1	Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie	71
2.12	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	56	4.4.2	Es gibt noch keine einheitliche Bezeichnung	71
2.12.1	Hyperkinetische Störungen (F90)	56	4.4.3	Prüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie	72
2.12.2	Störungen des Sozialverhaltens (F91) ..	56	4.4.4	Es gibt keine Fortbildungspflicht	72
2.12.3	Emotionale Störungen	56	4.4.5	Bezahlung	73
2.12.4	Tic-Störungen (F95)	57	4.5	Psychologischer Berater	73
2.12.5	Nichtorganische Enuresis (F98.0) und Enkopresis (F98.1)	57	4.5.1	Arbeitsgebiete des Psychologischen Beraters	75
2.12.6	Pica im Kindesalter (F98.3)	57	4.6	Psychologischer Berater – Heilpraktiker für Psychotherapie – Psychologischer Psychotherapeut: ein Vergleich	77
2.12.7	Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)	57	4.7	Wer behandelt welche Störung?	78
2.12.8	Diagnose und Therapie	57	4.8	Arbeitsgebiete des Diplom-Psychologen	81
3	Zur Diagnosestellung	59	4.8.1	Betriebspsychologen	81
3.1	Anamnesemethoden	59	4.8.2	Forensische Psychologen	82
3.1.1	Spezielle Anamnese	59	4.8.3	Verkehrspsychologen	82
3.1.2	Weitere Anamnese	59	4.8.4	Schulpsychologen	82
3.1.3	Biografische Anamnese, Sozialanamnese	60			

4.8.5	Freizeitpsychologen	82	6.3.2	Theoretischer Hintergrund	106
4.8.6	Medienpsychologen	82	6.3.3	Ablauf einer Verhaltenstherapie	106
4.8.7	Sportpsychologen	82	6.3.4	Kognitive Therapie nach Beck	108
4.8.8	Neuropsychologen	82	6.3.5	Problemlösetraining	109
4.8.9	Entwicklungspsychologen	82	6.3.6	Konfrontationstherapie	109
4.8.10	Ethnopsychologen	83	6.3.7	Training sozialer Kompetenzen (TSK)	110
4.8.11	Sozialpsychologen	83	6.3.8	Hilfreiche Techniken für Ihre Praxis ...	111
4.8.12	Klinische Psychologen	83	6.4	Systemische Verfahren	113
5	Die Rolle des Beraters bzw. Therapeuten	84	6.4.1	Systemische Theorie	113
5.1	Reaktionen des Umfelds	84	6.4.2	Der therapeutische Ansatz	115
5.2	Kompetenzen	85	6.4.3	Systemische Interventionen	116
5.2.1	Berufliche Kompetenz	85	6.5	Individuelles Therapiekonzept zusammenstellen	118
5.2.2	Persönliche Kompetenz	85	7	Arbeiten in eigener Praxis	119
5.3	Anforderungen	86	7.1	Die schwierige Anfangsphase	119
5.3.1	Schnelle Hilfe	86	7.1.1	Möglichkeiten der Werbung	120
5.3.2	Weiterbildung	87	7.1.2	Präsentation nach außen	120
5.4	Psychohygiene	87	7.2	Der erste Klient	121
5.4.1	Supervision	88	7.3	Beziehungsaufbau	121
5.4.2	Regeneration	88	7.4	Was kann ich bieten – was will der Klient?	122
6	Therapiestrategien und Gesprächsführung	89	7.4.1	Einigung über das Therapieverfahren erzielen	123
6.1	Die Suche nach den Ursachen	90	7.5	Welche Probleme sollen bearbeitet werden?	123
6.1.1	Wann ist die Ursachensuche sinnvoll?	90	7.6	Angemessene Bezahlung	124
6.1.2	Tiefenpsychologische Psychotherapie	91	7.6.1	Berechnen Sie Ihre laufenden Kosten	124
6.1.3	Psychoanalytische Therapie	91	7.6.2	Abrechnung mit den Krankenkassen	125
6.1.4	Mögliche Anwendungsgebiete analytischer Verfahren	91	7.6.3	Gebührenordnung für Heilpraktiker	125
6.1.5	Ein hilfreicher Ansatz zur Arbeit mit den Ursachen	91	7.6.4	Gebührenordnung für Ärzte	126
6.2	Lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen	93	8	Das Setting: Einzel-, Paar- oder Gruppenarbeit	128
6.2.1	Theoretischer Hintergrund	93	8.1	Zeit und Raum	128
6.2.2	Unterscheidung von drei Kliententypen	94	8.2	Einzelarbeit	129
6.2.3	Therapeutische Interventionen	94	8.2.1	Arbeit mit Erwachsenen	129
6.2.4	Praktisches Vorgehen	96	8.2.2	Arbeit mit Kindern und Jugendlichen	132
6.2.5	Beispiel eines lösungsorientierten Beratungsgesprächs	96	8.3	Paarberatung	133
6.2.6	Weitere Techniken lösungsorientierter Gesprächsführung	102	8.4	Beratung von Angehörigen	135
6.3	Verhaltensorientierte Therapie und Beratung	105	8.4.1	Ziele in der Angehörigenarbeit	135
6.3.1	Bei welchen Störungen kann eine Verhaltenstherapie hilfreich sein? ...	105			

8.5 Gruppenberatung und Therapiegruppen	136	8.5.2 Welche Vorteile hat Gruppentherapie?	136
8.5.1 Wozu dienen Therapiegruppen?	136		

Spezieller Teil

9 Felder psychologischer Beratung	138	9.8.2 Einsamkeit	169
9.1 Partnerschafts- und Eheberatung	138	9.8.3 Beratungsansätze	171
9.1.1 Zufriedenheit und Konflikte in Partnerschaften	139	9.9 Sterben, Tod und Trauer	171
9.1.2 Beziehungsstabilität	141	9.9.1 Klärungsbedarf	172
9.1.3 Eifersucht und Untreue	142	9.9.2 Unerledigte Dinge auflisten	172
9.1.4 Trennung und Scheidung	143	9.9.3 Abschied nehmen	172
9.1.5 Beratungsansätze	144	9.9.4 Umgang mit der Trauer	173
9.1.6 Schwangerschaft	144	9.9.5 Tod durch Suizid	173
9.1.7 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel	145	10 Begleitende Beratung und Therapie bei psychischen Erkrankungen	174
9.2 Sexualberatung	146	10.1 Einschränkungen Ihrer Tätigkeit	174
9.2.1 Auslöser für Sexualstörungen	147	10.2 Depressionen	175
9.2.2 Die häufigsten Sexualstörungen	148	10.2.1 Erscheinungsformen	176
9.2.3 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel	150	10.2.2 Symptomatik	176
9.3 Schul- und Erziehungsberatung	151	10.2.3 Therapeutische Ansätze	177
9.3.1 ADS und Hyperaktivität	152	10.3 Wochenbettdepression und -psychose	179
9.3.2 Aggressivität und Gewalt	153	10.3.1 Symptomatik	180
9.3.3 Vorgehen im Fallbeispiel	157	10.3.2 Therapeutische Ansätze	181
9.4 Coaching im Beruf	157	10.4 Manie und Bipolare Störung	181
9.4.1 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel	159	10.4.1 Vorgehen im Fallbeispiel	183
9.5 Sucht und Abhängigkeit	160	10.4.2 Therapeutische Ansätze	184
9.5.1 Eigene Vorerfahrungen bedenken	161	10.5 Angststörungen	185
9.5.2 Grenzen festlegen	161	10.5.1 Therapeutische Ansätze	186
9.5.3 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel	162	10.6 Zwangsstörungen	187
9.5.4 Arbeit mit den Angehörigen	163	10.6.1 Therapeutische Ansätze	188
9.6 Akute Krisen	164	10.7 Schizophrenien	189
9.6.1 Beratungsansätze	165	10.7.1 Therapeutische Ansätze	190
9.7 Krankheitsbegleitung	166	10.7.2 Vorgehen im Fallbeispiel	191
9.7.1 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel	167	10.8 Persönlichkeitsstörungen	191
9.7.2 Psychosomatik	167	10.8.1 Therapeutische Ansätze	192
9.7.3 Krankheitsbewältigung	168	10.8.2 Verlauf und Prognose	193
9.7.4 Begleitung bei schwerer Krankheit ...	168	10.8.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung ...	194
9.8 Alter	168	10.9 Selbstverletzung	196
9.8.1 Sexualität im Alter	169	10.9.1 Therapeutisches Vorgehen	196

10.10 Essstörungen	198	11.1.4 Affektive Beteiligung	209
10.10.1 Magersucht (Anorexie)	198	11.2 Unzufriedenheit des Klienten	209
10.10.2 Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	202	11.2.1 Der gewünschte Erfolg bleibt aus	209
10.10.3 Esssucht (Binge Eating)	203	11.2.2 Die Beratung ist dem Klienten zu teuer / zu billig	212
10.10.4 Diäten und der Jojo-Effekt	205	11.3 Aggressives Verhalten des Klienten ..	212
10.10.5 Körperbildstörungen	206	11.4 Sexuelle / romantische Angebote	213
10.10.6 Weitere therapeutische Ansätze zur Behandlung von Essstörungen ...	206	11.5 Selbst- und Fremdgefährdung	213
11 Besondere Situationen in Beratung und Therapie	208	11.6 Suizidgedanken, -drohungen und -versuche	213
11.1 Eigene Überforderung	208	11.6.1 Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen	214
11.1.1 Erkennen, wenn die Kraftreserven erschöpft sind	208	11.6.2 Therapeutische Maßnahmen	214
11.1.2 Burn-out	208		
11.1.3 Eigene Kompetenzen nicht überschreiten	208		

Anhang

Beispielprüfungen	222	Rechnungsbeispiel	245
Beispielprüfung 1	223	Über die Autoren	246
Lösungen und Kommentare	227	Internetlinks	247
Beispielprüfung 2	229	Literatur	248
Lösungen und Kommentare	232	Abbildungsnachweis	250
Beispielprüfung 3	235	Sachverzeichnis	251
Lösungen und Kommentare	239		
ICD-10 Kapitel V (F)	241		
Gesetzesauszüge	243		
Das Heilpraktikergesetz	243		

Allgemeiner Teil



1 Einführung

Bevor wir uns der speziellen Pathologie zuwenden, werden wir uns in diesem Kapitel mit Begriffsdifferenzierungen und den wichtigsten Begriffen der Psychopathologie beschäftigen. Das ist deshalb wichtig, weil einige Begriffe in der psychologischen Fachsprache eine andere als die umgangssprachliche Bedeutung haben. Im Allgemeinen können Sie sich auf Ihr Verständnis der Begriffe verlassen, aber andererseits können schon so alltägliche Begriffe wie Problem oder Schwierigkeit in ihrem Gebrauch vom Alltagsverständnis abweichen. Daher erhalten Sie zunächst einmal einige Begriffsklärungen.

1.1 Schwierigkeiten, Probleme und Lebenskrisen

Im Leben jedes Menschen treten immer wieder Schwierigkeiten auf, mit denen er umgehen muss. Das ist ganz normal. Die meisten Schwierigkeiten löst man problemlos; häufig muss man sich nicht einmal besonders mit ihnen beschäftigen.

Die allgegenwärtigen Schwierigkeiten können immer dann zum Problem werden, wenn man versucht, ihnen mit einem dysfunktionalen Lösungsansatz zu begegnen. Beharrt der Betreffende auf diesem Lösungsversuch, führt ihn zunehmend verzweifelt immer wieder aus, kann sich das Problem so festsetzen, dass er Hilfe bei einem professionellen Problemlöser, z.B. einem Psychologischen Berater, sucht.

Es kann auch Probleme verursachen, mit alltäglichen Gefühlen wie Freude, Trauer, Wut, Angst, Sehnsucht, Liebe, Neid oder Eifersucht umzugehen. Dies kann ebenfalls der Anlass zum Aufsuchen eines psychologischen Helfers sein.

Der dritte mögliche Beratungsanlass sind Lebenskrisen. Auch diese treten im Leben jedes Menschen mit unterschiedlicher Häufigkeit auf.

1.1.1 Schwierigkeiten sind grundsätzlich lösbar

Schwierigkeiten sind allgegenwärtig und ein unvermeidlicher Bestandteil eines normalen Lebens, aber sie sind grundsätzlich lösbar.

- So fällt es den meisten Menschen schwer, um sechs Uhr morgens wach zu werden und aufzustehen, um womöglich auch noch frisch zur Arbeit zu gehen. Die Lösung für diese Schwierigkeit könnte ein Wecker und ausreichend Kaffee sein. Die allermeisten Menschen der westlichen Welt kennen diese Lösung und praktizieren sie mit Erfolg.
- Manche Menschen mögen nicht frühstücken; sie haben das Gefühl, ihr Magen sei noch nicht wach geworden. Dagegen hilft es, später zu frühstücken. Viele Menschen frühstücken erst im Laufe des Vormittags, auch wenn sie das diffuse Gefühl haben, das sei nicht richtig so.
- Es ist meistens schwierig, mit den eigenen pubertierenden Kindern umzugehen; aber manchmal hilft Nachdenken, und manchmal ist es sinnvoll oder sogar notwendig, eine Erziehungsberatung in Anspruch zu nehmen. Sehr viele Eltern haben das Gefühl, mit dem merkwürdigen Verhalten ihrer pubertierenden Kinder allein dazustehen. Sie fühlen sich oft als Versager und fragen sich, was sie falsch gemacht haben.

Im Laufe eines Tages begegnen einem Menschen also 100 Schwierigkeiten. Davon löst er 95, ohne besonders darauf zu achten, oft sogar, ohne sich bewusst zu machen, dass er eine Schwierigkeit gelöst hat, die für einige andere Menschen schon zu einem Problem geworden wäre. Grundsätzlich hat ein Mensch also **Lösungsfähigkeit** und **Lösungskompetenz**.

Zwei oder drei Schwierigkeiten lösen sich irgendwann von selbst. Schwierigkeiten zu sehen, ist auch eine Frage der Perspektive. Manchmal reicht es aus, eine Nacht darüber zu schlafen, damit sich die Schwierigkeit von selbst erledigt.

Merke

*Es ist eine Frage der **Perspektive** und unseres **Lösungs-repertoires**, ob Situationen, Verhaltensweisen oder Gefühle eine Schwierigkeit für uns darstellen oder nicht.*

An zwei oder drei Schwierigkeiten bleibt der Mensch hängen. Und dazu fällt ihm nach vielen vergeblichen Lösungsversuchen nichts mehr ein. Bezogen auf unsere beschriebenen Beispiele könnten sich die Schwierigkeiten so manifestieren:

- Er verschläft einfach immer wieder, obwohl er sich einen richtig lauten Wecker besorgt hat.
- Sie isst im Laufe des Tages gar nichts mehr, auch in der Schule nicht, erst abends ein wenig, und hat inzwischen schon etwas Untergewicht.
- Er hat neulich schon eines seiner Kinder angeschrien und beinahe geschlagen, obwohl er sich geschworen hatte, es soweit nie kommen zu lassen, weil er das von seinem Vater kannte.

Der Klient, der mit solchen Schwierigkeiten zum Psychologischen Berater kommt, hat im Allgemeinen schon einiges versucht, aber er hat keine Lösung für diese Schwierigkeit gefunden. Im Laufe der Zeit sind aus den Schwierigkeiten Probleme geworden.

1.1.2 Wann entstehen Probleme?

Probleme haben im Unterschied zu Schwierigkeiten den Charakter der **Unlösbarkeit** bekommen. Das geschieht vor allem dadurch, dass wir versuchen, eine Schwierigkeit mit einer nicht funktionierenden, einer dysfunktionalen Lösung zu lösen.

Merke

*Dysfunktionale Lösungen haben das Potenzial, aus Schwierigkeiten Probleme zu machen:
Schwierigkeit → dysfunktionaler Lösungsversuch → Problem*

Das liegt unter anderem daran, dass wir von dem einmal eingeschlagenen Lösungsweg erwarten, dass er eine Lösung bringen muss. Ist das nicht der Fall, verstärken wir unsere Bemühungen. Die Anzahl der erfolglosen Lösungsversuche nimmt zu, die aufgewendete Intensität ebenfalls. Damit erweitert sich die Schwierigkeit um den Ärger des Nichtfunktionierens, und durch das Beibehalten

des Lösungsversuches wird die Schwierigkeit zum Problem. Es entsteht ein Teufelskreis.

- Er hatte sich inzwischen drei Wecker gestellt und einen Kollegen gebeten, ihn anzurufen; aber es hat nichts genutzt. Er kam morgens einfach nicht rechtzeitig aus dem Bett, um pünktlich zur Arbeit zu erscheinen. Ihm ist inzwischen wegen ständiger Verspätungen und nach zwei Abmahnungen die Kündigung angedroht worden.
- Sie ist seit einem halben Jahr magersüchtig, zumal die Klassenkameradinnen sie schon einmal wegen ihres Gewichts verspottet hatten.
- Sein ältester Sohn hat inzwischen den Kontakt abgebrochen und taucht mit sechzehn Jahren kaum noch zu Hause auf. Es herrscht Krieg, keine Seite gibt nach.

Ein Mensch mit solchen Problemen befindet sich meist schon seit geraumer Zeit in dieser Situation, manchmal schon seit vielen Jahren, und er hat schon sehr vieles unternommen, um das Problem zu lösen. Keiner seiner Lösungsversuche hat zum gewünschten Erfolg geführt. Auf die Frage, was denn schon alles versucht wurde, um das Problem zu lösen, hört der psychologische Berater von seinem Klienten oft: „Wir haben schon alles versucht!“ oder „Wir haben schon hundert Mal darüber gesprochen.“ Jetzt soll sich ein professioneller Problemlöser der Sache annehmen.

1.1.3 Krisen

Krisen sind meistens von anderer Art: Sie basieren zumeist auf unerwarteten oder, bei einigen Todesfällen in der Familie, bisweilen auch auf absehbaren, tief greifenden Veränderungen der Lebensumstände oder der Biografie, die mit negativen Emotionen verbunden sind. Die bisherigen Lebensziele und Lebensabläufe sind durch ein krisenhaftes Ereignis infrage gestellt. Diese Veränderung führt das Individuum oder die Gruppe, die Familie in eine Krise. Ob aus dieser Veränderung ein Problem oder ein Anstoß zu Veränderung oder Wachstum wird, hängt unter anderem davon ab, über welche **Bewältigungsmechanismen** das Individuum oder die Gruppe in der Krise verfügt.

In eine Krise zu geraten, bedeutet meistens nicht, dass man psychisch krank geworden ist oder einen Psychotherapeuten braucht. Die Wechselfälle des Lebens konfrontieren Menschen mehr oder weniger regelmäßig mit Fakten oder Ereig-



Abb. 1

nissen, für die sie keine, keine funktionierenden oder nur schlecht funktionierende Lösungen oder Lösungsstrategien haben. Ein Mensch beispielsweise, der einen Angehörigen durch Krankheit an den Tod verloren hat, eine Frau, die ihr Kind durch einen Spontanabort verloren hat, muss trotz dieses einschneidenden Ereignisses ihr Leben weiterleben und sich um notwendige Angelegenheiten kümmern, ob ihr nun danach ist oder nicht.

In einigen Fällen finden Krisen nur einmal oder selten statt (zum Beispiel der Tod der Eltern oder Arbeitslosigkeit), in anderen Fällen können krisenhafte Ereignisse häufiger oder regelmäßig auftreten und die Folge eines problematischen Verhaltens sein (eine Ehe mit Alkoholabhängigen, Gewalt in der Partnerschaft), sodass der Berater in Erwägung ziehen muss, ob es vielleicht ein Verhaltensmuster im Leben des Klienten gibt, welches den Eintritt einer Krise begünstigt.

Merke

Psychische Erkrankungen können sowohl die Ursache für als auch die Folge von Lebenskrisen sein.

Häufige Krisenauslöser

Einige häufig auftretende und wichtige Krisenauslöser sind:

- Trennung, Scheidung, familiäre Schwierigkeiten, sogenannte Life Events. Für einige Menschen stellt auch der Übergang vom Beruf zum Rentenleben eine Krise dar. Oft ist auch der Partner von diesem Wechsel mitbetroffen.
- Entwicklungskrisen junger Erwachsener: Auch hier gibt es Lebensübergänge, die vom Jugendlichen als krisenhaft wahrgenommen werden.

- Mobbing oder Arbeitsplatzverlust gehören zu den häufig erlebten Krisen.
- Chronische oder tödliche körperliche Erkrankungen.
- Ungewollte Schwangerschaften, ungewollte Kinderlosigkeit.
- Der Tod nahe stehender Menschen. Besonders kritisch ist der Tod von Kindern. Verwaiste Eltern stellen eine besonders schwer getroffene Klientengruppe dar.
- Verbrechen, Migration, Verfolgung.
- Vereinsamung, Alter. Das hohe Lebensalter ist oft verbunden mit dem Verlust des Lebenspartners und einem besonderen Ausmaß an Hilflosigkeit.

Menschen, die in eine dieser Lebenskrisen geraten, brauchen bis auf den Fall der Persönlichkeitsstörungen keine psychotherapeutische oder gar psychiatrische Hilfe, sondern eher **Unterstützung**, **Seelsorge** oder **psychologische Beratung** bzw. **Coaching**.

Die meisten Menschen sind mindestens schon ein Mal in ihrem Leben in eine dieser Krisen hineingeraten und erinnern sich, dass sie es als sehr angenehm erlebt hätten, wenn sie einen kompetenten Zuhörer oder gar Ratgeber gehabt hätten.

Fragen

Um die Aufgaben des Heilpraktikers für Psychotherapie oder Psychologischen Beraters erfüllen zu können, brauchen wir unter vielen anderen Fertigkeiten auch die einer scharfen, und das heißt trainierten Wahrnehmung. Wie trainiert man diese? Indem man sich bewusst macht, was man soeben wahrgenommen hat.

- Welche Schwierigkeiten sind Ihnen aus Ihrem täglichen Leben bekannt?
- Welche Ihrer Schwierigkeiten ist zu einem Problem geworden?
- Welches war Ihre letzte Krise?
- Wer oder was hat Ihnen geholfen, die Situationen zu bewältigen?

1.2 Psychische Veränderungen

Das Gebiet der Psychopathologie ist groß und die möglichen Lebensereignisse, bei denen ein Mensch vorübergehende oder dauerhafte pathologische Veränderungen seiner Persönlichkeit erleidet.

den kann, so mannigfaltig, dass wir den Schwerpunkt der Beschreibungen von Persönlichkeitsveränderungen auf den Bereich legen wollen, der in unserer alltäglichen Beratungspraxis häufiger vorkommen kann.

Es kann geschehen, dass ein Klient einen Psychologischen Berater aufsucht, obwohl er unter einer Persönlichkeitsveränderung leidet, die psychiatrische, also ärztliche Hilfe erfordert. Beispielsweise berichten viele Menschen von Liebeskummer, zeigen aber zugleich Symptome, die auf das Vorliegen einer Depression hinweisen und die einer umfassenden Unterstützung bedürfen.

Der Psychologische Berater muss in der Lage sein, die Notwendigkeit fachärztlichen Eingreifens zu erkennen. Daher ist es unabdingbar, die wichtigsten psychiatrischen und auch neurologischen Störungen zu kennen (siehe Kap.2).

1.2.1 Psychose

Definition Psychose

Unter einer Psychose versteht man eine psychiatrische Erkrankung, bei der die Beeinträchtigung der seelischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit, zumindest einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind.

Mit Psychose bezeichnet man verschiedene Formen seelischer Krankheit, die teils durch erkennbare Organ- und Gehirnkrankheiten (**exogene**, also von außen ausgelöste Psychose), teils nicht, teils noch nicht körperlich nachweisbar (**endogene**, also von innen kommende Psychose) hervorgerufen werden.

1.2.2 Neurose

Definition Neurose

Der Begriff Neurose bezeichnet eine seelisch bzw. psychosozial bedingte psychische Gesundheitsstörung ohne nachweisbare hirnanorganische Grundlage.

Es gibt vielfältige und uneinheitliche Definitionen, die je nach Beschwerdebild, Ursache und Verlauf variieren. Das führt dazu, dass der Begriff der Neurose allmählich aus den großen Klassifikationen verschwindet (siehe Kap.2.1). Trotzdem wird der Begriff „Neurose“ noch in der Entwicklung der

Persönlichkeitsveränderung verwendet. Wir behalten ihn hier bei, allerdings nur im Zusammenhang mit der Charakterneurose, da er die Möglichkeit bietet, eine Eskalationsstufe, eine Steigerung der Persönlichkeitsveränderung zu beschreiben.

1.2.3 Persönlichkeitsveränderung

Persönlichkeitsveränderungen und die aus ihnen resultierenden Verhaltensstörungen können wir als eindeutig **erlebnisreaktiv** bezeichnen, als **umwelt-** oder **konfliktbedingt**. Das heißt ein Mensch erlebt etwas, was seine Persönlichkeit verändert. Dieses kritische Erlebnis kann in jeder Lebensphase eines Menschen stattfinden. Im extremsten Fall kann dies eine vorgeburtliche Traumatisierung sein durch eine körperliche oder seelische Erkrankung der Mutter. Weitere Auslöser könnten beispielsweise eine komplizierte Geburt sein mit der Konsequenz einer lebenslangen Beeinträchtigung, Schwierigkeiten und Probleme in der Entwicklung eines Menschen oder aber auch ein Erlebnis, das erst einige Wochen zurückliegt. Katastrophenhelfer erleben manches, was sich nicht ohne Probleme in den Alltag integrieren lässt, und so kommen sie bisweilen mit Integrationsproblemen aus den Krisengebieten in ihre ursprüngliche Umgebung zurück und finden sich nicht mehr zu recht.

Persönlichkeitsveränderungen sind häufig der Anlass, die Praxis eines Psychologischen Beraters oder Heilpraktikers für Psychotherapie aufzusuchen.

Definition Persönlichkeit

Die Persönlichkeit ist die mehr oder weniger stabile und überdauernde Organisation einer Person hinsichtlich Charakter, Temperament, Intellekt und Physis, das heißt die körperliche, geistige und seelische Gesamtbeschaffenheit eines Lebewesens. Diese Faktoren bestimmen die einzigartige Anpassung des Individuums an die Umwelt und den Umgang mit ihr.

Dabei werden die hier verwendeten Begriffe nach Henning Saß (Herpertz u. Saß 2002) folgendermaßen definiert:

- Der **Charakter** ist das mehr oder weniger stabile und überdauernde System des strebenden Verhaltens: der Wille.
- Das **Temperament** ist das mehr oder weniger stabile und überdauernde System affektiven, also gemütsmäßigen Verhaltens: die Emotionalität oder Affektivität.

- Der **Intellekt** ist das mehr oder weniger stabile und überdauernde System kognitiven, also geistigen Verhaltens und der Intelligenz.
- Die **Physis** ist das mehr oder weniger stabile System der körperlichen und neuroendokrinen, d. h. das zentrale Nervensystem und das Hormonsystem betreffenden Konstitution. Konstitution bezeichnet die Verfassung im erworbenen bzw. Veranlagung im ererbten Sinne.

Der Übergang von einer Persönlichkeitsveränderung zur Persönlichkeitsstörung ist nicht leicht zu fassen. Was ist nur „ungewöhnlich“? Was bezeichnet man als „krank“ und damit behandlungsbedürftig? Hier deckt sich die klinische Auffassung nicht immer mit der der Allgemeinbevölkerung. Hinzu kommen auch interkulturelle Unterschiede, in der Auffassung von dem, was „noch normal“ und was „krank“ ist: Was in der einen Gesellschaft als schizophren bezeichnet wird, ist in der anderen Ausdruck einer besonderen visionären Begabung, die aufgrund der Hochschätzung dieser Be-

gabung gut integriert ist. Außerdem verändern sich diese Auffassungen im Laufe der Zeit.

Definition Persönlichkeitsveränderung

Persönlichkeitsveränderungen sind zum Teil tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster, die sich in starren problematischen Reaktionen auf unterschiedliche soziale und persönliche Lebenslagen zeigen.

1.2.4 Von der Persönlichkeitsveränderung zur Persönlichkeitsstörung

Bleibt der Auslöser einer Persönlichkeitsveränderung bestehen, kann die Symptomatik im Laufe der Zeit an Intensität, Auffälligkeit und Dauer zunehmen. Im Rahmen einer solchen möglichen Eskalation können vier Entwicklungsstufen benannt werden, wobei die Charakterneurose noch zur Persönlichkeitsveränderung, aber auch schon zur Persönlichkeitsstörung gerechnet werden kann (Tab. 1).

Tab. 1 Übersicht Persönlichkeitsveränderungen und Persönlichkeitsstörungen.

Stufe	Bezeichnung	Zuordnung	Auswirkungen	Hilfe nötig?
1.	Konfliktreaktion	Persönlichkeitsveränderung	• gering und situativ begrenzt	meist nicht nötig, evtl. Beratung
2.	Symptomneurose und neurotische Entwicklung mit typischen Symptomen	Persönlichkeitsveränderung	• Vermeidungsverhalten und Einschränkungen • körperliche Symptome möglich • Lebensqualität und soziale Beziehungen beeinträchtigt	Beratung
3.	Charakterneurose bzw. neurotische Struktur	Persönlichkeitsveränderung oder -störung	• Lebensqualität deutlich gemindert • soziales Funktionieren herabgesetzt • Biografie beeinflusst	Psychotherapie
4.	abnorme Persönlichkeitsentwicklung	Persönlichkeitsstörung	• Lebensqualität stark beeinträchtigt • Lebensführung, soziale und familiäre Beziehungen eingeschränkt • Biografie beeinflusst	Psychotherapie

Konfliktreaktion

Eine Konfliktreaktion ist von vornherein auf einen zeitlich oder häufiger noch situativ eng definierten Rahmen begrenzt: Ein Mensch hat Angst vor dem Fahrstuhlfahren oder Fliegen, er hat nach eigener Aussage Probleme mit dem Sprechen in der Öffentlichkeit oder mit seinem Chef, Schwierigkeiten mit Ordnung oder Unordnung oder eine Aversion gegen öffentliche Toiletten.

Da die typische Konfliktreaktion situativ begrenzt ist, verursacht sie im Alltag keine Schwierigkeiten oder gar Probleme und kann manchmal mit ein wenig Geschick so in den Alltag integriert werden, dass sie Unbeteiligten nicht weiter auffällt: Fahrstühle kann man vermeiden, ohne dass die Lebensqualität und die sozialen Funktionen und Beziehungen nennenswert beeinträchtigt sind. Die Angst vor dem Fliegen kann da allerdings schon mehr Schwierigkeiten verursachen: Familienurlaub oder Geschäftsreisen und damit die Karriere sind in den Kreis der Ereignisse einbezogen und können handfeste Probleme verursachen.

Symptomneurosen

Symptomneurosen zeichnen sich gegenüber der Konfliktreaktion dadurch aus, dass sie zur **Chronifizierung** und zur **Redundanz** neigen. Chronifizierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich die Symptome der Störung zeitlich über den Konfliktrahmen hinaus zeigen, z.B. bis in den nächsten Tag hinein. Redundanz bedeutet, dass die Symptome in mehreren vergleichbaren Situationen auftreten: Problematisch sind dann nicht nur Fahrstühle und Telefonzellen, sondern auch dunkle Kinos, die überfüllten U-Bahn-Stationen an einem geschäftigen Freitagnachmittag und früher oder später überhaupt alles, was eng und dunkel ist.

Symptomneurotiker müssen unter Umständen darauf achten, eine ganze Reihe bestimmter Situationen zu vermeiden. Das kann die Lebensqualität insofern beeinträchtigen, als die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit eingeschränkt ist. Die Symptome können sich auch auf einer körperlichen Ebene zeigen: Herzklopfen, Angstschweiß und Erstickungsgefühle. Das bedeutet natürlich eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität. Manche körperlichen Anzeichen einer Symptomneurose führen den Betroffenen in die ärztliche Behandlung. Die Symptomneurosen wirken sich

auf die sozialen Beziehungen aus und verändern das Handeln.

Charakterneurosen

Die Charakterneurose ist dadurch gekennzeichnet, dass

- eine umfassende Störung des Erlebens und
- des Verhaltens mit
- der Tendenz zur Manipulation der Umwelt vorliegt.

Störung des Erlebens: Dies bedeutet, dass ein Mensch seine Mitmenschen entsprechend seinem Konflikt erlebt: „Alle sind gegen mich, jeder sieht mir sofort an, was mit mir los ist, niemand respektiert mich.“

Störung des Verhaltens: Diesem Erleben zufolge verhält sich der Charakterneurotiker seiner Umwelt gegenüber. Beispielsweise empfindet ein Mensch mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung die Mitmenschen generell als zudringlich, respektlos und unverschämt, und er muss sich natürlich dagegen zur Wehr setzen. „Wenn alle gegen mich sind, dann muss ich mir auch nichts bieten lassen.“

Tendenz zur Manipulation der Umwelt: So resultiert aus der thematisch eingeschränkten Wahrnehmung ein verändertes Verhalten, das dann mit der „Tendenz zur Manipulation der Umwelt“ seinerseits zu den gefürchteten Konsequenzen führt. Er wird sich so lange schroff gegen andere verhalten, bis er auf einen Menschen trifft, der ihm sagt: „Was wollen Sie eigentlich von mir? Sie interessieren mich doch gar nicht, lassen Sie mich gefälligst in Ruhe.“ Womit die Respektlosigkeit bewiesen wäre: „Ich hab's doch gleich gewusst!“ Ein Mensch mit einer Charakterneurose neigt dazu, sich selbst erfüllende Prophezeiungen zu schaffen. Allerdings ist dies kein bewusster Prozess.

Abnorme Persönlichkeitsentwicklung

Die abnorme Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich in ihren Symptomen ausgeprägt und deutlich erkennbar. Sie kann eindeutig als Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden. Diese Störung fällt auch Unbeteiligten recht schnell auf. Der Betroffene kann für sonderbar, auffällig oder schrullig gehalten werden. Der Mensch mit einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung ist in seinem Verhal-

ten unflexibel und situativ wenig angepasst, er kann über seine Verhaltensweisen nicht mehr frei entscheiden, seine Störung zeigt sich auch in unpassenden Situationen. So wird Opa auch auf der Hochzeit seiner Lieblingsenkelin vom Kessel von Stalingrad erzählen, obwohl sie ihn inständig gebeten hat, es dieses eine Mal nicht zu tun.

Fragen

- Suchen Sie in Ihrer Umgebung nach Beispielen für Konfliktreaktionen, Symptomneurosen, Charakterneurosen und abnormen Persönlichkeitsentwicklungen!
- Beschreiben Sie anhand dieser Beispiele:
 - Was nehmen Sie in der beschriebenen Situation wahr, was erleben Sie?
 - Was geschieht dabei?
 - Unter welchen Bedingungen geschieht das?
 - Was wird von den Beteiligten unternommen?
 - Und was geschieht dann? Wie eskaliert die Situation?

1.2.5 Persönlichkeitsstörung

Die Persönlichkeitsstörung (siehe Kap.10.8) beschreibt ein tief verwurzeltes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Die Persönlichkeitsstörungen werden als

- erlebnisreaktiv,
 - genetisch und
 - hirnnorganisch
- bedingt beschrieben, wobei es häufig noch einen Auslöser braucht, um eine latente, genetisch oder hirnnorganisch bedingte Persönlichkeitsstörung zu aktivieren. Wir können davon ausgehen, dass es sich um ein multifaktoriell bedingtes Geschehen handelt. Eine prozentuale Quantifizierung der Ursachenanteile wird nicht vorgenommen.

Diagnostische Leitlinien bei den Persönlichkeitsstörungen

Im Folgenden finden Sie die diagnostischen Leitlinien für die Feststellung von Persönlichkeitsstörungen aus der ICD-10 (siehe Kap.2.1). Für die meisten Untergruppen gilt dabei, dass mindestens drei der genannten Kriterien zutreffen müssen, um die Diagnose vergeben zu können. Zu den grundsätzlichen Merkmalen kommen für jede Untergruppe zusätzliche Beschreibungen.

- Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- Das auffällige Verhaltensmuster ist tief greifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Merke

Die **Prävalenz**, also die Wahrscheinlichkeit, die beschriebene Veränderung zu erleben, beträgt in ländlichen Gebieten 0,7%, in der Großstadt 5,5% und international 2–10%. Männer sind häufiger von Persönlichkeitsstörungen betroffen als Frauen. Eine Abhängigkeit von sozialen Schichten ist nicht belegt.

2 Spezielle Pathologie

In diesem Kapitel werden wir Ihnen die wichtigsten Persönlichkeitsveränderungen, -störungen, psychischen Erkrankungen sowie neurologischen Erkrankungen mit psychischen Begleitsymptomen kurz vorstellen. Ihre Kenntnis ist die unbedingte Voraussetzung dafür, den Beruf des Psychologischen Beraters oder des Heilpraktikers für Psychotherapie ausüben zu können.

Nach den diagnostischen Kriterien wird in der Heilpraktikerprüfung gefragt, und in der Praxis ist es wichtig, Veränderungen mit Krankheitswert zu erkennen, damit Menschen mit solchen Erkrankungen bei Bedarf in die psychiatrische Behandlung überführt werden können.

Dieses Kapitel soll Ihnen einen Überblick geben und beschränkt sich daher bewusst auf die wichtigsten Informationen. Im Kap.10 gehen wir auf die Störungsbilder, die Ihnen häufiger in der Praxis begegnen werden, noch ausführlicher ein.

Das Kapitel ist nach folgendem Muster aufgebaut: Nach der Beschreibung des jeweiligen Störungsbilds folgen kurze, stichwortartige Anmerkungen zur praktischen Bedeutung der beschriebenen Störung:

Diagnosestellung: Welche Mittel werden zur Diagnosestellung herangezogen? Sofern Testverfahren erwähnt sind, ist darauf hinzuweisen, dass die meisten Tests ausschließlich von ausgebildeten Diplompsychologen sowie Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden sollen und daher auch nur für diese zugänglich sind. Die erwähnten Testverfahren stellen die klassischen Tests für die jeweilige Störung dar und sind nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Bedeutung für die Praxis: Was ist zu beobachten? Was kann passieren?

Therapeutisches Verhalten: Gibt es besondere Verhaltensregeln für den Therapeuten, der einen Patienten mit einer der genannten Störungen hat?

Indizierte Therapieform: Hierbei finden Sie die Vorschläge, die zurzeit von den therapeutisch arbeitenden Institutionen gemacht werden.

Förderung von Ressourcen: Welche Anteile der Persönlichkeitsstruktur können unterstützend oder nutzbringend herangezogen werden? Sind unter Umständen die als problematisch beschrie-

benen Persönlichkeitsanteile im Sinne von Milton H. Erickson („Verwende den Widerstand“) für den Patienten einsetzbar?

 An dieser Stelle werden wir Ihnen **Risiken** nennen, die sich aus der Persönlichkeitsveränderung ergeben. Die hier genannten Risiken sind jeweils möglich, aber nicht zwingend.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen? Auch unter der Voraussetzung, dass von Persönlichkeitsstörungen die Rede ist, gehen wir von einer Steigerung der Persönlichkeitsveränderung aus, die der Reihenfolge Konfliktreaktion – Symptomneurose – Charakterneurose – abnorme Persönlichkeitsentwicklung folgt. Um die Notwendigkeit psychiatrischen Eingreifens zu erkennen und zu beurteilen, müssen Sie in der Differenzialdiagnose dieser Zustände sicher sein.

2.1 Klassifizierung nach ICD-10 und DSM

Zur Klassifizierung von Krankheiten bzw. Störungsbildern sind zwei Einteilungssysteme gebräuchlich. Die „International Classification of Diseases“, abgekürzt ICD, und das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, abgekürzt DSM, das vor allem in den USA verwendet wird.

2.1.1 ICD-10

Die folgenden Beschreibungen von Persönlichkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen orientieren sich an der ICD-10. Dies ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgestellte Klassifikation von Krankheiten aller medizinischen Fachbereiche, die in Deutschland von allen Ärzten als Schlüssel zur Angabe von Diagnosen sowie zur Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird. Das Autorenverzeichnis der gesamten ICD umfasst neun dicht bedruckte Seiten. Nach einem Beschluss der Bundesregierung ist die ICD das für **Deutschland verbindliche Klassifikationssystem**.

Tipp

Ein Internetlink für die **ICD-10-Diagnoseschlüssel** ist beispielsweise <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm> (Stand 2007) vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Die Persönlichkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen werden heute im ICD-10, Kapitel V (F) kodiert und klassifiziert. Kodierung meint in diesem Zusammenhang einen vereinfachenden Zahlencode für den Therapeuten. Die aktuelle Version ist die 10. Revision.

Kodierung: Diese ist in der ICD fünfstellig, d. h. „F“ ist die erste (psychische Störungen), und eine fünfstellige Kodierung ist zum Beispiel F32.11 = mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Gliederung enthält folgende Komponenten:

- F = psychische Störungen
- F3 = affektive Störungen
- F32 = depressive Episode
- F32.1 = mittelgradige depressive Episode
- F32.11 = mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Auch wenn es sich bei der Bezeichnung F32.11 um eine fünfstellige Kodierung handelt und die ICD-Kodierung grundsätzlich fünfstellig ist, ist die vierte und fünfte Stelle nicht immer ausgeführt.

Einen Überblick über die Kodierungen der ICD-10 finden Sie im Anhang. Wenn Sie sich diesen Überblick genauer anschauen, fällt Ihnen vielleicht auf, dass es in der Kodierung manchmal Sprünge gibt von beispielsweise „F34 anhaltende affektive Störungen“ zu „F38 sonstige affektive Störungen“ oder von „F45 somatoforme Störungen“ zu „F48 sonstige neurotische Störungen“. Das liegt daran, dass in der ICD-Kodierung die „8“ an der dritten oder vierten Stelle als Platzhalter für „sonstige“ und die „9“ häufig für „nicht näher bestimmbare“ Krankheiten vorbehalten ist.

Die ICD geht nach drei Achsen vor:

1. der klinischen Diagnose,
2. den sozialen Funktionseinschränkungen im individuellen, beruflichen, familiären und sozialen Bereich sowie
3. der psychosozialen Situation (Kindheit, Erziehung, soziale Umgebung).

2.1.2 DSM

Das Diagnostisch-statistische Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA) wird hauptsächlich in den USA verwendet. Die aktuelle Version ist die IV (2006). Sie unterscheidet sich von der ICD durch ein anderes Krankheitsverständnis.

Das DSM geht nach fünf Achsen vor:

1. den psychischen Störungen,
 2. den Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen,
 3. den körperlichen Störungen,
 4. den psychosozialen und umgebungsbedingten Problemen,
 5. der globalen Beurteilung des Funktionsniveaus.
- ICD und DSM beschreiben Störungsbilder nach gemeinsamen Grundgedanken.

2.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ICD und DSM

Gemeinsamkeiten

- Beide Systeme weisen zunächst einen **atheoretischen Ansatz** auf: Sie beschreiben lediglich, was vorliegt, nicht aber, wie es zu erklären oder was die Ursache ist.
- Bei der Beschreibung orientieren sich beide Manuale an den Kriterien
 1. Symptom,
 2. Zeitraum,
 3. Verlauf.
- Sie bemühen sich um **Reliabilität**, das heißt um Zuverlässigkeit dahin gehend, dass zwei unterschiedliche Diagnostiker zum gleichen klinischen Bild kommen.
- Sie verfolgen das **Komorbiditätsprinzip**: Ein Mensch kann mehrere Diagnosen bekommen. Bei der Borderline-Störung findet man beispielsweise in 66% der Fälle auch Störungen mit selbstverletzendem Verhalten. Die Störungen sind nicht identisch.
- Sie bieten eine **multiaxiale Diagnostik**. Sie beschreiben die Ätiologie, also die Ursachen, die Pathogenese, d. h. die Krankheitsentstehung, die Therapie, den Verlauf und die Prognose.

Die **Unterschiede** von ICD und DSM listet **Tab. 2** auf.

Die unterschiedlichen Klassifizierungen und zum Beispiel die Einbeziehung der Sexualpräferenzen in das ICD-Kapitel machen deutlich, wie schwierig eine systematische Darstellung ist, die

Tab.2 Unterschiede von ICD und DSM.

ICD	DSM
wird international verwendet	wird national verwendet, v. a. in den USA
nach verschiedenen Kriterien geordnete Versionen: • Kurzfassung • klinisch-diagnostische Leitlinien • Forschungskriterien • Taschenführer ...	nur eine Version
3-achsiges multiaxiales System	5-achsiges multiaxiales System
Die Funktionseinschränkungen werden multiaxial beschrieben.	Die Funktionseinschränkungen sind in der Beschreibung enthalten.
Die Persönlichkeitsstörungen werden mit den anderen psychischen Störungen gemeinsam beschrieben.	Die Persönlichkeitsstörungen haben eine eigene Beschreibungssachse.

jedoch im Sinne der Psychopathologie wünschenswert ist. Die Schwierigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass man psychische Veränderungen nicht so präzise definieren oder gar lokalisieren kann wie körperliche Erkrankungen.

2.2 Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsveränderungen treten in verschiedenen Erscheinungsformen auf (siehe Kap. 10.8). Wir greifen hier nur die jeweils pathologischen Persönlichkeitsanteile heraus, die Gesamtpersönlichkeit sieht selbstverständlich viel komplexer aus. In den Fällen einer Konfliktreaktion kennen nur Angehörige die problematischen Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen, im Falle einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung dominiert das ungewöhnliche Verhalten die Persönlichkeit deutlich erkennbar. Insofern werden wir bei jeder Veränderung die Erscheinung als Persönlichkeitsstil gegenüber der Persönlichkeitsstörung beschreiben.

Der Verhaltensanteil der jeweiligen Symptomatik wird vom Therapeuten beobachtet oder vom Patienten oder seinen Angehörigen berichtet und entsprechend der symptomatischen Zuordnungen zu einer Diagnose verdichtet. Der subjektive Anteil des Beobachters an der Beobachtung kann bis heute nicht präzise quantifiziert werden. Er wird durch **standardisierte Testverfahren** am ehesten ausgeschlossen, bei denen die Patienten nur noch Skalenfragen beantworten. Wenn sich ein älterer

Mensch darüber beschwert, dass es ein so undiszipliniertes Verhalten, wie Jugendliche es heute zeigen, in seiner Jugend nicht gegeben habe, dann hören wir auch die Lebensgeschichte des Anklägers.

Tab.3 gibt einen Überblick zu den erlebnisreaktiven Persönlichkeitsveränderungen und psychogenen Persönlichkeitsstörungen.

2.2.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

Symptomatik: Ein Mensch mit paranoider Persönlichkeit ist misstrauisch und eigenwillig. Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch die Neigung, Erfahrungen und Erlebnisse als gegen die eigene Person gerichtet wahrzunehmen: Erniedrigung, Bedrohung, Ausnutzung oder Benachteiligung scheinen überall zu drohen. Der Betroffene neigt zu Misstrauen und Argwohn, er ist leicht kränkbar. Häufig befindet er sich in einem unbelehrbaren und rechthaberischen Kampf gegen das Unrecht dieser Welt bzw. für seine Ideen oder Vorstellungen. Im Extremfall kann er zum Fanatiker werden. Manche Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung sind nahezu unentwegt in juristische Streitereien verwickelt – und bei Rechtsschutzversicherungen gut bekannt.

- Eine typische Aussage eines Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung: „Ich vertraue keinem Menschen außer mir selbst.“
- Als Persönlichkeitsstil: wachsam, misstrauisch,
- als Persönlichkeitsstörung: paranoid.

Tab. 3 Psychogene Persönlichkeitsstörungen.

Bezeichnung	Psychogene Persönlichkeitsstörungen und erlebnisreaktive Persönlichkeitsveränderungen
Ursachen	Es bestehen eindeutig umwelt- bzw. konfliktbedingte Ursachen. Im Fall der Neurose ist es der frühkindliche Konflikt, der in bestimmten Auslösesituationen aktualisiert wird und als Symptom zum Ausbruch gelangt.
Untergruppen	Vom Verlauf her 1. Konfliktreaktionen 2. (Symptom-)Neurosen bzw. neurotische Entwicklungen mit typischen Symptombildungen 3. Charakterneurosen bzw. neurotische Strukturen 4. abnorme Persönlichkeitsentwicklungen. Vom Erkrankungsbereich her • Persönlichkeitsstörungen • Störungen der Impulskontrolle • Suchterkrankungen • Sexuelle Deviationen • Psychogene körperliche Funktionsstörungen • Psychosomatosen mit unterschiedlich ausgeprägten psychogenen Teilsachen.
Erscheinung und Verlauf	Der Verlauf ist aus der Biografie ableitbar und verstehbar. Im Fall der Neurosen bzw. neurotischen Entwicklungen tritt die Neigung zur Chronifizierung auf.
Realitätsbezug	Im Allgemeinen liegt eine völlig erhaltene Hirnleistung und Orientierung sowie weitgehend ungestörter Realitätsbezug vor: Fantasie und Realität werden sicher auseinander gehalten, die überwiegend intakte Fähigkeit zur Realitätsprüfung verhindert im Allgemeinen eine wahnhaft-halluzinatorische, d. h. psychotische Umdeutung der Wirklichkeit.
Behandlung	Psychotherapie, psychologische Beratung.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Die Diagnose wird nach der Symptomatik, Fremd- und Eigenanamnese – also der Befragung von Angehörigen bzw. des Betroffenen – und der Verlaufsbeobachtung gestellt.

Bedeutung für die Praxis: Der Klient ist gegenüber dem Therapeuten oft argwöhnisch oder feindselig. Er hat eventuell das Gefühl, sich verteidigen oder rechtfertigen zu müssen.

Therapeutisches Verhalten: Beschwichtigungs- oder Beruhigungsversuche stacheln das Misstrauen der Klienten eher an.

Indizierte Therapieform: Verhaltenstherapeutische Verfahren, z. B. die rational emotive Therapie nach Ellis. In der Therapie liegt das vorrangige Ziel darin, eine offene, vertrauensvolle Beziehung herzustellen. Auf dieser Basis sollte auch die typische Neigung zur Fehlinterpretation von Situationen angesprochen werden. Vor allem geht es darum, dem Betroffenen das Gefühl zu nehmen, dass er

im Grunde alleine ist. Es können lösungsorientierte Therapieverfahren eingesetzt werden, die beispielsweise fragen: „Was hat bisher funktioniert? Können Sie das wiederholen? Können Sie mehr davon machen?“

Förderung von Ressourcen: Die ausgeprägte Aufmerksamkeit des Klienten und das empfindliche Gerechtigkeitsempfinden können positiv eingesetzt werden.

! Es besteht eine Tendenz zur Entwicklung einer paranoid-halluzinatorischen Persönlichkeitsstörung mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Die paranoide Persönlichkeitsstörung hat eine schlechte therapeutische Prognose.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: evtl.
- Charakterneurose: eher ja
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

Symptomatik: Ein Mensch mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung ist zurückhaltend und einzelgängerisch. Hier stehen Kontakthemmung, extreme Distanz und emotionale Kühle im Vordergrund. Misstrauen und Ambivalenzen prägen den Alltag. Es besteht eine erkennbare Neigung zu Isolation und Vereinsamung mit einer psychischen Überempfindlichkeit und Reizbarkeit. Der „Dirty Harry“ von Clint Eastwood könnte eine solche schizoide Persönlichkeit sein. Abgetrennt von seinen Gefühlen lebt er hinter einer steinernen Fassade, scheinbar cool und unberührbar: der gefühlskalte, zynische Einzelgänger.

- Eine typische Aussage: „Ist mir doch völlig egal, was kümmert es mich.“
- Als Persönlichkeitsstil: ungesellig, autonom,
- als Persönlichkeitsstörung: schizoid.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Fremd- und Eigenanamnese sowie Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung, testpsychologische Diagnostik, beispielsweise das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), das eine weitgehende Abklärung der Persönlichkeitsstruktur leistet.

Bedeutung für die Praxis: Dem Klienten ist es wichtig, seine Distanz zu wahren. Er hat Schwierigkeiten, eine therapeutisch wirksame Nähe zuzulassen oder zu ertragen.

Therapeutisches Verhalten: Es kostet viel Geduld und Aufmerksamkeit, mit einem Patienten mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung zu arbeiten, da er niemanden an sich heranlassen mag.

Indizierte Therapieform: Lösungsorientierte Therapieverfahren, Methoden der Selbsterfahrung, Körperarbeit, Gruppentherapien. Aufgrund ihres kontaktvermeidenden Verhaltens und der scheinbaren emotionalen Bedürfnislosigkeit finden Menschen mit schizoider Persönlichkeit nur selten den Weg in eine psychologische Beratung oder eine Psychotherapie. Wenn sie doch kommen, haben meistens Angehörige die Initiative übernommen und den Kontakt hergestellt. Manchmal finden jedoch auch die Patienten selbst einen Zugang zu ihrer tiefen Unsicherheit und der starken Ambivalenz in zwischenmenschlichen Kontakten. Gefühle von Leere, Verzweiflung oder einfach nur der Eindruck einer unbestimmten persönlichen

Unfertigkeit können dann die Motivation für eine therapeutische Behandlung darstellen.

Für einen Behandler wird es immer eine besondere Herausforderung bedeuten, einen vertrauensvollen, emotional geprägten Zugang zu den Klienten zu gewinnen. Der therapeutische Kontakt muss dabei so angelegt sein, dass er den Betroffenen nicht überfordert und sein Bedürfnis nach Abgrenzung und der Wahrung eines gewissen Sicherheitsabstands respektiert.

Interessanterweise profitieren Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung besonders von gruppentherapeutischen Angeboten. Eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist daher zu empfehlen. Daneben können Körper- und Bewegungstherapie, Selbstwahrnehmungstraining in Bezug auf die eigenen emotionalen Bedürfnisse sowie kreative Therapieangebote hilfreich sein.

Förderung von Ressourcen: Die Disziplin und Kaltblütigkeit braucht einen Spielraum im Leben dieser Menschen.

! Es ist möglich, dass sich der Patient in die Isolation zurückzieht und vereinsamt. Er ist dann oft nicht mehr zu erreichen. Die schizoide Persönlichkeitsstörung hat eine schlechte therapeutische Prognose.

! Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: evtl.
- Charakterneurose: eher ja
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.3 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

Symptomatik: Menschen mit dissozialer oder soziopathischer Persönlichkeitsstörung sind in der harmlosesten Form abenteuerlich veranlagt und selbstbestimmt. Sie neigen zu dissozialem Verhalten: Delinquenz (= Straffälligkeit) und Rücksichtslosigkeit gegenüber sozialen Spielregeln und Normen sowie ein betonter Egoismus sind häufig zu erkennen. Unter Umständen liegt ein tief greifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer vor. Dabei können Verwahrlosungstendenzen auftreten.

Nicht selten sind solche Menschen in Streitereien und körperliche Auseinandersetzungen oder andere Straftaten wie Sachbeschädigungen oder Drogendelikte verwickelt.

- Eine typische Aussage: „Den schlage ich zusammen.“ Die Handlung folgt.
- Als Persönlichkeitsstil: abenteuerlich,
- als Persönlichkeitsstörung: dissozial.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Familien- und biografische Eigenanamnese sowie Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung. Testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Dieser Klient wird die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention nicht ohne Weiteres einsehen. Mit der Tendenz, das eigene Verhalten zu rechtfertigen, wird er andere oder die Gesellschaft verantwortlich machen und Änderungen seiner Mitmenschen und Umgebung verlangen.

Therapeutisches Verhalten: Es kann mit einem stark oppositionellen Verhalten gerechnet werden. Der Patient mit der dissozialen Persönlichkeitsstörung ist Profi darin, insofern erfordert der Umgang das Einhalten von Regeln von Seiten der Patienten. Die Erforschung und Dokumentation der individuellen Auslöser für Impulsdurchbrüche und aggressives Verhalten stehen im Vordergrund. Die jeweiligen Auslöser sollen von den Patienten möglichst früh wahrgenommen werden, damit sie dann kontrolliert gegensteuern können. Dazu werden alternative Lösungsstrategien für ein angemessenes Verhalten in aggressionsauslösenden Situationen ausprobiert und eingeübt.

Außerdem wird mit den Betroffenen sehr erfolgreich ein Training sozialer Fertigkeiten durchgeführt, in dessen Rahmen sie lernen, ihre Interessen aggressionsfrei zu artikulieren und adäquat durchzusetzen. Auch bekommen sie Strategien vermittelt, wie sie mit Kritik, Misserfolgen, Ärger, Wut, aber auch Lob angemessen umgehen können, was häufig Schwierigkeiten bereitet. Verhaltenstherapeutische Therapiemethoden sind bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung leider nicht besonders Erfolg versprechend. Das hängt damit zusammen, dass Soziopathen durch Strafreize weniger gut zu beeinflussen sind und außerdem schlecht aus negativen Erfahrungen lernen, was für eine Verhaltenskorrektur aber notwendig wäre.

Indizierte Therapieform: Training sozialer Fertigkeiten, lösungsorientierte Therapieverfahren, Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppen für beispielsweise Straffällige oder Drogenabhängige können indiziert sein, Training der Impulskontrol-

le, Aggressionsbewältigungsverfahren, Kommunikationstraining, meditative Kampfkunstverfahren. Verhaltenstherapeutische Verfahren sind nicht sehr erfolgreich, da Lob und Strafe bei dieser Persönlichkeitsstörung keinen nennenswerten Erfolg verzeichnen.

Förderung von Ressourcen: Die Autonomie und die Kreativität dieser Menschen können zu einer gelungenen Biografie herangezogen werden.

! Die Tendenz zur Straffälligkeit kann bei einer Fortentwicklung zur Charakterneurose oder gar zur abnormen Persönlichkeitsentwicklung die enge Zusammenarbeit mit sozialpsychiatrischen Diensten oder mit Ordnungskräften notwendig machen. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung hat eine sehr schlechte therapeutische Prognose.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: evtl.
- Charakterneurose: ja
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)

Symptomatik: Der emotional instabile Mensch ist spontan und sprunghaft. Im Vordergrund steht bei ihm die Tendenz, Impulse auszuagieren. Wechselnde, launenhafte Stimmungen kennzeichnen diesen Menschen. Wutausbrüche aus geringfügigen Anlässen können zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen. Diese Menschen haben bisweilen Haftstrafen wegen Körperverletzung und regelmäßige Schlägereien aus geringfügigem Anlass in der Biografie.

Impulsiver Typ (F60.30)

Symptomatik: Emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle sind kennzeichnend. Häufig beobachten wir ein gewalttätiges und bedrohliches Verhalten, das insbesondere bei Kritik oder Widerspruch durch andere aktiviert wird.

Borderline-Typ (F60.31)

Symptomatik: Im Vordergrund steht hier die Instabilität in Bezug auf das Selbstbild, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Stim-

mung (siehe Kap.10.8.3). Der Borderline-Typus bewegt sich nahezu ständig wie auf einem schmalen Berggrat, von dem er jederzeit zur einen oder anderen Richtung hin abrutschen kann. Die Intensität der jeweiligen Schwankungen ist für die Mitmenschen beeindruckend, im positiven wie im negativen Sinn.

- Als Persönlichkeitsstil: sprunghaft, flexibel,
- als Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typus.

Symptome der Borderline-Störung

Symptomatisch sind die ständigen Wechsel zwischen extremen Gefühlen, Idealisierung und Abwertung, sowie das Schwarz-Weiß-Denken der Betroffenen allem und jedem gegenüber. Auch die eigenen Ziele wechseln stimmungsbezogen und sind ständigen Schwankungen und Veränderungen unterworfen. Zu den weiteren Symptomen der Borderline-Persönlichkeitsstörung zählen multiple Störungen, wie z.B.

- frei flottierende Angst,
- polymorph-perverse Sexualität,
- multiple Phobien,
- ausgeprägte Konversionssymptome, das heißt Umwandlung in körperliche Symptome,
- dissoziative Reaktionen (= ausgeprägte Verdrängung bis zum völligen Vergessen),
- chronisches Depersonalisationserleben,
- episodischer Verlust der Impulskontrolle,
- selbstschädigende und selbstverletzende Handlungen (siehe Kap.10.9),
- Suchttendenzen,
- konfliktbezogene Denk- und Wahrnehmungsstörungen,
- Depressivität,
- pseudohalluzinatorische Erlebnisse,
- ohnmächtige Wut gegen sich selbst oder andere und
- kurzfristige psychotische Dekompensationen.

Auch leiden die Betroffenen unter einem chronischen Gefühl innerer Leere. Zwischenmenschliche Beziehungen sind intensiv, aber unbeständig; die Angst der Borderline-Patienten, verlassen zu werden, ist häufig sehr stark ausgeprägt. Dazu kommt eine wirkliche Besonderheit: Aufgrund des mangelnden Spürens ihrer eigenen Identität identifizieren sich viele Borderliner völlig mit den jeweils wichtigen Menschen in ihrem Leben, ja, sie verschmelzen geradezu mit ihnen und entwickeln daher ein ganz besonders feines Gespür

für deren Bedürfnisse und ihre geheimsten Wünsche – und auch für ihre Schwachstellen und empfindlichsten Punkte. Man könnte sagen, die Vorstellung, jemand anderen besser zu kennen als sich selbst, trifft auf Borderline-Patienten in hohem Maße zu.

! Besonderes Augenmerk sollten Therapeuten und Berater auf die **hohe Suizidrate** bei Borderline-Patienten legen, die mit bis zu 15% erfolgreicher Versuche bei gleichzeitiger hoher Dunkelziffer geradezu erschreckend ist und auch deutlich über dem Suizidrisiko anderer psychischer Erkrankungen liegt (siehe Kap. 11.6).

Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Um das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sicher diagnostizieren zu können, müssen gemäß DSM-IV mindestens fünf der folgenden neun Symptome eindeutig und dauerhaft vorhanden sein. Wir haben in diesem Fall die DSM-Kriterien vorgezogen, weil sie unserer Meinung und Erfahrung nach die Störung besser wiedergeben als die ICD.

1. Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet.
2. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Autofahren und Fressanfälle (suizidale oder selbstverletzende Handlungen fallen **nicht** unter diesen Punkt!).
3. Instabilität im affektiven Bereich, z.B. ausgeprägte Stimmungsänderungen von der Grundstimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden – oder in seltenen Fällen länger als einige Tage – andauern.
4. Übermäßig starke Wut oder die Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren, wie häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder häufige Prügeleien.
5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen.
6. Ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung, die sich in Form von Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert.

tiert: dem Selbstbild, der sexuellen Orientierung, den langfristigen Zielen oder Berufswünschen, in der Art der Freunde oder Partner oder in den persönlichen Wertvorstellungen.

7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile.
8. Verzweifelte Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern oder Unfähigkeit, allein zu sein.
9. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide (wahnhafte) Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome wie etwa Bewegungsstörungen, nicht organisch bedingte Lähmungen oder Ähnliches.

Diagnosestellung: Symptomatik, Fremd- und biografische Eigenanamnese. Verlaufsbeobachtung, testpsychologische Verfahren.

Therapie

Bedeutung für die Praxis: Die Diagnose Borderline-Störung wird in den letzten Jahren häufiger gestellt. Ob die Störung tatsächlich häufiger geworden ist, ist dabei nicht klar. Unter Umständen handelt es sich auch um eine „Modediagnose“. Menschen mit dieser Störung weisen ein hohes Manipulationspotenzial auf und können sich sehr gut auf Situationen einstellen, ohne wirklich an ihnen beteiligt zu sein. Der impulsive Typus trägt ein gewisses Risikopotenzial mit sich herum.

Therapeutisches Verhalten: Lösungsorientierte Verfahren sowie klare Richtlinien und Grenzen für den Klienten sind sehr wichtig.

Indizierte Therapieformen

Für den impulsiven Typus: Die Therapie ist schwierig. Am erfolgreichsten scheint noch eine stützende, begleitende Psychotherapie bzw. lang dauernde psychagogische Betreuung (d.h. eine Mischung aus Psychotherapie und pädagogischen Bemühungen) zu sein. Lösungsorientierte Therapieverfahren, verhaltenstherapeutische Verfahren, z.B. die dialektisch behaviorale Therapie, Fertigkeitentraining, Kommunikationstraining, Entspannungs- und Bewegungsverfahren, ggf. Traumatherapie, übertragungsfokussierte Psychotherapie, Impulskontrollverfahren, Aggressionsbewältigungstraining.

Für die Borderline-Störung: Zur Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen zwei störungsspezifische Therapieverfahren mit hoher

Erfolgsquote vor. Zum einen gibt es ein tiefenpsychologisch orientiertes Konzept, die übertragungsfokussierte Psychotherapie, zum anderen ein verhaltenstherapeutisches Verfahren, die dialektisch behaviorale Therapie. In der Verhaltenstherapie wird ein Schwerpunkt auf dem Training sozialer Fertigkeiten liegen. Die Patienten sollen lernen, sich selbst und andere besser einzuschätzen, die typischen Auslöser für die Impulsdurchbrüche herauszufinden und alternative Strategien erlernen, mit ihren Emotionen umzugehen, ja, diese überhaupt erst einmal wahrnehmen und benennen zu können. Darüber hinaus werden Kriseninterventionsmaßnahmen vermittelt, die bei auftretenden Suizid- oder Selbstverletzungstendenzen angewandt werden können.

Bei Traumatisierung: Bei einer zugrunde liegenden Traumatisierung wird auch Traumatherapie im Rahmen der gängigen Therapiekonzepte durchgeführt. Bei alleiniger Durchführung einer Traumatherapie besteht immer die Gefahr, dass durch das Aufleben alter Konflikte akute Krisen bei den Patienten ausgelöst werden, deren Folgen nicht absehbar sind! Bewährt haben sich in der Praxis auch stützende sowie lösungs- und ressourcenorientierte Therapieverfahren und Kommunikationstrainings.

! Beachten Sie, dass auch Sie als Berater oder Therapeut den **Idealisierungs- und Abwertungstendenzen** des Betroffenen unterliegen. Zumeist werden Sie nach den ersten Sitzungen sehr gelobt, sind der erste Therapeut, der wirklich etwas von seinem Beruf versteht und ähnliche Komplimente mehr. Es wird aber nicht lange dauern, bis Sie auch die andere Seite kennenlernen, mit Vorwürfen und Anschuldigungen überschüttet und sehr persönlich angegriffen und kritisiert werden. Dazu kommt, dass die meisten Borderliner ein wirklich gutes Gefühl dafür haben, für welche Komplimente Sie empfänglich sind und welche Art von Kritik Sie besonders trifft. Seien Sie also darauf vorbereitet, wenn Sie mit solchen Patienten arbeiten möchten.

Förderung von Ressourcen: Die Anpassungs- und Empathiefähigkeit der Borderline-Persönlichkeit kann legendär sein und ist in einigen Lebenszusammenhängen von Vorteil. Borderliner können bei geringgradiger Ausprägung ihrer Störung ein hohes Maß an Kreativität und Teamfähigkeit auf-

weisen und sind damit für Berufe mit diesem Anforderungsprofil besonders geeignet. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung hat eine recht gute therapeutische Prognose.

! Die tendenzielle Bereitschaft des Patienten zur Anpassung an gegebene Situationen macht die Beurteilung therapeutischer Erfolge schwierig. Die Borderline-Persönlichkeit kann ausgesprochen positiv auf die Umgebung wirken, sodass der Therapeut in sich gefestigt sein muss, um diesem Menschen nicht nachzugeben. Es besteht ein Risiko zu Sekundärerkrankungen wie Essstörungen, Drogenkonsum, selbstverletzendem Verhalten, angekündigtem oder durchgeführtem Suizidversuch und anderen Persönlichkeitsstörungen.

! Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: eher ja
- Charakterneurose: ja
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)

Symptomatik: Dieser Mensch verhält sich dramatisierend. Die histrionische Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch ein starkes Geltungsbedürfnis und die Neigung zu Effekthascherei und demonstrativem, unechtem Verhalten. Häufig gibt es einen deutlichen Konflikt zwischen einem starken Kontaktbedürfnis einerseits bei gleichzeitig bestehender Kontaktunfähigkeit andererseits, im Sinne von Liebes- und Bindungsunfähigkeit. Bisweilen liegen auch Neigung zu Simulation und Pseudologia phantastica (fantastisches Lügengebäude) vor.

- Eine typische Aussage: „Hach, geht es mir heute wieder schlecht. Schaut ihr auch alle her? Jetzt könnt ihr mal sehen, was ihr mir angetan habt.“
- Als Persönlichkeitsstil: dramatisch, temperamentvoll, emotional,
- als Persönlichkeitsstörung: histrionisch.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Querschnittssymptomatik, Fremd- und biografische Eigenanamnese. Verlaufsbeobachtung.

Bedeutung für die Praxis: Es besteht eine Ten-

denz zur Manipulation durch Leiden und Krankheit, die auf Mitleid oder Rücksicht abzielt.

Therapeutisches Verhalten: Bemitleiden des Patienten wirkt auf ihn anstachelnd und nicht lindernd.

Indizierte Therapieform: Lösungsorientierte Therapieverfahren, stabilisierende Verfahren, Kommunikationstraining, Entspannungsverfahren, Achtsamkeitstraining. In der Therapie einer histrionischen Persönlichkeitsstörung wird es vor allem darauf ankommen, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, die die geringe Enttäuschungs- und Frustrationstoleranz der Patienten ausbalanciert. Auf individueller Basis müssen die Konflikte der Patienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung herausgearbeitet und ihre unbewussten Verarbeitungsweisen verdeutlicht werden. Ein besonderes Gewicht liegt hierbei auf der Stabilisierung des Selbstwertgefühls und der Eigenständigkeit.

Bewährt hat sich ein Behandlungssetting, das insbesondere den kreativen Möglichkeiten der Patienten mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung entgegenkommt. Eine stationäre Behandlung kann häufig die Basis für Selbstwertstabilisation bilden. Einzel- und gruppentherapeutische Angebote ermöglichen es den Betroffenen, einen normalen zwischenmenschlichen Kontakt zu erlernen und ihren bisherigen (hysterischen) Beziehungsstil allmählich abzulegen. Auch können Histrioniker im Laufe einer solchen Behandlung lernen, durch eine differenziertere und bewusstere Wahrnehmung ihrer Emotionen ihre Handlungsmöglichkeiten und ihre sozialen Kompetenzen erheblich zu erweitern. So können sie ein Gefühl von Echtheit und Authentizität erlangen und eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit erreichen. Ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung muss der Therapeut auch hier ständig aufpassen, nicht durch ein geschickt verstecktes manipulatives Verhalten des Patienten beeinflusst zu werden.

Förderung von Ressourcen: Kreativität und schauspielerische Fähigkeiten können für die Persönlichkeitsentwicklung eingesetzt werden. Die histrionische Persönlichkeitsstörung hat eine gute therapeutische Prognose.

! Es ist denkbar, bei dem allgemein dramatisierenden Verhalten ernsthafte Störungen zu übersehen, da man den „eingebildeten Kranken“ nicht mehr ernst nimmt.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: nein
- Charakterneurose: evtl.
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.6 Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)

Symptomatik: Der anankastische Mensch ist sorgfältig und gewissenhaft. Die Persönlichkeit imponiert durch Zwanghaftigkeit, Pedanterie und Perfektionismus. Die Übereigenart und Ordnungsliebe können sowohl für den Betroffenen selbst als auch für seine Umwelt quälend werden. Dabei besitzt dieser Mensch eine teils erhebliche charakterliche Rigidität mit einer nur gering ausgeprägten Kompromissbereitschaft. Gelegentlich sind auch Zwangsimpulse und Kontrollzwänge bei anankastischen Persönlichkeiten zu beobachten.

- Eine typische Aussage: „Das muss so laufen, wie ich das haben will! Das ist nun mal einfach so!“
- Als Persönlichkeitsstil: gewissenhaft, ordentlich,
- als Persönlichkeitsstörung: zwanghaft.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Symptomatik, Fremd- und Eigenanamnese sowie Verhaltensbeobachtung, testpsychologische Diagnostik, Verlaufsbeobachtung.

Bedeutung für die Praxis: Diese Klienten können ihre Störung meist mit sehr guten Gründen unterlegen und finden viele Argumente gegen eine Veränderung.

Therapeutisches Verhalten: Lassen Sie sich nicht auf eine Auseinandersetzung über die Ursachen und Gründe des zwanghaften Verhaltens ein. Sie werden erstens verlieren und zweitens die Störung aufwerten.

Indizierte Therapieform: Meist werden bei dieser Störung verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsprogramme zur Verbesserung der sozialen Fähigkeiten angewandt. Außerdem sollen durch kognitive Therapieverfahren dysfunktionale Denkschemata durch flexiblere Muster ersetzt werden und die Stimmungslage der nicht selten zu Schuldgefühlen neigenden Patienten verbessert werden. Bei zusätzlichen Zwangssymptomen empfiehlt sich eine spezielle Technik, die ebenfalls der Verhaltenstherapie entstammt: Die Reizüber-

flutung mit Reaktionsverhinderung. Patienten mit Zwangssymptomen werden dabei der Situation ausgesetzt, in der sie für gewöhnlich zwanghaft handeln würden. Ein Nichtausführen dieser Zwangshandlungen löst bei den Betroffenen starke Ängste aus, von denen sie glauben, dass sie sich bis ins Unermessliche steigern. Durch ein Verhindern der Zwangshandlung wird diese Angst provoziert und aufrechterhalten, bis sie schließlich von allein wieder abklingt. Die Zwangspatienten lernen so, dass ein Aushalten der Angst nicht wie befürchtet bedrohlich ist und katastrophale Konsequenzen hat, sondern vielmehr dazu führt, dass die Angst irgendwann nachlässt.

Förderung von Ressourcen: Die Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit von Menschen mit anankastischer Persönlichkeitsstörung sind darüber hinaus gewinnbringend für das Berufs- und Privatleben der Betroffenen einzusetzen, wenn sie in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Die anankastische Persönlichkeitsstörung hat eine gute therapeutische Prognose.



Mit der Tendenz zur guten Begründung kann es einem Menschen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung gelingen, den Therapeuten in seine Störung mit hineinzunehmen

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: nein
- Charakterneurose: evtl.
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.7 Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)

Symptomatik: Der Mensch mit der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung ist selbstkritisch und vermeidend. Hier finden wir einen Mangel an Selbstvertrauen und eine deutliche Störung des Selbstwertgefühls sowie daraus resultierend eine leichte Kränkbarkeit und starke Selbstunsicherheit. Der Mensch ist überempfindlich gegenüber Ablehnung und Zurückweisung, daher erkennt man bei ihm Vermeidungstendenzen in Beziehungen zu Mitmenschen und ein übermäßiges Distanzverhalten. Ferner besteht eine Aggressionshemmung, damit verbunden ein geringes Durchsetzungsvermögen sowie die Neigung zu Affektstau.

- Eine typische Aussage: „Tut mir leid, dass ich geboren wurde, kommt nie wieder vor.“
- Als Persönlichkeitsstil: sensibel, empfindsam,
- als Persönlichkeitsstörung: ängstlich vermeidend.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Fremd- und Eigenanamnese sowie Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung, test-psychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Diese Menschen sind sehr empfindlich und neigen dazu, sich den unterstellten Wünschen oder Vorstellungen der Therapeuten anzupassen.

Therapeutisches Verhalten: Dieser Patient reagiert auf Zuspruch und Unterstützung zwar dankbar, aber es droht eine Abhängigkeit.

Indizierte Therapieform: Stabilisierende und stützende Verfahren, verhaltenstherapeutische Verfahren mit Selbstsicherheitstraining, Erwerb sozialer Kompetenzen. Patienten mit einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sind in der Regel sehr bereit und motiviert, sich auch mit therapeutischer Hilfe aus dem Teufelskreis herauszubewegen. Leider stehen sie durch ihre Wesensart sich selbst und der dafür notwendigen therapeutischen Beziehung im Weg. Vor allem ihr geringes Selbstwertgefühl sorgt dafür, dass sie überzeugt sind, es gar nicht schaffen zu können. Die vorhandene Angst vor Enttäuschung, Zurückweisung und Kritik erschwert darüber hinaus den Zugang zu professioneller Hilfe, da die Betroffenen befürchten, der Therapeut könne Dinge von ihnen erwarten, die sie nicht zu leisten im Stande sind.

Da die Beobachtungssituation in der Gruppe noch hinderlicher für einen Therapieerfolg ist, empfiehlt sich zunächst eine Einzeltherapie, bei der es besonders um stützende Zuwendung geht. Der Patient soll lernen, Vertrauen zu fassen und eine gewisse Belastbarkeit zu entwickeln. Im weiteren Verlauf erweisen sich dann auch verhaltenstherapeutische Konzepte in der Gruppentherapie als sinnvoll, bei denen die Teilnehmer sich untereinander aufbauen, stützen und gegenseitig helfen.

Förderung von Ressourcen: Ängstliche Persönlichkeiten sind vorsichtig und auffallend umsichtig bei allem, was sie tun. Diese Tendenz zur Umsicht ist vielfach positiv therapeutisch einsetzbar. Die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung hat eine gute therapeutische Prognose.

! Das Vermeidungsverhalten führt bei diesem Menschen zu einer allgemein pessimistischen Erwartungshaltung, die den Therapeuten mit in die Verantwortung zu ziehen bereit ist.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: nein
- Charakterneurose: evtl.
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.8 Asthenische, abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)

Symptomatik: Der Mensch mit der abhängigen asthenischen Persönlichkeit ist abhängig und loyal. Er zeigt eine rasche Erschöpfbarkeit, leichte Ermüdbarkeit sowie diverse körperliche Missempfindungen, Schwäche, Mangel an Spannkraft und Durchhaltevermögen. Der Mensch neigt zu körperbezogenen Klagen, zu Schlafstörungen und Depressivität. Mit der Asthenie wird ein allgemeiner Kräfteverlust bezeichnet.

- Eine typische Aussage: „Ich ertrage das einfach nicht mehr. Das ist mir zu viel. Ich muss mich erst einmal hinlegen.“
- Als Persönlichkeitsstil: anhänglich,
- als Persönlichkeitsstörung: abhängig.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Fremd- und Eigenanamnese sowie Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.

Bedeutung für die Praxis: Es ist schwierig, bei diesem Patienten einen echten therapeutischen Fortschritt zu erkennen, da er sich „dem Therapeuten zuliebe“ verändert. Diese Veränderungen sind nicht stabil.

Indizierte Therapieform: Lösungsorientierte Therapieverfahren, stabilisierende Verfahren, verhaltenstherapeutische Verfahren mit Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren wie autogenes Training. Die für die zwischenmenschliche Durchsetzungsfähigkeit hinderlichen Grundeigenschaften betroffener Patienten sind günstig, wenn es um die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung geht. Menschen mit abhängiger Persönlichkeit sind freudig bereit, sich helfen zu lassen. Zudem sind sie anpassungsfähig und zuverlässig. Die Gefahr besteht allerdings darin, dass der Patient durch die Behandlungssituation in ein neues Abhängigkeitsverhältnis gerät, nämlich in die Ab-

hängigkeit vom Behandler. Um dem entgegenzuwirken, sollte besonders viel Wert darauf gelegt werden, dem Patienten seine eigenen Anteile am Erreichen der Therapieziele bewusst zu machen.

Das eigentliche Behandlungsziel ist die Verbesserung von Selbstvertrauen und Autonomie. Nach und nach gilt es, die positiven Züge der abhängigen Persönlichkeitsstörung, nämlich die gute soziale Integration und die hohe Leistungswilligkeit, therapeutisch zu nutzen. Kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen dienen somit der Verbesserung der Handlungskompetenz und des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten. Daraus ergibt sich auch eine verbesserte Wahrnehmung der eigenen Interessen und der Möglichkeiten, sie durchzusetzen. Hilfreich sind auch Rollenspiele und Selbstbehauptungstraining, wobei man langsam von der Einzelbehandlung über die Einbeziehung des Partners bis zur Gruppentherapie gelangen sollte.

Förderung von Ressourcen: Diese Menschen neigen zu einem hohen Maß an Einfühlungsvermögen. Die abhängige Persönlichkeitsstörung hat eine gute therapeutische Prognose.

! Es besteht die Möglichkeit, dass dieser Patient sich in eine nicht unerhebliche Abhängigkeit vom Psychologischen Berater begibt. Diese Tendenz wird möglicherweise nicht erkannt, da sie in Gestalt immer neuer kleinerer oder größerer Probleme auftritt, angesichts derer die Beendigung der Therapie nicht opportun erscheint.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: nein
- Charakterneurose: evtl.
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

2.2.9 Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8)

Hier sind die Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, für die keine der bisher genannten Kategorien für spezifische Persönlichkeitsstörungen zutreffend ist.

Wir reihen hier auch die Beschreibung der hyperthymen Persönlichkeit ein, die laut ICD in die Kategorie der affektiven Störungen gehört, da sie auch eine Persönlichkeitsstörung darstellt.

Die hyperthyme Persönlichkeitsstörung

Symptomatik: Der hyperthyme Mensch ist von einer fröhlich-heiteren Grundstimmung, die häufig von Distanzlosigkeit und Geltungsdrang begleitet wird. Er ist auffallend umtriebig und registriert dabei nicht, dass er durch diese überdrehte Grundstimmung zu einer Belastung für seine soziale oder berufliche Umgebung wird. Kennzeichnend für ihn sind ständige Unruhe, gesteigerte Aktivität und ein lebhaftes Temperament. Im Volksmund spricht man oft von einer „Stimmungskanone“ oder einer „Ulknudel“. Ab und zu finden wir eine belastende Witzelsucht und Faxenmacherei: Diesen Menschen kann es schwer fallen, ernst zu bleiben.

- Als Persönlichkeitsstil: lustig, gesellig,
- als Persönlichkeitsstörung: hyperthym.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Fremd- und Eigenanamnese sowie Verlaufs- und Verhaltensbeobachtung.

Bedeutung für die Praxis: Wenn dieser Patient in die Praxis kommt, dann, weil er geschickt worden ist. Er selbst sieht unter Umständen überhaupt nicht ein, dass er einer Behandlung bedarf, da es ihm ja hervorragend geht.

Therapeutisches Verhalten: Die Störung scheint zunächst unauffällig, da sie sich unter einer unterhaltsamen Oberfläche verbirgt. Dennoch kann ein Leidensdruck durch die soziale Nichtakzeptanz dieses Verhaltens entstehen.

Indizierte Therapieform: Gruppentherapieformen, Erwerb sozialer Kompetenzen.

Förderung von Ressourcen: Das hohe Maß an Vitalität und Kreativität ist in verschiedenen Lebensbereichen nutzbar. Die hyperthyme Persönlichkeit fühlt sich auf jeder Bühne wohl und kann dort viele Menschen in ihrem Rahmen unterhalten und begeistern. Die hyperthyme Persönlichkeitsstörung hat eine gute therapeutische Prognose.

! Speziell die Fortentwicklung zum **Faxensyndrom** kann als Entwicklung einer eigenständigen Krankheit aufgrund ihrer lustigen Erscheinung verkannt werden.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen?

- Konfliktreaktion: nein
- Symptomneurose: nein
- Charakterneurose: evtl.
- abnorme Persönlichkeitsentwicklung: ja

Hypochondrische Persönlichkeitsstörung

Die hypochondrische Persönlichkeitsstörung: Die Betroffenen sind anhaltend oder immer wieder ängstlich in Bezug auf ernsthafte körperliche Erkrankungen. Sie glauben, an schwerwiegenden, aber bisher unentdeckten Krankheiten wie Krebs oder Herzerkrankungen zu leiden, an unbekannten Infektionen, AIDS oder Ähnlichem. Die meisten dieser befürchteten Krankheitsbilder sind potenziell tödlich. Daher suchen Menschen mit hypochondrischer Persönlichkeitsstörung immer wieder Ärzte auf, ohne dass die attestierte Gesundheit sie lange beruhigen könnte.

Als Persönlichkeitsstil: gesundheitsbewusst.

Depressive Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer depressiven Persönlichkeitsstörung weisen konstante Merkmale wie Niedergeschlagenheit, Antriebshemmung und Pessimismus auf, die jedoch nicht die diagnostischen Kriterien für eine affektive Störung beziehungsweise für eine Depression (siehe Kap. 2.7) erfüllen.

Als Persönlichkeitsstil: nachdenklich, grüblerisch.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung haben eine Neigung zur permanenten Selbstüberschätzung, vor allem in Bezug auf Äußerlichkeiten. Sie sehnen sich danach, von allen bewundert und begehrt zu werden und sind ständig auf der Suche nach Anerkennung. Häufig sind die Betroffenen überaus eitel, legen großen Wert auf ihr Aussehen und ihre Kleidung und stellen sich gern selbst in den Mittelpunkt. Neben ihrer Selbstbezogenheit können sie sich durch Ehrgeizigkeit auszeichnen.

Als Persönlichkeitsstil: selbstsicher.

Exzentrische Persönlichkeitsstörung

Betroffene Personen kleiden, schminken oder verhalten sich bewusst auffällig. Sie fallen damit aus dem Rahmen des Konventionellen, und das wollen sie auch so. Gewöhnlich zu sein oder als durchschnittlich bezeichnet zu werden, wäre für sie eine Strafe. Viele Künstler gelten als äußerst exzentrisch. Denken Sie etwa an den Modeschöpfer Karl Lagerfeld, der sein Anderssein geradezu kultiviert. Vor allem bei der exzentrischen Persönlichkeit zeigt sich jedoch auch die Schwierigkeit, einen normalen von einem krankhaften Zustand abzugrenzen. Karl Lagerfeld beispielsweise ist vermutlich nicht persönlichkeitsgestört, sondern lebt eine Rolle, die er perfekt beherrscht und die in der Kunstszene, zu der ja auch die Modewelt gezählt werden kann, wohl auch erwartet wird. Wenn Sie sich allerdings an den Anfang 2005 ermordeten Modeschöpfer Rudolph Moshammer erinnern, wie er mit der nachempfundenen König-Ludwig-Frisur und Yorkshireterrier Daisy auf dem Arm in prunkvollen Gewändern auftrat, sehen Sie einen Menschen vor sich, der womöglich unter einer exzentrischen Persönlichkeitsstörung gelitten haben könnte.

Als Persönlichkeitsstil: exzentrisch, unkonventionell, kreativ.

Unreife Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer unreifen Persönlichkeitsstörung haben eine auffällige Tendenz zu kindischem Sprechen und Verhalten. Bitte beachten Sie, dass diese Tendenz überdauernd sein muss. Ab und zu wirkt ein gewollt kindliches Verhalten sicherlich noch niedlich oder lustig und stellt keine Störung mit Krankheitswert dar. Erst wenn der Betroffene in entsprechenden Situationen nicht mehr willentlich auf ein erwachsenes Verhalten umschalten kann, sollte man eine unreife Persönlichkeit als diagnostische Möglichkeit in Betracht ziehen.

Als Persönlichkeitsstil: gewollt kindlich, drollig.

Schizotypische Persönlichkeitsstörung

Die schizotypische Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch Eigentümlichkeiten des Denkens, der äußeren Erscheinung sowie des Verhaltens. Diese Menschen haben für uns ungewöhnliche Welt- oder Menschenbilder.

Die Amisch, Mitglieder einer evangelischen Freikirche, kleiden sich beispielsweise so, „wie die Schrift es befiehlt“ und verlassen mit ihren Verhaltensweisen den Rahmen der allgemeinen Konvention. Mit ihrer besonderen Haar- und Barttracht sowie ihrer Kleidung stellen sie zwar einen Fall von Eigentümlichkeit dar, der jedoch nicht als pathologisch zu bezeichnen ist. Es handelt sich hierbei um eine Glaubensgemeinschaft, deren Mitglieder mit ihren selbst gewählten Besonderheiten subjektiv zufrieden sind. Andererseits können Sie sich Klaus Kinsky mit seiner Intensität, Radikalität in künstlerischer Hinsicht, seiner Besonderheit und Auffälligkeit im Verhalten als Menschen vorstellen, bei dem die Diagnose schizotypische Persönlichkeitsstörung eventuell zutreffend gewesen sein könnte.

Als Persönlichkeitsstil: ungewöhnlich, eigen-tümlich.

Fragen

- Überlegen Sie, welche Art von Persönlichkeitsstörung Ihnen schon einmal begegnet ist.
- In welchem Stadium einer Persönlichkeitsstörung haben sie diese angetroffen? Als Konfliktreaktion, Symptomneurose, Charakterneurose oder in der extremsten Form als abnorme Persönlichkeitsentwicklung?

2.3 Verhaltensstörungen

Was vor dem Hintergrund unserer Gesellschaft und Kultur als krankes und therapiebedürftiges Verhalten gilt, wie etwa das Einnehmen von Rauschgiften, um einen Trancezustand herbeizuführen, ist bei manchen Völkern sozial akzeptiert. Niemand würde dort auf die Idee kommen, einen Mediziner aufgrund seiner rauchmittelinduzierten Visionen für krank oder absonderlich zu halten. Auf die Frage, ab wann Verhalten auffällig ist, kann es also keine allgemeingültige Antwort geben. Vor dem Hintergrund unserer Kultur sind die Spielräume jedoch vergleichsweise gering, während die Bereitschaft, ein ungewöhnliches Verhalten in die Schublade „krank“ zu stecken, eher als hoch anzusehen ist.

Definition Verhalten

Verhalten ist die allgemeine und umfassende Bezeichnung für alle Aktivitäten, Vorgänge und körperlichen Reaktionen, die sich beobachten oder auch messen lassen. Ferner fällt darunter jede Handlung, die sich zwischen einem Organismus, in diesem Fall dem Menschen, und seiner Umwelt abspielt. Das Verhalten umfasst dabei neben dem bloßen Reagieren auf Reize auch die Gesamtheit aller Körperbewegungen, Körperhaltungen und das mimische Ausdrucksverhalten.

Nach neuerem Verständnis werden sogar innere Erlebnisprozesse wie das Denken und Wollen zum Verhalten gezählt. Verhalten ist darüber hinaus ein zentraler Begriff in der Verhaltensbiologie. Er bezieht sich auf alle äußerlich wahrnehmbaren und auch mit technischen Hilfsmitteln erfassbaren, aktiven Veränderungen, Bewegungen, Stellungen, Körperhaltungen und Lautäußerungen eines Menschen oder Tieres, die in irgendeiner Form der Verständigung dienen.

Auch für die Verhaltensstörungen gilt im deutschsprachigen Raum die ICD-10 als diagnostische Richtlinie. Die Verhaltensauffälligkeiten werden dabei wie auch die Persönlichkeitsstörungen in Kapitel V, Abschnitt F6 klassifiziert. Unter Verhaltensauffälligkeiten fallen

- abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63),
- Störungen der Geschlechtsidentität (F64),
- Störungen der Sexualpräferenz (F65) und
- psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66).

2.3.1 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

Hierzu werden beispielsweise die pathologischen Formen des Glücksspiels, der Brandstiftung und des Stehlens gezählt.

Pathologisches Glücksspiel (F63.0)

Der Betroffene weist in seiner Biografie wiederholte Phasen von episodenhaftem Glücksspiel auf. Dadurch kommt es zu einer Beeinträchtigung der Lebensführung, zu einem Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen des Erkrankten. Er setzt Beruf und Anstellung aufs Spiel, macht Schulden oder

handelt illegal, um an Geld zu kommen oder Schulden zu bezahlen.

In belastenden Lebenssituationen verstärkt sich der Drang zu spielen. Die Person beschäftigt sich zu einem großen Teil ihrer Zeit auch gedanklich mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen.

Pathologische Brandstiftung (Pyromanie; F63.1)

Pathologische Brandstiftung ist durch häufige und anscheinend unmotivierte vollendete oder versuchte Brandstiftung an Häusern oder Objekten gekennzeichnet. Die Betroffenen beschäftigen sich mit allem, was mit Feuer oder Bränden zu tun hat.

Diagnostische Kriterien:

- Brandstiftung ohne Motive wie materieller Gewinn durch Versicherungsprämien, Rache oder politischer Extremismus,
- starkes Interesse an der Beobachtung von Bränden,
- Gefühl wachsender Spannung und starker Erregung vor der Brandstiftung oder unmittelbar danach.

Mögliche Ursachen: Demenz, akute Trunkenheit, chronischer Alkoholismus oder Drogen- und Medikamentenintoxikation.

Kleptomanie (pathologisches Stehlen; F63.2)

Häufiges Stehlen von Dingen, die nicht dem persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Oft werden die Dinge weggeworfen oder gehortet. Der Diebstahl wird allein und ohne Komplizen durchgeführt. Es werden nicht alle Möglichkeiten, die Tat zu verbergen, genutzt. Angst und Schuldgefühle können auftreten, verhindern aber nicht einen Rückfall. Bei der Kleptomanie handelt es sich um eine seltene Diagnose.

Die Diagnose ist abzugrenzen gegen

- Wiederholten Ladendiebstahl: Die Tat ist meist sorgfältiger geplant und der persönliche Nutzen steht im Vordergrund.
- Wiederholtes Nichtbezahlen von Waren wegen Vergesslichkeit oder intellektueller Beeinträchtigungen.

2.3.2 Störungen der Geschlechtsidentität (F64)

Unter diesem Oberbegriff werden Störungsbilder zusammengefasst, die mit mindestens zeitweiliger Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht oder fehlender Akzeptanz diesem gegenüber einhergehen. Es besteht der starke Wunsch nach dauerhafter oder vorübergehender Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht.

Transsexualismus (F64.0)

Transsexualismus bezeichnet den Wunsch, das eigene anatomische Geschlecht dauerhaft zu wechseln und fortan als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben. Die Bevorzugung des anderen Geschlechts ist dabei verbunden mit einem Unbehagen und fehlender Akzeptanz dem eigenen Geschlecht gegenüber. Unter Umständen besteht die andauernde Bereitschaft, sich einer hormonellen oder chirurgischen Behandlung im Sinne einer Geschlechtsumwandlung zu unterziehen, um das eigene dem erwünschten Geschlecht so weit wie möglich anzupassen.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden erhebliche Risiken und Einbußen – sowohl gesundheitlicher wie auch finanzieller und gesellschaftlicher Art – in Kauf genommen. Um die Diagnose Transsexualismus vergeben zu dürfen,

- muss die transsexuelle Identität über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren hinweg durchgehend bestanden haben.
- Auch darf sie kein Symptom einer anderen psychischen Störung wie etwa einer Schizophrenie sein.
- Ein genetischer oder geschlechtschromosomaler Defekt muss ausgeschlossen werden.

Dies sind übrigens auch die Voraussetzungen für die Durchführung einer operativen und hormonellen Geschlechtsumwandlung.

Die **Geschlechtschromosomen** oder Heterosomen sind das 45. und 46. Chromosom. Bei der Frau sind das zwei X-Chromosomen, beim Mann ein X- und ein Y-Chromosom.

- 45-X0 heißt, dass das 46. Chromosom nicht vorhanden ist, was eine unvollständige Ausbildung der Geschlechtsmerkmale zur Folge hat. Man nennt diese Anomalie auch **Turner-Syndrom**.
- 47-XXY heißt, der Mensch hat ein weiteres Heterosom, welches das Geschlecht mitbestimmt.

Es sind dann Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorhanden (**Klinefelter-Syndrom**).

Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen (F64.1)

Beim Transvestitismus oder auch **Cross-Dressing** liegt der Wunsch vor, die gegengeschlechtliche Kleidung zu tragen, um zeitweilig die Erfahrung zu machen, wie es ist, dem anderen Geschlecht anzugehören. Im Gegensatz zum fetischistischen Transvestitismus (F65.1) liegt dabei keine sexuelle Erregung durch das Verkleiden vor. Der Wunsch nach einer dauerhaften Geschlechtsumwandlung oder einer chirurgischen Korrektur besteht nicht, ebenso ist das eigene Geschlecht nicht mit negativen Assoziationen verknüpft.

Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F64.2)

Diese relativ seltene Störung tritt meist schon in der frühen Kindheit, zumindest aber lange vor der Pubertät auf. Es liegt der dringliche und anhaltende Wunsch oder die feste Überzeugung vor, zum anderen als dem angeborenen Geschlecht zu gehören, verbunden mit einer Ablehnung des Verhaltens, der Merkmale oder der Kleidung des eigenen Geschlechts. Diese Störung darf nicht mit der viel häufigeren **fehlenden Anpassung an die stereotype Geschlechterrollenverteilung** verwechselt werden. Es muss eine tief greifende Beeinträchtigung des Gefühls für die eigene, männliche oder weibliche Rolle oder Identität feststellbar sein. Es ist daher keineswegs ausreichend, wenn sich ein Mädchen sehr jugenhaft kleidet und verhält oder wenn ein Junge sehr mädchenhaft auftritt.

Man weiß mehr über diese Störung bei Jungen als bei Mädchen, wobei über die tatsächliche Häufigkeitsverteilung zwischen den Geschlechtern so gut wie nichts bekannt ist. Betroffene Jungen beschäftigen sich typischerweise vom Vorschulalter an mit mädchenspezifischen Spielen, am liebsten mit weiblichen Puppen. Auch tragen sie gern Mädchen- oder Frauenkleider und bevorzugen Mädchen als Spielgefährten. Während der ersten Schuljahre kommt es dann vermehrt zu Spott, Anfeindungen und sozialer Ächtung, besonders durch andere Jungen. Langzeitbeobachtungen ergeben bei einem bis zwei Drittel der betroffenen Jungen in späteren Jahren eine homosexuelle Ori-

entierung, allerdings sehr selten einen Transsexualismus.

Mädchen mit einer Störung der Geschlechtsidentität spielen typischerweise lieber mit Jungen. Zudem bevorzugen sie sehr derbe Spiele, sportliche Wettkämpfe und auch Raufereien. Sie zeigen keinerlei Interesse an Puppen oder an Fantasiespielen wie „Vater, Mutter, Kind“, in denen sie die weibliche Rolle übernehmen müssten. Die soziale Ächtung ist bei Mädchen in der Regel nicht so stark wie bei betroffenen Jungen. Eine homosexuelle Vorliebe im Erwachsenenalter kann sich jedoch auch bei ihnen überdurchschnittlich häufig entwickeln.

2.3.3 Störungen der Sexualpräferenz (F65)

Eine frühere Bezeichnung dieser Störungsgruppe war Perversion. Dieser Begriff ist allerdings durch die negativen Konnotationen unbrauchbar geworden. Menschen, die vielleicht nur in irgendeiner Weise sexuell individualistisch, spontan, originell, neugierig, kritisch oder kreativ sind, werden leicht von anderen als pervers bezeichnet. Aus diesem Grunde sprechen wir heute von den Störungen der Sexualpräferenz oder auch Sexualabweichungen: Von den Störungen also, bei denen ein Mensch durch Fantasien, Vorstellungen oder Handlungen mit ungewöhnlichen Praktiken oder Partnern sexuelle Impulse oder eine sexuelle Erregung erfährt.

In einigen Fällen liegen Straftatbestände vor, z. B. bei der Pädophilie oder dem Exhibitionismus. In einigen Fällen wie dem Fetischismus liegen weit verbreitete Störungen vor, andere Störungen wie die Nekrophilie kommen selten vor.

Fetischismus (F65.0)

Hierbei zeigt sich sexuelle Erregung durch den Gebrauch lebloser Objekte. Weit verbreitete Fetische sind: Büstenhalter, Damenschlüpfer, Strümpfe, Schuhe, Stiefel oder andere Kleidungsstücke. Der Fetischismus kann einige kulturell gebundene Besonderheiten aufweisen. So soll es in Japan einen Fetischismus geben in Bezug auf getragene Unterwäsche von jungen Frauen, den es in Westeuropa in diesem Ausmaß nicht gibt. Fetischisten masturbieren häufig, während sie den Fetisch festhalten, ihn reiben oder an ihm riechen. Möglicherweise bitten sie den Sexualpartner, beim sexuellen Kontakt das jeweilige Objekt zu tragen.

Fetischistischer Transvestitismus (F65.1)

Der fetischistische Transvestitismus ist gekennzeichnet durch sexuelle Fantasien und Handlungen mit gegengeschlechtlicher Verkleidung. Diese Störung ist heutzutage fast nur noch bei heterosexuellen Männern anzutreffen. In der Regel besitzt der Betroffene eine Kollektion weiblicher Kleidung, die er, wenn er allein ist, immer wieder zum Verkleiden benutzt. Während der Verkleidung masturbiert er gewöhnlich und stellt sich andere Männer vor, die ihn in seiner weiblichen Kleidung als Frau attraktiv finden. Diese Störung reicht von gelegentlichem Tragen weiblicher Kleidung ohne Anwesenheit anderer bis zur extensiven Teilnahme an einer transvestitischen Subkultur oder dem Auftritt auf Bühnen. Einige Männer tragen einzelne Stücke weiblicher Kleidung unter ihrer Männerkleidung ständig. Möglicherweise benutzt der Mann auch Make-up oder kleidet sich völlig als Frau.

Exhibitionismus (F65.2)

Bei diesem Straftatbestand zeigen sich sexuelle Erregung und erregende Fantasien durch das Zur-schaustellen der eigenen Genitalien vor Fremden. Manchmal masturbiert der Betroffene, während er sich zeigt oder sein Zeigen fantasiert. Personen, die nach ihren exhibitionistischen Impulsen handeln, unternehmen typischerweise keinen Versuch zu weitergehenden sexuellen Handlungen mit dem Gegenüber; daher stellen sie für andere im Allgemeinen keine körperliche Gefahr dar. In einigen Fällen wird der Wunsch, den Fremden zu überraschen oder zu schockieren, bewusst wahrgenommen oder nahezu bewusst erlebt. Manchmal fantasiert der Exhibitionist, dass die fremde Person erregt werde. Der Exhibitionismus tritt offenbar nur bei Männern auf, während es sich fast ausschließlich um weibliche Opfer handelt. Es ist andererseits denkbar, dass Männer Fälle von weiblichem Exhibitionismus nicht zur Anzeige bringen.

Voyeurismus (F65.3)

Hierbei ist eine sexuelle Erregung durch die Beobachtung argloser Personen gegeben, die entweder nackt sind, sich gerade ausziehen oder sexuelle Handlungen ausführen. Das Zuschauen geschieht mit dem Ziel sexueller Erregung, wobei keine se-

xuelle Aktivität mit der Person gesucht wird. Während der voyeuristischen Aktivität oder später als Reaktion auf die Erinnerung an das, was die Person gesehen hat, kann es zum Orgasmus kommen, der üblicherweise durch Masturbation erzeugt wird. Oftmals stellen sich diese Menschen vor, mit der beobachteten Person sexuellen Kontakt zu haben, in der Realität tritt dies jedoch nicht auf. In seiner schweren Form stellt das Zuschauen die einzige Form sexueller Aktivität dar.

Pädophilie (F65.4)

 **Ausgeübte Pädophilie ist ein Straftatbestand** und wird von der Staatsanwaltschaft verfolgt.

Das Leitsymptom dieser Störung ist das Auftreten starker sexueller Impulse und sexuell erregender Fantasien über sexuelle Aktivitäten mit einem präpubertären Kind. Die betroffenen Kinder sind in der Regel nicht älter als 13 Jahre. Eine Person gilt nur dann als pädophil, wenn sie mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das betroffene Kind ist. Für späte Adoleszenten mit dieser Störung wurde kein genauer Altersunterschied festgelegt. Ein Teil der Betroffenen fühlt sich ausschließlich von Kindern sexuell angezogen, ein anderer Teil zuweilen auch von Erwachsenen.

Sexueller Masochismus (F65.5)

Hierbei empfindet der Betroffene eine starke sexuelle Erregung und sexuell erregende Fantasien durch einen realen, nicht simulierten Akt der Demütigung, des Geschlagen- bzw. Gefesseltwerdens oder sonstigen Leidens. In einigen Fällen beinhalten die masochistischen Fantasien die Vorstellung, vergewaltigt zu werden, während man von anderen festgehalten oder gefesselt wird, sodass keine Fluchtmöglichkeit besteht. Zu den masochistischen Handlungen, die möglicherweise mit einem Partner gesucht werden, zählen: Ausübung von Zwang, Verbinden der Augen, Schlagen, Peitschen, Zufügen von Elektroschocks, Schneiden, Nadeln und Stechen und Demütigen. Erzwungenes Verkleiden kann aufgrund seines demütigenden Charakters gewünscht werden.

Sexueller Sadismus (F65.5)

Der sexuelle Sadismus ist gekennzeichnet durch starke sexuelle Impulse und sexuell erregende Fantasien, die reale, nicht simulierte Handlungen einschließen, in denen das psychische oder physische Leiden einschließlich Demütigung des Opfers vorkommen. In einigen Fällen beinhalten die sadistischen Fantasien die völlige Kontrolle über ein Opfer, das den bevorstehenden sadistischen Akt fürchtet. Andere führen die sadistischen sexuellen Impulse mit einem Partner aus, der bereitwillig Schmerz und Demütigung erleidet und seinerseits einen sexuellen Masochismus aufweist. Wieder andere Personen mit sexuellem Sadismus setzen ihre sadistischen Handlungen auch mit nicht einverstandenen Opfern um. In all diesen Fällen wird das Leiden des Opfers als sexuell erregend empfunden.

Diagnose und Therapie bei Störungen der Sexualpräferenz

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Sexualabweichungen stellen eine sehr heterogene Gruppe von Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten dar. Hauptsächlich strafrechtlich relevante Verhaltensauffälligkeiten wie Exhibitionismus, Pädophilie oder Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung des Individuums (Entführung, Vergewaltigung, sexueller Sadismus ohne Einverständnis des Opfers) gehören in forensische Betreuung.

Therapeutisches Verhalten: Eine Reihe von Sexualabweichungen, die hier nicht beschrieben wurden, wie z.B. Homosexualität oder Tendenzen zum (einverständlichen) sadomasochistischen Verhalten, machen nicht primäre Probleme, sondern verursachen Probleme mit der gesellschaftlichen Akzeptanz, oder sie verursachen Partnerschaftsprobleme. Daher muss man das Augenmerk darauf richten, was das eigentliche Problem ist.

Indizierte Therapieform: Sexualabweichungen, ob strafrechtlich relevant oder nicht relevant, gelten als weitgehend nicht therapierbar, vor allem, wenn es sich um die einzige Art angestrebter sexueller Aktivität handelt. Insofern wird mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen die Impulskontrolle geübt. Paartherapie ist indiziert bei

Problemen mit unterschiedlichen Sexualpräferenzen. In einigen Fällen ist eine Trennung nicht auszuschließen.

 Das größte Risiko ist die **Straffälligkeit** des Patienten. Bei Kenntniserlangung einer angekündigten Straftat sind die Polizei und der Amtsarzt zu verständigen.

2.4 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

Diese psychischen Erkrankungen haben einen organischen, substanziiell-toxischen oder genetischen Hintergrund. In einigen Fällen ist der Hintergrund oder die Ursache nicht bekannt und es wird eine multifaktorielle Entstehung diskutiert, bei der einige oder alle Faktoren in unterschiedlichem Maße beteiligt sind.

Organischer Hintergrund bedeutet, dass eine hirnanorganische Störung vorliegt. Hirnanorganische Störungen können an vielen Stellen auf das psychische Gefüge eines Menschen Einfluss nehmen. So können Infektionen vorliegen, durch Verletzung bedingte Schäden, der Stoffwechsel des Gehirns oder Körpers kann so verändert sein, dass es zu Beeinträchtigungen kommt, die Hirndurchblutung kann verändert sein. Sehr grob vereinfacht lassen sich hirnanorganische Veränderungen auf fünf Ursachengruppen reduzieren:

- **Tumor:** gut- oder bösartige Hirntumoren, raumfordernde Prozesse wie Blutungen oder eine Ansammlung von Wasser, ein Hirnödem.
- **Trauma:** (Verletzung) Schädel-Hirn-Traumata wie Gehirnerschütterung oder -quetschung, Blutungen durch Unfall oder ein gerissenes Gefäß.
- **Toxin:** (Gift) endogene Stoffwechselbelastungen oder Stoffwechselveränderungen, exogene Gifte wie Alkohol, Medikamente, Umweltgifte.
- **Infarkt:** eine Durchblutungsstörung (Schlaganfall, Apoplex) im Wesentlichen durch Gefäßverlegung (Arteriosklerose) oder Gefäßruptur verursacht.
- **Infekt:** v.a. durch Viren, Bakterien, Pilze; Meningitis, Enzephalitis, Myelitis (Entzündung der Hirnhäute, des Gehirns, des Rückenmarks).

Auch autoimmunologische Erkrankungen stehen als Auslöser psychischer Veränderungen im Verdacht.

Tab. 4 Die exogenen Psychosen im Überblick.

Bezeichnung	exogene Psychosen, organische Psychosen und Psychosyndrome
Ursachen	Es liegen zweifelsfrei organische Ursachen vor.
Untergruppen	• senile und präsenile organische Psychosen und Psychosyndrome • alkohol-, medikamenten- und drogeninduzierte Psychosen und Psychosyndrome • andere organische Psychosen und Psychosyndrome, z. B. bei Infektionen, Vergiftungen, Stoffwechselerkrankungen usw.
Erscheinung und Verlauf	Es ist ein teils akuter und teils chronischer Verlauf gegeben, der direkte Zusammenhänge mit der organischen Schädigung aufweist. Der Verlauf wird von der Neurologie jeweils beschrieben und hängt zum Beispiel von der Art der Krankheitserreger ab.
Realitätsbezug	Häufig sind Hirnleistungs- und Orientierungsstörungen gegeben, bis hin zu qualitativen oder quantitativen Bewusstseinsstörungen sowie Beeinträchtigungen des Realitätsbezugs: Fantasie und Realität werden z. B. in der Altersverwirrtheit oder im Delirium mit optischen Trugwahrnehmungen nicht sicher auseinander gehalten.
Behandlung	Neurologie, begleitende Psychiatrie und Psychotherapie

Tab. 4 vermittelt einen Überblick über die exogenen Psychosen.

2.4.1 Morbus Alzheimer (F00.0 bis F00.9)

Der Morbus Alzheimer hat seine Ursache wahrscheinlich in der Ablagerung von sogenannten β -Amyloiden im Gehirn. Bei den β -Amyloiden handelt es sich um Eiweiße, die im Rahmen der Stoffwechselaktivität des Gehirns entsorgt werden sollten, aber nicht werden. Insofern spricht man beim Morbus Alzheimer von einem Entsorgungskollaps.

Die Symptomatik läuft in drei Stadien ab:

- 1. Vergesslichkeit:** Vor allem das Kurzzeitgedächtnis ist eingeschränkt; kompliziertere alltägliche Handlungen gelingen nicht mehr; das Sprachvermögen lässt nach; die Konzentrationsfähigkeit ist eingeschränkt; die Erkrankten fühlen sich schnell unsicher.
- 2. Ernste Ausfälle:** Orientierungslosigkeit stellt sich ein; der Patient wechselt zwischen motorischer Unruhe (Akathisie) und Apathie; die Wahrnehmung wird unzuverlässig, Stimmungsschwankungen stellen sich ein; der Erkrankte kann sich nicht mehr selbst versorgen, Kleidung und Hygiene werden vernachlässigt. In diesem Stadium kann es vorkommen, dass der Kranke Gesichter und Namen nicht mehr zusammenbekommt oder Familienmitglieder nicht erkennt.

3. Kontrollverlust: Der Gang zur Toilette, das Öffnen der Wohnungstür, die Kontrolle über Blase und Darm, das Schlucken werden schwierig bis unmöglich, und allein aus den Schluckschwierigkeiten ergibt sich häufig eine tödlich endende Lungenentzündung. Der vollständige Persönlichkeitsverfall führt zur Bettlägerigkeit, die ihrerseits eine Lungenentzündung begünstigt.

Man findet die ersten Ablagerungen von β -Amyloiden bei 20% aller 50-Jährigen, bei 50% aller 70-Jährigen und bei 100% aller 90-Jährigen. Der Zeitraum vom Auftreten der Ablagerungen bis zu den ersten Symptomen des ersten Stadiums kann bis zu 30 Jahre betragen.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Positronenemissionstomographie, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde.

Indizierte Therapieform: Medikamentöse Therapie, psychosoziale Pflege, kognitive Trainingsverfahren; Betreuung für die Angehörigen.

Psychiatrische und neurologische Behandlung: ja.

2.4.2 Vaskuläre Demenz (F01.0 bis F01.9)

Die Demenz bezeichnet eine progredient verlaufende Degeneration des Gehirns mit Verlust von Fähigkeiten, über die der Kranke schon einmal verfügt hat. In **Abb. 2** sehen Sie die Häufigkeitsverteilung von Demenzen. Die vaskuläre Demenz basiert auf einer Arteriosklerose der Gefäße, die das Gehirn mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgen. Die Fortsetzung der vaskulären Demenz kann der Schlaganfall, der Apoplex sein. Die Versorgungseinschränkung führt im Laufe der Jahre zu einem chronisch fortschreitenden Verlust und Untergang von Hirngewebe und den damit verbundenen Fähigkeiten.

Häufig beginnt die Erkrankung mit Zerstreuung, die anfangs vor allem von den Angehörigen bemerkt wird. Dann tritt ein Verlust erworbener Fähigkeiten auf. Wahrnehmung, Gedächtnis, Orientierung, Intelligenz, das Denken und die Urteilsfähigkeit – also die kognitiven Fähigkeiten – werden mehr und mehr eingeschränkt. Die Beeinträchtigungen führen allmählich zu einer Veränderung der Persönlichkeit.

Grundsätzlich kann die (nicht vaskuläre) Demenz bei einer ganzen Reihe von Krankheiten auftreten, wie z.B. bei der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, dem Morbus Alzheimer, dem Morbus Parkinson oder auch bei frühkindlich auftretenden Krankheiten des Gehirns oder bei angeborenen Stoffwechselkrankheiten.

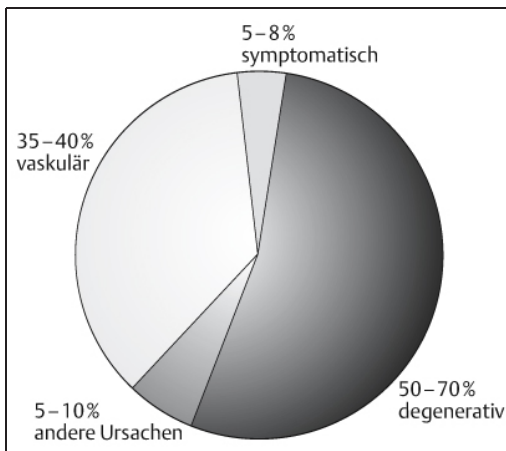


Abb. 2 Häufigkeitsverteilung von Demenzen (Payk 2003).

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Gefäßdarstellung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde.

Indizierte Therapieform: medikamentöse Therapieformen.

Neurologische und psychiatrische Behandlung: ja.

2.4.3 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Bei den folgenden Krankheiten handelt es sich um neurologische Erkrankungen, die von einem demenziellen Syndrom und psychischen Veränderungen begleitet sein können.

Demenz bei Pick-Krankheit (F02.0)

Die Pick-Krankheit (G31.0) basiert auf einer fortschreitenden Rückbildung des Gehirns, besonders im Bereich des Stirn- und Schläfenlappens. Der Stirnlappen gilt als Sitz von Absicht, Wille und Entscheidungen. Der Krankheitsbeginn liegt meist zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr. Wodurch sie ausgelöst wird, ist unbekannt. In einigen Fällen konnte ein autosomal dominanter genetischer Defekt nachgewiesen werden.

Auffällig sind bei dieser Krankheit die Persönlichkeits- und Charakterveränderungen: Die Kranken zeigen emotionale Störungen wie Reizbarkeit, Unruhe, aber auch Antriebsarmut bis zur Apathie. Später entwickelt sich fortschreitende Demenz. Im weiteren Verlauf kann auch ein Sprachverlust auftreten. Manche Pick-Patienten sind distanzlos.

Diagnosestellung: Computertomographie, körperliche Untersuchungsbefunde.

Indizierte Therapieform: medikamentöse Therapien.

Neurologische und psychiatrische Behandlung: ja.

Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (F02.1)

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (A81.0) ist ein seltenes Hirnleiden, das meist spontan auftritt und in 5–15% der Fälle vererbt wird. In seltenen Fällen kann sie durch Operation, Behandlung mit Hormonen von Leichen oder Transplantationen von Nervengewebe übertragen werden.

In England ist seit 1995 bei knapp 100 Patienten

eine neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit entdeckt worden. Es handelt sich um den sogenannten Rinder-Wahn, die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE). Hierbei liegt eine Infektion mit Prionen vor, das sind infektiöse Eiweiße. Sie tritt vor allem bei jüngeren Menschen um das 30. Lebensjahr herum auf, während die spontanen Fälle hauptsächlich im siebten Lebensjahrzehnt zu beobachten sind, das heißt zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr.

Die Symptomatik weist die Zeichen einer Demenz auf, emotionale Störungen wie erhöhte Reizbarkeit oder Depression (siehe Kap.2.7), dann kommen Sehstörungen und Schlaflosigkeit dazu; verschiedene Arten von Lähmungen und Bewegungsstörungen führen schließlich zum Tode – durchschnittlich sieben Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome.

Diagnosestellung: Elektroenzephalographie, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde.

Neurologische und psychiatrische Behandlung: nicht bekannt.

Demenz bei Huntington-Krankheit (F02.2)

Die Huntington-Krankheit (G10) wird auch als **Chorea** oder **Veitstanz** bezeichnet. Veit ist eine altddeutsche Bezeichnung für den Teufel: Die an Chorea Erkrankten bewegen sich, als seien sie vom Teufel besessen; das ist der historische Hintergrund. Eine andere Entstehungsgeschichte sagt, der Name sei auf den heiligen Veit (4. Jahrhundert) zurückzuführen, einen der katholischen Schutzheiligen, der den Sohn des römischen Kaisers Diokletian von dieser Krankheit geheilt habe.

Tatsächlich sind die ungewöhnlichen Bewegungen das auffälligste Symptom der Chorea: Die Kranken bewegen sich permanent mit weit überschießenden Bewegungen der Arme, Beine und des Rumpfes. Es sieht aus, als würden sie sich winden und die Extremitäten um sich schleudern. Diese Bewegungen beginnen im Verlauf der Erkrankung an den Unterarmen und dem Kopf und werden oftmals mit scheinbar absichtlichen Bewegungen wie Haare wegstreichen kaschiert. Die Sprache ist schwer verständlich und klingt unartikulierte. Der Kranke scheint zu grimassieren. Das Gesamtbild der Bewegungen nennt man **Dysdiadochokinese**, die Nichtzusammengehörigkeit der Antagonisten-Bewegungen, und **Athetose**, die wurmartigen Windungen.

Die **Chorea minor Sydenham** tritt nach Streptokokkeninfektionen auf, die zusammen mit akutem rheumatischem Fieber und einer infektiös bedingten Herzinnenwandentzündung (rheumatische Endokarditis) eine Hirnschädigung verursachen können, vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit einem Prädilektionsalter von 6–13 Jahren.

Die **Chorea major** oder auch Chorea Huntington wird vererbt und ist mit fortschreitender Demenz verbunden.

Auch nach einem **Apoplex** (Schlaganfall) oder einer **Enzephalitis**, also einer Infektion des Gehirns mit unterschiedlichen Krankheitserregern, oder auch in der **Schwangerschaft** kann es zur Chorea kommen.

Diagnosestellung nach dem klinischen Bild und den körperlichen Untersuchungsbefunden, ggf. durch das Blutbild (Antistreptolysin-Titer) oder genetischer Untersuchung.

Demenz bei Morbus Parkinson (F02.3)

Morbus Parkinson (G20) ist die häufigste neurologische Erkrankung des älteren Menschen. Bei der Erkrankung spielt ein **Dopaminmangel** im Gehirn eine wichtige Rolle. Dopamin ist ein Botenstoff der Nervenzellen, der bei Morbus Parkinson nicht mehr in ausreichendem Maße vorhanden ist. Die Folge ist, dass Bewegungsimpulse des Gehirns nur ungenügend weitergeleitet und die Muskeln damit nur unzureichend gesteuert werden können.

Drei Symptomenbereiche stehen im Vordergrund:

- **Akinesie** (Bewegungsverarmung): auch Sprache, Mimik und Gestik sind davon betroffen.
- **Rigor** (Erstarrung): Die Bewegungen werden nicht nur weniger, sondern auch steifer und starrer.
- **Tremor** (Zittern): Besonders in Ruhe fangen die Hände und der Kopf an, einen sogenannten feinschlägigen Ruhetremor zu entwickeln.

Die Ursachen des Parkinsonismus sind noch ungeklärt.

Diagnosestellung: nach dem klinischen Bild und den körperlichen Untersuchungsbefunden.

Indizierte Therapieform: medikamentöse (v.a. Behebung des Dopaminmangels) oder neurochirurgische Behandlung.

Neurologische Behandlung: ja.

2.4.4 Delir (F05.0 bis F05.9)

Das Delir bezeichnet eine akute und reversible organische Psychose. Dabei treten Bewusstseins-, Aufmerksamkeits- und Orientierungsstörungen auf, vor allem optische Halluzinationen können vorkommen (weiße Mäuse!). Der Kranke empfindet durch seinen Orientierungsverlust Angst und Ratlosigkeit, das vegetative Nervensystem zeigt Fehlregulationen wie Herzklopfen und massive Schweißausbrüche. Der Schlaf-Wach-Rhythmus gerät durcheinander und der Kranke zittert und ist motorisch unruhig.

Das Delir beruht z.B. auf Vergiftungen oder (fiebrigen) Infektionen, aber auch ein Drogenentzug, z.B. von Alkohol, kann zum Delir führen. Es stellt aufgrund der vegetativen Symptome einen **medizinischen Notfall** dar.

Diagnosestellung: klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde.

Therapeutisches Verhalten: Medikamentöse Versorgung. Eine notfallmedizinische Behandlung ist lebensnotwendig.

Fragen

- Ist Ihnen schon einmal, vielleicht in der Einkaufsstraße, ein Mensch mit einer erkennbaren psychischen Erkrankung begegnet?
- Haben Sie eventuell schon einmal, vielleicht auch in einem Fernsehbericht, einen Menschen mit einer neurologischen Erkrankung gesehen, der merkwürdig ging, sich eigenmächtig bewegte, ungewöhnliche Laute ausstieß oder Ähnliches?
- Was ist Ihnen aufgefallen? Was haben Sie beim Kranken gesehen oder von ihm gehört? Was vermuten Sie?
- Was empfinden Sie in Anwesenheit offensichtlich psychisch kranker Menschen?

2.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Mit psychotropen Substanzen sind Drogen gemeint, die Einfluss auf die Psyche eines Menschen haben. In der ICD-10 beschrieben sind: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Koffein, Halluzinogene, Tabak, Lösungsmittel. Natürlich gibt es noch eine ganze Reihe

von Drogen, die unter der Gruppenbezeichnung Designerdrogen bekannt geworden sind, beispielsweise Ecstasy, Crack, Poppers, Speed, Anabolika und andere, die in der Drogenszene kursieren. Auf diese Drogen werden wir hier jedoch nicht eingehen.

2.5.1 Diagnose einer Drogenabhängigkeit

Bei den genannten Drogen besteht ein mehr oder weniger großes **Suchtpotenzial**, sodass es notwendig ist, auf die Kennzeichen einer Sucht einzugehen. Von den genannten neun Symptomen müssen nicht alle gegeben sein. Die **Diagnose „Abhängigkeit“** wird nur gestellt, wenn mindestens drei der folgenden Symptome vorhanden sind:

1. Der Kranke konsumiert die Droge häufig in größeren Mengen oder über längere Zeit hinweg, als ursprünglich beabsichtigt. So kann er nach einem Glas Alkohol die Kontrolle verlieren und weiter trinken, bis er vollständig betrunken ist.
2. Der Kranke bemerkt, dass der Drogenkonsum exzessive Formen angenommen hat und versucht, den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren, ohne dass er Erfolg dabei hat. Möglicherweise hat er sich vorgenommen, den Konsum zu reduzieren, aber nicht wirklich einen Versuch unternommen. Häufig hört man die Behauptung vom Betroffenen, er könne mit seinem Konsum „jederzeit aufhören“, wenn er es nur wolle.
3. Viel Zeit wird auf Aktivitäten verwendet, die Droge zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von dem Konsum zu erholen. Andere Aktivitäten werden demgegenüber zurückgestellt. Bei dem Begriff der Drogenbeschaffung ist auch daran zu denken, dass die meisten Drogen teuer sind und daher einen großen Teil des Geldes verbrauchen können, das der Kranke mit seiner Arbeit verdient.
4. Der Kranke zeigt Symptome des Drogenkonsums oder Entzugssymptome (Kater!) in einer Zeit, in der andere Aktivitäten von ihm erwartet werden: bei der Arbeit, beim Autofahren, bei der Beaufsichtigung seiner Kinder usw. Unter Umständen treten die Symptome in Situationen auf, in denen das mit körperlichen Gefahren verbunden ist.
5. Erholungsaktivitäten, soziale oder berufliche Aktivitäten werden zugunsten des Drogenkon-

sums zurückgestellt, Hobbys werden vernachlässigt. Die Zeit wird häufig mit anderen verbracht, die ebenfalls die Droge konsumieren.

6. Im Laufe der Zeit tritt eine Vielzahl von sozialen, psychischen und körperlichen Symptomen auf, die durch die Fortsetzung des Drogenkonsums verstärkt werden. Trotz der Symptome fährt der Kranke damit fort, die Droge zu konsumieren.
7. Es kommt zu einer Toleranzentwicklung. Das bedeutet zweierlei:

- bei gleich bleibender Drogenmenge tritt eine verminderte Wirkung ein, und
- für eine gleich bleibende Wirkung wird eine erhöhte Drogenmenge benötigt.

Dieses Kriterium trifft nicht auf alle Drogen zu. Tabak und Opiate weisen eine deutliche Toleranzentwicklung auf, Alkohol zunächst auch, aber mit zunehmendem, schwerem Alkoholkonsum braucht der Abhängige oft nur noch geringe Mengen der Droge, um einen Vollrausch herbeizuführen. Cannabinoide (Haschisch und ähnliche) können eine Toleranzentwicklung aufweisen, tun dies aber nicht immer. Kokain und Halluzinogene weisen keine Toleranzentwicklung auf.

8. Es kommt zu einer Entwicklung spezifischer Entzugssymptome, wenn der Konsum der Droge reduziert oder eingestellt wird. Auch hier spielt die Art der Droge eine Rolle.
- Alkohol, Opiate, Sedativa und Hypnotika weisen im Allgemeinen schwere Entzugssymptome auf. Teilweise können sie eine eigene Krankheit darstellen, im Falle des Entzugsdelirs beim Alkohol sogar einen medizinischen Notfall.
 - Amphetamine (= Gruppe von anregenden Phenylethylaminderivaten mit einer den Sympathikus anregenden Wirkung; Dopingmittel, das in Ecstasy enthalten ist), Kokain, Nikotin und Cannabis zeigen weniger offensichtliche Entzugssymptome.
 - Bei Halluzinogenen (LSD, Mescal, Peyote, Psilocybin) werden keine ausgeprägten Entzugssymptome beobachtet.

9. Um die Entzugssymptome zu vermeiden, nimmt der Kranke die Droge erneut zu sich. Bei Cannabis und Halluzinogenen ist dieses Abhängigkeitssymptom im Allgemeinen nicht zu beobachten.

2.5.2 Auswirkungen des Drogenkonsums

Der Drogenkonsum wirkt sich auf eine Vielzahl von körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen des Individuums aus: Stimmung, Antrieb, Sozialverhalten, Bewusstsein, Denken, Motorik und andere Körperfunktionen können betroffen sein. Die spezielle Wirkung hängt von den jeweiligen Drogen ab und wird weiter unten beschrieben.

- Die Stimmung kann zwischen Hochstimmung und Niedergeschlagenheit, Aggressivität und Ängstlichkeit, Großspurigkeit und Weinerlichkeit schwanken.
- Der Antrieb kann gesteigert bis gelähmt sein.
- Das soziale Verhalten kann von erhöhter Kontaktfreudigkeit über Aggressivität bis zur Zurückgezogenheit reichen.
- Das Bewusstsein kann von hellwach bis zur Bewusstlosigkeit reichen.
- Das Denken kann beschleunigt bis verlangsamt oder gehemmt sein.
- Die Bewegungen einschließlich der Sprechweise können beschleunigt oder verlangsamt sein.
- Körperfunktionen wie Blutdruck, Puls, Atmung, Körpertemperatur, Stuhlgang und Harndrang können beeinflusst sein.

! Die Designerdroge **Ecstasy**, die vor allem bei Jugendlichen verbreitet ist, macht die Blut-Hirn-Schranke durchlässig, sodass Krankheitserreger ungehindert passieren und sensible Gehirnareale erreichen können. Dieses **Risiko** für eine **Enzephalitis** bleibt auch noch Jahre nach dem Drogenkonsum erhöht.

2.5.3 Alkohol (F10)

Das Krankheitsbild des Alkoholismus ist gut untersucht. Es ist zusammen mit dem Rauchen die folgenschwerste aller Suchtkrankheiten. Männer sind dreimal häufiger betroffen als Frauen. In Deutschland werden pro Jahr etwa 40.000 Tote gezählt, die an den direkten oder indirekten Folgen des Alkoholismus sterben. Direkt heißt, dass die Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums selbst sterben. Mit indirekten Alkoholopfern sind beispielsweise Verkehrstote gemeint, die wegen Alkohol am Steuer umkommen.

Nach verschiedenen Schätzungen sind bis zu 2,5 Millionen Menschen alkoholabhängig krank.



Abb. 3

Damit ist der Alkoholkonsum die drittgrößte vermeidbare Todesursache – nach dem Rauchen und den Folgen von falscher Ernährung und Bewegungsmangel.

2003 betrug der Pro-Kopf-Konsum an alkoholischen Getränken in Deutschland 174 Liter: Am häufigsten Bier (117,5 Liter), gefolgt von Wein (19,8 Liter) und Schaumwein (3,8 Liter) sowie Spirituosen (5,9 Liter). Das entspricht 10,2 Liter reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung.

Einteilung der Alkoholiker

Die Erscheinungsformen des Alkoholismus werden nach Elvin Morton Jellinek in fünf Gruppen eingeteilt. Dabei befinden sich Alpha- und Beta-Alkoholiker in der Vorstufe des Alkoholismus und Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholismus stellen die Alkoholkrankheit im engeren Sinne dar.

Der **Alpha-Alkoholiker** ist der Erleichterungstrinker. Er greift aufgrund positiver Erfahrungen unter Belastung auf Alkohol zurück. Er ist abstinentfähig. Es treten keine Kontrollverluste auf. Der Alpha-Alkoholiker ist – bei Alkohol ist das so – psychisch abhängigkeitsgefährdet, aber physisch nicht abhängig.

