

Spezielle Psychotherapie SS 2016, 1-7 Vorlesung (doc.Sony 8)  
Angststörung, Zwangsstörung, Depression, Persönlichkeitsstörungen

SE – Fach Psychotherapie (Magtud.Int.)  
Dr. med. Andor Harrach  
Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D)  
Facharzt für Psychiatrie (H)  
Psychoanalyse (D)  
harrachandor@mail.datanet.hu

# Überblick zur Vorlesung - Spezielle Psychotherapie, SS 2016

## dr. Harrach

1. Einleitung spez. Psychotherapie. Psychotherapie bei Angststörung, Zwangsstörung, Depression, verzögerter Trauerreaktion und Persönlichkeitsstörungen (30. März)
  2. Umgang mit Adaptationsstörung, Belastungsstörung und psychischer Traumatisierung (6. April)
  3. Prof. Dr. Tringer, (13. April)
  4. Aspekte der Psychotherapie bei somatoformen Störungen (Somatisierung) und psychosomatischen Erkrankungen (20. April)
  5. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (27. April)
  6. Psychotherapie bei alten Menschen (4. Mai)
  7. Psychotherapie bei Schlafstörungen und funkt. Sexualstörungen (
- Das psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland (am 17. Febr. bereits von Dr. Harrach gehalten)
- Info: Im SS 2016 wird das Thema „Spezielle Psychotherapie in der Psychiatrie“ nicht ausführlich dargestellt.

# Was heißt spezielle Psychotherapie?

## Der einzelne Patient ist immer in spezieller Situation!

Motto: Immer basiert auf allgemeine Grundlagen der Psychotherapie

- es ist die konkrete Anwendung bei einzelnen Krankheitsbildern
- die Anwendung der einzelnen speziellen Methoden
- altersbezogene Spezifitäten
- spezifische Anwendungsformen (Setting): Einzeltherapie, Gruppentherapie
- spezifisches Umfeld der Therapie (Klinik, Ambulanz, Praxis, Beratungsstelle)
- spezifische Kombinationen von Methoden
- spezifische Situationen von Kooperationen mit anderen Helfern
- spezifische Forschungsaspekte
- spezifische Aufträge (Institutionen, Situationen)
- spezielle medizinische Einrichtungen – z.B. (haus)ärztliche Psychotherapie
- persönliche Eigenschaften und Variablen des konkreten Therapeuten

# Grundsätze der Kassenfinanzierung in Deutschland

- Ausbildung des Therapeuten in einem der beiden anerkannten Verfahren: Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie (Professionalität)
- Bedingungen für die psychotherapeutische Berufspraxis
- Anerkanntes Verfahren bedeutet: klare wissenschaftliche Grundlagen - überprüfte Wirksamkeit
- Störungen mit Diagnose: psychische, psychosomatische und somato-psychische Störung
- Es besteht Behandlungsbedürftigkeit: Symptome von Krankheitswert
- Feststellung des Schweregrades und der Motivation des Patienten
- Beurteilung der Erfolgschancen
- Antrag bei der Krankenkasse - Patient und Therapeut, jeder getrennt
- Im Antrag Darstellung obiger Bedingungen und des geplanten Verfahrens

# Angsstörung.

## Die konkreten Krankheitsbilder bei der Angststörung (ICD-10)

1. Phobische Störung
2. Panikstörung (Angsanfall)
3. Generalisierte Angststörung
4. Körperbezogene Angst – z.B. Krebsphobie, Hypochondrie

# Störungsmodelle der Angst

Neurobiologische Grundlage: Annäherung – Kampf/Flucht – Vermeidung

Psychodynamisches Modell:

- Unsichere Bindung
- Selbstwertgefühl
- Konflikte in Beziehungen, die mit Verlassenheit enden könnten (z.B. Kastration, Ödipus-Konflikt, Rivalität)
- Strukturelles (Gehirnpsychobiologie) Defizit: Angsbildung-Angstbindung

Kognitiv-behaviorales Modell

- Gefahren entdecken, z.B. soziale Bedrohung
- vegetative Reaktionen - Teufelskreis
- Verlassenheitsgefühle
- Sicherheitsverhalten
- Bedrohung des Selbst („verrückt werden“ im Panikzustand)

