

# Grundlegende psychotherapeutische Prinzipien in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Teil 1)

Martin Bohus, Stephan Doering, Bernt Schmitz und Sabine C. Herpertz

*Die in den Jahren 2004 bis 2007 von einer deutschen Expertenkommission konzipierten Leitlinien für Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) sind von allen massgeblichen psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychologischen deutschen Verbänden abgesegnet. Aus empirisch evaluierten störungsspezifischen Leitlinien wurden von der Arbeitsgruppe generelle psychotherapeutische Behandlungsprinzipien extrahiert, die zur Therapieplanung bei der Behandlung von PS-Patienten herangezogen werden können.*

**A**uf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurden in den Jahren 2004 bis 2007 S2-Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von PS-Patienten entwickelt (2). Neben der DGPPN waren die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP) beteiligt. Ziel der Leitlinien, die über 6 Konsensuskonferenzen systematisch erarbeitet hat und schliesslich im Konsens verabschiedet wurden, war die Beschreibung des aktuellen Stands in der Diagnostik und vor allem Behandlung von PS-Patienten (Bohus et al., 2009).

Ziel des Expertengremiums für die Leitlinienentwicklung war, jenseits kognitiv-behavioraler oder psychodynamischer Schulenausrichtung die empirisch begründete oder – wo fehlend – im Konsensusprozess entwickelten psychotherapeutischen Interventionen darzustellen. Unter dieser Zielsetzung wurden Therapiemanuale miteinander verglichen und zwar in Hinblick auf Therapieplanung, therapeutische Beziehungsgestaltung, Behandlungssetting, Behandlungsziele sowie spezifische Behandlungsfokusse. Es sollte geklärt

werden, inwieweit sich ähnliche Interventionen finden, die – wenn auch gefasst in unterschiedliche Begrifflichkeiten – auf ähnliche Veränderungs Schritte abzielen. Auch war herauszufinden, wo sich schulenspezifische Unterschiede im psychotherapeutischen Vorgehen darstellen, wie sie mit differierenden ätiologischen Modellen der Störung und differierenden Modellen psychotherapeutischer Veränderungsprozesse zusammenhängen. Ziel der Arbeitsgruppe war es, soweit als möglich, einen schulenspezifischen Konsens zu finden, das heisst gemeinsame Prinzipien hinter den jeweiligen semantischen Konnotationen der psychotherapeutischen Schulen herauszuarbeiten. Wenn dies nicht gelang, so sollte die jeweilige psychodynamische oder kognitiv-behaviorale Sichtweise wertfrei beschrieben werden. Der im Folgenden beschriebene Behandlungsalgorithmus versteht sich als Matrix für eine generelle Behandlungsplanung für die Therapie von PS. Störungsspezifische Aspekte, wie sie insbesondere für die Borderline-Störung, die antisoziale PS, sowie die ängstlich vermeidende PS vorliegen, müssen dann jeweils gesondert berücksichtigt werden.

## 1. Organisation der Behandlungsplanung

Die Planung der Behandlung von PS-Patienten erfordert die Einbeziehung mehrerer Komponenten:

- ◆ störungstypische Verhaltens- und Erlebensmuster
- ◆ individuelle Ausprägung dieser Muster
- ◆ komorbide Achse-I-Störungen
- ◆ komorbide somatische Störungen
- ◆ soziale Variablen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, ob sich die Patienten zum Behandlungszeitpunkt in suizidalen oder krisenhaften Situationen befinden, ob die therapeutische Beziehung tragfähig entwickelt ist, ob die Patienten über ausreichende Kontrolle über ihr Verhalten verfügen, ob die emotionale Reagibilität ausreichend steuerbar ist, ob neurobiologische Störungen die emotionale Lernfähigkeit beeinflussen (z.B. schwere komorbide Anorexie oder Drogenentzug) und schliesslich, ob Umgebungsvariablen (z.B. Partner) den Therapieerfolg massgeblich beeinflussen (*Abbildung*).