Der **Beta-Alkoholiker** ist der Gelegenheitstrinker. Er sucht übermäßig häufig Gelegenheiten auf, bei denen Alkohol getrunken wird. Er trinkt Alkohol aus Anpassung oder Gewohnheit. Es besteht keine Abhängigkeit und meist keine psychische Auffälligkeit, aber Organschäden sind trotzdem möglich.

Der **Gamma-Alkoholiker** ist der Rauschtrinker. Er weist psychische und physische Abhängigkeit mit schweren Entzugssymptomen auf. Die Kontrollverluste nehmen zu, die Alkoholtoleranz

nimmt ab. Der Gamma-Alkoholiker kann bis zu gesundheitlichen oder finanziellen Problemen nicht mehr aufhören. Kontrollverlust bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Alkoholiker keine Kontrolle über seinen Alkoholkonsum hat. Oft glaubt er, jederzeit aufhören zu können.

Der **Delta-Alkoholiker** ist der sogenannte Spiegeltrinker, der regelmäßig Alkohol konsumiert, ohne allerdings Kontrollverluste aufzuweisen. Es besteht eine starke körperliche Abhängigkeit, Entzugszeichen treten auf, Organschäden sind möglich.

Der **Epsilon-Alkoholiker** ist der Quartalstrinker. Es liegt ein episodischer, exzessiver Alkoholkonsum in regelmäßigen Abständen vor. Dabei treten Kontrollverluste auf. Zwischen den Konsumphasen liegen unterschiedlich lange Abstinenzphasen.

Wie wirkt Alkohol?

Alkohol wirkt zentral dämpfend. Bereits geringer Alkoholkonsum von etwa 0,3l Bier, 100ml Wein oder einem Schnaps wirkt auf das Nervensystem und das Gehirn: Das Blickfeld wird verengt, die Reaktionszeiten verlangsamen sich.

Sofortige physiologische Wirkung: Die unmittelbare physiologische Wirkung von Alkohol besteht in einer Erweiterung insbesondere der peripheren Blutgefäße. Die vasokonstriktorischen Reize des autonomen Nervensystems werden nicht an die Gefäße weitergeleitet. Daraus ergibt sich ein Wärmegefühl durch den Konsum alkoholhaltiger Getränke. Zugleich betäubt Alkohol das Kältegefühl. Der Grog gegen die Kälte hilft allerdings nur scheinbar, denn eine erhöhte Durchblutung der Peripherie führt zwangsläufig zu einer Abkühlung des Blutes und damit der Kerntemperatur des Körpers. Ein möglicher Kältetod ist die Folge.

Wechselwirkung mit Medikamenten: Besonders problematisch ist die Kombination von Alkohol mit Medikamenten und anderen Drogen. Hier gibt es vielfältige Wechselwirkungen, die sich sowohl auf den Alkohol als auch auf die Medikamente auswirken können. Der Abbau von Medikamenten kann beschleunigt werden, sodass diese schneller unwirksam werden können.

Körperliche Folgen: Fortgesetzter Alkoholkonsum führt sowohl zu erhöhter Emotionalität (alkoholische Verbrüderungen!) als auch zu unkritischer Wahrnehmung. Über die toxische Wirkung kommt es früher oder später zu Übelkeit und Erbrechen. Auf die Sexualität besonders bei Män-

nern wirkt sich Alkohol widersprüchlich aus: Er erhöht die Libido, verringert andererseits die Erektionsfähigkeit. Alkoholkonsum sowohl des Vaters als auch der Mutter wirken sich schädigend auf die Kindesentwicklung aus. Vor allem der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zieht erhebliche Schädigungen nach sich: Es treten körperliche und geistige Beeinträchtigungen auf.

Alkoholvergiftung: Weiterer Konsum von Alkohol führt zu Vergiftungen mit Eintritt eines Komas und danach dem Tod. Besonders hoch ist das Risiko beim Konsum hochprozentiger Alkoholika, da hierbei die Übelkeitsschwelle langsamer eintritt als die Vergiftungserscheinungen. Nicht einmal das lebensrettende Erbrechen folgt dann noch.

Mögliche Alkoholismuskomplicationen

Korsakow-Syndrom: Langfristiger Alkoholkonsum kann das Korsakow-Syndrom (amnestisches Psychosyndrom) zur Folge haben, bestehend aus Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen und Konfabulationen: Der Kranke fabuliert Geschichten oder Biografie.

Wernicke-Enzephalopathie: Im Rahmen der Wernicke-Enzephalopathie, einer anderen Alkoholismuskomplication, kommt es zu punktförmigen Einblutungen in das Gehirn, daraus resultieren Augenbewegungsstörungen, Reflexverlust und Bewusstseinsstörungen.

Durchgangssyndrom: Dies bezeichnet die dritte mögliche Komplikation. Es handelt sich um eine akute organische Psychose ohne Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen.

- Die Störung kann leicht sein, mit Beeinträchtigungen bei gewohnten Tätigkeiten, Antriebsstörung und eventuell einer Gefühlsverarmung.
- Sie kann mittelschwer sein, mit Verlangsamung aller psychischer Funktionen, Gedächtnisstörung und Störung der Affektivität.
- Und sie kann in einer schweren Form mit ausgeprägten Gedächtnis- und Denkstörungen, Konfabulationen und Halluzinationen (weiße Mäuse) auftreten.

Folgen des Alkoholismus

Die sozialen Folgen fortgesetzten Alkoholkonsums sind zahlreich: Verkehrsunfälle, oft mit Todesfolge, Abhängigkeit, sozialer Abstieg, oftmals in die Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, das Zerbrechen von Familien und die Benachteiligung von Kin-

dern sind nur einige mögliche Auswirkungen. Die körperlichen Spätfolgen betreffen das Herz-Kreislauf-System und das Nervensystem. Die Entgiftungsfunktionen der Leber werden eingeschränkt. Die Entzugserscheinungen können schlimmer sein als die bei einem Heroinentzug.

2.5.4 Opiode (F11)

Als Opiode werden halb- oder vollsynthetische Substanzen bezeichnet, die mit den körpereigenen Endorphinen verwandt sind. Diese Endorphine sind Substanzen, die bei extremem Stress freigesetzt werden und eine vor Schmerz schützende Wirkung haben. Langstreckenläufer kennen die Ausschüttung als Runners High. Codein und Morphin sind Opiode.

Opiate sind morphinartige Substanzen und andere Alkaloide des Opiums, gewonnen aus *Papaver somniferum*, dem Schlafmohn. Heroin gehört zu den Opiaten. Es hat eine dreimal stärkere Wirkung als Morphin. Die Opiode können leicht eine Sucht erzeugen, allerdings ohne schädigende Wirkung für innere Organe. Gleichwohl ist das Risiko, an einer tödlichen Dosis von Heroin zu sterben, ca. zwanzigmal höher als bei Kokain.

Die Wirkung ist euphorisierend bis hin zu einem ausgeprägten Glücksgefühl, zugleich aber beruhigend bis schlafeinleitend mit einer Halbwertszeit von vier bis sechs Stunden. Opiode machen gleichgültig, sie dämpfen das Atemzentrum im Gehirn und wirken stark schmerzstillend. Eine halluzinogene Wirkung ist nicht gegeben.

Ein besonders hohes Risiko liegt in der intravenösen Anwendung der Drogen: Die Konzentration ist nicht genau zu bestimmen, sodass Überdosierungen möglich sind; die Trägersubstanzen können toxisch sein; die Injektion kann unsachgemäß oder mit kontaminierten Spritzen durchgeführt werden. Durch den gemeinsamen Gebrauch einer Nadel kann es zu Infektionen durch die Injektion (Hepatitis, AIDS) oder zu Infektionen an der Injektionsstelle mit Abszessen und Gewebeerkrankungen kommen.

2.5.5 Cannabinoide (F12)

Die Cannabinoide entstammen dem Harz von *Cannabis indica* bzw. *Cannabis sativa*, dem indischen Hanf. Die Cannabinoide werden meistens als Haschisch oder Marihuana, aber auch mit den getrockneten Blättern geraucht. Der Wirkstoff Tetra-

hydrocannabinol (THC) kann auch in Plätzchen gebacken oder als Tee konsumiert werden. Der Konsum führt zu veränderten Wahrnehmungen, zum Beispiel dem Eindruck von intensiverem Musikhören, und zu veränderten Empfindungen und Stimmungen.

2.5.6 Sedativa und Hypnotika (F13)

Sedativa sind Beruhigungsmittel, Hypnotika sind Schlafmittel. Sie werden verordnet bei Angstzuständen, intensiven Erlebnisreaktionen, Stress, bei Einschlafstörungen, zur Muskelentspannung in der Operationsvorbereitung sowie zur Narkoseeinleitung, zur Vorbeugung epileptischer Anfälle und in der Notfallmedizin gegen einen Horrortrip mit LSD.

Merke

Für die Verordnung gilt die **3-K-Regel**:

- klare Indikation
- kleine Dosis
- kurze Dauer

Nebenwirkungen: Die Nebenwirkungen der Sedativa sind erheblich: Verlangsamung und allgemeine Müdigkeit, motorische Koordinationsstörungen, Ataxie (Bewegungsstörungen), Doppelbilder, Schwindel, verwaschene Sprache, wobei sich der Patient anhört, als sei er leicht alkoholisiert und habe zusätzlich noch Watte im Mund. Bei chronischem Gebrauch erzeugen die Sedativa möglicherweise Appetitstörungen, eine Abnahme der Libido, Gleichgültigkeit, Vergesslichkeit, Dysphorie, also Übellaunigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Muskelschwäche, Angst und Unruhe sowie einen Tremor.

! Was allerdings besonders wichtig ist: Sedativa erzeugen innerhalb von kurzer Zeit, bei einigen Menschen schon nach einem Zeitraum von sechs Wochen regelmäßiger Einnahme eine Abhängigkeit.

Zu den Hypnotika gehören Barbiturate. Ihre Wirkungsweise ist ungeklärt. Da sie häufig als Suizidmittel verwendet wurden, werden sie heute nur noch als Injektionsnarkotika eingesetzt. Ansonsten kommen Benzodiazepine zum Einsatz.

2.5.7 Kokain (F14)

Kokain ist eines der weltweit meistverwendeten illegalen Rauschmittel. Es handelt sich um ein Alkaloid aus den Blättern des Coca-Strauches aus Südamerika und Java. Heute hat es noch bei Operationen am Auge eine legale Anwendung, allerdings unterliegt es hier dem Betäubungsmittelgesetz. Als illegale Droge wird es wegen seiner stimmungsaufhellenden Wirkung verwendet. Es vermittelt ein Gefühl der Euphorie, gesteigerter Leistungsfähigkeit und Aktivität und lässt Hunger- und Schlafgefühle verschwinden. In diesem Zusammenhang ist es in der westlichen Welt bekannt geworden, als man feststellte, dass Indianer in den Andengebieten ihre Leistungsfähigkeit mit dem Kauen der Kokablätter steigern konnten.

2.5.8 Koffein (F15)

Koffein ist ein Alkaloid, das in den Samen des Kaffeestrauchs, in Teeblättern, in Mate, der Colanuss und auch in Kakao enthalten ist.

Koffein ist weltweit die am häufigsten konsumierte pharmakologisch wirksame Substanz. Die Hauptwirkungen des Koffeins sind: Anregung des zentralen Nervensystems, erhöhte Herzaktivität, Puls und Blutdruck steigen. Koffein erweitert die Bronchien und regt die Tätigkeit des Magen-Darm-Traktes an. Außerdem wirkt es harntreibend. In erster Linie stimuliert es die Psyche, erhöht die Konzentration und beseitigt Müdigkeit.

Einige Menschen reagieren auf den Konsum recht empfindlich: Sie werden nervös und reizbar, bekommen Herzklopfen und damit verbundene oder auch davon unabhängige Angstzustände und Schlafstörungen. Eine erhöhte Dosis kann die Wahrnehmung von Überanstrengung herabsetzen, sodass es zu unbeabsichtigten Überforderungen kommen kann.

Bereits nach sechs bis fünfzehn Tagen intensiven Kaffeekonsums kann es zu Entzugerscheinungen wie Kopfschmerzen, Schwitzen, Übelkeit kommen. Es ist allerdings nicht sicher, ob es sich bei Koffein um ein echtes Suchtmittel handelt. Zwar sind einige Suchtsymptome beschrieben, andererseits sind die Symptome so leicht und von so kurzer Dauer, dass eine Zuordnung zu den Suchtdrogen fraglich ist. Die letale Dosis für den erwachsenen Menschen liegt bei etwa einhundert Tassen Kaffee mit fünfzig bis hundert Milligramm Koffein.

2.5.9 Halluzinogene (F16)

Zu den Halluzinogenen gehören Drogen wie LSD, Mescaline, Peyote, Haschisch oder Psilocybin. Es sind Substanzen, die Sinnestäuschungen verursachen oder Sinneseindrücke verändern. Man schreibt ihnen eine bewusstseinserweiternde Wirkung zu. Optische oder akustische Phänomene, Intensivierung der Wahrnehmung und Synästhesien, das gleichzeitige Wahrnehmen mehrerer Sinnesmodalitäten durch einen Reiz werden beschrieben (Farben durch Musik). Dabei können sie psychotische Zustände hervorrufen. Es kann zu wahnhaften Fehleinschätzungen von Situationen kommen, bei denen der Drogenkonsument selbstschädigendes Verhalten an den Tag legt, ohne sich dessen bewusst zu sein (der Versuch, zu fliegen).

2.5.10 Tabak (F17)

Es werden die getrockneten Blätter der Tabakpflanze geraucht oder anderweitig konsumiert. Sie enthalten das Alkaloid Nikotin, ein starkes Nervengift. In niedriger Konzentration hat es einen zentral stimulierenden Effekt, es erhöht den Blutdruck und den Puls und verringert den Appetit. Durch den Wegfall dieser Wirkung kommt es zu den Gewichtszunahmen, die im Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung oft beobachtet werden. Das Thromboserisiko und das Risiko für das Entstehen einer Arteriosklerose steigen. Damit verbunden sind Herzinfarkte, Schlaganfälle und das sogenannte Raucherbein, eine Durchblutungsstörung der Beinarterien.

Verschiedene gelöste Karzinogene im Rauch der Zigarette, der Zigarre oder der Pfeife können nach 15–20 Jahren Karzinome in den Atemwegen, dem Magen-Darm-Trakt sowie in den Harnwegen hervorrufen. Rauchen verursacht chronische Bronchitis und chronische Gastritis. Kohlenmonoxid führt zu einer Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Rauchen in der Schwangerschaft wirkt schädigend auf das Kind, das Risiko von Frühgeburten ist erhöht, bei den Neugeborenen von Raucherinnen findet sich ein vermindertes Geburtsgewicht. Beim Mann ist eine Schädigung der Samenzellproduktion möglich.

Allein in Deutschland sterben täglich 380 Menschen an den Folgen ihres Tabakkonsums. Das entspricht in etwa einem voll besetzten Jumbojet. Selbst auf **Passivraucher** hat Nikotin eine verheerende Wirkung. Das passive Inhalieren von Ziga-

rettenrauch schädigt eine Nichtraucherlunge stärker als die Lunge des Rauchenden. So verwundert es nicht, dass auch bei Nichtrauchern das Risiko u.a. für Lungen- und Blasenkrebs deutlich erhöht ist, wenn sie häufig mitrauchen müssen. Vor allem für Kinder hat Passivrauchen schwere gesundheitliche Folgen. Zum Teil haben schon Dreijährige eine chronische Bronchitis, wenn die Eltern zu Hause viel rauchen.

Merke

Nikotin hat ein hohes Suchtpotenzial, vergleichbar dem von Kokain.

2.5.11 Lösungsmittel (F18)

Lösungsmittel sind in Klebstoffen, Lacken, Farbverdünnern, Putzmitteln, Nagellackentfernern, Haarspray und Benzin zu finden. Sie werden über den Mund oder die Nase inhaliert. Halothan und Amylnitrit (Poppers) gehören ebenfalls zu den Schnüffelfstoffen. Die Wirkung besteht zunächst in Unruhe, Übelkeit und Atemnot. Nach wiederholtem Einatmen der Dämpfe kommt es zu einem Entspannungszustand. Dann kann eine Euphorie eintreten mit veränderten Sinneswahrnehmungen, schließlich ist mit Halluzinationen zu rechnen. Bewegungsstörungen sind zu beobachten. Die Intoxikation verursacht einen Erinnerungsverlust, der zum Beispiel auch das Hungergefühl beeinträchtigt. Die Konsumenten werden apathisch, verwirrt, Konzentrations- und Koordinationsprobleme sind gegeben, dann fallen sie in einen Tiefschlaf und schließlich ins Koma.

Fragen

- Welche Erfahrungen haben Sie mit psychotropen Substanzen?
- An welche Wirkungen können Sie sich erinnern? Wie wirken Alkohol und Tabak auf Sie?
- Welche Risiken sind Ihnen bewusst geworden?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Versuch gemacht, den Konsum einer Droge zu reduzieren oder einzustellen?
- Können Sie Verständnis entwickeln für Menschen, die von einer Droge nicht mehr loskommen?

2.5.12 Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Immer wieder suchen Menschen mit Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit professionelle Hilfe für die therapeutisch unterstützte Entwöhnung auf. Dabei muss dem Psychologischen Berater klar sein, dass es sich um Störungen handelt, die erhebliche körperliche Begleitsymptome, die sogenannten Entzugssymptome aufweisen können, die sich in Einzelfällen bis zu Notfällen entwickeln können. Stellen Sie also sicher, dass die medizinisch-körperlichen Risiken ausgeschlossen sind.

Indizierte Therapieform: Es gibt nicht die eine Psychotherapieform gegen Drogenabhängigkeit. Die Behandlung Drogenabhängiger erfordert ein dichtes, interdisziplinäres therapeutisches Netz von Ärzten, Psychotherapeuten, Pädagogen und Selbsthilfegruppen, die den Abhängigen in den langen und einsamen Nächten seiner Entzugssymptomatik und des Konsumdrucks umgeben können. Lösungsorientierte Verfahren, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren, Gesprächs- und Beschäftigungstherapie stellen nur eine kleine Auswahl der zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Verfahren dar. Sie werden

von verschiedenen medikamentösen Behandlungsformen begleitet und basieren auf der grundsätzlichen Bereitschaft des Klienten, den Entzug durchzuführen.

! In der Anfangsphase der Therapie ist häufig eine klinisch überwachte Entgiftung nötig. Der Entzug einiger Drogen führt zu erheblichen körperlichen Symptomen, die zum Teil intensivmedizinisch überwacht werden müssen.

2.6 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 bis F29)

Eine Psychose ist ein Krankheitszustand, in dem ein Mensch den Bezug zur Realität verloren hat. Realität und Wahn werden nicht mehr mit der wünschenswerten Sicherheit auseinandergehalten (Tab.5).

2.6.1 Schizophrenieformen

Schizophrenien sind psychische Erkrankungen aus der Gruppe der endogenen Psychosen. Sie treten in unterschiedlichen Erscheinungsformen auf, eine allgemein akzeptierte Einteilung liegt nicht vor. Nach der ICD-10 unterscheidet man folgende Formen:

Tab.5 Schizophrenie und affektive Psychosen im Überblick.

Bezeichnung	endogene Psychosen
Ursachen	Die Ursachen sind noch ungeklärt. Infrage kommen: genetisch-organische sowie umwelt- oder konfliktbedingte Ursachen oder Teilursachen. Man geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus.
Untergruppen	• schizophrene Psychosen (= Schizophrenien bzw. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis) • affektive Psychosen (= Zylothymien bzw. verschiedene Formen der manisch-depressiven Erkrankung; siehe Kap. 2.7)
Erscheinung und Verlauf	Es liegt ein phasen- oder prozesshafter Verlauf vor, der aus der Biografie nicht oder nur bedingt ableitbar und verstehbar ist.
Realitätsbezug	Im Allgemeinen ist eine völlig erhaltene Hirnleistung und Orientierung gegeben bei erheblich gestörtem Realitätsbezug: Fantasie und Realität werden z. B. im schizophrenen Verfolgungswahn, im Schuldwahn des Depressiven oder in der maßlosen Selbstüberschätzung in der Manie nicht sicher auseinandergehalten.
Behandlung	Psychiatrie und begleitende Psychotherapie

- paranoide Schizophrenie mit Wahnvorstellungen (F20.0),
- hebephrene Schizophrenie mit kognitiven Symptomen (F20.1),
- katatone Schizophrenie mit Überwiegen von motorischen Symptomen (F20.2),
- undifferenzierte Schizophrenie (F20.3),
- das schizophrene Residuum (F20.5) und die
- Schizophrenia simplex (F20.6).

2.6.2 Mögliche Ursachen

Die Ursachen einer Schizophrenie sind ungeklärt. Das macht die Zuordnung zu den endogenen Psychosen schwierig: Endogen bedeutet, „aus dem Inneren stammend, nicht von Außen zugefügt“, und genau das ist nicht sicher. Man nimmt ein multifaktorielles Geschehen mit genetischer Disposition an, das erst durch weitere Belastungsfaktoren zu Symptomen führt (Abb. 4). Familiäre Häufungen sind bekannt. Diskutiert wird eine Kombination

- biografischer,
- psychischer,
- hirnorganischer,
- sozialer,
- genetischer und
- anderer Faktoren,

wobei sicherlich nicht immer alle, aber auch nicht nur ein Faktor allein maßgeblich ist.

Abb. 4 gibt einen Überblick über die ursächlichen Faktoren einer Schizophrenie, wobei die prä-morbide Entwicklung sowie die verschiedenen ätiologischen und prädisponierenden Faktoren berücksichtigt werden.

2.6.3 Schizophreniesymptome

Die Schizophrenien sind durch unterschiedliche

- Symptome des Denkens,
- Symptome der Wahrnehmung und
- Symptome der Affektivität

gekennzeichnet und treten in verschiedenen Erscheinungsformen auf, die sich durch unterschiedliche Mischungsverhältnisse der Symptome und durch verschiedene Verlaufsformen unterscheiden.

Diese Symptome können auch bei anderen Erkrankungen und Psychosen auftreten. Denkstörungen gibt es beispielsweise auch im Delir, bei Morbus Alzheimer und unter Drogeneinfluss. Wahrnehmungsstörungen treten bei vielen medi-

zinischen Notfällen oder nach Drogenkonsum auf, aber auch einfach nur bei Erschöpfung. Affektivitäts- oder emotionale Störungen sind Bestandteile der affektiven Psychosen, aber auch bei organischen Persönlichkeitsstörungen zu beobachten.

Merke

- *Es gibt kein Symptom, das ausschließlich bei der Schizophrenie und sonst bei keiner anderen Erkrankung auftritt.*
- *Genauso gibt es kein typisches Schizophreniesymptom, das bei jeder Schizophrenie auftreten muss.*

Das eine oder andere Symptom kann fehlen, ohne dass die Diagnose dadurch verändert werden müsste.

Charakteristik der Symptome

Der Beginn eines schizophrenen Schubes ist durch unterschiedliche, sogenannte **Negativsymptome** gekennzeichnet. Der Begriff der Negativsymptomatik deutet bereits darauf hin, dass den Symptomen dieser Phase ein Verlust früherer Eigenschaften oder Fähigkeiten gemeinsam ist. Im Vordergrund steht dabei das Absinken der Leistungsfähigkeit des Betroffenen unter ein früher durchschnittlich erreichtes Niveau.

Der Begriff der Leistungsfähigkeit bezieht sich hierbei auf drei Lebensbereiche: Arbeit, soziale Beziehungen und Selbstständigkeit. In mindestens einem dieser drei Bereiche muss eine Einbuße zu erkennen sein:

- Der Kranke bewältigt seine Arbeit nicht mehr,
- er kann seine sozialen Beziehungen zur Familie oder auch nur zu Ämtern nicht aufrechterhalten,
- er kann sich nicht mehr selbst mit Lebensmitteln versorgen oder seine eigene hygienische Grundversorgung sicherstellen.

Denkstörungen

Bei den Störungen des Denkens werden formale oder inhaltliche Denkstörungen unterschieden.

Formale Denkstörung: Die formale Denkstörung tritt häufig als eine Lockerung der Assoziationen auf oder als Zerfahrenheit, die sich sprachlich äußern und so weit gehen kann, dass der Kranke sich nicht mehr verständlich machen kann. Es kommt vor, dass er in einer unverständlichen oder fremden Sprache spricht oder neue

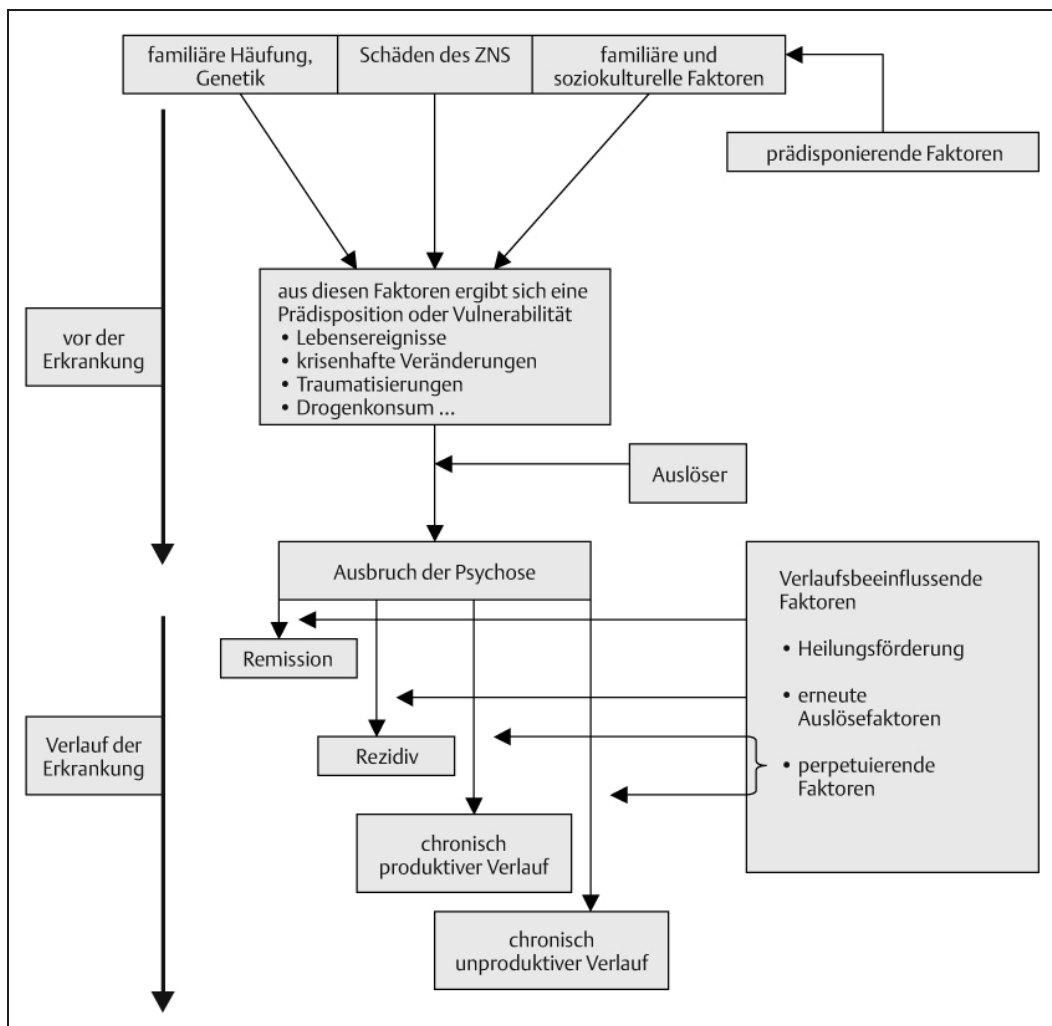


Abb. 4 Multi-faktorielle Entstehungsweise der Schizophrenie (nach Scharfetter 1995).

Im Zentrum der derzeitigen Entstehungstheorien der Schizophrenie steht eine genetische Belastung oder Vorbelastung, zu der auslösende Faktoren aus dem Bereich der Lebensereignisse hinzukommen.

Worte erfindet. Möglicherweise muss er bestimmte Worte oder Gedanken meiden, um Gefahren von sich oder anderen abzuwenden.

Inhaltliche Denkstörung: Diese tritt vor allem als Wahn auf, als eine Privatwirklichkeit, die der Kranke mit niemandem sonst teilt. Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Liebeswahn, Größenwahn sind häufig anzutreffen und rechtfertigen die Diagnose der paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Ebenfalls anzutreffen ist die Vorstellung, dass von außen auf die Gedanken des Er-

krankten Einfluss genommen wird: Gedankenkontrolle, Gedankenentzug, Gedankeneingebung sind häufige Symptome.

Wahrnehmungsstörungen

Mit den Denkstörungen verbunden treten auch Wahrnehmungsstörungen auf. Dies sind insbesondere **Halluzinationen**, die zwar in allen Sinnesmodalitäten auftreten können, aber in einigen häufiger als in anderen anzutreffen sind.

- **Akustische Halluzinationen** treten zumeist als Stimmen auf, die auf den Kranken einreden oder seine Handlungen meist abfällig kommentieren, die ihm Befehle erteilen, deren Ausführungen nicht selten eine Gefahr für den Kranken oder andere bedeuten würde. Bisweilen hört er Stimmen, denen er Antwort gibt, und manchen Kranken treffen wir lauthals sprechend und wild gestikulierend in den Fußgängerzonen unserer Städte an.
- **Haptische** oder auch **taktile Halluzinationen** können sich als das Gefühl darstellen, dass sich Schlangen im Leib winden oder eine kalte Hand über den Körper streicht. Auch Missempfindungen wie Kribbeln, Brennen oder Ameisenlaufen werden beschrieben.
- **Optische** (Sehen), **olfaktorische** (Geruchssinn) und **gustatorische** (Geschmackssinn) **Halluzinationen** kommen zwar auch vor, sind aber seltener. Der Kranke kann Messer, geheime Zeichen oder Tote sehen, Verwesung an sich selbst oder Gas in der Luft riechen oder einen metallischen oder vergifteten Geschmack an seinem Essen wahrnehmen und beklagen, man wolle ihn vergiften.

Andere Wahrnehmungsstörungen sind Körperhalluzinationen, Überempfindlichkeiten gegen bestimmte Wahrnehmungen oder illusionäre Verkennungen, also Fehleinschätzungen von realen Wahrnehmungen: Schatten werden für Tiere gehalten, undifferenzierte Geräusche für Sprache, Zeichen werden falsch oder im Krankheitssinne interpretiert, der Duft von Blumen deutet auf einen Giftgasangriff hin etc. Die Verkennungen können in jeder Sinnesmodalität auftreten.

Störungen der Affektivität

Die Störungen der Affektivität treten im Wesentlichen in zwei Erscheinungsformen auf: Als affektive Abstumpfung und Verflachung sowie als inadäquater Affekt.

Affektive Verflachung: Bei der affektiven Verflachung erscheint das Gefühlsleben nahezu erloschen, zusätzlich beobachtet man bei den Kranken eine Verarmung der Mimik und Gestik, was den Eindruck der Verflachung noch intensiver macht. Manchmal klagen die Kranken darüber, keinerlei Gefühle mehr zu haben.

Inadäquater Affekt: Der inadäquate Affekt zeigt sich in einer Unangemessenheit der emotionalen

Reaktion. Der Kranke berichtet mit lachendem Gesicht vom schlimmen Ausmaß seiner Symptome und erscheint dadurch unglaublich. Außerdem kann eine emotionale Labilität gegeben sein, das heißt man muss mit plötzlichen und teilweise heftigen Stimmungswechseln rechnen.

Störungen im Selbstgefühl

Das Selbstgefühl des Kranken kann gestört sein. Man spricht von einer **Depersonalisation**. Der Kranke hat das Gefühl, er sei irgendwie nicht er selbst, alles fühle sich so fremd an, er kenne sich selbst überhaupt nicht wieder. Unterstützt wird dieses Gefühl häufig durch die inhaltliche Denkstörung der Gedankeneingebung oder Gedankenkontrolle. Auch **Derealisationen** kommen vor: Alles wirkt auf den Kranken falsch, als habe man ihm eine falsche Welt untergeschoben. Alles wirkt auf ihn unwirklich und seltsam fern.

Störungen der Leistungsfähigkeit

Der Wille des Kranken ist beinahe immer beeinträchtigt, was zur Folge hat, dass es ihm schwer fällt, Handlungen zu einem sinnvollen Ende zu bringen. Die assoziative Lockerung scheint sich auch auf seine Entschlusskraft auszuwirken, und so handelt er oft fahrig, unkonzentriert und inkonsequent. Diese Beeinträchtigung wirkt sich natürlich auf das Leben des Kranken aus und behindert ihn in seiner Leistungsfähigkeit. Diese Beeinträchtigung bezieht sich auf das berufliche Handeln, die sozialen Beziehungen und die Selbstständigkeit.

Psychomotorische Symptome

Die möglichen Symptome der Psychomotorik zeigen sich in wiederholten, anscheinend sinnlosen Bewegungen, monotonem Auf- und Abschreiten, auffälligem Verhalten wie ritualisierten Bewegungen oder plötzlichen, heftigen Bewegungen, die von lautem Sprechen begleitet sein können. Andererseits ist auch eine deutlich verminderte Bewegungsbereitschaft anzutreffen. Der Kranke weigert sich dann aufzustehen, zu gehen, er hält sich steif und leistet dem Versuch, ihn zu bewegen, Widerstand. Das kann bis in eine möglicherweise lebensbedrohliche Katatonie hineinführen, in der der Kranke keinerlei Bewegung mehr ausführt, selbst wenn er schon einen Dekubitus aufweist,

das sogenannte Druckgeschwür, das man sonst vor allem bei alten, bettlägerigen Patienten findet.

2.6.4 Typ-1- und Typ-2-Schizophrenie

Bei einigen Patienten mit Schizophrenie überwiegen die positiven Symptome oder auch die Plus-symptomatik in den Schüben, seltener in einer dauerhaften Erscheinung:

- Wahn
- Halluzination
- überbordendes und unkontrollierbares Denken
- inadäquater Affekt

Man spricht von einer Typ-1-Schizophrenie.

Bei anderen Patienten überwiegen die negativen Symptome oder Minussymptomatik wie

- Willenlosigkeit
- Rückzug
- Mutismus
- Stupor
- flacher Affekt

Dies ist die Typ-2-Schizophrenie.

Die Prognose der Typ-1-Schizophrenie ist deutlich besser als die der Typ-2-Schizophrenie. Es ist auch zu beobachten, dass Patienten in ihrem Symptomenbild wechseln und im schizophrenen Schub die positiven, im Intervall zwischen zwei Schüben die negativen Symptome aufweist.

2.6.5 Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer Schizophrenie oder wahnhaften Störung sollte der Patient in psychiatrische Behandlung oder an eine psychiatrische Station überwiesen werden.

Indizierte Therapieform: Beschäftigungstherapie gehört zu den Therapieprogrammen. Familien- und Angehörigenarbeit ist Bestandteil des Therapieprogramms vieler Kliniken. Neuroleptika und verschiedene, dem Symptomenbild angemessene Psychotherapieformen werden eingesetzt.

Förderung von Ressourcen: Es kann in einzelnen Fällen gelingen, den Erkrankten über die Nutzung gegebenenfalls vorhandener Fähigkeiten bei der Genesung zu unterstützen.

Eine psychiatrische Behandlung ist notwendig.

Fallbeispiele

Der Patient weiß, dass die Königin von England in ihn verliebt ist, er liebt sie auch. Da er bürgerlicher, sie aber adliger Herkunft ist, kann sie ihre Liebe zu ihm nicht öffentlich zugeben. Nun hat sie ihm über Nachrichtensprecher heimlich verabredete Zeichen zukommen lassen, die besagen, dass er sie jetzt in ihrem Palast aufsuchen solle. So macht er sich auf den Weg, registriert dabei allerdings offensichtlich nicht, dass er schon rein äußerlich in einem heruntergekommenen und elenden Zustand ist.

Ein anderer Patient läuft regelmäßig laut schimpfend und wild gestikulierend durch die Einkaufsstraße seiner Stadt. Er scheint Fragen zu beantworten oder mit irgendjemandem zu kommunizieren. Eines Nachts, so berichtet er, sei er aufgefordert worden, den Hausflur seines Mehrfamilienhauses, dessen Besitzer er ist, mit Wasser zu fluten, um Enten das Schwimmen zu ermöglichen. Außerdem klagt er über ein brennendes Gefühl im Gesicht, gegen das er sich mit reinem Pfefferminzöl einreiben müsse. Seine Stirnhaut ist deutlich sichtbar gerötet, die Augen sind gereizt.

2.7 Affektive Störungen (F30 bis F39)

Affektive Störungen betreffen in erster Linie das Gefühlsleben der Betroffenen. Unter affektiven Störungen versteht man Manie, Depression und die Mischung aus beiden, die bipolare Störung. Einige körperliche Symptome der Manie wie der Depression stützen die Vermutung, dass eine Stoffwechseleränderung des Gehirns vorliegt und somit eine somatische Seite der Erkrankung gegeben ist.

Weitere Beschreibungen der Symptomatik der affektiven Psychosen finden Sie in Kap.10.2 und 10.4, wo wir sie Ihnen im Zusammenhang mit therapeutischen Überlegungen vorstellen.

2.7.1 Manische Episode (F30)

Bei der manischen Episode oder Manie finden wir Symptome auf der gedanklichen Ebene wie Wahnvorstellungen (z.B. Größenwahn) und der Gefühlsebene: die Stimmung ist anhaltend gehoben, euphorisch, expansiv, evtl. auch gereizt. Auf der Verhaltensebene zeigt sich ein gesteigerter Antrieb, oft werden die Betroffenen sehr redselig.

Auf der körperlichen Ebene beobachten wir gesteigertes oder herabgesetztes Hungergefühl sowie vermindertes Schlafbedürfnis.

2.7.2 Bipolare affektive Störung (F31)

Bei der bipolaren affektiven Störung steht die affektive Labilität im Vordergrund mit teilweise abrupten Wechseln zwischen Manie und Depression. Man sagt, der Kranke sei im Wechsel himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt. Auslösende Ereignisse für die Stimmungsveränderungen können bisweilen beschrieben werden, dann liegen belastende oder traumatische Lebensereignisse vor. Die Hoch- und Tiefphasen können in unterschiedlichen Rhythmen wechseln. Die Schwankungen treten in seltenen Fällen mehrmals täglich auf. Üblicherweise sind die depressiven Phasen deutlich länger als die manischen Phasen. Die Symptome der Phasen entsprechen denen, die unter Depression und Manie beschrieben sind.

2.7.3 Depressive Episode (F32)

Die depressive Episode ist gekennzeichnet durch Symptome auf der gedanklichen Ebene, vor allem durch die Tendenz zu negativen Bewertungen sowie negative Sicht auf das Leben und die Zukunft. Auf der Gefühlsebene können sich Trauer, Ärger, Angst, Schuld, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit zeigen. Die Verhaltensebene weist Passivität und Apathie, wenig Interesse an der Umwelt, Tendenz zum Rückzug sowie einen Leistungsverlust auf. Auf der körperlichen Ebene sind Energiemangel, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, geringes sexuelles Interesse anzutreffen.

Das Symptom der psychomotorischen Unruhe

Auch wenn in der Depression der Kranke über das Gefühl eines allgemeinen Energieverlustes und ständiger Müdigkeit klagt, so kann doch auf der anderen Seite eine psychomotorische Unruhe auffallen: Der Kranke hat das Gefühl, nicht still sitzen zu können, er nestelt an sich herum, zieht an seinen Haaren, zupft an seiner Kleidung, steht auf, geht ein paar Schritte, schaut sich ratlos um und setzt sich wieder, liest ein paar Zeilen und legt das Buch wieder beiseite. So kann er in ständiger, kleiner Bewegung sein, ohne aber irgendetwas zustande bringen zu können.

2.7.4 Rezidivierende depressive Störung (F33)

Diese Störung ist durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet. Das Alter bei Beginn der Störung, der Schweregrad, die Dauer und Häufigkeit der depressiven Episoden sind dabei sehr unterschiedlich, die einzelnen Episoden dauern im Durchschnitt 6 Monate. Es werden leichte, mittelgradige und schwere Episoden unterschieden. Die einzelnen Episoden werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst.

2.7.5 Anhaltende affektive Störungen (F34)

Es handelt sich um anhaltende und fluktuierende Stimmungsstörungen, die bisweilen einen großen Teil des Erwachsenenlebens ausfüllen und daher beträchtliche individuelle und familiäre Beeinträchtigungen in der Lebensführung verursachen können.

Zyklothymie (F34.0)

Bei der Zyklothymie handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung.

Dysthymie (F34.1)

Die Dysthymie bezeichnet die Neigung zu anhaltend traurigen Verstimmungen.

2.7.6 Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer Manie oder Depression oder einer der daraus resultierenden wahnhaften Störungen sollten Sie den Betroffenen an eine psychiatrische Ambulanz oder einen Psychiater überweisen.

Indizierte Therapieform: Behandlung mit Sedativa oder Neuroleptika (Manie) oder mit Antidepressiva (Depression). Begleitende Behandlung mit Psychotherapie.

! Das größte Risiko einer Manie ist die Selbstschädigung, das der Depression ist der Suizid (siehe Kap. 11.6). In einigen Fällen tritt im Verlauf einer Depression ein Stupor auf, der von Mutismus begleitet wird: Der Patient verfällt in einen Zustand der Reglosigkeit und des Verstummens, innerlich von Rastlosigkeit, Gedankenkreisen oder dem Gefühl der Gefühllosigkeit begleitet.

Fragen

- Gibt es in Ihrem Bekannten- oder Verwandtenkreis einen Menschen mit einer Psychose?
- Was genau haben Sie an diesem Menschen wahrgenommen? Wie ist Ihnen dieser Mensch aufgefallen?
- Welches ist seine Diagnose?
- Wie geht es Ihnen in der Gegenwart dieses Menschen?
- Wie geht es anderen Bekannten in der Gegenwart dieses Menschen?
- Welche Behandlung erhält er?

Adrenalin kick des Bergsteigens, der Besuch der Geisterbahn, das ambivalente Glücksgefühl von Kleinkindern, die man hochwirft und wieder aufhängt, die ängstliche Freude des Kindes am Kuckuck-da-Spiel. **Abb. 5** zeigt in vereinfachter Weise die verschiedenen Erscheinungsformen der Angst.

Die Angststörungen gehören zu den häufigsten Störungen und sind mindestens vorübergehend bei bis zu 15% der Bevölkerung anzutreffen. In den schwereren Verlaufsformen sind sie deutlich seltener. Es kann schwierig sein, die Symptomatik einer Angststörung gegen die einer Depression abzugrenzen. Es werden drei Arten von Angststörungen unterschieden:

- die generalisierte Angststörung (F41.1)
- die Panikstörung (F41.0)
- die Phobie (F40)

Die Grenzen zwischen diesen drei Störungen können fließend sein. Bei einzelnen Patienten treten sie nebeneinander oder vermischt auf.

2.8 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Dass in der ICD von neurotischen Störungen die Rede ist, ist eine Referenz an die Terminologie mancher Benutzer dieser Klassifikation. Man geht von einem beträchtlichen, wenn auch unklaren Anteil psychischer Verursachung aus. Das Neurosenkonzept wurde als Organisationsprinzip nicht beibehalten.

2.8.1 Phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41)

Die Schreckreaktion wie auch die Angst hat bei allen Lebewesen einen fundamentalen Charakter: Der Moro-Greifreflex des Neugeborenen zeigt eine automatische Anklammerung bei Gefahr und zugleich eine sinnvolle, angeborene Angst vor dem Fallen. Angst ist eine natürliche Reaktion gegenüber gefährlichen Situationen. Ein Mensch ohne Angst schwebt in beständiger Gefahr, riskante Situationen zu verkennen. Die mit der Angst und dem Schreck verbundene Lähmung kann bis zu Kollaps und Bewusstlosigkeit führen (siehe Kap. 10.5).

So unangenehm die Angst ist, so unbestimmt sind ihre Auslöser. Unter bestimmten Bedingungen wird Angst sogar vorsätzlich aufgesucht: der

Generalisierte Angststörung

Bei der generalisierten Angststörung wird der Patient in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen von Angstgefühlen erfasst. Er weist neben dem intensiven und oft unbestimmten Gefühl der Angst eine Reihe von körperlichen Symptomen der Angst auf: Herzklopfen, Atemnot bis zum Anfall von Asthma bronchiale, Schweißausbrüche, Magen-Darm-Probleme bis hin zum Durchfall, Schlafstörungen und Beklemmungsgefühle. Die Nervosität und eine möglicherweise sichtbare Pupillenerweiterung sind physiologische Angstbegleiter. Der Patient kann nicht sagen, wovor er sich fürchtet, Auslöser sind nicht zu benennen, diese Art der Angststörung ist nicht situativ oder objektgebunden. Früher oder später bekommen viele der Patienten Angst vor der nächsten Angstattacke und befinden sich damit in einem Teufelskreis.

Panikstörung

Die Panikstörung ist sozusagen eine kondensierte, schwere Angststörung: Alle Symptome sind kürzer, anfallsartiger und intensiver. Ein Auslöser ist meistens nicht bekannt. Das Vorhandensein körperlicher Symptome kann durch die Intensität für einen Außenstehenden erkennbar sein: Dem Kranken geht es erkennbar schlecht. Der plötzli-

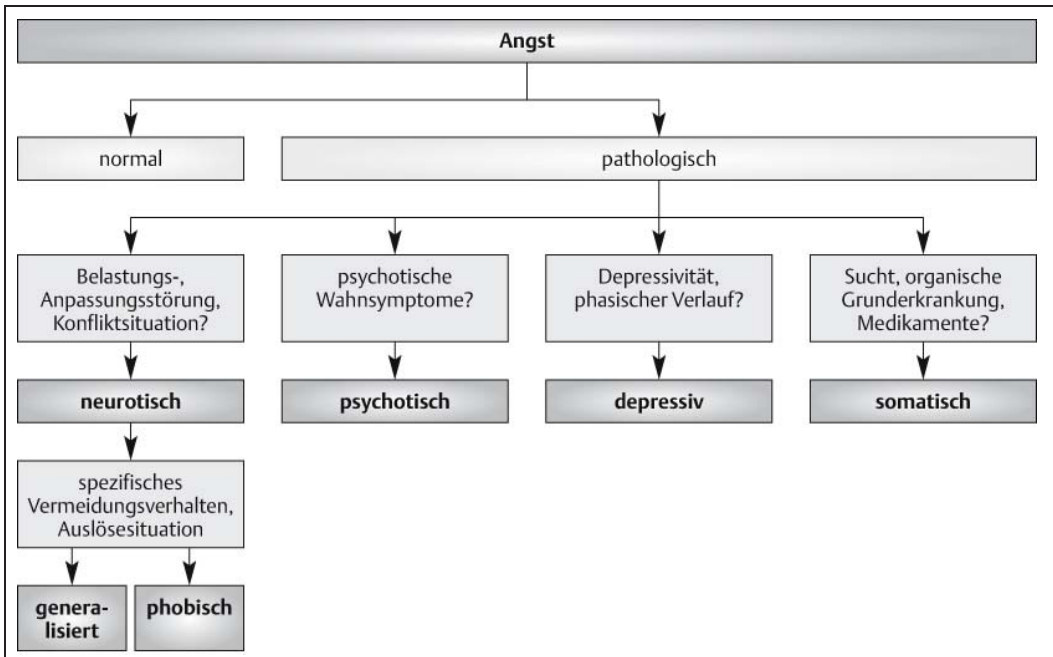


Abb. 5 Formen der Angst (Payk 2003).

che Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen zeigt deutliche Spuren, man könnte sich ermutigt fühlen, zu fragen, ob dem Menschen irgendetwas fehlt oder ob man ihm helfen kann. In der Folge kommen häufig die Angst zu sterben oder wahnsinnig zu werden hinzu.

Die Angst vor Kontrollverlusten ist nicht völlig unberechtigt, es kann sein, dass sich die körperliche Symptomatik zu einem medizinischen Notfall fortentwickelt: Atmung, Bewusstsein und Circulation (eigentlich ja Zirkulation: die Herzkreislauf-Funktionen), das sogenannte Notfall-ABC, können in kritischer Weise beeinträchtigt sein und funktionieren nicht mehr spontan.

Phobische Störungen (F40)

Die spezifischen Phobien sind im Gegensatz zur frei flottierenden Angst sehr klar objekt- oder situationsgebunden: Der Mensch fürchtet sich vor einer konkreten Situation, beispielsweise vor engen, dunklen Räumen (Klaustrophobie) oder vor Spinnen (Arachnophobie). Meistens lässt sich der Gegenstand der Phobie klar benennen. Einige Beispiele für bekannte Phobien sind:

- Agoraphobie (F40.0): Angst auf Plätzen, in Menschenmassen, Kaufhäusern, Kinos
- Aichmophobie: Angst vor spitzen Gegenständen
- Akrophobie: Angst vor Höhe, sie scheint angeboren zu sein
- Erythrophobie: Angst vor dem Erröten
- Klaustrophobie: Angst vor engen Räumen
- Nosophobie: Krankheitsangst = Hypochondrie
- Nyktophobie: Angst vor der Nacht
- Phobophobie: Angst vor der Angst
- Sozialphobie (F40.1): Angst vor sozialen Situationen und anderen Menschen
- Zoophobie: Angst vor Tieren

Tipp

Eine größere Liste mit etwa 620 teilweise recht skurrilen Phobien (wie beispielsweise der Alloxaphobie – der Angst vor einer anderen Meinung), die aber auch nicht vollständig ist, finden Sie unter <http://phobien.ndesign.de/> (Stand 2007). Die Bezeichnungen sind so gut wie immer Übersetzungen des Angstgegenstandes in die lateinische oder griechische Fachsprache der Medizin. Es werden täglich mehr.

Die Begleitsymptomatik der Phobie ist die der Angststörung, eventuell die der Panikstörung. Die Phobien können zu einer ausgeprägten Angstsymptomatik führen, wenn sie mit Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten verbunden sind.

Diagnose und Therapie bei Phobien und Angststörungen

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Die Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Menschen in einer akuten Panikstörung befinden sich in einer Krisensituation und dürfen daher selbstverständlich nicht allein gelassen werden.

Therapeutisches Verhalten: Es ist sehr wichtig, ruhig und besonnen zu reagieren und sich nicht auf die ängstliche Art eines Klienten mit einer akuten Angststörung einzulassen. Die souveräne Präsenz eines Psychologischen Beraters oder eines Heilpraktikers für Psychotherapie ist oft schon ausreichend, um einem Menschen aus der akuten Krise herauszuhelfen.

Indizierte Therapieform: Verhaltenstherapeutische Verfahren sind der Standard; lösungsorientierte und systemische Therapieverfahren werden ebenfalls eingesetzt.

! Das größte Risiko eines Menschen mit einer Angststörung ist der angstbedingte körperliche Notfall sowie der Suizid (siehe Kap. 11.6) oder die Selbstschädigung als Kurzschlusshandlung.

Medikamentöse psychiatrische Behandlung kann, besonders im Falle von Panikstörungen, notwendig sein. Es werden Antidepressiva gegeben.

2.8.2 Zwangsstörungen (F42)

Zwangsstörungen zeigen sich in Form von **Zwangsgedanken** und **Zwangshandlungen** (siehe Kap.10.6). Sie sind vor allem gekennzeichnet durch das zwanghafte Wiederholen bestimmter Verhaltensweisen. Einige Betroffene messen auch der Anzahl der Wiederholungen eine magische Bedeutung zu, es müssen dann beispielsweise genau 10 oder 66 Wiederholungen sein. Diesen Wiederholungen wird eine angst- oder gefahrabwehrende Bedeutung beigemessen. Sie sind Teil eines

Vermeidungs- oder Bewältigungsverhaltens. Der Betroffene ist beispielsweise der Meinung, drohendes Unheil von sich oder Angehörigen abwenden zu können oder zu müssen, indem er bestimmte Handlungen ausführt.

Die Zwangshandlungen können die Position bestimmter Dinge im Raum betreffen, das Überprüfen von Gasherden oder Kerzen, das Treten auf die Zwischenräume zwischen den Platten auf dem Gehweg, Sauberkeit und das Reinigen von Dingen oder Körperteilen, typischerweise der Hände, das Abschließen von Fenstern und Türen und so weiter.

Als besonders quälend wird oft beschrieben, dass der Patient die Unsinnigkeit seiner Handlungen durchaus selbst erkennt, allerdings kann er trotzdem nicht davon lassen. Wenn er sich gegen die Ausführung seines Zwangsverhaltens sträubt, empfindet er meist eine unerträgliche Anspannung.

Abb.6 veranschaulicht die Modellvorstellung von Salkovskis, wie aus alltäglichen Gedanken eine Zwangsstörung entstehen kann.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Zwangsstörungen weisen ein hohes Maß an Komorbidität zu den Angststörungen auf.

Therapeutisches Verhalten: Es hat keinen Zweck und ist unter Umständen sogar symptomverschlimmernd, den Patienten auf die Sinnlosigkeit seines Handelns hinzuweisen. Die Argumentation ist ihm vertraut, und in einigen Fällen sind die argumentativen Selbstgespräche Teil der quälenden Symptomatik.

Indizierte Therapieform: Es werden verhaltenstherapeutische Verfahren, vor allem mit Reizüberflutung und Reaktionsverhinderung eingesetzt.

Förderung von Ressourcen: Die Präzision und Genauigkeit können eventuell in beruflichen oder privaten Zusammenhängen genutzt werden, allerdings ist das unwahrscheinlich, da sich die meisten Zwangsstörungen auf ein eng begrenztes Verhalten beziehen.

! Der Patient kann in eine Isolation hineingeraten, daher sollte die Familie oder nähere Umgebung in die Therapie mit einbezogen werden.

Psychopharmaka werden eingesetzt.

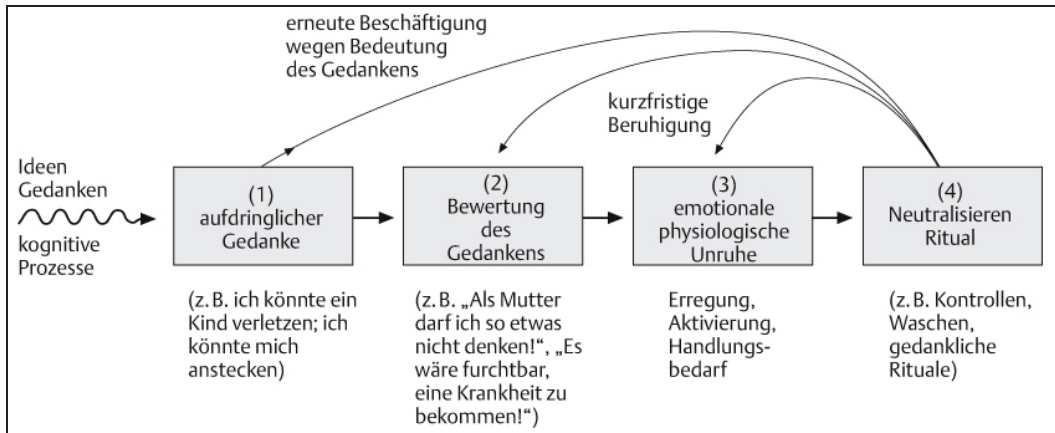


Abb. 6 Prinzip des kognitiven Modells von Zwangsstörungen nach Salkovskis (Senf u. Broda 2007).

Das kognitive Modell von Salkovskis zeigt, dass Zwangsstörungen häufig aus alltäglichen Gedanken entstehen, die eine überwertige Gewichtung erhalten. Es handelt sich dabei um Gedanken, die Unbehagen und damit einen Handlungsbedarf erzeugen. Dieser Handlungsbedarf kann zu wiederholten Ritualen führen, die den Betroffenen kurzfristig beruhigen.

Fallbeispiel

Die 27-jährige Patientin, Verkäuferin in einer Bäckerei, berichtet von ihrer Befürchtung, das Brot, das sie verkaufe, könne durch ihre Hände mit Bakterien kontaminiert werden. Das führte dazu, dass sie sich nach jedem Kundenkontakt die Hände waschen müsse. Als sie in der letzten Zeit eine Bronchitis bekommen habe, durch die sie natürlich mehrmals husten müssen, habe der Zwang, sich die Hände zu waschen, erhebliche Form angenommen, der sie teilweise für längere Zeit vom Arbeiten abhalte. Sie versuchte, ihrem Chef die Ausfallzeiten mit Hygienenotwendigkeiten zu erklären, wisse aber selbst, dass sie langsam für ihre Firma unhaltbar werde.

2.8.3 Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)

Belastungsreaktionen sind direkt auf belastende Erlebnisse wie Gefangenschaft, Folter oder Unfälle, Anwesenheit bei Unfällen, Naturkatastrophen oder ähnlich schwer integrierbare Ereignisse zurückzuführen. So sind einige Berufe besonders gefährdet: Polizei, Feuerwehr, Notfallhelfer, aber auch zum Beispiel Lokführer, die auf einigen Strecken mehrere Suizidenten überfahren.

Eine Extrembelastung führt häufig

- zu einer **akuten Belastungsreaktion (F43.0)**, die sich kurz- bis mittelfristig auswirkt, und kann
- bei längerfristiger bis chronischer Entwicklung

in eine **posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)** münden.

Fallbeispiele

Die Katastrophenersthelfer des ICE-Unglücks am 3. Juni 1998 bei Celle in Niedersachsen haben teilweise über noch monatelange Albträume berichtet, die sie seit ihrem Einsatz am Unfallort geplagt haben. Sie waren auf Hochwasser oder Scheunenbrände vorbereitet, nicht jedoch auf ein Zugunglück mit 101 tödlich verunglückten Menschen und vielen Schwerverletzten. So gibt es auch Polizisten oder Feuerwehrleute, die aus solchen Gründen auf den Einsatz am Unfallort verzichten müssen.

Ein Lokführer hatte die beiden ersten Suizidenten scheinbar unversehrt überstanden. Der dritte Vorfall war für ihn besonders belastend, da die Selbsttötungswillige ihm auf den Gleisen entgegen ging und Blickkontakt zu ihm aufnahm, bevor sie überrollt wurde. „Es ist schon unvorstellbar, was bei entsprechendem Aufprall alles an Blut und Gewebe verspritzt wird, von dem Brechen der zahlreichen Knochen ganz zu schweigen“ (Zitat eines Betroffenen). Am nachhaltigsten aber sind die Augen der Suizidenten, besonders wenn sie den Lokführer anschauen: „Wie Wagenräder, und nicht mehr zu vergessen“, sagte ein Betroffener. Nach diesem Suizid entwickelte der Lokführer einen seelisch-körperlichen Erregungszustand und wurde für mehrere Tage klinisch auf-

genommen. Danach quälten ihn Alpträume mit geradezu zermürbend plastischen Szenen des Geschehenen und hartnäckige Schlafstörungen. Nach zwei weiteren Unfällen (einige Streckenabschnitte sind bekanntermaßen besonders belastet) verstärkten sich die bereits bestehenden Beschwerden. Beim letzten Unfall sah der Lokführer, wie die über den Schienen liegende Person noch im letzten Moment versuchte, das Gleis zu verlassen – vergeblich. Und danach musste er über 10 Minuten deren Schmerzensschreie hören. Er war danach nicht mehr in der Lage, seine Tätigkeit fortzusetzen und wurde in den Ruhestand versetzt.

Symptome

Die Symptome sind vielgestaltig und beginnen teils wenige Augenblicke, teils Stunden bis Monate nach dem auslösenden Ereignis. Es kann vorkommen, dass ein Mensch eine kritische Situation quasi mit zusammengebissenen Zähnen durchsteht und erst verspätet reagiert: Intensive emotionale Reaktionen stehen im Vordergrund, Angst, Ärger, plötzliche Tränenausbrüche, Überaktivität oder der soziale Rückzug werden beobachtet. Diese Symptome können rasch wechseln. Vegetative Zeichen wie Herzklopfen, Atemnot, Schweißausbrüche oder Beklemmungsgefühle kommen häufig hinzu. Schlafstörungen, Alpträume und massive Angstattacken können sich in seltenen Fällen noch Jahre nach dem auslösenden Ereignis zeigen und auch das weitere Leben beeinflussen. Die Betroffenen klagen vor allem darüber, dass die Erinnerungen nicht mehr zu löschen sind und zu allen möglichen Zeiten unerwartet oder durch einen kleinen Reiz ausgelöst auftreten können.

Die persönliche Verletzlichkeit eines Menschen spielt bei den Belastungsreaktionen eine größere Rolle als bei anderen Erkrankungen. Bei einer ausgeprägten Vulnerabilität (siehe Kap.6.3.2) kann sich eine langjährige Anpassungsstörung entwickeln. Andererseits gibt es Erinnerungen, z.B. an KZ-Gefangenschaft oder Kriegsteilnahme, die nicht in ein alltägliches Leben zu integrieren sind, egal, wie empfindlich oder unempfindlich ein Mensch ist.

Diagnose und Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, ggf. klinisches Bild, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung brauchen einen speziell ausgebildeten Traumatherapeuten!

Therapeutisches Verhalten: Stabilisierende Verfahren sind erste Notwendigkeit, die Aufarbeitung hat einen reduzierten Stellenwert. Der Patient bestimmt das Tempo der Behandlung. Es darf nicht vom Therapeuten bestimmt werden.

Indizierte Therapieform: Bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist eine psychiatrische Behandlung (Psychotherapie, evtl. medikamentöse Therapie) notwendig. Die Angehörigen sollten nach Möglichkeit in die therapeutische Arbeit einbezogen werden.



Die Patienten können u. a. Depressionen oder Angststörungen entwickeln.

2.8.4 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44)

Eine weitere Folge von Extrembelastungen sind sogenannte Konversionsstörungen, bei denen der teilweise oder völlige Verlust der Integration des Geschehenen vorliegt und die affektive Lage in körperliche Symptome umgesetzt wird: Es besteht keine oder fast keine Erinnerung an das Geschehene, statt dessen treten körperliche, sogenannte funktionale Symptome auf. Manche Somatisierungen gehen mit einem Gefühlsverlust oder mit Lähmungen einher.

Dissoziative Amnesie (F44.0)

Amnesien (Gedächtnis-, Erinnerungsverlust) werden meist durch Unfälle oder unerwarteten Verlust hervorgerufen, sie sind meistens selektiv. Bei den Amnesien können wir

- die retrograde Amnesie, die sich auf den Zeitraum vor dem Ereignis bezieht,
- von der anterograden Amnesie unterscheiden, die sich auf die Zeit nach dem Ereignis bezieht.

In manchen Fällen von Belastungsstörungen verschwinden die Menschen mit allen Zeichen einer

Amnesie einfach vom Ort des belastenden Geschehens, wobei das Verhalten für Beobachter situativ angemessen und normal wirkt.

Weitere mögliche Folgen

Bei anderen Menschen führen Extrembelastungen zu **dissoziativem Stupor (F44.2)**, einem teilweisen oder vollständigen Erstarren, zum Teil mit Mutismus, dem Verstummen, wobei Spontanbewegungen der Augen erhalten bleiben und deutlich machen, dass der Mensch nicht schläft. Auch **dissoziative Krampfanfälle (F44.5)** können beobachtet werden sowie **dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)**, die wir an folgendem Fallbeispiel verdeutlichen wollen.

Fallbeispiel

Ein 70-jähriger Patient berichtet, seit Kriegsende plagten ihn immer wiederkehrende Taubheitsgefühle, die sich wandernd über seinen ganzen Körper hinziehen, vor allem aber in den Beinen auftreten. Er habe in Frankreich gekämpft und sei nicht verletzt worden, habe aber die Kampfhandlungen als extrem belastend erlebt. Ein Arzt habe ihm gesagt, die Symptomatik sei nur seelisch bedingt, ein organischer Befund sei nicht gegeben und er solle sich nicht so anstellen. Er habe während seines späteren Lebens dann über die Symptome mit niemandem mehr gesprochen, in letzter Zeit allerdings seien sie so schlimm geworden, dass er sich nicht mehr sicher bewegen könne.

2.8.5 Somatoforme Störungen (F45)

Somatisierungsstörungen (F45.0) wurden früher bisweilen als „nur psychisch“ abgewertet: „Stellen Sie sich nicht so an!“. Wir wissen heute, dass eine Reihe belastender Ereignisse bei entsprechend empfindlichen Menschen zu körperlichen Symptomen führen können. Die Betroffenen bestehen oft hartnäckig auf ihrer Wahrnehmung, dass ihrem Leiden eine körperliche Veränderung zugrunde liegt. Eine körperliche Untersuchung bleibt allerdings ergebnislos, darüber hinaus ist bei langjährigem Bestehen der Symptomatik auch mit körperlich nachweisbaren Veränderungen zu rechnen.

Depressionen sind auszuschließen, ebenso eine hypochondrische Störung mit erhöhter Krankheitserwartung bis hin zur ausgeprägten Krankheitsangst oder Simulationen aus sozialen Grün-

den wie Berentung oder Berufsunfähigkeit. Auch wahnhaftige Störungen müssen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

Die Somatisierungen können jedes Organsystem betreffen, allerdings sind einige Organsysteme häufiger betroffen als andere. Ein bevorzugtes Reaktionsorgan ist das Herz-Kreislauf-System. Auch der Magen-Darm-Trakt, die Atmungsorgane und das Urogenitalsystem reagieren auf psychische Belastungen, ohne dass organische Veränderungen nachweisbar sind. In der Symptomatik stehen jeweils funktionelle Störungen im Vordergrund, das bedeutet, dass trotz unauffälligem Organ die Funktionen nicht der Norm entsprechend gegeben sind.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Viele Menschen haben sogenannte „funktionelle Erkrankungen“ und fühlen sich damit bei ihrem Hausarzt nicht richtig angenommen. Auch deshalb kommen sie zu einem Heilpraktiker, weil sie davon ausgehen, dass er einen „ganzheitlichen“ Blick auf den Menschen wirft. Für den medizinischen Laien bedeutet das, dass Körper und Seele gemeinsam betrachtet werden. Vor allem das therapeutische Gespräch ist ein wichtiger Bestandteil der Diagnosestellung.

Therapeutisches Verhalten: Psychologische Berater und Heilpraktiker haben gegenüber den schulmedizinisch arbeitenden Kollegen den Vorteil, dass sie sich für ihre Patienten die Zeit nehmen können, die sie für richtig halten. Dieser Vorteil kommt bei den Somatisierungsstörungen am deutlichsten zum Tragen.

Indizierte Therapieform: Das Gespräch, die Psychotherapie im Sinne der Heilung durch die Seele, ist die entsprechende Therapieform. Psychosomatisch wirksame Therapieformen wie autogenes Training sind indiziert. Hilfreich sind auch Yoga, Meditation, Tai Chi und ähnliche Verfahren.

Förderung von Ressourcen: Auch hier haben wir den Patienten, dessen besondere Sensibilität einer Unterstützung und Modifikation bedarf.



Das größte Risiko ist das Übersehen tatsächlich vorliegender somatischer Erkrankung und die vorzeitige Diagnose „somatoforme Störung“.

2.8.6 Andere neurotische Störungen (F48)

Hier werden neurotische Störungen beschrieben, die nicht unter F40 bis F45 beschrieben sind. Der Sprung in der Zählung erklärt sich aus der Vereinbarung, dass die Ziffer 8 (hier: F48) in der Klassifizierung für „andere Störungen“ reserviert ist.

Neurasthenie (F48.0)

Wörtlich übersetzt heißt Neurasthenie Nervenschwäche, die sich allerdings in zwei Formen zeigen kann. Einmal als Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche oder Schwierigkeiten beim Denken, zum anderen als das Gefühl permanenter körperlicher Erschöpfung schon bei geringen Belastungen.

Depersonalisation und Derealisation (F48.1)

Bei der Depersonalisation hat der Betroffene das Gefühl, nicht mehr er selbst zu sein, sich selbst und seinen Gefühlen fern zu sein. Die Wahrnehmung, auch die des eigenen Körpers oder der eigenen Gefühle, kann sich verändern. Bei der Derealisation steht der Eindruck im Vordergrund, die Dinge und Menschen der Umgebung seien unreal, künstlich, ausgetauscht oder falsch. In beiden Fällen hat die Person ein klares Bewusstsein der Andersartigkeit, es besteht also Krankheitseinsicht. Der Eindruck kann allerdings so realistisch erscheinen, dass Angst aufkommt.

Die Depersonalisation und Derealisation können das Eingreifen eines Psychiaters und eine medikamentöse Behandlung notwendig machen.

Fragen

- Was bereitet Ihnen Angst?
- In welche Kategorie der Angststörungen würden Sie Ihre ganz persönliche Angst einordnen?
- Was unternehmen Sie gegen die Angst?
- Können Sie sich vorstellen, wie sich ein Mensch fühlt, der mehrfach die Tür oder den Herd kontrollieren muss?

2.9 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Hier haben wir die Störungen, die zwar in erster Linie körperliche Symptome aufweisen, aber dennoch zu den psychischen Störungen gezählt werden müssen, da sie keine organische Ursache aufweisen. Dies allerdings ist die Bedingung. Bei organischen Ursachen wird anders klassifiziert.

Es werden Essstörungen, nicht organische Schlafstörungen und nicht organische sexuelle Funktionsstörungen beschrieben. Ebenfalls gehört hier der Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen wie Laxanzien (Abführmittel), Analgetika (Schmerzmittel), Vitaminen, Antidepressiva und anderen hinein. Diese werden hier allerdings nicht näher beschrieben.

2.9.1 Essstörungen (F50)

Mit Essstörung (siehe Kap.10.10) bezeichnet man eine Verhaltensstörung mit meist ernsthaften und langfristigen Gesundheitsschäden. Zentral ist die ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema Essen. Sie betrifft die Nahrungsaufnahme oder deren Verweigerung und hängt mit psychosozialen Störungen und mit der Einstellung zum eigenen Körper zusammen. Wenn die Störung zwanghaft ist, spricht man von Sucht oder Abhängigkeit.

Zu den Essstörungen gehören

- die Anorexia nervosa, also die psychogene Magersucht,
- dann die Bulimia nervosa, das ist die Ess-Brech-Sucht sowie
- das übermäßige, psychogene Essverhalten.

Anorexia nervosa (F50.0)

Die psychogene Magersucht ist eine gefährliche, verheerende und unter Umständen tödlich verlaufende Krankheit (siehe Kap.10.10.1). Sie ist in fortgeschrittenem Stadium leicht zu erkennen: Das Körpergewicht des Erkrankten liegt mindestens 15% unter dem medizinisch zu erwartenden Körpergewicht. Der Gewichtsverlust ist herbeigeführt durch Verweigerung der Aufnahme kalorienreicher Lebensmittel, durch Erbrechen, Abführmittel, exzessive körperliche Aktivität (auch als Anorexia athletica der Leistungssportler beschrieben) oder durch den Konsum von Appetitzüglern oder harn-

treibenden Mitteln. Mit diesem Untergewicht sind deutliche Störungen des Hormonhaushaltes verbunden, die sich bei Frauen in Zyklusstörungen, bei Männern als Libido- oder Potenzverlust äußern können. Auch andere endokrine Entgleisungen können die Folge der Magersucht sein.

Frappierend ist die **Körperschemastörung**, mit der Anorexie-Kranke darauf verweisen, dass an ihrem Körper immer noch Fett vorliegt, obwohl die Knochen sich schon deutlich abzeichnen. Gleichzeitig kann bei anderen Menschen das Gewicht und Aussehen durchaus richtig eingeschätzt werden.

Das Selbstwertgefühl von Menschen mit Anorexia nervosa ist in hohem Maße abhängig von ihrer Figur und ihrem Körpergewicht. Anorektiker haben keine Krankheitseinsicht.

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Menschen mit einer psychogenen Anorexie haben viele gute Gründe für ihr spezielles Aussehen. Sie erklären und rechtfertigen ihren körperlichen Krankheitszustand, sodass der Therapeut getäuscht werden kann.

Therapeutisches Verhalten: Die Therapie ist schwierig und erfordert Feingefühl, Geduld und Konsequenz.

Indizierte Therapieform: In den meisten Fällen ist eine Klinikaufnahme notwendig. Verhaltenstherapeutische Verfahren, Einzelgespräche, Gruppentherapien werden eingesetzt. Die therapeutische Arbeit erfordert in den meisten Fällen ein Therapeutenteam.

Förderung von Ressourcen: nicht möglich.

! Anorexia nervosa endet in etwa 10% der Fälle nach mehreren Jahren tödlich, jedoch meist nicht durch eigentliches Verhungern, sondern durch Infektionen des geschwächten Körpers, durch Suizid oder durch Elektrolytverschiebungen, besonders im Kaliumhaushalt. Das kann zu Störungen der Nierenfunktionen und der Herzaktivität bis hin zum Herztod führen.

Die Krankheitseinsicht ist gering. Das Risiko dauerhafter Schädigungen ist hoch.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen? Unbedingt.

Bulimia nervosa (F50.2)

Die Bulimia nervosa (Bulimie, Ess-Brech-Sucht) ist gekennzeichnet durch teilweise mehrmals täglich auftretende Essattacken, denen oft nahezu unmittelbar ein selbst eingeleitetes Erbrechen folgt (siehe Kap.10.10.2). Obwohl es sich um ein selbst-induziertes Verhalten handelt, können die Betroffenen davon so wenig Abstand nehmen wie ein alkoholabhängig Kranker vom Alkoholkonsum. Die Essattacken verlaufen rauschartig und oft unter dem Konsum leicht verdaulicher Lebensmittel. Das Erbrechen kann natürlich den Verdauungstrakt schädigen, vor allem den Ösophagus sowie den Mund und die Zähne. Das Körpergewicht des Bulimiekranken ist meistens unauffällig bis leicht untergewichtig.

Bulimiker haben sehr wohl eine Krankheitseinsicht. Scham- und Schuldgefühle sind meistens Begleiter der Symptomatik.

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Die Zahl der Menschen mit einer Essstörung nimmt zu. Betroffene werden Ihnen häufiger begegnen.

Therapeutisches Verhalten: Sie sollten nur wirklich leichte Fälle von Bulimie ambulant behandeln.

Indizierte Therapieform: Auch hier ist eine Klinikaufnahme sinnvoll, da häufig eine intensive Betreuung notwendig ist, die sich über den ganzen Tag und die vielen Versuchungen erstreckt. Es werden verhaltenstherapeutische Verfahren, Einzelgespräche und Gruppentherapien eingesetzt. Die therapeutische Arbeit erfordert in den meisten Fällen ein Therapeutenteam.

Förderung von Ressourcen: nicht möglich.

! Bulimiker haben eine Reihe von körperlichen Begleitsymptomen, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen? Muss in Erwägung gezogen werden.

Binge-Eating-Störung – Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.4)

Binge Eating steht für subjektiv unkontrollierbare Essanfälle mit suchartigen Heißhungergefühlen, bei denen ein Mensch unterschiedslos und wahllos viel Nahrung in sich hineinstopft, bis er durch ein unangenehmes und schmerzhaftes Völlegefühl unterbrochen wird (siehe Kap.10.10.3). Diese Störung tritt häufig im Zusammenhang mit Depressionen auf und wird von Schuld- und Schamgefühlen begleitet. Wann immer Schuldgefühle auftreten, kann man davon ausgehen, dass eine Krankheitseinsicht, mindestens aber ein Verständnis dafür vorliegt, dass ein unangemessenes Verhalten ausgeübt wird.

Das übermäßige, psychogene Essverhalten wird häufig durch ein auslösendes Ereignis induziert: Trauerfälle, Verlust, Krankheit, emotional belastende Ereignisse können ein übermäßiges Essverhalten nach sich ziehen, das zu deutlicher Gewichtszunahme führt. Die Tatsache, dass in der Gesellschaft und durch die Medien ein körperbildgestörtes Schlankheitsideal gesetzt ist, kann die Diagnose des Übergewichts erschweren.

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Das Schönheitsideal hat sich in den Jahrhunderten verändert und steht zurzeit gerade bei schlanken Menschen. Übergewichtige befinden sich möglicherweise in einem Teufelskreis aus Frustration und Nahrungsaufnahme.

Therapeutisches Verhalten: verhaltenstherapeutisches Vorgehen.

Indizierte Therapieform: Verhaltenstherapie, Einflussnahme auf das angenommene Schönheitsideal.

Förderung von Ressourcen: Die Symptomatik lässt sich nicht positiv nutzen.

! Die Risiken von essbedingtem Übergewicht sind vielfältig und müssen abgeklärt werden: Stoffwechsel-, Herz-Kreislauf-, orthopädische Erkrankungen bedürfen einer ärztlichen Kontrolle.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen? Ist nicht unbedingt notwendig.

2.9.2 (Nichtorganische) Schlafstörungen (F51)

Schlafstörungen können vielerlei Ursachen aus dem seelischen Bereich haben. Die häufigsten seelischen Ursachen einer Schlafstörung sind:

- Angststörungen
- Demenz
- Depressionen
- Essstörungen
- manische Hochstimmung
- schizophrene Psychose

Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe von Arzneimitteln mit möglicherweise schlafstörender Wirkung. Lassen Sie sich von Ihrem Patienten die Beipackzettel seiner regelmäßig eingenommenen Medikamente zeigen!

Schlafstörungen gehen zu jeweils einem Drittel auf psychische, zu einem Drittel auf organische und zu einem Drittel auf unbekannte Ursachen zurück.

Mögliche körperliche Ursachen

Die häufigsten körperlichen Ursachen einer Schlafstörung (G47) sind:

- Schnarchen bis zur Schlafapnoe (Atemstillstand im Schlaf) Asthma bronchiale, Ateminsuffizienz
- Restless-Legs-Syndrom, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, amyotrophe Lateralsklerose
- Stoffwechselerkrankungen wie Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Hypokaliämie, Gicht
- Epilepsie
- Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie, Hypotonie



Abb. 7

- Hirnschäden und Hirntumoren
- Menopause, Schwangerschaft, prämenstruelles Syndrom, postpartales Syndrom
- Infektionskrankheiten, v.a. solche mit Juckreiz
- Krebserkrankungen
- Leberzirrhose, Gallensteine
- Gastritis, Magen-Darm-Geschwüre, Ösophagusreflux, Obstipation, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
- Niereninsuffizienz, Nierensteine
- Meningoenzephalitis
- Schmerzzustände

Bei den Schlafstörungen ist es wichtig, körperliche Ursachen wie spätes, schweres Essen, Alkohol- oder Kaffeekonsum und Schnarchen (häufig unterschätzt!) oder eine durch äußere Störungen oder schlechte Schlafbedingungen verursachte Schlafstörung auszuschließen.

Schlafstörungen sind häufig auf der Grundlage einer affektiven Persönlichkeitsstörung anzutreffen. Vor allem bei der Depression und der Manie treten sie regelmäßig auf. Unter diesen Symptomen können die Alltagsaktivitäten ebenso leiden wie das Allgemeinbefinden.

! Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und das Früherwachen mit Morgentief sollten an eine Depression denken lassen.

Parasomnien

Im Rahmen von Schlafstörungen können sogenannte Parasomnien, also den Schlaf begleitende Störungen, auftreten. Sie kommen öfter bei Kindern und familiär gehäuft vor.

Schlafwandeln: Beim Schlafwandeln (Somnambulismus) sind komplexe Verhaltensweisen im Schlaf zu beobachten, vom einfachen Aufsetzen, Reden bis zu konkreter Tätigkeit im Haushalt oder Essen im Schlaf. Am Schluss erinnert sich der Patient nicht mehr an seine Aktivitäten.

Schlaftrunkenheit: Nicht jeder ist nach dem Erwachen aus dem Tiefschlaf sofort ganz wach. Doch bei der Schlaftrunkenheit handelt es sich um eine über Minuten bis Stunden dauernde Verwirrtheit, ja zeitliche und örtliche Desorientierung sowie geistige und körperliche Verlangsamung.

Einschlafmyoklonien: Dies sind plötzliche, kurze Bewegungen der Beine, manchmal auch der Arme und des Kopfes während des Einschlafens, wie ein erschrecktes Zusammenzucken.

Schlafparalyse: Die Schlafparalyse bezeichnet den Zustand der Unfähigkeit zur willkürlichen Körperbewegung während des Einschlafens oder nach dem Erwachen. Der Patient fühlt sich wie gelähmt.

Alpträume: Dies sind in erster Linie angstauslösende Träume mit plötzlichem, direkt folgendem Erwachen und dadurch ängstlicher Erinnerung an den schrecklichen Traum.

Schlafterror: Der Schlafterror ist ein abruptes nächtliches Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit massiven Ängsten, z.T. mit Schreien, Schlägen, Schweißausbrüchen, Herzrasen und heftiger körperlicher Aktivität im Halbschlaf. Der Patient ist nach dem Erwecken verwirrt, desorientiert und hat keine Erinnerung mehr an die Ereignisse.

Enuresis nocturna: Die Enuresis nocturna ist das wiederholte, unwillkürliche Einnässen im Schlaf bzw. am Übergang vom Schlaf zum Wachsein, manchmal von entsprechenden Träumen begleitet.

Zähneknirschen: Mit Bruxismus, dem nächtlichen Zähneknirschen, ist das rhythmische Aufeinanderpressen und Verschieben der oberen und unteren Zahnreihen mit Mahlgeräuschen und Zahnveränderungen gemeint. Es kann zu erheblichen Schädigungen der Zähne kommen.

Jactatio capitis nocturna: Die Jactatio capitis nocturna besteht in rhythmischen, stereotypen Bewegungen, besonders des Kopfes und Nackens, im Übergang vom Einschlafen zum leichten Schlaf.

Nächtliche Beinkrämpfe: Schmerzhafte muskuläre Verspannungen, vor allem in den Waden. Bei dieser Schlafstörung ist der Elektrolythaushalt des Patienten zu prüfen. Bisweilen findet sich ein Magnesiummangel, der durch Substitution behandelt werden kann.

Hypersomnie: Auch das übermäßige Schlafen, häufig mit einer ausgeprägten Schläfrigkeit im Tagesverlauf, ist eine Schlafstörung. Hypersomnie kann auch im Zusammenhang mit hirnorganischen Erkrankungen wie Infektionen, Verletzungen, Tumoren, Stoffwechselkrankheiten und bei hormonellen Erkrankungen auftreten.

Es gibt Menschen, die immer dann schlagartig müde werden, wenn unangenehme Ereignisse auf sie zukommen. Der Betroffene kann die Schlafanfälle verhindern, wenn sie psychogener Herkunft sind.

! Auch heute noch werden viele Menschen mit Schlafstörungen medikamentös behandelt: Sedativa, also Beruhigungsmittel oder sogar Hypnotika, die Schlafmittel, werden häufig über lange Zeit und teilweise mit steigender Wirkstoffdosierung verordnet und eingenommen. Dabei handelt es sich um Medikamente, die Abhängigkeit mit medizinisch riskanten Entzugerscheinungen erzeugen, Toleranz erzeugen und reich an Nebenwirkungen sind. Zudem heilen sie den Patienten nicht, sondern nehmen ihm vorübergehend die Symptome, die dann aber schon bald in verstärkter Form zurückkommen. Zu den Nebenwirkungen gehören paradoxerweise Unruhe und Schlaflosigkeit.

Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde aus dem Schlaflabor: EEG, EKG, Blutdruck- und Pulsmessung, Oximetrie und Messung der Atemaktivität und der Aktivität der Augenbewegungen (EOG = Elektro-Okulographie), Messung der körperlichen Aktivität (EMG = Elektromyographie).

Bedeutung für die Praxis: Die Zahl der Menschen mit Schlafstörungen nimmt zu, Schätzungen zufolge sind es mindestens 25 %, Tendenz steigend. Frauen sind häufiger betroffen als Männer und Ältere sind öfter betroffen als Jüngere.

Therapeutisches Verhalten: Es muss eine genaue Anamnese durchgeführt werden.

Indizierte Therapieform: differenzierte Schlafhygiene mit Untersuchung aller schlafrelevanten Faktoren.

Förderung von Ressourcen: Da der Schlaf für den Menschen das ist, was für die Uhr das Aufziehen ist (Arthur Schopenhauer), lassen sich diese Störungen in keiner Weise nutzen.

! Längere Phasen mit Schlafstörungen können die Lebensqualität des Betroffenen in jeder Hinsicht deutlich beeinträchtigen: Körperliche, seelische, geistige und soziale Schwierigkeiten und Probleme treten regelmäßig auf.

Es ist eine **umfassende Therapie** notwendig, bei der allerdings nach Möglichkeit auf den Einsatz von Psychopharmaka verzichtet werden sollte.

2.9.3 Nichtorganische, sexuelle Funktionsstörungen (F52)

Im Folgenden soll es um sexuelle Funktionsstörungen nichtorganischer Herkunft gehen. Eventuelle organische Ursachen, die natürlich abgeklärt werden müssen, können sein:

- Stoffwechselerkrankungen
- Durchblutungsstörungen
- Leber- oder Nierenkrankheiten
- Krebs
- manchmal schlicht das hohe Lebensalter

Auf diese organisch bedingten Störungen gehen wir nicht weiter ein.

Für die Diagnose „sexuelle Funktionsstörung“ ist abzuklären, ob sie dauerhaft oder vorübergehend, generalisiert oder partner-/situationsgebunden sowie ob sie psychogen oder körperlich begründbar ist. Darüber hinaus ist es von Bedeutung, ob die sexuellen Aktivitäten in Dauer, Ausrichtung und Intensität den Wünschen des Betroffenen entsprechen und ob die Störungen beispielsweise bei der Masturbation ebenfalls auftreten.

Der sexuelle Reaktionszyklus

Die sexuellen Funktionsstörungen treten in irgendeiner Phase des sexuellen Reaktionszyklus auf. Der sexuelle Reaktionszyklus verläuft nach Masters und Johnson in vier Phasen.

1. Appetenzphase, Erregungsphase nach Masters und Johnson

Sie besteht in sexuellen Fantasien und dem Verlangen, sich sexuell zu betätigen. Für die Appetenzphase gibt es viele verschiedene Auslöser zwischen äußeren Stimulationen und physiologisch-hormonellen Faktoren in der Pubertät oder im Schlaf.

2. Erregungsphase, Plateauphase nach Masters und Johnson

Die Erregungsphase besteht in einem subjektiven Gefühl sexueller Lust und den begleitenden physiologischen Veränderungen. Die wichtigsten Veränderungen bestehen beim Mann im Anschwellen des Penis, was zur Erektion führt, und der Sekretion aus den Cowper'schen Drüsen, die ein Gleit-

sekret in die Harn-Samen-Röhre abgeben. Die wichtigsten Veränderungen bei der Frau bestehen in einer Vasokongestion im Becken, vaginaler Lubrikation, also Anfeuchtung, sowie einem Anschwellen der äußeren Genitalien. Weitere Veränderungen betreffen die orgasmischen Manschette, d.h. Verengung des äußeren Drittels der Vagina, Verlängerung bzw. Erweiterung der inneren zwei Drittel der Vagina. Außerdem schwellen die Brüste an.

3. Orgasmusphase

Die Orgasmusphase besteht in einem Höhepunkt der sexuellen Lust unter Lösung der sexuellen Spannung und rhythmischer Kontraktion der Dammuskulatur sowie der Reproduktionsorgane im Becken. Beim Mann entsteht das Gefühl der Unvermeidbarkeit einer Ejakulation, woraufhin der Samenerguss erfolgt, der durch Kontraktion von Prostata, Samenbläschen und Urethra hervorgerufen wird. Bei der Frau kommt es zu subjektiv nicht immer wahrgenommenen Kontraktionen des äußeren Drittels der Vaginalwand. Bei Mann und Frau treten häufig generalisierte Muskelspannungen oder Kontraktionen auf, sowie unwillkürliche Beckenstöße.

4. Entspannungsphase

Die Entspannungsphase besteht in einem Gefühl allgemeiner Entspannung, Wohlbefinden und muskulärer Lockerung. In dieser Phase kommt es bei Männern zu einer unterschiedlich lang anhaltenden, physiologisch bedingten Refraktärzeit, in der weder eine erneute Erektion noch ein erneuter Orgasmus möglich sind. Im Gegensatz dazu können Frauen möglicherweise fast unmittelbar auf zusätzliche Stimulation mit Lustempfinden reagieren.

Ätiologische Faktoren

Störungen der Psychodynamik: Biografisch verstehbare und nachvollziehbare Konflikte, beispielsweise eine Strafangst, können Grundlage sexueller Funktionsstörungen sein.

Störungen der Partnerdynamik: Es können Partnerschaftskonflikte in die Störung hineinführen. Es kann auch eine verdeckte oder offene Motivation für die Partnerwahl geben (Kollusion), die die Entstehung und Verstärkung sexueller Funktionsstörungen fördert.

Lerndefizite und Erfahrungslücken: Sexualverleugnung und Sexualisierung gleichermaßen begünstigen die Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen; es entstehen Mythen über die Sexualität, die zu unrealistischen Vorstellungen und Erwartungen führen.

Selbstverstärkungsmechanismen des Symptoms: Symptome der sexuellen Funktion haben so gut wie immer eine symptomstabilisierende Wirkung: Der Teufelskreis Symptom → Angst → Erwartung → Druck → Symptom ist in der Psychologie ein bekanntes Phänomen.

Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)

Einige Menschen haben kein oder sehr wenig sexuelles Interesse, sodass eine sexuelle Aktivität selten eingeleitet wird.

Sexuelle Aversion oder mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.1)

Bei einigen Menschen löst der Gedanke an sexuelle Aktivität Abneigung, Angst oder Ekel aus. Manchmal berichten sie darüber, dass sie keine sexuelle Befriedigung erleben.

Orgasmusstörungen (F52.3)

Der Orgasmus tritt nicht oder nur verzögert oder unbefriedigend auf. Diese Störung kann eine Erwartungshaltung erzeugen, die das Eintreten eines Orgasmus erschwert. Sie tritt bei Frauen häufiger als bei Männern auf.

Ejaculatio praecox (F52.4)

Beim vorzeitigen Samenerguss (Ejaculatio praecox) tritt die Ejakulation vor, bei oder unmittelbar nach dem ersten sexuellen Kontakt auf – bereits bei minimaler Stimulation, jedenfalls bevor der Betroffene es wünscht. Diese Störung kann eine ängstliche Erwartungshaltung erzeugen, die das Eintreten des vorzeitigen Samenergusses begünstigt.

Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)

Der Vaginismus besteht aus Krämpfen der Muskulatur des weiblichen Beckenbodens bei der sexuellen Vereinigung oder bei dem Versuch der sexu-

ellen Vereinigung. Dadurch wird der Sexualkontakt unmöglich oder schmerzhaft.

Nichtorganische Dyspareunie (F52.6)

Die Dyspareunie bezeichnet Schmerzen, die durch den Geschlechtsverkehr ausgelöst werden.

Diagnose und Therapie sexueller Funktionsstörungen

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Bedeutung für die Praxis: Die sexuellen Funktionsstörungen beeinflussen die Lebensqualität vieler Paare und gehören zu den häufigen Ursachen von Trennungen und Scheidungen.

Therapeutisches Verhalten: Da es sich um Störungen in einem intimen Lebensbereich handelt, ist ein zugleich respektvolles wie souveränes Auftreten des Therapeuten eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit dem Patienten.

Indizierte Therapieform: Die sexuellen Funktionsstörungen können mit einem Repertoire bewährter Therapien aus dem Bereich der Sexualtherapie behandelt werden. Sie entstammen den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

Förderung von Ressourcen: Die sexuellen Funktionsstörungen basieren auf Defiziten, insofern ist eine Ressourcennutzung nicht möglich.

! Im psychosozialen Bereich sind es Partnerschaftstrennungen, die erhebliche Probleme verursachen. Sexuelle Funktionsstörungen tragen einen gewissen Teil zu den Trennungen bei, sodass mit den aus Trennungen resultierenden Problemen zu rechnen ist.

Ist eine psychiatrische Behandlung zu empfehlen? Nein.

Fallbeispiele

Der 40-jährige, organisch gesunde Mann berichtet über Erektionsverlust, sobald er mit seiner Frau Geschlechtsverkehr ausüben wolle. Das sei schon immer so gewesen, auch bei anderen Frauen, seine Frau habe das gewusst und ihn trotzdem geheiratet. Sie sagte, das kriege sie schon hin, was sich aber nicht bestätigt habe. Nun sei für sie ein Punkt erreicht, an dem die Scheidung bevorstehe, wenn sich seine Symptomatik nicht bessere.

Die 36-jährige Lehrerin berichtet, ihr Partner habe schon seit elf Jahren keinen Geschlechtsverkehr mehr mit ihr ausgeübt und sie auch schon seit sechs Jahren nicht mehr berührt.

Der 52-jährige Patient berichtet, seine Frau wolle nicht mehr mit ihm schlafen, sie habe das Interesse an der Sexualität verloren. Es gebe auch keinen anderen Mann, da sei er sicher. Sie habe ihm freie Hand gegeben, sich eine Geliebte zu nehmen, aber das habe die Situation für ihn nur noch schlimmer gemacht.

Eine 28-jährige Frau berichtet, sie habe im Leben noch nie einen Orgasmus gehabt. Auf Nachfragen gibt sie an, dass das auch bei der versuchten Selbstbefriedigung so sei.

Fragen

- Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie die oben genannten Fallbeispiele lesen?
- Haben Sie einmal vergleichbare Erfahrungen gemacht?
- Wie würden Sie entscheiden, wenn es Ihnen persönlich so ginge?
- Wie würden Sie in einem Gespräch mit einem Freund oder den Betroffenen vorgehen?
- Was würden Sie ihnen empfehlen?

2.10 Intelligenzstörungen (F7)

Intelligenz ist eine Fähigkeit oder Begabung für komplexe Funktionen. Sie weist verschiedene Aspekte auf: Wir unterscheiden räumliche, soziale, sprachliche, künstlerische, mathematische, abstrakte und Bewegungsintelligenz. Sie ermöglicht die sachgerechte Kenntnisaufnahme von Aufgaben. Diese Kenntnisaufnahme führt in zeitlich ökonomischen Prozessen zu einer gezielten, planenden, sinnvollen Wirksamkeit im Handeln. Sie befähigt zur Bewältigung neuer Aufgaben, zu innovativen Fragestellungen und Lösungen.

Intelligenzdefekte basieren auf einer Beeinträchtigung der somatisch-anatomisch-physiologischen Voraussetzungen. **Tab. 6** zeigt die Einteilung der Intelligenzdefekte in Bezug auf den Intelligenzquotienten (IQ).

Tab. 6 Quantifizierung der Intelligenzdefekte.

Minderbegabung	IQ 70–84	Grenzbereich, Lernbehinderung
Debilität	IQ 50–69	Oligophrenie I. Grades
Imbezillität	IQ 20–49	Oligophrenie II. Grades
Idiotie	IQ 0–19	Oligophrenie III. Grades
Demenz	infolge Großhirnerkrankungen durch Tumor, Trauma, Toxin, Infarkt, Infekt u. a.	

2.10.1 Erkrankungen mit Intelligenzdefekten

Bei folgenden Erkrankungen sind Intelligenzdefekte zu beobachten:

- Down-Syndrom, auch Trisomie 21 oder Mongolismus genannt.
- Cri-du-chat-Syndrom, gekennzeichnet durch eine Aberration auf dem Chromosom 5, bei der das Kind katzenartige Schreie ausstößt und eine Mikrozephalie aufweist.
- Turner-Syndrom oder XO-Heterosom, eine angeborene Aberration der Geschlechtschromosomen.
- Klinefelter-Syndrom, dem XXY-, XXXY-Heterosom, ebenfalls eine angeborene Aberration der Geschlechtschromosomen.
- Phenylketonurie, eine angeborene Stoffwechselerkrankung mit Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte (Phenylalanin) im ZNS.
- Embryopathien durch verschiedene Infektionen oder Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft.

Außerdem unterscheidet man noch

- die intellektuelle Mangelbildung: Deprivation, Isolierung, mangelnde Anregung u. a.
- sowie die Pseudodemenz bei Depressionen.

2.11 Entwicklungsstörungen (F8)

Die Entwicklungsstörungen weisen drei Merkmale auf:

- Sie treten im Kleinkindalter oder in der Kindheit auf.
- Es handelt sich um Einschränkungen oder Verzögerungen, die eng mit der biologischen Reifung des Gehirns zusammenhängen.
- Sie treten dauerhaft auf und gehören nicht zu den normalen Variationen der Entwicklung von Kindern.

Es gibt die Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens. Sie werden häufig begleitet von einer Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung sowie von Verhaltensstörungen, Störungen im zwischenmenschlichen und im emotionalen Bereich.

Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen können die grob- oder feinmotorische Entwicklung betreffen. Dies kann sich unter anderem auch in einer Sprechentwicklungsstörung zeigen, da es sich beim Sprechen um eine der feinsten motorischen Leistungen mit dem höchsten Anspruchsniveau an das Gehirn handelt.

2.11.1 Artikulationsstörungen (F80.0)

Artikulationsstörungen lassen sich erst mit dem sechsten bis siebten Lebensjahr sicher diagnostizieren, da bis dorthin Fehler bei der Lautbildung üblich sind. Die Kommunikation mit Fremden ist jedoch in der früheren Lebenszeit schon möglich.

2.11.2 Expressive Sprachstörung (F80.1)

Eine expressive Sprachstörung zeigt sich in der Unfähigkeit, sich in Vokabular und Grammatik altersentsprechend angemessen auszudrücken.

2.11.3 Rezeptive Sprachstörung (F80.2)

Die rezeptive Sprachstörung ist durch ein eingeschränktes Sprachverständnis gekennzeichnet. Einfache Bezeichnungen oder Aufforderungen werden nicht verstanden.

2.11.4 Lese- und Rechtschreibstörungen (F81.0)

Die Lese- und Rechtschreibstörungen (Legasthenie) können einzeln und gemeinsam auftreten. Sie sind durch viele Probleme mit dem Lesen, Vorlesen und Schreiben gekennzeichnet. Probleme mit Schlussfolgerungen und Zusammenfassungen lassen den Eindruck entstehen, das Kind habe nicht verstanden, was es unter Schwierigkeiten vorgelesen hat.

2.11.5 Rechenstörungen (F81.2)

Rechenstörungen (Dyskalkulie) sind als isolierte Entwicklungsstörung erst in letzter Zeit durch Medienberichte bekannt geworden. Hiervon sind vor allem die Grundrechenarten betroffen.

2.11.6 Frühkindlicher Autismus (84.0)

Eine der ausgeprägtesten und auffälligsten Entwicklungsstörungen ist der Autismus. Wir finden hierbei Störungen der Interaktion, der Kommunikation und des Verhaltens. Soziale und emotionale Botschaften werden falsch eingeschätzt, es werden keine ausgesandt. Die Kinder sprechen kaum oder gar nicht. Die Spielentwicklung ist verzögert oder findet nicht statt. Der Austausch mit der Umwelt ist deutlich eingeschränkt. Stereotypen im Verhalten, den Aktivitäten und Interessen sind häufig, was sich im zwanghaften Befolgen von Ritualen und Beschäftigungen zeigen kann. Oft besteht ein ausgeprägter Widerstand gegen Veränderungen. Emotionale Labilität bis zur Unberechenbarkeit, Selbstverletzungen (siehe Kap.10.9) und andere, unspezifische Einschränkungen der Persönlichkeit sind häufig gegeben.

2.11.7 Rett-Syndrom (F84.2)

Das Rett-Syndrom wurde bisher nur bei Mädchen beschrieben. Es liegt ein Verlust der Handmotorik sowie der Sprache vor. Zugleich entwickeln sich Bewegungstereotypen. Meistens treten epileptische Anfälle auf. Die Ursache dieser Entwicklungsstörung ist eine genetische Mutation.

2.12 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

Zu diesen Störungen gehören die hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Tic-Störungen und unter der Ziffer 8 wieder einmal sonstige Störungen wie nächtliches Einnässen, Pica sowie Bewegungsstörungen.

2.12.1 Hyperkinetische Störungen (F90)

Eine in den letzten Jahren häufig beschriebene und beklagte Entwicklungsstörung ist das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) beziehungsweise Aufmerksamkeits-Defizit-und-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS, siehe Kap.9.3.1). Es handelt sich um eine hyperaktive Störung des Sozialverhaltens, wobei betroffene Kinder und Jugendliche ausgeprägte Probleme bei der Konzentration auf schulische oder soziale Aufgaben und Aktivitäten haben – auch beim Spielen. Sie zeigen einen deutlichen Bewegungsdrang und neigen zu aggressivem Verhalten. Distanzlosigkeit in sozialen Beziehungen kann vorkommen, ebenso impulsive Risikobereitschaft. Die Kombination mit anderen Störungen ist häufig, es kommen Bewegungsstereotypen und weitere Störungen des Sozialverhaltens sowie seltener Minderungen der Intelligenz vor.

2.12.2 Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Auch isolierte Störungen des Sozialverhaltens kommen vor. Diese können auf den familiären Rahmen beschränkt bleiben oder sich auf das gesamte Umfeld erstrecken. Dabei können soziale Bindungen gegeben sein oder fehlen. Im Vordergrund steht andauernd dissoziales oder aggressives Verhalten, in leichteren Fällen ist einfach nur oppositionelles oder aufsässiges Verhalten zu beobachten. Manchmal sind gleichzeitig emotionale Störungen zu diagnostizieren.

2.12.3 Emotionale Störungen

Emotionale Störungen können sich depressiv zeigen oder mit Trennungsangst verbunden sein, die Kinder können Angststörungen aufweisen (siehe Kap.2.8.1), es kann aber auch nur eine soziale Ängstlichkeit vorliegen.

Es ist möglich, dass sich die emotionalen Störungen in der Geschwisterrivalität zeigen oder in der sogenannten Peergroup, der Gruppe etwa gleich alter Kinder mit der höchsten Beziehungsqualität. Manchmal verstummen Kinder gegenüber anderen Sozialpartnern: Man spricht vom **elektiven Mutismus (F94.0)**.

Manche Kinder weisen ein pathologisch **unsicheres Bindungsverhalten** auf. Dies kann sich darin äußern, dass sie sich auf keinerlei soziale Beziehungen einlassen, auch zu ihren Eltern nicht. Auch bei vermeintlich ausgeprägt intensivem Bindungsverhalten, das für das Lebensalter untypisch ist, wie z. B. Klammern, kann es sich um die Folge einer unsicheren Bindung handeln.

2.12.4 Tic-Störungen (F95)

Es gibt eine Reihe von Tic-Störungen. Mit Tic wird eine unwillkürliche, wiederholte Bewegung oder Lautäußerung bezeichnet, die sich meist auf einzelne Muskelgruppen oder umschriebene Laute bezieht. Einzelne vorübergehende Tic-Störungen kommen relativ häufig vor, die nicht länger als ein Jahr anhalten, andere wie das Tourette-Syndrom mit extremen vokalen Laut- oder Wortäußerungen und ausgeprägten motorischen Tics sind selten und dann meist lebenslange Störungen. Emotionale Begleitsymptome wie erhöhte soziale Ängstlichkeit oder Zwangsstörungen können gegeben sein.

2.12.5 Nichtorganische Enuresis (F98.0) und Enkopresis (F98.1)

Ebenfalls zu den Entwicklungsstörungen gehören die Enuresis, das meist nächtliche Einnässen, sowie die Enkopresis, das Einkoten, beide nach einem als normal zu bezeichnenden Toilettentraining. Wie immer sind auch hier organische Ursachen als Grundlage der Störung kinderärztlich auszuschließen. Emotionale und Verhaltensstörungen sind als Begleitsymptome der Enuresis und Enkopresis meistens gegeben.

2.12.6 Pica im Kindesalter (F98.3)

Die Pica-Störung besteht in einem wiederkehrenden Verzehr nicht essbarer Dinge. Dabei scheint es praktisch nichts zu geben, was nicht auch gegessen werden kann, auch wenn es anderen Menschen allein beim Gedanken daran den Magen

umdreht: Insekten, Kot, Urin, Staub, Erde, Steine, Asche, Gras, Farben, Kalk, Haare, Papier, Textilien, Gips, Kreide, Zement, Seife, Schaumstoff, Gummi, Teile von Autoreifen, Kohle, Zündhölzer, Blei, Zigaretten, Holz und anderes mehr. Es handelt sich um eine Störung, die häufig in Begleitung anderer Persönlichkeitsstörungen wie dem Autismus oder bei Bindungsstörungen beobachtet wird. Auch bei Schwangeren kommt Pica vor. Außerdem ist bei dieser Störung abzuklären, ob eine Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten (siehe Kap.10.9) oder zur Entwicklung von sogenannten artifiziellen Störungen vorliegt, bei denen Krankheits-symptome vorsätzlich herbeigeführt werden.

2.12.7 Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)

Bei einigen Kindern liegen stereotype Bewegungsstörungen häufig als Begleitsymptom einer anderen Störung wie mangelhafter sozialer Bindung vor. Bisweilen haben die Bewegungsstörungen körperlich schädigende Wirkung wie Kopfanschlagen, Beißen in den eigenen Körper, Haare ausreißen oder Ähnliches.

2.12.8 Diagnose und Therapie

Diagnosestellung: Eigen- und Fremdanamnese, Verlaufsbeobachtung, klinisches Bild und körperliche Untersuchungsbefunde, testpsychologische Diagnostik.

Therapeutisches Verhalten: Für die Diagnose und Therapie der meisten Störungen im Kindes- und Jugendalter gibt es spezielle Einrichtungen im medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen, karitativen und Familienbereich. Nehmen Sie im Zweifelsfalle mit dem Jugendamt Kontakt auf, das Ihnen entsprechende Kontakte vermitteln kann.

Indizierte Therapieform: Den unterschiedlichen Krankheitsbildern entsprechend, gehören diese Erkrankungen in unterschiedliche Behandlungen.

Förderung von Ressourcen: Da es sich um Einschränkungen oder Verzögerungen handelt, die eng mit der biologischen Reifung des Gehirns zusammenhängen und die darüber hinaus bei den Kindern einen vielfältigen, auch sozialen Leidensdruck erzeugen, ist eine Förderung oder Nutzung von Ressourcen nicht möglich. Selbstverständlich muss jedes Kind nach seinen besonderen Begabungen gefördert werden, und auch Kinder mit geistigen oder seelischen Behinderungen haben

ihre besonderen Stärken, aber bei den hier beschriebenen Störungen im Kindesalter handelt es sich um Defizite, die selbst nicht das Potenzial zur Ressourcenförderung bergen.

! Kinder befinden sich in einer Lebensphase vielfältiger, teilweise stürmischer Entwicklungen, die in einzelnen Fällen auf diese Lebensphase beschränkt bleiben und später nicht mehr oder nur noch schwer aufgeholt werden können. Aus diesem Grunde ist bei der Diagnose und Behandlung von Störungen im Kindesalter äußerste Sorgfalt geboten.

Es sollte in jedem Fall ein erfahrener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit der Behandlung von Entwicklungsstörungen betraut werden.

Fragen

- Welche der beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten haben Sie schon einmal bewusst in Ihrer Umgebung wahrgenommen?
- Bei welcher Beschreibung haben Sie sich an zurückliegende Begegnungen erinnert?
- Was hat Sie beim Lesen der Beschreibungen der Störungen besonders berührt?
- Welche Erinnerung haben Sie jetzt daran?
- Wie hat sich die Erinnerung verändert?
- Was haben Sie dabei gefühlt?

3 Zur Diagnosestellung

Es gibt verschiedene Fragestellungen, Beobachtungen und Testverfahren, die dem Psychologischen Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie helfen, zu einer zutreffenden Diagnose zu kommen. Sie werden feststellen, dass einiges recht selbstverständlich klingt, trotzdem ist es sinnvoll, sich bei der Erstbefragung eines Klienten Gedanken darüber zu machen, was für die Diagnosestellung wichtig ist und welche Wege es gibt, an die benötigten Informationen zu gelangen.

3.1 Anamnesemethoden

Im Rahmen der Anamneseerhebung (aus dem Griechischen: Erinnerung) wird die Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuellen Beschwerden erhoben. Eine sorgfältige Anamneseerhebung schließt biologische, psychische und soziale Aspekte mit ein. Die dabei erhaltenen Einzelinformationen erlauben oftmals Rückschlüsse auf Risikofaktoren und kausale Zusammenhänge.

3.1.1 Spezielle Anamnese

Die spezielle Anamnese beschäftigt sich mit der Vorgeschichte der konkreten psychischen Störung oder der psychiatrischen Erkrankung, deretwegen der Klient jetzt zur Untersuchung und Behandlung in die Praxis kommt. Aus der möglichst vollständig zu erfassenden Krankheitsvorgeschichte lassen sich die notwendigen diagnostischen Hinweise zur Entstehung, zum Ablauf und zur Form der jetzigen Erkrankung gewinnen. Die spezielle Anamnese ist qualitativ und quantitativ im Rahmen der Untersuchungsexploration sorgfältig zu entwickeln und in Stichworten festzuhalten (dazu können Sie beispielsweise **Tab. 7** verwenden). Fehlende Daten sollten Sie möglichst durch fremdanamnestische Angaben ergänzen oder nachträglich erfragen.

Wenn die aus der Fremdanamnese gewonnenen Informationen von denen der speziellen Anamnese abweichen, sollten Sie berücksichtigen, dass der Klient seine eigene Krankheitsvorgeschichte aus der momentanen subjektiven Befindlichkeit

heraus schildert. Hieraus können Wahrnehmungsverzerrungen resultieren; so schildern depressive Patienten z.B. ihre Vorgeschichte meist negativer, als diese objektiv betrachtet war, manische Episoden werden als Erkrankung nicht wahrgenommen, bei Drogenabhängigkeit oder Anorexia nervosa könnte eine mangelnde Krankheitseinsicht vorliegen. Borderline-Störungen weisen einige diagnostische Probleme auf, selbstverletzendes Verhalten oder die Bulimia nervosa werden schamhaft heruntergespielt oder sogar verschwiegen.

Die Ermittlung des Erkrankungsbeginns erscheint insofern wichtig, als einige psychische Erkrankungen an bestimmte Lebensalter gebunden sind. So sind z.B. Hebephrenie, Drogenabhängigkeit und Verhaltensstörungen eher Erkrankungen des jüngeren Lebensalters, während endogene Psychosen anderer Art, Alkoholismus und Neurosen meist im mittleren Lebensalter auftreten. Hirnorganische Störungen bzw. Demenzen und Involutionspsychosen zeigen sich im höheren Lebensalter.

3.1.2 Weitere Anamnese

Die weitere Anamnese umfasst über die spezielle Vorgeschichte hinaus alle anderen bedeutsamen früheren Erkrankungen des Patienten (**Tab. 8**). Die Ergänzung der Krankheitsgeschichte durch zusätzliche Beiträge auch über andere Krankheiten dient der Vervollständigung aller Angaben, die für die psychiatrische Diagnostik und Therapie Bedeutung haben können. Obgleich die Erhebung der weiteren Anamnese im Rahmen der strukturierten Exploration einen größeren zeitlichen Umfang einnehmen kann, sollten Sie darauf nicht verzichten.

Bedeutung für den psychiatrischen Bereich haben insbesondere prä- und perinatale Komplikationen sowie auch alle späteren Erkrankungen, welche mit Schädigungen des zentralen Nervensystems in Verbindung gebracht werden können.

Bei kritischer Einordnung wird die weitere Anamnese zu einem wichtigen Bestandteil der gesamten Krankheits- und Lebensgeschichte und

Tab. 7 Erfragen der Krankheitsgeschichte.

Fakten zur speziellen Krankengeschichte	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
Erkrankung und damit verbundene Beschwerden	• Erzählen Sie mir doch bitte, was Sie zu mir führt. • Und später: Könnten Sie Ihr Problem noch etwas genauer beschreiben?	Fragen Sie in offenem Fragestil so lange nach, bis Sie ein umfassendes Bild von der Erkrankung haben. Kommentieren Sie die Schilderungen nicht, sondern ermutigen den Klienten durch ein „Ja“ oder „Aha“ oder Nachfragen weiterzuerzählen. Versichern Sie sich durch Nachfragen oder Wiederholen mit eigenen Worten, ob Sie den Patienten richtig verstanden haben.
körperliche Begleitsymptome	• Leiden Sie auch unter xy?	Fragen Sie gezielt nach körperlichen Begleitsymptomen, die im speziellen Fall denkbar wären, bei depressiven Symptomen beispielsweise nach Schlaf- oder Appetitstörungen.
Erkrankungsbeginn	• Können Sie sich daran erinnern, wann diese Beschwerden das erste Mal auftraten? • Was war damals geschehen?	Fragen Sie nach den situativen Besonderheiten der Erstmanifestation.
Erkrankungsverlauf	• Gab es Lebensphasen, in denen die Symptome stärker oder schwächer waren? • Haben Sie eine Erklärung dafür?	Sie können dem Patienten entsprechend der Beschreibung des Beschwerdebildes Vorschläge machen, wann die Symptome mit veränderter Stärke aufgetreten sein könnten.
Modalitäten	• Gibt es Faktoren, die sich verbessernd oder verschlimmernd auf die Symptomatik auswirken?	Sie können dem Patienten entsprechend dem Beschwerdebild Vorschläge machen, wodurch die Symptome mit veränderter Stärke aufgetreten sein könnten.
Vorbehandlungen	• Haben Sie schon einmal mit einem Therapeuten oder Facharzt über Ihre Erkrankung gesprochen? • Was ist unternommen worden? • Welche Erfolge / Misserfolge gab es? • Warum ist die Therapie unterbrochen worden?	Dieser Punkt ist sehr wichtig, da Sie davon ausgehen können, dass vorherige Misserfolge in einer anderen Therapie auch bei einem erneuten Versuch nicht zu Erfolgen werden.

trägt vor allem dann zur Beurteilung von Art und Entwicklung der jetzigen Erkrankung bei, wenn Interferenzen zu Letzterer vermutet werden. Auch hier erscheint eine Absicherung durch fremdanamnestic Angaben (siehe Kap.3.1.5) erforderlich.

3.1.3 Biografische Anamnese, Sozialanamnese

Die biografische Anamnese ist die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte des Patienten (Tab.9, S.62). Neben der speziellen Anamnese stellt die Biografie den psychiatrisch wichtigsten Teil der Vorgeschichte dar. Es ist davon auszuge-

Tab. 8 Befragung nach früheren Erkrankungen.

Krankheiten in der Vorgeschichte	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
vorgeburtliche Erkrankungen beim Patienten oder seiner Mutter während der Schwangerschaft	Sind Ihnen Erkrankungen Ihrer Mutter während der Schwangerschaft mit Ihnen bekannt?	Einige mütterliche Infektionen können zu Schädigungen des Zentralen Nervensystems führen.
Komplikationen bei der Geburt	Wissen Sie von Komplikationen während Ihrer Geburt?	Die um den Hals gewickelte Nabelschnur ist eine recht häufig berichtete Komplikation, deren Bedeutung für das Leben in den meisten Fällen allerdings gering ist.
frühkindliche Erkrankungen	Gab es in Ihrer Kindheit nennenswerte Erkrankungen?	Masern oder Windpocken sind uninteressant.
Erkrankungen während der Schulzeit	Gab es während Ihrer Schulzeit Ausfälle? Warum?	Häufig ist das Schulfach Sport betroffen, wegen Asthma bronchiale, Erkrankungen des Bewegungsapparates oder Herz-Kreislauf-Systems.
Erkrankungen während der Berufsausbildung	Gab es während Ihrer Berufsausbildung nennenswerte Erkrankungen oder Ausfälle?	Vor allem bei älteren Patienten erfahren wir von historischen Zusammenhängen (Nachkriegszeit ...).

hen, dass einerseits viele psychische Erkrankungen durch Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung und des späteren Lebensweges verursacht, in Gang gesetzt oder geprägt werden können, wie sie auch umgekehrt den Lebenslauf entscheidend zu gestalten vermögen.

Die Erhebung der biografischen Anamnese nimmt gewöhnlich einen recht breiten zeitlichen Raum ein. Es kann daher hilfreich sein, den Klienten zusätzlich um eine Niederschrift seines Lebenslaufs zu bitten. Eine zusätzliche Absicherung durch Fremdanfragen über Angehörige, Bekannte, Freunde oder Arbeitskollegen ist anzustreben. Insgesamt ist die Klärung von Zusammenhängen von Lebensgeschichte und Erkrankungsbeginn, -art und -verlauf wichtig.

Die Kenntnis biografischer Fakten ist wichtig zur Beurteilung der Krankheitsentwicklung; sie dient ferner dem Aufbau von Behandlungsstrategien psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Art.

3.1.4 Familienanamnese

Die Familienanamnese dient der Ermittlung und Bewertung von Erkrankungen bei blutsverwandten Familienmitgliedern bzw. innerhalb der Sippe (Tab. 10, S.63). Sie kann wichtige Hinweise zur Diagnose bei psychiatrischen Erkrankungen liefern, die durch genetische Faktoren verursacht oder mitverursacht werden. Der Patient bzw. dessen Angehörige werden auf Erkrankungen und Lebensalter – ggf. Todesursache – bei Geschwistern, Eltern und Großeltern sowie anderen Blutsverwandten angesprochen. Aus vollständigen und korrekten familienanamnestischen Angaben lassen sich diagnostische Hinweise auf Erkrankungen mit erblicher Belastung gewinnen wie z.B. endogene Psychosen, degenerative Systemerkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Bei älteren Patienten ist allerdings mit größeren Erinnerungslücken zu rechnen; oft fehlen überhaupt Kenntnisse über Erkrankungen und Todesursachen vorausgegangener Generationen.

Dem Patienten selbst nicht bekannt oder nicht selten verschwiegen werden Suizidversuche und Suizide, Suchterkrankungen und Oligophrenien in der weiteren Familie.

Tab. 9 Erheben der Lebensgeschichte.

wichtige biografische Eckpunkte	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
Atmosphäre und Milieu der Kindheit und der frühkindlichen Entwicklung	• Was fällt Ihnen ein, wenn Sie sich an Ihre Kindheit erinnern?	Diese oft allgemeinen Angaben geben wichtige Informationen über das Lebensgefühl des Patienten.
soziale Herkunft und berufliche Verhältnisse der Eltern	• Wie waren die familiären und sozialen Verhältnisse in Ihrer Kindheit?	Für manche Menschen stellt ein Milieuwechsel eine Schwierigkeit dar.
Verhältnis zu den Geschwistern	• Wie viele Geschwister haben Sie? • Sind die älter oder jünger? • Haben Sie heute noch Kontakt?	Geschwisterkonstellationen stellen die Quelle einer Reihe von Lebenseinstellungen dar.
Schulbesuch	• Gab es während Ihrer Schulzeit besondere Ereignisse?	Gerade jüngere Patienten berichten zunehmend von Mobbing und belastenden Ereignissen in der Schule.
Berufswahl	• Wie haben Sie Ihren Beruf ausgewählt? • Warum haben Sie sich für diesen Beruf entschieden?	Bisweilen hören wir von elterlichen Beeinflussungen, die bis in die Gegenwart hinein eine Belastung darstellen.
berufliche Entwicklung	• Hat sich Ihre Karriere wunschgemäß entwickelt?	Bisweilen gibt es familiäre Faktoren, die eine Karrierebeeinflussung darstellen.
berufliche Belastungen	• Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen? • Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Vorgesetzten? • Wie ist Ihre finanzielle Situation? • Ist Ihr Job sicher?	Vor allem für Männer stellt das Berufsleben immer noch einen entscheidenden Teil des Lebens dar und verursacht ähnlich viele Probleme wie das Familienleben.
Freundschaften	• Haben Sie befriedigende Freundschaften?	Bisweilen erfahren wir von biografischen Enttäuschungen.
weitere Sozialkontakte	• Sind Sie kirchlich oder in Vereinen aktiv?	
Partnerschaften einschließlich Sexualität	• Wie hat sich Ihre Partnerschaft entwickelt? • Haben Sie eine befriedigende Sexualität?	Das partnerschaftliche Leben ist Quelle vielfältiger Befindlichkeitsstörungen.
Situation der eigenen Familie	• Wie ist Ihre familiäre Situation? • Haben Sie Kinder? Wollten Sie welche? • Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern heute? • Gibt es Krankheiten in der Familie? Todesfälle?	Familiäre Veränderungen und Krisen sind häufig Auslöser latenter Erkrankungen.
private Belastungen	• Wie ist Ihre finanzielle Situation? • Haben Sie Schulden? • Ist Ihr Job sicher?	Vergessen Sie diesen Bereich nicht, er stellt häufig eine zusätzliche Belastung dar.
Lebensführung und besondere Lebensereignisse	• Sind Sie mit Ihrem derzeitigen Leben ansonsten zufrieden?	Manche Unzufriedenheit stellt eine zusätzliche Belastung dar.
weitere Lebensplanung	• Haben Sie Zukunftspläne? • Wie sehen die aus? • Sind diese Pläne realistisch?	Zukunftspläne verraten uns, dass der Patient eine Lebensperspektive hat.

Tab. 10 Erheben der Familienanamnese.

Die Familienmitglieder im Einzelnen	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
Großeltern	• Leben Ihre Großeltern noch? • Wie alt sind sie? Wenn sie gestorben sind: in welchem Alter und woran? • Sind Ihnen Erkrankungen der Großeltern bekannt?	Eine Reihe von Erkrankungen gehört zum Familiengeheimnis. Suizide werden vor den Kindern verschwiegen.
Eltern	• Leben Ihre Eltern noch? • Sind Ihnen Erkrankungen der Eltern bekannt?	Das sind zweifellos die wichtigsten Informationen.
Geschwister	• Wie viele Geschwister haben Sie? In welchem Alter? • Sind Ihre Geschwister gesund?	Notieren Sie sich entweder das Geburtsjahr oder das Alter in Relation zum Patienten.
Kinder	• Wie viele Kinder haben Sie? • Leben Sie mit ihnen zusammen? • Sind sie gesund?	Erkrankungen mit familiärer Häufung zeigen sich selten eher bei Kindern als bei Eltern.

Tab. 11 Möglichkeiten der Fremdanamnese.

Wer wird befragt?	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
Hausarzt u. a.		Frühere Befundungen sind interessant, aber nur über den Patienten selbst oder seine Familie zu erhalten.
Eltern	• Was können Sie mir über die Erkrankung des Patienten erzählen? • Wie hat sich die Entwicklung in Ihrer Sicht dargestellt? • Wie ist Ihre Beteiligung an der Erkrankung? • Haben Sie ähnliche Symptome?	Die Beteiligung der Familie an der Erkrankung ist ein schwieriges und oft nicht eruierbares Thema. Manchmal erhalten wir nur durch detektivische Arbeit Antwort, da dies ein Thema ist, das mit Schuldgefühlen verbunden ist. Trotzdem sollten Sie hier Klarheit erlangen.
Geschwister, Partner, Kinder, Freunde, Kollegen	• Was können Sie mir über die Erkrankung des Patienten erzählen? • Wie hat sich die Entwicklung in Ihrer Sicht dargestellt?	

3.1.5 Fremdanamnese

Die Fremdanamnese beschäftigt sich mit Angaben zur Erkrankung des Patienten von Personen, die mit ihm näher bekannt sind: Familie, Freunde, Kollegen. Oft gewinnen Sie erst durch zusätzliche fremdanamnestische Informationen verlässliche Hinweise zum Krankheitsgeschehen bzw. zur Symptomatik, vor allem dann, wenn der Patient

selbst nur unvollständige oder gar keine Angaben machen will oder kann (Tab. 11).

Wenn der Klient in Begleitung zum Erstgespräch kommt, sollten Sie die Kontaktpersonen einbeziehen. Bei einem bewusstseinsgestörten oder stuporösen Klienten sind deren Angaben unerlässlich. Beobachtungen Dritter sind ferner wichtig, wenn der Klient selbst vermindert krankheitseinsichtig oder zur kritischen Selbstbeobach-

Tab. 12 Erheben der Katamnese.

Zeitraum und Zeitpunkt der Katamnese	Wie kann man danach fragen?	Bemerkungen
Nach 2 Wochen	• Wie haben sich Ihre Symptome entwickelt?	Eine Katamnese durchzuführen stellt sich fast immer als schwierig dar, je länger die Behandlung zurückliegt.
Nach 1 Monat	• Sind die erreichten Erfolge stabil geblieben?	
Nach 2 Monaten	• Kam es zu Verbesserungen oder Verschlechterungen?	
Nach 6 Monaten		
Nach 1 Jahr	• Brauchen Sie noch einmal eine Stabilisierung des Behandlungserfolges?	
Nach 2 Jahren		
Nach 5 Jahren		

tung und -beurteilung nicht in der Lage ist. Zu den fremdanamnestischen Angaben gehören auch ärztliche Berichte aus früheren Behandlungen u. Ä., die Sie mit Einverständnis des Klienten einholen sollten. Der Informationsgewinn der Fremdanamnese ergibt sich aus den patientenunabhängigen Mitteilungen.

Die eigenen Angaben des Klienten sind mit den fremdanamnestischen Daten nicht immer in Einklang zu bringen: Beschönigende oder aggravierende zweckgerichtete Angaben kommen vor, wenn eine enge Beziehung zum Patienten zu emotional gestörten Wahrnehmungsverzerrungen geführt hat oder wenn persönliche Interessen Dritter mit eingebracht werden.

3.1.6 Katamnese

Die Katamnese ist eine Beobachtung und Beschreibung einer Erkrankung über einen längeren Zeitraum. Das Zurückverfolgen der Krankheit von ihren ersten Anfängen an und die weitere Beobachtung ihres Verlaufs haben zum Ziel, nähere diagnostische Aufschlüsse zu erhalten und vor allem Anhaltspunkte für die weitere Prognose zu gewinnen (Tab. 12).

Während der Behandlung sollten Sie den Krankheitsverlauf kurz, aber möglichst prägnant festhalten, ggf. unter Einbeziehung fremdanamnestischer Angaben. Eine verlässliche Katamnese erleichtert prognostische Aussagen hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs, was z.B. bei degenerativen Erkrankungen, endogenen Psychosen und Süchten bedeutsam ist. Hiermit verbunden können auch Art und Form der Krankheitsbewältigung beobachtet werden. In Einzelfällen gelingt überdies erst durch die Verlaufsbeobachtung die endgültige diagnostische Klärung, z.B. bei initial

wenig prägnanten Psychosen oder unspezifisch beginnenden hirnorganischen Prozessen.

3.2 Verhaltensbeobachtung

In diesem Zusammenhang ist der Begriff des Verhaltens erweitert zu verstehen. Hier umfasst er auch die Beobachtung des Gesichtsausdrucks.

3.2.1 Physiognomie

Die Physiognomie ist der allmählich geprägte, sozusagen gewachsene und überdauernd gewordene Gesichtsausdruck, der unabhängig ist von der Fluktuation der Gesichtszüge im Mienenspiel. Kontinuierlich einwirkende, habituelle Gestimmtheiten und Befindlichkeiten können Einfluss auf die Physiognomie nehmen, wenn sich bestimmte mimische Attitüden allmählich verfestigen. Hieraus können rückwirkend Vermutungen hinsichtlich der zugrunde liegenden Prägungen angestellt werden. Ziel der Beobachtung ist der hinter der aktuellen Mimik liegende Gesichtsausdruck, der vom Untersucher bewusst wahrgenommen wird.

Tipp

Versuchen Sie, alle beschriebenen Verhaltensbeobachtungen bewusst wahrzunehmen, aber interpretieren Sie nichts hinein. Geben Sie lieber dem Klienten ein Feedback zu Ihrer Beobachtung und fragen ihn nach der möglichen Bedeutung. Die Wahrnehmung und richtige Deutung von Verhaltensbeobachtungen ist in erster Linie eine Übungs- und Erfahrungssache. Je intensiver Sie sich in der täglichen Praxis darin üben, desto hilfreicher werden die Schlüsse, die Sie daraus ziehen können.

- Lautstärke,
- Betonung,
- Deutlichkeit,
- Modulation und
- Tonfall des Sprechens;

es wird weitgehend durch psychische Vorgänge mitbestimmt.

Die Registrierung und Analyse von Sprechweise und Sprachausdruck lassen somit Rückschlüsse auf die seelische Befindlichkeit zu. Insbesondere bestehen enge Beziehungen zu Motivation, Antriebsverhalten und Stimmungslage. Aufnahme und Beachtung des Sprechverhaltens gehören zur stets mitlaufenden Verhaltenswahrnehmung des Klienten bei allen verbalen Interaktionen. Voraussetzungen sind Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, sich hörbar mitzuteilen.

Von diagnostischer Bedeutung sind funktionelle Sprachstörungen wie Stottern oder Stimmlosigkeit bei neurotischen Erkrankungen. Stammeln, Poltern oder Lispeln können Begleiterscheinungen hirnerkrankter Leistungsschwäche sein. Sprechstörungen aufgrund innerer Gehemmtheit (Logophobie) können bis zum Verstummen (Mutismus) reichen. Eine Logorrhö – also ein Wortfluss mit unkontrollierbarem Sprechen – hingegen deutet auf einen Verlust von sprachlicher Selbstkontrolle hin, der sowohl emotional als auch hirnerkrankungsbedingt sein kann.

Von den Veränderungen des Sprachausdrucks bzw. den psychogenen Sprechstörungen sind krankhafte Beeinträchtigungen der Sprachinhalte zu unterscheiden wie z. B. wahnhaftes Äußern, Wortneubildungen (Neologismen), das Wiederholen gehörter Worte (Echolalie) und Sprachzerfall bei Psychosen.

3.2.2 Mimik

Im Gegensatz zur Physiognomie ist die Mimik dynamisch und spiegelt aktuelle Stimmungen und Gefühle wider. Mimisch bedeutsam sind vor allem die Stirn, die Augen und der Mund.

Im Bereich der nonverbalen Untersuchungsmethoden nimmt die Beurteilung der Mimik eine zentrale Rolle ein. Die Betrachtung und Deutung der mimischen Äußerungen lässt Rückschlüsse auch auf Gemütszustände und Gestimmtheiten zu, die nicht verbal geäußert werden wollen oder können. Insbesondere spiegeln sich depressive, ängstliche und aggressive wie auch wahnhaftes Inhalte in der Mimik wider.

Bei geschulter Wahrnehmung und gutem Einfühlungsvermögen kann mit einer hohen diagnostischen Validität gerechnet werden, die jedoch über Nachfragen objektiviert werden muss. Die Ergiebigkeit der Verwertung des Ausdrucksverhaltens ist hinsichtlich ihrer diagnostischen Bedeutung nur schwer abgrenzbar von anderweitig gewonnenen Informationen.

Verfälschte Rückschlüsse können entstehen bei einer Entkoppelung von mimischem Ausdruck und vermuteten Affekten, wie dies bei zentralnervösen und Muskelerkrankungen vorkommt (z. B. als Zwangslachen oder Zwangswinen bei hirnerkrankten Erkrankungen, als Tic-Störungen, Tourette-Syndrom oder als Paramimie bei schizophrenen Psychosen), aber auch in Form von Grimassieren bei Oligophrenie und Schizophrenie (Faxensyndrom).