# Kognitiv-behaviorale Behandlung der Angst

- Verhaltensanalyse, dann
- die als Gefahr wahrgenommene Situation ausmachen > Umrahmen > Uminterpretieren > Konfrontieren > Neuerfahrung ermöglichen
- Panik: Den Teufelskreis von Wahrnehmung der Bedrohung > Interpretation durch den Patienten > **Symptomdruck** > erhöhte Aufmerksamkeit > Schonverhalten und Vermeidung unterbrechen
  
- Phobie: den Teufelskreis von Situation als **peinlich-erniedrigend** empfunden > negatives Denkschema > Bedrohungsgefühl > vegetative Symptome > Sicherheitverhalten und Vermeidung unterbrechen
  
- Generalisierte Ängstlichkeit: den Teufelskreis von **Sorge** > Fehleinschätzung > Sicherheitsverhalten, z.B. Anklammerung > Vermeidung > Korrektur des Selbstbildes

# Psychodynamische Behandlung der Angst, unbewusste Anteile aufdecken

- Angst vor Bedrohtheit reflektieren
- Angst vor Konkurrenten reflektieren
- Angst vor Verlassenheit abbauen
- Angst vor Bloßstellung aufdecken
- Gewissensangst, den Rivalen angegriffen und besiegt haben



# Beschreibung der Zwangsstörung

- zwanghaftes Verhalten als persönlicher Stil, als Persönlichkeitsvariante ohne Krankheitswert: biographische-erzieherische Wurzeln aus der Kindheit, genetische Variante
- Zwangsstörung (früher Zwangsneurose genannt): zwanghafte, bewusst wenig kontrollierbare Gedanken, Emotionen, Handlungen, Lebensstil
- allgemein im Leben Perfektionismus, Ordnungssinn, Reinlichkeitsliebe, Pedanterie, wenig Flexibilität, Planungszwang, rationales Verhalten, wenig Emotion, Rechthaberei, Klebrigkeit, latente Aggression, Rigidität, starke Orientierung an Normen, Zwang zur Anpassung, wenig Spontaneität
- Zwang reduziert die Angst (Ängstlichkeit), das Nichtdurchführen der Zwänge löst Angst aus
- Kommt öfters in Kombination mit anderen psychischen Störungen vor
- Zwanghaftigkeit generell schafft „Ordnung“ (in der Realität und psychisch)

# Behandlung der Zwangsstörung

## Ansatz:

- Konfrontation mit dem Verhalten und Verhinderung der Handlungen, Verhaltensanalyse in Bezug auf Emotionen, Gedanken, Handlungen, Analyse des dysfunktionalen Verhaltens (Verhaltenstherapie)
- Aufdecken der biographischen Wurzeln und der unbewussten Konflikte, Reduktion der rigiden Verhaltensweisen, sich Emotionen stellen Neuerfahrungen ermöglichen, Rigidität und Gewissenhaftigkeit infrage stellen

## Setting:

- Einzelgespräch, Gruppengespräch
- Emotionsbetonte Verfahren wie Musiktherapie, künstlerische Therapie
- körperbetonte Verfahren, z.B. Entspannung, Berührung, Aggression provozieren und kontrollierte Abreaktion ermöglichen, Sport
- Stark interaktiv betontes Verfahren (Gruppe), Begegnungserfahrung

# Depression – das Krankheitsbild

- Symptome: Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, suizidale Gedanken, fehlende Freude, Interesseverlust, Rückzug, Passivität
- Komorbidität: vielfältiges Vorkommen anderer psychischer und körperlicher Beschwerden, „latente Depression“
- Verläufe und Schweregrad: sehr unterschiedlich, u.a. bipolare Formen,
- Ursächliche Faktoren: genetische Faktoren, Verluste, belastende Lebensereignisse, chr. Stress, burn out
- Psychodynamik: Verluste, schwaches Selbstbild, Abhängigkeit
- Folgeschäden: Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit, Suizidrisiko, körperliche Folgeerkrankungen, Übergewicht, Leistungsabfall
- sehr häufig komorbide Störung bei chronischen bzw. psychosomatischen Krankheiten (Herz, Asthma, Krebs, usw.)