Der abgebildete Algorithmus organisiert die Wahl des therapeutischen Behandlungsfokus. Die Entscheidungen orientieren sich dabei jeweils an der Symptomatik, wie sie gegenwärtig vom Patienten präsentiert wird.

An oberster Stelle, und damit, falls manifest, immer als primärer Fokus zu bearbeiten, steht die *akute Suizidalität* (ggf. auch *Fremdgefährdung*). In zweiter Position stehen Verhaltensmuster oder Variablen, welche die *Aufrechterhaltung der Therapie* oder deren Fortschritt unmittelbar gefährden. Dabei sind sowohl problematische Verhaltensmuster des Patienten als auch des Therapeuten oder Probleme innerhalb des therapeutischen Settings zu berücksichtigen. An dritter Stelle stehen Phänomene, die aus *Störungen der*

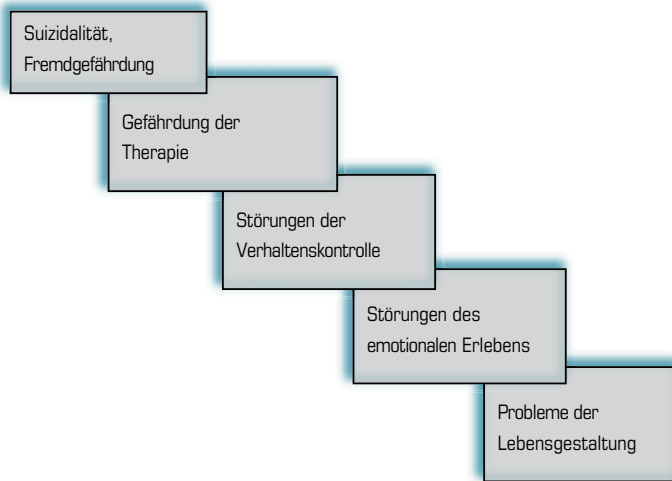


Abbildung: Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsziele (nach Bohus et al. 1999 [3])

*Verhaltenskontrolle resultieren.* Dabei sind insbesondere Verhaltensweisen zu berücksichtigen, die den Patienten daran hindern, überhaupt therapeutische Lernprozesse zu machen oder Problemverhalten, das *schwere Krisen aufrechterhält oder fördert.* Als Beispiele seien genannt: aggressive Durchbrüche und kriminelles Verhalten, Drogen- und Substanzmissbrauch, schwere dissoziative Symptomatik, schwere Anorexie (BMI < 14), Major Depression, akute psychotische

Symptomatik oder etwa exzessive Selbstverletzungen bei der Borderline-Störung. Etwas nachrangig werden Verhaltensmuster hierarchisiert, die als dysfunktional erkannt werden, jedoch nur geringen Einfluss auf neuropsychologische Verarbeitungsprozesse und damit therapeutisches Lernen haben. Damit sind in aller Regel Verhaltensmuster gemeint, welche sich kurzfristig als wirksam in der Symptomreduktion erweisen, auf längere Sicht jedoch zum eigenständigen Problem werden oder eine situationsadäquate Problemlösung erschweren. Als Beispiele seien hier etwa weniger schwere Selbstverletzungen oder bulimisches Verhalten bei Borderline-PS, rascher Partnerwechsel bei histrionischen, sozialer Rückzug bei ängstlichen (vermeidenden) oder Störungen der Planungskompetenz bei antisozialen PS zu nennen. An vierter Stelle stehen *Störungen des emotionalen Erlebens.* In diesem Stadium ist der Patient zwar in der Lage, seine Handlungen zu kontrollieren, leidet jedoch an intensiven negativen Emotionen oder an Verhaltensmustern, die eingesetzt werden, um negative Emotionen zu vermeiden oder rasch wirksame positive Emotionen zu erlangen. Die Regulation der Affekte selbst ist also gestört, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder ausgeprägtes Meidungsverhalten gilt als prototypisch für dieses Stadium. An fünfter Stelle stehen *Probleme der Selbstverwirklichung und Alltagsbewältigung* (Ausbildung, Arbeitsplatz, Partnerschaft etc.). Schliesslich bleiben noch Probleme wie «Sinnggebung» und Lebensplanung, oder religiöse Orientierung, die nicht mehr Krankheitswert aufweisen. Im klinischen Alltag wird man diese Problemzonen nicht immer klar trennen, bisweilen ergibt sich die Notwendigkeit, nachgeordnete Probleme in