3.2.3 Phonik

Die Phonik beschreibt die Art und Weise des Sprachausdrucks und des Sprechverhaltens. Das Sprechverhalten umfasst

3.2.4 Gestik, Pantomimik

Im Gegensatz zur statischen Körperhaltung bezeichnet die Gestik die dynamischen, expressiven Bewegungskomplexe der Gliedmaßen, vor allem der Hände. Aus der Wahrnehmung der Körperbewegungen wird auf wahrscheinlich zugrunde liegende Antriebs-, Stimmungs- und Aktivitätsimpulse geschlossen. Die gezielte Wahrnehmung des gestikulativen Verhaltens wird als wichtige diagnostische Hilfe bei allen psychischen Erkrankungen einbezogen, die mit voluntativen, emotionalen und kommunikativen Beeinträchtigungen einhergehen.

Bei Patienten, die nicht verbal kommunika-

tionsfähig sind (z. B. im Stupor, bei Sprachstörungen oder hirnorganischen Ausfällen), stellt die Beurteilung der Gestik und Mimik oft den wichtigsten klinisch-diagnostischen Zugang dar. Der Aussagegehalt wird umso dürftiger, je mehr seelisch nicht fundierte, unwillkürliche motorische Abläufe infolge organischer Störungen (z. B. extrapyramidale Hypokinesen [Morbus Parkinson] oder Hyperkinesen [Chorea Huntington], Tics oder andere Zwangsbewegungen) vorliegen.

Gestikulatorische und mimische Auffälligkeiten wie z. B.

- Automatismen,
 - Echopraxie – das Nachahmen von Handlungen,
 - Katalepsie – also ein anhaltendes Verharren in einer bestimmten, eventuell passiv gegebenen, Körperhaltung bei meist erhöhtem Muskeltonus, verbunden mit der Unfähigkeit, sich trotz intakter Körperfunktionen spontan zu bewegen; oder
 - Manieriertheit, das heißt eine verschnörkelte, verschrobene, posenhafte Art der Gestik und Mimik,
- treten vorrangig bei schizophrenen Psychosen auf.

3.2.5 Psychomotorik

Mit der Psychomotorik werden aufeinander abgestimmte, zielgerichtete Bewegungsabläufe des Körpers und der Gliedmaßen beobachtet. Hiervon zu unterscheiden ist die Motilität als Ausdruck der allgemeinen Beweglichkeit. Die Erfassung und Beurteilung der psychisch organisierten Bewegungsabläufe erfolgt unter dem Aspekt ihres Ausdrucksgehaltes bzw. der Prägung durch die Gesamtpersönlichkeit samt ihrer Antriebsgerichtetheiten und Motivationen.

Tipp

Die Wahrnehmung und Beurteilung der Psychomotorik stellt außer bei neurologischen auch bei allen geistig-seelischen Erkrankungen eine wichtige Untersuchungsmethode dar. Achten Sie insbesondere auf die zielgerichtete und kontrollierte Steuerung der Bewegungsabläufe bzw. deren Beeinträchtigungen in Form von Unruhe, Hektik, Fahrigkeit, Ziellosigkeit, Unkoordiniertheit, Gebundenheit, Erstarrung und Iteration, also rhythmischen Bewegungen ohne konkreten Bezug.

Veränderungen der Psychomotorik zeigen sich im psychiatrischen Bereich vor allem bei zugrunde liegenden Bewusstseins-, Antriebs- und Willensstörungen, aber auch bei emotionalen und kognitiven Steuerungsschwächen. Darüber hinaus können sie als Begleitwirkungen psychopharmakologischer Behandlung auftreten (Tremor, extrapyramidale Störungen und Tonusveränderungen der Muskulatur mit Einbußen an Feinmotorik und Modulation).

3.2.6 Körperhaltung

Aus der Beobachtung der Körperhaltung lassen sich in gewissem Umfang Hinweise auf allgemeine Befindlichkeit, Aktivitätsniveau, Selbstwertgefühl, Stimmungslage und Ähnliches gewinnen. Daher stellt die Beurteilung der Körperhaltung einen wesentlichen Teil der Verhaltensbeobachtung dar.

Die Registrierung von Gesamterscheinung und Ausdrucksverhalten des Patienten samt mehr oder weniger bewusster Deutung begleitet die klinische Diagnostik von der ersten Kontaktaufnahme an. Im Gegensatz zu den gesprächsgebundenen Untersuchungsmethoden ist die Kommunikationsfähigkeit oder -willigkeit des Untersuchten nicht zwingend erforderlich.

Da eine bewusste oder unbewusste Verfälschung des Ausdrucksverhaltens über längere Zeit nur schwer möglich ist, kann die Beurteilung der Körperhaltung und der anderen beschriebenen Verhaltensbeobachtungen – bei geschulter Wahrnehmung – durchaus ergiebig sein. Beachten Sie jedoch, dass Veränderungen der körperlichen Erscheinung infolge organischer, insbesondere orthopädischer und neurologischer Erkrankungen, keine seelische Ausdrucksbedeutung besitzen. Fragen Sie den Klienten bei Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten nach dem Grund.

3.2.7 Gesamteindruck

Der Gesamteindruck ist ein schwer analysierbares, ganzheitliches Anmutungserlebnis bezüglich der gesamten Erscheinung einer Person, das aus dem Zusammenwirken der geistig-seelischen und körperlichen Funktionen resultiert. Aus dem summarischen, aber durchaus gestalthaften Gesamteindruck wird global auf Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsveränderungen geschlossen.

Die Wahrnehmung und Bewertung des äußeren Erscheinungsbildes des Patienten stellt einen

wichtigen Bestandteil der psychopathologischen Beurteilung dar, insbesondere dann, wenn Abweichungen in Richtung Ungepflegtheit, Verwahrlosung, Kommunikationsstörungen, Verschrobenheit, Unreife u. a. zu registrieren sind.

Der Gesamteindruck vermittelt unreflektiert eine innere Bewertung der Persönlichkeit des Untersuchten, die durch eine hohe subjektive Evidenz gekennzeichnet ist, sich aber andererseits nur mangelhaft wissenschaftlich überprüfen lässt.

Somit ist auch hier eine Rückversicherung über das Fragen nötig. Zu berücksichtigen sind darüber hinaus Abhängigkeiten von aktuell-modischen und kulturellen Einflüssen, insbesondere hinsichtlich des Auftretens und Benehmens wie auch der Kleidung.

Größere Beeinträchtigungen werden am häufigsten gesehen bei hirnorganischen Abbauvorgängen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und chronischen Psychosen.

4 Abgrenzung der psychologischen Berufe

Das Arbeitsgebiet der Psychologie ist riesengroß und bietet viel Raum für ganz unterschiedliche Berufsbilder: Neurologen, Psychiater, Psychologische Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie, Psychologische Berater, Psychologen, um nur einige zu nennen. Alle beschäftigen sich mit den verschiedenen Erscheinungsformen und Aktivitätsbereichen der menschlichen Seele, wobei sich die Herangehensweise und die Behandlungsverfahren erheblich unterscheiden können. In diesem Kapitel versuchen wir, Klarheit in die Begriffs- und Berufsvielfalt zu bringen und die Zuständigkeiten bei verschiedenen Krankheitsbildern zu benennen. Besonderes Augenmerk richten wir dabei natürlich auf den Heilpraktiker für Psychotherapie und den Psychologischen Berater.

4.1 Arbeitsgebiet des Neurologen

Neurologen sind Ärzte, die sich im Anschluss an ihr Medizinstudium auf neurologische Erkrankungen spezialisiert und eine Facharztausbildung durchlaufen haben. Gegenstand der Neurologie ist die Behandlung von Menschen mit neurologischen und hirnerkrankungen. Dazu gehören Krankheiten wie

- Multiple Sklerose (MS),
- Epilepsie,
- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), einer der bekanntesten Patienten mit ALS ist Steven Hawking, ein anderer Jörg Immendorf,
- Morbus Alzheimer,
- vaskuläre Demenz,
- Pick-Krankheit,
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJD und vCJD),
- Chorea Huntington oder die Chorea minor,
- Morbus Parkinson,
- Schädel-Hirn-Trauma (SHT),
- Schlaganfall,
- Delir,
- insgesamt alle hirnerkrankungen, die durch Tumor, Trauma, Toxin, Infarkt und Infekt ausgelöst werden.

In der Neurologie hat man für die Gesamtheit dieser Erkrankungen das Kürzel HOPS entwickelt: Hirnorganisches Psychosyndrom. Die therapeutischen Maßnahmen stammen aus der Medizin, das heißt im kurativen, also heilenden Bereich werden medikamentöse oder chirurgische Therapien angewendet und im palliativen, also lindernd begleitenden Bereich symptomatische, übende oder konservative Therapiemaßnahmen.

4.2 Arbeitsgebiet des Psychiaters

Der Psychiater ist der Arzt für die Seele. Die Facharztausbildung ist die zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Das bedeutet, dass ein Psychiater auch eine psychotherapeutische Ausbildung hat. Die Wahl seiner speziellen therapeutischen Methoden trifft er selbst während seiner Ausbildung zum Facharzt. Das Arbeitsgebiet des Psychiaters ist die Behandlung psychischer Erkrankungen, beispielsweise:

- Schizophrenie
- affektive Störungen wie Depressionen, Manie und bipolare Störungen
- Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderline-Störung
- Suchterkrankungen etc.

Die Arbeitsgebiete der Psychiatrie und der Neurologie sind nicht präzise gegeneinander abgrenzbar und können sich überschneiden. In Kliniken mit Patienten aus beiden Richtungen finden gegenseitige Konsultationen statt, die Unterstützung kommt aus der jeweils anderen Richtung. Die medizinische und die psychologische Heilkunde unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht und stellen daher gute Ergänzungen dar.

4.3 Psychologische Psychotherapeuten

Der Psychologische Psychotherapeut übt Psychotherapie aus, also **psychologisch begründete Heilkunde**. Der Titel Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut ist durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16. Juni 1998 geschützt.

Geschützte Berufsbezeichnung: Voraussetzung für die Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ ist das Studium der Medizin oder Psychologie, mit einer anschließenden 3 bis 5-jährigen Ausbildung, die von theoretischer und praktischer Arbeit begleitet und mit einer bestandenen staatlichen Prüfung abgeschlossen wird.

Ausbildung: Die Ausbildung findet an einer Universität, einer Hochschule oder einer anderen, staatlich anerkannten Ausbildungsstätte statt, an der das Fach klinische Psychologie unterrichtet wird. Gegenstand dieses Fachs ist die Vermittlung einer umfassenden Krankheitslehre. Außerdem ist eine Voraussetzung für die staatliche Anerkennung einer Ausbildungsstätte, dass an ihr „Patienten, die an psychischen Störungen mit Krankheitswert leiden, nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren stationär oder ambulant behandelt werden“ (PsychThG §6[1],1) und dass solche Patienten auch in ausreichender Zahl vorhanden sind.

Um das Arbeitsgebiet des Psychologischen Psychotherapeuten zu erfassen, wollen wir die einzelnen Teilaussagen, wie sie im PsychThG §1(3) genannt werden, näher beleuchten: „Ausübung von **Psychotherapie** im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels **wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren** vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von **Störungen mit Krankheitswert**, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“

Es stellen sich also folgende Fragen:

- Was sind Störungen mit Krankheitswert?
- Was ist Psychotherapie?
- Welche Verfahren sind wissenschaftlich anerkannt?

4.3.1 Welche Störungen sind krankheitswertig?

Um sich dem Begriff der „Krankheitswertigkeit“ zu nähern, ist interessant zunächst zu überlegen, was eigentlich Gesundheit ist.

Definition Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Definition der WHO 1946). Das heißt, dass der seelische Aspekt in der Gesundheitsdefinition enthalten ist.

Störungen mit Krankheitswert sind nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen:

- Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen oder psychisch bzw. vegetativ gesteuerter Körperfunktionen. Dazu gehören neben Ängsten und Depressionen auch Störungen bestimmter dem Willen entzogener Körperfunktionen, beispielsweise Schwindel, Ohrgeräusche, zu hoher Blutdruck und ähnliche Erkrankungen, die psychosomatisch verursacht sein können, also körperliche Erkrankungen, die durch seelische Faktoren ausgelöst oder aufrechterhalten werden. Auch Krankheiten wie die Colitis ulcerosa oder das Asthma bronchiale haben einen psychogenen Anteil, der auf Psychotherapie anspricht.
- Seelische Folgen einer körperlichen Erkrankung oder eines Traumas, d. h. einer schweren körperlichen oder psychischen Verletzung. Dazu gehört neben der Nachsorge und Begleitung bei schweren körperlichen Erkrankungen auch die Behandlung seelischer Folgen frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, die sogenannten Persönlichkeitsstörungen, oder seelischer Folgen schwerer Erkrankungen oder Traumata in der Kindheit.
- Seelische Folgen von Psychosen im Anschluss an die psychiatrische Behandlung oder Suchterkrankungen nach stabilisiertem Entzug.

4.3.2 Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie heißt übersetzt Seelenheilung. Damit ist aber nicht nur Heilung der Seele, sondern auch Heilung durch die Seele gemeint.

Eine sehr hilfreiche Definition von Psychotherapie stammt von Strotzka:

Definition Psychotherapie

Psychotherapie ist ein bewusster und vereinbarter interaktioneller Prozess (Strotzka 1975)

- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen,
- die im Konsens (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden,
- mit psychotherapeutischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal,
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (beispielsweise Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit),
- mittels lehrbarer (und nachvollziehbarer) Technik,
- auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens,
- in der Regel auf der Basis einer tragfähigen emotionalen Beziehung.

4.3.3 Welche Verfahren sind wissenschaftlich anerkannt?

Obwohl für eine Reihe von Störungen wegen der besseren Erfolge jeweils eine bestimmte Psychotherapieform vorgeschlagen wird, z.B. für die Angststörungen die Verhaltenstherapien, ist die Psychotherapie doch verfahrensspezifisch strukturiert (Gesprächstherapie, Psychoanalyse) und nicht störungs- oder organspezifisch wie die Humanmedizin (Orthopädie, Kinderheilkunde). Das heißt, ein Patient wird sich einen Therapeuten aussuchen, der eine bestimmte Therapiemethode anbietet, von der er sich den besten Erfolg erhofft, es sei denn, er bekommt von seinem Arzt eine Empfehlung für eine bestimmte Therapie.

Demgegenüber ist es möglich, dass psychologische Psychotherapeuten personenspezifisch arbeiten, also für eine eng umschriebene Patienten-Gruppe wie z.B. Frauen, die einen Spontanabort hatten, wenn sie nach dem Grundsatz arbeiten, nicht der Mensch habe sich der Therapie anzupassen, sondern die Therapie dem Menschen. Allerdings lassen das die Krankenkassen nicht zu, da wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethoden definiert sind.

Merke

Die wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sind zurzeit (2007):

- analytische Psychotherapien
- tiefenpsychologische Verfahren
- Verhaltenstherapie

Eine Reihe weiterer Therapieformen steht für die Kassenzulassung zur Diskussion. Aber zurzeit gilt: Nur der Einsatz dieser Therapieformen wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bezahlt, andere nicht. Psychologische Psychotherapeuten können eine Kassenzulassung bekommen. Sie dürfen auch andere Psychotherapieverfahren anbieten, bekommen diese aber nicht oder nicht sicher von den Krankenkassen bezahlt.

4.3.4 Arbeitsgebiete des Psychologischen Psychotherapeuten

Das Arbeitsgebiet des Psychologischen Psychotherapeuten umfasst ebenfalls – genau wie beim Psychiater – sämtliche psychische Störungen, z.B.

- Persönlichkeitsstörungen,
- Suchterkrankungen,
- Angst- und Zwangsstörungen,
- Essstörungen,
- Schlafstörungen,
- sexuelle Störungen,
- Entwicklungsstörungen. (Dafür wurde zusätzlich das Berufsbild des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten im PsychThG definiert.)

Bei den meisten psychischen Störungen ist eine Psychotherapie oder zumindest Psychoedukation, also umfassende Aufklärung über die Erkrankung, hilfreich. Abhängig vom Störungsbild und dem Schweregrad ist teilweise die zusätzliche (selten die alleinige) Einnahme von Medikamenten angezeigt. Diese Medikamente dürfen nur vom Arzt – also meist dem Psychiater – verschrieben werden und nicht vom Psychotherapeuten. Die Psychotherapie kann dagegen auch vom Arzt durchgeführt werden, wenn er eine entsprechende psychotherapeutische Ausbildung hat, und muss nicht zwingend beim Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

Tab. 13 zeigt, dass Psychotherapie in allen Erkrankungsphasen, also vor einer vermutlich eintretenden Krankheit, währenddessen und danach eingesetzt werden kann.

Tab. 13 Der Einsatz ambulanter Psychotherapie.

Einsatz	zum Beispiel bei
präventiv (vorbeugend)	unterschiedlichen Risikogruppen
kurativ (heilend)	Neurosen, Psychosomatosen und funktionellen (auch körperlichen) Störungen, psychischen Traumata und Akutreaktionen, Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen
rehabilitativ (wiederaufbauend)	Psychosen, Sucht, neuropsychologischer Rehabilitation
palliativ (lindernd, begleitend)	chronisch oder progredient verlaufenden körperlichen Erkrankungen, posttraumatischen Stressreaktionen nach Extrebelastungen

4.4 Heilpraktiker für Psychotherapie

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Berufen gibt es für den „Heilpraktiker“ keine verbindlichen Ausbildungsrichtlinien. Dennoch unterliegt die „Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ bestimmten Zulassungsvoraussetzungen, die bundesweit durch eine amtsärztliche Überprüfung nachzuweisen sind.

Im §1(2) des **Heilpraktikergesetzes (HPG)** heißt es: „Ausübung der Heilkunde ... ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen ...“ Psychotherapie ist Bestandteil der Heilkunde. Damit ist gesagt, dass ein Heilpraktiker Psychotherapie ausüben darf. Aus diesem Grunde sind in den letzten Jahren Fragen zur Psychologie und Psychopathologie in die vom Gesundheitsamt durchgeführte Heilpraktikerprüfung aufgenommen worden.

4.4.1 Arbeitsgebiete des Heilpraktikers für Psychotherapie

Nun gibt es aber viele Menschen, die im Rahmen der Heilkunde nur die Psychotherapie ausüben wollen und nicht noch naturheilkundliche oder alternative Therapieverfahren wie Akupunktur, Homöopathie, Sauerstofftherapien oder andere. Für diese Menschen gibt es die eingeschränkte Prüfung nach dem Heilpraktikergesetz zum umgangssprachlich sogenannten „Kleinen Heilpraktiker“. Sie können die „staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Psychotherapie“ erhalten.

Das Arbeitsgebiet des Heilpraktikers für Psychotherapie betrifft „psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (PsychThG, §1 [3]). Damit ist seine Klientel die Gruppe von Menschen, die in ihrem Alltag mit sich selbst, ihren Mitmenschen und der kulturellen und sozialen Umwelt Schwierigkeiten oder Probleme haben, die sich aus dem Leben oder Zusammenleben ergeben.



Von den Behandlungsmöglichkeiten ausgenommen ist die Therapie von **Störungen mit Krankheitswert**.

4.4.2 Es gibt noch keine einheitliche Bezeichnung

Es hat sich (2007) auf Länderebene noch kein einheitliches Meinungsbild hinsichtlich der Tätigkeitsbezeichnung für psychotherapeutisch tätige Heilpraktiker herauskristallisiert. Nach einer zwischen den Bundesländern abgestimmten Auffassung gibt es hier mehrere Möglichkeiten der Bezeichnung, wobei die Klammern Bestandteil der Bezeichnung sind:

- Praxis für Psychotherapie (nach dem Heilpraktikergesetz)
- Psychotherapie (gemäß Heilpraktikergesetz)
- Heilpraktiker (eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie)
- Heilpraktiker (Psychotherapie)
- psychotherapeutischer Heilpraktiker
- psychologischer Berater (HPG)

Da es keine einheitliche Bezeichnung gibt, haben wir uns in diesem Buch für die Bezeichnung: Heil-

praktiker für Psychotherapie entschieden. Wie Sie Ihre Tätigkeit in diesem Arbeitsgebiet bezeichnen müssen, hängt von den geltenden Bestimmungen Ihres Bundeslandes ab.

Der Heilpraktiker führt eine Berufsbezeichnung, die vom Heilpraktikergesetz (§1[3]: ..., er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“) und durch Erlasse der Bundesländer der BRD („Heilpraktiker für Psychotherapie“, „Heilpraktiker, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie“ und ähnliche) geschützt ist.

4.4.3 Prüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie

Die Prüfung zur „staatlichen Zulassung zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Psychotherapie“ wird in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt von „der unteren Verwaltungsbehörde“ (HPG, 1. DVO, §3[1]), also dem Ordnungs- oder Bürgeramt durchgeführt. Das Absolvieren dieser Prüfung gibt die rechtliche Sicherheit für die Grenzgebiete, in denen sich Psychotherapie und psychologische Beratung überschneiden.

Prüfungsgegenstand ist das Fachgebiet der Psychologie. In diesem Zusammenhang wird eine Kenntnis der psychischen Erkrankungen, Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten gefordert, wie sie im Kapitel 2 beschrieben sind. Darüber hinaus muss dem Prüfungskandidaten bewusst sein, wann eine psychische Erkrankung oder gar ein Notfall vorliegt. Die notwendige diagnostische Grundausbildung hierzu ist Hauptbestandteil der Überprüfung. Außerdem muss er sich in der Gesetzeskunde auskennen.

! Bei schweren psychischen Störungen des Patienten ist der Heilpraktiker für Psychotherapie verpflichtet, den Patienten an einen Arzt oder Psychologen zu überweisen.

Nicht Gegenstand dieser Prüfung ist die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Menschen sowie die Infektionskrankheiten. Dazu gibt es ein bundesverwaltungsgerichtliches Grundsatzurteil. Auch die naturheilkundlichen Therapieverfahren werden nicht geprüft (Beispielprüfungsfragen finden Sie im Anhang).

Hilfreiche Fragen bei der Suche nach einer guten Ausbildungsstätte

Falls Sie noch auf der Suche nach einer Schule sind, an der Sie Ihre Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie absolvieren möchten, sollten Sie u. a. folgende Fragen klären:

- Wie viele Unterrichtsstunden werden angeboten? Es sollten mindestens 1000 sein.
- Was kostet die einzelne Unterrichtsstunde?
- Können versäumte Unterrichtsstunden (zeitnah) nachgeholt werden?
- Was wird vermittelt? Wird reines Basiswissen angeboten, oder beinhaltet das Unterrichtspaket auch die gebräuchlichsten Therapieformen für die Praxis? Sind diese zusätzlich kostenpflichtig?
- Werden Aufbau- und Spezialisierungsseminare angeboten?
- Welche Dozenten stehen zur Verfügung? Wird von Medizinerinnen, Psychologischen Psychotherapeuten und Heilpraktikern unterrichtet? Sind diese in eigener Praxis tätig und wie sind sie spezialisiert? Nur der Spezialist kann das Wissen für die Praxis vermitteln.
- Wie viele Dozenten stehen für die theoretische Ausbildung zur Verfügung, wie viele für die praktische?
- Wie sind die Unterrichtsräume ausgestattet?
- Gibt es institutsinterne Prüfungen, um sich auf die Prüfung vorzubereiten und seinen eigenen Wissensstand zu kontrollieren?
- Wie ist die Schule organisiert? Kann ich meine Ausbildung selbst dann zu Ende führen, wenn die Teilnehmerzahl sinkt, also die eventuelle Mindestteilnehmerzahl nicht mehr gegeben ist?
- Besteht die Möglichkeit, die Ausbildung auch in einer anderen Form (z. B. Wechsel vom Tages- in den Abendkurs) weiterzuführen?

4.4.4 Es gibt keine Fortbildungspflicht

Die Sorgfaltspflicht verpflichtet den Heilpraktiker und den Heilpraktiker für Psychotherapie, seine Kenntnisse und Fähigkeiten in seinen Therapieformen auf dem neuesten Stand zu halten. Wenn es auch keine Fortbildungspflicht gibt, die der ärztlichen, mit Punkten bewerteten entspricht, so lässt sie sich doch aus der Sorgfaltspflicht ableiten. So ist eine beständige, dokumentierte Fortbildung in den angewandten Therapieformen zwar keine gesetzlich niedergelegte Pflicht, aber doch

auch zur Pflege des Berufsstands empfehlenswert. Außerdem gehört die Fortbildung zu den Empfehlungen der Berufsverbände.

Darüber hinaus kann es aus verschiedenen Gründen zu **Schadensersatzansprüchen** kommen. Sollte ein nachweisbarer Schaden eingetreten sein, so liegt in einem solchen Falle ein wesentlicher Unterschied zwischen einem Kunstfehler und einer Fahrlässigkeit vor: Fahrlässig handelt, wer eine Therapie anbietet, ohne sich (nachweisbar) darin auszukennen. Bei dem hier relativ unpräzise verwendeten Begriff des Kunstfehlers gehen wir davon aus, dass eine Therapie unabsehbar nicht nach den Regeln der allerdings erlernten Kunst des Therapeuten durchgeführt wird.

4.4.5 Bezahlung

Gesetzliche Krankenversicherungen dürfen weder die Leistungen eines Heilpraktikers noch eines Heilpraktikers für Psychotherapie bezahlen (siehe Kap. 7.6). Das regelt das Sozialgesetzbuch, Band V (5. SGB).

Private Krankenversicherungen erstatten die Leistungen eines Heilpraktikers in einem definierten Rahmen für viele der angebotenen Therapieformen. Die Leistungen eines Heilpraktikers für Psychotherapie werden, wenn überhaupt, dann nur widerwillig und nach längerem Schriftwechsel erstattet, zumeist wird auf die Psychologischen Psychotherapeuten verwiesen, die eine Kassenzulassung besitzen.

Tab. 14 zeigt die wichtigsten Merkmale des Heilpraktikers für Psychotherapie im Vergleich zum Psychologischen Berater, dem der nächste Abschnitt gewidmet ist.

4.5 Psychologischer Berater

Psychologische Beratung ist keine Psychotherapie. In welchen Lebensbereichen ist also eine psychologische Beratung angezeigt? Im Psychotherapeutengesetz §1(3) heißt es dazu: „Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Damit ist erstens gesagt, dass die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte Gegenstand psychologischer Beratung sein können. Und zwei-

tens ist damit implizit zum Ausdruck gebracht, dass psychische oder Persönlichkeitsveränderungen auf soziale Konflikte zurückzuführen sind. Psychologische Beratung ist also, pauschal gesagt, angebracht für alle Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen professionelle Hilfe bei der Bewältigung von Problemen wünschen und z. B. keinen Seelsorger aus ihrer Kirchengemeinde haben.

In Ergänzung zu der von Strotzka (siehe Kap. 4.3.1) gegebenen Definition von Psychotherapie gibt es auch eine recht verbindliche Definition davon, was Psychotherapie nicht ist.

Definition: Was ist keine Psychotherapie?

Es ist keine Psychotherapie,

- *wenn keine Störungen oder Krankheiten behoben werden sollen (z. B. in Selbsterfahrungsgruppen, die der persönlichen Weiterentwicklung dienen, Supervisionen, Trainings- oder Coaching-Gruppen, in allgemeiner Lebensberatung, seelsorgerischer Beratung etc.),*
- *wenn „therapeutische Mitteilungen“ ausschließlich in der Form von Rundbriefen, Audio- oder Videokassetten etc. verbreitet werden, wenn also eine persönliche Interaktion zwischen dem Patienten bzw. Klienten und dem Psychotherapeuten nicht vorliegt,*
- *wenn keine (in einem Konsens erzielte) Vereinbarung zu einer Psychotherapie vorliegt (z. B. sind Beratungsgespräche mit Seelsorgern, Lehrern, Sozialarbeitern, Chefs oder Mitarbeitern keine Psychotherapie),*
- *wenn Behandlungen mit Medikamenten oder homöopathischen Arzneimitteln erfolgen oder angeblich wirksame Prinzipien aus paramedizinischen und „esoterischen“ Bereichen zur Anwendung gebracht werden (Bachblütentherapie, Pendeln, Fernheilung, Astrologie etc.),*
- *wenn mögliche Ziele einer Psychotherapie nicht beredet und festgelegt wurden und man sich – beispielsweise – stattdessen immer wieder „zu Gesprächen“ verabredet, ohne sich dabei auf ein Ziel hin zu orientieren. Eine gemeinsame Orientierung auf ein Ziel liegt auch bei den vielfältigen Rundfunk- und Fernsehsendungen psychologischen Inhalts in aller Regel nicht vor,*
- *wenn an die Stelle bestimmter, auch namentlich bezeichneter therapeutischer Techniken, lediglich die – manchmal mehr, manchmal weniger – charismatische Persönlichkeit des jeweiligen Therapeuten (oder Pseudotherapeuten) als therapeutisches Wirkprinzip tritt,*

Tab. 14 Unterschiede zwischen einem Heilpraktiker für Psychotherapie und einem Psychologischen Berater.

	Heilpraktiker für Psychotherapie	Psychologischer Berater
Zulassung	Sie erhalten ihre Zulassung vom Ordnungsamt oder Amt für Bürgerangelegenheiten „im Benehmen mit“ (d. h. in Absprache und Zusammenarbeit mit) dem Gesundheitsamt.	Zurzeit gibt es keine rechtlichen Bedingungen für die Zulassung zur Ausübung des Berufes.
Gesetz	Ihre Arbeit fällt unter das Heilpraktikergesetz und ist somit Heilkunde.	Der Psychologische Berater unterliegt in seiner Berufsausübung keiner speziellen gesetzlichen Regelung.
Berufsordnung	Die Berufsordnung der Heilpraktiker ist nicht für alle Heilpraktiker rechtsverbindlich, sondern besitzt nur als vereinsinternes Recht Gültigkeit für die Mitglieder.	Es gibt keine Berufsordnung. Psychologische Beratung ist keine Heilkunde.
Anmeldung bei Behörden und Finanzamt	Die Anmeldung erfolgt beim Gesundheitsamt. Sie brauchen eine Steuernummer.	Die Anmeldung wird vom Ordnungsamt als freier Beruf oder als Gewerbe verstanden. Sie brauchen beim Finanzamt eine gesonderte Steuernummer.
Umsatzsteuerpflicht	Sie sind nicht umsatzsteuerpflichtig – ihre Rechnungen weisen also keine Mehrwertsteuer aus.	Ein Psychologischer Berater ist umsatzsteuerpflichtig, muss seine Rechnungen also mit Mehrwertsteuer schreiben.
Werbung	Er unterliegt dem Heilmittelwerbegesetz (HWG), darf also keine marktschreierische Werbung machen und muss sich an Auflagen für Praxisschild, Visitenkarten, Inserate etc. halten.	Werbung ist sehr umfassend erlaubt, da für Beratung keine berufliche Standesordnung vorliegt.
Zielgruppe	Ihre therapeutische Arbeit erfolgt mit sogenannten Kranken. Heilpraktiker für Psychotherapie dürfen also von Patienten sprechen.	Jeder, der sich psychologische Unterstützung wünscht, wobei von Klienten und nicht von Patienten gesprochen wird.
Bezeichnung	Es ist zurzeit keine einheitliche Berufsbezeichnung für sie festgelegt; sie dürfen sich jedoch weder nur „Heilpraktiker“ noch nur „Psychotherapeut“ nennen; aber den Begriff „Praxis für Psychotherapie (HPG)“ können sie überall aufführen.	„Psychologischer Berater“ ist keine geschützte Bezeichnung, das heißt, jeder darf sich so nennen. Die geschützten Begriffe „Heilung“ und „Therapie“ dürfen nicht verwendet werden.
Versicherungspflicht	Eine Berufshaftpflichtversicherung ist dringend empfehlenswert.	Eine Berufshaftpflichtversicherung ist dringend empfehlenswert.

- wenn, wie in manchen paramedizinischen und „esoterischen“ Bereichen, keine Theorie und keine überprüfbaren Anschauungen dem eigenen Handeln zugrunde liegen, sondern man sich ausschließlich auf die persönlich gewonnenen oder in einer bestimmten Gruppe tradierten Erfahrungen stützt. Dies gilt auch überall da, wo ein Unterschied zwischen gesundem und gestörtem, normalem und

pathologischem Verhalten und Erleben nicht gemacht wird.

Quelle: www.uni-duesseldorf.de/MedFak/psysoma/ueber_pt.htm (Stand 2007).

Tatsächlich kann der Beruf des Psychologischen Beraters eine Reihe von Gemeinsamkeiten mit dem des Seelsorgers haben. Der Unterschied be-

ruht auf dem weltanschaulichen Hintergrund: Er ist nicht religiös gefärbt, sondern psychologisch.

4.5.1 Arbeitsgebiete des Psychologischen Beraters

Der Psychologische Berater ist im psychosozialen Umfeld seiner Klienten tätig. Zu seinen Aufgaben gehört es, **Optimierungsmöglichkeiten** der Lebensqualität zu erkennen und einzuleiten, sie bei der Durchführung zu begleiten, gegebenenfalls Hindernisse zu erkennen und bei ihrer Überwindung zu helfen sowie am Ende die erzielten Erfolge zu sichern. Optimierungsmöglichkeiten, schreiben wir, aber wer bestimmt, in welchem Lebensbereich eine Optimierung wünschenswert ist? Was für den einen eine Herausforderung ist, ist für den anderen eine unerträglich scheinende Belastung.

Aufgabe des Psychologischen Beraters ist es, seinen Klienten in den weit gespannten und sehr unterschiedlichen Bereichen der Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen. Daher ist er mit seinem Aufgabenbereich der Arbeit eines Trainers ähnlich. Die Berufsbezeichnung **Coach** beginnt sich durchzusetzen. Auch bei dieser Berufsbezeichnung handelt es sich nicht um einen gesetzlich definierten und damit geschützten Begriff.

Der psychologische Berater wird in einer als unübersichtlich empfundenen Zeit als zunehmend wichtige Institution bei der Gestaltung und Bewältigung des Lebensweges sowie bei der Überwindung von Schwierigkeiten empfunden.

Tipp

Unsere Erfahrung in der Praxis legt nahe, dass immer häufiger Menschen in die psychologische Beratung kommen, die keine psychischen Erkrankungen haben, sondern professionelle Hilfe bei der Bewältigung von Schwierigkeiten wünschen. Insofern entfaltet und erweitert sich das Betätigungsfeld des Psychologischen Beraters ständig.

In vielen Lebensbereichen finden wir heute Tätigkeiten vor, die der des Psychologen ähnlich oder sogar deckungsgleich sind.

Tätigkeitsfelder eines Psychologischen Beraters

Training: Das Training von als schwierig empfundenen Verhaltensweisen, die in beruflichen, privaten oder anderen Zusammenhängen von Bedeutung sein können, beispielsweise bei einem Gespräch mit einem Arzt, Vorgesetzten oder einem Geschäfts- oder Lebenspartner; Vermittlung von Kommunikations- oder Handlungskompetenz; Sicherung des gesundheitlichen und beruflichen Lebens; berufliche Probleme wie Berufsfindung, Prüfungsprobleme, Mobbing; Probleme mit unerwünschten Verhaltensweisen wie Drogenkonsum oder Handlungsstörungen wie Essstörungen.

Mediation: Die Mediation von verschiedenen Parteien mit unterschiedlichen Interessen, beispielsweise Partner mit unterschiedlichen Prioritäten oder Scheidungspaare mit Kindern; anders als bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung geht es hierbei um die Herstellung einer Situation, mit der am Ende alle Beteiligten zufrieden sind; manche Familiengerichte zwingen Prozessparteien zu einer Mediation, bevor sie eine Klage zulassen; Unterstützung bei der Familienkonferenz; soziale Konflikte mit Freunden, Kollegen oder Nachbarn; familiäre Konflikte im Bereich Partnerschaft, Erziehung, Eltern.

Supervision: Als eine begleitende Tätigkeit, bei der Gruppen- oder Einzelprozesse beobachtet werden; die Beteiligten werden angeleitet, die Lösungen ihrer Probleme nach ihren eigenen Kriterien herauszuarbeiten, beispielsweise Psychologische Psychotherapeuten: Viele Therapieausbildungen beinhalten eine Supervision des angehenden Psychotherapeuten bei seiner Arbeit, die vom Lehrtherapeuten durchgeführt wird.

Fortbildung: Die Fortbildung mit dem Ziel der Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die zu einer Verbesserung einer gegebenen Situation oder Lösung von voraussehbaren Konflikten führen soll, beispielsweise die Vermittlung von Führungsqualitäten; sie kann Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Lebensberatung: Diese hat viel mit dem **sokratischen Dialog** zu tun, den manche Menschen wünschen, aber nicht bekommen: Philosophische, esoterische oder religiöse Themen können im Mittelpunkt stehen, beispielsweise der Verlust geliebter Menschen und die daraus resultierenden Lebenskrisen; Hilfestellung bei der Selbstdefinition;

Unterstützung bei Lebenskrisen und Veränderungen; Umgang mit und Auflösung von Konflikten; Befindlichkeitsstörungen, also Probleme mit sich selbst; Probleme mit Drogen; Essstörungen, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Sinnkrisen, Sexualstörungen.

Mentor: Dieser begleitet einen Anfänger oder auch einen Fortgeschrittenen durch ein für ihn neues Gebiet, beispielsweise den Studenten durch eine Abschlussarbeit, den Doktoranden durch sein Forschungsprojekt oder den Berufsanfänger durch sein erstes Berufsjahr.

Selbstverständnis des Psychologischen Beraters

In all diesen Bereichen ist nicht von psychischen Krankheiten die Rede, und ob ein Klient, der die Hilfe eines Psychologischen Beraters in Anspruch nimmt, krank ist, entscheidet zu einem großen Teil auch er selbst mit seinem Welt- und Menschenbild. Die Vorstellung, dass es im Leben eben manchmal Schwierigkeiten gibt, immunisiert einen Menschen zu einem gewissen Teil gegen psychische Krankheiten: Er wird als schwierig empfinden, was für andere schon eine Krankheit ist.

Eine schwierige Vergangenheit oder eine problematischen Partnerschaft sind nicht die Definitionskriterien einer Krankheit, für deren Behebung ein Heilkundiger gebraucht wird. In dieser Hinsicht behandelt der Psychologische Berater keine Krankheiten. Jeder Mensch kennt seine Schwierigkeiten und weiß, dass es bisweilen wünschenswert gewesen wäre, einen möglichst objektiv beratenden Freund zur Seite zu haben.

Der Psychologische Berater kann in diesem Zusammenhang etwas wie ein **bezahlter Freund** sein. Was hier zunächst einmal etwas merkwürdig klingen mag, bekommt seine Bedeutung erst dann wirklich, wenn wir überlegen, wofür die Bezahlung erfolgt: Der Berater hält sich mit seinen eigenen Problemen so weit wie möglich zurück, da er weiß, dass sie nicht in die Beratung hineingehören. Er sagt nicht: „Ja, das habe ich auch schon einmal erlebt, nur damals ging es mir ganz anders damit.“ Er richtet seine ganze Aufmerksamkeit auf die Interessen des Klienten. Darüber hinaus wird er von seinem beruflichen Selbstverständnis her bemüht sein, seinem Klienten beim Auffinden einer funktionierenden Lösung behilflich zu sein. Und, anders als ein Freund, bekommt er von sei-

nem Klienten die Kompetenz und Autorität zugeteilt, beispielsweise Hausaufgaben aufzugeben.

Dafür hat er, natürlich im eigenen Interesse am Erfolg seiner Bemühungen und unter Berücksichtigung der Sorgfaltspflicht, eine Ausbildung im Lösen von Problemen mit einer der vielen möglichen Interventionsstrategien erhalten.

Häufig genannte Problemfelder

Einige Probleme tauchen in der Praxis des Psychologischen Beraters regelmäßig auf. Häufig genannte Probleme der Klienten Psychologischer Berater sind:

- soziale Konflikte
- familiäre Konflikte
- berufliche Probleme
- Probleme mit unerwünschten Verhaltensweisen oder Handlungsstörungen
- Befindlichkeitsstörungen
- Drogenprobleme
- Essstörungen
- Schlafstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angst- und Zwangsstörungen
- Sinnkrisen
- Sexualstörungen

Beratungsende

Wann hat eine Beratung ihren Zweck erfüllt? In vielen Fällen wird eine Beratung beendet, wenn der Klient der Meinung ist, dass sein selbst gestecktes oder mit dem Berater verabredetes Ziel erreicht ist. Dieser Zeitpunkt ist nicht von einem definierten Gesundheitszustand abhängig, sondern von den Zielen des Klienten.

Bezahlung

Da die Berufsbezeichnung Psychologischer Berater nicht gesetzlich geschützt ist und es keinerlei bindende, qualitätssichernde Bestimmungen gibt, werden die Leistungen des Psychologischen Beraters folgerichtig nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bezahlt.

Ob es zum Erlass eines „gewerblichen Lebensbewältigungshilfegesetzes“ kommt, ist fraglich. Es ist vor allem deshalb im Gespräch, um den sogenannten Psychosekten die Arbeit schwer zu machen, könnte aber die Arbeit der seriösen Psychologischen Berater beeinflussen.

4.6 Psychologischer Berater – Heilpraktiker für Psychotherapie – Psychologischer Psychotherapeut: ein Vergleich

Tab.15 skizziert die Unterschiede und Überschneidungen der drei eben beschriebenen Berufe. Der tabellarische Überblick polarisiert, um die Unterschiede besser darstellen zu können. In vielen Bereichen ist die von uns dargestellte Gegenüberstellung willkürlich überzeichnet und künstlich herbeigeführt.

Der Therapeut hat weiter reichende Kompetenzen als der Berater: Er darf die Dinge, die ein Bera-

ter darf, ebenfalls, umgekehrt ist das nicht so. Die Polarisierung ist erst durch das PsychThG gesetzlich festgeschrieben worden, auch wenn das nicht die Absicht des Gesetzes gewesen sein mag. Tatsächlich sind die Unterschiede nicht mehr so klar, vielleicht waren sie es nie. In der Praxis wäre bei einem Vergleich der Berufs- und Tätigkeitsprofile wie so oft die Mischgruppe derer, die beides tun, wahrscheinlich die größte Gruppe: Auch ein Psychologischer Berater kann mit Klienten zu tun bekommen, die bei einer strengen Überprüfung als psychisch krank einzustufen wären, nur dass der Klient dies nicht so empfindet.

Wenn es heute Konkurrenz zwischen den drei Berufsfeldern gibt, dann liegt das neben der Un-

Tab. 15 Ein polarisierender Vergleich zwischen den Arbeitsweisen und -gebieten des Psychologischen Beraters, des Heilpraktikers für Psychotherapie und des Psychologischen Psychotherapeuten.

Psychologischer Berater	Heilpraktiker für Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut
bietet professionelle Unterstützung bei der Lösung von Problemen an.	bietet im Rahmen seiner Sorgfaltpflicht Psychotherapie an.	heilt durch Psychotherapie die Krankheiten der Seele.
arbeitet außerhalb der Heilkunde.	arbeitet innerhalb der Heilkunde.	arbeitet innerhalb der Heilkunde.
arbeitet an der Lösung von Schwierigkeiten und Konflikten.	arbeitet an der Lösung von Schwierigkeiten und Heilung von Krankheiten.	arbeitet an der Heilung von Krankheiten.
darf keine Therapie anbieten.	darf Beratung anbieten.	darf Beratung anbieten.
arbeitet mit auf Erfahrung basierenden Methoden.	arbeitet mit auf Erfahrung basierenden Methoden.	arbeitet mit wissenschaftlich anerkannten Therapiemethoden.
beschäftigt sich mit der Gegenwart und der Zukunft des Klienten.	beschäftigt sich mit der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft des Patienten.	beschäftigt sich mit der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft des Patienten.
konzentriert sich auf die Nutzung von Stärken und Ressourcen des Klienten.	Die Konzentration auf Stärken oder Schwächen entspricht der von ihm gewählten Therapieform.	konzentriert sich auf die Behebung von Schwächen und Defiziten des Patienten.
sucht Lösungen für Probleme.	sucht Ursachen von Problemen und Lösungen für sie.	sucht Ursachen von Problemen und Lösungen für sie.
arbeitet kundenorientiert: Das Ziel des Klienten ist wichtig.	arbeitet eher kundenorientiert, das richtet sich nach der von ihm gewählten Therapieform.	arbeitet gesundheitsorientiert: Die seelische Gesundheit ist wichtig.
erhält sein Honorar direkt vom Klienten.	erhält sein Geld entweder vom Klienten oder (selten) der privaten Krankenversicherung.	erhält sein Honorar von der Krankenkasse.
Alle drei arbeiten mit einzelnen Personen, Familien oder Gruppen und den jeweils angemessenen Verfahren.		

terschiedlichkeit der Ausbildung sicher auch zu einem kleinen Teil an der knappen finanziellen Situation.

4.7 Wer behandelt welche Störung?

Wir haben die in der ICD aufgeführten Störungen in einen tabellarischen Überblick (Tab. 16) gebracht und den jeweils zuständigen Therapeuten genannt. Diese Tabelle kann nur ein sehr grober Überblick sein, da es bis auf wenige Ausnahmen keine Pflichtzuordnungen gibt. Die Sorgfaltpflicht gebietet, dass ein Therapeut die Behandlung von Krankheiten dann einem Facharzt übergibt, wenn die Behandlung durch ihn seine Kenntnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten überschreitet. Andererseits gibt es verschiedene Mög-

lichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit oder des ergänzenden Arbeitens mit Patienten oder Klienten an unterschiedlichen Problem- oder Schwierigkeitsbereichen.

Das zentrale Arbeitsgebiet des Heilpraktikers für Psychotherapie im Bereich der psychischen Störungen ist das Kapitel F6, das die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen beschreibt. Außerdem die Behandlung von Patienten mit Angststörungen, die Ziffern F40 und F41. Die Voraussetzung ist immer die sorgfältige Ausbildung in der Behandlung dieser Störungen.

Der Psychologische Berater hat sein zentrales Arbeitsgebiet im Bereich der Bewältigung von Lebens-, Partnerschafts- oder Persönlichkeitskrisen, Schwierigkeiten und Problemen und bei der Überwindung von mit psychischen Erkrankungen verbundenen Schwierigkeiten.

Tab. 16 Vereinfachende Übersicht der Zuständigkeiten bei der Behandlung psychischer Störungen.

Störung	Neurologe oder andere Fachärzte	Psychiater	Psychologi- scher Psycho- therapeut	Heilpraktiker für Psycho- therapie	Psychologi- scher Berater
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Das Hauptgewicht der Behandlung organischer Psychosen liegt in der Neurologie, die Psychiatrie und Psychotherapie haben einen unterstützenden Charakter und können bei der Bewältigung von Funktionseinbußen hilfreich sein. Bei einigen organischen Psychosen ist psychologische Psychotherapie indiziert. Die Zusammenarbeit mit stationärer Pflege ist häufig notwendig.				
	X	X	ggf. X		
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Die Behandlung von Psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen erfordert regelmäßig die Anwesenheit eines Arztes, v. a., wenn mit Entzugssymptomen zu rechnen ist, die einen medizinischen Notfall darstellen können. Der Psychologische Psychotherapeut hat seinen Platz in der Suchttherapie. Der Heilpraktiker für Psychotherapie kann nach erfolgtem Entzug eine therapeutische Arbeit zur Stabilisierung der Abstinenz anbieten.				
F10 Störungen durch Alkohol	X	X	X	X	
F11 Störungen durch Opiode	X	X	X	X	
F12 Störungen durch Cannabinoide	X	X	X	X	
F13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	X	X	X	X	
F14 Störungen durch Kokain	X	X	X	X	
F15 Störungen durch sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein		X	X	X	

Tab. 16 (Fortsetzung)

Störung	Neurologe oder andere Fachärzte	Psychiater	Psychologi- scher Psycho- therapeut	Heilpraktiker für Psycho- therapie	Psychologi- scher Berater
F16 Störungen durch Halluzinogene	X	X	X	X	
F17 Störungen durch Tabak	X	X	X	X	
F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	X	X	X	X	
F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	X	X	X	X	
F2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen	Schizophrenie und andere wahnhafte Störungen werden v. a. in der Psychiatrie behandelt, Psychologische Psychotherapeuten begleiten die Behandlung.				
	X	X			
F3 Affektive Störungen	Affektive Störungen werden v. a. in der Psychiatrie behandelt, Psychologische Psychotherapeuten begleiten die Behandlung.				
	X	X			
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Diese Störungen werden vorwiegend von Psychologischen Psychotherapeuten behandelt, aber auch der Heilpraktiker für Psychotherapie darf hier behandeln.				
F40 Phobische Störung			X	X	X
F41 Sonstige Angststörungen			X	X	X
F42 Zwangsstörung			X	X	X
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen			X	X	
F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)			X	X	
F45 Somatoforme Störungen			X	X	
F48 Sonstige neurotische Störungen			X	X	
F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	Die Verbindung dieser Störungen mit körperlichen Symptomen kann die Behandlung durch einen Psychiater notwendig machen, ansonsten ist dies das Arbeitsgebiet des Psychologischen Psychotherapeuten.				
F50 Essstörungen		X	X	X	
F51 Nichtorganische Schlafstörungen		X	X	X	

Tab. 16 (Fortsetzung)

Störung	Neurologe oder andere Fachärzte	Psychiater	Psychologi- scher Psycho- therapeut	Heilpraktiker für Psycho- therapie	Psychologi- scher Berater
F52 Sexuelle Funktionsstörun- gen, nicht bedingt durch eine organische Störung oder Krankheit		X	X	X	
F53 Psychische und Verhaltens- störungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar		X	X		
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen		X	X	X	
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Hier entscheidet das Ausmaß der Störung über die Behandlung. Sowohl der Psycho- logische Psychotherapeut als auch der Heilpraktiker dürfen tätig werden, der Psycho- logische Berater muss sicher sein, dass nicht eine Störung im Ausmaß von Krankheits- wert vorliegt.				
F60 Persönlichkeitsstörungen		X	X	X	
F61 Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen		X	X	X	
F62 Andauernde Persönlich- keitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krank- heit des Gehirns		X	X	X	
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskon- trolle			X	X	
F64 Störungen der Geschlechtsidentität	X		X	X	
F65 Störungen der Sexual- präferenz			X	X	
F66 Psychische und Verhaltens- probleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung			X	X	
F68 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen			X	X	
F7 Intelligenzminderung	Intelligenzminderungen sind Störungen, die als Symptom bei anderen Erkrankungen auftreten. Sie werden je nach Ätiologie neurologisch, psychiatrisch oder, wenn das möglich ist, durch den Psychologischen Psychotherapeuten behandelt.				

Tab. 16 (Fortsetzung)

Störung	Neurologe oder andere Fachärzte	Psychiater	Psychologi- scher Psycho- therapeut	Heilpraktiker für Psycho- therapie	Psychologi- scher Berater
F8 Entwicklungsstörungen	Die Behandlung von Entwicklungsstörungen richtet sich nach der Ätiologie. Gegebenenfalls wird eine unterstützende oder übende Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten angeboten.				
		X	X		
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Die Behandlung von Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend obliegt den Ärzten sowie den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.				
F90 Hyperkinetische Störungen	X	X	X	X	
F91 Störung des Sozialverhaltens		X	X	X	
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen		X	X	X	
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters		X	X		
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		X	X		
F95 Tic-Störungen		X	X	X	
F98 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		X	X		

4.8 Arbeitsgebiete des Diplom-Psychologen

Die Arbeitsgebiete von Diplom-Psychologen sind vielfältig. Wir geben Ihnen einige Beispiele für die Einsatzmöglichkeiten. Es handelt sich jeweils nur um einen kleinen Ausschnitt, diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Täglich kommen neue Aufgaben hinzu. Die Ausbildung zum Diplom-Psychologen ist eine der Grundlagen für die Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Kassenzulassung.

4.8.1 Betriebspsychologen

Betriebspsychologen können in Firmen beschäftigt und für das Betriebsklima zuständig sein oder durch Coaching das Führungsverhalten in der Chefetage optimieren. Ein wichtiges Arbeitsgebiet ist der Einsatz bei Fällen von Mobbing im Betrieb. Hier wird sowohl Forschung als auch Intervention betrieben. Stichworte wie Motivation und Motivierung oder Rollenverhalten gehören zu ihrem Arbeitsgebiet. Sie werden zur Krisenbewältigung herangezogen. Größere Firmen beschäftigen haus-eigene Psychologen.

4.8.2 Forensische Psychologen

Forensische Psychologen oder Kriminalpsychologen arbeiten Täterprofile heraus und helfen als sogenannte Profiler, also Tathergangsanalytiker bei der Aufklärung von Verbrechen durch psychisch kranke Wiederholungstäter. Sie sind in der Opferbetreuung tätig. Sie beschäftigen sich mit dem Risiko von Tatwiederholungen unter bestimmten Strafvollzugsbedingungen. Außerdem werden sie in Zivil- und Strafprozessen als Gutachter eingesetzt, um Prognosen von Tätern oder Glaubhaftigkeitsgutachten bei der Befragung von Zeugen zu erstellen. Von ihnen werden die Polygrafentests durchgeführt, die Befragungen mit dem sogenannten Lügendetektor.

4.8.3 Verkehrspsychologen

Verkehrspsychologen nehmen Begutachtungen von Verkehrsteilnehmern vor, denen nach wiederholtem Alkoholkonsum am Steuer der Führerschein entzogen wurde. Oder sie setzen sich mit der Optimierung von Verkehrssituationen oder Fahrassistenzsystemen auseinander, um durch die Berücksichtigung von Reiz-Reaktions-Zeiten die Unfallzahlen zu senken. Sie arbeiten begleitend an den Arbeitsbedingungen der Fluglotsen und Piloten mit.

4.8.4 Schulpsychologen

Schulpsychologen beschäftigen sich mit kritischen Lernsituationen, untersuchen Schulen in kritischen Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen oder beschäftigen sich mit der Suchtprävention bei Jugendlichen. Eines ihrer Themen kann die Integration von Kindern mit problematischem Familienhintergrund sein. Oder sie sind in der vom Jugendamt eingesetzten Drogenberatungsstelle in der Prävention von Drogenkonsum tätig.

4.8.5 Freizeitpsychologen

Freizeitpsychologen beschäftigen sich nicht in ihrer Freizeit mit Psychologie, sondern mit der Bedeutung und Optimierung von Kinderzentren, Jugendarbeit, Alten- und Stadtteilarbeit. Sie beobachten Zusammenhänge zwischen Freizeitverhalten wie Computerspiele spielen oder Teilnahme an Vereinsaktivitäten einerseits und Verhaltens-

weisen wie Gewalt- oder Drogenkriminalität andererseits. Hierzu werden sie von den Kriminalpsychologen befragt.

4.8.6 Medienpsychologen

Medienpsychologen erforschen, wie lange ein Bild in einer Werbesendung auf dem Bildschirm zu sehen sein muss, damit der Zuschauer die Marke erkennt und ob besser Rot oder Blau als Hintergrundfarbe zu nehmen ist. In den Medien erforschen sie die Wirkung von Fotografien aus Kriegsgebieten auf die gegnerische oder eigene Bevölkerung oder die Wirksamkeit der Wahlkampagne eines Politikers. Wir nehmen an, dass in diesem Zusammenhang Psychologen auch bei der Berichterstattung der Medien im ersten und zweiten Golfkrieg beschäftigt waren und sind, wissen dies aber nicht.

4.8.7 Sportpsychologen

Sportpsychologen beschäftigen sich mit Trainings- oder Motivationspsychologie und bereiten Leistungssportler auf Wettbewerbe vor: Das Mannschaftsverhalten, die Bewältigung von Stress oder das Verhalten der Sportler in den Sekunden vor dem Start und ähnliche Situationen können ihre Unterstützung erfordern. Fußball- oder andere Nationalmannschaften haben nicht nur Mannschaftsärzte, sondern auch Psychologen in ihrem Team.

4.8.8 Neuropsychologen

Neuropsychologen beschäftigen sich damit, die Reaktionszeit von Patienten mit einer Multiplen Sklerose im fortgeschrittenen Stadium oder die Augenbewegungen bei der Amyotrophen Lateralsklerose zu ermitteln. Sie beschäftigen sich mit Fragen wie der Erinnerungsbildung oder der Beeinflussbarkeit von Zeugen mit intellektueller Minderbegabung.

4.8.9 Entwicklungspsychologen

In der Entwicklungspsychologie wird beispielsweise die Entwicklung der Geschlechtsrollenidentität von Einzelkindern im Vorschulalter in Deutschland mit der von Kindergartenkindern mit Geschwistern in Schweden unter besonderer Berücksichtigung der Geschwisterrivalität verglichen.

4.8.10 Ethnopsychologen

Die Ethnopsychologie beschäftigt sich z. B. mit der Erforschung des Sexualverhaltens von Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund und der Bedeutung stadtteilnaher Moscheen in der Kriminalitätsprävention. Die Ergebnisse werden an Schul- oder Sozialpsychologen weitergegeben oder mit ihren Forschungen verglichen.

4.8.11 Sozialpsychologen

Sozialpsychologen beschäftigen sich mit Gruppenkonflikten oder den Problemen von Einwanderungskindern an deutschen Oberschulen oder dem Verhalten der Erwachsenen in Vereinen. Sie beobachten das Verhalten in Stadtteilkernpunkten und machen Vorschläge zur Deeskalation bei Demonstrationen in Berlin-Kreuzberg am ersten Mai. Im Rahmen kirchlicher Institutionen arbeiten sie in der Familien- und Lebensberatung.

4.8.12 Klinische Psychologen

Die klinische Psychologie hat eine wichtige Aufgabe in der Forschung sowie in der Rehabilitation von Patienten mit bleibenden Störungen nach einem Apoplex oder Beratungsaufgaben bei der Bewältigung des Alltags bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. Sie arbeiten betreuend in Tageskliniken oder in der Kriseninterventions-Tagesklinik.

Fragen

- Bei den verschiedenen Schwierigkeiten, Problemen und Krisen des Lebens: Wer hätte Ihnen jeweils am besten helfen können?
- Erinnern Sie sich bitte an all die Fälle, in denen Ihnen ein Mensch mit vermutlich oder offensichtlich geistigen, seelischen oder neuronal bedingten Problemen begegnet ist. Zu welchem Behandler würden Sie ihn jeweils schicken?
- Wann hätten Sie persönlich einmal einen Psychologischen Berater gebraucht? Hatten Sie zu dieser Zeit einen Freund oder Seelsorger, der Ihnen weiterhelfen konnte?
- Gab es schon einmal eine Situation in Ihrem Leben, in der Sie einen Psychotherapeuten gebraucht hätten? Hätten Sie sich vorstellen können, in einer solchen Situation auch eine anders geartete Hilfe in Anspruch zu nehmen, beispielsweise kirchliche Hilfe oder die eines Freundes?
- Überlegen Sie sich bitte eine Situation in Ihrem beruflichen oder familiären Umfeld, in der Sie einen Diplom-Psychologen benötigen könnten.
- Welche Arten von Schwierigkeiten wirken auf Sie persönlich besonders interessant? Gibt es einen Arbeitsschwerpunkt, den Sie sich für Ihre Praxis vorstellen können?

5 Die Rolle des Beraters bzw. Therapeuten

An Sie als Heilpraktiker für Psychotherapie bzw. als Psychologischen Berater werden im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit unterschiedliche Anforderungen gestellt, die wir im Folgenden skizzieren wollen. Zum einen stellen diese Anforderungen natürlich die Menschen, die Sie um Hilfe und Unterstützung bitten, also Ihre Klienten. Damit rechnen und darauf hoffen Sie, und dafür sind Sie auch ausgebildet. Ihr privates Umfeld jedoch ist ein Bereich, in dem Sie vermutlich nicht mit besonderen Veränderungen gerechnet haben. Dennoch werden die meisten von Ihnen die Erfahrung machen, dass sie nicht nur im Familien- und Bekanntenkreis, sondern zum Teil sogar von beinahe Fremden um Rat gefragt werden.

5.1 Reaktionen des Umfelds

Auf die Frage nach dem Beruf etwas wie „Therapeut“ oder „Psychologischer Berater“ zu antworten, löst erfahrungsgemäß zwiespältige Reaktionen in anderen Menschen aus. Viele reagieren mit Neugierde, manche schildern Ihnen aber auch ungefragt Schwierigkeiten, die sie zurzeit haben, und möchten Ihre professionelle Einschätzung dazu hören. Da sollen Sie dann sagen, was Sie von Familienstellen nach Hellinger halten, ob Sie ein bestimmtes Medikament bei Depressionen empfehlen können und dass die Stimmungsschwankungen der Nichte des oder der Fragenden doch wirklich nicht mehr normal sind. Es gibt jedoch auch sehr negative Reaktionen. Einschätzungen wie „Ihr Psychologen seid doch alle bekloppter als eure Patienten“ oder „Das, was ihr macht, könnte ich auch, dazu braucht man nur ein bisschen gesunden Menschenverstand“ sind nicht unüblich und gehören zum Erfahrungsschatz der Kollegen.

Viele, die im Berufsleben anderen Menschen helfen möchten, entscheiden sich nicht von ungefähr für dieses Betätigungsfeld. Oftmals sind sie es gewohnt, der Ansprechpartner für Familie, Freunde, Kollegen und Bekannte zu sein, wenn es Probleme gibt. Sie helfen gern, können gut zuhören und sind auch deshalb beliebt.

Wenn ihnen das irgendwann zu viel wird, was vor allem in der eigenen Familie aufgrund der

emotionalen Nähe leicht passieren kann, begegnet man ihnen womöglich mit Verständnislosigkeit und vielleicht sogar mit Vorwürfen: „Aber ich weiß doch nicht, mit wem ich sonst darüber reden soll, du bist doch der Psychologe in der Familie!“

Interessanterweise ist Ihr neu erworbener Status als Fachmann oder Fachfrau Ihnen meist nur so lange sicher, bis Sie eine Ansicht vertreten, die dem anderen unangenehm ist. Beispielsweise könnten Sie Ihrer Mutter vorschlagen, sich wegen ihrer depressiven Phasen an eine professionelle Beratungsstelle zu wenden. Oder einer Freundin dazu raten, sich gegenüber ihren Kindern in der Erziehung konsequenter durchzusetzen.

Häufig werden solche gut gemeinten aber unerwünschten Ratschläge dann als „Psychokram“ abgestempelt. Und wenn Sie Pech haben, wird Ihnen auch noch unterstellt, Sie hielten sich jetzt aufgrund Ihrer Ausbildung für etwas Besseres. Dieser Vorwurf kommt vor allem in Partnerschaften während Auseinandersetzungen vor, wenn Sie versuchen, aufgrund Ihres Wissens sachlich zu bleiben oder wenn Sie sich womöglich an Kommunikationsregeln halten möchten, während Ihr Partner schon ganz weit oben auf der Palme ist.

Andererseits erwarten Partner von jemandem mit einer psychologischen Ausbildung vielfach auch mehr, wenn nicht geradezu uneingeschränktes Verständnis für die eigenen Launen. Sie sehen, der Beruf, den Sie ergreifen möchten, bringt vielleicht neue Herausforderungen in vielen Bereichen mit sich.

Tipp

Vielleicht empfinden Sie es ja auch gar nicht als problematisch, wenn sich plötzlich viele Menschen in Ihrem Umfeld mit Fragen an Sie wenden sollten. Sie sollten allerdings nicht aus den Augen verlieren, dass auch Sie einen Bereich in Ihrem Leben brauchen, in dem Sie sich erholen können. Das wird leicht vergessen, die eigene Kraft so lange überschätzt, bis die Grenze lange überschritten ist (siehe Kap. 5.4 und 11.1). Nicht von ungefähr sind die Gefahr für Burn-out und die Zahl der Suizide in den therapeutischen Berufsgruppen deutlich erhöht.

5.2 Kompetenzen

Die von Ihnen geforderte Kompetenz lässt sich grob in berufliche und in persönliche Kompetenzen unterteilen. Sowohl die beruflichen als auch die persönlichen Kompetenzen sind beinahe beliebig erweiterbar, teilweise überschneiden sie sich auch. Und am besten lernt man all diese Dinge in der Praxis. Die Grundlagen kann man sich natürlich anlesen. Dennoch ist die Möglichkeit, bestimmte Vorgehensweisen, Reaktionen und Gesprächsverläufe einzuüben und auch einmal verschiedene Varianten auszuprobieren, während eines Praktikums oder in der eigenen Praxis um ein Vielfaches wichtiger. Sie werden erstaunt sein, wie schnell eine bestimmte Strategie, die man sich vor dem Gespräch noch so schön zurechtgelegt hatte, von einer einzigen unerwarteten Reaktion Ihres Gegenübers zunichte gemacht werden kann.

5.2.1 Berufliche Kompetenz

Berufliche Kompetenz erwerben Sie in Ihrer Ausbildung, aus Büchern, durch Fachfortbildungen, durch die Erfahrungen, die Sie bisher in Ihrem Leben gemacht haben, und natürlich durch die Arbeit in der Praxis. So sollten Sie über gute differenzialdiagnostische Kenntnisse verfügen, sich in einem oder mehreren therapeutischen Verfahren auskennen, die Gesetze im Hinterkopf haben, die Ihren Beruf regeln und Sie müssen wissen, was in möglichen Notfällen zu tun ist.

Als Heilpraktiker für Psychotherapie müssen Sie schnell entscheiden können, wie Sie mit einem suizidalen Klienten umgehen. Legen Sie sich also am besten einen groben Verfahrensplan zurecht, den Sie dann im Ernstfall griffbereit haben. Ebenso wird Ihnen in der Regel nicht viel Zeit zum Abwägen bleiben, wenn Sie es mit einem sehr aggressiven Klienten zu tun haben.

Über diese und ähnliche berufliche Qualifikationen zu verfügen, sollte mehr oder weniger selbstverständlich sein, wenn Sie eigenverantwortlich therapeutisch arbeiten möchten. Dabei sollte es auf keinen Fall so sein, dass Sie die Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie abschließen und allein mit dem bis dahin erworbenen Wissen Ihre Patienten behandeln. Vielmehr müssen Sie Ihre gesamte Berufszeit lang auf dem Laufenden bleiben, was neue Erkenntnisse aus Ihrem Arbeitsgebiet betrifft. Dazu gehören die Problem-

bereiche, bei denen Sie eine Therapie anbieten, ebenso wie das von Ihnen gewählte und angewandte Therapieverfahren.

5.2.2 Persönliche Kompetenz

Zu den persönlichen Kompetenzen zählen Dinge, die nicht ohne Weiteres erlernbar sind. So sollten Sie über

- ein sicheres Auftreten verfügen,
- ein guter Zuhörer sein und
- mit unterschiedlichen Menschentypen umgehen können.

Dazu gehört, dass man Ihnen nicht alle Gefühle, positiv oder negativ, gleich an der Nasenspitze ablesen kann. Sie sollten verschwiegen sein, sowohl was die Informationen betrifft, die Ihnen zugetragen werden, als auch in Bezug auf sich selbst.



Es ist ein Tabu in Beratung und Therapie, dass der Berater bzw. Therapeut mit dem Klienten über Details aus seinem Privatleben, vor allem über eigene Probleme spricht.

Natürlich gibt es Ausnahmen, beispielsweise kann es in gewissem Maße Nähe und eine solidere Vertrauensbasis erzeugen, wenn der Berater oder Therapeut kleinere private Informationen von sich preisgibt. Auch Anekdoten aus der eigenen Erfahrung können zur Veranschaulichung eines Sachverhaltes dienen. Zur Regel sollten solche Vertraulichkeiten jedoch nicht werden, zumal eine zu geringe Distanz ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial für den Klienten birgt.

Rhetorische Fähigkeiten

Grundsätzlich ist es günstig, über gute rhetorische Fähigkeiten zu verfügen, sodass Sie die Sprache eines Handwerkers ebenso verstehen und annehmen können, wie die eines außergewöhnlich gebildeten Menschen. Außerdem helfen Ihnen solche verbalen Fähigkeiten und ein guter Wortschatz dabei, auch komplizierte Sachverhalte einfach und allgemein verständlich darzustellen.

Man sollte sich nicht in der Fachsprache verlieren, wenn man einen wenig gebildeten Menschen vor sich hat, kann sie bei einem medizinisch vorgebildeten Klienten aber durchaus anwenden. Auch hier kommt es also auf Ihr Fingerspitzengefühl an.

Empathie und Abgrenzung

Persönliche Kompetenzen können aber auch auf Sie selbst bezogen sein und somit Vorteile nicht nur für Ihre Klienten mit sich bringen. Beispielsweise ist es günstig, wenn Sie bei allen Vorteilen der Fähigkeit, sich in das Erleben anderer Menschen einzufühlen und ein Stück weit mit ihnen zu empfinden (Empathiefähigkeit), bei sich selbst bleiben können und sich nicht im anderen verlieren.

Diese Fähigkeit zur Abgrenzung, natürlich ohne unnahbar zu werden, hilft Ihnen, zwar in gewissem Sinne über den Zaun zu schauen, aber nicht auf der anderen Seite hinunterzufallen. Denn wenn Sie das nicht schaffen, sind Sie nicht mehr nur Außenstehender und damit für Ihren Klienten wahrscheinlich nicht mehr hilfreich. Diese Gratwanderung zwischen Empathie und Abgrenzung ist nicht immer leicht zu bewerkstelligen und erfordert ein bisschen Übung.

Fragen

Denken Sie einmal an die letzten Problemgespräche, die Sie in Ihrem persönlichen Umfeld geführt haben. Gibt es vielleicht ein Beispiel, bei dem Sie es geschafft haben, mitfühlend zu sein („über den Zaun zu schauen“), ohne mit zu leiden („auf der anderen Seite hinunterzufallen“)? Falls es Beispiele gibt, bei denen das nicht geklappt hat, überlegen Sie, was dazu geführt haben könnte, dass Sie es in diesem Fall nicht geschafft haben, die notwendige innere Distanz aufrechtzuerhalten. Vielleicht lag es daran, dass Sie dem Betroffenen sehr nahe stehen. Vielleicht gibt es aber auch bestimmte Themen, die für Sie persönlich problematisch sind. Versuchen Sie, sich solche Themen bewusst zu machen und sich im Rahmen Ihrer Möglichkeiten damit zu konfrontieren. Denn sonst tut es ein Klient.

Therapeutische Distanz

Wenn es Ihnen doch einmal passiert, und Sie im wahrsten Sinne des Wortes mit einem Klienten leiden, sollten Sie sich um eine gute Supervision bemühen (siehe Kap.5.4.1). Vielleicht hat etwas, das in diesem Fall relevant ist, mit Ihrer persönlichen Geschichte zu tun, mit Erfahrungen, die Sie gemacht haben, oder mit Leid, das Sie selbst erlitten haben.

Wenn Sie das in einer Supervision herausfinden

und bearbeiten können, sind Sie in der Zukunft auch in ähnlichen Situationen ein bisschen besser gewappnet und können sich in der Beratung oder Therapie ohne Schwierigkeiten professionell verhalten. Außerdem ermöglichen Ihnen eigene (verarbeitete!) Erfahrungen mit einer geschilderten Problematik ein noch besseres Verständnis für den betroffenen Klienten, was viele als sehr wohl-tuend empfinden.



Sollten Sie einmal einen Klienten haben, bei dem Ihnen der Aufbau einer solchen professionellen Distanz trotz Supervision einfach nicht gelingen will, dann ziehen Sie bitte in Erwägung, diesen Klienten zu überweisen, und zwar zu Ihrer beider Vorteil.

Für Sie kommt es sonst zu einer dauernden Rollenkonfusion, Sie sind gleichzeitig Therapeut und Betroffener. Das ist enorm anstrengend und im therapeutischen Prozess kaum zu bewerkstelligen.

Und für Ihren Klienten hat es Nachteile, weil Sie als ebenfalls Betroffener die Fähigkeit verlieren, seine Situation objektiv zu betrachten und auf dieser Grundlage sinnvolle Interventionen zu planen. Wir möchten Sie allerdings beruhigen. Solche Situationen sind in der Praxis eher selten, sodass Sie dadurch keine großen finanziellen Einbußen befürchten müssen.

5.3 Anforderungen

Die Anforderungen Ihres Berufes ergeben sich aus den geforderten Kompetenzen einerseits und im Falle des Heilpraktikers für Psychotherapie zusätzlich aus dem Gesetz und den Richtlinien Ihres Berufsstandes andererseits. Dazu kommen noch die Vorstellungen, die Sie selbst von sich als Berater oder Therapeut haben, sowie ethische Gesichtspunkte.

5.3.1 Schnelle Hilfe

Zunächst einmal sind Sie verpflichtet, jedem Klienten möglichst schnell zu helfen. Dazu gehört ein gutes differenzialdiagnostisches Wissen ebenso wie das Beherrschen eines oder mehrerer Verfahren in der Beratung. Sie müssen entscheiden können, welche Beratungsstrategie bei welchem Problem am Erfolg versprechendsten ist, und dann nach dieser Strategie vorgehen.

Wenn beispielsweise ein Klient zu Ihnen kommt, der aktuell unter einer Trennung leidet, werden Sie vor allem versuchen, mit ihm Möglichkeiten zu finden, wie es weitergehen kann, anstatt mit ihm erst einmal mehrere Sitzungen lang über die Vergangenheit und mögliche Ursachen für die Trennung zu sprechen. Natürlich können Sie das auch tun, und vielen Klienten ist es auch wichtig, aber im Vordergrund sollte immer die möglichst schnelle Entlastung stehen.

Dazu gehört natürlich das Gespräch mit Ihnen, die Möglichkeit, sich einmal alles von der Seele zu reden. Ebenso sind jedoch konkrete Handlungsaufforderungen wichtig. Was kann derjenige tun, wenn er nachts nicht schlafen kann, obwohl er morgens früh zur Arbeit muss? Wie soll er mit dem Liebeskummer umgehen? Wie soll er sich verhalten, wenn der Expartner übermorgen seine restlichen Sachen aus der ehemals gemeinsamen Wohnung holen will? Und was ist mit gemeinsamen Freunden oder gar Kindern? All das können Fragen sein, die einem Klienten in einer Trennungssituation gerade im Kopf herumgehen und die besprochen werden sollten.

Tipp

Sie können dieses Vorgehen mit einem ganz normalen Arztbesuch vergleichen: Wenn Sie mit akuten Schmerzen zu Ihrem Arzt gehen, wird dieser auch zunächst die Schmerzen zu lindern versuchen, bevor er sich mit Ihnen an die Ursachenbehebung macht. Und so sollten Sie es auch in der Beratung und Therapie halten. Schauen Sie, welche Probleme besonders akut sind und schnell bearbeitet werden müssen. Überlegen Sie, wie das am wahrscheinlichsten funktioniert, und dann gehen Sie nach dieser Strategie vor.

5.3.2 Weiterbildung

Sie sollten sich in den Verfahren, die Sie in Beratung oder Therapie anwenden, kontinuierlich weiterbilden und auch bei aktuellen Erkenntnissen über bestimmte Krankheitsbilder, Gesetzesänderungen und anderen Neuerungen, die Ihren Beruf betreffen, auf dem neuesten Stand sein. Die Weiterbildungspflicht ist vor allem eine berufsethische Verpflichtung.

Sollten Sie sich als Heilpraktiker für Psychotherapie einem Berufsverband anschließen, was wir

Ihnen, spätestens nach Ihrer Praxisgründung, sehr empfehlen möchten, wird in der Satzung meistens etwas über die Weiterbildungsrichtlinien zu finden sein. Bei vielen Verbänden wird die kontinuierliche Weiterbildung auch gefördert, indem Sie beispielsweise den Mitgliedsbeitrag teilweise oder sogar komplett auf die Kosten für die Fortbildungsveranstaltungen angerechnet bekommen.

Nicht zuletzt lohnt sich eine kontinuierliche Weiterbildung auch für Sie, denn die Klienten kommen zum Teil mit sehr genauen Vorstellungen zu Ihnen. Natürlich kommt es vor, dass jemand in der Beratung ein Verfahren erwähnt, das Ihnen völlig unbekannt ist, und dazu konkrete Fragen hat. Dann können Sie anbieten, sich bis zum nächsten Termin darüber zu informieren, wenn es dem Klienten sehr wichtig ist. Aber ein Klient sollte nicht regelmäßig besser informiert sein als Sie als Profi.

Daher raten wir Ihnen auch, sich schon bei der Terminvergabe zu erkundigen, worum es in der Beratung oder Therapie gehen soll. So haben Sie bis zum Erstgespräch noch Zeit, sich entsprechend vorzubereiten. Beispielsweise macht es einen Unterschied, ob eine Einzelperson, ein Paar oder eine ganze Familie zur Beratung kommt, was das grundlegende Thema, also das bestehende Problem ist und was von Ihnen erwartet wird. Nutzen Sie also, gerade zu Beginn Ihrer praktischen Tätigkeit, wenn Sie noch etwas unsicher sind, die Gelegenheit, sich auf jeden Termin gründlich vorzubereiten. Das Internet bietet Ihnen dabei schnell verfügbare Informationen zu fast jedem Thema, und das rund um die Uhr.

5.4 Psychohygiene

In vielen Berufen, in denen man zum Wohle anderer Menschen arbeitet, besteht eine erhöhte Gefahr für Burn-out und Suizid (siehe Kap.11.1). Das gilt für Lehrer ebenso wie für Ärzte und Therapeuten. Auch Sie werden in der Praxis, jedenfalls wenn sie erst einmal läuft, viele unterschiedliche Menschen mit zum Teil erschütternden Schicksalen kennenlernen.

Die Fähigkeit, mit anderen mitzufühlen, die unter angehenden Beratern und Therapeuten ohnehin schon gut ausgebildet ist, führt oft dazu, dass man sich zum Wohle seiner Klienten zum Teil über die Grenzen der eigenen Belastbarkeit hinaus aufopfert. Man nimmt die Geschichten auch noch

nach einem Arbeitstag mit nach Hause, grübelt dort weiter, anstatt sich zu erholen, und am nächsten Morgen geht es weiter.

Das kann man eine ganze Zeit lang schaffen, vor allem wenn Erfolgserlebnisse zwischendurch immer wieder neue Kraft geben, aber irgendwann ist man ausgebrannt. Wenn man dann versucht, etwas dagegen zu unternehmen, ist es oftmals schon sehr spät. Wir möchten Ihnen daher dringend ans Herz legen, sich von Anfang an eine gute Supervision zu suchen.

5.4.1 Supervision

Ob Sie einen professionellen Supervisor oder eine Gruppe von Kollegen bevorzugen, ist dabei ganz Ihnen überlassen. Zusammenschlüsse mehrerer Therapeuten oder Berater zu einer Supervisionsgruppe, die sich je nach Bedarf wöchentlich, alle zwei Wochen oder monatlich trifft, haben unter anderem den Vorteil, dass sie in der Regel kostenfrei sind und dass Sie auch von der praktischen Erfahrung der anderen profitieren können.

Zugelassene Supervisoren haben eine entsprechende Ausbildung und somit möglicherweise eine professionellere Herangehensweise an die gestellten Fragen, was vor allem unsicheren Charakteren zugute kommt. Optimal ist eine kleine Supervisionsgruppe von etwa fünf bis acht Mitgliedern, die von einem ausgebildeten Supervisor geleitet wird. Die Kosten verteilen sich dann auf alle Mitglieder und es ist jemand dabei, der einen geschulten Blick für die Gruppendynamik hat, der unterschiedliche Charaktere integrieren kann (sonst hat oft derjenige die meisten Gesprächsanteile, der am lautesten ist, während ein eher schüchterner Typ am Rande mitläuft, ohne zum Zuge zu kommen) und der auch rechtzeitig eingreifen kann, wenn bei einem Gruppenmitglied die Situation zu eskalieren droht.

Für welche Lösung Sie sich entscheiden, bleibt Ihnen überlassen. Gänzlich auf Supervision verzichten sollten Sie aber nicht.

5.4.2 Regeneration

Neben der Supervision ist es wichtig, dass Sie Gelegenheit haben, sich von Ihrem Berufsalltag zu erholen. Was auch immer Sie bevorzugen – Sport, Lesen, den Actionfilm im Kino, einen Abend mit Freunden in der Kneipe, ein Entspannungsbad, eine Massage oder ein gutes Essen mit Ihrem Part-

ner – es sollte etwas sein, bei dem Sie sich entspannen können und das Ihnen wieder Kraft gibt.

Fragen

Zu Ihrem Berufsbild

- Überlegen Sie, ob Sie überzeugend auf Menschen wirken werden.
- Wie viel Nähe und wie viel Distanz wohnt Ihrem Berufsbild inne?
- Haben Sie Probleme mit Nähe oder Distanz?
- Ist es Ihnen ein persönliches Anliegen, so mit Menschen zu arbeiten?
- Wissen Sie nicht so recht, was Sie bei den ersten Gesprächen erwartet?
- Oder haben Sie ohnehin schon Ihre Familie oder Freunde erfolgreich „behandelt“?
- Kämen diese auch noch wegen Rat, wenn sie jetzt dafür zahlen müssten?
- Mit welchen Patienten oder Klienten wollen Sie arbeiten?
- Wie laden Sie die Klientel – Ihre Zielgruppe – dazu in Ihre Praxis ein?

Zu Ihrem Selbstverständnis

- Wie ist Ihre derzeitige familiäre Situation, bekommen Sie Unterstützung?
- Oder werden Sie in mehreren Lebensrollen gleichzeitig funktionieren müssen?
- Haben Sie Freiraum, Ihren beruflichen Weg Schritt für Schritt zu gehen?
- Oder stehen Sie schon vor der Praxisgründung unter Druck?
- Ist es Ihre Entscheidung, diesen Schritt in die Selbstständigkeit zu machen?
- Wie ist Ihr berufliches Selbstverständnis?
- Haben Sie Kollegen, Freunde oder Familie, die Sie darin bestärken?
- Glauben Sie selbst an Ihren beruflichen Erfolg?
- Wer wird Ihnen in dieser Lebensphase Freund sein?
- Sind Sie eingebettet in eine wohlthuende private Situation?
- Ist der Zeitpunkt zur Praxisgründung für Sie wirklich günstig?

6 Therapiestrategien und Gesprächsführung

Jede Art von Beratung oder Therapie, die Sie anwenden möchten, erfordert eine spezielle Art der Gesprächsführung bzw. spezielle Therapietechniken. Diese können

- erkenntnisorientiert bzw. analytisch,
- lösungsorientiert,
- verhaltensorientiert,
- systemisch oder
- eine Mischung aus verschiedenen Techniken sein.

Vereinfacht kann man sagen, die tiefenpsychologischen und erkenntnisorientierten Verfahren beschäftigen sich mit den Ursachen eines Problems, die Verhaltenstherapie konzentriert sich auf die (positiven und negativen) Folgen, die lösungsorientierte Therapie nimmt das, was der Klient mitbringt, und entwickelt daraus eine Lösung, und die systemische Therapie beschäftigt sich mit der Kommunikation des Patienten in seinem System.

Tab.17 vermittelt eine Übersicht über wichtige Therapieverfahren.

Übung

Wenn Sie das nächste Mal in Ihrem Freundes-, Familien- oder Bekanntenkreis ein Problemgespräch führen, achten Sie einmal darauf, wie Sie üblicherweise vorgehen. Stellen Sie Fragen? Wenn ja, was für Fragen? Hören Sie nur zu, bis Sie wissen, worum es geht? Wie finden Sie heraus, was genau das Problem ist? Und versichern Sie sich, dass es das auch wirklich ist? Geben Sie konkrete Ratschläge? Gibt es Momente, die Sie problematisch finden, vielleicht wenn jemand weint oder besonders abgeklärt wirkt? Sie sollen während dieser Übung nichts verändern, sondern nur beobachten, wie Sie bei einem Beratungsgespräch vorgehen.

Tab.17 Grundzüge wichtiger Therapieverfahren.

	psychoanalytische Verfahren	Verhaltenstherapie	Krisenintervention	lösungsorientierte Therapie	systemische Therapie
Grundlagen	Bewusstmachung und Bearbeitung unbewusster Impulse und Konflikte	Erlernen und Einüben neuer Verhaltens- und Reaktionsmuster	Unterstützung bei Krisenbewältigung, Vermittlung von Bewältigungsstrategien	Betonen der Stärken und der Kompetenzen des Patienten, „Mache mehr von dem, was funktioniert“	Korrektur dysfunktionaler Kommunikationsmuster
therapeutische Haltung	neutral, indifferent	psychoedukativ, direktiv	supportiv, direktiv	neugierig, supportiv	psychoedukativ, direktiv, supportiv
Hauptindikationen	Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen, Partnerschafts- und Sexualstörungen	Krisen, v. a., wenn sie mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen	Interaktions- und Kommunikationsstörungen in Partnerschaft und Familie, aber auch psychische Erkrankungen	Interaktions- und Kommunikationsstörungen in Partnerschaft und Familie
Behandlungsziele	Neustrukturierung der Persönlichkeit, Überwindung von Konfliktmustern	Symptombeseitigung, Selbstkontrolle, Aufbau neuer Kompetenzen	schnelle Stabilisierung des Patienten	Erarbeiten einer funktionierenden Lösungsstrategie	Erarbeiten funktionsnierender Interaktions- und Kommunikationsstrategien

6.1 Die Suche nach den Ursachen

Erfahrungsgemäß ist es so, dass wir am ehesten dazu neigen, bei auftretenden Problemen deren Ursachen zu erkunden. Die Frage nach dem Auslöser eines Problems ist uns mittlerweile in Fleisch und Blut übergegangen, sie funktioniert beinahe wie ein Reflex. Der Gedanke dahinter ist, dass wir glauben, die Ursachen begreifen zu müssen, um an ihren Folgen etwas ändern zu können.

Stellen Sie sich vor, Sie haben starke Magenschmerzen und gehen damit zum Arzt. Dieser sagt Ihnen nach einer eingehenden Untersuchung, woher Ihre Schmerzen kommen, beispielsweise von einer Magenschleimhautentzündung. Nun, da Sie die Ursache der Schmerzen kennen, sind Sie vermutlich beruhigt, dass es sich um keine schwerwiegende Erkrankung handelt. Die Schmerzen verschwinden durch Ihr Wissen jedoch nicht. Hierzu müssen Sie konkrete Schritte unternehmen, beispielsweise ein Medikament einnehmen, das die Magensäure bindet, Ihre Ernährung umstellen, Stress vermeiden oder anderes tun, was Ihnen früher schon bei ähnlichen Beschwerden geholfen hat.

Nun sind körperliche und seelische Schmerzen nicht so unterschiedlich, wie wir manchmal annehmen. In den Auslösern natürlich, nicht aber in den zu ihrer Linderung beitragenden Maßnahmen. Auch bei seelischem „Bauchweh“ hat es sich bewährt, nach Lösungsansätzen Ausschau zu halten, die in solchen oder ähnlichen Situationen schon einmal geholfen haben. Gleichzeitig werden bereits unternommene Lösungsversuche, die bisher zu keiner Verbesserung geführt haben, aufgegeben, da es unwahrscheinlich ist, dass sie in Zukunft funktionieren werden. Die Ursachen spielen dabei nur insofern eine Rolle, als Sie sich mit der Frage auseinandersetzen müssen, was aktuell dazu geführt hat, dass Ihre Probleme (wieder) aufgetreten sind.

Fragen

Wie stehen Sie persönlich zu der Aussage, man müsse die Ursachen eines Problems kennen, um eine Lösung dafür zu finden? Bitte denken Sie möglichst unvoreingenommen darüber nach und lassen sich nicht von den Informationen beeinflussen, die Sie bereits gelesen haben.

6.1.1 Wann ist die Ursachensuche sinnvoll?

Es ist sicherlich sinnvoll, sich an einem bestimmten Punkt einer Beratung oder Therapie mit den Auslösern der aktuellen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Im Kap. 6.2 stellen wir Ihnen eine lösungsorientierte Variante der Ursachenforschung vor, die eine kreative Kombination von Ursachen- und Lösungsorientierung ermöglicht. Zusätzlich finden Sie dort das Gesprächsprotokoll einer eigenen ressourcenorientierten Beratung, damit Sie einen Eindruck gewinnen, wie so ein Gespräch ablaufen kann.

Wenn Sie – wie so viele Menschen – der Ansicht sind, dass die Ursachenforschung an erster Stelle stehen muss, werden Sie bei vielen Klienten damit wahrscheinlich die sprichwörtlichen offenen Türen einrennen, weil diese es regelrecht erwarten und oft schon einen ganz konkreten Verdacht mitbringen, wer oder was an ihren Problemen schuld ist.

Selbstverständlich gibt es gute Gründe, über die Ursachen eines Problems nachzudenken und zu sprechen.

- Ein Grund ist, dass es für den Ratsuchenden persönlich wichtig ist. Wenn Ihnen Ihr Klient beispielsweise sagt, er wolle verstehen, wie sein Problem entstanden ist, um nicht noch einmal in eine solche Lage zu geraten, ist das nur allzu verständlich. Dann können Sie sich in einer bestimmten Phase der Beratung damit beschäftigen, was er ganz konkret tun (oder lassen) kann, damit die Schwierigkeiten in Zukunft nicht wieder auftreten oder wenigstens besser bewältigt werden können.
- Eine andere Möglichkeit ist, dass das vorrangige Interesse eines Patienten in der Beratung darin besteht, mehr über sich zu erfahren und sich selbst besser kennenzulernen. Dann können Sie gemeinsam erforschen, was ihn geprägt und zu dem Menschen gemacht hat, der er heute ist, mit seinen persönlichen Stärken und Schwächen.
- Außerdem ist es noch möglich, dass jemand immer wieder für ihn unerklärliche Schwierigkeiten in bestimmten Situationen hat. Er hat das Gefühl, an einer bestimmten Stelle besonders empfindsam oder verletzlich zu sein, und möchte verstehen, warum das so ist. Auch dann können Sie sich gemeinsam auf die Suche nach den individuellen Gründen machen.

6.1.2 Tiefenpsychologische Psychotherapie

Die tiefenpsychologische Psychotherapie betrachtet aktuelle Schwierigkeiten und Störungen als Ausdruck von Konflikten und Traumatisierungen, die in der **frühen Kindheit** erlebt und nicht oder nur unzureichend verarbeitet wurden. Es wird davon ausgegangen, dass viele seelische Vorgänge unbewusst ablaufen und dass diese dem Bewusstsein nicht zugänglichen Empfindungen von großer Bedeutung für die körperliche und seelische Gesundheit sind.

In der tiefenpsychologischen Psychotherapie werden die mit einem oder mehreren aktuellen Konflikten in Zusammenhang stehenden Gefühle aufgearbeitet und in Bezug zu wichtigen frühen Erlebnissen und Beziehungsmustern gesetzt. Durch das damit verbundene **Wiedererleben** dieser Gefühle wird eine neue und bewusste Auseinandersetzung mit den ihnen zugrunde liegenden Erfahrungen möglich gemacht. Dadurch soll der Umgang mit den aktuellen Problemen günstig beeinflusst werden.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie kann sowohl mit Erwachsenen als auch mit Kindern oder Jugendlichen in Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt werden.

6.1.3 Psychoanalytische Therapie

Auch die psychoanalytische Therapie betrachtet aktuelle Schwierigkeiten ebenso wie psychische Störungen als Manifestation unzureichend verarbeiteter **früher Konflikte** oder **Traumatisierungen**. Auch dieser Therapieform liegt der Gedanke an unbewusst ablaufende, bedeutsame seelische Prozesse zugrunde.

Im Gegensatz zur tiefenpsychologischen Psychotherapie arbeitet die psychoanalytische Therapie jedoch nicht nur an einem bzw. wenigen relativ eng umgrenzten Konflikt(en), sondern an der **psychischen Grundstruktur** des Patienten. Die angestrebte fundamentale Veränderung erfordert in der Regel eine mehrjährige Therapie.

Die psychoanalytische Therapie arbeitet vorwiegend mit **Assoziationen**, **Träumen** und der **Deutung** von Reaktionen des Patienten, beispielsweise auf den Therapeuten. Durch die Auseinandersetzung mit den eigentlich unbewussten Phänomenen soll es ermöglicht werden, allmählich in tiefere Bewusstseinsschichten vorzudringen. In der Vergan-

genheit nicht ausreichend bewältigte Entwicklungsschritte können der analytischen Theorie zufolge nachgeholt und aktuelle Verhaltensweisen und Gefühle können besser verstanden werden.

6.1.4 Mögliche Anwendungsgebiete analytischer Verfahren

Nach neuesten Erkenntnissen helfen analytisch orientierte Therapieverfahren unter anderem bei Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und somatoformen Erkrankungen. Die Therapie verringert demnach die Symptomatik und auch deren Begleiterscheinungen deutlich und verbessert die soziale Anpassung von Patienten in Familie und Berufsleben. Auch bei der analytischen Behandlung von Angststörungen werden Erfolge vermeldet. Dazu ist allerdings anzumerken, dass die analytisch orientierte Therapie von Angststörungen in Ermangelung eines speziellen Therapiekonzepts überwiegend an die kognitiv-verhaltenstherapeutische Methodik angelehnt ist.

Tab. 18 und **19** stellen in groben Zügen die therapeutischen Grundannahmen und das Vorgehen bei der analytischen Therapie von Angststörungen bzw. Depressionen dar (siehe Kap. 10.2, 10.5).



Analytische Therapieverfahren sollten nur von einem entsprechend ausgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten oder Psychiater angewendet werden, da die verantwortungsvolle Anwendung sehr schwierig und komplex ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Therapieversuche mehr schaden als nutzen, krankheitsverstärkend wirken oder sogar schwere Krisen auslösen.

6.1.5 Ein hilfreicher Ansatz zur Arbeit mit den Ursachen

Eine gute und einfache Möglichkeit, weiter zurückliegende Ursachen für eine aktuelle Schwierigkeit herauszufinden, besteht darin, nach ähnlichen Situationen aus der Vergangenheit zu fragen. Diese Technik können Sie auch anwenden, ohne eine psychoanalytische Ausbildung zu haben. Wenn einer Ihrer Klienten beispielsweise Angst im Dunkeln hat, die er sich nicht erklären kann, dann fragen Sie ihn einmal, woher ihm diese Angst bekannt ist. Versuchen Sie gemeinsam, die früheste Erinnerung an eine solche Situation he-

Tab. 18 Mögliches analytisches Vorgehen bei Angststörungen.

psychodynamische Erklärungsmodelle	
Defizitmodell	Das Defizitmodell geht davon aus, dass aufgrund einer schwerwiegenden Ich-strukturellen Schwäche, beispielsweise aufgrund von Traumatisierungen, eine zu geringe Konflikttoleranz besteht. Diese äußert sich anhand starker Angst- und Überforderungsgefühle auch schon bei geringfügigen Auslösern.
Konfliktmodell	Das Konfliktmodell sieht zu Beginn einer neurotischen Entwicklung einen frühen, durch eine ambivalente Entscheidungssituation ausgelösten innerpsychischen Konflikt. Durch eine aktuelle Krisensituation wird dieser Konflikt wiederbelebt und dann aus infantiler Perspektive erlebt (Regression). Die Angst ist demnach eine Folge fehlgeschlagener Abwehr von konfliktbehafteten Triebimpulsen.
therapeutisches Vorgehen	
Exploration	Am Anfang wird auch in der Analytischen Psychotherapie eine sorgfältige Exploration der Angstanfälle sowie der sie auslösenden und begleitenden Phantasien durchgeführt.
Vermeidungsverhalten vermeiden Ressourcen fördern	Da für die Angststörungen keine spezifischen analytischen Therapiemanuale vorliegen, orientiert sich die Vorgehensweise an den bewährten verhaltenstherapeutischen Konzepten. Im Vordergrund steht dabei ein aktives Angehen des bei Angstpatienten typischen Vermeidungsverhaltens. Die zur Bewältigung der Angst notwendigen Ressourcen des Patienten werden gefördert.
freies Assoziieren	Um die für dieses Therapiemodell besonders bedeutsamen unbewussten Phantasien bewusst zu machen, wird die Technik des freien Assoziierens angewandt. Der Patient wird dabei gebeten, sich so intensiv wie möglich in eine angstauslösende Situation zu versetzen bzw. sich an eine solche zu erinnern. Dann soll er unzensuriert alle Gedanken und Erinnerungsfragmente äußern, die ihm in den Sinn kommen.
Grundkonflikt bearbeiten	Auch an dem der Angst zugrunde liegenden Grundkonflikt soll gearbeitet werden. Dazu versucht der Therapeut mit dem Patienten gemeinsam herauszufinden, was er sich unbewusst wünscht, dessen Erfüllung er sich aber versagt. Welche Angst hält ihn davon ab, sich den (unbewussten) Wunsch zu erfüllen?
Wann ist eine frühe Konfliktaufdeckung kontraindiziert?	In manchen Fällen, v. a. bei begleitenden Persönlichkeitsstörungen und labilen Patienten, ist eine frühe Konfliktaufdeckung kontraindiziert, da die Gefahr einer psychischen Dekompensation und somit einer Verschlimmerung der Symptomatik besteht.

rauszufinden. Vielleicht ist in seiner Kindheit nachts einmal etwas Schreckliches passiert, oder die Dunkelheit erinnert ihn an einen geschlossenen Raum, mit dem er etwas Negatives verbindet.

Sie können sich darauf verlassen, dass Sie mit ein bisschen Erfahrung an der Reaktion Ihres Klienten erkennen werden, wenn Sie auf der richtigen Spur sind. Aber bitte achten Sie darauf, dass Sie nicht vor lauter Begeisterung für eine Ihnen besonders logisch erscheinende Erklärung dem Klienten einreden, es sei die richtige. In den meisten Fällen sind es nämlich nicht die Bilderbucherklärungen, sondern scheinbar profane, bedeutungslose Begebenheiten, die gerade deshalb in

Vergessenheit geraten sind und sich nur noch durch die vermeintlich unerklärliche Angst bemerkbar machen.

Wenn Sie die problematische Auslösesituation herausgefunden haben, dann ist Ihre Arbeit natürlich noch nicht getan. Denken Sie noch einmal an die Bauchschmerzen, die nicht durch die Diagnose allein verschwinden. Um die Situation auch Jahre später noch zu verarbeiten und die Ängste zu mindern, können Sie je nach Problem und Klient verschiedene Techniken nutzen. Bei Ängsten haben sich die verhaltenstherapeutischen Ansätze, die Sie in diesem Kapitel noch kennenlernen werden, als besonders günstig erwiesen.

Tab. 19 Mögliches analytisches Vorgehen bei Depressionen.

psychodynamische Erklärungsmodelle	
Verlusterfahrungen	Für die Entstehung von Depressionen werden aus analytischer Sicht v. a. frühe Verlust-erfahrungen verantwortlich gemacht. Die bestehenden Konflikte werden durch die frühe Entwicklung einer auf sich selbst gerichteten (narzisstischen) Bedürftigkeit erklärt.
konflikthafte Beziehungsmuster	Diese in der Kindheit entstandenen Konflikte sind dem erwachsenen Depressiven häufig nicht klar, führen aber zu konflikthaften Beziehungsmustern mit nahestehenden Personen und im Moment von Verlust-, Versagungs- oder Enttäuschungserlebnissen zum depressiven Zusammenbruch.
therapeutisches Vorgehen	
Übertragung	Seitens des Therapeuten wird nun versucht, diese Konflikte zu bearbeiten und den Patienten seine negativen Emotionen erleben zu lassen. In psychoanalytischen Therapien kommen v. a. langfristige Lernmechanismen zur Wirkung. Deshalb stellen die Intensität und längere Dauer dieser Behandlungen einen besonderen Faktor dar, weil sie die Grundlage für Übertragungskonstellationen bilden.
korrigierende emotionale Erfahrungen machen	In diesem Rahmen wird es dem Patienten ermöglicht, korrigierende emotionale Erfahrungen zu machen. Durch intensives und wiederholtes Durcharbeiten problematischer Interaktionsweisen und Selbstwahrnehmungen sollen die problematischen Reaktionsmuster allmählich reduziert werden.
stützendes oder aufdecken-des Vorgehen	Hierbei ist v. a. der Schweregrad der Depression entscheidend. Bei schweren Episoden sollte die Therapie eher einen stützenden als einen aufdeckenden Charakter haben.

6.2 Lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen

Während es ein zentraler Bestandteil tiefenpsychologischer Therapie- und Beratungsgespräche ist, die hinter den aktuellen Schwierigkeiten eines Klienten liegenden Ursachen zu ergründen, konzentriert sich die lösungsorientierte Kurzzeittherapie von vornherein auf die Suche nach möglichen Lösungen. Das lösungsorientierte Modell gehört zu den sogenannten Kurztherapien. Die vom Klienten vorgetragenen Probleme, Konflikte oder Störungen werden dabei nicht so ausführlich untersucht, sondern es werden die beim Klienten vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen exploriert und betont und alle Möglichkeiten ihrer aktiven Nutzung ausgeschöpft. So soll möglichst schnell eine Problemlösung erzielt werden.

6.2.1 Theoretischer Hintergrund

Der Theorie dieser Methode zufolge verfügt jede Person über alle Voraussetzungen, die sie zur Lösung ihrer Probleme benötigt. Sie nimmt sie nur nicht wahr bzw. nutzt sie nicht. Ein Schritt besteht

in der Therapie darin, sich von bisherigen, das Problem begünstigenden Verhaltensweisen zu lösen, indem der Klient sich in typischerweise problemauslösenden oder -begünstigenden Situationen anders verhält. Dadurch sollen Veränderungen beim Klienten selbst, aber auch in seinem Umfeld bewirkt werden. Dahinter steht die Erfahrung aus der Systemtheorie, dass bereits kleine Veränderungen in einem bestimmten Kontext oder System, beispielsweise einer Familie, weitreichende Veränderungen für alle Beteiligten bewirken können.

Ausnahmen suchen

Auf der Suche nach einer funktionierenden Lösung konzentriert sich der lösungsorientierte Therapeut auf die Ausnahmen von einem geschilderten Problem, anstatt auf das Problem selbst. Momente, in denen kleine Veränderungen in der vermeintlichen und vom Klienten wahrgenommenen Stabilität des problematischen Zustandes auftreten oder aufgetreten sind, werden ausgemacht und genau untersucht. Was trägt der Klient dazu bei, dass solche Ausnahmen möglich sind? Kann er die Bedingungen für die Ausnahme öfter schaf-

fen? Ein solcher Ausbau einer schon vorhandenen Lösungs- oder Verbesserungsmöglichkeit wird in der lösungsorientierten Therapie als wichtiger betrachtet als darüber nachzudenken, wie sich falsches Verhalten korrigieren oder verändern ließe.

Ressourcen und Fähigkeiten stärken

Diese Erforschung des spontanen oder willkürlichen Auftretens eines erwünschten Zustands trotz des noch bestehenden Problems steht im Mittelpunkt der lösungsorientierten Interventionen. Das Verfahren zeichnet sich durch das Bemühen aus, Fähigkeiten und Stärken eines Klienten deutlich zu machen und zu betonen (Ressourcenorientierung) und mit ihm gemeinsam zu erarbeiten, wie er diese Ressourcen gewinnbringend einsetzen kann. Von der ersten Sitzung an geht es also darum, eine Lösung zu erarbeiten, indem die Suche nach Ausnahmen initiiert wird. Auch wenn der Klient immer wieder sein Problem thematisiert, der Therapeut lenkt das Gespräch konsequent auf beschwerdefreie Zeiträume, also auf die gefundenen Ausnahmen. Durch die Fokussierung auf die Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten wird dieser dazu angehalten, seine Aufmerksamkeit vom Problem abzuwenden und sich stattdessen bewusst zu machen, dass er über alle Möglichkeiten verfügt, das Problem zu lösen.

6.2.2 Unterscheidung von drei Kliententypen

Um die Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu beschreiben und für jeden Kliententypus möglichst schnell die passende Interventionstechnik einsetzen zu können, werden in der lösungsorientierten Theorie und Praxis drei Gruppen von Klienten unterschieden (Tab. 20). Es geht dabei nicht um ein bestimmtes Charakteristikum des Klienten selbst, sondern um die Art der Interaktion in der konkreten Beratungssituation.

6.2.3 Therapeutische Interventionen

Standardaufgabe: Die lösungsorientierte Arbeit in der Praxis zeigte schon früh, dass bestimmte Interventionen und Hausaufgaben übertragbar und immer wieder einsetzbar sind, unabhängig von den Symptomen und Problemthemen der Klienten.

Daraus entwickelte sich die folgende Standardhausaufgabe, die den Klienten nach der ersten Sitzung gestellt wird:

„Bis zur nächsten Sitzung beobachten Sie bitte ganz genau die Abläufe und den Alltag in Ihrer Familie/Partnerschaft/beruflichen Beziehung. Versuchen Sie nicht, etwas zu verändern. Sie sollen nur aufmerksam beobachten. Machen Sie sich Notizen. Und beim nächsten Mal beschreiben Sie dann, was dort abläuft, das so bleiben soll, wie es ist.“

Auch Klienten, die anfangs der Meinung sind, es sei ausschließlich schwierig und das Problem sei überdauernd und allumfassend, stellen häufig fest, dass trotz des Problems auch positive und schöne Dinge geschehen. So ist diese Standardaufgabe ein nützliches Hilfsmittel, um den ersten Schritt in Richtung von Veränderungen und Lösungen zu gehen.

Prophezeiung: Der Therapeut kann den Klienten auch bitten, jeden Abend eine Voraussage zu treffen, ob das Problem am nächsten Tag auftreten wird. Dieses Vorgehen hat, wenn es auch zunächst unsinnig erscheinen mag, den Sinn, dem Klienten zu zeigen, dass vermeintlich unbeeinflussbare Dinge eben doch zum Teil seiner Kontrolle unterliegen.

So wird das ursprünglich problembezogene Denken des Klienten auf ein neues Element ausgerichtet: Nicht mehr die Vermeidung oder Veränderung des Problems ist als Ziel definiert, sondern die korrekte Vorhersage. Gleichzeitig wird die Aufmerksamkeit auf die Unterschiede gelenkt, die zwischen den Tagen mit und den Tagen ohne das Problem bestehen.

Wunderfrage: Wenn so die Grundlage für die therapeutische Beeinflussung geschaffen wurde, schaltet der Therapeut um auf die gemeinsame Erarbeitung einer Zukunftsvision, in der das Problem bereits gelöst ist. Um ein möglichst detailliertes Bild dieser Zukunftsvision zu erhalten und um herauszufinden, was genau die Wünsche und Ziele des Klienten sind, wurde die sogenannte Wunderfrage entwickelt:

„Angenommen, in der Nacht, während Sie schlafen, würde ein Wunder geschehen und Ihr Problem wäre plötzlich gelöst. Woran würden Sie am nächsten Morgen merken, dass Ihr Problem verschwunden ist? Was wäre alles anders? Woran würden die Menschen in Ihrem Umfeld merken, dass Ihr Problem gelöst ist, ohne dass Sie es ihnen verraten?“

Tab. 20 Kliententypen und das entsprechende lösungsorientierte Vorgehen.

Besucher	
Beschreibung	Beim Besucher handelt es sich um einen Klienten, der zur Therapie geschickt oder mitgenommen wird. Er kommt sozusagen mit einem Auftrag in die Beratung, soll aufhören zu trinken, an seinem Kommunikationsverhalten arbeiten oder lernen, mit seinen Aggressionen umzugehen. Der Klient selbst hat dabei nicht den Eindruck, ein Problem zu haben, geschweige denn, daran arbeiten zu müssen. Wenn ein solcher Klient doch ein Problem wahrnimmt, hat er den Eindruck, dass es sich um das Problem einer anderen Person handelt, meistens der Person, die ihn zur Therapie geschickt hat. Dieser Kliententypus ist für lösungsorientiert arbeitende Berater und Therapeuten besonders schwierig, da es kaum möglich ist, sich mit ihm darüber zu verständigen, was das Problem ist oder wie es gelöst werden könnte.
Intervention	Akzeptieren des Widerstands. Komplimente machen, Ausschau halten nach dem, was funktioniert. Der Klient vom Typ Besucher bekommt keine bestimmten Aufgaben.
Klagender	
Beschreibung	Beim Klagenden handelt es sich um einen Klienten, der eine klar beschreibbare Beschwerde hat, sich selbst aber nicht als Teil des Problems oder der Lösung wahrnimmt. Vielmehr ist er der Auffassung, dass jemand anderer, beispielsweise der Ehepartner, der Chef oder ein Freund, für die Lösung zuständig ist. Ein solcher Klient fühlt sich machtlos und spricht häufig in der Problemsprache. Auf die Frage, wie der Therapeut ihm helfen könnte, antwortet er häufig etwas wie „Um mir zu helfen, müssten Sie wahrscheinlich meinen Partner (meinen Sohn etc.) ändern können“. Es ist auch möglich, dass der Klient vom Therapeuten erwartet, dass dieser ihm beibringt, die als problematisch empfundene andere Person selbst zu ändern. Klienten vom Typ Klagender machen erfahrungsgemäß einen Großteil der Beratungssuchenden in der Praxis aus.
Intervention	Akzeptieren der Wahrnehmung des Problems. Von der Problem- in die Lösungssprache übergehen: Wie wäre es, wenn sich die betreffende Person/ die problematische Situation schon geändert hätte? Was würde der Klient dann anders machen? Könnte er manche dieser Dinge auch schon jetzt, wo das Problem noch besteht, verändern? Und könnten diese Veränderungen bereits Lösungsansätze beinhalten? Beobachtungs- oder Denkaufgabe als Hausaufgabe.
Kunde	
Beschreibung	Ein Kunde ist ein Klient, der eine definierte Beschwerde hat und der bereit ist, etwas für die Lösung zu tun. Dieser Kliententypus sucht aus eigenem Antrieb heraus nach Hilfe und sieht sich selbst als Teil seines Problems und somit auch als Teil der Lösung an. In der Regel kann schnell das Problem identifiziert und eine Vorstellung von einer möglichen Lösung erarbeitet werden.
Intervention	Problem genau beschreiben lassen, Zielzustand festlegen, Ausnahmen vom Problem finden. Hausaufgaben in Form von Verhaltensaufgaben: Tun Sie mehr von dem, was funktioniert.

Die Wunderfrage zu beantworten hilft dem Klienten, ein Bild von seinen Zielen und somit eine Vorstellung von einer möglichen Lösung seines Problems zu entwickeln. Zudem kann diese hypothetische Beschreibung einer beschwerdefreien Zukunft dazu beitragen, mögliche Ausnahmen besser wahrzunehmen und als bedeutsam einzuschätzen.

Tipp

Lösungsorientiertes Vorgehen ist eigentlich optimal für Ihre Arbeit in der Praxis. Es ist schnell zu erlernen, weil es kein großes Fachwissen erfordert. Die größte Schwierigkeit für den Therapeuten oder Berater besteht darin, konsequent in der Rolle eines Unwissenden zu bleiben und zu akzeptieren, dass der Klient (und nicht er selbst!) der Experte für sein Problem ist. Er hilft dem Klienten durch gezieltes und interessiertes Nachfragen, eine eigenständige Lösung zu finden.

Außerdem geht der Lösungsfindungsprozess schnell voran, was unserer Verpflichtung (und hoffentlich unserem Bedürfnis) entgegenkommt, das Verfahren anzuwenden, das am schnellsten zu einer Lösung zu führen verspricht. Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen liegt in der lösungsorientierten Therapie und Beratung zwischen vier und sieben. Die zeitlichen Intervalle zwischen den Sitzungen werden individuell ausgehandelt und können wenige Tage oder mehrere Monate lang sein.

6.2.4 Praktisches Vorgehen

Problem beschreiben: Inwiefern ist das geschilderte Problem ein Problem für den Klienten? Wenn der Klient mehr als ein Problem schildert: Welches davon ist am wichtigsten und muss zuerst bearbeitet werden? Was hat der Klient bereits versucht, um das Problem zu lösen? Hat einer dieser Versuche funktioniert? Was verspricht er sich von diesem Gespräch? Wie kann der Therapeut ihm bei der Lösung des Problems behilflich sein?

Ziele formulieren: „Was müsste sich nach unserem heutigen Gespräch verändert haben, damit Sie sagen können, der Termin hat sich gelohnt?“ Wunderfrage stellen, dabei Konzentration auf die Dinge, die sich ändern würden, wenn das Problem gelöst wäre. Die formulierten Ziele sollten möglichst konkret und überschaubar sein. Lieber kleine, erreichbare Zwischenziele festlegen, als nur ein großes, weit entferntes 100%-Ziel (siehe Kap. 6.2.6).

Lösung suchen: „Wann waren Sie Ihrem persönlichen Wunder in der letzten Zeit schon einmal näher als heute? Was war da anders, als in besonders problematischen Zeiträumen?“ „Was müssten Sie tun, um Ihr Problem zu verschlimmern? Wie genau machen Sie das?“ „Was ist notwendig, damit das Wunder geschehen kann? Oder wenigstens ein Teil des Wunders?“ „Tun Sie einmal so, als sei das Wunder bereits geschehen: Was ist die erste kleine Sache, die Sie dann ändern würden?“

6.2.5 Beispiel eines lösungsorientierten Beratungsgesprächs

Um Ihnen den lösungs- und ressourcenorientierten Beratungsprozess zu veranschaulichen, werden wir Ihnen zunächst ein Fallbeispiel aus unserer Praxis schildern und Ihnen dann das Beratungsgespräch, das sich daraus ergeben hat, auszugswise vorstellen.

Fallbeispiel

Die Klientin, 24 Jahre alt, litt seit ihrer Jugend an immer wiederkehrenden depressiven Phasen unterschiedlichen Ausmaßes. Zum Zeitpunkt des Gesprächs hatte sie seit etwa sechs Wochen erneut eine depressive Episode. Zwar bewältigte sie weiterhin ihren Alltag und ging normal zur Arbeit, dennoch litt sie zunehmend unter der depressionsbedingten Antriebs- und Kraftlosigkeit.

Die junge Frau begann das Gespräch mit den Worten: „Ich kann einfach nicht mehr, wissen Sie?“ Sie weinte und erzählte der Beraterin, dass sie den Eindruck habe, überhaupt keine Energie mehr zu haben. In den letzten Wochen habe sie zwar eisern gegen die Depression angekämpft, aber jetzt sei sie am Ende ihrer Kräfte. Sie hatte Angst, dass sie es bald nicht mehr schaffen würde, jeden Tag arbeiten zu gehen, und dass sie dann über kurz oder lang ihren Job verlieren könnte. Zudem sei sie es einfach leid, dass sie immer, wenn sie sich gerade einigermaßen gefangen und ihr Leben wieder unter Kontrolle habe, erneut durch eine depressive Phase ausgebremst werde.

Am Vorabend habe sie ihrem Partner von ihren negativen Gefühlen und ihrer Hilflosigkeit erzählt und ihm auch gesagt, dass sie einen Termin mit einer Therapeutin vereinbart habe. Darauf habe dieser sehr genervt und unfreundlich reagiert. Ohnehin habe er wenig Verständnis für sie und betrachte ihre Depressionen als „Launen“. Nachdem er ihr gesagt habe, ihr sei „sowieso nicht mehr zu helfen“ und sie „schmeiße nur noch Geld zum Fenster raus“, wollte die Klientin den Gesprächstermin schon absagen, um ihren Freund nicht noch weiter zu verärgern. Das habe sie dann aber doch nicht gemacht, weil sie wisse, dass sie wirklich Hilfe brauche.

Ihr Freund hatte sehr wütend auf ihre Weigerung reagiert und die Wohnung im Streit verlassen. Seitdem hatte er sich auch nicht mehr bei ihr gemeldet und sie wusste nicht, wo er war. Die Klientin befürchtete nun, er könne sich endgültig von ihr trennen. Sie spürte schon seit Langem, dass er sich innerlich immer weiter von ihr entferne. Ein knappes Vierteljahr vorher hatte sie zudem entdeckt, dass er eine Affäre mit einer Bekannten von ihr habe, die schon mehrere Monate bestand und zum Zeitpunkt der Therapie noch andauerte. Dennoch habe sie immer an der Beziehung festgehalten, da sie selber schließlich auch „eine Zumutung für jeden Partner“ sei.

Wir möchten Sie bitten, kurz innezuhalten und sich zu überlegen, wie Sie in der Rolle des Beraters das Gespräch geführt hätten. Stellen Sie sich vor, diese junge Frau sitzt Ihnen gegenüber und erzählt Ihnen ihre Geschichte. Was sagen Sie ihr? Wie sagen Sie es ihr? Geben Sie konkrete Ratschläge, oder hören Sie einfach zu? Und wie verhalten Sie sich in Bezug auf eine mögliche Eigengefährdung der Klientin? Schließlich besteht bei depressiven Episoden immer ein gewisses Suizidrisiko. Spielen Sie die Situation in Gedanken durch, bevor Sie weiterlesen.

Unser Vorgehen im Fallbeispiel

Nachdem die Klientin ihr Problem geschildert hatte, standen mehrere Möglichkeiten für ein weiteres Vorgehen zur Verfügung.

- Zum einen hätte die Beraterin **seelsorgerisch** tätig werden, das heißt, ihre Hilflosigkeit, Traurigkeit, Angst und Resignation aufgreifen und mit ihr darüber sprechen können.
- Auf der anderen Seite bestand die Möglichkeit, **ressourcenorientiert** mit der jungen Frau zu arbeiten und sich so auf ihre Stärken zu konzentrieren.

Die Beraterin hat sich aus mehreren Gründen für die letztgenannte Möglichkeit entschieden.

- Zum einen wusste sie aus früheren Gesprächen mit Menschen in akuten Krisen, dass eine Konzentration auf die negativen Gefühle eine **vorübergehende Verschlimmerung** auslösen kann.
- Zum anderen waren schon aus der Problemschilderung **Stärken der Klientin zu erkennen**, die ihre Situation unter Umständen positiv beeinflussen konnten.
- Und nicht zuletzt kann die Klientin so auch in **künftigen Krisen** vom Wissen um ihre Stärken **profitieren**, was einen großen Vorteil der ressourcenorientierten Therapie darstellt.

In dem Moment, wo eine Gefährdung der Gesundheit oder sogar des Lebens einer Klientin oder eines Klienten besteht, sind wir als professionelle Helfer ohnehin verpflichtet, die Vorgehensweise zu wählen, welche die beste Aussicht auf **schnelle Verbesserung und Entschärfung der Situation** bietet. Diese Klientin verneinte Suizidgedanken oder -absichten sehr entschieden, was die Beraterin ihr auch glaubte. Hätte eine Suizidgefahr bestanden, wäre dies jedoch kein Grund gewesen, es

nicht mit einem ressourcenorientierten Vorgehen zu versuchen, da dieses auch in der Krisenintervention gute Erfolge zeigt.

Der weitere Gesprächsverlauf soll aus Gründen der Nachvollziehbarkeit in Dialogform auszugsweise dargestellt werden. Sie werden sehen, dass die Klientin anfangs noch oft in die Problemsprache zurückfällt und die negativen Aspekte ihrer Situation sowie das Zutun der Menschen in ihrer Umgebung dazu betont. Später richtet sich ihr Fokus durch die konsequente Lösungs- und Ressourcenorientierung der Beraterin dann immer mehr auf ihre Stärken und ihre Möglichkeiten, aktiv etwas zur Lösung des Problems beizutragen.

Gespräch Teil 1: „Welches der Probleme steht im Vordergrund?“

Beraterin: Ich sehe, Sie haben da momentan eine ganze Menge Schwierigkeiten auf einmal. Ich kann gut verstehen, dass Sie den Eindruck haben, dass Ihnen die Kraft ausgeht.

Klientin: Das ist alles so sinnlos, ich mache immer alles nur noch schlimmer, egal was ich mache. Ich bemühe mich und versuche dies und mache das und überwinde mich, aber es bringt nichts. Seit Wochen fühle ich mich, als wäre ich in einem Hamsterrad gefangen. Ich strampele und strampele, aber es ist keine Ziellinie in Sicht. Am besten, ich lasse es einfach sein. Ich bin so kaputt, ich kann einfach nicht mehr!

Beraterin: Sie sind wirklich sehr verzweifelt im Moment, das verstehe ich. Können Sie mir sagen, welches der Probleme im Moment für Sie im Vordergrund steht, wofür Sie zuerst eine Lösung finden müssen?

Klientin: Ich will endlich aus dieser Depression heraus. Ich bin so kaputt und ausgelaugt. Warum machen es mir denn alle so schwer? Mein Freund hat kein Verständnis für mich und zieht sich immer mehr zurück, obwohl ich ihn so sehr brauche. Ich habe überhaupt niemanden, an den ich mich mal wenden und bei dem ich mich mal ausheulen kann. Ich kann einfach nicht mehr! (weint)

Beraterin: Sie wollen also aus der Depression heraus. Wie kann ich Ihnen dabei behilflich sein, was denken Sie?

Klientin: (vergräbt das Gesicht in den Händen) Ich weiß es doch auch nicht! Vielleicht können Sie mir gar nicht helfen. Mein Freund sagt das ja schon lange, dass mir nicht mehr zu helfen ist. Wahrscheinlich hat er Recht. Ich habe auch keine

Kraft mehr, es ist einfach alles zu viel für mich. Ich werde meinen Job verlieren, ich werde meinen Freund verlieren, ich werde einfach alles verlieren.

Welche Techniken wurden in Teil 1 verwendet?

Wie Sie sicherlich bemerkt haben, spricht die Klientin zu Beginn des Therapiegesprächs ausschließlich in der **Problemsprache**. Sie betont ihre Kraftlosigkeit und beklagt sich, dass alle es ihr schwer machen. Die Beraterin reagiert darauf, indem sie die Verzweiflung der Klientin aufnimmt und Verständnis dafür signalisiert. Dennoch leitet sie sehr früh den Gesprächsverlauf in Richtung einer **Lösungsorientierung** um.

Dazu fragt sie die Klientin zunächst, welches der Probleme im Vordergrund steht und woran zuerst gearbeitet werden soll. Dass die Klientin darauf die Antwort gibt, sie wolle aus der Depression heraus, zeigt der Beraterin, dass sie eine **Zielvorstellung** und ein umschriebenes Problem (die Depression mit ihren potenziellen Folgen) hat. Die Einschränkungen und die erneute Betonung der Kraftlosigkeit ihrer Klientin ignoriert sie dabei. Noch nicht klar ersichtlich ist zu diesem Zeitpunkt, ob die Klientin sich selbst als Teil der Lösung wahrnimmt und ob die Beraterin es somit eher mit dem Typ „Kundin“ oder mit dem Typ „Klagende“ zu tun hat (siehe Kap. 6.1.4, 6.2.2).

Auf die weiterführende Frage, wie die Beraterin der Klientin bei der Lösung ihres Problems behilflich sein kann, antwortet diese, dass das vielleicht gar nicht möglich sei. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass die Klientin den Eindruck hat, die Lösung des Problems liege nicht in ihren Händen. Die Beraterin ordnete ihr jedoch aufgrund der Tatsache, dass die junge Frau sich im weiteren Gesprächsverlauf als Teil des Problems erkennt, einen **Mischtypus** aus „Klagender“ und „Kundin“ zu.

Gespräch Teil 2: „Wie haben Sie es geschafft, bis jetzt durchzuhalten?“

Beraterin: Wie haben Sie das eigentlich geschafft, trotz all der Probleme der letzten Monate – der Entdeckung, dass Ihr Freund ein Verhältnis hat, den vielen Konflikten mit ihm, der erneuten Depression, der Angst, Ihren Partner und Ihren Job zu verlieren – so lange durchzuhalten? Obwohl es so viel Kraft kostet?

Klientin: Ich weiß nicht. Ich hab's ja kaum geschafft. Und jetzt bin ich endgültig am Ende. Ich habe letzte Nacht kein Auge zugemacht. Ich bin so müde, aber ich kann nicht schlafen. In meinem Kopf dreht sich alles, und mein Freund ist auch noch weg. Das kann doch kein Mensch aushalten!

Beraterin: Und trotzdem haben Sie es bis jetzt geschafft, irgendwie. Ich frage mich immer noch, wie. Ihre Probleme wären schon für einen gesunden Menschen im Vollbesitz seiner Kraft sehr belastend. Und Sie stecken mitten in einer Depression. Ich glaube, man muss sehr willensstark sein, um eine solche Situation so lange durchzuhalten. Selbst, wenn Sie jetzt aufgeben sollten: Sie haben es bis hierher geschafft!

Klientin: (wehrt ab) Ach, so toll ist das nun auch wieder nicht ... es war und ist schwierig, klar. So toll, wie Sie sagen, schaffe ich das doch gar nicht. Ich habe schon Probleme, morgens aus dem Bett zu kommen. Geschweige denn, den Tag zu überstehen.

Beraterin: Ich bin sicher, dass es sehr schwer war, dass es viele Momente gab, in denen Sie fast aufgegeben hätten. Aber Sie haben durchgehalten. Und selbst jetzt, wo Sie fast keine Kraft mehr haben, haben Sie noch den Versuch gestartet, bei mir anzurufen und einen Termin zu vereinbaren. Sie haben nicht einfach resigniert. Es muss Ihnen wirklich sehr wichtig sein durchzuhalten.

Klientin: Ja, das ist mir wirklich sehr wichtig. Wenn ich es diesmal nicht schaffe, dann gar nicht mehr. Wenn ich jetzt nicht durchhalte und auch noch meinen Job verliere, gehe ich endgültig unter.

Beraterin: Und Sie haben schon eine ganz schöne Zeit geschafft, ohne aufzugeben. Kennen Sie das von sich, dass Sie Dinge, die Sie wirklich wollen, auch irgendwie schaffen?

Klientin: Ja, eigentlich schon. Ich bin wohl ziemlich stur (lächelt).

Beraterin: Sie sind ziemlich stur, und wenn Sie sich etwas in den Kopf setzen, dann schaffen Sie es auch. Okay. Und jetzt haben Sie sich in den Kopf gesetzt, möglichst schnell wieder aus dieser Depression herauszukommen, habe ich das richtig verstanden? Ist das Ihr Ziel?

Klientin: Ja, das will ich unbedingt.

Welche Techniken wurden in Teil 2 verwendet?

In diesem Teil des Gespräches fällt besonders die **Ressourcenorientierung** der Beraterin auf. Sie vermeidet die Problemsprache, indem sie sich auf die Frage konzentriert, wie die Klientin so lange durchgehalten hat und ihr dafür **Komplimente** macht. Schließlich deutet sie die Stärke der Klientin, nämlich das bisherige Durchhalten, als Ausdruck ihrer Willensstärke um. Als diese die **Umdeutung** akzeptiert und sich als „stur“ bezeichnet, greift die Beraterin diesen Ausdruck auf und übernimmt so unaufdringlich die Sprache der Klientin.

Danach leitet die Beraterin das Gespräch, mit den neu entdeckten Stärken „Durchhaltevermögen“ und „Willenskraft“ in petto, erneut in Richtung einer **Lösungsfindung**. Sie tut dies, indem sie die Stärken der Klientin in Bezug auf das Erreichen von gesteckten Zielen noch einmal nennt und dann auf das jetzige Ziel, nämlich das rasche Herauskommen aus der depressiven Phase, bezieht. Beachten Sie dabei bitte auch, dass sie sich an dieser Stelle noch einmal rückversichert, ob das anfangs genannte Ziel wirklich das vorrangige Ziel der Klientin ist.

— Tipp —

In einem ressourcenorientierten Beratungsgespräch geht es immer auch darum, dass Sie als Berater die **Stärken des Klienten herausfinden und betonen**. Heben Sie die Stärken konsequent hervor und ignorieren Sie die Einschränkungen und Zweifel des Klienten, oder deuten Sie sie um. Oftmals sind die Stärken unter den vielen Schwierigkeiten kaum auszumachen, sodass der Eindruck entstehen kann, der Klient bestehe nur noch aus seinem Problem. Sie werden merken, wie verlockend es in solchen Situationen manchmal ist, aus der lösungsorientierten in die problemorientierte Gesprächsführung zurückzufallen. Sie tun damit jedoch dem Klienten keinen Gefallen. Wir haben noch nicht erlebt, dass in einem Gespräch keinerlei individuelle Stärken zu erkennen waren. Begeben Sie sich auf die Suche!

Gespräch Teil 3: „Stellen Sie sich vor, es geschieht ein Wunder.“

Beraterin: Wenn Sie sagen, Sie wollen unbedingt aus dieser Depression heraus, was denken Sie wäre notwendig, damit Sie das schaffen können?

Klientin: Was dazu notwendig wäre (überlegt) ... ich habe keine Ahnung. Ein Wunder wahrscheinlich.

Beraterin: Okay. Stellen Sie sich einmal vor, dass genau dieses Wunder geschieht. Stellen Sie sich vor, Sie gehen heute Abend ins Bett, schlafen, und wenn Sie morgen früh aufwachen, ist Ihr Problem gelöst. Woran werden Sie merken, dass Ihr Problem gelöst ist, dass Sie nicht mehr depressiv sind?

Klientin: Ach, das wäre zu schön, um wahr zu sein. Woran würde ich es merken? (überlegt lange) Also, zuerst einmal würde ich gleich nach dem Weckerklingeln aufstehen, anstatt noch so lange liegen zu bleiben, bis ich schon fast zu spät bin, um es noch pünktlich zur Arbeit zu schaffen. Ich würde vielleicht sogar ein bisschen früher aufstehen und vor der Arbeit noch joggen gehen, das mache ich sonst immer.

Beraterin: Das klingt toll. Was wäre sonst noch anders, wenn Ihr Problem gelöst wäre?

Klientin: Ich weiß nicht. Es fällt mir gar nicht so leicht, mir das vorzustellen. Warten Sie mal ... na ja, ich würde wahrscheinlich etwas Schönes anziehen, mir in Ruhe die Haare frisieren und vielleicht mal wieder Make-up auftragen. Im Moment habe ich zu solchen Dingen irgendwie keine Lust, auch wenn ich weiß, dass ich mich wohler fühle, wenn ich hübsch aussehe.

Welche Techniken wurden in Teil 3 verwendet?

Jetzt konzentriert sich die Beraterin ganz auf die Lösungsfindung. Zunächst fragt sie deshalb die Klientin, was deren Ansicht nach notwendig wäre, um das Problem zu lösen. Bei dieser Frage handelt es sich um eine Abwandlung der Frage, wie sie als Beraterin der Klientin bei der Lösung ihres Problems behilflich sein könnte. Die Entscheidung für diese neue **Art der Fragestellung** traf sie, weil sie vermeiden wollte, dass die Klientin erneut in die Problemsprache zurückfiel, was sie beim Stellen der Frage in der ursprünglichen Version getan hatte.