# Depression – Behandlung nach dem psychodynamischen modell

## Allgemein:

- Kontaktgestaltung behutsam – „zur Verfügung stehen“
- Kein Drängen auf schnelle Besserung
- Aufklärung darüber, daß es eine Krankheit ist, und keine Schlechtigkeit
- Achtung und mutige Befragung in Sachen Suizidalität!!!
- Medikamentöse Therapie in Erwägung ziehen

## Inhaltlich spezielle (unbewusste) Themen bearbeiten:

- Wunsch nach Zuwendung, Angst vor Verlassenheit
- Enttäuschungen, Selbstentwertung, Kränkbarkeit, Selbstaufopferung, sich beliebt machen, Enttäuschungswut unterdrücken
- Regression auf kindliches Niveau bearbeiten
- Bindungserlebnisse bzw. B.-verhalten bearbeiten

# Depression – Behandlung nach dem kognitiv-behavioralem Modell

- „gelernte Hilfslosigkeit“ bearbeiten
- kognitive Triade bearbeiten: negative Sicht seiner selbst – negative Sicht seiner Umwelt – negative Sicht der Zukunft
- automatische Gedanken – systematische Fehler korrigieren
- Entkatastrophisieren
- realistische Erwartungen aufbauen
- Alternativen entwickeln
- Training in Problemlösen
- Training zum Stressabbau

# Persönlichkeitsstörungen – das Störungsbild

## Bezug: Gegenstand der Mediz. Psychol. 3.-4. Semester

Allgemeine Definition: (Klassifikation z.T. unterschiedlich bzw. umstritten)

1. Das Verhalten ist statistisch abweichend von der Norm
2. Der Mensch leidet nicht an der Störung, aber an den sozialen Folgen schon!  
Und das Umfeld leidet unter ihm! Fehlendes Schuldbewusstsein.
3. Der Mensch hat keine Einsicht, er hält sich für „normal“ (ich-synton)
4. Er lernt nicht aus Erfahrung (die Störung ist fixiert, „einzementiert“)

Hauptformen: paranoid – schizoid – dissozial (teils kriminell) – emotional labil, impulsiv, (Borderline) – narzistisch - histrionisch („hysterisch“) – anankastisch (zwanghaft) – ängstlich (vermeidend) – abhängig-dependent-selbsunsicher (depressiv, süchtig)

Abnorme Gewohnheiten: Glücksspiel, Pyromanie, Stehlen

Störungen der Geschlechtidentität, Sexualpräferenz, der sexuellen Orientierung

Als Traumafolge: nach Extrembelastung (PTSD – posttraumatisches Stresssyndrom)

## Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen - ein schwieriges Thema.

- fehlende Motivation zur Veränderung
- Zustand-Verhalten in der Persönlichkeitsstruktur „strukturell fixiert“
- Immer auch Beziehungsstörung-Verhaltensstörung, dies soll sich verändern
- Selbstwahrnehmung verändern
- Realitätswahrnehmung verändern
- Emotionales Erleben verändern
- Selbstreflexion (Mentalisierungsprozesse) verändern
- Interpersonelle Techniken
- Konfrontation
- Supportive (unterstützende, wohlwollende) Haltung des Therapeuten
- Die Therapien dauern lange

# Was ist keine Psychotherapie - obwohl Ziel ist Veränderung Überlappungen, Grenzbereiche, Aussenseiter

- Grundmotiv Bildung
- Wenn keine wissenschaftliche Fundierung zugrunde gelegt ist
- Wenn keine überprüfbare Anschauung erkennbar ist
- Wenn Ergebnisse nicht überprüfbar sind
- Wenn keine Vereinbarung oder Vertrag mit dem Klienten dazu gemacht worden ist (Patient/Klient)
- Wenn Ziele nicht gemeinsam festgelegt und besprochen worden sind
- Wenn keine persönliche Interaktion mit dem Patienten erfolgt
- Wenn keine wissenschaftliche Grundlage, sondern lediglich die charismatische Persönlichkeit des Behandelnden das Wirkprinzip ist
- Juristische Regelungen sind nicht umfassend genug, z.B. paramedizinische und esoterische Bereiche oder der Begriff „Psychotherapeut“



Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Andor Harrach

Facharzt für Psychiatrie

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (D)

Analytische Gruppenpsychotherapie (D)

Psychoanalyse (D)

[harrachandor@mail.datanet.hu](mailto:harrachandor@mail.datanet.hu)

Mobil: 06-30-8509602