der Behandlung vorzuziehen, insbesondere dann, wenn diese die höher geordneten Problemzonen bedingen. Wenn zum Beispiel ein Partnerschaftsproblem suizidale Gedanken triggert, so ist es natürlich sinnvoll, dieses Problemfeld in den Fokus zu nehmen.

## 2. Problemanalyse

Ist der Behandlungsfokus definiert, so sollte als nächster Schritt eine *detaillierte Problemanalyse* erfolgen. Dabei sollten generell folgende psychische und soziale Aspekte beleuchtet werden:

- ◆ externe Bedingungen
- ◆ akzentuierte Wahrnehmung und Interpretationen des Patienten
- ◆ akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten
- ◆ akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire
- ◆ manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster
- ◆ spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds.

*Externe Bedingungen:* Menschen mit PS sind dadurch charakterisiert, dass sie über ein eingeschränktes Repertoire verfügen, auf sich ändernde soziale Bedingungen flexibel zu reagieren (7). Sie sind daher entsprechend abhängig von «passenden» externen Bedingungen. Menschen mit PS sind dennoch häufig sehr gut in der Lage, unter spezifischen, konstanten Umgebungsbedingungen sich psychisch weitgehend unauffällig zu verhalten. Erst Veränderungen in der Umgebung stellen Anforderungen, die den Betroffenen überfordern. Oft sind psychische Krisen daher auf eine *aktuelle Veränderung der Lebensumstände* zurückzuführen. Eine psychotherapeutische Problemanalyse sollte deshalb sehr sorgfältig die gegenwärtigen sozialen Bedingungen des Patienten erfassen und insbesondere auf aktuelle

Veränderungen achten. Dies impliziert etwa objektive Probleme am Arbeitsplatz, Veränderungen in der beruflichen Anforderung, finanzielle Probleme, partnerschaftliche Probleme, Erkrankungen von nahen Angehörigen, politische Verfolgung, Asylprobleme und so weiter. *Kognitiv-behaviorale Therapeuten* benutzen entweder detaillierte Verhaltens- und Bedingungsanalysen, um sich ein Bild über die externen Bedingungen der Patienten zu machen oder holen (zumindest im stationären Setting) zu einem relativ frühen Zeitpunkt Informationen von Angehörigen oder nahen Bezugspersonen ein (1). *Psychodynamische Therapeuten* verschaffen sich ein entsprechendes Bild im psychodynamischen Erstinterview und mit der biografischen Anamnese, gegebenenfalls unter Einbeziehung einer Aussenanamnese (5). *Akzentuierte Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten:* Patienten mit PS neigen dazu, Informationen entsprechend ihrer besonderen «Raster» zu filtern und bisweilen hochselektiv oder verzerrt wahrzunehmen. Hinzu kommen akzentuierte oder dysfunktionale Bewertungen und Interpretationen von Informationen. Die meisten PS zeichnen sich durch prototypische Fehlinterpretationen aus. So werden Verhaltensweisen der Umgebung etwa als zu bedrohlich, zu sexualisiert oder als sehr beschämend wahrgenommen, was schliesslich zu spezifischem Erleben und Verhalten führt. Da auch die dysfunktionalen Interpretationen für die Betroffenen als «evident» wahrgenommen werden, das heisst subjektiv einen hohen Realitätsgehalt haben, werden diese nicht als problematisch thematisiert. Vielmehr müssen sie durch Beobachtung des Therapeuten, Reflexion der therapeutischen Beziehung oder Beobachtungen im stationären Setting beziehungsweise im Gruppenverhalten oft indirekt erschlossen werden.