Dass die Klientin auf die Frage ausgerechnet mit der Floskel „ein Wunder wahrscheinlich“ antwortet, ist reiner Zufall (wenn auch in der Praxis gar nicht so selten) und natürlich eine gute Vorlage für das Stellen der **Wunderfrage** (siehe Kap.6.2.3). Notwendig ist eine solche Reaktion seitens des Klienten jedoch keineswegs. Die Wunderfrage wird ganz allgemein zur Zielorientierung und Lösungsfindung eingesetzt. Eine möglichst genaue Vorstellung von den eigenen Zielen zu haben, zu wissen, was dann anders sein und wie man sich fühlen wird, wenn das Ziel erreicht ist, hat aber auch den positiven Effekt, dass eine detaillierte Fantasie zum Durchhalten auch in schlechten Phasen motiviert.

— Tipp —

Wenn Sie die Wunderfrage stellen, denken Sie unbedingt daran, dem Klienten **Zeit zum Nachdenken** zu lassen! Wenn Sie drängeln oder ungeduldig wirken, werden Sie nicht die Antworten bekommen, die Sie für das weitere Vorgehen brauchen. Bestätigen Sie ruhig, dass diese Frage wirklich schwierig zu beantworten ist und warten Sie ab. Wenn dem Klienten etwas einfällt, machen Sie ihm **Komplimente** für seine guten Ideen. Fragen Sie in jedem Fall weiter, bis dem Klienten nichts mehr einfällt. Sie können an jedes Kompliment die Frage „Was wäre sonst noch anders?“ anhängen. Gut ist es, wenn Sie zwischendurch kurze **Zusammenfassungen** des bisher Gesagten machen.

Gespräch Teil 4: „Woran würde Ihr Freund merken, dass ein Wunder geschehen ist?“

Beraterin: Das ist ja schon eine ganze Menge. Es ist wirklich nicht leicht, sich eine solche Situation vorzustellen, aber Sie machen das toll. Ich bin sicher, Ihnen fallen noch andere Dinge ein, die Sie anders machen würden. Woran könnte zum Beispiel Ihr Freund merken, dass ein Wunder passiert ist, dass Sie nicht mehr depressiv sind, ohne dass Sie es ihm erzählen?

Klientin: Oh, das ist leicht. Ihm würde auffallen, dass ich nicht so griesgrämig bin wie während der Depression. Ich würde ihn mit einem Kuss aufwecken, und wir würden gemeinsam frühstücken. Naja, und dass ich anders aussehe wird er natürlich auch merken.

Beraterin: Und wenn Ihr Freund all diese Ver-

änderungen an Ihnen bemerkt, was meinen Sie, was wird er dann anders machen?

Klientin: Er wäre wahrscheinlich nicht so genervt von mir. Meine ständige schlechte Laune setzt ihm schon sehr zu, sagt er. Vielleicht würde er mir sagen, dass er mich hübsch findet. Das hat er mir schon lange nicht mehr gesagt. Aber ich finde mich ja selber nicht hübsch, so wie ich mich im Moment vernachlässige.

Beraterin: Okay, er wäre also nicht so genervt von Ihnen. Was würde er stattdessen tun? Anstatt genervt zu sein, meine ich.

Klientin: Ich nehme an ... hm ... also, vielleicht würde er sich mit mir unterhalten, anstatt sich hinter einer Zeitung zu vergraben. Im letzten Jahr haben wir uns kaum noch unterhalten. Dabei hatten wir uns früher immer etwas zu erzählen. Ich weiß eigentlich gar nicht mehr, was er so macht und was ihn beschäftigt.

Beraterin: Wow, das ist ja wirklich einiges, was Sie ändern werden, wenn Sie nicht mehr depressiv sind. Sie werden früher aufstehen, vor der Arbeit noch joggen gehen, sich hübsch zurechtmachen und mit Ihrem Freund frühstücken. Dabei würden Sie beide sich unterhalten, und vielleicht würde er Ihnen auch ein Kompliment wegen Ihres Aussehens machen. Das klingt wirklich nach einem schönen Morgen.

Welche Techniken wurden in Teil 4 verwendet?

Achten Sie noch einmal darauf, wie die Beraterin zu Beginn dieses Gesprächsabschnitts die Schwierigkeit der Wunderfrage betont und die Klientin durch das Kompliment, sie mache das toll, zum weiteren Überlegen ermutigt. Dabei verändert sie die Fragestellung ein wenig, indem sie fragt, woran ihr Partner merken würde, dass das Wunder geschehen und die Klientin nicht mehr depressiv ist. Dieses Fragen nach den sogenannten **bedeutsamen Dritten**, also nach Menschen, die im Leben des Klienten eine wichtige Rolle spielen, ist auch eine mögliche Technik, wenn jemandem überhaupt nichts einfällt, was nach dem Wunder anders wäre. Indem man dann fragt, was von einem bedeutsamen Dritten bemerkt werden könnte, kommt man oftmals einer möglichen Lösung auf die Spur.

In diesem Fall hatte die Frage jedoch einen anderen Hintergrund. Eine Verbesserung der Partnerschaft war von der Klientin zwar nicht explizit

als Ziel benannt worden, dennoch wurde aus dem Gespräch schnell deutlich, dass sie sich in ihrem Kampf gegen die Depression mehr Unterstützung von ihrem Freund erhofft. Indem die Beraterin nach Veränderungen fragt, die der Partner bemerken würde, sucht sie nach möglichen Lösungsansätzen für das Beziehungsproblem der Klientin.

Beachten Sie auch, wie die Beraterin weiterfragt, nachdem die Klientin auf die Frage geantwortet hat. Sie möchte wissen, was der Freund wohl anders machen würde, wenn sich die Klientin geändert hätte. Indem diese es für möglich erachtet, dass ihr Freund die Veränderungen nicht nur bemerken, sondern sogar mit positivem Verhalten darauf reagieren wird, hält sie bereits den Schlüssel zu einer Lösung ihrer Beziehungskrise in der Hand. So übernimmt sie ihren Teil der Verantwortung und gewinnt **Kontrolle** über die vermeintlich unkontrollierbare Situation zurück.

Wichtig in diesem Abschnitt sind außerdem kleine **Manipulationen in der Formulierung**, die die Beraterin vornimmt. Beispielsweise sagt sie in der kurzen Zusammenfassung am Schluss bewusst „was Sie ändern werden“ und nicht „was Sie ändern würden“. Auch als die Klientin vermutet, ihr Freund wäre „nicht mehr so genervt“ von ihr, lässt die Beraterin sie diese Aussage umformulieren, indem sie fragt, was er „stattdessen tun“ würde. Erst danach schildert die Klientin tatsächlich die positiven Veränderungen an ihrem Partner.

Gesprächsabschluss: „Tun Sie so, als sei das Wunder bereits geschehen.“

Beraterin: Ich werde Ihnen jetzt eine Hausaufgabe für die Zeit bis zu unserem nächsten Treffen geben. Eigentlich sind es sogar zwei Aufgaben, und sie sind auch nicht einfach. Ich bin daher nicht sicher, ob ich Ihnen diese schwierige Aufgabe nicht zu früh stelle. Ich denke aber, Sie können das schaffen, und deshalb habe ich mich entschieden, es zu versuchen. Die erste Aufgabe ist, dass Sie an einem Morgen, den Sie bestimmen, einmal so tun, als sei das Wunder, das Sie beschrieben haben, bereits geschehen. Stehen Sie direkt nach dem Wecker klingeln auf, gehen Sie joggen, machen Sie sich hübsch und frühstücken Sie mit Ihrem Partner. Beobachten Sie bitte ganz genau, was an diesem Tag anders ist, als an den Tagen, an denen Sie depressiv sind. Was ist für Sie anders, was ist anders im Zusammensein mit Ihrem Partner? Das

Beobachten ist die zweite Aufgabe. Bei unserem nächsten Termin werden wir dann darüber sprechen. Haben Sie die Hausaufgabe verstanden?

Welche Techniken wurden beim Gesprächsabschluss verwendet?

Die **Hausaufgabe** sollte, wenn sie denn verordnet wird, dem Beziehungstypus entsprechen (siehe Kap.6.2.2). Die Beraterin hatte ihre Klientin als Mischtypus aus „Klagender“ und „Kundin“ eingeordnet. Daher bekommt sie eine kombinierte Hausaufgabe mit einem Verhaltens- und einem Beobachtungsteil. Der Verhaltensteil besteht darin, sich an einem Tag so zu verhalten, als sei das Wunder bereits geschehen. Dieser Hausaufgaben-typus („so tun als ob“) kommt in der lösungsorientierten Therapie häufig vor. Wieder betont die Beraterin, dass die Aufgabe schwierig ist, und unterstreicht dies, indem sie vorgibt, die Aufgabe sehr früh zu stellen. Diese Aussage kombiniert sie jedoch mit dem Kompliment, dass sie denke, die Klientin werde sie dennoch schaffen.

Eine solche Betonung der Schwierigkeit führt dazu, dass die Klienten sich zunächst einmal geschmeichelt fühlen, weil ihnen gleich zu Anfang die Bewältigung einer so schwierigen Aufgabe zugestanden wird. Das weckt gleichzeitig den **Ehrgeiz**, es auch wirklich zu schaffen, um den Berater in seiner positiven Einschätzung zu bestätigen. Zudem entspricht das Zutrauen in dem konkreten Fall den herausgearbeiteten Stärken der Klientin. Wenn sie die Hausaufgabe dann tatsächlich durchführen, stellen die meisten Klienten fest, dass sie ihnen wider Erwarten relativ leicht fällt. Das führt dazu, dass die Hausaufgabe als **Erfolg** angesehen wird und sich somit positiv auf die Stimmung und das Selbstwertgefühl der Klienten auswirkt.

Auch in diesem Fall konnte die Klientin die Hausaufgabe gut umsetzen. Sie suchte sich einen Tag aus, an dem ihr Freund noch nicht wieder zu Hause war, und war sehr überrascht, wie positiv sich die „nichtdepressiven“ Aktivitäten auf ihre Stimmung auch für den Rest des Tages auswirkten. Von da an begann sie ohne Absprache jeden Tag so, als sei das Wunder geschehen. Als ihr Freund das erste Mal wieder zu Hause übernachtete, setzte sie am nächsten Morgen auch den ihn betreffenden Teil der Aufgabe um und er reagierte zunächst verhalten, dann aber immer positiver. Den folgenden Termin mit der Beraterin nahm sie

zwar noch wahr, er diene aber nur mehr der Besprechung der Aufgabe und der Rückversicherung, dass sie jederzeit einen neuen Termin bekommen könnte, wenn sie ihn brauchen würde.

6.2.6 Weitere Techniken lösungsorientierter Gesprächsführung

Anhand der Gesprächsprotokolle und der Kommentare sind sicherlich schon einige Grundlagen und Strategien lösungsorientierter Gesprächsführung deutlich geworden. Einige weitere werden wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Ausgangs- und Zielzustand definieren

Bitten Sie den Klienten gleich zu Beginn der ersten Sitzung, sein momentanes und sein angestrebtes Befinden möglichst genau zu definieren und auf einer Zehnerskala einzuordnen. Lassen Sie ihn im gesamten Therapieverlauf immer wieder angeben, wo auf der Skala er sich jetzt befindet. Ist er seinem Ziel näher gekommen oder ein bisschen zurückgefallen? Wie ist es zu der Verbesserung oder dem Rückschritt gekommen?

Durch dieses Vorgehen werden auch kleine Veränderungen für Ihr Gegenüber deutlich. Diese gehen unter, falls der Blick von Anfang an nur auf das Endziel, also den 100%igen Erfolg gerichtet ist. Außerdem können die Erkenntnisse aus den Bedingungen für positive oder negative Veränderungen für den weiteren Therapieverlauf genutzt werden.

Tipp

Richtig Ziele setzen

Wie lege ich Ziele richtig fest? Ein Ziel sollte

- für den Patienten bedeutsam sein,
- konkret, präzise und verhaltensbezogen sein und konkret formuliert werden,
- erreichbar bzw. realistisch sein (z.B. kann niemand innerhalb von einer Woche 10 kg abnehmen),
- mess- bzw. kontrollierbar (z.B. nicht „Ich möchte reich sein.“, sondern eher „Ich spare innerhalb von einem Jahr 2.000,- € auf meinem Konto.“) sein sowie
- einen zeitlichen Rahmen haben.

Wie formuliere ich ein Ziel?

Es sollte

- in der 1. Person formuliert sein,
- positiv und

- im Präsens, d.h. so, als hätten Sie es schon erreicht, nicht „Ich will ... Ich werde ...“, sondern „Ich bin ...“ (z.B. nicht „Ich will körperlich fit sein“, sondern eher „Ich gehe jede Woche 3x joggen“, nicht „Ich werde wieder gesund“ sondern „Ich bin / bleibe gesund, es geht mir gut, mein Körper hilft sich selbst.“).

Schließlich ist es noch hilfreich, das Ziel schriftlich zu fixieren, damit die Formulierung festgehalten wird und man es auch optisch „vor Augen“ haben kann. Noch hilfreicher ist es, das Ziel und sein Erreichen bildlich darzustellen, da das Unterbewusstsein auf bildliche Botschaften reagiert.

Zwischenziele festlegen

Bitten Sie den Klienten, Zwischenziele zu formulieren und auf der Zehnerskala einzuzeichnen. Achten Sie darauf, dass dem Klienten bewusst ist, was der angestrebte Wert konkret bedeutet. Was wird anders sein, wenn er auf der Skala einen Punkt nach oben klettert? Woran wird er merken, dass er beispielsweise nicht mehr bei „4“, sondern schon bei „5“ ist? Was wäre notwendig, um noch einen Punkt nach oben zu kommen?

Und, um noch einmal auf die Ursachenforschung zurückzukommen: Was müsste der Klient tun, um auf der Skala wieder um einen Punkt nach unten zu rutschen, oder um sogar wieder an den Ausgangspunkt zurückzukommen? Wenn jemandem klar ist, was für Verhaltensweisen zur Entstehung und Aufrechterhaltung seines Problems beigetragen haben, kann er sie vielleicht nicht automatisch vermeiden. Aber er kann sich entscheiden, es trotzdem zu tun oder es zu lassen. Er hält jetzt selbst den Schlüssel zum Erfolg in der Hand, was dazu führt, dass er mehr und mehr die Kontrolle über seine Situation zurückgewinnt.

Anfangserfolge deutlich machen

In der lösungsorientierten Therapie wird häufig schon zu Beginn der ersten Sitzung gefragt, was sich seit der Anmeldung zum Gespräch bereits verbessert hat. Uns kam das anfangs so vor, als wolle man dem Klienten etwas einreden, und die ersten Male haben wir die Frage mehr oder weniger zögerlich gestellt. Es zeigte sich aber tatsächlich, dass allein die Anmeldung zur Beratung oder

Therapie, also die Entscheidung, das Problem aktiv anzugehen in Kombination mit der Aussicht auf kompetente Unterstützung, in so gut wie allen Fällen eine Verbesserung bewirkte.

Skalierungsfragen einsetzen

Wenn Sie die Frage in der Form nicht stellen mögen, können Sie den Klienten auch bitten, zunächst auf einer Zehnerskala einzuschätzen, wie schlimm sein Problem zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung gewesen ist („1“ = „sehr schlimm“, „10“ = „Problem gelöst“).

Danach stellen Sie die gleiche Frage noch einmal für den jetzigen Zeitpunkt. Selbst wenn ein Klient erstaunt ist und zweimal die gleiche Zahl angibt, können Sie ihm erklären, dass manchmal bereits zwischen der Anmeldung und dem eigentlichen Termin Veränderungen stattfinden. Die Richtung der Veränderung müssen Sie dabei nicht unbedingt vorgeben. Genauso können Sie beispielsweise die Motivation, das Problem zu lösen, oder die Sicherheit, dass das Problem lösbar ist, skalieren lassen.

Die auf den ersten Blick vielleicht unlogisch erscheinende Definition der Pole ergibt sich daraus, dass das Therapieziel, gewöhnlich die Beschwerdefreiheit, im Allgemeinen als höchster Punkt der Zehnerskala definiert wird. Die Unterteilung mit den Extremwerten „1“ = „negativ/weit vom Ziel entfernt“ und „10“ = „positiv/Ziel erreicht“ wird daher der Übersichtlichkeit halber über alle Skalierungsfragen hinweg beibehalten.

Pausen machen

Wenn Sie – aus Ihrer Rolle des Unwissenden heraus – Fragen stellen, dann seien Sie geduldig mit dem Klienten. Gerade bei den Skalierungsfragen dauert es oft ein bisschen, bis man das System durchschaut hat. Früher oder später hat es noch fast jeder Klient verstanden. Als Berater haben wir aber leicht das Gefühl, den Klienten zu überfordern, und fragen noch einmal, oder gleich etwas anderes. Lassen Sie ihm Zeit, und lassen Sie auch sich Zeit! Sie müssen das Gespräch nicht ununterbrochen in Gang halten. Bestimmt können Sie selbst auch besser nachdenken, wenn Ruhe ist, nicht wahr?

Tipp

Steve de Shazer, einer der Begründer der lösungsorientierten Therapie, sagte einmal auf die Frage, was er in der Therapie am wichtigsten finde: „Die Pausen!“ Als er Jahre später gefragt wurde, ob er inzwischen etwas anders mache, wenn er therapiere, sagte er: „Ja, mehr von den Pausen!“

Den Verstand überlisten

Sollte Ihr Klient anmerken, dass eine Frage sehr schwierig sei, bestätigen Sie dies, und zwar bitte auch dann, wenn Sie das ganz und gar nicht finden. Und selbst in einer Situation, in der Ihr Gegenüber auf eine Ihrer Fragen trotz langen Nachdenkens keine Antwort weiß, gibt es noch eine Möglichkeit. Stellen Sie sich vor, Sie haben etwas gefragt, und Ihr Klient sagt nach einigem Nachdenken: „Das weiß ich wirklich nicht.“

Dann können Sie es mit der folgenden Frage versuchen: „Stellen Sie sich vor, Sie wüssten es: Was würden Sie mir dann antworten?“ Und das ist nicht etwa eine Veralberung, sondern führt manchmal wirklich noch zu wichtigen Erkenntnissen. Es erfordert allerdings ein bisschen Mut, diese Technik auszuprobieren. Sie können auch folgende Variante versuchen: „Angenommen, ich stelle diese Frage Ihrem Partner/Ihrem Sohn/Ihrer besten Freundin. Was, glauben Sie, würde er/ sie mir antworten?“

Symptomverschreibung

Eine weitere Vorgehensmöglichkeit aus der lösungsorientierten Therapie ist die Symptomverschreibung. Wie der Name bereits nahe legt, wird dem Patienten genau das aufgetragen, was er am liebsten nicht mehr machen möchte. Das klingt zunächst einmal merkwürdig, funktioniert in der Praxis aber sehr gut. Die Symptomverschreibung basiert auf der Erfahrung, dass man mit dem Versuch, ein Verhalten zu unterdrücken, dieses in der Regel nur verschlimmert.

Beispiel Zähneknirschen: Wenn Sie nachts, zum Beispiel vor einer wichtigen Prüfung oder in anderen Stresssituationen, vermehrt mit den Zähnen knirschen, versuchen Sie einmal Folgendes: Jeden Tag beißen Sie ganz bewusst mehrmals für einige Minuten die Zähne aufeinander, so fest Sie können. Sie werden feststellen, dass das unangenehme nächtliche Knirschen weniger wird.

Beispiel Tic-Störung: Milton H. Erickson beschrieb in einem Fallbeispiel, wie wirksam die Symptomverschreibung bei einem Jungen mit einer Tic-Störung war. Die Eltern waren sehr genervt, weil der Junge seine Tics fast ununterbrochen zeigte, was vor allem den Vater sehr störte. Erickson sagte dem Jungen daraufhin, er müsse von nun an jeden Tag eine Stunde in Gegenwart des Vaters seine Grimassen schneiden. Dieser habe ihm dabei zuzusehen und dürfe keinesfalls schimpfen oder den Jungen deswegen kritisieren. Es handele sich schließlich um eine therapeutische Maßnahme. Nach genau einer Stunde dürfe der Junge mit dem Grimassieren aufhören. Die Familie war zunächst sichtlich verwirrt wegen dieser merkwürdigen Verschreibung, ließ sich aber darauf ein. Beim nächsten Termin berichteten sie, dass sie zwar nicht lange durchgehalten hätten, dass aber das Grimassenschneiden des Sohnes dennoch beinahe komplett verschwunden sei.

! Je nachdem, gegen welches Symptom sich die Verschreibung richten soll, müssen Sie für sich einige Fragen klären. Und dazu gehört auch die Frage nach der **ethischen Vertretbarkeit der Intervention**.

Wir arbeiten in der Praxis unter anderem mit Patienten, die sich auf unterschiedliche Art selbst Verletzungen zufügen, um negative Gefühle wie Anspannung, Druck und Nichtfühlen zu mildern. Nun dürften wir bei deren Behandlung durchaus Symptomverschreibung einsetzen.

Das würde dann beispielsweise bedeuten, dass wir einer jungen Frau sagen müssten: „Wenn Sie sich das nächste Mal die Unterarme aufschneiden, machen Sie für jeden Schnitt, den Sie sich zufügen, neun weitere. Sie dürfen sich weiterhin ritzen, aber jedes Mal, wenn Sie es tun, müssen Sie es zehnmal tun.“ Wir haben für uns entschieden, dass wir bei gesundheitlichen Bedenken keine Symptomverschreibung anwenden.

Sie können sich in Ihrer Praxis natürlich jederzeit anders entscheiden. Im Buch „Kurztherapie bei Zwängen und Phobien“ von Giorgio Nardone finden Sie ein Fallbeispiel zur erfolgreichen Anwendung der Symptomverschreibung bei zwanghaftem Erbrechen. Wir möchten nur, dass Sie diese Entscheidung bewusst treffen und bei möglichen Komplikationen vor sich und anderen – beispielsweise vor besorgten Angehörigen – treten können.

Wenn Sie die Symptomverschreibung einsetzen möchten, überlegen Sie sich bitte, ob es für Sie Grenzen gibt. Vielleicht sagen Sie, Sie würden kein Symptom verschreiben, was den Klienten oder andere in irgendeiner Form gefährden könnten. Oder Sie wenden Symptomverschreibung nicht an, wenn damit gesundheitliche Beeinträchtigungen verbunden sein könnten. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass fast immer auch risikoarme Einsatzmöglichkeiten für diese Art der Intervention bestehen.

Beispiel Waschwang: So kann man bei einer Klientin, die sich aufgrund einer Zwangserkrankung die Hände blutig schrubbt und andererseits immer wieder von unkontrollierbarer Wut überwältigt wird, die Symptomverschreibung gut gegen die Wutanfälle einsetzen, indem man ihr aufgibt, sich bis zum nächsten Termin jeden Tag zu einer festgelegten Zeit eine halbe Stunde lang so richtig zu ärgern. Vorher soll sie sich einen Wecker stellen, der nach einer halben Stunde klingelt. Wenn die Zeit um ist, verlässt sie den Raum, wäscht sich das Gesicht und macht mit ihrem ganz normalen Tagesablauf weiter.

Tipp

Wichtig ist noch, dass Sie Ihren Patienten **nicht** erklären, warum sie Ihre Anweisungen befolgen sollen. Sie können sicher sein, dass die meisten diese Hausaufgabe unsinnig finden, vielleicht Angst davor haben und sich fragen, was das Ganze soll. Erklären Sie es nicht. Das ist, als wenn Sie vorher eine Illusion erklären: Sie verliert ein bisschen von ihrer Magie. Auch wenn die Intervention dann nicht vergebens ist, haben Sie und Ihr Klient mehr davon, wenn Sie zunächst nur darauf bestehen, dass er Ihnen und Ihrer Erfahrung vertraut und ihm zusichern, dass Sie ihm nach Abschluss der Therapie alles erklären werden.

Lösungsorientierte Ursachenforschung

Auch in der lösungsorientierten Therapie gibt es Fragen, die auf die Ursachen oder typischen Auslöser des bestehenden Problems abzielen. So fragt ein lösungsorientiert arbeitender Therapeut oder Berater beispielsweise anhand der Wunderfrage, ob es in der letzten Zeit eine Phase gab, in der die Probleme weniger schlimm waren und in denen sich der Klient seinem „Wunder“ näher gefühlt

hat. Wenn es solche Situationen gab (auch wenn es nur Kleinigkeiten zu sein scheinen), wird anhand dieser Ausnahmen geschaut, was der Klient in dieser Zeit anders gemacht hat als sonst („Was war noch anders?“). Möglicherweise stellt eine Mutter fest, dass es während ihres Urlaubs weniger Probleme mit den Kindern gegeben hat. Wird sie dann gefragt, was in dieser Zeit noch anders ist, erzählt sie, dass sie immer mit den Kindern zusammen gegessen und ihnen abends noch etwas vorgelesen hat.

Nun wissen Sie ja bereits, dass allein die Kenntnis der Ursachen in der Regel nicht weiterhilft. Die nächste Frage in diesem Beispiel könnte also lauten, ob die Klientin diese beiden Veränderungen (gemeinsame Mahlzeiten, abendliches Vorlesen) auch außerhalb der Urlaubszeiten in ihren Alltag integrieren kann. Sollte es zum Beispiel möglich sein, den Kindern abends etwas vorzulesen, aber nicht, alle Mahlzeiten gemeinsam einzunehmen, kann man vielleicht darüber nachdenken, ob wenigstens bei einer Mahlzeit regelmäßig alle Familienmitglieder zusammen sein können.

Anhand von Ausnahmen kann man also sowohl die Ursache (in diesem Fall zu wenig Zeit für die Kinder im Alltagstrott) als auch mögliche Lösungsansätze herausfinden. In die gleiche Richtung zielt die Frage: „Was müssten Sie tun, um Ihr Problem zu verschlimmern?“ Wenn der Klient erst einmal weiß, was er dazu beiträgt, dass beispielsweise ein Streit immer wieder eskaliert, kann er sich auch entscheiden, es zu lassen. Und wenn er sich entscheidet, es dennoch zu tun, weiß er immerhin, worauf er sich einlässt. So gewinnt er in jedem Fall ein bisschen Kontrolle über eine vermeintlich unkontrollierbare Situation zurück.

Übung

Wenn Sie das nächste Mal in einer Situation stecken, in der Sie nicht weiter wissen, üben Sie einmal lösungsorientiertes Denken. Sie können hierbei die Wunderfrage anwenden, um Ihre Ziele zu konkretisieren. Sie können sich fragen, was alles anders war, als Ihr Problem noch nicht bestand. Sie können alle möglichen Skalierungsfragen einsetzen und überlegen, was Sie tun können, um auf der Skala nach oben oder unten zu rutschen. Überlegen Sie auf jeden Fall, was Sie tun müssten, um ihr Problem weiter zu verschlimmern. Wenn Sie etwas finden, was Sie in der Vergangenheit dagegen unternommen haben, überlegen Sie, ob es funktioniert hat

oder nicht. Wenn ja, machen Sie mehr davon. Wenn nicht, lassen Sie es sein und versuchen etwas anderes. Je öfter Sie sich damit beschäftigen, umso mehr wird Ihnen die lösungsorientierte Denkweise in Fleisch und Blut übergehen.

6.3 Verhaltensorientierte Therapie und Beratung

Die Verhaltenstherapie ist eine therapeutische Variante der Verhaltensmodifikation, also der Beeinflussung und Optimierung einer bestimmten Verhaltensweise. Der Begriff Verhaltenstherapie steht dabei nicht für ein spezielles Therapieverfahren, sondern dient als Sammelbegriff für ein weites Spektrum psychotherapeutischer Techniken. Die **Hilfe zur Selbsthilfe** steht jedoch bei jeder verhaltenstherapeutischen Technik im Vordergrund. Dem Klienten sollen neue Strategien und Fähigkeiten vermittelt werden, mit deren Hilfe er sowohl aktuelle als auch zukünftige Probleme selbstständig lösen oder besser bewältigen kann.

In der Verhaltenstherapie wird davon ausgegangen, dass Verhalten im Wesentlichen erlernt ist. Der Mensch wird heute aber nicht mehr als eine Art seelenlose Reizverarbeitungsmaschine betrachtet, wie dies die theoretischen Begründer der Verhaltenstherapie, die Behavioristen, getan haben. Besonderer Wert wird auf eine **systematische Überprüfung der Therapieerfolge** im Rahmen von Effektivitätsstudien und Katamneseuntersuchungen gelegt.

Bei der **verhaltensorientierten Gesprächsführung** liegt ein Schwerpunkt auf der Erklärung des Therapiekonzeptes, wenn aktive Übungen geplant sind. Dem Patienten muss erklärt werden, wie eine Verhaltenstherapie funktioniert und worauf dieses Vorgehen basiert. Dazu ist es für den Beratenden unumgänglich, über ein grundlegendes Wissen über Lernmechanismen zu verfügen und dieses auch vermitteln zu können.

6.3.1 Bei welchen Störungen kann eine Verhaltenstherapie hilfreich sein?

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen werden, außer bei den verschiedenen Angststörungen einschließlich Zwangsstörungen und bei Depressionen, auch unterstützend bei Schizophreniepatienten und in der Paar- und Sexualtherapie erfolgreich angewandt. Nach einem Gutachten

des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der deutschen Bundesregierung, der die Verhaltenstherapie als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren eingestuft hat, sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze wirksam bei:

- Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen (z. B. Alkoholabhängigkeit)
- (teil-)remittierten psychotischen Erkrankungen (u. a. Schizophrenie) und wahnhaften Störungen
- affektiven Störungen (z. B. Depression)
- Angststörungen (z. B. Agoraphobie, spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung, Zwangsstörung)
- Belastungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung)
- dissoziativen, Konversions- und somatoformen Störungen
- Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung)
- psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Spannungskopfschmerz, Bluthochdruck)

6.3.2 Theoretischer Hintergrund

Charakteristisch für das verhaltensorientierte Vorgehen in der Therapie ist die Konzentration auf gegenwärtige, mit dem Problem in Verbindung stehende Verhaltensweisen. Es wird angenommen, dass jedes Verhalten nach den gleichen Prinzipien erlernt und aufrechterhalten wird und auch wieder **verlernt** werden kann. Dabei versteht man unter Verhalten nicht nur die beobachtbaren Handlungen, sondern auch innere Prozesse wie Gedanken, Gefühle und Einstellungen. Es wird jedoch auch eine genetische Komponente berücksichtigt, etwa in den sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen, die beispielsweise eine genetisch bedingt erhöhte Stressanfälligkeit als Mitverursacher psychischer Störungen ansehen.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Im Fall der **Schizophrenie** geht man davon aus, dass bei vielen Betroffenen die Fähigkeit zur Anpassung an bestimmte Umweltbedingungen durch eine genetisch bedingte **Verletzlichkeit** (Vulnerabilität) herabgesetzt ist. Dies kann sich unter anderem in einer **reduzierten Stresstoleranz** bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit und Überreaktion des autonomen Nervensystems bei

Stress äußern. Die Betroffenen reagieren dann bereits auf kleinste Stressoren mit Ausschüttung großer Mengen von **Stresshormonen**. Zudem baut sich der einmal erreichte Stresslevel nur sehr langsam wieder ab.

Zusätzlich kann auch die **mentale Verarbeitungskapazität verringert** sein, was sich negativ auf die Konzentrationsleistung und das Konzentrationsvermögen auswirkt. Dadurch kann vor allem in sozial schwierigen oder unübersichtlichen Situationen schnell ein überproportional hohes psychisches Stresserleben hervorgerufen werden. Wenn zu diesen prädisponierenden Faktoren Stress durch dauerhafte Schwierigkeiten im sozialen Umfeld, beispielsweise belastende familiäre Verhältnisse oder auch negative oder traumatische Lebensereignisse, hinzukommt, kann durch die Kombination von Vulnerabilität und Stress eine Schizophrenie ausgelöst werden.

6.3.3 Ablauf einer Verhaltenstherapie

Problematisches Verhalten wird in der Verhaltenstherapie also in erster Linie als Ergebnis von **Lernprozessen** verstanden und soll auch wiederum durch Lernprinzipien therapeutisch verändert werden. Zunächst wird dazu eine genaue Verhaltensanalyse durchgeführt.

Verhaltensanalyse

In der Verhaltensanalyse untersucht der Therapeut die Probleme des Patienten in Abhängigkeit zu ihren aufrechterhaltenden Bedingungen und im Hinblick auf ihre persönlichen und sozialen Konsequenzen. Dies geschieht häufig nach dem sogenannten **SORKK-Modell**:

- **S**: auslösende Reize, problematische Situationen.
- **O**: Organismus: die individuellen Bedingungen, auf die der Reiz bei diesem Patienten trifft, beispielsweise bestimmte Kognitionen oder gesundheitliche Besonderheiten.
- **R**: Reaktionen, Verhalten.
- **K**: Kontingenzen: regelhafte Zusammenhänge zwischen dem Reiz oder der Situation, dem Verhalten und den entstehenden Konsequenzen.
- **C**: Konsequenzen persönlicher oder sozialer Art.

Dabei bezieht eine Verhaltensanalyse nicht nur das beobachtbare Verhalten, sondern auch Gefühl-

le, Gedanken und körperliche Prozesse mit ein. Zudem untersucht die erweiterte Verhaltensanalyse auch Einflüsse des erweiterten Umfelds des Patienten.

Zielanalyse

In der folgenden **Zielanalyse** werden die individuellen Therapieziele des Patienten erarbeitet und definiert (siehe Kap.6.2.6). Dabei ist die realistische Möglichkeit, dass die Ziele erreicht und aufrechterhalten werden können, ein wichtiges Kriterium. Zum Teil werden die vereinbarten Ziele sowie die Rolle von Therapeut und Patient in einem **Therapievertrag** festgelegt.

Das Ziel der Verhaltenstherapie besteht letztendlich darin, in der Therapie Lernprozesse in Gang zu setzen, die zu Verhaltensveränderungen führen. Der Patient soll mit Hilfe der Therapie in die Lage versetzt werden, problematische Verhaltensmuster zu erkennen und zu verändern.

So kann ein Patient mit einer **Sozialphobie** in der Therapie lernen, sich selbstsicherer zu verhalten und offen auf andere zuzugehen. Dadurch wird er in der Begegnung mit anderen Menschen positive Erfahrungen machen, die dazu führen, dass er das neue Verhalten nun häufiger ausführen und irgendwann in sein natürliches Verhaltensrepertoire übernehmen wird.

Wenn den Problemen **negative oder unrealistische Denkmuster** wie „Ich bin nur dann zufrieden mit mir, wenn ich in allen Dingen, die ich tue, der Beste bin“ zugrunde liegen, kann es Inhalt der Therapie sein, mit dem Betreffenden erreichbare Ziele und realistische Maßstäbe zu entwickeln. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie, die wir Ihnen noch detaillierter vorstellen werden.

Therapeutisches Vorgehen

Wenn es möglich und notwendig ist, wird versucht, **wichtige Bezugspersonen** des Patienten in die Therapie mit einzubeziehen. Bei einem schizophrenen Patienten beispielsweise ist es wichtig, dass nicht nur er in die Lage versetzt wird, Frühsymptome eines erneuten Schubes zu erkennen, sondern dass auch seine Familie darüber informiert ist. Auch hat sich gezeigt, dass Schizophrene häufig Schwierigkeiten mit einem allzu emotionalen sozialen Umfeld haben und besser mit „kühlerem“ Verhalten umgehen können. Darüber

hinaus lohnt es sich aber fast immer, das **Kommunikationsverhalten** in Familien mit psychisch Erkrankten zu verbessern.

Die **Ursache** des aktuellen Problems muss in der Verhaltenstherapie nicht unbedingt ergründet werden, um Veränderungen bewirken zu können. Vor allem bei häufigen psychischen Störungen wie Angst- oder Zwangsstörungen haben Studien gezeigt, dass auch ohne genaue Entstehungsanalyse eine Heilung möglich ist. Andererseits spricht natürlich nichts dagegen, auch innerhalb der Verhaltenstherapie eine genauere Analyse der Störungsätiologie vorzunehmen. Vor allem, wenn das standardisierte Vorgehen keinen Erfolg zeigt oder wenn ein Patient starkes Interesse an den Entstehungsbedingungen seines Problems oder seiner Störung zeigt, sollte der Ursache mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In der Therapie können die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Verfahren eingesetzt werden, die sich auf die Verhaltens- und Zielanalyse beziehen. Im Vordergrund steht dabei die **Hilfe zur Selbsthilfe**. Der Patient soll durch die Therapie in die Lage versetzt werden, die in seinem Leben bestehenden Anforderungen wieder selbstständig bewältigen zu können. In Deutschland übernehmen gesetzliche Krankenkassen bei ihren Versicherten nach einem genehmigten Antrag die Kosten für eine Verhaltenstherapie, wenn sie von einem zugelassenen Therapeuten durchgeführt wird. Die Dauer und Intensität einer Verhaltenstherapie richten sich vor allem nach der Schwere der Symptomatik.

! Wie bei jeder Therapieform ist auch in der Verhaltenstherapie die fachgerechte und verantwortungsbewusste Durchführung der Interventionen eines der wichtigsten Kriterien für den Therapieerfolg. Wie auch die tiefenpsychologisch orientierte Therapie und die Psychoanalyse sollte auch die Verhaltenstherapie ausschließlich von Therapeuten mit einer staatlich anerkannten Therapieausbildung durchgeführt werden.

Zur Verhaltenstherapie gehören zahlreiche und zum Teil sehr unterschiedliche therapeutische Interventionen und Ansätze, von denen wir Ihnen im Folgenden einige vorstellen.

6.3.4 Kognitive Therapie nach Beck

Zu den Kognitionen eines Patienten gehören seine Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen. Die kognitive Verhaltenstherapie geht von dem Grundgedanken aus, dass die Art, wie wir über etwas denken, einen großen Einfluss darauf hat, wie wir uns fühlen. Wesentliche Aspekte der kognitiven Therapie sind

- die **Bewusstmachung** bestehender Kognitionen,
- die **Überprüfung** dieser Kognitionen auf ihre Angemessenheit,
- die **Korrektur** von unrealistischen Einstellungen und
- der **Transfer** der korrigierten Einstellungen ins konkrete Verhalten.

Die wesentlichen Anliegen der kognitiven Therapie sind die Modulierung und aktive Gestaltung des Wahrnehmungsprozesses. Durch eine Neubewertung von als problematisch empfundenen Situationen durch eine Veränderung und Anpassung der diesbezüglichen Gedanken soll der Patient eine Verbesserung seiner Befindlichkeit erfahren.

Beck hat eine ganze Reihe von negativen Kognitionen beschrieben. Wesentlich sind dabei die kognitive Triade, kognitive Schemata und kognitive Fehler:

Kognitive Triade bedeutet, dass der Patient auf drei Ebenen negative Grundannahmen hat: Über sich selbst, über andere Menschen und über die Zukunft. Er selbst ist wertlos, die Menschen sind schlecht, und von seiner Zukunft braucht er auch nichts zu erwarten. Erfahrungen werden in der Regel negativ bewertet, er nimmt überwiegend Enttäuschungen und Niederlagen wahr und empfindet seine Lage als bedrückend und aussichtslos. Die Möglichkeit einer Verbesserung seiner Situation schließt er, ebenso wie eine eigene Verantwortung dafür, aus.

Kognitive Schemata sind bestimmte Denk- und Verarbeitungsmuster, die ein Patient im Laufe seines Lebens erworben hat. Solche Schemata können dabei für lange Zeit ungenutzt bleiben, dann jedoch, etwa durch ein traumatisches Ereignis oder eine dauerhafte Belastungssituation, wieder ausgelöst werden. Das Konzept der kognitiven Schemata bietet einen Erklärungsansatz dafür, dass beispielsweise ein depressiver Patient trotz objektiv wahrnehmbarer Verbesserungen oder eigener Erfolge an seinem negativen Selbst- und Weltbild festhält.

Kognitive Fehler entstehen dann auf der Grundlage der gelernten Schemata. Bei den Patienten findet eine fehlerhafte Informationsverarbeitung statt, die einer kindlichen Denkweise ähnelt. Die Annahmen und Folgerungen der Betroffenen sind dabei umfassend, einseitig, verallgemeinernd und irreversibel. Beispiele für kognitive Fehler sind:

- **Willkürliches Schlussfolgern:** Ohne konkrete Beweise oder trotz Gegenbeweisen werden Schlussfolgerungen getroffen und für wahr gehalten. „Mein Mann bringt mir keine Blumen mehr mit. Das kann nur bedeuten, dass er mich nicht mehr liebt.“
- **Übergeneralisierung:** Von einer Situation oder einem Vorfall wird unterschiedslos auf andere Situationen und Vorfälle geschlossen. „Der Verkäufer eben war unfreundlich zu mir. Alle sind gegen mich!“
- **Dichotomes Denken:** Das Denken erfolgt in absoluten Kategorien. Sie kennen dichotomes Denken als sogenanntes Schwarz-Weiß-Denken. „Wenn du nicht für mich bist, bist du gegen mich.“
- **Personalisierung:** Der Patient bezieht bestimmte, eigentlich von ihm unabhängige Ereignisse wahllos auf sich selbst. „Der Typ hinter mir hat so komisch gelacht. Bestimmt macht er sich über mich lustig.“
- **Selektive Abstraktion:** Bei der Einschätzung einer Situation werden einzelne Informationen aus dem Gesamtkontext herausgegriffen und überbewertet, während andere vernachlässigt werden. „Die Zuhörer haben zwar geklatscht, aber der eine in der letzten Reihe hat die ganze Zeit skeptisch geguckt. Wahrscheinlich fanden sie den Vortrag alle nicht gut und das Klatschen war reine Höflichkeit.“
- **Maximieren und Minimieren:** Negative Ereignisse werden überbewertet, während positive Ereignisse heruntergespielt werden. „Ich habe die eine Übung heute beim Sport nicht hinbekommen. Sportlich gesehen bin ich echt ein Versager. Der Rest hat zwar geklappt, aber was heißt das schon?“
- **Katastrophisieren:** Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten negativer Ereignisse oder deren Bedeutung wird stark überbewertet. „Sicherlich werde ich auch irgendwann an Krebs sterben.“
- **Emotionale Beweisführung:** Gefühle oder Ahnungen werden vom Patienten als Beweis für die Richtigkeit seiner Gedanken herangezogen. „Ich habe schon lange das Gefühl, dass meine



Abb. 8

Frau fremdgeht, und so ein Gefühl hat man ja nicht ohne Grund.“

- **Gedankenlesen:** Die Gedanken, die andere über den Patienten haben, werden ohne zu fragen oder sie zu überprüfen vorweggenommen. „Mich halten sowieso alle für den Trottler vom Dienst.“

Ziel der kognitiven Therapie ist es, dem Patienten bewusst zu machen, dass seine Gedanken und Einstellungen seine negativen Gefühle mit verursachen. Deshalb sollen die dysfunktionalen Kognitionen ausfindig gemacht, bearbeitet und durch angepasste Gedanken und Denkmuster ersetzt werden.

6.3.5 Problemlösetraining

Das Problemlösetraining gehört zu den Standardinterventionstechniken der kognitiven Verhaltenstherapie. Anhand der fünf Schritte

- allgemeine Problemorientierung,
- Problembeschreibung,
- Suche nach Lösungsstrategien,
- Entscheidung für eine der Strategien und
- Anwendung und Überprüfung,

sollen sinnvolle Strategien und konstruktive Handlungsmöglichkeiten zur schnellen und effektiven Lösung eines Problems entwickelt werden.

Nach einer ausführlichen Exploration zur Identifikation und Definition des Problems werden in einem Brainstorming mögliche Bewältigungsstrategien gesammelt. Dabei gilt der Grundsatz, dass alle Ideen zulässig sind. Die gefundenen Bewältigungsstrategien werden auf einer Liste zusammengefasst und anschließend einzeln diskutiert. Im Anschluss daran wird jede Lösungsstrategie

hinsichtlich ihrer Erfolgswahrscheinlichkeit bei der tatsächlichen Lösung des Problems auf einer mehrstufigen Skala bewertet. Die hierbei am besten bewertete Strategie soll der Patient dann in der problematischen Situation ausprobieren. Abschließend erfolgt erneut eine Bewertung der versuchten Strategie hinsichtlich ihres Erfolgs bei der Lösung des Problems.

6.3.6 Konfrontationstherapie

Konfrontationsverfahren werden auch als Expositionsverfahren bezeichnet und sind ein klassischer und oft unverzichtbarer Bestandteil in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von **Angst- und Zwangsstörungen** (siehe Kap.10.5, 10.6). Konfrontationen haben sich in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien als höchst wirksam in der Behandlung vor allem von spezifischen Phobien erwiesen.

Das grundlegende Prinzip dieser Behandlungsmethode ist die **Konfrontation** des Patienten mit **angstauslösenden Reizen**. Solche Reize können soziale Situationen (soziale Phobie), Menschenmengen, Kaufhäuser, Busse, U-Bahnen etc. (Agoraphobie) oder einzelne spezielle Reize wie z.B. Spinnen, Hunde, große Höhe etc. (spezifische Phobien) sein. Bei der Panikstörung sind eigene Körperempfindungen wie beispielsweise ein beschleunigter Herzschlag angstauslösend, da sie als Vorboten einer Panikattacke bewertet werden.

Kernmerkmal der meisten Angststörungen ist die **Vermeidung der angstauslösenden Reize**. Vermeidung wird jedoch auch von Verhaltenstherapeuten als eine die Störung aufrechterhaltende Verhaltensweise verstanden, da sie verhindert, dass der Angstpatient neue, womöglich positive oder neutrale Erfahrungen mit dem angstauslösenden Reiz macht, und somit die Bewältigung der Angst erschwert.

In der Exposition wird der Patient mit den für ihn spezifischen angstauslösenden Reizen konfrontiert. Dies geschieht keinesfalls „überfallsartig“, sondern nur nach ausführlicher Aufklärung und mit der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten. Der Therapeut erstellt mit Hilfe des Patienten eine sogenannte Reizhierarchie, indem er die gefürchteten Reize in eine Rangfolge bringt. Im Rahmen der Vorbereitung der Expositionsübungen werden auch gedankliche und emotionale Anteile der Angst bearbeitet und mit dem Patienten ein Modell seiner Angst erstellt. Ausgehend von

diesem Modell entwickelt der Therapeut mit dem Patienten Übungen und Bewältigungsschritte, die unter anderem die Konfrontation mit den gefürchteten Situationen beinhalten.

Wirkmechanismen: Die Konfrontation soll erstens eine Überprüfung der oft extremen Befürchtungen des Patienten ermöglichen. So haben Patienten mit einer Panikstörung massive Angst davor, in Ohnmacht zu fallen, keine Hilfe zu bekommen oder gar zu sterben. Eine veränderte Herangehensweise, nämlich sich der gefürchteten Situation zu stellen, ermöglicht dem Betroffenen neue Erfahrungen und damit eine Veränderung der Befürchtungen. Somit stärkt die Konfrontation seine Bewältigungsfähigkeit in der angstbesetzten Situation. Zweitens dient insbesondere das fortgesetzte eigenständige Üben der Gewöhnung an die angstausslösenden Reize, und somit der allmählichen Verminderung der sogenannten Erwartungsangst.

Beides zusammengefasst beschreibt letztlich eine Lernerfahrung, die auch bei nicht krankheitswertigen Ängsten eine erfolgreiche Bewältigung der zuvor gefürchteten Herausforderung ermöglicht. Denken Sie hier zum Beispiel an das Schwimmenlernen, an Referate in Schule, Studium und Beruf, die erste Fahrstunde oder an Verkaufs- und Kundengespräche.

Aufklärung: Bei dieser Therapieform ist es besonders wichtig, dass der Patient sich mit dem therapeutischen Vorgehen einverstanden erklärt und aktiv mitarbeitet. Die Konfrontationen bedeuten meistens eine große Belastung für den Patienten. Er wird der Situation ausgesetzt, die er am meisten fürchtet, und die er deshalb zum Teil jahrelang vermieden hat.

6.3.7 Training sozialer Kompetenzen (TSK)

Soziale Kompetenzen sind situativ und kulturell beeinflusste Kombinationen aus kognitiven, emotionalen und motorischen Fertigkeiten, die eine Person zwischenmenschliche Situationen erfolgreich bewältigen lassen. Dazu gehören etwa der angemessene Einsatz von Blickkontakt, die Lautstärke beim Sprechen oder der zur konkreten Situation passende Einsatz von Mimik und Gestik. Dabei ist zu beachten, dass kein Verhalten in jeder Situation angemessen ist. Insofern sind alle sozialen Kompetenzen vor dem Hintergrund der Situation zu betrachten, in der sie gezeigt werden.

Trainings sozialer Kompetenzen stellen eine wirksame Methode dar, sozial kompetentes Verhalten zu erlernen und eventuelle soziale Unsicherheit zu vermindern. In solchen Trainings werden verunsichernde und Angst machende soziale Situationen besprochen, mangelnde Fertigkeiten der Teilnehmer identifiziert und soziale Kompetenzen, sogenannte Skills, vermittelt und eingeübt. Die Trainings werden in mehreren Formen angeboten und setzen sich aus verschiedenen Elementen zusammen.

Zielgruppe: Die Trainings richten sich nicht an eine bestimmte Personengruppe wie etwa psychisch Kranke, sondern an jeden, der von einem Aufbau oder einer Verbesserung der eigenen sozialen Fertigkeiten profitieren kann. Doch auch bei einigen Störungen wie etwa bei Depressionen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Ängsten oder Persönlichkeitsstörungen können ein TSK oder ein Selbstsicherheitstraining sinnvolle therapieergänzende Elemente sein. Kontraindikationen sind akute Psychosen, extrem aggressives Verhalten sowie sehr geringe sprachliche Fähigkeiten.

Aufbau und Ablauf

Trainings sozialer Kompetenzen werden in der Regel in Gruppen durchgeführt, weil am Beispiel anderer und im Rollenspiel leichter sozial kompetente Verhaltensweisen erlernt werden können.

Im **Planungsteil** werden individuelle Problemsituationen besprochen, indem sie auf drei Ebenen behandelt werden: der Gedanken-, der Gefühls- und der Verhaltensebene. Diese Informationen werden vom Patienten erfragt und auf eine konkrete Situation bezogen.

Im anschließenden **Trainingsteil** sollen die Teilnehmer ihre Problemsituation in einem Rollenspiel darstellen. Die Interaktionspartner werden nach dem Kriterium der größtmöglichen Ähnlichkeit mit der Person, die sie darstellen sollen, aus dem Kreis der übrigen Teilnehmenden ausgewählt. Während des Rollenspiels achtet die Gruppe auf die positiven und die negativen Verhaltensweisen. Nach dem Rollenspiel erfolgt eine Rückmeldung, bei der alle positiven Aspekte genannt und danach konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht werden.

In einem **Modelllauf** werden die Verhaltensweisen, die verbessert werden sollen, dem Teilnehmer durch den Trainer oder einen anderen Teilnehmer vorgeführt. Dabei soll darauf geachtet

werden, dass der Trainierende nicht durch eine perfekte Darbietung entmutigt wird. Vielmehr geht es darum, ihm eine Anregung zu geben und ihm ein Bild von dem angestrebten Verhalten zu vermitteln, von dem er glaubt, dass er sich auch so verhalten kann.

Nach dem Modelllauf soll der Teilnehmende in einem erneuten Rollenspiel, dem sogenannten **Trainingslauf**, selbst die Verbesserungsvorschläge ausprobieren und üben und erhält von der Gruppe dafür positives Feedback.

Am Ende erhält der Teilnehmer, der sein Problem geschildert hat, von den Trainern eine **Hausaufgabe**, mit der er das neue Verhalten zu Hause wiederholen und dadurch allmählich verfestigen kann. Zudem hat die Übung den Sinn, dass die Teilnehmer die Erfahrung machen, dass die gelernten Strategien nicht nur im Kurs, sondern auch in ihrer gewohnten Umgebung funktionieren.

6.3.8 Hilfreiche Techniken für Ihre Praxis

Neben den verschiedenen therapeutischen Richtungen innerhalb der Verhaltenstherapie gibt es auch konkrete und vor allem auch in der Praxis von Heilpraktikern für Psychotherapie einsetzbare Techniken, von denen wir Ihnen zwei, nämlich das Schreiben von Therapietagebüchern und die Realitätsprüfung von Annahmen, vorstellen möchten.

Therapietagebücher

Ein sehr sinnvolles Instrument aus der Verhaltenstherapie ist das Führen von Therapietagebüchern mit der sogenannten Spaltentechnik. Dabei soll allerdings nicht, wie in den Tagebüchern, die wir vielleicht selbst als Teenager geschrieben haben, unstrukturiert alles Mögliche vermerkt werden. Vielmehr erstellt der Therapeut eine Liste, in der in jeweils einer Spalte die seiner Ansicht nach wichtigen Informationen erhoben werden.

Ein Patient mit einer Depression wird beispielsweise alle besonders schlechten Augenblicke unverzüglich notieren. Neben Datum, Uhrzeit und Ort soll er in der Liste festhalten, wie die Situation ist, wer außer ihm noch anwesend ist, was für Gedanken und Gefühle er gerade hat und in der letzten Spalte können noch weitere Anmerkungen Platz finden. Es ist dabei entscheidend, dass das Tagebuch sofort und noch in der konkreten Situa-

tion geführt wird, und nicht etwa dann, wenn alles schon wieder halb so schlimm ist. Zum einen vergisst man vor allem die Gedanken und Gefühle in der Situation, zum anderen hat das sofortige Schreiben müssen den Effekt, dass der Patient ein wenig von der Symptomatik abgelenkt wird, sodass eine Eskalation in vielen Fällen verhindert wird.

Durch das Führen eines solchen Tagebuches können in der Therapie Zusammenhänge herausgefunden werden, die sonst nicht weiter auffallen würden. Beispielsweise kann es sein, dass sich eine Patientin immer morgens nach dem Aufwachen besonders mies fühlt, oder immer wieder bei schlechtem Wetter oder in der Gegenwart ihrer Kinder ein seelisches Tief erlebt. Sind solche Zusammenhänge erst einmal aufgespürt, kann ein nächster Schritt in der Planung konkreter Maßnahmen in solchen Situationen bestehen. Ein Beispiel für ein Therapietagebuch einer Patientin mit einer Zwangsstörung (siehe Kap.10.6) zeigt Tab.21.

Tipp

Erstellen Sie ein typisches Therapietagebuch in Spaltentechnik für einen Kliententyp Ihrer Wahl. Sie können auch jemanden aus Ihrer Familie an die Stelle des Klienten setzen (oder sich selbst). Machen Sie ein Computerdokument daraus, das Sie später ausdrucken und an Klienten weitergeben können.

Realitätsprüfung / Hypothesentesten

Viele Patienten beschreiben ihre negativen Gedanken als unkontrollierbar und aufdringlich. Diese Gedanken, auch automatische Gedanken genannt, drängen sich immer wieder ins Bewusstsein des Betroffenen und machen sich dort breit. Meistens sind diese Gedanken den Betroffenen so vertraut, dass sie kaum mehr auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüft, sondern nur noch passiv hingenommen werden. Dieser fehlende Schritt der Realitätsprüfung kann nun in der Therapie oder Beratung nachgeholt werden.

Stellen Sie sich vor, eine Patientin nimmt an, ihre Mutter hätte lieber eine andere Tochter als sie. Vielleicht eine, die pflegeleichter und weniger dickköpfig ist. Das schließt sie unter anderem aus dem Verhalten der Mutter ihr gegenüber. Die Mutter mischt sich in alle Angelegenheiten der Toch-

Tab. 21 Beispiel für einen Therapietagebucheintrag bei einer Zwangsstörung.

Datum	18.1.2006
Uhrzeit	16:30
Ort	Badezimmer
Anwesende	nur ich
Auslöser	Habe eine Freundin besucht, die gerade ihr Fahrrad geölt hat.
Gedanken	Bestimmt habe ich bei der Begrüßung Öl an die Hände bekommen. Wenn ich dann mein Kind anfasse, könnte es etwas von dem Öl verschlucken und davon krank werden oder sogar sterben, und ich wäre schuld.
Gefühle	Anspannung, Angst, Ohnmacht
Handlung	Ich habe mir fast eine Stunde lang die Hände geschrubbt. Dann habe ich meine Hände mit Desinfektionsmittel desinfiziert und danach wieder geschrubbt.
Wirkung	Zuerst Erleichterung, hat aber nicht lang angehalten.
Sonstiges	Habe mein Kind seitdem noch nicht wieder angefasst.

ter ein, will überall ein Wörtchen mitreden und scheint mit den Entscheidungen ihrer Tochter niemals zufrieden zu sein. Die Tochter hat den Gedanken, ihre Mutter würde sie nicht akzeptieren, sicherlich nicht zum ersten Mal, wenn sie zu Ihnen in die Beratung kommt. Wahrscheinlich ist sie schon seit Längerem dieser Überzeugung, findet in vielen Auseinandersetzungen mit ihrer Mutter immer wieder vermeintliche Beweise dafür und leidet sehr darunter, von der Mutter offenbar nicht wirklich geliebt zu werden. Die angeblichen Beweise können nun einer Realitätsprüfung unterzogen werden.

Sie als Therapeut könnten beispielsweise fragen, für wie wahrscheinlich es die Patientin hält, dass ihre Mutter lieber eine andere Tochter hätte als sie, und dass dies die Erklärung für die häufigen Einmischungen und Bevormundungen ist. Diese Angabe soll sie in Prozent (zwischen 0 und 100%) machen. Notieren Sie diesen Wert. Dann suchen Sie gemeinsam mit Ihrer Patientin nach weiteren möglichen Erklärungen: Vielleicht will die Mutter ihre Tochter beschützen, ihr eigene negative Erfahrungen und mögliche Fehler ersparen, hat Schwierigkeiten, ihr Kind loszulassen oder ist überhaupt ein ängstlicher Typ, der sich schnell Sorgen um andere macht.

Zu jeder möglichen Alternativerklärung lassen Sie die Klientin wieder die Prozenteinschätzung

vornehmen und notieren diese. Nehmen Sie bitte so lange es geht nur die Alternativerklärungen in die Realitätsprüfung auf, die der Patientin selbst einfallen. Auch hier ist es wichtig, dass Sie ihr Zeit zum Überlegen lassen und ihre Ideen nicht bewerten oder gar belächeln. Wenn ihr schließlich keine weiteren Erklärungen mehr einfallen, addieren Sie mit ihr gemeinsam alle Wahrscheinlichkeiten. In den meisten Fällen kommen dabei weit mehr als 100% zusammen.

Nun können Sie „verhandeln“: Welche der Alternativen ist vielleicht doch wahrscheinlicher, als zunächst angenommen, welche der automatischen, negativen Erklärungen sind unter Umständen doch weniger sicher, als die Patientin geglaubt hatte? Dieses Vorgehen hat etwas Entspannendes, weil es auf spielerische Weise neue Denkansätze und Sichtweisen ermöglicht. Jede Realitätsprüfung lässt sich zusätzlich optisch ansprechend am Computer darstellen, wenn Sie für so etwas ein bisschen Geschick haben. Die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten können als jeweils verschieden große Tortenstücke eines Kreises oder als Füllpegel einer Flasche in bunten Farben anschaulich gemacht werden. Und nach ein bisschen Übung können Sie Ihren Klienten eine solche Realitätsprüfung auch einmal als Hausaufgabe stellen, die Sie dann beim nächsten Termin besprechen.

Übung

Wahrscheinlich kennen Sie von sich selbst auch einige automatische Gedanken, die sich Ihnen in bestimmten Situationen geradezu aufdrängen, obwohl sie unerwünscht sind. Üben Sie anhand solcher Gedanken die Realitätsprüfung. Wenn Sie mögen, erstellen Sie zur Veranschaulichung eine Zeichnung oder ein Diagramm. Jedes Verfahren, das Sie an sich selbst und später an anderen üben, wird Ihnen später in der Praxis leichter fallen, wenn Sie es bei einem Patienten anwenden wollen.

6.4 Systemische Verfahren

Die systemische Therapie baut auf dem Grundgedanken auf, dass das Wohlbefinden des Einzelnen eng mit dem seiner Familie oder dem seines Partners verbunden ist, und dass die Ursache psychischer Störungen häufig nicht im Individuum selbst, sondern in gestörten familiären Beziehungen zu suchen ist. Ein System ist definitionsgemäß eine Menge von Elementen zusammen mit den Beziehungen zwischen den Elementen und ihren Eigenschaften. Die Systemtheorie liefert wissenschaftliche Modelle für das bereits in der Gestalttheorie beschriebene intuitive Wissen, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile.

Systemische Ansätze waren ursprünglich vor allem in der Therapie von dysfunktionaler Paar- und Familienkommunikation eingesetzt worden, bis erkennbar wurde, dass wir uns auch innerhalb unserer Persönlichkeit in einem ständigen Kommunikationsprozess mit uns selbst befinden, der den gleichen Gesetzmäßigkeiten unterliegt wie die Kommunikation mit unseren Mitmenschen. Es zeigte sich, dass auch das Individuum nicht nur ein Teil seines Systems, sondern auch ein System in sich ist. Innerhalb dieser Systeme finden Kommunikationsprozesse statt, die beschreibbaren Regeln unterliegen. Einige dieser Kommunikationsprozesse führen zu befriedigenden Ergebnissen, andere nicht.

Die Kosten einer systemischen Therapie werden zurzeit noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Anerkannt sind momentan nur Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Psychotherapie. Die systemische Therapie wird jedoch als nächster Kandidat angesehen. Die Grundlage für diese Zulassung zur Finanzierung hängt jeweils davon ab, ob

ausreichende und von einer Expertenkommission akzeptierte Validierungskriterien vorliegen. Das Zulassungsverfahren ist langwierig und aufwendig. Es kann also durchaus noch einige Jahre dauern, bis die systemische Psychotherapie ihre Kasenzulassung erhält.

6.4.1 Systemische Theorie

Die systemische Theorie beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen in sozialen Systemen ihre Wirklichkeit konstruieren, welches die Implikationen dieser Wirklichkeitskonstruktion sind und welche Möglichkeiten es gibt, diese Wirklichkeitskonstruktionen im Bedarfsfalle zu verändern. So gesehen ist pathologisches Verhalten nicht ein Problem des Individuums, sondern die **Manifestation pathologischer Interaktion** zwischen einzelnen Personen.

Man ging also von der Analyse der intrapsychischen Phänomene zur Untersuchung der Beziehungen innerhalb des Systems über, von der Analyse der Vergangenheit zur Betrachtung der Gegenwart, von der Frage „Warum hat der Patient das Problem?“ zur Frage „Was geht hier eigentlich vor?“ und „Wie wird das Problem aufrechterhalten?“ Gleichzeitig wurde der Therapeut vom passiven Element in der therapeutischen Beziehung zum aktiv intervenierenden Kommunikationspartner.

Zu den systemischen Verfahren gehören die verschiedenen Formen der Familientherapie, strategische Therapien, Neurolinguistisches Programmieren (NLP), ressourcenorientierte Verfahren, Kurzzeitherapien und andere Formen der Therapie, die sich um Einflussnahme auf die Kommunikation innerhalb von Systemen bemühen und mit der Frage arbeiten, was in einem bestimmten System falsch läuft.

Ich in meinem System

Das System meint die Gesamtheit der erfahrbaren Welt, die das Individuum umgibt und mit der es sich in einem Austausch von Kommunikation und Information befindet. Diese Gesamtheit umfasst das Individuum selbst, seine Mitmenschen und die Umwelt. Den Umgang innerhalb dieses Systems nennen wir Kommunikation oder Interaktion. Dabei gilt: Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren.

Die Kommunikationsflüsse wirken immer rückbezüglich. Wenn jemand mit sich selbst auf eine

bestimmte Weise (z. B. zuversichtlich, kritisch, unzufrieden ...) umgeht, hat das auch einen bestimmten Einfluss auf ihn (er hat beispielsweise mehr oder weniger Erfolg bei den Dingen, die er tut), woraufhin er anders mit sich selbst und mit anderen umgeht, was wiederum einen Einfluss darauf hat, wie die anderen mit ihm umgehen usw. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von **Konstruktion**: Wir erschaffen, wir konstruieren mit unseren Kommunikationspartnern eine Welt mit beschreibbaren Gesetzmäßigkeiten.

Das systemische Dreieck

Jeder Einzelne von uns befindet sich in einem Netz von Kommunikationsprozessen oder Interaktionen, das sich in drei verschiedene Richtungen erstreckt: Auf uns selbst, auf die Menschen, mit denen wir leben und auf die Welt, in der wir leben (**Abb. 9**).

Darüber hinaus ist auch noch die Geschichte eines Menschen Teil seines Systems.

Tatsächlich können wir sagen, dass wir uns in einem permanenten **Kommunikationsprozess mit uns selbst** befinden. Wir stellen Forderungen und haben Erwartungen an uns selbst und unser Leben, wir machen uns Idealvorstellungen von uns und ärgern uns, wenn wir ihnen nicht gerecht werden. Wir machen uns allerhand Utopien und scheitern an ihnen. Wir befinden uns in einem beständigen inneren Dialog.

Es gibt dabei einen großen Unterschied zwischen dem, dessen **Selbstwertgefühl** schlecht ist und dem, dessen Selbstwertgefühl gut ist. Dabei hat das Selbstwertgefühl natürlich keinen Einfluss

auf die Qualität des Menschen selbst, sondern nur auf seine **Lebensqualität**. Somit liegt der Unterschied in den Konsequenzen, die er aus seiner Selbsteinschätzung zieht oder die sich aus seiner Selbsteinschätzung ergeben.

Ganz offensichtlich kommunizieren wir **mit anderen Menschen**, etwa mit unserer Familie, mit Freunden, den Kollegen und Nachbarn. Beim Umgang mit anderen verhält es sich ganz ähnlich wie beim Umgang mit uns selbst. Wir machen uns ein Bild von ihnen und sind enttäuscht, wenn sie unserem Bild am Ende nicht gerecht werden. Auf der anderen Seite werden auch an uns Erwartungen gestellt, die wir erfüllen oder auch nicht. Wie wir mit anderen kommunizieren, hat wiederum Auswirkungen auf deren Kommunikation mit uns, was dann auch unser Bild von ihnen beeinflusst.

Auch **mit der Umwelt** im weitesten Sinne befinden wir uns in permanentem Austausch. Mit dem Begriff Umwelt ist vor allem das Geflecht aus sozialen, ethischen und moralischen Normen und kulturellen Erwartungen und Ansprüchen gemeint. Wir gehen mit Erwartungen und Ansprüchen auf verschiedene Art um. Zum einen können wir die Ansprüche, die an uns gestellt werden, als berechtigt ansehen. Dann werden wir versuchen, sie zu erfüllen, selbst wenn sie konträr zu unseren eigenen Zielen sind oder unserer Persönlichkeit widersprechen. Wir können aber auch die an uns gestellten Forderungen als unberechtigt ansehen und uns weigern, sie zu erfüllen.

In diesem Spannungsfeld der Kommunikationen entsteht das, was wir als **Problem** bezeichnen: Wir kommen mit uns selbst, mit den anderen oder mit unserer Umwelt nicht zurecht, fühlen uns nicht wohl in diesen Beziehungen und leiden darunter. Wir machen uns Vorstellungen, Ideale davon, wie wir, die anderen oder die Welt sein sollten, und wenn diese den Vorstellungen nicht entsprechen, entsteht ein Problem.

Der Gedanke, die anderen seien schuld oder trügen die **Verantwortung** für unser Glück oder Unglück, ist die Wurzel vielen Leidens. Denn damit gleichgesetzt ist der Gedanke, wenn sich die anderen ändern würden, wären wir glücklich. Mit dieser Denkweise legen wir jedoch nicht nur unser Seelenheil in die Hände anderer und berauben uns jeglicher Einflussmöglichkeit, sondern wir haben auch eine sehr geringe Chance, dass sich unsere Wünsche jemals erfüllen. Denn selbst wenn unser Partner, unsere Eltern oder unser Kind bereit wären, sich uns zuliebe zu ändern, wären sie

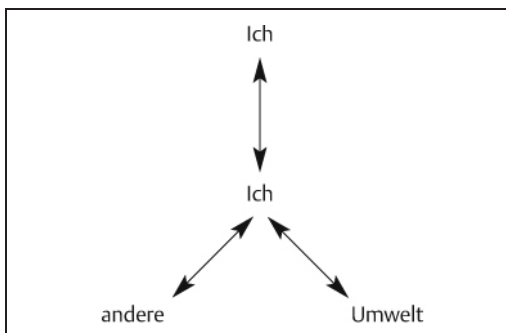


Abb. 9 Das systemische Dreieck.

Menschliche Kommunikation und Interaktion verläuft in drei Richtungen: Wir kommunizieren mit uns selbst, mit unseren Mitmenschen und mit der soziokulturellen Umwelt.

nur in seltenen Fällen in der Lage, genau so zu werden, wie wir sie uns vorstellen. Die Welt, wie wir sie vorfinden, ist, wie sie ist.

6.4.2 Der therapeutische Ansatz

Ein therapeutischer Ansatz auf der Grundlage der systemischen Theorie basiert auf der Arbeit von Paul Watzlawick und seiner Mitarbeiter, die am Mental Research Institute an der Universität von Palo Alto gearbeitet haben. Um ein schlüssiges therapeutisches Konzept entwickeln zu können, müssen Sie als systemischer Therapeut demnach die vier folgenden Schritte unternehmen und die dazu relevanten Informationen erheben:

Schritt 1: Klare und konkrete Definition des Problems

- Was geschieht innerhalb der drei voneinander abhängigen Interaktionen, in denen der Klient mit sich selbst, mit den anderen und mit der Welt lebt?
- Welche Urteile, Kritiken oder Ideale gibt es?
- Welche Wechselwirkungen innerhalb dieses Beziehungssystems tragen zur Fortdauer des Problems bei?
- Was müsste der Klient tun, um die Situation zu verschlimmern?

Als Erstes brauchen Sie eine klare und konkrete Definition des Problems. Das heißt, Sie müssen verstehen, was den Patienten bedrückt. Lassen Sie sich beschreiben, wie das Problem das letzte Mal aufgetreten ist. „Beschreiben Sie mir ganz konkret, was an diesem Abend geschehen ist. Und was wurde dann gesagt? Und wie ist es weitergegangen?“

Achten Sie darauf, ob der Patient ein Problem oder ein **Pseudoproblem** beschreibt. Trauer um einen Sterbefall zum Beispiel ist kein Problem, es sei denn, der Klient hat eine bestimmte Vorstellung davon, wie Trauer auszusehen hat. Keine Lust auf etwas bestimmtes zu haben ist auch kein Problem, es sei denn, der Klient ist der Meinung, er müsse aber Lust darauf haben, weil das normal sei.

Daher stellt sich die Frage danach, wie der Klient mit sich und seiner Umwelt umgeht: Welche Ideale gibt es, welchen Urteilen ist er auf welche Art und Weise ausgesetzt, wer kritisiert ihn auf welche wirksame Art und Weise? Finden Sie heraus, welche **Beziehungsmuster** und Strukturen

es innerhalb des Systems des Klienten gibt, die dafür sorgen, dass die anfangs schwierige Situation zu einem Problem wurde.

Schritt 2: Untersuchung der bisher versuchten Lösungen

Was hat der Klient bisher versucht, um das Problem zu lösen? Natürlich lässt kein Mensch eine schwierige Situation oder ein Problem einfach auf sich beruhen. Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten eines Problems und dem Gang zum Berater oder Therapeuten beträgt zwischen drei und sieben Jahren. In dieser Zeit haben sich nicht nur der Klient selbst, sondern meistens auch seine Freunde und Verwandten um eine Lösung des Problems bemüht, es hat vielleicht Familiengespräche, Vorschläge, Angebote und Versuche gegeben. Sie müssen nun erfragen, wie das konkret aussah.

Viele Klienten antworten auf die Frage, was sie bisher unternommen haben, mit einem enthusiastischen „Alles!“, aber das ist nicht richtig. Mit „Alles“ meinen die Patienten alles, was ihnen oder ihren Angehörigen als potenzielle Lösung eingefallen ist. Dabei wird in den meisten Fällen jedoch nur **eine Lösungsstrategie** versucht, häufig das Reden über das Problem mit dem vermeintlichen Problemverursacher. Diese eine Strategie wird jedoch auch, wenn sie nicht funktioniert, mit immer mehr Kraftaufwand, immer mehr Elan und unter dem Prinzip „**mehr desselben**“ weiter verfolgt, und nun fällt dem Klienten nichts mehr ein.

Die Untersuchung der bisher versuchten Lösungen ist aus zwei Gründen wichtig. Erstens brauchen Sie das, was der Klient und seine Angehörigen versucht haben, nicht mehr zu versuchen, da es nicht geklappt hat, denn sonst wäre er mit dem Problem jetzt nicht bei Ihnen. Eine Ausnahme ist gegeben, wenn der Klient eine Lösungsstrategie, die funktioniert hatte, irgendwann wieder aufgegeben oder vergessen hat. Fragen Sie daher immer auch nach, ob die jeweils versuchte Lösung funktioniert hat.

Zweitens brauchen Sie die bisher versuchten Lösungen, weil die Antwort auf die Frage „Was müssen Sie tun, um die Situation zu verschlimmern?“ fast immer früher oder später lauten wird: „Weitermachen wie bisher.“ Es gibt eine Reihe von Strategien, eine schwierige Situation noch schwieriger zu machen. Dass es diese Strategie gibt, heißt nicht unbedingt, dass der Klient diese Strategie

auch anwendet. Wenn er aber weiß, wie es noch schlimmer zu machen ist, hat er einen Teil davon verstanden, wie das Problem funktioniert.

Tipp

Oftmals stellt sich auch heraus, dass das Problem nicht das eingangs beschriebene ist, sondern das, was dabei herauskommt, wenn man die problematische Situation mit einem unbrauchbaren Lösungsversuch behandelt. Die Anfangsschwierigkeit wird durch die Anwendung nicht funktionierender Lösungsversuche im Laufe der Zeit zu einem unlösbar scheinenden Problem.

Schritt 3: Definition des Behandlungszieles

Die Definition des Behandlungszieles muss so klar und konkret wie möglich sein. Allgemeine und unklare Ziele wie „Ich will glücklicher sein“ oder unrealistische Ziele wie „Nie mehr mit meinem Partner streiten“ funktionieren nicht. Eine klare und konkrete Definition des Behandlungszieles wirkt auf verschiedenen Ebenen: Sie gibt dem Patienten das Gefühl, dass etwas getan wird, sie motiviert ihn und sie relativiert das Problem, indem sie den Rahmen auf die problematische Situation begrenzt und das oft Resignation erzeugende Gefühl lindert, es habe ja doch alles keinen Zweck mehr (siehe Kap. 6.2.6).

Schritt 4: Plan zur Herbeiführung der Lösung

Der Versuch, eine problematische Situation schnell, wirksam und nachhaltig zu verändern, steht bei den systemischen Verfahren deutlich im Vordergrund. Dies hat dazu geführt, dass im Rahmen systemischer Verfahren auch schon von **strategischen Therapieformen** die Rede gewesen ist. Die Therapeuten geben zum Teil ganz **konkrete Handlungsanweisungen** und **minutiöse Vorschriften** für ein weiteres Verhalten des Klienten. Allerdings ist mit den Handlungsanweisungen immer auch ein gewisser pädagogischer Effekt verbunden, wie z. B.: „Wenn das Symptom willkürlich herbeigeführt werden kann, dann ist es kein Symptom mehr. Ein Symptom ist etwas Zwanghaftes, Ungewolltes, etwas, das von selbst kommt, über das ich keine Macht habe.“

Wenn es möglich ist, den Klienten zur Mitarbeit

bei einer **Symptomverschreibung** (siehe Kap. 6.2.6) zu bewegen, dann produziert er mit seinem Verhalten etwas, was er fürchtet oder verständlicherweise los sein will. Wenn er es aber herbeiführen kann, dann kann er es auch lassen, und das Symptom verändert sich in seinem Charakter: Es ist nicht mehr Symptom, das über ihn kommt wie ein Sommerregen, sondern Folge von Verhalten, Bewertung oder Entscheidung. Dagegen aber kann er sich entscheiden, ohne sich in seinem Wesen ändern zu müssen.

6.4.3 Systemische Interventionen

Einige der typischen systemischen Interventions-techniken wie etwa das Anwenden der **Wunderfrage**, **Skalierungsfragen**, die Arbeit mit **Ausnahmen** oder die **Symptomverschreibung** bzw. die **paradoxe Intervention** wurden Ihnen bereits bei den lösungsorientierten Therapieansätzen, die ja zu den systemischen Therapieverfahren zu zählen sind, erläutert. Zwei weitere, nämlich das **zirkuläre Fragen** und die **Umdeutung**, wollen wir Ihnen hier vorstellen.

Zirkuläres Fragen

Das zirkuläre Fragen ist eine Technik, bei der die wahrscheinlichen Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen einer Person in einer konkreten Situation nicht direkt von ihr, sondern von einer zweiten Person erfragt werden. Beispielsweise könnte ein Therapeut in der Erziehungsberatung die Tochter fragen, was die Mutter wohl denkt, warum sie trotz des festen Versprechens wieder nicht pünktlich zu Hause war. Man kann auch eine Person über die vermutete Interaktion zweier anderer befragen: „Was denken Sie, was Ihr Kind empfindet, wenn es beobachtet, wie Ihr Mann Sie so anschreit?“ Anstelle einer realen Person kann dabei immer auch eine hypothetische Person bzw. der Therapeut selbst stehen: „Wenn ich Sie und Ihren Mann bei so einem Streit heimlich beobachten könnte, was glauben Sie, würde ich sehen?“

Diese Fragen können den **Kommunikations-spielraum** innerhalb eines Systems konstruktiv erweitern. Wenn etwa bei der letztgenannten Frage die Klientin noch nicht auf die Idee gekommen ist, einen typischen Streit mit ihrem Mann einmal als Außenstehende zu betrachten, dann eröffnet ihr die Frage danach unter Umständen neue Perspektiven, wie sie mit dem Problem, nämlich dem

Streiten, anders umgehen könnte. Etwa könnte ihr auffallen, dass sie selbst, wenn sie es „von außen“ betrachtet, ihren Mann nie etwas sagen oder sich rechtfertigen lässt, sondern eigentlich selbst unterbrochen auf ihn einschimpft, dass sie sich dann aber hinterher beschwert, dass er irgendwann nicht mehr zugehört hat. Auch können positive Aspekte der Streite besser erkannt werden, wenn man den Streit einmal aus einer sachlichen Perspektive heraus bewertet. Solche positiven Aspekte wie „Wenn ich sachlich bleibe und nicht auf ihm herumhacke, hört er mir auch zu“ können bereits Lösungsansätze beinhalten.

Zirkuläres Denken unterscheidet sich vom linearen Denken, das auf Ursache-Wirkung-Beziehungen abzielt. Jemanden über einen Dritten in dessen Gegenwart zu befragen, erlaubt es, ein Problem aus einem oder mehreren **neuen Blickwinkeln** zu betrachten und andere Perspektiven einzunehmen. Dabei kommt es nicht darauf an, was die dritte Person tatsächlich geantwortet hätte, obwohl die Mutmaßungen darüber erstaunlicherweise häufig zutreffen. Entscheidend ist allein die Einführung der **Sichtweise eines anderen**. Die eigene Wahrnehmung wird dabei durch andere Auffassungen relativiert, die gewohnten Denkstrukturen werden durcheinander gebracht. Im Idealfall setzt das zirkuläre Fragen einen Überlegungsprozess in Gang, durch den sowohl der Therapeut als auch der Gefragte (und oft sogar der, über den gesprochen wird) neue Informationen erhalten.

Umdeutung (Reframing)

Umdeutung oder Reframing bedeutet, einer Situation oder einem Problem eine andere Bedeutung zu geben oder es zu relativieren, indem man es in einen anderen Kontext stellt und somit den Zusammenhang zwischen einer Person und ihrem Problem aufhebt. Der englische Begriff geht dabei darauf zurück, dass ein Bild in zwei unterschiedlichen Rahmen einmal besonders schön und farbenfroh und einmal eher unscheinbar und langweilig aussehen kann. Der Rahmen (engl. frame) steht aber auch für eine Sichtweise oder Denkstruktur, die unsere Wahrnehmung eingrenzt. Lassen wir diese Begrenzung außer Acht und schauen sozusagen über den Tellerrand hinaus, können neue Sichtweisen entstehen.

Einem mit diesem Werkzeug arbeitenden Therapeuten ist es möglich, durch die Umdeutung

Probleme in einem anderen Licht erscheinen zu lassen und den Betroffenen dadurch den Umgang mit ihrem Problem zu erleichtern. Beispielsweise kann die Opferrolle in die Rolle eines aktiv Handelnden umgedeutet werden. Stellen Sie sich dazu vor, ein Alkoholiker hatte während der Therapie einen Rückfall. Als Erklärung dafür gibt er an, das Verlangen sei einfach übermächtig gewesen, so dass er nicht anders konnte, als in die Kneipe zu gehen und zu trinken. Wenn der Therapeut ihn nun fragt, wie genau die Situation aussah, in der er entschieden hat, in die Kneipe zu gehen und Alkohol zu trinken, hat er den Klienten von einem willensschwachen Alkoholiker mit einem Rückfall zu einem Ex-Alkoholiker mit Kontrollmöglichkeiten über sein Trinkverhalten gemacht. Der Klient wird dadurch zum Regisseur seines Alkoholkonsums, anstatt zum bloßen Opfer.

Beispiele aus der Familientherapie

Auch in der Familientherapie ergibt sich häufig die Gelegenheit für ein Reframing.

- Wenn sich jemand über die Kontrollsucht seiner Mutter beschwert, kann dies als ihr Wunsch, den Sohn zu beschützen umgedeutet werden.
- Wenn eine Mutter sich über ihren „lauten und hibbeligen“ Jungen beschwert, können Sie ihr zu ihrem guten Erziehungsverhalten gratulieren, das ihr zu einem so aufgeweckten und lebhaften Kind verholfen hat.
- Wenn ein Mann sich beschwert, dass seine Frau ihn abends immer „stundenlang voll quatscht“, obwohl sie doch weiß, dass er seine Ruhe haben will, können Sie dies als auch nach langer Ehe noch vorhandenes Interesse der Frau an ihm und seiner Meinung umdeuten.

Tipp

Möglichkeiten, etwas in ein anderes, positives Licht zu rücken, gibt es fast immer. Wichtig dabei ist, dass die Umdeutung ehrlich gemeint ist und glaubhaft vermittelt wird, sodass sie nicht als Ironie aufgefasst werden kann.

Der therapeutische Zweck der Umdeutung

Wenn Sie eine funktionierende Umdeutung vornehmen, verändern Sie die **Bedeutung des Problems** für die Klienten. Sie etikettieren das Problem sozusagen um und machen so in gewissem Sinne aus einem Elefanten eine Mücke. Umdeutung soll nicht bewirken, dass die Klienten ihr Problem plötzlich durch die rosarote Brille sehen, aber aus einem großen Problem ein kleines zu machen, ist bereits ein Fortschritt und ein Erfolg.

Besser als eine Behauptung aufzustellen ist dabei, die Umdeutung als Frage zu formulieren, etwa in der Form „Kann es vielleicht sein, dass Ihr Kind besonders kreativ ist und sich gern Geschichten ausdenkt? Könnten Sie diese Kreativität weiter fördern?“, wenn ein Vater sich über die ständigen grundlosen Lügen seines Sohnes beschwert. Ein lustiges Beispiel für ein Reframing ist noch, dass ein systemischer Therapeut einem Raucher, der aufhören will, ausrechnet, dass er pro Tag insgesamt 2 Stunden raucht und somit 22 Stunden am Tag Nichtraucher ist. Somit hat der Raucher sein Ziel die meiste Zeit des Tages über schon erreicht.

6.5 Individuelles Therapiekonzept zusammenstellen

Wir möchten Sie ermutigen, sich aus den verschiedenen Therapierichtungen Bausteine auszusuchen, mit denen Sie gut arbeiten können. Aus diesen wenigen Bausteinen können Sie bei jedem Klienten ein individuell auf seine Bedürfnisse zugeschnittenes Therapie- bzw. Beratungskonzept erstellen.

Sollte ein Klient vor allem an den Ursachen seiner Schwierigkeiten interessiert sein, können Sie beispielsweise mit dem Therapietagebuch aus der Verhaltenstherapie nach typischen Auslösern, mit erkenntnisorientierten Fragen nach der ersten Situation, in der das Problem aufgetreten ist, oder anhand der lösungsorientierten Therapie nach Ausnahmen suchen.

Will Ihr Klient eine möglichst schnelle Lösung für seine Probleme, weil der Leidensdruck sehr groß ist, arbeiten Sie mit der Skalierungstechnik und der Wunderfrage. Grübelt jemand viel oder macht sich ständig Sorgen um irgendetwas, kann die Technik der Realitätsprüfung weiterhelfen.

Mit wenigen Bausteinen können Sie also Klienten mit sehr unterschiedlichen Problemen beraten bzw. behandeln. Zudem stellen Sie durch dieses Vorgehen eine gute Passung zwischen Ihrem Angebot und den Bedürfnissen Ihrer Klienten sicher und bieten damit eine gute Voraussetzung dafür, dass diese zufrieden sind und sich bei Ihnen gut aufgehoben wissen.

— Übung —

Beobachten Sie einmal, welche Art der Gesprächsführung Ihnen am meisten liegt. Sie können das in jeder Art von Gesprächen tun, die Sie führen. Probieren Sie auch einmal andere Techniken aus. Wie fühlen Sie sich dabei, konsequent in der Rolle eines Unwissenden zu sein? Wie geht es Ihnen, wenn Sie konkrete Ratschläge geben? Oder genau das nicht tun? Und welches Vorgehen hilft Ihnen bei eigenen Problemen am besten?

7 Arbeiten in eigener Praxis

Das Arbeiten in einer eigenen Praxis bringt eine Menge Anforderungen mit sich, die nichts oder nur wenig mit Ihrer Qualifikation als Berater oder Therapeut zu tun haben. Zum Beispiel werden Sie sich mit der Frage auseinandersetzen, wie Sie Ihre Praxis bekannt machen und vielleicht für sich werben können. Dazu kommen finanzielle Fragen. Sie müssen oft eine – kürzere oder längere – Durststrecke am Anfang Ihrer selbstständigen Tätigkeit überwinden können, sodass Sie alternative Einnahmequellen für diese Zeit brauchen. Vielleicht waren Sie vor ihrer Ausbildung angestellt, sodass auch steuerrechtliche Neuerungen auf Sie zu kommen. Und wer macht die Buchhaltung? Sie sehen, es schadet nicht, wenn man auch als Berater oder Therapeut über ein gewisses kaufmännisches Grundverständnis verfügt.

Dieser Abschnitt soll Ihnen nur einen kleinen Überblick geben und stellt keine vollständige Abhandlung der beschriebenen Themen dar. Einen besseren Einblick bekommen Sie in speziellen Kursen zu Praxisführung und Berufskunde für Heilpraktiker, die unter anderem von Heilpraktikerschulen und Psychotherapeutenverbänden durchgeführt werden. Gerade wenn man vorher nicht selbstständig gearbeitet hat, lohnen sich auch spezielle Existenzgründungsseminare, bei denen solche Grundlagen vermittelt werden.

7.1 Die schwierige Anfangsphase

Praxisstandort: Bevor Sie sich für einen Praxisraum entscheiden, schauen Sie sich einmal in der näheren Umgebung um. Gibt es dort vielleicht schon drei Beratungspraxen? Dann suchen Sie lieber noch einmal an anderer Stelle. Die Nachfrage pro Praxis wird durch die Anzahl potenzieller Konkurrenten beeinflusst. Wenn diese Konkurrenz dann zusätzlich schon länger an dem betreffenden Standort ist, sozusagen die älteren Rechte hat, ist ein großer Teil der Kundschaft schon versorgt und für Sie verloren. Daher suchen Sie sich wenn möglich einen Praxisraum in einem Gebiet mit weniger bestehenden Praxen für psychologische Beratung und Therapie.

Praxiskonzept: Zusätzlich ist ein gutes Praxiskonzept mit entscheidend für Ihren Erfolg. In welchem Bereich wollen Sie arbeiten? Haben Sie ein Spezialthema, oder machen Sie alles? Wenn Sie es schaffen, sich in wenigstens einem Thema zum Spezialisten fortzubilden, haben Sie bessere Chancen. Wenn Sie sich dann noch ein Thema ausgesucht haben, bei dem erhöhte Nachfrage, aber ein geringes Angebot besteht, umso besser.

Gemeinschaftspraxis: Sie können Ihre Praxis allein führen oder sich mit anderen zusammentun und eine Gemeinschaftspraxis gründen, in der Sie mehrere Räume unter mehreren Therapeuten aufteilen. Sie können in eine bestehende Praxis einsteigen oder für den Anfang erst einen Raum für bestimmte Termine anmieten, mit der Option auf Erweiterung im Lauf der Zeit. Sie können eine Praxisgemeinschaft gründen, zusammen mit anderen Heilpraktikern oder beispielsweise mit Ernährungs- und Gesundheitsberatern. Nur ca. 30% der Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie sowie der Psychologischen Berater führen eine Praxis allein und als Vollzeitpraxis. Es ist mit Schwierigkeiten und Kosten verbunden, die erste Zeit einer Praxisgründung allein zu überstehen, daher ist ein Gemeinschaftsprojekt empfehlenswert. Sie sparen Geld bei den Büro-, Neben-, Telefon-, Werbungs- und vielen anderen Kosten. Außerdem sitzen Sie in der Wartezeit zwischen zwei Klienten nicht allein da. Und vier Augen sehen mehr als zwei: Vielleicht sind Ihnen Möglichkeiten der Patientenwerbung nicht aufgefallen, die Ihr Partner sieht.

—Tipp—

Manche Themen sind für Berater und Therapeuten – auch für die niedergelassenen mit Kassenzulassung – offenbar wenig interessant. Dazu zählen in vielen Regionen die Arbeit mit Kindern und Angehörigen ebenso wie Sexualberatung oder die Beratung von Borderline-Patienten sowie Patienten mit Essstörung und selbstverletzendem Verhalten. Da aber natürlich trotzdem Bedarf an Beratung und Therapie besteht, liegt hier eine potenzielle Chance für Sie und Ihre neue Praxis.

7.1.1 Möglichkeiten der Werbung

Nutzen Sie die vielfältigen Möglichkeiten der Werbung, um sich selbst bekannt zu machen. Die Wirkung eines erhöhten Bekanntheitsgrades tritt nicht sofort ein, sondern die Langzeitwirkung und der Wert des Wiedererkennens sind von Bedeutung.

Flyer: Entwickeln Sie ein Faltblatt, das Sie in der Umgebung Ihrer Praxis auslegen: in Bioläden, Kindergärten, im Gemeindehaus ihrer Kirchengemeinde. Der Standard ist DinA4, auf Drittel gefaltet. Diese Faltblätter begegnen Ihnen häufig als Ankündigungen von Seminaren oder Workshops. Es gibt in einigen Stadtteilen Läden, die Fläche für das Auslegen solcher Faltblätter anbieten, teilweise gegen Mietzahlung.

Vorträge: Sie können Vorträge anbieten, die Ihnen Publikum verschaffen: in der Volkshochschule oder der Kirchengemeinde. Die Themen sollten allgemein interessant und leicht verständlich sein und Angebote enthalten, die schnell umgesetzt werden können. Oder bieten Sie in örtlichen Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen, die sich mit „Ihrem“ Thema beschäftigen, an, dort einen Vortrag zu halten.

Selbsthilfegruppen: Machen Sie Angebote für Selbsthilfegruppen. Es gibt eine Menge von Interessenten. Stellen Sie gegebenenfalls Ihre Räume zur Verfügung, Selbsthilfegruppen suchen oft nach geeigneten Räumen. Wenn es noch keine Selbsthilfegruppe für Ihr Spezialthema gibt, gründen Sie eine. Als nicht selbst Betroffener dürfen Sie die Gruppe allerdings rechtlich gesehen nicht leiten, da in einer Selbsthilfegruppe alle Mitglieder gleich sein müssen, in diesem Fall persönlich betroffen. Dennoch können Sie natürlich eine Art Beraterfunktion einnehmen, gelegentlich zu aktuellen Themen referieren oder Ähnliches. Wenn Sie eine solche Gruppe selbst als Experte leiten möchten, können Sie sie als Therapiegruppe deklarieren.

Medienbeiträge: Fragen Sie bei Gesundheitsmagazinen und bei den Redakteuren vom Gesundheitsteil Ihrer regionalen Tageszeitung nach, ob Interesse an einem Fachartikel besteht. Auch kleine Radiosender sind dankbar, wenn sie bei aktuellen Fragen einen Spezialisten zu Rate ziehen können. In den meisten Fällen wird Ihnen dafür leider kein Geld angeboten. Dennoch ist es eine Möglichkeit, sich und Ihre Praxis bekannt zu machen und auf diesem Weg auch Einzelklienten zu gewinnen.

Workshops: Bieten Sie Workshops mit Kurzthemen in der eigenen Praxis an, wie zum Beispiel „autogenes Training mit Kindern“ oder „Kinesiologie bei Schulproblemen“ oder „Wenn die Angst den Hals zuschnürt“. Es ist dabei sinnvoll, etwaige Kostenbeiträge niedrig zu halten, ihnen quasi einen symbolischen Gehalt zu geben, denn die eigentliche Zielklientel ist der einzelne Patient. Auch Gesprächsgruppen zu bestimmten Themen wie: „Mein Mann ist Workaholic, was kann ich tun?“ oder „Meine Eltern sind krank, wie organisieren wir in unserem Stadtteil Hilfe?“ oder „Unsere Tochter verletzt sich selbst – Angehörigen-sprechstunde für Eltern und Geschwister“ können Sie anbieten. Nutzen Sie dabei die Möglichkeit, in Stadtmagazinen Werbung für Workshops und Vorträge zu machen.

Tag der offenen Tür: Schließen Sie sich mit Kollegen zusammen und veranstalten Sie Tage der offenen Psychotherapiepraxis oder eine offene Sprechstunde für die kleinen Sorgen und Nöte in Ihrer Umgebung. Seien Sie an dem Sonntag in Ihrer Praxis und stehen Sie den Interessenten Rede und Antwort.

Anzeigen: Grundsätzlich steht Ihnen die Möglichkeit offen, unter bestimmten Bedingungen Anzeigen in der lokalen Tageszeitung aufzugeben. Diese Bedingungen sind: Praxiseröffnung, Urlaubszeiten und nennenswerte Veränderungen Ihrer Öffnungszeiten sowie Terminbesonderheiten (Über Ostern ...). Oder bieten Sie Seminare an und werben dafür in unterschiedlichen Publikationen.

Gelbe Seiten: Lassen Sie sich in die Gelben Seiten, städtische Themenangebote oder ähnliche Medien eintragen.

Internet: Therapeutendatenbanken im Internet werden von Klienten und Patienten zunehmend genutzt; tun auch Sie das. Viele Kollegen haben eine Homepage, auf der sie sich und ihre Arbeit einem breiten Publikum vorstellen. Die Datenbanken sind zum Teil mit der Homepage eines Therapeuten verlinkt.

7.1.2 Präsentation nach außen

Zeichen oder Signets bieten einen Wiedererkennungswert, der auch von großen Firmen eingesetzt wird; denken Sie an die Signets verschiedener Automarken. Die Wiedererkennung wird vor allem in dem Stadtteil, in dem sich Ihre Praxis befindet, von Bedeutung sein. Für die meisten Firmen, Anbieter von Waren und Dienstleistungen

reicht es heute aus, in der Werbung ihr Logo oder Signet vorzuzeigen, um sich mit der Wiedererkennung von Bekanntheit in Erinnerung zu bringen.

Es gibt Kollegen, die ihr Praxisschild neben der Eingangstür ihrer Praxis anbringen und dann noch einmal im Fenster ihrer Praxisräume. Damit werden sie gesehen, und das allein ist oft schon wichtig. Das ist natürlich nur dann sinnvoll, wenn es Laufkundschaft gibt und das Signet also auch gesehen werden kann. Denken Sie daran, dass unter Umständen eine Wahrnehmung nur aus dem fahrenden Auto heraus erfolgt: Einfachheit und Einprägsamkeit zählen.

Fragen

- Wie werden Sie sich gegenüber der Außenwelt präsentieren?
- Haben Sie sich ein Signet entworfen?
- Wird das Logo Ihres Fachverbandes in der grafischen Gestaltung erscheinen?
- Wie möchten Sie Ihre Praxisausstattung, Ihre Visitenkarten, Ihr Praxisschild gestalten?
- Haben Sie sich schon für eine Berufsbezeichnung entschieden?
- Lassen Sie ein Praxisschild machen?
- Benötigen Sie dazu ein zweites als Wegweiser?
- Haben Sie sich den Inhalt für Informationsblätter überlegt?
- Wird Ihre Präsentation nach außen auch Ihre Zielgruppe ansprechen?
- Auf welchen Wegen wollen Sie Ihre Zielgruppe erreichen?
- Ist Ihnen bewusst, dass bei der Auswahl eines heilsamen Gesprächspartners in Umfragen „Vertrauen haben können“ das meistgewünschte Bedürfnis ist?

Wenn es Ihnen hilft, können Sie sich eine Liste mit Stichworten machen, die Sie auf einem Klemmbrett zusammen mit einem Notizzettel in der Stunde dabei haben. Eine gute Vorbereitung ist wichtig.

Wenn Sie dann noch über die oben beschriebenen persönlichen und beruflichen Kompetenzen verfügen, die erforderlich sind, wird sicher nichts schief gehen. Und wenn doch, ist das auch keine Katastrophe.

Tipp

Verbuchen Sie negative Erfahrungen, die übrigens in der ersten ebenso wie in der hundertsten Beratung auftreten können, als Lernmöglichkeit für sich. Wenn Sie etwas hätten ändern können, werden Sie es beim nächsten Mal sicher tun. Wenn nicht, schult es Sie dabei zu lernen, mit den schwierigeren Charakteren unter Ihren Klienten umzugehen.

7.3 Beziehungsaufbau

Zuhören: Eine tragfähige Beziehung zwischen Berater bzw. Therapeut und Klient ist eine der Grundvoraussetzungen für den Erfolg. Eine solche Beziehung erfordert vom Beratenden zunächst einmal Interesse an seinem Kunden. Versuchen Sie, das Problem zu verstehen. Stellen Sie eine einleitende Frage, und dann hören Sie erst einmal zu, was ihr Klient zu sagen hat. Bei Verständnisschwierigkeiten fragen Sie ruhig nach, ansonsten beschränken Sie sich auf die typischen „Zuhörgeräusche“ wie „Mhm“, „Aha“ oder „Oh“.

Zusammenfassen: Wenn Ihr Klient mit seiner Schilderung zu einem vorläufigen Ende gekommen ist, fassen Sie das Gesagte noch einmal zusammen. Sagen Sie beispielsweise „Das war ja jetzt eine ganze Menge. Ich frage mich, ob ich alles richtig verstanden habe. Es ist also so, dass ...“ und schildern dann, was bei Ihnen angekommen ist. Bieten Sie dem Klienten an, Sie zu korrigieren, wenn Sie etwas missverstanden haben. Sie können sich dabei auf sachliche Inhalte konzentrieren oder Gefühle des Klienten ansprechen.

Gefühle spiegeln: Wenn Sie auf die Gefühls-ebene gehen, fragen Sie nicht immer nur direkt nach („Wie fühlen Sie sich denn dabei?“). Besser ist es in manchen Fällen, Ihrem Klienten zu schildern, was Sie an Gefühlen wahrgenommen zu haben glauben. Auch hier gilt, er darf Sie korrigieren.

7.2 Der erste Klient

Wenn der ersehnte erste Klient dann endlich kommt, verfallen viele in Panik. Hoffentlich bin ich gut genug, hoffentlich bin ich dem Klienten sympathisch, was mache ich, wenn ich stottere oder rot werde? Diese und andere Fragen verleiden oftmals die Zeit bis zum Erstgespräch. Nutzen Sie diese Zeit lieber sinnvoll. Bereiten Sie sich gründlich vor. Sie haben doch am Telefon gefragt, worum es geht? Überlegen Sie, welche Informationen Sie von Ihrem Klienten brauchen, wie Sie ein solches Erstgespräch führen wollen usw.

Das zeigt ihm, dass Sie ein echtes Interesse daran haben, seine Sorgen auch nachzuvollziehen, und dass Sie ihm nicht Ihre Meinung einreden werden. Darauf sollte ein Beratungssuchender in jedem Fall vertrauen können, sodass Sie damit bereits etwas zum Beziehungsaufbau beigetragen haben.

Sprachlich anpassen: Günstig ist das Zuhören auch, weil es Ihnen Gelegenheit gibt, sich auf die Sprache des Klienten einzustellen. Es zeigt sich immer wieder, dass im therapeutischen Setting mehr Nähe entsteht, wenn der Beratende die Sprache des Klienten zu benutzen versucht. Das bedeutet nun nicht, dass Sie genauso sprechen sollen wie Ihr Klient, dass Sie auch Kraftausdrücke gebrauchen müssen, wenn Sie eigentlich eine sensible Person sind, oder dass Sie dauernd darüber nachdenken, wie er das ausdrücken würde, was Ihnen gerade auf der Zunge liegt. Aber vielleicht benutzt Ihr Gegenüber immer wieder die gleichen Redewendungen. Oder er beschreibt wichtige Dinge in Bildern und Metaphern. Drückt er sich sehr gewählt oder eher burschikos aus? Spricht er laut oder leise? All dies sind Ansätze, aus denen sich für Sie Handlungsmöglichkeiten ergeben.

Einfühlungsvermögen: Sie werden merken, wenn Sie mit einer anfänglichen Mutmaßung ins Schwarze getroffen haben, ebenso wie Sie merken werden, wann Sie eigentlich noch weit entfernt sind, Ihr Klient Sie aber nicht verletzen will. Denn auch das kann passieren. Vor allem Klienten mit ängstlich-abhängiger oder depressiver Persönlichkeitsstruktur neigen dazu, Ihnen alles recht machen zu wollen. Auch wenn das anfangs noch angenehm sein kann, verhindern Sie ein solches Verhalten bitte – Ihrem Klienten zuliebe. Sprechen Sie es an, ohne ihm zu nahe zu treten. Wie das im Einzelfall möglich ist, hängt wiederum von der Persönlichkeit des Betreffenden ab. Hier ist es von Vorteil, wenn Sie über ein gutes Einfühlungsvermögen verfügen.

Authentisch sein: Und bei all diesen Dingen, beim Zuhören, beim Nachfragen, beim Zusammenfassen, beim Adaptieren der Sprache des Klienten usw., sollen Sie immer auch noch authentisch bleiben, „echt“ wirken. Wenn ein Klient sich von Ihnen veralbert fühlt oder den Eindruck hat, Sie öffnen ihn nach, haben Sie sein Vertrauen und oft auch den Klienten erst einmal verloren. Auf jeden Fall werden Sie es in einem solchen Fall sehr schwer haben, den Beratungsprozess wieder in eine für Sie beide günstige Richtung zu lenken.

Tipp

Nehmen Sie die Ausdrucksweise eines Patienten immer nur so weit in Ihr Repertoire auf, wie Sie sich damit noch wohl fühlen. Sie müssen nicht schauspielern. Bedenken Sie auch, dass Sie eines Tages vielleicht pro Tag mehrere Klienten haben. Je weniger Sie sich verbiegen müssen, umso leichter wird Ihnen die jeweilige Umstellung fallen.

7.4 Was kann ich bieten – was will der Klient?

Therapieerfahrung: Gut ein Drittel der Patienten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, haben bereits vorhergehende Therapieerfahrung. Häufig wird mit dem Therapeuten auch das Therapieverfahren gewechselt. Untersuchungen haben ergeben, dass Therapieabbrüche oder ein Wechsel des Beraters zumeist auf eine unzureichende Passung zwischen der Person des Klienten und der Person des Therapeuten zurückzuführen sind. Auch unterschiedliche Vorstellungen über die Krankheitsursachen und das anzuwendende Verfahren spielten eine Rolle. Zudem beurteilten die meisten Therapieabbrecher die erzielten Erfolge als unzureichend.

Passung: Die Passung zwischen Klient und Berater bzw. Therapeut ist also mit entscheidend für

- den Beziehungsaufbau,
- den Verlauf und
- den Erfolg einer psychologischen Beratung oder einer Therapie.

Diese relativ neuen Erkenntnisse sollten Sie bei der Planung und Durchführung jeder Intervention berücksichtigen. Das erfordert von Ihnen eine hohe Sensibilität für die Bedürfnisse Ihrer Klienten. Sie müssen schließlich relativ schnell herausfinden können, was von Ihnen erwartet wird. Zusätzlich sollten Sie für sich eine Entscheidung darüber getroffen haben, welche Art von Beratung Sie anbieten wollen und können, bei welcher Art von Problemen Sie behandeln möchten und ob es Ausnahmen gibt, bei denen andere Gesichtspunkten als die Wünsche eines Klienten im Vordergrund stehen.

Sorgfaltspflicht: Diese letzte Frage beantwortet sich im Rahmen der Sorgfaltspflicht. Wenn beispielsweise ein Klient über aktuelle Suizidgedanken oder Selbstgefährdungstendenzen berichtet (siehe Kap.11.6), aber in der Beratung oder Thera-

pie erst einmal seine Kindheit aufarbeiten möchte, gilt der Grundsatz, dass Selbst- oder Fremdgefährdung immer vorrangig behandelt werden müssen. Halten Sie sich nicht daran, können Sie deswegen rechtlich belangt werden.

7.4.1 Einigung über das Therapieverfahren erzielen

Was aber, wenn Sie bei einem Patienten sicher sind, dass lösungsorientierte Therapie zu den schnellsten Verbesserungen seiner Symptomatik führen würde, dieser aber darauf besteht, mit einem Verfahren behandelt zu werden, das Sie nicht beherrschen? Dann hilft nur noch Ehrlichkeit. Erklären Sie, dass Sie für dieses Therapieverfahren nicht ausgebildet sind. Wenn Ihnen der Name nichts sagt, was bei der Vielzahl der heutigen Angebote relativ häufig vorkommt, bitten Sie Ihren Klienten, Ihnen das Verfahren zu beschreiben. Legen Sie dabei besonderen Wert auf Informationen, die sich darauf beziehen, welches Prinzip oder welche Theorie dem zugrunde liegt und warum es Ihrem Gegenüber so zusagt. Was daran gefällt ihm? Hat er schon Erfahrungen damit? Möglicherweise entdecken Sie Ähnlichkeiten zu einer Ihrer Interventionstechniken. Wenn sich die Gelegenheit ergibt, bieten Sie auf jeden Fall an, sich bis zum nächsten Termin über dieses Verfahren zu informieren.

Dennoch stehen Sie immer noch vor der Frage, was in einem solchen Fall zu tun ist. Dass Sie sich auch für Ihnen unbekannte Verfahren interessieren und dass Ihnen offensichtlich wichtig ist, warum es Ihrem Klienten etwas bedeutet, ist bereits ein guter Anfang. Niemand kann alle Therapieformen kennen, und Sie nehmen solche individuellen Wünsche ernst. Das bewahrt den Klienten davor, sich missachtet oder unverstanden zu fühlen, oder sich sogar mit Ihnen über das Verfahren zu streiten.

Nun können Sie ein Gegenangebot machen. Sagen Sie ihm, welches Verfahren Sie vorgeschlagen hätten und begründen Sie diesen Vorschlag. Vielleicht können Sie ja gemeinsam ein Konzept erstellen, das Ihnen beiden zusagt. Wenn Sie lösungsorientiert arbeiten wollen, das von ihm gewünschte Verfahren aber vielleicht Meditation oder Entspannungsverfahren beinhaltet, fällt Ihnen sicher eine Möglichkeit ein, beides zu kombinieren. Das stärkt auch die Rolle des Klienten, der ja der eigentliche Experte für sein Problem ist.

Sollte ein solcher Kompromiss in Ausnahmefällen nicht zustande kommen, bleibt Ihnen möglicherweise nur übrig, den betreffenden Klienten an einen Kollegen zu überweisen.

7.5 Welche Probleme sollen bearbeitet werden?

Der Klient sagt uns zwar, mit welchem Problem er zu uns kommt, aber es gibt Einschränkungen. Zum einen ist es möglich, dass er es selbst gar nicht so genau benennen kann. Eigentlich läuft alles Mögliche schief, und er versteht gar nicht, warum sein Leben plötzlich so schwierig ist. Auch welches der Probleme zurzeit das Dringendste ist, kann er unter Umständen nicht auf Anhieb sagen.

Probleme auflisten und ordnen: In einem solchen Fall müssen Sie sich durchfragen. Helfen Sie dem Klienten, eine Ordnung in die Situation zu bringen. Beispielsweise können Sie zunächst einmal alle von ihm genannten schwierigen Situationen notieren. Wenn ihm nichts mehr einfällt, sehen Sie sich die Liste gemeinsam an. Wodurch zeichnen sich die Schwierigkeiten aus? Gibt es vielleicht Gemeinsamkeiten bei verschiedenen Problemen? So können Sie eventuell wenige große Bereiche ausmachen, denen die kleinen Puzzleteile zuzuordnen sind.

Skalierungsmethode: Danach, aber auch, wenn eine solche Zusammenlegung nicht gelingt, können Sie Ihren Klienten bitten, seine Schwierigkeiten zu gewichten. Hier können Sie ihm die Zehnerskala aus der lösungsorientierten Therapie als Maßeinheit geben (siehe Kap.6.2.6). „10“ bedeutet, das betreffende Problem ist sehr wichtig, nimmt ihn sehr in Anspruch, muss schnell gelöst werden, könnte schlimme Konsequenzen haben oder Ähnliches, „1“ bedeutet, das Problem ist zurzeit nicht so schlimm oder schon gelöst, ist von seiner Bedeutung her eher nachrangig oder es sind auch bei einem Weiterbestehen keine negativen Konsequenzen zu befürchten.

Dringlichkeitsliste: Nachdem jeder der Schwierigkeiten auf der Liste eine Zahl zugeordnet wurde, können Sie sie gemeinsam in eine Rangfolge bringen. Die wichtigsten Probleme, die eine sehr hohe Zahl bekommen haben, stehen dabei ganz oben. Anhand dieser Dringlichkeitsliste können Sie nun schrittweise die einzelnen Punkte angehen. Vergewissern Sie sich noch einmal, ob die Liste so stimmt, oder ob etwas geändert werden

muss, bevor Sie mit der Beratung oder Therapie beginnen.

Oftmals wird es so sein, dass wir die Dringlichkeit und Wichtigkeit der geschilderten Probleme anders einschätzen als der Klient. Denn wir alle bewerten die Welt, andere Menschen und eben auch Geschichten zunächst vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen. Wir sind unser erstes Bezugssystem. Falls Sie beispielsweise eine depressive Mutter haben, und der Klient erzählt, seine Frau sei ebenfalls depressiv, erwarten Sie vermutlich, dass die Depression das Problem sein wird, während das Problem des Klienten möglicherweise ein ganz anderes, z.B. ihr sexuelles Desinteresse aufgrund der Medikamente ist.

Tipp

Ziehen Sie also niemals voreilige Schlüsse. Fragen Sie nach, ob Sie etwas richtig verstanden haben oder ob Sie das Problem des Klienten zutreffend einschätzen. Es kommt leider oft genug vor, dass Berater und Therapeuten Aspekte einer Schilderung als Probleme identifizieren, die für den Betroffenen gar keine sind, während Sie das für ihn besonders bedeutsame Thema als nicht so wichtig abtun.

7.6 Angemessene Bezahlung

Für die eigene Leistung eine angemessene Bezahlung zu verlangen, fällt vielen schwer. In der Arbeitswelt ist es meistens so, dass uns eine bestimmte Summe angeboten wird, die wir akzeptieren oder ablehnen können. Als Freiberufler müssen Sie selbst einen Betrag festlegen. Aber wie viel ist Ihre Leistung wert? Und was ist, wenn die



Abb. 10

Beratung gar nichts bringt, wenn die Therapie keine Erfolge zeigt? Außerdem haben heute doch ohnehin alle zu wenig Geld, sodass man sich schon ganz schäbig vorkommt, wenn man einen angemessenen Stundensatz verlangt.

Zunächst einmal bezahlen Ihre Klienten Sie für eine erbrachte Leistung. Diese Leistung ist eine psychologische Beratung oder eine Therapiestunde. Sie werden nicht dafür bezahlt, dass Ihre Intervention tatsächlich Erfolg hat. So ist es auch bei Ärzten und bei Rechtsanwälten. Oder haben Sie schon einmal die Praxisgebühr oder die Behandlungskosten zurückgefordert, wenn nach dem Arztbesuch Ihr grippaler Infekt noch da war? Stellen Sie sich vor, wie schlecht in einem solchen Fall Onkologen (Krebsspezialisten) wirtschaftlich dastünden.

7.6.1 Berechnen Sie Ihre laufenden Kosten

Also, Sie erbringen eine Leistung, dafür werden Sie bezahlt. Bleibt aber immer noch die Frage, wie viel Sie verlangen können und wollen. Wir empfehlen Ihnen, schon zu Beginn Ihrer Praxistätigkeit Ihren monatlichen Bedarf zu berechnen. Wenn Sie ausschließlich in der Praxis arbeiten, benötigen Sie Geld für Miete, Strom, Versicherungen, Telefon, Essen, dazu Kleinigkeiten wie Kontoführungsgebühr, Leasingkosten fürs Auto, die Rate für den Kredit, Benzin, Kleidung, Steuern usw.

Notieren Sie alle diese Posten. Dann überlegen Sie, wie viele Patienten Sie pro Monat behandeln können. Bedenken Sie, dass Sie Pausen brauchen! Wenn Sie die monatlichen Festkosten durch die Anzahl Ihrer Klienten (bzw. der Behandlungen) teilen, erhalten Sie den Betrag, den Sie pro Patient und pro Termin mindestens einnehmen müssen. Natürlich werden Sie nicht 2500 Euro monatliche Kosten auf nur drei Patienten verteilen können, die Sie anfangs vielleicht haben. Für diesen Zeitraum sollten Sie aber ohnehin vorgesorgt haben, sonst werden Sie schnell scheitern.

Tipp

Informieren Sie jeden Ihrer Klienten frühzeitig über die durch die Beratung bei Ihnen entstehenden Kosten. Am besten tun Sie dies schon bei der Terminvereinbarung, spätestens aber zu Beginn der ersten Sitzung. Erklären Sie auf jeden Fall, dass ihre Leistungen in der Regel privat bezahlt werden müssen – Rechnungen von

Heilpraktikern für Psychotherapie werden von einigen Privatkassen erstattet –, was eine Sitzung kostet und wie lange sie dauert, und ob der Klient nach jeder Stunde direkt bezahlen soll oder eine Rechnung nach mehreren Sitzungen bekommt (siehe Kap. 7.6.5).

7.6.2 Abrechnung mit den Krankenkassen

Da es sich bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) um Pflichtversicherungen handelt, die nach dem Solidaritätsprinzip aufgebaut sind, sind die Leistungen, die von ihnen erstattet werden, im Sozialgesetzbuch geregelt. Die GKVen erstatten nicht die Leistungen, die von Heilpraktikern erbracht werden. Da es sich aber herausgestellt hat, dass es in einigen Fällen günstiger ist, Heilpraktikerleistungen zu erstatten als eine schulmedizinische Behandlung, bieten einige GKVen Zusatzversicherungen an, durch die bestimmte zusätzliche Leistungen aus dem Gesundheitsbereich erstattet werden. Die bekannteste ist die **Heilpraktiker-Zusatzversicherung**. Sie ist bisweilen an bestimmte Auflagen gebunden, wie den Termin der ersten Erstattungsleistung (z. B. frühestens sechs Monate nach Beginn des Versicherungsverhältnisses) oder die Höhe des jeweiligen Jahresbeitrags (nicht mehr als 1200 Euro).

Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen steht es jedem frei, eine private Krankenversicherung (PKV) abzuschließen. Es handelt sich um freiwillig

abgeschlossene Versicherungen, deren Leistungskatalog auch die Erstattung von Heilpraktikerbehandlungen umfasst. Die Leistungen eines Psychologischen Beraters oder eines Coaches werden von den PKVen im Allgemeinen nicht erstattet.

Beamte bekommen Beihilfe, und die Krankenkasse der Postbeamten bezahlt nach dem Tarif Post-B. Sie erstatten nicht die Leistungen eines Psychologischen Beraters oder eines Coaches. Es ist unwahrscheinlich, dass sie die Leistungen eines Heilpraktikers für Psychotherapie erstatten.

Die Klienten kommen also, was die Begleichung der Honorare angeht, privat (nicht: privat versichert) zum Psychologischen Berater oder zum Coach. Sie können die Leistungen nicht über eine gesetzliche Krankenversicherung und im Allgemeinen auch nicht über eine private Krankenversicherung abrechnen.

7.6.3 Gebührenordnung für Heilpraktiker

In der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) werden Gebührenvorschläge für die Leistungen des Heilpraktikers gemacht (Tab. 22). Diese Vorschläge sind nicht rechts- oder praxisverbindlich. Sie werden mit jedem Klienten gesondert verhandelt. Wenn Sie keine besonderen mündlichen oder schriftlichen Anmerkungen zum Honorar machen, gelten die in der GebÜH vorgeschlagenen Honorarsätze stillschweigend als vereinbart.

Es steht Ihnen frei zu entscheiden, wie viel Ho-

Tab. 22 Vorschläge der GebÜH für psychotherapeutische Leistungen.

Ziffer	Leistung	Gebührenvorschlag (Euro)
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 – 26
19.2	Psychotherapie von 50 – 90 Minuten Dauer	26 – 46
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 – 38,50
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 – 46
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, Rohrschach, usw.)	15,50 – 38,50
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung	10,50 – 31
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 – 26

Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlernkurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren.

norar Sie für Ihre Leistungen berechnen. Es soll eine vernünftige Kalkulation sein, die den Bedürfnissen beider Seiten gerecht wird, oder, wie es im §9 des Psychotherapeutengesetzes heißt: „Dabei [bei der Festsetzung des Honorars] ist den berechtigten Interessen der Leistungserbringer und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

7.6.4 Gebührenordnung für Ärzte

Die GOÄ ist die Gebührenordnung für Ärzte. Die GOÄ-Ziffer 800ff. beinhaltet die Abrechnung der Leistungen im Bereich der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Tab. 23).

Zahlungsmodalitäten

Eine Honorarzahlung gilt auch ohne schriftlichen Behandlungsvertrag als vereinbart, wenn sich aus schlüssigen Handlungen wie einer Anamnese oder Diagnosestellung ergibt, dass der Berater bzw. Therapeut mit einer Beratung bzw. Therapie begonnen hat.

Die Zahlung der Honorare wird mit dem Klienten vereinbart. Es gibt verschiedene Möglichkei-

ten. Wir erläutern sie dem Klienten und stellen es ihm frei, sich zu entscheiden.

- Der Klient bezahlt das Honorar sofort nach Abschluss eines Termins. Dies ist die am häufigsten gewählte Zahlungsart.
- Der Klient bezahlt das Honorar in regelmäßigen, vereinbarten Abständen, beispielsweise monatlich oder vierteljährlich.
- Der Klient bezahlt das Honorar nach Abschluss der Behandlung. Dabei können, je nach Dauer der Beratung, recht hohe Summen zustande kommen, sodass einer anderen Zahlungsmodalität der Vorzug gegeben werden sollte.

Rechnungsstellung

Bedenken Sie, dass Sie dokumentationspflichtig sind. Das heißt, die durchgeführten Beratungstermine müssen in einer besonderen Akte dokumentiert werden. Das beinhaltet nicht nur die Termine, sondern auch, mindestens in Grundzügen, den Inhalt des Termins. Das bedeutet aber auch, dass eine Dokumentation Ihrer Arbeitszeit vorliegt, die nachvollziehbar macht, wie Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten. Dieser Dokumentation entspricht Ihre Rechnung. Sie sollte enthalten: die Di-

Tab. 23 Honorarrahmen der GOÄ für psychotherapeutische Leistungen.

Ziffer	Leistung	Honorarrahmen
849	psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	13,41 – 30,84 €
861	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	40,22 – 92,51 €
862	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, Honorar je Teilnehmer	20,11 – 46,25 €
863	analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	40,22 – 92,51 €
864	analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, Honorar je Teilnehmer	20,11 – 46,25 €
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	20,11 – 46,25 €
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten	43,72 – 100,56 €
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, Honorar je Teilnehmer	8,74 – 20,10 €

agnosestellung, die durchgeführten Behandlungstermine, das Honorar.

Einen Rechnungsvorschlag finden Sie im Anhang.

Fragen

Zu Ihrer beruflichen Situation

- Werden Sie haupt- oder nebenberuflich beginnen?
- Oder ist Ihre Arbeit Ihr Hobby, eine Art Liebhaberei?
- Ab wann müssen Sie (wer noch?) vom Ertrag leben?
- Sind Sie Hauptverdiener in der Familie, werden Sie da unter Druck geraten?
- Oder kann es als Ihr Zweiteinkommen laufen?
- Haben Sie überprüft, ob das laut Ihrem ersten Arbeitsvertrag möglich ist?
- Ist Ihr derzeitiger Arbeitgeber darüber informiert?
- Schaffen Sie das zeitlich, ohne sich aufzuarbeiten?

Zu Ihrer finanziellen Situation

- Haben Sie sich schon eine betriebswirtschaftliche Kalkulation aufgestellt?
- Wie viel müssen, wollen, möchten (dürfen) Sie (dazu-)verdienen?
- Haben Sie eine angemessene Anlaufzeit mit einberechnet?
- Kommen Sie in dieser Anlaufphase mit den Miet- und Nebenkosten zurecht?
- Sind Sie darauf angewiesen, dass es gleich kostendeckend anläuft?
- Können Sie mit finanziellen Belastungen umgehen?
- Haben Sie ein krisensicheres Auffangnetz für den Fall einer finanziellen Krise?
- Fällt es Ihnen leicht, auch wirtschaftlich den Überblick zu gestalten?
- Wie hoch setzen Sie Ihre monatlichen Fixkosten an?
- Haben Sie überlegt, wie und ab wann Sie diese erwirtschaften können?
- Wie viel Zeit werden Sie als Arbeitszeit vorsehen (müssen)?
- Sind Sie vertraut mit Einnahmen- und Ausgabenrechnung?
- Haben Sie einen guten Steuerberater?

Zur Praxisverwaltung

- Wollen Sie einen Anrufbeantworter einschalten?
- Wird es offizielle Zeiten geben, wo Sie immer persönlich zu erreichen sind?
- Welche Arbeitszeiten bevorzugen Sie?
- Stehen Ihre Arbeitszeiten im Einklang mit Ihrer Zielgruppe?
- Wollen Sie 45-, 60- oder 90-minütige Gesprächssitzungen durchführen?
- Nutzen Sie die Vorteile einer Bestellpraxis?
- Welches Honorar setzen Sie an?
- Ist dieses Honorar nur marktgerecht oder auch für Sie wirtschaftlich vertretbar?
- Inwieweit sind Sie mit den Abrechnungsverfahren vertraut?
- Werden Sie Ihre Korrespondenz per Hand oder EDV schreiben?
- Haben Sie sich schon ein Patienten / Klienten-Verwaltungsverfahren überlegt?
- Wollen Sie im System der Karteikarten, EDV oder mit Aktenordnern arbeiten?
- Werden Sie während der Sitzungen Notizen machen oder danach etwas notieren?
- Haben Sie dafür zwischen den Terminen schon Zeit eingeplant?
- In welchem Rhythmus werden Sie Ihre Klienten / Patienten einbestellen?
- Was werden Sie machen, wenn jemand, ohne abzusagen, nicht erscheint?
- Was werden Sie machen, wenn jemand zum Ende der Stunde kein Ende findet?
- Haben Sie Platz für Bezugspersonen oder Kinder, die mitkommen?

8 Das Setting: Einzel-, Paar- oder Gruppenarbeit

Die Klientel des Psychologischen Beraters und des Heilpraktikers für Psychotherapie ist sehr heterogen. In der Mehrzahl der Fälle wird er allerdings mit Einzelpersonen zu tun haben, die wegen ihrer persönlichen Probleme und Schwierigkeiten mit sich selbst, ihren Mitmenschen oder ihrer Umwelt Unterstützung benötigen. Aber auch Paare oder Eltern mit ihren Kindern können die Praxis aufsuchen, oder die Eltern kommen einzeln oder zu zweit wegen ihrer Kinder. Bisweilen sind auch kleinere Gruppen wie die Belegschaft mittelständischer Betriebe oder Wohngemeinschaften die Ratsuchenden. Dazu können Sie sich auch an den Aufenthaltsort oder an den Arbeitsplatz der Ratsuchenden begeben. Bisweilen hat die räumliche Situation mit der Konfliktentstehung zu tun, in anderen Fällen zeigen sich latente Konflikte in erster Linie in vertrauter Umgebung.

Fragen

- Wollen Sie fachlich mit dem Schwerpunkt Beratung oder Therapie arbeiten?
- Entspricht das Ihrer Persönlichkeit, Ihrer Herzenskraft und Ihrem Wissensstand?
- Haben Sie persönliche Erfahrung durch gemachte eigene Therapie / Beratung?
- Gibt es einen Themenbereich, zu dem Sie sich persönlich berufen fühlen?
- Oder wählen Sie einen anerkannten, aussichtsreichen therapeutischen Ansatz?
- Kennen Sie Ihren erfolgreichen Beratungsschwerpunkt schon?
- Hat man Sie im Freundeskreis immer schon zu diesem Thema befragt?
- Welches Thema ist Ihnen persönlich vertraut?
- War das schon so, bevor Sie die Berufsausbildung gemacht haben?
- Haben Sie deswegen einen helfenden Beruf gewählt?
- Sie sind aber nicht mehr betroffen, denn sonst betrifft es Sie selbst noch!
- Ist Ihnen der gewählte fachliche Schwerpunkt in Fleisch und Blut übergegangen?
- Oder kommen Sie mehr von der theoretischen Seite?

- Konnten Sie in Ihrer gewählten Thematik ein Praktikum machen?
- Interessiert Sie bei Menschen eher die familiäre oder die berufliche Situation?
- Arbeiten Sie bevorzugt mit einer ganzen Familie, also einer Gruppe?
- Oder sitzen Sie einem Menschen lieber alleine gegenüber?
- Werden Ihre Klienten / Patienten auch aus dem früheren Berufsbereich kommen?
- Wie wird man Sie jetzt erleben und erkennen dürfen?

8.1 Zeit und Raum

Zur Gesprächssituation sollten Sie sich einige Fragen vorweg stellen, die Sie klären und beantworten sollten. Sie beziehen sich auf die Gestaltung Ihrer Praxis und Ihres Terminkalenders.

- Welchen Eindruck wollen Sie mit der Atmosphäre Ihres Arbeitsraumes bei Ihrem Gesprächspartner erzeugen?
- Entspricht der Raum Ihren Vorstellungen? Können Sie sich in ihm wohlfühlen?
- Wie und wo würden Sie sich zu einem Gespräch hinsetzen, wenn Sie der Klient wären?
- Welche Distanz wählen Sie? Gibt es Möglichkeiten, die Distanz zu verändern? Kann man das Gesicht abwenden? Soll das möglich sein?
- Wer sitzt mit dem Rücken zur Tür oder zum Fenster?
- Wo befindet sich die Uhr? Können Sie einen unauffälligen Blick darauf werfen?
- Wie ist die Akustik des Raumes?
- Ist der Raum eher leer oder eher voll eingerichtet?
- Gibt es Bilder? Wer kann sie in welcher Sitzposition sehen?
- Welche Art von Sitzgelegenheit bevorzugen Sie? Kommt auch der ältere Patient damit zurecht?
- Welche Art von Störungen während einer Sitzung, z. B. Anrufe, sind möglich? Wie wollen Sie damit umgehen?
- Welchen Zeitrahmen setzen Sie sich für das Gespräch?

- Was wissen Sie über den Zeitrahmen, den Sie mit einem Klienten verbringen wollen?
- Wann kommt der nächste Klient? Geraten Sie unter Zeitdruck?
- Was machen Sie, wenn der Klient gegen Ende des von Ihnen avisierten Zeitraumes in eine Krisensituation gerät und Sie können ihn nicht nach Hause schicken?

8.2 Einzelarbeit

Das Zweiergespräch findet meistens in der Praxis des Beraters oder Therapeuten statt. Es ist unter bestimmten Umständen auch möglich, mit dem Patienten telefonische Gesprächstermine zu verabreden. Diese Umstände sind beispielsweise gegeben, wenn eine akute Krise vorliegt und der Patient die Gelegenheit erhält, täglich mit seinem Therapeuten oder Berater zu sprechen, wenn der Patient sich in einer anderen Stadt aufhält oder wenn kurzfristiges und zeitnahes Coaching, beispielsweise vor einem bestimmten Termin, verabredet ist.

8.2.1 Arbeit mit Erwachsenen

Das klassische Zweiergespräch ist vom Setting her die einfachste aller Beratungskonstellationen. Innerhalb dieses Settings ist es am Anfang einer Beratungsbeziehung das erste Anliegen des Beraters, ausreichend Informationen zu bekommen, um die problematische Situation des Klienten beurteilen zu können. Insofern werden Sie Fragen stellen. Darüber hinaus wollen viele Menschen mit ihrem Problem zunächst einfach nur einmal wahrgenommen und angehört werden. Das allein ist oft schon eine erhebliche Erleichterung. Daher ist häufig ein besonders hilfreicher Effekt in der ersten Beratungsstunde zu beobachten: „Es geht mir schon viel besser.“

Die Gesprächsstrategien lassen sich in erkenntnisorientiert-analytisch, lösungs- und ressourcenorientiert, verhaltensorientiert und klientenzentriert unterteilen (siehe Kap.6).

In der konkreten therapeutischen und beratenden Arbeit bevorzugen wir eine Interviewstruktur, die sich auf jedes therapeutische Setting (Einzel-, Paar- und Gruppengespräch) anwenden lässt. Die groben Züge haben wir bereits in Kap.6.4.2 beschrieben. Wir wollen im Folgenden noch etwas näher auf einzelne Aspekte dieser vier Schritte eingehen:

1. Klare und konkrete Definition des Problems.
2. Untersuchung der bisher versuchten Lösungen.
3. Definition des Behandlungszieles.
4. Plan zur Herbeiführung der Lösung.

Klare und konkrete Definition des Problems

Bevor Sie mit einem Patienten therapeutisch oder beratend arbeiten können, müssen Sie natürlich wissen, was sein Anliegen ist und wie sich die Probleme aus seiner Sicht darstellen (siehe Kap. 6.4.2). Viele Patienten beschreiben ihr Problem zunächst nur in allgemeinen Worten oder präsentieren Ihnen Selbst- oder Fremddiagnosen. Dies kann Ihnen teilweise schon einen Anhaltspunkt bieten, manchmal liegen die tatsächlichen Probleme aber auch an ganz anderer Stelle. Auf jeden Fall sollten Sie immer gezielt nachfragen. Dazu stehen Ihnen verschiedene Fragetechniken zur Verfügung.

Eine sehr häufige Aussage ist beispielsweise: „Ich habe zu wenig Selbstwertgefühl.“ Viele Menschen haben den Eindruck, sie hätten zu wenig Selbstwertgefühl. Die Meinungen darüber, was viel und was wenig Selbstwertgefühl ist und was die Konsequenzen jeweils sind, gehen auch in Fachkreisen weit auseinander. Nicht einmal der Begriff selbst ist endgültig definiert. Für die praktische therapeutische Arbeit ist es vor allem von Interesse, in welcher Hinsicht der Patient den Mangel an Selbstwertgefühl bemerkt. Die Fragen an so einer Stelle könnten lauten: „Woran merken Sie im Alltag, dass Sie zu wenig Selbstwertgefühl haben? Wann haben Sie es zuletzt bemerkt? Was ist da geschehen? Wie ging es weiter? Wie endete die Situation?“ Sie werden bisweilen feststellen können, dass nicht ein Mangel an Selbstwertgefühl vorliegt, sondern eine dysfunktionale Kommunikation, oder dass es sich bei der Aussage „mangelhaftes Selbstwertgefühl“ um eine Interpretation oder Schlussfolgerung handelt.

„Ich habe eine Depression.“ Es kann überraschend sein, wenn ein Patient diese Diagnose mitbringt. Es ist zunächst einmal schwierig, zu unterscheiden, ob er die klinische oder die umgangssprachliche Definition dieser schweren Krankheit meint. Die Aussage: „Ich habe eine Colitis ulcerosa“ ist demgegenüber einfacher zu verstehen, weil die Colitis ulcerosa klinisch präziser definiert ist. Die Frage: „Woher wissen Sie, dass das eine Depression ist?“ sollte sich auf die Diagnose Depression beziehen, nicht auf den see-

lischen Zustand des Patienten, über den er ja informiert ist. Eine weitere Befragung muss die Diagnose verifizieren: „Wie äußern sich die Symptome? Haben Sie Nebensymptome wie Schlaf- oder Appetitstörungen? Fühlen Sie sich antriebs-schwach?“ und ähnliche Fragen müssen folgen.

Die Diagnose **Borderline-Störung** ist schnell gestellt und nicht leicht zu akzeptieren. Das liegt unter anderem daran, dass es noch einige unterschiedliche diagnostische Kriterien gibt. Vor allem nichtpsychiatrische Mediziner vergeben die Diagnose schneller, als es dem Verständnis des Krankheitsbildes zuträglich ist. Darüber hinaus kursieren einige Sachbücher zu diesem Thema, die eine vorzeitige Selbstdiagnose ermöglichen. Es handelt sich zurzeit (2007) leider teilweise auch um eine Modediagnose, die oft ohne Kenntnis der Problematik vorschnell vergeben wird. Da es sich um eine schwere Persönlichkeitsstörung handelt, bedarf sie einer professionellen und erfahrenen Therapie. Fehldiagnosen hingegen führen zu falschen Therapien. Das gilt für psychische wie für körperliche Störungen: Einen Patienten wegen einer Krebserkrankung zu behandeln, wenn er eine Infektionskrankheit hat, ist erkennbar unsinnig.

Wenn der Klient sagt, „Ich habe **keine Lust auf Sex**“, müssen Sie zunächst herausfinden, wo das eigentliche Problem liegt. Denn keine Lust zu haben ist an sich so unproblematisch wie keinen Appetit zu haben. Allerdings kann der Libidoverlust einen nennenswerten Auslöser haben, oder der Klient ist entsetzt oder beunruhigt durch die Feststellung, oder es ergeben sich aus der Lustlosigkeit eine Reihe von Konsequenzen, die problematisch sein können, wie permanente Kritik des Partners, Fremdgehen des Partners, angedrohte Trennung, selbst erzeugter Leistungsdruck, Selbstproblematisierung. In einem solchen Falle ist das zunächst genannte Problem nicht das eigentliche Problem. Es liegt an einer anderen als der beschriebenen Stelle.

Bei der Aussage: „Seit meine Mutter gestorben ist, muss ich **immer weinen**“, ist die Frage nach dem Todeszeitpunkt bedeutend. Wenn die Antwort lautet: „Vor drei Wochen“, dann ist es sinnvoll, den Patienten darauf hinzuweisen, dass dieser Zeitraum innerhalb einer als normal zu betrachtenden Trauerzeit liegt. Allerdings stellt sich die dann Frage, warum der Patient meint, nun schon die Trauer überwunden haben zu müssen.

Wenn die Antwort lautet: „Vor drei Jahren“, dann ist es interessant herauszufinden, warum eine solch ungewöhnliche Verlängerung der Trauerzeit vorliegt: Wie trauert der Patient, wie war die Beziehung zur verstorbenen Person, welche Reste der Beziehung haben bis in die Gegenwart hinein eine Bedeutung, wie wurde der Verlust kompensiert?

Es ist allerdings auch möglich, dass nicht die Mutter, sondern das eigene Kind verstorben ist. Wie lange trauert man in diesem Falle? Die Traumaforschung hat bis heute keine normalen oder gesunden Werte für eine Trauerzeit definiert, sondern die ausgeprägte individuelle Unterschiedlichkeit betont. Es ist aber möglich, dass Angehörige über einen Wert von Normalität kommunizieren, der nicht realistisch ist, und dass die Überschreitung der als normal tolerierten Zeit das eigentliche Problem ist.

Hilfreiche Fragestellungen

Es gibt eine Reihe von Fragen, deren Beantwortung das Verständnis des Problems erleichtern:

Wie kommuniziert der Patient mit sich selbst, mit den anderen in seinem sozialen Umfeld und mit der Welt aus Regeln, Ethik, Normen, wie sie sich ihm darstellt? Das ist wichtig, um die Sprache des Patienten zu erlernen.

Welche Wechselwirkungen innerhalb dieses Systems aus eigener Person, Mitmenschen und Umwelt tragen zur Fortdauer des Problems bei? Welche Urteile, welche Kritik oder welche Ideale tragen zur Erhaltung des Problems bei? Untersuchen Sie, in welcher Welt der Klient lebt, um ihm beim Definieren zu helfen.

Dazu können Sie sich und dem Klienten folgende Fragen stellen:

- Welches sind die beobachtbaren Verhaltensmuster?
- Wie definieren Sie das Problem?
- Wie, wo, unter welchen Umständen zeigt sich das Problem? In welchen Situationen?
- In wessen Gesellschaft ergibt sich das Problem, verschlimmert sich, maskiert sich oder taucht gar nicht auf?
- Wem bringt das Problem Vorteile? Welche Vorteile bringt es?
- Wer könnte durch die Lösung des Problems Schaden erleiden?

Tipp

Lassen Sie sich nicht vom Anfangserfolg einer solchen Problemerkhebung in der ersten Stunde einer Beratung oder Therapie irritieren: Sehr häufig nimmt allein das Wissen, dass sich ein Fachmann um das Problem kümmert, eine Menge der das Problem begleitenden Belastung aus der Situation heraus. Das ist ein Anfangserfolg, kein Therapieerfolg.

Untersuchung der bisher versuchten Lösungen

Ein enorm wichtiger Bestandteil der Arbeit mit dem Betroffenen ist die Beantwortung der Frage: „Was haben Sie bisher versucht, um mit dem Problem fertig zu werden?“ Kein Mensch, der in Schwierigkeiten oder Probleme gerät, tut einfach nichts (siehe Kap.6.4.2). Auch hier gilt der erste Hauptsatz der Kommunikationsforschung: „Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren, weil Verhalten kein Gegenteil hat.“ Und so kommuniziert man mit seinem Problem. Jeder Mensch wird die Maßnahmen ergreifen, die ihm sinnvoll erscheinen, um das Problem zu lösen. Im Allgemeinen lassen sich die Versuche von Problemlösungen in vier Kategorien einteilen:

- **Zustimmung** bedeutet anzuerkennen, dass es ein Problem gibt: „Ja, das sehe ich auch so.“ Üblicherweise gehen wir nach der Zustimmung mit Vernunft an die Lösung eines Problems. Aber Vernunft funktioniert nicht immer, auch wenn das schwer zu akzeptieren ist.
- **Ablehnung** bedeutet, das Vorhandensein eines Problems abzulehnen, zu ignorieren oder zu leugnen: „Das ist doch gar kein Problem“ oder „Das sehe ich anders.“ Bekanntermaßen kann das Leugnen einer Schwierigkeit dazu führen, dass daraus ein Problem wird, da ja anfangs eine Lösung nicht notwendig war. Genauso ist es möglich, dass sich eine Schwierigkeit durch Ignorieren von selbst löst: Man schläft eine Nacht darüber, und der Fall ist erledigt.
- **Entwertung** bedeutet, die Anerkennung der problematischen Situation durch entwertendes Verhalten oder Sprechen abzulehnen: „Das ist doch Unfug, was du da sagst. Du bist nur wieder überempfindlich.“ Die Entwertung bezieht sich zumeist auf den Kommunikationspartner („Du willst ja nur ...“). Wir haben drei unterschiedliche Kommunikationspartner: Wir kommunizieren mit uns selbst, mit unseren Mitmenschen

und mit der soziokulturellen Umwelt. Jeder dieser Kommunikationspartner kann einer Entwertung ausgesetzt sein.

- **Symptomentwicklung** bedeutet, angesichts von Problemen krank zu werden, d.h. körperliche oder psychische Symptome zu entwickeln. So entwickelt der Patient möglicherweise Kopfschmerzen oder Niedergeschlagenheit, anstatt sich an die Lösung heranzumachen. Symptomentwicklungen können einen Krankheitsgewinn mit sich bringen.

Es gibt keinen anderen Grund für die Entscheidung für die eine oder andere Lösungsstrategie als die bisher gemachten Erfahrungen und die Gewöhnung an die jeweilige Strategie. Effizienz ist in den meisten Fällen schon gar kein Grund für eine Lösungsstrategie, da die Richtung einmal eingeschlagener Lösungsversuche meistens beibehalten wird, ob sie nun funktioniert oder nicht.

Eine besonders interessante Frage zum Verständnis der bisher versuchten Lösungen lautet: **Was müssen Sie tun, um die problematische Situation zu verschlimmern?** Lassen Sie Ihren Klienten mit dieser Frage einmal bis zur nächsten Therapiestunde allein, sie ist als Hausaufgabe geeignet. Die Antwort ist vor allem insofern interessant, als sie dem Klienten eine Vorstellung von seiner Verantwortung und von seinem Verhalten vermittelt.

Übung

Diese Übung ist sowohl für Sie selbst als auch für Ihre Klienten bestimmt: Sie ist als Selbsterfahrung ebenso geeignet wie als Intervention bei scheinbar unlösbaren Problemen. Nehmen Sie einmal an, ich begleite Sie unsichtbar in die für Sie problematische Situation. Nun sollen Sie mir demonstrieren, wie sich Ihr Problem im Alltag darstellt. Dazu haben Sie eine halbe Stunde Zeit. Was müssen Sie tun, um Ihr Problem innerhalb dieser halben Stunde zu provozieren und zu einem deutlich erkennbaren Höhepunkt zu treiben?
Mit anderen Worten: Was müssen Sie tun, um Ihre Situation zu verschlimmern?

Klare und konkrete Definition der Ziels

Dieser Schritt ist ein wichtiger methodologischer Führer, da er das Beratungs- und Therapieprogramm in eine bestimmte Richtung weist (siehe Kap. 6.4.2, 6.2.6). Er übt auf den Klienten einen positiven Einfluss aus: Dauer und Zielsetzung der Behandlung motivieren zur aktiven Mitarbeit. Das Ziel muss jedoch erreichbar und realistisch sein.

Das Ziel sollte ebenso klar und konkret beschrieben werden wie die Problemdefinition. Allgemeine Beschreibungen wie „glücklich sein“ oder „keine Probleme mehr haben“ sind zu ungenau und unrealistisch.

Manche Menschen sind andererseits durch ihre negativen Erfahrungen so pessimistisch geworden, dass sie zunächst nicht in der Lage sind, positive Ziele zu formulieren. Sie sagen vielleicht, „Das wird ja doch nichts mehr mit mir“ oder „Von jetzt an gibt es nur noch Unglück“.

Ein hilfreicher Weg, der es dem Patienten vereinfacht – auch bei pessimistischer Grundeinstellung – eine klare und konkrete Zieldefinition zu formulieren, ist die Frage: Woran würden Sie erkennen, dass Ihr Problem gelöst ist? Was wird dann passieren?

Oder Sie stellen ihm die Wunderfrage: „Stellen Sie sich vor, Sie gehen heute Abend ins Bett, und während Sie schlafen passiert ein Wunder, und Ihr Problem ist gelöst. Sie haben davon aber nichts bemerkt, denn Sie haben ja geschlafen. Woran werden Sie nach dem Aufwachen als Erstes merken, dass Ihr Problem gelöst ist? Was wird dann anders sein, wenn Ihr Problem gelöst ist?“

Strategie und Durchführung des Planes

Die Entwicklung einer Strategie und die Durchführung des Planes zur Behebung des Problems ist der Kern der Behandlung (siehe Kap. 6.4.2). Zur Erarbeitung einer Lösungsstrategie ist es sinnvoll, eine Reihe von Strategien, die sich bewährt haben, zu Verfügung zu haben.

Wenn Sie eine Lösungsstrategie entwickelt haben, bedenken Sie, dass Sie Ihren Klienten nur zu kleinen Schritten auffordern, damit die Therapie nicht bedrohlich und angsterregend wirkt. Auch hierbei gilt: Die Therapie muss sich dem Patienten anpassen, nicht der Patient der Therapie. Es werden vor allem Strategien ausgewählt, die der Berater oder Therapeut oder Kollege bereits mit Erfolg eingesetzt hat.

Dazu zählen grundsätzlich:

- verhaltenstherapeutische Verfahren
- kurzzeittherapeutische und lösungsorientierte Verfahren
- systemische Verfahren
- Umdeutungen
- Gebrauch von Paradoxien und paradoxe Kommunikation
- Verwendung von Widerstand
- Verwendung von Metaphern, Anekdoten und Geschichten
- Verhaltens- oder Symptomverschreibungen (siehe Kap. 6.2.6):
 - direkte Verhaltensverschreibungen
 - indirekte Verhaltensverschreibungen
 - paradoxe Verhaltensverschreibungen

8.2.2 Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Das Gespräch mit Kindern erfordert das Eingehen auf das Niveau, das von den Kindern in sprachlicher, kognitiver und emotionaler Hinsicht bewältigt werden kann. Nehmen Sie sich Zeit dafür. Es erfordert ein erhebliches Einfühlungsvermögen, mit Kindern zu kommunizieren, die nicht aus der eigenen Familie stammen.

Das Gespräch mit Kindern findet entweder in An- oder Abwesenheit eines der beiden Elternteile oder in Anwesenheit beider Eltern statt. Es ist auch möglich, zwischen den verschiedenen Modalitäten zu wechseln. Berücksichtigen Sie bitte, wie dies jeweils die Kommunikation des Kindes beeinflusst. Wie schon erwähnt, ist es die erste Aufgabe des Beraters, genügend Informationen zur Beurteilung der Lage des Klienten zu bekommen. Dazu einige Hinweise.

Stellen Sie keine Fragen mit vorgegebenen Antworten. Sie ermöglichen es Ihrem jungen Klienten, auf eigene Antworten zu verzichten und das zu antworten, wovon er glaubt, dass es gewünscht ist. Daher wählen Sie offene Frageformen. Fragen Sie nicht: „Magst Du auch gerne in den Zirkus gehen?“, sondern fragen Sie: „Was macht Du denn gerne?“ Fragen Sie nicht: „Hast Du auch den Mann gesehen?“, sondern fragen Sie: „Was hast Du denn gesehen?“ Wenn das Kind nur noch ja oder nein zu sagen braucht, dann ist die Chance groß, dass es dies tut, und Sie bekommen keine verwendbaren Informationen.

Fragen Sie nicht in einem suggestiven Fragestil: „Das ist doch so gewesen, oder?“ oder auch: „Hast

Du das etwa anders in Erinnerung?“. Ein suggestiver Fragestil ist durch Eindringlichkeit in der Wort- und Tonwahl gekennzeichnet und durch die Antwortvorschläge, die Sie Ihrem Klienten machen. Da Kinder erheblich suggestibel sind und auch ziemlich genau erraten können, was man von ihnen hören will, ist das Risiko zu hoch, dass Sie nur hören, was Sie gesagt haben.

Tipp

Fragen Sie das Kind ruhig einmal nach Lösungen! Einerseits haben sie ein recht unverstelltes Verhältnis zum Wünschen, andererseits wissen sie manchmal mehr, als man ihnen im Allgemeinen zutraut.

8.3 Paarberatung

Für die Paarberatung (siehe Kap.9.1) sollten Sie mehrere Sitzkombinationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen haben. In einigen Fällen kann es interessant sein, die Raum- und Sitzplatzaufteilung des Paares zu beobachten: Wer sucht sich seinen Platz aus? Wie schnell geschieht das? Wird der Partner dabei berücksichtigt? Wie viel Raum nimmt sich jeder der beiden? Welche Distanz wird gewählt? Da Paare allerdings in Ihrer Praxis auf unbekanntes Terrain kommen, sagt es nicht immer etwas aus, wie sich die Partner zueinander setzen.

Partnerkrisen sind der häufigste Anlass für psychologische und Krisenberatungen. Stress im Zu-

sammenleben beeinträchtigt die Lebensqualität entscheidend und wirkt sich negativ auf alle Daseinsbereiche aus. Eine psychologische Beratung, die zur Verbesserung der Qualität der Partnerbeziehung beitragen kann, ist angesichts der gravierend ungünstigen Folgen von misslingenden Beziehungen von großer Bedeutung.

Sehr häufig ist es aber so, dass Paare zu spät zur Beratung kommen, sodass sich die Bemühungen darauf beschränken müssen, schädliche Auswirkungen zu mildern, z.B. gewalttätige oder destruktive Konsequenzen abzuwenden. In diesem Falle haben Sie es eher mit einer Krise als mit einem Problem oder einer Schwierigkeit zu tun.

Kommt nur ein Partner in die Beratung, ist er entweder motivierter, oder er verspricht sich mehr von der psychologischen Beratung. In diesem Falle liegen die Bedingungen einer Einzelberatung vor.

8.3.1 Interventionshinweise

Es ist möglich und in einigen Fällen empfehlenswert, dass Sie zu zweit arbeiten, am besten ist die Kombination von Mann und Frau. Das Risiko der Parteilichkeit ist immer gegeben, und indem ein zweiter Therapeut oder Berater mitarbeitet, verringert sich das Risiko, dass einer der Klienten allein dasteht oder sich auch nur allein und unverstanden fühlt und sich in die Verteidigung zurückzieht. Außerdem ergeben sich interessante Kombinationsmöglichkeiten: Klient und Berater, Klient und Beraterin und Klientin – Berater bzw. Klientin – Beraterin. Wenn eine solche Wahl getroffen wird, kann sie den therapeutischen Prozess unterstützen oder einen Erkenntnisgewinn darstellen.

Bestandsaufnahme

Zunächst sollte eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation erfolgen. Dabei können Sie sich an die folgenden Fragen halten, die übrigens in der jeweils abgewandelten Form auch bei der Arbeit mit Einzelpersonen verwendet werden können:

- Haben Sie es mit einer aktuellen Krise zu tun, also mit einem umschriebenen Konflikt wie z. B. eine Außenbeziehung eines der beiden Partner, oder mit einer tief reichenden und schon länger andauernden Partnerschaftsproblematik?
- Gibt es einen Anlass, einen Auslöser für die ak-



Abb. 11

tuelle Krise? Haben auf einer der beiden Seiten des Paares Verhaltens- oder sonstige Veränderungen stattgefunden? Hat sich in der letzten Zeit etwas verändert?

- Und nur noch für Paare: Sind beide Partner motiviert, die bestehende Beziehung zu erhalten, oder hat sich einer schon innerlich oder vielleicht auch äußerlich getrennt? Gibt es Asymmetrien in Bezug auf die Intensität der Bindung und der Zuneigung?

Gesprächsregeln

Bei der Klärung dieser und weiterer Fragen sollen sich die Partner an die folgenden Grundregeln halten:

- Jeder spricht ausschließlich aus seiner Sicht und lässt den Partner ausreden. Wenn diese beiden Bedingungen nicht eingehalten werden, kann man mit dem Paar nicht arbeiten. Es wird zu schwierig, das Durcheinander der gegenseitigen Verstrickungen zu durchschauen.
- Lassen Sie sich von dem jeweils Zuhörenden eine Rückmeldung davon geben, was er von seinem Partner verstanden hat. Auf diese Weise führen Sie Verständnis herbei.
- Der Therapeut oder Berater fasst zwischendurch immer wieder zusammen und stellt Gemeinsamkeiten und Unterschiede fest.
- Zunächst sollten Sie das Paar sich selbst überlassen und den Kommunikationsstil des Paares beobachten. Allerdings ist früher oder später eine deutlich strukturierte Arbeitsweise dringend zu empfehlen. Nur so können Sie sicherstellen, dass beide Partner ausreichend zu Wort kommen.

! Bieten Sie bei Partnerschaftskonflikten keine Streitleistung an. Sie sind kein Richter, Sie sind der Anwalt Ihrer Klienten. Lassen Sie sich nicht verwickeln. Wenn Sie für einen der beiden Partner Partei ergreifen, haben Sie verloren: Vielleicht nur Ihre Autonomie, vielleicht einen der beiden Klienten, aber eventuell auch die Chance auf eine Lösung, und im schlimmsten Fall die gesamte Beratung.

Ihre Zielsetzung für das erste Gespräch

Der Ertrag der ersten Sitzung für Sie und das Paar sollte sein:

- Informieren Sie die Partner:
 - einerseits über die jeweils eigene Verantwortung für die Beziehung,
 - andererseits über die Zuständigkeit jedes Partners für sein eigenes Glück.
 - Dabei können Sie Konflikte in Gemeinsamkeiten umdeuten.
- Sie sollten mögliche **besondere Belastungen** des Paares, z.B. die Geburt eines Kindes, eine Schwiegermutter als Pflegefall, Arbeitslosigkeit, einen belastenden Hausbau würdigen und dabei erlittene Verletzungen aufführen.
- Benennen Sie frühzeitig die Möglichkeiten der **Versöhnung**. Damit können Sie dem Konflikt auch schon einmal vorerst die Spitze nehmen und einer Eskalation vorbeugen.
- Benennen Sie die erkennbaren **Veränderungsmotivationen** des Paares positiv.
- Arbeiten Sie gemeinsame **Ressourcen** heraus. Dabei sollen Unterschiedlichkeiten zwischen den Partnern nicht bagatellisiert, können aber als Ergänzungsmöglichkeiten interpretiert werden.
- Benennen Sie die erkannten **Kommunikations- und Konfliktdefizite**. Es ist für viele Paare erleichternd zu erfahren, dass ihr Problem im Bereich des beeinflussbaren Verhaltens liegt und nicht im Bereich ihres unveränderlichen Charakters. Weisen Sie auf Verbesserungsmöglichkeiten hin.
- Tun Sie das in einer Weise, die das Selbstbild der Klienten nicht bedroht und mit ihrer Sicht der Problematik vereinbar ist.

Tipp

Sie könnten das Paar bitten, die Familienstruktur zeichnerisch darzustellen. Lassen Sie sie die Familienmitglieder mit den wichtigsten Daten der Biografie beschriften. Auf diese Weise können Sie wichtige Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und familiäre Belastungen erhalten, auch auf Ereignisse, die einer Klärung bedürfen. Außerdem können Sie mit dieser Arbeit, indem Sie die Aufmerksamkeit des Paares auf eine gemeinsame Aufgabe lenken, eine möglicherweise notwendige Distanz in die Paar- oder Streitsituation hineinbringen.

Therapeutische Hausaufgaben für Paare

Schließlich zeigen wir Ihnen ein paar Hausaufgaben, die sich in der Praxis bewährt haben und die ganz unspezifisch viele Paarsituationen entspannen können.

- **Aussteigen aus der Streitsituation durch Unterbrechen und Verschieben auf einen günstigeren Zeitpunkt.** Sie können anfangs so weit gehen, dass Sie Streit verbieten und als Alternative das Führen eines Tagebuches anbieten, dessen Einträge in der nächsten Stunde besprochen werden. Eine mögliche Alternative ist das vorgeschriebene Streiten zu bestimmten Zeitpunkten. Teilweise absurde Verordnungen („Nach 10 Minuten des Streites geht einer von Ihnen hinaus, zieht sich bis auf die Unterwäsche aus, setzt sich eine rote Nase auf, dann kommen Sie wieder herein und streiten weiter. Beim nächsten Mal wechseln Sie die Rollen.“) lassen deutlich werden, dass das Streitverhalten von Umgebungsbedingungen abhängt.
- **Wechselseitiges Übernehmen von Aufgaben, die dem anderen zugewiesen wurden.**
- **Planung einer für beide positiven Unternehmung,** gegebenenfalls mit einer konkreten Planung noch in der Therapiestunde.
- **Versuch eines partnerschaftlichen Gesprächs außerhalb der eigenen Wohnung** und damit unter veränderten Bedingungen.

8.4 Beratung von Angehörigen

Angehörige sind grundsätzlich und auf vielfältige Weise in das Problem des Betroffenen verstrickt. Sie brauchen in den meisten Fällen eine Beratung, die ihnen hilft, mit der problembeladenen Situation umzugehen. Sie praktizieren verschiedene Strategien im Umgang mit den Symptomen des Patienten, die sich als Teil des Problems herausstellen können, auch wenn sie als Teil der Lösung gemeint waren.

Die Bedürfnisse der Angehörigen werden angesichts eines Patienten mit einem erkennbaren oder benennbaren Problem oft nicht mehr wahrgenommen. Das erhöht den Leidensdruck in einer Familie, der ja nicht nur vom Patienten her stammen muss.

Es gibt unter Umständen Familienmitglieder, die durch den Patienten in den Hintergrund der familiären Wahrnehmung gerückt sind. Besonders

deutlich wird das im Falle eines Geschwisterkindes, das im Gegensatz zum Patienten ein höheres, vielleicht überforderndes Maß an Autonomie entwickeln und aufweisen muss und mit seinen eigenen Bedürfnissen von den Eltern nicht gesehen wird. Besonders dramatisch entwickelt sich solch eine Situation bei einer Behinderung oder gar dem Todesfall eines Kindes.

— Tipp —

Typischerweise gibt es pro Patient, egal, welche Störung vorliegt, zwei bis drei Angehörige, die von der Problematik des Patienten mitbetroffen sind. Angesichts dieser Zahl ist es erstaunlich, wie selten in der Psychologischen Beratung Angehörige als eigene Klientengruppe wahrgenommen werden und auftauchen.

8.4.1 Ziele in der Angehörigenarbeit

Die Ziele in der Angehörigenarbeit können folgendermaßen zusammengefasst und definiert werden:

- **Aufklärung und Information** über die jeweilige Störung vermitteln. In manchen Familien besteht eine untergründige Tendenz, die Symptome als persönlichen Angriff zu verstehen und daher Schuldgefühle („Was haben wir falsch gemacht?“) zu entwickeln. Das ist nicht Teil der Lösung, sondern kann Teil des Problems sein.
- **Sicherheit im Umgang** mit dem Patienten vermitteln. In einigen Familien erhält der Patient gewissermaßen eine Narrenfreiheit, die das Symptomenbild verfestigen kann.
- **Probleme definieren** helfen, die sich aus dem Umgang mit dem Patienten ergeben. Manchmal werden die eigenen Probleme nicht wahrgenommen, da es ja der Patient noch viel schlechter hat als die Angehörigen.
- **Eigene Grenzen definieren** und Regeln aufstellen, was zu tun ist, wenn die Grenzen überschritten werden, z.B. Überforderung erkennen, vorbeugen oder abbauen.
- **Freiräume** für die manchmal überforderten Angehörigen schaffen. In manchen Familien drehen sich sämtliche familiären Aktivitäten nur noch um den Patienten oder sind durch ihn beeinflusst.
- Nach möglicherweise problematischen **Familienhintergründen** fragen: Inwieweit ist die Familienkommunikation an der Entstehung und Verfestigung des Problems beteiligt?

- Bedürfnisse der Angehörigen ernst nehmen, da sie sonst den Patienten zusätzlich belasten können: In einigen Familien ist der Patient der **Symptomträger der Familie**, der zeigt, dass in der Familie krankhafte bzw. krankmachende Kommunikations- und Verhaltensstrukturen herrschen.

8.5 Gruppenberatung und Therapiegruppen

Therapiegruppen sind bei einer Reihe von Störungen und Krankheiten der Seele und des Körpers die Intervention der Wahl, bei einer Reihe von anderen Störungen sind sie Bestandteil eines erweiterten Therapieprogramms. Das sind: Persönlichkeitsstörungen wegen der Möglichkeiten des Feedbacks, Fibromyalgie, Schizophrenie, selbstunsichere abhängige Persönlichkeitsstörung, Prämenstruelles Syndrom, die Post-partem-Depression, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tinnitus, Suchterkrankungen, Essstörungen, Angehörigengruppen und andere mehr. Wie Sie sehen, werden hier nicht nur psychische Erkrankungen oder Veränderungen genannt, sondern auch psychosomatische oder sogar somatische Erkrankungen.

8.5.1 Wozu dienen Therapiegruppen?

Sie bieten die Möglichkeit zu kognitivem Training, zur Familienberatung, können der Aufklärung dienen und Stressentlastung anbieten. Darüber hinaus bieten sie die Chance zu gemeinsamen Krisenbewältigungen und Konfliktlösungen. Aber schon allein der Informationsaustausch unter Gleichbetroffenen und das Gefühl, nicht allein dazustehen, ist von großem Wert.

Die Therapiegruppe hat eine wichtige Funktion beim Aufbau sozialer Kompetenz, Training sozialer Fertigkeiten, Selbstsicherheits- oder Selbstbehauptungstraining im Rahmen des Modelllernens. Bei diesem häufig mittels Rollenspiel in Gruppen durchgeführten Kontakttraining soll der Patient lernen, eigene Ansprüche zu haben und sich trauen, diese zu äußern und auch durchzusetzen. Auf diese Weise erlernt er selbstsicheres Verhalten und kann dieses einsetzen, um für eigene Bedürfnisse und Rechte einzustehen. Beim Selbstbehauptungstraining wird die Angstreaktion durch eine Ärgerreaktion gehemmt. Die Patienten werden deshalb ermutigt, ihre Ärger-

gefühle mehr und mehr zum Ausdruck zu bringen.

8.5.2 Welche Vorteile hat Gruppentherapie?

Ein wichtiger, therapeutisch wirksamer Aspekt der Gruppentherapie ist die Möglichkeit, festzustellen, dass man mit seiner Störung nicht allein ist. Viele Menschen leiden unter dem Gefühl, mit ihrer persönlichen Störung ganz allein dazustehen, was einen nicht unerheblichen Teil des Leidensdruckes ausmachen kann.

Ein anderer Aspekt betrifft den **Austausch** von Erfahrungen mit der Erkrankung und mit Therapien. Jeder hat schon eine Reihe von Lösungsversuchen durchgeführt, mit mehr oder weniger Enthusiasmus. In der Abklärung mit Leidensgenossen lässt sich die jeweils günstigste Strategie erfahren. Auch Informationen über nicht funktionierende Lösungsversuche können manches Leid verkürzen.

Ein weiterer Aspekt ist das **Feedback**, das der Erkrankte erhalten kann als Möglichkeit der Selbsterkenntnis und der Korrektur. Das ist bei einigen Persönlichkeitsstörungen geradezu Teil des therapeutischen Prozesses. Der Erwerb sozialer Fertigkeiten, das Selbstsicherheitstraining oder auch das Modelllernen basiert auf dem Feedback in der therapeutischen Gruppe.

Schließlich können sich Angehörige einer Therapiegruppe gegenseitig helfen, was in einigen Fällen dringend erforderlich sein kann, beispielsweise bei Suchterkrankungen. Eines der Handlungsprinzipien der Anonymen Alkoholiker ist beispielsweise die Bereitschaft der gegenseitigen Hilfe in schlimmen Stunden des Entzugs. Aber auch Angehörige von Drogenabhängigen brauchen viel **Unterstützung**, da Substanzabhängigkeit (wie auch die Abhängigkeit von Verhaltensweisen wie Kaufen, Spielen, Stehlen) immer das gesamte System des Erkrankten in Mitleidenschaft zieht. Schließlich wird das Familiensystem ein untrennbarer Bestandteil des Problems.

Selbsterfahrungsgruppen

Selbsterfahrungsgruppen sind demgegenüber Gruppen, die eine besondere Therapieform anbieten, beispielsweise Atemtherapie oder Bioenergetische Therapie, die sich in der Gruppe durch die Möglichkeit der gemeinsamen Erfahrung und des Feedbacks von der Einzelarbeit unterscheiden.

Spezieller Teil



9 Felder psychologischer Beratung

In diesem Kapitel finden Sie die Beschreibung und mögliche Besonderheiten einiger Problembereiche, in denen Sie als Psychologischer Berater oder als Heilpraktiker für Psychotherapie tätig werden können. Manche Gebiete erfordern bestimmte Interventionen und auch ein spezielles Fachwissen, während andere keine spezifischen Anforderungen an Sie stellen. Vor jedem der Abschnitte finden Sie ein Fallbeispiel. Überlegen Sie einmal, wie Sie die jeweilige Beratung angelegt hätten, ob Sie besondere Strategien anwenden würden oder welche zusätzlichen Informationen Sie erheben müssten, um mit dem Klienten arbeiten zu können. Nutzen Sie diese Gelegenheit, Ihr Gespür für das konkrete Vorgehen in der Beratung zu schulen und zu ergänzen.

9.1 Partnerschafts- und Eheberatung

Fallbeispiel

Zum vereinbarten Termin kommen Rainer L. (35) und Svenja N. (25) in die Beratungspraxis. Die beiden wirken distanziert, schauen sich kaum an und berühren sich auch nicht. Sie erzählen, dass sie schon seit Monaten heftige Debatten um das Thema Kinderkriegen austragen und allein nicht mehr weiterkommen. Ihre gegenseitigen Positionen seien mittlerweile so festgefahren, dass jedes Gespräch mit heftigen Vorwürfen, mitunter sogar mit Beleidigungen und Tränen ende. Grundsätzlich wollen sie beide Kinder. Das Problem sei nur, einen Zeitpunkt zu finden, der für beide akzeptabel ist. Dabei spielen sowohl der Altersunterschied von zehn Jahren als auch die verschiedenen Vorstellungen von Familienstrukturen eine Rolle. Herr L. hat studiert und arbeitet seit drei Jahren im Einkauf eines großen Konzerns. Ein beruflicher Aufstieg ist abzusehen. Frau N. studiert seit drei Jahren Psychologie. Dieses Studium war immer ihr Traum, sie will es auf keinen Fall aufgeben. „Meine Partnerin muss nicht arbeiten, ich verdiene genug für uns beide und mehrere Kinder. Wenn dann die Kinder aus dem Größten raus sind, kannst du dich immer

noch selbst verwirklichen“, so seine Argumentation.

Sie entgegnet, er wisse doch genau, dass sie keine Pause machen wolle. Sie verstehe sich schließlich gut mit ihren Kommilitonen, habe eine nette Lerngruppe gefunden und ein ausgezeichnetes Vordiplom gemacht. „Ich weiß, dass du eifersüchtig auf die anderen bist.“ Und an Sie gewandt: „Inzwischen kontrolliert er mich regelrecht, steht plötzlich in der Mensa oder im Computerraum neben mir.“

„Ist ja auch kein Wunder, dass ich misstrauisch bin“, entgegnet ihr Freund. Immerhin schlafe Frau N. jetzt schon seit Wochen kaum noch mit ihm. Das habe damit gar nichts zu tun, entgegnet Frau N. aufgebracht. Die ständigen Streite und seine Sprüche – er kritisiert ihr Aussehen, vor allem ihre Figur – würden die Leidenschaft einfach kaputt machen.

Es ginge ihm immer nur um sich, was sie wolle, interessiere ihn sowieso nicht. Mit dem Studium sei es genauso. Sie wolle zunächst ihr Studium beenden, um eine berufliche Qualifikation zu haben. Dann könne sie, wenn die Kinder in den Kindergarten gehen, wenigstens halbtags arbeiten. „Außerdem kann man doch heutzutage nie sicher sein, wie lange so eine Beziehung hält. Wenn ich irgendwann selbst für die Kinder aufkommen muss, stehe ich ohne Berufsausbildung dumm da.“

Dass sie erst 25 sei, heiße doch gar nichts, meint er. Was wisse er denn, ob sie überhaupt Kinder kriegen könne. Schließlich habe sie doch diese schlimme Eierstockentzündung gehabt. Frau N. erwidert an Sie gewandt, dass das auch der Grund sei, warum er sie erst heiraten wolle, wenn das erste Kind da sei. „Er hat mir gesagt, er wolle schließlich nicht die Katze im Sack kaufen.“ Solche Reaktionen täten ihr weh. Offensichtlich ginge es ihm gar nicht um sie als Person, sondern nur um einen Brutkasten für seine Kinder. „Er hat mir schon oft genug gesagt, ich sei bestenfalls Mittelmaß“, fügt sie traurig hinzu.

Wir möchten mit einem Problembereich beginnen, der bei den meisten Menschen gelegentlich auftritt und fast immer als belastend empfunden

wird (siehe Kap.8.3). Nachdem wir unsere Herkunftsfamilie verlassen haben, sind normalerweise unsere (Ehe-)Partner die Menschen, mit denen wir die meiste Zeit verbringen. In einem solchen engen Beisammensein liegt, neben positiven Folgen wie Nähe, Vertrauen und Sicherheit, immer auch ein gewisses Konfliktpotenzial. Dieses Potenzial ist nicht bei allen Paaren gleich stark ausgeprägt, sondern abhängig von bestimmten Faktoren innerhalb und außerhalb des Paares.

Paarfaktoren: Zu den Paarfaktoren zählen beispielsweise

- Charakter und Temperament der beiden Beteiligten;
- die Erwartungen an den anderen und an die Beziehung;
- die Frustrationstoleranz, also die Bereitschaft beider Partner zum Arbeiten an der Beziehung auch in schwierigen Zeiten. Eine geringe Frustrationstoleranz führt, vor allem bei hohen gegenseitigen Erwartungen, dazu, dass die Beziehung schneller beendet und ein neuer Partner gesucht wird, mit dem dann alles besser werden soll;
- auch eigene frühere Erfahrungen mit Beziehungen, beispielsweise durch das Vorbild der Eltern.

Äußere Faktoren: Zu den Faktoren außerhalb der Beziehung gehören unter anderem

- die Familien der Partner,
- die ehemaligen Beziehungen,
- aus früheren Verbindungen entstandene Kinder,
- der finanzielle Rahmen,
- die Hobbys und Interessen,
- berufliche Belastungen und
- auch der Freundeskreis.

Einfluss auf die Gesundheit: Schon wie wir von unserem Partner nach der Arbeit zu Hause empfangen werden, hat Einfluss auf unsere Stimmung, unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit. Es ist wissenschaftlich belegt, dass eine zärtliche Begrüßung den Blutdruck senken und so Herzinfarkten vorbeugen kann. Ein richtiger Ehekrach hingegen schlägt nicht nur aufs Gemüt, sondern belastet auch das Immunsystem. Kleine Wunden brauchen nach einem Streit einen Tag länger, um zu heilen. Bei Paaren, die regelmäßig erbittert miteinander streiten, verzögert sich der Heilungsprozess sogar um zwei Tage.

Partnerschaftskonflikte: Alle Konflikte, also

auch Partnerschaftskonflikte, neigen zur Chronifizierung. Wenn Sie einmal in Ihre eigene Beziehung schauen, werden Sie vermutlich feststellen, dass zwar die Auslöser von Streiten variieren, nicht aber die dahinter stehenden Themen oder die Streitmodalitäten. Ob einer von beiden eifersüchtig ist, sich vernachlässigt oder bevormundet fühlt, die meisten Auseinandersetzungen laufen, egal wie sie begonnen haben, immer wieder auf ein oder zwei Standardthemen hinaus.

Spezifisches Streitverhalten: Das geschieht nicht absichtlich. Im Laufe der Zeit hat sich einfach bei fast jedem Paar ein spezifisches Streitverhalten entwickelt. Das wird schließlich kaum mehr verändert, zumal jeder Streit eine emotionale Ausnahmesituation darstellt, in der man zusätzlich dazu neigt, auf vertraute Reaktionen zurückzugreifen, weil sie vermeintliche Sicherheit vermitteln.

Das Themengebiet der Partnerschafts- und Eheberatung wird von uns vergleichsweise ausführlich behandelt. Das liegt zum einen daran, dass Probleme mit dem Partner einer der häufigsten Beratungsanlässe sind, zum anderen werden jedoch die Grundlagen in der Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie nur selten vermittelt. Daher möchten wir Sie etwas gründlicher auf die Arbeit mit Paaren vorbereiten.

9.1.1 Zufriedenheit und Konflikte in Partnerschaften

Bevor eine Partnerschaft eingegangen wird, müssen einige Faktoren erfüllt sein. Man versucht herauszufinden, ob man in den Einstellungen und Erwartungen grundsätzlich übereinstimmt, ob die Zuneigung gegenseitig ist und interessanterweise auch, ob die eigene Attraktivität der des Partners in etwa entspricht. Diese und andere Faktoren dienen letztlich vor allem einem: Man will vermeiden, auf die Nase zu fallen. Dennoch gibt es Beziehungen, in denen das Zusammenleben besser oder schlechter funktioniert. Wodurch unterscheiden sich nun glückliche von unglücklichen Paaren?

- Einer der augenfälligsten Unterschiede zwischen glücklichen und unglücklichen Paaren besteht in der Art der Kommunikation. Die Kommunikation glücklicher Paare ist lösungsorientiert und offen.
- Ein weiterer Faktor ist die gegenseitige Bereitschaft, die Interessen des anderen auch dauerhaft zu berücksichtigen.

- Und um die Interessen des Partners berücksichtigen zu können, muss man sie natürlich zunächst einmal kennen. Die Frage ist also auch, wie genau beide die Wünsche, Ängste, Fantasien und Gefühle des anderen kennen.

Kommunikationsstil

Paare sind in der Regel umso glücklicher, je öfter die Partner sich ihre Gedanken und Gefühle mitteilen, sich ihre Zuneigung und auch Verständnis für den anderen zeigen. Je öfter Konflikte vermieden werden, indem man sie ignoriert oder offensichtliche Unterschiede und Differenzen zu überdecken versucht, je öfter die Kommunikation destruktive Elemente wie Kritik, Beschwerden, Beleidigungen, Ironie und Sarkasmus beinhaltet und je häufiger beide Partner negativ im Sinne von „Wie du mir, so ich dir“ miteinander umgehen, desto unglücklicher ist das betreffende Paar auch.

Attributionsstil

Glückliche und unglückliche Paare unterscheiden sich auch in der Art, wie sie mit **Beziehungsproblemen** umgehen. Unglückliche Paare tendieren dabei mehr zu dysfunktionalen und negativen Attributionsmustern, also zu Mustern negativer Ursachenzuschreibung. Sie neigen dazu, die Schuld für die Probleme beim Partner zu suchen. Des Weiteren betrachten sie die Krise als global und stabil. Das bedeutet, die Partner weiten die Krise auf andere Bereiche der Partnerschaft aus und erwarten, dass es auch in der Zukunft deswegen zu Problemen kommen wird. Sie sehen das aktuelle Problem nicht als zu lösende Schwierigkeit, sondern als Symptom für die Schwere ihrer Beziehungsprobleme. Aus diesem Attributionsstil lässt sich ein **Rückgang der Beziehungszufriedenheit** im weiteren Verlauf der Beziehung mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagen.

Glückliche Paare sehen das Verhalten ihres Partners oftmals sogar positiver als ihr eigenes, bei unglücklichen Paaren ist das umgekehrt. Ein Mensch in einer glücklichen Beziehung wird beispielsweise nach dem Lösen eines Konflikts die Lorbeeren dafür dem Partner zugestehen, während er sich selbst mehr für das Entstehen des Konfliktes verantwortlich macht. Von Attributitionen wird angenommen, dass sie in gestörten Beziehungen die Auswirkungen negativen Partner-

verhaltens verstärken und die Auswirkungen positiven Partnerverhaltens relativieren.

Wir möchten Ihnen ein kurzes Beispiel für einen **negativen Attributionsstil** geben. Stellen Sie sich eine Frau vor, deren Mann ihr nie Blumen mitbringt. Sie interpretiert das als Beweis dafür, dass er sie nicht wirklich liebt. Tut er es irgendwann doch und steht mit einem großen Strauß Rosen vor ihr, freut sie sich aber auch nicht darüber und fühlt sich doch geliebt. Im Gegenteil wird sie vermuten, er habe ihr die Blumen nur geschenkt, weil er entweder ein schlechtes Gewissen hat oder Sex will. So oder so, mit Blumen oder ohne, sie fühlt sich ungeliebt.

Negative Attributitionen gehen auch mit einem weniger effektiven **Problemlöseverhalten** und **negativem Kommunikationsverhalten** in Problemdiskussionen einher. In glücklichen Beziehungen unterstützen die Attributitionen hingegen die Zufriedenheit der Partner. Aus dem Attributionsstil lassen sich so auch Vorhersagen über die Zufriedenheit des Paares mit der Beziehung zu einem späteren Zeitpunkt und somit indirekt über die Qualität und Stabilität einer Beziehung ableiten. Aus der aktuellen Beziehungszufriedenheit eines Paares allein hingegen lässt sich eine solche Prognose hingegen nicht erstellen.

Erwartungen der beiden Partner

Es ist bei alledem nicht gesagt, dass Paare mit vielen Konflikten und Problemen ihre Beziehung auch als schlecht bewerten. Die Zufriedenheit ist nämlich auch stark davon abhängig, was man von einer Beziehung erwartet. Die meisten Paare, die Dauerharmonie erwarten und glauben, dass man sich niemals ernsthaft streiten wird, werden vermutlich an ihren Ansprüchen scheitern.

Paare werden in einer Beziehung auch wahrscheinlicher unglücklich werden, wenn das Verhältnis von Geben und Nehmen ungleich ist und wenn einer der Partner unverhältnismäßig viele Vorteile aus der Beziehung gezogen oder mehr von der Beziehung profitiert hat, als er verdient zu haben glaubt. Ein solcher Zustand erzeugt bei dem vermeintlich bevorteilten Partner leicht Schuldgefühle und macht deshalb unglücklich. In solchen nicht ausgeglichenen Beziehungen neigen Frauen mehr dazu, das Gleichgewicht in Bezug auf Geben und Nehmen wiederherstellen zu wollen. Sie greifen dabei auch zu extremen Mitteln, wie beispielsweise zu außerehelichen Beziehungen,

wenn sie eine Ungleichverteilung zu ihren Ungunsten befürchten.

Bedeutung der Ausgeglichenheit

Man sollte die Bedeutung der Ausgeglichenheit dennoch nicht überschätzen, da es sich bei romantischen Beziehungen nicht, wie bei Freundschaften, um sogenannte **Austauschbeziehungen** handelt, in denen alles, was man tut, irgendwann erwidert werden sollte. Vielmehr sind Partnerschaften sogenannte **gemeinnützige Beziehungen**, in denen die Partner nach Bedarf und ohne eine Gegenleistung zu erwarten auf die Bedürfnisse des anderen eingehen. Es ist sogar so, dass die Neigung eines potenziellen Partners, alle Gefälligkeiten sofort zu erwidern, eher als romantisches Desinteresse und mangelnde Verpflichtungsbereitschaft gedeutet wird.

Übung

Werfen Sie einmal einen Blick auf Ihre eigene Beziehung, insbesondere wenn ein gelegentliches Ungleichgewicht besteht. Beobachten Sie dabei, ob der vermeintlich benachteiligte Partner sich mit der Situation unwohl fühlt und die Beziehung als unglücklich empfindet. Tut er das nicht, werden seine Bedürfnisse wahrscheinlich dennoch erfüllt.

Menschen, denen die Ausgeglichenheit von Gefälligkeiten in einer Liebesbeziehung sehr wichtig ist, weisen meist auch in anderen Bereichen ihres Lebens eine hohe **Austauschorientierung** auf. Sie erwarten in der Regel schnelle und angemessene Belohnungen für die „Opfer“, die sie in einer Beziehung bringen. Oftmals ist diese Erwartung im Alltag jedoch nicht erfüllbar, sodass sich der Anspruch leicht zum Dauerkonflikt und Quell der Unzufriedenheit für beide Partner auswächst.

Referenzvergleiche

Zuletzt ist die Zufriedenheit mit der eigenen Beziehung auch abhängig von Vergleichen mit anderen Mitgliedern der eigenen Gruppe, den sogenannten Referenzvergleichen. Wenn man das Gefühl hat, im Vergleich zu anderen die bessere Beziehung zu führen, führt das zu hoher Beziehungszufriedenheit. Hat man den Eindruck, alle anderen Beziehungen, die man kennt, seien glück-

licher als die eigene, führt dies zu niedriger Beziehungszufriedenheit.

Bei solchen Vergleichen sollte die Referenzgruppe sorgfältig ausgewählt werden. Wenn Sie Ihre zehn Jahre alte Beziehung mit der von frisch Verliebten vergleichen, wird Ihre Beziehung beispielsweise in Bezug auf Leidenschaft und den Austausch von Zärtlichkeiten wahrscheinlich schlecht abschneiden, was Sie dann unzufrieden machen würde. Vergleichen Sie Ihre Beziehung jedoch mit anderen langjährigen Partnerschaften, haben Sie größere Chancen, mit sich und Ihrem Partner zufrieden zu sein.

Paare mit schlechter Beziehungsqualität haben auch bei den sozialen Referenzvergleichen schlechtere Karten. Sie beneiden Paare, bei denen sie eine höhere Beziehungszufriedenheit wahrnehmen oder annehmen, während sie aus dem Vergleich mit Paaren niedrigerer Beziehungsqualität nicht etwa Zufriedenheit ziehen, sondern wahrscheinlicher befürchten, es werde ihnen bald genauso ergehen.

Merke

Typische Problembereiche in Partnerschaft und Ehe:

- ständiges Streiten, oft wegen Kleinigkeiten
- einer der Partner fühlt sich vom anderen vernachlässigt
- Eifersucht (ein- oder beidseitig)
- tatsächliche Untreue, emotional oder körperlich
- unterschiedliche Zukunftsvorstellungen (Kinderwunsch, Beruf etc.)
- finanzielle Probleme
- Einmischung von Eltern oder Freunden in die Beziehung
- Probleme in der Sexualität
- die Partner lassen sich gehen, geben sich keine Mühe mehr, für den anderen attraktiv zu sein
- Kommunikationsprobleme

9.1.2 Beziehungsstabilität

Glückliche Beziehungen sind nicht unbedingt stabil und stabile Beziehungen sind nicht unbedingt glücklich. Dennoch beeinflusst die **Zufriedenheit** das Gefühl der Verpflichtung dem Partner gegenüber und darüber wiederum die Stabilität der Beziehung. Je höher dabei die Beziehungszufriedenheit ist, desto größer ist auch die empfundene Verpflichtung.

Als zweiter Faktor wirkt sich die Qualität möglicher **Alternativen** aus. Wird ein anderer potenziell

ler Partner oder die Attraktivität der sich aus einem Wechsel ergebenden Möglichkeiten als hoch eingeschätzt, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Trennung auch in einer eigentlich zufriedenen Beziehung.

Die dritte Determinante der Beziehungsstabilität ist die Einschätzung der Größe der bisherigen **Investitionen** in die Beziehung oder die bei einer Trennung zu erbringenden Opfer. Dies können gemeinsame Kinder sein, ein gemeinsamer Freundeskreis, Hobbys, gemeinsame Erinnerungen, überstandene Krisen oder gemeinsame Besitztümer.

Die drei Faktoren der Beziehungsstabilität sind demnach

- Zufriedenheit,
- Alternativen und
- Investitionen.

Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig, sind also nicht voneinander unabhängig zu betrachten. Entwickelt und geprüft wurde dieses Modell allerdings überwiegend an kurzfristigen Beziehungen, meist zwischen Studenten. Auch die individuell unterschiedliche Bindungs- und Verpflichtungsbereitschaft, die unter anderem von personalen, ethischen oder religiösen Faktoren abhängen kann, wurde nicht berücksichtigt.

Gegensatzprinzip

Bestimmt kennen Sie die These „Gegensätze ziehen sich an“. Wenn Partner sich in einer Krisensituation, also in einer Phase persönlicher Unsicherheit gefunden haben, besteht tatsächlich die Möglichkeit, dass einer von ihnen oder beide die Bedingungen für eine Auswahl nach dem Gegensatzprinzip erfüllen. Die Neurosen der beiden Partner ergänzen sich dann häufig nach einer Art Schlüssel-Schloss-Prinzip.

Unter dem Aspekt der Beziehungsqualität und der Kommunikationsfähigkeit birgt diese Art der Partnerwahl natürlich ein hohes Konfliktpotenzial. Auch Langzeitkonflikte sind jedoch ein Stabilitätsfaktor in einer Beziehung! Manche Paare trennen sich erst, wenn der Konflikt aus der Welt geschafft werden konnte. Es ist also nicht nur so, dass die Zufriedenheit der Partner nicht immer Rückschlüsse auf die Stabilität einer Beziehung zulässt. Die Stabilität einer Beziehung ist umgekehrt auch kein zuverlässiger Indikator für die Zufriedenheit der Partner.

Vorhersagbarkeit der Beziehungsstabilität

Wie aber kann man denn nun die Stabilität einer Beziehung zuverlässig vorhersagen? Der amerikanische Sozialpsychologe John Gottman hat zu dieser Frage eine Theorie aufgestellt, die auf dem Verhältnis positiver und negativer Interaktionen in der Beziehung basiert. Seinen Untersuchungen zufolge kann bei einem Verhältnis von 5:1, wenn also jede negative Interaktion durch mindestens fünf positive ausgeglichen wird, von einer hohen Stabilität der betreffenden Beziehung ausgegangen werden.

Anhand dieser Quote konnte er mit 90%iger Wahrscheinlichkeit vorhersagen, welche der untersuchten Paare sich innerhalb der nächsten drei Jahre trennen würden. Seine Ergebnisse erklären auch, warum viele Beziehungen durchaus stabil und glücklich sind, obwohl die Partner beinahe täglich miteinander streiten, während andere nur alle paar Monate oder gar nicht streiten, die Beziehung aber dennoch instabil sein kann.

9.1.3 Eifersucht und Untreue

Nach einer verbreiteten Theorie neigen Männer eher zur sexuellen Promiskuität, während Frauen tendenziell monogam sind. Vor Ausbruch der Im-munseuche AIDS wiesen homosexuelle Männer in den USA eine große Zahl verschiedener Geschlechtspartner auf, wohingegen die gleichgeschlechtlichen Beziehungen bei Frauen eher denen heterosexueller Paare glichen und sogar noch stabiler waren als diese. Der männliche Sexualtrieb wird also offensichtlich durch die Selektion der Frau eingeschränkt. Heute kommt natürlich noch das gesundheitliche Risiko hinzu.

Es scheint diesen und vielen weiteren Studien nach tatsächlich so zu sein, dass Männer eher zu sexueller Untreue neigen als Frauen. Dennoch zeigen gerade aktuelle Untersuchungen, dass die Frauen auch in diesem Bereich die Männer eingeholt, teilweise sogar überholt haben. Wie sich gleich noch zeigen wird, ist die Unterscheidung von sexueller und emotionaler Untreue für das Eifersuchtsverhalten der Geschlechter von entscheidender Bedeutung.

Stellen Sie sich vor, jemand gesteht seinem Partner, eine seit Längerem bestehende Affäre zu haben. Allgemein scheint es dann so zu sein, dass sich die männliche Eifersucht eher auf die sexuelle Untreue der Partnerin bezieht. Frauen dagegen

sind meist eifersüchtiger auf die emotionale Bindung, die der Partner zu der anderen Frau aufgebaut haben könnte, also auf die emotionale Untreue.

Evolutionsbiologische Erklärung

Haben Sie schon eine Vermutung, worauf diese Geschlechterunterschiede bei der Eifersucht beruhen könnten? Bei dieser Frage steht seit Langem die evolutionsbiologische Perspektive im Vordergrund der Überlegungen. Für Männer besteht demnach die größte Gefahr darin, dass sie das Kind eines anderen großziehen. Evolutionsbiologisch würde das bedeuten, dass sie durch die elterliche Investition die Überlebenschancen des fremden Nachwuchses erhöhen und somit dem Nebenbuhler einen evolutionären Vorteil verschaffen würden. Daher ist sexuelle Untreue für Männer am belastendsten.

Jetzt können Sie sich auch das Phänomen erklären, dass Verwandte mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Ähnlichkeit eines Neugeborenen mit dem Vater als mit der Mutter feststellen. Allerdings stammt dieses Verhalten noch aus einer Zeit, in der es keine objektiven Überprüfungsmöglichkeiten wie Vaterschaftstests gab. Somit trug die festgestellte Ähnlichkeit zur Beruhigung des Vaters und der Verwandten bei.

Für Frauen hingegen ist die größte Gefahr aus evolutionsbiologischer Perspektive, dass der Mann das Weite sucht, bevor der Nachwuchs aus der kritischen Phase der ersten Jahre heraus ist. Wenn der Partner sich neu verliebt besteht das Risiko, dass er die Mutter der Kinder verlässt, was schlechtere Überlebenschancen für den Nachwuchs und somit einen evolutionären Nachteil für die Erbanlagen der Frau bedeuten würde.

Ist Eifersucht erblich?

Schon Säuglinge im Alter von sechs Monaten können Eifersucht empfinden, fand eine texanische Forscherin heraus. In einer Studie ließ sie Mütter ihr Kind absichtlich ignorieren und sich stattdessen liebevoll um eine Babypuppe kümmern. Die ignorierten Säuglinge versuchten zunächst, durch Lächeln oder Strampeln die Aufmerksamkeit der Mutter zurückzuerobieren. Gelingt dies nicht, reagierten sie mit verzweifelter Schreien. Die Eifersucht zeigte sich jedoch nur, wenn die Mutter sich einem vermeintlichen Nebenbuhler (in diesem

Fall der Babypuppe) zuwandte. Las sie ein Buch oder war auf andere Weise abgelenkt, gab es keine solchen Schwierigkeiten. Die Forscherin schloss aus ihren Ergebnissen, dass Eifersucht genetisch mitbegründet sein könnte. Bisher war davon ausgegangen worden, dass sich eifersüchtiges Verhalten erst deutlich später entwickelt.

9.1.4 Trennung und Scheidung

Der Abbruch einer Beziehung und insbesondere eine Scheidung können emotional wie gesundheitlich ernst zu nehmende Folgen für die Betroffenen haben. So sind die geistige und die körperliche Gesundheit von Geschiedenen nachweislich nicht nur schlechter als die von Verheirateten, sondern auch als die von Verwitweten oder Singles. Die Beendigung einer Beziehung durch Scheidung oder Trennung ist ein stresserzeugendes Ereignis.

Geschiedene müssen einen regelrechten **Trauerprozess** durchlaufen. Vor allem nach langjährigen Partnerschaften und Ehen müssen sich beide Partner erst wieder an das **Alleinsein** gewöhnen. Der ehemals gemeinsame **Freundeskreis** kann oftmals nicht von beiden aufrechterhalten werden, dadurch erhalten Geschiedene und Getrennte auch weniger emotionale Unterstützung als beispielsweise Verwitwete. Es müssen also neue soziale Beziehungen initiiert und aufgebaut werden.

Nebenbei kommt es zu **finanziellen Einbußen** und teilweise zur Trennung von gemeinsamen **Kindern**, was ein schlechtes Gewissen erzeugt. Die Gewöhnung an das Stigma „geschieden“ und den damit einhergehenden niedrigeren **sozialen Status** braucht ihre Zeit. Gefühle des Misserfolgs, Versagens oder des Zurückgewiesenseins müssen außerdem zu einem Zeitpunkt verarbeitet werden, an dem das Leben und die eigene Gefühlswelt gerade in Trümmern liegen und die Kraftquellen spärlich sind.

Scheidung wird jedoch individuell unterschiedlich verarbeitet. Für manche Menschen ist sie ein vernichtender Schicksalsschlag, während andere schon nach kurzer Zeit wieder einigermaßen gut zurechtkommen. Es geht dabei denjenigen verhältnismäßig gut, die

- eine weniger enge Beziehung zum früheren Partner hatten,
- selbst die Initiative für die Trennung ergriffen haben,
- in ein soziales Netz eingebunden sind,

- eine neue befriedigende Beziehung unterhalten und
- über Persönlichkeitseigenschaften wie einen hohen Selbstwert, Veränderungstoleranz und Unabhängigkeit verfügen.

9.1.5 Beratungsansätze

Die Beratung bei Partnerschaftsproblemen richtet sich grundsätzlich nach den aktuellen Schwierigkeiten.

- Steht mangelnde Kommunikation oder ein schlechtes Kommunikationsverhalten im Vordergrund, können Sie ein besseres Diskussionsverhalten mit den Partnern einüben.
- Gibt es immer wieder Diskussionen über das selbe ungelöste Problem, können Sie vermitteln und zur Problemlösung beitragen.
- Oftmals schleppen Paare oder einzelne Partner auch Jahre alte Enttäuschungen mit sich herum, von denen der andere nichts weiß. Sobald sie ausgesprochen sind, können sie oft noch bearbeitet und der damit zusammenhängende Konflikt aufgelöst werden.

Bei Partnerschafts- und Eheproblemen können Sie als Berater oder Therapeut schnelle Entlastung bringen. Oftmals sprechen verzweifelte Partner gar nicht mehr oder nur noch mit Freunden und Familienmitgliedern über ihre Probleme. Neutrale Gesprächspartner wie Sie als Profi können jedoch schnell und zuverlässig den Fehler im System der jeweiligen Partnerschaft entdecken und dann ganz konkrete Veränderungsvorschläge machen.

Günstig ist es dabei, wenn beide Partner zu Ihnen kommen. Das Paargespräch stellt zwar wiederum bestimmte Anforderungen an Sie, aber Sie müssen nicht befürchten, dass sich einer der beiden ausgeschlossen oder bevorzugt fühlt – vorausgesetzt, Sie verhalten sich streng neutral – und daher die Behandlung und möglicherweise vorhandene Veränderungen, bewusst oder unbewusst, sabotiert (siehe Kap. 8.3).

Arbeit mit nur einem Partner

Die Anwesenheit beider Partner ist jedoch keine Voraussetzung, natürlich können Sie auch mit einem der beiden erfolgreich arbeiten. Es geht dann zunächst natürlich um Veränderungen des anwesenden Partners, auch wenn die meisten Menschen, die zu Ihnen kommen, sich wünschen, Sie

könnten die abwesenden Partner verändern. Dieser andere wird für den größten Teil des Problems verantwortlich gemacht: „Wenn er bloß mal mehr mit mir reden würde, dann müsste ich nicht dauernd meckern, und dann wäre alles prima.“

Dennoch müssen Ihre Klienten akzeptieren, dass Sie nur mit jemandem arbeiten können, der auch zur Beratung kommt. Es werden sich jedoch zwangsläufig Veränderungen in der Beziehung ergeben, wenn sich der anwesende Partner verändert. In der systemischen Therapie (siehe Kap. 6.4) geht man ohnehin davon aus, dass sich alles ständig verändert, es sei denn, irgendjemand oder irgendetwas hindert es daran. Verändert sich also der in der Beratung befindliche Partner, kann der andere kaum sein Verhalten beibehalten.

Druck abbauen: Gerade in der Beratung bei Partnerschaftsproblemen sollten Sie dringend dazu raten, möglichst viel Druck aus der Beziehung zu nehmen. Das bedeutet konkret, keine emotionale oder andere Erpressung („Wenn du dich nicht änderst, dann ...“), kein stures Beharren auf der alleinigen Schuld des anderen, kein dauerndes Problemewälzen.

Lösungsorientiert arbeiten: Stattdessen können Sie vor allem lösungsorientiert arbeiten.

- Was sind die konkreten Ziele dieses Paares oder Partners?
- Was müsste sich verändern, damit das Ziel erreicht werden kann?
- Wann war er oder waren die beiden dem Ziel schon einmal näher als jetzt?
- Was war zu diesem Zeitpunkt noch anders?
- Könnten sie das, was sie damals anders gemacht haben, wiederholen, also mehr von dem machen, was hilft?

So haben Sie gute Chancen, dem Paar schnell zu einer deutlichen Verbesserung zu verhelfen. Voraussetzung ist, dass die beiden tatsächlich zusammenbleiben möchten. Wenn einer der Partner sich innerlich schon aus der Beziehung verabschiedet hat, wird auch eine noch so qualifizierte Beratung die Beziehung nicht mehr retten können.

9.1.6 Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft, vor allem, wenn es die erste ist, ist eine besonders intensive Zeit für ein Paar. Plötzlich ändert sich das ganze Leben, der Körper und die Gefühlswelt der Frau spielen möglicherweise verrückt und es können Ängste ent-

stehen, mit denen beide Partner vor der Schwangerschaft nicht gerechnet haben. Es kann leicht passieren, dass sich ein Partner mit seinen Ängsten und Befürchtungen allein gelassen fühlt, oder sich gar nicht traut, sie zu äußern, weil die Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes doch die glücklichste Zeit im Leben sein sollte.

Krisenpotenzial

Missverständnisse: Beispielsweise kommt es vor, dass der männliche Partner sich Sorgen um die finanzielle Situation nach der Geburt macht und seine Partnerin diese Sorge als Ablehnung des Kindes fehlinterpretiert. Oder ein Mann möchte aus Sorge um das Baby während der Schwangerschaft keinen Sex mit seiner Partnerin haben, was diese als Ablehnung ihres schwangeren Körpers missversteht. Es gibt eine große Zahl von Möglichkeiten für Missverständnisse.

Übergang in einen neuen Lebensabschnitt: Dennoch basieren nicht alle Schwierigkeiten auf einem Missverständnis. Es ist vielmehr so, dass alle besonders intensiven Zeiträume und vor allem Übergänge in einen neuen Lebensabschnitt ein hohes Krisen- und Konfliktpotenzial mit sich bringen, ja dass Übergänge überhaupt eine Krise darstellen, deren Ausgang ungewiss ist. Es kann gut enden, aber auch schlecht. Das ist bei einer Schwangerschaft genauso.

Erwartungshaltung: Dazu kommt die hohe Erwartungshaltung, sowohl die eigene als auch die der Umwelt. Zum Teil empfinden vor allem die Frauen Scham oder sogar Schuldgefühle, wenn sie in dieser Zeit unglücklich sind und deshalb sogar eine Beratung aufsuchen müssen.

Ängste benennen und bearbeiten: In der Beratung geht es vor allem darum, die Ängste realistisch zu betrachten. Diffuse Ängste sollten benannt und konkretisiert werden, was allein schon eine Erleichterung darstellt. In dem Moment, wo man eine Befürchtung aussprechen und genau beschreiben kann, hat man die Möglichkeit, damit zu arbeiten. Man kann sich auch überlegen, wie wahrscheinlich es ist, dass diese Befürchtung sich tatsächlich bewahrheiten wird. Wenn es wahrscheinlich sein sollte, kann man Maßnahmen erarbeiten, die das Eintreten der problematischen Situation unwahrscheinlicher machen. Außerdem kann man sich schon im Vorfeld mögliche Bewältigungsstrategien überlegen.

All diese Schritte dienen dazu, die Ängste und

den damit verbundenen Stress zu reduzieren und den Klienten eine vorübergehende Entspannung zu ermöglichen. Sie als Berater haben dabei die Aufgabe, das Paar so gut wie möglich auf die tatsächlich eintretenden Veränderungen vorzubereiten. Gleichzeitig werden unrealistische Ängste identifiziert und abgebaut.

Ungewollte Schwangerschaft

Bei einer ungewollten Schwangerschaft liegt der Fall natürlich anders. Es stellt sich beispielsweise die Frage nach einem eventuellen Abbruch der Schwangerschaft und nach Förderungsmöglichkeiten bei einer Fortsetzung. Die Beratung von Paaren in einer solchen Situation sollten Sie, wenn Sie nicht speziell dafür ausgebildet sind, lieber professionellen Beratungsstellen wie beispielsweise pro familia überlassen.

9.1.7 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel

Bei Rainer und Svenja steht es im Vordergrund, zunächst die Beziehung zu stabilisieren, bevor sie Kinder bekommen. Dazu ist es notwendig, die Problembereiche zunächst zu benennen und dann nach Wichtigkeit zu sortieren. Es stellen sich, in der Reihenfolge der Beschreibung, folgende verschiedene Problembereiche dar:

1. ein dysfunktionaler Kommunikationsstil mit Kränkungen
2. unterschiedliche Rollenvorstellungen in der Partnerschaft
3. unterschiedliche Wünsche in Bezug auf Kinder
4. Eifersucht
5. unterschiedliche Vorstellungen über die gemeinsame Sexualität

Bei dem beschriebenen Paar war keine Einigung über die Reihenfolge der Probleme erreichbar, Rainer und Svenja setzten verschiedene Prioritäten. Vor allem die Positionierung des Problembereiches Sexualität wurde kontrovers und letztlich ergebnislos verhandelt. Letzten Endes kann allein die unterschiedliche Einschätzung der Problembereiche und damit ihre unterschiedliche Priorität („Erst meins, dann deins ...“) die Lösung eines Paarkonfliktes erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen. Gleichwohl ist die Problematik dieses Paares reichhaltig genug, um weitere Lösungsansätze darzustellen.

Der **Streit- und Kommunikationsstil** ist nach beiderseitiger Aussage als **aversiv** zu beschreiben und muss, bei ausreichender Motivation, an sich zu arbeiten, durch eine Paartherapie korrigiert werden. Der Versuch, die aktuelle Situation durch Vereinbarungen zu entschärfen, kann gelingen, indem man sich mit dem Paar gegebenenfalls durch einen **Vertrag** einigt, ungünstige Streitzeiten (z.B. nachts), Streitu mstände (z.B. in Gegenwart von anderen) und Streitthemen (z.B. Scheidungsdrohungen, unverzie hene Vorkommnisse, alte Hüte) zu vermeiden und Eskalationen durch rechtzeitiges Aussteigen aufzuhalten. Dazu sind die Zeiten, Umstände und Themen zu sammeln und schriftlich zu fixieren.

Rollenvorstellungen in der Partnerschaft entspringen meist sehr tiefen Wurzeln in der Familie oder der Kultur. Sie sind daher nur sehr schwer einer Revision zugänglich, da wir erleben können, dass selbst die jahrelange Exposition an alternativen Vorstellungen nur selten und bei ausreichend hoher Motivation zu einer Veränderung führt. Im günstigsten Fall lässt sich die Situation durch **Information über partnerschaftsförderndes Verhalten** und ein entsprechendes **Kurztraining** verbessern. Die Instruktionen über positive reziproke Interaktion und Konfliktregelung (Aussenden von Ich-Botschaften, Ansprechen von konkretem Verhalten und konkreten Situationen, Verbleib im Hier und Jetzt, Vermeiden von „immer“ und „nie“, persönliche Offenlegung von Gefühlen statt Vorwürfen) können besprochen, eingeübt und als Hausaufgaben gegeben werden.

Zusätzlich soll sich das Paar gemeinsame verstärkende Aktivitäten vornehmen.

Wenn bestimmte Problembereiche vorliegen (z.B. bei Paarkrisen in Übergängen wie Geburt eines Kindes, Verrantung), sollten die Anlässe und Streitpunkte identifiziert (z.B. nächtliche Unruhe des Kindes, Notwendigkeit, die Hausarbeit anders aufzuteilen), Lösungswege gesammelt, bewertet und Ziele (siehe Kap. 6.2.6) vereinbart werden.

9.2 Sexualberatung

Fallbeispiel

Paul M. (36) kommt mit seiner Freundin Sophia K. (28) zur Beratung. Er wisse gar nicht, warum sie mitgekommen sei, beginnt er. Immerhin habe er doch das Problem, und das sei ihm so schon peinlich genug. Als wolle er es möglichst schnell hin-

ter sich bringen erklärt er Ihnen fast trotzig, er „komme beim Sex immer zu früh“. Frau K. korrigiert sofort, dass das keineswegs immer sei, sondern nur manchmal, und streichelt beruhigend seinen Arm.

Er guckt sie nur genervt an und zieht seinen Arm weg. „Sehen Sie, das macht sie immer! Deshalb wollte ich ja auch allein zu Ihnen kommen. Aber egal, wahrscheinlich haben Versager wie ich diese Demütigung auch verdient.“ Frau K. sagt zunächst nichts mehr, ist aber sichtlich getroffen von seinen Worten. Sie schlagen vor, zunächst mit beiden einzeln zu sprechen, damit Sie sich ein Bild machen können. Beide gehen erleichtert auf den Vorschlag ein.

Im Einzelgespräch erzählt Herr M., dass die „ständigen Beschwichtigungsversuche“ seiner Freundin in seinen Augen „eine einzige verlogene Scheiße“ seien. Immerhin habe sie doch vorgeschlagen, dass er sich beraten lassen solle. Das würde sie ja wohl nicht machen, wenn sie nicht unzufrieden wäre, und das sei ja auch kein Wunder! Es sei so, dass er sie einfach nicht richtig befriedigen könne, da er entweder schon vor dem Eindringen oder ganz kurz danach einen Samenerguss habe. Dass er überhaupt schon so weit gekommen sei, wundere ihn. „Früher hatte ich oft Probleme, überhaupt eine Erektion lange genug aufrechtzuhalten, dass es zum Geschlechtsverkehr kommen konnte.“ Das sei erst in der Beziehung zu Frau K. anders geworden. Sie habe anfangs so verständnisvoll reagiert, dass er keine Angst mehr gehabt habe, zu versagen, und plötzlich habe es geklappt. Mehr als ein Jahr lang hatten die beiden „guten und ganz normalen Sex“. Das habe sich erst vor einem halben Jahr wieder geändert. In einer Zeit, in der Herr M. beruflich stark angespannt war, sei es das erste Mal passiert, dass er einen vorzeitigen Samenerguss gehabt habe.

Wiederum habe seine Freundin sehr lieb und verständnisvoll reagiert, aber er wisse einfach, dass sie ihn mittlerweile insgeheim dafür verachte. „Das muss einfach so sein, ich verachte mich ja auch selber!“ Nach diesem ersten Mal sei „es“ immer wieder passiert, sodass inzwischen fast jeder Versuch schiefgehe. Er wolle schon gar nicht mehr mit ihr schlafen, obwohl er sie sehr liebe und natürlich auch begehre. Dennoch habe er immer Angst vor einem erneuten Versagen, sodass er Sophia auch oft abweise und sie nur noch „alle paar Wochen mal“ miteinander schlafen.

Das anschließende Gespräch mit Sophia K. ergibt,

dass sie über die angespannte Situation sehr traurig ist. Immer häufiger würde es Streit geben, wenn sie versuche, ihn zu verführen. „Ich habe das Gefühl, ich gehe ihm nur noch auf die Nerven“, sagt sie resigniert. Dabei finde sie es wirklich nicht schlimm. Er sei nun mal sehr im Stress und das könne doch passieren. Schließlich gebe es auch andere Möglichkeiten, befriedigenden Sex zu haben. Aber darüber sei mit Paul gar nicht zu reden. Sie versuche alles, um für ihn attraktiv zu sein und ihm wieder Lust auf Sex zu machen. „Aber wenn er sich dann mal darauf einlässt, und es geht wieder schief, habe ich das Gefühl, dass er mir die Schuld dafür gibt, weil ich es versuchen wollte.“

Beide haben den Wunsch, dass ihre Beziehung diese Krise übersteht, aber sie sind sich auch bewusst, dass sie sehr spät in die Beratung gekommen sind. Sie sehen die Gespräche mit Ihnen als letzte Chance, wieder glücklich miteinander zu werden.

Sie werden sich vielleicht fragen, warum Sexualprobleme nicht bei den Partnerschafts- und Eheproblemen mit besprochen werden. Natürlich hätte man das meiste auch dort schon unterbringen können. Es gibt allerdings auch eine Menge Singles, die Schwierigkeiten damit haben, dass sie ihre Sexualität so wenig leben können, oder die ständig mit wechselnden Partnern Sex haben und das als Problem benennen. Daher und in Anbetracht der Bedeutung, die es gewöhnlich in unserem Leben hat, war es einfacher, dem Thema Sexualität einen eigenen Abschnitt zu widmen.

In Abb. 12 sehen Sie ein Modell über die Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen.

9.2.1 Auslöser für Sexualstörungen

Die Sexualität, die zwei oder mehr Menschen miteinander teilen, gehört zu den intimsten, schützenswertesten Lebensbereichen. Hier gehen auftretende Probleme meist sehr zu Herzen. Man fühlt sich bei Kritik sehr leicht in seiner Männlichkeit oder Weiblichkeit verletzt, und wenn das erst einmal passiert ist, fangen wir an, uns beim Sex zu beobachten.

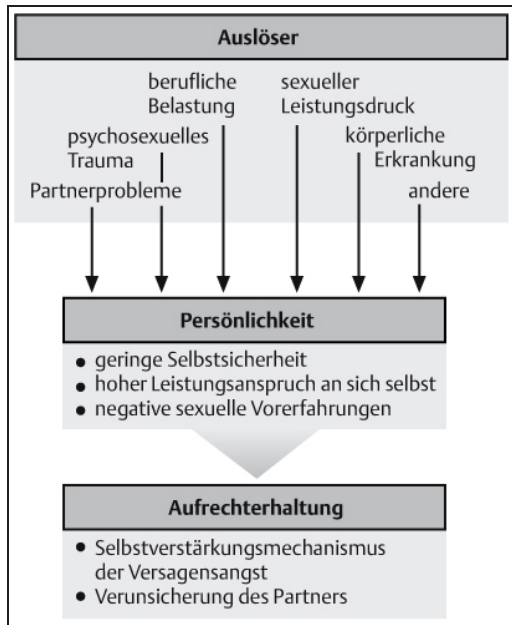


Abb. 12 Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen (nach Kockott).

Funktionelle Sexualstörungen entstehen bisweilen im Zusammentreffen von Belastungen oder Erkrankungen mit einer disponierten Persönlichkeit. Die Lösungsversuche funktionieren oft nicht, werden aber beibehalten und dadurch verfestigt sich die Störung.

Vermeintliche körperliche Makel

Vielleicht schämen wir uns, auch vorher schon, wegen vermeintlicher körperlicher Makel, fühlen uns zu dick, zu dünn, haben zu viel oder zu wenig Busen oder die Brüste haben die falsche Form, wir stören uns an Narben, einem vermeintlich zu kurzen oder zu langen Penis, dem Bauch, der Orangenhaut, dem eigenen Intimgeruch – diese Liste könnte man ewig fortsetzen. Wenn wir selbst diese Dinge als störend empfinden, glauben wir fatalerweise, auch unser Partner müsste das Bemerkelte an uns hässlich oder abstoßend finden.

Verletzende Kritik

In vielen Partnerschaften wird aber auch ein Partner vom anderen auf eine erniedrigende Weise kritisiert. Sätze wie „Du bist so fett geworden, das ist ja schon eklig“, teilweise auch im Beisein von anderen, sind tatsächlich aus dem Alltag und nicht erfunden. Häufig hören wir auch von ständigen Vergleichen des aktuellen Partners mit dem

Expartner, bei denen der jetzige Partner schlecht abschneidet. „Also, meine letzte Frau, die konnte so ein Oberteil ja tragen, aber du ...“ oder „Mein Exmann hätte sich das nicht gefallen lassen, und wenn du ein richtiger Mann wärest, würdest du dem auch mal richtig die Meinung sagen!“ sind Beispielsätze, die dann fallen.

Angst vor Vergleichen

Sie können sich vorstellen, dass ein solches Verhalten dazu führt, dass die Sexualität von da an wenig entspannt sein wird, vom normalen Umgang ganz zu schweigen. Um sich fallen zu lassen, braucht man Vertrauen. Man muss die Situation genießen können, sich ihr und dem Partner hingeben. Wenn man nie sicher sein kann, ob die Partnerin vielleicht an den (größeren) Penis ihres Exfreundes denkt oder sich der Mann vor den Delen an den Oberschenkeln seiner Partnerin eckelt, hat man gar keine Chance, sich zu entspannen, und Sexualität wird allmählich zum K(r)ampf.

Fehlende Kommunikation über sexuelle Wünsche

Auch können nur wenige Paare offen miteinander über ihre sexuellen Wünsche und Sehnsüchte sprechen. Entweder schämen sie sich, oder sie finden nicht die richtigen Worte, manche wissen auch selbst nicht so genau, was ihnen denn gefallen würde, sodass der Partner raten müsste. Viele denken insgeheim, dass Sex ganz von allein und am besten ohne jeden Aufwand klappen sollte. Dabei wird jedoch vergessen, dass die Ansprüche der meisten Menschen an sich selbst, an den Partner, an die Beziehung und auch an die Sexualität vor allem in den letzten Jahrzehnten, besonders stark seit den späten 1960er-Jahren, gestiegen sind.

Unvereinbarkeit der Bedürfnisse

Im Vergleich zu früher ist Sexualität bei vielen Paaren das Reizthema Nummer eins. Jeder erwartet vom anderen, dass dieser ihm seine Wünsche erfüllt, ohne dass große Worte darüber gemacht werden müssen. Leider sind die Wünsche vieler Paare aber gar nicht gut vereinbar. Wenn sie lieber romantischen Kuschelsex zu Hause hat, er das aber nur zum Gähnen findet und immer öfter vorschlägt, man könne doch auch mal „ganz spon-

tan“, irgendwo im Park einen Quickie machen, dann wird es meistens problematisch.

Fruchtbare Diskussionen

Zunächst gibt es stunden- dann nächtelange Diskussionen über das Für und Wider, der andere wird als egoistisch, verklemmt, pervers bezeichnet, und jeder fühlt sich so lange im Recht, bis die Situation schließlich völlig verfahren und eskaliert ist. Spätestens dann sollten Paare, die zusammenbleiben möchten, sich eine objektive Beratung suchen, denn in der Regel kommen beide aus dieser misslichen Lage nicht allein heraus. Die Alternative wäre also ein Dauerkonflikt, bei dem einer von beiden schließlich, trotz aller guten Absichten, entnervt aufgibt und die Trennung fordert.

Merke

Sexualität in Zahlen:

- *Schlechter Sex ist für fast 50 % der Paare ein Grund, die Beziehung früher oder später zu beenden.*
- *Deutsche Paare haben durchschnittlich zweimal wöchentlich (104-mal im Jahr) Sex mit ihrem Partner. An der Spitze liegen die Griechen mit 138-mal jährlich, ganz am Ende die Japaner mit nur ca. 50-mal (Untersuchung von 2005).*
- *71 % der Frauen, aber nur 21 % der Männer sprechen über ihre sexuelle Unzufriedenheit.*
- *Wenn in der Liebe nichts mehr geht, dauert es im Schnitt noch zwei Jahre, bis die betroffenen Paare aktiv werden.*
- *Ein Drittel aller Frauen hat nur alle paar Wochen oder seltener Sex.*
- *Die Zahl der Männer, die über sexuelle Lustlosigkeit klagen, hat sich seit den 1970er-Jahren vervierfacht.*
- *Nur 6 % der Frauen gaben bei einer repräsentativen Umfrage an, einen Monat lang am wenigsten auf Sex verzichten zu können. Schokolade (23 %) und die Lieblingsserie im Fernsehen (34 %) waren eindeutig wichtiger.*

9.2.2 Die häufigsten Sexualstörungen

Wir wollen Ihnen an dieser Stelle eine ganz kurze Einführung in die funktionellen Sexualstörungen geben (siehe Kap.2.9.3). Von funktionellen Sexualstörungen spricht man dann, wenn bei einem Paar eine für beide Seiten befriedigende Sexualität nicht oder nicht mehr möglich ist. Bei Frauen dominieren dabei die Orgasmusschwierigkeiten, gefolgt von der sogenannten Appetenzstörung. Eine

verminderte Appetenz bedeutet schlicht, sie hat weniger oder gar keine Lust.

Appetenzstörungen

Bei den Appetenzstörungen unterscheidet man grob zwischen einer vorübergehenden und einer dauerhaften Form. Die vorübergehende Appetenzstörung lässt sich noch einmal unterteilen in eine partnerbezogene und eine praktikbezogene Unlust.

Dauerhafte Appetenzstörung

Wenn jemand unter einer dauerhaften Appetenzstörung leidet, wird er Ihnen auf die entsprechenden Fragen hin erklären, er habe noch nie besonders gern Sex gehabt, selbst zu Beginn einer neuen Partnerschaft sei es nicht viel besser, er habe einfach kein oder fast kein Verlangen danach.

Es gibt dann keine anderen Partner, in der Regel findet auch keine Selbstbefriedigung statt. Vielfach, aber bei Weitem nicht immer, finden Sie

- schlechte Erfahrungen mit Sexualität,
 - eine strenge Moralerziehung sowie
 - Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte der betreffenden Klienten.
- Dass Appetenzstörungen als die am schwierigsten zu therapierende Sexualstörung gelten, liegt unserer Ansicht nach vor allem an dieser gewissermaßen chronischen Verlaufsform.

Vorübergehende Appetenzstörung

Die vorübergehende sexuelle Unlust hingegen ist aller Erfahrung nach gut in den Griff zu bekommen. Wie schon erwähnt unterscheidet man hier nach Partner- und nach Praktikbezug.

Partnerbezogene Appetenzstörung: Einer partnerbezogenen Appetenzstörung kann beispielsweise mangelnde Hygiene des anderen Partners zugrunde liegen. Wenn der Mann nur noch am Wochenende duscht, seine Socken und Unterhosen drei Tage trägt, schlecht riecht oder Ähnliches, vergeht vielen Frauen mit der Zeit verständlicherweise einfach die Lust.

Im umgekehrten Fall kann dem Mann bei dauernden Genörgel und einer hohen Anspruchshaltung der Frau die Lust vergehen. Wobei es natürlich auch Frauen gibt, die ihre Hygiene verlässigen, und Männer, die häufig nörgeln. Auch

ständige Streite oder bewiesene Untreue eines Partners können zu Unlust führen. Oft kommt es dann dazu, dass die Sexualität zur Fortsetzung des vorhandenen Konflikts wird.

Vor allem Frauen benutzen **Sex als Druckmittel**. Das Paar aus dem Fallbeispiel des vorigen Kapitels (Kap.9.1, S.145f.) ist ein typisches Beispiel dafür. Sie hatten zum Zeitpunkt der Beratung seit einem halben Jahr nicht miteinander geschlafen, weil sie sich konsequent verweigert hat. Sie war der Ansicht, sie wollte keinen Sex mehr, weil sie ein Problem hatten, während er fand, sie hätten ein Problem, weil sie keinen Sex wollte. Gebracht hat die Diskussion nichts, am Ende stand die Trennung. Das Ende der Beziehung ist bei partnerbezogenen Appetenzstörungen dann in der Regel auch das Ende der Lustlosigkeit, und mit dem nächsten Partner ist alles wieder normal.

Praktikbezogene Appetenzstörungen: Diese beziehen sich auf die Durchführung der Sexualkontakte. Wenn Sie noch einmal an das obige Beispiel denken (sie will romantischen Kuschelsex, er will Neues ausprobieren), können Sie sich vielleicht ausmalen, wie in dieser Beziehung eine praktikbezogene Unlust auf beiden Seiten entstehen könnte. Auch bei praktikbezogenen Appetenzstörungen ist die Verbesserung häufig mit einer neuen Beziehung verbunden, da sexuelle Vorlieben ein erhebliches Maß an Dauerhaftigkeit aufweisen und wenig veränderlich sind.

Unlust als Stellvertreterkonflikt

Bei beiden vorübergehenden Formen gilt jedoch, dass die eigentlich notwendige Änderung auch in der aktuellen Beziehung geschehen könnte. Natürlich kann der Mann öfter Duschen, die Frau weniger kritisieren oder mal was Neues ausprobieren. Leider stellt sich häufig genug heraus, dass die Unlust und der Streit darüber eine Art Stellvertreterkonflikt für ein anderes Partnerschaftsproblem darstellen und dass sich die Fronten vielfach so verhärtet haben, dass keiner mehr nachgeben will und die Trennung unvermeidlich ist.

Tipp

In der Beratung sollten Sie dennoch versuchen, zu vermitteln und einen Kompromiss herbeizuführen. Voraussetzung ist, dass beide Partner bereit sind, für die Beziehung zu kämpfen.

Vorzeitiger Samenerguss

Die häufigste funktionelle Sexualstörung beim Mann ist der vorzeitige Samenerguss (Ejaculatio praecox), der im obigen Fallbeispiel von Paul M. und Sophia K. beschrieben ist. Dabei kommt es zum unabsichtlichen Samenerguss vor, während oder bereits kurz nach dem Eindringen. Für die betroffenen Männer ist das in der Regel sehr belastend. Sie fühlen sich minderwertig und nicht in der Lage, ihre Partnerin zu befriedigen. Wenn diese Partnerin dann noch eine abfällige Bemerkung darüber macht, was meistens nicht in der eigentlichen Situation, sondern bei einem späteren Streit passiert, dann hat der betroffene Mann wirklich ein Problem.

Er wird beim Sex von nun an unter einer enormen Anspannung stehen, alles versuchen, damit er nicht wieder versagt – und wird genau deshalb immer wieder scheitern. Sehr häufig entwickelt sich aus dem vorzeitigen Samenerguss mit der Zeit sogar eine Erektionsstörung, weil dem Betroffenen gar keine Entspannung mehr möglich ist. Im genannten Fallbeispiel ist eine andere Verlaufsform beschrieben, der vorzeitige Samenerguss folgt auf die Erektionsstörung.

Aus diesem Teufelskreis kommen Paare gewöhnlich kaum mehr allein heraus. Wenn ein solches Paar bei Ihnen in der Praxis sitzt, stellt sich oft heraus, dass sich aus dem einen mittlerweile mehrere Sexualprobleme entwickelt haben. Er kam anfangs zu früh und hat jetzt eine Erektionsstörung, sie blieb immer häufiger unbefriedigt und hat mittlerweile gar keine Lust mehr – die Möglichkeiten sind vielfältig.

9.2.3 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel

Als Berater liegt Ihre Aufgabe vor allem darin, die **Spannung** aus der Situation zu nehmen. Schlagen Sie dem Paar vor, etwas anderes auszuprobieren. Im Fall von Paul M. und seiner Freundin Sophia K. ließe sich an folgenden Interventionsansatz denken: Es liegt ein **Kommunikationsproblem mit sexuellem Hintergrund** vor. Dieses Kommunikationsproblem besteht unter anderem in einer unterschiedlichen Einschätzung der Wichtigkeit einer übereinstimmenden gemeinsamen Sexualität: Für Sophia ist es weniger wichtig als für Paul, „guten und normalen Sex“ zu haben, wie er sagt. Dabei gehen die Interpretationen von gut und nor-

mal auseinander. Diese Interpretationsdivergenz kann in einem **gelenkten Dialog** revidiert werden. **Klärungsergebnisse sollten schriftlich festgehalten** und dem Paar mitgegeben werden, da Inhalte einer Beratung vergessen oder überhört werden können, wenn sie nicht mit der Erwartung übereinstimmen. Aus der feststehenden Vorstellung von Paul M. ergibt sich eine erhöhte Bereitschaft zu dem nach seiner Einschätzung sexuellen Versagen und gleichzeitig ein verschlechtertes Selbstwertempfinden (er nennt sich selbst Versager und verachtet sich).

Eine **positive Umdeutung** stellte sich zu diesem Zeitpunkt als wirkungslos heraus, daher konnte Sophia entlastet werden, indem sie seine Interpretation einfach hinnahm, ob das nun ihrer Vorstellung entsprach oder nicht. Paul war durch sein vermeintliches Versagen von seinem negativen Selbstbild sowieso dermaßen überzeugt, dass Widerspruch ihn eher darin bestärkt als vom Gegenteil überzeugt hatte. Die Hinnahme erfolgt am einfachsten stillschweigend, indem sie nicht widerspricht. Da Paul nun dieses Verbot gehört hatte, konnte er Sophias Schweigen nicht mehr interpretieren, nicht für sich, aber eben auch nicht mehr gegen sich.

Der **erhöhte Leistungsdruck** macht das Eintreten des Spontanphänomens einer befriedigenden Sexualität zunehmend schwierig. Da er die Einschätzung seiner Freundin für einen verlogenen Beschwichtigungsversuch hält, ist er für eine alternative Einschätzung des Problems als nicht schwerwiegend nicht erreichbar. Das heißt, dass der Leistungsdruck aus der Situation herausgenommen werden muss, indem zum Beispiel Versuche, die Partnerin beim Geschlechtsverkehr zu befriedigen, vorerst untersagt werden. Dabei ist die Anwesenheit beider Partner notwendig, da dies die Voraussetzung ist für einen identischen Informationsstand. Alternativ kann sie sich um andere Befriedigungsversuche bemühen.

Problembezogene Strategien

Beispielsweise könnte er, wenn er häufig sehr schnell zum Orgasmus kommt, seine Partnerin schon vor dem eigentlichen Geschlechtsverkehr so weit stimulieren, dass auch eine Minute oder weniger ausreichend ist. Oder sie lernt eine Technik, den Penis kurz vor der Ejakulation mit der Hand zu umschließen (rechtzeitig vorher!) und

auf eine bestimmte Art zu drücken, um den Orgasmus zu verhindern.

Wenn er mittlerweile Erektionsprobleme hat, können beide lernen, wie er auch ohne oder mit geringer Erektion in sie eindringen kann. Diese Technik nennt man in der Sexualtherapie **Stopfen und Friemeln** – und sie funktioniert genau so, wie man sich das anhand der Begriffe vorstellt.

Hat sie mittlerweile so gut wie keine Lust mehr, könnte er sich damit einverstanden erklären, dass sie für eine Weile im Mittelpunkt steht und beim Sex, so selten er zunächst sein mag, nicht mehr unbefriedigt bleiben soll. Sie kann ihn dabei unterstützen, indem sie ihm sagt, was sie gerne hätte und wie es besonders schön für sie ist.

Paradoxe Intervention

Wenn die Frau gar nicht mehr will, können Sie den beiden die Hausaufgabe geben, dass er sie gefühlvoll und einfallsreich stimulieren soll, ohne ihre Intimregion zu berühren und ohne dass die beiden danach Sex haben dürfen. Sie haben das richtig verstanden: Sie müssen nicht nur keinen Sex haben, sondern Sie verbieten es ihnen sogar.

Man nennt ein solches Vorgehen eine paradoxe Intervention: Man verbietet genau das, was das eigentliche Ziel ist. Die Idee dahinter ist hier, dass sie sich der Stimulation hingeben kann, wenn sie weiß, dass er keinen Sex von ihr verlangt. Und die daraus folgende Entspannung führt häufig dazu, dass plötzlich genau das passiert, was sie nicht wollte und was den beiden auch verboten war. Dieses Vorgehen funktioniert außer bei Appetenzstörungen auch gut bei Orgasmusstörungen. Verbieten Sie dem Betroffenen, zum Orgasmus zu kommen, während Sie dem Partner als Hausaufgabe geben, ihn nach allen Regeln der Kunst zu verführen.

Tipp

Passen Sie Ihre Intervention immer dem konkreten Fall an, und seien Sie fantasievoll. Das Ziel ist, dass die beiden nicht resignieren. Befriedigende Sexualität ist nicht von der Dauer des Aktes an sich abhängig. Oftmals erledigen sich sexuelle Funktionsstörungen auch schnell, wenn erst einmal der Druck aus der sexuellen Beziehung genommen wird.

Die Dinge beim Namen nennen

Wichtig ist noch, dass Sie als Berater und Therapeut in der Lage sind oder lernen, unverkrampft und ohne Hemmungen über Sexualität zu sprechen. Versuchen Sie, sich bei der Begriffswahl, beispielsweise für die Geschlechtsorgane, am Vokabular des oder der Klienten zu orientieren. Oftmals müssen Sie sogar die Führung übernehmen und sozusagen die Dinge beim Namen nennen, beispielsweise wenn Ihre Klienten sich schämen, konkret über Sexualität zu sprechen. Vermitteln Sie Sicherheit, helfen Sie, die eingeschlafene Kommunikation wieder zu beleben. Wie immer gilt, dass Sie sich bei allem Einfühlungsvermögen noch dabei wohl fühlen müssen.

9.3 Schul- und Erziehungsberatung

Fallbeispiel

Daniela P. (24 Jahre alt) kommt mit ihrem fünfjährigen Sohn Max zur Beratung. Während Max sich still mit ein paar Spielsachen beschäftigt, erzählt Frau P. von ihren Schwierigkeiten mit dem Kleinen. Eigentlich habe sie ja gar kein Kind gewollt, schon gar nicht von ihrem damaligen Freund und mit gerade einmal 19 Jahren, beginnt sie. Aber als sie dann merkte, dass sie schwanger war, habe sie eine Abtreibung nicht einmal in Erwägung gezogen, obwohl der Vater von Max ihr für den Fall, dass sie das Kind behalte, mit Trennung gedroht und diese auch verwirklicht habe. Darauf sei sie stolz.

Schon die Schwangerschaft sei schwierig gewesen. Zunächst sei es ihr sehr schwer gefallen, mit dem Rauchen aufzuhören, sodass sie die ersten Wochen noch sehr ungesund gelebt habe. Außerdem sei ihr ständig schlecht gewesen, bis zum sechsten Monat habe sie noch unter Übelkeit und Erbrechen gelitten. Mitte des siebten Monats habe sie dann vorzeitige Wehen bekommen, sodass sie danach fast nur noch gelegen habe, bis Max endlich zur Welt kam. Von Anfang an sei er ein sehr schwieriges Kind gewesen, Frau P. sagt, er sei einfach „ein Schreikind“. Dauernd habe er ihre Aufmerksamkeit gefordert, schliefe auch heute noch keine Nacht durch. Ständig habe er Alpträume und stehe dann vor ihrem Bett.

Acht Wochen nach seiner Geburt sei sie bereits wieder arbeiten gegangen, Max wurde während dieser Zeit in einer Kinderkrippe betreut. Seit zwei

Jahren gehe er nun in den Kindergarten, wo er schon mehrmals durch aggressives Verhalten den anderen Kindern gegenüber aufgefallen sei. „Mindestens einmal in der Woche ruft mich die Kindergärtnerin an, damit ich ihn abholen komme. Mal wegen seiner Aggressionen, dann ist ihm angeblich schlecht oder er hat Bauchschmerzen. Wenn wir dann zu Hause sind, ist alles wieder gut“, erzählt die Klientin.

Anfangs habe sich ihr Sohn strikt geweigert, überhaupt im Kindergarten zu bleiben. Er habe morgens so lange geschrien, bis sie schon auf dem Hinweg umgekehrt sei. Inzwischen ziehe er sich oft die Kleidung wieder aus, nachdem sie ihn angezogen habe, oder er verzögere das Weggehen auf andere Art. „Ich bin schon völlig genervt! Andere haben so niedliche und liebe Kinder, und Max ist so schwierig, egal was ich mache“, beschwert sich Frau P. bei Ihnen. In letzter Zeit rutsche ihr auch hin und wieder die Hand aus, gesteht sie. Sie schlage ihn zwar nie wirklich doll, aber es mache ihr trotzdem zu schaffen, weil sie sich vorgenommen habe, ihr Kind mit viel Liebe und ohne Schläge zu erziehen. Sie selbst sei von Ihrem Vater regelmäßig „verdroschen“ worden und leide heute noch darunter.

Der Wunsch der Klientin ist, dass Max für sie einfacher zu handhaben ist, auch damit sie wieder mehr Zeit für sich selbst hat. „Ich bin doch erst 24 und habe schon ein Kind, aber keinen Freund. Wenn ich erstmal zur Ruhe käme, könnte ich auch wieder liebevoller mit Max umgehen“, meint sie nachdenklich. Im Moment aber mache sie der Junge nur noch aggressiv. Immerhin habe sie so viel für ihn geopfert, und zum Dank mache er nur Probleme.

Die Beratung von Eltern, die Schwierigkeiten mit ihren Kindern haben, kommt in unterschiedlichen Variationen relativ regelmäßig vor: Schulprobleme, Erziehungsprobleme, Probleme mit Drogen, den Freunden der Kinder oder mit der Gestaltung freier Zeit, mit der Selbstständigkeit der Kinder, mit Gehorsam oder der richtigen Distanz sind häufig genannte Themen. Bisweilen wird auch schon die Diagnose ADS oder ADHS mitgebracht, und Sie sollen dann sagen, was nun zu tun sei.

Es kann Ihnen aber auch passieren, dass Sie auf Umwegen zum Erziehungsberater werden. In unsere Praxis kommen häufig Paare oder auch Einzelpersonen mit einem ganz anderen Problem, und mit der Zeit rückt die Erziehung des Kindes

immer mehr in den Vordergrund. Wenn Ihnen das passieren sollte, ohne dass Sie Spezialist auf diesem Gebiet sind, versuchen Sie auch hier zunächst, ein bisschen Druck aus der Familie zu nehmen. Entlasten Sie die Eltern, indem Sie aufklären, konkrete Ratschläge geben oder versuchen, lösungsorientiert mit ihnen zu arbeiten und den betreffenden Klienten auf diesem Weg die eigenen Stärken wieder bewusst zu machen. Wenn Sie lösungsorientiert arbeiten, nehmen Sie sich viel von der Angst vor dem nächsten Fall, weil jede Beratung, zu jedem Thema und mit jeder Klientengruppe, nach dem gleichen Schema abläuft.

9.3.1 ADS und Hyperaktivität

Obwohl das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS, siehe Kap.2.12.1), oft in Verbindung mit Hyperaktivität (ADHS), heutzutage in den Medien und im Erziehungswesen präsenter ist, scheint die Zahl der Krankheitsfälle nicht wesentlich angestiegen zu sein. ADS ist nur mehr in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt, Kinderärzte, Lehrer und Psychologen sind dafür sensibilisiert, sodass die Diagnose schneller gestellt wird. Früher hätte man in vielen Fällen einfach von einem besonders temperamentvollen Kind gesprochen. Heute sind viele Eltern oder allein erziehende Elternteile schon aus Zeitgründen gar nicht mehr in der Lage, auf das schwierige Temperament eines ihrer Kinder einzugehen, es zu fördern und ihm immer wieder Anreize zu bieten. Dann brauchen diese Eltern Hilfe.

In Finnland gibt es eine Einrichtung zur Förderung von Kindern mit ADS und ADHS, die sehr gute Erfolge vorweisen kann. In einem Zeitungsinterview zu einer aktuellen Studie wurde einer der in dieser Einrichtung tätigen Spezialisten gefragt, was sie denn anders machen als andere solche Kliniken und wie sie ADS in den Griff bekommen. Er erwiderte: „Wir kümmern uns ganz besonders liebevoll um die Eltern.“

! Mit der Diagnose werden häufig sofort Medikamente verschrieben, obwohl dies eigentlich verfrüht ist. Vielmehr sollten zunächst andere Ursachen für die Nervosität und den Konzentrationsmangel ausgeschlossen werden, beispielsweise zu viel Fernsehen (damit in engem Zusammenhang stehen zu wenig Bewegung an der frischen Luft und auch zu wenig Sport), zu wenig Schlaf oder körperliche Erkrankungen.

Beratungsansätze bei ADS und Hyperaktivität

Ist die Diagnose ADS gesichert und liegt nicht ein Fall von sozial nicht erwünschtem Verhalten vor, sollten zunächst die Eltern über die Erkrankung aufgeklärt werden. Eine Voraussetzung für die Diagnosestellung ist, dass die Kernsymptomatik in mindestens zwei verschiedenen Umgebungen des betroffenen Kindes auftritt und nicht etwa nur in der Schule oder einem unruhigen Elternhaus. Dann hilft es oft auch schon, den Kindern einen stark strukturierten Tagesablauf zu ermöglichen, der ihnen Halt gibt. Nur bei starken Symptomen sollten Medikamente in Erwägung gezogen werden. Dann jedoch können sie eine deutliche Entlastung der Kinder und auch ihrer Familien bewirken. Die Medikation erfolgt mit Methylphenidat (Ritalin), das mittlerweile nur noch auf Betäubungsmittelrezept verordnet wird.

Gerade Eltern von schwer erziehbaren und hyperaktiven Kindern sind dankbar für kompetente Beratung und Unterstützung. Dabei kann es zunächst um Aufklärung gehen, oder auch um ganz konkrete Erziehungsberatung. Aber auch der gestressten Mutter den Zugang zu einem Entspannungsverfahren zu vermitteln und zwischen Partnern, die durch die Konzentration auf das schwierige Kind selbst eine Krise durchmachen, zu vermitteln, könnten Aspekte Ihrer Beratungstätigkeit sein.

9.3.2 Aggressivität und Gewalt

Ein weiteres häufiges Problemfeld in der Erziehung von Kindern sind aggressive oder sogar gewalttätige Tendenzen. Diese können schon in der ersten Trotzphase mit etwa zwei Jahren auftreten, klassischerweise jedoch kommen die Eltern, wenn ihre Kinder schon in die Schule gehen. Inzwischen liest man immer häufiger von gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen Jugendlichen, von Waffen in Schulen und Vergewaltigungen schon bei unter 12-Jährigen. Erziehungsberechtigte und Lehrer stehen der Gewaltbereitschaft der Heranwachsenden zumeist hilflos gegenüber.

Um Aggressivität und Gewalt verstehen und damit arbeiten zu können, sollte man eine Vorstellung von ihrer Entwicklung haben. Wir möchten Ihnen daher einen etwas ausführlicheren Einblick in die Entstehungsbedingungen und mögliche Auslöser geben. Da man davon ausgeht, dass die

Grundlagen für eine erhöhte Aggressions- und Gewaltbereitschaft auch bei Erwachsenen bereits in der Kindheit gelegt werden, sollen hier vor allem Aspekte aus der Entwicklung und der Sozialisation betrachtet werden.

Die Moralentwicklung

Moralische Normen werden durch Beobachtung gelernt, und zwar sowohl positive als auch negative Normen. Eine interessante Frage ist, von welchen Bedingungen es abhängt, ob eine Person als gutes Vorbild oder als abschreckendes Beispiel wahrgenommen und ausgewählt wird. Es scheint dabei so zu sein, dass die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Beobachter und Modell von Bedeutung ist. Daraus folgt, dass eine Person umso eher als Modell akzeptiert und bei ihr wahrgenommene Normen übernommen werden, je ähnlicher sie dem Beobachter zu sein scheint.

Die Moralentwicklung des Kindes hängt außerdem eng mit innerfamiliären Faktoren zusammen, da die Familie die erste Instanz moralischer Sozialisation darstellt. Eine wichtige Größe bildet hier der Erziehungsstil der Eltern. Ein durch Machtausübung geprägtes Erziehungsverhalten verhindert die Verinnerlichung von Normen eher als sie zu fördern. So fand man heraus, dass Mütter mit Neigung zu Machtausübung ihre Erziehungsziele bezüglich hilfsbereiten sozialen Verhaltens der Kinder nicht erreichten, wohingegen Mütter, die auf Machtausübung verzichteten, erfolgreich waren.

Biologische Faktoren

Es gibt genetische, chromosomale, hirnstrukturelle und hirnphysiologische Faktoren, die das Auftreten von Aggression und Gewalt fördern. Dazu zählen das Vorhandensein von zwei männlichen Geschlechtschromosomen (XYY-Typ) ebenso wie Schädigungen im Frontalhirn mit daraus resultierenden Persönlichkeitsveränderungen. Auch eine Veränderung im Vorhandensein bestimmter Neurotransmitter wird als Ursache diskutiert. In diesem Fall geht die Persönlichkeitsforschung von einem „High-Sensation-Seeking“ aus, also von einem kompensatorischen Aufsuchen gefährlicher oder aufregender Situationen aufgrund einer schlechten Reizweiterleitung im Gehirn.

Familiäre Einflüsse

Direkt gegen Kinder gerichtete Gewalt, aber auch die Beobachtung gewalttätiger Konfliktaustragung bei primären Bezugspersonen, meistens bei den Eltern, tragen zur Herausbildung eines Gewaltpotenzials bei Kindern bei.

Gewalterfahrungen

Elterliche Gewalt den Kindern gegenüber ist unterteilbar in

- **physische Gewalt**, beispielsweise durch Schlagen oder Schütteln,
- **psychische Gewalt**, die sich in Ablehnung, Schweigen, Kränkung oder Isolation äußern kann, und
- **passive Gewalt**. Beispiele sind Eifersucht und Substanzabhängigkeiten, häufig Alkoholismus, der Eltern.

Jugendliche, die in ihrer Kindheit Gewalt ausgesetzt waren, befürworten in ihrer weiteren Entwicklung selbst deren Anwendung. Sie werden später häufiger zum Gewalttäter, interessanterweise aber auch deutlich öfter zum Opfer von Gewalthandlungen. Diese Forschungsergebnisse könnten eine Erklärungsgrundlage dafür liefern, dass manche Frauen sich immer wieder Partner aussuchen, die sie in der Beziehung schlagen, während andere mit nahezu traumwandlerischer Sicherheit wieder und wieder an Alkoholiker geraten.

Gewalterfahrungen in der Familie stellen also einen unmittelbaren Risikofaktor für die geistige, emotionale und soziale Entwicklung der Kinder dar. Wenn Eltern in Partnerschaftskonflikte verstrickt sind, können sie sich ihren Kindern weniger in positiver, förderlicher Weise zuwenden. Diese negativen Aspekte werden verstärkt, wenn die Eltern auch untereinander Konflikte gewalttätig austragen. Innerfamiliäre Gewalt, der Kinder und Jugendliche direkt als Opfer oder indirekt durch Beobachtung ausgesetzt sind, hat also erhebliche Einflüsse auf ihre Gewalteinstellung, Konfliktbewältigungskompetenzen und tatsächliches Gewalthandeln.

„Broken Home“

Eine Unvollständigkeit der Familie, also das Aufwachsen bei nur einem Elternteil, das Aufwachsen als Einzelkind oder mit Geschwistern sowie die materielle und soziale Lage der Familie haben keinen direkten Einfluss auf potenzielles Gewalthandeln. Dennoch findet sich bei delinquenten Kindern und Jugendlichen häufig ein sogenanntes „Broken Home“ mit Verlust eines Elternteils bei gleichzeitigem niedrigem sozialem Status der Familie. Diese auf den ersten Blick widersprüchlichen Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass nur das Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Faktoren einen negativen Einfluss auf die Gewaltentwicklung ausübt.

Mangelnde Konsequenz und Beständigkeit innerhalb des elterlichen Erziehungsverhaltens – was gestern noch erlaubt war, ist heute plötzlich verboten und umgekehrt – und damit einhergehend die Wahrnehmung der Erziehung durch das Kind als unvorhersehbar und unbeeinflussbar spielen ebenfalls eine wichtige Rolle beim Entstehen von Gewaltbereitschaft. Wenn Grenzsetzung und Kontrolle der Eltern nur gering entwickelt oder nicht eindeutig sind, steigt das Risiko von Straffälligkeit (Delinquenz) und Gewaltbereitschaft bei den Kindern.

Weitere familiäre Faktoren

- Duldung oder Verstärkung aggressiven Verhaltens der Kinder und eigenes aggressives Modellverhalten der Eltern.
- Zu wenig elterliches Interesse für die Aktivitäten des Kindes und damit einhergehende unzureichende Beaufsichtigung und Förderung.
- Mangelnde Kontrollüberzeugung der primären Bezugsperson: Die Eltern haben das Gefühl, keinen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder zu haben. Ein typischer Satz dazu wäre: „Was soll ich denn machen, er hört doch sowieso nicht auf mich!“
- Persönlichkeitsstörungen und/oder Substanzabhängigkeit (Alkoholismus) bei einem Elternteil, wobei in diesem speziellen Fall der Erziehungsstil und die Kontrollüberzeugung keinen Einfluss haben.
- Eheprobleme der Eltern.

Mangel an Selbstkontrolle

Aggressive Kinder zeichnen sich durch eine besondere Impulsivität und ein gesteigertes Aktivitätsniveau aus. Das äußert sich in motorischer Unruhe, unkontrollierten Wutausbrüchen, geringer Toleranz auch gegenüber kleineren Frustrationen und provokativer Rücksichtslosigkeit. Die unzureichende Selbstkontrolle und die geringe Frustrationstoleranz führen im Konfliktfall zu übereilten Reaktionen die, da alternative Handlungs- und Konfliktbewältigungsstrategien fehlen, häufig in aggressivem oder gewalttätigem Verhalten bestehen.

Den Kindern und Jugendlichen fehlt also die Möglichkeit zur **nichtaggressiven Selbstbehauptung**. Sie nehmen sich selbst als wertlos wahr. Vor diesem Hintergrund kann das aggressive und gewalttätige Verhalten als unangemessener Versuch gesehen werden, zu einer positiven Selbsteinschätzung zu gelangen. Bei delinquenten Jugendlichen etwa stärkt aggressives Verhalten das **Selbstwertgefühl**.

Mangel an sozialer Kompetenz

In einer Beobachtungsstudie wurde das **Spielverhalten** aggressiver Kinder analysiert. Man fand heraus, dass sich diese Kinder weniger an den Spielen beteiligten als nichtaggressive Kinder und häufiger unbeschäftigt waren. Im Kontakt mit anderen Kindern fehlte es ihnen an sozialen und **kommunikativen Fähigkeiten**. In einer anderen Studie erhielten Kinder die Aufgabe, für typische Konflikte mit Gleichaltrigen Lösungen vorzuschlagen. Aggressive Kinder hatten zu wenige Strategien zur **Konfliktbewältigung** zur Verfügung und bevorzugten ein nicht angemessenes weil vorwiegend aggressives Durchsetzungsverhalten.

Aggressive Kinder und Jugendliche haben zudem Schwierigkeiten in der **Perspektivenübernahme**. Das bedeutet, dass ihre Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen, nur gering ausgeprägt ist. Daraus resultiert im Konfliktfall oftmals eine Eskalation der Gewalt, da die Gefühle der anderen Beteiligten nicht berücksichtigt werden können. Die Konfliktkompetenz scheint außerdem umso geringer zu sein, je stärker ausgeprägt die erlebte elterliche Gewalt in der Kindheit war.

Feindlicher Attributionsstil

Aggressive Kinder und Jugendliche neigen dazu, anderen Personen eine Feindseligkeit und Aggressivität ihnen gegenüber zu unterstellen und in der Konsequenz schneller eine Abwehr- und Verteidigungshaltung einzunehmen. Eine Erklärung für diesen negativen Attributionsstil wurde bisher nicht gefunden, man vermutet aber, dass er eine Folge von Wahrnehmungsstörungen ist. Die Neigung zu Feindseligkeitszuschreibungen steigt ebenfalls mit der Häufigkeit und Intensität erlebter elterlicher Gewalt in der Kindheit.

Zukunftserwartung

Die Zukunftserwartung aggressiver Kinder zeichnet sich häufig durch ein Gefühl der **Hoffnungslosigkeit** aus. Die Zukunftschancen werden negativ wahrgenommen, **internale Kontrollüberzeugung**, also der Glaube, seine Zukunft maßgeblich selbst beeinflussen und gestalten zu können, fehlt häufig. In einer finnischen Studie zeigte sich in diesem Zusammenhang, dass Jugendliche, die als Kinder aggressiv waren, eine pessimistische Haltung gegenüber ihrer Zukunft in Abhängigkeit von ihren Schulnoten einnahmen. Je besser die Schulzeugnisse waren, desto optimistischer beurteilten die Befragten ihre Zukunft. Zusätzlich gehen innerfamiliäre Gewalterfahrungen bei Jugendlichen wiederum mit verminderten Bildungschancen einher.

Peergroups (Gleichaltrigengruppen)

Eine dauerhafte Interaktion von Kindern in Gleichaltrigengruppen lässt sich etwa ab dem zehnten Lebensjahr beobachten. Mit ungefähr 15 Jahren gewinnen dann die Cliquen an Bedeutung. Gleichaltrige stellen für Kinder und Jugendliche neben den Eltern einen wichtigen Bezugspunkt und auch ein einflussreiches Modell dar. Jugendgewalt wird maßgeblich davon beeinflusst, welche Auffassungen, Einstellungen und Normen Gleichaltrige vertreten und wie sie sich verhalten.

Jugendliche, die Opfer innerfamiliärer Gewalt waren, schließen sich signifikant häufiger in gewaltbefürwortenden Gleichaltrigengruppen zusammen. Auf Jugendliche aus solchen Gruppen entfällt der überwiegende Anteil der Jugendgewalt, die Mitgliedschaft hat zusätzlich zu den innerfamiliären Gewalterfahrungen einen das Ri-

siko aktiver Gewalttätigkeit steigernden Effekt. So finden sich **Täterverhalten**, **Schuleschwänzen** und **Delinquenz** auch häufiger bei Gruppenmitgliedern als bei Einzelgängern. Kinder mit gewalttätigen Freunden sind darüber hinaus weniger gut in der Lage, Streitigkeiten verbal zu klären und wenden häufiger Gewalt und Aggression als Mittel zur Konfliktlösung an.

Zusätzlich können ungünstige Strukturen innerhalb der Peergroup das Gewalthandeln weiter begünstigen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass das aggressive oder gewalttätige Verhalten einen Versuch darstellt, einem negativen Image in der Clique vorzubeugen und sich weiter zu integrieren. Man sollte allerdings nicht die Frage nach Ursache und Wirkung aus den Augen verlieren. Die Aggressivität der Gruppe scheint weniger der Auslöser von bisher nicht beobachteten Aggressionen als vielmehr ein Verstärker eines bereits vorhandenen Aggressionspotenzials zu sein.

Der Einfluss der Medien

Sowohl in der Wissenschaft als auch in der öffentlichen Meinung wird der Einfluss medialer Gewaltdarstellungen auf die Gewaltentwicklung immer wieder sehr emotional diskutiert. Die Arbeitsgruppe Schulevaluation fand beispielsweise einen deutlichen Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Gewaltverhalten, dessen Kausalrichtung, also die Frage, was Ursache und was Wirkung war, allerdings nicht näher bestimmt werden konnte. Auch eine **Angst machende, abstumpfende und brutalisierende Wirkung** von Mediendarstellung gewalttätiger Inhalte auf Kinder ist belegt.

Es ist bekannt, dass man aus Beobachtungen bestimmte Verhaltensregeln und Normen ableiten und Wissen sowie Meinungen übernehmen kann. Man nennt das **Beobachtungs-** oder **Modelllernen**. Fraglich ist, inwieweit Mediendarsteller als Modelle akzeptiert werden. Einen Einfluss haben hier die Realitätseinschätzung des Filmes sowie die Identifikation mit dem aggressiven Helden. Je höher diese sind, desto schädlicher ist der Konsum der betreffenden Filme.

Darüber hinaus wurde in einer neurologischen Studie herausgefunden, dass beim regelmäßigen Ansehen von bestimmten Fernsehserien dieselben Zentren im Gehirn aktiviert sind, wie beim Treffen mit guten Freunden. Dieses Resultat würde in Kombination mit dem Wissen, dass Freunde als Modelle benutzt werden, die These unterstützen,

dass Fernsehhelden als Modelle dienen können. Wie bei normalem Modelllernen ist auch hier eine Vorbildfunktion ebenso möglich wie eine Abschreckung. So können Gewaltfilme bei Kindern ohne Vorschädigungen die Friedfertigkeit sogar steigern.

Auch muss eine Unterscheidung zwischen dem Fernsehen mit den Eltern, die auch kritische Bemerkungen zu den gezeigten Szenen machen, und dem Anschauen von Videofilmen erfolgen. Dies geschieht meistens eher allein oder mit Gleichaltrigen, wodurch sich die Akzeptanz der gezeigten Gewalt verstärkt. Vor diesem Hintergrund ist die Ausstattung eines Kindes mit eigenem Fernseher und Videorekorder/DVD-Player besonders kritisch zu betrachten, da dies die durchschnittliche Sehdauer insbesondere von Sex- und Gewaltfilmen erhöht.

Je höher der **Fernsehkonsum** der Kinder, desto eher wird Gewalt von ihnen als normal und notwendig akzeptiert und desto mehr Täterverhalten wird gezeigt. Ein positives Familienklima führt hingegen zu einer Abnahme der gesamten Fernsehdauer des Kindes sowie des Konsums von Gewalt- und Sexfilmen im Besonderen. Ein bewusstes und sensibles Ausüben von Kontrolle durch die Eltern halten den Fernsehkonsum und damit auch den Konsum von Gewaltdarstellungen zusätzlich gering.

Beratungsansätze bei Aggression und Gewalt

Die Auslöser von kindlicher und Jugendgewalt sind also vielfältig und komplex. Wenn Sie bedenken, dass Sie nun den erwartungsvollen Eltern in Ihrer Praxis gegenüber sitzen, werden Sie verstehen, was für ein sensibler Bereich die Beratung bei dieser Thematik ist. Denn Sie müssen in der Lage sein, den Eltern sensibel aber deutlich auch Fehler in ihrem Erziehungsverhalten aufzuzeigen und ihnen bessere Strategien zu vermitteln.

Tipp

Seien Sie sich dabei bewusst, dass es vorkommen kann, dass Sie von besorgten Eltern zu eigenen Kindern befragt werden. Sind Sie selbst Vater oder Mutter, ist das natürlich kein Problem. Aber wenn Sie kinderlos sind, kommen Sie möglicherweise in eine Situation, in der Sie sich dafür rechtfertigen müssen, dass sie dennoch Menschen Tipps geben.

Vielfach lösen Schilderungen von Eltern über ihr Erziehungsverhalten auch bei professionellen Beratern Wut aus. Insbesondere wenn die Eltern die Kinder schlagen und dieses Verhalten verharmlosen und herunterspielen. Sie sollten dennoch in der Lage sein, sachlich zu bleiben und zum Wohle des Kindes gemeinsam mit den Eltern ihr Erziehungsverhalten kritisch zu überprüfen. Denken Sie immer daran, dass die Eltern auch in diesem Fall zu Ihnen gekommen sind, um über ihr vermeintlich so schwieriges Kind zu klagen und um von Ihnen Unterstützung zu bekommen.

Lösungsorientiertes Vorgehen

Bemühen Sie sich um ein lösungsorientiertes Vorgehen (siehe Kap.6.2). Wenn das Problem die Aggressivität des Kindes ist, könnten Sie fragen, ob das aggressive Verhalten in bestimmten Situationen vermehrt auftritt.

Auslöser finden: Das finden Sie heraus, indem Sie die Eltern fragen, was sie tun müssten, um das Problemverhalten des Kindes auszulösen. Sind solche Auslöser gefunden, überlegen Sie mit den Eltern, welche davon eventuell vermeidbar sind. Damit wären schon einige Situationen in der Familie weniger problematisch.

Ausnahmen finden: Danach fragen Sie nach Ausnahmen. Wann ist das betreffende Kind weniger aggressiv? Oder stellen Sie dazu die **Wunderfrage**. Sie werden einige Situationen herausfinden, in denen das Kind das problematische Verhalten nicht zeigt. Nun finden Sie heraus, was in solchen Ausnahmesituationen neben dem nichtaggressiven Kind noch anders ist. Vielleicht ist das Kind nicht aggressiv, wenn es nachmittags mit seinem Papa draußen toben konnte, oder wenn nach der Schule eine halbe Stunde Zeit ist, in der Mama sich anhört, wie sein Tag bisher war.

Schlüssel zur Veränderung: Solche Ausnahmen sind therapeutisch sehr wertvoll, denn sie geben den Eltern gewissermaßen den Schlüssel zu einem unproblematischeren Kind in die Hand. Geben Sie ihnen auf, dass sie die Situationen, die ein unproblematisches Kind zur Folge haben, öfter herbeiführen und gleichzeitig Auslösesituationen, in denen das Kind wahrscheinlich aggressiv reagiert, nach Möglichkeit meiden.

Wichtige Außensicht: Was jetzt so logisch klingt, ist für einen Betroffenen so gut wie nicht eigenständig herauszufinden. Vielleicht haben Sie selbst schon einmal Fernsehsendungen wie „Die

Supernanny“ gesehen und wissen daher, wie ungeheuer wichtig schon Dreijährige in ihrer Wut sein können. Wenn man sich als Elternteil in einer solchen Situation befindet, ist man meistens tatsächlich nicht mehr in der Lage, das ganze Chaos sachlich zu betrachten, die eigenen Gefühle beiseite zu schieben und die für alle Beteiligten beste Lösung zu finden.

9.3.3 Vorgehen im Fallbeispiel

Die Basisarbeit mit Daniela P. bestand darin, eine **Strukturierung des Tagesablaufes** zu erarbeiten, die Max ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermittelte. Besonders legten wir Wert darauf, dass sie ihrem Sohn den nächsten Punkt auf dem Plan jeweils rechtzeitig ankündigte („In einer halben Stunde gibt es Essen.“). Wir schlugen ihr die Einführung verschiedener **verabredeter Rituale** vor, die vor allem in kritischen Zeiten und Situationen eingeführt werden sollen, wie z.B. zwanzig Minuten im Bett Bilderbücher anschauen.

Wir erklärten der Klientin in diesem Zusammenhang auch, dass es akzeptabel ist, mit ihrem Sohn getrennte Mama- und Kind-Zeiten von zunächst einmal einer oder auch nur einer viertel oder halben Stunde pro Tag zu verabreden, die inhaltlich jeweils so gestaltet werden sollten, wie Mutter oder Kind sich dies wünschten. Dabei sollte gewährleistet sein, dass auch die Mutter einmal eine halbe Stunde Pause machen konnte.

Dann wurde besprochen, welche Unterstützung, z.B. durch die Oma oder durch Mütter anderer Kinder, herangezogen werden konnte. Dabei musste gewährleistet sein, dass Schläge sowohl in der Familie als auch bei der eventuellen Betreuung durch die Oma, die eine gewaltbelastete Erziehung gewohnt zu sein schien, tabu sind.

9.4 Coaching im Beruf

Fallbeispiel

Die 30-jährige Britta F. kommt zu Ihnen, weil sie beruflich „sehr unter Druck“ stehe. Vor nunmehr drei Jahren habe sie noch während ihres Pädagogikstudiums ein Praktikum in der Personalabteilung einer Exportfirma begonnen. Dort sei man so zufrieden mit ihr gewesen, dass sie trotz ihrer schlechten Noten im Diplom direkt nach ihrem Abschluss übernommen worden sei. Die ersten

beiden Jahre habe sie als Sachbearbeiterin in der Personalabteilung gearbeitet, was ihr auch sehr viel Spaß gemacht habe. Sie hatte ein gutes Verhältnis zu den Kolleginnen und Kollegen, mit denen sie sich auch nach Feierabend oft traf.

Dann habe sie jedoch vor einem Jahr das Angebot bekommen, die Personalabteilung zu leiten. Der Chef habe sie zu sich gebeten, um ihr zu sagen, dass er lieber sie als die bisherige Leiterin auf diesem verantwortungsvollen Posten sehen wolle, da diese von ihrer Qualifikation her nicht geeignet und ohnehin nur als „Übergangslösung“ eingestellt worden sei. Von Frau F., deren Studienschwerpunkt Personalmanagement war, erwarte er viel. Natürlich sei mit dem neuen Job neben der Verantwortung auch ein erheblich besserer Verdienst verbunden, erzählt die Klientin. Nach einer Bedenkzeit habe sie schließlich „mit Bauchschmerzen“ zugestimmt. Mittlerweile sei sie seit zehn Monaten die Vorgesetzte ihrer ehemaligen Kolleginnen und vor allem auch ihrer ehemaligen Vorgesetzten und fühle sich in dieser Rolle gar nicht wohl.

Das Verhältnis zu den anderen Mitarbeitern der Abteilung habe sich seither drastisch verändert. Indirekt werfe man ihr vor, der älteren Kollegin den Arbeitsplatz weggenommen zu haben. „Alle stellen sich hinter sie, mit mir wird nur noch über berufliche Dinge gesprochen. Dabei habe ich mich doch nicht um den Job gerissen! Wenn ich es nicht gemacht hätte, hätten sie jemand anderen eingestellt“, rechtfertigt sich Frau F. Andererseits sei ihr selbst unwohl bei dem Gedanken, dass sie als Vorgesetzte mit Anfang 30 teilweise erheblich jünger als die Kolleginnen sei. „Ich arbeite ja erst seit drei Jahren in der Firma. Natürlich haben die anderen mehr Erfahrung als ich.“

Besonders schwer falle es ihr jedoch, im Rahmen ihrer Tätigkeit mit dem Vorstand der Firma zu tun zu haben. Im Vorstand seien fast ausschließlich Männer von mehr als 50 Jahren. Vor diesen habe sie sich „schon immer klein gefühlt“. Die Klientin vermutet, dass das mit ihrem Verhältnis zu ihrem verstorbenen Vater zusammenhängt, der ihr oft das Gefühl gegeben habe, wertlos und „ein Niemand“ zu sein. Nun müsse sie vor kompetenten Männern Reden halten und beispielsweise ihre Entscheidungen bei Neueinstellungen rechtfertigen. „Ich fange dann immer an zu stottern und werde auch rot. Darunter leide ich sehr, vor allem, wenn es den anderen auffällt. Ich war noch nie gut darin, mich gegen andere durchzusetzen.“

Eigentlich, sagt sie nachdenklich, habe es ihr immer am besten gefallen, wenn andere die Verantwortung trugen und ihr gesagt wurde, was sie zu tun habe. Nun überlegt sie, den Job zu kündigen und sich bei anderen Firmen zu bewerben.

Der Beruf, wenn wir einen haben, macht einen Großteil unserer täglichen wachen Zeit aus. Krisen und Überforderung wirken sich daher schnell auf unser ganzes Leben aus, begleiten uns bis in den Feierabend, die Träume und die körperliche Gesundheit, führen zu schlechter Laune und schließlich zu Krisen in der Partnerschaft oder Familie. Die Freizeit schön zu gestalten, ist häufig mit Kosten verbunden, die nicht mehr bezahlt werden können, außerdem sind die psychische oder physische Erschöpfung allgegenwärtig.