**Kognitiv-behaviorale Therapeuten** arbeiten mit Fragebögen, die zum Beispiel an Hand von Fallvignetten prototypische Interpretationsmuster ihrer Patienten erfassen, benutzen Verhaltens- und Bedingungsanalysen und berücksichtigen Auffälligkeiten, die sich in der therapeutischen Beziehungsgestaltung oder dem Setting abbilden. Grundsätzlich jedoch betonen kognitiv-behaviorale Schulen, dass die Störungen der Interpretation zum Teil sehr situationsspezifisch sind und sich daher nicht unbedingt in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Im stationären Setting eröffnet sich die Möglichkeit, wesentlich vielschichtiger Informationsquellen heranzuziehen (Umgang mit Mitpatienten, Umgang mit Einschränkungen und Regeln, Umgang mit hierarchisch höher oder niedriger Gestellten ...).

**Psychodynamische Therapeuten** nutzen primär die dyadische therapeutische Beziehung, um in der Einzeltherapie in der Interaktion mit dem Patienten dessen akzentuierte Wahrnehmungen und Interpretationen zu beobachten. Auffällige interpretative Muster werden auch im Hier und Jetzt der Beziehung zum Therapeuten als Reinszenierung und Übertragung wiederholt, was zu Verzerrungen in der Wahrnehmung vom Therapeuten und der Interaktion mit diesem führt und diagnostisch verwertet werden kann. Im stationären Setting bilden sich, nach psychodynamischer Sicht, komplexe Übertragungen auf die verschiedenen Behandler, das Pflegepersonal und Mitpatienten aus. Diese können wiederum beobachtet werden und zur Klärung sowie diagnostischem Verstehen der akzentuierten Wahrnehmungen und Interpretationen des Patienten genutzt werden.

#### **Akzentuierte Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster des Patienten:**

Die Analyse von Besonderheiten im Denken, Erleben und Kommunizieren bei PS-Patienten steht im Zentrum der Problemanalyse. Dies ist als *mehrstufiger Prozess* zu verstehen. Hypothesen, die zu Beginn der Therapie gestellt werden, sollten einer fortwährenden korrektiven Anpassung unterzogen werden, da sich im weiteren Verlauf der Informationsgrad verbessert und die individuellen Ausprägungen und Charakteristika des jeweiligen Patienten immer sichtbarer werden. Sicherlich ist es zu Beginn der Therapie hilfreich, über prototypisches, kategoriales Wissen zu verfügen. (So ist es z.B. sehr wahrscheinlich, dass ein Patient mit anankastischer PS unter Stress gerät, wenn er sich zwischen gleichrangigen Alternativen zu entscheiden hat, sich aber wohler fühlt, wenn die Entscheidungsstrukturen von aussen vorgegeben sind. Ebenso wahrscheinlich ist es, dass histrionische Patienten aversiv auf Kontinuität und Routine reagieren, dabei sehr rasch auf Aussenreize reagieren, oder paranoide Persönlichkeiten bereit sind, für ihre vermeintlichen Rechte zu prozessieren und dabei selbst hohe Verluste in Kauf nehmen ...) Der Therapeut sollte jedoch nicht der Gefahr des Generalisierens verfallen, und offen sein für die jeweiligen individuellen Ausprägungen und Besonderheiten seiner Patienten.

Verschiedene therapeutische Schulen präferieren unterschiedliche Aspekte und Schwerpunkte in der Analyse der akzentuierten Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster: *Kognitive Schulen* richten das Augenmerk primär auf dysfunktionale Bewertungen und automatisierte Gedanken, *schemaorientierte Therapeuten* sehen maladaptive kognitiv-emotionale Netzwerke im Zentrum und *psychodynamische Schulen* fokussieren auf die Beziehungs- und Interaktionsmuster als zentrales Problemfeld.