Der Bereich Arbeit, Arbeitslosigkeit, Rente, Arbeitsunfähigkeit, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Streit mit Chef oder Kollegen, Mobbing, Über- und Unterforderung und so weiter beinhaltet jede Menge Krisenpotenzial und Möglichkeiten für psychologische Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch Selbsthilfe- und Therapiegruppen zu solchen Themen, vor allem zum Thema Mobbing, erleben gerade einen regelrechten Boom.

Die Beratung von Menschen mit beruflichen Problemen wird also ein zunehmend wichtiger Bestandteil der psychologischen Beratung. Dennoch ist dies ein klassisches Arbeitsfeld, in dem die Nachfrage erheblich größer ist als die tatsächliche Inanspruchnahme von Beratungen. Viele Menschen sind arbeitslos oder arbeiten in schlecht bezahlten Jobs weit unterhalb ihrer Qualifikationen, sodass sie sich eine kostenintensive Beratung gar nicht leisten können.

Mobbing: Ein zentrales Problemfeld ist das Mobbing. Das Schlechtmachen und Schikanieren unter Kollegen tritt immer häufiger auf und fügt den Betroffenen erhebliches Leid zu, das bis in die körperliche Erkrankung und den Suizid führen kann. Mittlerweile gibt es Psychiatristationen, die in ihren Therapiegruppen überwiegend Mobbingopfer betreuen, die in der Folge der Dauerbelastung krank geworden sind. Zudem steigt auch die Zahl der Mobbingberater, die zum Teil von großen Firmen angestellt sind und für die Betroffenen kostenlos arbeiten. Daher landen letzten Endes doch nicht viele Klienten mit diesem Problem bei uns in der Praxis.

9.4.1 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel

Auch in der Beratung von Menschen mit den unterschiedlichen Problemen am Arbeitsplatz oder mit Schwierigkeiten aufgrund fehlender oder minderwertiger Betätigungsmöglichkeiten können Sie lösungsorientiert vorgehen (siehe Kap.6.2). Da die Problematiken vielfältig sind, wollen wir Ihnen anhand des obigen Fallbeispiels ein mögliches Vorgehen vorstellen.

Probleme benennen: Finden Sie wie immer zunächst heraus, worin genau das Problem besteht. Das ist im Fall von Britta F. aus der reinen Fallschilderung nicht eindeutig zu erkennen. Zum einen ist da die Situation mit ihren Kolleginnen, zum anderen die Schwierigkeit, selbstbewusst gegenüber älteren Chefs aufzutreten. Sie kündigt ja an, sich einen neuen Job zu suchen. Ist das eine Lösungsmöglichkeit, über die sie tatsächlich nachdenkt, oder eher ein Ausdruck ihrer Hilflosigkeit?

Wichtigstes Problem: Das Verhältnis zu den Kolleginnen

Ausnahmen finden: Nehmen wir einmal an, sie empfindet die Situation mit ihren Kolleginnen als das belastendere Problem. Tatsächlich ist die Konstellation, jetzt als jüngste Mitarbeiterin die Vorgesetzte der anderen, vor allem der ehemaligen Abteilungsleiterin zu sein, sehr ungünstig. Dennoch können Sie als Berater versuchen, eine Lösung für das Problem zu finden. Dazu müssen Sie zunächst einmal wissen, ob es Ausnahmen gibt. Gab es beispielsweise Situationen, in denen eine Kollegin dennoch nett zu ihr war? Das war der Fall. Besonders zwei Kolleginnen verhielten sich ihr gegenüber immer freundlich. Sie habe das gar nicht mehr zur Kenntnis genommen, weil sie so mit den negativen Reaktionen der anderen beschäftigt gewesen sei. Das wollte sie in Zukunft wieder ändern und sich mehr auf die positiven Reaktionen konzentrieren, was auch ihre erste Hausaufgabe wurde.

Was verschlimmert die Situation? Nachdem Sie mit Frau F. alle Ausnahmen – von denen es tatsächlich mehrere gab – herausgefunden haben, gehen Sie einen Schritt weiter. Was müsste die Klientin tun, um die Situation weiter zu verschlimmern? Ihr fiel auf, dass die Kolleginnen extremer reagierten, wenn sie sich, im Gegensatz zu den üblichen Gepflogenheiten, besonders elegant

kleidete. Das sei meistens der Fall, wenn sie hinterher noch ein Meeting habe. Sie überlegte sich, für solche Gelegenheiten in Zukunft Kleidung zum Wechseln mitzunehmen und zu beobachten, ob das einen Einfluss auf das Verhalten der Kolleginnen hat.

Positive Interaktionen: Und tatsächlich ergaben sich weit weniger negative Situationen. Allein diese beiden Veränderungen mit den daraus resultierenden Reaktionen der Kolleginnen verringerten die von Frau F. empfundene Belastung um mehr als 60%. Als sie begann, auf positive Interaktionen zu achten, stellte sie außerdem fest, dass es eigentlich nur zwei Kolleginnen waren, die ihr gegenüber reserviert waren. Diese beiden Kolleginnen waren die ehemalige Abteilungsleiterin und eine Frau, mit der sie sich vor ihrer Beförderung eigentlich am besten verstanden hatte.

Aussprache und Entschuldigung: Wir fragten die Klientin daraufhin, wodurch sich die Beziehung zu diesen beiden Frauen früher ausgezeichnet habe, und sie meinte nach längerem Überlegen: „Ich glaube, durch absolute Offenheit. Und ich habe ihnen damals nichts von dem Angebot meines Chefs gesagt, weil ich Angst vor ihren Reaktionen hatte.“ Wir fragten sie dann, ob sie sich vorstellen könnte, diese Offenheit auch jetzt, mit den anderen Vorzeichen, wiederherzustellen und von da an aufrechtzuerhalten. Daraufhin suchte sie das Gespräch mit beiden Frauen und entschuldigte sich für ihren Fehler. Von da an entspannte sich die Situation zusehends.

Zweites Problem: Sprechen vor Vorgesetzten

Die zweite Schwierigkeit, die Angst, vor Männern frei zu sprechen, die sie als ranghöher wahrnimmt, konnte mit dem **verhaltenstherapeutischen Instrument der Veröffentlichung** deutlich reduziert werden. Als sie das nächste Mal vor einer solchen Gruppe sprechen musste, sagte sie zu Beginn kurz, dass sie sehr aufgeregt sei und wahrscheinlich gleich rot werden würde. Zu ihrem eigenen Erstaunen war es danach viel weniger schlimm als erwartet. Hinterher sagte ihr einer der Manager, dass es ihm bis zu diesem Zeitpunkt niemals eingefallen wäre, dass sie schüchtern sein könnte, dass er das aber als eine sympathische Ergänzung zu ihrer Kompetenz empfinde.

Auch die Angst gingen wir zusätzlich lösungsorientiert an. Wiederum sollte sich Britta F. fragen,

was sie tun könnte, um die Angst noch zu verschlimmern. Ihr fielen daraufhin zwei Situationen ein, in denen sie sich besonders erbärmlich gefühlt hatte. Das eine Mal war sie schlecht vorbereitet gewesen, das andere Mal habe sie sich schlecht angezogen, was ihr während des gesamten Meetings bewusst gewesen sei. Und sie fügte noch hinzu, dass es in den Phasen schlimmer sei, in denen sie dicker sei, weil sie dann weniger gut sitzende Kleidung zur Verfügung habe. Da sie die ersten beiden Fehler ohnehin schon nicht mehr beging, kaufte sie sich noch einen gut sitzenden Hosenanzug in einer großen Kleidergröße mit zwei passenden Blusen und konnte sicher sein, dass sie bei allen kommenden Meetings gut vorbereitet und angemessen gekleidet sein würde.

9.5 Sucht und Abhängigkeit

Fallbeispiel

Peter W. kommt pünktlich zu diesem Erstgespräch, nachdem er innerhalb der letzten drei Wochen bereits zwei Gesprächstermine „aufgrund von Krankheit“ nicht eingehalten hat. Beide Male hatte seine Mutter (71 Jahre) kurz vor dem eigentlichen Termin Bescheid gesagt und jeweils einen neuen Termin vereinbart. Der 42-jährige Klient ist ausgesprochen freundlich und charmant und entschuldigt sich für seine Unzuverlässigkeit. Sie können riechen, dass er getrunken hat. Seinem Gesprächsverhalten ist davon jedoch nichts anzumerken.

Er erzählt, seit seinem 17. Lebensjahr, seit 25 Jahren also, sei er nun schon Alkoholiker. Mehrmals im Jahr habe er seine „Abstürze“, in denen er sich „bis zur Besinnungslosigkeit“ betrinke, meist mit billigem Schnaps. Bier trinke er kaum, nur wenn nichts anderes da sei, „dann saufe ich aber alles, auch Rasierwasser“. Diese Phasen würden zwischen zwei Wochen und zwei Monaten dauern, „es sei denn, meine Mutter kommt früher dahinter, dann höre ich auch schon mal nach ein paar Tagen auf“.

Herr W. hat bereits mehrere stationäre Entziehungskuren hinter sich, war danach auch einmal für mehrere Monate in Therapie. In dieser Therapie habe er viel über sich gelernt, er wisse jetzt, dass er trinke, weil er nie gelernt habe, Konflikte anders zu lösen. Nach dieser Therapie war er ein halbes Jahr trocken. In dieser Zeit habe er wieder Kontakt zu seiner Exfrau aufgebaut, die ihn nach

sechs Jahren Ehe wegen seiner Alkoholabhängigkeit verlassen hatte. Sie gingen erneut eine Beziehung ein.

Als sie aber nach zwei Monaten mit einer Freundin in einen bereits lange gebuchten Urlaub fuhr, sei er sicher gewesen, dass sie ihn dort betrügen würde. Er habe kaum schlafen können, nichts gegessen, und die ganze Zeit habe er „diese Bilder von ihr mit dem anderen Kerl“ vor sich gesehen. Eigentlich habe er nach einer Woche „nur noch vergessen“ wollen. Da habe er drei Tage lang alles getrunken, was er kriegen konnte, und sich danach selbst in eine Klinik „zur Ausnüchterung“ eingeliefert. Als seine Exfrau aus dem Urlaub zurückkam und mitbekam, dass er wieder trank, habe sie sich erneut „und diesmal endgültig“ von ihm getrennt.

Seitdem habe er es nie mehr richtig geschafft, trocken zu werden. Zwar gebe es noch immer Pausen von mehreren Wochen, in denen er nichts trinke, aber er wisse immer, dass es ein nächstes Mal geben werde. Anlässe gebe es ja genug, „bei der Nachtschicht saufen alle“. Eigentlich ist Herr W. erstaunt, dass er seinen Job noch hat. Schließlich habe er alkoholbedingt viele Fehltag. Dennoch sei ihm schon mehrfach angeboten worden, sich fortzubilden und so auf der Karriereleiter nach oben zu klettern. Er kommentiert dies mit einem höhnischen Grinsen und dem Satz: „Aber ich wäre nicht mal der größte Säuffer unter den Vorgesetzten.“

Der Klient ist das jüngste von drei Kindern. Er sei immer der Liebling seiner Mutter gewesen. Seit fast zehn Jahren ist die Mutter seinetwegen Mitglied in einer Angehörigengruppe der „Anonymen Alkoholiker“. Anfangs sei er da auch mal hingegangen, aber nach kurzer Zeit habe ihn das nur noch genervt. „Die sind da ja alle bekloppter als ich.“ Auch jetzt noch komme seine Mutter immer zu ihm, wenn es ihm schlecht gehe und stehe den Entzug mit ihm durch. Seine älteren Geschwister und sein Vater seien schon genervt davon, dass er aufgrund seiner Sucht immer im Mittelpunkt stehe, aber eigentlich seien „die ja alle nur eifersüchtig“.

Bei Suchtproblematiken können Sie auch als Psychologischer Berater wunderbar begleitend beraten, therapeutisch tätig werden dürfen wiederum nur Heilpraktiker für Psychotherapie. Aber auch als Berater bleibt Ihnen das große Feld der Arbeit an der Verbesserung der Lebensqualität, und das

ist speziell bei Sucht- und Abhängigkeitsproblematiken eine sehr vielfältige Arbeit. Ob Sie direkt mit den Abhängigen über ihre Sucht und die Folgen sprechen, oder ob es Ihnen mehr liegt, deren ebenfalls leidende Angehörige zu beraten, bleibt wieder Ihnen überlassen.

Sie werden erstaunt sein, wenn Sie sich überlegen, nach was man alles süchtig, wovon man alles abhängig sein kann. Neben Alkohol, Tabak, Medikamenten und harten Drogen, die uns allen sofort einfallen, zählen dazu beispielsweise auch Glücksspiel, ein bestimmter Mensch, Arbeit, Anerkennung, Nervenkitzel bei den sogenannten Adrenalinjunkies, Sex und Putzen.

Abb. 13 stellt das Bedingungsgefüge und die Entstehungsbedingungen von Drogen- bzw. Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit dar.

9.5.1 Eigene Vorerfahrungen bedenken

Wenn Sie selbst schlechte Erfahrungen mit einer bestimmten Sucht gemacht haben, beispielsweise eine alkoholranke Mutter oder einen spielsüchtigen Bruder haben, kann das gleichzeitig Fluch und Segen sein. Ein Segen ist es für die Menschen, die zu Ihnen kommen und spüren, dass Sie sie verstehen. Ein Fluch kann es für Sie selbst werden, wenn Sie noch nicht vollständig mit dem Thema und den dazugehörigen Gefühlen und Enttäuschungen abgeschlossen haben. Dann wird Sie manches Gespräch an Ihre Grenzen führen und sehr anstrengend für Sie sein.

Für den Fall, dass Ihr Klient sogar den Gegenpart verkörpert (wenn sich zum Beispiel eine alkoholranke Mutter bei Ihnen in der Beratung über ihr anstrengendes, undankbares Kind beschwert, während Sie früher selbst ein solches Kind waren), solidarisieren Sie sich womöglich mit dem Kind, das Ihnen emotional so viel näher zu sein scheint. Sie würden dann eine Art Allianz gegen die Klientin bilden, sodass Sie streng genommen gar nicht mehr die Voraussetzungen für eine erfolgreiche, kompetente Beratung erfüllen könnten. Abgesehen davon wäre eine solche Schocktherapie auch für Sie nicht gut.

9.5.2 Grenzen festlegen

Wir möchten Sie daher ermutigen, speziell beim Thema Sucht genau zu überlegen, was Sie sich zumuten können und wollen. Wenn Ihre Grenzen überschritten würden, wenn Sie eine Beratung

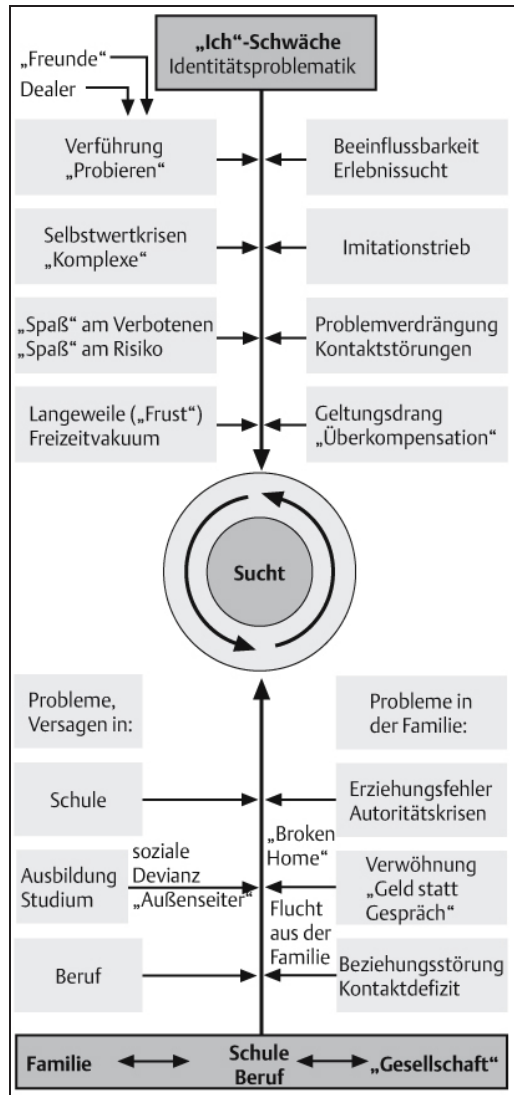


Abb. 13 Bedingungsgefüge und Entstehungsbedingungen von Drogen- bzw. Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit (nach Köster 1982).

Im Fadenkreuz einer Ich-Schwäche und ungünstiger Faktoren aus Familie, Schule, Beruf oder sozialem Umfeld entsteht und verfestigt sich eine Sucht.

durchführen, nehmen Sie davon Abstand und überweisen Sie den betreffenden Klienten. Günstig ist es auch, sich zu überlegen, ob Sie Klienten auch dann beraten, wenn sie in einem wie auch immer gearteten Rauschzustand zu Ihnen kommen.

Erfahrungsgemäß ist ein konstruktives Gespräch mit alkoholisierten oder unter Drogenein-

fluss stehenden Menschen ab einem gewissen, individuell unterschiedlichen Level nicht mehr möglich. Die Klienten drehen sich im Kreis, und Sie rotieren gleich mit. Zudem schaffen es vor allem Alkoholiker im betrunkenen Zustand, alle Ihre Energien zu mobilisieren, um ihnen zu helfen. Und da sie sich später nicht mehr wirklich erinnern, was eigentlich alles gesagt wurde, ist dieser Energieaufwand vergebene Liebesmüh.

Wenn Sie sich zutrauen, einen auch stärker be-
rauschten Menschen in der Beratung zu ertragen,
mitsamt der möglichen Aggressivität, Anzöglich-
keit etc., und wenn Sie auch nicht enttäuscht sind,
dass Sie beim nächsten Mal wieder von vorne an-
fangen müssen, machen Sie es ruhig. Wenn Ihnen
einer dieser Punkte Sorgen macht oder unange-
nehm ist – lassen Sie die Finger davon. Das kön-
nen Sie auch dem Klienten gegenüber vertreten,
vor allem, wenn Sie es bei allen Suchtproblema-
tiken, bei denen Rauschzustände dazugehören, von
Anfang an deutlich machen.

9.5.3 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel

Bei allen Drogen, die bei Absetzen einen körper-
lichen Entzug nach sich ziehen, gilt, dass eine
ärztliche Begleitung notwendig oder wenigstens
wünschenswert ist. Daher gehört die erste Phase
der beginnenden Abstinenz, also die Entgiftung,
ohnehin nicht in die Hände von Psychologischen
Beratern oder von Heilpraktikern. Wir können
zwar auch schon dann beratend zur Seite stehen,
dies bringt jedoch erfahrungsgemäß nicht viel, da
die körperlichen Entzugserscheinungen den
Klienten voll und ganz in Anspruch nehmen. Ist
die Entgiftung aber erst einmal überstanden, kön-
nen Sie tätig werden.

- Der wichtigste Punkt wird sein, dem Klienten
neue Wege der **Konfliktbewältigung** beizubrin-
gen und diese Strategien einzuüben.
- Auch das Erstellen eines **Notfallplans** für Situa-
tionen, in denen das Verlangen nach der Droge
wieder übermächtig wird, kann hilfreich sein.
- Zudem hatte die Droge für den jetzt Abstinen-
ten eine Funktion. Sucht ist keine Charak-
terschwäche! Finden Sie heraus, was die **Funktion
der Droge** für den Klienten gewesen ist, und
überlegen Sie dann gemeinsam, wie sich der er-
strebte Zustand oder ein erwünschtes Gefühl
auch ohne die Droge herstellen lässt.
- Ein weiterer wichtiger Punkt ist die **Vermittlung**

zwischen durch den jahrelangen Drogenkon-
sum entzweiten Familienmitgliedern oder Part-
nern. Hier kann eine **Familientherapie** hilfreich
sein, denn auch die Beziehungen zwischen den
anderen Familienmitgliedern sind in den meis-
ten Fällen extrem belastet. Die Abhängigkeit ei-
nes Familienmitgliedes zieht oftmals eine ganze
Reihe von innerfamiliären Konflikten nach sich.

Denken Sie noch einmal an das obige Fallbeispiel.
Dem Partner wurde verheimlicht, wenn der Sohn
wieder trank. Die Geschwister fühlten sich ver-
nachlässigt. Der Vater verachtete den trinkenden
Sohn für seine Schwäche und war gleichzeitig ei-
fersüchtig auf ihn. Die Mutter ging eine Allianz
mit dem Nesthäkchen ein und wandte sich im Ex-
tremfall gegen ihre gesamte Familie, um den
nächsten Entzug mit ihrem Jungen durchzusteh-
en. Die Ehe der Eltern war durch die jahrzehnte-
lange Dauerbelastung und mangelndes Verständ-
nis füreinander kaputt. Und auch die Ehe von
Herrn W. selbst war am Alkohol gescheitert.

Die Eifersucht, die von ihrem Wortstamm her
übrigens nichts mit der Sucht nach Drogen zu tun
hat, sondern vom althochdeutschen „eiver = Ver-
bitterung“ und „suht = Krankheit“ kommt, scheint
im Leben des Peter W. eine bedeutsame Rolle zu
spielen. Unter vielen verschiedenen auslösenden
Faktoren der Eifersucht ist das Mittelpunktbedürf-
nis in Konfusion geraten. Auf der einen Seite steht
das Bedürfnis, Mittelpunkt zu sein, auf der ande-
ren Seite scheint es die einzige Möglichkeit zu
sein, sich seiner selbst sicher zu werden.

Ein entscheidender Punkt in der Arbeit mit Pe-
ter W. war tatsächlich die **Erarbeitung alternati-
ver Konfliktlösungsstrategien**. Die Rückkehr zu
einer anderen als der von seiner Mutter besuchten
Selbsthilfegruppe wurde ihm dringend empfoh-
len, vor allem in Hinblick auf die gegenseitige Hil-
festellung bei aufkommendem Alkoholverlangen
(„Saufdruck“). Außerdem wurde seine distanzie-
rende und geringschätzige Beurteilung der ande-
ren Gruppenmitglieder in Frage gestellt.

Ressourcenorientierte Therapie eines Alkoholikers

Auch in der lösungsorientierten Therapie gibt es
Möglichkeiten der Suchtberatung. Wieder kon-
zentriert sich der Berater auf die Stärken des
Klienten, anstatt seine Schwächen zu verurteilen.
Aus der Alkoholtherapie von Insoo Kim Berg ist

der Fall eines Alkoholikers bekannt, der einen Rückfall erlitten hatte. Am Vorabend hatte er in einer Kneipe 13 Bier getrunken. Nun war er, mittlerweile wieder nüchtern, in der Therapie und völlig verzweifelt, weil er schon wieder gescheitert war.

Die Therapeutin lobte ihn dafür, dass er gekommen war und betonte seine Zuverlässigkeit und den offensichtlichen Willen, es diesmal zu schaffen. Dann fragte sie ihn, wie er es am Vortag geschafft hatte, nach dem 13ten Bier mit dem Trinken aufzuhören, anstatt noch ein 14tes zu bestellen.

In der lösungsorientierten Therapie geht man also, anders als sonst üblich, nicht davon aus, dass ein Alkoholiker völlig abstinent leben muss. Daher wird die Therapie auch dann nicht als gescheitert betrachtet, wenn ein Patient trotz der Therapie weiterhin Alkohol trinkt. Der Fokus liegt auf seiner Motivation, etwas an seinem Trinkverhalten zu ändern, und auf seinen Stärken.

9.5.4 Arbeit mit den Angehörigen

Wenn Angehörige von Süchtigen zu Ihnen kommen, verändern sich die an Sie gestellten Anforderungen. Beispielsweise müssen Sie Fragen beantworten wie „Muss er denn nicht erst ganz am Boden sein, damit er mit dem Saufen aufhören kann?“ Außerdem müssen Sie Erpressungsversuche erkennen und wenn möglich unterbinden. Diese Machtspiele entspringen einer durchaus verständlichen Hilflosigkeit, führen aber zu nichts. Besonders legen wir Wert darauf, herauszuarbeiten, wie sich die Familienmitglieder als **Co-Abhängige** verhalten. Häufig ist es für Angehörige schwierig einzusehen, dass ihr unterstützend gemeintes Verhalten Teil des Problems ist und nicht Teil der Lösung.

Leere Drohungen vermeiden

In den meisten Fällen droht der Partner irgendwann mit negativen Konsequenzen, meistens mit Trennung, falls der andere den Drogenkonsum fortsetzt. Beim ersten Mal ist der Bedrohte erschrocken und lässt das unerwünschte Verhalten vielleicht sogar vorübergehend sein. Der drohende Partner merkt daran, dass die Drohung funktioniert. Dadurch wird sein Verhalten belohnt, somit verstärkt, und er wird beim nächsten Mal – denn die Verhaltensänderung des Süchtigen ist ja nur

vorübergehend – wieder mit Trennung drohen. Die Änderung tritt weiterhin auf, allerdings werden die Zeiträume immer kürzer, bis die erwünschte Reaktion ganz ausbleibt.

An diesem Punkt entscheidet sich dann alles. Trennt sich der Partner tatsächlich, wird dies in jedem Fall Auswirkungen auf das Suchtverhalten haben. Dabei kann es sein, dass der Süchtige seine Droge noch stärker braucht, um die mit der Trennung verbundenen negativen Gefühle zu betäuben. Es ist aber auch möglich, dass er nach einiger Zeit tatsächlich ernsthaft versucht, seine Sucht unter Kontrolle zu bekommen. Trennt sich der Partner jedoch trotz nicht erfüllter Bedingungen nicht, ist der andere sicher, dass es nur leere Drohungen waren. Für die Zukunft bedeutet das, dass das Druckmittel nicht mehr funktioniert.

Man sollte also auf keinen Fall Konsequenzen, weder positive noch negative, in Aussicht stellen, die man nicht auch durchzuführen bereit ist. Das gilt übrigens nicht nur für Beziehungen, in denen Sucht eine Rolle spielt, sondern auch für ganz normale Paarbeziehungen. Und auch in der Kindererziehung sollte man auf die Drohung „Komm jetzt, sonst geht Mama allein“ verzichten, wenn man es nicht tatsächlich tun würde. Denn Kinder haben ein gutes Gespür für inkonsequentes Verhalten und lernen somit in einer solchen Situation, dass man solche Drohungen offensichtlich nicht besonders ernst zu nehmen braucht.

Übung

Überlegen Sie sich einmal, ob in Ihrem ganz persönlichen Leben, in Ihrem privaten Umfeld, Sucht oder Abhängigkeit in irgendeiner Form eine Rolle spielen. Waren oder sind Sie selbst von etwas oder jemandem abhängig? Wie geht es Ihnen damit? Haben Sie es schon einmal geschafft, sich von einer Sucht zu befreien? Wenn Sie rauchen, haben Sie schon einmal oder mehrmals versucht, damit aufzuhören? Woran sind Sie gescheitert? Und was für Erfahrungen haben die Sucht oder Abhängigkeit anderer Menschen für Sie mit sich gebracht? War oder ist es für Sie problematisch, berauschte Menschen um sich zu haben? Wie ist es, wenn Sie selbst einmal die Kontrolle verlieren? Überlegen Sie bitte abschließend, ob oder unter welchen Bedingungen Sie sich die Beratung von Süchtigen zutrauen.

9.6 Akute Krisen

Fallbeispiel

Der 32-jährige Felix B. kommt in die Praxis, weil er nach der Trennung von seiner Exfreundin Ramona nicht mehr weiter weiß. Vor etwa drei Monaten hat er die Beziehung nach mehr als acht Jahren beendet. In den ersten Jahren sei die Beziehung „abgesehen von ein paar kleineren Fehlritten ihrerseits“ noch einigermaßen in Ordnung gewesen. Doch mit der Zeit sei sie immer häufiger ausfallend geworden, habe ihn wüst beschimpft und im Streit manchmal auch geschlagen. Oftmals habe er sich vor ihren Wutausbrüchen zu Freunden retten müssen. Diesen habe er jedoch nie erzählt, was der Grund für den Streit war. Es ist ihm auch jetzt sichtlich unangenehm, Ihnen davon zu erzählen.

Hinterher habe sich seine Exfreundin immer weinend für ihr Verhalten entschuldigt und ihn gebeten, sie nicht zu verlassen. Obwohl sie ihm oft versprochen habe, sich zu ändern und sich Hilfe zu suchen, sei es mit der Zeit nur noch schlimmer geworden. Vor vier Jahren sei er deswegen schon einmal soweit gewesen, seine Partnerin zu verlassen. Als sie dann jedoch erfuhren, dass Ramona schwanger war, entschied er sich zunächst, es ihr und dem Kind zuliebe noch einmal zu versuchen. Tatsächlich schien sie sich bis nach der Geburt der heute dreijährigen Tochter weitgehend im Griff zu haben, sodass der Klient heute noch sagt, das sei die glücklichste Zeit in der Beziehung gewesen.

Dann fiel sie jedoch langsam in ihr früheres Verhalten ihm gegenüber zurück. Nachdem es mehr als zwei Jahre „unerträglich“ gewesen sei, habe er schließlich die Trennung verlangt und sei ausgezogen. Zunächst sei er sehr erleichtert gewesen, den Schritt gewagt zu haben, auch wenn ihm die kleine Tochter gefehlt habe. Jetzt fühle er sich jedoch regelrecht von seiner Exfreundin terrorisiert. Ständig ruft sie ihn an, auf dem Handy, zu Hause und auch bei der Arbeit. Während der Beratungsstunde klingelt auch fast ununterbrochen sein Handy. Der Klient entschuldigt sich dafür, dass er es nicht ausschalten könne, er müsse aus beruflichen Gründen erreichbar sein. Sie schreibt ihm Briefe und E-Mails, steht vor seiner Tür, droht und bettelt.

Selbst seine Eltern sind auf ihrer Seite und machen ihm Vorwürfe, dass er die Mutter seines Kindes im Stich lasse. Das Unverständnis seiner El-

tern tut Herrn B. besonders weh, er empfindet es als ungerecht und fragt sich, warum seine Eltern ihm nicht mehr vertrauen. „Ich würde das so gern aufklären, aber ich kann doch niemandem erzählen, wie es bei uns zugeht, dass sie mich sogar geschlagen hat“, sagt er. Zudem wisse er auch, wie gut seine Exfreundin andere Menschen manipulieren könne. „Ihre Launen hat sie immer nur an mir ausgelassen. Allen anderen zeigt sie nur ihre Schokoladenseite.“

Jetzt muss Felix B. seine restlichen Sachen bei Ramona abholen. Seine Exfreundin will dieses Treffen nutzen, um noch einmal „vernünftig“ mit ihm zu reden. Sie hat in den letzten Wochen jedoch schon mehrfach mit Selbstmord gedroht, wenn er sie wirklich verlassen sollte. Herr B. traut sich nicht, allein in die Wohnung zu fahren, weiß jedoch auch niemanden, den er um Beistand bitten kann, zumal sie angekündigt habe, nur ihn in die Wohnung zu lassen.

Er macht sich vor allem Sorgen um die gemeinsame Tochter, die das „ganze Chaos“ mitbekommt und doch sicherlich Angst habe. Schon um die Kleine weiterhin sehen zu können, will er alles tun, um seine Exfreundin nicht zu verärgern. „Aber ich kann doch deswegen nicht weiterhin mit ihr zusammenleben. Dann gehe ich kaputt. Ich weiß einfach nicht mehr, was ich tun soll.“

Akute Krisen können sowohl durch neue, überraschende Wendungen im eigenen Leben, als auch durch die Zuspitzung oder Eskalation seit Langem bekannter Problematiken ausgelöst werden. Die jeweilige Thematik ist daher variabel. Wichtig bei Klienten in akuten Lebenskrisen ist vor allem eine möglichst schnelle Entlastung. Dazu gehört ein Termin möglichst noch am gleichen Tag, oder, wenn das nicht geht, wenigstens ein etwas längeres Telefonat, damit derjenige reden kann.

Wenn Sie selbst gerade partout keine Zeit haben, verweisen Sie bitte im Interesse Ihres Klienten auf die Krisenberatung in Ihrer Stadt. Dort hat jeder die Möglichkeit, kostenfrei einige Gespräche zu führen. Wenn Sie den Eindruck haben, dass Reden allein schon hilfreich sein könnte, geben Sie dem Betroffenen am besten die Nummer der Telefonseelsorge.



Abb. 14

Tipp

Die **Telefonseelsorge** hat bundesweit einheitliche Nummern:

- 0800/1110111 oder
- 0800/1110222.

Die Anrufe sind kostenfrei und es ist rund um die Uhr jemand erreichbar.

9.6.1 Beratungsansätze

Zunächst ist eine Krise ein Zustand, der einen Menschen erschüttert. Sorgen Sie für ein angenehmes, positives und **beruhigendes Gesprächsklima**. Tun Sie alles, was Ihnen möglich ist, um den Betroffenen ein wenig aufzubauen. Dazu gehört auch, mit ihm über eventuelle **Befürchtungen** zu sprechen. Wenn etwa der Klient aus dem Fallbeispiel befürchtet, seine Exfreundin könne sich im Extremfall vor seinen oder sogar vor den Augen des Kindes das Leben nehmen, dann müssen diese Sorgen ernst genommen werden. Besprechen Sie mit ihm, ob und wenn ja wie er eine solche Eskalation verhindern kann.

Skalierungsfragen einsetzen

Außerdem sollten Sie besprechen, was dazu beitragen könnte, dass der Klient sich besser fühlt. Hierzu eignen sich Skalierungsfragen. Lassen Sie ihn einschätzen, wo auf einer Zehnerskala er sich

in Bezug auf seine Stimmung gerade befindet. Natürlich müssen Sie auch hier wieder die Extreme begreiflich machen, also definieren, was eine 1 und was eine 10 jeweils bedeuten. Wenn sich Ihr Klient eingeordnet und Ihnen einen Wert genannt hat – typischerweise wird dieser Wert sehr niedrig sein – können Sie mit dem Wert arbeiten.

Das Gefühl der Kontrollierbarkeit stärken. Fragen Sie ihn, was er tun müsste, um auf der Skala einen Punkt nach oben zu klettern. Und dann noch einen. Überlegen Sie, ob er das tatsächlich tun könnte, und wenn das möglich ist, soll er es tun. Wenn es ihm allein nicht möglich ist, wer oder was könnte ihm helfen, einen Punkt nach oben zu klettern? Auch den umgekehrten Fall fragen Sie bitte ab. Was also müsste er tun, um noch einen Punkt weiter nach unten zu rutschen? Ist er bereits bei der 1, fragen Sie, was er tun müsste, um auf der 1 zu bleiben. Alle diese Skalierungsfragen sollen dazu führen, dass der Klient wieder wahrnimmt, dass er selbst die Situation zu einem gewissen Grad kontrolliert und somit auch selbst dafür sorgen kann, dass er sich ein bisschen besser fühlt.

Darüber hinaus sollten Sie mit Menschen in akuten Krisensituationen ohnehin vorwiegend lösungsorientiert arbeiten. Lassen Sie sich dabei nicht von der Menge an Problemen aus dem Konzept bringen. Wenn alles erzählt ist, gehen Sie nach dem üblichen Schema vor (siehe Kap.6.2). Lassen Sie den Klienten die aktuellen Probleme in eine Rangfolge in Bezug auf ihre Wichtigkeit bringen, nachdem Sie sie zu Untergruppen zusammengefasst haben.

Danach können Sie variieren und beispielsweise die Wunderfrage stellen oder schauen, was die Krise noch verschlimmern könnte. Danach überlegen Sie wieder gemeinsam, was davon der Klient unterlassen kann und vereinbaren Sie mit ihm, bis zum nächsten Termin, der in akuten Krisen möglichst bald sein sollte, nicht weiter zur Eskalation beizutragen. Wie immer gilt natürlich, dass Selbst- und Fremdgefährdung vorgehen!

Vorgehen im Fallbeispiel

Es war für Felix B. zunächst einmal schwer zu glauben, dass er als geschlagener Mann durchaus kein Einzelfall ist. Für viele Männer ist das Thema noch mehr Tabu als für einige geschlagene Frauen, und das Unterstützernetzwerk ist deutlich kleiner. Herrn B. war bei dem Versuch, die schmachliche Si-

tuation vor Angehörigen zu verschleiern, gar nicht bewusst gewesen, dass er sich in einer Opferposition befand, die bis zum sogenannten Stalking reichte, in der er staatlichen Schutz fordern oder diese Forderung Ramona gegenüber ankündigen konnte.

Er fühlte sich den Launen seiner Exfreundin hilflos ausgeliefert, und dieses Gefühl der Hilflosigkeit war auch Teil seiner Persönlichkeit, die zu depressiven Verstimmungen neigte. Der Umgang mit der Tochter liegt in diesem Falle nicht im alleinigen Ermessen der Kindesmutter, und es war wichtig, Herrn B. klarzumachen, dass er einklagbare Rechte hat. Sowohl die körperliche Unversehrtheit als auch das Umgangsrecht mit dem Kind sind staatlich geschützte Rechte, auf die der Berater durchaus manches Mal verweisen muss. Da sich Ramona auf ein gemeinsames Gespräch im Sinne einer Mediation nicht einlassen mochte, blieb Herrn B. nichts übrig, als seine Rechte mit jugendamtlicher und juristischer Hilfe wahren zu lassen und dies Ramona auch mitzuteilen.

Eine Stärkung seiner zur Hilflosigkeit neigenden Persönlichkeitsstruktur über Training sozialer Fertigkeiten, Kommunikationstraining und Selbstbehauptungstraining mit den Techniken der üben- den Verhaltenstherapie wurde parallel durchgeführt. Wir vereinbarten Krisentelefonate, in denen Herr B. eine direkte, vorübergehende Unterstützung erhielt.

9.7 Krankheitsbegleitung

Fallbeispiel

Wolfgang und Simone Z. kommen wegen ihres kleinen Sohnes Elias (2) zu Ihnen. Der Junge ist ihr einziges Kind, sie bekamen ihn nach vielen Jahren des vergeblichen Probierens endlich durch eine in einer Kinderwunschklinik durchgeführte künstliche Befruchtung. Die Behandlung und vor allem die seelische Belastung damals seien für sie beide „die Hölle gewesen“, erzählt Frau Z. Schließlich, beim vierten und letzten Versuch – sie wollten danach aufgeben – wurde sie endlich schwanger. Es stellte sich schnell heraus, dass sie Zwillinge erwartete, einen Jungen und ein Mädchen, wie sie in der 20. Woche erfuhren. Natürlich war die Freude groß, zumal sie sich immer zwei Kinder gewünscht hatten. „Wir sind beide als Einzelkinder aufgewachsen und wollten das für unsere Kinder nicht.“ Am liebsten, sagt Herr Z., hätten sie ei-

nen ganzen Stall voller Kinder gehabt, aber das habe ja nicht sein sollen.

Bei einer routinemäßigen Vorsorgeuntersuchung im 6. Monat wurde dann festgestellt, dass der eine Zwilling, das Mädchen (sie wollten es Leonie nennen), nicht mehr am Leben war. Zudem bestand durch den Verbleib des toten Kindes im Mutterleib eine erhöhte Gefahr, dass Frau Z. eine Schwangerschaftsvergiftung bekommen könnte. Sie lag dann noch drei Wochen im Krankenhaus, was sie als immense seelische Belastung empfunden habe. Das Wissen, ein totes Kind in ihrem Bauch zu haben, die damit verbundene Trauer und natürlich die Angst, dass dem zweiten Kind auch etwas passieren könnte, seien eine „schlimme Prüfung“ gewesen.

In der 30. Woche entschieden sich die Ärzte, das noch lebende Baby, den kleinen Elias, per Kaiserschnitt auf die Welt zu holen. Doch auch Elias ist nicht gesund. Er leidet an einem angeborenen Herzfehler, ist mit seinen zwei Jahren schon acht Mal operiert worden. Es besteht jedoch keine Chance, dass der kleine Junge irgendwann einmal gesund sein und ein normales Leben führen kann. Die Operationen seien immer nur notwendig, um das Schlimmste zu verhindern.

„Seit unser Junge auf der Welt ist, hatten wir ihn kaum einmal mehr als ein paar Wochen am Stück zu Hause. Die ersten drei Monate hat er nur im Krankenhaus verbracht, lag in einem Glaskasten, wir konnten ihn gar nicht richtig berühren. Der Kleine war an so viele Schläuche angeschlossen, und er war doch noch so winzig. Dazu kommen auch jetzt noch die vielen Untersuchungen und die Angst, ihn trotz aller medizinischen Wunder, die heute möglich sind, doch noch zu verlieren. Ihn immer wieder leiden zu sehen, können wir fast nicht mehr ertragen. Warum können wir nicht auch einmal Glück haben? Jahrelang hat es nicht geklappt mit einem Kind, dann stirbt Leonie, und Elias ist schwer krank!“

Herr und Frau Z. machen sich große Vorwürfe. „Vielleicht hätten wir der Natur einfach ihren Lauf lassen und die Kinderlosigkeit akzeptieren sollen. Wir hätten damit unserem Jungen so viel Leid und Schmerzen erspart!“, meint die Klientin weinend. „Aber wir sind doch keine schlechten Menschen! Wir könnten einem Kind so vieles geben und tun das auch. Trotzdem gehen wir bald nervlich kaputt, wenn die Situation noch lange anhält. Wir verstehen einfach nicht, womit wir das verdient haben.“

Krankheiten, vor allem wenn sie unsere normalen Lebensabläufe durcheinander bringen oder gar unser Leben bedrohen, stellen immer einen Einschnitt in unseren Alltag dar. Man kann sie nicht einfach ignorieren, und viele chronische Krankheiten stellen eine diffuse, aber dauerhafte Belastung dar. Schwerere Krankheitsbilder gehen mit dem Verlust von Lebensqualität oder sogar von Organen, Körperfunktionen und der eigenen Unabhängigkeit einher. Unsere Gesundheit, mit der wir oft so nachlässig umgehen, ist einer der wichtigsten Stützpfeiler unserer Lebensqualität.

9.7.1 Hilfreiche Techniken – Vorgehen im Fallbeispiel

Wir haben hier einen der Fälle, bei dem die Lebenseinstellung eine entscheidende Rolle spielt. Manche Menschen finden durch Lebenskrisen zum Glauben, andere verlieren ihn in der Krise. Für die allermeisten Menschen ist es schwer, Probleme wie die des kleinen Elias ohne einen dahinter stehenden Sinn anzunehmen. Die wichtigste Aufgabe der psychologischen Beratung ist es hier, die Familie darin zu unterstützen, ihre Lebensaufgabe anzunehmen und zu erfüllen. Grundsätzliche Fragen nach dem Schicksal oder Gott können wir nicht beantworten, aber hier hatte es schon geholfen, die Familie auf die aktuellen Aufgaben und Möglichkeiten einzustimmen und den Blick aus der entgrenzten Zeit und dem weiten Raum in die Gegenwart zurückzuholen.

Dabei helfen Fragen wie:

- Was ist zu tun?
- Was ist besonders schwierig?
- Wobei brauchen die Eltern Hilfe und woher bekommen sie die?
- Haben sie Kontakt zu anderen Betroffenen, zu Selbsthilfegruppen, zu kirchlichen Seelsorgern?
- Welche Unterstützung aus der Familie können sie noch bekommen? Großeltern, Geschwister oder das Jugendamt sind verschiedene Unterstützer.

Der Vergleich mit anscheinend glücklicheren Eltern oder Menschen, die es besser haben, lässt die eigene Lage immer sinnlos schwer erscheinen. Gegenseitige Hilfe zu suchen oder **Teil eines Hilfesystems zu werden**, eine Plattform für Erfahrungsaustausch zunächst einmal beispielsweise über ein Internetforum anzubieten und andere zu unterstützen, die ein ähnliches Schicksal getroffen

hat, war in diesem Falle deutlich hilfreicher als Klagen über die Sinnlosigkeit von Krankheiten oder Schicksalen. Im Laufe der Zeit hatten sich einige Kontakte mit anderen betroffenen Familien ergeben.

Tipp

Überprüfen Sie bitte regelmäßig, ob die vorgeschlagenen Alternativen auch genutzt werden. Bisweilen geschieht dies nicht, und statt zu denken, dass die Klienten einfach keine Hilfe annehmen wollen, machen Sie sich bitte lieber Gedanken über andere Hilfsangebote. Was dem einen hilft, muss für einen anderen noch lange nicht hilfreich sein. Manchmal sind die Angebote falsch oder erfolgen zu einem falschen Zeitpunkt.

9.7.2 Psychosomatik

Dass Seele und Körper aufeinander einwirken, ist bekannt, daher könnte man in der Beratung die Erkrankungen durchaus auch vor einem psychologischen Hintergrund betrachten. Wir möchten Sie allerdings bitten, gerade in der Psychosomatik besonders gewissenhaft und sorgfältig zu arbeiten und nicht einfach den gängigen Volksweisheiten zu folgen: Hat der Klient Rückenschmerzen, weil er nicht aufrichtig ist? Weil er sich nicht für etwas Bestimmtes „gerade macht“? Hat ein Klient vielleicht hohen Blutdruck, weil er wichtige Entscheidungen immer wieder auf die lange Bank schiebt, während sein Körper die ganze Zeit über Energie dafür bereitstellt, die ungenutzt bleibt?

Wenn Sie allerdings in der Psychosomatik bewandert sind, könnten Sie Ihrem Klienten zu neuen Denkansätzen verhelfen.



Wichtig ist, dass Sie zunächst immer abklären lassen, ob der Symptomatik nicht doch eine **körperliche Krankheit** zugrunde liegt.

Sekundärer Krankheitsgewinn

Wenn abgeklärt ist, dass der Klient körperlich gesund ist, können Sie mit zwei Fragen überraschende Erkenntnisse zu Tage fördern:

- „Was nutzt Ihnen Ihr Symptom?“
- „Woran hindert Sie Ihr Symptom?“

Diese Fragen zielen auf einen häufig vorhandenen sekundären Krankheitsgewinn. Wenn Sie herausfinden, dass ein Klient sein Symptom braucht, um sich durchzusetzen, im Mittelpunkt zu stehen, sich aus der Verantwortung zu stehlen oder Ähnliches, können Sie konkret daran arbeiten.

Solange jemand seine Krankheit braucht, wird sie ihm auch erhalten bleiben. Daher müsste er lernen, selbst die Verantwortung für etwas zu übernehmen, anstatt sich hinter seiner Krankheit zu verstecken, um gesund werden zu können. Und dabei können Sie in der Beratung helfen.

9.7.3 Krankheitsbewältigung

Bei der Krankheitsbewältigung kann es für Ihre Klienten zunächst einmal darum gehen, die direkten Folgen, die eine Erkrankung für sie hat, hinzunehmen. Solche Folgen können unter anderem in der Wahrnehmung der eigenen Schwäche, dem Verlust körperlicher Funktionen, der Unmöglichkeit, ein geliebtes Hobby weiter auszuführen oder, wie im Fall der Demenzen, im Verlust der Erinnerungen an das eigene Leben bestehen.

Arbeiten Sie am besten mit stützenden Therapieverfahren. Richten Sie den Fokus nicht nur auf die Trauer über womöglich dauerhafte Einbußen und Verluste, sondern betrachten Sie auch weiterhin bestehende Möglichkeiten, das Verlorene zumindest ansatzweise zu kompensieren. Und vielleicht ergeben sich aus der Krankheit sogar neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf bestehende Unzufriedenheiten, was gar nicht so selten vorkommt.

9.7.4 Begleitung bei schwerer Krankheit

Gerade bei potenziell tödlichen Erkrankungen, oftmals Krebs, wird psychologische Hilfe gebraucht und auch in Anspruch genommen. Dabei können wie immer die unterschiedlichsten Fragen und Probleme im Vordergrund stehen: Angst vor Hilflosigkeit und/oder Abhängigkeit, Angst vor dem Tod, unerledigte Dinge, die Schmerzen, die kaum auszuhalten sind, die Familie, die den Kranken nicht gehen lassen mag, letzte Regelungen, alte Konflikte, die plötzlich im Rückblick wieder aktuell werden und vieles andere mehr.

Auch hier lässt es sich wunderbar ressourcenorientiert arbeiten. Die zusätzliche Vermittlung eines Entspannungsverfahrens kann ungeheuer

entlastend für Ihren kranken Klienten sein. Wenn man entspannt ist, heilen Verletzungen doppelt so schnell. Hektik, Angst und Nervosität hemmen dagegen die Wundheilung. Die Ursache dafür sind stressbedingte Zellveränderungen und die Hemmung eines bestimmten Gens, das zur Wundheilung beiträgt, fanden US-Forscher heraus. Zudem kann der Betroffene im Rahmen von speziellen Fantasiereisen seine Krankheit positiv beeinflussen und so den Heilungsprozess unterstützen oder beschleunigen.

Tipp

Eine Reihe von krankheitsbegleitender Imaginationsarbeit, zwar mit dem Schwerpunkt auf Psychotherapie bei Krebspatienten und ihren Angehörigen, aber das ist einfach abänderbar, finden Sie in dem Buch „Wieder gesund werden“ von O. Carl Simonton, Stephanie Matthews Simonton und James Creighton, dem eine Audio-CD beigelegt ist.

9.8 Alter

Fallbeispiel

Der 93-jährige Heinz W. möchte gern bei sich zu Hause beraten werden, da er nicht mehr sehr mobil sei. Herr W. öffnet im Rollstuhl sitzend die Tür. Eigentlich brauche er den nicht unbedingt, aber warum solle er sich noch anstrengen, in seinem Alter könne man es sich ruhig ein bisschen gemüthlicher machen. Der alte Herr scheint geistig noch sehr rege zu sein.

Der Klient ist höflich, zuvorkommend und charmant. Das große Haus wirkt sauber und ist altmodisch, aber gemütlich eingerichtet. Herr W. erzählt, dass das alles noch seine verstorbene Frau ausgesucht habe. Seit ihrem Tod vor beinahe zwanzig Jahren achte er penibel darauf, dass seine Haushaltshilfe nichts verändere. „Meine Frau ist an einem Herzinfarkt gestorben! Dabei hat sie immer so gesund gelebt! Und ich habe immer zu viel geraucht, getrunken und gegessen und werde steinalt. Ist das nicht ungerecht?“

Er erzählt Ihnen, dass er mit seiner Frau eine sehr glückliche Ehe geführt habe. Auch so viele Jahre nach ihrem Tod vermisse er sie noch sehr. Beinahe täglich lasse er sich zu ihrem Grab fahren. Dort sitze er dann bei jedem Wetter stundenlang auf einer Bank und rede mit ihr. Seine Stimme wird traurig, als er von seiner Frau erzählt.

Sein größtes Problem sei, dass er einfach keine Lust mehr habe, weiterzuleben. „Ich bin jetzt schon so lange allein, und das Alter macht mir immer mehr zu schaffen. Ich kann kaum mehr lesen, weil meine Augen zu schlecht sind, und unternehmen habe ich auch schon lange nichts mehr.“ Geistig sei er noch so fit wie eh und je, und das empfinde er als Fluch. Viel lieber wäre es ihm, er würde die Langsamkeit des Lebens nicht mehr so genau mitbekommen.

Schlimm sei für ihn aber auch, dass seine Kinder (ein Sohn, 68, und eine Tochter, 66) sich kaum noch bei ihm melden, eigentlich nur, wenn sie Geld bräuchten. Am liebsten würde er beiden einmal ordentlich die Meinung sagen, aber er habe seiner Frau versprochen, sich immer um die Kinder zu kümmern. An dieses Versprechen fühlte er sich gebunden, auch wenn er sich nicht gut dabei fühle. „Wissen Sie, die beiden kümmern sich auch keinen Deut um ihren alten Vater. Es meldet sich keiner von ihnen mal bei mir. Ich sitze hier allein, Tag für Tag, und warte, dass ich endlich sterben darf.“

Die Zeit werde ihm dabei immer länger. „Ich will nur noch heim zu meiner Ilse. Darauf warte ich schon seit 20 Jahren. Warum lässt der liebe Gott mich denn nicht? Können Sie mir das sagen?“

Immer mehr ältere Menschen suchen Beratungsstellen auf, und immer häufiger wird **seelsorgerische Arbeit oder lebenspraktische Beratung** erwartet. Vor allem die Zahl der Rat suchenden Männer jenseits der 60 ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Im Zentrum der Beratung stehen dabei die mangelnde Akzeptanz älterer Menschen und damit in Zusammenhang stehend ihre Rolle als gesellschaftlicher Kostenfaktor sowie die Beziehungsberatung.

Viele Paare lassen sich heute auch noch nach der Silberhochzeit scheiden, meist nach der Verrentung eines der beiden Partner, wenn das Ehepaar plötzlich viel mehr gemeinsame Zeit hat. Durch die fehlende Distanz keimen alte Konflikte wieder auf, neue Reibungspunkte entstehen. Der Schritt in die Trennung kann den Eheleuten wie eine letzte Chance vorkommen, doch noch neue Wege zu gehen und eigene Interessen zu verfolgen.

Leider wird älteren Menschen mit Beziehungsproblemen häufig nur wenig Verständnis entgegengebracht. Die gemeinsamen Kinder haben natürlich ein Interesse daran, dass die Eltern zu-

sammenbleiben, die Bekannten reagieren im besten Fall beschwichtigend („Du weißt doch, wie er ist.“) und raten ebenfalls zum Aushalten („In eurem Alter trennt man sich doch nicht mehr!“). Der Schritt zu einer professionellen Beratung ist demnach oftmals die einzige Möglichkeit, tatsächlich Unterstützung zu bekommen.

9.8.1 Sexualität im Alter

Ob nun mit dem langjährigen oder einem eventuellen neuen Partner – nach Trennung oder frühzeitigem Verlust des Lebenspartners – die Sexualität im Alter ist immer häufiger ein Thema in der Beratung. Wie lange kann man miteinander schlafen? Was tun, wenn einer noch will, der andere aber schon längst mit dem Thema abgeschlossen hat? Und was sollen die Kinder denken? Es gibt ja ohnehin ein großes Konfliktpotenzial in der partnerschaftlichen Sexualität, und das ist im Alter nicht anders.

Dazu kommt, dass die heutigen Alten noch zu einer Generation gehören, in der „so was“ ein gesellschaftliches Tabuthema war.

—Tipp—

Sollte also ein älterer Mensch tatsächlich den Mut fassen, sich in Sexualfragen von Ihnen beraten zu lassen, seien Sie bitte besonders einfühlsam und haben Sie Verständnis für die Probleme beim darüber reden.

Dass auch alte Menschen so lange Sex haben können, wie es ihnen Spaß macht, sollte inzwischen ja selbstverständlich geworden sein. Daher geht es in der Beratung vor allem darum, das Thema zu enttabuisieren, bei auftretenden Unstimmigkeiten oder verschiedenen Bedürfnissen der Partner zu vermitteln und den älteren Ratsuchenden ein Gefühl von Sicherheit und Normalität in Bezug auf ihre Sexualität zu geben.

9.8.2 Einsamkeit

Das vermutlich größte Thema im Alter ist und bleibt jedoch die Einsamkeit. Wenn der Partner schon gestorben ist, die Kinder weit entfernt in anderen Städten arbeiten und eigene Familien haben und der übrig gebliebene Rentner aufgrund gesundheitlicher Probleme auch schon nicht mehr so gern vor die Tür gehen und aktiv werden mag,



Abb. 15

ist es oftmals nur noch ein ganz kleiner Schritt in die komplette Isolation. Viele alte Menschen werden **depressiv**. Sie haben ihrer Wahrnehmung nach eigentlich keine Aufgabe mehr im Leben, und empfinden das Leben nur noch als **Warten auf den Tod**.

Einsamkeit ist grundsätzlich ein Anzeichen von fehlenden oder unbefriedigenden **sozialen Kontakten**. Sie ist eine komplexe affektive Reaktion, ein Gemisch aus Gefühlen wie Verzweiflung, Depression, Ungeduld, Langeweile und Selbstabwertung. Immer mehr, vor allem ältere Menschen sind von Einsamkeit betroffen.

Einrichtungen wie die Telefonseelsorge sind überlastet, die Zahl der „Daueranrufer“, die täglich mehrmals anrufen, steigt kontinuierlich. Der entstehende Kontakt über das Telefon mit einer anonymen zweiten Person scheint ausreichend zu sein, wenn sich ein Mensch in einer akuten Krise befindet. Steht jedoch die Einsamkeit und das Bedürfnis nach Nähe und kommunikativem Austausch im Vordergrund, kann dieses bei jedem Anruf nur kurzfristig befriedigt werden. Manchmal sogar nicht einmal das. Der erneute Griff zum Telefon erfolgt in immer kürzeren Abständen, vergleichbar mit der Dosissteigerung bei Sucht und Abhängigkeit.

Von Einsamkeit sind generell eher Personen betroffen, die allein leben, insbesondere dann, wenn keine befriedigenden, engen Beziehungen, also Partnerschaften oder Freundschaften, bestehen. Der klassische Fall ist die alte Dame, die kinderlos geblieben ist und mit den Jahren alle ihre Freunde überlebt hat. Man unterscheidet zwischen **emotionaler Isolation**, die sich aus der Abwesenheit eines Intimpartners oder Lebenspartners ergibt, und **sozialer Isolation**, die in der Folge von fehlen-

den unterstützenden Freundschaften und fehlender Einbettung in ein soziales Gefüge eintritt. Vor allem die soziale Isolation scheint die Entstehung depressiver Erkrankungen zu begünstigen.

! Ältere Menschen leiden auch häufig unter **Suchterkrankungen**. Diese werden jedoch zu selten erkannt, und die Betroffenen gestehen sich Ihre Abhängigkeit nicht ein. Eine besonders gefährliche Phase für das Entstehen einer Sucht stellt der Übergang vom Berufsleben in die Rente dar. Allgemein ist aber bei jeder Veränderung der Lebensplanung und der Perspektiven die Gefahr erhöht, eine Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln.

Ein Mangel an zwischenmenschlichen Beziehungen führt jedoch nicht nur zu Einsamkeit mit Folgeerscheinungen wie Depressionen, Alkoholismus oder Angsterkrankungen, sondern kann auch andere ernsthaftes gesundheitliche Auswirkungen haben. So beschleunigt Einsamkeit nachweislich den Alterungsprozess und sogar das Eintreten des Todes. Zudem verschlechtert sie die **Heilungschancen** bei Krankheiten.

Soziale Kontakte sind überlebenswichtig

Bei älteren Menschen verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit, die nächsten 30 Monate zu überleben, wenn sie häufige zwischenmenschliche Kontakte haben. Wenn die alten Menschen ihre Umgebung dazu noch als unterstützend wahrnehmen, verdreifacht sich die Überlebenswahrscheinlichkeit sogar.

In einer Studie mit Probanden, die über ihre sozialen Kontakte befragt wurden, untersuchten die Forscher neun Jahre nach der ursprünglichen Befragung, wie viele der Probanden inzwischen verstorben waren. Die Verstorbenen fanden sich überwiegend unter den Studienteilnehmern, die zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung sozial isoliert waren. Sie waren häufiger nicht verheiratet, hatten seltene und schlechtere Kontakte zu Freunden und Familie und waren seltener Mitglied einer Kirche oder anderer Organisationen. Während es für das Überleben der Männer entscheidend zu sein schien, verheiratet zu sein, waren für Frauen die intensiven Beziehungen zu Freunden und Familie am aussagekräftigsten.

9.8.3 Beratungsansätze

Als Berater in einem solchen Fall sollte eine direkte **Mobilisierung** der Betroffenen im Vordergrund stehen. Vielleicht findet sich ja doch noch eine Aufgabe, vor allem wenn die- oder derjenige noch recht rüstig ist.

- Viele Mütter suchen eine Tagesoma, die das Kind aus dem Kindergarten holt und dann noch zwei Stunden betreut, bis die Mutter von der Arbeit kommt. Das Kinderkrankenhaus freut sich, wenn regelmäßig jemand zum Vorlesen kommt.
- Viele jüngere Menschen können Unterstützung durch die Erfahrungen älterer Menschen gebrauchen, die Seniorenhilfe durch Rentner, Pensionäre und Ruheständler wird in immer mehr Stadtteilen und Städten aktiv.
- Auch Haustiere können wahre Wunder bewirken. Ein Hund zwingt zum Rausgehen und die Kontakte zu anderen Hundebesitzern aus der Umgebung ergeben sich automatisch. Zusätzlich ersetzt das Haustier die fehlende Nähe, bringt Verantwortung und Freude und macht glücklich.
- Ob Spielenachmittage im Altenheim um die Ecke, ein Computerkurs für Senioren oder ein Englischkurs an der Volkshochschule, der Fantasie sind hier keine Grenzen gesetzt.
- Eine Frage brachte Herrn W. doch noch auf andere Gedanken als den, sterben zu wollen: „Was glauben Sie, wie viel Zeit Ihnen noch bleibt?“ Als er der Befürchtung Ausdruck gab, es könnte noch viel Zeit sein, wurde ihm langsam klar, dass er die Möglichkeit hatte, die Zeit zu nutzen. Die Bequemlichkeit des Rollstuhls gegen das Aufstehen einzutauschen, ist manchmal schwierig, aber notwendig, um die verbleibende Zeit sinnvoll zu gestalten.

Wenn zusätzlich konkrete, nicht mit der Einsamkeit in Verbindung stehende Probleme vorhanden sind, können Sie wiederum lösungsorientiert vorgehen.

9.9 Sterben, Tod und Trauer

Fallbeispiel

In die Praxis kommt der 68-jährige Walther S. Vor knapp einem Jahr hat er von seinem Arzt die Diagnose Lungenkrebs bekommen.

Nach der Krebsdiagnose war zunächst noch ver-

sucht worden, den Tumor operativ zu entfernen, aber die Operation hatte sich als zwecklos erwiesen. Zu diesem Zeitpunkt hatte Herr S. bereits Metastasen, der Tumor in der Lunge war so groß und saß so ungünstig, dass sie einen ganzen Lungenflügel hätten entfernen müssen.

Das Ganze habe er sich auch selber zuzuschreiben, erklärt er Ihnen gelassen. Seit seiner Jugend sei er Kettenraucher gewesen, habe bis zu drei Schachteln Zigaretten am Tag geraucht. Und der viele Stress habe es natürlich auch nicht besser gemacht. Bis zu seinem 65. Lebensjahr arbeitete er teilweise bis zu zwölf Stunden täglich. In seiner ohnehin knappen Freizeit engagierte er sich für eine Partei, in der er seit 20 Jahren aktives Mitglied ist.

Zunächst habe er sich ja noch auf seine Pensionierung gefreut, sagt er. Aber dann habe er sich überflüssig gefühlt. Nur ein Jahr später sei dann die Krebserkrankung festgestellt worden. Herr S. weiß, dass es keine Chance auf eine Heilung für ihn gibt. „Der Arzt sagte uns, es sei ein kleinzelliges Bronchialkarzinom, da kann man nichts mehr machen.“ Ihm selbst gehe es jetzt vor allem darum, sich die verbleibende Zeit möglichst lebenswert zu gestalten. So habe er die Anweisung des Arztes und die Ängste seiner Familie – drei erwachsene Kinder und eine ebenfalls erwachsene Enkeltochter – ignoriert und weder das Rauchen aufgegeben noch sein Arbeitspensum eingeschränkt.

Während seine Frau die Erkrankung mit Fassung trage, versuche vor allem die 48-jährige Tochter, ihn zu allen möglichen Therapien zu überreden. In den letzten Wochen habe sie seine Ernährung umgestellt und ihn zu einem spirituellen Energieberater und einem Geistheiler geschickt. Er sei zu den Terminen jedoch nicht hingegangen und habe ihr das auch gesagt.

Dass seine Familie ihm seine Krankheit auch noch vorwerfe und ihn beschuldige, sich „davonstellen und sie im Stich lassen zu wollen“, kann Herr S. nicht verstehen. Bisher hätte sich doch auch niemand aus der Familie um seine Sorgen und Wünsche gekümmert. „Es hat sie nicht interessiert, wie ich lebe, und jetzt wollen sie mir sagen, wie ich sterben darf!“ Von Ihnen wünscht er sich, von seinem Leben Abschied nehmen und sich gleichzeitig mit der Möglichkeit des Sterbens befassen zu können, da er im Beisein seiner Familie nicht über den Tod sprechen dürfe.

Das Vorgehen in der Beratung mit diesen Problematiken ergibt sich teilweise aus der Beratung älterer Menschen und aus der Krankheitsbegleitung. Wenn Sie jemanden betreuen, der wahrscheinlich in absehbarer Zeit sterben muss, unterstützen Sie ihn bei der Klärung der Dinge, die er vorher noch klären möchte.

9.9.1 Klärungsbedarf

Das können Streitigkeiten mit den Kindern sein, mit denen sich ein Klient vor seinem Tod noch aussöhnen möchte, es kann das ungeschriebene Testament sein, weil unklar ist, wen er wie berücksichtigen soll, ebenso können Fragen nach dem Tod auftauchen, die Sehnsucht und die Hoffnung, einen bereits verstorbenen geliebten Menschen nach dem Tod wiederzusehen, die Überlegung, was mit dem ebenfalls schon alten Hund passieren soll, ein angemessener Abschied von Freunden und Verwandten oder der Wunsch, nicht allein sterben zu müssen. Viele Menschen möchten auch, wenn sie merken, dass ihnen die Zeit davonläuft, noch eine bestimmte Sache tun oder einen für sie wichtigen Ort besuchen.

Hören Sie zu, nehmen Sie die auftauchenden, teils sehr wirren Gedanken auf und vermitteln Sie Ruhe. Helfen Sie dem Klienten dabei, Ordnung in sein Gefühls- und Gedankenchaos zu bringen und geben Sie auch ruhig konkrete Hinweise, wie ein Vorhaben, das undurchführbar erscheint, möglicherweise doch noch umgesetzt werden könnte.

9.9.2 Unerledigte Dinge auflisten

Manchen Klienten geben wir, übrigens unabhängig von ihrem Alter oder Gesundheitszustand, die folgende Liste der unerledigten Dinge mit, zusammen mit der Erklärung, dass unerledigte Dinge **Aufmerksamkeit und Energie** binden, die für andere Aufgaben benötigt werden.

Sie sollen diese Liste durcharbeiten, am besten mit einem Klemmbrett, Papier und Stift, und sich je nach Bedarf Termine setzen, bis zu denen sie die Dinge erledigt haben wollen. Wir weisen unsere Klienten auch darauf hin, dass es o.k. ist, sich gegen eine Erledigung zu entscheiden, sie müssen sich dann nur bewusst dagegen entscheiden.

- All meine nicht gehaltenen Gespräche sind:
- Alle meine nicht geschriebenen Briefe:
- Alle meine unerledigten Aufgaben sind:
- Die Sachen, vor denen ich Angst habe, sind:

- Die Sachen, die ich jetzt machen will und nicht tue:
- Die Sachen, die ich jetzt fertig haben wollte, aber nicht zu Ende gebracht habe:
- Die Sachen, die ich beenden wollte und doch weitergemacht habe:
- Die Sachen, die ich ändern wollte und nicht geändert habe:
- Die Gründe, warum mein Leben so ist wie es ist, sind:
- Welche Gedanken oder wer beeinflusst meine Gesundheit:
- Was falsch an mir ist:
- Wie ich mich selbst bekämpfe:
- Alles in meinem Leben, das durch diese Liste nicht abgedeckt ist, alles was noch unvollständig ist, nicht zufriedenstellend oder was mich behindert, ist:

9.9.3 Abschied nehmen

In fast jeder Stadt gibt es einen **Hospizverein**. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter helfen in vielen Fragen rund um das Sterben weiter, und wenn der Tod kommt, ist jemand da und hält die Hand, betet mit dem oder für den Sterbenden und erfüllt so einen bei der heutigen Isolation alter Menschen oftmals unerfüllbaren Wunsch.

Wenn der Sterbende nicht, wie im obigen Fall, alt ist, sondern aufgrund einer Krankheit sterben muss, womöglich noch ein Kind ist, kann die Beratung sehr belastend werden. Überlegen Sie sich allgemein gut, ob Sie sich dieser Thematik, die für die meisten von uns in irgendeiner Form angstbesetzt ist, gewachsen fühlen. Auch die Sterbegleitung ist ein gutes Thema für Supervisionsgruppen.

Wenn Sie sich entscheiden, eine solche Beratung, auch bei jemandem in Ihrem Alter, einem Jugendlichen oder gar einem Kind durchzuführen, ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie die Familie mitbetreuen müssen. Oftmals müssen Sie dann vermitteln. Es kommt vor, dass ein Sterbender in Ruhe gelassen werden will, was für seine Familie, vor allem wenn der Todeszeitpunkt absehbar ist, fast nicht zumutbar erscheint.

Oder alle Beteiligten wünschen sich ein schönes **Abschiedsritual**, wissen aber nicht genau, was das sein soll und wie das funktionieren kann. Mit zielorientierten Fragen wie etwa: „Stellen Sie sich vor, Sie kommen in einem Jahr zu mir in die Beratung, und ich frage Sie, wie der Abschied von Ihrem

Mann, Kind, Verwandten ... war. Was möchten Sie mir dann am liebsten erzählen?“ können Sie den Ideenfindungsprozess begleiten und konkretisieren.

Möglicherweise hat auch die Familie mehr **Angst vor dem Tod**, als der Sterbende selbst, so dass sich niemand findet, der in den letzten Stunden bei ihm sein will. Das ist schwierig, weil auf der anderen Seite wahrscheinlich **Schuldgefühle** entstehen. Außerdem wird sich der Sterbende im Stich gelassen fühlen. Versuchen Sie, **Berührungsängste** zu nehmen. Vielleicht ist es einfacher, wenn mehrere Angehörige dabei sind? Oder wenn noch ein professioneller Sterbebegleiter, vielleicht ein Mitarbeiter vom Hospiz, Sie als Berater oder auch ein Geistlicher, zusätzlich anwesend ist? Es findet sich ganz bestimmt eine Lösung.

9.9.4 Umgang mit der Trauer

Auch in der Trauerphase brauchen Menschen Unterstützung. Vielleicht sind Fragen offen geblieben, ein Streit konnte nicht mehr rechtzeitig aus der Welt geschafft werden, man hätte so gern andere letzte Worte gesagt als die, die tatsächlich gewechselt wurden oder andere Dinge, die direkt mit dem Sterben zusammenhängen.

Vielfach wird auch eine auftretende **Wut** auf den Verstorbenen („Warum hat er mich einfach im Stich gelassen?“ „Warum hat sie nicht besser auf sich aufgepasst?“) als immense Belastung empfunden. Hier gilt es für Sie, zu erklären, dass dieses Gefühl der Wut ganz natürlich ist und eine normale und gesunde Phase der Trauer darstellt.

Wenn jemand sehr plötzlich verstorben ist, beispielsweise durch einen **Unfall**, und daher kein Abschied stattfinden konnte, fällt es vielen Menschen schwer, den Tod des lieben Menschen zu akzeptieren. Sie können ihnen das Abschiednehmen ermöglichen, indem Sie nachträgliche **Abschiedsrituale** zu entwickeln und zu gestalten helfen und ganz allgemein die Trauerarbeit unterstützen und begleiten.



Abb. 16

9.9.5 Tod durch Suizid

Besonders problematisch ist es erfahrungsgemäß für die Angehörigen, wenn jemand durch Suizid stirbt. Die Frage nach der eigenen **Schuld**, ob man nicht etwas hätte merken oder etwas hätte tun können, die letzten Erinnerungen an vielleicht nicht so gut gelaufene Gespräche – alles das ist zusammen mit der Tatsache, dass man sich nicht verabschieden konnte und der Gewissheit, dass derjenige nicht etwa durch einen tragischen Unfall ums Leben kam, sondern ganz bewusst sterben wollte, extrem schwer zu verarbeiten.

Bei Menschen, die einen Angehörigen durch dessen Selbstmord verloren haben, ist die **Wut** oft sehr groß, wird aber auch besonders stark unterdrückt. Es besteht die Gefahr, dass derjenige selbst krank wird oder die Wut gegen sich selbst richtet. Viele wollen in der ersten Verzweiflung dem toten Angehörigen folgen und unternehmen selbst einen Versuch, sich das Leben zu nehmen. Daher sollten Sie bei Trauernden, und übrigens auch bei Todkranken, Suizidabsichten auf jeden Fall abklären (siehe Kap.11.6). Ein Alarmsignal kann sein, wenn jemand sagt, er wäre lieber bei seinem toten Angehörigen, oder wenn er davon spricht, wie sinnlos das Leben ohne den Verstorbenen geworden ist.

10 Begleitende Beratung und Therapie bei psychischen Erkrankungen

In diesem Kapitel geht es nicht mehr um reine Lebensberatung, sondern um Beratung und Therapie bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Diese stellen ganz eigene Anforderungen an Sie als Therapeuten. Diese Anforderungen ergeben sich zum Teil aus dem Krankheitsbild und damit verbunden auch aus der Persönlichkeit der Betroffenen. Zum anderen müssen Sie über ein noch solideres Fachwissen verfügen, über die Gesetzeslage informiert sein, und Sie müssen mögliche Notfälle erkennen und wissen, was dann zu tun ist.

An dieser Stelle kann nur ein grundlegender Überblick gegeben, nicht aber das komplette für die therapeutische Praxis notwendige Fachwissen vermittelt werden. Daher raten wir Ihnen dringend, sich für den Fall, dass Sie mit psychisch kranken Menschen arbeiten möchten, in diesem Themengebiet umfassend weiterzubilden. Dazu gehören Praktika in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken, die solide Ausbildung in mindestens einem Therapieverfahren und das Wissen über die gängigsten Psychopharmaka ebenso wie die Integration neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

10.1 Einschränkungen Ihrer Tätigkeit

Merke

Die Behandlung von „Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (PsychThG, §1 [3]), ist dem Psychologischen Psychotherapeuten sowie im Rahmen der heilkundlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit Approbation vorbehalten. „Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (PsychThG, §1 [3]).

Die Zahl von Menschen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung ist in Deutschland in den vergangenen Jahren deutlich und kontinuierlich

angestiegen. In der besonders stark betroffenen Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen hat sich der Anteil sogar verdoppelt. Zwischen 1997 und 2004 nahm die Anzahl der Diagnosen um 70% zu, mittlerweile ist beinahe jeder zehnte von Arbeitnehmern genommene Krankheitstag auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Angststörungen und Depressionen sind dabei die häufigsten Krankheitsbilder.

Das vermehrte Auftreten psychischer Krankheiten bedeutet auch mehr Betroffene, sowohl direkt als auch indirekt. Als Psychologischer Berater oder als Heilpraktiker für Psychotherapie können Sie auf diesem Gebiet tätig werden.

- Sind Sie Berater ohne Zulassung zur Heilkunde, muss sich Ihre Beratungstätigkeit auf eine **Verbesserung der Lebensqualität** der Betroffenen beschränken,
- während Sie als Heilpraktiker für Psychotherapie auch **therapeutisch** tätig werden dürfen, wenn Sie das möchten.

 Ausnahmen von dieser Regel stellen die **Schizophrenien** und die **affektiven Psychosen**, also Depression und Manie, dar. Hier dürfen auch Heilpraktiker für Psychotherapie nicht alleinverantwortlich behandeln.

Arbeiten Sie auch bei den anderen Krankheitsbildern bitte immer in den Grenzen Ihrer Fähigkeiten und Ihrer eigenen Belastbarkeit. Das gilt insbesondere bei begleitender Beratung bei psychischen Erkrankungen. Bedenken Sie auch die Einschränkungen, die Ihre Verpflichtung zu schneller Hilfe und Sorgfalt mit sich bringen. Überlegen Sie sich gut, was Sie behandeln können, wollen und dürfen. Nur wenn alle drei Punkte erfüllt sind, führen Sie eine (begleitende) Behandlung durch.

Ganz allgemein gilt in der Beratung und Therapie psychisch Erkrankter, vor allem aber auch von deren Angehörigen, dass **Informationen** und **Aufklärung** über die betreffende Erkrankung ein wichtiger Teil Ihrer Arbeit sein werden. Zudem sollten mögliche begleitende Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente) abgeklärt und ein eventuelles Suizidrisiko (siehe Kap.11.6) ausgeschlossen

sen werden. In vielen Fällen müssen Sie zwischen dem Erkrankten und seiner Familie vermitteln und Anregungen oder Hilfestellungen zum funktionierenden Zusammenleben geben. So können Sie familientherapeutisch tätig werden und bei der Behandlung psychischer Erkrankungen einen wichtigen Beitrag leisten.

10.2 Depressionen

Etwa 17% der Bevölkerung erkranken mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression (siehe Kap. 2.7, 6.1.4). Jährlich sind in Deutschland um die sechs Millionen Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Dabei gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Knapp doppelt so viele Frauen wie Männer sind depressiv.

Eine depressive Erkrankung stellt eine schwere Belastung nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für die Menschen in seiner Umgebung dar. Der Erkrankte fällt für die Dauer der Episode als verlässliches Familienmitglied aus. Die Kommunikation verändert sich, alle versuchen, Rücksicht zu nehmen und machen in den Augen des Depressiven doch alles nur falsch.

Fallbeispiel

Linda R., eine Frau Mitte 50, kommt zur Beratung in die Praxis. Eigentlich, sagt sie schon zu Anfang, habe sie gar nicht kommen wollen. Sie habe ihre Krankheit nicht erst seit gestern, und mit Therapeuten habe sie bisher keine guten Erfahrungen gemacht. Sie habe nur viel Geld ausgegeben, geholfen habe ihr keiner. Ihre Tochter habe sie jetzt jedoch „gezwungen“, um Hilfe zu bitten. „Sie hat mich regelrecht erpresst. Wenn ich mir nicht helfen lassen, will sie den Kontakt zu mir abbrechen.“

Nach ihren bisherigen Therapieerfahrungen gefragt, zählt sie vier psychologische Beratungen, zwei Klinikaufenthalte „mit dem, was die da als Therapie bezeichnen“ sowie eine Psychoanalyse über einen Zeitraum von sechs Jahren auf. Außerdem habe sie Hilfe bei spirituellen Heilern gesucht. „Aber helfen konnten die mir alle nicht.“ Inzwischen leide sie seit mehr als 20 Jahren unter ihren Depressionen. „Ich habe mich schon damit abgefunden, dass ich depressiv bin“, meint sie.

Vor 26 Jahren habe sie nach der Geburt ihrer einzigen Tochter Silke eine Wochenbettdepression

gehabt. Diese sei sie nie mehr so ganz losgeworden. Manchmal gebe es zwar Monate, die „ganz okay“ seien, und so schlimm wie jetzt sei es nur für einige Wochen jedes Jahr. Dennoch wisse sie natürlich, wie belastend diese Phasen für ihren Mann und die Tochter seien. „Manfred, das ist mein Mann, ruft unsere Tochter dann immer an, wenn er nicht mehr weiter weiß, und heult sich bei ihr aus.“

Auch die momentane Depression sei schon wieder am Abklingen, doch dieses Mal sei es besonders schlimm für sie gewesen. Sie sei morgens kaum aus dem Bett gekommen, obwohl sie regelmäßig bereits seit Stunden wach gelegen habe, wenn ihr Mann um 7 Uhr aufstand. Frau R. sei dann fast immer noch liegen geblieben, in der Hoffnung, das über die Wochen aufgebaute Schlafdefizit ein bisschen abbauen zu können.

„Ich schlafe dann aber auch nicht, weil es nicht geht. Ich mache irgendwie gar nichts. Ich liege nur rum, und die ganze Zeit gehen mir Gedanken durch den Kopf, dass ich eine schlechte Ehefrau bin, weil ich ihm nicht mal vor der Arbeit sein Frühstück mache, dass ich eine schlechte Mutter bin, weil ich meiner Tochter mit meinen Depressionen die Kindheit versaut habe, und ich denke, dass ich auch an diesem Tag nichts schaffen werde. Aber obwohl ich so ein schlechtes Gewissen habe, schaffe ich es trotzdem immer erst am späten Vormittag, mich aus dem Bett zu quälen.“

Ihr Mann sage nie etwas dazu, dass er sich sein Frühstück selber machen müsse, überhaupt mache er ihr nie Vorwürfe wegen „dieser Sache“. Bis zum Nachmittag schleppe sie sich dann durch den Tag, erzählt Frau R. weiter. Sie versuche, den Haushalt zu machen und einzukaufen. Aber obwohl sie kaum etwas zustande bringe, sei ihr selbst das bisschen schon zu viel. Am Nachmittag werde es dann meistens besser, sodass sie dann immerhin ein bisschen aufräumen und etwas kochen könne. Dennoch ginge es ihr nicht gut. „Eigentlich weiß ich gar nicht, wie es mir dann geht. Es ist so, als hätte ich keine Gefühle.“

Wenn ihr Mann von der Arbeit komme, würden sie noch ein paar Stunden gemeinsam fernsehen und dann ins Bett gehen. „Er traut sich kaum noch, mit mir zu sprechen, wenn ich depressiv bin. Entweder fange ich grundlos an zu weinen, oder ich schreie ihn an. Trotzdem fühle ich mich ungeliebt, wenn er nicht mit mir spricht.“ Auch anderen Leuten gegenüber falle ihr ihre ständige Gereiztheit auf. „Wenn mich jemand fragt, wie es

mir geht, nervt mich das schon. Wenn er nicht fragt, verletzt mich das. Das ist doch krank!“ Ihre Launen seien auch der Grund dafür, dass sie und ihr Mann sich kaum noch mit Freunden treffen würden. Es sei ihm wahrscheinlich peinlich, dass sie allen anderen die Stimmung vermiese, meint sie. Aber sie habe meistens sowieso keine Lust dazu, irgendetwas zu unternehmen. „Insofern ist meine Krankheit auch irgendwie praktisch, finde ich. So, und nun sagen sie mir, dass Sie mir auch nicht helfen können, dann sind Sie mich wieder los.“

10.2.1 Erscheinungsformen

Man kann eine Reihe unterschiedlicher, depressiver Erkrankungen unterscheiden (siehe Kap.2.7). Die schlimmste Erscheinungsform ist zweifellos die **Major Depression**. Sie ist in ihrem Schweregrad und ihren Auswirkungen auf den Betroffenen für Außenstehende unverständlich und gilt als die dunkle Schwester der Manie. Zur Major Depression können unter Umständen noch somatische oder psychotische Symptome hinzukommen.

Im Gegensatz dazu ist die **reaktive depressive Verstimmung** für die Mitmenschen eher verstehbar, da ein auslösendes Ereignis benannt werden kann und die Depression nicht einfach „aus dem Nichts“ entsteht. Vom Ausprägungsgrad der Symptomatik her ist die reaktive depressive Verstimmung in der Nähe einer normalen Trauerreaktion angesiedelt. Dabei ist jedoch nicht zu vergessen, dass es bis heute kein Maß für eine normale Trauerreaktion gibt.

Die **Dysthymie** ist eine Form der Depression, bei der sich die Symptome weniger ausgeprägt, aber dafür länger zeigen. Die Dysthymie zählt zu den anhaltenden affektiven Störungen. Verlaufsformen von vielen Jahren sind häufig, es handelt sich bei der Dysthymie sozusagen um eine chronische Verlaufsform der Depression.

Die **larvierte Depression** zeigt sich vor allem in körperlichen Symptomen, dabei bedeutet larviert in etwa „maskiert“ – eine Larve ist eine Gesichtsmaske. Die **saisonale Depression** ist hauptsächlich in der dunklen Jahreszeit zu beobachten, bei Menschen, die eine intensive Sehnsucht nach endlich wieder einmal ein paar Tagen Sonne haben. Die **Erschöpfungsdepression** tritt saisonal unabhängig, besonders nach einer langen Zeit intensiver, erschöpfender Aktivität auf und zeigt sich dann meist mit Erschöpfungs-

symptomen: Der Kranke fühlt sich innerlich ausgebrannt.

Die **Post-partem-Depression (PPD)** oder **Wochenbettdepression** ist eine Depression, die nach Schwangerschaft und insbesondere nach der Geburt – häufig des ersten Kindes – auftritt und eine tief greifende Störung des Verhältnisses von Mutter und Kind sowie oftmals Partnerschafts- und Selbstwertstörungen zur Folge hat.

10.2.2 Symptomatik

Typische Symptome, die sich vor allem bei der Major Depression ausgeprägt zeigen können sind:

- gedrückte Stimmung
- Niedergeschlagenheit
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs
- erhöhte Ermüdbarkeit
- Einschränkung oder Aufgabe bisheriger Aktivitäten
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Konzentrationsstörungen

Der Kranke leidet also unter einer depressiven oder reizbaren Verstimmung. Er fühlt sich niedergeschlagen, traurig, verzweifelt. Dabei empfindet er ein deutlich vermindertes Interesse an seiner Umwelt, er klagt darüber, dass ihm alle Freude entrissen ist. Nichts macht ihm mehr Spaß, auch die Dinge, die ihn früher einmal interessiert haben, erscheinen ihm bedeutungslos und banal. Insgesamt beschreibt man diese Empfindungen auch als **Gefühl der Gefühllosigkeit**.

Häufig wird der durch die umfassende Freudlosigkeit bedingte **Interessenverlust** von Angehörigen früher bemerkt als vom Depressiven selbst. Das mag erstaunlich klingen, ist aber auf eine ebenfalls depressionsbedingte **eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit** zurückzuführen.

Es besteht oft ein ausgeprägtes **Wertlosigkeitsgefühl**, das wahnhafte Dimensionen erreichen kann. Der Kranke hat das Gefühl, nichts Besseres verdient zu haben, wertlos zu sein. Verzweiflung und Resignation machen sich in ihm breit. Oder er empfindet exzessive und unangemessene **Schuldgefühle**, die ebenfalls wahnhaft werden können. So kann er sich schuldig fühlen an den Problemen der Welt oder an dem Unglück anderer Menschen.

Eine **verminderte Konzentrationsfähigkeit** fällt auf, die in Verbindung mit der psychomotorischen

Unruhe zu Problemen in der Durchführung von Handlungen führen kann. Das Denken ist erschwert, die Merkfähigkeit vermindert, und so steht der Depressive in seiner Wohnung, weiß nicht, was er machen soll oder wollte und legt sich wieder hin, nur um kurz darauf wieder aufzustehen. Die Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten reicht bis zur Entwicklung einer **Pseudodemenz**, die mit dem Ende der Erkrankung aber wieder abklingt.

Körperliche Symptome

Bemerkenswert sind zwei körperliche Symptome, die im Rahmen einer Major Depression regelmäßig auftreten, nämlich die Veränderung des Appetits und die des Schlafes. Die Appetitstörung zeigt sich meistens in Gestalt einer Appetitverminderung, selten in einer Steigerung des Appetits. Durch die Appetitstörung kommt es zu kurzfristigen, ungewollten Gewichtsveränderungen, die 5% des Körpergewichtes überschreiten.

Die Schlafstörung zeigt sich meistens in Gestalt von Schlafvermindierungen, selten als Hypersomnie, also übermäßiges Schlafen. Bei der Schlafverminderung ist die Kombination von

- Einschlafstörungen,
- Durchschlafstörungen und
- Früherwachen mit Morgentief

typisch. Diese Symptomtrias kennen Sie vielleicht aus Zeiten erhöhter Emotionalität, etwa bei Liebeskummer. Sie können nicht einschlafen, liegen wach und grübelnd im Bett, wälzen sich von einer Seite auf die andere, um endlich in einen unruhigen Schlaf zu fallen. Nach wenigen Stunden, manchmal schon früher, wachen Sie wieder auf, und die Last Ihrer Probleme scheint besonders erdrückend. Das ist mit dem Morgentief gemeint.

Suizidalität

Ein Thema, um das die Gedanken Depressiver häufig kreisen, ist der Tod: Schwer Depressive haben oft wiederkehrende Suizidideen, ohne allerdings einen genauen Plan von der Durchführung zu haben oder zu entwickeln. Dafür fehlen ihnen oft die Energie und Konzentrationsfähigkeit.

10.2.3 Therapeutische Ansätze

Bei depressiven Störungen können Sie in Ihrer Arbeit verschiedene Schwerpunkte setzen, die sich an den im Vordergrund stehenden Symptomen orientieren. Wenn der Betroffene vor allem an den depressionsbedingten Schlafstörungen leidet, werden Sie Ihre Beratung anders anlegen müssen, als bei Patienten, bei denen beispielsweise die familiäre Belastung durch die Depression am Schlimmsten ist.

Bedenken Sie bitte noch einmal, dass Sie bei den affektiven Psychosen, zu denen auch die Depression zählt, nicht alleinverantwortlich tätig werden dürfen. Im Fall der oben beschriebenen Klientin könnten Sie jedoch außerhalb ihrer depressiven Phasen durchaus therapeutisch mit ihr arbeiten. Allein die Kommunikation in der Familie wieder zu verbessern, könnte ein wichtiger erster Schritt sein.

Antidepressiva

Patienten mit einer Depression werden häufig auch medikamentös behandelt, meistens mit sogenannten trizyklischen Antidepressiva oder mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern. Diese Medikamente wirken auf den Neurotransmitterhaushalt im Gehirn und sollen so vorhandene Mängel ausgleichen. Verschiedene Studien an Menschen mit einer mittleren bis schweren Depression zeigen aber, dass eine Verhaltenstherapie eine gleichwertige oder sogar bessere Alternative darstellt.

Während Medikamente die depressive Episode nicht verkürzen, sondern die Symptome dämpfen, also stimmungsaufhellend und antriebssteigernd wirken, hat die Verhaltenstherapie weitere positive Effekte. Die Bereitschaft der Patienten zur Mitarbeit, die sogenannte Compliance, ist größer, die Erfolge halten im Gegensatz zur Wirkung der Medikamente auch nach der Therapie weiter an, die Zahl der Rückfälle ist geringer. Außerdem hat die Psychotherapie keine unerwünschten Nebenwirkungen, die bei der medikamentösen Behandlung zum Teil erheblich sind.

Daher ist bei schweren und klinisch behandelten Episoden einer Depression die Kombination von Antidepressiva und Verhaltenstherapie empfehlenswert, die in den Kliniken nach der Behandlung der schwersten Symptome und der Wiederherstellung des Rapportes angeboten wird.

! Was Sie noch wissen sollten ist ein kritisches Detail über die Wirkungsweise von Antidepressiva. Diese wirken gemeinhin stimmungsaufhellend und antriebssteigernd. Nun tritt aber der antriebssteigernde vor dem stimmungsaufhellenden Effekt ein. Dies erhöht in dieser Phase, in der die Stimmung noch im Keller ist, die Wahrscheinlichkeit, dass ein depressiver Patient nun, da er wieder die Energie dafür aufbringen kann, einen Suizidversuch unternimmt (siehe Kap. 11.6).

Vorgehen in Beratung und begleitender Psychotherapie

Problembeschreibung: Finden Sie wie immer zunächst heraus, was genau das Problem ist. Lassen Sie sich die Schwierigkeiten von allen Anwesenden – oft kommen der Partner oder andere Angehörige gleich mit – so genau beschreiben, dass Sie sich ein Bild machen können.

Ziele setzen: Dann fangen Sie an, nach individuellen Zielen des Patienten und auch nach gemeinsamen Zielen der Familie oder des Paares zu suchen (siehe Kap. 6.2.6). Dabei können Sie wiederum die Wunderfrage aus der lösungsorientierten Therapie einsetzen. Im nächsten Schritt überlegen Sie mit Ihren Klienten, wann sie ihrer Wunschvorstellung, ihrem ganz persönlichen Wunder, schon einmal näher waren. Was war zu diesem Zeitpunkt anders?

Häufig werden Sie die Antwort bekommen „Dahmals war ich (oder war meine Frau) noch nicht depressiv“. Diese Reaktion ist verständlich, führt aber nicht weiter, denn die Depression kann ein Patient schließlich nicht einfach sein lassen. Forschen Sie daher in einem solchen Fall weiter, inwieweit sich der Betroffene vor seiner Depression anders verhalten hat.

- Was genau ist anders gewesen?
- Was davon könnte er auch während der Depression wiederholen?
- Wie kann die Familie/der Partner ihn dabei unterstützen?

Mit diesem Vorgehen kommen Sie einer Lösung auf die Spur, sodass Sie Ihrem Ziel, nämlich der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen, schnell ein ganzes Stück näher kommen.

Tagebuch: Aus der Verhaltenstherapie können Sie bei Depressionen das Tagebuchführen in Spaltentechnik zur Identifikation möglicher auslösen-

der oder aufrechterhaltender Faktoren übernehmen (siehe Kap. 6.3.8).

Hypothesentesten: Auch das Hypothesentesten, also die Realitätsprüfung von Annahmen, kann bei Schuld- und Wertlosigkeitsgedanken des Depressiven selbst, aber auch bei hypothetischen Annahmen der anderen Familienmitglieder hilfreich sein (siehe Kap. 6.3.8). Oftmals besteht nämlich trotz aller Aufklärung darüber, dass die Depression eine Krankheit und kein Charakterfehler ist, der Verdacht, dass der Depressive sich beispielsweise hinter seinen Symptomen verstecken oder die anderen Familienmitglieder damit moralisch erpressen wolle.

Kognitive Therapie: Die Depression verändert die Denkweise und das Fühlen der Betroffenen. Daraus resultieren meist ungünstige und situativ unangepasste Verhaltensweisen. Mit der kognitiven Verhaltenstherapie wird versucht, negative Denkmuster und Überzeugungen zu verändern und durch andere zu ersetzen. Es kann auch erlerntes Fehlverhalten durch das Einüben anderer Verhaltensweisen überwunden werden.

Kommunikationstraining: Zusätzlich haben sich die Identifikation von Frühsymptomen einer erneuten depressiven Phase sowie ein Kommunikationstraining und eine Vermittlung zwischen den Familienmitgliedern bewährt. Sie werden erleben, dass die familiäre Belastung gerade bei Depressionen sehr stark ausgeprägt ist. Der Partner und auch die Kinder leiden unter der depressiven Passivität, der Betroffene selbst leidet jedoch am meisten. Sie können daher auch eine Paar- oder eine Familienberatung durchführen.

Therapeutisches Vorgehen im Fallbeispiel

Da hier eine affektive Psychose vorliegt, gehört die Grundbehandlung in die Hände eines Psychiaters oder Psychologischen Psychotherapeuten. Die Behandlung von Nebensymptomen kann allerdings durchaus auch Gegenstand der Therapie eines Heilpraktikers für Psychotherapie sein, vor allem wenn, wie in diesem Fall, die Episode bereits abklingt. Bei der Patientin aus unserem Fallbeispiel stehen zwei Störungsaspekte im Vordergrund.

Gedankenstopp

Gegen die beschriebene Symptomatik gibt es unterschiedliche Strategien, von denen wir Ihnen zwei vorstellen möchten, die wir angewandt ha-

ben. Erstens der Gedankenstopp, der gegen die Grübeleien und die unerwünschten Wertlosigkeitsgedanken der Patientin helfen sollte:

- Die Patientin konzentriert sich und versucht, die störenden Gedanken bewusst heraufzubeschwören.
- Wenn sie soweit ist, gibt sie dem Therapeuten ein Zeichen.
- Der Therapeut ruft „Stopp“ und klatscht dabei in die Hände. Dadurch unterbricht er das Grübeln.
- Später soll die Patientin lernen, selbst das Signal zum Gedankenstopp zu geben, sodass sie diese Technik auch außerhalb der Therapie anwenden kann.

Symptomverschreibung

Gegen die Lethargie und die Antriebsschwäche nutzten wir die Strategie der Symptomverschreibung (siehe Kap.6.2.6). Die Patientin bekam ein Zeitfenster genannt, in dem sie aufstehen durfte, in diesem Fall entweder mit ihrem Mann oder spätestens zehn Minuten später. Wenn sie innerhalb dieser Zeit nicht aufstand, durfte sie an diesem Tag nur noch im Bett liegen bleiben und nichts anderes machen als zu grübeln. Zur Toilette durfte sie natürlich gehen.

Schlafentzug

Das Symptom der Antriebsschwäche oder Lethargie bei Depressionen erklärt sich unschwer aus den depressionsbegleitenden Schlafstörungen. Häufig wirken die Schlafstörungen symptomverschärfend. Hier gibt es die Möglichkeit, mit einem Schlafentzug zu arbeiten. Dabei bekäme die Patientin die Aufgabe, nicht vor dem nächsten Abend um 22:00 Uhr ins Bett zu gehen. Die Nacht soll sie mit einfachen Dingen verbringen: Lesen, fernsehen, Computerspiele spielen oder Ähnliches. Wichtig ist, dass sie in der kommenden Nacht nicht schläft.

Welche Therapieerfahrungen hat der Patient schon gemacht?

Bei Patienten mit vorausgehenden Therapieerfahrungen ist es zudem wichtig, sich nach der zuvor angewandten Therapiemethode zu erkundigen.

- Sollten andere Angebote als Ihres dabei sein, so wenden Sie die Maßnahmen Ihrer Therapie an.

- Sollten sich Ähnlichkeiten finden, dann ist es denkbar, dass der Patient mit **zwei Problemen** kommt: Zum einen seiner Depression, zum anderen mit der resignativen Annahme, ihm sei sowieso nicht zu helfen.

Tipp

In diesem Falle, und wenn Sie davon ausgehen müssen, dass der Patient Ihnen beweisen muss, dass er ein unlösbares Problem hat, verwenden Sie eine Strategie, die dieser Annahme gerecht wird.

Versichern Sie dem Patienten, dass Sie zwar Experte in der Behandlung seiner Störung sind, dass Sie ihm aber allenfalls helfen könnten, mit seinen Symptomen zu leben, dass er aber darüber hinaus nicht auf eine Verbesserung seiner Lage hoffen dürfe. Da er Sie ins Unrecht setzen muss, weil er inzwischen annimmt, dass die Therapeuten sowieso allesamt keine Ahnung haben, bleibt ihm unter Umständen keine andere Wahl, als eine Besserung seiner Symptome vorzuweisen.

Die dürfen Sie nun nicht euphorisch begrüßen, sondern reden Sie sie als Anfangserfolg klein und prognostizieren Sie einen Rückfall. Versuchen Sie nicht, den Patienten zu beschwichtigen, zu beruhigen oder zu trösten, das hat er fast immer schon hinter sich.

10.3 Wochenbettdepression und -psychose

Da die Wochenbettdepression bisher nicht näher beschrieben wurde, möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick über dieses Krankheitsbild geben. Das Risiko für psychiatrische Erkrankungen bei Frauen steigt in den ersten Monaten nach der Entbindung um das 16- bis 18-Fache an. Die Wochenbettdepression, auch postpartale Depression oder Baby Blues genannt, beschreibt eine seelische Krise bis hin zur psychiatrischen Erkrankung.

Nicht zu verwechseln ist sie mit den sogenannten **Heultagen**, an denen etwa 50–80% aller Mütter im Wochenbett leiden. Diese hormonell bedingte depressive Verstimmung ist meist nach einigen Tagen überstanden und bedarf außer liebevollem Zuspruch durch den Partner keiner weiteren Behandlung.

Etwa 10–20% aller Mütter leiden jedoch an ei-

ner schwererwiegenden psychischen Störung, der Wochenbettdepression. Die Komplikation davon, die sogenannte Wochenbettpsychose, tritt zum Glück nur bei etwa 0,2% aller Wöchnerinnen auf. Beide Störungen betreffen vor allem Frauen, die zum ersten Mal ein Baby zur Welt gebracht haben.

10.3.1 Symptomatik

Fallbeispiel

Valeska G. vereinbarte zunächst telefonisch einen Termin. Sie macht einen sehr bedrückten Eindruck, spricht mit leiser, zögerlicher Stimme und klingt, als sei sie kurz davor, in Tränen auszubrechen. Als Frau G. am nächsten Tag pünktlich in der Praxis erscheint, sind wir überrascht. Die Klientin ist – im Gegensatz zu dem Eindruck, den sie am Telefon gemacht hatte, – keineswegs zerbrechlich, sondern eher kräftig und burschikos. Als sie zu sprechen beginnt, stehen ihre leise Stimme und der leidende Tonfall erneut im Widerspruch zu ihrer äußerlichen Robustheit.

Frau G. ist seit vier Monaten Mutter einer Tochter. Lara sei ein absolutes Wunschkind gewesen. „Mein Mann und ich mussten lange probieren, fast zwei Jahre, bis es endlich geklappt hat. Ich hatte früher extremes Übergewicht, und das hat irgendwie den Eisprung verhindert, jedenfalls hat mir mein Gynäkologe das so erklärt.“ Sie habe dann innerhalb eines Jahres beinahe 50 Kilo abgenommen, und zum Glück habe es dann ja auch geklappt.

Die ersten drei Monate der Schwangerschaft seien geprägt gewesen von Übelkeit und der Angst vor einer möglichen Fehlgeburt. Während das zweite Drittel abgesehen von der latenten Sorge, es könne etwas mit ihrem Baby nicht stimmen, besser gewesen sei, habe sie ab dem sechsten Monat unkontrollierbare Ängste entwickelt, die sie sehr belastet haben. „Vor allem kamen immer wieder so Gedanken wie, das schafftst du nicht, du wirst eine entsetzliche Mutter sein, das Mädchen hätte sich eine bessere Familie aussuchen sollen.“ Manchmal habe sie sogar gedacht, es wäre besser, wenn die Kleine tot wäre.

Seit der Geburt – „Nachdem die Fruchtblase geplatzt war, hatte ich mehr als 22 Stunden Wehen, und letzten Endes musste doch ein Kaiserschnitt gemacht werden, weil Lara nicht rauswollte und ihre Herztöne schon schwächer wurden“ – merkte die Klientin jedoch, dass sie ihr Kind

„nicht lieben“ konnte. Schon als die Hebamme ihr die Kleine auf den Bauch legen wollte, nachdem sie zunächst versorgt und Frau G. genäht worden war, sei sie in Tränen ausgebrochen und habe „wie erstarrt da gelegen“, bis die Hebamme das Baby ihrem Mann gegeben habe.

Eigentlich habe sie auch Stillen wollen – „Schon allein, damit Lara ein besseres Immunsystem bekommt, als ich es habe“ – aber das habe gar nicht geklappt, sodass die Kleine eigentlich von Anfang an die Flasche bekommen habe. Das sei jetzt zwar ganz praktisch, weil ihr Mann sich allein um das Baby kümmern könne, dennoch habe sie Schuldgefühle ihrer Tochter gegenüber.

Die Kleine sei ein ganz süßes Kind, aber jeder Schrei und jedes Weinen gehe ihr durch Mark und Bein. Sie kriege dann teilweise richtige „Hassgefühle“. Ihr Mann laufe schon immer schnell hin, um Lara zu beruhigen, aber er sei auch schon böse auf die Klientin. Wenn es sich gar nicht vermeiden ließe, dass sie mit Lara allein sei, habe sie richtige Ängste und warte nur darauf, dass ihr Mann bald nach Hause komme.

Auch andere wundern sich über ihr Verhalten, fügt sie hinzu. „Alle sagen mir, ich müsse doch glücklich sein. Und eigentlich denke ich das auch. Das ist das Allerschlimmste.“ Anstatt glücklich zu sein, ist Frau G. niedergeschlagen, fängt grundlos an zu weinen. Obwohl sie kaum etwas tue, fühle sie sich erschöpft und übermüdet. Sie empfinde Lara als Eindringling, den sie manchmal „am liebsten wieder loswerden“ würde. „Dieses Kind führt mir ständig meine Unzulänglichkeit vor Augen!“

Die Symptome einer Wochenbettdepression reichen von vorübergehenden Verstimmungszuständen mit Weinen, **Ängstlichkeit** und **Gereiztheit** bis hin zu manifesten depressiven Zuständen mit trauriger Verstimmung und auch Suizidgedanken. Die betroffenen Frauen fühlen sich ängstlich und unsicher im Umgang mit ihrem Kind. Manche bauen auch **Aggressionen** gegenüber dem Kind und dem Partner auf. Viele von ihnen sind sehr hoffnungslos und können nicht glauben, dass die Depressionen bei nahezu 100% aller Betroffenen wieder vollständig abklingen.

Die Ursachen für diese seelischen Störungen nach der Entbindung sind individuell verschieden. **Hormonelle, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren** fließen in unterschiedlicher Gewichtung zusammen. Neben der raschen hormonellen Veränderung nach der Geburt sind vor

allem psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte oder in der Familie, Belastung oder Traumatisierung durch die Geburt, Kaiserschnittgeburten, ungewollte Schwangerschaft, soziale Notlage und Krankheit oder Tod des Kindes zu nennen.

Viele der Frauen können aufgrund der Wochenbettdepression wenig oder keine Liebe für ihr Baby empfinden. Daraus resultieren **Schuldgefühle**, vor allem dem Baby gegenüber. Manche der Betroffenen denken daran, sich zu dessen Wohle vom Kind zu trennen, trauen sich aber nicht, darüber mit jemanden zu sprechen.

Dass es Frauen gibt, die ihr Baby nicht lieben können, ist in unserer Gesellschaft leider immer noch ein **Tabuthema**. Junge Mütter stellen wir uns als strahlende, fröhliche und glückliche Frauen vor. Der gesellschaftliche Druck ist also groß. Häufig wird die Behandlungsbedürftigkeit nicht erkannt, die Symptome werden falsch interpretiert oder heruntergespielt.

Wenn der Baby Blues nicht nach einigen Tagen einer normalen Grundstimmung weicht, sollte daher immer an eine Depression oder Psychose gedacht werden. Fachlicher Rat von Gynäkologen, Hebammen oder eben von Therapeuten ist hilfreich und notwendig. Eine Wochenbettdepression oder -psychose ist keine vorübergehende Laune einer labilen Mutter, sondern eine ernst zu nehmende und behandlungsbedürftige Erkrankung!

10.3.2 Therapeutische Ansätze

Eine Kombination von **psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung** hat sich bei der Therapie von Wochenbettdepressionen bewährt, wobei die Gabe von Medikamenten in der Stillzeit problematisch ist. Hier muss gegebenenfalls über das Abstillen entschieden werden. Neben der Mutter ist auch der Partner durch die Situation extrem belastet und braucht oftmals therapeutische Unterstützung. In schweren Fällen kann eine **stationäre Behandlung** im Krankenhaus erforderlich sein. Eine solche psychiatrische Behandlung kürzt die Krankheitsdauer ab und lindert das Leiden.

Als Psychologischer Berater oder als Heilpraktiker für Psychotherapie können Sie vor allem wieder begleitend behandeln, denn eine Wochenbettdepression oder gar eine Wochenbettpsychose gehört zu den Krankheitsbildern, die Sie nicht alleinverantwortlich behandeln dürfen. Der Um-

gang mit den Schuldgefühlen, mit den Verletzungen des Partners und der Sorge, ob die krankheitsbedingte Ablehnung dem Kind langfristig geschadet haben könnte, bieten nur einige Ansätze, an die Sie in der Beratung anknüpfen können.

Vorgehen im Fallbeispiel

Wir haben der Patientin geraten, sich in stationäre Behandlung zu begeben. Diesen Ratschlag befolgte sie. Im Anschluss an die stationäre Therapie, zu der sie ihre Tochter mitgenommen hatte, begann sie mit ihrem Mann eine Paar- und Familientherapie. Hierbei verschafften wir in erster Linie dem Paar die Möglichkeit einer Klärung, Aufarbeitung und Integration der belastenden Ereignisse. Der Ehemann trug vor allem eine Reihe von ungeklärten Gefühlen wie Wut auf seine Frau, Empörung und Unverständnis über ihr Verhalten und Resignation mit sich herum. Diese ließen sich über eine einfache Aussprache sowie eine gründliche Aufklärung über das Krankheitsbild weitgehend lindern.

Die Schuld- und Schamgefühle der Ehefrau gegenüber der Tochter und dem Mann, das Gefühl, versagt zu haben und die Trauer über die verlorene Zeit mit dem Kind waren bereits Inhalte der stationären Therapie. Sie konnten durch die zusätzliche Verschreibung gemeinsamer Zeit mit positiven Inhalten und Unternehmungen sowohl mit dem Partner als auch allein mit der Tochter langsam abgebaut werden.

10.4 Manie und Bipolare Störung

Während die Depression vor allem durch ein Gefühl der Leere und durch ein herabgesetztes Aktivitätspotenzial gekennzeichnet ist, trifft bei der Manie genau das Gegenteil zu. Ein Mensch in einer manischen Phase ist ungeheuer gut gelaunt, er kann alles, weiß alles und hat so viel Energie, dass er die Welt aus den Angeln heben möchte. Er braucht keinen Schlaf und keine Nahrung, er läuft wie ein Perpetuum mobile rund um die Uhr auf Hochtouren.

In manischen Phasen haben Betroffene schon Haus und Hof verspielt, alles verkauft, einen Kredit aufgenommen, um davon ein Spielcasino oder einen Flugzeugträger zu kaufen. Immer sind sie sicher, dieses Mal die eine brillante Idee zu haben, die sie endlich reich machen wird. Manie tritt je-

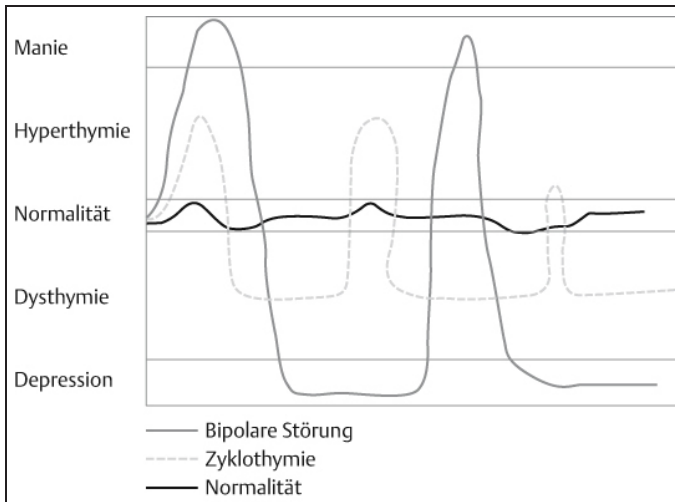


Abb. 17 Verlauf affektiver Psychosen.

Auch der gesunde Mensch erlebt Schwankungen seiner emotionalen Verfassung, sie sind aber nicht so intensiv und ausgeprägt, wie die von Menschen mit einer affektiven Störung oder einer affektiven Psychose.

doch nur in seltenen Fällen allein auf. Meistens findet ein Wechsel zwischen Depression und Manie statt, der für die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm anstrengend ist.

In Abb. 17 sehen Sie mögliche Verlaufsformen der affektiven Psychosen.

Ein Mensch in einer manischen Episode ist von **gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung**. Gehobene Stimmung ist das, was umgangssprachlich mit gut drauf, high, gut gelaunt, himmelhoch jauchzend und ähnlichen Begriffen umschrieben wird. Expansiv kann man die Stimmung nennen, weil sie ansteckend wirkt: Auf Unbeteiligte macht der Mensch in der Manie einen charismatischen Eindruck, er kann mit seiner guten Laune viele Menschen begeistern. Die Reizbarkeit zeigt sich dann häufig bei Widerspruch und Kritik, auf die der Kranke möglicherweise mit einem Umkippen der Stimmung in Aggression oder Depression reagiert.

In der Manie selbst empfindet er ein **gesteigertes Selbstwertgefühl**, er weist **Größenideen** auf, die er auch lauthals verkündet. Er mischt sich in Angelegenheiten ein, von denen er nichts versteht, sagt aber, dass eigentlich die anderen es seien, die nichts verstanden.

Er ist auffällig **redselig** und in seinem Redeschwall schwer zu unterbrechen. Er redet laut und hat die Tendenz, anderen ins Wort zu fallen. Beim Reden zeigt sich eine ausgeprägte Ideenflucht: Er springt von einem Thema zum anderen, wobei für die Zuhörer der innere Zusammenhang oft nicht mehr nachvollziehbar ist. Seine Redeweise ist auf-

dringlich, laut, von Witzen unterbrochen, schnell und sprunghaft. Der Kranke ist ablenkbar, seine Aufmerksamkeit wird leicht von nebensächlichen oder bedeutungslosen Reizen irritiert.

Eine **Steigerung der zielgerichteten Aktivität** ist zu beobachten, die sich in verschiedene Bereiche des Lebens erstrecken kann:

- in die soziale Richtung (Ausgeben von Lokalrunden),
- bei der Arbeit (Größenwahn) oder
- sexuell (wahllose oder riskante Sexualkontakte).

Eine **psychomotorische Unruhe** ist regelmäßig zu beobachten: Es fällt dem Kranken schwer, still zu sitzen, er ist distanzlos in seinem Verhalten. Dabei neigt er zu einer exzessiven Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit großer Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen haben.

In einigen Fällen ist die Aktivität über lange Zeit hinweg gesteigert und mit **verringertem Schlafbedürfnis** verbunden. Seltene Extremfälle mit **Schlafverzicht** von bis zu 14 Tagen sind dokumentiert, sieben Tage in der manischen Phase sind nichts Ungewöhnliches. In anderen Fällen ist der Kranke nach zwei oder drei Stunden Schlaf ausgeruht.

Fallbeispiel

Die 72-jährige Elisabeth H. ruft an, um einen Termin für ihren Sohn Jürgen zu vereinbaren. Sie klingt sehr aufgeregt und erzählt, dass sie sich große Sorgen um ihn mache. Schon seit zwei Jahren seien seine Stimmungsschwankungen für sie nicht mehr nachzuvollziehen, aber in der letzten Zeit glaube sie, er sei „wirklich verrückt“ geworden. Mal sei er himmelhoch jauchzend, dann wieder zu Tode betrübt.

Frau H., deren Mann vor vier Jahren starb, kummere sich noch um den Sohn, weil er allein nicht mehr klarkomme. Er habe all sein Geld verloren und sei aus seiner Wohnung geworfen worden. Daher sei er vor einem Jahr wieder bei ihr eingezogen. Sie merke aber, dass sie immer weniger Kraft habe. „Wenn er am Boden ist, habe ich Angst, dass er sich etwas antut. Aber schlimmer sind die Zeiten, in denen er so durchdreht. Dann habe ich nicht nur Angst um meinen Sohn, sondern auch vor ihm.“ Zu einem Termin habe sie ihn zwingen müssen, da er gerade wieder eine seiner guten Phasen habe. „Ich musste ihm wirklich drohen, ihn rauszuschmeißen, sonst hätte er niemals zugestimmt, sich beraten zu lassen.“

Am nächsten Tag kommt Jürgen H. (46) tatsächlich in die Praxis, allerdings mehr als eine Stunde später als vereinbart. Er entschuldigt sich zwar kurz mit einem „dringenden Termin mit einem Geschäftspartner“, der nicht habe warten können, erklärt aber auch, dass er eigentlich gar keine Zeit habe, weil er gerade so viel planen und organisieren müsse. „Ich habe so viele Ideen, wenn das klappen würde, könnte ich damit Kohle ohne Ende machen. Aber die ganzen bornierten Idioten kapieren doch gar nicht, um was für Summen es da geht.“

Herr H. spricht die ganze Zeit in einem ungeheuren Tempo und sehr laut. Zudem fällt auf, dass er übernächtigt aussieht und verschwitzt riecht. Seine Haare sind fettig, das Gesicht gerötet. In der ersten Stunde gelingt es kaum, den Klienten zu unterbrechen, um Fragen zu stellen. Er hat seit einer Woche kaum geschlafen und kommt auch nicht zum Essen, weil er gerade dabei ist, einen Fuhrpark von Luxusautos zusammenzustellen, die er dann für Werbeaufnahmen vermieten will. Natürlich habe er schon mal „Depriphasen“ gehabt in letzter Zeit. Vor allem, nachdem er sein gesamtes Vermögen und 150.000 Euro aus einem Kredit in ein Immobilienprojekt gesteckt habe, bei dem er dann aber „übers Ohr gehauen“ wur-

de. Manchmal habe er danach auch an Selbstmord gedacht. Aber das sei doch alles gewesen, bevor er wusste, was seine „Berufung“ ist. Jetzt brauche er nur noch Investoren, um „die Sache zum Laufen zu kriegen“. Seine Mutter könne das natürlich nicht verstehen, aber wenn das Geschäft erstmal laufe, werde er sich bei ihr für alles revanchieren, was sie für ihn getan habe. Dann fragt er, ob er jetzt bitte gehen könne, er habe wirklich keine Zeit mehr, um weiter zu plaudern.

10.4.1 Vorgehen im Fallbeispiel

Als begleitender Therapeut müssen Sie zunächst herausfinden, in welcher Phase sich Ihr Klient gerade befindet. Das ist allerdings nicht besonders schwierig, denn der im Fallbeispiel beschriebene Wortschwall, den man nur schwer unterbrechen kann, ist bezeichnend für eine manische Phase. Zum anderen fehlt meist eine Krankheitseinsicht und der Betroffene findet sich nur auf Drängen der Angehörigen in Ihrer Praxis ein: Wozu denn Beratung? Ihm ging es noch nie in seinem ganzen Leben so großartig wie gerade jetzt. Und wenn andere damit nicht klarkommen, sind das nur neidische Spießer, die ihn ohnehin nicht interessieren.

Die Angehörigen, vor allem die Mutter, waren allerdings dankbar für Beratung, denn manisches Verhalten ist unkontrollierbar und erzeugt Angst, Hilflosigkeit und Wut. Wiederum stand die **Aufklärung** im Vordergrund. Dann mussten **Vorkehrungsmaßnahmen** getroffen werden, damit der Maniker sich und seine Familie nicht finanziell und sich selbst nicht körperlich ruiniert. In einer manischen Episode schlafen Menschen zum Teil mehrere Tage nicht. Im äußersten Notfall sind die Möglichkeiten für eine **vorübergehende Entmündigung** durch ein Gericht gegeben.

Bei der bipolaren Störung sollten die Angehörigen auch wissen, dass es wirksame Medikamente zur **Phasenprophylaxe** gibt, die einen erneuten Schub unterdrücken können. Allerdings müssen diese Medikamente dauerhaft und regelmäßig eingenommen werden.

Weitere Punkte waren der familiäre Umgang mit der **Aggressivität** des Betroffenen. Sie sind zwar chronisch gut gelaunt, aber wenn ihnen jemand widerspricht oder reinredet, schlägt die Stimmung schnell um und die ganze überschüssige Energie richtet sich gegen den vermeintlichen Ignoranten. Daher war ein **Kommunikationstraining** in diesem Fall sinnvoll.

Die Manie ist allerdings, das muss ganz klar sein, die affektive Psychose, bei der am ehesten eine Klinikeinweisung auch gegen den Willen des Erkrankten erfolgt. Er selbst hat keine Krankheitseinsicht und argwöhnt, dass man ihm seine gute Laune nicht gönne. Sollte sich also herausstellen, dass sich der Patient in einer manischen Phase seiner bipolaren Störung befindet, dann verabreden Sie, wie im Falle des Herrn H., mit der Mutter eine **Klinikeinweisung**, die über einen Arzt erfolgt. Dies geschieht zum Schutz des Patienten vor sich selbst und auch zum Schutz der 72-jährigen Mutter und stellt keinen Vertrauensbruch innerhalb des Patient-Therapeut-Verhältnisses dar.

10.4.2 Therapeutische Ansätze

Die Therapie einer Manie ist also häufig schwierig, vor allem, weil es den betroffenen Patienten an Krankheitseinsicht und somit an der Einsicht in die Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung mangelt. Selbst in symptomfreien Intervallen ist es noch so, dass viele Betroffene therapeutische Interventionen und verbindliche Absprachen für den Fall eines Rückfalls ablehnen. Bei manisch-depressiven Störungen kommt es daher besonders häufig zu Maßnahmen gegen den Willen des Patienten.

Besonders belastend für die Erkrankten ist dabei oft, dass sie sich auch in Familie und Freundeskreis mit Unverständnis oder Ablehnung konfrontiert sehen. Im Gegensatz zur nach außen gezeigten Selbstsicherheit sind manische Patienten sehr leicht kränkbar und ertragen kaum Vorschriften, Kritik oder Begrenzungen anderer Art. Für viele ist es verständlicherweise eine extreme Belastung, eingesperrt zu werden und womöglich gegen ihren Willen Medikamente einnehmen zu müssen.

Leider ist genau dies meistens erforderlich. Nur ganz selten und bei ungewöhnlich guter Mitarbeit und Motivation des Betroffenen gelingt die rein ambulante Bewältigung einer akuten Manie. Eindeutige **Indikationen für eine Klinikeinweisung** auch gegen den Willen des Patienten sind alle Formen von Selbst- oder Fremdgefährdung. Dazu zählt nicht nur Suizidgefährdung, sondern auch Gefährdung durch riskante Verhaltensweisen oder die unkontrollierte Veräußerung eigenen oder fremden Besitzes sowie der Abschluss ruinöser Kredite oder Ähnliches.

Tipp

Im Falle der Manie ist die **Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung** besonders schwierig. Lassen Sie sich auf keinen Fall auf Machtproben ein und reagieren Sie nicht auf mögliche **Provokationen**. Für die Therapiegespräche selber sollte ein möglichst reizarmer Ort gewählt werden. Vermeiden Sie Zeitdruck. Der Therapeut sollte sich wohlwollend und freundlich verhalten und gleichzeitig in der Lage sein, den gewöhnlich sehr expansiv agierenden Patienten zu begrenzen.

Die therapeutische Begleitung manischer Patienten sollte zum Ziel haben, den Aktionsradius auf unschädliche Aktivitäten zu richten. Das **kreative Potenzial** der Patienten in der Manie sollte dabei wenn möglich gewinnbringend eingesetzt werden, beispielsweise indem man sie beim Entwurf eines Therapieplans einbezieht. Das hat auch den Vorteil, dass die Patienten nicht den Eindruck haben, der Therapeut mache ihnen Vorschriften oder bestimme allein die Regeln.

Vereinbaren Sie mit dem Patienten unbedingt, dass er **wichtige Entscheidungen auf später verschiebt**. Das ist in der Regel gar nicht so einfach, da es sich in seinen Augen oftmals um „eine einzigartige Gelegenheit“ handelt, die nicht aufzuschieben ist. Weitere wichtige Therapieziele sind die Wiederherstellung eines geordneten **Schlaf-Wach-Rhythmus**, die Normalisierung der **Ernährung** und die körperliche und seelische **Regeneration**.

Auch nach dem Ende einer manischen Phase bleibt es für die Betroffenen schwierig. Die Glücksgefühle sind weg, und übrig bleiben oftmals ein heilloses Chaos und ein Berg von Problemen, die nicht bewältigt werden können. Dazu kommen häufig Scham- und Schuldgefühle über die Schäden, die man im eigenen und im Leben anderer hinterlassen hat. Hier können vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie ein **Training sozialer Fertigkeiten**, **Gedankenstopp** oder die Vermittlung von **Bewältigungs- oder Coping-Strategien** hilfreich sein. Eine zusätzliche stützende und ressourcenorientierte Therapie, die sich auf die positiven Aspekte und Eigenschaften des Betroffenen konzentriert, kann darüber hinaus erleichternd sein.

Strategien während einer depressiven Phase

In der depressiven Phase einer Bipolaren Störung können Sie sich am therapeutischen **Vorgehen bei Depressionen** (siehe Kap.10.2.3) orientieren. Zusätzlich sollten Sie dem Betroffenen und seiner Familie eine Möglichkeit vermitteln, mit dem ständigen Auf und Ab der Gefühle umzugehen. Für die Familie bedeutet dies vor allem, dass sie individuelle Möglichkeiten findet, nicht mit in das Gefühlswirrwarr hineingezogen zu werden. Wie das gehen kann, ist dabei von der Persönlichkeitsstruktur und dem Familiengefüge der Betroffenen abhängig, sodass wir Ihnen hier kein spezifisches Vorgehen anbieten können.

In jedem Fall sollten Sie auch als Heilpraktiker für Psychotherapie in der Lage sein, über die Wirkung der phasenprophylaktischen Medikation, also der bei Bipolaren Störungen klassischerweise eingesetzten **Medikamente** aufzuklären. In Deutschland wird dazu in der Regel **Lithium** eingesetzt. Wenn die Medikamente dauerhaft und zuverlässig eingenommen werden, können sie erneute Schübe und somit viel Leid verhindern helfen. Von einer rein antidepressiven Medikation wird abgeraten, da diese häufig erneute manische Schübe auslösen kann.

10.5 Angststörungen

Angst ist zunächst einmal eine natürliche Anpassungsreaktion des Körpers an einen Lebensraum, der nun einmal Gefahren für Leib und Leben birgt. Insofern ist dieses Gefühl, so negativ es uns auch in dem Moment, wenn es auftritt, erscheinen mag, durchaus sinnvoll. Angst rettet uns davor, über die Straße zu laufen, wenn von rechts der LKW heranrast, sie hindert uns am Balancieren auf Balkonbrüstungen im 15. Stockwerk und hilft uns auch in allerlei anderen potenziell gefährlichen Situationen. Im Gegensatz zu dieser gesunden Angst, die uns zur Umsicht mit unserer Gesundheit und unserem Leben anhält, gibt es jedoch auch pathologische Formen von Angst (siehe Kap.2.8.1, 6.1.4).

Angststörungen und **Depressionen** (siehe Kap.10.2) treten häufig gemeinsam (komorbid) auf. Auch steigt bei Angstpatienten das **Risiko für Substanzmissbrauch**. Beispielsweise trinken Betroffene in einem missglückten Selbstheilungsversuch Alkohol, um sich zu entspannen, oder neh-

men Medikamente, um einschlafen zu können oder angstbesetzte Situationen durchzustehen.

Schätzungsweise 15% der Menschen zwischen 18 und 65 Jahren leiden unter den verschiedenen Formen von Angststörungen. Frauen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Männer. Aufgrund dieser hohen Prävalenz sind Angststörungen ein großer Kostenfaktor im Gesundheitswesen und – durch Fehlzeiten und Arbeitsausfall – auch in der Wirtschaft.

Fallbeispiel

Die 40-jährige Petra S. leidet, seit sie Anfang 30 ist, an regelmäßigen Panikattacken. Die Anfälle kommen typischerweise plötzlich und unvermittelt. „Ich versuche schon immer, mich zu wappnen, aber ich kann nichts dagegen machen.“ Das daraus resultierende Gefühl der mangelnden Selbstbeherrschung belastet sie sehr, zumal sie sich immer sage, „Komm, es ist doch gar nichts, stell dich nicht so an“, wenn die ersten Anzeichen auftreten.

Auf die Nachfrage, welche Anzeichen das seien, zählt sie Atemnot, Herzrasen, Engegefühl in der Brust („Zweimal habe ich den Notarzt angerufen und wurde mit Verdacht auf Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert“), Zittern, Übelkeit und Schweißausbrüche auf. Wenn diese Symptome auftreten, habe sie richtiggehend Todesangst, sagt Frau S. Jedes Mal fürchte sie, gleich in Ohnmacht zu fallen.

Auf die Frage, wie lange die Angst anhält, wenn sie erst einmal voll ausgeprägt ist, kann sie zunächst gar nicht antworten. „Wenn es soweit ist, sehe ich zu, dass ich so schnell wie möglich nach Hause komme. Wenn ich erstmal zu Hause bin, geht es mir meistens langsam besser.“ Einmal sei es auch schon besser geworden, als der Notarzt eingetroffen sei und sich um sie gekümmert habe. „Aber das zählt nicht, der hat mir ja auch ein Beruhigungsmittel gegeben. Wenn ich nicht nach Hause könnte, würde ich vielleicht tatsächlich einen Herzinfarkt bekommen.“

Konkrete Auslöser für ihre Angstattacken kann sie nicht benennen. Allerdings passiere es öfter, wenn sie unter vielen Menschen sei, beispielsweise im Kaufhaus, im Kino oder auf dem Markt. „Wenn ich allein in meiner Wohnung bin, habe ich nie solche Anfälle. Eigentlich seltsam, oder?“ Inzwischen sei sie deshalb so weit, dass sie aus Angst vor der nächsten Panikattacke kaum noch vor die Tür gehe. Sie habe eine gute Freundin aus der Ausbildungszeit, die über ihre Ängste Bescheid wisse und

auch viel Rücksicht auf sie nehme. Mit der gehe sie ab und zu mal einen Kaffee trinken, „aber nur, wenn sie mich sehr dazu drängt. Ich fühle mich wohler, wenn sie zu mir kommt. Da können wir auch Kaffee trinken.“

Beruflich seien ihre Ängste aber kein Problem, erklärt Frau S. Sie arbeite als freiberufliche Übersetzerin überwiegend zu Hause am Computer. Und wenn sie es wirklich nicht vermeiden könne aus dem Haus zu gehen, zum Beispiel zu Besprechungen mit Kunden, habe sie ihre Rescue-Tropfen dabei, die ihr Heilpraktiker ihr empfohlen habe. Außerdem habe ihr Arzt ihr „noch was Richtiges“ verschrieben. Dieses Medikament nehme sie aber „nur im äußersten Notfall“.

10.5.1 Therapeutische Ansätze

Das Erfolg versprechendste therapeutische Vorgehen bei Angststörungen mit klar erkennbarem Auslöser ist die sogenannte **Reizüberflutung mit Reaktionsverhinderung** aus der Verhaltenstherapie (siehe Kap.6.3.6). Bei Angstpatienten geht es vor allem darum, dass sie lernen müssen, sich in die von ihnen so gefürchteten Situationen zu begeben und diese auszuhalten. Ohne diese Art der Konfrontation werden sie nicht merken können, dass Fahrstuhlfahren nicht gefährlich ist und dass sie keineswegs ohnmächtig werden, wenn sie allein in den Supermarkt gehen.

Die eigentliche Konfrontation sollten Sie dabei ausgebildeten Verhaltenstherapeuten überlassen. Ihre Aufgabe liegt darin, Ihren Klienten bei seinem Vorhaben zu unterstützen, ihm Mut zu machen, ihn für Erfolge zu loben und auch zwischen ihm und seiner Familie zu vermitteln. Oftmals ist es nämlich so, dass Angehörige dem Angstpatienten alles Mögliche abnehmen. Er kann aufgrund seiner Angst womöglich nicht mehr Auto fahren oder an offenem Feuer vorbeigehen, sodass die Familie nirgendwo mehr hinfährt und auch nicht mehr zum Osterfeuer oder zum Grillen geht.

Solche Unterstützung ist zwar in der Regel fürsorglich gemeint, hindert aber den ängstlichen Menschen daran, neue, gegenteilige Erfahrungen mit der angstbesetzten Situation zu sammeln. Es ist also sinnvoll, nicht nur dem Klienten, sondern auch den Angehörigen diese Zusammenhänge zu erläutern und mit ihnen gemeinsam die **Vermeidungsstrategien** des Patienten selber, aber auch seiner Umgebung zu entlarven und schrittweise zu überwinden.