**Akzentuierte Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire:** Menschen mit PS verfügen über eine eingeschränkte Varianz in ihren Reaktionsmöglichkeiten auf externe und interne Informationen zu reagieren. Dies trifft nicht nur für kognitiv-emotionale Prozesse zu,

sondern auch für Handlungsentwürfe, das heisst Möglichkeiten zu kommunizieren oder anderweitig zu handeln. Sehr häufig liegen Probleme darin begründet, dass das *Spektrum möglicher Handlungen zu gering ist*, dass der Patient also schlicht nicht «weiss», wie er eine problematische Situation adäquat lösen könnte. Die Schwierigkeiten der Antizipation möglicher sozialer Folgen der jeweiligen Handlungen sowie der Kontrolle der Handlungsentwürfe im Sinne mangelnder Impulskontrolle schränken Handlungstendenzen und Verhaltensrepertoire zusätzlich ein. Dieses eingeschränkte Repertoire kann in starken dysfunktionalen Erlebensmustern begründet sein (starke Schamgefühle, verbunden mit der Kognition «es steht mir auf der Stirn geschrieben, dass ich ein Versager bin», können z.B. Fluchtgedanken während einer öffentlichen Rede aktivieren). Viele Verhaltenstendenzen liegen aber auch in dem Versuch begründet, drohende unangenehme Emotionen zu vermeiden (so wird ein Patient mit ängstlich/vermeidender Persönlichkeit eben mit aller Kraft zu verhindern suchen, in eine schaminduzierende Situation zu geraten). Und schliesslich können eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten auch schlicht mangelhafte soziale Lernprozesse zugrunde liegen.

**Manifeste Verhaltens- und Interaktionsmuster:** Nach aussen sichtbares, also im sozialen Kontext umgesetztes Verhalten, ist abhängig von einer Vielzahl von determinierenden Variablen. Neben disponierenden biologischen Faktoren wirken unter anderem Handlungsentwürfe, Kontrollfähigkeit, antizipierte Konsequenzen und frühere Lern- und Beziehungserfahrungen zusammen. Es ist daher sicherlich zu kurz gegriffen, jedem manifesten interpersonellen Verhalten des Patienten bewusste oder unbewusste Intentionen zu unterstellen. Einschränkungen der Impulskontrolle, konditionierte Reaktionsmuster, sozial verstärkte Verhaltensmuster und dysfunktionale Beziehungsgestaltung unterliegen meist nicht, oder nur teilweise, der willentlichen Kontrolle durch den Patienten. Jedoch entfalten diese dysfunktionalen Verhaltensmuster natürlich ihre Wirkung im sozialen Kontext und wirken entsprechend auf das Individuum zurück. Um dies am Beispiel der Borderline-Störung zu verdeutlichen: Selbstverletzendes Verhalten wird in aller Regel eingesetzt, um intensive unangenehme Emotionen oder Spannungszustände zu mildern. Erfolgt im Anschluss an oberflächliche Schnittverletzungen aber eine starke emotionale Zuwendung durch den Partner oder Therapeuten, so hat dies natürlich Auswirkung auf zukünftiges Verhalten, auch wenn dies nicht von der Patientin beabsichtigt wurde. Eine vorschnelle Reaktion des Therapeuten («Kann es sein, dass sie sich mit den Selbstverletzungen Aufmerksamkeit sichern wollen?») wird jedoch häufig als böswärtige Unterstellung interpretiert werden. Für alle therapeutischen Schulen stellt die Beobachtung manifesten Verhaltens natürlich die beste Quelle für die hypothetische Erschliessung intrapsychischer Prozesse dar.