Systemische Sichtweise

Bedenken Sie dabei immer, dass die ängstliche Unselbstständigkeit des Betroffenen auch eine bestimmte **Rolle im System der Familie** gespielt haben kann: Der bisher helfende Angehörige könnte also beispielsweise eine ihm wichtige Aufgabe oder seine zentrale Bedeutung für den Angstpatienten verlieren, wenn dieser alles wieder selbst erledigen kann. Aus diesen und ähnlichen Gründen kann es passieren, dass Angehörige der Veränderung **Widerstände** entgegensetzen.

Es gilt also, für alle Beteiligten **neue Rollen** zu finden, mit denen sie sich wohlfühlen. Hierbei kann beispielsweise dem bisherigen Helfer als neues Ziel vermittelt werden, dass er dem Klienten dabei hilft, selbstständig zu werden. Damit wird er in gewissem Sinne zum Assistenten des Therapeuten. Seine Aufgabe besteht nun darin, den Patienten bei verschiedenen Aufgaben zwar zu begleiten, ihm aber nicht mehr zu helfen, sondern dafür zu sorgen, dass er die gestellten Aufgaben erfüllt und sie nicht, wie er es gewohnt war, vermeidet.

Lösungsorientierte Herangehensweise

Auch bei Ängsten kann man lösungsorientiert arbeiten. Und auch dann steht in vielen Fällen die Konfrontation des Angstpatienten mit der angstauslösenden Situation an. Allerdings stellt man dem Klienten in der lösungsorientierten Therapie üblicherweise keinen Therapeuten zur Seite, wenn er sich in diese Situation begibt, sondern er muss es allein tun. Dahinter steht der Gedanke, dass ein ängstlicher Mensch allein aus der Anwesenheit eines Therapeuten folgern könnte, dass die Situation eben doch gefährlich und seine Angst berechtigt ist. Zentral ist in der lösungsorientierten Angsttherapie der Satz „Vermeide das Vermeiden“, was sich mit dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen deckt.

Symptomprovokation

Die Symptomprovokation arbeitet mit der Aufforderung, dass der Klient das Symptom, das er fürchtet, vorsätzlich herbeiführen soll. Dies ruft ein Phänomen hervor, das Sie wahrscheinlich unter dem Begriff „Vorführeffekt“ kennen. Wenn ein Klient beispielsweise in Fahrstühlen solche Angst bekommt, dass er zu hyperventilieren beginnt

und meint, ohnmächtig zu werden, dann geht der Therapeut mit ihm zu einem Fahrstuhl und fordert ihn auf, genau diese Symptomatik zu entwickeln. In den meisten Fällen wird das nicht klappen, da sich die Angst vor dem Eintreten der befürchteten Ohnmacht schon von allein reduziert.

Grundsätzlich sind drei Reaktionen auf die Symptomprovokation möglich:

- Der Klient befolgt die Aufforderung nicht oder
- er befolgt sie, kann das befürchtete Symptom aber nicht provozieren, oder
- er befolgt sie und das befürchtete Symptom tritt wider Erwarten ein.

In jedem Falle ergibt sich aber eine **Veränderung des Symptomempfindens**. Indem ihm bewusst wird, dass er als Handelnder an der Symptomentstehung beteiligt ist, erhält er die Option, sein Verhalten zu verändern. Der Klient hört auf, Opfer des Symptoms zu sein und wird Bestandteil des symptom erzeugenden Systems. Auf diese Art und Weise bekommt er einen Teil seiner Autonomie und somit Kontrolle über die vermeintlich unkontrollierbare Situation zurück: „Was ich tun kann, kann ich auch sein lassen.“

Vorgehen im Fallbeispiel

Bei dieser Klientin stand zunächst eine Klärung ihrer Ziele an, da wir den Eindruck hatten, sie habe sich mit ihrer seit immerhin zehn Jahren bestehenden Angststörung mittlerweile ganz gut arrangiert und sich ihr Leben danach eingerichtet. Somit war die **Therapiemotivation** fraglich. Tatsächlich kam sie vor allem auf Drängen der Freundin sowie ihrer Mutter zu uns. Über sich selbst sagte sie, dass nur das Gefühl, sich nicht unter Kontrolle zu haben, sie störe. Alles andere belaste sie nicht sehr. Der letzte schlimme Panikanfall war zum Zeitpunkt der Therapie bereits mehr als drei Jahre her.

In einem **ressourcenorientierten Gespräch** stellte sich heraus, dass die Annahme, sie habe sich nicht unter Kontrolle, nicht zutraf. Sie war ja sehr wohl in der Lage, ihr Leben trotz der Panikstörung erfolgreich und für sie befriedigend zu organisieren. Sie ging arbeiten, traf sich mit einer Freundin und hatte sich ein schönes Zuhause eingerichtet, in dem sie sich wohlfühlte. Wenn es sein musste – etwa um zu Auftraggebern zu kommen oder auch am Tag des Gesprächs – war die

Klientin seit mehr als drei Jahren in der Lage, ohne Panikanfall aus dem Haus zu gehen. Wir konzentrierten das Gespräch daher auf die Frage, wie sie das geschafft hatte. Somit standen ihre **Erfolge** im Zentrum der Therapie.

10.6 Zwangsstörungen

Bei den Zwangsstörungen handelt es sich in gewisser Weise auch um Angsterkrankungen (Symptomatik siehe Kap.2.8.2). Wenn die Zwangshandlungen (z.B. zigfaches Händewaschen, Pflastersteine zählen, Kontrollieren, ob der Herd ausgeschaltet ist) nicht ausgeführt werden, entstehen massive Ängste. Diese Ängste drehen sich in der Regel um die möglichen – aber objektiv betrachtet sehr unwahrscheinlichen – Folgen, die aufgrund der nicht ausgeführten Zwangshandlung entstehen könnten. Dabei haben die Befürchtungen vor allem die **Schädigung anderer durch das Verschulden des Zwangserkrankten** zum Gegenstand.

Oftmals droht den Betroffenen der Verlust ihres Arbeitsplatzes, z.B. weil sie morgens durch die vielen Kontrollrituale immer wieder zu spät kommen oder weil sie nur eingeschränkt einsatzfähig sind. Jemand mit einer Bakterienphobie und einem damit in Zusammenhang stehenden Waschzwang kann in den meisten Berufen kaum mehr bei voller Leistungsfähigkeit arbeiten. Einzelne Menschen berichten davon, dass sie mehrere Stunden brauchen, bis sie ihr Haus, ihre Wohnung oder ihr Auto verlassen können, oder sie müssen durch die ganze Stadt nach Hause fahren, um noch einmal nachzuschauen, ob die Fenster auch wirklich geschlossen sind.

Fallbeispiel

Der 36-jährige Markus P. kommt mit seiner Lebensgefährtin Franziska M. in die Beratung. Herr P. erzählt, er leide seit Jahren an einer Zwangsstörung. Wann immer er seine Wohnung verlassen wolle, müsse er zunächst alle möglichen Gefahrenquellen ausschalten. Er kontrolliere, ob noch irgendwo Kerzen brennen, ob der Herd ausgeschaltet sei und ziehe zur Sicherheit die Stecker aller Elektrogeräte aus der Steckdose. Dann schließe er die Tür sorgfältig ab und kontrolliere mehrfach, ob sie wirklich zu sei. Teilweise falle ihm auf dem Weg zur Arbeit noch etwas ein, das er nicht kontrolliert habe, oder er sei plötzlich unsicher, „ob die eine Kerze auch wirklich aus ist“.

Dann drehe er um und fahre zurück nach Hause, um ganz sicher zu gehen. „Stellen Sie sich vor, ich lasse eine Kerze brennen, und dann brennt das Haus ab. Da wohnen Familien mit kleinen Kindern!“ Mittlerweile kosten die regelmäßigen Kontrollrituale Herrn P. so viel Zeit, dass er bereits um 4.30 Uhr aufstehen muss, um pünktlich um 7.00 Uhr seine Wohnung verlassen zu können. Dennoch komme er regelmäßig zu spät zur Arbeit, weil er noch etwas zu kontrollieren vergessen hatte. Vor einer Woche habe er wegen seiner ständigen Unpünktlichkeit bereits eine Abmahnung von seinem Arbeitgeber bekommen.

Frau M., die bis zu diesem Zeitpunkt nur zugehört hat, schaltet sich nun auch ein. Wenn er so weiter mache, bekäme er von ihr demnächst auch eine Abmahnung, schimpft sie. Sie lebe zwar mit ihrem vierjährigen Sohn (er stammt aus einer früheren Beziehung) in einer eigenen Wohnung, aber auch auf die Entfernung mache sie das Verhalten des Klienten noch wahnsinnig. „Der kontrolliert ja auch bei mir! Teilweise, wenn er bei uns übernachtet, dreht er uns morgens die Sicherung raus, damit unsere Wohnung nicht möglicherweise abbrennt!“

Sie habe ihn mehrfach gebeten, wenigstens bei ihr damit aufzuhören, weil sein Verhalten auch ihre Tagesplanung durcheinander bringe. Jedes Mal verspreche er, sich zu bessern. „Aber er hat sich einfach nicht im Griff. Und das ärgert mich.“ Mittlerweile habe ihr kleiner Sohn schon Angst vor ihrem Lebensgefährten, weil der sich „so komisch“ benimmt. Herr P. wirft an dieser Stelle ein, dass ihm das wirklich wahnsinnig leidtue. Aber er könne einfach nicht anders, er müsse diese Vorsichtsmaßnahmen treffen. „Wenn ich es nicht tue, wird die Angst immer größer, und ich drehe bei der Arbeit fast durch!“

Frau M. habe in den drei Jahren der Beziehung schon alles Mögliche versucht. Anfangs sei sie verständnisvoll gewesen, habe versucht, ihn zu beruhigen, später habe sie mit ihm argumentiert und gestritten und ihm im vergangenen Jahr auch schon mehrfach mit Trennung gedroht, doch er wolle sich einfach nicht ändern. Sie jedenfalls mache das nicht mehr länger mit. Wenn er sich unbedingt aufführen wolle wie ein Irrer, solle er das ohne sie tun. Schließlich habe er ja keinen Grund, so einen Zirkus zu veranstalten. Immerhin sei noch nie etwas passiert. „Aber vielleicht glaubt er ja, ich könne nicht selbst auf mich und mein Kind aufpassen!“

10.6.1 Therapeutische Ansätze

Die Therapie von Zwangsstörungen gilt als schwierig. Die besten Erfolge auch über längere Zeiträume zeigt hier eine Kombination von einem auf den Serotoninhaushalt wirkenden **Antidepressivum** mit **Psychotherapie**. Der alleinige Einsatz von Antidepressiva oder Psychotherapie ist deutlich weniger erfolgreich. Die Verhaltenstherapie ist dabei den psychodynamisch orientierten Therapieformen überlegen und somit das Verfahren der Wahl.

Auch hier werden die Zwangspatienten nach ausführlicher Information und Aufklärung über die krankheitsverursachenden und -aufrechterhaltenden Mechanismen angewiesen, in einer angstausslösenden Situation auszuhalten, ohne die angstreduzierende Zwangshandlung auszuführen. Wie anderen Angstpatienten soll Ihnen gezeigt werden, dass sich die Angst nicht bis ins Unermessliche steigert, sondern nach einem raschen Anstieg irgendwann automatisch wieder nachlässt. Diese **Expositionsübungen** sollten wiederum ausschließlich von dafür ausgebildeten Verhaltenstherapeuten durchgeführt werden.

Natürlich erfolgen auch diese therapeutischen Maßnahmen immer auf freiwilliger Grundlage. Dennoch sind sie für Zwangspatienten besonders bedrohlich, da sie bei Nichtausführung der Zwangshandlungen schlimme Konsequenzen nicht nur für sich, sondern auch für Unbeteiligte befürchten. Daher wird die Situation, in denen der Patient normalerweise die Zwangshandlung ausführen würde, gemeinsam mit einem Therapeuten oder einer sonstigen **geschulten Begleitperson** aufgesucht.

Will der Patient in der Situation eine Zwangshandlung ausführen, um die Angst zu reduzieren, wird dies durch den Therapeuten verhindert. Der Patient, der dadurch gedanklich und emotional stark mit seinen Ängsten konfrontiert wird, macht durch dieses Vorgehen die Erfahrung, dass dies zwar unangenehm ist, dass aber im Verlauf der Exposition ein **Nachlassen der Angst** zu verzeichnen ist. Zudem erfährt er so, dass die befürchteten Folgen trotz des Nichtausführens der Handlung nicht eintreten.

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass es sich hierbei um eine wirksame Methode zur Reduktion von Zwängen handelt. Allerdings sind auf Seiten der Patienten eine hohe Motivation sowie ein gewisser Mut Voraussetzung, um sich auf die-

ses Therapieverfahren einzulassen. Dann ist aber häufig eine nachhaltige Verbesserung und durch regelmäßige Nachkontrollen sowie gegebenenfalls eine Auffrischung der Expositionstherapie auch eine langfristige **Beschwerdefreiheit** möglich.

Andere Studien zeigten, dass besonders die Kombination einer solchen verhaltensorientierten Konfrontationsbehandlung mit **kognitiven Verfahren** sinnvoll sein kann. Hier werden die gedanklichen Verzerrungen und die Fehleinschätzungen in Bezug auf die Wirkung der Zwangshandlungen therapeutisch bearbeitet.

Das ausschließliche Unterbinden der Ausführung von Zwangshandlungen genügt jedoch nicht. Vielmehr soll der Patient durch die Fähigkeit, für die Auslösung der Zwangshandlung relevante **Schlüsselreize identifizieren** zu können, in die Lage versetzt werden, Stück für Stück die Kontrolle über das eigene Verhalten zurückzugewinnen. Das im Laufe der Zeit automatisierte Verhalten soll so wieder steuerbar werden. Auch dies kann Inhalt der kognitiven Therapie sein.

Vorgehen im Fallbeispiel

Eine mögliche Strategie bei der Arbeit mit Zwangspatienten ist folgende Art von **Symptomverschreibung** (siehe Kap.6.2.6): Der Patient darf seine Zwangshandlung durchführen, so oft er dies will; allerdings mit der Einschränkung, dass er sie jedes Mal zehnmal wiederholen soll – nicht neun- oder elfmal, sondern genau zehnmal. Bei einigen Patienten können Sie damit Erfolg haben, andere haben so komplexe Zwangsstörungen, wie z.B. 4 oder 16 oder 64 Wiederholungen in bestimmten rituellen Reihenfolgen, dass die Überweisung des Patienten in psychiatrische oder verhaltenstherapeutische Behandlung empfehlenswert ist. Hier erfolgt unter anderem eine medikamentöse Therapie.

In der begleitenden Beratung können Sie sich nach der im Vordergrund stehenden Problematik richten und dann auf dieser Grundlage **lösungs- und ressourcenorientiert** arbeiten. Wie Sie im obigen Fallbeispiel sehen, sind auch bei dieser Störung die Angehörigen beratungsbedürftig. Sie können also je nach Schwerpunkt der Problematik eine Paarberatung durchführen, die Kommunikation in einer Familie wieder verbessern, zwischen dem Erkrankten und einem verärgerten Chef vermitteln oder den Klienten zu einer verhaltenstherapeutischen Therapie ermutigen und ihn darin unterstützen.

In diesem Fall haben wir uns auf die Beratung des Paares konzentriert, das kurz vor einer Trennung stand. Dabei standen die **Aufklärung und Information** der Lebensgefährtin von Herrn P. im Vordergrund. Dadurch wurde erreicht, dass sie die Zwangserkrankung tatsächlich als Krankheit akzeptierte, anstatt sie als Willensschwäche und die Rückfälle ihres Partner als gegen sich gerichtet zu interpretieren. Parallel dazu begann Herr P. eine Verhaltenstherapie und bekam unterstützend ein Antidepressivum. Diese Kombination von Maßnahmen führte zu einer stetigen Verbesserung der angespannten Situation. Herr P. informierte auch seinen **Arbeitgeber** über die Erkrankung und die begonnene Therapie und behielt so seinen Arbeitsplatz.

10.7 Schizophrenien

Fallbeispiel

Armin M. kommt nach mehreren Psychiatrieaufenthalten mit seiner Freundin Melanie K. mit dem Wunsch nach einer begleitenden Beratung in die Praxis. Ungefähr einmal jährlich bekomme er „seine Macke“, wie er es beschreibt. Zu Beginn einer solchen Phase sei er vor allem antriebslos, könne sich nicht motivieren, morgens zur Arbeit zu gehen und liege nur noch im Bett, erzählt er. Seine Freundin fügt hinzu, sie könne dann machen, was sie wolle, er sei zu nichts zu bewegen, gehe nicht einmal unter die Dusche. Außerdem sei er dann immer „so komisch, als wenn er gar keinen Anteil mehr am Leben nimmt“.

Wenn diese Phase irgendwann vorbei sei, werde es noch schlimmer. „Ich fange dann an, komische Dinge zu sehen oder Stimmen zu hören. Beim letzten Mal habe ich immer unsere Nachbarn gehört, die über uns redeten. Ich war fest davon überzeugt, dass sie auch unsere Gespräche abhören, indem Sie mit einem Glas an der Wand lauschen.“ Zudem habe Essen dann oft einen unangenehmen, metallischen Beigeschmack. Er traue sich in solchen Phasen gar nicht mehr, etwas zu sich zu nehmen, aus Angst, es könnte vergiftet sein.

Herr M. sei jedes Mal für Wochen bis Monate außer Gefecht gesetzt, die letzten vier Male habe er bei jedem „Anfall“ in die Klinik gemusst. Vom dortigen Psychiater habe er Medizin (Leponex) bekommen, die er nehme, bis es ihm wieder gut gehe. Eigentlich solle er das Medikament dauerhaft

nehmen, aber er habe beschlossen, es abzusetzen, da er „Probleme mit dem Kreislauf“ bekommen habe. Außerdem habe er Angst, von dem Medikament abhängig zu werden.

Manchmal habe sie in dieser Zeit richtiggehend Angst vor ihm, gibt Frau K., die seit sechs Jahren mit ihm zusammenlebt, zu. Sie wisse nie, wie sie mit ihm umgehen solle. Vor zwei Jahren sei er auf einmal davon überzeugt gewesen, sie würde versuchen, ihn umzubringen, indem sie ihm Gift ins Essen mische. Ein anderes Mal habe er den gemeinsamen Goldhamster aus dem Fenster auf die Straße geworfen, weil er sicher war, dass dieser von dunklen Mächten besessen sei. „Du bist mir wirklich unheimlich, wenn du so bist“, sagt seine Freundin zu ihm.

Beim letzten Mal sei sie schon zu ihrer Mutter geflüchtet. Als sie nach drei Tagen ein paar Sachen habe holen wollen, sei er mit dem Messer auf sie losgegangen, weil er eine Ratte auf ihrer Schulter gesehen habe, die ihr in den Hals habe beißen wollen. „Ich werde selber noch ganz verrückt vor Angst! Wer weiß, ob du mich nicht irgendwann mal mit einem der Außerirdischen aus deinen Hirnspinnen verwechselst?“

Ihm sei das Ganze furchtbar peinlich, gesteht Herr M. Er liebe seine Freundin und habe Angst, sie durch „diese Sache“ zu verlieren oder ihr sogar ernsthaften Schaden zuzufügen. Beide möchten vor allem wissen, woran sie erkennen können, dass es wieder „soweit ist“ und wie sie dann weiter vorgehen können. Das ist besonders wichtig für Frau K., die sich „nicht vor dem eigenen Freund fürchten müssen“ möchte.

wie der Schizophrenie stammt aus der Lebensgeschichte von Milton H. Erickson. Als junger Professor arbeitete er in einer psychiatrischen Klinik, in der ein junger, schizophrener Mann lebte, der sich für Jesus hielt. Er kleidete sich in einen weißen Umhang und missionierte die anderen Patienten. Eines Tages ging Milton Erickson auf den Mann zu und sagte: „Ich habe gehört, Sie haben Erfahrung als Zimmermann.“ Der Mann konnte das nicht abstreiten, schließlich war Jesus tatsächlich Zimmermann gewesen. Erickson setzte ihn daraufhin in der Klinikwerkstatt ein und ließ ihn dort handwerkliche Tätigkeiten ausführen, woraufhin sich die Symptomatik des Mannes deutlich verbesserte.

Therapeutischer Hintergrund war der klinische Erfahrungswert, dass die Symptome einer Schizophrenie sich bessern, wenn der Betroffene einer Tätigkeit nachgehen kann. Die meisten Schizophreniepatienten sind während eines Klinikaufenthaltes jedoch kaum zum Arbeiten zu bewegen.

Warnsymptome erkennen

Sie können helfen, indem Sie mit dem Klienten und seiner Familie ein Früherkennungssystem für das Auftreten eines erneuten Schubs erarbeiten. Was waren bisher frühe Symptome, an denen man hätte merken können, dass eventuell wieder eine schizophrene Episode droht? Woran hat der Klient selbst es gemerkt, woran seine Familie? Wie kann man die Früherkennung verbessern? Und vor allem: Was ist zu tun, wenn ein erneuter Schub befürchtet werden muss? Erstellen Sie für diese Situation einen Notfallplan, den jeder in der Familie kennt.

Expressed Emotions

Wiederum sind Regeln für die Kommunikation und den familiären Umgang günstig. Die Forschung zu den sogenannten „Expressed Emotions“, also zu gezeigten oder ausgedrückten Gefühlen, hat ergeben, dass Familien mit einem hohen Anteil gezeigter Emotionen (HEE-Familien), die sehr leidenschaftlich miteinander umgehen, die ebenso emotional miteinander streiten wie sie sich wieder versöhnen, für Schizophreniepatienten ungünstig sind. Man weiß noch nicht, warum das so ist, dennoch lässt sich damit arbeiten. Vielleicht kann die Familie Ihres Klienten, falls sich herausstellt, dass sie zu den HEE-Familien gehört,

10.7.1 Therapeutische Ansätze

Bei der begleitenden Behandlung von schizophrenen Patienten steht wieder die **Aufklärung** im Vordergrund. Hier geht es vor allem darum, zu vermitteln, dass die vom Psychiater verschriebenen Medikamente (Neuroleptika) unbedingt über den verschriebenen Zeitraum einzunehmen sind. Bei Schizophrenie beugen die **Neuroleptika** einem erneuten Schub vor und erhalten dem Betroffenen so seine soziale und berufliche Integration, die bei vielen schizophrenen Episoden auf Dauer gefährdet wäre. Neuroleptika haben jedoch Nebenwirkungen und werden daher nach dem Abklingen der Symptome oft eigenmächtig und verfrüht abgesetzt.

Ein schönes Beispiel für **kreative Therapieansätze** auch bei so schwerwiegenden Störungen

es im Umgang mit dem Schizophreniepatienten ein bisschen ruhiger angehen lassen, wenn ihnen bewusst ist, dass ihm der emotionsgeladene Umgang schadet.

Der Umgang mit Wahnsymptomen

Und zuletzt ist der Umgang mit möglicherweise auftretenden Wahnsymptomen von Bedeutung. Wahn kann, auch wenn es noch so merkwürdig klingt, nicht diskutiert werden. Das bedeutet, dass Sie einem Menschen mit Wahnvorstellungen oder -wahrnehmungen nicht begreiflich machen oder gar beweisen können, dass er sich täuscht. Der Betroffene glaubt nicht, dass ihm die Nachrichtensprecherin geheime Botschaften übermittelt, er weiß es. Wenn jetzt jemand versucht, ihm das Gegenteil zu beweisen, wird er sich veralbert fühlen.

Meistens ist er sicher, dass auch andere das sehen, was er sieht, es ihm aber aus irgendwelchen Gründen nicht sagen wollen, womöglich, um ihn in den Wahnsinn zu treiben. Bei dieser Form, dem sogenannten **Erklärungswahn**, sucht der Schizophrene nach logischen Erklärungen dafür, dass er Dinge wahrnimmt, deren Existenz andere abstreiten, und bezieht so nahe stehende Personen in sein Wahnsystem mit ein. Erst nach dem Abklingen der Symptomatik wird er wieder in der Lage sein, die Dinge, die er gesehen oder gehört hat, als krankheitsbedingte Einbildungen zu begreifen.

Vermitteln Sie daher vor allem den Angehörigen, dass Wahn nicht beweispflichtig ist und somit auch nicht widerlegt werden kann. Sie können noch so gute Gründe oder stichhaltige Beweise dafür vorbringen, dass das, was derjenige sieht, nicht real ist, er wird es ihnen nicht glauben. Niemals. Eher wird er denken, dass sich alle gegen ihn verschworen haben, was die Symptomatik noch verschlimmern könnte. Daher: Keine Diskussionen über Wahnsymptome.

Natürlich macht wahnhaftes Verhalten den anderen Familienmitgliedern **Angst**. Es ist unheimlich, wenn jemand offensichtlich Dinge hört, sieht oder denkt, die nicht der Realität entsprechen. Und die Hoffnung, er könne das doch nicht wirklich denken und man müsse doch vernünftig mit ihm darüber reden können, bleibt meist noch lange erhalten. Auch über diese Ängste und die Hoffnung sollte in der Beratung gesprochen werden.

10.7.2 Vorgehen im Fallbeispiel

Hier stand für uns die **Aufklärung** über die Wirkungsweise der Neuroleptika im Vordergrund. Durch sein eigenmächtiges Absetzen aufgrund der Nebenwirkungen riskierte der Patient immer wieder einen Rückfall. Nachdem ihm dieser Zusammenhang bewusst geworden war, besprach er mit seinem behandelnden Psychiater die Verschreibung eines anderen Neuroleptikums, das er besser vertrug und in der Folgezeit auch dauerhaft einnahm.

Weiterhin kamen wir dem Wunsch seiner Lebensgefährtin nach, indem wir mit dem Paar typische **Frühsymptome** einer schizophrenen Episode durchgingen und diejenigen markierten, die bei Herrn M. in der Vergangenheit vorgekommen waren. Diese wurden in einem zweiten Schritt unterteilt in beobachtbare (Bsp. „duscht nicht“) und nicht beobachtbare (Bsp. „fühlt sich erschöpft“) Anzeichen. Die Liste mit den beobachtbaren Anzeichen bekam Frau K., die andere Liste Herr M.

Sie trafen die Vereinbarung, dass Herr M. sich beim ersten Verdacht, es könne wieder soweit sein, vorsichtshalber von einem Psychiater untersuchen lassen und bei einem tatsächlichen neuen Schub umgehend in therapeutische **Behandlung** begeben würde. Für Frau K. und auch für den Patienten selber bedeutete diese Vorgehensweise eine große Entlastung. Ansonsten wirkte die Beziehung durchaus intakt, was auch von beiden Klienten bestätigt wurde, sodass hier keinerlei paartherapeutische Intervention notwendig war.

10.8 Persönlichkeitsstörungen

Wenn man Symptomenschilderungen von Persönlichkeitsstörungen liest (siehe Kap.1.2.5, 2.2), erkennt man sich typischerweise in einigen davon wieder. Man denkt dann, man habe auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder sei beispielsweise ein ängstlich-abhängiger Persönlichkeitstypus. Schon daran können Sie erkennen, wie schmal die Grenze zwischen einer normalen und einer gestörten Persönlichkeit sein muss. Normale Eigenschaften und Persönlichkeitsstörungen lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen. Man kann auf vielfältige Art und Weise ungewöhnlich sein und sich von anderen abheben, ohne als persönlichkeitsgestört zu gelten. Alle diese Eigenarten sind durch unsere Individualität gerechtfertigt.

Der Begriff Persönlichkeitsstörung dient heute als neutraler Oberbegriff für alle behandlungsbedürftigen Abweichungen in der Entwicklung oder Ausprägung der Persönlichkeit eines Menschen. Was Persönlichkeitsstörungen aber genau sind, ist nicht ganz so leicht zu definieren, denn wo hören charakterliche Eigenheiten auf und wo fangen Persönlichkeitsstörungen an? Wie bereits in Kap.1.2 beschrieben, gibt es in diesem Bereich keine scharfen Grenzen. Vielmehr muss bei der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen immer eine Gewichtung vorgenommen werden.

Definition Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche soziale und persönliche Lebenslagen zeigen. Sie gehen meist mit persönlichem Leiden und gestörten sozialen Funktionen einher. Einige dieser Krankheitsbilder und Verhaltensmuster entstehen schon sehr früh in der Entwicklung, andere werden erst im Erwachsenenalter erworben. Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsänderungen können anderen psychischen Störungen sowohl voraus- als auch mit ihnen einhergehen.

Von Persönlichkeitsstörung spricht man also dann, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch eine starke Ausprägung bestimmter Eigenschaften so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte **Leidenszustände** oder **Konflikte** ergeben. Die Symptome der Persönlichkeitsstörungen ähneln denen anderer psychischer Störungen, nur dass sie tief greifender in die Persönlichkeit integriert sind.

Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen können sich von ihrer Symptomatik abgrenzen. Sie erleben sie als untypisch für sich oder auch als **ich-dyston**, also nicht zur eigenen Persönlichkeit passend. Persönlichkeitsgestörte hingegen empfinden die Symptome als **ich-synton**, also als untrennbar zur eigenen Persönlichkeit gehörend und zu ihr passend.

Der Übergang vom Persönlichkeitsstil zur Persönlichkeitsstörung ist fließend. Was bis zu einem gewissen Grad noch eine normale Persönlichkeitseigenschaft sein kann, entwickelt sich möglicherweise im Laufe der Jahre zu einer Störung. Vergleichbares gibt es übrigens auch in der Medizin, und zwar bei der Arteriosklerose. Bei diesem Krankheitsbild beobachtet man eine langsame Zuspitzung bereits bekannter und insbesondere negativer Persönlichkeitszüge der Betroffenen.

Wenn jemand sein Leben lang sparsam war, wird er durch die Arteriosklerose geizig, wer immer schon besonders vorsichtig war, wird nun möglicherweise misstrauisch sein. Ähnlich können auch Persönlichkeitsstile im Laufe der Zeit immer häufiger zutage treten, bis sie irgendwann von den ursprünglich auslösenden Faktoren unabhängig sind und dauerhaft bestehen. Sie sind dann stabil und situativ unangepasst und erfüllen somit die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung.

10.8.1 Therapeutische Ansätze

Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gibt es heute viele, auch störungsspezifische Therapiekonzepte. Zudem setzt man neben der reinen Psychotherapie oftmals unterstützend Psychopharmaka ein. Eine störungsspezifische und auf das individuelle Störungsmuster des Patienten ausgelegte Therapie umfasst in der Regel längere Zeiträume, und oftmals dauert sie leider länger, als für eine durchschnittliche Psychotherapie vorgesehen ist. Es geht schließlich um die dauerhafte Umgestaltung von Eigenschaften im Bereich des Erlebens, Befindens und sozialen Verhaltens, die über ein ganzes Leben hinweg erworben und eingeübt wurden.

Dialektisch behaviorale Therapie: Ein Beispiel für ein störungsspezifisches Konzept ist die bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung angewandte dialektisch behaviorale Therapie. Dabei handelt es sich um eine verhaltenstherapeutische, überwiegend in Kliniken angewandte Therapie-technik, in der die Patienten unter anderem angeleitet werden, ihre negativen Gefühle zu erkennen und mit ihnen angemessen umzugehen, soziale Kompetenzen zu trainieren und anzuwenden und neue Strategien zum Umgang mit Stress zu erwerben. Auch meditative Elemente und Entspannungstechniken werden in den Therapieablauf integriert. In der Therapie herrscht eine klare Regelung: Selbstschädigung hat Vorrang vor allen anderen Problemen.

Vorgehen bei ängstlichen Persönlichkeitsstörungen: Bei einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung sollen die Betroffenen durch Training sozialer Kompetenzen sowie durch kontinuierliche Stärkung der prosozialen Autonomie lernen, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. In der Therapie werden dabei verschiedene Techniken wie ge-

zielte Hilfestellungen, Verhaltensrückmeldungen, Rollenspiele oder Video-Feedback genutzt. Dieses verhaltenstherapeutische Herangehen ist ein-sichtsorientierten Therapieformen überlegen.

Die Therapie ist also tatsächlich aufwendig, so-wohl was die Verfahren als auch was den zeitlichen Rahmen angeht. Dennoch bestehen realistische Aussichten auf Erfolg, und auch ein **lösungsorien-tiertes Vorgehen** oder eine **Krisenintervention** können bereits nach wenigen Sitzungen Erfolge mit sich bringen, vor allem bei akuten Zuspitzun-gen im zwischenmenschlichen Bereich, aus denen ernsthafte soziale Konflikte zu entstehen drohen.

Leidensdruck und damit die Krankheitseinsicht und der Wille zur Veränderung sind bei persö-nlichkeitsgestörten Menschen üblicherweise nicht oder nur wenig ausgeprägt vorhanden. Denken Sie daran, dass Betroffene die auffälligen Persö-nlichkeitszüge als zu ihrer eigenen Persönlichkeit passend, also als ich-synton erleben. Ausnahmen sind hier die Menschen mit Borderline-Persö-nlichkeitsstörung, die oft unter einem immensen Leidensdruck stehen, jedoch aus anderen Gründen nur selten eine längerfristige therapeutische Be-ziehung eingehen.

10.8.2 Verlauf und Prognose

Um fest verankerte Persönlichkeitseigenschaften oder Verhaltensweisen zu verändern, bedarf es also meistens einer sehr langwierigen Therapie. Der Betroffene muss dabei an sich selbst eine Veränderungsnotwendigkeit wahrnehmen und Krankheitseinsicht entwickeln. Dazu gehört zum einen, dass er sich selbst als Teil des Problems er-kennt und nicht jegliche Verantwortung dafür auf sein Umfeld abwälzt. Das bedeutet aber auch, dass ihm bewusst wird, dass das problematische Verhalten nicht unabdinglich zu ihm gehört, son-dern Ausdruck eines Krankheitsbildes ist.

Diese Voraussetzung ist bei vielen Patienten je-doch zunächst nicht erfüllt und muss daher im therapeutischen Prozess erarbeitet werden. Ge-rade die kritischen Verhaltens- und Erlebniswei-sen, die zu den Konflikten mit der Umwelt führen, werden oft als direkt zur eigenen Persönlichkeit gehörend erlebt. Der Betroffene hat also das Ge-fühl: „Ich kann nicht anders, als mich genau so zu verhalten. Ich bin nun mal so.“ Auch deshalb ist es bei den Persönlichkeitsstörungen häufig so, dass das Umfeld unter der Symptomatik mehr leidet, als der Betroffene selbst.

Übung

Bitte überlegen Sie sich einmal, welche Ihrer Eigenschaften Sie als zentral und für sich selbst bedeutsam ansehen. Stellen Sie sich jetzt vor, ihr gesamtes Umfeld oder ein Therapeut würde Ihnen genau diese Eigenschaft ausreden wollen bzw. würde Ihnen eröffnen, dass sie krankhaft seien und verändert werden müssten. Wie würden Sie sich fühlen? Wie wäre Ihre Reaktion? Was würde es Ihnen erleichtern, diese neue Sichtweise anzunehmen?

Drittelregel

In Bezug auf die Lebensbewältigung gilt für Men-schen mit Persönlichkeitsstörungen in etwa die Drittelregel. Bei etwa einem Drittel der Patienten kommt es zu einem **ungünstigen Verlauf** mit mangelnder oder nicht mehr vorhandener Fähig-keit, das eigene Leben angemessen zu gestalten. In solchen Fällen wird leider oft eine lebenslange medizinische und psychotherapeutische Behand-lung notwendig sein.

Ein weiteres Drittel ist immerhin zu einer **kom-promisshaften Lebensbewältigung** unter Beibe-haltung bestimmter Züge der gestörten Persö-nlichkeit in der Lage. Das bedeutet, die Betroffenen können den Alltag weitgehend ohne größere Kon-flikte mit ihrem Umfeld und ohne dauerhafte the-rapeutische Betreuung meistern, weisen aber noch gewisse Symptome auf.

Und bei einem letzten Drittel kann man sogar von einem **günstigen Verlauf** mit deutlichem oder vollständigem Abklingen der Symptomatik und ausreichender Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags ausgehen. Damit entsprechen die Pro-gnosen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen denen von Schizophreniepatienten.

Erfolgsaussichten therapeutischer Intervention

Eine eher gute Prognose haben Menschen mit ei-ner histrionischen, anankastischen, dependenten oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Auch die früher eher pessimistisch beurteilten Borderline-Patienten zählen heute dank störungs-spezifischer Therapiekonzepte zu dieser Gruppe. Weniger günstig sind die Aussichten bei den schi-zoiden, paranoiden und besonders bei den antiso-zialen Persönlichkeitsstörungen.

Die Prognose scheint insgesamt umso besser zu

werden, je eher die Patienten unter der Therapie bereit sind, selbst Verantwortung zu übernehmen, störende Eigenschaften als ich-dyston, also als mit ihrer eigentlichen Wesensart im Grunde nicht vereinbar zu erleben und einen Leidensdruck zuzulassen, den sie sonst durch Fremdbeschuldigungen zu mildern versuchen.

10.8.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Fallbeispiel

Die 42-jährige Monika C. kommt wegen immer wiederkehrender Suizidgedanken in die Praxis. Diese seien wie Zwangsgedanken, sie bekomme die Vorstellung einfach nicht aus ihrem Kopf. Wirkliche Versuche habe sie allerdings noch nie unternommen. Bereits seit knapp 20 Jahren sei bei ihr eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt, die sie aber „insgesamt ziemlich gut im Griff“ habe. Beispielsweise habe sie sich schon seit zwölf Jahren nicht mehr selbst verletzt, erzählt sie stolz. Ihre Suizidgedanken seien seither jedoch immer stärker geworden, sodass sie sich schon frage, ob da möglicherweise ein Zusammenhang bestehe.

Zudem leide sie sehr an ihren starken Stimmungsschwankungen. Sie wisse nie, wie sie sich im nächsten Moment fühlen werde. Von einer Sekunde auf die andere werde sie „so wahnsinnig wütend“. Sie sei in solchen Momenten auch schon handgreiflich geworden, gesteht sie Ihnen beschämt. Viele ihrer Freunde hätten sich deshalb schon von ihr zurückgezogen. Das seien aber sowieso keine richtigen Freunde gewesen, das habe sie durch die Krankheit gemerkt.

Frau C. habe sich schon immer gefürchtet, von allen verlassen zu werden, und so sei es dann ja auch gekommen. „Immerhin habe ich immer Recht gehabt mit meinem Gefühl! Wenn ich schon niemand anderem trauen kann, dann wenigstens mir“, höhnt sie. Sie hoffe sehr, dass sie sich in uns nicht auch täusche, wir seien ihr so sympathisch und sie wolle sich endlich irgendwo geborgen fühlen. Ihr ganzes Leben lang habe sie sich gefühlt, als würde sie „nirgends dazugehören“. „Selbst zu den Borderlinern gehöre ich nicht so richtig, weil ich viel älter bin, als die meisten“, sagt sie.

Zudem habe sie ein „sauschlechtes Selbstbewusstsein“. Sie traue sich generell nicht viel zu und habe auch Angst vor ihren extremen Aggres-

sionen anderen gegenüber. Ihre letzte Arbeitsstelle habe sie wegen eines tätlichen Angriffs auf ihren Vorgesetzten verloren, der sie kritisiert habe. Die Stelle davor habe sie gekündigt, weil ihr Chef sie sexuell belästigt habe. „Solche Leute scheine ich sowieso magisch anzuziehen. Schon mein Vater hat mich angegrabscht, dann zwei Lehrer, und als ich im Schüleraustausch in Frankreich war, hat es der Vater meiner Gastfamilie auch noch versucht.“

Deshalb habe sie auch Schwierigkeiten, einem Partner zu vertrauen. Sie sei „eigentlich ständig“ verliebt, und wenn sie sich verliebe, sei sie jedes Mal sicher, dass sie jetzt „den Mann fürs Leben“ gefunden habe. Doch schon nach kurzer Zeit stelle sich dann heraus, dass der Typ sie entweder betrüge oder verheiratet sei. Sie mache dann immer sofort Schluss, während ihr die Kerle noch wochenlang die Bude einrennen würden.

Inzwischen sei es so weit, dass nur ihre Mutter (74 Jahre) noch Kontakt mit ihr haben wolle. Mit ihr trifft sich Frau C. jeden Samstag, geht mit ihr auf den Markt und danach hilft ihr ihre Mutter beim Putzen in ihrer Wohnung. Allerdings wolle ihre Mutter mit Sicherheit nur ihr schlechtes Gewissen beruhigen, weil sie ihr gegen ihren Vater nie beigestanden habe.

In der Beratungspraxis bedeutet Persönlichkeitsstörung in den allermeisten Fällen Borderline (siehe Kap.2.2.4). Selten kommt einmal jemand mit einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung, die überwältigende Mehrheit kommt mit der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ zu uns. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt mittlerweile häufig auf, die Prävalenz liegt bei etwa 2%. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann, muss aber nicht mit begleitendem selbstverletzendem Verhalten auftreten (siehe Kap.10.9). Oftmals kommen auch nur die Angehörigen, während die Betroffenen selbst aufgrund ihrer krankheitsbedingten Wankelmütigkeit eher unzuverlässig Therapietermine wahrnehmen.

Auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung steht für Sie als Psychologischer Berater oder Heilpraktiker für Psychotherapie die **Aufklärung** im Zentrum der Beratung. Die meisten Eltern und Partner sind extrem verunsichert, wissen fast nichts über diese Krankheit und sind gleichzeitig stark belastet durch das Verhalten des Betroffenen. Danach kommen **Regelungen für den Umgang** mit den jeweils im Vordergrund stehenden

Symptomen. Das können Wutanfälle bis hin zur Gewalttätigkeit, selbstschädigendes Verhalten (Drogenkonsum, Kaufsucht, Promiskuität), Selbstverletzung, Angst vor dem Verlust nahe stehender Menschen, Eifersucht und auch wiederholte Selbstmordandrohungen oder -versuche sein.

! Da es sich um eine schwere Persönlichkeitsstörung handelt, bedarf sie einer professionellen Therapie bei einem erfahrenen Therapeuten. Fehldiagnosen führen zu falschen Therapien.

Die Information, dass es heute wirksame Therapiemöglichkeiten bei einer Borderline-Störung und selbstverletzendem Verhalten gibt, ist wichtig. Dabei sei vor allem die bereits eingeführte dialektisch behaviorale Therapie genannt (siehe Kap.10.8.1). Als tiefenpsychologisch orientiertes Therapieverfahren hat sich außerdem die **übertragungsfokussierte Psychotherapie** etabliert. Im Gegensatz zu anderen tiefenpsychologischen Verfahren ist das Vorgehen hier festgelegt und klar strukturiert. In der Beziehung zum Therapeuten sollen dem Borderline-Patienten seine ungünstigen Beziehungsmuster veranschaulicht werden. Dabei soll er auch seine Abwehrmechanismen erkennen und überwinden, sodass sein bisheriges, dysfunktionales Verhalten durch angemessenere Strategien ersetzt und so verbessert werden kann.

Vorgehen im Fallbeispiel

Da es oftmals lange dauert, bis ein geeigneter Therapieplatz für einen Borderline-Patienten zur Verfügung steht, muss die Zeit bis dahin sinnvoll überbrückt werden. Dies kann zum Beispiel durch eine lösungs- und ressourcenorientierte Therapie, stützende Beratung und Krisenintervention bei akuten Zuspitzungen geschehen.

Bei der oben geschilderten Patientin stand natürlich die Suizidalität im Vordergrund. Wir haben mit ihr deshalb vor allem **ressourcenorientiert** gearbeitet. Wie hat sie es geschafft, sich seit zwölf Jahren nicht mehr selbst zu verletzen? Wie hat sie es geschafft, seit 20 Jahren mit ihrer Borderline-Störung zu leben? Und, da sie ein Ansteigen der Suizidalität seit dem Ende der Selbstverletzung schildert: Wie hat sie seitdem negative Energien abgebaut? Und wie konnte es klappen, dass sie trotz der häufigen Gedanken an Selbstmord noch keinen einzigen Versuch unternommen hat?

Wir haben aus den Antworten auf diese Fragen, die zum Teil auch in die negative Richtung gingen („Ach, ich bin wahrscheinlich einfach zu feige, um mich umzubringen!“) konsequent die positiven Eigenschaften der Klientin wie beispielsweise Durchhaltevermögen, Geduld, Selbstbewusstsein, Willensstärke und auch die Fähigkeit, unerfreuliche Zustände über lange Zeit hinweg auszuhalten, herausgearbeitet. Dadurch bekam sie ein sehr viel **positiveres Bild von sich** und ihren Fähigkeiten, was dazu beitrug, dass sie an Zuversicht gewann, die aktuelle Krise durchstehen zu können.

Dennoch suchten wir mit ihr nach zusätzlichen Strategien, mit denen es ihr in den zwölf Jahren, in denen sie sich nicht selbst verletzt hatte, gelungen war, Stress und Spannungsgefühle abzubauen. Die Klientin fand heraus, dass sie früher in schlechten Phasen häufig Bilder gemalt oder getanzt hatte. Ihr lagen kreative Tätigkeiten sehr, und sie hatte dabei immer ganz gut entspannen und abschalten können. Nur in der Zeit direkt vor der Therapie hatte sie diese Tätigkeiten vernachlässigt. Gründe dafür gab es keine, sie hatte einfach nicht mehr daran gedacht.

Im Anschluss an das erste Gespräch ging sie in die Stadt, um sich Leinwände und Farbe zu besorgen. Seither hat sie diese Hobbys wieder in ihr Leben integriert und stellte fest, dass die Phasen, in denen sie sich wirklich schlecht fühlte und sehr unter Druck stand, langsam weniger wurden. Außerdem hatte sie weniger Angst vor einer erneuten Krise, da sie jetzt wusste, wie sie zur Not damit umgehen und dass sie die Krise, wie alle Krisen der Vergangenheit auch, bewältigen konnte.

Ihre **Schwierigkeiten im sozialen Umgang** mit anderen sowie ihre **Wutausbrüche** wurden in einer **stationären Verhaltenstherapie** bearbeitet, die sie zwei Monate später begann. Auch dort wurde sie für ihre raschen Fortschritte im Erlernen neuer Fertigkeiten sowie für die lange Zeit ohne Selbstverletzung gelobt, was sie uns stolz berichtete. Nach der Therapie in der Klinik bekam sie einen Platz bei einer auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen spezialisierten Therapeutin, die ihre neu erworbenen Fertigkeiten weiterhin mit ihr trainierte und im Fall einer Krise zur Verfügung stand.

10.9 Selbstverletzung

Selbstverletzendes Verhalten ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern tritt begleitend beziehungsweise als Komplikation zu einer anderen Grunderkrankung auf. Vielleicht finden Sie es merkwürdig, dass Selbstverletzung nicht bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit beschrieben wurde. Das selbstverletzende Verhalten tritt jedoch nicht, wie oftmals vermutet wird, ausschließlich bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Auch Menschen mit Depressionen, Schizophrenien, Essstörungen und anderen Persönlichkeitsstörungen können davon betroffen sein.

Merke

Man kann grob davon ausgehen,

- dass sich etwa zwei Drittel der Borderline-Patienten selbst verletzen und
- dass umgekehrt ungefähr zwei Drittel der Menschen, die sich selbst verletzen, an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden.

Die gewollte Schädigung der eigenen Gesundheit und der körperlichen Unversehrtheit erfolgt dabei auf die verschiedensten Arten. Am bekanntesten ist das Ritzen, also das Schneiden in die Haut, klassischerweise an den Unterarmen. Es kommt jedoch auch zu absichtlich herbeigeführten Knochenbrüchen, die Betroffenen kneifen, schlagen oder verbrennen sich, schneiden sich Hautstücke mit der Schere ab, klemmen sich ein oder binden sich Gliedmaßen ab, injizieren sich schädliche Substanzen oder Urin.

Fallbeispiel

Die 26-jährige Monica L. möchte aufgrund einer „Selbstwertproblematik“ behandelt werden. Sie habe mehrmals im Jahr Phasen von mehreren Wochen Dauer, in denen sie Stimmen höre. Sie leide sehr darunter, zumal es die Stimmen ihrer Eltern seien, die ihr sehr verletzende Dinge sagen würden. Die Stimme ihres Vaters sage dabei immer, sie genieße es doch, wenn er sie sexuell berühre, schließlich sei sie eine kleine Lolita, die es geradezu darauf angelegt habe, dass er ihr ver falle. Ihre Mutter beschimpfe sie als „kleine Nutte, die es nicht besser verdient“ habe. „Sie müssen wissen, mein Vater hat mich von meinem vierten bis zu meinem elften Lebensjahr sexuell missbraucht. Meine Mutter hat davon gewusst, aber sie hat mir nie geholfen.“

Inzwischen lebt Frau L. mehr als 600 Kilometer von ihren Eltern entfernt, hat den Kontakt schon vor Jahren komplett abgebrochen. „Aber vor den Stimmen kann ich nicht weglaufen. Ich höre sie so, als wenn sie neben mir stünden. Sie verhöhnen und demütigen mich immer noch!“ Das Schlimme sei, dass sie manchmal denke, ihre Eltern hätten Recht mit ihren Beschuldigungen. Schließlich habe sie sehr an ihrem Vater gehangen und oft mit ihm gekuschelt. Vielleicht musste er das missverstehen. „Und wenn er mich nur so gestreichelt hat, war das manchmal wirklich schön“, fügt sie leise und beschämt hinzu.

Wenn sie die Stimmen höre, halte sie es immer nur wenige Minuten, maximal eine halbe Stunde aus. Dann renne sie unter die Dusche, schrubbe sich von Kopf bis Fuß mit Seife und einer Scheuerbürste ab und spüle sich die Scheide mehrmals mit einem Desinfektionsmittel aus. In den meisten Fällen helfe das ein bisschen, aber irgendwann seien die Stimmen nur noch lauter geworden und lachten die Klientin aus. Das habe dazu geführt, dass sie immer länger geschrubbt habe, bis es schließlich richtig geblutet habe. Erst da habe sie Erleichterung gespürt, und die Stimmen seien verstummt. Seit dieser Erfahrung mache sie das immer.

Inzwischen habe sie das Duschen abgekürzt („Ich werde mich sowieso nie wieder sauber fühlen in meinem Leben.“) und sei dazu übergegangen, sich gleich mit einer Rasierklinge in die Brüste und die Genitalien zu schneiden. Das bringe die Stimmen ihrer Eltern sofort zum Schweigen. „Ich habe dann das Gefühl, dass ich ihm die Gelegenheit nehme, meinen Körper zu zerstören. Lieber tue ich es selbst.“ Natürlich habe sie Angst, sich einmal zu stark zu schneiden, sodass sie in die Notaufnahme muss oder einen Nerv verletzt und dauerhaft schädigt. Dennoch sei es die einzige Fluchtmöglichkeit, die ihr noch geblieben sei.

10.9.1 Therapeutisches Vorgehen

Da es sich bei selbstverletzendem Verhalten um eine Komplikation einer ernst zu nehmenden psychischen Krankheit handelt und da auch, obwohl es sich bei Selbstverletzungen in der Regel nicht um getarnte Suizidversuche handelt, das Risiko besteht, dass aus Versehen zu tief geschnitten wird, sollte die eigentliche Behandlung Spezialisten auf dem Gebiet dieser Störung vorbehalten sein. Die bei der Behandlung von Borderline-Pa-

tienten erfolgreich angewandte **dialektisch behaviorale Therapie** beispielsweise ist ursprünglich für Patienten mit selbstverletzendem Verhalten konzipiert worden und zeigt gute Erfolge bei der Behandlung dieser Störung.

Zentral ist dabei die Vermittlung von anderen, ungefährlichen **Strategien zum Abbau von Stress** und Druck und zur Herbeiführung von Entspannung. So sollen Patienten das Ritzen oder die andere gewählte Art der Selbstverletzung beispielsweise durch das Kauen von Chilischoten, das Unterkühlen der Haut mit Eiswürfeln oder starke Druckreize durch die kräftige Massage mit Igelbällen ersetzen.

Wenn der Selbstverletzung ein auslösendes Ereignis zugrunde liegt, wie dies im obigen Beispiel der Fall ist, kann eine zusätzliche **Traumatherapie** indiziert sein. Auch diese sollte von dafür ausgebildeten Fachleuten durchgeführt werden. Zudem ist es günstig, die Traumatherapie an die dialektisch-behaviorale Therapie anzuschließen oder sie zu einem Zeitpunkt durchzuführen, an dem der betreffende Patient schon ein wenig stabilisiert ist. Denn sonst können durch die Traumatherapie belastende Ereignisse wieder durchlebt und dadurch akute Krisen heraufbeschworen werden, mit denen der Patient womöglich noch nicht umgehen kann. Dann drohen Rückfälle in das selbstverletzende Verhalten oder sogar Suizidversuche (siehe Kap.11.6).

Sie können jedoch als Heilpraktiker für Psychotherapie begleitend und am besten in Absprache mit dem verantwortlichen Psychiater oder Psychologischen Psychotherapeuten trotzdem einiges zur Verbesserung der Lebenssituation eines Betroffenen tun. Da das dem selbstverletzenden Verhalten zugrunde liegende Krankheitsbild verschieden sein kann, sollte sich die (begleitende) Therapie im Wesentlichen an diesem Krankheitsbild orientieren. Zusätzlich hat sich auch in der begleitenden therapeutischen Behandlung von Selbstverletzung ein **lösungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen** als hilfreich erwiesen.

Suche nach Ausnahmen

Sie können beispielsweise mit dem Patienten herausfinden, was ihm in kritischen Situationen in der Vergangenheit, die er ohne sich zu verletzen durchgestanden hat, geholfen hat. Was hat er anders gemacht? Kam vielleicht in dem Moment zufällig jemand vorbei, hat er sich abgelenkt oder

gab es andere Gründe? Solche Ausnahmen müssen herausgefunden und betont werden. Der Klient bekommt die Aufgabe, es bei der nächsten Krise wieder mit dieser Taktik zu versuchen: **Mehr von dem, was funktioniert!**

Diese Suche nach Ausnahmen ist bei Selbstverletzung besonders sinnvoll, da die Betroffenen zunehmend das Gefühl haben, die Kontrolle über ihr Verhalten zu verlieren. Wenn Sie nun Ausnahmen aufzeigen und benennen können, bei denen der Klient die Kontrolle behalten hat, müssen Sie nur noch schauen, was genau in der Ausnahmesituation anders war und Ihrem Klienten aufgeben, das zu wiederholen. So kann er wieder Erfolgserlebnisse haben und darauf aufbauend Stück für Stück **Kontrolle zurückgewinnen**.

Warnzeichen erkennen

Zusätzlich ist es sinnvoll, typische Auslösesituationen und alarmierende Verhaltensweisen herauszuarbeiten. Denn wenn solche Situationen und Alarmsignale ignoriert werden, verselbstständigt sich in den meisten Fällen die Selbstverletzung ab einem bestimmten Punkt. Die Betroffenen sind während dieser ritualisierten Handlung oft schon vor der eigentlichen Selbstverletzung in einer Art **Trancezustand**, und dann können sie nicht mehr zurück. Insofern muss eine Verhaltensänderung vorher ansetzen, zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kontrolle über die folgenden Handlungen noch vorhanden ist.

Vorgehen im Fallbeispiel

In diesem Fall traten bei der Patientin begleitend zur Selbstverletzung Wahnsymptome in Form von akustischen Halluzinationen auf, sodass der begründete Verdacht auf eine dem selbstverletzenden Verhalten zugrunde liegende Psychose bestand. Dazu kamen die unverarbeitete Traumatisierung durch den erlittenen Missbrauch und die damit in Zusammenhang stehenden Schuldgefühle. Außerdem war die selbstverletzende Symptomatik progredient. Die betreffende Klientin überwiesen wir daher mit ihrem Einverständnis umgehend in eine stationäre Therapie.

10.10 Essstörungen

Die überwältigende Kraft, mit der sich das Verhalten von Menschen mit Essstörungen (siehe Kap.2.9.1) als beratungsresistent herausstellt, ist für einen Menschen, der damit nicht vertraut ist, erschütternd. Auch ein Magersüchtiger, der fast schon verhungert ist, findet an seinem Körper noch störendes Fett. Angehörige können und werden Angst um das Leben oder mindestens die Gesundheit ihrer Kinder mit Essstörung bekommen und fördern mit dieser Angst die Aufrechterhaltung der Essstörung.

! Die gesundheitlichen Risiken von Essstörungen sind erheblich, die Konsequenzen teilweise irreversibel, und die schlimmste Komplikation ist der Tod. In vielen Fällen ist eine Klinikeinweisung in eine somatische oder psychosomatische Spezialklinik oder in eine Suchtklinik die einzige Möglichkeit, Menschen mit einer Magersucht überhaupt am Leben zu erhalten.

Als Ursache der Essstörung stellt sich oft eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber allen Dingen, die mit dem Essen zu tun haben, dar: Das Aufessen, den Teller leer essen, unbedingt nur Gesundes essen, die schlanke Linie, Essen als Sündigen, Schlankheit als Schönheitsideal, Körperbildstörungen, Wertlegen auf Äußerlichkeiten sind einige Stichworte in diesem Zusammenhang. Der häufig unter Verdacht stehende sexuelle Missbrauch in der Kindheit dagegen lässt sich als Ursache nur selten bestätigen. Dagegen ist zu beobachten, dass besonders in Familien, die dem Essen viel Aufmerksamkeit schenken, das Essen oder eben Nichtessen ein probates Druckmittel zu sein scheint. In **Abb. 18** ist die gegenseitige Beeinflussung verschiedener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen dargestellt.

10.10.1 Magersucht (Anorexie)

Von der Magersucht (siehe Kap.2.9.1) sind in Deutschland etwa 100.000 Menschen betroffen, davon sind 90% Frauen zwischen 15 und 35 Jahren. Diese prozentuale Aufteilung gilt auch für die anderen Essstörungen: Es sind überwiegend junge Frauen betroffen.

Fallbeispiel

Frank und Carmen M. kommen wegen ihres 15-jährigen Sohnes Tim. Er sei zwar schon seit mehreren Jahren sehr „mäkelig“ mit dem Essen und sei auch immer sehr schlank gewesen, erzählt Frau M. Doch seit einiger Zeit verweigere er das Essen fast komplett. Normalerweise nehme er nur einen Joghurt und Obst zu sich, manchmal noch weniger. Alle bisherigen Versuche, Tim zum Essen zu bringen, seien fehlgeschlagen.

Sie habe doch aber schon alles versucht, erzählt die Klientin. Sie koche ihm sein Lieblingsessen, bringe ihm Brote aufs Zimmer, sie habe ihn gebeten, geweint, geschimpft, gedroht. Er lasse sich einfach nicht überzeugen. „Und mein Mann unterstützt mich auch nicht. Der Junge verhungert noch, wenn er so weitermacht.“ „Wir können ihn aber doch nicht zwingen. Wenn er Hunger hat, wird er schon essen“, erwidert der Vater. Sein Sohn müsse eben fit sein, er sei Leistungssportler. Wenn ein Wettkampf anstehe, sei es doch nur verständlich, dass der Junge nicht mehr Gewicht als nötig mit sich herumschleppen wolle. Und wenn es wirklich so schlimm wäre, wie seine Frau befürchte, könnte Tim bestimmt nicht mehr solche Höchstleistungen in der Leichtathletik vollbringen. Herrn M. gehe vielmehr das ständige „Gezeter“ seiner Frau auf die Nerven. „Lass den Jungen doch einfach mal in Ruhe! Außerdem haben wir noch zwei andere Kinder, die du bemuttern kannst. Von mir mal ganz zu schweigen!“

Frau M. versteht nicht, wie ihr Mann so kalthergig sein könne. Selbst der Hausarzt gebe ihr Recht, dass der Junge unterernährt sei. Natürlich sei es für die beiden anderen Kinder (Christopher, 12, und Katharina, 10 Jahre) manchmal schwierig, dass Tim so im Mittelpunkt stehe. Aber sie könne doch nicht ihr Kind verhungern lassen, rechtfertigt sie sich aufgebracht. Es sei nicht nur für die beiden jüngeren Geschwister manchmal schwierig, dass Tim alle Aufmerksamkeit bekäme, sondern auch für ihn, beschwert sich Herr M. Alles drehe sich nur noch darum, ob der Junge isst oder nicht, wie man ihn dazu kriegen kann, noch einen Löffel Suppe zu nehmen oder was er denn heute vielleicht essen möchte.

Die anderen frage niemand, was sie wollen. „Ich habe eigentlich gar keine Frau mehr, sondern nur noch eine hysterische Glucke, die ihre Kinder nicht in Ruhe lassen kann. Anstatt über unseren Sohn sollten wir vielleicht mal über unsere Ehe sprechen, aber die interessiert dich ja nicht.“ „Das

können wir immer noch machen, wenn wir Tim geholfen haben. Ich weiß gar nicht, warum ich die Einzige bin, die Angst um ihn hat. Immerhin wiegt er inzwischen unter 50 Kilo, und das bei einer Größe von fast 1,70 Metern!“ Frau M. möchte dann noch wissen, ob sie beide Tim gegen seinen Willen beim nächsten Mal mitbringen sollen.

Hier entfaltet sich ein Fall von beginnender oder florider Anorexie, der mit großer Wahrscheinlichkeit in ein Familiensystem eingebunden ist, in dem Aufmerksamkeit über Essensfragen zu erlangen ist. Ein BMI von 17,3 (Gewicht/Körpergröße (m)²: $50 \text{ kg} / 1,70 \text{ m}^2 = 50 / 2,89 = 17,3$) ist für einen 15-jährigen im Bereich des unteren Normalgewichts, aber noch nicht kritisch. Wenn man jedoch bedenkt, dass Tim viel Sport treibt und dass Muskeln ein relativ hohes spezifisches Gewicht haben, dann verändert sich das Verständnis der Situation noch einmal. Tim könnte tatsächlich leicht untergewichtig sein.

Therapeutische Ansätze

In leichten Fällen von Magersucht ist eine **ambulante Therapie** mit Zusammenarbeit von Ärzten, Ernährungsberatern und Psychotherapeuten aus-

reichend. Ziele sind die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der physischen Gesundheit und die Bearbeitung der gestörten Selbstwahrnehmung der Betroffenen. Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann unterstützend von Nutzen sein.

! Bei schweren Fällen von Anorexie kann es notwendig werden, die Patientin oder den Patienten in einer **Klinik** behandeln zu lassen. Die auf Anorexie spezialisierten Kliniken verfolgen in der Regel ähnliche Behandlungskonzepte, wobei es Unterschiede in der therapeutischen Grundhaltung geben kann, die sich dann auch auf die Therapiedurchführung auswirken.

Vordringlichstes Anliegen zu Beginn der Therapie ist eine **Gewichtszunahme**, um körperlichen Folgeschäden möglichst entgegenzuwirken. Insbesondere, wenn das Körpergewicht unter 75% des in dem entsprechenden Alter zu erwartenden Normalgewichts liegt, wenn die körperliche Verfassung bereits – beispielsweise aufgrund von Entgleisungen im Elektrolythaushalt – lebensbedrohlich ist, oder wenn aufgrund der häufig begleitenden depressiven Verstimmung Suizidgefahr (siehe Kap.11.6) besteht, sollte die Behand-

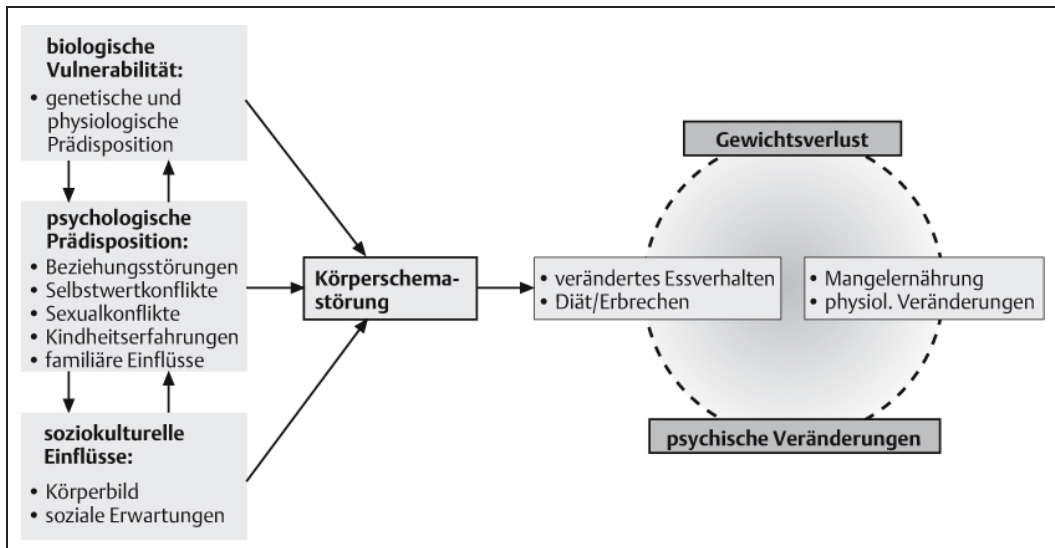


Abb. 18 Gegenseitige Beeinflussung verschiedener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen (nach Pirke 1988).

Die biologisch-körperliche Anfälligkeit trifft auf psychologische und soziokulturelle Einflüsse, die eine Körperschemastörung hervorrufen, was die Basis für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Essstörung sein kann.

lung zunächst in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik erfolgen.

Bei anorektischen Patienten besteht oftmals keine oder nur geringe **Krankheitseinsicht**. Die in der Therapie angestrebte Gewichtszunahme wird als bedrohlich und unsinnig erlebt, da sie sich aufgrund der gestörten Selbstwahrnehmung noch immer als zu dick empfinden. Viele Anorektiker betrachten darüber hinaus die Fähigkeit zur Selbstkontrolle, die sie über das Hungern perfektioniert haben, als persönliche Errungenschaft. Wenn diese Selbstkontrolle dann von außen „sabotiert“ wird, löst das zum Teil massive **Ängste** aus. Die Patienten versuchen, die Gewichtszunahme unter allen Umständen zu vermeiden, sei es durch Erbrechen, exzessives Sporttreiben oder das Trinken von großen Wassermengen vor dem Gang auf die Waage.

Bei körperlicher Lebensbedrohung müssen daher oft Nährstoffe und Elektrolyte durch **Infusionen** zugeführt werden. Das Ziel ist jedoch, dass die Patienten so bald wie möglich in der Lage sind, selbst die **Verantwortung** für ihre Gewichtszunahme zu übernehmen. Zum Teil werden Belohnungen vereinbart, die Magersüchtige für eine bestimmte Gewichtszunahme erhalten. Es gibt auch Kliniken, in denen Fehlverhalten wie Erbrechen, Essensverweigerung, zu viel Sport und auch Gewichtsverlust sanktioniert werden.

Langfristig kann eine Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens jedoch nur erreicht werden, wenn auch die der bestehenden Anorexie zugrunde liegenden **Ursachen** behandelt werden. Nun gibt es aber eine ganze Reihe möglicher krankheitsauslösender oder -begünstigender Faktoren, sodass die Therapie individuell angepasst werden muss. Dies ist nur bei einem flexiblen Therapiekonzept möglich, das viele verschiedene Komponenten beinhaltet.

In der **kognitiven Therapie** werden die Patienten ermutigt, ihre bisherigen Annahmen über die gesellschaftliche und persönliche Bedeutung des Schlankseins kritisch zu überprüfen. So kann der Therapeut herausfinden, ob beispielsweise das Schlanksein gedanklich mit Werten wie beruflichem Erfolg oder der Anerkennung durch Gleichaltrige verknüpft wird. Durch dieses Vorgehen werden auch wichtige Ziele des Patienten deutlich, sodass ein Teil der Therapie sich auf die Frage konzentrieren kann, wie man diese Ziele auch als normalgewichtiger Mensch erreichen kann. Auf diese Weise lernen die Betroffenen, dass ihr Selbst-

wertgefühl oder die gesellschaftliche Anerkennung nicht von einem möglichst niedrigen Gewicht abhängig sind.

In einer ergänzenden **körperorientierten Therapie** sollen die Patienten ein besseres Gefühl für ihren Körper vermittelt bekommen, sodass sie danach in der Lage sind, auf die Signale ihres Körpers wie etwa Hunger angemessen zu reagieren und mit der Zeit auch ihre Figur realistischer einzuschätzen. Generell sollen mit Anorektikern neue **Problemlösestrategien** eingeübt und trainiert werden. Die Patienten sollen dazu mit Unterstützung des Therapeuten verschiedene Lösungsalternativen für häufige Schwierigkeiten entwickeln. Das Kontrollieren der Nahrungsaufnahme darf dabei kein Mittel zur Bewältigung mehr sein.

Insbesondere bei jungen Anorektikern, die noch zu Hause wohnen, wird auch die Familie in die Therapie einbezogen. Zum Teil nimmt der behandelnde Therapeut im Rahmen der **Familientherapie** an Mahlzeiten der Familie teil, um problematische Reaktionsmuster der Familienmitglieder in Bezug auf das Essverhalten des Anorektikers feststellen zu können. Solche Muster haben oft einen krankheitsverstärkenden oder -aufrechterhaltenden Charakter und müssen in der Therapie thematisiert und bearbeitet werden. Wird ein solches Muster unterbrochen, tritt häufig eine Besserung der Symptomatik ein. Auch erleben es vor allem die Eltern in der Regel als erleichternd, von einem Therapeuten begleitet zu werden.

Bei etwa 30% der Patienten kann durch die Therapie eine vollständige Besserung mit einer dauerhaften Normalisierung des Körpergewichts erreicht werden. Weitere 35% nehmen zwar an Gewicht zu, erreichen dabei aber nicht ihr Normalgewicht, und bei etwa 25% der Betroffenen besteht das Krankheitsbild unverändert fort. Etwa 10% der Anorektiker sterben infolge der Essstörung, meistens an Herzrhythmusstörungen oder Suizid. Die **verzerrte Einstellung zum Schlanksein** sowie die veränderte Körperwahrnehmung bleiben häufig selbst bei erfolgreicher Therapie mit Erreichen des Normalgewichts bestehen. Bei einem frühen Krankheitsbeginn ist die **Prognose** generell besser. Hat die Störung aber bereits vor dem elften Lebensjahr begonnen, sinken die Chancen auf eine Heilung.

Vorgehen im Fallbeispiel

In diesem Fall behandelten wir vor allem die Eltern von Tim und weniger den Jungen selbst. Dieses Vorgehen basierte darauf, dass der Junge noch nicht untergewichtig war, sich fit fühlte und weiterhin leistungsfähig war. Dafür ließen sich schon im Erstgespräch Ansätze für eine **Familientherapie** ausmachen, beispielsweise die Fixierung der Mutter auf das Essverhalten von Tim und das Gefühl ihres Mannes, er und die Geschwister von Tim kämen dadurch zu kurz.

In der Tat beschäftigen sich manchmal die Familienmitglieder so stark mit dem Essverhalten des Betroffenen, dass für andere familiäre Probleme gar keine Zeit oder Energie mehr übrig bleibt. Alle Aufmerksamkeit richtet sich auf den (in diesem Fall nur vermeintlich) Essgestörten, was auch dazu führt, dass die Eltern sich nicht mit ihren eigenen Konflikten auseinandersetzen müssen. Das war auch bei den Eltern von Tim der Fall.

In einem Gespräch nur mit den Eltern zeigte sich, dass beide schon länger **unzufrieden mit dem Zustand ihrer Beziehung** waren. Während Tims Vater jedoch versuchte, etwas zu verändern und sich aktiv mit seiner Frau auseinanderzusetzen, entzog sich diese immer wieder einer Klärung, da sie den offenen Konflikt und in der Folge eine mögliche Trennung fürchtete. Statt auf ihre Ehe konzentrierte sie ihre **gesamte Energie auf die Beobachtung von Tim**, was bei ihrem Mann wiederum zu Unzufriedenheit und Eifersucht führte.

Verordnung gemeinsamer Paaraktivitäten

Wir zogen daher die Aufmerksamkeit von Frau M. vom Essverhalten der Kinder ab, indem wir den Eltern gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Wohnung verordneten. An jeweils einem Tag in jeder Woche (es sollte immer mal ein anderer Tag sein) sollten sie sich nach der Arbeit irgendwo verabreden und den Abend außer Haus verbringen. Eine Regel lautete, dass sie erst weit nach der Abendbrotzeit nach Hause kommen und auch vorher nichts für das Abendessen vorbereiten durften. Die Kinder sollten sie informieren, dass sie an diesem Abend nicht zu Hause sein würden, indem sie ihnen einen Zettel auf den Tisch legten. Wenn sie dann nach Hause kamen, durften sie eventuelle Fragen der Kinder nach ihren Unternehmungen nicht beantworten, sondern sagen: „Das geht

nur uns beide etwas an.“ Wichtig war, dass vor allem Frau M. nicht fragen durfte, ob oder was die Kinder an dem Abend gegessen hatten.

Mit diesem Vorgehen nach dem Vorbild der systemisch orientierten **Mailänder Schule** konnte eine schnelle Verbesserung der Paarproblematik erreicht werden. Zwar widersetzte sich Tims Mutter der Verschreibung anfangs recht vehement und wollte wissen, was „der Unsinn“ solle, konnte jedoch dann überzeugt werden, sich auf einen zunächst vierwöchigen Versuch einzulassen. Die Eltern kamen in dieser Zeit wöchentlich zu einem Gespräch, da sie die Unterstützung brauchten und ihre Fragen loswerden mussten. Zu ihrer eigenen Überraschung hatten sie jedoch sogar eine gewisse Freude an dem „Versteckspiel“ und genossen die gemeinsamen Abende.

Reaktionen der Kinder

Die Kinder interessierten sich nicht sehr dafür, was die Eltern da trieben. Nur Tim wollte wissen, was die Therapeuten den Eltern denn nun gesagt hätten, da er erwartet hatte, selbst der Patient zu sein. Darauf antworteten die Eltern nach Absprache mit uns, dass eine Bedingung sei, dass sie Stillschweigen über die Inhalte der Gespräche bewahren, was Tim ein wenig erstaunt zur Kenntnis nahm, dann aber akzeptierte. Dass sein Essverhalten nicht mehr beobachtet oder kommentiert wurde, war für ihn eine große Erleichterung.

Therapieverlauf

Auch nach den vier Wochen behielten Herr und Frau M. ihre wöchentlichen Verabredungen bei. Tim blieb weiterhin schlank, nahm aber stetig und altersentsprechend zu. Seit seine Mutter ihm keine Brote mehr aufs Zimmer brachte und auch sonst in keiner Weise versuchte, ihn zum Essen zu überreden, hatte sich sein Essverhalten zu Hause schnell normalisiert. Gegen Ende der Therapie (am Schluss kam das Paar nur noch alle vier Wochen) erzählte uns Frau M., er habe sie gefragt, ob sie ihm nicht ein paar Brote schmieren könne, er habe Hunger. Daraufhin habe sie geantwortet, das könne er mit seinen inzwischen 16 Jahren auch selber machen, sie habe gerade zu tun.

10.10.2 Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

Die Bulimie (siehe Kap.2.9.1) ist eine Krankheit, die den Erkrankten durchaus bewusst ist. Im Gegensatz zur Anorexie ist sie mit Scham verbunden. Dementsprechend leidet das Selbstbild der Erkrankten, die sich in ihrem Verhalten oft selbst nicht verstehen. Sie denken sich, sie müssten ihr Verhalten doch einfach sein lassen können und unternehmen teilweise extrem kraftaufwendige Versuche, sich von den Ess- und Brechattacken zurückzuhalten. Jedes Nachgeben empfinden sie als Niederlage und einen Einbruch des Selbstwertgefühls. Eine unserer Klientinnen versuchte es schon einmal mit einem notariell beglaubigten Vertrag, den sie mit ihrer Mutter schließen wollte, um sozusagen Rückendeckung durch eine Außenverpflichtung zu bekommen und sich so zu disziplinieren.

Auch die Angehörigen unterstützen häufig den Glauben, dass es sich um ein Verhalten handle, das einfach abstellbar sei, und entwickeln kein Verständnis für die Tatsache, dass es neben substanzbezogenen Süchten auch verhaltensbezogene Süchte gibt (Kauf- oder Arbeitssucht, Kleptomanie, Pyromanie). Dementsprechend schwierig gestaltet sich eine Therapie, bei der der Klient im Rahmen seines sozialen Systems verbleibt. Daher ist es auch die Standardempfehlung, Patienten mit einer Bulimie zu einem stationären Therapieplatz zu verhelfen. Die Patienten brauchen eine längerfristige und kontinuierliche Unterstützung, die ihnen beim Verbleib in ihrem Bezugssystem kaum zuteil werden kann.

Symptomatik

In der Bundesrepublik sind etwa 600.000 Menschen von einer Bulimie betroffen. Diese Menschen stopfen in wahren **Fressorgien** ungeheure Mengen von meist hochkalorischer und leicht kaubarer Nahrung in sich hinein, um kurz darauf, von ihrem schlechten Gewissen geplagt, **Gegenmaßnahmen** einzuleiten. In den meisten Fällen bedeutet dies den Versuch, die Nahrung wieder zu erbrechen, bevor der Körper die Kalorien aufnehmen und in Fett umwandeln kann (Purging-Typ). Manche Bulimiker schlucken jedoch auch Abführmittel oder trinken große Mengen von entwässernden Tees, Fasten oder sie treiben exzessiv Sport, um trotz der Essanfälle nicht zuzunehmen (Non-Purging-Typ).

Dazu kommen die ständige **gedankliche Beschäftigung mit dem Essen**, die übertriebene Angst, zuzunehmen, unrealistische Vorstellungen vom eigenen Körpergewicht sowie eine regelrechte Gier nach den bevorzugten Nahrungsmitteln. Die **Menstruation** kann durch die Bulimie nur noch schwach eintreten oder auch ganz ausbleiben. Um eine Bulimie diagnostizieren zu können, müssen die Essanfälle mit nachfolgendem Gegensteuern mindestens zweimal wöchentlich über einen **Zeitraum** von mindestens drei Monaten hinweg auftreten. Ob eine solche Einschränkung sinnvoll ist, bleibt dabei allerdings fraglich. Wir denken, dass ein einmaliges, willentliches Erbrechen nach zu reichlichem Essen unter Umständen noch als tolerierbar gelten kann. Wenn sich ein solches Verhalten jedoch wiederholt, gehen wir auch bei seltenerem Auftreten der Symptomatik von einer Essstörung aus.

Im Gegensatz zu anderen Essgestörten sind die meisten Menschen mit einer Bulimie nicht schon aufgrund ihrer Körpermaße auszumachen. In der Regel haben sie **Normalgewicht**, sind weder zu dick noch zu dünn, sodass die Krankheit oft über lange Zeiträume hinweg vom sozialen Umfeld unbemerkt bleibt. Wird die Störung dann entdeckt, hat sie häufig schon ernsthafte **gesundheitliche Schäden** hinterlassen. Das sind beispielsweise Entzündungen der Speiseröhre und Schädigung der Zähne durch den Kontakt mit Magensäure sowie Störungen im Elektrolythaushalt des Körpers mit der daraus resultierenden Gefahr von Herzrhythmusstörungen.

Therapeutische Ansätze

Für bulimische Patienten ist es entgegen aller Vorurteile kaum möglich, den Teufelskreis von Essen und Erbrechen allein durch Einsichtsfähigkeit oder Willensstärke zu durchbrechen. Dazu benötigen sie professionelle Unterstützung und eine **störungsspezifische Therapie** mit dem Ziel, die Faktoren zu beeinflussen, die eine Bulimie aufrechterhalten. Eine Darstellung dieses Teufelskreises finden Sie in **Abb. 19**.

Am Anfang der Therapie steht eine körperliche Untersuchung. Wenn ein Mangelzustand besteht, dem Körper bestimmte Nährstoffe oder Vitamine fehlen, wird dieser Mangel auszugleichen versucht, um erneute Heißhungerattacken zu vermeiden. Das gewohnte, restriktive Essverhalten wird durch eine **ausgewogene Ernährung** mit re-

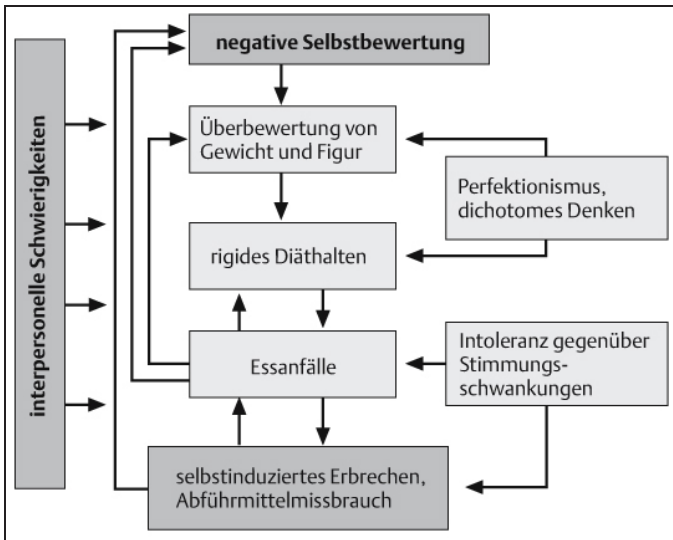


Abb. 19 Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimie nach Fairburn (Senf u. Broda 2007). Das Selbstbild wird bei Menschen mit Bulimia nervosa häufig von der äußeren Erscheinung bestimmt. Die wiederkehrenden Essattacken drohen, die sogenannte gute Figur zu verändern, daher bleibt scheinbar nur die Möglichkeit, der Gewichtszunahme nach Essattacken mit Erbrechen oder Abführmitteln zu begegnen.

regelmäßigen Mahlzeiten und einer gesunden Nährstoffbilanz ersetzt.

Wie auch bei Anorektikern kann jeder Schritt in Richtung eines normalen Essverhaltens bei Bulimikern extreme Angst vor der gefürchteten Gewichtszunahme auslösen. Daher ist auch hier die **kognitive Verhaltenstherapie** mit einer Überprüfung des eigenen Schönheitsideals, der Verdeutlichung illusorischer Verbindungen von Schlanksein mit angestrebten Werten und der Erarbeitung alternativer Wege zur Erreichung persönlicher Ziele ein wichtiger Bestandteil der Therapie.

Weil viele Essanfälle erfahrungsgemäß durch Stress oder Frustrationserlebnisse ausgelöst werden und dann nur schwer kontrollierbar sind, werden mit den Patienten auch **alternative Bewältigungsstrategien** im Umgang mit kritischen Situationen eingeübt. Die Betroffenen sollen in der Therapie lernen, wie sie besser mit alltäglichen Stimmungsschwankungen, Konflikten und Belastungen umgehen und diese klären können, ohne auf das problematische Essverhalten zurückzugreifen.

10.10.3 Esssucht (Binge Eating)

Fallbeispiel

Angelika M. ist 43 Jahre alt. „Ich habe das Problem, dass ich so viel essen kann, wie ich will, und trotzdem niemals satt werde“, sagt die Klientin

zu Beginn des Gesprächs. Sie ist eindeutig übergewichtig. Vor allem am Bauch sieht man mehrere Speckrollen. Sie bemerkt den Blick und sagt: „Wir reden über 118,6 Kilo bei einer Körpergröße von 1,71. Das entspricht einem BMI von genau 40,56.“ Sie sei immer schon ein pummeliges Kind gewesen, und daran habe sich auch nie etwas geändert. Sie wurde mit Essen getröstet und belohnt. Ihre Eltern hätten das so gemacht, und sie habe es übernommen, als sie ihr Elternhaus verließ.

Frau M. isst aus Wut, Trauer oder Langeweile, „ohne überhaupt hungrig zu sein“. Natürlich habe sie Schuldgefühle, wenn sie wieder mal zu viel gegessen habe. Sie befürchte auch ständig, von anderen wegen ihrer mangelnden Willensstärke kritisiert oder gar verachtet zu werden. Um dem entgegenzuwirken sei sie stets bemüht, ihrer Familie, ihren Freunden und Kollegen alles recht zu machen. Zu Verkäuferinnen sei sie immer ausgesucht freundlich, vor allem, wenn sie Nahrungsmittel einkaufe. Daher sei sie wohl recht beliebt bei anderen. Innerlich komme sie jedoch immer zu kurz. Nur beim Essen könne sie sich die Menge an vermeintlicher Zuneigung holen, die sie braucht.

Besonders abends, wenn sie allein sei, könne sie den Drang, etwas zu essen, kaum unterdrücken. Meistens bestelle sie etwas bei einem Bringdienst, „Eine große Pizza, einen Salat mit doppelt Dressing, zwei Flaschen Fanta und zum Nachtschisch ei-

nen halben Liter Eis. Aber ich werde einfach nicht satt. Dafür plagt mich mein schlechtes Gewissen. Und das versuche ich dann noch mit Schokolade oder Chips ruhig zu stellen.“ Ihr Mann sei ihr überhaupt keine Hilfe, fügt Frau M. hinzu. „Der freut sich, dass ich immer fetter und fetter werde.“ Er sage immer nur, sie solle bloß nicht auch so eine magersüchtige Zicke werden wie ihre Freundinnen. Damit sei für ihn das Thema erledigt. „Ich glaube, er will sicher gehen, dass mich kein anderer Mann jemals attraktiv finden könnte.“

Sie hingegen würde sich gern einmal wieder so richtig schick anziehen können. Diesen Versuch habe sie aber schon lange nicht mehr unternommen, da sie am Ende sowieso immer „wie ein verkleideter Elefant“ aussehe. Immer wieder fragt sich die Klientin, weshalb sie sich ständig so gehen lasse, auch wenn sie die negativen Folgen kennt. „Glauben Sie mir, ich kenne mich mit Ernährung und ernährungsbedingten Erkrankungen besser aus als die meisten Fachleute. Trotzdem schaffe ich es nicht, eine Diät anzufangen, geschweige denn durchzuhalten.“ Am liebsten wäre ihr eine schnelle und problemlose Lösung. „Aber damit können Sie mir wahrscheinlich auch nicht dienen, oder?“

Symptomatik

Die Binge-Eating-Störung (siehe Kap.2.9.1) ähnelt in gewisser Weise der Bulimie, nur dass die Essattacken kein kompensierendes Verhalten nach sich ziehen. Menschen mit dieser Störung weisen oftmals spezifische Muster von **Essverhalten** auf. So essen sie vor allem abends oder nachts, essen bevorzugt allein oder beim Fernsehen, das Essverlangen kommt in besonderen Situationen auf, es werden bestimmte Lebensmittel oder Kombinationen von Lebensmitteln bevorzugt, die zum Beispiel schnelles Essen ermöglichen, ohne lange kauen oder vorher noch aufwendig kochen zu müssen.

Wir finden häufig Menschen mit einer **reduzierten emotionalen Ausdrucksfähigkeit** oder -willigkeit. Der Versuch eines emotionalen Ausdruckes wird mit Essen betäubt, ohne dass dies wirklich zu Bewusstsein kommt. Anstatt zu sagen, dass derjenige sich ärgert, traurig ist oder sich ungeliebt fühlt, stopft er Essen in sich hinein und bleibt auf seinen negativen Gefühlen sitzen. Diese Menschen finden ihre eigenen Emotionen oft auch schwer zu ertragen. Schon leichtere emotionale Situationen werden als anstrengend bis erschöpfend erlebt.

Menschen mit einer unspezifischen Esssucht haben häufig Schwierigkeiten beim Anmelden eigener Ansprüche und Wünsche. Sie erwarten einerseits gar nicht, dass irgendjemand ihren Ansprüchen gerecht werden könnte, zeigen aber gleichzeitig eine **unrealistische Anspruchshaltung** an Unterstützung aus der Umgebung.

Sie weisen eine **erhöhte Kränkbarkeit** auf, die aus der Scham und der vermeintlichen Einsicht in die eigene Schwäche resultiert. Sie haben ein **schlechtes Selbstbild**, das auf Ekel oder Scham gründet; und dieses Selbstbild übertragen sie auf Partner oder Angehörige. Mit Sätzen wie „Jemand, der einen dicken Menschen wie mich mag, muss einen völlig verkorksten Geschmack haben“, oder „Ich will keinen Partner, der eine dicke Frau wie mich mag“ bauen sich diese Menschen einen Schutzschild auf. Sie tragen dann ein Selbstbewusstsein zur Schau, das sie nicht wirklich empfinden.

Zudem sind solche Phrasen Hinweise auf eine erhebliche **Körperbildstörung** mit Ablehnung des eigenen Körpers. Diese Ablehnung ist für Patienten mit einer Binge-Eating-Störung relativ typisch, während sie bei Menschen mit einfachem Übergewicht seltener anzutreffen ist.

Therapeutische Ansätze

Eine **körperliche Grundlage** für dieses besondere Essverhalten ist in jedem Falle medizinisch auszuschließen. Es gibt beispielsweise genetische Störungen, die das Symptom des nicht eintretenden Sättigungsgefühls aufweisen (Prader-Willi-Syndrom). Durch die Einnahme bestimmter Medikamente wie der Antibabypille oder Kortisonpräparaten können sich ebenfalls das Hungergefühl und dadurch das Essverhalten verändern. Und zuletzt gibt es Menschen, bei denen die Nahrung den Magen schneller als gewöhnlich passiert, sodass ein Sättigungsgefühl, das sonst durch die Dehnung der Magenwand ausgelöst und von Rezeptoren registriert wird, nicht eintreten kann.

Die kombinierte **medizinisch-psychotherapeutische Behandlung** hat relativ gute Aussicht auf Erfolg. Die verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie ähnelt dabei der bei Bulimie. Es werden vor allem zwei Ziele verfolgt:

- Normalisierung des Essverhaltens
- Behandlung der zugrunde liegenden seelischen Konflikte

Die Betroffenen sollen in der Therapie zunächst die Auslöser ihrer Essanfälle kennenlernen und dann neue Strategien zum anderen Umgang mit diesen kritischen Situationen erarbeiten. Um typische Auslöser herauszufinden, führen die Patienten ein Tagebuch, in dem sie ihre Gedanken, Gefühle und Gewohnheiten festhalten, die außerhalb der Therapie eine Essattacke verursachen würden.

Da Patienten häufig ein gestörtes Körpererleben haben, sind auch **Bewegungstherapie** und **Sport** Bestandteil der Therapie. Eine **Diät** ist nicht nur nicht vorgesehen, sondern sogar kontraindiziert. Versuche der Gewichtsabnahme sollen während der gesamten Therapie unterlassen werden, da die Regulierung des Körpergewichts durch die Normalisierung des Essverhaltens erfolgen soll.

Verhaltenstherapeutisches Vorgehen zur Reduktion der Nahrungsaufnahme

Die Verhaltenstherapie bietet einige ganz pragmatische Modifikationen an, die sich gegen zwei Aspekte der übermäßigen Nahrungsaufnahme richten, nämlich gegen die Menge und die Häufigkeit der Nahrungsaufnahme.

Modifikation der Menge der Speisen

- Essen Sie langsam, verlängern Sie allmählich die für eine Mahlzeit vorgesehene Zeit.
- Nehmen Sie kleine Bissen.
- Legen Sie das Besteck (oder die Speise) während des Kauens nieder. Nehmen Sie keinen Nachschlag.
- Essen Sie verschiedene Bestandteile des Gerichts nacheinander (z.B. erst das Fleisch, dann das Gemüse).
- Teilen Sie die Portionen in der Küche ein, statt einen großen Topf auf den Esstisch zu stellen.
- Benutzen Sie kleine Tassen oder Teller.

Modifikation der Häufigkeit der Mahlzeiten

- Konzentrieren Sie sich während der Mahlzeiten ausschließlich auf das Essen.
- Essen Sie nur im Sitzen, immer am selben Platz, am besten nicht in der Küche oder an einem anderen Ort, an dem Sie sonst anderen Tätigkeiten nachgehen.
- Essen Sie nur zu festgelegten Zeiten.
- Decken Sie bei jeder Nahrungsaufnahme komplett den Tisch.
- Lassen Sie zwischen dem Auftreten des Bedürfnisses zu essen und der Mahlzeit eine bestimmte Zeit verstreichen.

- Wenn Esslust aufkommt, beschäftigen Sie sich mit einer Tätigkeit, bei der Sie nicht essen können.
- Nehmen Sie sich für Tageszeiten, zu denen Sie wahrscheinlich Appetit verspüren, eine angenehme Tätigkeit vor (z.B. Zeitung lesen vor dem Schlafengehen).

Vorgehen im Fallbeispiel

Wir haben in der Beratung versucht, mit der Klientin zu erarbeiten, wofür das viele Essen als Ersatz herhalten musste. Dann überlegten wir mit ihr Möglichkeiten, wie sie ihre Bedürfnisse anders erfüllen und somit wirklich befriedigen konnte, anstatt sie nur mit Essen zu überdecken. Beispielsweise fühlte Frau M. sich von ihrem Mann ungeliebt. Das machte sie an seiner mangelnden Kritik an ihrem Aussehen fest, die sie als Desinteresse interpretierte. Sie meinte, dass sie manchmal in seinem Beisein besonders viel in sich hineinstopfte, um „irgendeine Reaktion zu bekommen“. Sie überlegte sich dann, dass sie in der folgenden Woche einmal bewusst versuchen wollte, ihren Mann zu verführen. Dann werde sie ja sehen, ob er sie wirklich noch attraktiv finde.

Zusätzlich gaben wir ihr die folgende **Verschreibung als Hausaufgabe**: „Wann immer Sie das Bedürfnis haben, etwas zu essen, dann dürfen Sie das tun. Sie dürfen weiterhin essen, alles worauf Sie Appetit haben und so viel Sie wollen. Die einzige Einschränkung ist, dass Sie sich jeden Bissen einzeln aus der Küche holen werden. Wenn Sie vor dem Fernseher eine Tafel Schokolade essen möchten, gehen Sie in die Küche und holen sich ein Stück Schokolade ins Wohnzimmer. Essen Sie es vor dem Fernseher, wie sie es vorhatten. Wenn Sie es aufgegessen haben, dürfen sie sich das nächste Stück holen. Sie dürfen nicht gleich in der Küche essen und Sie dürfen auch nicht zwischendurch stehen bleiben, um es bequemer zu haben. Außerdem dürfen Sie auch nicht erneut losgehen, solange Sie noch etwas im Mund haben.“

10.10.4 Diäten und der Jojo-Effekt

Die neueste Diät in den Zeitschriften der Regenbogenpresse ist erfahrungsgemäß ein Verkaufsanreiz. Die Zahl der „Jetzt-aber-wirklich-“ und „Diesmal-ohne-Jojo-Effekt-Diäten“ nimmt im Halbjahrestakt nach Weihnachten und vor den Sommerferien zu, und es wird allgemein nicht als Wi-

derspruch erfahren, dass die Zahl der übergewichtigen Menschen ebenfalls zuzunehmen scheint. So wird das einzelne, verpönte Übergewicht zum Ausdruck einer schwachen Persönlichkeit, und wenn der Jojo-Effekt eintritt, dann ist nach allgemeiner Ansicht damit lediglich dokumentiert, dass da jemand schwach geworden ist, dass es sich also um einen Defekt der Persönlichkeit handelt und nicht um einen Denkfehler der Diäten-erfinder oder um einen Fehler in den Zahlen.

Es gehört seit jeher zu den Entwicklungsaufgaben des heranwachsenden Menschen und zu den Schwierigkeiten des Lebens, sich in seiner Identität und seinem Sosein anzuerkennen und zu akzeptieren. Viele Menschen probieren Diäten aus und verstehen nicht, dass ihr Körper seine Speicher nicht nur immer schwerer leert, sondern auch immer schneller füllt, sodass er sich am Ende, nach häufig mehreren Dutzend Diäten, auf keinerlei Gewichtsreduktion mehr einlassen mag.

10.10.5 Körperbildstörungen

Das Körperbild ist das individuelle Bild, das jeder Mensch von seinem Körper hat. Es umfasst nicht nur physikalische sondern auch physiologische, soziale und psychologische Komponenten.

Der Körper wird heute, von den verschiedenen Medien unterstützt, als eine beliebig gestaltbare Identitätskomponente verstanden und auch konsequent so behandelt. Unter der Annahme, dass immer mehr Menschen, auch schon Kinder, immer übergewichtiger werden (Pollmer 2005), werden die verschiedensten Illusionen über das Körperbild unterstützt. Dreizehnjährige Jungen fragen nach Trainings- und Eiweiß-Ernährungsprogrammen für den Aufbau von sogenannten Sixpacks, einer besonderen Konturierung der Bauchmuskulatur, zwölfjährige Mädchen kennen sich mit Ernährungswerten von Lebensmitteln aus und meiden als schädlich betrachtete Lebensmittel.

Damit hängen unrealistische Schönheitsideale und negative Einstellungen zum eigenen Körper zusammen. Diese Störung ist heute nicht mehr nur bezeichnend für einzelne klinische Bilder, sondern betrifft weite Teile der Bevölkerung. Das geht so weit, dass mit dem Körperbild Karriere-möglichkeiten verknüpft werden. Schlankheit, Fitness und Attraktivität sind Teil eines Anforderungsprofils, das Menschen sowohl von sich selbst als auch von außen an sich gestellt sehen. Die

selbst- und von außen gestellte Erhöhung der Anforderungen wird von wenigen Menschen als die Belastung erfahren, die es in einigen Fällen durchaus schon ist.

In diesem Zusammenhang ist eine Körperbildstörung oft gar nicht zu erkennen, da eine Reihe von Menschen sich an ausgewogene Ernährungs- und Bewegungsregeln hält und sie praktiziert. So können sie oft selbst nicht verstehen, dass sie sich mit sich selbst nicht in Übereinstimmung befinden und unrealistische Anforderungen an sich stellen, die auch schon einmal zur Überforderung werden können.

10.10.6 Weitere therapeutische Ansätze zur Behandlung von Essstörungen

Es ist auf jeden Fall eine mehrwöchige Therapie in einer Spezialklinik für Essstörungen oder in einer Suchtklinik in Erwägung zu ziehen. Dabei soll es sich nicht um eine Drohung handeln („Wenn du nicht bald normal isst, dann kommst du in eine Klinik!“), sondern es stehen ganz klar gesundheitliche, körperliche und auch soziale Langzeitr Risiken wie Isolation im Vordergrund, die eine professionelle Dauerbehandlung notwendig machen.

Psychologisch orientierte Behandlungsmöglichkeiten sind:

- **Aufgabe der Verleugnungsstrategien** und Eingeständnis sich selbst gegenüber, dass man Hilfe braucht. Damit verbunden ist die Bereitschaft, Hilfe überhaupt anzunehmen, möglichst auch aus einer **Selbsthilfegruppe**. Diese erleichtern die Akzeptanz und kennen sich häufig gut mit den Zeichen und Mechanismen der Störung aus. Selbsthilfegruppen spielen eine große Rolle bei der Behandlung von Suchterkrankungen.
- **Einhaltung von Ritualen** bei Beginn des Essens im Sinne einer Konditionierung auf erwünschtes Essverhalten und Dekonditionierung von pathologischen Esszusammenhängen.
- **Regelmäßiges Essen**, bevor die emotionale Situation der Essstörung eintritt. Manche Patienten müssen erst wieder lernen, ihren Hunger wahrzunehmen. Beim Essen nicht fernsehen oder lesen! Alle Sinne sollten beim Essen auf die Nahrungsaufnahme gerichtet sein.
- **Zeitweilige Trennung** von den familiären oder partnerschaftlichen Bezugspersonen beim Essen. Essstörungen haben häufig einen **familiären Hintergrund**. Viel Aufmerksamkeit gilt dem

Essverhalten. Eine Beibehaltung dieses familiären Kontextes macht eine Veränderung des Essverhaltens schwierig. Häufig ist eine Verschränkung von Familiensystem und Essverhalten zu beobachten.

- **Positive Verstärkung** von Nahrungsaufnahme (Lob, Token economy) oder von langsamem, genussvollem Essen: Für ein gesundheitsentsprechendes Essverhalten werden Token genannte Belohnungsmarken vergeben. Mehrere Token können beispielsweise gegen eine angenehme Tätigkeit oder gegen Vergünstigungen eingetauscht werden.
- **Anforderungstraining** mit Zeit- oder Kalorienvorgabe. Auch hier ist eine Verstärkung durch Belohnung eine Möglichkeit, das Training voranzutreiben. Hierhin gehört oft auch eine Ernährungsumstellung, da viele Klienten mit einer Essstörung spezielle Ernährungsmuster befolgen, die im Rahmen ihrer Erkrankung als pathogen zu betrachten sind.
- **Körperbildtraining und Selbstwahrnehmungsübungen**, die die wahnhaftige Selbstverkenntung korrigieren helfen. Neugewinn an Selbstakzeptanz durch körperbetonte Therapieverfahren und Kunst- oder Gestaltungstherapien. Körpersignale wahrnehmen. Auf Durst oder Müdigkeit angemessen mit Trinken oder Schlaf reagieren anstatt mit Essen. Regelmäßige Bewegung, beispielsweise Treppensteigen, Spazierengehen oder Ähnliches bei Störungen mit übermäßigem Essen beziehungsweise Veränderung der Bewegungsschemata bei Anorexie.
- **Erneute Einbeziehung der Bezugspersonen** in das Essen unter Verhaltensvorgaben sowie Beachtung von vorgegebenen Regeln.
- **Anstreben von selbstständigem Essen**. Natürlich kann ein Mensch nicht sein Leben lang unter Beobachtung bleiben. Daher ist das Anstreben von Selbstständigkeit ein wichtiger Teil des therapeutischen Programms.

11 Besondere Situationen in Beratung und Therapie

Die beratende und therapeutische Arbeit konfrontiert den Berater und Therapeuten bisweilen mit Situationen, die eine genauere Betrachtung notwendig machen.

11.1 Eigene Überforderung

Als Psychologische Berater oder als Heilpraktiker für Psychotherapie sollten Sie sich regelmäßig die Frage stellen, ob Sie sich im Rahmen Ihrer Leistungsfähigkeit befinden oder ob Sie überfordert sind. Die Überforderung kann sich auf verschiedene Bereiche der therapeutischen Arbeit beziehen.

11.1.1 Erkennen, wenn die Kraftreserven erschöpft sind

Therapeutische Arbeit kann allein wegen der erforderlichen Konzentrationsfähigkeit viel Kraft kosten. Darüber hinaus verbrauchen auch die Schicksale, an denen Sie Anteil nehmen, emotionale Kraft. Es ist in diesem Zusammenhang möglich, dass es bereits zu einer Überforderung kommt, bevor Sie dies selbst wahrnehmen. Überprüfen Sie daher regelmäßig Ihre Kraftreserven.

Tipp

Ein einigermaßen zuverlässiger Parameter ist die Menge an sozialen Aktivitäten, die Sie neben Ihrem Beruf noch ausführen. Wenn Ihnen beispielsweise der Besuch von Freunden bereits zu anstrengend ist, dann sollten Sie sich um einen geeigneten Ausgleich bemühen.

Spätestens wenn Sie Überforderungsanzeichen bei sich bemerken, sollten Sie sich um Supervision bemühen (siehe Kap.5.4). Diese begleitet Einzelne, Teams, Gruppen und Organisationen bei der Reflexion und Verbesserung ihres beruflichen (oder auch ehrenamtlichen) Handelns. Darüber hinaus müssen Sie wissen, wo die Quellen Ihrer Regeneration liegen. Wenn Sie sich zu spät um Erholung kümmern, kann es Wochen dauern, bis Sie vollständig wiederhergestellt sind.



Abb.20

11.1.2 Burn-out

Im schlimmsten Falle, wenn die Anforderungen die Ressourcen langfristig übersteigen, droht das Burn-out. Es kündigt sich durch eine Reihe von Frühsymptomen an. Dazu gehören Erschöpfung, chronische Müdigkeit, Energiemangel, Konzentrationsschwäche und vor allem das andauernde Nichtbeachten eigener Bedürfnisse. Es folgen oft Schuldzuweisungen, reduziertes Engagement, Energieverlust, emotionale Verflachung, psychosomatische Erkrankungen und schließlich existenzielle Verzweiflung, die im Suizid enden kann.

Das Burn-out läuft in Phasen ab. Es beginnt mit Enthusiasmus und hohem Einsatz, Stagnation nach der ersten Enttäuschung, Frustration mit Flucht, z.B. durch einen Arbeitsplatzwechsel, oder die Flucht in Drogen, Medikamente, Apathie mit schneller Erschöpfung, und am Schluss steht der vollständige Burn-out.

11.1.3 Eigene Kompetenzen nicht überschreiten

Jeder Spezialist kann von Einzelfällen überfordert sein und Schwierigkeiten haben, sich das einzustellen. Die **Sorgfaltspflicht** erfordert, dass die Grenzen der Kenntnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten des Psychologischen Beraters und Heilpraktikers für Psychotherapie nicht überschritten werden.

Es ist beispielsweise einem Heilpraktiker nicht explizit verboten, Lipome operativ und unter dem Einsatz von Lokalanästhetika zu entfernen. Da er diese Fähigkeiten im Rahmen seiner Ausbildung und Supervision aber nicht erhält, macht er sich der Verletzung seiner Sorgfaltspflicht schuldig, wenn er solche minimalinvasiven Eingriffe vornimmt.

Die Kompetenzforderung an den Psychologischen Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie beinhaltet unter anderem die Kenntnis auch der Krankheiten, deren Behandlung ihm nicht gestattet ist. Er muss also in der Lage sein, das Vorliegen einer Psychose zu erkennen und den Patienten einer entsprechenden Behandlung bei einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Psychiater zuzuführen.

11.1.4 Affektive Beteiligung

Es ist unvermeidlich, dass der Berater oder Therapeut ein emotionales Verhältnis zum Klienten entwickelt. So wird er seine eigenen Sympathien und Antipathien kennenlernen. Das ist an sich unproblematisch, solange diese Emotionen die Arbeit mit den Klienten nicht beeinflussen.

Sie sind aber auch niemals ganz sicher davor geschützt, emotional deutlich und für beide Seiten spürbar beteiligt zu werden. Einige Klienten berichten von biografischen Einzelheiten, die den Therapeuten so berühren, dass er die notwendige professionelle Distanz verliert. Die affektive Beteiligung betrifft Emotionen wie Aversion oder Mitleid gegenüber einem Patienten.

Es ist grundsätzlich möglich, die professionelle Distanz zu wahren. Überlegen Sie, wer von den Anwesenden gerade die Schwierigkeit oder das Problem hat, und wenn Sie sich eingestehen müssen, dass Sie es sind, nehmen Sie Supervision in Anspruch. Es ist grundsätzlich immer möglich, dass Sie überraschend mitbetroffen sind von den Berichten des Klienten, es ist aber keine Schande, wenn Sie dem Klienten Ihre Betroffenheit benennen.

Die affektive Beteiligung kann aber auch durch regressive Prozesse ausgelöst werden und die Erinnerung an selbst Erlebtes beinhalten. Der Bericht eines Klienten berührt unter Umständen ein empfindliches Gebiet des eigenen Lebens. Das kommt vor und wird möglicherweise erst dann zu einem Problem, wenn der Berater versucht, diese Regung zu ignorieren. Stattdessen sollten

Sie das Thema in einer Supervision näher beleuchten.

11.2 Unzufriedenheit des Klienten

Klienten können aus verschiedenen Gründen mit der Beratung oder Therapie unzufrieden sein. Diese Gründe machen eine therapeutische Arbeit wahrscheinlich unmöglich, vielleicht aber auch notwendig. Um zu unterscheiden, ob die weitere Arbeit unmöglich oder geradezu notwendig ist, müssen die Ursachen der Unzufriedenheit bekannt und ausreichend geklärt sein.

11.2.1 Der gewünschte Erfolg bleibt aus

Es kann verschiedene Ursachen haben, wenn eine Beratung oder Therapie erfolglos bleibt. Daran beteiligt sind

- der Berater/Therapeut,
- der Klient/Patient,
- das Problem,
- die Beratungsmethode.

Diese Faktoren sind also mögliche Ursachen für einen Misserfolg. Schauen wir sie uns einmal der Reihe nach an.

Welchen Anteil hat der Berater/Therapeut?

Es ist bisweilen schwierig, das Problem eines Menschen zu verstehen. Vor allem scheinbar unsinnige Symptome können eine Herausforderung sein. Die Fähigkeit nachzuvollziehen, wie ein Mensch in seine schwierige Situation geraten ist, ist ausgesprochen hilfreich. Um die **Nachvollziehbarkeit** herzustellen, reicht es fast immer aus, die richtigen Fragen zu stellen.

Tipp

Wie kommt man nun auf die richtigen Fragen? Durch Wechseln der Perspektive bei der Betrachtung der berichteten Probleme und die immer wieder gestellte Frage: Verstehe ich, was mir der Klient berichtet? Darüber hinaus ist auch die gelegentliche Rückversicherung wichtig, ob sich der Klient noch verstanden fühlt und ob das Besprochene noch sein Thema ist.

Eigene Inkompetenz zu erkennen, erfordert ein Höchstmaß an **Reflexionsfähigkeit** und die unbedingte Bereitschaft, sich für seine eigene Arbeit einzusetzen. Die Einsicht, vom Problem des Klienten überfordert zu sein, hat den Abbruch der therapeutischen Beziehung zur Folge. Der Klient muss darüber aufgeklärt und zu einem Kollegen geschickt werden, der die Behandlung fortsetzen kann.

Wenn Sie Schwierigkeiten oder gar Probleme haben, die Problematik eines Klienten zu akzeptieren, dann müssen Sie den Klienten darüber informieren. **Nichtakzeptanz** macht eine Beratung oder gar Therapie unmöglich. Der Klient muss rechtzeitig davon erfahren, auch von den Gründen der Nichtakzeptanz. Darüber hinaus sollte er die Gelegenheit bekommen, sich einen anderen Berater oder Therapeuten zu suchen.

Faktoren, die der Klient einbringt

Einige, wenige Klienten kommen nicht aus eigenem Antrieb in die Beratung, sondern weil man sie dazu aufgefordert hat: Der Lebenspartner, der Chef, die Familie, ein Freund. Wenn es sich um eine reine **Alibiberatung** handelt, zeigt der Klient keinerlei Veränderungswillen oder Krankheitseinsicht. Falls Sie diesen Verdacht haben, fragen Sie den Klienten, was sein persönliches Interesse an der Beratung oder Therapie ist.

Auch wenn es paradox klingt: Einige Klienten wollen keine Verbesserung ihrer Situation, weil sie die Vorteile, die diese mit sich bringt nicht missen wollen, sie also einen **Krankheitsgewinn** aus der aktuellen Lebenssituation ziehen. Solche Klienten lassen sich z.B. daran erkennen, dass sie Veränderungsangebote nicht, nur zäh oder nur oberflächlich annehmen. Sie haben Einwände, zeigen Skepsis vor jedem Versuch, sagen „Ja, aber ...“. Unter solchen Umständen müssen Hindernisse oder Widerstände vor der eigentlichen Veränderung erkannt und behandelt werden.

Der Klient versteht Sie nicht oder fühlt sich unverstanden

Es gehört zu den Grundlagen der beratenden und therapeutischen Arbeit, dass der Berater lernt, die Sprache des Klienten zu sprechen. Es geht darum, sich in die Vorstellungs- und Erlebenswelt des Klienten einzufühlen, zu verstehen, wie er denkt, um seine Schwierigkeiten oder Probleme zu ver-

stehen. Das kann misslingen. Ein solcher Misserfolg kann von einer oder von beiden Seiten registriert werden und hat Konsequenzen.

Diesem Misserfolg vorzubeugen ist möglich, indem Sie sich ein Schema zurechtlegen, nach dem Sie Ihre Klienten befragen. Trotzdem garantiert dies nicht, dass der Klient sich verstanden fühlt. Es ist auch möglich, dass Sie es mit einem Menschen zu tun haben, der sich grundsätzlich unverstanden fühlt.

Der Berater kann die Problematik nicht verstehen

Und dann ist es natürlich auch möglich, dass Sie den Klienten tatsächlich nicht verstehen. Wer kann schon verstehen, dass ein erwachsener Mann, der gerade die Kerzen ausgepustet hat, mehrere Male nachschauen muss, ob sie auch wirklich aus sind! Gerade Zwangsstörungen sind deshalb schwer zu verstehen, weil sie jeder Vernunft widersprechen. Daher können wir ihnen auf der Ebene der Vernunft auch nicht begegnen. Das bedeutet es, die Sprache des Klienten zu sprechen. Der angenommenen Unvernunft auf der Ebene der Vernunft begegnen zu wollen deutet auf ein Missverständnis hin. Gerade Sätze wie „Aber sieh doch ein ...“ gehören zu den potenziellen Problemerzeugern.

Antipathie – der Klient findet Sie unsympathisch

Sympathie im weitesten Sinne ist eine Voraussetzung für die Beratung oder Therapie. Gegen Sympathie und Antipathie sind wir machtlos. Es ist grundsätzlich noch möglich, etwaige Gründe für eine Antipathie herauszuarbeiten, um die vorliegende Problematik transparent zu machen. Allerdings wirkt sich Antipathie des Klienten gegen den Therapeuten auch sehr leicht auf die therapeutische Arbeit aus. Antipathie sollte kein Gegenstand der Therapie sein, sonst arbeitet der Klient an einem Problem, das er ohne den Berater nicht hätte.

Die Erinnerung an einen aktuellen oder früheren Lebenspartner ist allerdings ein möglicher therapeutischer Ansatz: In den analytischen Therapien ist diese Art der Erinnerung, die sogenannte **Übertragung**, geradezu Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

Andererseits stellt sich die Frage, ob die Tatsa-

che, dass Sie einen Klienten an seine Mutter oder seinen Vater erinnern, überhaupt zum therapeutischen Auftrag gehört, den der Klient Ihnen erteilt. Möglicherweise tut er das nämlich nicht, und damit ist die Übertragung nicht mehr Bestandteil des therapeutischen Prozesses. Im umfassendsten Falle ist dann das Ende der therapeutischen oder beratenden Beziehung erreicht.

Das Problem wird nicht gelöst

Wenn der Klient unzufrieden ist, kann es daran liegen, dass Sie sich nicht mit seinem eigentlichen Problem beschäftigen. Denn eine Reihe von Problemen wird nicht zutreffend beschrieben, oder die Beschreibung wendet sich einem weniger bedeutenden Nebenaspekt zu. „Ich habe Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen, weil ich ein schlechtes Selbstwertgefühl habe“ ist z.B. eine solche unvollständige Beschreibung. Die meisten Menschen verspüren eine Scheu, vor großen Menschenmengen zu sprechen, insofern wäre es unangemessen, beispielsweise von einem mangelnden Selbstwertgefühl zu sprechen.

Aber das Problem ist vor allem unvollständig beschrieben: „Ich habe Angst, muss es aber.“ Ähnliche Äußerungen lauten: „Ich kann nicht schlafen (will aber)“, „Ich habe keine Lust auf ... (sollte aber)“, „Ich kriege keinen Orgasmus (setze mich aber unter Druck)“, „Ich muss immer weinen und weiß gar nicht warum (ich sollte es aber wissen)“. Das Problem wird also an einer Stelle gesucht, wo es sich nicht befindet. In diesem Falle sollten Sie das tatsächliche Problem anhand der in Kap. 8.2.1 vorgestellten Fragetechnik ergründen.

Es gibt keine Lösung für das Problem

Wenn ein Klient ein Problem lösen möchte, dessen Beeinflussung nicht in seiner Macht liegt, ist es Ihre Aufgabe, dies frühzeitig zu erkennen und zu kommunizieren. Es zeigt sich häufig in der Unzufriedenheit mit der Welt, wie sie nun mal ist. Kinder verhalten sich anders als ihre Eltern, sie werden irgendwann erwachsen, Partnerschaften sind nicht sicher und waren es noch nie, Frauen sind anders als Männer und die Zeiten ändern sich. Das sind Dinge, die schon in den babylonischen Schriftrollen beklagt wurden, und doch gehören sie zu den Fakten des Lebens, mit denen wir uns abfinden müssen. Gleichwohl können Menschen immer aufs Neue darüber klagen und

daran leiden. Es ist nicht immer einfach, unlösbare Probleme als solche zu erkennen. Wenn eine Mutter darüber klagt, dass ihr pubertierender Sohn sich verhaltensauffällig zeigt, kann das mit ihrem rigiden Verhaltenskodex zu tun haben, aber auch mit jugendlichem Drogenkonsum.

Einige Klienten äußern wiederholt: „Ich weiß gar nicht, was mit mir los ist.“ Es kann hilfreich sein, den Klienten darauf hinzuweisen, dass er nicht immer wissen muss, was mit ihm los ist. Einer so geäußerten Klage folgen also meist Zustandsbeschreibungen oder Verhaltensbeschreibungen: „Mir ist so ...“ oder „Ich mache immer ...“, und es könnte folgen: „... und ich weiß gar nicht, warum.“ Diese Art von geäußertem Unverständnis für sich selbst oder das Problem kann auf der Annahme basieren, dass hinter dem beklagten Zustand oder Verhalten eine wahre Erklärung oder eine wahre Ursache zu finden sein muss. Da sie sich aber dem Klienten nicht offenbart, versteht er sich selbst nicht und leidet daran.

Die Methode passt nicht

Nehmen wir an, Sie arbeiten lösungsorientiert und der Klient möchte erst einmal die Ursachen seines Problems kennenlernen und verstehen. Es stellt sich die Frage,

- ob Sie die Vorstellung des Klienten unterstützen wollen und das auch vom therapeutischen Verfahren her leisten können,
- ob Sie bei Ihrer Vorstellung bleiben und den Klienten überzeugen oder
- ob Sie bei Ihrer Vorstellung bleiben und den Klienten gehen lassen wollen.

Es ist möglich, dass Sie sich entscheiden müssen, den Klienten gehen zu lassen. Empfehlen Sie ihm dann möglichst einen Kollegen, von dem Sie annehmen können, dass er den Bedürfnissen des Klienten eher entspricht.

Lassen Sie sich nicht vom finanziellen Verlust dieses Verhaltens abschrecken. Wenn Sie einen Klienten behalten, dessen Vorstellungen und Wünsche Sie nicht erfüllen, dann provozieren Sie einen therapeutischen Misserfolg. Langfristig wird Sie ein Misserfolg aber mehr kosten als der kurzfristige finanzielle Verlust: Ihren Ruf, ein erfolgreicher Berater zu sein.

Es ist aber auch möglich, dass Sie eine unpassende Methode für das Problem anbieten oder gewählt haben. Jede Methode hat ihre eigenen Indi-

kationenschwerpunkte. Machen Sie sich bitte klar, welches die Schwerpunkte der von Ihnen gewählten Beratungs- oder Therapiemethode sind (siehe Kap.6).

Fragen

Stellen Sie sich bitte zwei Fragen:

- Nach wie vielen Beratungsterminen sollte sich eine erste Verbesserung der Situation einstellen?
- Wenn das nicht passiert, was wollen Sie dann tun?

11.2.2 Die Beratung ist dem Klienten zu teuer / zu billig

Manche Klienten können sich eine Beratung finanziell nicht leisten. Überlegen Sie mit dem Klienten gemeinsam, welche Möglichkeiten er hat, finanzielle Mittel zu aktivieren. Überlegen Sie, ob es möglich ist, das Honorar zu modifizieren. Haben Sie eine gewisse Spannbreite an Honorarsätzen? Manchmal stehen wir vor der Tatsache, dass eine Beratung erkennbar notwendig ist, aber nicht finanziert werden kann. Wir müssen als Berater auch lernen, uns damit abzufinden, dass wir nicht immer helfen können.

So erstaunlich das klingen mag, es ist auch denkbar, dass ein Klient die Beratung als zu billig empfindet, und zwar im rein finanziellen Sinne. Was nichts oder zu wenig kostet, ist nichts oder zu wenig wert, das ist die Lebensmaxime einiger Menschen. Eine Raucherentwöhnung, die nur wenig Geld kostet, kann allein aus diesem Grunde erfolglos sein (auch wenn das nur äußerst selten wirklich der Grund sein wird). Wenn es aber viel kostet, dann muss es gut sein. Auch das ist ein Gedanke, der für einige Menschen Bedeutung hat.

Die Qualität eines Beraters wird an verschiedenen Parametern gemessen. Einer davon ist der Preis. Ein anderer die Adresse, die Rückschlüsse auf die Miete zulässt, die sich der Berater offensichtlich leisten kann. Sicher der wichtigste ist der Ruf, also die Mundpropaganda.

Der Preis einer Sache bestimmt ihren Wert, und ihr Wert bestimmt ihren Preis. Es besteht ein Bedingungsverhältnis. An beiden Enden dieser Verbindung sind Sie maßgeblich beteiligt. Ihre Kompetenz steigt mit Ihrer Erfahrung, und damit auch Ihr beruflicher Wert. Erfahrung erwerben Sie

durch die Arbeit mit Klienten, was dazu führen wird, dass Sie einen Ruf haben. Ist der Ruf gut, dann führt das zur Steigerung des Honorars, das ja der freien Gestaltung unterliegt.

11.3 Aggressives Verhalten des Klienten

Der Psychologische Berater hat es in der Regel nicht mit Menschen zu tun, von denen eine grundsätzliche Gefährdung ausgeht. Daher ist aggressives Verhalten des Klienten entweder die Folge einer Persönlichkeitsveränderung, beispielsweise einer paranoid halluzinatorischen, schizophrenen Psychose mit für den Patienten akut bedrohlichen Halluzinationen, oder der Klient hat beispielsweise eine emotional instabile (F60.30) oder paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0), oder er fühlt sich unzureichend verstanden oder beraten. Wir wollen an dieser Stelle nicht davon ausgehen, dass aggressives Verhalten des Klienten die Antwort auf real aggressives Verhalten des Beraters ist.

Aggressivität kann sich seelisch, verbal oder körperlich darstellen. Mit seelischer Aggressivität ist herabsetzendes, verächtliches oder ignorierendes Verhalten oder eine Mimik oder Gestik gemeint, die auf eine solche Einstellung schließen lässt. Seelische oder verbale Aggressivität wird, anders als körperliche, vom Aggressor häufig nicht eingestanden, und da sie keine körperlichen Spuren hinterlässt, kann sie über lange Zeit ausgeübt werden.

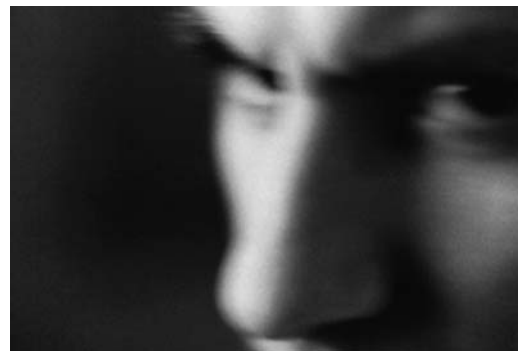


Abb.21

! Meistens wird Aggressivität mit Aggressivität beantwortet. Enthalten Sie sich dieser Versuchung unbedingt. Gehen Sie erstens davon aus, dass ein Klient, der sich Ihnen gegenüber aggressiv verhält, in dieser Disziplin erfahrener ist als Sie, dass Sie zweitens den therapeutischen Prozess verloren haben, wenn Sie sich auf das Kampfangebot eines Klienten einlassen, denn schließlich markiert es mindestens zu einem Teil das Problem des Klienten, und drittens darf ein Therapeut niemals aggressiv gegenüber einem Klienten auftreten.

11.4 Sexuelle/romantische Angebote

Manchmal sind Sie der einzige, der letzte Mensch, der dem Klienten zuhört. Das macht eine besondere Attraktivität aus, sodass es geschehen kann, dass der Klient sich persönlich zu Ihnen hingezogen fühlt. In den frühen Jahren der Psychotherapie wurden Beziehungen zwischen Therapeut und Patient immer wieder eingegangen, und einige von ihnen sind legendär. Diese teilweise rein körperlichen Beziehungen enden für den Patienten immer katastrophal, auch wenn echte Sympathie von Seiten des Therapeuten dahinter steht.

Obwohl es das Abstinenzgebot gibt, das einen Kontakt zwischen Klient und Therapeut verbietet, und obwohl eine solche Beziehung auch aus juristischer Sicht einige Probleme aufwirft, kommen auch heute noch solche Beziehungen immer wieder vor. Die Beziehung zwischen Berater/Therapeut und Klient/Patient ist asymmetrisch. In dieser grundsätzlichen und von vornherein bestehenden Asymmetrie ist eine partnerschaftliche Liebesbeziehung nicht möglich.

Es ist eine grundsätzliche Schwierigkeit, die Balance zu halten zwischen professioneller Distanz und der Offenheit, die dem Klienten das manchmal notwendige Gefühl der Geborgenheit gibt.

11.5 Selbst- und Fremdgefährdung

Gefahr im Verzug ist ein Begriff aus dem deutschen Strafprozessrecht. Es ist eine Prognose, in der Dringlichkeit und Wirksamkeit im Handeln angezeigt ist. Im Falle der Gefahr im Verzug können bestimmte Maßnahmen ohne den grundsätzlich und in der Verfassung vorgeschriebenen Rich-

tervorbehalt durch die Staatsanwaltschaft oder ihre Ermittlungspersonen angeordnet werden. Soweit ist der Begriff der Gefahr im Verzug an die Exekutive, die ausführende Gewalt in Gestalt von Polizei oder Ämtern gebunden.

Umgangssprachlich wird der Begriff häufig verallgemeinernd im Sinne von „Gefahr im Anzug“ (= gefährliche Situation in Sicht) verwendet. Der ursprüngliche Sinn des lateinischen Ausdrucks „periculum in mora“ lautet dagegen eher „Gefahr bei Verzögerung“ bzw. „Gefahr bei Nichthandeln“, meint also einen unmittelbaren Handlungsbedarf, der je nach Situation auch besondere Maßnahmen rechtfertigen kann.

Gelangt ein Therapeut in die Situation, dass er Gefahr im Verzug erkennen kann, so ist er im Rahmen des §323c des Strafgesetzbuches zur Hilfeleistung verpflichtet. Die Hilfeleistung ist gebunden an:

- das Bestehen einer Notlage,
- die Erforderlichkeit der Hilfe und
- die Zumutbarkeit der Hilfe.

Der Therapeut befindet sich in der rechtlich relevanten Position der Garantenstellung. Das ist die Pflicht dafür einzustehen, dass ein bestimmter Tatbestand nicht eintritt. Sie ergibt sich aus einer Beschützerfunktion. Hierzu gehört auch die freiwillige Übernahme der Beschützerfunktion.

Daher hat ein Therapeut die notwendigen Schritte zu unternehmen, um Gefahr für das Leben und die Gesundheit eines Patienten und anderer Menschen abzuwenden. Sie dürfen also einen Menschen mit einem Gefährdungspotenzial nicht in die Öffentlichkeit entlassen und müssen alles zur Abwendung Notwendige unternehmen. Das kann darauf hinauslaufen, dass Sie einen Amts- oder Notarzt informieren müssen.

11.6 Suizidgedanken, -drohungen und -versuche

Kurzschlusshandlungen. Akute Krisen stellen grundsätzlich ein Risiko für Kurzschlusshandlungen dar. Viele Suizide werden kurzschlussartig im Affekt ausgeführt, und auch Selbstverletzungen kommen vor. Diese sind, wenn sie als Affekthandlung ausgeführt werden, besonders gefährlich, da beispielsweise impulsiv ausgeführte Schnitte versehentlich zu tief gehen können. Das bedeutet für Sie einmal mehr: Suizidrisiko abklären! Sie müs-

sen bei Klienten, die sich in einer akuten Krise befinden, immer nachfragen, ob eine Selbsttötungsabsicht besteht, und wenn ja, sicherstellen, dass sie nicht in die Tat umgesetzt wird.

Um mit Suizidankündigungen umzugehen, müssen Sie sich dem gewachsen fühlen. Wenn Sie die Möglichkeit eines Selbstmordes erschreckt, sollten Sie suizidale Klienten nicht in Ihre Praxis aufnehmen.

11.6.1 Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen

Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass weltweit etwa eine Million Suizide pro Jahr ausgeübt werden und dass 10 bis 20 Mal so viele Suizidversuche scheitern. Die Länder mit der höchsten Suizidrate sind laut WHO-Statistik Litauen, Russland, Weißrussland, Lettland, Ukraine, Ungarn, Sri Lanka, Slowenien, Kasachstan, Estland, Japan und Finnland.

In der Europäischen Union begehen nach einer Meldung der EU-Kommission aus dem Jahr 2005 jährlich 58.000 Menschen Suizid, wobei die meisten dieser Selbsttötungen von Personen begangen werden, die an Depressionen leiden. An anderen Todesursachen führt dieselbe Meldung jährlich 50.700 Verkehrstote und 5350 Opfer von Gewaltverbrechen an.

Zahlen aus Deutschland

Im Durchschnitt sterben in Deutschland jährlich zwischen 11.000 und 12.000 Menschen durch Suizid, das ist **alle 45 Minuten ein Suizid**, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, bei der Suizide nicht als solche zu erkennen sind. (Vor allem medizinisch Erfahrene haben diese Möglichkeit.) Diese Zahl entspricht ca. 1,3% aller Todesfälle und übersteigt damit die Anzahl der Verkehrstoten (5.362 Todesopfer im Jahr 2005) bei Weitem.

In der Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache (nach dem Unfalltod). Allerdings ist die verbreitete Annahme, dass Suizid in dieser Altersgruppe besonders häufig verübt wird, ein Trugschluss: Suizid ist in dieser Altersklasse neben Mord und Unfall aufgrund der weniger häufigen Krankheiten die nahezu einzig mögliche Todesursache.

Die Zahl ernsthafter Suizidversuche liegt bei ca. 100.000 bis 150.000 bei einer hohen Dunkelziffer,

also um den Faktor 10 bis 15 über der der ausgeführten Suizide. Das heißt, **nur etwa jeder zehnte Suizidversuch geht tödlich aus.**

Die Zahl der **Suizidversuche** ist bei **Frauen** weit höher als bei Männern. Die Zahl **erfolgreicher Suizidversuche** ist jedoch bei **Männern** deutlich höher als bei Frauen, mit weiter steigender Tendenz. Die Selbsttötungen häufen sich im **höheren Lebensalter**: von weniger als fünf pro 100.000 in der Gruppe der unter 20-Jährigen bis auf fast 50 pro 100.000 bei den über 70-Jährigen.

Gewählte Todesarten

Von den 11.150 tödlichen Suiziden in Deutschland im Jahr 2003 wurden folgende Todesarten erfasst (Quelle: Statistisches Bundesamt):

- Erhängen oder Erstickten: 5.538 (50%)
- ein Sturz in die Tiefe: 1.100 (10%)
- Vergiftung durch überdosierte Medikamente: 940 (8%)
- Erschießen: 572 (5%)
- sich vor den Zug oder vor ein Auto werfen: 556 (5%)
- Abgase ins Auto leiten: 216 (2%)

11.6.2 Therapeutische Maßnahmen

Die suizidale Entwicklung geht durch drei Phasen:

1. Die **Erwägungsphase**: Der Suizid wird als Problemlösung theoretisch durchgespielt, aber abgelehnt. Suizidversuche sind denkbar.
2. Die **Ambivalenzphase**: Der Suizid wird in Erwägung gezogen, manchmal auch Angehörigen gegenüber angekündigt, aber letztlich fällt die Entscheidung gegen ihn aus. In dieser Phase ist ein Suizid aus dem Affekt heraus denkbar, ebenfalls ein Suizidversuch, der dann manchmal unbeabsichtigt gelingt.
3. Die **Entschlussphase**: Der Entschluss wird gefasst. Nach dem Entschluss sind die Suizidenten oft entspannter und gelassener, was zu einer Fehleinschätzung der Suizidalität seitens des Therapeuten führen kann.