**Spezifische Reaktionen des sozialen Umfelds:** Die meisten prototypischen Erlebens- und Verhaltensmuster von Menschen mit akzentuierten Persönlichkeiten entwickeln sich bereits während der Adoleszenz und bleiben im weiteren Verlauf des Lebens relativ stabil. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die betroffenen Personen sich soziale Umgebungen suchen, die ihren Erwartungen entsprechen. Gelingt dies, und das ist in aller Regel der Fall, so ist der Leidensdruck meist gering und es besteht kein Behandlungsbedarf (so erklärt sich die erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Prävalenzraten von PS in der Allgemeinbevölkerung und den behandelten PS). Im Umkehrschluss darf man annehmen, dass die soziale Umgebung an die Verhaltensmuster des Betroffenen «gewöhnt» ist, diese stabilisiert, und, aus lerntheoretischer Sicht gesehen, verstärkt. So können einerseits, wie oben beschrieben, Veränderungen im sozialen Umfeld oft Krisen

auslösen, andererseits kann aber auch Kontinuität im sozialen Umfeld Lernprozesse und Veränderungen des Patienten behindern. Daher sollte der Therapeut spezifische Reaktionsmuster der Umgebung in die Problemanalyse mit einbeziehen. Dies betrifft nicht nur die Partnerschaften, sondern auch Freunde, Kollegen und Vorgesetzte.

### 3. Kommunikation der Diagnose und Psychoedukation

Die Frage, ob einem PS-Patienten dessen Diagnose mitgeteilt werden soll, wurde lange Jahre kontrovers diskutiert und ist auch heute nicht für alle spezifischen Störungsbilder abschliessend zu beantworten. Die Argumente gegen eine offene Kommunikation der Diagnose einer PS beziehen sich auf die stigmatisierende Sprache und Defizitorientierung der kategorialen Diagnostik von PS, auf die ungünstigen Auswirkungen der Kommunikation der Diagnose auf die Übertragung und Gegenübertragung oder auf die Ichsyntonie der PS. Die Argumente für eine offene Kommunikation verweisen ebenso auf die Ichsyntonie, heben die zunehmenden Informationsbedürfnisse von Patienten und Angehörigen sowie das Recht des Patienten auf Aufklärung und Informierung hervor und beziehen sich auf klärende, emotional entlastende und Hoffnung vermittelnde Aspekte, die sich durch die Definition einer psychischen Störung und deren wirksame Behandlungsmöglichkeiten ergeben.

In der Praxis hat sich durchgesetzt, dass Psychoedukation, und damit auch die Aufklärung über die Diagnose, eine wesentliche Komponente gerade von manualisierten, störungsspezifischen Therapieprogrammen darstellt. Die günstigen Ergebnisse spezifischer psychoedukativer Programme für PS-Patienten und/oder deren Angehörige (4, 6, 9, 10) bestätigen zumindest für ausgewählte PS, dass die Vorteile einer offenen Kommunikation der Diagnose die Nachteile überwiegen. Die meisten Patienten reagieren entlastet auf eine fachgerecht vorgetragene Diagnose. Die Aufklärung über die Diagnose sollte allerdings nicht als isolierte Intervention erfolgen, sondern im Zeitpunkt flexibel in ein psychoedukatives Vorgehen integriert sein, das mit einer wertschätzenden Sprache und Sichtweise der Persönlichkeit sowie einem sinnstiftenden und plausiblen Erklärungs- und Behandlungsmodell wesentlich zur Entstigmatisierung und Entmystifizierung der Diagnose sowie zur Förderung der Behandlungsmotivation beitragen kann.