Wenn Klienten nicht von sich aus über ihre Suizidgefährdung sprechen, aber indirekte Anzeichen und Hinweise auf eine Gefährdung bestehen, sollte direkt danach gefragt werden, ob der Klient daran denkt, sich das Leben zu nehmen oder schon einmal daran gedacht hat. Eine moralische Zurechtweisung hat zu unterbleiben. Sie erhöht

das Risiko, dass der Suizid nun erst recht durchgeführt wird.

Hinweise auf eine suizidale Gefährdung

Merke

Indirekte Hinweise auf eine suizidale Gefährdung könnten sein:

- *Einengung des seelischen Lebensbereiches*
- *Aggressionshemmung und Autoaggressivität*
- *Todesfantasien*

Diese drei Faktoren machen das präsuizidale Syndrom nach Ringel (die „Ringel'sche Trias“) aus.

Darüber hinaus sind folgende Beobachtungen bezeichnend:

- depressive Verstimmung
- Nachlassen der seelischen Kräfte sowie der sexuellen Appetenz
- passiver Rückzug in die Einsamkeit, begleitet von einem Gefühl der Sinn- und Ausweglosigkeit
- ohnmächtige Aggressionen
- Selbstvorwürfe in Verbindung mit schmerzlicher Resignation
- Suizidfantasien und Ankündigungen
- Drohungen und Andeutungen der Suizidabsicht
- Vorstellungen des Leidens, das die Überlebenden durch den Suizid haben werden

Häufig besteht auf der Seite der Berater eine Scheu, das Thema anzusprechen, aus der Befürchtung heraus, den Klienten auf den Gedanken zu bringen. Diese Befürchtung ist völlig unbegründet. Tatsächlich empfindet ein Mensch mit suizidalen Tendenzen es als eine Erleichterung, wenn der Berater das Thema unvoreingenommen und ohne moralischen Unterton anspricht und der Klient dadurch die Gelegenheit bekommt, darüber zu sprechen.

Nehmen Sie die Ankündigung ernst

Spätestens dann, wenn ein Klient von Suizidgedanken berichtet, müssen Sie aktiv werden. Fragen Sie nach, ob er schon weiß, wie er sterben will und ob er bereits **konkrete Vorbereitungen** getroffen hat. Das klingt zunächst ein bisschen rabiat, und viele therapeutisch Tätige haben Angst, den Betroffenen so möglicherweise erst auf Ideen zu bringen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Fra-

gen dienen vielmehr dazu, herauszufinden, wie weit die Planung schon fortgeschritten ist.

Es ist angemessen, dem Klienten gegebenenfalls zu sagen, für **wie gefährdet** man ihn hält. Auch wenn das auf den ersten Blick so wirkt, als würde der Klient durch die Äußerung der Sorge zusätzlich belastet, weiß man doch, dass dies ein **stützendes Moment** sein kann. Viele Suizidenten haben das Gefühl, niemand interessiere sich mehr für sie. Das macht ihre wie auch immer verzweifelte Situation schwieriger. Die **Besorgnis** des Beraters kann eine stärkende Wirkung haben.

Aus dem gleichen Grunde sollte ein Patient, der einen Suizid ankündigt, auch nicht vorschnell abgeschoben werden. Beobachtungen zeigen, dass **Abschiebungen** in eine Klinik das Risiko erhöhen, da sie als eine zusätzliche Belastung erfahren werden, die aber mit Abwendung, nicht mit Zuwendung verbunden ist. Es ist nicht einfach, den schmalen Grat zu erkennen zwischen fortgesetzter Beratung und der notwendigen Einlieferung in eine psychiatrische Klinik.

In den allermeisten Fällen ist das Geständnis von Selbstmordgedanken eine **momentane Kapitulation** vor den Anforderungen, die an einen Menschen gestellt sind. Verstehen Sie solche Schilderungen als **Hilferuf**, als offensichtliches Zeichen dafür, dass etwas im Leben Ihres Klienten ganz und gar schief läuft und dass er gerade nicht weiß, wie es weitergehen kann.

! Das Verstehen einer Suizidankündigung als Hilferuf bedeutet in keinem Fall, Selbstmordabsichten als leere Drohung im Sinne von „Hunde, die bellen, beißen nicht“ anzusehen! Jede Suizidankündigung ist ernst zu nehmen. Von dieser Regel gibt es keine Ausnahme. Sollte sich ein Klient mit einer Ankündigung nicht ernst genommen fühlen, so kann ihn dies zu einem Jetzt-erst-Recht veranlassen.

Zustimmung statt Ablehnung

Ein angekündigter Suizid ist **ernst** zu **nehmen**. Die Unterstellung, der Klient wolle mit seiner Ankündigung nur andere erpressen oder erschrecken oder er meine es vielleicht nicht ernst, kann die suizidalen Tendenzen verstärken. Unter Umständen wird durch diese Unterstellung aus der Erwägung ein Entschluss. Demgegenüber erlebt es der Suizident als Stärkung, wenn er mit seiner **Ankündigung respektiert** wird.

Versuchen Sie nicht, den Anlass des Suizides zu banalisieren und herunterzuspielen. Trösten Sie den Klienten nicht und sagen Sie ihm nicht, es werde schon wieder gut werden. Auch diese Versuche provozieren eine Verstärkung der suizidalen Tendenz. Die **Zustimmung** dazu, dass die Lage schwierig ist und hoffnungslos erscheinen muss, wird im Allgemeinen hingegen deutlich positiv aufgenommen. Darüber hinaus ist ein Suizid eine so endgültige Entscheidung, dass es angebracht ist, sie noch einmal gründlich zu überdenken.

Entwickeln Sie **Verständnis** für die Lage des Klienten: Er sollte ermutigt werden, die ganze Bandbreite seiner **Gefühle auszudrücken**. Trauer, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Scham, Angst vor der Schande, Wut, Ärger, Zorn, das Gefühl, versagt zu haben: Verständnis ermöglicht es, über die emotionale und intellektuelle Einengung der Lebensbereiche und die meistens rigiden Alternativen zu sprechen.

Ebenso ist es unangemessen zu unterstellen, er habe sich ja gar nicht wirklich das Leben nehmen wollen, als er es mit Medikamenten oder anderen nicht funktionierenden Mitteln versucht hat. Auch wenn das sein kann, ist diese **Unterstellung** doch geeignet, die suizidalen Tendenzen zu verstärken. Die meisten Menschen kennen neben den harten Methoden (erschießen, erhängen, Eisenbahnschienen) keine zuverlässigen, medikamentösen Tötungsmittel. Das muss aber nicht bedeuten, dass die Absicht nicht ernst gemeint war.

Vergessen Sie bitte nicht, dass der Verzicht auf den Suizid für den Klienten bedeutet, dass er sich erneut mit seinen Schwierigkeiten und Problemen auseinandersetzen muss. Auch hierbei kann der frühzeitige Ausdruck der **Anerkennung** eine Stärkung bedeuten.

Bieten Sie Gegenleistungen an

Gewinnen Sie Zeit: Nehmen Sie dem Klienten das Versprechen ab, dass er sich nicht das Leben nimmt und auf jeden Fall zur nächsten Beratungsstunde kommt. Nach der Persönlichkeitseinschätzung müssen Sie beurteilen, wie zuverlässig die Zusage ist. Es ist allerdings möglich, dem Klienten sinnvolle Gegenleistungen anzubieten, wie beispielsweise:

- Bieten Sie ihm Sitzungen oder **Kontakte in dichter Reihenfolge** an, möglicherweise 2–3 Termine pro Woche.
- Verabreden Sie mit dem Klienten tägliche, wenn auch kurze **Telefonkontakte**.

- Geben Sie dem Klienten die Möglichkeit, Sie für eine begrenzte Zeit **privat anzurufen**. Diese Möglichkeit wird zwar selten genutzt, aber sie allein wirkt schon stabilisierend. Das gilt grundsätzlich für alle Menschen in einer Krise.
- Machen Sie Ihren Klienten **neugierig auf die nächste Sitzung** und darauf, was noch alles bearbeitet werden muss. Sie müssen geistesgegenwärtig sein. Es ist möglich, eine Arbeit am Familiensystem anzubieten und zu überprüfen, ob es suizidale Modelle in der Familie gibt.
- Schließen Sie mit dem Klienten einen **Vertrag** ab, die Suizidabsicht auf die Zeit nach der psychologischen Beratung zu verschieben.
- Bieten Sie dem Klienten gegebenenfalls einen **Interventionsversuch mit den Lebenspartnern** an. Für einige Suizidenten ist eine Intervention durch den Lebenspartner ein gangbarer Weg. Eine angekündigte Trennung ist das häufigste Suizidmotiv.
- Erarbeiten Sie mit Ihrem Klienten einen schriftlichen **Notfallplan**, nicht größer als ein DIN-A5-Blatt, der im Portemonnaie aufbewahrt werden soll und auf dem in abgestufter Reihenfolge hilfreiche Ablenkungen (Kino, Freunde), Ansprechpartner (Telefonseelsorge, Pfarrer) und rettende Auswege (Notarzt, Klinik) mit Telefonnummern aufgeführt sind.

Antisuizidvertrag

Sie dürfen einen suizidalen Klienten auf gar keinen Fall aus Ihrer Praxis gehen lassen, wenn er Ihnen nicht glaubhaft versichern kann, dass er sich nichts antut! Bewährt haben sich in solchen Fällen sogenannte Antisuizidverträge, bei denen der Klient versichert, dass er sich nicht das Leben nehmen wird. Sie können so einen Vertrag aufsetzen und mehrmals ausdrucken. Unterschreiben müssen Sie beide, ein Exemplar behalten Sie, eins bekommt Ihr Klient.

Ein Antisuizidvertrag stellt eine Vereinbarung zwischen dem Klienten und dem Psychologischen Berater oder dem Heilpraktiker für Psychotherapie dar, die sich auf einen definierten Zeitraum, im Allgemeinen den Zeitraum der Beratung oder Therapie erstreckt. In diesem Vertrag versichert der Klient oder Patient, dass er sich nicht das Leben nehmen wird. Darüber hinaus enthält der Vertrag die Telefonnummer und Adresse von möglichen Ansprechpartnern, die erreichbar sind, auch am Wochenende oder nachts, wenn der Leidensdruck

unerträglich wird. Dieser Vertrag sollte in den Unterlagen dokumentiert werden.

Der Vertrag kann auch mündlich abgeschlossen werden. Er sollte durch beispielsweise einen Handschlag verbindlich gemacht und ebenfalls in den Unterlagen dokumentiert werden. Diese Vereinbarung kann sich zum Beispiel darauf beziehen, dass der Klient auf jeden Fall die verabredeten Termine einhalten wird.

! Ist der Klient nicht bereit, Ihnen glaubhaft zu versichern, keinen Selbstmordversuch zu unternehmen, dürfen Sie ihn nicht aus Ihrer Praxis lassen! Eine solche Situation ist ein Notfall und als Kurzformel können Sie sich merken:
Notfall = Notarzt.

Nehmen Sie die Suizidmotive auf

Es ist denkbar, dass eine primäre psychische Störung vorliegt, die zur suizidalen Tendenz geführt hat. In diesem Falle muss der Klient an einen Psychologischen Psychotherapeuten oder an einen Psychiater verwiesen werden. Unter Umständen müssen Sie dem Klienten klarmachen, dass der Gang zu einem Psychiater dringend notwendig ist und die Möglichkeit einer Krankheitsbehandlung beinhaltet.

Darüber hinaus besprechen Sie mit Ihrem Klienten eine Reihe von Fragen wie etwa (Dross 2001):

- Wem soll durch den Suizid eine Botschaft übermittelt werden?
- Was ist der Inhalt der Botschaft?
- Wer soll durch den Suizid zu einem anderen Verhalten veranlasst werden?
- Wer wird am meisten, wer am wenigsten betroffen sein, wenn Sie sich das Leben nehmen?
- Wie werden die Menschen auf Ihren Tod reagieren?
- Ist es die gewünschte Reaktion?

Suchen Sie nach anderen Wegen

Suchen Sie mit Ihrem Klienten zusammen nach Alternativen zum Suizid. Besprechen Sie mit ihm, ob er Willens und in der Lage ist, sich einen subjektiven Lebenswert zu erarbeiten. Fragen Sie ihn, ob es ihm möglich ist, aus der als unerträglich empfundenen Situation herauszugehen; besprechen Sie Ablenkungen und nennen Sie sie beim Namen. Manchmal vergisst ein Mensch in der Krise, dass er gerne ins Kino gegangen ist.

Es ist auch denkbar, mit dem Klienten über vorübergehend einzunehmende Medikamente zu sprechen, auch wenn Sie ihm eingestehen können, dass Medikamente keine Lösung bedeuten, aber manchmal sind sie eben notwendig.

Bringen Sie den Patienten an seine Emotionen

Menschen, die in der suizidalen Entwicklung die Entschlussphase erreicht haben, wirken häufig ruhig und scheinbar ausgeglichen. Die Angehörigen könnten zu der Fehleinschätzung kommen, dass die suizidale Krise überstanden ist. Der Suizident ist in dieser Phase von seinen Emotionen wie abgetrennt und es stellt sich bei ihm oft Erleichterung darüber ein, dass die Entscheidung gefallen ist, dass es nun bald soweit ist und Ruhe eintritt. Diese **emotionale Distanz** ist einer der größten Risikofaktoren für eine erfolgreiche Durchführung des Suizids. Sie ist die Grundlage der kaltblütigen Durchführung.

Es ist oft hilfreich, den Klienten an seine Emotionen heranzuführen, auch wenn das eine stabile Persönlichkeit voraussetzt. Viele Menschen haben allerdings mit einer langen Zeit des Ertragens bewiesen, dass sie über ausreichend Kraft verfügen, Belastungen zu ertragen. Suchen Sie eine Möglichkeit abzuschätzen, wie stabil Ihr Klient ist.

Tipp

Es hat sich eine Imaginationsübung bewährt. Sie läuft darauf hinaus, dass sich der Klient vorstellt, wie er mit seinen Angehörigen und Freunden in einer entspannten Situation zusammenkommt und ihnen seine letzten Worte sagt. Wenn sich im Rahmen einer solchen Imagination Emotionen einstellen, ist eine Rückentwicklung aus der Entschlussphase in die Ambivalenzphase möglich. Das Risiko der Suiziddurchführung ist in dieser Phase geringer.

Wenn Sie guten Gewissens sagen können, Sie seien überzeugt, dass nichts passieren werde, haben Sie Ihrer Sorgfaltspflicht genüge getan. Am besten ist hier, den bereits besprochenen Antisui-zidvertrag mit dem Klienten abzuschließen, den Sie beide unterzeichnen. Diese Situation kommt in der Praxis zwar nur sehr selten vor, dennoch ist es wichtig, dass Sie einen Notfallplan griffbereit haben, nach dem Sie auch dann noch handeln

können, wenn Sie in der konkreten Situation verständlicherweise unter Stress stehen.

Einweisung in eine psychiatrische Klinik

Häufig wird der Verweis auf die Notwendigkeit einer Einweisung wie eine Drohung oder wie ein Verrat am Klienten empfunden: Der Klient vertraut dem Berater seine seelische Not an, und da der Berater nicht selbst mit dieser Situation fertig wird, schickt er ihn in eine psychiatrische Klinik, das heißt, er lässt ihn durch einen Notarzt einweisen.

Allerdings: Wer einen Suizid androht oder ankündigt, muss damit rechnen, wegen erheblicher Selbstgefährdung in eine psychiatrische Klinik zwangseingewiesen und zwangsmedikamentiert zu werden.

Tipp

Rechtsgrundlage sind dabei die Psychisch-Kranken-Gesetze der einzelnen Bundesländer, die Sie unter http://mv.juris.de/mv/PsychKG_MV_rahmen.htm finden, in denen es um die Verhinderung von Gefährdungen Dritter oder von Selbstschädigungen geht.

Ein angekündigter Suizid ist ein **Notfall**, und das Vorliegen eines Notfalls kann das Eingreifen eines **Notarztes** erforderlich machen. Notärzte sind Ärzte, die in Notfällen mit drastischen Mitteln verhindern, dass ein Mensch stirbt, wenn es zu vermeiden ist.

Wenn sich ein Mensch das Leben nehmen will, dann gibt es kaum eine Möglichkeit außer der Fixierung, das zu verhindern. Grundsätzlich kann es sich aber immer lohnen, einen Suizid zu verhindern, und die Einweisung (vorübergehend) bzw. Unterbringung (längerfristig) ist dazu besser geeignet, da in psychiatrischen Kliniken die besseren Hilfsmittel gegeben sind. Außerdem, und auch das soll eine Brücke über möglicherweise schlechtes Gewissen sein, das Sie haben könnten, weil Sie den Klienten in eine Klinik einweisen lassen: Der nächste Klient erwartet ebenfalls Ihre Hilfe.

Sozialpsychologischer Dienst: Sie sollten die Telefonnummer des Sozialpsychologischen Dienstes Ihrer Stadt bereitliegen haben. Auch die **Telefonseelsorge**, die bundeseinheitlich unter den

kostenfreien Telefonnummern 0800–1110111 (evangelische Telefonseelsorge) und 0800–1110222 (katholische Telefonseelsorge) zu erreichen ist, kann in Fällen angekündigter Suizide hilfreich sein bei der Überbrückung schwerer Nachtstunden und Wochenenden. Die Telefone sind rund um die Uhr mit eigens für die Telefonseelsorge ausgebildeten Menschen besetzt, die einer ständigen Supervision unterliegen.

Einweisungsgesetz: Eine Einweisung nach dem Einweisungsgesetz §63 StGB erfolgt durch einen Notarzt, der telefonisch zur Hilfe gerufen werden kann. Eine mündliche Anhörung vor einem Richter hat innerhalb der ersten 24 Stunden zu erfolgen. Nur ein Richter trifft die letztlich endgültige Entscheidung über die Einweisung und die Fortdauer der Unterbringung, allerdings in Zusammenarbeit mit einem Facharzt für Psychiatrie.

Ärzte und Angehörige medizinischer Dienste sind verpflichtet, bei Patienten, die mit einer Suizidhandlung begonnen haben, erste Hilfe zu leisten. Landeskrankenhäuser mit psychiatrischen Stationen sind zur vorübergehenden oder dauerhaften Aufnahme gefährdeter Personen im Rahmen des Einweisungsgesetzes, des Unterbringungsgesetzes und des Psychisch-Kranken-Gesetzes verpflichtet. Der Psychologische Berater hat im Rahmen seiner Sorgfaltspflicht die Hinzuziehung eines Arztes zu erwägen und gegebenenfalls durchzuführen.

Unterbringungsgesetz: Ein Unterbringungsgesetz regelt die Unterbringung psychisch Kranker in psychiatrischen Anstalten. Es besagt, dass psychisch Kranke gegen ihren Willen untergebracht werden dürfen. Psychisch krank im Sinne des Unterbringungsgesetzes sind Personen, bei denen eine geistige oder seelische Krankheit oder Störung von erheblichem Ausmaß vorliegt oder die an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden und eine Gefahr für Leib und Leben des Patienten oder anderer Personen darstellen.

Fragen

- Was denken Sie persönlich über Menschen, die sich das Leben nehmen wollen? Wie beurteilen Sie deren Gedanken und Erwägungen? Welche moralischen, menschlichen oder allgemeinen Urteile haben Sie über Menschen, die einen Suizid in Erwägung ziehen?
- Haben Sie schon einmal über einen Suizid als Lösung einer unerträglich erscheinenden Situation nachgedacht?
- Waren Sie schon einmal kurz vor dem Suizid?
- Wenn ja: Was hat Ihnen im Rückblick betrachtet geholfen, die Krise zu überwinden? Gab es Menschen, bestimmte Handlungen oder Dinge, die Ihnen geholfen haben? War es eventuell einfach nur die Zeit?
- Was wäre alles **nicht** geschehen, wenn Sie sich damals das Leben genommen hätten? Was schließen Sie daraus?

Anhang



Beispielprüfungen

Die nun folgenden Beispielprüfungen sind an den Gegenstandskatalog GK3 Psychiatrie angelehnt und von uns überarbeitet. Der schriftliche Teil der Prüfung beim Gesundheitsamt bei der Prüfung zur Zulassung als Heilpraktiker für Psychotherapie sieht so ähnlich aus.

Es werden 28 Multiple-Choice-Fragen gestellt, für deren Beantwortung Sie 60 Minuten Zeit haben. Diese Zeit ist mehr als ausreichend! Sie müssen 75% der Fragen richtig beantworten, um die schriftliche Prüfung zu bestehen. Das heißt, Sie müssen 21 Fragen korrekt beantworten. Pro Frage müssen Sie **eine** Antwort (A), (B), (C), (D) oder (E) ankreuzen.

Es werden vier Arten von Prüfungsfragen unterschieden, von denen Typ A und Typ B regelmäßig bei den Prüfungen vorkommen. Typ C und Typ D sind ausgesprochen selten, in den meisten Prüfungen kommen sie gar nicht vor.

Typ A: Einfachauswahl

Sie sollen unter den Antwortmöglichkeiten A–E die einzig richtige auswählen. Unter Umständen sollen Sie eine Falschaussage identifizieren, die im Vorsatz durch ein fettes **nicht** gekennzeichnet ist.

Beispiel

Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Zu den einfachen Wahrnehmungsveränderungen (sensorischen Störungen) werden in der Psychopathologie insbesondere folgende Phänomene gerechnet:

- (A) Metamorphopsien,
- (B) Makroskopien und Mikroskopien,
- (C) illusionäre Verkennungen,
- (D) Verschwommensehen,
- (E) Schwerhörigkeit.

Antwort C ist richtig.

Typ B: Mehrfachauswahl oder Zuordnungsaufgaben

In der Liste 1 sind mehrere nummerierte Begriffe, Aussagen oder Fragen angegeben.

In der Liste 2 sind die mit (A) bis (E) gekennzeichneten Antwortmöglichkeiten gegeben.

Beispiel

Die Anwendung des autogenen Trainings (J. H. Schultz) geschieht mit folgender typischer Zielsetzung:

- (1) Entspannungszustand mit möglichst geringer Abhängigkeit vom anleitenden Therapeuten,
- (2) konzentrierte Amnesie,
- (3) Hypnokatharsis.

- (A) nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 2 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

Antwort A ist richtig.

Typ C: Kausale Verknüpfung

Es werden zwei Aussagen gemacht, die mit „weil“ verknüpft sind. Diese Aussagen können unabhängig von der anderen richtig oder falsch sein. Wenn beide richtig sind, kann die Verknüpfung durch „weil“ richtig oder falsch sein.

Merke: Dieser Aufgabentyp kommt sehr selten vor.

Beispiel

- 1. Sauna in der kalten Jahreszeit ist gesund, **weil**.
- 2. Saunagänge die Blutgefäße stabilisieren.

Die Antwortmöglichkeiten:

Antwort	Aussage 1	Aussage 2	Verknüpfung
A	richtig	richtig	richtig
B	richtig	richtig	falsch
C	richtig	falsch	–
D	falsch	richtig	–
E	falsch	falsch	–

In diesem Falle: Aussage 1 ist richtig. Auch Aussage 2 ist richtig. Die Verknüpfung stimmt nicht. Antwort B ist richtig.

Typ D: Aussagenkombination

Es werden mehrere, durch eingeklammerte Zahlen gekennzeichnete Aussagen gemacht, Sie wählen unter A–E die zutreffende Lösung aus. Merke: Auch dieser Aufgabentyp kommt sehr selten vor.

Beispiel

Ordnen sie jedem Symptom in Liste 1 die wahrscheinlichste Diagnose aus Liste 2 zu.

- (1) Zwangshandlungen,
- (2) Wahnvorstellungen,
- (3) Schlafstörungen.
- (A) Histrionische Persönlichkeitsstörung,
- (B) anankastische Persönlichkeitsstörung,
- (C) Depression,
- (D) Alkoholmissbrauch,
- (E) Schizophrenie.

Die richtigen Antworten sind 1 B, 2 E und 3 C.

Beispielprüfung 1

1 Bestimmte Prägnanztypen des Alkoholismus (nach Jellinek) zeigen folgende charakteristische Merkmale:

- (1) Beim Alpha-Typ besteht nur zeitweilig psychische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust, die Fähigkeit zur Abstinenz ist erhalten.
- (2) Beim Beta-Typ handelt es sich um übermäßigen, aber nicht regelmäßigen Alkoholkonsum (Typ des Wochenendtrinkers).
- (3) Beim Gamma-Typ besteht Kontrollverlust, doch sind Perioden vollständiger Abstinenz möglich.

- (4) Delta-Alkoholiker können den Alkoholkonsum unter Kontrolle halten, sind aber unfähig zur Abstinenz.
- (5) Der Epsilon-Alkoholiker weist Phasen unkontrollierten Alkoholkonsums auf, die von unterschiedlich langen, regelmäßigen Abstinenzphasen unterbrochen werden.
- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (D) nur 1, 3, 4 und 5 sind richtig,
- (E) 1–5 = alle sind richtig.

2 Welche Aussage trifft nicht zu?

Im Delirium tremens finden sich folgende typische Phänomene:

- (A) vermehrte Suggestibilität,
- (B) systematisierter Wahn,
- (C) optische Halluzinationen,
- (D) vegetative Störungen,
- (E) Bewusstseinsstörung.

3 Beim Alkoholdelir kommt es häufig zu:

- (1) Hyperhidrosis (übermäßigem Schwitzen),
- (2) Pleozytose im Liquor cerebrospinalis (Aufreten von Zellen [aus dem Blut] in der Hirnrückenmarksflüssigkeit),
- (3) szenischen Halluzinationen.
- (A) Nur 3 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1–3 = alle sind richtig.

4 Ein 54-jähriger Mann klagt über Abnahme der Potenz. Er habe früher 2- bis 3-mal pro Nacht Geschlechtsverkehr mit seiner Partnerin durchgeführt. Jetzt gelinge ihm ein zweiter Sexualakt im Anschluss an einen ersten nicht mehr.

Als Gründe kommen in Betracht:

- (1) Ablehnung durch die Partnerin,
- (2) Diabetes mellitus,
- (3) altersentsprechende Refraktärzeit,
- (4) depressive Verstimmung,
- (5) Einnahme von niederpotenten Neuroleptika.
- (A) Nur 2 und 5 sind richtig,
- (B) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (C) nur 1, 3 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 5 sind richtig,
- (E) 1–5 = alle sind richtig.

5 Die Masters-Johnson-Therapie ist indiziert zur Behandlung von

- (1) Homosexualität,
- (2) Vaginismus,
- (3) psychogener Erektionsstörung,
- (4) Nymphomanie (heftiger Drang nach sexueller Betätigung bei Frauen).

- (A) Nur 1 und 4 sind richtig,
- (B) nur 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 3 und 4 sind richtig,
- (D) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

6 Welche der Aussagen über sexuelle Störungen treffen zu?

- (1) Masturbation mit Überwertigkeit gegenüber dem normalen sexuellen Vorgang kann in Einzelfällen den Charakter einer sexuellen Störung bekommen.
- (2) Pathologisches, heimliches – sexuell motiviertes – Beobachten des sexuellen Vollzuges anderer bezeichnet man als Voyeurismus.
- (3) Unter Nekrophilie versteht man die sexuell motivierte Lust am Töten.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

7 Welche der folgenden Angaben über die Häufigkeit von Suizidtoten in der Bundesrepublik Deutschland trifft am ehesten zu?

- (A) Schätzungsweise ist die Zahl der Suizidtoten gleich hoch wie die Zahl der Suizidversuche.
- (B) Nur etwa jede 100. Suizidhandlung führt zum Tode des Betroffenen.
- (C) Die Anzahl der Suizidtoten pro Jahr entspricht annähernd etwa der Zahl der jährlichen Verkehrstoten.
- (D) Die Häufigkeit von Suizidtoten ist in allen Altersgruppen etwa gleich.
- (E) Die Anzahl jährlicher Suizidtoter in der Bundesrepublik Deutschland überschreitet die Zahl 10.000 nicht.

8 Welche der Aussagen über Suizid und Suizidversuch treffen zu?

- (1) Wer einen Suizidversuch begangen hat, begeht einen zweiten Suizidversuch in der Regel nicht mit der gleichen Methode.
- (2) Ledige begehen häufiger Suizidversuche als Verheiratete.
- (3) Männer wählen durchschnittlich „aggressivere“ Suizidtechniken als Frauen.
- (4) Bei vollendeten Suiziden finden sich gehäuft Suizidanten mit psychotischer Erkrankung in der Vorgeschichte.
- (5) Bei medikamentösem Suizidversuch – insbesondere bei Jugendlichen – lässt sich der „Ernst der Tötungsabsicht“ an der verwendeten Dosis und der Art des Medikamentes meist nicht ablesen.

- (A) Nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (B) nur 2, 3 und 5 sind richtig,
- (C) nur 3, 4 und 5 sind richtig,
- (D) nur 2, 3, 4 und 5 sind richtig,
- (E) 1 – 5 = alle sind richtig.

9 Welche beiden der aufgeführten Personengruppen haben ein besonders hohes Risiko hinsichtlich Tod durch Suizid?

- (1) Suchtkranke,
- (2) an chronischem Rheumatismus Erkrankte,
- (3) Mädchen im Alter zwischen 12. und 14. Lebensjahr,
- (4) Menschen mit zyklischer Psychose.

- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 1 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) nur 2 und 4 sind richtig.

10 Zu den typischen Charaktermerkmalen der zwangsneurotischen Charakterstruktur zählen

- (1) übertriebene Sauberkeit,
- (2) Rigidität,
- (3) Promiskuität.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 3 ist richtig,
- (C) nur 1 und 2 sind richtig,
- (D) nur 1 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

11 Bei Patienten mit neurotischen Depressionen ist *am wenigsten* charakteristisch:

- (A) Verlust des Realitätsbezugs,
- (B) autoaggressive Tendenzen,
- (C) Herabsetzung des Selbstwertgefühls,
- (D) psychische Anklammerungstendenzen,
- (E) Körperbefindlichkeitsstörungen.

12 Als Mechanismus der Krankheitsverarbeitung bei Karzinompatienten beobachtet man

- (1) Verleugnung des Krankseins,
- (2) depressive Gestimmtheit,
- (3) Ausleben aggressiver Tendenzen,
- (4) Abkapselung von der Umwelt.

- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
- (B) nur 2 und 4 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

13 Welche Aussage trifft *nicht* zu?

Das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters ist häufig gekennzeichnet durch

- (A) hohe Frustrationstoleranz,
- (B) Überaktivität im grobmotorischen Bereich,
- (C) Auffälligkeiten bereits im Säuglingsalter,
- (D) Lernstörungen,
- (E) Überaktivität im feinmotorischen Bereich.

14 Als umschriebenen Entwicklungsrückstand (Teilleistungsschwäche) im Kindes- und Jugendalter klassifiziert man in der Kinder- und Jugendleichenpsychiatrie insbesondere folgende der genannten Störungen:

- (A) Oligophrenie,
- (B) Legasthenie,
- (C) frühkindlicher Autismus,
- (D) Durchgangssyndrom,
- (E) Demenz.

15 Störungen im Sozialverhalten von Schulkindern treten gehäuft auf bei

- (1) der Lese- und Rechtschreibschwäche,
- (2) vernachlässigender Erziehung,
- (3) dem hyperkinetischen Syndrom.

- (A) Nur 2 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

16 Bei welchem der folgenden Psychotherapieverfahren hat die Einschätzung der Introspektionsfähigkeit des Patienten durch den Therapeuten für die Beurteilung der Therapiefähigkeit die größte Bedeutung?

- (A) Verhaltenstherapie,
- (B) Psychoanalyse,
- (C) Hypnose,
- (D) Gesprächspsychotherapie (Rogers),
- (E) autogenes Training.

17 Aufdeckende Psychotherapie kommt zur Anwendung bei

- (1) Angstneurosen,
- (2) neurotischen Depressionen,
- (3) Herzneurosen,
- (4) Phobien.

- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
- (B) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

18 Die Methode der operanten Konditionierung bedient sich folgender Mittel:

- (1) diskriminativer Stimulus,
- (2) Bestrafung,
- (3) Extinktion/Reizlöschung.

- (A) Nur 2 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

19 Welche der folgenden Aussagen über Bewusstseinsstörungen treffen zu?

- (1) Bewusstseinsstörung ist ein Leitsymptom akuter körperlich begründbarer Psychosen.
- (2) Patienten mit Bewusstseinsstörung können in der Regel noch den Monat und den Aufenthaltssort, selten hingegen das Geburtsdatum und den Wohnort richtig angeben.
- (3) Das Delir gilt als ein Prägnanztyp der Zustände von Bewusstseinsstörung.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

20 Der Begriff retrograde Amnesie besagt, dass

- (1) alles aus der kurz zurückliegenden Vergangenheit in zunehmendem Maße vergessen wird,
- (2) man sich an eine bestimmte Zeitspanne vor einer Hirnschädigung nicht mehr erinnern kann,
- (3) man sich an die Zeit nach einer Bewusstlosigkeit nicht mehr erinnern kann.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 2 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

21 Zu den inhaltlichen Denkstörungen rechnet man

- (A) die Denkzerfahrenheit,
- (B) den primären Wahn,
- (C) die Zönästhesien (Sinnestäuschung, bei der der eigene Körper als fremd wahrgenommen wird),
- (D) illusionäre Verkennungen,
- (E) das Gedankenabbrechen.

22 Welche Aussage trifft nicht zu?

Die Bezeichnung „organische Psychose“ wird synonym oder annähernd gleichbedeutend verwendet mit den Begriffen:

- (A) körperlich begründbare Psychosen,
- (B) symptomatische Psychosen,
- (C) exogene Psychosen,
- (D) symbiotische Psychosen,
- (E) somatogene Psychosen.

23 Welches ist das Leitsymptom der ausgeprägten akuten symptomatischen Psychosen?

- (A) Optische Halluzinationen,
- (B) Bewusstseinstörung,
- (C) organische Persönlichkeitsveränderungen,
- (D) Beziehungsideen,
- (E) Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn.

24 Dämmerzustände kommen bei folgenden Krankheitsbildern vor:

- (1) Epilepsie,
- (2) pathologischer Rausch,
- (3) Hysterie,
- (4) Schädel-Hirn-Trauma.

- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 1 und 4 sind richtig,
- (C) nur 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

25 Charakteristisch für endogene Depressionen sind

- (1) Appetitminderung,
- (2) psychomotorische Hemmung,
- (3) Déjà-vu-Erlebnisse.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

26 Typisch für die larvierte Depression ist:

- (1) Die Patienten dissimulieren ihre Vitalstörungen.
- (2) Statt Verstimmung liegt ein depressiver Wahn vor.
- (3) Es handelt sich um sogenannte mischbildhafte Zustände (manisch-depressive Mischzustände).

- (A) Keine der Aussagen 1 – 3 ist richtig,
- (B) nur 1 ist richtig,
- (C) nur 2 ist richtig,
- (D) nur 3 ist richtig,
- (E) nur 1 und 3 sind richtig.

27 Welche Aussage trifft nicht zu?

Zum klinischen Syndrom der endogenen Manie gehören unter anderem folgende Symptome:

- (A) Steigerung von Selbstwertgefühlen,
- (B) Ablassung von Fremdwertgefühlen,
- (C) „Gefühl der Gefühllosigkeit“,
- (D) formale Denkstörungen,
- (E) gesteigerte Libido.

28 Zu welcher Gruppe von Störungen zählt typischerweise der Gedankenentzug bei schizophrenen Patienten?

- (A) Gedächtnisstörungen,
- (B) Ich-Störungen,
- (C) formale Denkstörungen,
- (D) Antriebsstörungen,
- (E) Affektstörungen.

Lösungen und Kommentare

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
1	E	Dies sind die Definitionen der verschiedenen Alkoholismus-Typen nach Jellinek.
2	B	Der systematisierte Wahn ist v. a. bei Schizophrenien anzutreffen.
3	C	Die Pleozytose in der Hirnrückenmarksflüssigkeit deutet eher auf Infektionen oder Reizungen der Meningen, der Hirnhäute, hin.
4	E	Ohne körperliche und psychische Untersuchung lässt sich eine genauere Aussage nicht machen.
5	B	Die Masters-Johnson-Therapie richtet sich an die funktionellen Sexualstörungen und ist in erster Linie an den Körper gewandt. Homosexualität wird nicht behandelt, da es sich nicht um eine Krankheit handelt, und Nymphomanie wird mit anderen psychotherapeutischen Verfahren behandelt.
6	B	Nekrophilie ist der sexuelle Kontakt mit Toten.
7	C	• (A): Suizidote:Suizidversuche = 1:10. • (B): Es ist etwa jede 10. Suizidhandlung. • (D): Die Häufigkeit der Suizidtoten nimmt mit dem Alter zu. • (E): Die Anzahl liegt bei ca. 11.000 bis 12.000.
8	D	Meistens wird die Methode des Suizidversuchs beibehalten.
9	C	Chronisch Kranke haben schon ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko, aber die chronisch rheumatischen Erkrankungen stellen eine Ausnahme dar. Männer im Alter zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr sind die größte Risikogruppe in Bezug auf das Geschlecht und das Lebensalter.
10	C	Promiskuität bezeichnet ein Sexualverhalten, das durch häufigen Partnerwechsel gekennzeichnet ist.
11	A	Wie bei allen neurotischen Erkrankungen und erlebnisreaktiven Persönlichkeitsveränderungen ist auch bei der neurotischen Depression der Realitätsbezug meistens erhalten.
12	E	Eine Auseinandersetzung mit der Krankheit erfolgt bei Krebspatienten häufig nicht. Tatsächlich können unterschiedliche Arten der Vermeidung der Auseinandersetzung beobachtet werden.
13	A	Die niedrige Frustrationstoleranz ist geradezu kennzeichnend für das hyperkinetische Syndrom.
14	B	• (A): Oligophrenie ist eine veraltete Bezeichnung für geistige Behinderung. • (C): Der Autismus ist keine Teilleistungsschwäche. • (D): Das Durchgangssyndrom bezeichnet eine akute, reversible, organische Psychose ohne Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen. • (E): Die Demenz bezeichnet den Verlust bereits erworbener kognitiver Fähigkeiten.

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
15	E	Alle drei Störungen prädestinieren zu Störungen im Sozialverhalten von Schulkindern.
16	B	Die Psychoanalyse ist die Therapieform, die die höchste Anforderung an die Fähigkeit zur Introspektion an den Patienten stellt.
17	E	Bei allen genannten Störungen geht die Bemühung dahin, den Hintergrund der Störung aufzudecken.
18	E	Es geht zum Beispiel um die therapeutische Arbeit im Bereich der Aggressionsbewältigung.
19	C	Bewusstseinsstörungen sind gekennzeichnet durch den Verlust der Orientierungsfähigkeit. Dazu gehört auch die zeitliche und räumliche Orientierung. So können die Patienten eben auch den Monat und den Aufenthaltsort nicht angeben.
20	B	Der Begriff Amnesie bezeichnet einen Gedächtnisverlust. • (1) bezeichnet die globale Amnesie, bei der die gesamte Vergangenheit vergessen wird, • (2) ist die retrograde Amnesie, z. B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma, • (3) ist die anterograde Amnesie.
21	B	• (A): Die Denkzerfahrenheit gehört zu den formalen Denkstörungen. • (C): Die Zönanästhesien sind Sinnestäuschungen mit fehlerhafter Körperwahrnehmung. • (D): Illusionäre Verkennungen gehören zu den Wahrnehmungsstörungen, z. B. wird ein Schatten auf der Fahrbahn für ein Tier gehalten. • (E): Gedankenabbrechen gehört zu den formalen Denkstörungen.
22	D	Die Symbiose bezeichnet das Zusammenleben zweier Lebensarten zum beiderseitigen Vorteil.
23	B	• (A): Optische Halluzinationen sind v. a. im Delirium tremens des Alkoholismus zu beobachten. • (C): Organische Persönlichkeitsveränderungen treten eher bei chronischen symptomatischen Psychosen auf. • (D): Beziehungsideen treten v. a. bei Schizophrenien auf. • (E): Wahnvorstellungen treten v. a. bei Schizophrenien auf.
24	E	Bei allen vier Krankheiten kommt die Somnolenz (Schläfrigkeit, auch Dämmerzustand genannt) vor.
25	B	Déjà-vu-Erlebnisse bezeichnen das irrealer Gefühl, eine Situation schon einmal erlebt zu haben.
26	A	Die larvierte Depression bezeichnet eine Depression, deren Beschwerden verlagert und als körperliche Symptome dargestellt werden.
27	C	Bei der endogenen Manie besteht ein Gefühl geradezu gesteigerter Affektivität.
28	B	Der Patient hat das Gefühl, seine Gedanken würden ihm entzogen, er erlebt einen Verlust der Ich-Grenzen.

Beispielprüfung 2

1 Eine Patientin gibt an, sie leide unter der unsinnigen Vorstellung, sie könne beim Essenkochen versehentlich Insektenpulver statt Zucker oder Salz verwenden und damit ihre Familie vergiften.

Dabei handelt es sich am wahrscheinlichsten um

- (A) Zwangsgedanken,
- (B) Konversionsneurose,
- (C) Befehlsautomatie,
- (D) Beziehungswahn,
- (E) Wahnwahrnehmung.

2 Halluzinationen

- (1) können im Allgemeinen vom Patienten willkürlich kontrolliert werden,
- (2) sind die Verzerrung realer Wahrnehmungen,
- (3) lassen sich gelegentlich aus der Mimik des Patienten vermuten.

- (A) Nur 2 ist richtig,
- (B) nur 3 ist richtig,
- (C) nur 1 und 2 sind richtig,
- (D) nur 1 und 3 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

3 Welche Aussage trifft *nicht* zu?

Zu den einfachen Wahrnehmungsveränderungen (sensorischen Störungen) werden in der Psychopathologie insbesondere folgende Phänomene gerechnet:

- (A) Metamorphopsien (Sehstörungen mit veränderter Wahrnehmung von Gegenständen),
- (B) Makroskopien und Mikroskopien (vergrößertes bzw. verkleinertes Sehen),
- (C) illusionäre Verkennungen,
- (D) Verschwommensehen,
- (E) Hypakusis (reduzierte Hörfähigkeit).

4 Welches der genannten Symptome/Fakten gibt den *geringsten* Hinweis auf das Vorliegen einer endogenen Depression?

- (A) Frühere manische Phasen,
- (B) wahnhafte Verarmungsideen,
- (C) hypochondrischer Wahn,
- (D) wahnhafte Schuldideen,
- (E) magisches Denken.

5 Bei den depressiven Wahnthemen ist *am wenigsten* typisch:

- (A) hypochondrischer Wahn,
- (B) Beeinträchtigungswahn,
- (C) Verarmungswahn,
- (D) Versündigungswahn,
- (E) nihilistischer Wahn.

6 Zu den schizophrenen Störungen des Ich-Erlebnisses zählt / zählen

- (1) Gedankenentzug,
- (2) Gedankeneingebung,
- (3) Willensbeeinflussung.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 3 ist richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

7 Welche Erscheinung ist besonders charakteristisch für eine schizophrene Erkrankung in Abgrenzung von anderen Arten endogener Psychosen?

- (A) Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede,
- (B) Größenwahn,
- (C) Verarmungs- und Versündigungswahn,
- (D) das Auftreten von diversen optischen Halluzinationen,
- (E) Hautmissempfindungen, verbunden mit der Vorstellung, unter der Haut wanderten Insekten oder Würmer umher.

8 Welche der folgenden Aussagen über den Wahn bei schizophrenen Kranken treffen zu?

- (1) Häufige Themen des Wahns sind Verfolgung, Beeinträchtigung und Vergiftung.
- (2) Beim Wahneinfall gewinnen typischerweise für den Patienten zufällige Wahrnehmungsvorgänge eine abnorme Bedeutung im Sinne der Eigenbeziehung.
- (3) Der Wahn in seinen verschiedenen Äußerungsweisen wird zu den Störungen des formalen Denkablaufes gerechnet.
- (4) Die wahnhaften Erlebniswelten sind bei einer großen Zahl der Kranken mit anderen psychotischen Erlebniswelten (besonders halluzinatorischen) eng verbunden.

- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
- (B) nur 1 und 4 sind richtig,

- (C) nur 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

9 Zu den Risikofaktoren für einen Selbstmordversuch gehören statistisch gesehen

- (1) Ehescheidung,
- (2) männliches Geschlecht,
- (3) Arbeitslosigkeit.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

10 Welche der Aussagen über die Prävention von Suizidhandlungen trifft / treffen zu?

- (1) Das Ansprechen von Suizidalität ist zu empfehlen bei Patienten mit endogener Depression.
- (2) Wichtig ist bei Suizidgefährdeten die genaue Erhebung der Anamnese bezüglich früherer Suizidversuche.
- (3) Bei labilen Patienten ist in der Regel die prophylaktische Gabe von Tranquilizern erforderlich.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

11 Von einer symptomatischen Psychose spricht man, wenn

- (A) das psychotische Geschehen Ausdruck einer körperlichen Erkrankung ist,
- (B) ein psychotisches Geschehen von psychischen Außenerlebnissen herrührt,
- (C) ein Durchgangssyndrom nicht sicher diagnostiziert werden kann,
- (D) eine simulierte Psychose die Symptome einer echten Psychose täuschend imitiert,
- (E) ein Krankheitsbild die Symptome einer schizophrenen Psychose besonders deutlich zur Darstellung bringt.

12 Von den folgenden Funktionsstörungen bei symptomatischen Psychosen kann man am schwierigsten quantifizieren:

- (A) Störung des Kurzzeitgedächtnisses,
- (B) Affektstörungen,
- (C) Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit,
- (D) Störung der Reaktionszeit,
- (E) Orientierungsstörungen.

13 Pseudodemenz

- (1) beobachtet man v.a. bei Kranken mit Schizophrenien,
- (2) ist in der Regel Folge eines chronischen Alkoholmissbrauchs,
- (3) ist häufig verbunden mit anderen psychopathologischen Phänomenen.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 3 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

14 Sedativa aus der Gruppe der Benzodiazepine

- (1) können über einen langen Zeitraum ohne weitere Beobachtung eingenommen werden,
- (2) erzeugen innerhalb weniger Wochen eine Abhängigkeit und müssen daher so schnell wie möglich abgesetzt werden, sobald man von einer Abhängigkeit ausgehen kann,
- (3) müssen beim Vorliegen einer Abhängigkeit langsam herunterdosiert werden.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 2 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

15 Zu den Indikationen der Analeptika gehören:

- (1) ADH-Syndrom bei Kindern,
- (2) Depressionen,
- (3) Narkolepsie.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

16 Die Impotentia erectionis des Mannes kann auf folgender Ursache/folgenden Ursachen beruhen:

- (1) Unsicherheit hinsichtlich der eigenen männlichen Identität,
 - (2) Diabetes mellitus,
 - (3) Wirkung von Neuroleptika,
 - (4) Wirkung von Antiandrogenern,
 - (5) chronischer Alkoholabusus.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 - (B) nur 1, 4 und 5 sind richtig,
 - (C) nur 1, 2, 4 und 5 sind richtig,
 - (D) nur 2, 3, 4 und 5 sind richtig,
 - (E) 1 – 5 = alle sind richtig.

17 Unter Dyspareunie versteht man:

- (A) Schmerzen der Frau im Genitalbereich beim Sexualverkehr,
- (B) Häufung von Situationen der Kollusion (also von unbewusst abgestimmtem Zusammenspiel mit konflikthaftem Verhalten) in der ehelichen Beziehung,
- (C) männliche Impotenz aus psychischer Ursache,
- (D) Kontraktion des M. bulbospongiosus und des M. levator ani (Muskeln aus dem Bereich des Beckenbodens) bei Penetrationsversuch,
- (E) vorzeitiger Samenerguss vor Erreichen des Orgasmus beim Mann.

18 Beim Transsexualismus handelt es sich um

- (A) das ausschließliche Verlangen nach Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts,
- (B) eine normale Durchgangsphase bei der Entwicklung der Sexualität,
- (C) ein Synonym für Homosexualität,
- (D) das Verlangen nach Wechsel der Geschlechtszugehörigkeit,
- (E) eine spezielle sexuelle Funktionsstörung.

19 Welche Aussage trifft nicht zu?

Für die Drogenabhängigkeit vom Morphintyp gilt:

- (A) Bei plötzlicher kompletter Entziehung ist die häufigste Entzugserscheinung eine delirante Psychose.
- (B) Bei Drogenabhängigkeit vom Morphintyp entwickelt sich typischerweise eine Wesensänderung.
- (C) Körperliche und seelische Abhängigkeit entwickeln sich z. T. schon innerhalb von Tagen.

- (D) Die Neugeborenen opiatsüchtiger Mütter zeigen ein neonatales Abstinenzsyndrom.
- (E) Zur Drogenabhängigkeit vom Morphintyp gehört auch die Abhängigkeit von Heroin.

20 Charakteristisch für die Kokainabhängigkeit ist eine

- (1) Entwicklung einer starken psychischen Abhängigkeit,
 - (2) Antriebssteigerung im 1. Stadium des Drogenrausches,
 - (3) Gewichtszunahme.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 - (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

21 Über die Ausübung der Psychologischen Beratung bestimmt/bestimmen:

- (1) das Heilpraktikergesetz,
 - (2) das Psychotherapeutengesetz,
 - (3) das Grundgesetz.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 - (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

22 Für die psychologische Behandlung von Kindern bis zum 14. Lebensjahr

- (1) bedarf es der Zustimmung der Eltern,
 - (2) reicht die Einwilligung der Minderjährigen,
 - (3) bedarf es der Zustimmung durch das Jugendamt.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 - (B) nur 2 ist richtig,
 - (C) nur 3 ist richtig,
 - (D) nur 1 und 3 sind richtig,
 - (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

23 Der Heilpraktiker für Psychotherapie sowie der Psychologische Berater rechnen ab

- (A) mit der gesetzlichen Krankenversicherung,
- (B) mit der privaten Krankenversicherung,
- (C) mit dem Patienten,
- (D) mit der Beihilfestelle von Beamten,
- (E) mit der Sozialhilfestelle.

24 Zu den Möglichkeiten einer Primärprävention hinsichtlich geistiger Behinderung zählen

- (1) Rötelnimpfung bei Mädchen,
- (2) Frühdiagnose und -behandlung der geistigen Behinderung im Säuglingsalter,
- (3) Alkoholkarenz der Schwangeren.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

25 Optische und/oder akustischen Wahrnehmungsstörungen finden sich nicht selten bei Kindern mit

- (1) Legasthenie,
- (2) frühkindlichen, erworbenen Hirnfunktionsstörungen,
- (3) Schulphobie.

- (A) Nur 2 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

26 Zu den Lernstörungen bei Kindern und Jugendlichen können führen

- (1) Angst,
- (2) Depression,
- (3) Schizophrenie,
- (4) Epilepsie.

- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1, 3 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

27 Für die Therapie einer isolierten phobischen Störung (z. B. Spinnen- oder Katzenphobie) würde man, wenn ein rein symptomorientiertes Vorgehen vorgesehen ist, am ehesten folgendes Verfahren wählen

- (A) Gesprächstherapie,
- (B) große Analyse,
- (C) Verhaltenstherapie,
- (D) Gruppentherapie,
- (E) autogenes Training.

28 Suggestion als psychotherapeutische Methode ist wirksam über

- (A) die Einsichtsfähigkeit,
- (B) die Kritikfähigkeit,
- (C) die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Patient,
- (D) das Bewusstsein,
- (E) die offene Konfliktbearbeitung.

Lösungen und Kommentare

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
1	A	• (B): Die Konversionsneurose ist die Bezeichnung für eine körperlich anmutende Organfunktionsstörung, die durch Konversion entsteht und durch motorische und/oder sensorische Ausfälle gekennzeichnet ist. • (C): Die Befehlsautomatie bedarf eines äußeren Antriebs. • (D): Der Beziehungswahn ist ein Symptom, das bei Schizophrenien zu beobachten ist. • (E): Die Wahnwahrnehmung oder Halluzination sind ebenfalls bei Schizophrenien zu beobachten.
2	B	Halluzinationen lassen sich nicht kontrollieren, sie stellen auch keine Verzerrung realer Wahrnehmungen dar: Das nennt man illusionäre Verkennungen.

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
3	C	Die illusionären Verkennungen treten auch in nichtpathologischen Zusammenhängen auf, beispielsweise bei Erschöpfung: Reale Wahrnehmungen werden falsch interpretiert.
4	E	Die Symptome (A) bis (D) sind relativ typische Symptome einer endogenen Depression.
5	B	Der Beeinträchtigungswahn beschreibt die irrealer Vorstellung, von außen beeinflusst zu werden und gehört eher zu den inhaltlichen Denkstörungen der Schizophrenie.
6	E	(1) bis (3) sind Beispiele für einen Beeinträchtigungswahn.
7	A	• (B) Der Größenwahn ist typisch für eine manische Episode. • (C) Der Verarmungs- und Versündigungswahn begleitet bisweilen depressive Episoden. • (D) Optische Halluzinationen treten v. a. beim Alkoholdelir auf (weiße Mäuse). • (E) Die Hautmissempfindungen sind eher seltene Halluzinationen bei Schizophrenien, kommen aber auch beim Alkoholdelir vor.
8	B	• Die unter (2) beschriebene Symptomatik nennen wir Ablenkbarkeit und sie spricht eher für das Vorliegen einer manischen Episode. • (3) Der Wahn in seinen verschiedenen Äußerungsweisen wird zu den inhaltlichen Denkstörungen gerechnet.
9	C	Das männliche Geschlecht (2) stellt eher einen Risikofaktor für den Suizid als für den Suizidversuch dar.
10	B	Die prophylaktische Gabe von Tranquilizern gehört nicht zu den Maßnahmen der Suizidverhinderung.
11	A	• (B) Ist das Erscheinungsbild einer reaktiven Psychose. • (C) Das Durchgangssyndrom bezeichnet eine akute organische Psychose ohne Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen. • (D) könnte z. B. bei einer histrionischen Persönlichkeitsstörung oder beim Münchhausen-Syndrom auftreten, bei dem Patienten durch falsche anamnestiche Angaben und dringliche Schilderung nicht vorhandener Krankheitssymptome versuchen, eine stationäre Behandlung, unter Umständen auch eine Operation, zu erreichen. • (E) Gibt es so nicht, es sei denn, es ist die Schizophrenie.
12	B	Außer der Affektivität lassen sich die anderen Funktionen mit verschiedenen Tests gut messen und damit quantifizieren.
13	C	Pseudodemenz ist dadurch gekennzeichnet, dass die Symptome der Demenz nach Abklingen der Grunderkrankung zurückgehen. Bei Schizophrenien ist eine Demenz nicht zu beobachten. Die Demenz des Alkoholmissbrauchs ist dauerhaft.
14	C	Sedativa aus der Gruppe der Benzodiazepine erzeugen innerhalb weniger Wochen eine Abhängigkeit. Sie müssen dann allerdings langsam herunterdosiert werden.
15	C	Analeptika sind Medikamente aus der Gruppe der sogenannten Aufputschmittel. Sie haben eine zentral erregende Wirkung. Ihre Indikationen sind das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (Ritalin) und die Narkolepsie, die Schlafsucht.
16	E	Die Impotentia erectionis ist die Unfähigkeit, eine Erektion zu erreichen oder bis zur Beendigung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten.

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
17	A	• (D) Der M. bulbospongiosus und der M. levator ani sind Teil der Beckenbodenmuskulatur. Kontraktionen des M. levator ani führen zum klinischen Bild des Vaginismus oder Scheidenkrampfs.
18	D	• (A) Das Verlangen nach Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts heißt Transvestitismus.
19	A	Bei plötzlicher Entziehung breitet sich rund 12 Stunden nach der letzten Einnahme großes Unbehagen aus. Der Süchtige wird nervös. Es folgt meist ein unruhiger Schlaf von einigen Stunden. Nach etwa 20 Stunden setzen die Entzugssymptome in voller Stärke ein. Die Pupillen erweitern sich, die Haut wird kaltschweißig und blass. Es kommen Gelenkschmerzen und Krämpfe hinzu, außerdem Magen- und Darmkrämpfe mit Erbrechen und Durchfall. Die Entzugserscheinungen können im Extremfall auch zum Tod führen.
20	B	Die Kokainabhängigkeit ist durch Gewichtsverlust gekennzeichnet.
21	E	Das Heilpraktikergesetz definiert, was Ausübung der Heilkunde ist. Dazu gehört Psychotherapie und Psychologische Beratung. Das Psychotherapeutengesetz definiert den Beruf und das Arbeitsfeld der Psychologischen Psychotherapeuten. Das Grundgesetz gewährleistet die Freiheit der Berufswahl.
22	A	Die Zustimmung der Eltern ist im Standardfalle nicht an eine Formalie gebunden, sondern sie gilt als gegeben, wenn Eltern ihr Kind in die Psychotherapie bringen.
23	C	Grundsätzlich rechnet der Heilpraktiker mit dem Patienten privat ab. Der Patient reicht Rechnungen bei seiner privaten Krankenversicherung, bei der Beihilfestelle oder einer Sozialhilfestelle ein. Grundsätzlich sollte er aber darauf hingewiesen werden, dass die privaten Krankenversicherungen diese Rechnung nur in besonderen Fällen erstatten, die anderen Rechnungsstellen gar nicht.
24	C	Die Frühdiagnose und -behandlung geistiger Behinderungen gehört nicht zu den Maßnahmen der Primärprävention geistiger Behinderungen.
25	B	In seltenen Fällen ist die Legasthenie Folge einer optischen Wahrnehmungsstörung. Erworbene Hirnfunktionsstörungen können jedes hirnnorganische Symptom erzeugen. Schulphobie gehört zu den Angststörungen, die nicht mit Wahrnehmungsstörungen verbunden sind.
26	E	Lernstörungen haben eine große Ursachenpalette. Dazu gehören hirnnorganische Erkrankungen ebenso wie Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen.
27	C	Die isolierte phobische Störung wird durch die verhaltenstherapeutischen Methoden der Desensibilisierung oder der Reizüberflutung mit Reaktionsverhinderung behandelt.
28	C	• (A) Die Einsichtsfähigkeit ist bei einer Suggestion reduziert. • Das Gleiche gilt für (B) die Kritikfähigkeit. • (D) Das Bewusstsein wird durch Induktion eines Trancezustandes, der die Suggestion ermöglicht, eingeschränkt. • (E) Eine offene Konfliktbearbeitung ist in diesem Zustand nicht möglich.

Beispielprüfung 3

1 Welche der folgenden Aussagen über den Wahn trifft / treffen zu?

- (1) Bei über längere Zeit bestehenden Wahnpsychosen kann man fast immer unterscheiden, was ursprüngliches Wahnerleben ist und was durch sekundäre Verarbeitung des psychotischen Erlebens (durch die „Wahnarbeit“) entstand.
 - (2) Die Wahninhalte werden mitbestimmt durch Ausgangspersönlichkeit, Lebensgeschichte, soziale und psychodynamische Faktoren.
 - (3) Ein Wahnsystem ergibt sich, indem der Patient zwischen den einzelnen wahnhaften und anderen psychotischen Phänomenen Verbindungen herstellt.
- (A) Nur 2 ist richtig,
 (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

2 Welche Aussage(n) über Antriebsstörungen trifft / treffen zu?

- (1) Antriebsminderung wird bei symptomatischen Psychosen häufig beobachtet.
 - (2) Antriebsminderung ist ein häufiges Symptom psychischer Störungen.
 - (3) Eine Schwächung des Eigenantriebs kennzeichnet oft die organische Wesensänderung.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

3 Charakteristisch für endogene Depressionen sind:

- (1) Appetitminderung,
 - (2) motorische Hemmung,
 - (3) Déjà-vu-Erlebnisse.
- (A) Nur 1 ist richtig,
 (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

4 Welche der Aussagen über Selbstwert- und Fremdwertgefühle bei psychiatrischen Krankheiten treffen zu?

- (1) Bei endogenen (zyklothymen) Depressionen findet sich nicht selten eine Minderung der Fremdwertgefühle.
 - (2) Bei der endogenen (zyklothymen) Manie ist das Selbstwertgefühl gesteigert.
 - (3) Bei endogenen (zyklothymen) Manien findet sich z.T. eine vom Patienten nicht wahrgenommene Abblassung der Fremdwertgefühle.
- (A) Nur 2 ist richtig,
 (B) nur 1 und 2 sind richtig,
 (C) nur 1 und 3 sind richtig,
 (D) nur 2 und 3 sind richtig,
 (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

5 Zu den charakteristischen Symptomen bei der Manie zählen

- (1) Hypersomnie (übermäßiges Schlafen),
 - (2) Zerrfahrenheit,
 - (3) Größenideen,
 - (4) psychomotorische Enthemmung.
- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
 (B) nur 2 und 4 sind richtig,
 (C) nur 3 und 4 sind richtig,
 (D) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
 (E) nur 1, 3 und 4 sind richtig.

6 Eine typische formale Denkstörung bei Schizophrenie ist

- (A) Haften an denselben Inhalten, kombiniert mit Umständlichkeit,
- (B) Ideenflucht,
- (C) Denkdissoziation (Gefühl der Abspaltung des Denkens von der eigenen Person),
- (D) Wahneinfall,
- (E) Denkhemmung.

7 Welche Aussage trifft *nicht* zu? Als charakteristische Phänomene bei Schizophrenien gelten:

- (A) Denkdissoziation,
- (B) Tagesrhythmik der Symptome,
- (C) psychomotorische Hyperkinesien (übermäßiges Bewegen),
- (D) psychomotorische Hypokinesien (mangelhaftes Bewegen),
- (E) Parathymie (unangemessene Affekte, die dem Denk- und Erlebensinhalt nicht entsprechen oder ihm entgegengesetzt sind).

8 Welche der aufgeführten Personengruppen haben ein besonders hohes Risiko hinsichtlich Tods durch Suizid?

- (1) Schizophrene,
- (2) an chronischem Rheumatismus Erkrankte,
- (3) Kinder zwischen dem 8. und 10. Lebensjahr,
- (4) Menschen mit schmerzhaften Krebserkrankungen.

- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 1 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) nur 2 und 4 sind richtig.

9 Mögliche Hinweise auf das Bestehen einer aktuellen Suizidalität sind

- (1) Spielen mit Suizidgedanken,
- (2) Selbstmordgedanken, ohne dass schon ein konkreter Plan zur Ausführung der Tat besteht,
- (3) Planung eines appellativen Suizidversuchs,
- (4) wiederholtes Aussprechen von Suizidgedanken.

- (A) Nur 1 und 4 sind richtig,
- (B) nur 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

10 Mögliche Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei einem Patienten, der zu Depressionen neigt, sind:

- (1) Rückzug aus der Realität,
- (2) Unfähigkeit, Kränkungen und Zurückweisungen zu verarbeiten,
- (3) Unfähigkeit, aggressive Regungen nach außen zu richten,
- (4) zunehmende Verminderung des Selbstwertgefühls.

- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
- (B) nur 2 und 4 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

11 Bei akuten symptomatischen Psychosen können folgende Störungen auftreten:

- (1) Affektinkontinenz (verminderte Beherrschung der Gefühle mit unangemessen starken Gefühlsäußerungen),
- (2) Störungen der Merkfähigkeit,
- (3) ängstlich-depressive Stimmung,
- (4) Inkohärenz (formale Denkstörung, bei der Denken und Sprechen den verständlichen Zusammenhang verlieren).

- (A) Nur 2 und 4 sind richtig,
- (B) nur 1, 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 1, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

12 In welchem der genannten Fälle ist das Auftreten eines akut einsetzenden deliranten Syndroms *am wenigsten* wahrscheinlich?

- (A) Nach einem Hirntrauma,
- (B) bei chronischem Alkoholismus,
- (C) bei akuter Intoxikation,
- (D) bei Narkolepsie (minutenlange Schlafanfälle),
- (E) bei Enzephalitis.

13 Neuroleptika

- (1) werden in drei verschiedenen Wirksamkeitsstufen angeboten,
- (2) wirken antipsychotisch,
- (3) sind bei Depressionen indiziert.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 2 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

14 Zu den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen zählen

- (1) Schlafstörungen,
- (2) Unruhe und Angst,
- (3) Muskelschwäche,
- (4) Koordinationsstörungen.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 2 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

15 Zu den Indikationen der Thymoleptika gehören

- (1) ADH-Syndrom bei Kindern,
- (2) Depressionen,
- (3) Narkolepsie.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

16 Welches ist die häufigste und charakteristische Ursache der Impotentia generandi des Mannes?

- (A) Ejaculatio praecox,
- (B) Rückenmarksleiden,
- (C) Störung der Spermiogenese,
- (D) Partnerkonflikt,
- (E) Perversion.

17 Bei der Behandlung von Sexualstörungen haben – von den nachfolgend genannten – folgende zwei die günstigste Prognose:

- (1) Ejaculatio praecox,
- (2) Masochismus,
- (3) Vaginismus,
- (4) Transsexualität.

- (A) Nur 1 und 2 sind richtig,
- (B) nur 1 und 3 sind richtig,
- (C) nur 1 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) nur 2 und 4 sind richtig.

18 Welche Aussage trifft nicht zu?

Im Delirium tremens finden sich folgende typische Phänomene:

- (A) vermehrte Suggestibilität,
- (B) systematisierter Wahn,
- (C) optische Halluzinationen,
- (D) vegetative Störungen,
- (E) Bewusstseinsstörung.

19 Welche Aussage trifft nicht zu?

Beim Cannabistyp und beim Halluzinogentyp der Drogenabhängigkeit beobachtet man:

- (A) Bei Haschischgebrauch kann es zur psychischen Abhängigkeit kommen.
- (B) Als Folge von längerem Cannabisabusus kann sich ein Passivierungssyndrom mit In-

teressensschwund und Verwahrlosungstendenzen entwickeln.

- (C) Halluzinogene führen nach längerem Gebrauch meist zu physischer Abhängigkeit mit ausgeprägtem Entzugssyndrom.
- (D) Im LSD-25-Rausch treten Veränderungen des Raum- und Zeiterlebens auf.
- (E) Echopsychosen können noch Wochen nach dem letzten Gebrauch von Halluzinogenen auftreten.

20 Die klinische Wirkung von Benzodiazepinen lässt sich beschreiben als

- (1) sedativ,
- (2) hypnotisch,
- (3) anxiolytisch.

- (A) Nur 3 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

21 Zu den wesentlichen ethischen Prinzipien der Berufsausübung durch den Psychologischen Berater gehören

- (1) Nichtschädigung,
- (2) Autonomie des Klienten,
- (3) Fürsorge,
- (4) Gleichheit zwischen Berater und Klient.

- (A) Nur 1 und 3 sind richtig,
- (B) nur 1, 2 und 4 sind richtig,
- (C) nur 1, 3 und 4 sind richtig,
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig,
- (E) 1 – 4 = alle sind richtig.

22 Bei Kenntnis über Schwerverbrechen oder Ausbreitung von gefährlichen Erkrankungen

- (A) besteht Schweigepflicht,
- (B) besteht das Zeugnisverweigerungsrecht,
- (C) besteht ein Behandlungsverbot,
- (D) besteht die Offenbarungspflicht,
- (E) besteht Fürsorgepflicht.

23 Welche der folgenden Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den Beruf des Heilpraktikers für Psychotherapie ausüben zu dürfen?

- (1) Vollendung des 25. Lebensjahres,
- (2) deutsche Staatsangehörigkeit,
- (3) mindestens abgeschlossene Volksschulbildung.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

24 Motorische Stereotypien kommen im Kindes- und Jugendalter vor bei

- (1) frühkindlichem Autismus,
- (2) Zustand nach schwerer Hirnschädigung,
- (3) Oligophrenie.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 1 und 2 sind richtig,
- (C) nur 1 und 3 sind richtig,
- (D) nur 2 und 3 sind richtig,
- (E) 1 – 3 = alle sind richtig.

25 Die mit einem standardisierten Test gemessene Intelligenz (IQ) von Kindern mit der Teilleistungsstörung Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie) liegt definitionsgemäß im

- (A) Bereich der Oligophrenie,
- (B) Bereich der geistigen Behinderung,
- (C) Normbereich oder darüber,
- (D) Bereich der Debität,
- (E) Bereich der Demenz.

26 Bei welchen der folgenden psychotherapeutischen Verfahren ist die gezielte Analyse intrapsychischer Konflikte ein charakteristischer Bestandteil des Verfahrens?

- (1) Verhaltenstherapie,
- (2) Psychoanalyse,
- (3) analytische Gruppenpsychotherapie,
- (4) psychoanalytische Fokaltherapie.

- (A) Nur 1 und 4 sind richtig,
- (B) nur 2 und 3 sind richtig,
- (C) nur 2 und 4 sind richtig,
- (D) nur 3 und 4 sind richtig,
- (E) nur 2, 3 und 4 sind richtig.

27 Die Anwendung des autogenen Trainings (J. H. Schultz) geschieht mit folgender typischer Zielsetzung:

- (1) Entspannungszustand mit möglichst geringer Abhängigkeit vom anleitenden Therapeuten,
- (2) konzentrierte Amnesie,
- (3) Hypnokatharsis.

- (A) Nur 1 ist richtig,
- (B) nur 2 ist richtig,
- (C) nur 3 ist richtig,
- (D) nur 1 und 2 sind richtig,
- (E) nur 2 und 3 sind richtig.

28 Die Führungsintensität des Therapeuten und die Abhängigkeit des Patienten sind typischerweise am stärksten ausgeprägt bei

- (A) der Gesprächspsychotherapie nach Rogers,
- (B) der Hypnose,
- (C) der Verhaltenstherapie,
- (D) der psychoanalytischen Behandlung,
- (E) dem katathymen Bilderleben (Symbol drama).

Lösungen und Kommentare

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
1	D	Mit Zunahme der Wahnpsychosen werden Wahnerleben und Persönlichkeit immer schwerer zu unterscheiden, sodass schließlich mit der Entwicklung eines schwer zu durchschauenden Wahnsystems zu rechnen ist.
2	E	Alle Aussagen über die Antriebsstörungen treffen zu.
3	B	Déjà-vu-Erlebnisse, das Gefühl, eine Situation schon einmal erlebt zu haben, sind nicht typisch für endogene Depressionen.
4	E	Alle Aussagen über Selbstwert- und Fremdwertgefühle treffen zu.
5	C	Hypersomnie, das übermäßige Schlafen, ist gerade nicht ein Symptom der Manie. Auch die Zerfahrenheit nicht, die nicht zu verwechseln ist mit der für die Manie typischen Ablenkbarkeit. Tatsächlich können Patienten, die in einer manischen Phase allein sind, bisweilen durchaus konzentriert sein.
6	C	• (A) Das Haften an denselben Inhalten gehört zu den inhaltlichen Denkstörungen, ebenso wie • (B) die Ideenflucht und • (D) der Wahneinfall. • (E) Die Denkhemmung ist bei der Schizophrenie ein eher seltenes Symptom. Die Denkdissoziation ist eine Bezeichnung für Störungen der integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis und Identität sowie die Wahrnehmung der Umwelt.
7	B	Die Symptome von Schizophrenien weisen typischerweise keinerlei Rhythmus auf.
8	C	• (2) Schmerzhaft chronische Erkrankungen gehören zu den hohen Suizidrisiken, allerdings nicht die rheumatischen Erkrankungen. • (3) Das Suizidrisiko ist in jungen Lebensjahren gering und nimmt mit dem Lebensalter zu.
9	E	Ein bestehendes Suizidrisiko ist an einer Reihe verschiedener Faktoren zu erkennen. Die genannten gehören neben den Symptomen des präsuizidalen Syndroms dazu.
10	E	Das Suizidrisiko ist bei der Depression grundsätzlich erhöht. Allerdings können sich suizidale Risiken auch außerhalb einer depressiven Phase zeigen. Die Warnhinweise sind zu beachten.
11	E	Die Vielfalt möglicher Symptome bei akuten symptomatischen Psychosen ist groß.
12	D	Die Narkolepsie oder Schlafsucht ist v. a. durch die minutenlangen Schlafanfälle gekennzeichnet und möglicherweise durch andere Schlafsymptome wie Katalepsie, den affektiven Tonusverlust und beim Einschlafen auftretende Halluzinationen. Andere Symptome, v. a. Delir, sind nicht gegeben.
13	D	• (3) Bei Depressionen sind Antidepressiva indiziert. Die Indikationen der Neuroleptika sind akute Psychosen und Schizophrenien.
14	E	Benzodiazepine sind Psychopharmaka aus dem Bereich der Tranquilizer oder Beruhigungsmittel. Ihre Wirkung ist sedierend, krampf- und angstlösend sowie schlafeinleitend. Nach kurzer Zeit, etwa sechs Wochen der regelmäßigen Einnahme schon kann die Wirkung ins Gegenteil umschlagen und eine Abhängigkeit entstehen.

Frage Nr.	Richtige Lösung	Kommentar
15	B	Thymoleptika sind eine veraltete Bezeichnung für Antidepressiva mit stimmungsaufhellender Wirkung.
16	C	Die Impotentia generandi bezeichnet die Vermehrungsunfähigkeit des Mannes infolge einer unzureichenden Spermiogenese oder Samenzellbildung.
17	B	Masochismus und Transsexualität gehören nicht zu den Sexualstörungen. Der Masochismus wird zu den Sexualabweichungen gerechnet und die Transsexualität mit dem Gefühl der Zugehörigkeit zum biologisch anderen Geschlecht zu den Persönlichkeitsstörungen.
18	B	Die Entwicklung eines systematisierten Wahns, bei dem die Betroffenen Verknüpfungen zwischen einzelnen Wahnphänomenen, Sinnestäuschungen, Ich-Erlebensstörungen, nicht krankhaft veränderten Beobachtungen einerseits und Erlebnissen andererseits herstellen, die als Bestätigung des Wahninhalts angesehen werden, erfordert eine hohe kognitive Präsenz. Die ist im Delirium tremens nicht gegeben.
19	C	Halluzinogene führen auch nach längerem Gebrauch nicht zu einer psychischen Abhängigkeit oder zu körperlichen Entzugssymptomen.
20	E	Die Wirkung von Benzodiazepinen oder Tranquilizern ist beruhigend, krampf- und angstlösend sowie schlafinduzierend. Sie werden z. B. auch in der Operationsvorbereitung eingesetzt.
21	E	Besorgen Sie sich eine Berufsordnung für Psychologische Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie.
22	D	Der Psychologische Berater ist wie der Heilpraktiker für Psychotherapie und der Heilpraktiker zur Meldung verpflichtet, wenn er Kenntnis erlangt über drohende Schwerverbrechen oder das Vorliegen einer Infektionskrankheit, die im Infektionsschutzgesetz genannt ist. Die Meldung erfolgt an • 1. den Amtsarzt, • 2. den Sozialpsychiatrischen Dienst oder • 3. die Polizei.
23	D	• (2) Die deutsche Staatsangehörigkeit ist nicht mehr Voraussetzung für die Erlaubniserteilung zur Ausübung des Berufs des Heilpraktikers.
24	E	Motorische Stereotypien mit monotoner Wiederholung von Bewegungen oder Bewegungsabläufen können in allen drei genannten Krankheitsbereichen auftreten.
25	C	Die Legasthenie weist keine Intelligenzminderungen oder sonstigen geistigen Behinderungen auf.
26	E	Die Verhaltenstherapie gehört zu den lerntheoretischen Verfahren und hat nicht die Analyse intrapsychischer Konflikte zum Ziel.
27	A	• Beim autogenen Training geht es nicht um eine Gedächtnislöschung (2) • oder um die Lösung von Konflikten im Schlaf (3), • sondern um das Erlernen von Entspannung.
28	B	In der Hypnose übernimmt der Therapeut am intensivsten die Führungsrolle im therapeutischen Prozess.

ICD-10 Kapitel V (F)

F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- F01 vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F03 nicht näher bezeichnete Demenz
- F04 organisches amnestisches Syndrom
- F05 Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
- F06 andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
- F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- F11 psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
- F12 psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- F13 psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F14 psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
- F15 psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- F16 psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
- F17 psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F18 psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F19 psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

- F20 Schizophrenie
- F21 schizotype Störung
- F22 anhaltende wahnhaftige Störungen
- F23 akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 induzierte wahnhaftige Störung
- F 25 schizoaffektive Störungen

F3 Affektive Störungen

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störungen
- F34 anhaltende affektive Störungen
- F38 andere affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- F40 phobische Störungen
- F41 andere Angststörungen
- F42 Zwangsstörung
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- F45 somatoforme Störungen
- F48 andere neurotische Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

- F50 Essstörungen
- F51 nichtorganische Schlafstörungen
- F52 sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
- F53 psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert
- F54 psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F55 schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen
- F61 kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F62 andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
- F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzstörung

- F70 leichte Intelligenzminderung
- F71 mittelgradige Intelligenzminderung
- F72 schwere Intelligenzminderung
- F73 schwerste Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

- F80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F82 umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F84 tief greifende Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- F90 hyperkinetische Störungen
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Tic-Störungen
- F98 andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Gesetzesauszüge

Strafgesetzbuch § 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Strafgesetzbuch § 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

Strafgesetzbuch § 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Das Heilpraktikergesetz

Nach diesem Gesetz werden Sie als Heilpraktiker für Psychotherapie geprüft. Das Gesetz heißt:

Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. 2. 1939 (RGBl. 1, S. 251)

Text nach Bundesgesetzblatt Teil III, Sachgebiet 2, Verwaltung, Nr. 2122–2, und Einführungsgesetz

zum Strafgesetzbuch v. 2.3.1974 (BGBl. 1, 5. 469 – hier: 5. 550).

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§1

- (1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
- (2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.
- (3) Wer die Heilkunde ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“.

§2

- (1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach § 1 in Zukunft erhalten.

§3

Die Erlaubnis nach § 1 berechtigt nicht zur Ausübung der Heilkunde im Umherziehen.

§4 entfällt

§5

Wer, ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein und ohne eine Erlaubnis nach § 1 zu besitzen, die Heilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§5a

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer als Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 die Heilkunde im Umherziehen ausübt.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

§6

- (1) Die Ausübung der Zahnheilkunde fällt nicht unter die Bestimmungen dieses Gesetzes.

§7

Der (Reichsminister der Innern) erlässt die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18. Februar 1939 (RGBl. 1, 5. 259)

in der Fassung der Zweiten Durchführungsverordnung vom 3.7.1941

Aufgenommen in Sammlung des Bundesrechts, Bundesgesetzblatt Teil 111, Sachgebiet 2, Verwaltung, Nr.2122-2-1

Aufgrund § 7 des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 (Reichsgesetzblatt 1, 5. 251) wird verordnet:

§1(zeitlich abgelaufen)

§2

- (1) Die Erlaubnis wird nicht erteilt,
- a. wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - b. (gestrichen),
 - c. (gestrichen),

- d. wenn er nicht mindestens abgeschlossene Volksschulbildung nachweisen kann,
- e. (außer Kraft),
- f. wenn sich aus Tatsachen ergibt, dass ihm die sittliche Zuverlässigkeit fehlt, insbesondere, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen,
- g. wenn ihm infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Berufsausübung erforderliche Eignung fehlt,
- h. (außer Kraft),
- i. wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde (Eingefügt durch die 2. DVO).

(2) (gestrichen)

§3

- (1) Über den Antrag entscheidet die untere Verwaltungsbehörde im Benehmen mit dem Gesundheitsamt.

§4

- (1) Der Gutachterausschuss besteht aus einem Vorsitzenden, der weder Arzt noch Heilpraktiker sein darf, aus zwei Ärzten sowie aus zwei Heilpraktikern. Die Mitglieder des Ausschusses werden vom Reichsminister des Innern für die Dauer von zwei Jahren berufen.

Rechnungsbeispiel

Hier ist ein Vorschlag für eine Rechnung. Es ist empfehlenswert, dass Sie sich die Zeit nehmen, ein solches Dokument auf Ihrem PC einzurichten, damit Sie nicht allzu viel Arbeit mit dem Schreiben von Rechnungen haben. Mit ein wenig Kenntnis lässt sich ein solches Dokument in Excel einrichten.

Praxisignet		Name			
		Titel			
		Straße			
		PLZ, Stadt			
		Telefon			
Ihr Name, Straße, PLZ Stadt					
An					
Patientenname					
Patientenstraße					
12345 Musterstadt					
Liquidation					
Rechnungsnummer (bei Zahlung bitte angeben)				Datum	
Sehr geehrter ,					
Hiermit stelle ich Ihnen für erfolgte Behandlung Euro			in Rechnung		
Diagnose:					
Datum	Anwendung	GeBüH	GOÄ	Betrag	
	Hier folgen jetzt Ihre Angaben.				
	Behandlung				
	Behandlung				
	Rechnungsbetrag				
Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb von 14 Tagen auf mein Konto					
Mit freundlichen Grüßen			Bank Konto BLZ		

Über die Autoren



Tanja Schnura

Jahrgang 1975. Ausbildung zur Heilpraktikerin und Psychologischen Beraterin, Zulassung 2001. Von 1999 bis 2006 ehrenamtliche Mitarbeit in einer Beratungsstelle für Menschen in Krisensituationen. Psychologiestudium an der TU Braunschweig, Abschluss 2005 als Diplompsychologin. Tätigkeit in einer Naturheil- und Beratungspraxis seit 2004. Leitung einer Therapiegruppe für Angehörige von Borderline- und Selbstverletzungspatienten von 2005 bis 2007. Autorin verschiedener Lehrskripte und Dozentin in der Ausbildung Psychologischer Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie. Betreuung des Internetforums eines Psychotherapeutenverbandes. Arbeitsschwerpunkte sind lösungsorientierte Beratung und Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, selbstverletzendem Verhalten sowie Ehe-, Partnerschafts- und Sexualproblemen.



Thomas Schnura

Jahrgang 1956. Studium der Geisteswissenschaften und der Psychologie, Examen 1982. 4-jährige Psychotherapieausbildung. Heilpraktiker seit 1989. Dozent für Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie bzw. Psychologischer Berater seit 1988. Organisation von Psychotherapie-Symposien in diversen Städten von 1998–2006. Diverse Beiträge in Fachzeitschriften. Diverse Lehrskripte und Lehrvideos für Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie. Arbeitsschwerpunkt ist die systemische und Familientherapie.

Internetlinks

- <http://www.bptk.de/> die Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer.
- <http://www.bzga-essstoerungen.de/index.htm> die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- <http://www.c-d-k.de/index.html> die Homepage der Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie. Interessante Beiträge zu Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und posttraumatischen Störungen.
- <http://www.datenschutz-berlin.de/recht/de/rv/arbeit/psychthg.htm> der Text des Psychotherapeutengesetzes im Original.
- <http://dejure.org/> Gesetze und Rechtsprechung zum europäischen, deutschen und baden-württembergischen Recht.
- <http://www.e-bis.de/goae/defaultFrame.htm> die Gebührenordnung für Ärzte.
- www.hungrig-online.de/ eine Internetseite mit vielen Informationen, Adressen und Kontakten zum Thema Essstörungen. An dieser Seite sind Therapeuten und Betroffene beteiligt.
- www.kbv.de die Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hier finden Sie Psychotherapierichtlinien.
- http://www.paracelsus.de/frames.html?recht/hp_ggeb.html die Gebührenordnung für Heilpraktiker.
- <http://phobien.ndesign.de> eine amüsante Sammlung von Phobien.
- <http://www.informationen-zu-krankheiten.de/> sehr interessant.
- <http://www.destatis.de/> die Adresse des Statistischen Bundesamtes.
- <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm> das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- http://mv.juris.de/mv/PsychKG_MV_rahmen.htm die Landesgesetze.
- <http://www.rotelinien.de/> eine Selbsthilfeseite für Betroffene und Angehörige von Menschen mit SVV, selbstverletzendem Verhalten. Viele Informationen, Adressen und Telefonnummern.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen H-U, Saß H, Zaudig M, Koehler K. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 1991.
- Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V: Praxis der Psychoonkologie. Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: Hippokrates; 2007.
- Bachmair S, Faber J, Hennig C, Kolb R, Willig W: Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. Weinheim, Basel: Beltz/PVU; 1989.
- Bamberger GG: Lösungsorientierte Beratung. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz/PVU; 2001.
- Berg IK: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch. Dortmund: modernes Lernen; 1992.
- Bohnsack H: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart, New York: Schattauer; 1991.
- Borowiak S: Alk. Fast ein medizinisches Sachbuch. Frankfurt am Main: Eichborn; 2006.
- Castrian W: Lehrbuch der Psycho-Physiognomik. Antlitzdiagnostik für die Praxis 3. Aufl. Stuttgart: Haug; 2004.
- Comer RJ: Klinische Psychologie. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag; 1995.
- Dahlke R: Krankheit als Sprache der Seele. Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder. München: Goldmann; 1992.
- Dahlke R: Lebenskrisen als Entwicklungschance. Zeiten des Umbruchs und ihre Krankheitsbilder. München: Goldmann; 1999.
- De Jong P, Berg IK: Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. 5. Aufl. Dortmund: modernes Lernen; 2003.
- De Shazer S: „... Worte waren ursprünglich Zauber“ Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis. 2. Aufl. Dortmund: modernes Lernen; 1998.
- De Shazer S: Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. 8. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2004.
- De Shazer S: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2005.
- Dethlefsen T, Dahlke R: Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder. München, Goldmann: 1990.
- Dilling H, Reimer C: Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer; 1995.
- Dross M: Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe; 2001.
- Eifert GH, Forsyth, JP: Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders. Oakland: New Harbinger; 2005.
- Foerster vH, Pörksen B: Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. 3. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 1999.
- Foerster vH, von Glasersfeld E: Wie wir uns erfinden. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 1999.
- Herold G et al.: Innere Medizin 1997. Postversand nur gegen Vorauszahlung an den Herausgeber: Gerd Herold, August-Haas-Straße 43, 50737 Köln; 1997.
- Herpertz SC, Saß H: Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme; 2002.
- ICD-10, Kapitel V (F): 2. Aufl. Bern, Göttingen: Hans Huber; 1993.
- Jones E: Systemische Familientherapie. Dortmund: modernes Lernen; 1995.
- Kockott G, Fahrner EM: Sexualstörungen des Mannes. In: Schulte D, Grawe K, Hahlweg K, Vaitl D (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- Krieger S: Rechtskunde für Heilpraktiker. Stuttgart: Sonntag; 2001.
- LeShan L: Psychotherapie gegen den Krebs. Stuttgart: Klett-Cotta; 1989.
- Loftus E, Ketcham K: Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellen Missbrauchs. Hamburg: Ingrid Klein; 1995.
- Lohr M, Keppler B: Innere Medizin. 2. Aufl. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1999.
- Maturana HR, Varela FJ: Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Bern und München: Scherz; 1987.
- Migge B: Handbuch Coaching und Beratung. Weinheim, Basel: Beltz; 2005.
- Möller H-J, Laux G, Deister A: Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005.
- MSD-Manual der Diagnostik und Therapie: 4. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg; 1998.
- Nardone G: Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Einführung in die Kunst der Lösung

- komplizierter Probleme mit einfachen Mitteln. Bern: Hans Huber; 1997.
- Nardone G, Watzlawick P: Irrwege, Umwege und Auswege. Bern: Hans Huber; 1994.
- Niklewski G, Riecke-Niklewski R: Leben mit einer Borderline-Störung: Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner. Stuttgart: Trias; 2003.
- Ofshe R, Watters E: Die missbrauchte Erinnerung. Von einer Therapie, die Väter zu Tätern macht. München: Deutscher Taschenbuch; 1996.
- O'Henlon H, Hexum A: Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Stuttgart: Klett-Cotta; 1994.
- Payk TR: Checkliste Psychiatrie. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme Verlag; 2003.
- Pollmer U: Esst endlich normal! München, Zürich: Piper; 2005.
- Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch: 259. Aufl. Berlin: de Gruyter; 2002.
- Reinecker H: Grundlagen der Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz/PVU; 2005.
- Rosen S (Hrsg.): Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. 5. Aufl. Salzhausen: iskopress; 2000.
- Schaeff AW: Im Zeitalter der Sucht. 9. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch; 2004.
- Schäfer U, Rütger E: Psychiatrische Patienten in der Hausarztpraxis. Stuttgart: Thieme; 2006.
- Scharfetter C: Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2002.
- Schiffer E: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Taschenbuch; 1999.
- von Schlippe A, Schweitzer J: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2003.
- Schmidt RF, Birbaumer N: Biologische Psychologie. 4. Aufl. Berlin: Springer; 1999.
- Schneider R: Die Suchtfibel. Baltmannsweiler: Schneider; 2001.
- Schnura T: Sucht und Suizid. Lehrskript. Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilkunde und Psychotherapie; 2005.
- Schnura T: Systemische Verfahren. Lehrskript. Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilkunde und Psychotherapie; 2005.
- Schnura T: Beratungspsychologie. Lehrskript. Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilkunde und Psychotherapie; 2006.
- Schnura T: Sozialpsychologie und Gruppendynamik. Lehrskript. Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilkunde und Psychotherapie; 2006.
- Schnura T, Schnura T: Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Lehrskript, Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilkunde und Psychotherapie; 2006.
- Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G: Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta; 1997.
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM: Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.
- Senf W, Broda M: Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007.
- Siegel T: Kompendium für die Heilpraktiker-Prüfung Psychotherapie. Stuttgart: Sonntag; 2007.
- Simon FB: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 1999.
- Simon FB, Rech-Simon C (1999): Zirkuläres Fragen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 1999.
- Ströbe W, Hewstone M, Stephenson GM: Sozialpsychologie, eine Einführung. 3. Aufl. Berlin: Springer; 1996.
- Strotzka H: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg; 1975.
- Verband Freier Psychotherapeuten, Heilpraktiker für Psychotherapie und Psychologischer Berater e.V.: Großer Praxis-Leitfaden. 2004. Im Internet unter www.vfp.de.
- Watzlawick P: Die Möglichkeit des Andersseins: zur Technik der therapeutischen Kommunikation. 4. Aufl. Bern: Hans Huber, 1997.
- Watzlawick P: Wie wirklich ist die Wirklichkeit? 16. Aufl. München: Piper & Co.; 1978.
- Watzlawick P: Anleitung zum Unglücklichsein. 10. Aufl. München: Piper & Co.; 1984.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation. 4. Aufl. Bern: Hans Huber; 1974.
- Watzlawick P, Nardone G (Hrsg.): Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. München, Zürich: Piper; 1999.
- Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R: Lösungen. 2. Aufl. Bern: Hans Huber; 1979.
- Welter-Enderlin R: Paare – Leidenschaft und lange Weile. Frauen und Männer in Zeiten des Übergangs. München, Zürich: Piper; 1992.
- Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber; 1993.
- Winiarski R: Beratung und Kurztherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie. Weinheim, Basel: Beltz/PVU; 2004.
- Winkler W: 99 Lösungswerkzeuge – Praxis der Problemlösung. Fellbach: Werner Winkler; 2003.

Abbildungsnachweis

Abb. 1: PhotoDisc

Abb. 2: aus Payk: Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie, 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2003: 120.

Abb. 3: ccvision

Abb. 4: nach Scharfetter C: Schizophrene Menschen. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1995.

Abb. 5: aus Payk: Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie, 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2003: 102.

Abb. 6: aus Senf W, Broda M: Praxis der Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007: 415.

Abb. 7: ccvision

Abb. 8: PhotoDisc

Abb. 10: ccvision

Abb. 11: PhotoDisc

Abb. 12: nach G. Kockott, aus: Möller, Laux, Deister: Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005: 283.

Abb. 13: nach Köster R: Allgemeine Suchtproblematik und Arzt. Z Allg. Med. 1982; 58: 1829–1834.

Abb. 14: PhotoDisc

Abb. 15: PhotoDisc

Abb. 16: PhotoDisc

Abb. 18: nach Pirke KM, Vandereyken W, Ploog D: The psychology of bulimia nervosa. Berlin: Springer; 1988.

Abb. 19: aus Senf W, Broda M: Praxis der Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007: 517.

Abb. 20: PhotoDisc

Abb. 21: PhotoDisc

Sachverzeichnis

A

- Abführmittel 48, 202
- Abgrenzungsfähigkeit 86
- Abhängigkeitsverhältnis 19
- Abschiedsritual 172
- Abstillen 181
- Abstinenzgebot 213
- Adrenalinkick 42
- Affekt, inadäquater 39
- Affektstau 18
- Aggressionshemmung 18
- Aggressionspotenzial 156
- Aggressivität 153, 212
- Agoraphobie 43
- Aichmophobie 43
- AIDS 33
- Akathisie 27
- Akinesie 29
- Akrophobie 43
- Alarmsignal 197
- Albtraum 46, 51
- Alibiberation 210
- Alkohol-pro-Kopf-Konsum 32
- Alkoholabhängigkeit 36
- Alkoholismus 31
 - Einteilung 32
- Alkoholismuskomplication 33
- Alkoholkonsum 32
- Alkoholkrankheit 32
- Alkoholopfer 31
- Alkoholtherapie 162
- Alkoholvergiftung 33
- Alkoholwirkung 32
- Alltagstrott 105
- Alpha-Alkoholiker 32
- Alternativklärung 112
- Ambivalenzphase 214
- Amisch 22
- Amnesie 46
- Anamnese
 - biografische 60
 - spezielle 59
 - weitere 59
- Anamneseerhebung 59
- Anerkennung, gesellschaftliche 200
- Anfangserfolg 102
- Angehörige von Süchtigen 163
- Angehörigenarbeit 135
- Angehörigenberatung 135
- Angst 34, 42, 185
- Angstattacke 42, 46, 185
- Angstpatient 186
- Angststörung 42, 44, 185
 - generalisierte 42
 - Konfrontationstherapie 109
 - Vorgehen 186
 - Vorgehen, analytisches 92
- Angsttherapie 186
- Anorektiker 200
- Anorexia nervosa 48, 199
- Anpassung, sprachliche 122
- Ansatz, systemischer 115
- Anspannungsgefühl 195
- Anspruchshaltung, unrealistische 204
- Antidepressivum 41, 188
 - trizyklische 177
 - Wirkungsweise 178
- Antipathie 210
- Antisuiizidvertrag 216
- Apathie 27, 208
- Apoplex 26, 28
- Appetenzphase 52
- Appetenzstörung 149, 151
- Appetitverminderung 177
- Arbeitslosigkeit 158
- Arbeitsunfähigkeit 158
- Arteriosklerose 28
- Artikulationsstörung 55
- Assoziation 91
- Assoziieren, freies 92
- Asthenie 19
- Ataxie 34
- Athetose 29
- Attraktivität 206
- Attributionsstil 140, 155
- Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) 56
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) 56, 152
- Ausbildung 85
- Ausdrucksverhalten 65–66
- Ausdrucksweise übernehmen 122
- Auslösesituation 157
 - finden 92
- Austauschbeziehung 141
- Ausweglosigkeit 215
- Authentizität 122
- Autismus 56
- Automatismen 66
- Autonomie 20
- Aversion, sexuelle 53

B

Baby Blues 179, 181
 Bakterienphobie 187
 Barbiturate 34
 Befürchtung 110
 Behandlungsvertrag 126
 Behandlungsziel definieren 116
 Beihilfe 125
 Beinkrampf, nächtlicher 51
 Beklemmungsgefühl 42, 46
 Belastungsreaktion 45
 – Symptome 46
 Belastungsstörung 45
 – Fallbeispiele 45
 – posttraumatische 46
 Beratung
 – Kosten 212
 – lösungsorientierte 96
 – psychologische 73
 Beratungsgespräch
 – lösungsorientiertes 96
 – ressourcenorientiertes 99
 Beratungsprozess 96
 Beratungsstrategie 86
 Beratungstätigkeit 174
 Berufsalltag, Regeneration 88
 Berufsfelder 77
 Berufsverband 87
 Berufswunsch 84
 Beruhigungsmittel 34, 52
 Besucher 95
 Beta-Alkoholiker 32
 Beta-Amyloid 27
 Betätigungsfeld 84
 Betäubungsmittelgesetz 34
 Beteiligung, affektive 209
 Betriebspsychologe 81
 Bewältigungsmechanismus 3
 Bewältigungsstrategie 109, 203
 Bewegungsstörung, stereotype 57
 Bewegungstherapie 205
 Bezahlung 124
 Beziehung, familiäre 113
 Beziehungsaufbau 121
 Beziehungskrise lösen 101
 Beziehungsmuster 93, 115
 – ungünstiges 195
 Beziehungsproblem 140, 169
 Beziehungsqualität 141
 Beziehungsstabilität 142
 – Vorhersagbarkeit 142
 Beziehungszufriedenheit 140
 Bindungsverhalten, unsicheres 57
 Binge Eating 50, 204
 Biografie 60
 Blut-Hirn-Schranke 31
 BMI 199, 203

Borderline 194
 Borderline-Patienten, Suizidrate 15
 Borderline-Persönlichkeit 16
 Borderline-Persönlichkeitsstörung 130, 195
 – Abwertungstendenz 16
 – Beratung 194
 – DSM-Kriterien 15
 – Fallbeispiel 194
 – Idealisierungstendenz 16
 – Symptome 15
 – Therapie 16
 – Traumatisierung 16
 Brainstorming 109
 Brandstiftung, pathologische 23
 Broken Home 154
 Bronchialkarzinom 171
 Bruxismus 51
 BSE 29
 Bulimia nervosa 49
 Bulimie 202
 Bürgeramt 72
 Burn-out 87, 208

C

Cannabinoide 33
 Cannabis 33
 Charakter, Definition 5
 Charakterneurose 7
 Chorea Huntington 29
 Chorea minor Sydenham 29
 Co-Abhängige 163
 Coach 75
 Coaching 81, 129
 Codein 33
 Compliance 177
 Creutzfeld-Jakob-Krankheit 28
 Cri-du-chat-Syndrom 55
 Cross-Dressing 24

D

Defekt, geschlechtschromosomaler 23
 Defizitmodell 92
 Dekonditionierung 206
 Delinquenz 13, 156
 Delir 30
 Delta-Alkoholiker 32
 Demenz 29, 168
 – vaskuläre 28
 Denken
 – lösungsorientiertes 105
 – problembezogenes 94
 Denkmuster, negative 107, 178
 Denkschema, dysfunktionales 18
 Denkstörung 37, 39

Depersonalisation 39, 48
 Depression 41, 97, 98, 105, 129, 175
 – Beratung 178
 – Fallbeispiel 96, 175
 – larvierte 176
 – postpartale 179
 – saisonale 176
 – Symptomatik 176
 – Symptome, körperliche 177
 – Tagebuch 178
 – Therapietagebuch 111
 – Vorgehen, analytisches 93
 Derealisation 39, 48
 Desinteresse 205
 Diagnosestellung 59
 Diagnostisch-statistische Manual (DSM) 10
 Dialog, gelenkter 150
 Diät 204–205
 Dienst, sozialpsychologischer 218
 Diplom-Psychologe, Arbeitsgebiet 81
 Distanz
 – emotionale 217
 – professionelle 209, 213
 – therapeutische 86
 Distanzlosigkeit 20
 Dokumentationspflicht 126
 Dopaminmangel 29
 Doppelbilder 34
 Down-Syndrom 55
 Dreieck, systemisches 114
 Dringlichkeitsliste 123
 Drittelregel 193
 Droge 30
 Drogenabhängigkeit 30, 36
 Drogeneinfluss 162
 Drogenkonsum 30–31, 75, 163, 195
 Druckreiz 197
 DSM 9
 Durchgangssyndrom 33
 Durchhaltevermögen 195
 Durchschlafstörung 177
 Dyskalkulie 56
 Dyspareunie 54
 Dysphorie 34
 Dysthymie 41, 176

E

Echopraxie 66
 Ecstasy 31
 Effekt, stimmungsaufhellender 178
 Effekthascherei 17
 Eheberatung 139
 Eheprobleme 144
 Eifersucht 142–143, 162, 201
 Einfühlungsvermögen 65, 122, 132
 Einnässen 51, 57

Einsamkeit, Alter 169
 Einschlafmyoklonie 51
 Einschlafstörung 177
 Einweisungsgesetz 218
 Einzelgänger 13
 Ejaculatio praecox 53, 150
 Elektrolythaushalt 199, 202
 Empathiefähigkeit 86
 Energiemangel 208
 Enkopresis 57
 Entbindung 180
 Entfremdungsgefühl 43
 Entgiftung 162
 Entlastung, schnelle 87
 Entmündigung 183
 Entschlusskraft 39
 Entschlussphase 214
 Entsorgungskollaps 27
 Entspannungsphase 53
 Entwicklungspsychologe 82
 Entwicklungsstörung 55
 Entzugerscheinung 33
 Entzugssymptom 30–31, 36
 Enuresis 57
 Enuresis nocturna 51
 Enzephalitis 31
 Episode
 – depressive 41, 96
 – schizophrene 190
 Epsilon-Alkoholiker 32
 Erbrechen 48–49, 200, 202
 Erektionsproblem 151
 Erfahrungsaustausch 167
 Erklärungswahn 191
 Erkrankungsbeginn 61
 erlebnisreaktiv 12
 Erleichterungstrinker 32
 Ermüdbarkeit 19, 48
 Ernährungsberater 199
 Erregungsphase 52
 Erschöpfung 48, 208
 Erschöpfungsdepression 176
 Erstgespräch 121
 Erstickungsgefühl 43
 Erwägungsphase 214
 Erwartungshaltung, pessimistische 19
 Erythrophobie 43
 Erziehungsberater 152
 Erziehungsberatung 153
 – Fallbeispiel 151
 Erziehungsproblem 152
 Erziehungsverhalten 156
 Eskalation 165
 Ess-Brech-Sucht 49
 Essanfall 202–203
 – Auslöser 205
 Essattacke 49, 205
 Essensverweigerung 200

Essstörung 48, 106, 198, 202
 – Klinik, spezialisierte 200, 206
 – Prognose 200
 Esssucht 204
 – Beratung 205
 – Fallbeispiel 203
 Essverhalten 201, 203–204, 207
 Essverlangen 50
 Ethnopsychologie 83
 Exhibitionismus 25
 Existenzgründungsseminar 119
 Exploration 59, 92, 109
 Exposition 109
 Expositionsübung 109, 188
 Expositionsverfahren 109
 Expressed Emotions 190
 Extrebelastung 46

F

Fachartikel 120
 Facharzt 78
 Fachfortbildung 85
 Fähigkeiten, rhetorische 85
 Fahrlässigkeit 73
 Familienanamnese 61
 Familienberatung 136
 Familienhintergründe 135
 Familienkommunikation 113
 Familienmitglied, verlässliches 175
 Familienstruktur 134
 Familiensystem 207
 Familientherapie 117, 162, 200–201
 Faxensyndrom 20, 65
 Feedback 136
 Fehldiagnose 130
 Fehler, kognitive 108
 Fernsehkonsum 156
 Festkosten 124
 Fetischismus 24
 Fetischist 24
 Flyer 120
 Fortbildung 75
 Fortbildungspflicht 72
 Fragen, zirkuläres 116
 Fragestellung 100
 Fragestil 132
 Fragetechnik 99
 Freizeitpsychologie 82
 Fremdanamnese 63
 Früherkennungssystem 190
 Frühsymptom 191
 Frustrationstoleranz 17, 139
 Funktionsstörung, sexuelle 52
 – Fallbeispiele 54

G

Gamma-Alkoholiker 32
 Gebührenordnung
 – Ärzte 126
 – Heilpraktiker 125
 Gedankeneingebung 39
 Gedankenentzug 38
 Gedankenstopp 179, 184
 Gefahr im Verzug 213
 Gefährdung, suizidale 215
 Gefährdungspotenzial 213
 Gefühl der Gefühllosigkeit 42, 176
 Gefühle spiegeln 121
 Gefühle, Wiedererleben 91
 Gefühlsverlust 46
 Gehirnerschütterung 26
 Gehirntumor 26
 Gelegenheitstrinker 32
 Geltungsbedürfnis 17
 Geltungsdrang 20
 Gemeinschaftspraxis 119
 Gemütszustand 65
 Gereiztheit 175
 Gesamteindruck 66
 Geschlechtschromosom 23
 Geschlechtsidentität, Störung 24
 Geschlechtsrollenverteilung 24
 Geschlechtsumwandlung 23
 Geschlechtsverkehr 150
 Gesichtsausdruck 64
 Gespräch
 – lösungsorientiertes 102
 – ressourcenorientiertes 187
 Gesprächsführung 89, 99
 – lösungsorientierte 102
 – verhaltenstherapeutische 105
 Gesprächsklima, beruhigendes 165
 Gesprächsprotokoll 102
 Gesprächssituation 128
 Gesprächsverlauf, Beispiel 97
 Gestik 65
 Gestimmtheit 65
 Gesundheit, Definition 69
 Gewalt 153
 – elterliche 154
 Gewaltbereitschaft 154
 Gewalterfahrung 154–155
 Gewaltverhalten 156
 Gewichtsnormalisierung 200
 Gewichtszunahme 199
 Gewissenhaftigkeit 18
 Gleichaltrigengruppe 155
 Glücksspiel, pathologisches 22
 GOÄ 126
 Größenideen 182
 Größenwahn 40
 Grübeleien 179

Grundstruktur, psychische 91
 Gruppentherapie 136

H

Halluzination 38
 – optische 30
 Halluzinogene 35
 Handlungsanweisung 116
 Handlungsbedarf 213
 Haschisch 35
 Hausaufgabe 94, 111, 205
 Hausaufgabe, lösungsorientierte 101
 HEE-Familie 190
 Heißhunger 50
 Heißhungerattacke 202
 Heilpraktiker für Psychotherapie
 – Anforderung 84, 86
 – Arbeitsgebiet 71, 78
 – Arbeitsweise 77
 – Ausbildung 72
 – Berufsbezeichnung 71
 – Berufsverband 87
 – Bezahlung 73
 – Einschränkung 174
 – Kompetenz
 – – berufliche 85
 – – persönliche 85
 – Prüfung 72
 Heilpraktiker-Zusatzversicherung 125
 Heilpraktikergesetz 71 – 72, 243
 Heilpraktikerleistung 125
 Hepatitis 33
 Heroin 33
 Herz-Kreislauf-System 47
 Herzinfarkt 185
 Heterosom 23
 Heultage 179
 High-Sensation-Seeking 153
 Hilfeleistung 213
 Hilferuf 215
 Hirngespinnst 190
 Histrioniker 17
 Homepage 120
 Honorar 125, 212
 Honorarraumen 126
 Honorarzahung 126
 Hospiz 172
 Hunger 200 – 201
 Hungergefühl 204
 Huntington-Krankheit 29
 Hyperaktivität 153
 Hypersomnie 51
 Hypnotika 34, 52
 Hypothesentesten 111, 178

I

ICD-10 9
 ICD-10-Diagnoseschlüssel 10
 ICD-10-Kodierung 10
 Ich-Botschaften 146
 ich-dyston 192, 194
 ich-synton 192, 193
 Ideenflucht 182
 Identität 206
 Imaginationsarbeit 168
 Imaginationsübung 217
 Indikationenschwerpunkt 212
 Infarkt 26
 Infekt 26
 Informationsaustausch 136
 Intellekt, Definition 6
 Intelligenzquotient 54
 Intelligenzstörung 54
 Interesse, sexuelles 53
 Interessenverlust 176
 Intervention
 – lösungsorientierte 94
 – paradoxe 151
 – Vertretbarkeit, ethische 104
 Interventionsplanung 122
 Interventionstechnik, systemische 116
 Interviewstruktur 129

J

Jactatio capitis nocturna 51
 Jojo-Effekt 206
 Jugendgewalt 155

K

Kaffeekonsum 34, 51
 Kampfanbot 213
 Kassenzulassung 70, 73
 Katalepsie 66
 Katamnese 64
 Katatonie 39
 Kaufsucht 195
 Kettenraucher 171
 Klagender 95
 Klassifizierung 10
 Klaustrophobie 43
 Klebstoff 35
 Kleptomanie 23
 Klient
 – junger 132
 – Unzufriedenheit 209
 Kliententypus 94, 95
 Klinefelter-Syndrom 24, 55
 Klinikaufenthalt 190

Klinikeinweisung 184, 198
 Klinikwerkstatt 190
 Koffein 34
 Kognition 108
 Kokain 34
 Kollusion 53
 Kommunikationsfluss 113
 Kommunikationsspielraum erweitern 116
 Kommunikationsstil 140
 – dysfunktionaler 145
 Kommunikationstraining 178, 183
 Kommunikationsverhalten 140, 144
 – familiäres 107
 Kompetenz
 – berufliche 85
 – persönliche 85–86
 Komplimente machen 99–100
 Konfliktaufdeckung 92
 Konfliktbewältigungsstrategie 155, 162
 Konfliktlösungsstrategie 162
 Konfliktmodell 92
 Konfliktpotenzial 142
 Konfliktreaktion 7, 11
 Konfrontation 110
 Konfrontationsverfahren 109
 Konsumdruck 36
 Kontaktunfähigkeit 17
 Kontrolle zurückgewinnen 101, 197
 Kontrollierbarkeitsgefühl stärken 165
 Kontrollritual 187–188
 Kontrollüberzeugung, interne 155
 Kontrollzwang 18
 Konversionsstörung 46
 Konzentrationsfähigkeit 27, 208
 – verminderte 176
 Konzentrationsschwäche 48
 Körperbildstörung 198, 204, 206
 Körperbildtraining 207
 Körpergewicht 48–49
 Körperhalluzination 39
 Körperhaltung 66
 Körperschemastörung 49
 Korsakow-Syndrom 33
 Kraftlosigkeit 96
 Kraftreserve 208
 Kränkbarkeit, erhöhte 204
 Krankenversicherung
 – gesetzliche 70, 73, 76, 125
 – private 73, 125
 Krankheitsbewältigung 168
 Krankheitsbild 174
 Krankheitseinsicht 49, 50
 Krankheitsgewinn 210
 – sekundärer 168
 Krankheitstag 174
 Krankheitswertigkeit 69
 Krebs, Krankheitsbegleitung 168
 Krebsdiagnose 171

Krise 3, 195, 217
 – akute 164
 – – Fallbeispiel 164
 Krisenauslöser 4
 Krisenberatung 164
 Krisensituation 165
 Krisentelefonat 166
 Kritik, verletzend 147
 Kühle, emotionale 13
 Kunde 95
 Kunstfehler 73
 Kurzschlusshandlung 44, 213
 Kurzzeittherapie, lösungsorientierte 93

L

Langeweile 203
 Lebensaufgabe 167
 Lebensberatung 75
 Lebensbewältigungshilfegesetz, gewerbliches 76
 Lebenskrise 4, 164, 167
 Lebenslauf 61
 Legasthenie 56
 Leistungsdruck, erhöhter 150
 Laponex 189
 Lernerfahrung 110
 Lernprozess 106
 Lese- und Rechtschreibstörung 56
 Libidoverlust 130
 Life Event 4
 Lithium 185
 Logophobie 65
 Logorrhö 65
 Lösung suchen 96
 Lösungsansatz 90, 117
 Lösungsfindung 99
 Lösungsfindungsprozess 96
 Lösungskompetenz 2
 Lösungsmittel 35
 Lösungsorientierung 98
 Lösungsstrategie 4, 109, 115, 131–132
 Lösungsversuch, dysfunktionaler 3
 LSD 35
 Lungenentzündung 27
 Lungenkrebs 35, 171

M

Maßnahme, verhaltenstherapeutische 105
 Magen-Darm-Trakt 47
 Magersucht 48, 198
 – Fallbeispiel 198
 Magersüchtige 200
 Mailänder Schule 201
 Major Depression 176–177
 Makel, vermeintlicher körperlicher 147

Mangelzustand 202
 Manie 40–41, 181
 – Beratung 183
 – Fallbeispiel 183
 – Krankheitseinsicht 184
 Manieriertheit 66
 Masochismus 25
 Mediation 75
 Medienbeitrag 120
 Medienkonsum 156
 Medienpsychologie 82
 Medikation, phasenprophylaktische 185
 Mensch, älterer
 – Beratung 169
 – Kontakte, soziale 170
 – Suchterkrankung 170
 Mentor 76
 Mescaline 35
 Methode, Passung 211
 Methylphenidat 153
 Mimik 64–65
 Minussymptomatik 40
 Missbrauch, sexueller 197
 Misserfolg, therapeutischer 211
 Misstrauen 13
 Mitleid 209
 Mobbing 75, 81, 158
 Mobilisierung 171
 Modediagnose 130
 Modell, lösungsorientiertes 93
 Modelllauf 110
 Modelllernen 156
 Moralentwicklung 153
 Morbus Alzheimer 27
 Morbus Parkinson 29
 Morgentief 177
 Moro-Greifreflex 42
 Morphin 33
 Mundpropaganda 212
 Mutismus 57

N

Nachvollziehbarkeit 209
 Nährstoffbilanz 203
 Nahrungsaufnahme 48
 – reduzieren 205
 Negativsymptom 37
 Nervenschwäche 48
 Neubewertung 108
 Neurasthenie 48
 Neuroleptika 190–191
 Neurolinguistisches Programmieren (NLP) 113
 Neurologe 68
 Neurologie 68
 Neuropsychologie 82
 Neurose, Definition 5

Neurosenkonzept 42
 Neurotransmitterhaushalt 177
 Nichtakzeptanz 210
 Nichtessen 198
 Nikotin 35
 Non-Purgier-Typ 202
 Normalgewicht 199, 202
 Nosophobie 43
 Notarzt 185, 213, 217
 Notfall-ABC 43
 Notfallplan 162, 190, 216–217
 Notlage 213
 Nyktophobie 43

O

Opferrolle, umdeuten 117
 Opioide 33
 Orgasmus 150
 Orgasmusphase 53
 Orgasmusstörung 53, 151
 Orientierungslosigkeit 27
 Orientierungsverlust 30

P

Paar
 – glückliches 140
 – Hausaufgaben 135
 – unglückliches 140
 Paaraktivität 201
 Paarberatung 133
 – Gesprächsregeln 134
 Paarfaktoren 139
 Paargespräch 144
 Paarkonflikt 145
 Paarproblematik 201
 Pädophilie 25
 Panikattacke, Fallbeispiel 185
 Panikstörung 42, 109, 187
 Papaver somniferum 33
 Paramimie 65
 Parasomnie 51
 Parteilichkeit 133
 Partnerkrise 133
 Partnerschaft 139, 147
 – Problembereiche 141
 Partnerschaftsberatung 139
 – Fallbeispiel 138
 Partnerschaftskonflikt 53, 139
 Partnerschaftsproblematik 133
 Partnerschaftsprobleme, Beratung 144
 Passivraucher 35
 Passung 122
 Patient, manischer 184
 Pedanterie 18

- Peergroup 57, 155
- Perfektionismus 18
- Persönlichkeit, Definition 5
- Persönlichkeitsanteil, pathologischer 11
- Persönlichkeitsentwicklung 7
 - abnorme 7
- Persönlichkeitsstil 192
- Persönlichkeitsstörung 6, 8, 10, 191, 193
 - abhängige 19
 - anankastische 18
 - ängstlich vermeidende 18
 - ängstliche 192
 - antisoziale 14
 - asthenische 19
 - Behandlung 192
 - Borderline-Typ 14
 - Definition 192
 - dependente 20
 - depressive 21
 - dissoziale 13
 - emotional instabil 14
 - exzentrische 21
 - histrionische 17
 - hyperthyme 20
 - hypochondrische 21
 - Leitlinien, diagnostische 8
 - narzisstische 21
 - paranoid halluzinatorische 12
 - paranoide 7, 11
 - Prävalenz 8
 - psychogene 11
 - schizoide 13
 - schizotypische 21
 - soziopathische 13
 - Übersicht 6
 - unreife 21
 - Verlauf 193
- Persönlichkeitsstruktur 122, 192
- Persönlichkeitsveränderung 5–6, 11
 - Definition 6
 - erlebnisreaktive 11
 - Übersicht 6
- Perspektive
 - evolutionsbiologische 143
 - wechseln 117
- Peyote 35
- Pflichtversicherung 125
- Phasenprophylaxe 183
- Phenylketonurie 55
- Phobie 43, 44
- Phobophobie 43
- Phonik 65
- Physiognomie 64
- Physis, Definition 6
- Pica-Störung 57
- Pick-Krankheit 28
- Plussymptomatik 40
- Poppers 35
- Post-partem-Depression 176
- Prader-Willi-Syndrom 204
- Praktikum 85
- Praxis, eigene 119
- Praxisgestaltung 128
- Praxiskonzept 119
- Praxisschild 121
- Praxisstandort 119
- Prion 29
- Problem 3
 - auflisten 123
 - benennen 159
 - berufliches 158
 - beschreiben 96
 - Fallbeispiel 157
 - unlösbares 211
- Problemaufrechterhaltung 102
- Problemdefinition 115, 129
- Problemdringlichkeit 124
- Problemerkhebung 131
- Problemlösestrategie 200
- Problemlösetraining 109
- Problemlösungsversuch, Kategorien 131
- Problemsprache 97–98
- Promiskuität 195
- Prophezeiung 94
- Prozenteinschätzung 112
- Prozess, therapeutischer 210
- Prüfungsgegenstand 72
- Pseudodemenz 177
- Pseudologia phantastica 17
- Pseudoproblem 115
- Psychiater 68
- Psychiatrie 68
- Psychiatrieaufenthalt 189
- Psychologe
 - forensischer 82
 - klinischer 83
- Psychologischer Berater
 - Anforderung 84, 86
 - Arbeitsgebiet 75, 78
 - Arbeitsweise 77
 - Bezahlung 76
 - Einschränkung 174
 - Klient 77
 - Kompetenz
 - – berufliche 85
 - – persönliche 85
 - Problemfelder, häufige 76
 - Selbstverständnis 76
- Psychologischer Psychotherapeut 69
 - Arbeitsgebiet 70
 - Arbeitsweise 77
- Psychomotorik 66
- Psychomotoriksymptome 39
- Psychopharmaka 192
- Psychose
 - affektive 177

- Definition 5
- endogene 5, 27
- exogene 5
- schizophrene 36
- Psychosomatik 167
- Psychotherapeut, Kompetenzen 77
- Psychotherapeutengesetz 69, 73, 77, 126
- Psychotherapie 69, 73
 - Definition 70
 - dialektisch behaviorale 192, 197
 - kognitive 200
 - lösungsorientierte 94, 96, 103
 - – Alkoholiker 163
 - psychoanalytische 91
 - rational emotive 12
 - systemische 113
 - tiefenpsychologische 91
 - übertragungsfokussierte 195
 - verhaltenstherapeutisch orientierte 204
- Psychotherapiemethoden, anerkannte 70
- Psychotherapieverfahren, Grundzüge 89
- Purging-Typ 202
- Pyromanie 23

Q

- Qualifikation, berufliche 85
- Quartalstrinker 32

R

- Rauchen 171
- Rauchentwöhnung 35
- Raucherbein 35
- Rauschmittel 34
- Rauschtrinker 32
- Rauschzustand 161
- Reaktionszyklus, sexueller 52
- Realitätsprüfung 111 – 112
- Rechenstörung 56
- Rechnung 124
- Referenzvergleich 141
- Reflexionsfähigkeit 210
- Reframing 117 – 118
- Reiz, angustauslösender 109
- Reizbarkeit 182
- Reizhierarchie 109
- Reizüberflutung 186
- Rente 158
- Ressourcen 93, 208
- Ressourcenorientierung 94, 97, 99
- Rett-Syndrom 56
- Rigor 29
- Ringelsche Trias 215
- Ritalin 153
- Rituale verabreden 157

- Ritzen 196
- Rollenkonfusion 86
- Rollenspiel 20, 193
- Rollenvorstellung 145
- Rückenschmerzen 167

S

- Sadismus 26
- Samenerguss, vorzeitiger 53, 150
- Sättigungsgefühl 204
- Schadensersatzanspruch 73
- Schamgefühl 50
- Scheidung 143
- Schemata, kognitive 108
- Schicksal 167
- Schizophrenie 37, 106, 190
 - Fallbeispiel 40, 189
 - Ursachen, multifaktorielle 37
- Schizophrenieform 36
- Schizophreniepatient 191
- Schizophreniesymptome 37
- Schlaf-/Wachrhythmus 184
- Schlafbedingung 51
- Schlafbedürfnis 41
- Schlafentzug 179
- Schlafmittel 34, 52
- Schlafmohn 33
- Schlafparalyse 51
- Schläfrigkeit 51
- Schlafstörung 46, 50, 52, 177
- Schlafterror 51
- Schlaftrunkenheit 51
- Schlafverzicht 182
- Schlafwandeln 51
- Schlaganfall 26, 28
- Schlankheit 206
- Schlankheitsideal 50
- Schlanksein 200, 203
- Schlüsselreize identifizieren 189
- Schlussfolgern, willkürliches 108
- Schnarchen 51
- Schnüffelfeststoff 35
- Schönheitsideal 50, 198, 206
- Schreckreaktion 42
- Schub, schizophrener 190
- Schuldgefühl 176, 181
- Schuleschwänzen 156
- Schulprobleme 152
- Schulpsychologie 82
- Schwangerschaft 144, 180
 - Beratung 145
 - Krisenpotenzial 145
 - ungewollte 145
- Schwierigkeit 2
- Sedativa 34, 52
 - Abhängigkeit 34

- Seelsorgers 74
 - Selbstakzeptanz 207
 - Selbstbehauptungstraining 20, 136, 166
 - Selbstbild 204
 - Selbsterfahrungsgruppe 136
 - Selbstgefühl, Störung 39
 - Selbsthilfegruppe 120, 206
 - Selbstkontrolle 200
 - Selbstmord 173, 214
 - Selbstmordgedanke 215
 - Selbstüberschätzung 21
 - Selbstunsicherheit 18
 - Selbstverletzung 195, 197, 213
 - Fallbeispiel 196
 - Selbstwahrnehmung, gestörte 199
 - Selbstwahrnehmungsübung 207
 - Selbstwertgefühl 66, 114, 129, 155, 200
 - gesteigertes 182
 - Seniorenhilfe 171
 - Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, dissoziative,
 - Fallbeispiel 47
 - Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer 177
 - Serotoninhaushalt 188
 - Sexfilm 156
 - Sexualabweichung 26
 - Sexualberatung, Fallbeispiel 146
 - Sexualisierung 53
 - Sexualität 53, 148, 150
 - Alter 169
 - Sexualprobleme 147, 150
 - Sexualtrieb 142
 - Sexualverleugnung 53
 - Sinnestäuschung 35
 - Sitzplatzaufteilung 133
 - Skala 102
 - Skalierungsfrage 103, 165
 - Skalierungsmethode 123
 - Skalierungstechnik 118
 - Skills 110
 - Somatisierungsstörung 47
 - Somnambulismus 51
 - Sorgfaltspflicht 72, 78, 122, 208, 217
 - SORKC-Modell 106
 - Sozialphobie 43, 107
 - Sozialpsychologie 83
 - Spiegeltrinker 32
 - Spielverhalten 155
 - Sportpsychologie 82
 - Sporttreiben, exzessives 200
 - Sprachausdruck 65
 - Sprachstörung
 - expressive 55
 - rezeptive 55
 - Sprechverhalten 65
 - Sprechweise 65
 - Stalking 166
 - Standardhausaufgabe 94
 - Stärken betonen 99
 - Stehlen, pathologisches 23
 - Sterbebegleitung 172
 - Sterben 172
 - Stimmung, expansive 182
 - Stimmungslage 66
 - Stimmungsstörung 41
 - Stimmungsveränderung 41
 - Störung
 - affektive 40
 - Affektivität 39
 - bipolare 41, 183
 - depressive 177
 - emotionale 56
 - hirnorganische 26
 - psychische, Zuständigkeit 78
 - Sexualabweichung 24
 - Sexualpräferenz 24
 - Sozialverhalten 56
 - Therapeut, zuständig 78
 - Strafprozessrecht 213
 - Straftat 26
 - Straftatbestand 25
 - Streitverhalten, spezifisches 139
 - Stresstoleranz 106
 - Stundensatz 124
 - Stupor 47
 - Subkultur, transvestitische 25
 - Substanz, psychotrope 30
 - Sucht 161
 - Fallbeispiel 160
 - Suchtklinik 206
 - Suchtkrankheit 31
 - Suchtpotenzial 30
 - Suchtproblematik 160
 - Suizid 173, 213, 215
 - Suizidalität 195
 - Suizidankündigung 214
 - Suizidgedanke 194
 - Suizidgefahr 97
 - Suizidideen 177
 - Suizidmotiv 217
 - Suizidrate 214
 - Suizidversuch 178, 214
 - Supervision 75, 86, 88, 209
 - Supervisionsgruppe 88
 - Symptomentwicklung 131
 - Symptomneurose 7
 - Symptomprovokation 186
 - Symptomträger 136
 - Symptomverschreibung 103 – 104, 116, 179, 189
 - Systemtheorie 93, 113
- T
- Tabak 35
 - Tag der offenen Tür 120
 - Tagebuch 111, 205

Tagesablauf strukturieren 157
 Tagesoma 171
 Technik, verhaltenstherapeutische 105
 Telefonkontakt 216
 Telefonseelsorge 164, 170, 218
 Temperament, Definition 5
 Testverfahren, standardisiertes 11
 Tetrahydrocannabinol (THC) 34
 Theorie, systemische 113
 Therapeutendatenbank 120
 Therapeutenwechsel 122
 Therapiebausteine 118
 Therapieerfahrung 122, 175, 179
 Therapiegruppe 120, 136
 Therapiemotivation 187
 Therapieplan 184
 Therapieplatz 195
 Therapietagebuch 111
 Therapieverfahren 123
 – stützende 168
 Therapievertrag 107
 Tic-Störung 57, 104
 Tod, Klärungsbedarf 172
 Todesart 214
 Todesursache 214
 – Alkoholkonsum 32
 Todkranke 173
 Token 207
 Toleranzentwicklung 31
 Tötungsmittel 216
 Tourette-Syndrom 57
 Toxin 26
 Training 75
 – Fertigkeiten, soziale 184
 – Kompetenz, sozialer 110
 Trainingslauf 111
 Trancezustand 22, 197
 Transsexualismus 23
 Transvestitismus 24
 – fetischistischer 25
 Trauer 173
 Trauerarbeit 173
 Trauerreaktion 176
 Trauerzeit 130
 Traumatherapie 197
 Traumatisierung 16, 197
 Traumdeutung 91
 Tremor 29
 Trennung 143
 Triade, kognitive 108
 Turner-Syndrom 23, 55
 Typ-1-Schizophrenie 40
 Typ-2-Schizophrenie 40

U

Überforderung 208
 Überforderungsanzeichen 208
 Übergeneralisierung 108
 Übergewicht 50
 Übertragung 93, 211
 Umdeutung 99, 117 – 118
 Unruhe, psychomotorische 41, 182
 Unselbstständigkeit, ängstliche 186
 Unterbringungsgesetz 218
 Untreue 142
 Ursachenarbeit 91
 Ursachenforschung 90, 102
 – lösungsorientierte 104
 Ursachensuche 90

V

Vaginismus 53
 Veitstanz 29
 Veränderungsnotwendigkeit 193
 Verbesserung, schnelle 97
 Verfahren, systemisches 116
 Verflachung, affektive 39
 Verfolgungswahn 38
 Verhalten
 – aggressives 212
 – Definition 22
 – gewalttätiges 155
 – oppositionelles 14
 – partnerschaftsförderndes 146
 – selbstverletzendes 17, 194, 196
 – – Vorgehen 196
 Verhaltensanalyse 106
 Verhaltensbeobachtung 64
 Verhaltensmuster, stabile 192
 Verhaltensstörung, Richtlinie, diagnostische 22
 Verhaltenstherapie 105, 107
 – kognitive 108, 178, 203
 Verhaltensveränderung 107
 Verkehrspsychologie 82
 Verkleiden 24
 Verlaufsbeobachtung 64
 Vermeidung 109
 Vermeidungsstrategie 186
 Veröffentlichung 159
 Verschreibung 205
 Verstand überlisten 103
 Verstimmung
 – reaktive depressive 176
 – reizbare 176
 Verwahrlosungstendenz 13
 Videofilme 156
 Vorgehen
 – lösungsorientiertes 95
 – ressourcenorientiertes 97

Vorgehen
– verhaltensorientiertes 106
Vorgesetzte 159
Voyeurismus 25
Vulnerabilität 106
Vulnerabilitäts-Stress-Modell 106

W

Wahnsymptom 191, 197
Wahnvorstellung 40
Wahrnehmung, geschulte 65
Wahrnehmungsfähigkeit, eingeschränkte 176
Wahrnehmungsstörung 38
Wankelmütigkeit 194
Waschzwang 104
Weiterbildungspflicht 87
Werbung 120
– Anzeigen 120
– Gelbe Seiten 120
– Selbsthilfegruppen 120
– Therapeutendatenbanken 120
– Vorträge 120
– Wiedererkennungswert 120
– Workshops 120
Wernicke-Enzephalopathie 33
Wertlosigkeitsgedanke 179
Wertlosigkeitsgefühl 176
Willensstärke 195
Wirklichkeitskonstruktion 113
Wochenbettdepression 176, 179
– Fallbeispiel 180
– Symptome 180
– Vorgehen 181
Wochenbettpsychose 180
Workshops anbieten 120
Wunderfrage 94, 100, 104, 132, 157
Wünsche, sexuelle 148
Wutausbruch 155, 195

X

X-Chromosom 23

Y

Y-Chromosom 23

Z

Zähneknirschen 51, 103
Zehnerskala 102 – 103, 123
Zerfahrenheit 37
Zerstreuung 28
Zielanalyse 107
Zieldefinition 132
Ziele formulieren 96
Zielvorstellung 98
Zielzustand definieren 102
Zigarettenrauch 35
Zoophobie 43
Zuhörergeräusch 121
Zukunftserwartung 155
Zwanghaftigkeit 18
Zwangserkrankung 189
Zwangshandlung 18, 44, 188
Zwangspatient 189
Zwangsstörung 44, 105, 187, 210
– Fallbeispiel 45, 187
– Konfrontationstherapie 109
– Therapietagebuch 112
– Verhaltenstherapie 188
Zwangssymptom 18
Zweiergespräch 129
Zwischenziele formulieren 102
Zyklothymie 41
Zyklusstörung 49