Hilfreiche Anregungen liegen etwa mit dem psychoedukativen Programm von Schmitz und Mitarbeitern (2001) (11) vor, welches sich in Anlehnung an Oldham und Morris (1992) (8) an einer dimensionalen Sichtweise orientiert, die von einem Kontinuum vom Persönlichkeitsstil zur PS ausgeht. Persönlichkeitsstile wie etwa der gewissenhafte oder der selbstbewusste Persönlichkeitsstil werden hier in wertschätzender Weise als universelle Umgangsformen und unverzichtbare Qualitäten des zwischenmenschlichen Zusammenlebens betrachtet, die in unterschiedlichen Anteilen in jedem Menschen vorhanden sind. PS wie die zwanghafte oder die narzisstische PS werden dann als deren Extremvarianten vermittelt. Diese dimensionale Sichtweise ermöglicht im Besonderen jeden Persönlichkeitsstil sowohl unter dem Gesichtspunkt seiner Stärken und Ressourcen als auch seiner Schwächen und Probleme zu betrachten, wenn der Persönlichkeitsstil extrem und unflexibel wird beziehungsweise als PS zu Leiden und Beeinträchtigungen führt. Darüber hinaus lassen sich therapeutische Zielsetzungen im Sinne einer Abschwächung und Flexibilisierung der Persönlichkeit ableiten, ohne Anspruch auf deren grundlegende Veränderung.

Vor dem Hintergrund einer gleichermassen ressourcen- und problemorientierten Sichtweise der Persönlichkeit sollte sich die weitergehende Aufklärung über die Diagnose und das Erklärungsmodell

nicht an den Stereotypen (DSM-IV-Kriterien), sondern an den individuellen Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten orientieren und der Patient sollte erkennen lernen, in welchen Situationen diese zum Problem werden, woher sie kommen, wofür sie gut sind beziehungsweise waren, welche Folgen sie haben, und wie sie zu verändern sind. Die Zusammenhänge zwischen den aktuellen interpersonellen Bedürfnissen, Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen und der eigenen Lern- und Entwicklungsgeschichte sind den Betroffenen meistens nicht bewusst. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, dem Patienten zu ermöglichen, diese Zusammenhänge wahrzunehmen und ihm ein plausibles Erklärungsmodell für seine Probleme zu bieten, um das eigene Verhalten als subjektiv sinnhafte oder nachvollziehbare Anpassungs- und Bewältigungsstrategie in frühen Kontexten zu verstehen. Dies löst zwar noch nicht die Schwierigkeiten, entlastet aber, indem es sie verständlich und nachvollziehbar macht, gibt dem Verhalten des Patienten Sinn und Bedeutung und stellt eine Brücke zur Erfahrungswelt und den Beweggründen des Patienten dar. Ziel ist ebenso, dass der Patient die eigene Mitverantwortung an den gegenwärtigen Problemen wahrnimmt und akzeptiert, dass die Probleme nur durch eigene Anstrengungen und Veränderungen vermindert werden können. Psychoedukative Interventionen sollten angesichts der tief verwurzelten Problemstellungen beim Patienten realistische Hoffnungen, Zielsetzungen und Pläne für eine Veränderung initiieren und ein plausibles Behandlungsmodell anbieten, welches bewältigbare Schritte auf dem Weg hin zur Veränderung aufzeigt.

Kognitiv-behaviorale Therapeuten, die per se sehr früh zusammen mit dem Patienten an der Generierung eines gemeinsamen, verbalisierbaren Störungs- und Behandlungsmodells arbeiten, werden sicherlich früh dazu tendieren in diesem Kontext auch die Diagnose mitzuteilen. Auch in psychodynamischen Therapiekonzepten findet die gemeinsame Erarbeitung eines Störungs- und Behandlungsmodells von Patient und Therapeut mehr und mehr Eingang. In den ersten diagnostischen Sitzungen wird jedoch üblicherweise auf psychoedukative Elemente verzichtet, um die Entfaltung der Übertragungsbeziehung nicht zu beeinträchtigen. ♦



Für die Autoren:

Prof. Dr. med. Martin Bohus

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

J5

D-68161 Mannheim

Interessenkonflikte: keine

Teil 2 im nächsten Heft beschäftigt sich mit den Themen Therapievereinbarung, therapeutische Beziehung, Veränderungsstrategien, Super- und Intervision sowie Verlaufskontrolle.

Die Literaturliste ist in der Onlinefassung zu finden:

[www.rosenfluh.ch/2009/psychiatrie-neurologie-nr.-04.2009.html](http://www.rosenfluh.ch/2009/psychiatrie-neurologie-nr.-04.2009.html)